

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO

ESCUELA DE POSGRADO

UNIDAD DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE

CIENCIAS DE LA SALUD



**FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL Y PREVALENCIA DE
DEPRESIÓN EN PERSONAS ADULTAS ATENDIDAS EN EL CENTRO
ESPECIALIZADO DE SALUD MENTAL DE AYACUCHO. 2019**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADEMICO DE DOCTOR
EN SALUD PÚBLICA**

AUTOR:

EDITH ESPINOZA MENDOZA

**CALLAO – 2020
PERU**

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- DRA. MERY JUANA ABASTOS ABARCA PRESIDENTA
- DR. LUCIO ARNULFO FERRER PEÑARANDA SECRETARIA
- DRA. ANA LUCY SICCHA MACASSI MIEMBRO
- DRA. ANA ELVIRA LÓPEZ DE GÓMEZ MIEMBRO

ASESOR: DR. CESAR MIGUEL GUEVARRA LLACZA

Nº de Libro: 01

Nº de Acta: 25-2020

Fecha de Aprobación de tesis: 24 de Agosto del 2020

Resolución de Comité Directivo de la Unidad de Posgrado N° 121-2020-CDUPG-FCS de fecha 29 de Julio del 2020, donde se designa Jurado Examinador de tesis para obtener el grado académico de doctor

DEDICATORIA

A Dios por darme la fortaleza de seguir adelante y permitir la realización de mí meta, el Grado de Doctor.

A mi padre Teodoro, por su apoyo constante en mi crecimiento profesional y en todos los momentos de mi vida.

A mi madre Aurelia, por su amor incondicional y ayudarme a salir adelante para conseguir mis metas.

Edith.

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Nacional del Callao, por haberme brindado la oportunidad de desarrollar mis destrezas, capacidades y competencias durante el desarrollo del Doctorado.

A las autoridades y docentes de la Sección de Post Grado de la Facultad de Ciencias de la Salud, en especial a los docentes que hicieron realidad el Doctorado de Salud Pública, por desarrollar profesionales de la salud competitivos, investigadores, con principios ético, y dispuesto a brindar soluciones a la problemática de la salud a nivel regional y nacional.

A mi asesor Dr. Hernán Oscar Cortez Gutiérrez, por sus grandes contribuciones y orientaciones durante la realización de la presente investigación.

A la Lic. Katty Cristina De La Cruz Velásquez Directora del Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho COSMA, por las facilidades brindadas en su institución para la ejecución del presente trabajo de investigación.

Autor

ÍNDICE

TABLAS DE CONTENIDO	3
RESUMEN	5
ABSTRACT	6
RESUMO	7
INTRODUCCION	8
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
1.1. Descripción de la realidad problemática.....	9
1.2. Formulación del problema	14
1.3. Objetivos	14
1.4. Limitantes de la investigación	15
II. MARCO TEÓRICO	17
2.1. Antecedentes	17
2.2. Bases teóricas	21
2.3. Base conceptual	26
2.4. Definición de términos básicos	42
III. HIPÓTESIS Y VARIABLES	43
3.1. Hipótesis	43
3.2. Definición conceptual de las variables.....	44
3.3. Operacionalización de variables.....	44
IV. DISEÑO METODOLÓGICO	47
4.1. Tipo y diseño de investigación.....	47
4.2. Método de investigación.....	48
4.3. Población y muestra.....	48
4.4. Lugar de estudio y periodo desarrollado.....	49
4.5. Técnicas e instrumentos para la recolección de la información.....	49
4.6. Análisis y procesamientos de datos.....	51
V. RESULTADOS	52
5.1. Resultados descriptivos	52
5.2. Resultados inferenciales	63
VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	67
6.1. Contrastación y demostración de la hipótesis con los resultados.....	67
6.2. Contrastación de los resultados con otros estudios similares.....	72
6.3. Responsabilidad ética de acuerdo con los reglamentos vigentes	76

CONCLUSIONES	77
RECOMENDACIONES	78
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	79
ANEXOS	88
Anexo 1: Matriz de consistencia.....	96
Anexo 2: Registro de ficha de datos de depresión.....	97
Anexo 3: Registro de ficha de datos sobre factores de riesgo psicosociales....	98
Anexo 4: Carta de autorización de la Institución.....	101

TABLAS DE CONTENIDO

Tabla N°5.1.1	Edad de las personas adultas atendidas en el Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho, 2019.	59
Tabla N°5.1.2	Género de las personas adultas atendidas en el Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho, 2019.	60
Tabla N°5.1.3	Grado de instrucción de las personas adultas atendidas en el Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho, 2019	61
Tabla N°5.1.4	Estado civil de las personas adultas atendidas en el Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho, 2019	62
Tabla N°5.1.5	Actividad económica de las personas adultas atendidas en el Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho, 2019.	63
Tabla N°5.1.6	Distrito de procedencia de las personas adultas atendidas en el Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho, 2019.	64
Tabla N°5.1.7	Servicio donde recibieron atención las personas adultas en el Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho, 2019.	65
Tabla N°5.1.8	Prevalencia de la depresión en personas adultas atendidas en el Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho, 2019.	66
Tabla N°5.1.9	Prevalencia de depresión según género en personas adultas atendidas en el Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho, 2019.	67
Tabla N°5.1.10	Niveles de depresión en personas adultas atendidas en el Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho, 2019.	68
Tabla N°5.1.11	Personas adultas con otros trastornos mentales diferentes a la depresión que fueron atendidas en el Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho, 2019.	69

Tabla N°5.2.1	Factor de riesgo psicológico estrés asociado a la depresión en personas adultas atendidas en el Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho, 2019.	70
Tabla N°5.2.2	Factor de riesgo psicológico autoestima asociado a la depresión en personas adultas atendidas en el Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho, 2019.	71
Tabla N°5.2.3	Factor de riesgo social violencia intrafamiliar asociado a la depresión en personas adultas atendidas en el Centro Especializado De Salud Mental de Ayacucho, 2019.	72
Tabla N°5.2.4	Factor de riesgo social consumo de alcohol asociado a la depresión en personas adultas atendidas en el Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho, 2019.	73

RESUMEN

La depresión es un trastorno mental que afecta los pensamientos, sentimientos y el comportamiento de la persona, generando una discapacidad de allí la importancia de identificar los factores de riesgo psicosociales. El objetivo de la investigación fue: Determinar si existen factores de riesgo psicosociales asociados a la depresión en personas adultas atendidas en el Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho, 2019. Para lo cual se planteó una investigación tipo aplicada, diseño no experimental, correlacional, retrospectivo y transversal. El área de estudio fue el Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho y la población estuvo constituido por 300 personas adultas que recibieron atención en el periodo 2019 siendo la muestra 168 personas. La técnica de recolección de datos fue el análisis documental y el instrumento la ficha de registros de datos. Los datos fueron procesados en el paquete estadístico SPSS y el análisis estadístico fue la prueba Chi cuadrado con corrección de continuidad. Los resultados encontrados fueron: La prevalencia de depresión fue del 61,9%; El factor de riesgo psicológico estrés ($X^2 = 0,019$; $p = 0,890$) no esta asociación con la depresión $p > 0,05$, mientras que el factor de riesgo psicológico autoestima ($X^2 = 4,880$; $p = 0,43$) y los factores de riesgo sociales violencia intrafamiliar ($X^2 = 29,204$; $p = 0,00$) y consumo de alcohol ($X^2 = 8,686$ $p = 0,013$) están asociadas a la depresión $p < 0,05$. Conclusión: Existen factores de riesgo psicosociales como autoestima, violencia intrafamiliar y consumo de alcohol asociados a la depresión en personas adultas atendidas en el Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho en el 2019.

Palabra clave: Factores de riesgo psicosociales, prevalencia de la depresión.

ABSTRACT

Depression is a mental disorder that affects the person's thoughts, feelings and behavior, generating a disability, hence the importance of identifying psychosocial risk factors. The objective of the research was: To determine if there are psychosocial risk factors associated with depression in adults attended at the Specialized Center for Mental Health in Ayacucho, 2019. For which an applied type research, non-experimental, correlational, retrospective and cross-sectional design was proposed. The study area was the Ayacucho Specialized Mental Health Center and the population consisted of 300 adults who received care in the 2019 period, the sample being 168 people. The data collection technique was documentary analysis and the instrument was the data record sheet. The data was processed in the SPSS statistical package and the statistical analysis was the Chi square test with continuity correction. The results found were: The prevalence of depression was 61.9%; The psychological risk factor stress ($X^2 = 0.019$; $p = 0.890$) is not associated with depression $p > 0.05$, while the psychological risk factor self-esteem ($X^2 = 4.880$; $p = 0.43$) and the factors of social risk intra-family violence ($X^2 = 29,204$; $p = 0.00$) and alcohol consumption ($X^2 = 8,686$ $p = 0.013$) are associated with depression $p < 0.05$. Conclusion: There are psychosocial risk factors such as self-esteem, domestic violence and alcohol consumption associated with depression in adults attended at the Ayacucho Specialized Mental Health Center in 2019.

Key word: Psychosocial risk factors, prevalence of depression

RESUMO

Depressão em um transtorno mental que afeta os pensamentos, sentimentos e comportamento da pessoa, gerando uma deficiência, daí a importância de identificar fatores de risco psicossociais. O objetivo da pesquisa foi: Determinar se existem fatores de risco psicossociais associados à depressão em adultos atendidos no Centro Especializado de Saúde Mental em Ayacucho, 2019. Para a qual foi proposta uma pesquisa do tipo aplicada, delineamento não experimental, correlacional, retrospectivo e transversal. A área de estudo foi o Centro de Saúde Mental Especializado Ayacucho e a população foi composta por 300 adultos que receberam atendimento no período de 2019, sendo a amostra 168 pessoas. A técnica de coleta de dados foi a análise documental e o instrumento foi a ficha de registro de dados. Os dados foram processados no pacote estatístico SPSS e a análise estatística foi o teste do qui-quadrado com correção de continuidade. Os resultados encontrados foram: A prevalência de depressão foi de 61,9%; O estresse do fator de risco psicológico ($X^2 = 0,019$; $p = 0,890$) não está associado à depressão $p > 0,05$, enquanto o fator de risco psicológico se auto-estima ($X^2 = 4,880$; $p = 0,43$) e os fatores de violência intra-familiar de risco social ($X^2 = 29,204$; $p = 0,00$) e consumo de álcool ($X^2 = 8,686$ $p = 0,013$) estão associados à depressão $p < 0,05$. Conclusão: Existem fatores de risco psicossociais como autoestima, violência doméstica e consumo de álcool associados à depressão em adultos atendidos no Centro de Saúde Mental Especializado Ayacucho em 2019.

Palavras chave: Fatores de risco psicossociais, prevalência de depressão.

INTRODUCCION

La tristeza y la alegría son parte de la rutina diaria de la vida pero la depresión es un trastorno del estado de ánimo o trastornos afectivos que se presenta cuando la tristeza es profunda, limitando la capacidad de llevar una vida normal a nivel físico, psicológico, social y laboral, que ocasiona consecuencias graves como ideación suicida, autolesión o el suicidio, al no ser identificada y tratada a tiempo, siendo así una situación de gran preocupación para la salud pública de nuestro país y nuestra región. Los datos epidemiológicos internacionales, nacionales y locales reportados en el presente estudio son contundentes al reportar sobre factores de riesgo asociados y la prevalencia de la depresión enfatizando que, cualquiera exposición de las personas a diferentes circunstancias aumenta la probabilidad de que se presente o desencadene la depresión y se complique la enfermedad mental, por lo cual es de suma importancia la identificación de estos factores de riesgo como medida de prevención en las personas porque provocan un alto nivel de incapacidad, ausentismo laboral y que son motivo frecuente de hospitalización, deteriorando la calidad de vida y la salud psicológica y emocional del que la padece, afectando no solo al paciente sino también a todo su ambiente familiar, por esta razón el presente trabajo de investigación se realizó con el objetivo de determinar si existen factores de riesgo psicosociales asociados a la depresión en personas adultas atendidas en el Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho, 2019. Para tal propósito, se planteó una investigación tipo aplicada, diseño no experimental, correlacional, retrospectivo y transversal, en donde la técnica de recolección de datos fue el análisis documental (historia clínica) y el instrumento de recolección de datos fue la ficha de registros de datos. Con los resultados encontrados en presente trabajo se busca que se pueda realizar mayor difusión de los servicios de salud mental y la priorización de estrategias de acción preventiva y buscar alternativas que permitan identificar y mejorar la atención de los pacientes afectados con depresión, el cual generan problemas de salud, altos costos hospitalarios, abandono del trabajo, disminución de la fuerza laboral productiva y aumenta el porcentaje de mortalidad.

CAPÍTULO I

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática

En los últimos años los diversos padecimientos que aquejan al ser humano se han incrementado en especial los relacionados con las enfermedades psiquiátricas como la depresión. (1)

Según las últimas estimaciones realizadas por la Organización Mundial de la Salud (2018), más de 350 millones de personas en el mundo sufren de depresión, mostrándose un incremento de más del 18 % a partir del 2005 proporción que aumentará si concurren factores de riesgo psicológicos y sociales. Se calcula que para el año 2030 la depresión será la principal causa de morbilidad a nivel mundial.(2)

La Organización Mundial de Salud refiere que la depresión es un problema habitual de salud mental que afecta a la capacidad de trabajo y la productividad de las personas que la padecen, siendo la principal causa de problemas de salud y discapacidad en todo el mundo.(3)

La depresión es un trastorno del estado de ánimo que se caracteriza por un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente, que incluye alteraciones de los componentes cognitivos (forma de pensar), psicofisiológicos (alteraciones del sueño, peso, apetito, el libido, sensación de fatiga) y emocionales (ansiedad, llanto, irritabilidad, labilidad, melancolía).(4) Convirtiéndose en un problema de salud difícil, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, y puede causar gran sufrimiento y alterar las actividades laborales y familiares. En el peor de los casos la depresión puede llevar al suicidio. Cada año se suicidan cerca de 800 000 personas por depresión, siendo esta enfermedad mental uno de los mejores predictores de suicidio. Entre más temprano se instala la depresión, mayor es el riesgo de intentos de suicidio y suicidio.(5)

En España la depresión se ha convertido en los últimos años en un importante problema de salud pública que supone al Estado una alta inversión

en sanidad. Los datos de prevalencia oscilan desde 8,56% en la población general y de 55,6% en estudiantes universitarios e identificaron como factores de riesgo la depresión previa, sexo femenino, antecedentes familiares de depresión, estrés continuo, abuso o dependencia de sustancias y enfermedad medica general crónica.(1)

En México, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2018) estimó que el número de individuos que tienen depresión varía de 3 a 6 % de la población general, además que el 22.1% de mujeres y 12.5% de hombres tuvieron síntomas de depresión, constituyéndose en uno de los padecimientos más frecuentes, discapacitantes y asociados a una alta morbimortalidad en la población mexicana.(6)

Por otro lado en Colombia el Ministerio de Salud (2017) a través del Sistema Integral de Información de Protección Social reporto que los diagnósticos de depresión se han incrementado desde el 2009 de 17 711 atenciones a 36 584 y la Encuesta Nacional de Salud Mental reporto que la depresión ocupa el segundo lugar como causa de carga de la enfermedad con una prevalencia de 5.4 % en la población adulta, en este contexto, los expertos han definido que quienes tienen mayor riesgo de sufrir depresión son: personas con historia previa de depresión, problemas psicosociales (pérdida del empleo, separación conyugal, privación de la libertad, ser habitante de calle), eventos vitales estresantes, historia familiar de depresión, abuso y dependencia de sustancias incluidos alcohol y cigarrillo entre las más habituales.(7)

En Ecuador, la depresión es la primera causa de discapacidad con el 7,8 %, el 30% de las personas que se han autolesionado o suicidado tenía un antecedente asociado a la depresión y 8 de cada 100 personas en el país posee depresión.(8)

En Chile en un estudio publicado sobre carga de enfermedad, revela que los cuadros depresivos ocupan el segundo lugar (169 769 AVISA) entre las principales causas de discapacidad en la población general medida a través de los AVISAS (años de vida saludables perdidos).(9) Así mismo las estadísticas de la Encuesta Nacional de Salud (2017) llevada a cabo por el Ministerio de Salud de este país refiere que, la prevalencia de depresión anual en la población fue

de 6,2 % y que existe una relación entre los factores de riesgo (ocurrencia de algunos eventos negativos de la vida cotidiana que causan aflicción o estrés) y la aparición de trastornos de depresivo. Así mismo refiere que los cambios psicosociales resultantes de un primer episodio dejan a las personas en una posición de mayor riesgo de sufrir nuevos episodios depresión.(10)

En Bolivia, el Ministerio de Salud a través del Sistema Nacional de Información en Salud y Vigilancia Epidemiológica (2017) reportaron un total de 8 778 casos de episodios depresivos en Bolivia, de los cuales 6 105 fueron mujeres y 2 673 varones, el 20% de la población en las ciudades de Bolivia padece depresión, siendo un porcentaje muy importante para su país.(11)

No es ajeno a este problema mundial, lo que ocurre en el Perú, según el Estudio de Carga de Trastornos Mentales en la Región de las Américas (2018), en el Perú la depresión es una de las principales causas de discapacidad con 8,6 % encontrándose entre cinco primeros países en la tabla clasificatoria de la discapacidad por depresión de América del Sur.(12)

El Ministerio de Salud de Perú (2018) reportó que el problema de salud mental que mayor carga de enfermedad genera en nuestro país es la depresión que causa la pérdida de 224 535 años de vida saludable (AVISAS) con un 3,9% del total, determinando 7,5 años perdidos por cada mil habitantes, especialmente en el componente de discapacidad. Los Estudios Epidemiológicos de Salud Mental dan cuenta que, en la población mayor de 12 años el trastorno mental más frecuentes son los episodios depresivos, con una prevalencia anual que varía del 4% en Lima rural y 8,8% en Iquitos; y se estima un promedio nacional de 7,6% y los efectos de esta enfermedad reduce la calidad de vida, la capacidad funcional, la productividad, la integración social e independencia de las personas.(13)

En un estudio realizado en la Región de Cajamarca muestran cifras preocupantes de prevalencia de trastornos mentales del 28% de la población en general, encontrándose la depresión entre los trastornos con mayor prevalencia. Así mismo en el Centro de Salud Simón Bolívar de Cajamarca se identificó que los factores psicosociales que influyeron para presentar depresión fue la disfuncionalidad familiar.(14)

La Dirección Regional de Salud de Cusco (2018) a través de la Coordinadora Regional de la Estrategia Sanitaria de Salud Mental de la Diresa de Cusco, Psicóloga María Luisa Rojas Astete, refiere que el mayor porcentaje de la población tiene depresión con 6 647 casos atendidos originada por factores de riesgo como el ritmo de vida estresante de la sociedad actual, el rechazo, las dificultades económicas, maltrato, violencia intrafamiliar, entre otros.(15)

El Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi viene realizando investigaciones epidemiológicas en donde en el Estudio de Prevalencia de Depresión en Poblaciones Andinas da a conocer la alta prevalencia de vida de trastornos psiquiátricos halladas en la ciudad de Huamanga (Ayacucho) con 50% y dentro de ello el trastorno psiquiátrico más frecuente en la sierra, ha sido el episodio depresivo con 16,2%, seguido del trastorno de estrés postraumático con el 12,8%.(16)

En el Hospital Regional de Ayacucho en su Análisis de Situación de Salud se encontró que los trastornos mentales y de comportamiento ocupan el sexto lugar de las causas de consulta externa que equivale a más de 2 000 casos atendidos.(17)

Una mirada multifactorial de esta problemática implica que la depresión es una enfermedad compleja que tiene múltiples factores de riesgo, psicológicos (personalidad, factores relacionado con el estrés, autoestima, etc.) y sociales (contexto social, nivel educación, ideológico, roles, violencia intrafamiliar, desintegración familiar, consumo de alcohol, etc.); que en ocasiones interactúan entre sí y pueden tener un efecto acumulativo. La presencia de estos factores de riesgo incide de manera negativa en los ámbitos emocional y cognitivo de la persona adulta, incrementando la probabilidad de que sean más propensos a desarrollar o sufrir un trastorno depresivo, de esto parte la importancia de identificar los factores de riesgo psicosocial a tiempo. En las personas adultas, la depresión tiene gran impacto sobre su desarrollo personal, rendimiento laboral y las relaciones familiares e interpersonales. También existen evidencias de la posible continuidad del trastorno depresivo durante la etapa adulta mayor, lo cual se ve reflejado en los altos índices de consultas externas, hospitalizaciones psiquiátricas, problemas laborales y discapacidad psicológica que origina. Por

otra parte, los trastornos depresivos se encuentran asociados con el consumo de alcohol y drogas, promiscuidad sexual, conductas delictivas y con aumento de la violencia y de la agresividad, así como de trastornos de la conducta alimentaria, por lo que la depresión en las personas adultas, además del propio costo personal, puede sobrellevar un grave costo social.(18)

Ayacucho es uno de los lugares con mayores problemas de salud mental en el Perú de acuerdo con las cifras que reporto en sus diferentes estudios epidemiológicos el Instituto Nacional de Salud Mental “Hideyo Noguchi” y se atribuye estos sucesos al hecho de haber sido centro de las acciones de violencia de Sendero Luminoso y de las fuerzas del orden dejando en la población problemas de salud mental como secuelas de lo que se vivió en la época de la violencia política.

El Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho fue la primera institución en el departamento creada a razón de tratar a la población ayacuchana más vulnerable por las secuelas de la violencia sociopolítica de nuestra región, siendo una institución especializada en salud mental de referencia de la región de Ayacucho a donde acuden numerosos pacientes con diversos trastornos mentales de diferentes estratos socioeconómicos, edad, sexo y religión a tener una atención psicológica y/o psiquiátrico. Durante el 2019 se ha observado una mayor afluencia a la institución de personas adultas solicitando atención por problemas y enfermedades de salud mental, y que la depresión es un trastorno mental muy frecuente que dificulta el normal desenvolvimiento social, familiar y personal, generando discapacidad, sufrimiento y deteriorando la calidad de vida de las personas que tienen este trastorno y los factores de riesgo influyen de manera negativa a presentar la depresión. Fueron las razones descritas por la cual me motivo el interés de investigar la presente investigación.

1.2. Formulación del problema

1.2.1 Problema General:

¿Existen factores de riesgo psicosociales asociados a la depresión en personas adultas atendidas en el Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho, 2019?

1.2.2 Problemas Específico:

1. ¿Cuál es la prevalencia de depresión en personas adultas atendidas en el Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho, 2019?
2. ¿El factor de riesgo psicológico estrés está asociada a la depresión en personas adultas atendidas en el Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho, 2019?
3. ¿El factor de riesgo psicológico autoestima está asociada a la depresión en personas adultas atendidas en el Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho, 2019?
4. ¿El factor de riesgo social violencia intrafamiliar está asociada a la depresión en personas adultas atendidas en el Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho, 2019?
5. ¿El factor de riesgo social consumo de alcohol está asociada a la depresión en personas adultas atendidas en el Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho, 2019?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivos General:

Determinar si existen factores de riesgo psicosociales asociados a la depresión en personas adultas atendidas en el Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho, 2019.

1.3.2. Objetivos Específicos:

1. Identificar la prevalencia de depresión en personas adultas atendidas en el Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho, 2019.
2. Evaluar si el factor de riesgo psicológico estrés está asociada a la depresión en personas adultas atendidas en el Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho, 2019.
3. Evaluar si el factor de riesgo psicológico autoestima está asociada a la depresión en personas adultas atendidas en el Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho, 2019.
4. Evaluar si el factor de riesgo social violencia intrafamiliar está asociada a la depresión en personas adultas atendidas en el Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho, 2019.
5. Evaluar si el factor de riesgo social consumo de alcohol está asociada a la depresión en personas adultas atendidas en el Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho, 2019.

1.4. Limitantes de la investigación

Teórica

No hubo limitantes teóricas para la realización del presente trabajo de investigación, puesto que se encontró una diversidad de información como libros, artículos de revistas científicas en salud, guías de atención en salud mental, informes de instituciones representativas en salud mental nacional e internacional, etc. Los cuales sirvieron de sustento teórico para la presente investigación.

Temporal

El presente trabajo de investigación al ser un estudio retrospectivo y de corte transversal, no tuvo limitaciones temporales porque me permitió el cumplimiento de los tiempos determinados para la realización de la investigación.

Espacial

Se contó con la autorización respectiva del Centro Especializado en Salud Mental donde se realizó la ejecución del presente trabajo, no existiendo limitaciones espaciales para realizar la presente investigación.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

A Nivel Internacional

Espinoza C., Orozco A. y Ybarra J. (2015) en su investigación titulada **“Síntomas de ansiedad, depresión y factores psicosociales en hombres que solicitan atención de salud en el Primer Nivel” en México**, tuvieron el **Objetivo:** Determinar las relaciones que existen entre síntomas de ansiedad y depresión, factores psicosociales y el motivo de consulta en población adulta masculina. **Materiales y método:** Estudio cuantitativo, no experimental, transversal con un alcance descriptivo-correlacional. Aplicó la Escala de Goldberg y la Escala de Funcionamiento Psicosocial. **Resultados:** Se identificó una prevalencia de depresión de 49% y los factores de riesgo psicosociales para presentar depresión fueron el estrés, el intercambio negativo en sus relaciones sociales, las prácticas inadecuadas de salud y tener un ingreso económico bajo. **Conclusión:** Existe relación entre síntomas de ansiedad, depresión, factores psicosociales y el deterioro de la salud.(19)

Se tomó el presente trabajo porque identifica la prevalencia de depresión en un nivel atención y también porque en sus resultados el factor de riesgo psicológico estrés se relaciona con la presencia de depresión que es una variable para investigar en la presente investigación.

Antón F., Pérez L., Laia B., Georgina O., Florentina D. y Mir C. (2017) en su investigación titulada **“Evolución, durante siete años, de la prevalencia de la depresión en un Centro de Salud Urbano” en España**, tuvieron el siguiente **Objetivo:** Valorar la evolución del diagnóstico y del tratamiento farmacológico de la depresión. **Materiales y método:** Fue un estudio descriptivo desde 2008 a 2014, los datos han sido recolectados de las historias

clínicas electrónica. **Resultados:** La prevalencia de depresión anual 2008/2014 fue de 3,73%/4,98%. De ello el 28,7 % eran varones y el 71,3% fueron mujeres. La edad promedio de varones/ mujeres fue de 48/55 años. **Conclusión:** La prevalencia de la depresión en el Centro de Salud es inferior a la de los estudios poblacionales de otras investigaciones y se ha encontrado exceso de utilización farmacológica en los pacientes diagnosticados de depresión.(20)

Pareció importante tomar como referencia del presente estudio porque utilizo el análisis documental para la extracción de datos para su investigación y da conocer sobre la prevalencia de depresión en un centro de salud existiendo similitud en la técnica de recolección de datos de la presente investigación.

De los Santos P. y Carmona S. (2018) en su investigación titulada “Prevalencia de depresión en hombres y mujeres mayores y factores de riesgo” en México, tuvieron el siguiente Objetivo: Determinar la prevalencia de depresión en personas mayores de 60 a 103 años. **Materiales y método:** Fue no experimental y transaccional. **Resultados:** En las personas mayores existe una prevalencia de depresión de 74.3% de ello el 55.8% fueron mujeres y 44.2% hombres, asimismo, se evidenció que los factores asociados al incremento de la aparición de depresión fueron la edad de 70 a 79 años, falta de educación, estar soltero, sin ocupación y consumo de alcohol. **Conclusión:** Los factores de riesgos personales, estructurales, sociales, económicos y de salud actúan de forma particular en hombres y mujeres.(6)

Se tomó el presente estudio porque nos da a conocer acerca de una alta tasa de prevalencia de depresión en personas mayores con más del 50 % de la población en estudio.

Martínez D. (2018) en su investigación titulada “Factores psicosociales en prevalencia en depresión, ansiedad, distorsión cognitiva y hábitos de vida” en Colombia, tuvo el siguiente Objetivo: Describir la correlación que existe entre depresión, ansiedad, distorsión cognitiva y hábitos de vida. **Materiales y método:** Investigación descriptiva y correlacional. **Resultados:** Existe una correlación significativa de 0,201 en las variables de

depresión y sueño, una correlación débil de -0,0221 hasta -0,274 con la variable actividad física con depresión, ansiedad y distorsión cognitiva y se identificó que existe una correlación significativa de 0,222 y 0,227 entre depresión, ansiedad y alcohol. **Conclusiones:** Existe un grado de relación significativa entre los factores psicosociales y las variables de hábitos de vida, depresión, ansiedad y distorsión cognitiva, lo que perjudicaría a la persona en distintos aspectos de la vida habitual.(21)

Se tomó en cuenta la presente investigación porque en su estudio hace referencia que existe una relación significativa entre la depresión y el factor de riesgo social como es el consumo de alcohol siendo una información importante para el presente estudio.

Lara E., Aranda C., Zapata R., Bretones C. y Alarcón R. (2019) en su investigación titulada “Depresión y ansiedad en mujeres víctimas de violencia en la relación de pareja” en Argentina, tuvo el siguiente Objetivo: Evaluar si las mujeres que han sufrido violencia tienen mayor riesgo de presentar depresión y ansiedad, en comparación con las que no han sufrido violencia. **Materiales y método:** Estudio comparativo se utilizó el Inventario de Depresión de Beck, el Inventario de Evaluación de la Personalidad y se aplicó la prueba de Chi-cuadrado (χ^2). **Resultados:** De las 48 mujeres diagnosticadas con depresión grave el 97.9% fueron víctimas de violencia intrafamiliar y 2.1% no son víctimas de violencia. Aplicada la prueba estadística se confirma que existe una relación significativa entre haber sufrido violencia y los niveles de gravedad de la depresión. **Conclusiones:** Los resultados evidencian que la depresión y la ansiedad están fuertemente asociadas a la violencia intrafamiliar.(22)

Se tuvo en cuenta la presente investigación porque los autores mencionados dan a conocer en su estudio que el mayor porcentaje de la población estudiada que presento depresión sufrió violencia intrafamiliar presentando una relación significativa dato resaltante para el presente estudio.

A Nivel Nacional

Matitti M. y Tipismana O. (2016) en la investigación titulada **“Prevalencia de depresión mayor en adultos mayores atendidos ambulatoriamente en un Hospital de Lima Metropolitana”** en Lima, tuvieron el siguiente **Objetivo:** Describir y analizar la prevalencia de la depresión mayor y factores de riesgo asociado a la depresión. **Materiales y método:** Descriptiva, analítica, revisión documental y utilizó una encuesta de utilización de fármacos. **Resultados:** Se encontró que los pacientes de 60 a 75 años tienen mayor prevalencia de depresión y los pacientes de sexo femenino presentan mayores tasas de depresión que los del sexo masculino. Al realizar la prueba de Odds Ratio, se estableció que la edad (OR= 0.573) y el sexo (OR= 0.435) no es un factor de riesgo para la depresión. **Conclusión:** Los resultados indican que los factores demográficos son independientes de la depresión, ambos grupos tienen depresión y comorbilidad.(23)

El presente estudio nos da conocer que la prevalencia de depresión en las personas adultas mayores es alta y está presente más en el sexo femenino. Asimismo, que la edad y el sexo no son un factor de riesgo para la depresión el cual es una información importante que nos permitirá compara con los resultados encontrados en la presente investigación.

Paucar P. (2016) en la investigación titulada **“La depresión como factor desencadenante de enfermedades cutáneas, en pacientes adultos de 18 a 60 años en el consultorio externo de dermatología, Hospital II EsSalud - Huánuco 2016”** en Huánuco, tuvo el siguiente **Objetivo:** Determinar la relación de la depresión como factor desencadenante de enfermedades cutáneas. **Materiales y método:** El estudio fue observacional, prospectivo, correlacional, analítico y transversal. Los instrumentos utilizados fueron la Escala de Depresión de Beck y un cuestionario. **Resultados:** De los 100 pacientes adultos muestreados con enfermedades dermatológicas derivados del Servicio de Psiquiatría, se identificó que un 36% tuvo trastorno depresivo mayor, un 30% trastorno depresivo no especificado y un 34% trastorno distímico. Según la

Escala de depresión administrada se identificó que un 30% tuvo depresión moderada, 41% depresión grave y un 45% depresión extrema. Encontrando asociación estadísticamente significativa ($p = 0,001$). **Conclusión:** Se demostró la relación de depresión con las enfermedades dermatológicas ($p = 0,001$) mediante el análisis de Chi cuadrado.(24)

Se tomó en cuenta el presente estudio porque nos da a conocer la relación que existe entre la depresión y patología y viceversa, a su vez podemos observar que el mayor porcentaje de su población en estudio presento depresión extrema y severa.

Berrospi S., Herencia M. y Soto A. (2017) en la investigación titulada “Prevalencia y factores asociados a la sintomatología depresiva en mujeres con cáncer de mama en un Hospital Público de Lima, Perú” en Lima, tuvieron el siguiente Objetivo: Conocer la prevalencia y evaluar los factores asociados al síndrome depresivo en mujeres con diagnosticadas de cáncer de mama. **Materiales y método:** Estudio analítico transversal. Se utilizó la Escala Patient Health Questionnaire (PHQ-9). **Resultados:** Se identificó una prevalencia de sintomatología depresiva del 21,29%, de ello la edad promedio de las personas fue de 59 años y el grado de instrucción superior con 45,12%. **Conclusión:** Se encontró una alta prevalencia de sintomatología depresiva en mujeres con cáncer de mama, encontrándose una asociación estadística significativa con los síntomas gastrointestinales.(25)

Se tomó como referencia el presente estudio porque nos ofrece datos estadísticos sobre la prevalencia de depresión en mujeres asociadas a una patología como es el cáncer de mama, el cual es un dato importante para contrastar con los resultados que se obtendrán en la presente investigación.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Teoría del Modelo Cognitivo de la Depresión de Beck (1979)

Según Aarón Beck considera que la principal alteración en la depresión está en el procesamiento de la información, para lo cual Beck propone un modelo

organizado para exponer el funcionamiento psicológico tanto patológico como normal. En la cual, propone la existencia de una plantilla mental con la cual la persona enfrentaría las diferentes situaciones; a quienes los nombra esquemas, los cuales serían los principales responsables en la interpretación que tiene cada persona de la vida diaria.

Este esquema propuesto por Aarón Beck se llama Tríada Cognitiva, que se refiere a un punto de vista negativa de sí mismo, del medio ambiente y del futuro. Quien refiere que la persona que sufre de depresión utiliza un sesgo negativo sobre sí mismo, viéndose como una persona insignificante, depreciada. Destacando solo sus aspectos negativos y no percibe cosas buenas de sí mismo. También recalca los aspectos negativos de su medio ambiente, de las personas con quienes se relaciona. En conclusión, la persona es pesimista, cree que en el futuro su vida es negativo y no cambiará en la cual seguirá sufriendo desdichas y desconsuelo, presentando desesperanza y está altamente relacionada con el suicidio.

Esta teoría también formula que en la consciencia del individuo se presentaran estos esquemas de pensamiento que se ve reflejado través de interpretaciones exactas y precisas de acuerdo con las situaciones que se le presenta en su vida diaria. A estas interpretaciones se les conoce como pensamientos automáticos (“no sirvo para nada”, “mi vida es un fracaso”, “todo lo que hago me sale mal”, “mi vida va a ser siempre así”, “para qué vivir”). Tal es el disparo consecutivo de verbalizaciones negativas que la persona depresiva tiene en su consciencia un estado de ánimo que es la tristeza profunda. Este es el lugar de las distorsiones cognitivas. Por lo cual, Beck se refiere a un conjunto de formas patológicas de transformación de la información, los cuales conducen a incrementar el estado de ánimo depresivo en las personas.(26)

Se consideró esta teoría porque da conocer como la depresión puede alterar el proceso de información mental alterando el esquema mental trayendo consigo pensamientos negativos el cual ocasiona una inmovilidad física y psicológica deteriorando su calidad de vida.

2.2.2. Teoría de la Desesperanza Aprendida o Indefensión Aprendida (1975).

Según Martín Seligman planteó que cuando la persona pierde la esperanza de poder afrontar sucesos negativos de su vida cotidiana hace que provoque la aparición de reacciones depresivas, es decir las personas que piensan que sus fracasos son por causas internas son más susceptibles a tener depresión, a esto Abramson, Seligman y Teasdale (1978) aportaron a la teoría de que para que se presente la depresión se involucra diversos factores como: factores internos lo cual generaría baja autoestima, factores estables lo cual produciría falta de control sobre escenarios futuros ampliándose en el tiempo, factores globales que estimularía a la falta de control y generalización en otras situaciones y factores motivacionales relacionado con la posibilidad de no poder controlar una situación deseada o desagradable.(27) (28)

Se considero la presente teoría porque nos da a conocer que existen factores internos, estables, globales y motivacionales que influyen en la persona para su capacidad de afrontamiento frente sucesos negativos de la vida haciéndole más vulnerable para desarrollar la depresión.

2.2.3. Teoría de los sucesos vitales y ambientales (2003)

Según Benjamín James Sadock, Virginia Alcott Sadock consideran que para se presente el trastorno depresivo tiene que estar presente factores ambientales como situaciones de la vida estresantes, perdida de los seres queridos, dificultades económicas, crisis por la edad media, presencia de alguna enfermedad, fracaso percibido por la personal, etc. Así mismo hacen referencia que algunas poblaciones son más vulnerables que otras para desarrollar depresión como por ejemplo las personas solteras, necesitadas económicamente o madres que tienen hijos menores de edad y a la vez trabajan son más vulnerables al trastorno.

Por otro lado, también señalan que los episodios depresivos son desencadenados por cambios trágicos o dramáticos como la reubicación, la

pérdida o el cambio de trabajo y la jubilación. Estos dos teóricos plantean que creen que el estrés manifestado por un paciente provoca un cambio de duración larga en la biología del cerebro, que afecta a los estados funcionales de los neurotransmisores y sistemas de señales intraneuronales.(29)

Se tomo en cuenta para el presente trabajo esta teoría porque da conocer que existen hechos o sucesos vitales y ambientales muy importantes y decisivos a lo largo de la vida de las personas que cuando no son asimiladas adecuadamente tienden a poder desarrollar mayor estrés, generando en la mayoría de las personas que atraviesa dichos sucesos la depresión al sentirse agobiados por no poder superar la situación vital estresante.

2.2.4. Teoría de la Interacción (1964)

Según Joyce Travelbee en su Teoría de la Interacción o de Relación Persona a Persona menciona como tal la definición de Enfermería Psiquiátrica como un proceso de interacción entre dos o más individuos, mediante el cual el profesional de enfermería es el que ayuda a una persona, familia o comunidad en la práctica del cuidado, con el objetivo de promover la Salud Mental, prevenir o afrontar el sufrimiento mental, acompañarlo en el proceso de desarrollo psicosocial y la recuperación de la enfermedad mental. A partir de lo que la enfermera entiende la situación de la persona, familia o comunidad establece una relación de ayuda.(30)

La mayor proposición de la teoría de Travelbee es que la relación enfermera-paciente que se establece después de las siguientes fases:

- Fase del encuentro original, donde se da el primer encuentro con el paciente, siendo importante la observación y percepción como primer paso para el proceso de enfermería.
- Fase de identidades emergentes, la enfermera(o) y paciente, empiezan a establecer un vínculo y a ver al otro como un ser humano único.
- Fase de la empatía, es el deseo de comprender o entender a la otra persona, no es continuo, la enfermera (o) puede interactuar muchas veces con el paciente, pero solo “empatiza” una o varias veces.

- Fase de la simpatía, nace del deseo principal de aliviar el estrés del paciente. El objetivo de la simpatía es transmitir a la persona que su preocupación es también nuestra preocupación y que deseamos poder ayudarle a solucionarla.
- Fase de Termino, donde todas las fases culminan en el rapport o el establecimiento de la relación, la enfermera(o) y el paciente se perciben finalmente como seres humanos.(30)

Se considera la presente teoría porque da a conocer la importancia de la función del cuidado que proporciona el profesional de enfermería a la persona, familia o comunidad con problemas de salud mental y parte del cuidado es la relación enfermera(o) paciente el cual se da por un proceso interpersonal que transita por fases, desarrollando al final cambios en ambos y reconociendo a la persona como un ser humano con necesidades biológicas, psicológicas y sociales.

2.2.5. El Modelo de la Marea en la Recuperación en Salud Mental (2000)

Phil Barker a través del modelo de la marea da a conocer un método filosófico para la recuperación en salud mental. No es una técnica de ayuda o tratamiento de la enfermedad mental, si no es una visión específica para comprender la salud mental, lo que significa para la persona e iniciar el proceso de recuperación.

Según Barker el modelo se basa en la Teoría del caos, el flujo invariable, las mareas que van y regresan y muestran modelos no repetitivos. El modelo de la marea emplea metáforas relacionadas con el poder del agua y del mar, para representar el distrés humano. Barker representa al agua como: “La metáfora central de la experiencia vivida de la persona...y el sistema de cuidados que se auto modela la persona con la ayuda de la enfermera”.(31) Esta metáfora enseña muchos de las situaciones que se experimenta en la crisis psiquiátrica y las respuestas a esta situación difícil.(30)

Para Barker la clave principal de la práctica de la enfermería es entender el concepto de “cuidar” personas, aprendiendo que la relación profesional-persona podía ser más recíproca que la relación enfermera-paciente definida por Peplau.

El modelo de la marea tiene 10 compromisos que son los valores esenciales del modelo como son: valorar la voz, desarrollar la curiosidad genuina, respetar el lenguaje, llegar a ser el aprendiz, trabajar un paso más allá, utilizar el equipo de herramientas disponibles, dar el don del tiempo, revelar la sabiduría personal, saber que el cambio es constante y ser transparente. Estos diez compromisos son la clave fundamental para que el profesional de enfermería responda sensiblemente y con frecuencia a las fluctuantes necesidades humanas de las personas o familias con problemas de salud mental el cual los hace más vulnerables al sentirse amenazada por la enfermedad mental que presenta. Al responder a estas necesidades se contribuye la recuperación lo cual es posible porque las personas tienen los recursos personales e interpersonales que permiten su proceso de recuperación.(30) (31)

Se cito el presente modelo filosófico porque el autor da a conocer través del agua y sus fluctuaciones los elementos de los episodios psiquiátricos, sus crisis y las respuestas necesarias que debe brindar el profesional de enfermería psiquiátrica desempeñando un papel de cuidado, compasión, comprensión y el respaldo para la recuperación de la salud mental de la persona o familia.

2.3. Base conceptual

2.3.1. Depresión.

A. Definición.

La depresión se describe como un estado de ánimo de tristeza persistente y prolongada que dura más de 2 semanas. Este estado puede tener lugar en un único episodio o en un patrón recurrente a lo largo del tiempo.(32) La depresión se caracteriza por un estado de ánimo triste, disminución de la capacidad de experimentar placer y pérdida de interés (anhedonia), disminución de la energía, disminución de la actividad física y mental, habla infrecuente y enlentecida,

pensamientos lentos (retardo psicomotor), aparición de las ideas pesimistas y de desesperanza, irritabilidad, disminución de la capacidad de concentración, disminución de la memoria y desregularización de las funciones neurovegetativas como insomnio o hipersomnia, disminución del libido y disminución o aumento del apetito (con o sin cambios de peso).(4)

De lo señalado por los autores se puede decir que la depresión es una enfermedad mental compleja que puede ser de corta o larga duración que trae consigo un conjunto de signos y síntomas que alteran funcionamiento normal de la persona que la padece deteriorando su calidad de vida.

B. Prevalencia

La presencia de depresión a nivel mundial tiene una prevalencia muy alta (posiblemente más del 4% de la población padece de depresión) y parece indicar que va en incremento de 0,009-0,015% para los hombres y 0,007-0,03% para las mujeres, constituye en uno de los trastornos mentales que genera mayor infelicidad y sufrimiento.(20)

Más de 350 millones de personas en todo el mundo sufren de depresión y uno de cada diez adultos la padece, desde el 2005 año a año se ha ido incrementando más del 18 %, se proyecta que para el 2030 la depresión sea la principal causa de morbilidad mundial.(2) La consecuencia más grave de una persona con depresión que no recibió un tratamiento adecuado es el suicidio, anualmente más de 800 000 personas se suicidan y son pacientes que sufrieron depresión.(5)

La prevalencia de depresión es diversa en todo el mundo, en España, la prevalencia de depresión es de 8,56% en la población en general.(1)

En México, del 3 al 6 % de la población general tienen depresión y el riesgo de morbilidad durante su vida es del 20%, siendo mayor en la mujer que en el hombre, lo que implica que de cada 5 personas que nacen, una padecerá depresión al menos 1 vez en su vida, de esta, el 70% de los casos tendrá más de un episodio depresivo durante su vida.(6)

En Colombia, la depresión ocupa el segundo lugar como causa de carga de la enfermedad con una prevalencia de 5,4 % en la población adulta.(7)

En Ecuador, la depresión es la primera causa de discapacidad con el 7,8 % de la discapacidad total.(8)

En Chile la prevalencia de depresión anual en la población fue de 6,2 %.(10)

En Bolivia, reportaron un total de 8 778 episodios depresivos, de los cuales 6 105 fueron protagonizados por mujeres y 2 673 por varones y el 20% de la población en las ciudades padece depresión, siendo un porcentaje muy importante para su país.(11)

El Perú se ubica en la tabla clasificatoria de la discapacidad por depresión de América del Sur en el quinto lugar con 8,6%.(12) Por otro lado, el Ministerio de Salud del país reportó que la depresión causa la pérdida de 224 535 años de vida saludable (AVISAS) con un 3,9% del total, determinando 7,5 años perdidos por cada mil habitantes, especialmente en el componente de discapacidad. Los Estudios Epidemiológicos de Salud Mental dan cuenta que, en la población mayor de 12 años el trastorno mental más frecuentes son los episodios depresivos, con una prevalencia anual que varía del 4% en Lima rural y 8,8% en Iquitos; y, se estima un promedio nacional de 7,6%.(13)

En Cajamarca la prevalencia de trastornos mentales fue del 28% de la población en general, encontrándose la depresión entre los trastornos con mayor prevalencia.(14)

En Cusco, el mayor porcentaje de la población tiene depresión con 6 647 casos atendidos en la Dirección Regional de Salud de Cusco.(15)

En Ayacucho, investigaciones epidemiológicas realizadas por El Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi da a conocer alta de prevalencia de vida de trastornos psiquiátricos halladas en la ciudad de Huamanga (Ayacucho) con 50% y dentro de ello el trastorno psiquiátrico más frecuente en la Sierra, ha sido el episodio depresivo con 16,2%, seguido del trastorno de estrés postraumático con el 12,8%.(16)

C. Etiología.

Son muchos los orígenes por los cuales se presenta la depresión y al parecer la combinación entre estos factores sería la causa de la depresión. Entre ellas las más frecuentes son:

Principales:

- a. Bioquímica:** Las sustancias químicas de las células del cerebro no funcionarían con normalidad por lo cual no estarían en equilibrio. Un desequilibrio químico por disminución o ausencia de neurotransmisores en el cerebro como la noradrenalina, serotonina y dopamina serían las causantes de los síntomas de la depresión.(32)

La teoría bioquímica de la depresión se fundamenta en que la presencia de los síntomas de la depresión se debería a una alteración de la función serotoninérgica (5-HT).(33)

- b. Neuroendocrinos:** El mal funcionamiento del hipotálamo sería la causante de síntomas depresivos como mal humor, disminución del apetito sexual, alteraciones del sueño y apetito. Así mismo más del 50% de pacientes con diagnóstico de depresión presentan un aumento elevado del cortisol hormona segregada por la glándula suprarrenal como resultado del estrés. También se observó que existe una relación entre la depresión y la alteración de la función tiroidea.(33)

- c. Genético y familiares:** Estudios hacen referencia que una predisposición genética sería un factor causante de la depresión más aún si el familiar es de primer grado de consanguinidad, existiendo una relación muy fuerte entre depresión y herencia.(32)

Investigaciones sobre genética hacen referencia que la influencia de múltiples genes junto con factores ambientales aumentaría el riesgo de desarrollar depresión.(33)

- d. Factores psicológicos.** Está relacionado con factores emocionales en la cual el pensamiento distorsionado sobre la realidad hace que tenga una forma negativa de ver el mundo y su futuro generando depresión en la persona.(34)

- e. **Factores Ambientales.** La experiencia clínica ha demostrado que la depresión aparece después de un problema duradero como dificultades en la pareja o en el trabajo, mala situación económica, etc. estos serían factores estresantes para que se precipite la depresión, razón por la cual se sostendría que la depresión se presentaría después de acontecimientos vitales estresantes.(33)

Secundarias:

- a. **Drogas:** Se asociado la presencia de síntomas de depresión a causa de fármacos como antibióticos, hipo tensores, antipsicóticos y cardiacos.(1)
- b. **Enfermedades:** Se postula que las personas con enfermedades graves o crónicas como reacción a ese evento estresante pueden tener depresión, entre las enfermedades que se relacionan con mayor frecuencia con la depresión son el Alzheimer, Parkinson, epilepsias, esclerosis múltiple, hipotiroidismo, trastornos de calcio, cáncer de páncreas, infarto al miocardio. Por otro lado, estudios demuestran que enfermedades psiquiátricas como esquizofrenia, trastornos de pánico, dependencia del alcohol y de fármacos producen cuadros depresivos.(34)

D. Cuadro Clínico.

Según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) los síntomas de la depresión son:

- Perdida de interés o satisfacción para disfrutar en todas las actividades.
- Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos o actividades que normalmente producen una respuesta emocional
- Despertarse por las mañanas dos o más horas antes de la hora habitual.
- Empeoramiento matutino del humor depresivo.
- Presencia objetiva de enlentecimiento psicomotor o agitación (observado o referido por terceras personas)
- Perdida marcada de apetito.
- Pérdida de peso (5 % o más del peso corporal del último mes).
- Notable disminución del libido.(35)

- Pérdida de confianza y estimación de sí mismo acompañado de sentimientos de inferioridad.
- Reproches hacia si mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva o inadecuada.
- Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, o cualquier conducta suicida.
- Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañados de falta de decisión.
- Alteraciones del sueño de cualquier tipo.(36)

Se utiliza el cuadro clínico para depresión planteado por los autores señalados, porque expresa de manera completa y a detalle cada uno de los signos y síntomas de la depresión, dando a conocer las diferentes alteraciones físicas, emocionales, de comportamiento, y cognitivas que presenta el individuo con depresión.

E. Criterios de diagnostico

El profesional de la salud mental debe realizar una evaluación diagnóstica integral y exhaustiva, incluida una entrevista y un examen mental completo. En algunos casos, se puede hacer un análisis de sangre para asegurarse de que la depresión no se deba a una afección médica o alteración de hormonas (problema de tiroides). La evaluación consiste en identificar síntomas específicos, antecedentes médicos y familiares, factores culturales y ambientales para llegar a un diagnóstico y planificar un plan de atención.(37)

Los criterios diagnósticos de depresión más utilizados por los profesionales de la salud mental es la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y problemas relacionados con la salud (CIE) décima versión (CIE-10) quien en su capítulo sobre Trastornos Mentales y del Comportamiento, en la categoría F32 incluye los diagnósticos de episodio depresivo, que a su vez se subdivide en:

- a. F32.0 Episodio depresivo leve.

- b. F32.1 Episodio depresivo moderado.
- c. F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos
- d. F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos

Para cualquiera de los diagnósticos, los episodios depresivos deben tener una duración de al menos dos semanas, acompañado como mínimo dos de tres síntomas considerados típicos de la depresión: ánimo depresivo, pérdida de interés y capacidad para disfrutar y aumento de fatigabilidad.(35)

a. F32.0 Episodio depresivo leve.

Al menos dos de estos tres primeros síntomas mencionados para el diagnóstico de depresión deben estar presentes (Humor depresivo, pérdida de interés o de la capacidad de disfrutar en actividades y disminución de la energía o aumento del cansancio), además de al menos dos del resto de los síntomas que a continuación se describe:(35)

- Pérdida de confianza o disminución de la autoestima.
- Sentimientos no razonables de auto reproche o de culpa excesiva e inapropiada.
- Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, o cualquier conducta suicida.
- Quejas o pruebas de disminución en la capacidad de pensar o concentrarse, tales como indecisión o vacilación.
- Cambio en la actividad psicomotriz, con agitación o enlentecimiento (tanto subjetiva como objetiva).
- Cualquier tipo de alteración del sueño.
- Cambio en el apetito (aumento o disminución) con el correspondiente cambio de peso.(35)

El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas. El paciente presenta los síntomas, pero no en grado intenso por lo cual podrá seguir haciendo sus actividades diarias.(35)

b. F32.1 Episodio depresivo moderado.

El paciente con un episodio depresivo moderado suele tener grandes dificultades para poder continuar desarrollando sus actividades diarias, para poder diagnosticar como episodio depresivo moderado debe estar presentes al menos dos de los tres síntomas más típicos para episodio depresivo leve y al menos cuatro de los demás síntomas.(35)

c. F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos.

El paciente presenta angustia o agitación y riesgo de suicidio. En ocasiones el paciente no es capaz de describir a detalle sus síntomas, por lo que no es capaz de continuar desarrollando actividades diarias. Para poder diagnosticar deben estar presentes al menos 3 de los síntomas leves y moderados mencionados anteriormente y 4 de los demás síntomas en fuerte intensidad.(35)

d. F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos.

Para su diagnóstico debe cumplir cada uno de los criterios para episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos (F32.2), además que debe estar acompañado de los siguientes síntomas: ideas delirantes, alucinaciones enlentecimiento psicomotriz o estupor depresivo.(35)

F. Diagnóstico Diferencial.

Es importante diferenciar de una tristeza normal a una tristeza patológica que lleva consigo muchos otros síntomas como la angustia y disminución de su capacidad funcional. Entre los datos de importancia que diferencia la depresión de otros trastornos o enfermedades, se incluye, haber sufrido una depresión previa o intento de suicidio; historia familiar de cambios de comportamiento; ausencia o poco apoyo social; haber sufrido situaciones de la vida estresantes; abuso de alcohol u otras drogas y la presencia de enfermedad crónica, dolor o discapacidad.(38)

La depresión debe diferenciarse de:

- Abatimiento post- episodio psicótico: Personas que después de un episodio psicótico se muestran decaídos, con apatía, sin energía.(4)
- Trastorno de ansiedad: Los trastornos ansiosos evolucionan en un porcentaje muy alto con síntomas depresivos. Se debe tener cuidado para diagnosticar, porque en una depresión ansiosa se manifiesta el trastorno de ansiedad, por los cuales la depresión y la ansiedad comparten síntomas como taquicardia, vértigos, fatiga, dificultades de atención y concentración, trastornos de sueño y abusos del alcohol. Y por otro lado un trastorno de estrés post traumático lleva a producir al final en un cuadro de depresión.(4) (38)
- Trastornos de adaptación: son alteraciones emocionales que pueden llegar a alterar su vida personal, social, laboral como consecuencia de un cambio geográfico o acontecimientos vitales estresantes que afectan la integridad emocional de la persona o al sistema de soportes y valores sociales (experiencia de duelo, separación, emigración, condición de refugiado).(4)
- Disforia esteroide: Se presenta más en las mujeres que los hombres. Entre los signos y síntomas frecuentes es el de reaccionar de una manera exagerada frente a situaciones negativas que se les presenta como obstáculos, pensar que el mundo se acaba, que así no vale la pena seguir viviendo, también hay presencia de labilidad, variabilidad del ánimo, resentimiento y hostilidad.(4)
- Síndrome de fatiga crónica: Este trastorno está caracterizado por fatiga extrema que no se atribuye a una enfermedad y con duración mayor de seis meses que no se resuelve con el descanso nocturno.(4)
- Síndrome demencial: Trastorno que interfiere en las actividades de la vida diaria de la persona debido a un deterioro progresivo de la capacidad cognitiva como la memoria el cual puede llegar a ser severo.(4)
- Esquizofrenia: El diagnóstico diferencial es difícil si el paciente tiene síntomas depresivos acompañado de síntomas psicóticos, pero la diferencia está en que, si la psicosis apareció primero que los síntomas

depresivos o fue al revés, para lo cual es muy importante una evaluación mental cuidadosa.(33)

G. Tratamiento.

El tratamiento de la depresión debe conceptualizarse como un proceso a largo plazo, por esta razón, el paciente deberá ser educado acerca del curso natural de la enfermedad y la necesidad de adherencia al tratamiento (psicoeducación), quedando a cargo del profesional de la salud la interpretación y cuantificación de los síntomas, fundamentalmente síntomas claves de alarma (riesgo de suicidio o violencia). Es esencial mantener un monitoreo cercano y sistemático del progreso del paciente.(4)

La mayoría de los pacientes con depresión pueden ser tratados en régimen ambulatorio. El tratamiento de elección para la depresión de moderada a grave es la farmacoterapia, incluida en el contexto de la terapia de apoyo y la psicoeducación; las depresiones más leves pueden tratarse con psicoterapia.(39)

E.1. Farmacológico: La sustancia química (neurotransmisores) del cerebro puede contribuir a la depresión de un individuo y puede influir en su tratamiento. Por esta razón, se receta antidepresivos para ayudar a modificar la sustancia química del cerebro.(37)

Hay tres grupos principales de antidepresivos: tricíclicos, inhibidores selectivos de la receptación de la serotonina (ISRR) e inhibidores de la mono-amino-oxidasa (IMAO).(33)

- **Antidepresivos Tricíclicos.**

Los antidepresivos tricíclicos son los antidepresivos más conocidos y efectivos, sin embargo, sus numerosos efectos secundarios limitan su uso, sobre todo en pacientes geriátricos. Bloquean la bomba receptadora de serotonina, de noradrenalina y en menor medida de dopamina, de forma que los neurotransmisores no puedan ser

enviados de vuelta a la neurona presináptica para ser reutilizados, consiguiéndose así una mayor concentración sináptica del neurotransmisor. La Imipramina y la Amitriptilina son fármacos eficaces en la depresión, tanto leve como grave, los efectos anticolinérgicos son los principales responsables del abandono del tratamiento.(33)

- **Inhibidores Selectivos de la recaptación de la Serotonina (ISRS).**

Son fármacos con capacidad selectiva de bloqueo de la recaptación de la 5-HT, son eficaces en depresión leve y moderada y carecen de efecto anticolinérgico. Están particularmente indicados en pacientes con contraindicación para el uso de antidepresivos tricíclicos por culpa de los efectos anticolinérgicos o no se desee producir sedación.(33)

Los ISRS se han convertido en agentes de primera opción en el tratamiento de la depresión por su efectividad, tolerabilidad/toxicidad, acceso al medicamento y facilidad de dosificación. Los medicamentos dentro de este grupo son: citalopram, escitalopram, fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina y sertralina.(4)

- **Inhibidores de la Mono-Amino-Oxidasa (IMAO).**

Estos fármacos son habitualmente menos eficaces que los tricíclicos en las depresiones graves y no más eficaces en las depresiones leves. Sin embargo, algunos pacientes que no responden bien a los antidepresivos tricíclicos o no hubo mejora después del tratamiento con tricíclico pueden responder a los IMAO. Estos fármacos logran su máximo efecto terapéutico lentamente, pudiendo ser necesario esperar hasta seis semanas.(33)

La mejora en los síntomas de depresión se observa recién a partir de la primera semana o dos de uso de los antidepresivos. Los beneficios completos se observarán durante dos o tres meses. Si el paciente siente poca o ninguna mejoría después de varias semanas, el psiquiatra puede cambiar la dosis del

medicamento o agregar o sustituir con otro antidepresivo. Los psiquiatras recomiendan que los pacientes continúen tomando medicamentos durante seis o más meses después de que los síntomas hayan mejorado. Se indica un tratamiento de mantenimiento a más largo plazo para personas con alto riesgo con el objetivo de disminuir el riesgo de episodios futuros de depresión.(37)

E.2. Psicoterapia:

Los pacientes con diagnóstico de depresión y su familia necesitan de apoyo psicológico mientras se espera a la mejoría. En los casos menos graves los métodos psicológicos y sociales o el apoyo y la resolución de los problemas pueden bastar por sí solos para conseguir la mejoría.(33)

La psicoterapia, o "terapia de conversación", a veces se usa sola para el tratamiento de la depresión leve; para la depresión moderada a severa, la psicoterapia a menudo se usa junto con medicamentos antidepresivos.(37)

La terapia cognitiva conductual (TCC) es muy efectiva en el tratamiento de la depresión, en cuadros depresivos de intensidad leve o moderada se ha demostrado tan eficaz como los antidepresivos.(33) La TCC es una forma de terapia centrada en el presente y la resolución de problemas y ayuda a la persona a reconocer el pensamiento distorsionado y luego a cambiar los comportamientos y el pensamiento que hace que el paciente sea más vulnerable a los acontecimientos vitales o se perpetúe el trastorno.(37)

La psicoterapia puede ser individual o grupal, como la terapia familiar o de pareja puede ayudar a abordar los problemas dentro de estas relaciones o la terapia grupal que involucra a personas con diagnósticos similares. Dependiendo de la gravedad de la depresión, el tratamiento puede durar semanas o meses. En muchos casos, se puede lograr una mejora significativa en 10 a 15 sesiones.(37)

E.3. La terapia electroconvulsiva (TEC):

Es un tratamiento utilizado para pacientes con depresión mayor severa o grave, especialmente si hay pérdida de peso importante, despertar precoz, inhibición, delirios y que no han respondido a otros tratamientos con antidepresivos.(33)

La terapia electroconvulsiva es administrada por un equipo de profesionales médicos capacitados (psiquiatra, anestesiólogo y enfermera o asistente médico). El TEC consiste en una breve estimulación eléctrica del cerebro mientras el paciente está bajo anestesia. El paciente con depresión recibe la terapia dos o tres veces por semana con un total de seis a 12 tratamientos.(37)

El efecto antidepresivo del TEC es más rápido que el de los tricíclicos comienza antes y es más eficaz al cabo de cuatro semanas de tratamiento.(33)

2.3.2. Factores de Riesgo de la Depresión

A. Definición.

La depresión es un trastorno mental multifactorial y complejo que puede afectar a cualquiera, incluso a una persona que vive en circunstancias relativamente ideales.(37)

El factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que incremente su posibilidad de sufrir una enfermedad o lesión.(40)

Por lo tanto, los factores de riesgo de la depresión son un conjunto de factores personales, sociales, psicológicos y genéticos que se interrelacionan incrementando más las probabilidades de que se presente la depresión.(2) Los principales factores de riesgo son:

- Antecedente de algún episodio depresivo.
- Antecedentes familiares de este trastorno (Si un gemelo idéntico tiene depresión, el otro gemelo tiene un 70 % de posibilidades de tener depresión en algún momento de la vida).

- La pérdida de seres queridos (padres, hermanos, tíos, etc.)
- Individuo solo
- Estrés continuo.
- Tener dificultades para relacionarse con los demás.
- Situaciones conflictivas en el trabajo u hogar.
- Haber sufrido daño físicos o psicológicos (violencia, maltrato físico, abuso sexual, abandono).
- Sufrir de alguna enfermedad física o problemas crónicos de salud.
- El consumo de algunos medicamentos.
- Abusar del alcohol u otras drogas.
- Cambios hormonales y físicos después del parto.
- Tener inseguridad, dependencia, hipocondría, perfeccionismo, autoexigencia.
- Personas con baja autoestima, que se ven fácilmente abrumadas por el estrés o que son generalmente pesimistas.(37),(41)

B. Clasificación

B.1. Factores de Riesgo Psicológico.

- **Estrés:** El estrés es un proceso normal en el que se percibe un acontecimiento como amenazante y que genera respuestas fisiológicas, emocionales y conductuales.(42) Las personas que han pasado por circunstancias vitales estresantes adversas (desempleo, luto, golpes psicológicos, etc.) tienen más probabilidades de sufrir depresión.(2)

Los acontecimientos vitales estresantes generan respuestas motoras, cognitivas, psicológicas y fisiológicas con el objetivo de adecuarse a la situación estresante. Si la persona no procesa adecuadamente el evento estresante, se daría lugar a manifestaciones conductuales y psicológicas secundarias a estrés como es la depresión.(43) (44)

Cada evento estresante que experimenta la persona puede tener impactos trascendentales y duraderos en el cerebro, alterando su

función y estructura, por ello su relación con el trastorno depresivo.(34) La exposición de las personas a ciertas formas de estrés excesivo provoca una interacción patológica entre el sistema nervioso central, el sistema inmunitario innato y el eje hipotálamo-pituitario-adrenal que desencadenan el proceso depresivo, evidenciándose en las personas deprimidas niveles elevados de cortisol hormona de la glándula suprarrenal que se segrega en situación del estrés prolongado.(34)

- **Autoestima:** La autoestima se define como la confianza en uno mismo, en la capacidad de enfrentarnos a los desafíos de la vida en busca de la felicidad, es apreciar y reconocer lo que uno es y lo que puede llegar a ser.(45).

La autoestima es uno de los principales indicadores de bienestar psicológico, razón por la cual la alta autoestima es considerada como un factor protector de la salud mental.(46) En cambio, la baja autoestima orienta un comportamiento y actitud contraria al bienestar deteriorando la felicidad y los logros que la persona puede obtener en su vida. Por lo cual la baja autoestima es la causa creadora de disfuncionalidad y de la toma de decisiones dañinas para la persona.(45)

Estudios dan a conocer la relación que existe entre la autoestima y la depresión en la cual reportan que las mujeres presentan mayor prevalencia de la depresión y autoestima más baja que los hombres.(47)

B.3. Factores de Riesgo Sociales.

- **Violencia intrafamiliar:** La Ley de Protección frente a la Violencia Familiar N°26260, en el Artículo 2 define la violencia como “Cualquier acción u omisión que cause daño físico o psicológico, maltrato sin lesión, inclusive amenaza o coacción graves y/o reiteradas, así como violencia sexual, que se produce entre cónyuges, ex cónyuges, convivientes, ascendientes, descendientes, parientes colaterales hasta cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad; quienes habitan en el mismo

hogar, quienes hayan procreado hijos en común, independientemente que convivan o no, al momento de producirse la violencia”.(48)

La familia es el pilar fundamental en donde el individuo se relaciona, aprende a conocerse y formar su personalidad basándose en el entorno en el cual crece. En el desarrollo de la vida familiar se presentan situaciones como la violencia física, psicológica o sexual ejecutado por un miembro de la familia en contra de un integrante del núcleo familiar al cual se le conoce como violencia intrafamiliar siendo más vulnerable a desarrollar un trastorno depresivo.(49)

Una familia relacionada y comunicativa minimiza los factores de riesgo, mientras que las familias severas y enfrentadas son más propensas a desarrollar depresiones.(38)

Trabajos de investigación señalan hijos de parejas conflictivas, en las cuales existe violencia intrafamiliar, tienen mayor riesgo de presentar depresión durante su etapa adulta. La depresión ha sido relacionada con el maltrato físico y psicológico, las personas que sufren este tipo de maltrato tienen una probabilidad siete veces mayor de desarrollar un trastorno depresivo, que aquellas personas que no son maltratados.(50)

- **Consumo de alcohol:** El consumo de alcohol es un fenómeno psicosocial que según investigaciones se encuentran relacionados con modelos culturales y sociales. Se relaciona con problemas de dependencia cuando el consumo de alcohol se vuelve prolongado.(51) El consumo continuado de bebidas alcohólicas podría inducir fases depresivas graves pero momentáneas, en cualquier persona que no tenga antecedentes de depresión.(51)

Según estudios el varón tiene más riesgo de desarrollar abuso o dependencia de alcohol y drogas en el transcurso de sus vidas. Los varones pueden recurrir al alcohol o a las drogas cuando están deprimidos, fracasados, agobiados, enfadados y coléricos.(52)

En un estudio sobre el consumo de bebidas alcohólicas como factor asociado a la depresión se encontró que el consumo de bebidas

alcohólicas es mayor en hombres en comparación de las mujeres y que existe una relación entre el consumo de bebidas alcohólicas y la depresión.(53)

Por otro lado, en una investigación sobre asociación entre depresión, estrés, ansiedad y uso de alcohol entre empleados públicos el autor encontró que el consumo de bebidas alcohólicas es un factor de riesgo para desarrollar sintomatología depresiva.(54)

El consumo de alcohol es un factor de riesgo asociado a la depresión en los estudiantes varones de la Facultad de Medicina Manuel Huamán Guerrero de la Universidad Ricardo Palma. Donde se tiene que los estudiantes que consumen alcohol más de 1 vez a la semana tienen 9.4 más riesgo de presentar depresión.(51)

La sintomatología depresiva se le ha asociado con conductas de riesgo que contribuyen a la presencia de lesiones no intencionales, violencia, uso de tabaco, alcohol y otras drogas.(54)

2.4. Definición de términos básicos

Presento la definición de algunos términos para facilitar su comprensión.

2.4.1. Prevalencia: Es la proporción de la población que padece la enfermedad en un momento determinado. Se expresa mediante una tasa en la cual el denominador representa el número de habitantes de la población en el momento en cuestión, en relación con el número estimado en el periodo considerado.(55)

2.4.2. Trastorno: Alteración o perturbación de una función física o psíquica.(56)

2.4.3. Síndrome: Conjunto de signos y síntomas que se presentan simultáneamente y caracterizan clínicamente una enfermedad.(56)

2.4.4. Episodio: Cada una de las acciones parciales o partes integrantes de la acción principal.(56)

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1. Hipótesis

3.1.1. Hipótesis General:

- Hi: Existen factores de riesgo psicosociales asociados a la depresión en personas adultas atendidas en el Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho, 2019.
- H0: No existen factores de riesgo psicosociales asociados a la depresión en personas adultas atendidas en el Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho, 2019.

3.1.2. Hipótesis Específica:

- Hi: La prevalencia de depresión es mayor del 50% en personas adultas atendidas en el Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho, 2019.
- H0: La prevalencia de depresión es menor del 50% en personas adultas atendidas en el Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho, 2019.
- Hi: El factor de riesgo psicológico estrés está asociada a la depresión en personas adultas atendidas en el Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho, 2019.
- H0: El factor de riesgo psicológico estrés no está asociada a la depresión en personas adultas atendidas en el Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho, 2019.

- Hi: El factor de riesgo psicológico autoestima está asociada a la depresión en personas adultas atendidas en el Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho, 2019
- H0: El factor de riesgo psicológico autoestima no está asociada a la depresión en personas adultas atendidas en el Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho, 2019
- Hi: El factor de riesgo social violencia intrafamiliar está asociada a la depresión en personas adultas atendidas en el Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho, 2019.
- H0: El factor de riesgo social violencia intrafamiliar no está asociada a la depresión en personas adultas atendidas en el Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho, 2019.
- Hi: El factor de riesgo social consumo de alcohol está asociada a la depresión en personas adultas atendidas en el Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho, 2019.
- H0: El factor de riesgo social consumo de alcohol no está asociada a la depresión en personas adultas atendidas en el Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho, 2019.

3.2. Definición conceptual de las variables.

Variable Independiente: Factores de riesgo psicosociales.

Definición conceptual: Son aquellas situaciones o circunstancias psicológicas y sociales que afectan la salud mental de los seres humanos, que pueden ser precursoras de la depresión.(56)

Variable Dependiente: Prevalencia de depresión.

Definición conceptual: Es el número total de casos de individuos que presentan depresión en un periodo de tiempo y en una zona determinada.(56)

3.3. Operacionalización de variables.

VARIABLE IDENTIFICADA	DIMENSION	INDICADORES	INDICE	VALOR FINAL DE LA VARIABLE	METODO	TECNICA
Factores de riesgo psicosociales	Factores de riesgo psicológicos	Estrés	4, 5, 6, 7, 9, 13 1, 2, 3, 8, 10, 11, 12, 14	<ul style="list-style-type: none"> • Nivel bajo de estrés: 1 a 7 puntos • Nivel alto de estrés: 8 a 14 puntos 	Observacional directa, análisis y síntesis de datos extraídos de las historias clínicas del 2019 por medio de una ficha de recolección de datos para cada factor de riesgo.	Análisis documental
		Autoestima	6,7,8,9 y 10 1,2,3,4 y 5	<ul style="list-style-type: none"> • Autoestima baja: 1 a 5 puntos • Autoestima alta: 6 a 10 puntos 		
	Factores de riesgo sociales	Violencia intrafamiliar.	5,10,12,16,19,23 6,7,9,11,13,14,17,21,22, 24 1,2,3,4,8,15,18,20,25	<ul style="list-style-type: none"> • Leve: 1 a 8 puntos • Moderada: 9 a 16 puntos • Severa: 17 a 25 puntos 		
		Consumo de alcohol	1,2 y 3 7,8,9 y 10 4,5 y 6	<ul style="list-style-type: none"> • Consumo de Riesgo: 1 a 3 puntos • Consumo perjudicial: 4 a 6 puntos • Dependencia: 7 a 10 puntos 		

VARIABLE IDENTIFICADA	DIMENSION	INDICADORES	INDICE	VALOR FINAL DE LA VARIABLE	METODO	TECNICA
Prevalencia de depresión	Diagnóstico de depresión	1. Humor depresivo	1 y 2	<ul style="list-style-type: none"> • Episodio depresivo leve: Al menos 3 de los tres primeros síntomas. Así como al menos 1 del resto de los síntomas, enumerados del 4 al 10 del resto de los síntomas enumerados 	Observación directa, análisis y síntesis de datos extraídos de las historias clínicas del 2019 por medio de una ficha de recolección de datos.	Análisis documental
		2. Pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas.				
		3. Diminución de su vitalidad.	3, 4, 5 y 7	<ul style="list-style-type: none"> • Episodio depresivo moderado: al menos 2 de los tres síntomas más típicos descritos para episodio depresivo leve. Además de al menos 3 o 4 del resto de los síntomas enumerados 		
4. Disminución de la atención y concentración.						
		5. La pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad	6,8,9 y10	<ul style="list-style-type: none"> • Episodio depresivo grave (F32.3): Debe de estar presente 3 de los síntomas típicos del episodio depresivo leve y moderado. Además de al menos 4 del resto de los síntomas enumerados 		
		6. Las ideas de culpa y de ser inútil				
		7. Una perspectiva sombría del futuro				
		8. Los pensamientos o actos suicidas o de autoagresión				
		9. Los trastornos del sueño				
		10. La pérdida de apetito				

CAPÍTULO IV

DISEÑO METODOLÓGICO

4.1. Tipo y diseño de investigación.

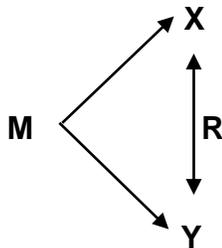
Tipo de investigación

- Aplicada, por qué buscó convertir el conocimiento teórico en posibles aplicaciones prácticas.(57)

Diseño de investigación

- No experimental, porque se observó las variables tal como se da en su contexto natural para analizarlos, sin manipularlos deliberadamente.(57)
- Correlacional, porque describió las relaciones o asociación entre dos o más categorías, conceptos y variables para una población en particular.(57)
- Retrospectivo, porque la información que se utilizó estaba disponible y para tal efecto se organizó y sistematizó.(57)
- Transversal, porque la recolección de datos se dio en un solo momento.(57)

Esquema:



Donde:

M: Muestra

X: Factores de riesgo psicosociales

Y: Depresión

R: Asociación entre factores de riesgo psicosociales y depresión

4.2. Método de investigación.

Hipotético Deductivo, porque partió de la observación de un fenómeno, y se formuló una hipótesis inicial que ayudo a explicar dicho fenómeno para luego obtener conclusiones particulares de ella, que luego serán a su vez comprobadas.(58)

4.3. Población y muestra.

La población en estudio estuvo constituida por 300 (100%) personas adultas atendidas en el Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho 2019

La muestra estuvo constituida por 168 personas adultas atendidas en el Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho, 2019 determinada a través del muestreo probabilístico del tipo proporcional cuya fórmula es:

$$n = \frac{(Z^2 \alpha/2) PQN}{E^2 (N-1) + Z^2 PQ}$$

Donde:

n: Tamaño de la muestra.

N: Es el tamaño de la población (300).

Z² α/2: Margen de confiabilidad (1.96).

P: Probabilidad de que el evento ocurra (0.50)

Q: Probabilidad de que el evento no ocurra (0.50)

E: Error máximo permitido (0.05).

Remplazando los datos se obtuvo:

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.5) (0.5) (300)}{(0.05)^2 (300-1) + (1.96)^2 (0.5) (0.5)}$$

$$n = \frac{(3.84) (75)}{(0.0025) (299) + (3.84) (0.25)}$$

$$n = \frac{288}{0.75 + 0.96}$$

$$n = 168$$

Criterios de inclusión:

- Personas adultas que recibieron atención en psicología y psiquiatría en el 2019.
- Personas adultas que recibieron atención entre las edades de 25 y 59 años.
- Personas adultas que fueron diagnosticadas de depresión en psicología y psiquiatría.
- Personas adultas de ambos sexos.
- Personas adultas que residen en los Distritos de Carmen Alto, Jesús Nazarena, San Juan Bautista, Ayacucho y Andrés Avelino Cáceres.

Criterios de exclusión:

- Personas adultas que fueron atendidas en psicología y psiquiatría en otro año diferente al 2019.
- Personas adultas que recibieron tratamiento psicológico de terapia de pareja, terapia de familia y orientación vocacional.
- Personas adultas que residen en otros distritos y provincias.

4.4. Lugar de estudio y periodo desarrollado.

El presente estudio se realizó en el Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho "COSMA" durante el periodo enero- diciembre del 2019.

La institución es una entidad privada de nivel I-3 Centro Médico Especializado sin internamiento, que cuenta con profesionales especialistas que brinda atención de psicología y psiquiatría en los diferentes grupos etéreos. El Centro de Salud Mental se encuentra ubicado en el Jr. Sol 637 en del distrito de Ayacucho, Provincia de Huamanga, Departamento de Ayacucho.

4.5. Técnicas e instrumentos para la recolección de la información.

La técnica de recolección de datos que se utilizó fue la información disponible a través del análisis documental (historias clínicas). Y el instrumento de

recolección de datos que se utilizó para el estudio fue una ficha de registro de datos, el cual fue elaborado a partir de la escala de evaluación validadas como fueron:

- Para la identificación de la prevalencia de la depresión y sus niveles se utilizó la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud CIE 10 por la Organización Mundial de la Salud (2000), que da conocer a través de un listado los síntomas específicos que se presentan durante la depresión y como clasificarlos según sus niveles e intensidad de los síntomas.
- Para la identificación del factor de riesgo psicológico estrés se tomó como referencia la Escala de Percepción Global de Estrés EPGE (Cohen et al., 1983), que tiene 14 ítems que evalúan el estrés bajo y estrés alto el cual se distribuyó a través de la siguiente puntuación: Nivel bajo de estrés de 1 a 7 puntos y Nivel alto de estrés de 8 a 14 puntos.
- Para la identificación del factor de riesgo psicológico autoestima se tomó como referencia la Escala de autoestima de Rosenberg (Atienza, Balaguer, y Moreno,2000), que tiene 10 ítems que evalúan la presencia de Autoestima baja y autoestima alta el cual se distribuyó a través de la siguiente puntuación: Autoestima baja de 1 a 5 puntos y Autoestima elevada de 6 a 10 puntos.
- Para la identificación del factor de riesgo social violencia intrafamiliar se tomó como referencia la Escala de Medición de la Violencia Intrafamiliar VIFJ4 (Jaramillo J. y cols, 2014), que tiene 25 ítems que evalúan la presencia de violencia familiar el cual se distribuyó a través de la siguiente puntuación: Violencia intrafamiliar leve de 1 a 8 puntos, Moderada de 9 a 16 puntos y Severa de 17 a 25 puntos.
- Para la identificación del factor de riesgo social consumo de alcohol se tomó como referencia el Test de identificación de trastornos por consumo de alcohol AUDIT (OMS,1992), que tiene 10 ítems que evalúan la presencia de consumo de alcohol el cual se distribuyó a través de la

siguiente puntuación: Consumo de Riesgo de 1 a 3 puntos, Consumo perjudicial de 4 a 6 puntos y Dependencia de 7 a 10 puntos

Finalmente, las fichas de recolección de datos fueron validado recogiendo información de 20 historia clínicas, baseando los datos de cada una de las historias clínicas y corroborando si cada una de las preguntas realizadas en la ficha de recolección de datos cumplía con el objetivo de la información que se quería obtener de las personas adultas que recibieron atención en el Centro Especializado de Salud Mental en el 2019, así se logró la validación del instrumento.

4.6. Análisis y procesamientos de datos.

Los datos fueron procesados de manera informática empleando el paquete estadístico SPSS. Y los datos son presentados en cuadros compuestos de acuerdo con los objetivos propuestos. En el análisis estadístico de los datos se empleó: la prueba Chi cuadrado con corrección de continuidad.

CAPÍTULO V

RESULTADOS

5.1. Resultados descriptivos

Datos generales de la muestra.

TABLA N°5.1.1

EDAD DE LAS PERSONAS ADULTAS ATENDIDAS EN EL CENTRO ESPECIALIZADO DE SALUD MENTAL DE AYACUCHO, 2019

EDAD	N°	%
25 a 29 años	32	19,0
30 a 39 años	49	29,2
40 a 49 años	58	34,5
50 a 59 años	29	17,3
TOTAL	168	100,0

Fuente: Ficha de Registro de Datos 2019.

En la tabla N°5.1.1 se observa que de las 168 personas adultas que recibieron atención en el Centro Especializado de Salud Mental en el 2019, el mayor porcentaje 34,5% fueron entre las edades de 40 a 49 años, seguido del 29,17% de adultos entre las edades de 30 a 39 años.

TABLA N°5.1.2

GÉNERO DE LAS PERSONAS ADULTAS ATENDIDAS EN EL CENTRO ESPECIALIZADO DE SALUD MENTAL DE AYACUCHO, 2019.

SEXO	N°	%
Femenino	95	56,5
Masculino	73	43,5
TOTAL	168	100,0

Fuente: Ficha de Registro de Datos 2019.

La tabla N°5.1.2 nos demuestra que, el mayor porcentaje de las personas adultas que recibieron atención en el Centro Especializado de Salud Mental en el 2019 fueron del sexo femenino con 56,5 %. Evidenciando la tendencia a presentar más trastornos mentales en el sexo femenino que masculino.

TABLA N°5.1.3
GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS PERSONAS ADULTAS ATENDIDAS EN EL
CENTRO ESPECIALIZADO DE SALUD MENTAL DE AYACUCHO, 2019

GRADO DE INSTRUCCIÓN	N°	%
Primaria	15	8,9
Secundaria	56	33,3
Superior	97	57,7
TOTAL	168	100,0

Fuente: Ficha de Registro de Datos 2019.

En la Tabla N°5.1.3 nos da conocer que, el mayor porcentaje 57,7 % de las personas adultas que recibieron atención en el Centro Especializado de Salud Mental en el 2019, fueron del grado de instrucción superior, seguido del 33,3% de instrucción secundaria, observado la tendencia de presentar trastornos mentales más en personas adultas con nivel de instrucción superior quienes por su capacidad cognitiva y laboral tiene mayor conocimiento y acceso a los servicios privados de salud mental.

TABLA N°5.1.4
ESTADO CIVIL DE LAS PERSONAS ADULTAS ATENDIDAS EN EL CENTRO
ESPECIALIZADO DE SALUD MENTAL DE AYACUCHO, 2019

ESTADO CIVIL	N°	%
Soltera/o	103	61,3
Casada/o	37	22,0
Conviviente	24	14,3
Divorciada/o	4	2,4
TOTAL	168	100,0

Fuente: Ficha de Registro de Datos 2019.

En la Tabla N°5.1.4 nos muestra que, el mayor porcentaje 61,3% de las personas adultas que recibieron atención en el Centro Especializado de Salud Mental en el 2019, fueron del estado civil soltero, seguido del 22,0% de estado civil casado y solo el 2,4% de estado civil divorciado. Evidenciándose que la mayor cantidad de personas adultas que recibieron atención por algún trastorno mental son solteros dando a conocer mayor vulnerabilidad en este grupo de estado civil y la importancia de contar con un soporte familiar.

TABLA N°5.1.5

ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LAS PERSONAS ADULTAS ATENDIDAS EN EL CENTRO ESPECIALIZADO DE SALUD MENTAL DE AYACUCHO, 2019

ACTIVIDAD ECONÓMICA	N°	%
Activo	77	45,8
Dependiente	91	54,2
TOTAL	168	100,0

Fuente: Ficha de Registro de Datos 2019.

En la Tabla N°5.1.5 se puede observar que, el mayor porcentaje 54,2% de las personas adultas que recibieron atención en el Centro Especializado de Salud Mental en el 2019, fueron de una actividad económica dependiente y el 45,89% fueron de una actividad económica activo. Dando a conocer que debido a la presencia de trastornos mentales y del nivel de gravedad con que se presenten los síntomas puede producir una discapacidad personal y laboral el cual genera una dependencia económica familiar en las personas que presenten trastornos mentales.

TABLA N°5.1.6

DISTRITO DE PROCEDENCIA DE LAS PERSONAS ADULTAS ATENDIDAS EN EL CENTRO ESPECIALIZADO DE SALUD MENTAL DE AYACUCHO, 2019

DISTRITO DE PROCEDENCIA	N°	%
Ayacucho	108	64,3
San Juan Bautista	29	17,3
Carmen Alto	3	1,8
Jesús Nazarena	20	11,9
Andrés Avelino Cáceres	8	4,8
TOTAL	168	100,0

Fuente: Ficha de Registro de Datos 2019.

En la Tabla N°5.1.6 nos demuestra que, el mayor porcentaje 64,3% de las personas adultas que recibieron atención en el Centro Especializado de Salud Mental en el 2019, fueron del distrito de Ayacucho, seguido del distrito de San Juan Bautista con 17,3% y en menor cantidad 1,8 % fue el distrito de Carmen Alto. Esto se puede deber a que el Centro de Salud Mental se ubica en el Distrito de Ayacucho teniendo mayor acercamiento y acceso a la población que reside en el distrito mencionado.

TABLA N°5.1.7

SERVICIOS DONDE RECIBIERON ATENCIÓN LAS PERSONAS ADULTAS EN EL CENTRO ESPECIALIZADO DE SALUD MENTAL DE AYACUCHO, 2019

SERVICIO	N°	%
Psiquiatría	96	57,1
Psicología	31	18,5
Psicología y Psiquiatría	41	24,4
TOTAL	168	100,0

Fuente: Ficha de Registro de Datos 2019.

En la Tabla N°5.1.7 se puede observar que, el servicio de Psiquiatría con 57,1% fue el servicio donde la mayor cantidad de las personas adultas recibieron atención en el Centro Especializado de Salud Mental en el 2019 y en menor cantidad recibieron atención solo en el servicio de psicología con 18,5%. Evidenciándose que las personas adultas con trastornos mentales que recibieron atención necesitaron de medicación prescrita por el psiquiatra para la disminución de sus síntomas que conlleva a su recuperación mental.

Datos sobre depresión en personas adultas.

**TABLA N°5.1.8
PREVALENCIA DE LA DEPRESIÓN EN PERSONAS ADULTAS ATENDIDAS EN
EL CENTRO ESPECIALIZADO DE SALUD MENTAL DE AYACUCHO, 2019**

CATEGORÍA	FRECUENCIA	PREVALENCIA
Depresión	104	61,9
Otros trastornos mentales	64	38,1
TOTAL	168	100,0

Fuente: Ficha de Registro de Datos 2019.

En la Tabla N°5.1.8 se puede observar que, la prevalencia de depresión fue del 61,9% siendo mayor que de los otros trastornos mentales que solo tuvieron una prevalencia en conjunto de 38,10%. Demostrando una alta prevalencia de depresión a comparación de otros trastornos mentales.

TABLA N°5.1.9

PREVALENCIA DE DEPRESIÓN SEGÚN GÉNERO EN PERSONAS ADULTAS ATENDIDAS EN EL CENTRO ESPECIALIZADO DE SALUD MENTAL DE AYACUCHO, 2019

SEXO	FRECUENCIA	PREVALENCIA
Femenino	74	71,2
Masculino	30	28,8
TOTAL	104	100,0

Fuente: Ficha de Registro de Datos 2019.

En la Tabla N°5.1.9 podemos observar que la prevalencia de depresión en el sexo femenino fue del 71,2% siendo mayor que el sexo masculino con 28.8%. Demostrando que la prevalencia de depresión es mayor en el sexo femenino esto puede deberse por las características de la personalidad donde las mujeres son más emocionales y expresivas en sus sentimientos a comparación de los varones que son más cerrados en expresar sus emociones.

TABLA N°5.1.10

NIVELES DE DEPRESIÓN EN PERSONAS ADULTAS ATENDIDAS EN EL CENTRO ESPECIALIZADO DE SALUD MENTAL DE AYACUCHO, 2019

NIVELES DE DEPRESION	N°	%
Depresión leve	29	27,9
Depresión moderada	57	54,8
Depresión grave	18	17,3
TOTAL	104	100,0

Fuente: Ficha de Registro de Datos 2019.

En la Tabla N°5.1.10 nos da conocer que, del 100% de personas adultas que recibieron atención en el Centro Especializado de Salud Mental en el 2019 con diagnóstico de depresión, el mayor porcentaje 54,8% presento un nivel de depresión moderado, seguido del 27,9% de nivel depresión leve y un 17,31% un nivel de depresión grave.

TABLA N°5.1.11

PERSONAS ADULTAS CON OTROS TRASTORNOS MENTALES DIFERENTES A LA DEPRESIÓN QUE FUERON ATENDIDAS EN EL CENTRO ESPECIALIZADO DE SALUD MENTAL DE AYACUCHO, 2019

TRASTORNOS MENTALES	N°	%
Esquizofrenia	34	53,1
Trastorno de ansiedad generalizada	15	23,4
Trastorno bipolar	4	6,3
Trastorno obsesivo compulsivo	4	6,3
Abuso de alcohol	4	6,3
Trastorno de estrés postraumático	1	1,6
Fobia	1	1,6
Dependencia a cannabis	1	1,6
TOTAL	64	100,0

Fuente: Ficha de Registro de Datos 2019.

En la Tabla N°5.1.11 podemos observar que, del 100% de personas adultas que no presentaron depresión que son 64 personas, el mayor porcentaje 53,1% presento diagnóstico de Esquizofrenia, seguido del 23,4% de Trastorno de Ansiedad Generalizada y en menor porcentaje 1,6% se presentaron los diagnósticos de Trastorno de Estrés Postraumático, Fobia Social y Dependencia a Cannabis. Mostrándonos que la Esquizofrenia es el trastorno mental que se presentó en mayor cantidad después de la depresión esto se puede deber a que por sus características del trastorno mental de ser crónico y que necesita un tratamiento de por vida es mayor la asistencia a sus atenciones para el control psiquiátrico del trastorno mental.

5.2. Resultados inferenciales

TABLA N°5.2.1

FACTOR DE RIESGO PSICOLÓGICO ESTRÉS ASOCIADO A LA DEPRESIÓN EN PERSONAS ADULTAS ATENDIDAS EN EL CENTRO ESPECIALIZADO DE SALUD MENTAL DE AYACUCHO, 2019.

ESTRÉS	DEPRESIÓN				TOTAL	
	No presento		Presento		N°	%
	N°	%	N°	%		
Bajo estrés	48	28,6	77	45,8	125	74,4
Alto estrés	16	9,5	27	16,1	27	25,6
TOTAL	64	38,1	104	61,9	168	100,0

Fuente: Ficha de Registro de Datos 2019.

En la Tabla N°5.2.1 se observa que, del 100% de personas adultas que recibieron atención en el Centro Especializado de Salud Mental en el 2019, el 61,9% presento depresión, de ello el mayor porcentaje 45,8% tuvo un nivel bajo de estrés, y del 38,1% de personas adultas que no presento depresión el 28,6% también tuvo un nivel bajo de estrés. Evidenciándose que la mayoría de las personas que presentaron trastornos mentales durante este periodo tuvieron un estrés bajo.

TABLA N°5.2.2

FACTOR DE RIESGO PSICOLÓGICO AUTOESTIMA ASOCIADA A LA DEPRESIÓN EN PERSONAS ADULTAS ATENDIDAS EN EL CENTRO ESPECIALIZADO DE SALUD MENTAL DE AYACUCHO, 2019.

AUTOESTIMA	DEPRESIÓN				TOTAL	
	No presento		Presento		N°	%
	N°	%	N°	%		
Baja autoestima	48	28,6	87	51,8	135	80,4
Alta autoestima	16	9,5	17	10,1	33	19,6
TOTAL	64	38,1	104	61,9	168	100,0

Fuente: Ficha de Registro de Datos 2019.

En la Tabla N°5.2.2 se observa que, del 100% de personas adultas que recibieron atención en el Centro Especializado de Salud Mental en el 2019, el 61,9% presento depresión, de ello el mayor porcentaje 51,8% presento un nivel de autoestima baja y del 38,1% de personas adultas que no presento depresión el 28,6% también tuvo un nivel de autoestima baja. Demostrando que la baja autoestima se presentó en la mayoría de las personas que presentaron depresión y otros trastornos mentales.

TABLA N°5.2.3

FACTOR DE RIESGO SOCIAL VIOLENCIA INTRAFAMILIAR ASOCIADA A LA DEPRESIÓN EN PERSONAS ADULTAS ATENDIDAS EN EL CENTRO ESPECIALIZADO DE SALUD MENTAL DE AYACUCHO, 2019.

VIOLENCIA INTRAFAMILIAR	DEPRESIÓN				TOTAL	
	No presento		Presento		N°	%
	N°	%	N°	%		
Presento	6	3,6	51	30,4	57	34,0
Leve violencia	5	3,0	22	13,1	27	16,1
Moderada violencia	1	0,6	27	16,1	28	16,7
Severa violencia	0	0	2	1,2	2	1,2
No presenta	58	34,5	53	31,5	111	66,0
TOTAL	64	38,1	104	61,9	168	100,0

Fuente: Ficha de Registro de Datos 2019.

En la Tabla N°5.2.3 se observa que, del 100% de personas adultas que recibieron atención en el Centro Especializado de Salud Mental en el 2019, el 61,9% presento depresión, de ello el mayor porcentaje 31,5% no presento violencia intrafamiliar y el 30,4% si presento violencia intrafamiliar de ello el más frecuente fue la violencia moderada con 16,1%; y del 38,1% de personas adultas que no presento depresión el 34,5% también no presento violencia intrafamiliar. Evidenciándose que el margen entre los que presentaron violencia intrafamiliar y no presentaron es muy corto por lo cual se debe tener presente la importancia de la familia como soporte emocional para presentar depresión.

TABLA N°5.2.4

FACTOR DE RIESGO SOCIAL CONSUMO DE ALCOHOL ASOCIADA A LA DEPRESIÓN EN PERSONAS ADULTAS ATENDIDAS EN EL CENTRO ESPECIALIZADO DE SALUD MENTAL DE AYACUCHO, 2019.

CONSUMO DE ALCOHOL	DEPRESIÓN				TOTAL	
	No presento		Presento		N°	%
	N°	%	N°	%		
Presento	18	10,7	14	8,3	32	19,0
Consumo perjudicial	6	3,6	9	5,4	15	9,0
Dependencia	12	7,1	5	2,9	17	10,0
No presenta	46	27,4	90	53,6	136	81,0
TOTAL	64	38,1	104	61,9	168	100,0

Fuente: Ficha de Registro de Datos 2019.

En la Tabla N°5.2.4 se observa que, del 100% de personas adultas que recibieron atención en el Centro Especializado de Salud Mental en el 2019, el 61,9% presento depresión, de ello el mayor porcentaje 53,6% no presento consumo de alcohol y el 8,3% si presento consumo de alcohol, de ello el más frecuente fue el consumo perjudicial de alcohol con 5,4%; y del 38,1% de personas adultas que no presento depresión el 27,4% también no presento consumo de alcohol. Evidenciando que a pesar de que la mayoría de las personas no consume alcohol presento depresión.

CAPÍTULO VI

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

6.1. Contratación y demostración de la hipótesis con los resultados.

6.1.1. Hipótesis General:

Hi: Existen factores de riesgo psicosociales asociados a la depresión en personas adultas atendidas en el Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho, 2019.

H0: No existen factores de riesgo psicosociales asociados a la depresión en personas adultas atendidas en el Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho, 2019.

PRUEBA ESTADÍSTICA: CHI CUADRADO

		Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Estrés	Chi-cuadrado de Pearson	0,019 ^a	1	,890
Autoestima	Chi-cuadrado de Pearson	4, 880 ^a	1	,043
Violencia intrafamiliar	Chi-cuadrado de Pearson	29, 204 ^a	1	,000
Consumo de alcohol	Chi-cuadrado de Pearson	8, 686 ^a	1	,013
N de casos válidos		168		

Como se puede observar el valor de significancia de los factores de riesgo psicosociales es diferenciado uno del otro, en donde en el factor de riesgo psicológico estrés su valor $p > 0,05$ no existiendo una asociación con la variable depresión, mientras que en los factores de riesgo psicológico autoestima y factores

de riesgo sociales violencia intrafamiliar y consumo de alcohol su valor $p < 0,05$ existiendo una asociación con la variable depresión de lo que se concluye que existen factores de riesgo psicosociales asociados a la depresión en personas adultas atendidas en el Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho, 2019 aceptando la Hipótesis de investigación (Hi) y rechazando la Hipótesis nula (Ho).

6.1.2. Hipótesis Específica 1:

Hi: La prevalencia de depresión es mayor del 50% en personas adultas atendidas en el Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho, 2019.

H0: La prevalencia de depresión es no es mayor del 50% en personas adultas atendidas en el Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho, 2019.

La hipótesis se probó mediante la comparación estadística de la tabla N° 5.1.8 el cual fue hallado a través de la fórmula de prevalencia que fue el número total de casos en una población (casos nuevos y antiguos) en un periodo tiempo determinado entre la población total en el mismo periodo de tiempo, y multiplicado por 100, el resultado que salió en presente investigación fue del 61.9% de prevalencia de depresión. Con esto se puede afirmar la Hipótesis de investigación (Hi), en donde la prevalencia de depresión es mayor del 50% en personas adultas a atendidas en el Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho, 2019, rechazando la Hipótesis nula (Ho).

6.1.3. Hipótesis Específica 2:

Hi: El factor de riesgo psicológico estrés está asociada a la depresión en personas adultas atendidas en el Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho, 2019.

H0: El factor de riesgo psicológico estrés no está asociada a la depresión en personas adultas atendidas en el Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho, 2019.

PRUEBA ESTADISTICA: CHI-CUADRADO

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,019 ^a	1	,890		
Corrección de continuidad ^b	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitud	,019	1	,890		
Prueba exacta de Fisher				1,000	,520
Asociación lineal por lineal	,019	1	,890		
N de casos válidos	168				

a. 0 casillas (.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 16.38.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Fuente: Datos procesados en SPSS

Como el valor de $p=0,890$ es mayor que $0,05$, se rechaza la Hipótesis de investigación (H_i) y se acepta la hipótesis nula (H_o)

Se concluye, que el factor de riesgo psicológico estrés no está asociada a la depresión en personas adultas atendidas en el Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho, 2019 con un nivel de significancia de $0,05$.

6.1.4. Hipótesis Específica 3:

H_i : El factor de riesgo psicológico autoestima está asociada a la depresión en personas adultas atendidas en el Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho, 2019

H0: El factor de riesgo psicológico autoestima no está asociada a la depresión en personas adultas atendidas en el Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho, 2019

PRUEBA ESTADISTICA: CHI-CUADRADO

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4, 880 ^a	1	,043		
Razón de verosimilitud	4,843	1	,045		
Asociación lineal por lineal	3,869	1	,038		
N de casos válidos	168				

a. 0 casillas (.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 12.57.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Fuente: Datos procesados en SPSS

Como el valor de $p=0.043$ es menor que 0,05, se acepta la Hipótesis de investigación (H_i) y se rechaza la Hipótesis nula (H_0)

Se concluye, que el factor de riesgo psicológico autoestima está asociada a la depresión en personas adultas atendidas en el Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho, 2019 con un nivel de significancia de 0,05.

6.1.5. Hipótesis Específica 4:

H_i : El factor de riesgo social violencia intrafamiliar está asociada a la depresión en personas adultas atendidas en el Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho, 2019.

H0: El factor de riesgo social violencia intrafamiliar no está asociada a la depresión en personas adultas atendidas en el Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho, 2019.

PRUEBA ESTADISTICA: CHI-CUADRADO

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	29,204 ^a	1	,000
Razón de verosimilitud	35,125	1	,000
Asociación lineal por lineal	27,776	1	,000
N de casos válidos	168		

a. 2 casillas (25.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .76.

Fuente: Datos procesados en SPSS

Como el valor de $p=0.000$ es menor que 0,05, se acepta la Hipótesis de investigación (Hi) y se rechaza hipótesis nula (Ho).

Se concluye, que el factor de riesgo social violencia intrafamiliar está asociada a la depresión en personas adultas atendidas en el Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho, 2019 con un nivel de significancia de 0,05.

6.1.6. Hipótesis Específica 5:

Hi: El factor de riesgo social consumo de alcohol está asociada a la depresión en personas adultas atendidas en el Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho, 2019.

H0: El factor de riesgo social consumo de alcohol no está asociada a la depresión en personas adultas atendidas en el Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho, 2019.

PRUEBA ESTADISTICA: CHI-CUADRADO

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,686 ^a	1	,013
Razón de verosimilitud	8,453	1	,015
Asociación lineal por lineal	7,121	1	,008
N de casos válidos	168		

a. 0 casillas (.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 5.71.

Fuente: Datos procesados en SPSS

Como el valor de $p=0.013$ es menor que 0,05, se acepta la Hipótesis de investigación (H_i) y se rechaza Hipótesis nula (H_o).

Se concluye, que el factor de riesgo social consumo de alcohol está asociada a la depresión en personas adultas atendidas en el Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho, 2019 con un nivel de significancia de 0,05.

6.2. Contrastación de los resultados con otros estudios similares.

La depresión es uno de los trastornos más frecuentes en todo el mundo convirtiéndose en un problema de salud pública caracterizada por presentar una tristeza fuera de lo normal acompañado por síntomas como disminución de la capacidad de experimentar placer y pérdida de interés, disminución de la actividad física y mental, entre otros que dura más de 2 semanas.(4) (32) proporción que aumentara si concurren factores de riesgo psicológicos y sociales (2) afectando a la capacidad de trabajo y la productividad de las personas que la padecen. (3)

Los resultados conseguidos en la presente investigación nos indica que la prevalencia de la depresión en personas adultas atendidas en el Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho en el 2019 es de 61,9% siendo este resultado similar al estudio De los Santos P. y Carmona S. (6) quienes reportaron

en su investigación una prevalencia de depresión de 74.3%. Y a su vez al contrastar los resultados con otros trabajos como el de Espinoza C, Orozco A. y Ybarra J.(19) quienes identificaron una prevalencia de depresión de 49%. Así como el estudio de Berrospi S., Herencia M. y Soto A.(25) quienes encontraron una prevalencia de sintomatología depresiva de 21,29% se puede observar que la prevalencia de depresión en estos estudios es menor del 50% a la encontrada en el presente estudio. Esto se debe a que la depresión es uno de los trastornos mentales más frecuente que en la última década está en incremento en la población que en su fase más grave puede llevar a la muerte (suicidio) y considerando que la población ayacuchana sufrió las consecuencias de violencia sociopolítica en los ochenta y que aún quedan secuelas se puede evidenciar las altas prevalencia de depresión en comparación con otros trastornos mentales.

En relación con el género en el presente estudio el sexo femenino con 71,2 % es el que se presentó con mayor prevalencia que el sexo masculino con 28,8% en presentar depresión siendo similares como los estudios de Antón F., Pérez L., Laia B., Georgina O., Florentina D. y Mir C. (20) en donde en su estudio la prevalencia de depresión fue mayor en mujeres con 71,3% que en varones con 28,7% y el estudio de Matitti M. y Tipismana O.(23) donde los pacientes de sexo femenino presentan mayores tasas de depresión que los del sexo masculino. Esto puede deberse a que las mujeres son más expresivas en sus emociones y pensamientos buscando siempre un apoyo social o asistencia psicológica en el curso de la enfermedad mental, a comparación de los varones quien en su mayoría es más cerrado en sus pensamientos y difícilmente expresa sus emociones hacia su entorno por lo cual no busca un apoyo social, médico o psicológico llegando en muchos casos a presentarse la depresión más grave trayendo como consecuencia el suicidio.

Al evaluar a los factores de riesgo psicológicos estrés y autoestima se encontró que las personas adultas que presentaron depresión tuvieron en su mayor porcentaje bajo estrés con 45,8% y baja autoestima con 51,8%.

En cuanto al factor de riesgo psicológico estrés el presente estudio no concuerda con los resultados halladas por otras investigaciones como la de Espinoza C., Orozco A. y Ybarra J.(19) en donde en su investigación encontraron que el estrés es un factor de riesgo asociado para presentar depresión, porque según la prueba estadística aplicada en el presente trabajo da como resultado que el estrés no está asociado a la depresión, esto se debe tal vez porqué el estrés estuvo presente en todos los pacientes con diversos trastornos mentales y no solamente en las personas que presentaron depresión el cual en su mayoría reportaron bajo estrés. El estrés percibido a consecuencia de los eventos negativos de la vida se ha convertido en la actualidad en un problema de salud mental que genera en la persona irritabilidad, desgaste, falta de motivación, angustia y abatimiento que deteriora la salud mental de las personas que la padecen y aumentando la posibilidad de presentar depresión en caso la persona no sepa manejarlo bien y controlarlo, lo cual genera una incapacidad, sin permitir a la persona seguir adelante con su rutina de vida diaria.

Por otro lado, al evaluar el factor de riesgo psicológico autoestima los resultados concuerdan con los resultados de Lazarevich I., Delgadillo H., Mora F. y Martínez A.(47) quienes mostraron en sus reportes de su investigación que el mayor porcentaje de su población estudiada con depresión presentaron baja autoestima con 42%, encontrando similitud con el presente estudio porque la autoestima es baja en las personas por los patrones sociales de género que nuestra sociedad actual aun impone y en la mayoría de los caos está presente en la educación, así mientras que otras sociedades enfatizan la autoaceptación, auto responsabilidad, la autoconfianza y la independencia emocional la sociedad ayacuchana todavía promueve la pasividad, timidez y dependencia emocional hacia otros junto con la falta de afecto y soporte emocional de la familia dando como resultado una autoestima desvalorizada y una postura sumisa limitando la capacidad de resolución de problemas que se le pueda presentar en la vida cotidiana por ello que la autoestima es el indicador primordial de bienestar psicológico y según estudios

científicos se demostró que una baja autoestima es un factor preventivo para presentar trastornos mentales como la depresión.

En cuanto a los factores de riesgo sociales violencia intrafamiliar y consumo de alcohol se encontró que las personas adultas que presentaron depresión el 30,4% presentaron violencia intrafamiliar y el 8,3% presento consumo de alcohol.

En relación con la violencia intrafamiliar los resultados en el presente estudio difieren con los hallazgos encontrados por Lara E, Aranda C., Zapata R., Bretones C. y Alarcón R. (22) en donde en su estudio el 97,9% de personas que tuvieron depresión fueron víctimas de violencia intrafamiliar y solo 2,1% no fue víctima de violencia intrafamiliar pero sin embargo tras la aplicación de la prueba estadística a la variable en estudio concuerdan ambos estudios en que existe una asociación estadística entre violencia intrafamiliar y la depresión esto se debe porque la violencia intrafamiliar es un problema mundial que afecta emocionalmente la autonomía y autoestima de las personas que la sufren incrementando la posibilidad que se desarrolle depresión, en la mayor cantidad de la población de la sierra ayacuchana existe aún el machismo que fortalece la desigualdad entre ambos géneros lo cual conlleva a la sumisión, inferioridad y obediencia por parte de la mujer, en donde todavía existe el pensamiento que cualquier tipo de violencia ejercida hacia la mujer es por culpa de ella misma o que tiene que aguantar porque si no sus hijos se quedan sin un sustento económico percibiéndolo a la violencia intrafamiliar como algo normal, mermando su integridad personal.

Respecto al factor de riesgo consumo de alcohol los resultados encontrados difieren con Cardona J y Orjuela L.(52) quienes en su estudio encontraron que el 62% de personas con depresión reporto consumir alcohol siendo el porcentaje mayor a lo encontrado en el presente estudio. Y al contrastar los resultados con los estudios realizado por De los Santos P., Carmona S.(6) y Martínez D.(21), concuerdan porque en ambos estudios identificaron que según su prueba estadística el factor de riesgo consumo de alcohol está asociada a la depresión, esto se debe porque a pesar de que en los estudios trabajaron con muestras diferentes, el consumo de alcohol en muchos casos es realizado para compensar el

curso de la depresión y la falta o deficiente capacidad o destrezas sociales positivas para afrontar esta enfermedad mental, dañando la capacidad de juicio y razonamiento. En Ayacucho el consumo de alcohol se presenta como una actividad social o cultural normal que es muy frecuente por sus fiestas patronales o culturales pero la sociedad no se pone a analizar si tras este consumo de alcohol perjudicial puede estar disfrazado un conjunto de síntomas y conductas depresivas que al ser severas puede llevar a situaciones que ponen en peligro la vida de la persona y su entorno.

6.3. Responsabilidad ética de acuerdo con los reglamentos vigentes

El trabajo de investigación se realizó teniendo en cuenta cada uno de los principios éticos de la investigación, contando con la autorización de la institución y cumpliendo con la confidencialidad de la información extraída de las historias clínicas, manteniendo el anonimato de la identidad de los usuarios que recibieron atención en la institución e informando resultados verídicos obtenidos en la presente investigación manteniendo la conducta ética de investigación en todo momento.

CONCLUSIONES

1. Existen factores de riesgo psicosociales como autoestima, violencia familiar y consumo de alcohol asociados a la depresión en personas adultas atendidas en el Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho en el 2019 con un nivel de significancia de $p < 0,05$.
2. La prevalencia de depresión en personas adultas atendidas en el Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho en el 2019 es del 61.9%.
3. El factor de riesgo psicológico estrés no está asociada a la depresión en personas adultas atendidas en el Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho en el 2019 porque según la prueba estadística planteada no es significativo $p > 0,05$.
4. El factor de riesgo psicológico autoestima está asociada a la depresión en personas adultas atendidas en el Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho en el 2019 con un nivel de significancia de $p < 0,05$.
5. El factor de riesgo social violencia intrafamiliar está asociada a la depresión en personas adultas atendidas en el Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho en el 2019 con un nivel de significancia de $p < 0,05$.
6. El factor de riesgo social consumo de alcohol está asociada a la depresión en personas adultas atendidas en el Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho en el 2019 con un nivel de significancia de $p < 0,05$.

RECOMENDACIONES

1. Realizar un trabajo coordinado con las diferentes instituciones públicas y privadas que trabajan en los temas de Salud Mental para realizar la sensibilización y capacitación a la población sobre la depresión y la importancia de la identificación precoz de situaciones negativas psicológicas y sociales como factores de riesgo de la depresión que permitiría dar tratamiento psicológico o psiquiátrico oportuno a quienes lo necesiten.
2. Realizar mayor difusión audiovisual a través de módulos de información o campañas de atención a la población Ayacuchana por distritos sobre la existencia de servicios psicológicos y psiquiátricos para el tratamiento de los diferentes trastornos mentales en especial la depresión que se muestra en mayor prevalencia, terapias de pareja y familia facilitando el acceso de la población a los servicios de salud mental que en su mayoría aún desconoce.
3. Generar espacios recreativos donde se realice actividades saludables como el deporte, música, arte, teatro, danza, etc. que permita fortalecer las redes de apoyo social y familiar, contribuyendo a mejorar la salud mental de población previniendo la aparición de depresión y otros trastornos mentales.
4. Realizar otros trabajos de investigación que nos permita conocer mejor y evaluar profundamente la evolución de depresión y/o trastornos mentales que nos ayudaría mejor la tipificación de factores de riesgos y vulnerabilidad, sino también la identificación de los factores de protección para prevenir los trastornos mentales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Linda E, Brown N. Cuidados de enfermería en salud mental. 2.^a ed. Madrid: Pearsom Educación; 2010. 456 p.
2. Organización Mundial de la Salud. Depresión [Internet]. 2020 [citado 8 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
3. Organización Mundial de la Salud. Día Mundial de la Salud Mental 2017 [Internet]. WHO. World Health Organization; 2017 [citado 8 de marzo de 2020]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/world-mental-health-day/2017/es/
4. Alarcón R, Mazzotti G, Nicolini H. Psiquiatría. Tercera. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2012. 1131 p.
5. Organización Mundial de la Salud. El Día Mundial de la Salud Mental 2019 [Internet]. 2019 [citado 8 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/events/detail/2019/10/10/default-calendar/world-mental-health-day-2019-focus-on-suicide-prevention>
6. De los Santos P, Carmona Valdés S. Prevalencia de depresión en hombres y mujeres mayores en México y factores de riesgo. Poblac Salud En Mesoamérica [Internet]. 2017 [citado 8 de marzo de 2020];15(2). Disponible en: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/psm/article/view/29255>
7. Ministerio de Salud de Colombia. Boletín de salud mental: Depresión [Internet]. 2017. Disponible en: <http://minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-depresion-marzo-2017.pdf>

8. Ecuador entre los cinco países con más discapacidad por depresión [Internet]. [citado 8 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://www.edicionmedica.ec/secciones/salud-publica/ecuador-es-uno-de-los-cinco-paises-con-mas-discapacidad-por-depresion-93904>
9. Salvo L. Magnitud, impacto y estrategias de enfrentamiento de la depresión, con referencia a Chile. Rev Médica Chile [Internet]. 2014 [citado 8 de marzo de 2020];142(9):1157-64. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-98872014000900010&lng=es&nrm=iso&tlng=es
10. Ministerio de Salud de Chile. Programa de Salud Mental en la Atención Primaria de la Salud [Internet]. 2018. Disponible en: <https://www.araucaniasur.cl/wp-content/uploads/2019/06/OOTTA-SM-APS-2018-1.0-1.pdf>
11. Antezana R. OPS/OMS Bolivia - Expertos analizan causas y consecuencias de la depresión por el día mundial de la salud [Internet]. 2017 [citado 8 de marzo de 2020]. Disponible en: https://www.paho.org/bol/index.php?option=com_content&view=article&id=1965:notadiasalud&Itemid=481
12. Organización Panamericana de la Salud. La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas,2018 [Internet]. 2018. Disponible en: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/49578/9789275320280_spa.pdf?sequence=9&isAllowed=y
13. Ministerio de Salud de Perú. Lineamientos de Políticas Sectorial en Salud Mental Perú 2018 [Internet]. 2018. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4629.pdf>
14. Jordán P. Factores psicosociales que influyen en los trastornos del estado de ánimo de las puérperas atendidas en el Centro de Salud Simón Bolívar. [Internet]

[Tesis para optar el título profesional de Obstetra]. [Cajamarca]: Universidad Nacional de Cajamarca; 2017. Disponible en: <http://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/1789/TESIS%20CD.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

15. Gobierno Regional de Cusco. Recomendaciones para reconocer conductas suicidas [Internet]. 2018 [citado 8 de marzo de 2020]. Disponible en: <http://www.diresacusco.gob.pe/new/archivos/2451>
16. Zevallos S. Prevalencia de Depresión en Poblaciones Andinas. Rev An Salud Ment [Internet]. 16 de junio de 2016 [citado 8 de marzo de 2020];31(2). Disponible en: <http://www.insm.gob.pe/ojsinsm/index.php/Revista1/article/view/14>
17. Hospital Regional de Ayacucho. Plan Estratégico Institucional 2015-2018: Análisis Situacional de Salud [Internet]. 2015. Disponible en: <http://www.hospitalregionalayacucho.gob.pe/Documentos/Gestion/PEI-2015.pdf>
18. González Y, Herrera I, Moncada G. Prevalencia de trastornos mentales en relación con la prevalencia de enfermedades médicas crónicas en mayores de 18 años, departamento de Francisco Morazán y Olancho, año 2016. Portal Cienc [Internet]. 26 de octubre de 2018;158. Disponible en: <https://www.lamjol.info/index.php/PC/article/view/6646>
19. Espinosa C, Orozco L, Ybarra J. Síntomas de ansiedad, depresión y factores psicosociales en hombres que solicitan atención de salud en el primer nivel. Salud Ment [Internet]. 2015 [citado 8 de marzo de 2020];38(3):201-8. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0185-33252015000300201&lng=es&nrm=iso&tlng=es

20. Antón F, Pérez L, Bort L, Oliver G, Pruteanu DF, Mir Sánchez C. Evolución, durante siete años, de la prevalencia de la depresión en un centro de salud urbano. *Med Gen Fam* [Internet]. 2017 [citado 8 de marzo de 2020];6(4):155-60. Disponible en: <http://mgyf.org/evolucion-prevalencia-depresion-centro-salud-urbano/>
21. Martínez D. Factores psicosociales en prevalencia en depresión, ansiedad, distorsión cognitiva y hábitos de vida. *Revista de Psicología Científica* [Internet]. 2018 [citado 8 de marzo de 2020];17(2). Disponible en: <https://www.psicologiacientifica.com/factores-psicosociales-depresion-ansiedad-distorsion-cognitiva-habitos-de-vida/>
22. Lara E, Aranda C, Zapata R, Bretones C, Alarcón R. Depresión y ansiedad en mujeres víctimas de violencia en la relación de pareja. *Rev Argent Cienc Comport* [Internet]. 2019 [citado 23 de marzo de 2020];11(1):8. Disponible en: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/racc/article/view/21864/pdf>
23. Matitti M, Tipismana O. Prevalencia de depresión mayor en adultos mayores atendidos ambulatoriamente en un hospital de Lima Metropolitana. *Rev Av En Psicol Interacciones* [Internet]. 2016 [citado 8 de marzo de 2020];2(2):171-87. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/313357542_Prevalencia_de_depresion_mayor_en_adultos_mayores_atendidos_ambulatoriamente_en_un_hospital_de_Lima_Metropolitana
24. Paucar P. La depresión como factor desencadenante de enfermedades cutáneas, en pacientes adultos de 18 a 60 años seguidos en el consultorio externo de dermatología del Hospital II Essalud [Internet] [Tesis de Doctorado]. [Huánuco]: Universidad de Huánuco; 2016. Disponible en: http://repositorio.udh.edu.pe/bitstream/handle/123456789/978/T047_40316881_D.pdf?sequence=1&isAllowed=y

25. Berrospi S, Herencia M, Soto A. Prevalencia y factores asociados a la sintomatología depresiva en mujeres con cáncer de mama en un hospital público de Lima, Perú. Acta Médica Perú [Internet]. 2017 [citado 8 de marzo de 2020];34(2):95-100. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1728-59172017000200004&lng=es&nrm=iso&tlng=es
26. Beck A, Rush J, Shaw B, Emery G. Terapia cognitiva de la depresión [Internet]. 20.^a ed. España: Desclée De Brower; 2012. 26 p. Disponible en: <https://www.edesclée.com/img/cms/pdfs/9788433006264.pdf>
27. Cáceres S. Relación entre factores de personalidad y depresión con el rendimiento académico en estudiantes de una Facultad en una Universidad Privada de Lima Metropolitana [Internet] [Tesis para optar Grado de Maestro]. [Lima]: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2017. Disponible en: http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/1400/Relacion_CaceresLandaburu_Silvana.pdf?sequence=1&isAllowed=y
28. Marrero M. Indefensión aprendida como determinante de la salud en mujeres sobrevivientes de cáncer de mama [Internet] [Tesis Doctoral]. [Madrid]: Universidad Computense de Madrid; 2016. Disponible en: <https://eprints.ucm.es/37722/1/T37231.pdf>
29. Rebraca L. Enfermería psiquiátrica y salud mental. 6.^a ed. Madrid: Mcgraw-Hill; 2007.
30. Galvis M. Teorías y modelos de enfermería usados en la enfermería psiquiátrica. Rev Scielo Cuid [Internet]. 2015 [citado 22 de abril de 2020];6(2):1108. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/cuid/v6n2/v6n2a12.pdf>
31. King I. Enfermería como profesión: filosofía, principios y objetivos. 1.^a ed. México: Limusa; 1984. 189 p.

32. Womble D. Introducción a la enfermería en salud mental. 2.^a ed. Barcelona: Elsevier; 2010. 353 p.
33. Gelder M, Mayou R, Geddes J. Oxford Psiquiatría. 2.^a ed. España: Marban; 2000.
34. Pérez E, Cervantes V, García N, Pineda J, Salgado H. Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión mayor. Rev Bioméd [Internet]. 2017 [citado 10 de marzo de 2020];28(2):73-98. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6048906>
35. Organización Mundial de la Salud. Guía de Bolsillo de la Clasificación CIE-10, Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento [Internet]. Madrid: Medica Panamericana; 2000. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42326/8479034920_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
36. Instituto Nacional de salud, Hospital Nacional Víctor Larco Herrera. Guía de práctica clínica para el tratamiento de depresión en adultos [Internet]. 2017. Disponible en: <https://web.ins.gob.pe/sites/default/files/Archivos/authenticated%2C%20administrator%2C%20editor/publicaciones/2018-09-17/Gu%C3%ADa%20de%20pr%C3%A1ctica%20cl%C3%ADnica%20para%20el%20tratamiento%20de%20depresi%C3%B3n%20en%20adultos.pdf>
37. Parekh R. What Is Depression? [Internet]. Asociación Americana de Psiquiatría. 2017 [citado 10 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://www.psychiatry.org/patients-families/depression/what-is-depression>
38. Ministerio de Salud Perú y Dirección de Salud Mental. Guía de práctica clínica en salud mental y psiquiatría [Internet]. 2008. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1756.pdf>

39. Potter P, Justin K. El Manual Merck. 19.^a ed. Medica Panamericana; 2014.
40. Organización Mundial de la Salud. Factores de riesgo [Internet]. WHO. World Health Organization; 2016 [citado 10 de marzo de 2020]. Disponible en: https://www.who.int/topics/risk_factors/es/
41. Factores de riesgo de la depresión | MSD Salud [Internet]. [citado 10 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://www.msdsalud.es/cuidar-en/depresion/informacion-basica/factores-riesgo-depresion.html>
42. Lazarus R. Stress and Emotion: A New Synthesis. 1 edition. New York, NY: Springer Publishing Company; 2006. 360 p.
43. Lemos M, Pérez M, Medina D. Estrés y salud mental en estudiantes de Medicina: Relación con afrontamiento y actividades extracurriculares. Arch Med [Internet]. 2018 [citado 10 de marzo de 2020];14(2):3. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6499267>
44. Suarez M. La importancia del análisis de los acontecimientos vitales estresantes en la práctica clínica. Rev Médica Paz [Internet]. 2010 [citado 10 de marzo de 2020];16(2):58-62. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1726-89582010000200010&lng=es&nrm=iso&tlng=es
45. Branden N. Los seis pilares de la autoestima: el libro definitivo sobre la autoestima por el más importante especialista en la materia [Internet]. Barcelona: Paidós; 2007. Disponible en: <https://www.gitanos.org/publicaciones/guiapromocionmujeres/pdf/04.pdf>
46. Jiménez A, Mondragón L, González C. Autoestima, sintomatología depresiva e ideación suicida en adolescentes: resultados de tres estudios. Salud Ment [Internet]. 2007 [citado 10 de marzo de 2020];30(5):20-6. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=16216>

47. Lazarevich I, Delgadillo H, Mora F, Martínez Á. Depresión, autoestima y características de personalidad asociadas al género en estudiantes rurales de México. *Altern En Psicol* [Internet]. agosto de 2013 [citado 10 de marzo de 2020];17(29):44-57. Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1405-339X2013000200004&lng=pt&nrm=iso&tlng=es
48. Congreso de la Republica del Perú. Ley que modifica la Ley de Protección frente a la Violencia Familiar [Internet]. Ley N°27306 2000. Disponible en: http://www4.congreso.gob.pe/l_organos/mujeres_parlamentarias2009/imagenes/Ley_27306.pdf
49. Jaramillo J. Construcción de una escala de violencia intrafamiliar, Cuenca - Ecuador. *Rev Fac Cienc Médicas* [Internet]. 2013;10. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/21201/1/Dr.%20Julio%20Jaramillo.pdf>
50. Tarragona M. Historia de victimización materna y su impacto sobre la salud mental de los menores en entornos de violencia de pareja [Internet] [Tesis Doctoral]. [Bellaterra]: Universidad Autónoma de Barcelona; 2016. Disponible en: https://ddd.uab.cat/pub/tesis/2016/hdl_10803_367456/mjto1de1.pdf
51. Estrada P. Consumo de alcohol como factor asociado a la depresión en estudiantes de medicina humana varones de la Universidad Ricardo Palma del ciclo II-2018. [Internet] [Tesis para optar al título de médico cirujano]. [Lima]: Universidad Ricardo Palma; 2018. Disponible en: <http://repositorio.urp.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/URP/1749/53%20-%20estrada%20-%20listo.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
52. Cardona J, Orjuela L. Consumo de riesgo, síntomas de dependencia y consumo perjudicial de alcohol en estudiantes de una universidad pública de Medellín-

2013. Arch Med [Internet]. 2014 [citado 10 de marzo de 2020];10(1):4. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5052064>

53. Ato B. El consumo de bebidas alcohólicas como factor asociado a la depresión en estudiantes de medicina UPAO-Trujillo en el 2014 [Internet] [Tesis para optar el título de médico cirujano]. [Trujillo]: Universidad Privada Antenor Orrego; 2014. Disponible en: http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/1305/1/ATO_BRENDA_BEBI_DAS_FACTOR_DEPRESI%c3%93N.pdf
54. Gavin RS, Reisdorfer E, Gherardi E, Reis L, Zanetti AC. Associação entre depressão, estresse, ansiedade e uso de álcool entre servidores públicos. SMAD Rev Eletrônica Saúde Ment Álcool E Drog [Internet]. 2015 [citado 10 de marzo de 2020];11(1):02-9. Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1806-69762015000100002&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
55. Fattorusso V, Ritter O. Vademécum Clínico. 9.^a ed. Buenos Aires: El Ateneo; 2001.
56. Anguiano C. Diccionario de Ciencias Médicas. 9.^a ed. Buenos Aires: El Ateneo; 1992.
57. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la Investigación. 6.^a ed. México: Mcgraw-Hill; 2014.
58. Calle A. Satisfacción de la atención y adherencia del tratamiento de usuarios con esquizofrenia del Hospital Sergio Bernales, 2019 [Internet] [Tesis para optar el grado de maestro]. [Callao]: Universidad Nacional del Callao; 2019. Disponible en: http://repositorio.unac.edu.pe/bitstream/handle/UNAC/4276/CALLE%20GUAILE%20UPO_POSGRADO_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y

ANEXOS

ANEXO 01
MATRIZ DE CONSISTENCIA
FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIALES Y PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN PERSONAS ADULTAS
ATENDIDAS EN EL CENTRO ESPECIALIZADO DE SALUD MENTAL DE AYACUCHO, 2019

PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLES	HIPOTESIS	METODOLOGIA
<p>General: ¿Existen factores de riesgo psicosociales asociados a la depresión en personas adultas atendidas en el Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho, 2019?</p> <p>Específicos: 1. ¿Cuál es la prevalencia de depresión en personas adultas atendidas en el Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho, 2019? 2. ¿El factor de riesgo psicológico estrés está asociada a la depresión en personas adultas atendidas en el Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho, 2019? 3. ¿El factor de riesgo psicológico autoestima está asociada a la depresión en personas adultas atendidas en el Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho, 2019? 4. ¿El factor de riesgo social violencia intrafamiliar está asociada a la depresión en personas adultas atendidas en el Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho, 2019? 5. ¿El factor de riesgo social consumo de alcohol está asociada a la depresión en personas adultas atendidas en el Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho, 2019?</p>	<p>General: Determinar si existen factores de riesgo psicosociales asociados a la depresión en personas adultas atendidas en el Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho, 2019.</p> <p>Específicos: 1. Identificar la prevalencia de depresión en personas adultas atendidas en el Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho, 2019. 2. Evaluar si el factor de riesgo psicológico estrés está asociada a la depresión en personas adultas atendidas en el Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho, 2019. 3. Evaluar si el factor de riesgo psicológico autoestima está asociada a la depresión en personas adultas atendidas en el Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho, 2019. 4. Evaluar si el factor de riesgo social violencia intrafamiliar está asociada a la depresión en personas adultas atendidas en el Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho, 2019. 5. Evaluar si el factor de riesgo social consumo de alcohol está asociada a la depresión en personas adultas atendidas en el Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho, 2019.</p>	<p>Independiente. Factores de riesgo psicosociales.</p> <p>Dependiente. Prevalencia de depresión.</p>	<p>General: H1: Existen factores de riesgo psicosociales asociados a la depresión en personas adultas atendidas en el Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho, 2019. H0: No existen factores de riesgo psicosociales asociados a la depresión en personas adultas atendidas en el Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho, 2019.</p> <p>Específica: • H1: La prevalencia de depresión es mayor del 50% en personas adultas atendidas en el Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho, 2019. • H0: La prevalencia de depresión es menor del 50% en personas adultas atendidas en el Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho, 2019. • H1: El factor de riesgo psicológico estrés está asociada a la depresión en personas adultas atendidas en el Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho, 2019. • H0: El factor de riesgo psicológico estrés no está asociada a la depresión en personas adultas atendidas en el Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho, 2019. • H1: El factor de riesgo psicológico autoestima está asociada a la depresión en personas adultas atendidas en el Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho, 2019. • H0: El factor de riesgo psicológico autoestima no está asociada a la depresión en personas adultas atendidas en el Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho, 2019. • H1: El factor de riesgo social violencia intrafamiliar está asociada a la depresión en personas adultas atendidas en el Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho, 2019. • H0: El factor de riesgo social violencia intrafamiliar no está asociada a la depresión en personas adultas atendidas en el Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho, 2019. • H1: El factor de riesgo social consumo de alcohol está asociada a la depresión en personas adultas atendidas en el Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho, 2019. • H0: El factor de riesgo social consumo de alcohol no está asociada a la depresión en personas adultas atendidas en el Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho, 2019.</p>	<p>Tipo y diseño de investigación: Aplicada, No experimental, correlacional, retrospectivo y transversal Método de investigación: Hipotético - deductivo Área de estudio: El estudio se realizó en el Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho COSMA. Población: Estuvo constituida por 300 personas adultas que recibieron atención en el Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho COSMA en el periodo 2019. Muestra: Estuvo constituida por 168 personas adultas que recibieron atención en el Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho COSMA en el periodo 2019. Técnica de recolección de datos: La técnica de recolección de datos fue el análisis documental (historia clínica) Instrumento de recolección de datos: El instrumento de recolección de datos fue la ficha de registro de datos, el cual fue validado con la revisión y análisis de 20 historias clínicas. Recolección de datos: Se obtuvo el permiso de la Dirección del Centro Especializado de Salud Mental. Luego se llevó a cabo la recolección de datos en el servicio de Admisión, con la ficha de registro de datos baseando la información de cada una de las historias clínicas de las personas adultas atendidas en el 2019, para su posterior procesamiento. Plan de procesamientos y análisis de datos. Los datos fueron procesados de manera informática empleando el paquete estadístico SPSS. Los datos son presentados en cuadros simples y compuestos de acuerdo con los objetivos propuestos. En el análisis estadístico de los datos se empleó la prueba Chi cuadrado con corrección de continuidad.</p>

ANEXO 02

**FICHA DE REGISTRO DE DATOS DE PERSONAS ADULTAS ATENDIDAS EN
EL CENTRO ESPECIALIZADO DE SALUD MENTAL DE AYACUCHO 2019**

N° FICHA:.....

I. DATOS GENERALES:

N° De Historia Clínica: _____ **Edad:** _____ años **Sexo** F () M ()

Grado de Instrucción:

Sin instrucción () Inicial () Primaria () Secundaria () Superior ()

Estado Civil:

Soltero(a) () Casado (a) () Conviviente () Divorciado (a) () Viudo(a) ()

Actividad económica:

Activo () Jubilado () Dependiente ()

Distrito:

Ayacucho () San Juan Bautista () Carmen Alto () Jesús Nazarena ()

Andrés Avelino Cáceres ()

Servicio: Psiquiatría () Psicología () Psicología y psiquiatría ()

I.	DATOS SOBRE EL TRASTORNO MENTAL	Si	No
1	Presentó depresión		
2	Nivel de depresión:		
	• Leve		
	• Moderado		
	• Grave	Sin síntomas psicóticos	
		Con síntomas psicóticos	
II.	SIGNOS Y SÍNTOMAS PRESENTES:		
1	Humor depresivo (tristeza, desamparo, desesperanza)		
2	Perdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas.		
3	Disminución de la energía o aumento de su fatigabilidad.		
4	Disminución de la atención y concentración.		
5	La pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad		
6	Las ideas de culpa y de ser inútil		
7	Una perspectiva sombría del futuro		
8	Los pensamientos o actos suicidas o de autoagresión		
9	Los trastornos del sueño		
10	La pérdida de apetito		

Otros signos y síntomas identificados:.....

FUENTE: Organización Mundial de la Salud. (2000). Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud CIE 10. Madrid.

ANEXO 03
FICHA DE REGISTRO DE DATOS SOBRE FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIALES DE PERSONAS ADULTAS ATENDIDAS EN EL CENTRO ESPECIALIZADO DE SALUD MENTAL DE AYACUCHO 2019.

N° FICHA:.....

I. DATOS SOBRE FACTOR DE RIESGO PSICOLÓGICOS.

N°	AUTOESTIMA EN PERSONAS ADULTAS	SI	NO
1	Siente que es una persona digna de aprecio		
2	Tiene cualidades positivas.		
3	Es capaz de hacer las cosas bien		
4	Tiene una actitud positiva hacia si mismo/a.		
5	Está satisfecho de sí mismo /a.		
6	No tiene mucho de que estar orgulloso/a.		
7	Es un(a) persona que se considera fracasado/a.		
8	Tiene más respeto por sí mismo.		
9	Siente que es un(a) inútil.		
10	Piensa que no sirve para nada		

Fuente: Escala de Autoestima de Rosenberg, 1965; Atienza, Balaguer, y Moreno, 2000.

Interpretación:

- Autoestima baja: 1 a 5 puntos ()
- Autoestima elevada: 6 a 10 puntos ()

N°	ESTRÉS EN PERSONAS ADULTAS	SI	NO
1	Estuvo molesto a causa de alguna situación.		
2	Fue incapaz de controlar hechos importantes en tu vida		
3	Se sintió continuamente tenso		
4	Resolvió bien las discusiones desagradables de su vida		
5	Enfrento los cambios que estaban ocurriendo en su vida		
6	Manejo bien sus problemas personales		
7	Las cosas le resultaron como ella o él quería		
8	No podía resolver todas las situaciones que tenía que enfrentar		
9	Pudo controlar las dificultades de su vida		
10	Estuvo colapsado con las situaciones que le ocurrieron		

11	Estuvo enfadado por situaciones que estaban fuera de su control		
12	Pensó frecuentemente en las situaciones que tiene que resolver		
13	Controla su tiempo según sus propias necesidades		
14	Sintió que los problemas se le habían acumulado		

Fuente: La Escala de Percepción Global de Estrés, EPGE (Cohen et al., 1983), adaptada y traducida al español en Chile por Tapia et al. (2007)

Interpretación:

- Nivel bajo de estrés: 1 a 7 puntos ()
- Nivel alto de estrés: 8 a 14 puntos ()

II. DATOS SOBRE FACTOR DE RIESGO SOCIAL.

N°	VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN PERSONAS ADULTAS	SI	NO
	Violencia Física		
1	Su pareja le pegó		
2	Presento moretones cuando le golpeo		
3	Presento sangrado a causa de los golpes		
4	Necesito atención médica por los golpes		
	Violencia Psicológica		
5	Le hizo callar cuando da su opinión		
6	Le insulto en frente de otras personas		
7	Le fue infiel		
8	Le amenaza con suicidarse si le abandona		
9	Tiene temor cuando su pareja llega a su casa		
	Violencia Sexual		
10	Le ha dicho que sexualmente no le satisface		
11	Le obliga a tener relaciones sexuales		
12	No puede asistir a control médico ginecológico		
13	No puede usar métodos anticonceptivos		
14	Le prohíbe embarazarse		
15	Le ha obligado a abortar		
	Violencia Social		
16	Se molesta cuando se arregla		
17	Le impide hablar por celular con otras personas		
18	Le amenaza con golpearle si sale de su casa sin el permiso		
19	Es celoso cuando habla con otras personas		

Violencia Patrimonial			
20	Ha roto las cosas del hogar		
21	Impidió el ingreso a su domicilio		
22	Limita el dinero para los gastos del hogar		
Violencia de Género			
23	Ignora su opinión		
24	Nunca colabora en las labores del hogar		
25	Impide tener un trabajo remunerado, fuera de casa		

Fuente: Escala de medición de la violencia intrafamiliar (VIFJ4) elaborado por Jaramillo J. y cols 2013.

Interpretación:

- Leve: 1 a 8 puntos ()
- Moderada: 9 a 16 puntos()
- Severa: 17 a 25 puntos ()

N°	CONSUMO DE ALCOHOL EN PERSONAS ADULTAS	SI	NO
1	Consume bebidas alcohólicas		
2	Cada semana consume bebidas alcohólicas		
3	Toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día		
4	Una vez que toma es incapaz de parar de beber		
5	No pudo hacer lo que se esperaba porque había bebido		
6	Tuvo que beber en ayunas para recuperarse de haber bebido el día anterior		
7	Tuvo sentimientos de culpa después de haber bebido		
8	No recuerda lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo		
9	Tuvo algún accidente, asalto, pérdida de trabajo etc. a causa de beber.		
10	Familiar o amigo están preocupados por el consumo de bebidas alcohólicas		

Fuente: Prueba de Identificación de Trastornos Relacionados con el Consumo de Alcohol AUDIT elaborado por Organización Mundial de la Salud, 1992.

Interpretación:

- Consumo de Riesgo: 1 a 3 puntos ()
- Consumo perjudicial: 4 a 6 puntos ()
- Dependencia: 7 a 10 puntos ()

ANEXO 04 CARTA DE AUTORIZACIÓN DE LA INSTITUCIÓN



Comisión de Salud Mental de Ayacucho Una institución de los Hermanos de la Caridad

"AÑO DE LA UNIVERSALIZACIÓN DE LA SALUD"

Ayacucho, 21 de Enero del 2020

Mg.

EDITH ESPINOZA MENDOZA

Referencia: Solicitud: autorización para ejecución de proyecto de tesis

Ciudad

Es grato dirigirme a Ud. para expresar un cordial saludo a nombre de la Comisión de Salud Mental de Ayacucho - "COSMA" y manifestarle que en atención al documento de la referencia se le autoriza lo solicitado sobre la ejecución del Proyecto de Tesis titulado "**Factores de riesgo Psicosociales y prevalencia de depresión en personas adultas atendidas en el Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho 2019**", debiendo alcanzar a esta Dirección un ejemplar de lo investigado.

Sin otro en particular me suscribo de Usted.

Atentamente;



CENTRO ESPECIALIZADO DE SALUD MENTAL
COMISIÓN DE SALUD MENTAL DE AYACUCHO
Cristina
Lic. Katty Cristina De La Cruz Velásquez
DIRECTORA GENERAL

"Porque cuidamos con amor, somos tu mejor opción en Salud Mental".