

UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES.
FACULTAD DE CIENCIA DE SALUD.
ESCUELA ACADÉMICA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA.



**PERFIL SOCIO DEMOGRÁFICO Y ACADÉMICO ASOCIADO A
NIVELES DE DEPRESIÓN EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA DE
LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES, 2016**

**TESIS
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

PRESENTADO POR
BACH. GARCÍA VINCES, ANNELLY YECCELINE

ASESORA
Mg. LESLIE BEQUED LLOCLLA SORROZA

CO-ASESORA
Mg. BALGÉLICA ANTAZARA CERVANTES RUJEL

TUMBES –PERU

2017



RESPONSABLES

Bach. García Vines, Annelly Yecceline
Autora

Lic. Leslie Bequed Lloclla Sorroza
Asesora

Lic. BalgéllicaAntazara Cervantes Rujel
Co Asesora

TUMBES –PERU

2017

JURADO DICTAMINADOR

Mg. NANCY PEÑA NOLE

PRESIDENTA

Mg. BALBINA ALTAGRACIAVILCHEZURBINA

SECRETARIA

Mg. VICTOR SANTOS GUZMAN TRIPUL

VOCAL

DEDICATORIA

A Dios nuestro padre celestial, por guiar mis pasos, por su infinita bondad, sabiduría y amor, para hacer de mí una persona de bien y permitirme lograr mis objetivos.

A mis padres, Luis y Nelly por darme la vida, en especial a mi madre por haberme brindado su apoyo incondicional en cada momento, por confiar en mí y creer que lograría este ansiado triunfo.

A mis dos amores, Roberto Jesús y Lucas Said, mis queridos hijos por ser el motor y motivo en mi vida por enseñarme el significado del verdadero amor. Roberto por su paciencia, amor, cariño y apoyo incondicional a cada momento.

Annelly Yecceline

AGRADECIMIENTOS

A las Mg. y Licenciadas en Enfermería Leslie Bequed Lloclla Sorroza (Asesora) y Balgéllica Antazara Cervantes Rujel (Co-Asesora), por su acertado asesoramiento en el desarrollo de este trabajo de investigación.

A la Mg. Nancy Peña Nole, Mg. Balvina Vilchez Urbina y Mg. Victor Guzmán Tripul, miembros del Jurado Calificador, por sus orientaciones y oportunas sugerencias en el desarrollo de la presente tesis.

La autora

DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD

Yo, Annelly Yecceline, García Vines.

DECLARO QUE:

Los resultados reportados en esta tesis, son producto de mi trabajo con el apoyo permitido de terceros en cuanto a su concepción y análisis. Asimismo declaro que hasta donde se sabe no contiene material previamente publicado o escrito por otra persona excepto donde se reconoce como tal a través de citas y con propósitos exclusivos de ilustración o comparación. En este sentido, afirmo que cualquier información presentada sin citar a un tercero es de mi propia autoría. Declaro, finalmente, que la redacción de esta tesis es producto del propio trabajo con la dirección y apoyo de mis asesores de tesis y revisión del jurado calificador, en cuanto a la concepción y al estilo de la presentación o a la expresión escrita.

La autora

Bach. Annelly Yecceline, García Vines

CERTIFICACIÓN

Mg. LESLIE BEQUED LLOCLLA SORROZA, Profesora Auxiliar de la Universidad Nacional de Tumbes, adscrita al Departamento de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Tumbes.

Mg. BALGÉLICA ANTAZARA CERVANTES RUJEL, Profesor Auxiliar de la Universidad Nacional de Tumbes, adscrita al Departamento de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Tumbes.

CERTIFICAN:

Que el informe final de Tesis: **PERFIL SOCIO DEMOGRÁFICO Y ACADÉMICO ASOCIADO A NIVELES DE DEPRESIÓN EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES, 2016.**

Presentado por la Bachiller en Enfermería Annelly Yecceline García Vines, ha sido asesorado y revisado por nuestras personas, por tanto, queda autorizado para su presentación e inscripción a la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Tumbes para su revisión y aprobación correspondiente.

Tumbes, 20 de enero de 2017

Leslie Bequed Lloclla Sorroza
Asesora

Balgélica Antazara Cervantes Rujel
Co-Asesora

PRESENTACIÓN

Señores miembros del jurado:

Dando cumplimiento con lo establecido en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Nacional de Tumbes, para obtener el título de Licenciada en Enfermería, pongo a vuestra consideración la Tesis titulada: PERFIL SOCIO DEMOGRÁFICO Y ACADÉMICO ASOCIADO A NIVELES DE DEPRESIÓN EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES, 2016.

El propósito de este trabajo de investigación es determinar la relación de perfil socio demográfico y académico asociado a niveles de depresión en estudiantes de Enfermería de la Universidad Nacional de Tumbes, 2016.

Espero sea valorado el trabajo y cumpla con los requerimientos para su respectiva aprobación.

La autora.

RESUMEN

El estudio tiene como objetivo determinar el perfil socio-demográfico y académico que se asocia a niveles de depresión en estudiantes de Enfermería de la Untumbes. Investigación fue tipo descriptivo-correlacional. Muestra 73 estudiantes evaluados con Test de Beck. Resultados: a) La moda (valor predominante) de las características del Perfil socio-demográfico: sexo femenino, edad de 19-23 años, estado civil soltero, lugar de procedencia Tumbes, región de procedencia la costa, no tiene condición de jefe de familia, responsable de manutención o de los recursos económicos de la familia; b) El perfil académico predomina: el rendimiento académico medio, no perdieron semestre académico durante estudios, no hay amonestación ni solicitado licencia de estudios, dedican entre 11-20 horas de estudio semanal y dedican más de 20 horas semanales para el ocio. c) El nivel de depresión se caracteriza porque predomina la depresión leve y severa. Concluye que a) El perfil socio-demográfico expresado por el sexo, edad, región de procedencia, responsable de manutención y recursos económicos se relacionan significativamente con la depresión y b) El perfil académico expresado por el rendimiento académico, pérdida de semestre de estudios, horas de estudio semanales adicionales y las horas semanales dedicadas al ocio se relacionan significativamente con los niveles de depresión.

PALABRAS CLAVE: PERFIL SOCIO-DEMOGRÁFICO Y ACADÉMICO – NIVELES DE DEPRESIÓN – ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

ABSTRACT

The study aims to determine the socio-demographic and academic profile that is associated with levels of depression in Nursing students of the Untumbes. Research was descriptive-correlational type. It shows 73 students evaluated with Beck Test. Results: a) Fashion (predominant value) of the characteristics of the socio-demographic profile: female sex, age 19-23 years, single civil status, place of origin Tumbes, region of origin the coast, does not have condition of head of Family, person responsible for maintenance or financial resources is the family; B) The academic profile prevails: the average academic performance, did not lose academic semester during studies, there is no warning or requested study leave, spend between 11-20 hours of weekly study and spend more than 20 hours a week for leisure. C) The level of depression is characterized by the presence of mild and severe depression. It concludes that a) The socio-demographic profile expressed by the sex, age, region of origin, responsible of maintenance and economic resources are significantly related to the depression and b) The academic profile expressed by the academic performance, lost semester of studies, hours Of additional weekly study and the weekly hours devoted to leisure are significantly related to the levels of depression.

KEY WORDS: SOCIO-DEMOGRAPHIC AND ACADEMIC PROFILE - LEVELS OF DEPRESSION - UNIVERSITY STUDENTS.

ÍNDICE

	Pág.
RESUMEN	ix
ABSTRACT	x
ÍNDICE	xi
I. INTRODUCCIÓN	12
II. MARCO DE REFERENCIA DEL PROBLEMA	15
2.1. Antecedentes	15
2.2. Bases teórico-científicas.....	27
2.3. Definición de términos	47
III. DISEÑO METODOLÓGICO	48
3.1. Tipo de investigación.....	48
3.2. Población y muestra	48
3.3. Métodos, Técnicas e instrumentos de recolección de datos	50
3.4. Procesamiento y análisis de datos	51
3.5. Consideraciones éticas y rigor científico	52
IV. RESULTADOS	54
V. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	64
VI. CONCLUSIONES	73
VII. RECOMENDACIONES	74
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	75
ANEXOS	81

I. INTRODUCCIÓN

La depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, y se calcula que afecta a unos 350 millones de personas⁽¹⁾. Un diagnóstico y tratamiento temprano, podrían disminuir futuros episodios depresivos⁽²⁾. En la actualidad es diez veces más frecuente que en el pasado, y aparece a una edad mucho más temprana. El promedio de edad del primer episodio depresivo de una persona al día de hoy, se sitúa en los quince años. Según la OMS la depresión, ocupa en la actualidad el cuarto lugar en la prevalencia de todas las enfermedades y, para el año dos mil veinte, será la segunda enfermedad causante de muertes en el mundo, y solo será superada por las enfermedades cardiovasculares. En Estados Unidos, anualmente el 9.5% de la población (aprox. 18.8 millones de adultos norteamericanos) padece de enfermedades depresivas. De esta población, de adultos que sufren depresión, un alto porcentaje son estudiantes universitarios. De los cuales, el 30% son estudiantes del primer año y manifiestan sentirse abrumados por la vida universitaria, 40% refiere que ha buscado ayuda de su centro de orientación estudiantil, que si no se trata a tiempo la depresión, puede ocasionar trastornos alimenticios, abuso de alcohol y drogas e incluso suicidio.

Los universitarios constituyen un grupo de riesgo para diversos trastornos psicológicos como la ansiedad y la depresión, por las exigencias psicológicas, sociales, académicas y elevado estrés. Si bien hay un sub registro de esta enfermedad, la creciente y elevada prevalencia de esta enfermedad conlleva a investigar más a fondo este fenómeno. Este hecho junto con la visibilidad del aumento de depresión juvenil, motiva que surjan interrogantes como ¿Cuáles el perfil socio demográfico?, ¿Cuál es el perfil académico? Y ¿Cuáles el nivel de depresión actual de los estudiantes universitarios?, o ¿como se asocian estas variables? Para llegar a la respuesta de forma científica, se ha considerado como la más adecuada la Investigación Cuantitativa, ya que este fenómeno en estudio se puede medir o cuantificar.

La Escuela de Enfermería adscrita a la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Tumbes, cuenta con un relativo número de ambientes para aulas y laboratorios, además de docentes y personal administrativo y de

servicios, y pasa por un proceso de autoevaluación; sin embargo dichos recursos están débilmente articulados pues servicios de bienestar, de apoyo psico pedagógico y de tutoría son muy limitados y no están basados en estrategias educativas con miras a elevar la calidad del servicio educativo; en este contexto son limitados los servicios de bienestar universitario que reciben los estudiantes, como la tutoría que es actividad espontánea y no supervisada, menos los servicios psicopedagógicos, que agravan la posibilidad de buscar, identificar o percibir alguna anomalía o situación problemática de los estudiantes, en el campo de la consejería, psicológico o psiquiátrico.

Los jóvenes experimentan cambios biológicos y una creciente distorsión de la conducta sexual, acrecentada por la publicidad de Internet, redes sociales, medios de comunicación, etc.; presentando un creciente conflicto en sus relaciones personales, familiares y/o sociales, agravado cuando hay deficiencia académica; que muchas veces la Universidad desconoce o ignora, de modo que no se identifican a los estudiantes que viven en un ambiente depresivo o de baja autoestima, lo cual puede provocar reacciones o traducirse en hostilidad, rebeldía, confrontaciones entre estudiantes, con docentes, familiares, grupos, etc. Por ello, esta investigación trata de identificar el perfil socio-demográfico y el perfil académico que se asocia con los niveles de depresión en los estudiantes de Enfermería de la Universidad, el cual se pretende medir con el Test de Beck.

Durante la vida universitaria es posible observar a muchos estudiantes que presentan problemas de salud mental, lo cual motiva la preocupación y el interés por conocer y estudiar esta temática, más aún cuando se incrementan los problemas sociales y familiares, así como la prevalencia de la depresión y el suicidio de jóvenes a nivel nacional.

El estudio se formula con la siguiente interrogante: ¿Cuál es el perfil sociodemográfico y académico que se asocia a niveles de depresión en estudiantes de enfermería de la Universidad Nacional de Tumbes?

La presente investigación se justifica porque tiene en cuenta aspectos como el perfil socio demográfico y académico que son causas señalados por diversos investigadores asociadas a la depresión, lo cual resulta relevante para la ciencia

de enfermería en su área clínica y laboral para conocer aspectos o relaciones entre las variables indicadas, y permite conocer los problemas de salud mental por los que atraviesan algunos jóvenes, cuyas expectativas se ven frustradas por una serie de eventos o factores psicológicos, sociales, biológicos o demográficos. Además permite como futuros profesionales de la enfermería, abordar el estudio de las necesidades emocionales y espirituales de las personas que padecen esta patología, y a la vez identificar a la persona y sus familiares que necesiten apoyo emocional y espiritual que les permita sentirse reconocidos, respetados y valorados en su condición de persona, cuando les aqueje este mal o cuando por algún problema de salud, leve o terminal, se encuentren hospitalizados y requieran una atención personalizada.

La hipótesis general formulada es: Hi: “El perfil socio-demográfico y académico se relaciona significativamente a niveles de depresión en los estudiantes de Enfermería de la Universidad Nacional de Tumbes”. Y las Hipótesis específicas: Hi1: “El perfil socio-demográfico se relaciona significativamente a niveles de depresión en los estudiantes de Enfermería de la Universidad Nacional de Tumbes”. Hi2: “El perfil académico se relaciona significativamente a niveles de depresión en los estudiantes de Enfermería de la Universidad Nacional de Tumbes”.

El objetivo general es: Determinar el perfil socio-demográfico y académico que se asocia a niveles de depresión en estudiantes de Enfermería de la Universidad Nacional de Tumbes. Y los objetivos específicos: a) Identificar los factores socio-demográficos y académicos de los estudiantes de Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional de Tumbes; b) Identificar el nivel de depresión de los estudiantes de Enfermería de la Universidad Nacional de Tumbes; c) Identificar la relación entre el perfil socio-demográfico y el nivel de depresión de los estudiantes de Enfermería de la Universidad Nacional de Tumbes; y, d) Identificar la relación entre el perfil académico y el nivel de depresión de los estudiantes de Enfermería de la Universidad Nacional de Tumbes.

II. MARCO DE REFERENCIA DEL PROBLEMA

2.1. ANTECEDENTES

Se han encontrado antecedentes a nivel internacional y nacional, pero no a nivel local, así se reportó:

A Nivel Internacional: Castellanos y Cols⁽¹⁾, en Colombia el 2015, estudió la caracterización de la depresión en estudiantes universitarios. Analizó la prevalencia de la depresión y las variables sociodemográficas asociadas: sexo, edad y estrato socioeconómico. La muestra fue 782 estudiantes universitarios entre 15 y 34 años, seleccionados aleatoriamente de una universidad pública colombiana. Se utilizó el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II). Reportó que: a) 46.6% de estudiantes presentó sintomatología depresiva; de los cuales 32.4% presentó síntomas de depresión leve, el 12.7% depresión moderada y 1.5% presentó depresión severa; b) el sexo resultó ser estadísticamente significativo respecto a los niveles de depresión, 16.28% de mujeres presentaron depresión moderada, cifra mayor en comparación con el 8.99% hombres; c) Tanto hombres como mujeres presentaron puntuaciones más altas en el componente motivacional-conductual; d) se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el sexo y el componente cognitivo-afectivo, siendo las mujeres quienes presentan más síntomas de este tipo.

Arrieta, Díaz y González ⁽²⁾, investigaron sobre los: Síntomas de depresión y ansiedad en jóvenes universitarios: prevalencia y factores relacionados. El objetivo fue estimar la asociación entre síntomas depresivos y ansiosos con factores sociodemográficos, académicos, conductuales y familiares entre estudiantes universitarios de Cartagena, Colombia. Fue un estudio transversal. La muestra comprendió 973 estudiantes universitarios de Cartagena (Colombia), seleccionados a través de un muestreo probabilístico. Se utilizó un instrumento anónimo de auto-reporte que incluyó: variables sociodemográficas (sexo, edad, estrato socioeconómico), el cuestionario descrito para ansiedad y depresión, cuestionario Goldberg, el APGAR familiar para determinar la función familiar y otras preguntas que indagaban por factores asociados. Los datos fueron analizados a partir de frecuencias y

proporciones, razones de disparidad y regresión logística nominal. Reportó que: a) La prevalencia de síntomas ansiosos y depresivos fue del 76.2% y 74.4% respectivamente; b) Los factores asociados con síntomas ansiosos fueron: dificultades económicas, problemas familiares y consumo de alcohol; los relacionados con síntomas depresivos fueron: problemas familiares, dificultades económicas, ansiedad y antecedentes familiares de ansiedad o depresión. Concluyó que: La sintomatología de ansiedad y depresión fue alta en los universitarios, siendo las dificultades económicas y los problemas familiares los factores que más intervinieron para su aparición.

Arrieta, Díaz y González ⁽³⁾, en Colombia (2013), investigaron sobre los Síntomas de depresión, ansiedad y estrés en estudiantes de odontología: prevalencia y factores relacionados. El objetivo fue estimar la asociación entre síntomas depresivos, ansiosos y de estrés con factores sociodemográficos, académicos y sociales entre estudiantes de odontología. Fue un estudio transversal, la muestra fueron 20 estudiantes universitarios de odontología de Cartagena, seleccionados por muestreo aleatorio simple, se aplicó un cuestionario de 20 preguntas, que incluyó características sociodemográficas, depresión, ansiedad y estrés (escala DASS 21), función familiar (APGAR familiar) y otros factores asociados con el contexto académico, económico y social. Los datos se analizaron a partir de proporciones y la asociación se obtuvo por razones de disparidad y regresión logística nominal. Se reportó que: a) La prevalencia de síntomas ansiosos, depresivos y de estrés fueron de 37.4%, 56.6% y 45.4%, respectivamente; b) Los factores asociados a los síntomas depresivos fueron falta de apoyo de amigos, disfunción familiar y dificultades económicas; los asociados a síntomas ansiosos fueron la disfuncionalidad familiar y falta de apoyo de amigos; c) Para los síntomas de estrés, los factores disfunción familiar, ingresos económicos y tiempo para descansar. Conclusiones: Entre los estudiantes de odontología hay altas prevalencias de síntomas ansiosos, depresivos y de estrés. Los factores asociados son los recursos económicos, la función familiar, la falta de tiempo para el descanso y el apoyo social.

Díaz, Prados y López ⁽⁴⁾, en España, 2002, estudiaron la relación entre

rendimiento académico, síntomas depresivos, edad y género en una población de adolescentes. El objetivo fue analizar la relación entre el rendimiento académico, los síntomas depresivos, la edad y el género en una muestra de adolescentes de centros públicos y concertados de Granada. Fue un estudio exploratorio y transversal. La muestra estuvo compuesta por 264 sujetos entre 12 y 16 años de edad, de ellos 46% eran varones y el resto mujeres, fueron examinados mediante la aplicación del Children's Depression Scale (CDS; Langy Thisher, 1978) y para la evaluación del rendimiento académico se tuvo en cuenta las calificaciones obtenidas al final de curso. Usó información sobre la edad, el género y el tipo de colegio. Reportó que la presencia de síntomas depresivos se asoció de forma estadísticamente significativa con el peor rendimiento. Aparecieron diferencias por género en tal asociación, pues son las mujeres las que presentan una relación lineal, es decir, más síntomas depresivos a peor rendimiento. Los sujetos de mayor edad presentaban más síntomas depresivos que los de menor edad aunque este aumento era debido exclusivamente por la aportación del subgrupo de mujeres mayores de 15 años. No aparecieron diferencias significativas entre las variables estudiadas con relación al tipo de colegio.

Palacio y Martínez⁽⁵⁾, en Colombia (2007) estudió la relación del rendimiento académico con la salud mental en jóvenes universitarios de la Universidad Simón Bolívar. Fue un estudio correlacional con 217 universitarios de diferente sexo, seleccionados intencionalmente. Los resultados principales indican que el rendimiento académico correlaciona negativamente con el estado de ansiedad. Además, se encontraron promedios académicos significativamente más altos en los estudiantes que no han perdido semestre alguno y que cursan todas las asignaturas proyectadas para el mismo semestre. Con el resto de variables de estudio, no se reportaron diferencias significativas.

Pardo, Sandoval y Umbarila⁽⁶⁾, en Colombia (2004), estudiaron los principales factores de riesgo asociados al problema de la depresión en jóvenes. Analizaron los principales problemas conceptuales para definir con claridad el término depresión así como el análisis de las interrelaciones existentes entre conceptos como estrés, ansiedad y depresión y sus implicaciones para el diagnóstico diferencial de la depresión en general y específicamente en jóvenes.

Concluyó que hay una dificultad teórica para establecer las relaciones que existen entre estrés, ansiedad y depresión.

Arrivillaga, Cortés, Goicochea y Lozano ⁽⁷⁾, estudiaron la Caracterización de la depresión en jóvenes universitarios de la Pontificia Universidad Javeriana-Cali (Colombia) en 2003. El objetivo fue describir las características de la depresión en un entorno universitario específico, se describieron las manifestaciones clínicas y la posible relación con diferentes variables sociodemográficas, personales y académicas (facultad, carrera, semestre, edad, género, estrato socioeconómico, barrio, estado civil; información familiar y ocupacional (estudio y trabajo)). La investigación fue de carácter no experimental de tipo descriptivo y transeccional. Se aplicó el Inventario de Depresión de Beck (IDB). La muestra fue conformada por 218 jóvenes (135 mujeres y 83 varones) universitarios de pregrado. Los resultados arrojaron: a) la presencia significativa de depresión en los jóvenes fue de 30%, según el IDB; b) Frente a las manifestaciones clínicas encontradas, se comprueba la presencia de síntomas inherentes a la depresión, reportados clásicamente por la literatura; c) Se resalta que las diferencias entre los niveles de Depresión se dan en términos de la frecuencia y la intensidad de la sintomatología.

Toro y Cardona ⁽⁸⁾, en Colombia (2010), estudió la depresión y su relación con el (género) sexo en un grupo de adolescentes de la localidad de Bosa. Aplicó el Inventario de Depresión de Beck a una muestra de 111 adolescentes (57 mujeres y 54 hombres), entre 13 y 17 años. Utilizó un diseño no experimental de tipo descriptivo transeccional. Los resultados evidencian presencia de depresión en 55% de hombres y 75% en mujeres, en diferentes niveles de intensidad. Sin embargo, no se encuentran (diferencias) relaciones significativas de sexo en cuanto a los síntomas presentados; a excepción de los pensamientos o deseos de suicidio que fueron manifestados por el doble de hombres que de mujeres.

Olmedilla A y Cols ⁽⁹⁾, en España, 2010, estudió la Ansiedad, depresión y práctica de ejercicio físico en estudiantes universitarias. La investigación se orientó a conocer la relación entre la práctica de ejercicio físico y la ansiedad y la depresión. La muestra fue 371 mujeres universitarias con una media de edad de

21,29 años, a las que se administró un cuestionario de ansiedad, uno de depresión y uno sobre actividad física y variables sociodemográficas. Los resultados indican que las estudiantes que practican actividad física, sea esta federada o no federada, manifiestan menores niveles de ansiedad y de depresión que las estudiantes sedentarias.

Agudelo, Casadiegos y Sánchez⁽¹⁰⁾, estudiaron las Características de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios de la Universidad Pontificia Bolivariana de Bucaramanga (Colombia). El objetivo fue identificar las características ansiosas y depresivas de un grupo de estudiantes universitarios, mediante las puntuaciones obtenidas en los cuestionarios del BDI, ST/DEP y STAI. Fue un estudio no experimental, transversal, de tipo descriptivo. Concluyó que: a) Los resultados no evidencian la gravedad de los síntomas ansiosos y depresivos en los participantes, pero sí indican la presencia de estos dos cuadros, siendo las mujeres más vulnerables que los hombres frente a su presentación; b) La utilidad de este tipo de estudios con muestras universitarias es de gran relevancia porque permite identificar la prevalencia de la ansiedad y depresión que afectan en gran medida a los estudiantes y los llevan a adoptar comportamientos poco adaptativos que repercuten en su desempeño en general; b) Los datos encontrados confirman que la población femenina además de ser la que consulta con mayor frecuencia, también manifiesta mayor vulnerabilidad frente a la presencia de los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo, constituyendo un importante foco de intervención; c) Se hace necesario apoyar los datos presentados con otros estudios que evalúen la relación entre la sintomatología y el rendimiento académico, lo cual podría ofrecer información de gran valor frente a los procesos formativos y académicos de las universidades.

Galicia, Sánchez y Robles⁽¹¹⁾, estudiaron los Factores asociados a la depresión en adolescentes: rendimiento académico y dinámica familiar, en Colombia (2009). El objetivo fue determinar si existe una relación entre el padecimiento de distintos niveles de depresión y el rendimiento académico, así como el impacto del factor familiar. La muestra fue 245 adolescentes quienes fueron evaluados por dos estudios; el primero para identificar el nivel de depresión de los adolescentes de acuerdo a su sexo, edad y el grado que cursan, así como analizar la

correspondencia entre la depresión y el desempeño en la escuela. Esto se realiza por medio de los inventarios de depresión de Kovacks y de Zung. La segunda tiene como fin identificar las diferencias entre sujetos deprimidos, en relación al rendimiento académico y el funcionamiento familiar. Los resultados que se obtuvieron muestran que el adolescente con un mayor nivel de depresión suelen tener un menor rendimiento académico. En cuanto al apoyo de los padres es visible indican que está asociado con las calificaciones obtenidas en las materias consideradas como difíciles. Además, se demuestra que el rechazo y la presión ejercida por parte de la familia se vinculan con un bajo rendimiento en dichas asignaturas.

Crespo, Cuzco y Maza ⁽¹²⁾, en Cuenca (Ecuador) el 2011 estudiaron la Prevalencia, características de depresión y factores asociados en los estudiantes de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca. El Objetivo fue determinar la prevalencia de las características depresivas y factores asociados en los/las estudiantes de la Escuela de Enfermería. El estudio fue de tipo transversal. La población fue 1029 estudiantes del primero al octavo ciclo y la muestra aleatorizada de 175 alumnos. Al aplicar criterios de exclusión hubo una pérdida del universo del 21%. Se aplicó el Test SRQ (Self-Rating Questionnaire) y un formulario socio demográfico. Concluyó que: a) la prevalencia de depresión fue de 18.5%; b) la edad en la que aparece la depresión está entre los 18 – 21 años con un 60,47%; c) se encontró asociación estadísticamente significativa para: ansiedad, consumo de sustancias (alcohol) recursos económicos.

Czernik, Giménez, Mora y Almirón ⁽¹³⁾, estudiaron las Variables sociodemográficas y síntomas de depresión en estudiantes universitarios de Medicina de Corrientes, Argentina (2006). El objetivo fue establecer la prevalencia de síntomas de depresión en estudiantes de medicina del último año de cursado de la Universidad Nacional del Nordeste (Argentina), y su asociación con variables sociodemográficas analizando el Inventario de Depresión de Beck. Se encuestaron 310 estudiantes universitarios de medicina de ambos sexos. El análisis estadístico se realizó con la prueba de Chi cuadrado, ANOVA, coeficiente alfa de Cronbach, coeficiente de correlación de Pearson. Se reportó que: a) La

prevalencia de síntomas depresivos fue del 33,44%. Sexo y Edad con la puntuación total del inventario no fueron significativos; b) El 22,69% de los estudiantes universitarios presentaron ideas de suicidio; c) Se obtuvo una alta consistencia interna (coeficiente alpha de Cronbach =0,89) en el inventario. Conclusión: Las cifras de síntomas de depresión son preocupantes. Las variables sexo, edad, lugar de nacimiento, convivencia, gastos académicos y pareja no permiten establecer diferencias para determinar el causal de los síntomas depresivos en estos estudiantes.

Cardona, Pérez, Rivera, Gómez y Reyes ⁽¹⁴⁾, estudiaron la Prevalencia de ansiedad en estudiantes universitarios. El objetivo fue determinar la prevalencia de ansiedad en estudiantes de una universidad privada de Medellín y su asociación con aspectos sociodemográficos y académicos. La muestra fueron 200 estudiantes seleccionados mediante muestreo probabilístico estratificado. La tamización de ansiedad se realizó con la escala de Zung. Se evaluó la fiabilidad de la escala con el alfa de Cronbach, el análisis se realizó con medidas de resumen, frecuencias, U de Mann Whitney y chi cuadrado, en SPSS 21®. Los resultados evidencian que la prevalencia de ansiedad fue 58 %. La escala de Zung presentó una excelente fiabilidad con α de Cronbach de 0,8. La prevalencia de ansiedad presentó una distribución estadísticamente igual según el sexo y el grupo etario; no se halló asociación con el ciclo de formación, el programa académico, la edad, los créditos matriculados, ni la ocupación. La ansiedad fue estadísticamente menor en los estudiantes de clase media.

Castellanos, Guarnizo y Salamanca⁽¹⁵⁾, En Colombia (2011) estudiaron la Relación entre niveles de ansiedad y estrategias de afrontamiento en practicantes de psicología de la Universidad pedagógica y Tecnológica de Colombia. El estudio fue no experimental de tipo correlacional. La población fue conformada por 36 jóvenes estudiantes con un rango de edad entre los 21 y 29 años, solteros, quienes realizan sus prácticas durante el segundo semestre de 2010; los instrumentos utilizados son la Escala Estrategias de Coping de Chorot y Sandin (1993) validada para población Colombiana por Londoño, Henao, Puerta, Posada, Arango, & Aguirre (2006) y la escala Zung de Zung (1971) validada y adaptada para Colombia por De la Ossa, Martínez & Herazo (2009). El

análisis de resultados a partir del coeficiente de correlación de Pearson muestra que existe una alta correlación negativa entre el nivel 1 de ansiedad (no hay ansiedad) y las estrategia solución de problemas y evitación cognitiva, mientras que el nivel 3 (moderada a severa) presenta una correlación positiva con la estrategia evitación cognitiva.

Garcés MV y colaboradores ⁽¹⁶⁾. Realizaron un estudio en Medellín el 2008, sobre: Prevalencia de depresión en adolescentes de 9 a 19 años, estudiantes de quinto undécimo grado, de colegios públicos y privados tanto de la ciudad de Medellín como del Área Metropolitana. La población la conformó niños y jóvenes de 9 a 19 años de edad, de 28 instituciones educativas oficiales y 32 privadas, la muestra fue: 3,133 estudiantes. Reportó los siguientes resultados: a) La prevalencia de depresión en los adolescentes entre los 9–19 años se encuentra en un rango alarmante de 24.2%, según la escala de depresión, b) El 16.0% de los estudiantes tenidos en cuenta no siente feliz lo que puede afectar su bienestar y calidad de vida convirtiéndose en un indicador negativo para la salud mental, c) El apoyo recibido por la madre presenta el mejor comportamiento al sumar las respuestas de “siempre” y “casi siempre” llegando al 78.4%, seguido del recibido por el padre con 45.7% y los hermanos con el 42.3%. Llama la atención que la respuesta con relación al buen apoyo de los amigos supera al del padre para las dos opciones antes mencionadas, “siempre” y “casi siempre,” con el 51.3%. Lo anterior representa que las relaciones con la madre se comportan como factor de protección y que se debe trabajar para educar al padre sobre su importante papel en el bienestar de sus hijos, d) Por otro lado, según tipo de familia, se puede observar que la percepción negativa es menor en los hijos de familias nucleares y por el contrario se complementa con una mayor proporción de los que responden “más feliz que la mayoría”, e) También se puede concluir que la frecuencia de la relación con los maestros como factor de protección en esta alrededor del 23% como una interacción buena, siendo mayor en un 25% para los colegios privados en comparación con un 19% para los colegios públicos.

Recinos JJ⁽¹⁷⁾, realizó un estudio en Guatemala el 2002, sobre: Riesgo de

trastornos de salud mental en adolescentes de establecimientos de educación pública a nivel básico y diversificado de la zona 5. La población la conformó 1,544 adolescentes. Reportó los siguientes resultados: a) La evaluación del riesgo para depresión y angustia en los adolescentes demostró que: en la etapa temprana el riesgo es similar tanto para hombres como para mujeres y los porcentajes no son significativos estadísticamente; en la etapa media se observó mayores indicadores de riesgo en el sexo femenino el cual es aproximadamente 10% más alto que los masculinos; en la etapa tardía se presentó una equiparación en los indicadores de riesgo en el sexo masculino con respecto al femenino, aunque nos superan en un caso este, b) Con respecto al trastorno **Sicótico** se observa que los varones tienen un porcentaje de riesgo más alto pues presentaron más indicadores de riesgo que las mujeres evaluadas. Identificando que la edad con mayor predisposición a padecer este trastorno en los varones es la etapa temprana y en las mujeres es la etapa tardía, c) La **Fármaco-Dependencia** presentó valores muy llamativos pues en todas las edades y en ambos sexos se observó un alto riesgo superior al 50% en los alumnos, aunque siempre superando los varones a las mujeres. La etapa que mayor riesgo presentó fue la tardía con 90.55% para los hombres y 85.57% para las mujeres esto es debido a que en los dos grupos se encontraron casi los mismos indicadores de riesgo como lo son: el consumo de cigarrillos y sea por ellos mismos, algún familiar o amigo cercano.

Bohórquez AP⁽¹⁸⁾. Realizó un estudio en Javeriana el 2007, sobre: prevalencia de depresión y de ansiedad según las escalas de Zung, y evaluación de la asociación con el desempeño académico en los estudiantes de medicina, el objetivo fue: Determinar la prevalencia de puntos de depresión y de ansiedad en los estudiantes de medicina de la Universidad Javeriana y evaluar la asociación entre la presencia de depresión o ansiedad con el desempeño (o rendimiento) académico al final del periodo académico. La población estuvo conformada por: Estudiantes de 1° a 10° semestre de la facultad de medicina. Reportó los siguientes resultados: a) La prevalencia de depresión según la escala de Zung de los

estudiantes de medicina de 1º a 10º semestre, que participaron en el estudio, durante el segundo semestre de 2006 fue de: 46,95%, la prevalencia de ansiedad según la escala de Zung fue de 60,33%, de los cuales el 8,63% tenían ansiedad moderada y 1,11% severa, b) En la entrevista confirmatoria participaron 114 estudiantes, tuvieron diagnóstico de episodio depresivo único o recurrente el 38,6% IC95% (30,4%-40,1%) y algún trastorno de ansiedad en el 24,6% IC95% (17%-33,5%). El desempeño académico al final del semestre de los estudiantes participantes fue: sobresaliente en el 22,67%, el 51,50% aprobaron con buena calificación, con calificación regular el 20,50% y reprobaron el 5,33% de estos, c) Se encontró una asociación positiva entre el desempeño académico regular y la presencia de depresión severa con RRR = 4,65 y un IC95% (1,16 – 18,65). Conclusiones: Se encontró una elevada prevalencia de depresión y ansiedad entre los estudiantes participantes, teniendo la primera una asociación significativa con un desempeño académico regular.

Bragado, Bersabé y Carrasco ⁽¹⁹⁾, estudiaron en Madrid (España), los Factores de riesgo para los trastornos conductuales, de ansiedad, depresivos y de eliminación en niños y adolescentes. El objetivo fue identificar los factores de riesgo diferencialmente relacionados con los trastornos de conducta, ansiedad, depresión y eliminación en niños y adolescentes de 2 servicios ambulatorios de Salud Mental de la Comunidad Autónoma de Madrid. La muestra fueron 362 niños y adolescentes de 6-17 años. Los factores estudiados fueron: variables sociodemográficas, estresores psicosociales en el contexto familiar, fracaso académico, inteligencia, factores tempranos, historia médica y psicopatología parental. Los resultados mostraron que existían perfiles de riesgo distintos para cada categoría diagnóstica: tener un padre joven, estar muy preocupado por la muerte de un ser querido, las discusiones y peleas familiares, el maltrato físico, repetir curso y problemas tempranos de comportamiento se asociaban a los trastornos conductuales; la edad de la madre, problemas en el parto y miedo al maltrato físico, a los de ansiedad; tener más edad, estar preocupado por la familia, alcoholismo familiar, padecer enfermedades frecuentes y el estado

psicopatológico de la madre a los trastornos depresivos; y, tener menos edad, ser varón y el retraso en las pautas de desarrollo a los de eliminación.

A Nivel Nacional:

Carranza RF ⁽²⁰⁾, estudió la Depresión y características demográficas asociados en estudiantes y líderes universitarios de Lima Metropolitana. El objetivo del estudio fue determinar el nivel de depresión en los alumnos universitarios de Lima Metropolitana. La muestra fue de 2005 sujetos de ambos sexos, entre 16 y 36 años. Se utilizó un diseño no experimental de tipo descriptivo. Se aplicó el Inventario de depresión de Beck Adaptado (BDI-IIA) por Carranza ⁽²¹⁾. Concluyo que: a) existe depresión en los alumnos y líderes universitarios de Lima Metropolitana; b) Los universitarios de Lima Metropolitana presentan en un 23.2% un nivel severo de depresión y un 24.1% un nivel moderado; c) Los jóvenes líderes universitarios que se encuentran entre 16-22 años presentan depresión severa, a diferencia de los que se encuentran situados entre 30-36 años respectivamente; d) Los estudiantes universitarios de Lima Metropolitana que presentan mayores niveles de depresión pertenecen al género femenino.

Arenas SC⁽²²⁾, en Lima (2009), estudió la Relación entre la funcionalidad familiar y la depresión en adolescentes. El diseño de la investigación fue descriptivo correlacional. La muestra fue 63 adolescentes, entre 12 y 17 años, de ambos sexos que asistieron al Departamento de Psicología del Hospital Nacional Hipólito Unanue en el distrito de El Agustino, Lima. Se aplicó el Cuestionario tetradimensional de Depresión (CET-DE) para observar presencia o ausencia de depresión, y la Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES III) para conocer el nivel de funcionalidad familiar que perciben en sus hogares, cuya validez de contenido fue estudiada a través del método de evaluación por criterio de jueces. Usando la prueba Chi cuadrado se halló que la percepción de los niveles de funcionalidad familiar y su relación con la presencia o ausencia de depresión en adolescentes no presenta relación significativa en la muestra estudiada, así mismo dichas variable no se diferencian significativamente según sexo. En cuanto a la relación entre la presencia o ausencia de depresión según el sexo, no se hallaron diferencias significativas.

Riveros, Hernández y Rivera ⁽²³⁾, estudio los Niveles de depresión y ansiedad en estudiantes universitarios de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima. La muestra estuvo formada por 500 estudiantes universitarios de la UNMSM, distribuidos por género y por bloque académico, se evaluó la prevalencia de depresión y ansiedad mediante la prueba denominada HADS, constituida por siete ítems para cada trastorno, con un puntaje de 0 a 3, traducida al español. Dado que dicha prueba ha sido utilizada en América del Norte y países asiáticos, se partió del supuesto de que ya existe una tendencia que incluso es internacional. En Lima no existen trabajos con el HADS.

Huaranca K⁽²⁴⁾, en Lima (2015), investigó sobre la Intervención de la enfermera en la identificación de factores condicionantes de depresión en adolescentes de 14 a 17 años del centro educativo 1252, Santa Isabel, Ate Vitarte, Lima. El objetivo fue identificar la participación de la enfermera, en la determinación de los factores que condicionan la depresión en adolescentes, de un centro educativo de gestión estatal. La muestra fue de 86 estudiantes varones y mujeres, con edades entre 14 y 17 años, seleccionados al azar. Se aplicó una encuesta de 20 preguntas relacionadas a: datos generales del adolescente, sustento económico y características de la interrelación del adolescente con su ambiente familiar y académico. Resultados: Se evidencia que en el 67% de adolescentes el sustento económico era insuficiente, el 42% señaló que el nivel de satisfacción (ambiente familiar) era “insostenible”, el 71% de adolescentes enfrentan reacciones no asertivas de sus padres, caracterizada por falta de diálogo y poco valor que se le brinda al adolescente. Conclusión: La problemática de influencia económica y de interacción familiar, son factores de relación interpersonal que condicionan un riesgo emocional en el adolescente de presentar depresión, cumpliendo con los objetivos de la investigación.

Ramírez RJ ⁽²⁵⁾, Realizó una investigación en Cajamarca el 2009 sobre: Adaptación del inventario de depresión infantil de Kovacs en estudiantes de la ciudad de Cajamarca. La población fue conformada por: 623 niños y adolescentes entre 7 y 15 años, entre el 2do. grado de primaria y el 4to. de secundaria, no se determinó tamaño de la muestra. Reportó los siguientes resultados: a) En principio, se pudo alcanzar el objetivo planteado de adaptar de forma satisfactoria

el Inventario de Depresión Infantil de Kovacs en la población de estudiantes entre 7 y 15 años de la ciudad de Cajamarca, demostrando su adecuación en los niños y adolescentes de esta zona, b) En función de los demás objetivos planteados, la presente investigación ha demostrado que el CDI posee adecuadas propiedades psicométricas de validez y confiabilidad.

2.2. BASES TEÓRICO-CIENTÍFICAS

LA DEPRESIÓN

La depresión, es uno de los trastornos mentales más severos, y la OMS⁽²⁶⁾ refiere que para el año 2020, constituirá la segunda causa de discapacidad. Afecta a toda la población, pero el grupo más vulnerable, lo constituyen los adolescentes por su natural proceso de desarrollo personal, que demanda apoyo, afecto familiar y social para evitar desórdenes emocionales⁽²³⁾. De ahí la importancia de identificar los factores condicionantes de este problema de salud, que permitan una pronta adopción de estrategia. La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración⁽²²⁾.

El trastorno más común del estado de ánimo es la depresión, un estado en que la persona se siente abrumada por la tristeza, pierde interés en las actividades y muestra otros síntomas como culpa excesiva o sentimientos de minusvalía. Las personas que sufren de depresión son incapaces de experimentar placer en las actividades que alguna vez disfrutaron. Están cansadas y apáticas, y en ocasiones, a extremo de no poder tomar las decisiones cotidianas más simples. Pueden sentir que han fracasado por completo en la vida y tienden a culparse por sus problemas. La gente gravemente deprimida a menudo sufre insomnio y pierde interés en la comida y el sexo. Con frecuencia, tiene problemas para pensar o concentrarse, e incluso encuentran difícil leer el periódico (en casos extremos). En efecto, algunas investigaciones indican que los primeros signos de inicio de la

depresión suelen ser por la dificultad para concentrarse y cambios sutiles en la memoria de corto plazo⁽²⁷⁾.

Es importante distinguir entre la depresión clínica y el tipo “normal” de depresión que toda persona experimenta de vez en cuando⁽²⁷⁾. Es absolutamente normal sentirse triste cuando muere un ser querido, cuando tu relación de pareja termina, cuando se tienen problemas en el trabajo o en la escuela, e incluso cuando el clima es malo o cuando no se tiene una cita para la noche del sábado⁽²²⁾. El DSMIV (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) distingue entre dos formas de depresión. El trastorno depresivo mayor es un episodio de tristeza intensa que puede durar varios meses; en mayor contraste, la distimia es una tristeza menos intensa, pero que persiste con poco alivio por periodos de dos años o más. Algunas depresiones se tornan tan intensas que la gente se vuelve psicótica, es decir, pierde el contacto con la realidad⁽²⁶⁾.

La depresión es el problema de salud mental más común en EE.UU. En la actualidad, con unos 20 millones de americanos que necesitan tratamiento para este estado incapacitante, aunque solo el 25% de ellos buscan ayuda. El peligro más grande de la depresión es el suicidio: un 15% de las personas deprimidas se suicidan, y cuanto más viejos son, más probable es que estén dispuestos a dar este paso. Es difícil saber cuántas personas ancianas están deprimidas, pues los síntomas de depresión en los ancianos a menudo son mal diagnosticados confundiendo con un síndrome orgánico cerebral. Las mujeres tienden a deprimirse dos veces más que los varones, con una tasa que va del 18 al 23% en las mujeres y del 8 al 11% en los varones que han tenido al menos, un episodio depresivo grave. Un 6% de mujeres y un 3% de varones han sido hospitalizados por depresión. En el Perú, el 30% de limeños revela que ha deseado morir alguna vez en su vida⁽²⁶⁾.

La depresión no es culpa de la persona que la padece, como tampoco es una debilidad de la personalidad. Es una enfermedad médica que es muy frecuente y puede afectar a cualquier persona. Aproximadamente 1 de cada 20 personas, el doble de mujeres que de hombres. Desgraciadamente, muchas personas no saben que la depresión es una enfermedad tratable. Donde los episodios

depresivos mayores pueden darse a cualquier edad, incluso en la infancia, y los síntomas de depresión son diferentes en personas de distintas edades ⁽²⁸⁾.

El trastorno depresivo es una enfermedad que afecta el organismo (cerebro), el ánimo, y la manera de pensar). Afecta la forma en que una persona come y duerme. Afecta cómo uno se valora a sí mismo (autoestima) y la forma en que uno piensa. Un trastorno depresivo no es lo mismo que un estado pasajero de tristeza. No indica debilidad personal. No es una condición de la cual uno puede liberarse voluntariamente. En ocasiones se destacan algunos síntomas que aparecen desde la infancia y se reducen después de la pubertad. El síntoma característico de la depresión es el cambio notable del estado de ánimo que puede ser encubierto por irritabilidad o por problemas de conducta. Es necesario atender los reportes de los adolescentes acerca de una mayor incidencia de síntomas de desesperanza y falta de capacidad para disfrutar lo que hacen. Además, es necesario fijarse otras referencias como la necesidad de dormir más, cambios en el peso corporal, presencia de ideas acerca de la muerte e ideación suicida⁽²⁹⁾. Algún pequeño sentimiento depresivo es normal en alguna parte de nuestra vida, una depresión mayor es una condición seria que debe ser tratada. Es realmente un problema mental, cuando la vida del afectado es tomada y afectada en su totalidad por la depresión, lo peor de todo es que incluso se lleva las ganas de ir en busca de un tratamiento⁽³⁰⁾.

Generalmente los depresivos terminan acudiendo en busca de ayuda por algún familiar, y lo más común es que acudan al médico de la familia, que son pocas las veces que reconocen los signos de la depresión. Si lo hacen, enseguida recomiendan ayuda psicológica o psiquiátrica, pero si no lo hacen la diagnostican mal, y el paciente puede ir de un lado a otro para descubrir qué le sucede⁽³⁰⁾. Para que no suceda esto, un grupo de investigadores armaron una lista de los 5 síntomas de la depresión: Humor depresivo (sentimiento de tristeza), Falta de interés (incluso en actividades que antes disfrutaba), Sentimientos de inutilidad, de falta de valor, Falta de concentración y Pensamientos de muerte. Estos son los cinco síntomas que evidencian una depresión que debe ser tratada como una enfermedad mental por un especialista, no por el médico de la familia. Existen varios tipos de trastornos depresivos:

LA DEPRESIÓN SEVERA

Se manifiesta por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, estudiar, dormir, comer y disfrutar de actividades que antes eran placenteras. Un episodio muy incapacitante puede ocurrir una sola vez en la vida, pero por lo general ocurre varias veces en el curso de la vida⁽³⁰⁾.

LA DISTIMIA

Es un tipo de depresión menos grave, que incluye algunos síntomas crónicos que se presentan a largo plazo, tales como los sentimientos intermitentes de tristeza, el cansancio, o la desmotivación, pero por lo general no resultan incapacitantes, aunque sí interfieren con el funcionamiento y la sensación de bienestar de la persona. Muchas personas con distimia pueden padecer episodios depresivos severos en algún momento de su vida⁽³⁰⁾.

EL TRASTORNO BIPOLAR

También se le llama enfermedad maníaco - depresiva. Éste no es tan frecuente como los otros trastornos depresivos. El trastorno bipolar se caracteriza por cambios cíclicos en el estado de ánimo: fases de gran exaltación o euforia (manía) y fases con el estado de ánimo bajo (depresión). Estos cambios de ánimo pueden ser dramáticos y rápidos, pero generalmente suelen ser graduales⁽³⁰⁾.

Cuando una persona está en la fase depresiva del ciclo, puede manifestar uno o más de los síntomas propios del trastorno depresivo. En cambio, cuando está en la fase maníaca, la persona puede hablar excesivamente y desarrollar una gran actividad con enormes despliegues de energía; en estas circunstancias, la manía afecta también la manera de pensar, el juicio y el comportamiento con las otras personas. Así, la persona experimenta sentimientos de felicidad o euforia, sobredimensiona sus propias capacidades, comienza a tener proyectos grandiosos, puede tomar decisiones de negocios descabelladas e involucrarse en aventuras o fantasías románticas. Si la manía no se trata adecuadamente, puede empeorar y convertirse en un estado psicótico (es decir, la persona puede perder

temporalmente la razón y la capacidad de diferenciar la realidad de la fantasía)⁽³⁰⁾.

DEPRESIÓN MODERADA

Cuando la persona presenta muchos de los síntomas de la depresión y estos le impiden realizar las actividades de la vida diaria⁽²³⁾.

DEPRESIÓN LEVE

Cuando la persona presenta algunos de los síntomas de la depresión y el realizar sus actividades de la vida diaria toma un esfuerzo extraordinario⁽²³⁾.

¿ESTRÉS, ANSIEDAD Y DEPRESIÓN, UN MISMO PROCESO?

El término depresión tiene diferentes significados en la literatura académica. Angold, citado por Montenegro⁽³¹⁾ (2000), agrupó algunas definiciones que se proponen para la conceptualización de este fenómeno. Así, en el lenguaje común, al hablar de depresión, ésta se refiere al punto más bajo de las fluctuaciones del estado de ánimo normal, de la vida emocional de todos los días. En el punto de encuentro entre el lenguaje común y el compartido por los psiquiatras, la depresión es vista como un estado de infelicidad, tristeza o dolor emocional, que se presenta como reacción a una situación o evento displacentero, el cual es habitualmente considerado como la causa de tal respuesta emocional. De igual forma, algunos profesionales de la salud mental la identifican como un rasgo de personalidad, definido como un estado continuo y relativamente estable de incapacidad para obtener placer. La depresión también ha sido conceptualizada como una enfermedad o conjunto de síntomas, que se acompañan de una clara base genética y etiológica, una patología física y un pronóstico particular o respuesta específica a tratamientos. La depresión es tomada entonces como un síndrome, un estado patológico de humor bajo o triste que hace referencia a un conjunto de síntomas que implican un criterio estadístico de normalidad, y por lo tanto, favorecen el establecimiento de diferencias estadísticas cuantitativas y cualitativas en el análisis de la respuesta⁽³¹⁾.

En todas estas definiciones y modos de ver la depresión, ésta se entiende como

un conglomerado de posibles respuestas comportamentales, fisiológicas y cognitivas, las cuales se estiman normales o anormales en función de variables como la intensidad, la duración, el número de síntomas presentes, la edad, la incapacidad generada y los factores contextuales que puedan estar afectando el estado de ánimo de las personas, entre otros. La mayoría de estudios que se realizan actualmente en el campo de la depresión asumen como criterio conceptual para el diagnóstico de esta entidad, la concepción de síndrome, la cual prevalece en el lenguaje internacional de psiquiatría y psicología a través de la utilización convencional de los criterios diagnósticos de las enfermedades mentales encontrados en el DSM-IV o DSM-IV-TR. De acuerdo con esta concepción se observa que los síndromes depresivos y de ansiedad se diferencian por las respuestas manifestadas por las personas, sean ellas de índole cognitivo, comportamental o psicofisiológico. Esta tendencia ha generado el desarrollo de múltiples instrumentos de medida que parten de esta premisa con el propósito de diferenciar los trastornos de ansiedad y afectivos⁽³²⁾.

Sin embargo, Watson, Clark y Carey⁽³³⁾, concluyen que numerosos estudios han demostrado que las escalas de auto-reporte de ansiedad y depresión están altamente correlacionadas sugiriendo de esta forma que evalúan el mismo constructo. Además, afirman que los síntomas ansiosos y depresivos co-ocurren en la mayoría de los pacientes y que cerca de la mitad de las personas con diagnóstico de ansiedad o depresión presentan co-morbilidad en cuanto al síndrome clínico completo. Este gran énfasis en el análisis de las respuestas comportamentales típicas de la depresión, así como la observación permanente entre causas potenciales y efectos a través del tiempo, sumados a una medición de tipo trasversal del comportamiento, obstaculiza la visión de la depresión como proceso.

La clasificación diagnóstica es otro de los problemas que enfrentan los profesionales de la salud al estudiar esta problemática, dado que se encuentra gran co-morbilidad en el desarrollo de cuadros de sintomatología depresiva y ansiosa, observándose una notable incidencia del trastorno depresivo mayor (50-65%) en personas que son diagnosticadas con algún trastorno de ansiedad (DSM-IV). Son múltiples los estudios que relacionan los eventos de estrés mayor

o la acumulación de eventos estresantes menores con el desarrollo de cuadros depresivos. Por ejemplo, en la revisión de literatura de depresión en jóvenes (presentada anteriormente), la gran mayoría de los datos que se reportan corresponden a la identificación de factores de estrés mayor o a la acumulación de factores de estrés menor, en contextos sociales, familiares, de redes de soporte, de infraestructura física o social y de habilidades individuales. Las concepciones sobre indicadores de depresión se analizan como condiciones ambientales, apreciaciones personales de la situación, respuestas, o como consecuencias que suelen asociarse con alteraciones afectivas o a la depresión en sí misma. La mayoría de los estudios analizados para este artículo ven la depresión como respuesta (cognitiva, comportamental y psicofisiológica) bajo una perspectiva de síndrome y se concentran en los problemas generales del diagnóstico diferencial entre ansiedad y depresión.

En el estudio de Eaton y Ritter⁽³⁴⁾, se observa que la etiología de los síndromes de ansiedad y depresión es similar hasta la última etapa de la expresión de los síntomas, donde factores triviales o idiosincrásicos influyen sobre la clase de respuestas que se manifiestan. Por otra parte, no existe una diferenciación precisa de la presencia de los eventos vitales y su impacto sobre la respuesta de ansiedad o depresión, ya que los eventos en particular no predicen el síndrome con el cual responderá la persona; además, es posible observar la ansiedad prediciendo la depresión, la depresión a la ansiedad y la ansiedad y la depresión precediéndose a sí mismas⁽³⁴⁾.

Otros estudios, entre ellos, los de Rahola & Micó⁽³⁵⁾, reportan la estrecha relación entre ansiedad y depresión, fundamentándose en el análisis de la base fisiológica común de las mismas. Lo anterior se sustenta por los hallazgos de diversas investigaciones, en las cuales se ha encontrado que las respuestas de ansiedad y depresión comparten características funcionales como una hiperactividad de la amígdala y un déficit de control del córtex prefrontal. Así mismo, los neurotransmisores implicados y los antidepresivos utilizados en el tratamiento, parecen ser los mismos en la respuesta de ansiedad y de depresión. Los anteriores datos mencionados son explicados por la hipótesis que propone que estas reacciones emocionales se generan como consecuencia del

estrés a edades tempranas, y concretamente del exceso de neurotransmisores excitadores y corticoides, que produce alteraciones morfológicas del hipocampo o de la amígdala (alteración de la neurogénesis o atrofia celular), como se observa en la depresión y en algunos trastornos de ansiedad. De esta forma, estas alteraciones morfológicas y fisiológicas producirían un incremento de la vulnerabilidad al estrés, con lo que cualquier circunstancia adversa o simples acontecimientos vitales diarios en la adolescencia o en la edad adulta producirían modificaciones del funcionamiento general que se manifestarían como cambios emocionales y conductuales desproporcionados ⁽³⁶⁾. La exposición prolongada a eventos estresantes severos de vida puede pesar más que los recursos de afrontamiento, llevando a los sentimientos típicos asociados a la depresión. Los cambios afectivos que acompañan las alteraciones en el eje Hipotalámico-Pituitario-Adrenal (HPA) son uno de los mecanismos fundamentales hipotetizados en los cambios inmunes asociados a la depresión. De tal forma, la depresión puede ser concebida como un componente del estrés crónico ⁽³⁵⁾. Estos datos sugieren que el estudio sobre ansiedad y depresión dependería de una determinación básica del estrés como proceso adaptativo. Los estudios sobre el estrés, la ansiedad y la depresión, son elementos explicativos y de análisis de diferentes momentos del proceso de ajuste biopsicosocial, que podrían presentarse simultáneamente o con características diferenciales un poco más claras en un momento determinado y favorecer o no el proceso de adaptación ante la presencia de demandas físicas o sociales (reales o percibidas), específicamente cuando fallan los esfuerzos de afrontamiento.

Un estudio realizado por Santos, Bernal y Bonilla ⁽³⁷⁾, cuyo objetivo fue establecer la relación de los eventos estresantes de vida y la sintomatología depresiva en estudiantes universitarios, plantea una correlación positiva entre eventos de estrés considerados como negativos y sintomatología depresiva, lo que sugiere que una mayor cantidad de eventos percibidos como negativos correlaciona con el desarrollo de depresión en estos jóvenes. Los autores concluyen que los profesionales de salud mental deben dirigir sus esfuerzos al desarrollo de programas del manejo del estrés como una alternativa preventiva a la depresión. Estos hallazgos sugieren una interrelación entre estrés, ansiedad y depresión que no podemos descuidar. Estos campos de estudio son analizados

actualmente bajo una concepción biopsicosocial y ecológica. Sin embargo, muchos de los datos que poseemos en cuanto a su diferenciación se encuentran relacionados con una visión de la salud como un estado. Aún prevalecen los modelos psicopatológicos de comportamiento que se encuentran más interesados en la explicación basada en las nociones básicas de normalidad y anormalidad. Las medidas típicas de depresión, ansiedad y estrés se centran en condiciones ambientales (sean ellas físicas o sociales), respuestas (cognitivas, fisiológicas, comportamentales) y consecuencias nocivas, sin lograr explicar de una manera lógica y satisfactoria el proceso de adaptación humano.

En el caso de los estudios sobre el estrés, la falta de consenso multidisciplinar frente a la concepción del término impide comparar y contrastar investigaciones en el campo específico de estudio. Fernández y Edo ⁽³⁸⁾, plantean cinco definiciones distintas en que se han basado los estudios sobre el estrés: (a) condición ambiental, (b) respuesta a ciertas condiciones ambientales, (c) apreciación personal de la situación, (d) relación de desequilibrio entre demandas ambientales y competencia para el afrontamiento, y finalmente, (e) consecuencia nociva concreta derivada de alguna de las anteriores concepciones. Estos problemas conceptuales frente al estrés son también comunes cuando analizamos los estudios sobre depresión y ansiedad. Al referirnos en el modelo ecológico de la salud-enfermedad a la noción de adaptación, nos referimos al equilibrio potencial entre demandas socio-ambientales y recursos potenciales de afrontamiento individual o social, que favorecen o no la supervivencia de los seres humanos y que afectan su calidad de vida. Esta noción es inherente a los estudios sobre el estrés como desequilibrio, pero requiere en forma urgente de una visión del fenómeno como proceso. Las diferentes concepciones sobre estrés, ansiedad y depresión tienen elementos estructurales de análisis complementarios sobre el proceso de adaptación humana, pero enfrentamos el reto de construir una estructuración lógica que permita entender sus interrelaciones.

DEPRESIÓN EN LA JUVENTUD

Juventud, es la edad que se sitúa entre la infancia y la edad adulta. Según la Organización de las Naciones Unidas la juventud comprende el rango de edad entre los 10 y los 24 años; abarca la pubertad o adolescencia inicial de 10 a 14

años, la adolescencia media o tardía de 15 a 19 años, y la juventud plena de 20 a 24 años⁽²⁶⁾. Los jóvenes son uno de los grupos etéreos que presenta mayor probabilidad de sufrir depresión, ya que en la etapa de la adolescencia se llevan a cabo procesos de cambio físico, psicológico, sociocultural y cognitivo, que demandan de los jóvenes el desarrollo de estrategias de afrontamiento que les permitan establecer un sentido de identidad, autonomía y éxito personal y social. Además, la adolescencia es el periodo de desarrollo más importante para la adquisición y el mantenimiento de patrones de comportamiento saludable que disminuyan el riesgo del desarrollo de trastornos clínicos durante este periodo y la edad adulta⁽³¹⁾.

En particular, se ha señalado que los hombres jóvenes que sufren trastorno depresivo mayor recurrente, tienden a tener un estilo atribucional negativo y a consumir sustancias psicoactivas durante la adolescencia⁽²²⁾. La prevalencia de la depresión aumenta durante la adolescencia y alcanza su nivel más alto en la adultez temprana, se ha identificado que los casos en que no se diagnostican ni tratan síntomas depresivos en la adolescencia tienen mayor probabilidad de presentar en la adultez temprana un mayor índice de depresión, funcionamiento psicológico y social adverso y abuso de sustancias⁽²⁴⁾.

La depresión puede ser una respuesta temporal a muchas situaciones y factores de estrés. En adolescentes, el estado anímico depresivo es común debido a:

- El proceso normal de maduración y el estrés asociado con éste⁽⁹⁾.
- La influencia de las hormonas sexuales.
- Los conflictos de independencia con los padres.

También puede ser una reacción a un suceso perturbador, como:

- La muerte de un amigo o pariente.
- La ruptura con la novia o novio.
- El fracaso en la escuela.

Los jóvenes que presentan baja autoestima, que son muy autocríticos o que perciben poco sentido de control sobre los acontecimientos negativos presentan un riesgo particular de deprimirse cuando experimentan vivencias estresantes⁽⁹⁾. Los factores que predisponen al desarrollo de la depresión en este grupo de edad

son el género femenino, enfermedades crónicas (diabetes), los cambios hormonales (pubertad), el antecedente de depresión en padres o familiares, variantes genéticas del gen transportador de serotonina y el uso de isotretinoina para el acné, abandono o abuso en la infancia, nivel socioeconómico bajo, la pérdida de seres queridos y trastornos mentales como los trastornos de ansiedad, de conducta o de aprendizaje, tabaquismo y el antecedente de depresión⁽³¹⁾.

El diagnóstico puede realizarse utilizando los criterios del DSM-IV modificados para esta etapa de la vida:

- 1) Ánimo deprimido o irritable, conducta irresponsable, hostilidad y enojo.
- 2) Marcada disminución del interés o placer hacia actividades, pérdida de interés en los compañeros y en las actividades académicas.
- 3) Alteración de peso, sin dieta (más del 5% del peso corporal) o alteración del apetito (los niños no ganan el peso esperado).
- 4) Insomnio o hipersomnia.
- 5) Agitación o enlentecimiento psicomotriz o bien hiperactividad.
- 6) Fatiga o pérdida de energía, no participación o mal funcionamiento académico.
- 7) Dificultad para pensar o concentrarse o mal funcionamiento académico.
- 8) Pensamientos recurrentes de muerte, ideación, planeación (regalar su colección favorita de música u objetos queridos), o intento suicida.

COMPLICACIÓN DE LA DEPRESIÓN

El tratamiento de la depresión en el adolescente consiste en: antidepresivos y distintas formas de terapia (cognitivo-conductual e interpersonal). La terapia es útil para depresiones leve y moderada⁽³¹⁾. Entre los factores de riesgo se encuentran:

- Abuso o maltrato infantil, tanto físico como sexual.
- Enfermedad crónica.
- Antecedentes familiares de depresión.
- Habilidades sociales deficientes.
- Acontecimientos estresantes de la vida, en particular la pérdida de uno de los padres por muerte o divorcio.

- Atención inestable.

La depresión también está asociada con trastornos en la alimentación, particularmente bulimia.

SÍNTOMAS

- Comportamiento inadecuado (incumplimiento de toques de queda, actitud desafiante poco común).
- Cambios en el apetito. Por lo general, pérdida del apetito, pero a veces aumento.
- Conducta delictiva (como el hurto).
- Estado de ánimo depresivo o irritable.
- Dificultad para concentrarse.
- Dificultad para tomar decisiones.
- Episodios de pérdida de la memoria.
- Somnolencia diurna excesiva.
- Patrón de comportamiento exageradamente irresponsable.
- Sentimientos de culpabilidad excesivos o inapropiados.
- Relaciones caóticas con familiares y amigos.
- Rendimiento académico inestable.
- Fatiga.
- Sentimientos de minusvalía, tristeza u odio hacia sí mismo.
- Pérdida del interés en actividades.
- Dificultad para conciliar el sueño o para permanecer dormido (insomnio) persistentes.
- Planes para cometer suicidio o intentos reales de suicidio.
- Preocupación por sí mismo.
- Disminución del placer en las actividades diarias.
- Drogadicción.
- Mal genio, agitación.
- Pensamientos sobre suicidio o miedos o preocupaciones obsesivos sobre la muerte.
- Cambios de peso (aumento o pérdida de peso en forma involuntaria).

CAUSAS DE LA DEPRESIÓN

Algunos tipos de depresión afectan a varios miembros de la misma familia, lo cual sugeriría que se puede heredar una predisposición biológica. Esto parece darse en el caso del trastorno bipolar⁽³²⁾. Los estudios de familias con miembros que padecen del trastorno bipolar en cada generación, han encontrado que aquellos que se enferman tienen una constitución genética algo diferente de quienes no se enferman. Sin embargo, no todos los que tienen la predisposición genética para el trastorno bipolar, lo padecen. Al parecer, existen otros factores adicionales que contribuyen a que se desencadene la enfermedad: tensiones en la vida, problemas familiares, del trabajo o del estudio⁽³²⁾.

En algunas familias, la depresión severa se presenta de generación en generación. Sin embargo, la depresión severa también puede afectar a personas que no tienen una historia familiar de depresión. Sea hereditario o no, el trastorno depresivo severo suele estar relacionado con causas biológicas⁽²³⁾.

Las personas con baja autoestima se perciben a sí mismas y perciben al mundo de manera pesimista. Se abruma fácilmente por las tensiones y están predispuestas a la depresión. Se ignora si esto representa una predisposición psicológica o una etapa temprana de la enfermedad. En los últimos años, la investigación científica ha demostrado que algunas enfermedades físicas pueden producir problemas de salud mental. Enfermedades tales como los accidentes cerebro vasculares, los ataques al corazón, el cáncer y otras enfermedades crónicas como la tuberculosis, pueden conducir también a enfermedades depresivas. La persona enferma y deprimida se siente apática, y sin deseos de atender sus propias necesidades físicas, lo cual afecta su recuperación⁽³³⁾.

La pérdida de seres queridos, los problemas en las relaciones sociales y personales tales como las humillaciones o discriminaciones, la violencia familiar, los problemas económicos o cualquier otra situación de gran tensión en la vida, pueden precipitar episodios de depresión. Las causas de los trastornos depresivos generalmente incluyen una combinación de factores genéticos, psicológicos y ambientales. Después del episodio inicial, otros episodios depresivos casi siempre son desencadenados por un estrés (tensión) leve, e

incluso, pueden ocurrir sin que exista la situación de estrés⁽³²⁾.

CONSIDERACIONES CULTURALES

Las descripciones de la depresión varían según las culturas. Estudios realizados en el Perú indican que las personas de comunidades rurales cuando acuden a los servicios de salud, describen situaciones de sufrimiento psíquico a través de síntomas físicos como opresión en el pecho, palpitaciones, dolores de cabeza y otros⁽³⁴⁾. En algunos grupos étnicos en los Estados Unidos, las comunidades afroamericanas suelen quejarse más de síntomas físicos como el cambio de apetito y los malestares y dolores en el cuerpo. En cambio las comunidades hispanas refieren otros síntomas psicológicos como tristeza y pesadumbres⁽³¹⁾.

ACTITUD ANTE LA DEPRESIÓN

El desconocimiento de la depresión como enfermedad con todos sus posibles síntomas lleva a las personas a culparse a sí mismas por los síntomas, y no saben que existen tratamientos para la enfermedad. Por ello si se presentan algunos síntomas de la depresión debe de ponerse en contacto con su médico de familia, u otras organizaciones de salud⁽³³⁾. Por lo general lo que sucede entonces es que:

- Se tratara de determinar si existe una razón física que provoque la depresión.
- Se proporcionara tratamiento contra la depresión.
- Se recomendara al paciente a un especialista de salud mental para que se realicen más evaluaciones y tratamientos.

El tratamiento contra la depresión ayuda a reducir la preocupación de su enfermedad, y hace desaparecer todos los síntomas de la depresión permitiendo que reanude su vida normal. El tratamiento precoz es más eficaz y mientras más tiempo pase antes de iniciarlo más difícil será superar la depresión. El tratamiento puede notarse en algunas semanas, aunque a veces el correcto tratamiento no es el primero y será necesario cambiar el mismo hasta dar con el ideal para cada caso⁽³⁴⁾.

SIGNOS Y EXÁMENES

La verdadera depresión en jóvenes a menudo es difícil de diagnosticar, dado que los jóvenes normales tienen altibajos en su estado anímico, los cuales pueden alternar en periodos de horas o días. El médico llevará a cabo un examen de tipo físico y ordenará exámenes de sangre para descartar causas médicas para los síntomas. Igualmente evaluarla al joven en búsqueda de signos de drogadicción. El alcoholismo, el consumo frecuente de marihuana y de otras drogas pueden ser causados u ocurrir debido a la depresión⁽³⁴⁾. Asimismo, se llevará a cabo una evaluación psiquiátrica para documentar los antecedentes de tristeza, irritabilidad, al igual que la pérdida del interés y placer del joven en actividades normales. El médico buscará signos de trastornos psiquiátricos potencialmente coexistentes, como ansiedad, manía o esquizofrenia. Una evaluación cuidadosa del adolescente ayudará a determinar los riesgos de suicidio/homicidio, es decir, si el adolescente es un peligro para sí mismo o para los demás. La información de familiares o personal de la escuela con frecuencia puede ayudar a identificar la depresión en los jóvenes⁽³⁴⁾.

TRATAMIENTO

Las opciones terapéuticas para los jóvenes con depresión abarcan tratamiento complementario, psicoterapia y medicamentos antidepresivos. Es importante que el tratamiento se acomode al joven y a la gravedad de los síntomas de depresión. Las familias con frecuencia participan en el tratamiento de la depresión en el adolescente⁽³²⁾.

Medicamentos

El primer medicamento considerado normalmente es un tipo de antidepresivo llamado inhibidor selectivo de la recaptación de la serotonina (ISRS). Los ISRS portan una advertencia acerca de aumentar el riesgo de pensamientos y acciones suicidas en niños y adolescentes. En caso de encontrarse bajo la prescripción de este medicamento, tanto los jóvenes como sus familias, deberán estar en estado de alerta con relación a cambios súbitos o incremento de pensamientos suicidas⁽²⁹⁾.

Terapia

La terapia de familia puede ser útil si los conflictos familiares están contribuyendo con la depresión. También puede ser necesario el apoyo de la familia o los docentes para ayudar con los problemas académicos. Ocasionalmente, se puede requerir la hospitalización en una unidad psiquiátrica para los individuos con depresión grave o que están en riesgo de suicidio⁽²⁸⁾.

Expectativas (pronóstico)

Los episodios depresivos generalmente responden al tratamiento. El tratamiento apropiado y oportuno de la depresión en jóvenes puede prevenir episodios posteriores. Sin embargo, cerca de la mitad de los jóvenes que experimentan una depresión grave tiene probabilidades de seguir presentando problemas continuos de depresión como adultos⁽³²⁾.

CONSEJOS Y AYUDAS PARA UNA PERSONA ESTÁ DEPRIMIDO

Los trastornos depresivos hacen que la persona se sienta inútil y desamparada, sin esperanza, y mira las cosas de manera negativa. Rondando los pensamientos o sentimientos fatalistas. Para superar esto, como auto ayuda se plantea, reconocerse como persona que esta deprimida y que para superar esto se pueden realizar determinadas acciones⁽³⁶⁾:

1. Despejarse con algún entretenimiento, recreación o actividad física, espiritual o social que pueda hacer sentir mejor, como hacer ejercicio moderado, ir al cine o a la práctica de algún deporte, o participar en actividades religiosas, sociales o de otro tipo puede ayudar.
2. Establecer metas realistas o dividir las metas en partes pequeñas, teniendo en cuenta la depresión y asumir una cantidad razonable de responsabilidad, estableciendo prioridades y haciendo progresivamente lo que se pueda o en la medida que se pueda.
3. No estar solo, compartir el tiempo con personas, amigos o familiares con quien se pueda confiar; compartir inquietudes y guardar secretos.
4. Tener paciencia y esperar que el estado de ánimo mejore gradualmente, pues para sentirse mejor se debe dejar que pase el tiempo. Generalmente, durante el tratamiento de la depresión, el sueño y el apetito mejoran antes que el estado de ánimo.
5. Ser positivo. Evitar ansiedades y tensiones ajenas y aceptar nuestros defectos

y realzar vuestras virtudes.

6. Es aconsejable posponer decisiones importantes hasta que la depresión mejore: cambios de trabajo, de matrimonio o estado civil, por ejemplo. En estos casos es mejor consultar con personas que lo conozcan bien a uno y que tengan una visión objetiva de la situación.

LOS FAMILIARES Y LA AYUDA A UNA PERSONA DEPRIMIDA

Al respecto Watson y Cols⁽³³⁾, plantea:

- Lo más importante que alguien puede hacer por la persona que está deprimida, es ayudarla a que reciba el tratamiento adecuado.
- Esto tal vez implique que tenga que aconsejar a la persona a que no abandone el tratamiento antes de que los síntomas puedan empezar a aliviarse (ello dura varias semanas).
- Tal vez se le deba orientar a obtener un tratamiento diferente si no se observa ninguna mejoría con el primer tratamiento. En ocasiones puede requerirse que el familiar o amigo acompañen a la persona deprimida al establecimiento de salud. O incluso, es necesario asegurarse que la persona deprimida esté tomando el medicamento.
- El apoyo emocional implica brindar comprensión, paciencia, afecto y estímulo a la persona deprimida. Buscar formas de conversación o bien escuchar con atención lo que la persona aquejada manifiesta.
- No minimizar los sentimientos que experimenta la persona deprimida, pero señalar la realidad de las cosas y ofrecer esperanza.
- No ignorar comentarios o menciones respecto al suicidio. En esos casos, el personal de salud del primer nivel de atención deberá estar informado e informar a su vez al médico tratante.
- Invitar a la persona deprimida a caminar, pasear, ir al cine o realizar alguna actividad entretenida o que le guste. Fomentar la participación de la persona deprimida en actividades que antes le daban placer, pero no forzarla a hacer demasiadas cosas demasiado pronto. La persona deprimida necesita diversión y compañía, pero demasiadas exigencias pueden aumentar sus sentimientos de fracaso.
- No acusar a la persona deprimida de simular enfermedad o ser perezosa, ni esperar que salga de esa situación de un día para otro.

- Con el tratamiento la mayoría de personas mejora. Es necesario tener eso en cuenta y repetírselo a la persona deprimida para que repare en la importancia que tiene el tiempo y la ayuda recibida.

FACTORES DE RIESGO

Un factor de riesgo es toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de desarrollar una enfermedad o de que ocurra un evento adverso. Los factores de riesgo no son necesariamente las causas, sino que se asocian con el evento, y, como tienen valor predictivo, pueden usarse para la prevención ⁽²⁷⁾. La depresión en jóvenes es una enfermedad compleja que tiene múltiples factores de riesgo, que en ocasiones interactúan entre sí y pueden tener un efecto acumulativo. Es improbable que un único factor pueda explicar el desarrollo de la depresión, reducir la probabilidad de ocurrencia o que su control sea suficiente para prevenir la depresión ⁽¹⁴⁾.

Factores Familiares y del Entorno

Los factores familiares y el contexto social podrían jugar un importante papel en el desarrollo de la depresión, fundamentalmente aquellos que están fuera del propio control, que ocurren como un acontecimiento no predecible en el ambiente diario y que son recurrentes a lo largo del tiempo ⁽¹⁵⁾.

Riesgos Familiares

La depresión en los padres se considera un factor de riesgo importante, que se asocia con depresión en su descendencia. Se ha visto que los hijos de padres con depresión presentan una probabilidad entre tres y cuatro veces mayor de desarrollar trastornos del humor y en concreto, la psicopatología materna se considera un predictor de depresión en el niño ⁽¹⁶⁾.

El alcoholismo familiar también se ha asociado a una mayor probabilidad de depresión. El contexto familiar en el que vive el joven parece jugar un papel trascendental en el desarrollo de depresión. Los factores de riesgo más comunes son la existencia de conflictos conyugales o las dificultades emocionales entre uno de los padres y el joven. Son también factores de riesgo asociados con la

depresión, las distintas formas de maltrato como el abuso físico, emocional, sexual y la negligencia en el cuidado, así como los eventos vitales negativos, el divorcio o separación conflictivos de los padres, la pérdida de amistades y la muerte de un familiar o amigo ⁽¹⁶⁾. El trabajo de los padres fuera de casa, ingresos económicos bajos o vivir en áreas desfavorecidas, si ocurren de forma independiente, no parecen presentar una fuerte asociación con el desarrollo de depresión en los jóvenes.

Riesgos en Relación con el Entorno

La depresión juvenil se asocia en muchas ocasiones con la existencia de conflictos interpersonales y de rechazo de diferentes miembros de su entorno social, lo que incrementa los problemas de relación social. De esta manera, los jóvenes con pocos amigos presentan una mayor probabilidad de desarrollar depresión, así como trastornos de conducta y mayor aislamiento social ⁽¹⁷⁾. Otros factores también asociados con un número mayor de síntomas depresivos son el vivir en estructuras familiares diferentes de las de los padres biológicos, problemas de salud en los jóvenes, o una mala adaptación a la familia, amigos, escuela, trabajo y pareja. No parece existir asociación entre vivir en el medio rural o urbano ⁽¹⁷⁾.

El acoso por parte de iguales o bullying y la humillación (como el trato degradante, la burla delante de otros o el sentirse ignorado) son también factores de riesgo de depresión ⁽¹⁷⁾. Deberían considerarse niños y adolescentes con riesgo elevado de presentar trastornos mentales, incluida la depresión, aquellos sin hogar, los internos en centros de acogida, refugiados y aquellos con antecedentes de delincuencia, especialmente los reclusos en instituciones de seguridad; por último, la adicción a la nicotina, el abuso de alcohol o el consumir drogas ilícitas son considerados también factores de riesgo asociados con la depresión ⁽¹⁸⁾.

Factores Individuales

Sexo

Antes de la adolescencia, los trastornos depresivos son prácticamente iguales en

niños que en niñas. Sin embargo, en la primera mitad de la adolescencia, estos trastornos son dos o tres veces más frecuentes en el sexo femenino. Las posibles explicaciones podrían ser los cambios hormonales que se producen, un incremento del estrés y la mala respuesta a este, diferencias en las relaciones interpersonales y tendencia a pensamientos rumiativos⁽¹⁹⁾.

Factores de Riesgo Genéticos y Bioquímicos

Como ya se ha comentado anteriormente, hasta un 20-50% de los adolescentes o jóvenes con trastornos depresivos presentan historia familiar de depresión o de otra enfermedad mental ⁽¹⁹⁾.

No obstante, no queda claro cuál es el peso de los factores genéticos y cuál el de los factores ambientales en el desarrollo de depresión. Así, estudios realizados en gemelos indican que los síntomas depresivos podrían explicarse en un 40-70% por la presencia de factores genéticos. Sin embargo, el mecanismo de acción de los genes en los diferentes niveles hasta la manifestación clínica de la depresión es todavía desconocido. Para algunos autores, la influencia del ambiente es mayor cuanto más grave es la depresión, mientras que para otros, los cuadros clínicos más graves de depresión mayor, estarían más influenciados genéticamente ⁽²²⁾.

Factores Psicológicos

Se piensa que el temperamento presenta una base genético-biológica, aunque la experiencia y el aprendizaje, en particular dentro del contexto social, pueden influir en su desarrollo y expresión ⁽¹³⁾.

La afectividad negativa, se refiere a la tendencia a experimentar estados emocionales negativos, que se acompañan de características conductuales (como la inhibición y retraimiento social) y cognitivas (como las dificultades de concentración). La afectividad negativa conlleva una mayor reactividad frente a los estímulos negativos, y se asocia a una mayor probabilidad de trastornos emocionales, sobre todo en niñas ⁽¹³⁾.

Ante la ocurrencia de eventos vitales estresantes, características cognitivas

asociadas a la afectividad negativa, como sentimientos de abandono o pérdida y/o de baja autoestima, así como un estilo cognitivo rumiativo, pueden dificultar el afrontamiento y aumentar la probabilidad de sufrir depresión en comparación con aquellos individuos sin estas características ⁽²²⁾.

La presencia de síntomas depresivos o pensamientos de muerte, incrementan de forma significativa el riesgo de presentar depresión mayor en jóvenes. Finalmente, aquellos jóvenes con discapacidades físicas o de aprendizaje, déficit de atención, hiperactividad o alteraciones de conducta, también tienen un mayor riesgo de depresión ⁽²³⁾.

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

Perfil sociodemográfico.

Son las características socio-económicas, socio-culturales y demográficas que posee el estudiante universitario que se relacionan con la depresión, tales como la edad, sexo, estado civil, tipo de familia, recursos económicos, tiempo adicional dedicado al estudio o al ocio.

Es el conjunto de datos asociados a: edad, sexo, estado civil (soltero, casado, separado/divorciado y viudo), situación laboral (desempleado u ocupado) y si ha tenido alguna tipo de depresión⁽²⁰⁾.

Perfil Académico.

Son diversas características académicas que se relacionan o condicionan la depresión en los estudiantes, tales como: el rendimiento académico general y/o semestral, no repetir semestres o asignaturas, no abandonar la carrera o solicitar licencia⁽¹⁸⁾.

Niveles de Depresión

Es la determinación de los niveles de Depresión según el Test de Beck q se basa en 4 categorías: Sin Depresión (1-9ptos), Depresión Leve (10-18 tos.), Depresión Moderada (19-29ptos.) y Depresión Severa (30 a más)⁽²³⁾.

III. DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

A. Tipo de Estudio

Por la naturaleza y objetivo del estudio la presente investigación fue de tipo cuantitativo.

Por su finalidad fue una investigación aplicada y por su enfoque fue cuantitativa descriptiva - correlacional.

B. Diseño de investigación

La investigación fue No experimental, porque no se manipularon variables, ni se trabajó con grupos de control. Se desarrolló dentro de un diseño descriptivo correlacional, según el siguiente esquema:

$$M: O_x \xrightarrow{r} O_y$$

Donde:

M: Muestra de estudio.

O_x: Observación de la variable independiente.

O_y: Observación de la variable dependiente.

R: Grado de relación entre variables

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA.

A. POBLACIÓN

La población en estudio estuvo constituida por jóvenes estudiantes de 16 a 26 años de Edad de la Escuela Académico Profesional de Enfermería, que matriculados en el semestre académico 2015-II ascendió a 299 distribuidos tal como se detalla en la siguiente tabla:

Población de estudiantes de Enfermería, matriculados en 2015-II. Univ. Nac. Tumbes.

Semestre de ingreso	Ciclo de estudios	Número de estudiantes
2015-II	I	32
2015-I	II	25
2014-II	III	29
2014-I	IV	21
2013-II	V	17
2013-I	VI	22
2012-II	VII	19
2012-I	VIII	19
2011-II	IX	22
2011-I	X	22
REZAGADOS		71
TOTAL		299

B. DETERMINACIÓN DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se usó la fórmula para determinar el tamaño muestral para poblaciones finitas:

$$n_0 = \frac{N \times Z^2 \times p \times q}{e^2 \times (N - 1) + Z^2 \times p \times q}$$

Dónde:

n_0 = Tamaño de la muestra

N = Población de 299 estudiantes matriculados

Z = 1.96 (para un nivel de confiabilidad del 95 %)

p = Probabilidad de “éxito” o proporción de estudiantes con bajo rendimiento académico (Se asume que: p = 0.50)

q = Probabilidad de “fracaso” (Se asume que: q = 0.50)

e = Error admisible (e = 0.10)

Reemplazando los datos se obtuvo:

$$n = \frac{1.96^2 \times 299 \times 0.5 \times 0.5}{(299 - 1) \times 0.10^2 + 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5} = 73$$

n = 73.

C. MUESTRA

El tamaño muestral fue de 73 estudiantes, y a cuyas unidades de observación se aplicó criterios de inclusión y exclusión, y distribuidos en forma proporcional de la siguiente manera:

Muestra de estudiantes de Enfermería, 2014-I –Univ. Nac. Tumbes.

Semestre de ingreso	Ciclo de estudios	%	Número de estudiantes
2015-II	I	10.7%	8
2015-I	II	8.4%	6
2014-II	III	9.7%	7
2014-I	IV	7.0%	5
2013-II	V	5.7%	4
2013-I	VI	7.4%	6
2012-II	VII	6.4%	5
2012-I	VIII	6.4%	5
2011-II	IX	7.4%	5
2011-I	X	7.4%	5
REZAGADOS		23.7%	17
TOTAL		100.0%	73

D. Criterios de Inclusión y Exclusión

Criterios de Inclusión:

- ✓ Alumnos que estuvieron comprendidos entre 16 a 26 años, que estaban matriculados en la Escuela de Enfermería de la Univ. Nacional de Tumbes.
- ✓ Alumnos que estuvieron presentes al momento de la aplicación del instrumento.
- ✓ Alumnos que aceptaron voluntariamente participar en el estudio.

Criterios de Exclusión:

- ✓ Alumnos con licenciatura de estudios de la carrera de Enfermería.
- ✓ Alumnos de Enfermería que no estuvieron matriculados en dicho semestre.
- ✓ Alumnos que respondieron la encuesta de forma inconclusa o presenta inconsistencias.

3.3. MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

A. Método de la investigación

Se utilizaron los métodos analítico y científico.

Analítico, porque se desagregó los aspectos específicos de los factores socio,

psicológicos y académicos relacionados con los niveles de depresión, a un nivel adecuado de detalle para comprender la problemática y realidad actual de los estudiantes de Enfermería.

Científico, porque en la investigación se utilizó bases científicas y la metodología de la investigación científica para plantear soluciones factibles a problemas de salud.

B. Técnicas

Las **técnicas** que se utilizó en la investigación fue la encuesta.

C. Los instrumentos

Los instrumentos que se utilizaron en la investigación fueron:

- 1) El cuestionario de encuesta: para recolectar los datos socio, psicológicos y académicos del estudiante (Anexo 3).
- 2) El Test de Beck de niveles de depresión (Anexo 4).

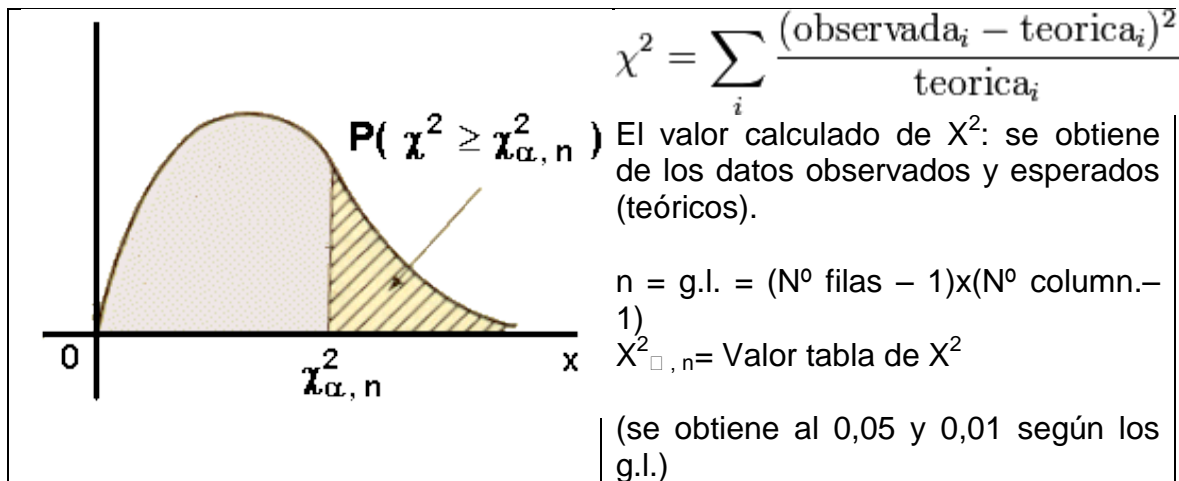
D. Validación y confiabilidad

Los instrumentos de recolección contaron con la respectiva validación y confiabilidad del instrumento. En el anexo 5 se presentó los procedimientos estadísticos para determinar confiabilidad del instrumento, utilizando el Factor de Pearson - correlación de variables y el coeficiente Alfa de Cronbach para la validación del instrumento.

3.4. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Recogida la información de las encuestas, se procedió al análisis estadístico por medio de la prueba Chi-cuadrado para contrastar las hipótesis, y determinóla relación entre las variables e indicadores respectivos.

En el análisis estadístico se utilizó la prueba Chi Cuadrado (X^2) para medir la asociación estadística entre variables:



Se consideró los siguientes criterios de significación:

- $p > 0.05$ No existe relación significativa
- $p < 0.05$ Sí existe relación significativa
- $p < 0.01$ Sí existe relación altamente significativa.

Para los cálculos estadísticos se utilizó un nivel de significación de 0.05.

Las tablas y gráficos estadísticos se obtuvieron haciendo uso de la aplicación de hojas de cálculo de Microsoft Excel, en la que determinó la relevancia de la información con comentarios que se agregan al final de cada tabla respectiva.

El análisis de la información recolectada, permitió realizar la discusión de los resultados, para obtener las conclusiones y recomendaciones del presente trabajo de investigación.

3.5. CONSIDERACIONES ETICAS Y DE RIGOR CIENTÍFICO

La investigación cuantitativa se fundamentó en criterios éticos de rigor que tuvo como finalidad asegurar la calidad, objetividad y validación del trabajo de investigación, considerándose en el presente estudio los siguientes criterios: En relación a la ética; Se tiene en cuenta el consentimiento informado, la confidencialidad, la privacidad y el anonimato de las entrevistas.

En relación al rigor; los criterios que determinaron la fiabilidad de la información cualitativa fueron: transferibilidad, la auditabilidad o neutralidad del análisis de información. Y para que la investigación tenga científicidad exigida se

considerólos principios de cientificidad planteados por Gozzer en 1998, que considera:

1. Confidencialidad: Se asumió el compromiso de que la identificación de los sujetos en estudio fue conservada en el anonimato, y la información obtenida fue relevada solo para fines de la investigación.
2. Credibilidad: La información que se obtenga se ajustó a la verdad aclarando todo discurso y de aquello dependió la veracidad de los resultados de estudio.
3. Confirmabilidad: Se transmitió la objetividad y neutralidad de la información obtenida dejando de lado los prejuicios de la investigación, de cómo sean demostrados.
4. Auditabilidad: El estudio desarrollado y los resultados obtenidos ayudaron al profesional de salud a recorrer este nuevo camino, el que abrirá puertas a futuras investigaciones.

CAPITULO IV

RESULTADOS

PERFIL SOCIO DEMOGRÁFICO Y NIVEL DE DEPRESIÓN

Tabla 01. Características altamente significativas del Perfil Socio Demográfico con el nivel de depresión de estudiantes de enfermería -Univ.Nac.deTumbes, 2016.

Perfil Socio Demográfico	Nivel de depresión										Significancia (Prueba X ²)
	Sin depresión		Leve		Moderada		Severa		Total		
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
Edad											
< 19	5	6.8%	5	6.8%	2	2.7%	2	2.7%	14	19.0%	p<0.01
19 - 23	9	12.3%	11	15.1%	8	11.0%	13	18.1%	41	56.5%	
> 23	5	6.8%	5	6.8%	5	6.8%	3	4.1%	18	24.5%	
Región procedencia											
Costa	18	24.6%	20	27.4%	12	16.4%	16	21.9%	66	90.3%	p<0.01
Sierra	1	1.4%	1	1.4%	2	2.7%	1	1.4%	5	6.9%	
Selva	0	0.0%	0	0.0%	1	1.4%	1	1.4%	2	2.8%	
Responsable manutención											
Padres	11	15.1%	14	19.2%	8	11.0%	12	16.4%	45	61.7%	p<0.01
Otros familiares	5	6.8%	4	5.5%	3	4.1%	3	4.1%	15	20.5%	
Propio estudiante	3	4.1%	3	4.1%	4	5.5%	3	4.1%	13	17.8%	
Total	19	26.1%	21	28.8%	15	20.4%	18	24.7%	73	100.0%	

Fuente: Cuestionario encuesta del perfil socio-demográfico y académico y niveles de depresión en estudiantes de Enfermería de la Univ. Nac. Tumbes.

Como se observa en la tabla N° 01, se ha identificado a la edad (o grupo etareo), región de procedencia y responsable de la manutención como las características del Perfil Socio demográfico que presentan relación altamente significativas con el nivel de depresión de estudiantes de enfermería de la Universidad Nacional de Tumbes (p<0.01).

Destacando los estudiantes de enfermería de la Universidad Nacional de Tumbesque:

- Según grupo etareo se distribuyen: 19.2% corresponde al grupo de 16 a 18 años, 56.2% se ubica entre 19 a 23 años y 24.7% tienen de 24 a más años.
- Según región, procede el 90.4% de la costa, 6.8% de la sierra y 2.7% de la selva.
- Según el responsable de su manutención: 61.6% señala que son los padres, 20.5% señalan a otros familiares y 17.8% reporta que es el propio estudiante quien responde por su manutención.

Tabla 02. Características significativas del Perfil Socio Demográfico con el nivel de depresión de estudiantes de enfermería -Univ.Nac.deTumbes, 2016.

Perfil Socio Demográfico	Nivel de depresión										Significancia (Prueba X ²)
	Sin depresión		Leve		Moderada		Severa		Total		
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	

Sexo

Masc.	6	8.2%	5	6.8%	1	1.4%	0	0.0%	12	16.4%	p<0.05
Fem.	13	17.8%	16	21.9%	14	19.2%	18	24.7%	61	83.6%	
Total	19	26.1%	21	28.8%	15	20.4%	18	24.7%	73	100.0%	

Fuente: Cuestionario encuesta del perfil socio-demográfico y académico y niveles de depresión en estudiantes de Enfermería de la Univ. Nac. Tumbes.

El sexo se ha identificado como la características del Perfil Socio demográfico ue se relaciona significativamente con el nivel de depresión de estudiantes de enfermería de la Universidad Nacional de Tumbes ($p < 0.05$). Reportándose que los estudiantes de enfermería de la Universidad Nacional de Tumbes según sexo, son: 83.6% mujeres y 16.4% varones.

Tabla 03. Características no significativas del Perfil Socio Demográfico con el nivel de depresión de estudiantes de enfermería -Univ.Nac.deTumbes, 2016.

Perfil Socio Demográfico	Nivel de depresión										Significancia (Prueba X ²)
	Sin depres		Leve		Moderada		Severa		Total		
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
Estado civil											
Soltero	16	21.9%	18	24.7%	12	16.4%	16	21.9%	62	84.9%	p>0.05
Conviviente	2	2.7%	2	2.7%	2	2.7%	1	1.4%	7	9.5%	
Casado	1	1.4%	1	1.4%	0	0.0%	1	1.4%	3	4.2%	
Otro	0	0.0%	0	0.0%	1	1.4%	0	0.0%	1	1.4%	
Lugar de procedencia											
Tumbes	16	21.9%	16	21.9%	12	16.5%	16	21.9%	60	82.2%	p>0.05
Piura	2	2.7%	3	4.1%	2	2.7%	2	2.7%	9	12.2%	
Otro Dpto.	1	1.4%	1	1.4%	1	1.4%	0	0.0%	3	4.2%	
Ecuador	0	0.0%	1	1.4%	0	0.0%	0	0.0%	1	1.4%	
Condición de jefe familia											
Si	1	1.4%	3	4.1%	2	2.7%	2	2.7%	8	10.9%	p>0.05
No	18	24.7%	18	24.7%	13	17.8%	16	21.9%	65	89.1%	
Personas con las que vive durante estudios											
Familia	10	13.7%	10	13.7%	5	6.8%	9	12.4%	34	46.6%	p>0.05
Fam. disfuncional	7	9.6%	8	11.0%	5	6.8%	5	6.8%	25	34.2%	
Con pareja	1	1.4%	2	2.7%	3	4.1%	3	4.1%	9	12.3%	
Vive solo Habit	1	1.4%	1	1.4%	2	2.7%	1	1.4%	5	6.9%	
Total	19	26.1%	21	28.8%	15	20.4%	18	24.7%	73	100.0%	

Fuente: Cuestionario encuesta del perfil socio-demográfico y académico y niveles de depresión en estudiantes de Enfermería de la Univ. Nac. Tumbes.

El estado civil, lugar de procedencia, la condición de jefe de familia y las personas con las que vive durante los estudios, son características del Perfil Socio demográfico que no presentan diferencias significativas con el nivel de depresión($p>0.05$). Reportándose que los estudiantes según estado civil, son:84.9% solteros, 9.6% son convivientes y 4.1% son casados. Según lugar de procedencia: 82.2% proceden de Tumbes, 12.3% proceden de Piura, 4.1% de estudiantes proceden de otro departamento del Perú y 1.4% son del Ecuador. Según condición de jefe de familia: 11.0% la tienen. Según personas con las que vive durante estudios, 46.6% vive con familia, 34.2% vive con familia disfuncional (falta un miembro o vive con otros), 12.3% vive con pareja y 6.8% vive solo en habitación (tabla 03).

PERFIL ACADÉMICO Y NIVEL DE DEPRESIÓN

Tabla 04. Características altamente significativas del Perfil Académico con el nivel de depresión de estudiantes de enfermería -Univ.Nac.deTumbes, 2016.

Perfil Académico	Nivel de depresión										Significancia (Prueba χ^2)
	Sin depresión		Leve		Moderada		Severa		Total		
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
Perdida de semestre en estudios											
Si	0	0.0%	3	4.1%	4	5.5%	12	16.4%	19	26.0%	p<0.01
No	19	26.0%	18	24.7%	11	15.1%	6	8.2%	54	74.0%	
Hrs. / Sem. Para disfrute de ocio											
< 5 hrs.	0	0.0%	4	5.5%	4	5.5%	10	13.8%	18	24.8%	p<0.01
5 – 10 Hrs.	3	4.1%	5	6.8%	3	4.1%	5	6.8%	16	21.8%	
11 - 20 Hrs.	5	6.8%	5	6.8%	4	5.5%	2	2.7%	16	21.8%	
> 20 Hrs.	11	15.1%	7	9.6%	4	5.5%	1	1.4%	23	31.6%	
Total	19	26.0%	21	28.7%	15	20.6%	18	24.7%	73	100.0%	

Fuente: Cuestionario encuesta del perfil socio-demográfico y académico y niveles de depresión en estudiantes de Enfermería de la Univ. Nac. Tumbes.

En la tabla N° 04, se presenta el Perfil Académico y el nivel de depresión de estudiantes de enfermería de la Universidad Nacional de Tumbes, de los cuales: la pérdida de un semestre de estudios y las horas semanales dedicadas a la recreación o disfrute del ocio presentan diferencias altamente significativas ($p<0.01$). Resaltando que según la condición de pérdida de semestre durante los estudios, 26% señala que ha perdido un semestre académico. Y según las horas semanales dedicadas al disfrute del ocio reportado por los estudiantes de enfermería señalan que 24.7% dedican menos de 5 horas a la semana al ocio, 21.9% dedica entre 5 a 10 horas semanales al disfrute del actividades recreativas, 21.9% dedica entre 11 a 20 horas semanales al ocio y 31.5% dedican más de 20 horas al ocio.

Tabla 05. Características significativas del Perfil Académico con el nivel de depresión de estudiantes de enfermería -Univ.Nac.deTumbes, 2016.

Perfil Académico	Nivel de depresión										Significancia (Prueba X ²)
	Sin depresión		Leve		Moderada		Severa		Total		
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
Promedio ponderado general											
Alto	6	8.2%	4	5.5%	0	0.0%	0	0.0%	10	13.7%	p<0.05
Medio	11	15.1%	12	16.5%	9	12.3%	10	13.7%	42	57.6%	
Bajo	2	2.7%	5	6.8%	6	8.2%	8	11.0%	21	28.7%	
Promedio ponderado semestral											
Alto	5	6.8%	6	8.2%	1	1.4%	0	0.0%	12	16.4%	p<0.05
Medio	7	9.6%	9	12.3%	12	16.5%	11	15.1%	39	53.5%	
Bajo	7	9.6%	6	8.2%	2	2.7%	7	9.6%	22	30.1%	
Hrs. / Sem. de estudio fuera horario clase											
< 5 hrs.	2	2.7%	2	2.7%	3	4.1%	7	9.6%	14	19.1%	p<0.05
5 – 10 Hrs.	2	2.7%	5	6.8%	5	6.8%	4	5.5%	16	21.8%	
11 - 20 Hrs.	6	8.2%	7	9.6%	5	6.8%	7	9.6%	25	34.2%	
> 20 Hrs.	9	12.6%	7	9.6%	2	2.7%	0	0.0%	18	24.9%	
Total	19	26.0%	21	28.7%	15	20.6%	18	24.7%	73	100.0%	

Fuente: Cuestionario encuesta del perfil socio-demográfico y académico y niveles de depresión en estudiantes de Enfermería de la Univ. Nac. Tumbes.

En la tabla N° 05, se presenta el promedio ponderado general, el promedio ponderado semestral y las horas semanales de estudio fuera del horario de clases como características del Perfil Académico que se relacionan significativamente con el nivel de depresión de estudiantes de enfermería de la Universidad Nacional de Tumbes ($p<0.05$). Destacando que: 13.7% de estudiantes de enfermería tienen un promedio ponderado general alto (13 a más), 57.5% de un nivel medio (11 a 12.99) y 28.8% nivel bajo (inferior a 11). Según el promedio ponderado de notas del último semestre de los estudiantes de enfermería, 16.4% tiene un rendimiento alto (13 o más), 53.4% tiene un rendimiento medio (11 a 12.99) y 30.1% tiene un rendimiento bajo (menor de 11.00). Y según las horas semanales de estudio fuera del horario de clase, 19.2% dedica menos de 5 horas a la semana, 21.9% dedica entre 5 a 10 horas semanales, 34.2% dedica de 11 a 20 horas semanales y 24.7% dedican más de 20 horas de estudio adicional.

Tabla 06. Características no significativas del Perfil Académico con el nivel de depresión de estudiantes de enfermería -Univ.Nac.deTumbes, 2016.

Perfil Académico	Nivel de depresión										Significancia (Prueba X ²)
	Sin depresión		Leve		Moderada		Severa		Total		
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	

Condición de amonestado

Si	3	4.1%	2	2.7%	3	4.1%	3	4.1%	11	15.0%	p>0.05
No	16	21.9%	19	26.2%	12	16.4%	15	20.5%	62	85.0%	

Licencia de estudios

Si	1	1.4%	1	1.4%	1	1.4%	2	2.7%	5	6.9%	p>0.05
No	18	24.6%	20	27.4%	14	19.2%	16	21.9%	68	93.1%	

Perdida de año escolar

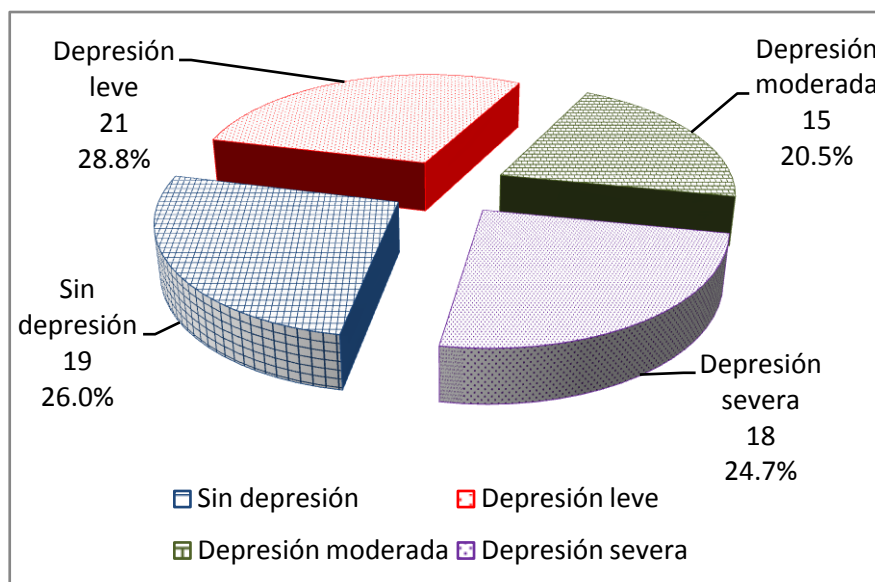
Si	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	p>0.05
No	19	26.0%	21	28.8%	15	20.5%	18	24.7%	73	100.0%	
Total	19	26.0%	21	28.7%	15	20.6%	18	24.7%	73	100.0%	

Fuente: Cuestionario encuesta del perfil socio-demográfico y académico y niveles de depresión en estudiantes de Enfermería de la Univ. Nac. Tumbes.

En la tabla N° 06, se presenta la condición de amonestado, la licencia de estudios y la pérdida del año escolar como características del Perfil Académico que no se relacionan significativamente con el nivel de depresión de estudiantes de enfermería de la Universidad Nacional de Tumbes(p>0.05). De ellos, el 15.1% señala haber tenido una amonestación por deficiencia académica mientras que 84.9% señala que nunca ha sido amonestado. Según el registro de licencia de estudios durante su vida universitaria, se reporta que 6.8% si han solicitado licencia de estudios en tanto que el 93.2% nunca solicitó licencia de estudios. Según el antecedente de pérdida de año escolar en secundaria o primaria, se reporta que ninguno tuvo este problema pues el 100% señala no haber tenido pérdida de año escolar.

NIVEL DE DEPRESIÓN

Gráfico 107 Estudiantes de enfermería de la Universidad Nacional de Tumbes según nivel de depresión, 2016.



Fuente: Tabla 01.

Los estudiantes de enfermería de la Universidad Nacional de Tumbes según el nivel de depresión medido con la Escala de Beck, reportan que 26.0% no presentan depresión (estado normal), 28.8% presentan depresión leve, 20.5% presentan depresión moderada y 23.7% presentan depresión severa (Tabla 01 y gráfico 01).

CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

Hipótesis específica 1:

Hi1: “El perfil socio-demográfico se relaciona significativamente a niveles de depresión en los estudiantes de Enfermería de la Univ. Nacional de Tumbes”.

Hipótesis estadísticas:

Ho1: “Las proporciones de las frecuencias de las diversas características que comprende el perfil socio-demográfico y los niveles de depresión en los estudiantes de Enfermería de la Universidad Nacional de Tumbesson iguales o no se relacionan significativamente”.

Ha1: “Las proporciones de las frecuencias de las diversas características que comprende el perfil socio-demográfico y los niveles de depresión en los estudiantes de Enfermería de la Universidad Nacional de Tumbesson diferentes o se relacionan significativamente”.

Datos de referencia: Tablas N° 01 y 02. Características altamente significativas y significativas del Perfil Socio Demográfico y nivel de depresión de estudiantes de enfermería de la Universidad Nacional de Tumbes.

Análisis de contrastación: La prueba Chi Cuadrado nos muestra que:

- a) existen diferencias altamente significativas ($p < 0.01$) entre el perfil socio demográfico (características: edad, región de procedencia y responsable de manutención) y el nivel depresión de los estudiantes de enfermería de la Untumbes.
- b) existen diferencias significativas ($p < 0.05$) entre el perfil socio demográfico (característica: sexo) y el nivel depresión de los estudiantes de enfermería de la Untumbes.

Conclusión: Se rechaza la hipótesis nula, y se comprueba la validez de la Hipótesis alternativa 1. Hi1: “Las proporciones de las frecuencias de las diversas características que comprende el perfil socio-demográfico y los niveles de

depresión en los estudiantes de Enfermería de la Universidad Nacional de Tumbesson diferentes o se relacionan significativamente”, en sus características: edad, región de procedencia, responsable de manutención y sexo.

Hipótesis específica 2:

Hi2: “El perfil académico se relaciona significativamente a niveles de depresión en los estudiantes de Enfermería de la Universidad Nacional de Tumbes”.

Hipótesis estadísticas:

Ho1: “Las proporciones de las frecuencias de las diversas características que comprende el perfil académico y los niveles de depresión de los estudiantes de Enfermería de la Untumbesson iguales o no se relacionan significativamente”.

Ha1: “Las proporciones de las frecuencias de las diversas características que comprende el perfil académico y los niveles de depresión en los estudiantes de Enfermería de la Untumbesson diferentes o se relacionan significativamente”.

Datos de referencia: Tabla N° 04 y 05. Características altamente significativas y significativas del Perfil Académico y nivel de depresión de estudiantes de enfermería de la Universidad Nacional de Tumbes.

Análisis de contrastación: La prueba Chi Cuadrado nos muestra que:

- a) existen diferencias altamente significativas ($p < 0.01$) entre el perfil académico (características: pérdida de un semestre de estudios y horas semanales dedicadas al disfrute del ocio) y el nivel depresión de los estudiantes de enfermería de la Untumbes.
- b) existen diferencias significativas ($p < 0.05$) entre el perfil académico (característica: promedio ponderado general, promedio ponderado semestral y horas de estudio fuera del horario de clase) y el nivel depresión de los estudiantes de enfermería de la Untumbes.

Conclusión: Se rechaza la hipótesis nula, y se comprueba la validez de la Hipótesis alternativa 2. Hi2: “Las proporciones de las frecuencias de las diversas

características que comprende el perfil académico y los niveles de depresión en los estudiantes de Enfermería de la Untumbes son diferentes o se relacionan significativamente”, en sus características: pérdida de un semestre de estudios y horas semanales dedicadas al disfrute del ocio, promedio ponderado general, promedio ponderado semestral y horas de estudio fuera del horario de clase.

Hipótesis general:

Hi: “El perfil socio-demográfico y académico se relacionan significativamente a niveles de depresión en los estudiantes de Enfermería de la Untumbes”.

Datos de referencia: Tablas N° 01, 02, 04 y 05.

Análisis de contrastación: La prueba Chi Cuadrado en los casos de contrastación de las hipótesis específicas 1 y 2 nos muestra las diversas características del perfil socio-demográfico y las diversas características del perfil académico, presenta diferencias significativas ($p < 0.05$) con con el nivel de depresión de los estudiantes de enfermería de la Untumbes.

Conclusión final: La evidencia empírica nos permite inferir que se comprueba la validez de la Hipótesis general. Hi: “El perfil socio-demográfico y académico se relacionan significativamente a niveles de depresión en los estudiantes de Enfermería de la Universidad Nacional de Tumbes”.

CAPITULO V

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

La vida universitaria es un periodo donde mayormente los estudiantes son adolescentes y/o adultos jóvenes, donde se consolidan los proyectos de vida, se adquiere la mayoría de edad, se asumen nuevas responsabilidades sociales y aumentan las presiones psicosociales, lo que puede redundar en una mayor vulnerabilidad frente a trastornos psicosociales como la ansiedad o la depresión⁽¹¹⁾. La depresión viene siendo uno de los problemas que más sufrimiento causa en las personas afectando a un porcentaje muy alto de la población independientemente del género, edad, nivel socioeconómico. Diversas investigaciones señalan que existen factores genéticos, psicológicos, sociales, económicos, ambientales o en nuestro caso, académicos, que interrelacionados actúan como desencadenantes o mantenedores de la depresión⁽¹³⁾. Siendo el objeto de estudio de la presente investigación la depresión de los estudiantes de la Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional de Tumbes, desde sus relaciones con el perfil socio-demográfico y académico, se analiza las diversas características sociales, económicas, demográficas y académicas asociadas con la depresión.

A la luz de los resultados de la presente investigación, el perfil socio-demográfico de los estudiantes de enfermería de la Universidad Nacional de Tumbes se caracteriza porque predomina el 83.6% de mujeres, 56.2% se ubica entre 19 a 23 años, 84.9% son solteros, 9.6% convivientes, 4.1% casados, 82.2% proceden de Tumbes, 90.4% de la costa, 6.8% de la sierra y 2.7% de la selva, 11.0% tienen la condición de jefe de familia, 61.6% señalan que son los padres y 17.8% reporta que es el propio estudiante quien responde por su manutención, 46.6% señala que vive con su familia completa, 12.3% dice que vivir con pareja y 6.8% vive solo en habitación.

Los estudiantes de enfermería de la Universidad Nacional de Tumbes presentó un perfil académico que se caracterizó por: 57.5% tiene un promedio ponderado general medio (11 a 12.99) y 28.8% nivel bajo (inferior a 11), 53.4% tiene un rendimiento medido por el promedio ponderado de notas del último semestre de

medio (11 a 12.99) y 30.1% tiene un rendimiento bajo (menor de 11.00); 26% señala que si ha perdido un semestre académico, 15.1% señala haber tenido una amonestación por deficiencia académica; 6.8% ha solicitado licencia de estudios, el 100% señala no haber tenido pérdida de año escolar; según las horas semanales de estudio fuera del horario de clase, 41.1% dedican menos de 10 horas a la semana, 34.2% dedica de 11 a 20 horas semanales y 24.7% dedican más de 20 horas de estudio adicional; respecto a las horas semanales dedicadas al disfrute del ocio, 46.6% dedican menos de 10 horas a la semana al ocio, 21.9% dedica entre 11 a 20 horas semanales al ocio y 31.5% dedican más de 20 horas al ocio.

El nivel de depresión medido con la Escala de Beck de los estudiantes de enfermería de la Universidad Nacional de Tumbes reportado es de: 26.0% no presentan depresión (estado normal), 28.8% presentan depresión leve, 20.5% presentan depresión moderada y 23.7% presentan depresión severa (Tabla 01 y gráfico 01).

Son escasos los estudios nacionales sobre depresión en estudiantes universitarios. Destaca Carranza ⁽²⁰⁾ quien estudió la depresión y características demográficas en estudiantes y líderes universitarios de 6 universidades públicas y 15 privadas de Lima Metropolitana, aplicando el Inventario de depresión de Beck adaptado por Carranza ⁽²¹⁾ reportó un nivel de depresión con cifras similares a la del presente estudio. Además Carranza ⁽²⁰⁾, reportó que las Universidades que tienen mayores niveles de depresión severa son: Universidad Nacional del Callao (47.9%), Universidad Nacional Mayor de San Marcos (35.6%), Universidad Tecnológica del Perú (35.6%), Universidad San Ignacio de Loyola (32.6%) y Universidad Cayetano Heredia (31.6%), estas cifras alarmantes, compatibles con las predicciones de la Organización Mundial de la Salud, pueden explicarse por las exigencias académicas a que son sometidos los estudiantes universitarios; Espinoza y Roman ⁽³⁹⁾ y Stephanou ⁽⁴⁰⁾ encontraron que los estudiantes de las facultades de ingeniería y de ciencias de la salud son las que mayormente tienden a decaer emocionalmente en algún momento de la vida siendo la tensión y depresión los factores predisponentes. Estas cifras son compatibles con los resultados encontrados en el presente estudio, además de destacar el hecho que

la población estudiada son estudiantes de una Escuela de la Facultad de Ciencias de la Salud. Sin embargo, Arenas⁽²²⁾, en 2009, aplicando el Test de Beck encontró 31.7% con depresión y Riveros y Cols⁽²³⁾, en 2007 reportó que los estudiantes universitarios de San Marcos, aplicando el Test de Beck, presentaron una depresión del 13%. Dichas cifras son muy inferiores a las encontradas en el presente estudio, la diferencia de las investigaciones es de 7 y 9 años, respectivamente, lo cual corrobora lo señalado por la OMS quien destaca que este flagelo esta en crecimiento peligrosamente.

Estudios internacionales como Toro y Cardona⁽⁸⁾, reportó que en la localidad de Bosa, Colombia (2010), 65.8% presentaron algún tipo de depresión y las de Castellanos, Guarnizo y Salamanca⁽¹⁵⁾, en Colombia (2011), quienes estudiaron la relación entre niveles de ansiedad en practicantes de psicología de una universidad colombiana, encontraron que 81% presentaron niveles de ansiedad. Dichas cifras que son similares al presente estudio. Sin embargo, Castellanos y Cols.⁽¹⁾ en su estudio sobre la prevalencia de la depresión y las variables sociodemográficas asociadas en estudiantes universitarios de una universidad pública colombiana, aplicando el Inventario de Depresión de Beck- II reportó que 46.6% de estudiantes presentó algún nivel de depresión, Palacio y Martinez⁽⁵⁾, en Colombia (2007) estudió la relación del rendimiento académico con la salud mental (depresión y ansiedad) en jóvenes universitarios de la Universidad Simón Bolívar, reportó que 27.2% que registraron niveles de depresión según el Test de Beck, y Crespo y Cols⁽¹²⁾, reportó que 24.6% de los estudiantes de Enfermería de la Universidad de Cuenca (Ecuador) registraron depresión. Dichas cifras difieren del presente estudio porque con muy inferiores o difieren.

Respecto al perfil socio-demográfico y nivel de depresión. Se presenta en la tabla N° 01 a la edad, la región de procedencia y el responsable de la manutención, como las características altamente significativas del perfil socio demográfico con el nivel de depresión de estudiantes de enfermería de la Universidad Nacional de Tumbes ($p < 0.01$) y el sexo presenta diferencias significativas con el nivel de depresión ($p < 0.05$).

De los resultados del presente estudio se observa que del grupo con depresión severa (18 estudiantes, 24.7%), 20.8% tienen hasta 23 años y solo 4.1% tienen

más de 23 años (Tabla 01), donde se observa que hay diferencias significativas entre la edad y los niveles de depresión.

A nivel nacional, Carranza ⁽²⁰⁾ reportó que hay diferencias significativas entre la edad y los niveles de depresión, mientras que Arenas ⁽²²⁾ reportó que no se presentaron diferencias significativas. Destaca las diversas investigaciones que señalan que los estudiantes universitarios en los primeros años de estudio, la depresión es mayor debido a una serie de cuestiones, como la responsabilidad, las exigencias de los estudios, la situación socio económica, etc.⁽⁶⁾.

A nivel internacional, Palacio y Martínez⁽⁵⁾, en Colombia (2007) reportó que los estudiantes más jóvenes obtienen promedios académicos por encima del resto de la muestra. Crespo y Cols⁽¹²⁾, en Cuenca (Ecuador) no reportó relación estadística entre la edad y la presencia de depresión.

Los jóvenes son uno de los grupos etáreos que presenta mayor probabilidad de sufrir depresión, ya que en la etapa de la adolescencia se llevan a cabo procesos de cambio físico, psicológico, sociocultural y cognitivo, que demandan de los jóvenes el desarrollo de estrategias de afrontamiento que les permitan establecer un sentido de identidad, autonomía y éxito personal y social ⁽⁴¹⁾. Además, la adolescencia es el periodo de desarrollo más importante para la adquisición y el mantenimiento de patrones de comportamiento saludable, que disminuyan el riesgo y prevengan el desarrollo de trastornos clínicos durante este periodo y la edad adulta. En particular, se ha encontrado que individuos con historias de depresión en la adolescencia presentan un alto porcentaje de continuidad del trastorno depresivo mayor en la edad adulta ⁽⁴²⁾. Díaz F y Cols⁽⁴⁾, en España, 2002, encontró que los sujetos de mayor edad presentaban más síntomas depresivos, resultados que son similares al presente. Pero difiere Agudelo y Cols⁽¹⁰⁾, al reportaren Colombia que no se presentan evidencias de la gravedad de síntomas depresivos de los estudiantes universitarios. Sin embargo, algunas investigacioneshan mostradoque la edad puede influirnegativamente en el rendimiento académico ⁽⁴³⁾.

Según sexo, el presente estudio reportó que del 74% de los estudiantes con depresión, 8.2% son de sexo masculino y 65.8% de sexo femenino, asimismo

reportó que 24.7% del total presentaron depresión severa o grave, de los cuales la totalidad son de sexo femenino. Igualmente, reportó que hay diferencias significativas entre el sexo y los niveles de depresión ($p < 0.05$).

A nivel nacional Carranza⁽²⁰⁾, Arenas⁽²²⁾ y Riveros y Cols⁽²³⁾ reportaron que predomina el sexo femenino en la prevalencia de depresión, cifras similares al presente estudio; pero Carranza⁽²⁰⁾ y Riveros y Cols⁽²³⁾ difiere del presente estudio, al señalar que no se presentan diferencias significativas entre el sexo y el nivel de depresión, pero Arenas⁽²²⁾ si son similares a la presente investigación.

A nivel internacional, predomina el sexo femenino en la prevalencia de la depresión. Pero Castellanos y Cols⁽¹⁾, en Colombia, Arrivillaga y Cols⁽⁷⁾, Díaz F y Cols⁽⁴⁾ en España, 2002, reportaron que el sexo resultó ser estadísticamente significativo respecto a los niveles de depresión, al igual que Toro y Cardona⁽⁸⁾, sin embargo, otros señalan que no existen diferencias significativas ($p > 0.05$), como Arrivillaga y Cols⁽⁷⁾ y Agudelo y Cols⁽¹⁰⁾. Sin embargo, algunos estudios plantean que los hombres, en comparación con las mujeres, tienden a rechazar o ignorar el problema, lo cual dificulta la búsqueda de apoyo social y conlleva a que una depresión leve pueda evolucionar hasta llegar a un trastorno crónico de difícil manejo⁽⁵⁾. Con los datos reportados en este estudio se confirma que la población femenina además de ser la que consulta con mayor frecuencia, también manifiesta mayor vulnerabilidad frente a la presencia de los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo, constituyendo un importante foco de intervención;

En relación a las condiciones económicas (responsable de manutención, recursos económicos o región de procedencia) que se relacionan con la depresión, Pardo y Cols.⁽⁶⁾, coincide con los resultados reportados en este estudio, al igual que Gómez y Rodríguez⁽⁴⁴⁾, Santacruz y Cols⁽⁴⁵⁾ y Crespo y Cols⁽¹²⁾, en Cuenca al encontró diferencias significativas entre la forma de manutención u obtención de recursos económicos y la presencia de depresión ($p < 0.01$).

Lo anterior se puede explicar porque la familia es el centro primario de socialización infantil y juvenil, en el cual se encuentran los modelos a seguir por medio de la educación, de la observación constante del comportamiento de los

padres y las formas de relación social establecidas por el núcleo familiar con otros grupos. Así mismo, esta unidad debe permitirle a los individuos desarrollar sus habilidades, enseñándoles a superar las limitaciones que existen ^(46, 47). Se ha reportado que la construcción del comportamiento de los jóvenes está relacionada con las características del estilo de paternidad y la familia. Así, se ha encontrado que aunque el vínculo con los padres sea pobre, estas figuras contribuyen de manera significativa e independiente, a construir el comportamiento de las y los adolescentes ⁽⁴⁸⁾. El vínculo padre-hijo también ha sido asociado a las respuestas cognitivas de los jóvenes ante eventos vitales negativos y a la presencia de síntomas depresivos en la adolescencia. En este sentido, la relación del joven con sus padres se considera una variable de gran peso en el desarrollo de síntomas depresivos en niños y jóvenes, ya que quienes tienen un vínculo pobre con sus padres son más vulnerables a presentar este tipo de síntomas cuando se enfrentan a eventos vitales adversos, en comparación con aquellos que tienen estilos de relación más cercanos y de mayor soporte emocional ⁽⁴⁹⁾.

Los factores socioeconómicos y los cambios en la estructura familiar se han asociado con la presencia de depresión en jóvenes ⁽⁶⁾. Gilman y Cols ⁽⁵⁰⁾ plantean que la separación conyugal y el bajo estatus socioeconómico tienen consecuencias en el bienestar percibido por los miembros de la familia. Estos factores (la separación y los bajos ingresos), contribuyen a la presencia de depresión a lo largo de la vida en el caso de las personas que cuando niños vivieron estas condiciones socioeconómicas. La estructura familiar basada en la jefatura femenina (madre cabeza de hogar) aparece como una tendencia de importancia en la actual conformación de la familia ^(6, 51).

Hernández ⁽⁵²⁾, observó que las familias “normales” clasificadas como no-clínicas presentan un mayor grado de cohesión, de satisfacción con el tipo de vínculo entre los miembros y de adaptabilidad, mayor utilización de la estrategia de reestructuración para afrontar los problemas y mayor orgullo de pertenecer a la familia. De la misma forma, se encuentra que este tipo de familias despliega mejores estrategias de afrontamiento ante la acumulación de eventos estresantes. Videon ⁽⁵³⁾, ha concluido que la separación de los padres afecta a los niños y

jóvenes de manera diversa en cada caso, en este sentido, el grado de satisfacción del joven en la relación con su padre o madre del mismo sexo antes de la separación de residencia es una variable que correlaciona, de manera positiva, con el incremento de los comportamientos inadecuados o anti sociales del joven después de la separación física con este padre, también, la relación con el padre de sexo opuesto es una influencia significativa en la depresión adolescente. De igual forma, se encuentra que la mayoría de los niños y adolescentes con padres separados tiene, de forma moderada, desempeños más pobres en diferentes áreas: emocional, dificultades académicas, problemas de salud, embarazos no deseados y trabajo a edades tempranas, que aquellos niños y adolescentes que viven en familias que permanecen constituidas por dos padres.

McCloskey y Lichter⁽⁵⁴⁾, encontró que los jóvenes que observaron violencia entre los padres durante su niñez, tienden a desarrollar síntomas depresivos en la adolescencia. La evidencia indica que los jóvenes provenientes de parejas conflictivas tienen mayor probabilidad de presentar depresión durante la adolescencia.

En relación al factor estrés por causas personales, se tiene que la naturaleza de los acontecimientos vitales presentes en la historia de vida de los jóvenes, preceden al desarrollo de la depresión y se relacionan con procesos de adaptación del joven a situaciones como las dificultades inherentes al ingreso a la universidad, la elección de carrera, el inicio o la imposibilidad de actividad laboral, la escogencia de pareja, el distanciamiento de los vínculos parentales, los cambios de residencia, la presencia de enfermedad grave propia o de algún familiar, matrimonio, divorcio, separación, pérdida del trabajo, muerte de un familiar cercano o amigo, abuso sexual y el maltrato físico o psicológico ⁽⁴⁶⁾.

La pobreza puede favorecer características familiares que influyen en los síntomas depresivos de los jóvenes. En un estudio realizado por Keegan⁽⁵⁵⁾, encontró que vivir en vecindarios caracterizados por problemas sociales como crimen, violencia o condiciones físicas deterioradas, falta de recursos comunitarios y no estar involucrado en actividades con personas externas al hogar predicen síntomas depresivos, así, los jóvenes que no participaban en

actividades extra curriculares ni en las actividades de la comunidad tenían una mayor probabilidad de convertirse en personas aisladas socialmente o desarrollar baja autoestima, lo cual puede resultar en síntomas depresivos ⁽⁵⁵⁾.

Field y Cols⁽⁵⁶⁾, encontraron una relación entre la presencia de depresión y bajo rendimiento académico, que coincide con el presente estudio, de igual modo, Campo-Cabal y Gutiérrez ⁽⁵⁷⁾, Sandoval y Cols⁽⁵⁸⁾. Como se puede observar existen diversos factores de riesgo en la adolescencia que corresponden al ámbito de lo individual, lo familiar, las redes de soporte y los factores socioambientales en general, que han sido asociados a la presencia de depresión en jóvenes, pero la relación causal entre estos fenómenos descritos aún no es clara ⁽⁵⁾.

En cuanto al perfil académico y nivel de depresión, se tiene que en las Tablas 04, 05 se presenta la relación de las características del Perfil Académico con el nivel de depresión de estudiantes de enfermería de la Universidad Nacional de Tumbes. Observando que: el promedio ponderado general, el promedio ponderado semestral y las horas semanales de estudio fuera del horario de clases presentan diferencias significativas con el nivel de depresión ($p < 0.05$), y la pérdida de un semestre de estudios y las horas semanales dedicadas a la recreación o disfrute del ocio presentan diferencias altamente significativas ($p < 0.01$).

Los resultados del presente estudio difieren con Palacio y Martínez⁽⁵⁾, en Colombia (2007) quien reportó que no hay una relación significativa entre el promedio académico y los niveles de depresión de los estudiantes; Pero los resultados del presente estudio son similares a los de Díaz F y Cols⁽⁴⁾, en España, 2002, quien encontró que a más síntomas depresivos es peor rendimiento. Así, un bajo rendimiento académico va a generar consecuencias muy diversas y de índole negativa en las relaciones familiares (desacuerdos entre los padres, conflictos padres-hijos y conflictos familia-escuela) y que a su vez inducirán en el joven sentimientos de culpabilidad, percepción negativa de su autoconcepto y de sus habilidades académicas y que vendrán a sumarse a los factores que ya estuvieran influyendo sobre el mal rendimiento, según Cole DA y Amezcua y Fernandez citados por Diaz ⁽⁴⁾.

A la luz de los resultados y habiéndose contrastado la La hipótesis general: “El perfil socio-demográfico y académico se relaciona significativamente a niveles de

depresión en los estudiantes de Enfermería de la Universidad Nacional de Tumbes”. En este contexto cabe resaltar que las condiciones socio-demográfica y socio-económicas, y un mal rendimiento académico pueden provocar un trastorno depresivo, un trastorno depresivo puede originar un fracaso en el rendimiento. Por tanto la relación entre síntomas depresivos y rendimiento académico probablemente sea bidireccional y sólo la evaluación individualizada de cada persona permita hipotetizar sobre el sentido en el que actúan los factores causales implicados. Tampoco se podría descartar que algunos jóvenes estuvieran depresivos presentaran mal rendimiento y sin embargo ambas variables no estar correlacionadas.

VI. CONCLUSIONES

1. El perfil socio-demográfico de los estudiantes de Enfermería se caracteriza porque predomina: el sexo femenino, la edad de 19 a 23 años, el estado civil soltero, el lugar de procedencia Tumbes, la región de procedencia la costa, no tiene condición de jefe de familia, el responsable de manutención o de los recursos económico-financieros son los padres y las personas con las que vive durante los estudios del universitario es la familia.
2. El perfil académico de los estudiantes de Enfermería se caracteriza porque predomina: el rendimiento académico medio (tanto en promedio ponderado general como en el semestral), no registro pérdida de semestre académico en estudios, no ha sido amonestado durante su vida universitaria, no ha solicitado licencia de estudiosdedica entre 11 a 20 horas de estudio adicional por semans y dedica más de 20 horas semanales para el disfrute del ocio.
3. El nivel de depresión de los estudiantes de Enfermería se caracteriza porque predomina en orden de importancia: depresión leve, depresión severa ydepresión moderada.
4. El perfil socio-demográfico expresado en las características: sexo, edad, región de procedencia, responsable de manutención y recursos económicos se relaciona significativamente con los niveles de depresión en los estudiantes de Enfermería
5. El perfil académico expresado en las características: rendimiento académico (promedio ponderado general y semestral), pérdida de semestre de estudios, horas de estudio semanales dedicadas al estudio fuera del horario normal y las horas semanales dedicadas al disfrute de ocio se relacionan significativamente con los niveles de depresión en los estudiantes de Enfermería.

VII. RECOMENDACIONES

1. Compatible con los preceptos de la Ley 30220, la Oficina General de Bienestar Universitario debe promover estilos de vida saludables para disminuir los trastornos psicológicos y mejorar el desempeño de los estudiantes, fomentando un desarrollo integral del adolescente y joven universitario tumbesino.
2. Las autoridades universitarias (Dirección de Escuela, Decanato de la Facultad de Ciencias de la Salud y Vicerrectorado Académico), dentro de sus competencias, deben establecer políticas, acciones y actividades orientadas a implementar servicios de atención en salud mental para que cada alumno logre su educación integral, trascendencia como individuo y como futuro profesional.
3. Se recomienda al área de Psicopedagogía, y a las áreas de tutoría y consejería de cada Facultad, así como a la Escuela de Psicología de la Universidad, establecer mecanismos y políticas de monitoreo y seguimiento de salud mental para adolescentes y jóvenes universitarios, con el fin de disminuir los niveles de depresión y reducir problemas psicológicos y psiquiátricos en la juventud universitaria de Tumbes.
4. Considerando los resultados y la magnitud del problema presentado en esta investigación, resulta de vital importancia desarrollar investigaciones centradas en el estudio de variables socio-demográficas y su relación con la depresión en las diferentes escuelas y facultades de la Universidad, comparado con poblaciones que presentan diferentes condiciones socioeconómicas.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Castellanos V, Mateus SM, Cáceres IR, Díaz PA. Caracterización de la depresión en estudiantes universitarios. Vol. 11, Núm. 1 (2016).
2. Arrieta KM, Díaz S, González F. Síntomas de depresión y ansiedad en jóvenes universitarios: prevalencia y factores relacionados. Revista Clínica de Medicina de Familia, vol. 7, núm. 1, enero-abril, 2014, pp. 14-22. Sociedad Castellano-Manchega de Medicina de Familia y Comunitaria, Albacete, España.
3. Arrieta K, Díaz S, González F. Síntomas de depresión, ansiedad y estrés en estudiantes de odontología: prevalencia y factores relacionados. Revista Colombiana de Psiquiatría, Vol.42 no.2 Bogotá Apr./June 2013. <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v42n2/v42n2a05.pdf>. Facultad de Odontología, Universidad de Cartagena, Colombia, miembro del grupo GISPOUC.
4. Díaz F, Prados M, López S. Relación entre rendimiento académico, síntomas depresivos, edad y género en una población de adolescentes. Fuente: www.psiquiatria.com. 2002; 6(2), España.
5. Palacio JE, Martínez Y. Relación del rendimiento académico con la salud mental en jóvenes universitarios. 2007. Psicogente, 10 (18): pp. 113-128. Noviembre, 2007. Universidad Simón Bolívar. Barranquilla, Colombia. Disponible en: www.unisimonbolivar.edu.co/publicaciones/index.php/psicogente
6. Pardo G, Sandoval A, Umbarila D. Adolescencia y depresión. Universidad Nacional de Colombia. En: Rev. Colombiana de Psicología, 2004, No. 13, 13-28.
7. Arrivillaga M, Cortés C, Goicochea VL, Lozano TM. Caracterización de la depresión en jóvenes universitarios. Pontificia Universidad Javeriana-Cali, 2003. Rev. Univ. Psychol. Bogotá (Colombia) 3 (1): 17-26, enero-junio de 2004

8. Toro A y Cardona M. Depresión y su relación con el (género) sexo en un grupo de adolescentes de la localidad de Bosa. Universidad de la Sabana, Facultad de Postgrados, Colombia, 2010.
9. Olmedilla A, Ortega E, Candel N. Ansiedad, depresión y práctica de ejercicio físico en estudiantes universitarias. ApuntsMedEsport. 2010; 45:175-80 - Vol. 45 Núm.167, Facultad de Ciencias de la Salud, de la Actividad Física y el Deporte, Universidad Católica San Antonio de Murcia, Murcia, España.
10. Agudelo DM, Casadiegos CP, Sánchez DL. Características de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios. Universidad Pontificia Bolivariana de Bucaramanga, Bucaramanga – Colombia. International Journal of Psychological Research 2008. ISSN 2011 – 7922, Vol. 1, No. 1, pp. 34 – 39
11. Galicia IX, Sánchez A y Robles FJ. Factores asociados a la depresión en adolescentes: rendimiento escolar y dinámica familiar. Diciembre 2009. Disponible en: <http://blogpsicologiapracticas.blogspot.pe/>
12. Crespo KM, Cuzco MA, Maza JV. Prevalencia, características de depresión y factores asociados en los/las estudiantes de la Escuela de Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, 2011. Universidad de Cuenca, Facultad de Ciencias Médicas, EscueladeEnfermería. Cuenca, 2011, Ecuador.
13. Czernik GE, Giménez S, Mora M, Almirón LM. Variables sociodemográficas y síntomas de depresión en estudiantes universitarios de Medicina de Corrientes, Argentina. (Internet) www.alcmeon.com.ar. Rev. Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica Alcmeon núm. 50 Año XV vol. 13, Nº 2, septiembre de 2006, págs.64 a 73.
14. Cardona JA, Pérez D, Rivera S, Gómez J, Reyes A. Prevalencia de ansiedad en estudiantes universitarios. Vol. 11, Núm. 1 (2015). Disponible en: <http://blogpsicologiapracticas.blogspot.pe/>
15. Castellanos, M.T., Guarnizo, C.A., Salamanca, Y. Relación entre niveles de ansiedad y depresión, y estrategias de afrontamiento en practicantes de

psicología de una universidad colombiana. *International Journal of Psychological Research*, 4(1), 50-57. Bogotá, 2011.

16. Garcés MV y col. Prevalencia de depresión en adolescentes de 9 a 19 años de colegios públicos y privados del área metropolitana. Investigadoras. Universidad ces facultad de medicina grupo de salud mental Medellín.2008.
17. Recinos JJ. Riesgo de trastornos de salud mental en adolescentes de establecimientos de educación pública a nivel básico y diversificado de la zona 5.Universidad de san Carlos de Guatemala Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala 2002.
18. Bohórquez AP. prevalencia de depresión y de ansiedad según las escalas de zung, y evaluación de la asociación con el desempeño académico en los estudiantes de medicina. Maestría en Epidemiología Clínica Pontificia Universidad Javeriana.2007.
19. Bragado C, Bersabé R, Carrasco I. Factores de riesgo para los trastornos conductuales, de ansiedad, depresivos y de eliminación en niños y adolescentes. *Psicothema*. 1999;11(4):939-956. Madrid, España.
20. Carranza RF. Depresión y características demográficas asociados en estudiantes y líderes universitarios de Lima Metropolitana. (Internet) (mayo 2016). En: *Rev. Apuntes Universitarios*. Año II, num. 2, pp. 79-90. Disponible en:
http://revistascientificas.upeu.edu.pe/index.php/ra_universitarios/article/view/58/60
21. Carranza, RF. Propiedades psicométricas del inventario de depresión de Beck (BDI-II) para universitarios de Lima Metropolitana. (Tesis pregrado). Lima, Perú: Universidad Peruana Unión, 2009.
22. Arenas SC. Relación entre la funcionalidad familiar y la depresión en adolescentes. (Tesis pregrado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Psicología, Escuela de Psicología. Lima, 2009.

23. Riveros M, Hernández H Y Rivera J. Niveles de depresión y ansiedad en estudiantes universitarios de Lima Metropolitana. Rev. IIPSI. Vol. 10 - Nº 1 - 2007, pp. 91 - 102. UNMSM, Facultad de Psicología, 2007.
24. Huarancca K. Intervención de la enfermera en la identificación de factores condicionantes de depresión en adolescentes escolares de 14 a 17 años del centro educativo 1252. Santa Isabel, Ate Vitarte, Lima. 2015. (Tesis pregrado), Universidad Ricardo Palma, Escuela de Enfermería San Felipe.
25. Ramírez, RJ. Adaptación del inventario de depresión infantil de Kovacs en escolares de la ciudad de Cajamarca. Pontificia Universidad Católica del Perú. Facultad de letras y Ciencias Humanas Especialidad De Psicología. Lima – 2009
26. Organización Mundial de la Salud. La depresión, (Internet), (Consultado dic. 2016). Disponible en: <http://www.who.int/topics/depression/es/>
27. Ministerio de Salud. Módulo de Atención Integral en Salud Mental Nº 06, La Depresión, Lima – 2005.
28. De Perú. La depresión. <http://www.deperu.com/abc/salud/57/la-depresion.2012>.
29. Peter M. Lewinsohn, PR, John R. Seeley, Psychosocial Functioning of Young Adults Who Have Experienced and Recovered From Major Depressive Disorder During Adolescence, 2003.
30. Tellería, C. Niveles de depresión, riesgo suicida y factores psicosociales de riesgo suicida en pacientes adultos con cáncer. Universidad Católica Andrés Bello, Dirección de Postgrado, Especialización de Psicología Clínica Comunitaria.
31. Montenegro, H. Depresión en la infancia y la adolescencia. En H. Montenegro & H. Guajardo (Eds.), Psiquiatría del niño y del adolescente (pp. 135-150). Santiago de Chile: Mediterráneo. 2000.
32. Ministerio de Salud. Boletín de la unidad de investigación epidemiológica y

análisis situacional de servicios de salud (ASIS) / Oficina de epidemiología / INSN. No 3 / Diciembre 2014, Breña- Lima – Perú.

33. Watson, D., Clark, L. A., & Carey, G. Positive and negative affectivity and their relation to anxiety and depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 97 (3), 346-353. 1998.
34. Eaton, W., & Ritter, C. Distinguishing anxiety and depression with field survey data. *Psychological Medicine*, 18, 155–166. 1988
35. Rahola, J.G., & Micó, J.A. (2002). Ansiedad y depresión: ¿Tan lejos o tan cerca? En P. Pichot (Ed.), *Ciclo vital y trastornos psiquiátricos graves* (pp.483-530). Madrid: Aula Médica.
36. Auger, L. *Ayudarse a sí mismo: una psicoterapia mediante la razón*. Editorial Sal Terrae, 1987.
37. Santos, A., Bernal, G., & Bonilla, J. Eventos estresantes de vida y su relación con la sintomatología depresiva. *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana*, 16, 121–132.1998.
38. Fernández, J., & Edo, S. ¿Se puede medir el estrés?: Un análisis de los elementos que componen el proceso del estrés. *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana*, 16, 113 – 148.1998.
39. Espinosa, J. y Roman, T. Actitudes hacia la Ciencia en estudiantes universitarios de Ciencias. *Enseñanza de las Ciencias*, 1993, 11(3), 297-300.
40. Stephanou, G. Students classroom emotions: Socio-cognitive antecedents and school performance. *Journal of Research in Educational Psychology*, 9(1), 5-48. 2001.
41. Blum, R. Un modelo conceptual de salud del adolescente. En E. Dulanto (Ed.), *El adolescente* (pp. 656-672). Mexico: Mc Graw Hill. 2000.
42. Lewinsohn, P., Rohde, P., Seeley, J., Klein, D., & Gotlib, I. Natural course of adolescent major depressive disorder in a community sample: Predictors of

- recurrence in young adults. *The American Journal of Psychiatry*, 157 (10), 1584-1597. 2000.
43. Vélez, E., Schiefelbein, E. & Valenzuela, J. Factores que afectan el rendimiento académico en la educación primaria. Revisión de la literatura de América Latina y del Caribe. Extraído de: <http://www.oei.es/calidad2/Velezd.PDF>.2000.
 44. Gómez, C., & Rodríguez, N. Factores de riesgo asociados al síndrome depresivo en la población colombiana. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 26 (1), 23-35. 1997.
 45. Santacruz, C., Gómez, R. C., Posada, V. J., & Viracachá, P. A propósito de un análisis secundario de la encuesta nacional de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas. Bogotá: Ministerio de Salud-Pontificia Universidad Javeriana. 1995.
 46. Bernal, H., & Escobar, L. Prevalencia de depresión en estudiantes de medicina de la Universidad del Valle. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 29 (3), 251-259. 2000.
 47. Dulanto, E. Familia y adolescencia. En E. Dulanto (Ed.), *El adolescente* (pp. 239-253). México: Mc Graw Hill. 2000.
 48. Flour, E., & Buchanan, A. The role of mother involvement and father involvement in adolescent bullying behavior. *Journal of Interpersonal Violence*, 18 (6), 634-644. Recuperado el 23 de agosto de 2016.
 49. Kraaij, V., Garnefski, N., Wilde, E., & Dijkstra, A. Negative life events and depressive symptoms in late adolescence: Bonding and cognitive coping as vulnerability factors? *Journal of Youth and Adolescence*, 32 (3), 185-193. 2003.
 50. Gilman, S., Kawachi, I., Fitzmaurice, G., Buka, S. Family disruption in childhood and risk of adult depression. *The American Journal of Psychiatry*, 160 (5), 939 – 946. 2003.
 51. Ministerio de Salud. Normativa por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental. Bogotá: Ministerio de Salud. Resolución Número 02358 de

1998.

52. Hernández, C. A. Indicadores del funcionamiento familiar y vulnerabilidad a la crisis. En Memorias. Caracterización, crisis y transformaciones de la familia en Colombia (pp. 107 – 121). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Ciencias Humanas, Servicio de Atención Psicológica.1996.
53. Videon, T. The effects of parent-adolescent relationships and parental separation on adolescent well-being. *Journal of Marriage and Family*, 64 (2), 489-503.2002.
54. McCloskey, L., &Lichter, E. The contribution of marital violence to adolescent aggression across different relationships. *Journal of Interpersonal Violence*, 18 (4), 390-412. 2003.
55. Keegan M. Influences and mediators of the effect of poverty on young adolescent depressive symptoms. *Journal of Youth and Adolescence*, 31 (3), 231- 239. USA, 2002.
56. Field, T., Diego, M., & Sanders, C. Adolescent depression and risk factors. *Adolescence*, 36 (143), 491-498. Recuperado el 18 de diciembre de 2016. 2001.
57. Campo-Cabal, G., & Gutiérrez, J. Psicopatología en estudiantes universitarios de la Facultad de Salud – Univalle. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 30 (4), 351-357.2001
58. Sandoval, A., Umbarila, D., & Pardo, G. Variables sociodemográficas y psicosociales en una muestra de jóvenes del SAP, con diagnóstico principal de estado de ánimo depresivo. Universidad Nacional de Colombia, Servicio de Atención Psicológica.2004.

ANEXOS

ANEXO 01. MATRIZ DE CONSISTENCIA.

Título: PERFIL SOCIO DEMOGRÁFICO Y ACADÉMICO ASOCIADO A NIVELES DE DEPRESIÓN EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES, 2016

Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables e indicadores	Instrumentos de recolección de datos	Tipo y diseño de investigación
<p>¿Cuál es el perfil socio demográfico y académico que se asocia a niveles de depresión en estudiantes de enfermería de la Universidad Nacional de Tumbes?</p>	<p>Objetivo general: Determinar el perfil socio-demográfico y académico que se asocia a niveles de depresión en estudiantes de Enfermería de la Univ. Nac. de Tumbes.</p> <p>Objetivos Específicos: a) Identificar los factores socio-demográficos y académicos de los estudiantes de Escuela de Enfermería de la Univ. Nac. de Tumbes. b) Identificar el nivel de depresión de los estudiantes de Enfermería de la Univ. Nac. de Tumbes. c) Identificar la relación entre el perfil socio-demográfico y el nivel de depresión de los estudiantes de Enfermería de la Univ. Nac. de Tumbes. d) Identificar la relación entre el perfil académico y el nivel de depresión de los estudiantes de Enfermería de la Univ. Nac. de Tumbes.</p>	<p>Hipótesis general: Hi: "El perfil socio-demográfico y académico se relaciona significativamente a niveles de depresión en los estudiantes de Enfermería de la Univ. Nac. de Tumbes".</p> <p>Hipótesis específicas: Hi1: "El perfil socio-demográfico se relaciona significativamente a niveles de depresión en los estudiantes de Enfermería de la Univ. Nac. de Tumbes". Hi2: "El perfil académico se relaciona significativamente a niveles de depresión en los estudiantes de Enfermería de la Univ. Nac. de Tumbes".</p>	<p>X1. Perfil socio-demográfico. <u>Indicadores:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Sexo • Edad • Estado civil • Región de procedencia • Condición de jefe de familia • Personas con la que vive actualmente • Responsable de su manutención y manejo financiero <p>X2. Perfil académico <u>Indicadores:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Prom. ponderado Semestral (PPS) • Prom. acumulado de notas (PPA) • Pérdida de semestre de la carrera • Condición de amonestado • Condición licencia estudios • Pérdida año escolar (Prim. o Sec.) • Hrs. / Sem. de estudio fuera horario clase • Hrs. / Sem. Para Activ. Tiempo libre <p>Y. Niveles de depresión <u>Indicadores:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Estados de ánimos • Niveles de depresión 	<p>Cuestionario de encuesta para identificar el perfil socio-demográfico.</p> <p>Hoja de recolección de datos académicos del estudiante.</p> <p>Test de Beck de Depresión.</p>	<p>Tipo de investigación: Correlacional.</p> <p>Diseño de investigación: No experimental.</p> <p>Esquema: Ox → Oy</p> <p>Población y muestra <u>Población:</u> Estudiantes según sexo y año de estudios de enfermería matriculados en el semestre 2016-I N=299</p> <p><u>Tamaño muestral:</u> Se determinará el tamaño muestral con fórmula para poblaciones finitas.</p> <p><u>Muestra:</u> Estratificada por sexo y año estudios n = 73.</p>

ANEXO 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,....., Natural de Tumbes, declaro que acepto participar en la investigación **“PERFIL SOCIO DEMOGRÁFICO Y ACADÉMICO ASOCIADO A NIVELES DE DEPRESIÓN EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES, 2016”**, realizado por GARCÍA VINCES, Annelly Yecceline; Bahiller en Enfermería de la Universidad Nacional de Tumbes, Asesoradas por la Lic. Enf. LLOCLLA SORROZA, Leslie B. y Lic. Enf. CERVANTES RUJEL, Balgelica A.

Acepto que las entrevistas y los discursos vertidos por mi persona, se graben asumiendo que las informaciones serán solo de conocimientos de los investigadores que garantiza el secreto, respeto y privacidad de las respuestas.

Soy consciente que el informe final de la investigación será publicado, sin la revelación de los informantes, conservando la libertad de retirar mi consentimiento en cualquier momento y dejar de participar del estudio, sin que esto genere algún perjuicio y/o gastos.

Se dé que tener dudas sobre mi participación podre aclararlas con la investigadora. Por último, declaro que después de las aclaraciones convenientes realizadas, deseo participar de la presente investigación.

Tumbes,.....de..... de2016

Firma del Informante

Firma del Investigador

ANEXO N° 03
CUESTIONARIO DE ENCUESTA

Objetivo:

Recolectar los datos socio, demográficos y académicos del estudiante de Enfermería de la Universidad Nacional de Tumbes.

Instrucciones:

Por favor conteste cada uno de los ítems de este cuestionario, la información que aquí consigne es de carácter confidencial y será custodiada por el investigador.

N° encuestado:

I. DATOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS

1.1. Sexo: Masc.() Fem.()

1.2. Edad: años

1.3. Estado civil: Soltero() Casado()Conviviente()Viudo() Separado()

1.4. Lugar de residencia antes de ingresar a la Escuela de Enfermería:
(país)....., (departamento).....y (ciudad)

1.5. Región de procedencia: Costa () Sierra () Selva ()

1.6. Tiene Ud. la condición de jefe de familia: Si () No ()

1.7. ¿Con quién vive actualmente?

(1) Padre.....()

(2) Madre.....()

(3) Hermanos(as).....()

(4) Abuelos, tíos o primos.....()

(5) Amigos.....()

(6) Pareja.....()

(7) Sólo/a en un cuarto alquilado.....()

(8) Sólo/a en una casa o apartamento.....()

II. RENDIMIENTO ACADÉMICO

2.1. Promedio de notas acumulado (PPA):

2.2. Promedio de notas del último semestre (PPS):

2.3. ¿Usted ha perdido algún semestre de la carrera de Enfermería? Si() No()

¿Cuál(es) semestre(s)? _____

2.4. ¿Cuál es el semestre que ingresó a estudiar? _____

2.5. ¿Qué semestre cursa actualmente, según el plan de estudios? _____

(Si está repitiendo alguna materia por favor escriba ambos semestres)

2.6. ¿Ha estado AMONESTADO? Si() No() _____ (número de veces)

2.7. ¿Ha solicitado LICENCIA ESTUDIOS? Si() No() _____ (número veces)

2.8. ¿Perdió usted durante sus estudios de primaria o secundaria algún año? Si() No()

2.9. ¿Cuántas _____ ? _____ Hrs.

2.10. ¿Cuántas horas dedica a la semana para estudiar fuera de las horas de clases programadas? _____ Hrs.

2.10. ¿Cuántas horas tiene a la semana para realizar actividades de tiempo libre (no incluya las horas de sueño ni las de las comidas habituales) durante los meses de estudio? _____ Hrs.

2.11. ¿Qué actividades práctica en el tiempo libre durante el semestre académico?

(Marque con una X en la casilla las respuestas que correspondan)

Actividad	Si	No	N° Hrs/ Sem.
1. Lectura			
2. Cine			
3. Televisión			
4. Deportes			
5. Actividades manuales			
6. Actividades recreativas individuales (internet, juegos, etc)			
7. Actividades recreativas colectivas (Paseos, fiestas, etc)			
8. Otras, cuáles:			

ANEXO N° 04

TEST DE DEPRESIÓN DE BECK

N° encuestado:

OBJETIVO:

Aplicar el Test de depresión de Beck para identificar los niveles de depresión de los estudiantes de Enfermería de la Universidad Nacional de Tumbes.

INSTRUCCIONES:

Por favor, encierre en un círculo el número de la frase que describa mejor la forma en que usted se siente actualmente.

- A.
 - 0. No me siento triste
 - 1. Me siento triste o melancólico
 - 2. a. Estoy triste o melancólico todo el tiempo y no puedo evitarlo
 - 2. b. Soy tan triste o desdichado que es muy doloroso
 - 3. Soy tan triste o desdichado que no puedo tolerarlo

- B.
 - 0. No estoy particularmente pesimista o desalentado con respecto al futuro
 - 1. Me siento desalentado con respecto al futuro
 - 2. a. Siento que no tengo nada que perseguir en el futuro
 - 2. b. Siento que nunca podré salir de mis problemas
 - 3. Siento que el futuro es irremediable y que las cosas no pueden mejorar

- C.
 - 0. No me siento fracasado
 - 1. Siento que he fracasado más que la persona promedio
 - 2. a. Siento que he logrado muy poco que valga la pena o que signifique algo
 - 2. b. Cuando me pongo a ver lo que ha sido mi vida, sólo encuentro una serie de fracasos
 - 3. Siento que soy un completo fracaso como persona

- D.
 - 0. No estoy particularmente insatisfecho
 - 1. a. Me siento aburrido la mayor parte del tiempo
 - 1. b. No disfruto de las cosas en la misma forma que antes
 - 2. Nunca volveré a obtener satisfacción de nada
 - 3. Estoy insatisfecho con todo

- E.
 - 0. No me siento particularmente culpable
 - 1. Me siento malo o indigno una buena parte del tiempo
 - 2. a. Me siento bastante culpable
 - 2. b. Me siento malo o indigno prácticamente todo el tiempo
 - 3. Me siento como si fuera muy malo o despreciable

- F.
 - 0. No siento que este siendo castigado
 - 1. Tengo el sentimiento de que algo malo puede sucederme
 - 2. Siento que estoy siendo castigado o que seré castigado

- 3. a. Siento que merezco ser castigado
 - 3. b. Quiero ser castigado
- G. 0. No me siento desilusionado de mí mismo
- 1. a. Me siento desilusionado de mí mismo
 - 1. b. No me gusta a mí mismo
 - 2. Estoy disgustado conmigo mismo
 - 3. Me odio a mí mismo
- H. 0. No siento que yo sea peor que las demás personas
- 1. Me critico mucho a mí mismo por mi debilidad o mis errores
 - 2. a. Me culpo a mí mismo por todo lo que sale mal
 - 2. b. Siento que tengo muchos defectos
 - 3. Siento que no sirvo para nada
- I. 0. No tengo ninguna intención de dañarme
- 1. He pensado dañarme a mí mismo pero no lo llevaría a cabo
 - 2. a. Pienso que estaría mejor muerto
 - 2. b. Tengo planes definidos para cometer suicidio
 - 2. c. Pienso que mi familia estaría mejor si yo muriera
 - 3. Me mataría a mí mismo si pudiera
- J. 0. No lloro más que lo usual
- 1. Ahora lloro más de lo que acostumbraba
 - 2. Ahora lloro todo el tiempo. No puedo detenerme
 - 3. Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo hacerlo, aunque quiera
- K. 0. No me irrito más ahora de lo que siempre lo he hecho
- 1. Ahora me molesto o me irrito más fácilmente que antes
 - 2. Me siento irritado todo el tiempo
 - 3. Las cosas que usualmente me irritan ya no consiguen hacerlo ahora
- L. 0. No he perdido interés en otras personas
- 1. Estoy menos interesado en otras personas de lo que era usual
 - 2. He perdido mucho interés en la gente y me preocupa poco lo que le suceda
 - 3. He perdido mi interés en la gente y no me preocupa nada de lo que pase
- M. 0. Tomo decisiones tan bien como antes
- 1. Estoy menos seguro de mí mismo ahora y trato de evitar tomar decisiones
 - 2. Ya no puedo tomar decisiones sin ayuda
 - 3. En ningún caso puedo tomar ningún tipo de decisión
- N. 0. No siento que me vea peor ahora que antes
- 1. Me preocupa el que yo parezca viejo o poco atractivo
 - 2. Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia y ellos me hacen parecer poco atractivo
 - 3. Siento que soy feo o repulsivo a la vista

- O. 0. Puedo trabajar tan bien como antes
1. a. Tengo que esforzarme más para comenzar a hacer algo
1. b. No trabajo tan bien como lo acostumbraba
2. Me cuesta muchísimo trabajo hacer algo
3. De plano no puedo hacer nada
- P. 0. Puedo dormir tan bien como antes
1. Ahora despierto más cansado como antes
2. Despierto una o dos horas más temprano que antes y es muy difícil que me vuelva a dormir
3. No puedo dormir más que cinco horas y me despierto muy temprano diariamente
- Q. 0. No me canso más que lo usual
1. Me canso más fácilmente que antes
2. Me cansa hacer algo
3. Estoy muy cansado como para hacer algo
- R. 0. Mi apetito no es peor que lo usual
1. Mi apetito no es tan bueno como antes
2. Mi apetito es mucho peor ahora
3. No tengo apetito de nada
- S. 0. No he perdido mucho peso o ninguno últimamente
1. He perdido más de tres kilos
2. He perdido más de cinco kilos
3. He perdido más de siete kilos
- T. 0. No estoy más interesado en mi salud que lo usual
1. Me preocupo por dolores o molestias estomacales o estreñimiento o algún otro sentimiento corporal desagradable
2. Estoy tan preocupado por como o que siento que no puedo hacer nada
3. Estoy completamente absorto en lo que siento
- U. 0. No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo
1. Estoy menos interesado en el sexo ahora
2. Estoy mucho menos interesado en el sexo ahora
3. He perdido el interés en el sexo por completo

ANEXO 05.

ANÁLISIS MULTIMODAL DEL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

N° Encuesta:

REACTIVO	PUNTAJE
A. Estado de ánimo	
B. Pesimismo	
C. Sentimiento de fracaso	
D. Falta de satisfacción	
E. Sentimiento de culpa	
F. Sentimiento de castigo	
G. Odio a sí mismo	
H. Autoacusaciones	
I. Deseos autopunitivos	
J. Brotes de llanto	
K. Irritabilidad	
L. Aislamiento social	
M. Indecisión	
N. Imagen corporal	
O. Inhibición del trabajo	
P. Perturbación del sueño	
Q. Fatigabilidad	
R. Pérdida de apetito	
S. Pérdida de peso	
T. Preocupación	
U. Pérdida de libido	
Total puntaje	

ANEXO 05.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA	CATEGORÍA	RANGO DE VALORES	ÍTEMS / INSTRUMENTO
Perfil socio demográfico y académico	Son las características asociadas con el perfil bio-psico-social de la persona y académico como estudiante universitario.	Es la medición de las características socio-demográficas y académicas del estudiante de Enfermería.	Perfil socio-demográfico	Sexo	Nominal	Género	Masc. / Fem.	Sexo
				Edad	Intervalar		< 18	Edad
							18 – 22	
							> 22	
				Estado civil	Nominal	Soltero		Estado civil
						Conviviente		
						Casado		
						Viudo		
				Región de procedencia	Nominal	Costa		Ítem 1.5. Lugar de procedencia
						Sierra		
						Selva		
				Condición de jefe de familia	Nominal	Si		Ítem 1.6. Condición de jefe de familia
						No		
Personas con la que vive actualmente	Nominal	Familia completa		Ítem 1.7. ¿Con quién vive actualmente?				
		Padres o hermanos						
		Abuelos u otros						
		Con pareja						
		Solo						

				Responsable de su mantención y manejo financiero		Padres		Ítem 1.8. ¿Quién es el responsable de su mantención y manejo financiero?
						Otros familiares		
						El mismo		
		Perfil Académico	Promedio de notas (PPA)	Intervalar	Muy Alto	> 14.00	Promedio de notas (PPA)	
					Alto	13.00 - 14.00		
					Medio	11.00 - 13.99		
					Bajo	10.00 - 10.99		
					Muy bajo	< 10.00		
			Promedio de notas semestral (PPS)	Intervalar	Muy Alto	> 14.00	Promedio de notas semestral (PPS)	
					Alto	13.00 - 14.00		
					Medio	11.00 - 13.99		
					Bajo	10.00 - 10.99		
					Muy bajo	< 10.00		
			Pérdida de semestre de la carrera		Si		Ítem 2.3. Perdió algún semestre	
					No			
			Condición de amonestado		Si		Ítem 2.6. Fue amonestado	
					No			
		Condición licencia estudios		Si		Ítem 2.7. Pidió licencia?		
				No				
		Pérdida año escolar (Prim. o Sec.)		Si		Ítem 2.8. Perdió año escolar		
				No				

				Hrs. / Sem. de estudio fuera horario clase	Intervalo		< 5 hrs.	Ítem 2.9. Hrs. / Sem. de estudio fuera horario clase
							5 – 10 Hrs.	
				Hrs. / Sem. Para Activ. Tiempo libre	Intervalo		11 - 20 Hrs.	Ítem 2.10. Hrs. / Sem. Para Activ. Tiempo libre
							< 5 hrs.	
							5 – 10 Hrs.	
							11 - 20 Hrs.	
							> 20 Hrs.	
Niveles de depresión	Grado en que un trastorno del estado de psíquico modifica usualmente la actividad de un individuo por baja estimulación, poca iniciativa, desánimo, baja autoestima y alteración del humor o afectividad.	Es la cuantificación de la puntuación de cada uno de los ítems del Test de Beck, para determinar el nivel de depresión global.	Estados de ánimo	A. Estado de ánimo	Intervalar	puntaje de 0 a 3		Item A
				B. Pesimismo	Intervalar	puntaje de 0 a 3		Item B
				C. Sentimiento de fracaso	Intervalar	puntaje de 0 a 3		Item C
				D. Falta de satisfacción	Intervalar	puntaje de 0 a 3		Item D
				E. Sentimiento de culpa	Intervalar	puntaje de 0 a 3		Item E
				F. Sentimiento de castigo	Intervalar	puntaje de 0 a 3		Item F
				G. Odio a sí mismo	Intervalar	puntaje de 0 a 3		Item G
				H. Autoacusaciones	Intervalar	puntaje de 0 a 3		Item H
				I. Deseos autopunitivos	Intervalar	puntaje de 0 a 3		Item I
				J. Brotes de llanto	Intervalar	puntaje de 0 a 3		Item J
				K. Irritabilidad	Intervalar	puntaje de 0 a 3		Item K
				L. Aislamiento social	Intervalar	puntaje de 0 a 3		Item L
				M. Indecisión	Intervalar	puntaje de 0 a 3		Item M
				N. Imagen corporal	Intervalar	puntaje de 0 a 3		Item N
O. Inhibición del trabajo	Intervalar	puntaje de 0 a 3		Item O				
				P. Perturbación del	Intervalar	puntaje de 0 a 3		Item P

				sueño				
				Q. Fatigabilidad	Intervalar	puntaje de 0 a 3		Item Q
				R. Pérdida de apetito	Intervalar	puntaje de 0 a 3		Item R
				S. Pérdida de peso	Intervalar	puntaje de 0 a 3		Item S
				T. Preocupación	Intervalar	puntaje de 0 a 3		Item T
				U. Pérdida de libido	Intervalar	puntaje de 0 a 3		Item U
			Nivel de depresión	Depresión global	Intervalar	Sin depresión	0 -- 9	Item A al Item U (21 ítems del test de Beck).
						Depresión leve	10 - 18	
						Depresión moderada	19 - 29	
						Depresión grave	30 – 63	
VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA	CATEGORÍA	RANGO DE VALORES	ÍTEMS / INSTRUMENTO

ANEXO D
COEFICIENTE DE CONFIABILIDAD ALFA DE CRONBACH:

$$\alpha = \frac{k}{k - 1} \left(1 - \frac{\sum V_i}{V_t} \right)$$

Donde:

α : Coeficiente de confiabilidad Alfa de Cronbach.

k: Número de ítems.

V_i : Varianza de cada ítem.

V_t : Varianza total.

Obteniéndose los siguientes resueltos:

Estadísticos de Fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N° de elementos
0.79	12

El instrumento fue aplicado a una muestra piloto de estudiantes de la Facultad de Ingeniería Pesquera de la Universidad Nacional de Tumbes.

El valor obtenido fue de 0.79, el instrumento del presente estudio es altamente confiable y válido.