

Universidad Católica de Santa María

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

Facultad de Medicina Humana

Programa Profesional de Medicina Humana



Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

“Frecuencia de Depresión y su asociación con el Nivel de autoestima en una población de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María, 2015”

Autor: Luza Casaverde, Edwin Wilder

Arequipa - Perú

2015

DEDICATORIA

A mi madre Regina porque a pesar de su ausencia la siento en el corazón cada día, por cuidarme siempre y guiar mis pasos.

A la memoria de mi abuela Encarnación, por su apoyo y permitirme lograr este sueño.

A mis queridas tías Margarita, Teresa, Eva y Laly por su amor y su apoyo incondicional en momentos cuando más lo necesitaba.

A la Dra. Gloria Llaza Loayza, por sus enseñanzas, por hacerme ver la vida con otros ojos, su comprensión y apoyo.

A Paola, por su cariño, apoyo y comprensión en todos estos años.

A Oscar, por ser un gran amigo amistad.



Epígrafe:

“Hay hombres que luchan un día y son buenos. Hay otros que luchan un año y son mejores, hay quienes luchan muchos años, y son muy buenos. Pero hay los que luchan toda la vida, esos son los imprescindibles”

Bertolt Brecht



ÍNDICE GENERAL

RESUMEN.....	5
ABSTRACT.....	6
INTRODUCCIÓN.....	8
CAPÍTULO I: MATERIALES Y MÉTODOS.....	10
CAPÍTULO II: RESULTADOS.....	13
CAPÍTULO III: DISCUSIÓN Y COMENTARIOS.....	76
CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	95
BIBLIOGRAFÍA.....	98
ANEXOS.....	102
ANEXO 1: Proyecto de Tesis.....	103
ANEXO 2: Matriz de Datos.....	170

RESUMEN

Objetivos. Determinar la Frecuencia de Depresión y su Asociación con el Nivel de autoestima en una población de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María, 2015.

Métodos. Estudio descriptivo, observacional, transversal y de asociación simple. Se encuestaron 200 estudiantes adolescentes, de los cuales 189 llenaron de manera correcta el cuestionario suministrado, estos tenían una edad comprendida entre 14 años a 18 años a mas, que asistieron al Centro de Estudios Pre-Universitario de la Universidad Católica de Santa María, durante el mes de Febrero del 2015. A cada estudiante adolescente se le aplico un cuestionario de datos socio demográficos, la Escala de Birleson modificada para Trastornos Depresivos en niños y Adolescentes y Escala de autoestima de Rosenberg. Se determinó la frecuencia de Depresión, de sintomatología depresiva y el nivel de autoestima la relación entre las variables de estudio mediante la prueba de X^2 y $P < 0.05$.

Resultados. De los 189 adolescentes: la frecuencia fue de 26 (13,8%) para la presencia de Depresión y 49 (25,9%) para la presencia de sintomatología depresiva, se estableció relación estadística significativa ($P < 0.05$) entre presencia de depresión y edad, maltrato físico, consumo de cigarrillos, consumo de alcohol, personas con las que convive, dependencia económica, estado civil de padres, edad del padre, edad de la madre, y relación entre padres. Respecto al nivel de Autoestima: 96 (50,8%) de los adolescentes encuestados tiene un Nivel de Autoestima Alta, 47 (24,9%) tiene un Nivel de Autoestima Baja y 46 (24,3%) tiene un Nivel de Autoestima Media, se estableció relación estadística significativa entre el Nivel de Autoestima y edad, desempeño escolar, maltrato físico, consumo de cigarrillos, consumo de alcohol, consumo de drogas, persona(s) con las que vive, estado civil de padres, edad del padre, edad de la madre y la relación entre los padres. Respecto a la asociación entre Depresión y el nivel de Autoestima esta si mostro significancia estadística con $X^2 = 6.530$ $P < 0.05$.

Conclusiones. La presencia de sintomatología depresiva y Depresión es alta en los adolescentes encuestados, el nivel de Autoestima determinada es alta en más de la mitad de los adolescentes encuestados Respecto a la Depresión esta influye de manera directa en el Nivel de Autoestima de los adolescentes.

ABSTRACT

Objectives. Determine the frequency of depression and its association with the level of self-esteem in a population of Adolescent students from the Pre-University Center Studies of the Catholic University of Saint Mary, 2015.

Methods. Descriptive, observational, cross-sectional study of simple association. 200 adolescent students, of which 189 correctly filled the questionnaire provided these were aged between 14 years to 18 years more, who attended the Center for Pre-University Studies, Catholic University of Saint Mary were surveyed during the month of February 2015. Every teen student will apply a sociodemographic questionnaire data Birleson Scale modified for Depressive Disorders in Children and Adolescents and Rosenberg Self-Esteem Scale. Frequency of depression, depressive symptoms and self-esteem the relationship between the study variables using the X^2 test and $P < 0.05$ was determined.

Results. Of the 189 adolescents: frequency was 26 (13.8%) for the presence of depression and 49 (25.9%) for the presence of depressive symptoms, significant relationship ($P < 0.05$) was established between presence of depression and age, physical abuse, smoking, alcohol consumption, people with whom they live, economic dependency, marital status of parents, paternal age, maternal age, and relationship between parents. Regarding the level of self-esteem: 96 (50.8%) of teens surveyed have a high level of self-esteem, 47 (24.9%) has a low level of Self Esteem and 46 (24.3%) have a level of self-esteem Media, statistically significant relationship between the level of esteem and age, school performance, physical abuse, smoking, alcohol consumption, drug use, person (s) with whom you live, marital status of parents was established, paternal age, maternal age and the relationship between the parents. Regarding the association between depression and level of esteem that if I showed statistical significance with $X^2 = 6.530$ $P < 0.05$.

Conclusions. The presence of depressive symptoms and depression is high in the surveyed adolescents, given their level of self-esteem is high in more than half of teens surveyed Regarding the Depression this directly affects the level of self-esteem of adolescents.

INTRODUCCIÓN

Entre los 10 y los 20 años, los jóvenes experimentan cambios rápidos en la estructura corporal y el funcionamiento fisiológico, psicológico y social a este periodo de cambios se le denomina adolescencia. Por todos los cambios en las distintas esferas de funcionamiento el adolescente es vulnerable a desarrollar trastornos de diferentes tipos, siendo unos de los más importantes y frecuentes los trastornos a nivel de su Salud Mental, dentro de estos uno de los mas frecuentes los trastornos del estado del ánimo uno de estos la depresión. El Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental (EEMSM), realizado en Lima y Callao el 2002, reportó una prevalencia de episodio depresivo en adolescentes de 8.6%.

La autoestima ha sido denominada como “el vestigio del alma”; es el ingrediente que proporciona dignidad a la existencia humana. Se desarrolla a partir de la interacción humana por lo que uno se considera importante para otra persona. Una autopercepción positiva, o un alta autoestima, es un resultado deseado del proceso de desarrollo humano. Se ha vinculado con la salud mental a largo plazo y con el equilibrio emocional. Los trastornos del estado de ánimo en adolescentes específicamente la depresión puede influir negativamente en la autoestima de los mismos, creando así factores de riesgo para el desarrollo de otros trastornos a nivel mental. Me resulta pues implícito indicar que los adolescentes son una población de riesgo a nivel de Salud Mental y Emocional, por tal motivo realice este trabajo de investigación.



CAPÍTULO I

MATERIALES Y MÉTODOS

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1 TÉCNICAS:

En la presente investigación se aplicó la técnica de la encuesta.

1.2 INSTRUMENTOS:

Los instrumentos que se aplicaron fueron una ficha de recolección de datos sociodemográficos (Anexo 1), la Escala de Autoestima de Rosenberg (Anexo 2) y la Escala de Birlenson para Depresión en Adolescentes (Anexo 3), los cuales nos permitieron consignar todos los datos referidos a las variables de estudio.

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. Ubicación espacial:

La investigación fue realizada en el Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María, ubicado en el Distrito de Yanahuara, Provincia de Arequipa, Departamento de Arequipa.

2.2. Ubicación temporal:

La investigación se realizó entre los meses de Diciembre del 2014 y Enero del 2015.

2.3. Unidades de estudio:

Se estudió a la población adolescente incluida dentro del alumnado del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María.

2.4. Población:

Todos los adolescentes inscritos en el Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María en el periodo de estudio.

Muestra: Se estudió una muestra cuyo tamaño se determinó mediante la fórmula de muestreo para proporciones en poblaciones finitas no conocidas:

$$n = \frac{Z\alpha^2 \cdot p \cdot q}{E^2}$$

Dónde:

n = tamaño de la muestra

$Z\alpha$ = coeficiente de confiabilidad para una precisión del 95% = 1.96

p = frecuencia de conocimiento adecuado de MAC = 0.15

q = 1 – p

E = error absoluto = 5% para estudios de ciencias de la salud = 0.05

Por tanto: $n = 195,92 \approx 200$ casos.

Además, los integrantes de la muestra debían de cumplir los criterios de selección.

Criterios de selección:

- **Criterios de Inclusión**
 - Participación voluntaria en el estudio
 - Llenado correcto de encuestas
- **Criterios Exclusión**
 - Fichas de encuesta incompletos o mal llenados

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1. Organización

- Se realizaron las coordinaciones con la Dirección del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María para obtener la autorización para realizar el estudio.
- Se informó a los estudiantes del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María soldados acerca de la forma de llenado de la ficha de recolección de datos sociodemográficos, la Escala de Autoestima de Rosenberg y la Escala de Birlenson para Depresión en Adolescentes, y se procedió a aplicar los instrumentos.
- Una vez concluida la recolección de los datos, éstos fueron organizados en bases de datos para su interpretación y análisis.

- Finalmente se realizó el informe final de la investigación.

3.2 Criterios para manejo de resultados

a) Plan de Procesamiento

Los datos registrados en el Anexo 1, el Anexo 2 y el Anexo 3 fueron codificados y tabulados para su análisis e interpretación.

b) Plan de Clasificación:

Se empleó una matriz de sistematización de datos en Excel 2010, donde se transcribieron los datos obtenidos en cada Ficha para facilitar su uso.

c) Plan de Codificación:

Se procedió a la codificación alfanumérica de los datos para facilitar su manejo estadístico.

d) Plan de Recuento.

El recuento de los datos fue electrónico, en base a la matriz diseñada en la hoja de cálculo.

e) Plan de análisis

Se empleó la estadística descriptiva con distribución de frecuencias (absolutas y relativas); las variables categóricas se presentaron como proporciones. Para el análisis de datos se empleó la hoja de cálculo de Excel 2010 con su complemento analítico y el paquete SPSSv.22.0.

Se utilizaron las pruebas de chi cuadrado X^2 y el coeficiente de correlación P para definir si existe o no relación estadística entre las variables cualitativas evaluadas.



CAPÍTULO II

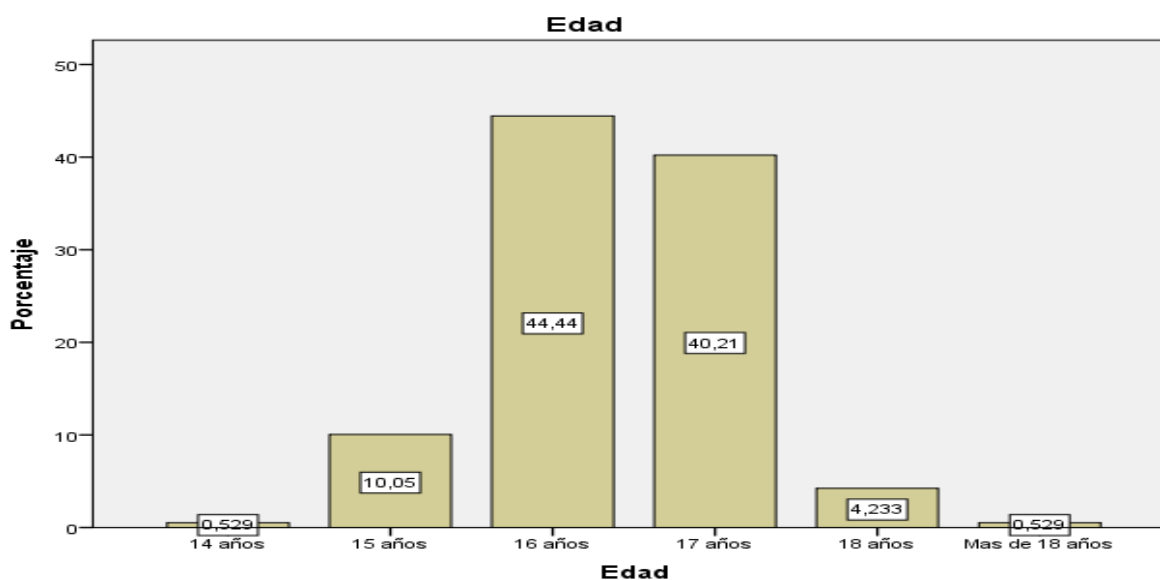
RESULTADOS

“Frecuencia de Depresión y su asociación con el Nivel de autoestima en una población de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María, 2015”

Tabla y Grafico N°1: Edad de la Muestra de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
14 años	1	,5	,5	,5
15 años	19	10,1	10,1	10,6
16 años	84	44,4	44,4	55,0
17 años	76	40,2	40,2	95,2
18 años	8	4,2	4,2	99,5
Mas de 18 años	1	,5	,5	100,0
Total	189	100,0	100,0	

La Tabla y Grafico N°1, muestra que el 94,7% de los adolescentes encuestados tiene un rango de edad de entre 15 a 17 años



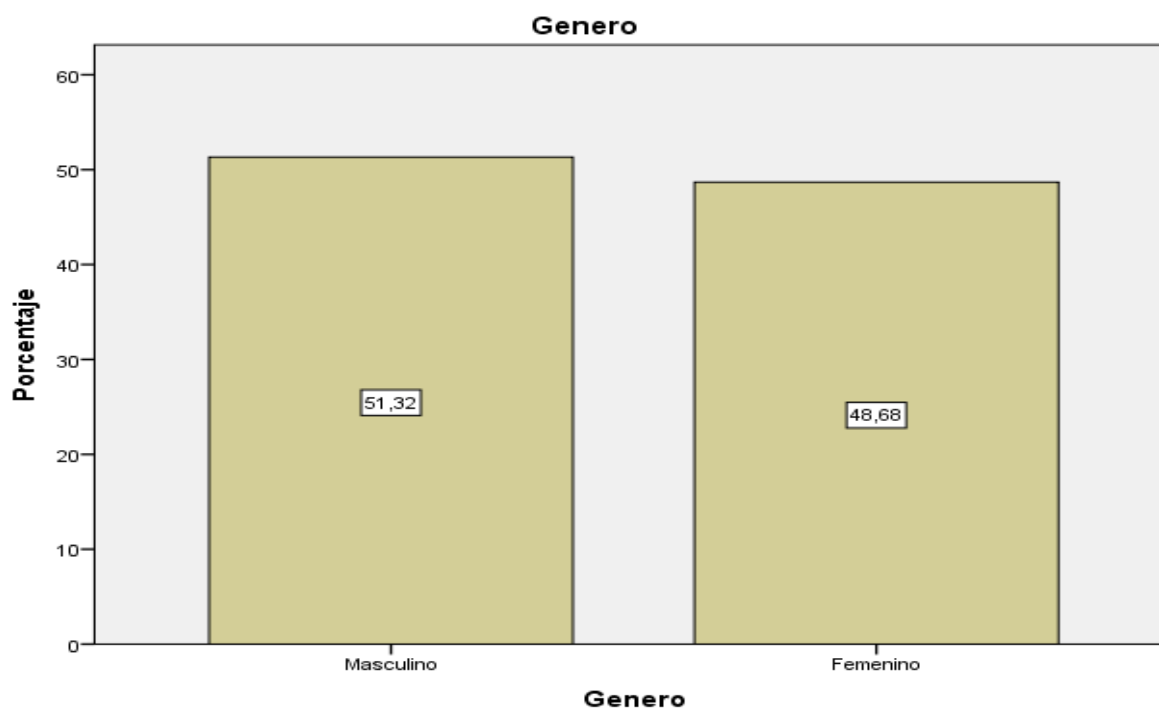
Fuente: Elaboración propia

“Frecuencia de Depresión y su asociación con el Nivel de autoestima en una población de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María, 2015”

Tabla y Grafico N°2: Género de la Muestra de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Masculino	97	51,3	51,3	51,3
	Femenino	92	48,7	48,7	100,0
	Total	189	100,0	100,0	

La Tabla y Grafico N°2, muestra que el 51,3% de los adolescentes encuestados son de género masculino y el 48,7% son de género femenino.



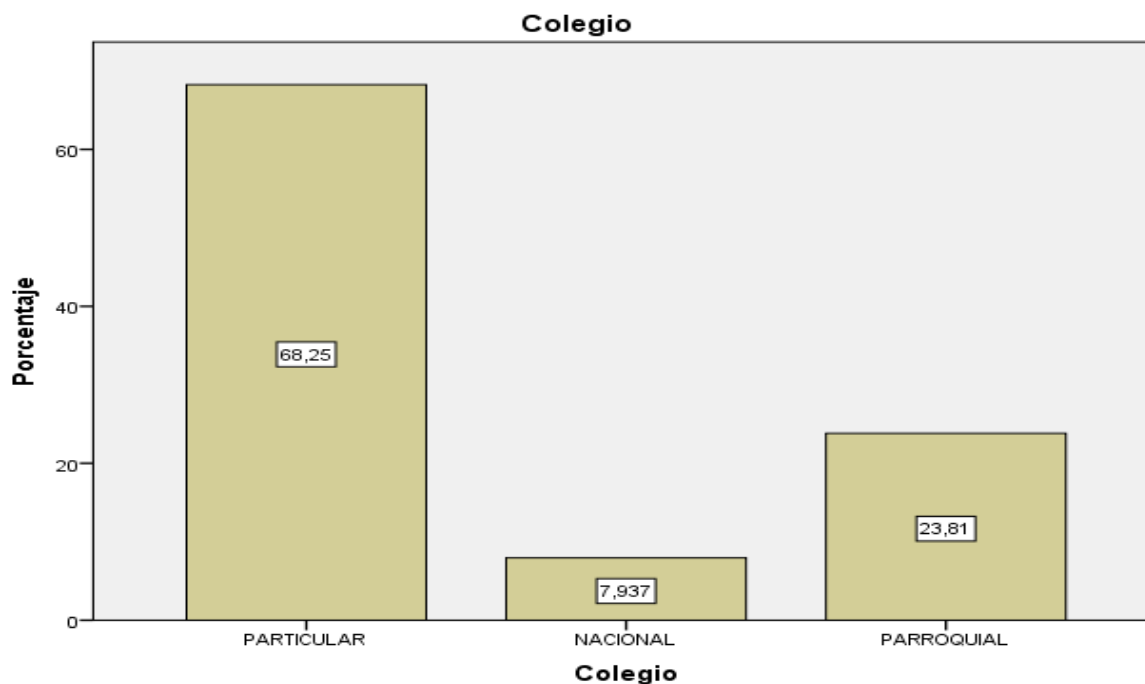
Fuente: Elaboración propia

“Frecuencia de Depresión y su asociación con el Nivel de autoestima en una población de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María, 2015”

Tabla y Grafico N°3: Colegio de Procedencia de la Muestra de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	PARTICULAR	129	68,3	68,3	68,3
	NACIONAL	15	7,9	7,9	76,2
	PARROQUIAL	45	23,8	23,8	100,0
	Total	189	100,0	100,0	

La Tabla y Grafico N°3, muestra que el 68,3% de los adolescentes encuestados procede de un Colegio Particular.



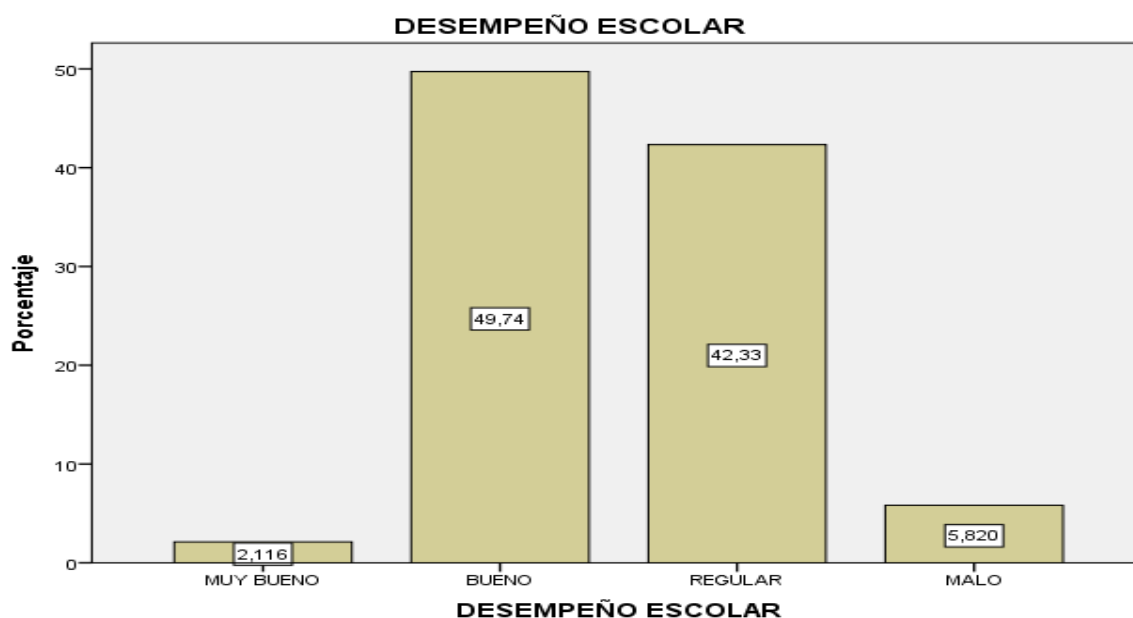
Fuente: Elaboración propia

“Frecuencia de Depresión y su asociación con el Nivel de autoestima en una población de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María, 2015”

Tabla y Grafico N°4: Desempeño Escolar de la Muestra de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	MUY BUENO	4	2,1	2,1	2,1
	BUENO	94	49,7	49,7	51,9
	REGULAR	80	42,3	42,3	94,2
	MALO	11	5,8	5,8	100,0
	Total	189	100,0	100,0	

La Tabla y Grafico N°4, muestra que el 92% de los adolescentes encuestados considera su desempeño escolar entre Bueno a Regular.



Fuente: Elaboración propia

“Frecuencia de Depresión y su asociación con el Nivel de autoestima en una población de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María, 2015”

Tabla N°5: Tenencia de Enamorado(a) de la Muestra de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	68	36,0	36,0	36,0
	NO	121	64,0	64,0	100,0
	Total	189	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

La Tabla N°5, muestra que el 64% de los adolescentes encuestados manifiesta no tener Enamorado(a) y el 36% manifiesta si tener Enamorado(a)

“Frecuencia de Depresión y su asociación con el Nivel de autoestima en una población de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María, 2015”

Tabla N°6: Inicio de Vida Sexual de la Muestra de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	24	12,7	12,7	12,7
	NO	165	87,3	87,3	100,0
	Total	189	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

La Tabla N°6, muestra que el 87,3% de los adolescentes encuestados manifiesta no haber iniciado aún su vida sexual y el 12,7% manifiesta si haberla iniciado.

“Frecuencia de Depresión y su asociación con el Nivel de autoestima en una población de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María, 2015”

Tabla N°7: Presencia de Maltrato Físico en la Muestra de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María.

MALTRATO FISICO					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	37	19,6	19,6	19,6
	NO	152	80,4	80,4	100,0
	Total	189	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

La Tabla N°8, muestra que el 80,4% de los adolescentes encuestados manifiesta no haber recibido Maltrato físico, y el 19,6% de los mismos manifiesta si haberlo recibido.

“Frecuencia de Depresión y su asociación con el Nivel de autoestima en una población de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María, 2015”

Tabla N°8: Consumo de Cigarrillos en la Muestra de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María.

CONSUMO DE CIGARRILLOS					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	54	28,6	28,6	28,6
	NO	135	71,4	71,4	100,0
	Total	189	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

La Tabla N°8, muestra que el 71,4% de los adolescentes encuestados manifiesta no haber consumido Cigarrillos, y el 28,6% manifiesta si haberlos consumido.

“Frecuencia de Depresión y su asociación con el Nivel de autoestima en una población de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María, 2015”

Tabla N°9: Consumo de Alcohol en la Muestra de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	97	51,3	51,3	51,3
	NO	92	48,7	48,7	100,0
	Total	189	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

La Tabla N°9, muestra que el 51,3% de los adolescentes encuestados manifiesta haber consumido Alcohol y el 48,7% manifiesta no haberlo consumido.

“Frecuencia de Depresión y su asociación con el Nivel de autoestima en una población de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María, 2015”

Tabla N°10: Consumo de Drogas en la Muestra de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	15	7,9	7,9	7,9
	NO	174	92,1	92,1	100,0
	Total	189	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

La Tabla N°10, muestra que el 92,1% de los adolescentes encuestados manifiesta no haber consumido drogas y el 7,9% manifiesta si haberlas consumido drogas.

“Frecuencia de Depresión y su asociación con el Nivel de autoestima en una población de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María, 2015”

Tabla N°11: Persona(s) con la que vive la Muestra de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	AMBOS PADRES	91	48,1	48,1	48,1
	SOLO PADRE	9	4,8	4,8	52,9
	SOLO MADRE	67	35,4	35,4	88,4
	TIOS	13	6,9	6,9	95,2
	ABUELOS	7	3,7	3,7	98,9
	OTROS	2	1,1	1,1	100,0
	Total	189	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

La Tabla N°11, muestra que el 48,1% de los adolescentes encuestados indica que vive con ambos padres y el 35,4% indica que vive solo con su madre.

“Frecuencia de Depresión y su asociación con el Nivel de autoestima en una población de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María, 2015”

Tabla N°12: Dependencia Económica de la Muestra de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	AMBOS PADRES	105	55,6	55,6	55,6
	SOLO PADRE	26	13,8	13,8	69,3
	SOLO MADRE	55	29,1	29,1	98,4
	TIOS	2	1,1	1,1	99,5
	ABUELOS	1	,5	,5	100,0
	Total	189	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

La Tabla N°12 , muestra que el 55,6% de los adolescentes encuestados manifiesta que depende económicamente de ambos padres y el 29,1% depende económicamente de solo su madre.

“Frecuencia de Depresión y su asociación con el Nivel de autoestima en una población de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María, 2015”

Tabla y Grafico N°13: Estado Civil de Padres de la Muestra de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
SOLTEROS	15	7,9	7,9	7,9
UNION LIBRE	21	11,1	11,1	19,0
CASADOS	125	66,1	66,1	85,2
DIVORCIADOS	25	13,2	13,2	98,4
VIUDOS	2	1,1	1,1	99,5
DESCONOCE	1	,5	,5	100,0
Total	189	100,0	100,0	

La Tabla y Grafico N°13, muestra que el 66,1% de los adolescentes encuestados manifiesta que sus padres son casados



Fuente: Elaboración propia

“Frecuencia de Depresión y su asociación con el Nivel de autoestima en una población de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María, 2015”

Tabla N°14: Edad del Padre de la Muestra de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos 30 A 40 AÑOS	4	2,1	2,1	2,1
40 A 50 AÑOS	43	22,8	22,8	24,9
50 A 60 AÑOS	117	61,9	61,9	86,8
60 A 70 AÑOS	24	12,7	12,7	99,5
DESCONOCE	1	,5	,5	100,0
Total	189	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

La Tabla N°14, muestra que el 84,7% de los adolescentes encuestados manifiesta que la edad de su padre está en el rango de 40 a 60 años

“Frecuencia de Depresión y su asociación con el Nivel de autoestima en una población de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María, 2015”

Tabla N°15: Edad de la Madre de la Muestra de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos 30 A 40 AÑOS	6	3,2	3,2	3,2
40 A 50 AÑOS	76	40,2	40,2	43,4
50 A 60 AÑOS	101	53,4	53,4	96,8
60 A 70 AÑOS	5	2,6	2,6	99,5
DESCONOCE	1	,5	,5	100,0
Total	189	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

La Tabla N°15, muestra que el 93,6% de los adolescentes encuestados manifiesta que la edad de su madre está en el rango de 40 a 60 años.

“Frecuencia de Depresión y su asociación con el Nivel de autoestima en una población de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María, 2015”

Tabla N°16: Nivel de Instrucción de Padre de la Muestra de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
SECUNDARIA	7	3,7	3,7	3,7
SUPERIOR INCOMPLETA	46	24,3	24,3	28,0
SUPERIOR COMPLETA	124	65,6	65,6	93,7
MAESTRÍA	11	5,8	5,8	99,5
DOCTORADO	1	,5	,5	100,0
Total	189	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

La Tabla N°16, muestra que el 65,6% de los adolescentes encuestados indica que el nivel de instrucción de su padre es Superior Completa, y solo el 0,5% indica que su padre tiene un Doctorado.

“Frecuencia de Depresión y su asociación con el Nivel de autoestima en una población de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María, 2015”

Tabla N°17: Nivel de Instrucción de Madre de la Muestra de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
SECUNDARIA	19	10,1	10,1	10,1
SUPERIOR INCOMPLETA	68	36,0	36,0	46,0
SUPERIOR COMPLETA	97	51,3	51,3	97,4
MAESTRÍA	4	2,1	2,1	99,5
DOCTORADO	1	,5	,5	100,0
Total	189	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

La Tabla N°17, muestra que el 51,3% de los adolescentes encuestados manifiesta que el nivel de instrucción de su madre es Superior Completa y solo el 0,5% indica que su madre cuenta con Doctorado.

“Frecuencia de Depresión y su asociación con el Nivel de autoestima en una población de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María, 2015”

Tabla N°18: Relación entre Padres de la Muestra de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María.

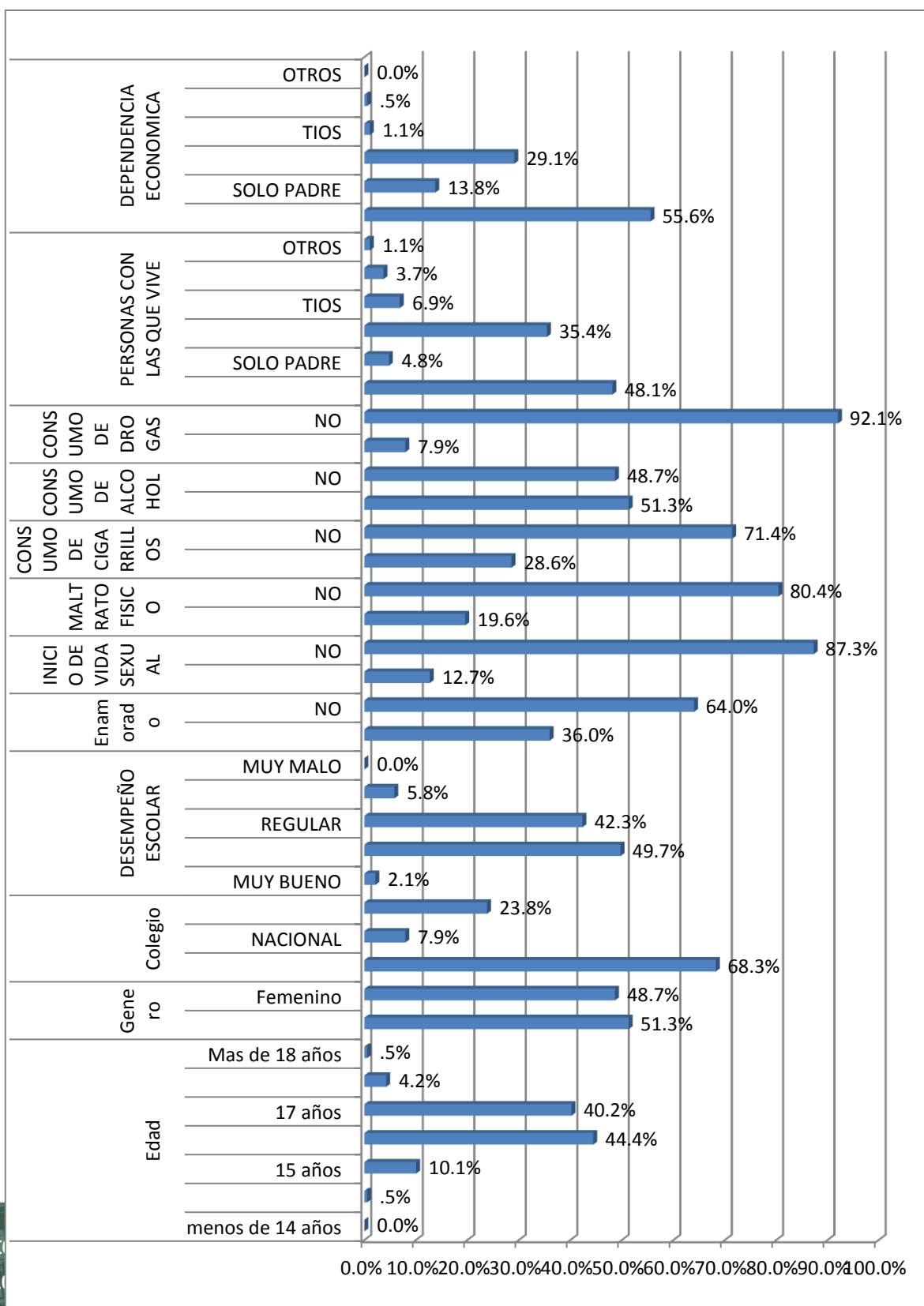
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	MUY BUENA	1	,5	,5	,5
	BUENA	93	49,2	49,2	49,7
	REGULAR	59	31,2	31,2	81,0
	MALA	36	19,0	19,0	100,0
	Total	189	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

La Tabla N°18, muestra que el 80,4% de los adolescentes encuestados consideran la relación existente entre sus padres entre Buena a Regular.

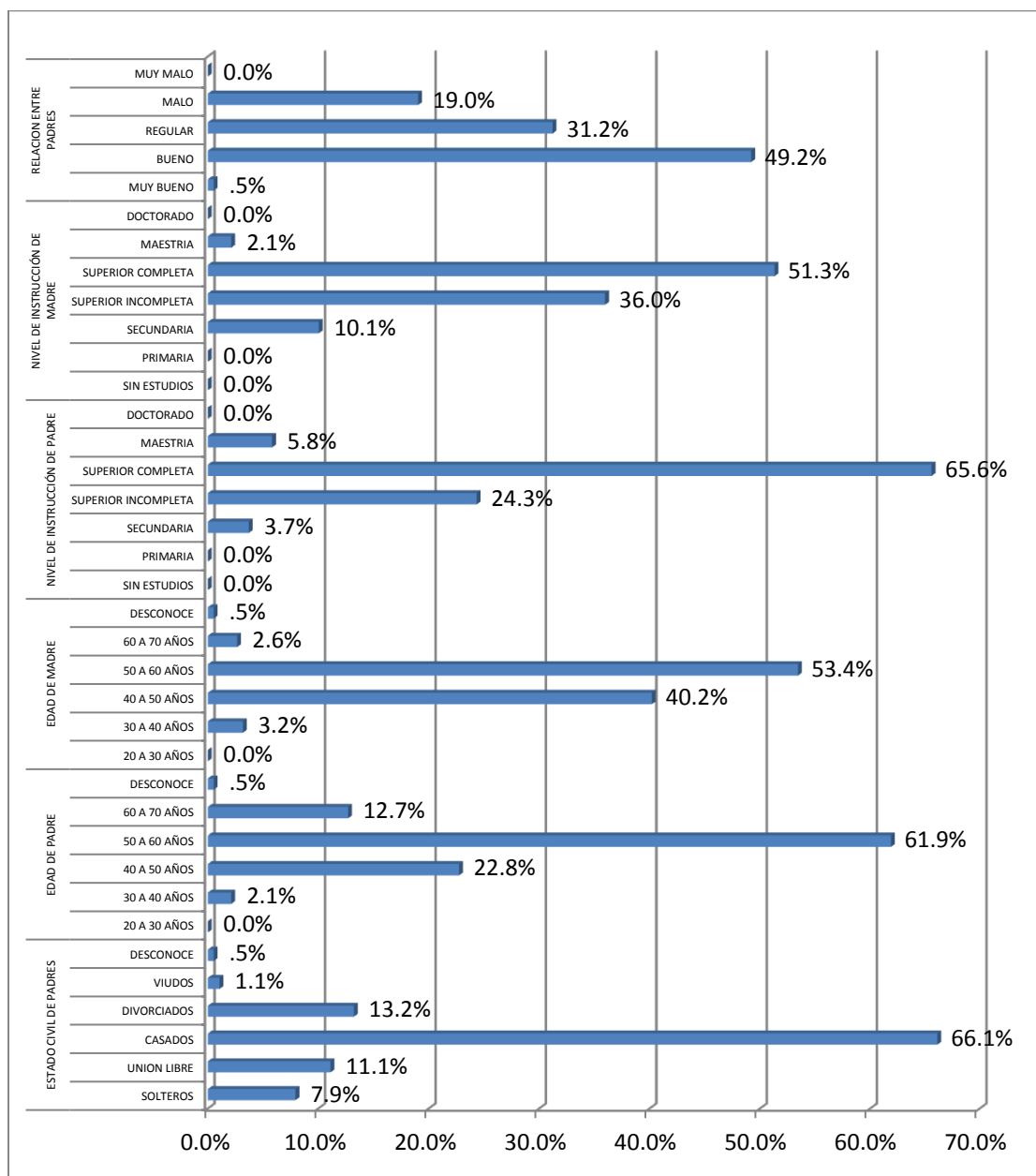
“Frecuencia de Depresión y su asociación con el Nivel de autoestima en una población de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María, 2015”

Grafico N°19: Resumen de Características Sociodemograficas



“Frecuencia de Depresión y su asociación con el Nivel de autoestima en una población de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María, 2015”

Grafico N°20: Resumen de Características Sociodemograficas

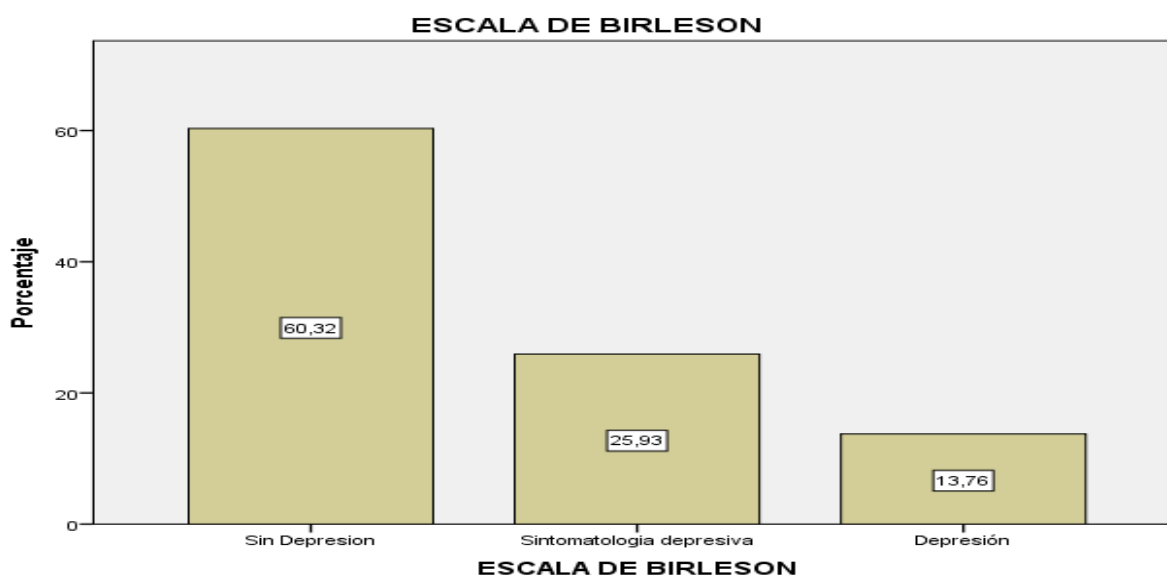


“Frecuencia de Depresión y su asociación con el Nivel de autoestima en una población de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María, 2015”

Tabla y Grafico N°21: Frecuencia de Depresión en la Muestra de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sin Depresión	114	60,3	60,3	60,3
Sintomatología depresiva	49	25,9	25,9	86,2
Depresión	26	13,8	13,8	100,0
Total	189	100,0	100,0	

La Tabla y Grafico N°21, muestra que el 25,9% de adolescentes encuestados presenta sintomatología depresiva y el 13,8% presenta Depresión.



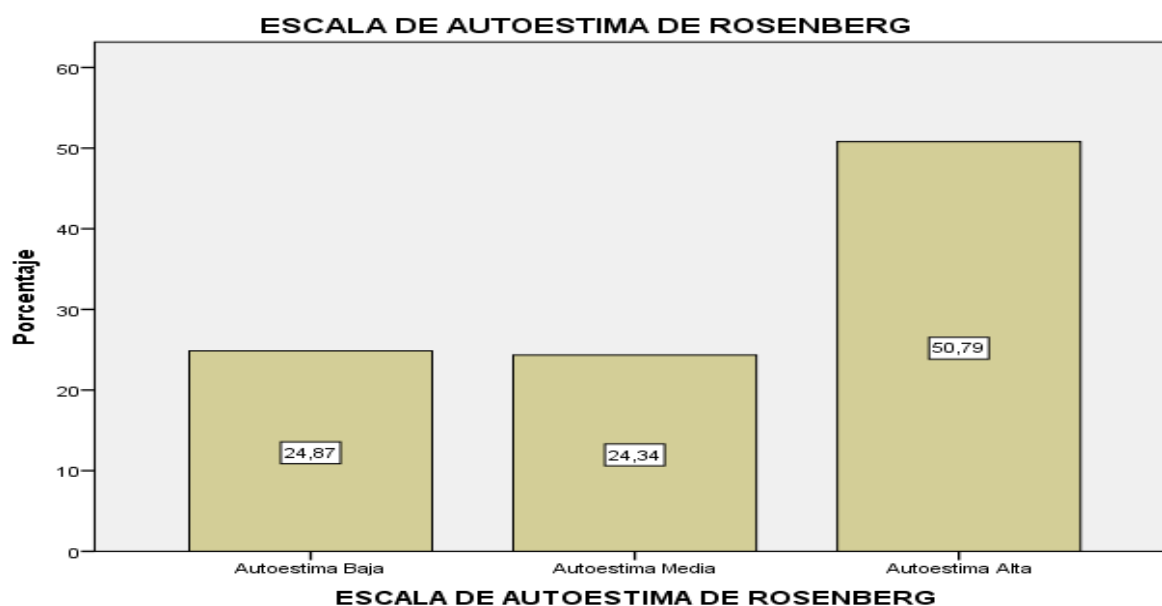
Fuente: Elaboración propia

“Frecuencia de Depresión y su asociación con el Nivel de autoestima en una población de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María, 2015”

Tabla y Grafico N°22: Nivel de Autoestima en la Muestra de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Autoestima Baja	47	24,9	24,9
	Autoestima Media	46	24,3	49,2
	Autoestima Alta	96	50,8	100,0
	Total	189	100,0	

La Tabla y Grafico N°22, muestra que el 50,8% de los adolescentes encuestados tiene un Nivel de Autoestima Alta, el 24,9% un Nivel de Autoestima Baja y el 24,3% un Nivel de Autoestima Media.



Fuente: Elaboración propia

“Frecuencia de Depresión y su asociación con el Nivel de autoestima en una población de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María, 2015”

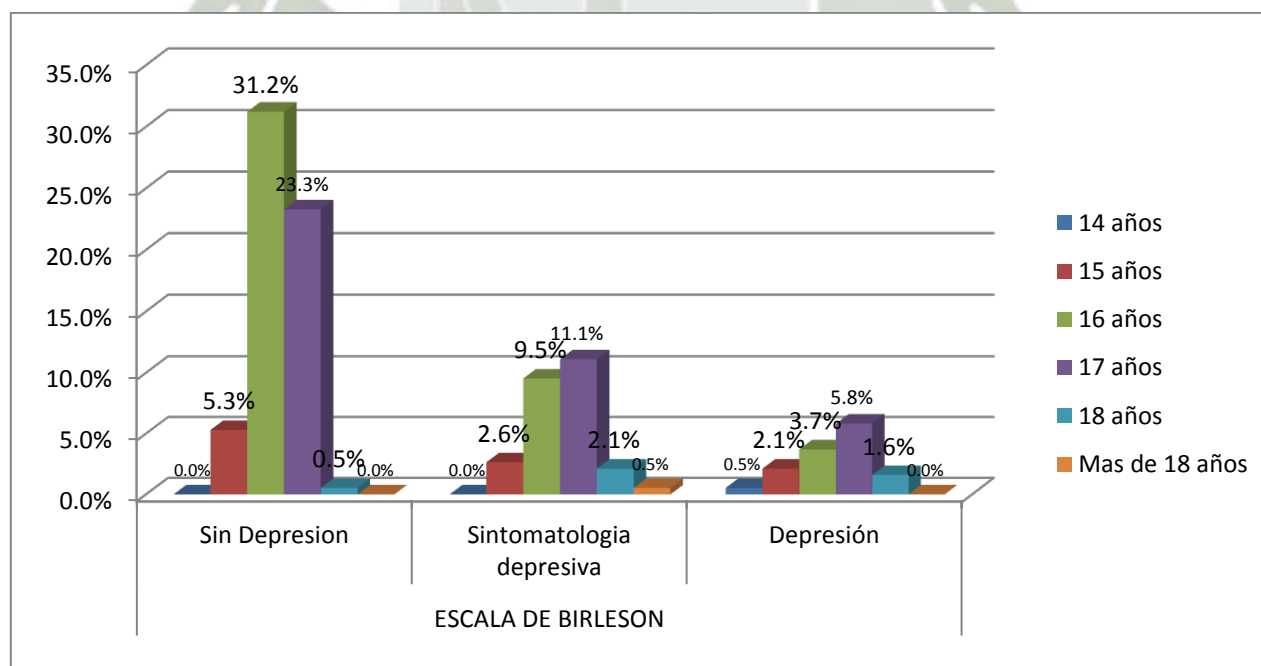
Tabla y Grafico N°23: Relación entre Escala de Birleson y la Edad de la Muestra de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María.

		ESCALA DE BIRLESON						Total	
		Sin Depresión		Sintomatología depresiva		Depresión			
		f	%	f	%	f	%	f	%
Edad	14 años	0	0.0	0	0.0	1	0.5	1	0.5
	15 años	10	5.3	5	2.6	4	2.1	19	10.1
	16 años	59	31.2	18	9.5	7	3.7	84	44.4
	17 años	44	23.3	21	11.1	11	5.8	76	40.2
	18 años	1	0.5	4	2.1	3	1.6	8	4.2
	Más de 18 años	0	0.0	1	0.5	0	0.0	1	0.5

$$X^2 = 22.158$$

$$P < 0.05 (P = 0.014)$$

En la Tabla y Grafico N°23 muestra que el 20,6% de los adolescentes con Sintomatología Depresiva y el 9,5% tiene entre 16 a 17 años, presentando relación significativa.



Fuente: Elaboración propia

“Frecuencia de Depresión y su asociación con el Nivel de autoestima en una población de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María, 2015”

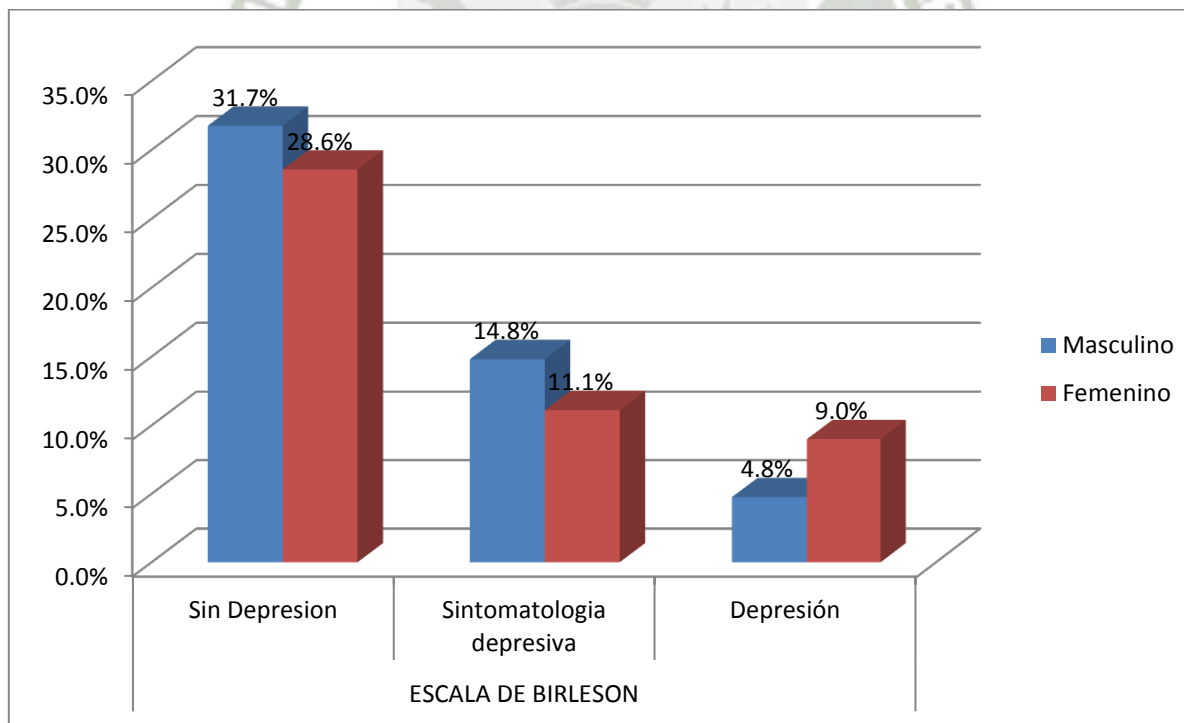
Tabla y Grafico N°24: Relación entre Escala de Birleson y el Género de la Muestra de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María.

		ESCALA DE BIRLESON						Total	
		Sin Depresión		Sintomatología depresiva		Depresión			
		f	%	f	%	f	%	f	%
Genero	Masculino	60	31.7	28	14.8	9	4.8	97	51.3
	Femenino	54	28.6	21	11.1	17	9.0	92	48.7

$$X^2 = 3.648$$

$$P > 0.05 \text{ (} P = 0.161 \text{)}$$

En la Tabla y Grafico N°24 se muestra que el 14,8% de los adolescentes con Sintomatología depresiva son de género masculino y los con Depresión el 9,0% son de género femenino.



Fuente: Elaboración propia

“Frecuencia de Depresión y su asociación con el Nivel de autoestima en una población de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María, 2015”

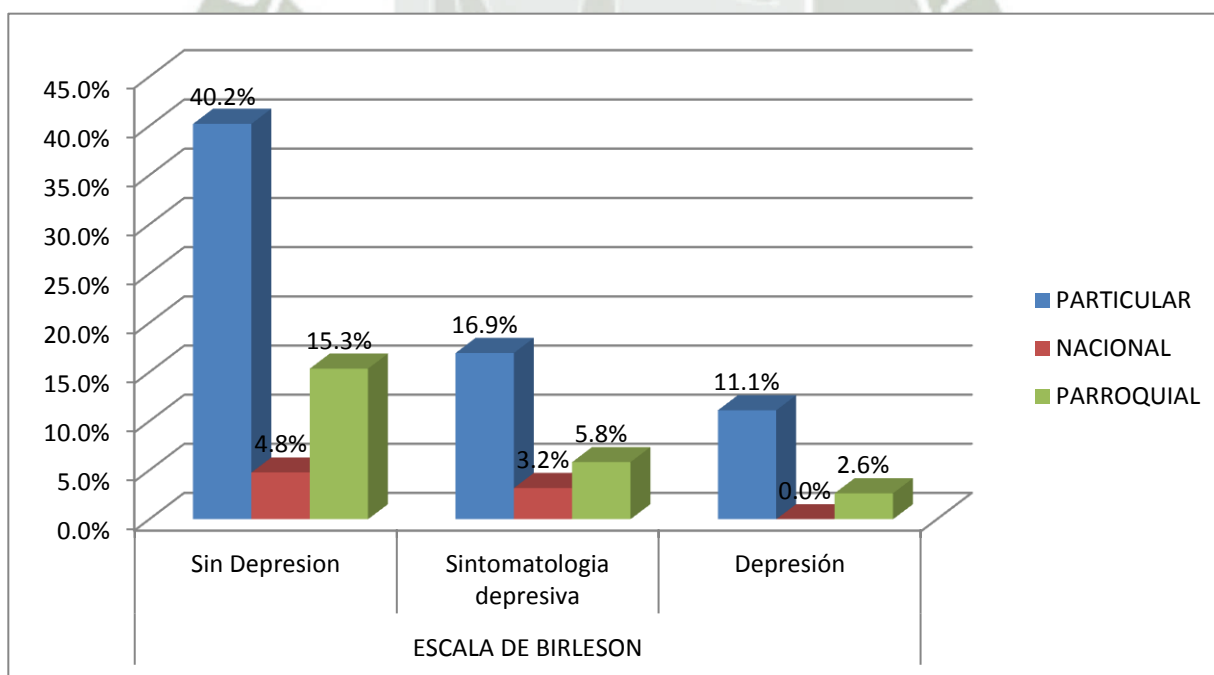
Tabla y Grafico N°25: Relación entre Escala de Birleson y el Colegio de Procedencia de la Muestra de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María.

		ESCALA DE BIRLESON						Total	
		Sin Depresión		Sintomatología depresiva		Depresión			
		f	%	f	%	f	%	f	%
Colegio	PARTICULAR	76	40.2	32	16.9	21	11.1	129	68.3
	NACIONAL	9	4.8	6	3.2	0	0.0	15	7.9
	PARROQUIAL	29	15.3	11	5.8	5	2.6	45	23.8

$$X^2 = 4.305$$

$$P > 0.05 (P = 0.366)$$

En la Tabla y Grafico N°25, muestra que el 16,9% de los adolescentes con sintomatología Depresiva y el 11,1% con Depresión proceden de un Colegio Particular.



Fuente: Elaboración propia

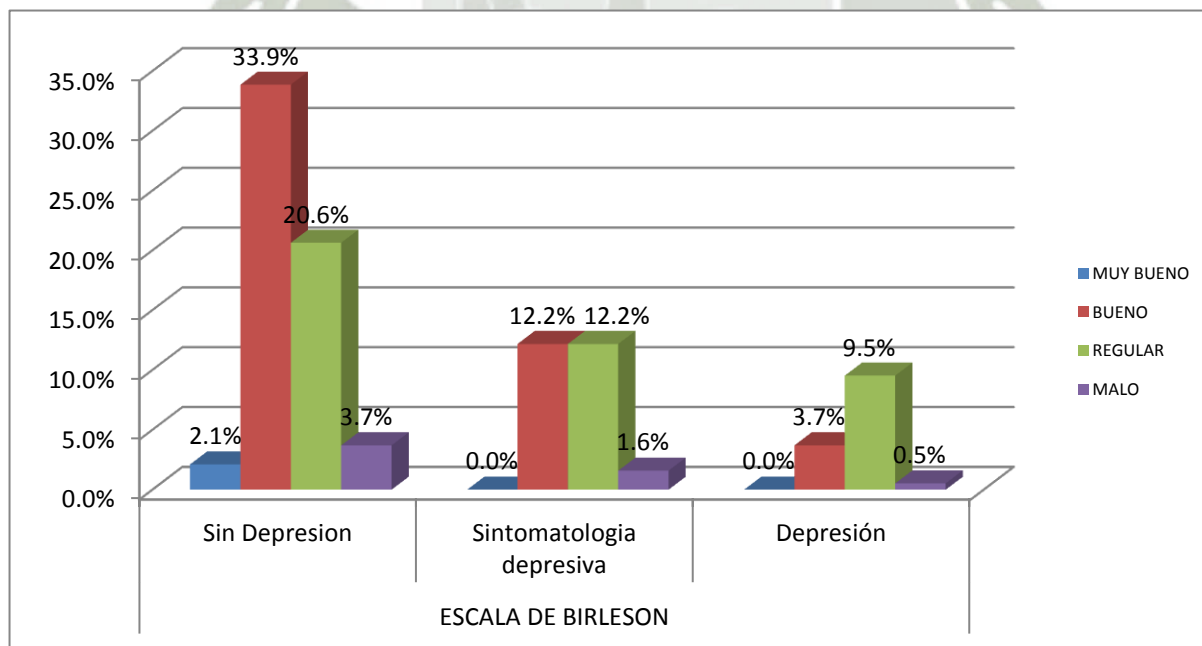
“Frecuencia de Depresión y su asociación con el Nivel de autoestima en una población de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María, 2015”

Tabla y Grafico N°26: Relación entre Escala de Birleson y el Desempeño Escolar de la Muestra de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María.

		ESCALA DE BIRLESON						Total	
		Sin Depresión		Síntomatología depresiva		Depresión			
		f	%	f	%	f	%	f	%
DESEMPEÑO ESCOLAR	MUY BUENO	4	2.1	0	0.0	0	0.0	4	2.1
	BUENO	64	33.9	23	12.2	7	3.7	94	49.7
	REGULAR	39	20.6	23	12.2	18	9.5	80	42.3
	MALO	7	3.7	3	1.6	1	0.5	11	5.8

 $X^2 = 4.810$
 $P > 0.05 (P = 0.090)$

En la Tabla y Grafico N°26 se muestra que el 24,4% de los adolescentes con sintomatología depresiva y el 13,2% con Depresión consideran tener un desempeño escolar entre Bueno y Regular.



Fuente: Elaboración propia

“Frecuencia de Depresión y su asociación con el Nivel de autoestima en una población de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María, 2015”

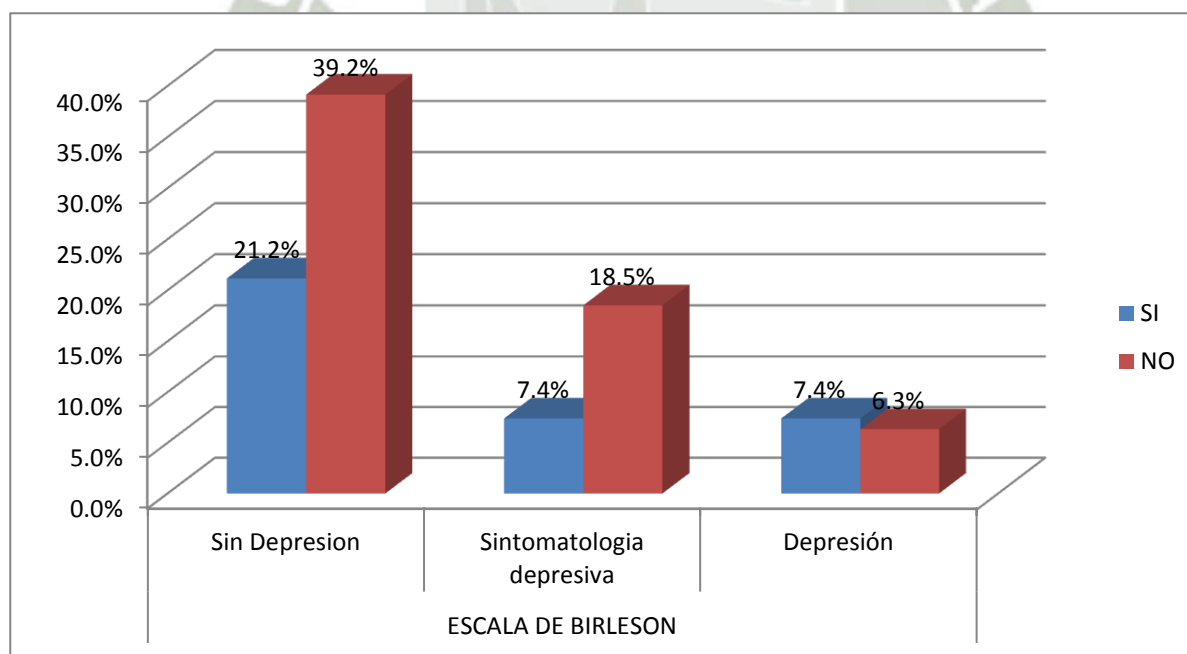
Tabla y Grafico N°27: Relación entre Escala de Birleson y la Tenencia de Enamorado de la Muestra de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María.

		ESCALA DE BIRLESON						Total	
		Sin Depresión		Sintomatología depresiva		Depresión			
		f	%	f	%	f	%	f	%
Tenencia Enamorado(a)	SI	40	21.2	14	7.4	14	7.4	68	36.0
	NO	74	39.2	35	18.5	12	6.3	121	64.0

$$X^2 = 4.810$$

$$P > 0.05 \text{ (} P = 0.096 \text{)}$$

En la Tabla y Grafico N°25 se muestra que el 18,5% de los adolescentes con sintomatología depresiva manifiesta no tener enamorado(a) frente a un 7,4% que manifiesta si tenerlo. De los adolescentes con Depresión el 7,4% tiene enamorado(a) frente a un 6,3% que no lo tiene.



Fuente: Elaboración propia

“Frecuencia de Depresión y su asociación con el Nivel de autoestima en una población de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María, 2015”

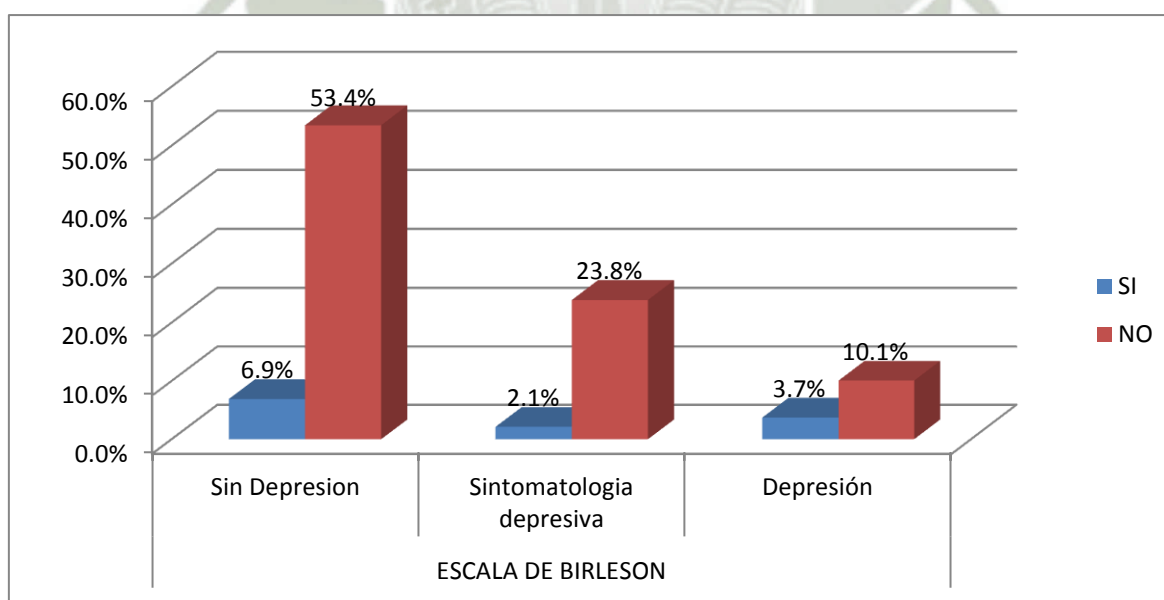
Tabla y Grafico N°28: Relación entre Escala de Birleson y el Inicio de Vida Sexual en la Muestra de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María.

		ESCALA DE BIRLESON						Total	
		Sin Depresión		Sintomatología depresiva		Depresión			
		f	%	f	%	f	%	f	%
INICIO DE VIDA SEXUAL	SI	13	6.9	4	2.1	7	3.7	24	12.7
	NO	101	53.4	45	23.8	19	10.1	165	87.3

$$X^2 = 5.827$$

$$P > 0.05 \quad (P = 0.054)$$

En la Tabla y Grafico N°28 se muestra que el 23,8% de los adolescentes con Sintomatología depresiva manifiesta no haber iniciado aun su vida sexual frente al 2,1% que manifiesta que si haberla iniciado. De los adolescentes con Depresión el 10,1% manifiesta no haber iniciado aun su vida sexual frente a un 3,7% que manifiesta que ya la inicio.



Fuente: Elaboración propia

“Frecuencia de Depresión y su asociación con el Nivel de autoestima en una población de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María, 2015”

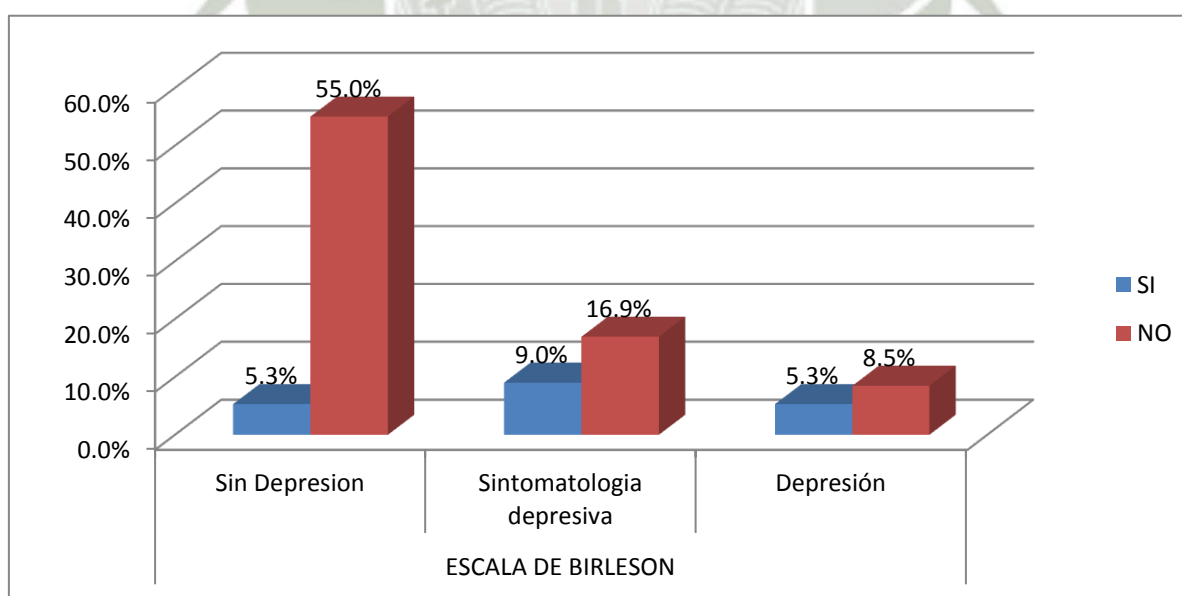
Tabla y Grafico N°29: Relación entre Escala de Birleson y la presencia de Maltrato Físico en la Muestra de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María.

		ESCALA DE BIRLESON						Total	
		Sin Depresión		Sintomatología depresiva		Depresión			
		f	%	f	%	f	%	f	%
MALTRATO FÍSICO	SI	10	5.3	17	9.0	10	5.3	37	19.6
	NO	104	55.0	32	16.9	16	8.5	152	80.4

$$X^2 = 21.455$$

$$P < 0.05 \text{ (} P = 0.000 \text{)}$$

En la Tabla y Grafico N°29 se muestra que el 16,9% de los adolescentes con sintomatología depresiva no recibió Maltrato físico, frente al 9,0% que manifiesta que si lo recibió. De adolescentes con Depresión el 8,5% manifiesta que no recibió maltrato físico frente al 5,3% que manifiesta que si recibió maltrato físico, siendo este estadísticamente significativo



Fuente: Elaboración propia

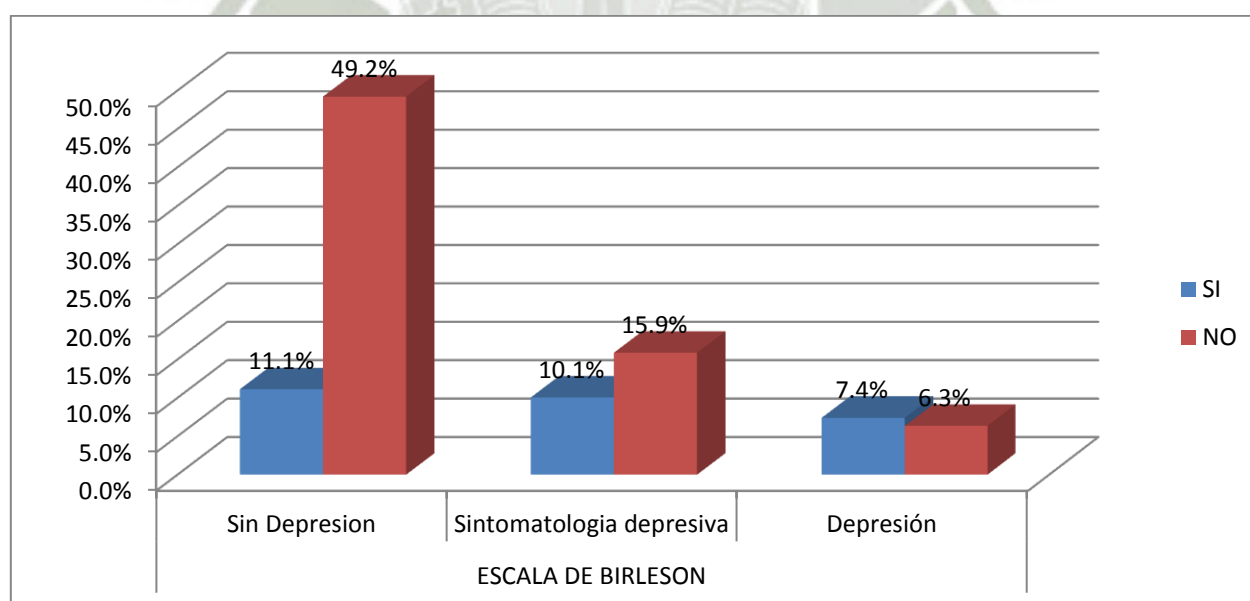
“Frecuencia de Depresión y su asociación con el Nivel de autoestima en una población de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María, 2015”

Tabla y Grafico N°30: Relación entre Escala de Birleson y el Consumo de cigarrillos en la Muestra de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María.

		ESCALA DE BIRLESON						Total	
		Sin Depresión		Síntomatología depresiva		Depresión			
		f	%	f	%	f	%	f	%
CONSUMO DE CIGARRILLOS	SI	21	11.1	19	10.1	14	7.4	54	28.6
	NO	93	49.2	30	15.9	12	6.3	135	71.4

$$X^2 = 16.394 \quad P < 0.05 \quad (P = 0.000)$$

En la Tabla y Grafico N°30 se muestra que el 15,9% de los adolescentes con sintomatología depresiva manifiesta no haber consumido cigarrillos frente al 10,1% que manifiesta que si consumió. De los adolescentes con Depresión el 7,4% manifiesta si haber consumido cigarrillos frente al 6,3% que manifiesta no haberlo hecho, siendo este estadísticamente significativo.



Fuente: Elaboración propia

“Frecuencia de Depresión y su asociación con el Nivel de autoestima en una población de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María, 2015”

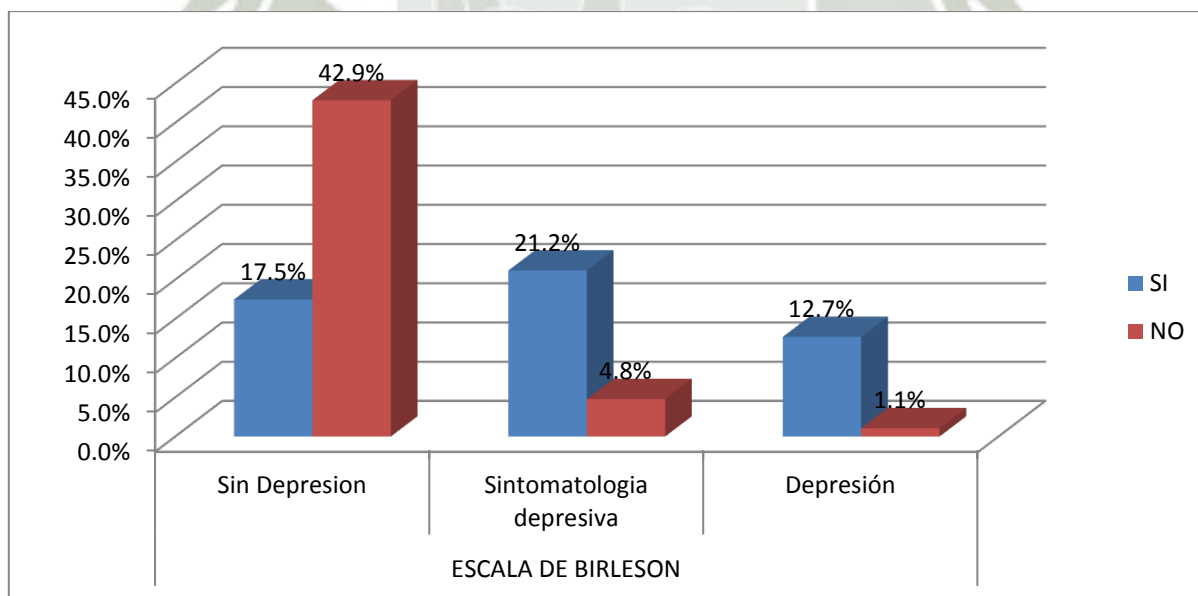
Tabla y Grafico N°31: Relación entre Escala de Birleson y el Consumo de alcohol en la Muestra de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María.

		ESCALA DE BIRLESON						Total	
		Sin Depresión		Síntomatología depresiva		Depresión			
		f	%	f	%	f	%	f	%
CONSUMO DE ALCOHOL	SI	33	17.5	40	21.2	24	12.7	97	51.3
	NO	81	42.9	9	4.8	2	1.1	92	48.7

$$X^2 = 58.347$$

$$P < 0.05 \text{ (} P = 0.000 \text{)}$$

En la Tabla y Grafico N°31 se muestra que el 21,2% de los adolescentes con sintomatología depresiva declara haber consumido alcohol frente a un 4,8% que no lo hizo. De los adolescentes con Depresión 12,7% declara haber consumido alcohol frente al 1,1% que manifiesta que no lo hizo, resultando estadísticamente significativo.



Fuente: Elaboración propia

“Frecuencia de Depresión y su asociación con el Nivel de autoestima en una población de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María, 2015”

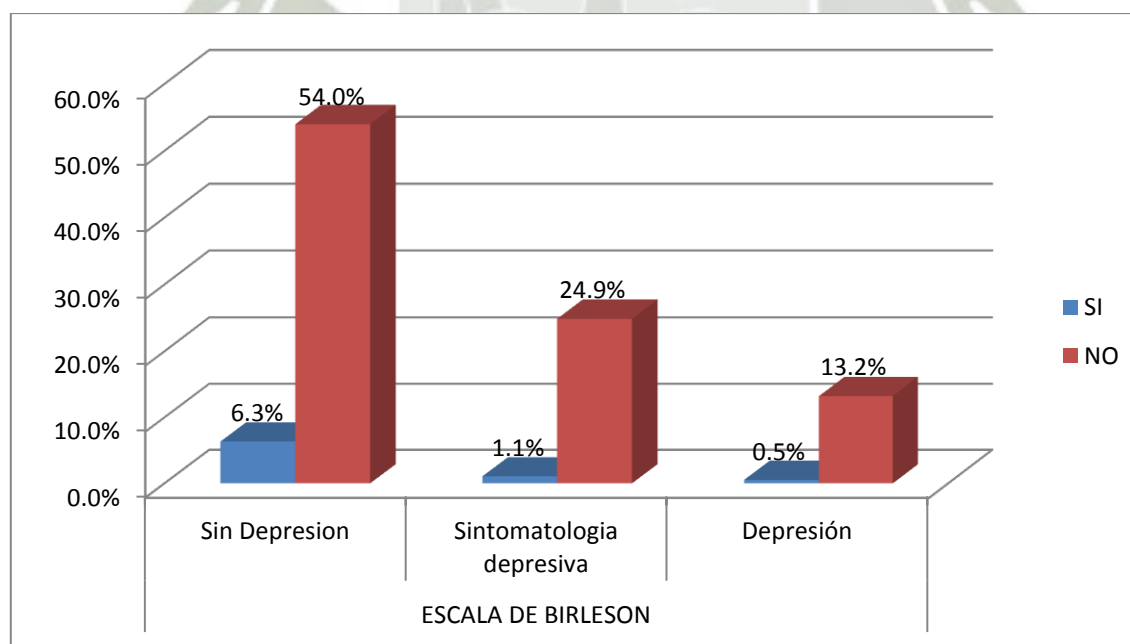
Tabla y Grafico N°32: Relación entre Escala de Birleson y el Consumo de alcohol en la Muestra de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María.

		ESCALA DE BIRLESON						Total	
		Sin Depresión		Síntomatología depresiva		Depresión			
		f	%	f	%	F	%	F	%
CONSUMO DE DROGAS	SI	12	6.3	2	1.1	1	0.5	15	7.9
	NO	102	54.0	47	24.9	25	13.2	174	92.1

$$X^2 = 2.638$$

$$P > 0.05 \quad (P = 0.267)$$

En la Tabla y Grafico N°32 se muestra que el 24,9% de los adolescentes con sintomatología depresiva manifiesta no haber consumido drogas frente a un 1,1% que manifiesta si haberlo realizado. De los adolescentes con Depresión el 13,2% manifiesta no haber consumido drogas frente al 0,5% que manifiesta si haberlo realizado.



Fuente: Elaboración propia

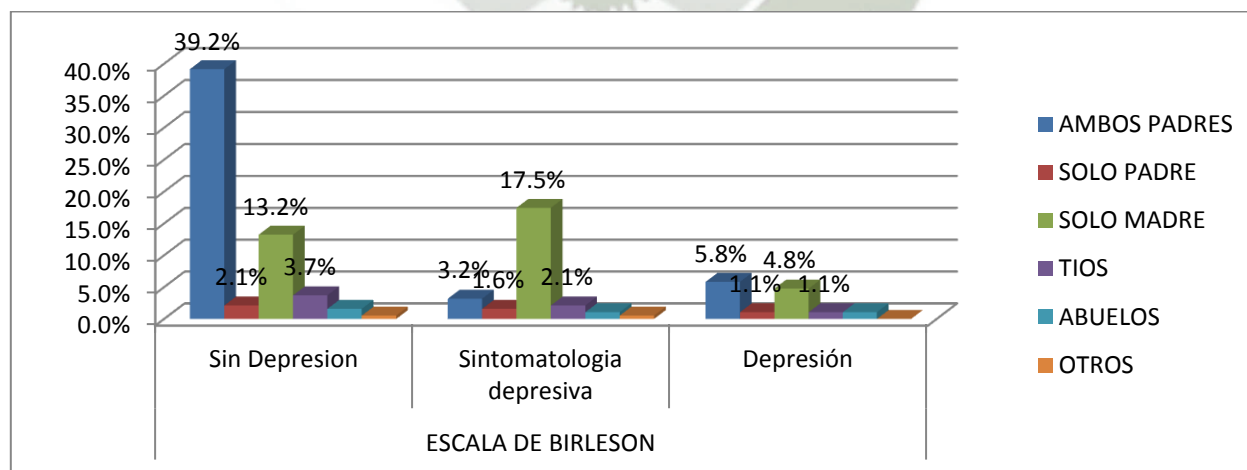
“Frecuencia de Depresión y su asociación con el Nivel de autoestima en una población de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María, 2015”

Tabla y Grafico N°33: Relación entre Escala de Birleson y la Persona(s) con las que vive la Muestra de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María

		ESCALA DE BIRLESON						Total	
		Sin Depresión		Síntomatología depresiva		Depresión			
		f	%	f	%	f	%	f	%
PERSONAS CON LAS QUE VIVE	AMBOS PADRES	74	39.2	6	3.2	11	5.8	91	48.1
	SOLO PADRE	4	2.1	3	1.6	2	1.1	9	4.8
	SOLO MADRE	25	13.2	33	17.5	9	4.8	67	35.4
	TIOS	7	3.7	4	2.1	2	1.1	13	6.9
	ABUELOS	3	1.6	2	1.1	2	1.1	7	3.7
	OTROS	1	0.5	1	0.5	0	0.0	2	1.1

 $X^2 = 43.419$
 $P < 0.05$ ($P = 0.000$)

En la Tabla y Grafico N°33 se muestra que el 17,5% de los adolescentes que presentan sintomatología depresiva viven solo con su madre. De los adolescentes con Depresión el 5,8% vive con ambos padres y el 4,8% vive solo con su madre, resultando estadísticamente significativo.



Fuente: Elaboración propia

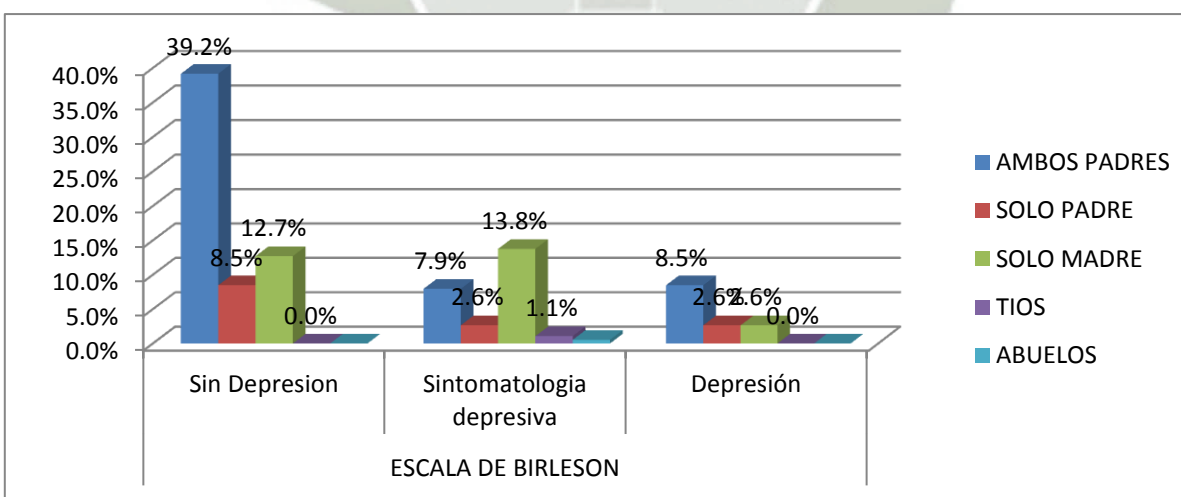
“Frecuencia de Depresión y su asociación con el Nivel de autoestima en una población de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María, 2015”

Tabla y Grafico N°34: Relación entre Escala de Birleson y la Dependencia Economica en la Muestra de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María

		ESCALA DE BIRLESON						Total	
		Sin Depresión		Síntomatología depresiva		Depresión			
		f	%	f	%	f	%	f	%
DEPENDENCIA ECONOMICA	AMBOS PADRES	74	39.2	15	7.9	16	8.5	105	55.6
	SOLO PADRE	16	8.5	5	2.6	5	2.6	26	13.8
	SOLO MADRE	24	12.7	26	13.8	5	2.6	55	29.1
	TIOS	0	0.0	2	1.1	0	0.0	2	1.1
	ABUELOS	0	0.0	1	0.5	0	0.0	1	0.5
		X ² = 30.120				P<0.05 (P= 0.000)			

 $X^2 = 30.120$
 $P < 0.05$ (P= 0.000)

En la Tabla y Grafico N°34 se muestra que el 13,8% de los adolescentes con sintomatología depresiva depende económicamente solo de su madre. De los adolescentes con Depresión el 8,5% depende económicamente de ambos padres, el 2,6% depende tanto solo de su padre o solo de su madre, resultando estadísticamente significativo.



Fuente: Elaboración propia

“Frecuencia de Depresión y su asociación con el Nivel de autoestima en una población de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María, 2015”

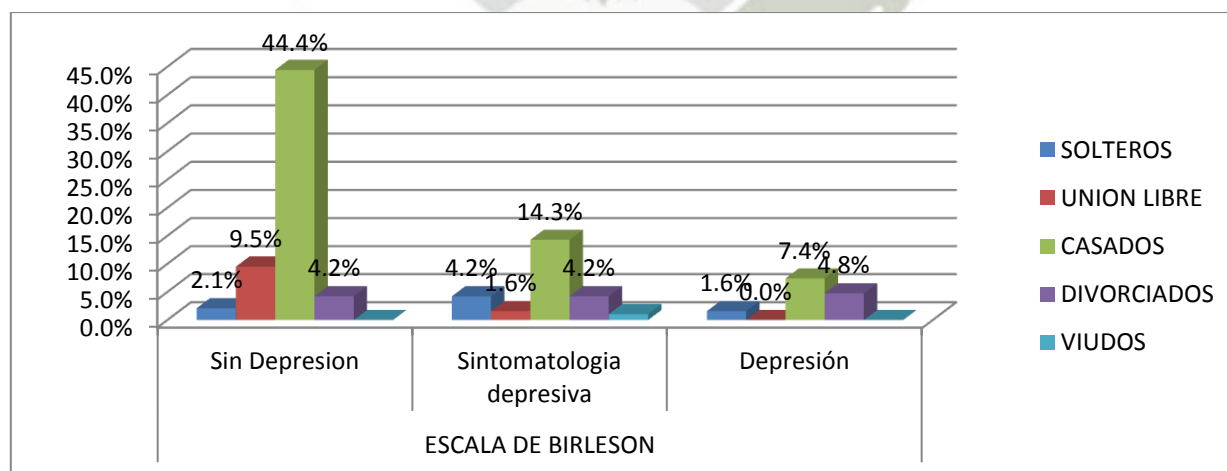
Tabla y Grafico N°35: Relación entre Escala de Birleson y el Estado Civil de los Padres de la Muestra de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María

		ESCALA DE BIRLESON						Total	
		Sin Depresión		Sintomatología depresiva		Depresión			
		f	%	f	%	f	%	f	%
ESTADO CIVIL DE PADRES	SOLTEROS	4	2.1	8	4.2	3	1.6	15	7.9
	UNION LIBRE	18	9.5	3	1.6	0	0.0	21	11.1
	CASADOS	84	44.4	27	14.3	14	7.4	125	66.1
	DIVORCIADOS	8	4.2	8	4.2	9	4.8	25	13.2
	VIUDOS	0	0.0	2	1.1	0	0.0	2	1.1
	DESCONOCE	0	0.0	1	0.5	0	0.0	1	0.5

$$X^2 = 37.539$$

$$P < 0.05 (P = 0.000)$$

En la Tabla y Grafico N°35 se muestra que el 14,3% de los adolescentes con sintomatología depresiva manifiesta que sus padres son casados. De los adolescentes con Depresión el 7,4% manifiesta que sus padres son casados, y el 4,8% que son divorciados, resultando estadísticamente significativo.



Fuente: Elaboración propia

“Frecuencia de Depresión y su asociación con el Nivel de autoestima en una población de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María, 2015”

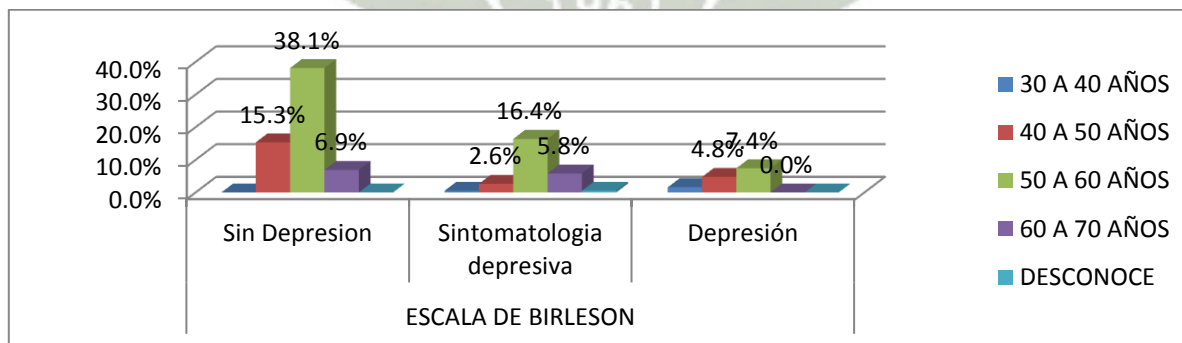
Tabla y Grafico N°36: Relación entre Escala de Birleson y la edad del Padre en la Muestra de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María

		ESCALA DE BIRLESON						Total	
		Sin Depresión		Sintomatología depresiva		Depresión			
		f	%	f	%	f	%	f	%
EDAD DE PADRE	30 A 40 AÑOS	0	0.0	1	0.5	3	1.6	4	2.1
	40 A 50 AÑOS	29	15.3	5	2.6	9	4.8	43	22.8
	50 A 60 AÑOS	72	38.1	31	16.4	14	7.4	117	61.9
	60 A 70 AÑOS	13	6.9	11	5.8	0	0.0	24	12.7
	DESCONOCE	0	0.0	1	0.5	0	0.0	1	0.5

$$X^2= 28.975$$

$$P<0.05 (P= 0.000)$$

En la Tabla y Grafico N°36 se muestra que el 22,2% de los adolescentes con sintomatología depresiva manifiesta que su padre tiene una edad en el rango de 50 a 70 años, De los adolescentes con Depresión el 12,2% manifiesta que la edad de su padre está en el rango de 40 a 60 años, resultando estadísticamente significativo.



Fuente: Elaboración propia

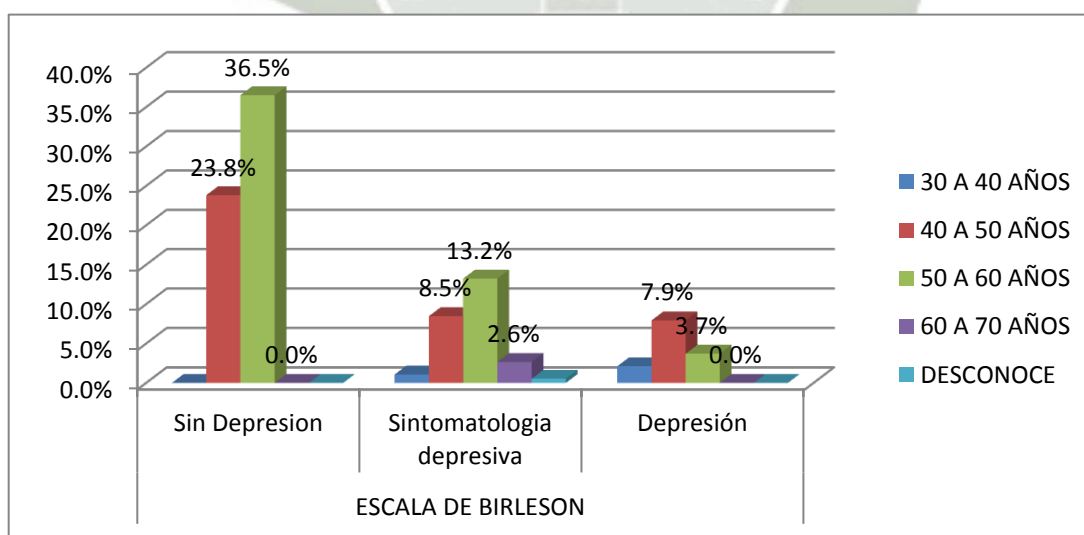
“Frecuencia de Depresión y su asociación con el Nivel de autoestima en una población de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María, 2015”

Tabla y Grafico N°37: Relación entre Escala de Birleson y la edad de la Madre en la Muestra de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María

		ESCALA DE BIRLESON						Total	
		Sin Depresión		Síntomatología depresiva		Depresión			
		f	%	f	%	f	%	f	%
EDAD DE MADRE	30 A 40 AÑOS	0	0.0	2	1.1	4	2.1	6	3.2
	40 A 50 AÑOS	45	23.8	16	8.5	15	7.9	76	40.2
	50 A 60 AÑOS	69	36.5	25	13.2	7	3.7	101	53.4
	60 A 70 AÑOS	0	0.0	5	2.6	0	0.0	5	2.6
	DESCONOCE	0	0.0	1	0.5	0	0.0	1	0.5

 $X^2 = 40.332$
 $P < 0.05$ ($P = 0.000$)

En la Tabla y Grafico N°37 se muestra que el 21,7% de los adolescentes con sintomatología depresiva y el 11,6% de los adolescentes con Depresión manifiestan que su madre tiene una edad en el rango de 40 a 60 años, resultando estadísticamente significativo.



Fuente: Elaboración propia

“Frecuencia de Depresión y su asociación con el Nivel de autoestima en una población de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María, 2015”

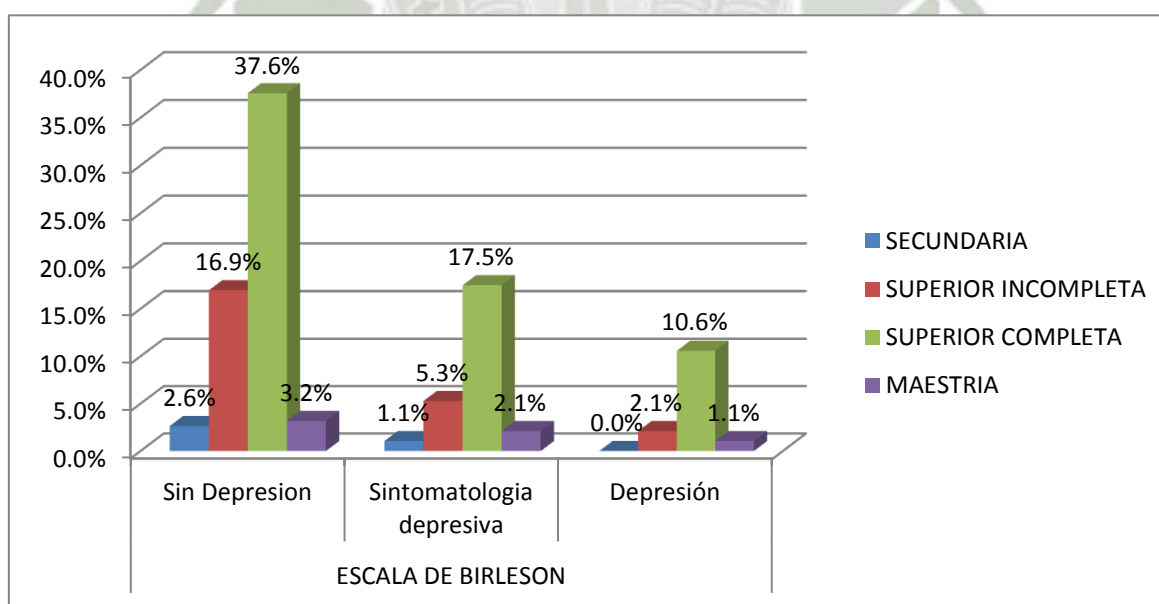
Tabla y Grafico N°38: Relación entre Escala de Birleson y el Nivel de Instrucción del Padre en la Muestra de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María

		ESCALA DE BIRLESON						Total	
		Sin Depresión		Sintomatología depresiva		Depresión			
		f	%	f	%	f	%	f	%
NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE PADRE	SECUNDARIA	5	2.6	2	1.1	0	0.0	7	3.7
	SUPERIOR INCOMPLETA	32	16.9	10	5.3	4	2.1	46	24.3
	SUPERIOR COMPLETA	71	37.6	33	17.5	20	10.6	124	65.6
	MAESTRIA	6	3.2	4	2.1	2	1.1	11	5.8

$$X^2 = 6.749$$

$$P > 0.05 (P = 0.564)$$

En la Tabla y Grafico N°38 se muestra que el 17,5% de los adolescentes con sintomatología depresiva y el 10,6% de los con Depresión indica que su padre tiene un nivel de instrucción superior completa.



Fuente: Elaboración propia

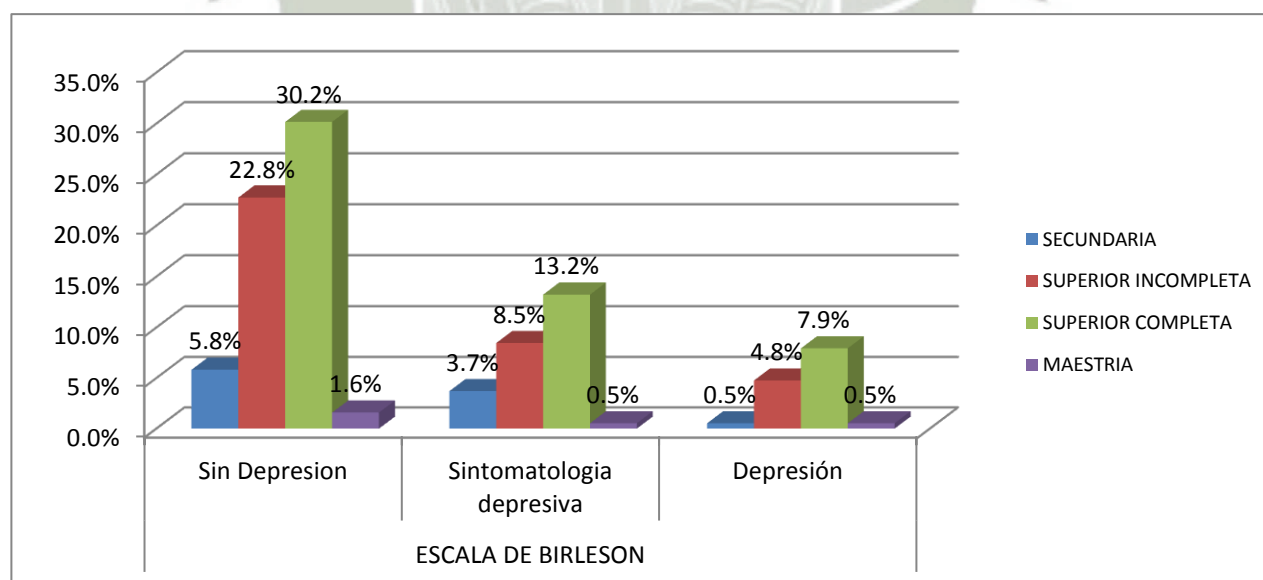
“Frecuencia de Depresión y su asociación con el Nivel de autoestima en una población de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María, 2015”

Tabla y Grafico N°39: Relación entre Escala de Birleson y el Nivel de Instrucción de la Madre en la Muestra de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María

		ESCALA DE BIRLESON						Total	
		Sin Depresión		Síntomatología depresiva		Depresión			
		f	%	f	%	f	%	f	%
NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE MADRE	SECUNDARIA	11	5.8	7	3.7	1	0.5	19	10.1
	SUPERIOR INCOMPLETA	43	22.8	16	8.5	9	4.8	68	36.0
	SUPERIOR COMPLETA	57	30.2	25	13.2	15	7.9	97	51.3
	MAESTRIA	3	1.6	1	0.5	1	0.5	4	2.1

 $X^2 = 6.798$
 $P > 0.05 (P = 0.559)$

En la Tabla y Grafico N°39 se muestra que el 13,2% de los adolescentes con sintomatología depresiva y el 7,9% de los con Depresión indica que su madre tiene un nivel de instrucción superior completa.



Fuente: Elaboración propia

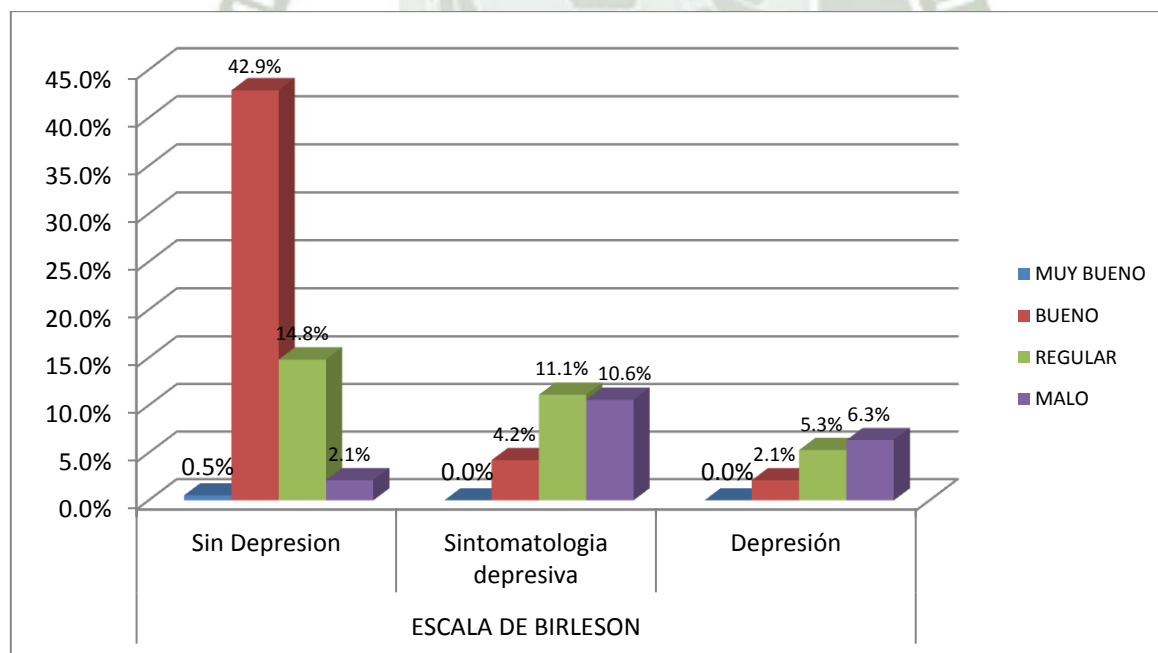
“Frecuencia de Depresión y su asociación con el Nivel de autoestima en una población de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María, 2015”

Tabla y Grafico N°40: Relación entre Escala de Birleson y la Relación entre Padres de la Muestra de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María

		ESCALA DE BIRLESON						Total	
		Sin Depresión		Sintomatología depresiva		Depresión			
		f	%	f	%	f	%	f	%
RELACION ENTRE PADRES	MUY BUENA	1	0.5	0	0.0	0	0.0	1	0.5
	BUENA	81	42.9	8	4.2	4	2.1	93	49.2
	REGULAR	28	14.8	21	11.1	10	5.3	59	31.2
	MALA	4	2.1	20	10.6	12	6.3	36	19.0

 $X^2 = 69.337$
 $P < 0.05$ ($P = 0.000$)

En la Tabla y Grafico N°40 muestra que el 21,7% de los adolescentes con sintomatología depresiva y el 11,6% de los con Depresión considera la relación entre sus padres entre regular a mala, resultando estadísticamente significativo.



Fuente: Elaboración propia

“Frecuencia de Depresión y su asociación con el Nivel de autoestima en una población de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María, 2015”

Tabla N°41: Resumen de relaciones estadísticas significativas y Escala de Birleson

		ESCALA DE BIRLESON						chi	significancia
		Sin Depresión		Sintomatología depresiva		Depresión			
		f	%	f	%	f	%		
EDAD	Menos de 14 años	0	0.0	0	0.0	0	0.0	22.158	0.014
	14 años	0	0.0	0	0.0	1	0.5		
	15 años	10	5.3	5	2.6	4	2.1		
	16 años	59	31.2	18	9.5	7	3.7		
	17 años	44	23.3	21	11.1	11	5.8		
	18 años	1	0.5	4	2.1	3	1.6		
	Más de 18 años	0	0.0	1	0.8	0	0.0		
MALTRATO FISICO	SI	10	5.3	17	9.0	10	5.3	21.455	0.00
	NO	104	55.0	32	16.9	16	8.5		
CONSUMO DE CIGARRILLOS	SI	21	11.1	19	10.1	14	7.4	16.394	0.00
	NO	93	49.2	30	15.9	12	6.3		
CONSUMO DE ALCOHOL	SI	33	17.5	40	21.2	24	12.7	58.347	0.00
	NO	81	42.9	9	4.8	2	1.1		
PERSONAS CON LAS QUE VIVE	AMBOS PADRES	74	39.2	6	3.2	11	5.8	43.419	0.00
	SOLO PADRE	4	2.1	3	1.6	2	1.1		
	SOLO MADRE	25	13.2	33	17.5	9	4.8		
	TIOS	7	3.7	4	2.1	2	1.1		
	ABUELOS	3	1.6	2	1.1	2	1.1		
	OTROS	1	0.5	1	0.5	0	0.0		
DEPENDENCIA ECONOMICA	AMBOS PADRES	74	39.2	15	7.9	16	8.5	30.12	0.00
	SOLO PADRE	16	8.5	5	2.6	5	2.6		
	SOLO MADRE	24	12.7	26	13.8	5	2.6		
	TIOS	0	0.0	2	1.1	0	0.0		
	ABUELOS	0	0.0	1	0.5	0	0.0		
	OTROS	0	0.0	0	0.0	0	0.0		
ESTADO CIVIL DE PADRES	SOLTEROS	4	2.1	8	4.2	3	1.6	37.539	0.00
	UNION LIBRE	18	9.5	3	1.6	0	0.0		
	CASADOS	84	44.4	27	14.3	14	7.4		
	DIVORCIADOS	8	4.2	8	4.2	9	4.8		
	VIUDOS	0	0.0	2	1.1	0	0.0		
	DESCONOCE	0	0.0	1	0.5	0	0.0		
EDAD DE PADRE	20 A 30 AÑOS	0	0.0	0	0.0	0	0.0	28.975	0.00
	30 A 40 AÑOS	0	0.0	1	0.5	3	1.6		
	40 A 50 AÑOS	29	15.3	5	2.6	9	4.8		
	50 A 60 AÑOS	72	38.1	31	16.4	14	7.4		
	60 A 70 AÑOS	13	6.9	11	5.8	0	0.0		
	DESCONOCE	0	0.0	1	0.5	0	0.0		
EDAD DE MADRE	20 A 30 AÑOS	0	0.0	0	0.0	0	0.0	40.332	0.00
	30 A 40 AÑOS	0	0.0	2	1.1	4	2.1		
	40 A 50 AÑOS	45	23.8	16	8.5	15	7.9		
	50 A 60 AÑOS	69	36.5	25	13.2	7	3.7		
	60 A 70 AÑOS	0	0.0	5	2.6	0	0.0		
	DESCONOCE	0	0.0	1	0.5	0	0.0		
RELACION ENTRE PADRES	MUY BUENA	1	0.5	0	0.0	0	0.0	69.337	0.00
	BUENA	81	42.9	8	4.2	4	2.1		
	REGULAR	28	14.8	21	11.1	10	5.3		
	MALA	4	2.1	20	10.6	12	6.3		
	MUY MALA	0	0.0	0	0.0	0	0.0		

“Frecuencia de Depresión y su asociación con el Nivel de autoestima en una población de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María, 2015”

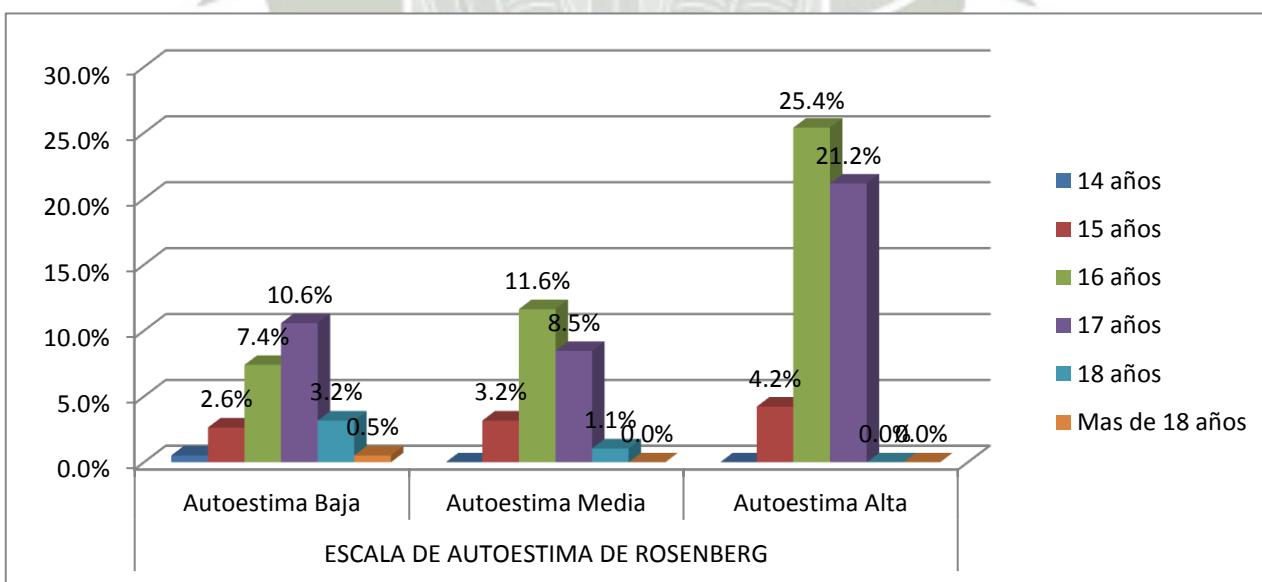
Tabla y Grafico N°42: Relación entre Escala de Autoestima de Rosenberg y la edad de la Muestra de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María

		ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG						Total	
		Autoestima Baja		Autoestima Media		Autoestima Alta			
		f	%	f	%	f	%	f	%
Edad	14 años	1	0.5	0	0.0	0	0.0	1	0.5
	15 años	5	2.6	6	3.2	8	4.2	19	10.1
	16 años	14	7.4	22	11.6	48	25.4	84	44.4
	17 años	20	10.6	16	8.5	40	21.2	76	40.2
	18 años	6	3.2	2	1.1	0	0.0	8	4.2
	Más de 18 años	1	0.5	0	0.0	0	0.0	1	0.5

$$X^2 = 22.409$$

$$P < 0.05 \text{ (} P = 0.013 \text{)}$$

En la Tabla y Grafico N°42 se muestra que el 46,6% de los adolescentes con Autoestima alta, el 20,1% con Autoestima media y el 18% con Autoestima baja tiene entre 16 y 17 años, resultando estadísticamente significativo.



Fuente: Elaboración propia

“Frecuencia de Depresión y su asociación con el Nivel de autoestima en una población de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María, 2015”

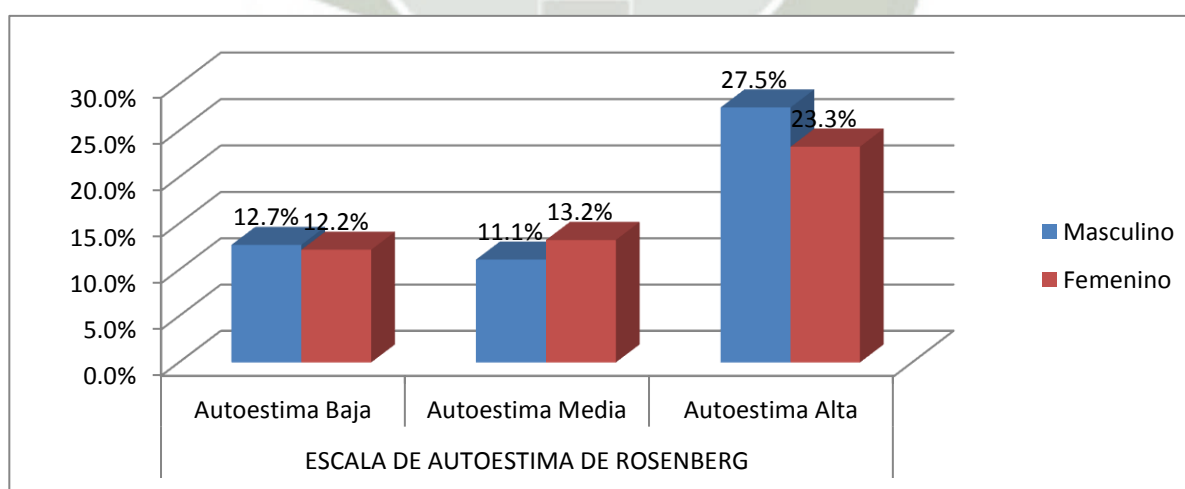
Tabla y Grafico N°43: Relación entre Escala de Autoestima de Rosenberg y el género de la Muestra de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María

		ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG						Total	
		Autoestima Baja		Autoestima Media		Autoestima Alta			
		f	%	f	%	f	%	f	%
Genero	Masculino	24	12.7	21	11.1	52	27.5	97	51.3
	Femenino	23	12.2	25	13.2	44	23.3	92	48.7

$$X^2 = 0.904$$

$$P > 0.05 \text{ (} P = 0.636 \text{)}$$

En la Tabla y Grafico N°43 se muestra que el 27,5% de los adolescentes con Autoestima alta son de género masculino, el 23,3% de género femenino. El 13,2% de los adolescentes con Autoestima Media son de género femenino y el 11,1% de género masculino. En relación a los adolescentes con Autoestima baja el 12,7% son de género masculino frente al 12,2% que son de género femenino.



Fuente: Elaboración propia

“Frecuencia de Depresión y su asociación con el Nivel de autoestima en una población de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María, 2015”

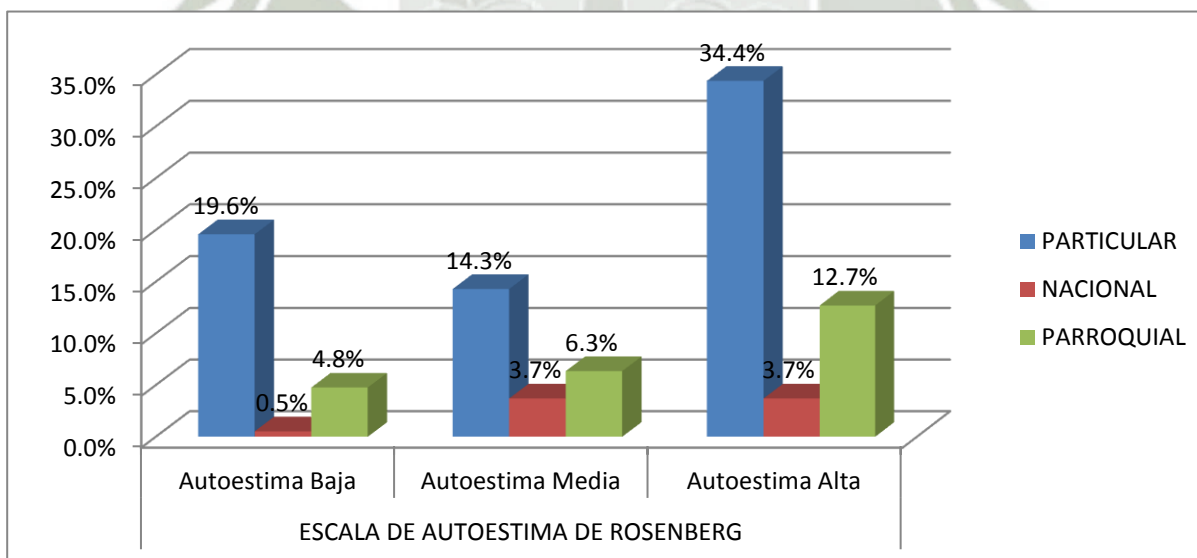
Tabla y Grafico N°44: Relación entre Escala de Autoestima de Rosenberg y el Colegio de Procedencia de la Muestra de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María

		ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG						Total	
		Autoestima Baja		Autoestima Media		Autoestima Alta			
		f	%	f	%	f	%	f	%
Colegio	PARTICULAR	37	19.6	27	14.3	65	34.4	129	68.3
	NACIONAL	1	0.5	7	3.7	7	3.7	15	7.9
	PARROQUIAL	9	4.8	12	6.3	24	12.7	45	23.8
		X ² = 7.082				P>0.05 (P= 0.132)			

$$X^2 = 7.082$$

$$P > 0.05 (P = 0.132)$$

En la Tabla y Grafico N°44 se muestra que de los adolescentes con Autoestima alta el 34,4% proceden de un colegio Particular, los con Autoestima media el 14,3% proceden de un colegio Particular, los con Autoestima baja el 19,6% proceden de un colegio Particular.



Fuente: Elaboración propia

“Frecuencia de Depresión y su asociación con el Nivel de autoestima en una población de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María, 2015”

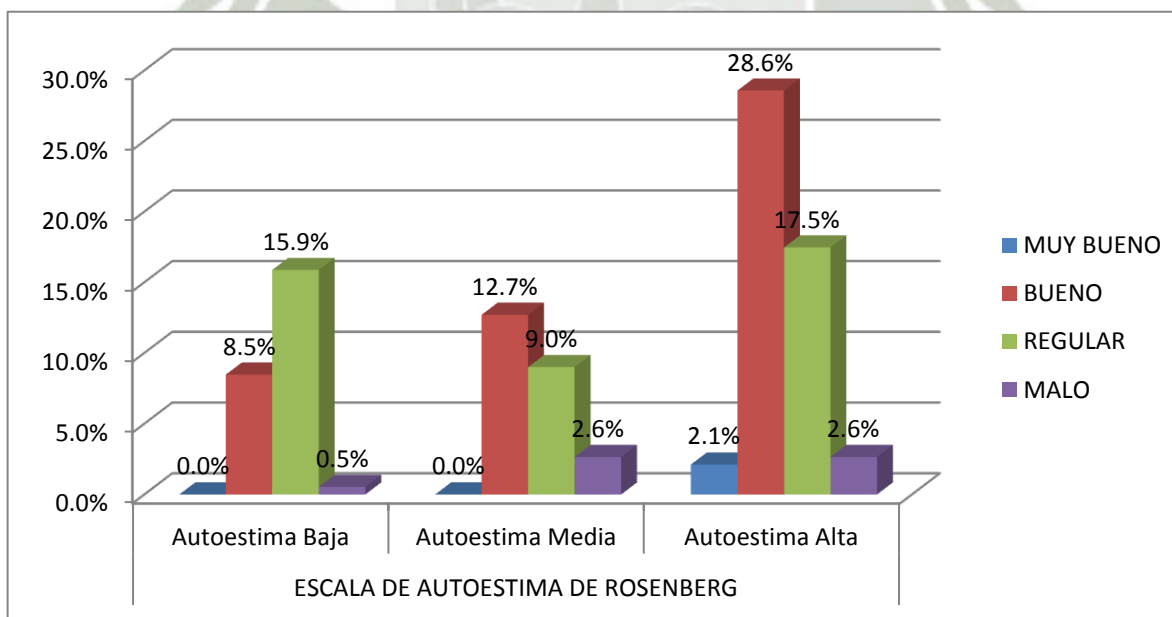
Tabla y Grafico N°45: Relación entre Escala de Autoestima de Rosenberg y el Desempeño Escolar de la Muestra de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María

		ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG						Total	
		Autoestima Baja		Autoestima Media		Autoestima Alta			
		f	%	f	%	f	%	f	%
DESEMPEÑO ESCOLAR	MUY BUENO	0	0.0	0	0.0	4	2.1	4	2.1
	BUENO	16	8.5	24	12.7	54	28.6	94	49.7
	REGULAR	30	15.9	17	9.0	33	17.5	80	42.3
	MALO	1	0.5	5	2.6	5	2.6	11	5.8

$$X^2 = 17.136$$

$$P < 0.05 \text{ (} P = 0.009 \text{)}$$

En la Tabla y Grafico N°45 se muestra que de los adolescentes con Autoestima alta el 46,1%, el 21,7% con Autoestima media y el 24,4% con Autoestima baja considera su desempeño escolar entre bueno y regular, resultando estadísticamente significativo.



Fuente: Elaboración propia

“Frecuencia de Depresión y su asociación con el Nivel de autoestima en una población de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María, 2015”

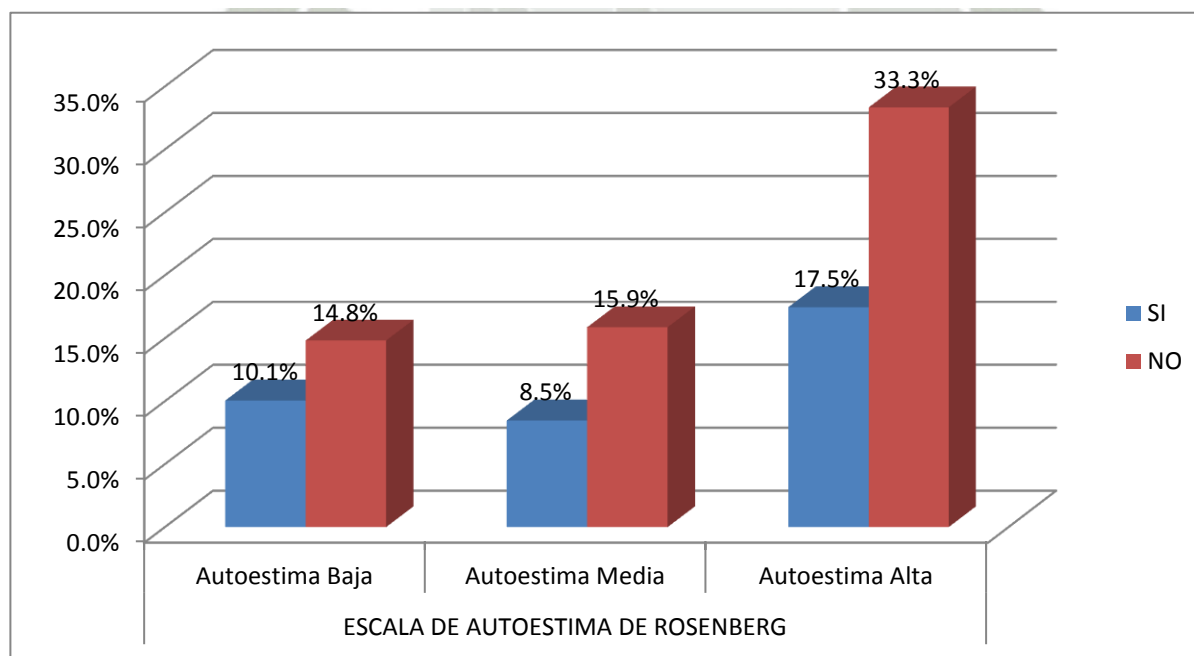
Tabla y Grafico N°46: Relación entre Escala de Autoestima de Rosenberg y la tenencia de Enamorado(a) en la Muestra de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María

		ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG						Total	
		Autoestima Baja		Autoestima Media		Autoestima Alta			
		f	%	f	%	f	%	f	%
Tenencia de Enamorado(a)	SI	19	10.1	16	8.5	33	17.5	68	36.0
	NO	28	14.8	30	15.9	63	33.3	121	64.0

$$X^2 = 0.539$$

$$P > 0.05 \text{ (} P = 0.764 \text{)}$$

En la Tabla y Grafico N°46 se muestra que de los adolescentes con Autoestima Alta el 33,3% manifiesta no tener enamorado(a) y el 17,5% sí. En los adolescentes con Autoestima Media el 15,9% manifiesta no tener enamorado(a) y el 8,5% sí. En los adolescentes con Autoestima Baja el 14,8% manifiesta no tener enamorado(a) y el 10,1% sí.



Fuente: Elaboración propia

“Frecuencia de Depresión y su asociación con el Nivel de autoestima en una población de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María, 2015”

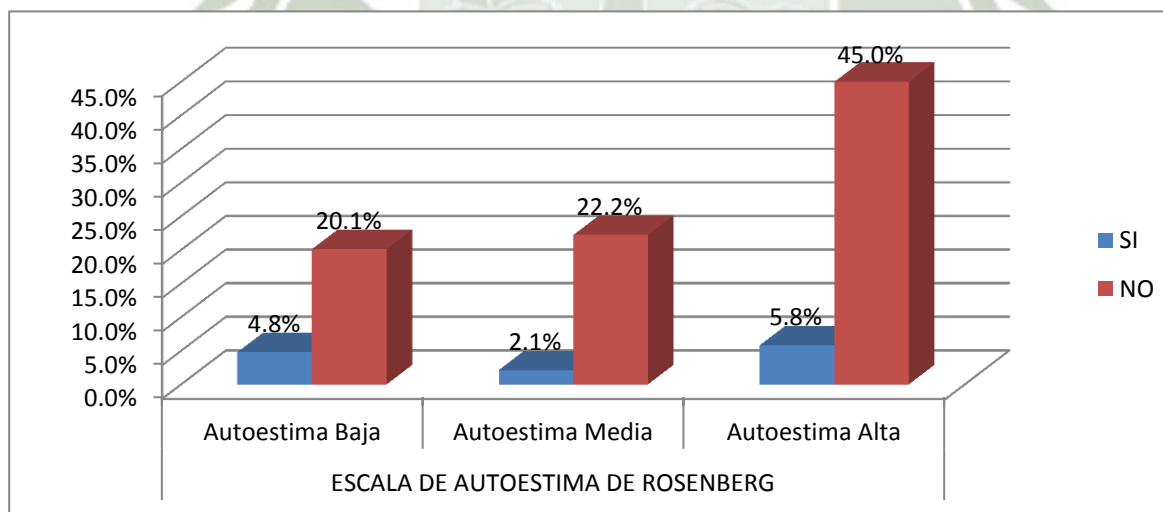
Tabla y Grafico N°47: Relación entre Escala de Autoestima de Rosenberg y el Inicio de Vida Sexual en la Muestra de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María

		ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG						Total	
		Autoestima Baja		Autoestima Media		Autoestima Alta			
		f	%	f	%	f	%	f	%
INICIO DE VIDA SEXUAL	SI	9	4.8	4	2.1	11	5.8	24	12.7
	NO	38	20.1	42	22.2	85	45.0	165	87.3

X²= 2.562

P>0.05 (P= 0.278)

En la Tabla y Grafico N°47 se muestra que de los adolescentes con Autoestima alta el 45,0% manifiesta no haber iniciado su vida sexual frente a un 5,8% que manifiesta si haberla iniciado, los con Nivel de Autoestima media el 22,2% manifiesta no haber iniciado aun su vida sexual frente a un 2,1% que sí, los con Autoestima Baja el 20,1% manifiesta no haber iniciado aun su vida sexual y el 4,8% manifiesta si haberla iniciado.



Fuente: Elaboración propia

“Frecuencia de Depresión y su asociación con el Nivel de autoestima en una población de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María, 2015”

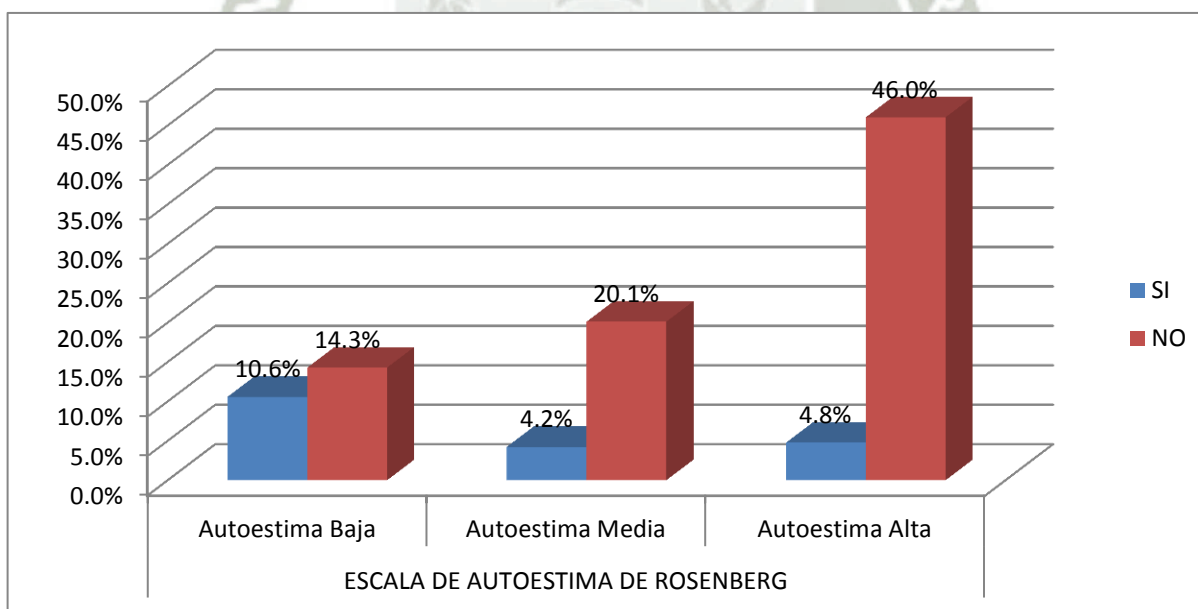
Tabla y Grafico N°48: Relación entre Escala de Autoestima de Rosenberg y Presencia de Maltrato físico en la Muestra de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María

		ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG						Total	
		Autoestima Baja		Autoestima Media		Autoestima Alta			
		f	%	f	%	f	%	f	%
MALTRATO FISICO	SI	20	10.6	8	4.2	9	4.8	37	19.6
	NO	27	14.3	38	20.1	87	46.0	152	80.4

$$X^2 = 22.245$$

$$P < 0.05 \text{ (} P = 0.000 \text{)}$$

En la Tabla y Grafico N°48 se muestra que el 46% de los adolescentes con Autoestima alta, el 20,1% de los con Autoestima media y el 14,3% de los con Autoestima baja manifiestan no haber sufrido maltrato físico, resultando estadísticamente significativo.



Fuente: Elaboración propia

“Frecuencia de Depresión y su asociación con el Nivel de autoestima en una población de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María, 2015”

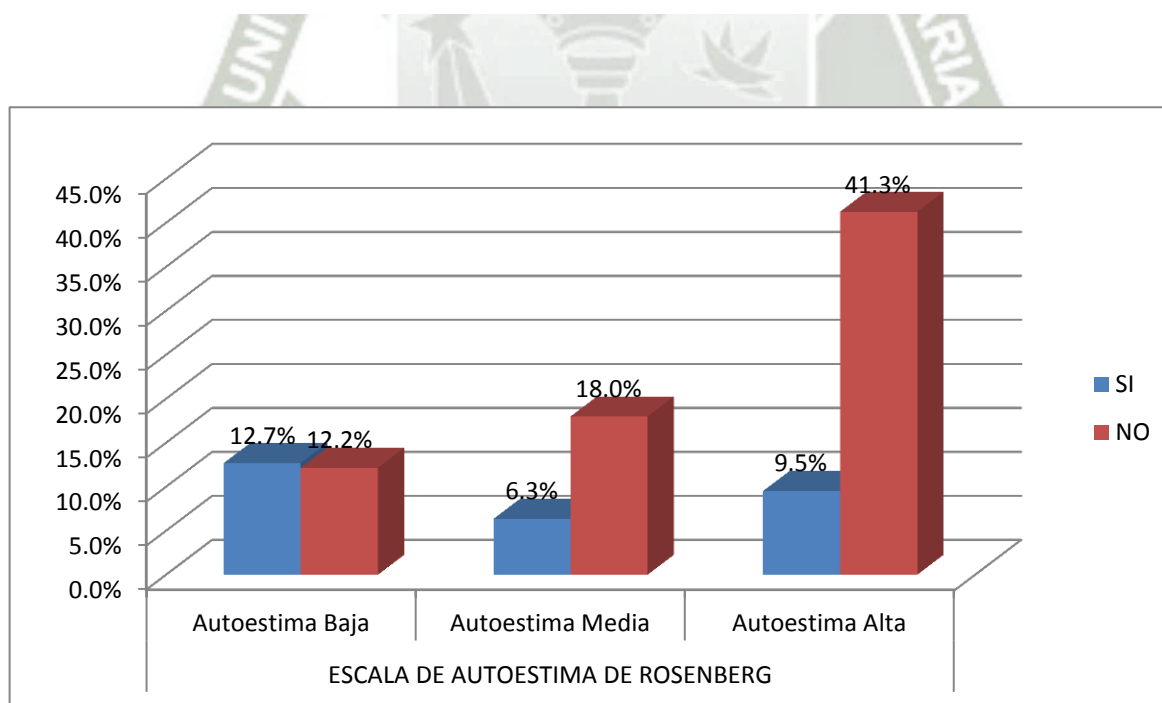
Tabla y Grafico N°49: Relación entre Escala de Autoestima de Rosenberg y Consumo de Cigarrillos en la Muestra de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María

		ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG						Total	
		Autoestima Baja		Autoestima Media		Autoestima Alta			
		f	%	f	%	f	%	f	%
CONSUMO DE CIGARRILLOS	SI	24	12.7	12	6.3	18	9.5	54	28.6
	NO	23	12.2	34	18.0	78	41.3	135	71.4

X²= 16.328

P<0.05 (P= 0.000)

En la Tabla y Grafico N°49 se muestra que el 41,3% de los adolescentes con Autoestima alta y el 18,0% de los con autoestima media no consume cigarrillos y el 12,7% de los con Autoestima baja consume cigarrillos, resultando estadísticamente significativo.



Fuente: Elaboración propia

“Frecuencia de Depresión y su asociación con el Nivel de autoestima en una población de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María, 2015”

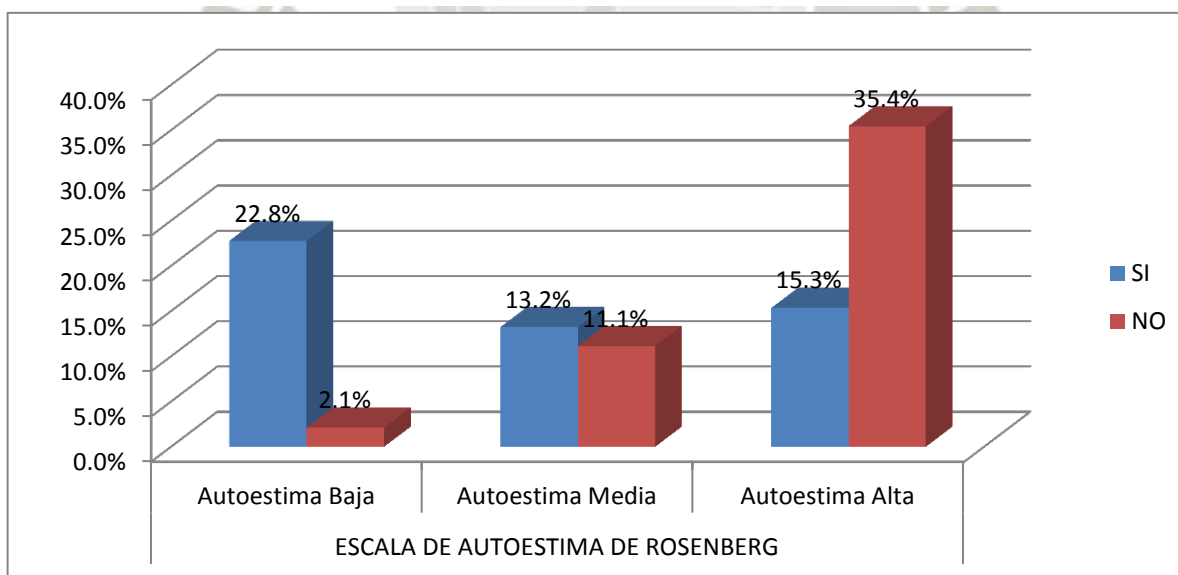
Tabla y Grafico N°50: Relación entre Escala de Autoestima de Rosenberg y Consumo de Alcohol en la Muestra de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María

		ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG						Total	
		Autoestima Baja		Autoestima Media		Autoestima Alta			
		f	%	f	%	f	%	f	%
CONSUMO DE ALCOHOL	SI	43	22.8	25	13.2	29	15.3	97	51.3
	NO	4	2.1	21	11.1	67	35.4	92	48.7

X²= 16.328

P<0.05 (P= 0.000)

En la Tabla y Grafico N°50 se muestra que el 35,4% de los adolescentes con Autoestima alta no consume alcohol; el 13,2% de los con Autoestima media y el 22,8% de los con Autoestima baja si consumen alcohol, resultando estadísticamente significativo.



Fuente: Elaboración propia

“Frecuencia de Depresión y su asociación con el Nivel de autoestima en una población de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María, 2015”

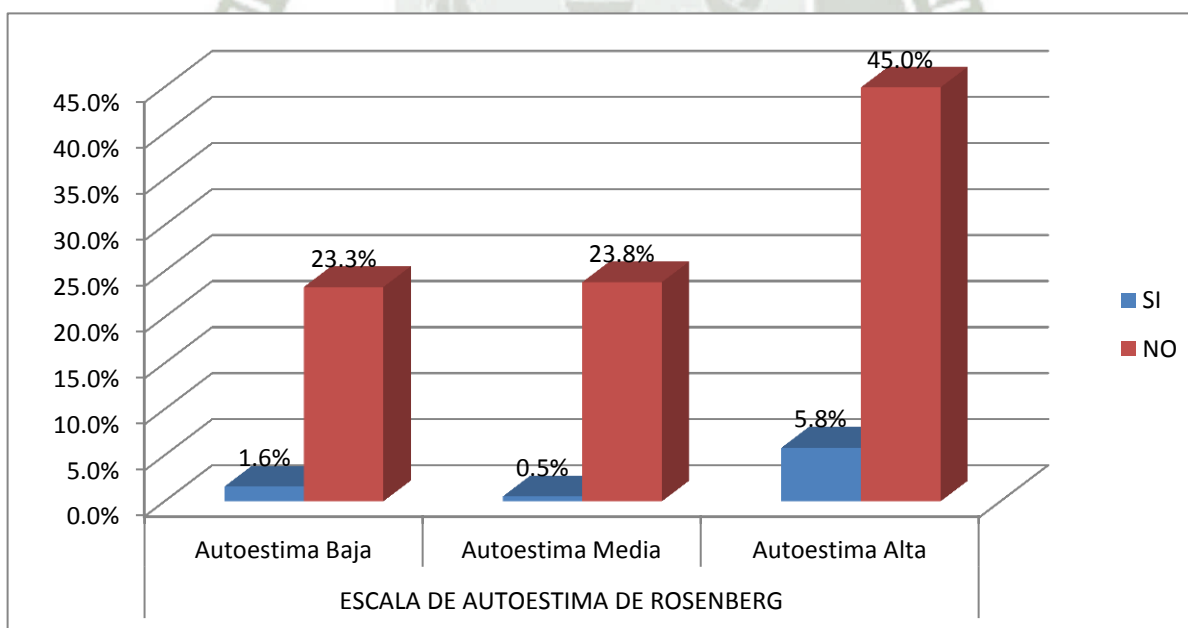
Tabla y Grafico N°51: Relación entre Escala de Autoestima de Rosenberg y Consumo de drogas en la Muestra de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María

		ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG						Total	
		Autoestima Baja		Autoestima Media		Autoestima Alta			
		f	%	f	%	f	%	f	%
CONSUMO DE DROGAS	SI	3	1.6	1	0.5	11	5.8	15	7.9
	NO	44	23.3	45	23.8	85	45.0	174	92.1
X ² = 47.652									

$$X^2 = 47.652$$

$$P < 0.05 \text{ (} P = 0.000 \text{)}$$

En la Tabla y Grafico N°51 se muestra que el 45,0% de los adolescentes con Autoestima alta, el 23,8% de los con Autoestima media y el 23,3% de los con Autoestima baja no consume drogas, resultando estadísticamente significativo.



Fuente: Elaboración propia

“Frecuencia de Depresión y su asociación con el Nivel de autoestima en una población de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María, 2015”

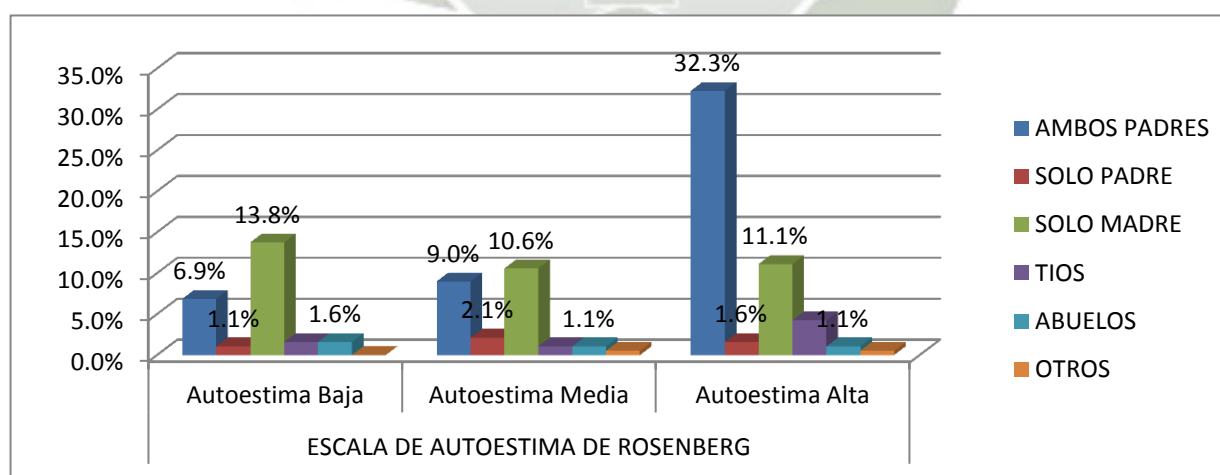
Tabla y Grafico N°52: Relación entre Escala de Autoestima de Rosenberg y la Persona(s) con la que vive la Muestra de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María

		ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG						Total	
		Autoestima Baja		Autoestima Media		Autoestima Alta			
		f	%	f	%	f	%	f	%
PERSONAS CON LAS QUE VIVE	AMBOS PADRES	13	6.9	17	9.0	61	32.3	91	48.1
	SOLO PADRE	2	1.1	4	2.1	3	1.6	9	4.8
	SOLO MADRE	26	13.8	20	10.6	21	11.1	67	35.4
	TIOS	3	1.6	2	1.1	8	4.2	13	6.9
	ABUELOS	3	1.6	2	1.1	2	1.1	7	3.7
	OTROS	0	0.0	1	0.5	1	0.5	2	1.1

$$X^2 = 36.562$$

$$P < 0.05 \text{ (} P = 0.003 \text{)}$$

En la Tabla y Grafico N°52 se muestra que 32,3% de los adolescentes con Autoestima alta vive con ambos padres, el 10,6% de los con Autoestima media y el 13,8% de los con Autoestima baja viven solo con su madre, resultando estadísticamente significativo



Fuente: Elaboración propia

“Frecuencia de Depresión y su asociación con el Nivel de autoestima en una población de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María, 2015”

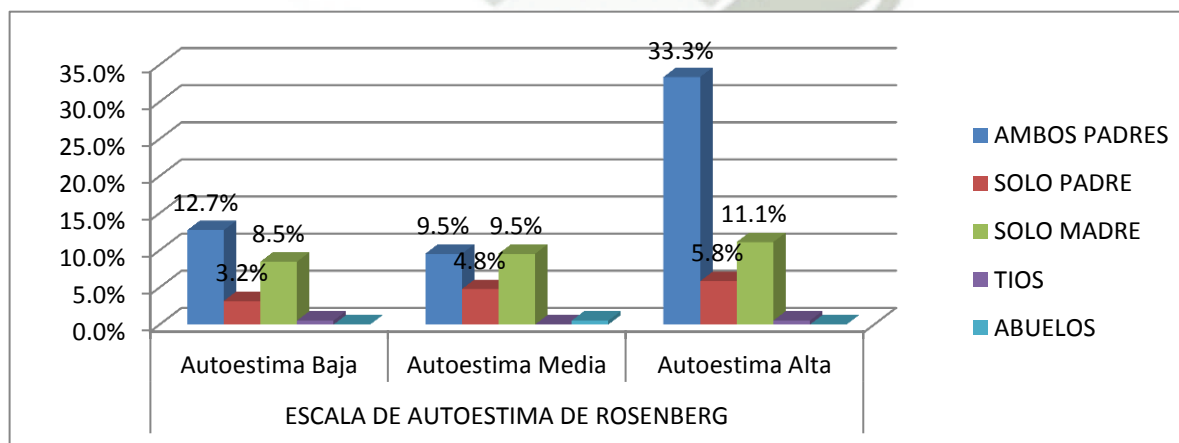
Tabla y Grafico N°53: Relación entre Escala de Autoestima de Rosenberg y la Dependencia económica en la Muestra de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María

		ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG						Total	
		Autoestima Baja		Autoestima Media		Autoestima Alta			
		f	%	f	%	f	%	f	%
DEPENDENCIA ECONOMICA	AMBOS PADRES	24	12.7	18	9.5	63	33.3	105	55.6
	SOLO PADRE	6	3.2	9	4.8	11	5.8	26	13.8
	SOLO MADRE	16	8.5	18	9.5	21	11.1	55	29.1
	TIOS	1	0.5	0	0.0	1	0.5	2	1.1
	ABUELOS	0	0.0	1	0.5	0	0.0	1	0.5

$$X^2 = 13.498$$

$$P > 0.05 \text{ (} P = 0.096 \text{)}$$

En la Tabla y Grafico N°53 se muestra que el 33,3% de los adolescentes con Autoestima alta, el 9,5% de los con Autoestima media dependen económicamente de ambos padres, el 9,5% de los con Autoestima media depende solo de su madre. El 12,7% de los con Autoestima baja depende de ambos padres.



Fuente: Elaboración propia

“Frecuencia de Depresión y su asociación con el Nivel de autoestima en una población de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María, 2015”

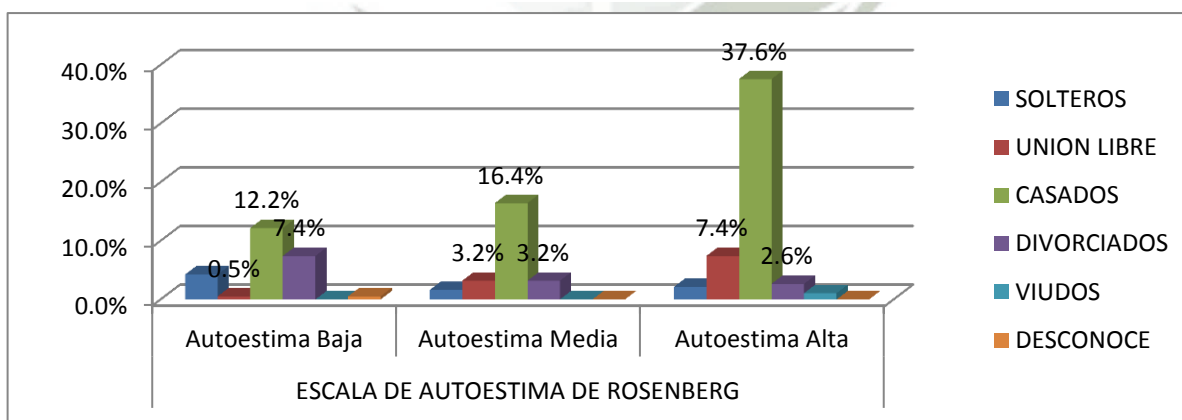
Tabla y Grafico N°54: Relación entre Escala de Autoestima de Rosenberg y Estado Civil de los Padres en la Muestra de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María

		ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG						Total	
		Autoestima Baja		Autoestima Media		Autoestima Alta			
		f	%	f	%	f	%	f	%
ESTADO CIVIL DE PADRES	SOLTEROS	8	4.2	3	1.6	4	2.1	15	7.9
	UNION LIBRE	1	0.5	6	3.2	14	7.4	21	11.1
	CASADOS	23	12.2	31	16.4	71	37.6	125	66.1
	DIVORCIADOS	14	7.4	6	3.2	5	2.6	25	13.2
	VIUDOS	0	0.0	0	0.0	2	1.1	2	1.1
	DESCONOCE	1	0.5	0	0.0	0	0.0	1	0.5

$$X^2= 33.705$$

$$P<0.05 (P= 0.000)$$

En la Tabla y Grafico N°54 se muestra que el 37,6% de los adolescentes con Autoestima alta, el 16,4% de los con Autoestima media y el 12,2% de los con Autoestima baja indican que sus padres son casados; el 7,4% de los con autoestima baja indican que sus padres son divorciados; resultando estadísticamente significativo.



Fuente: Elaboración propia

“Frecuencia de Depresión y su asociación con el Nivel de autoestima en una población de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María, 2015”

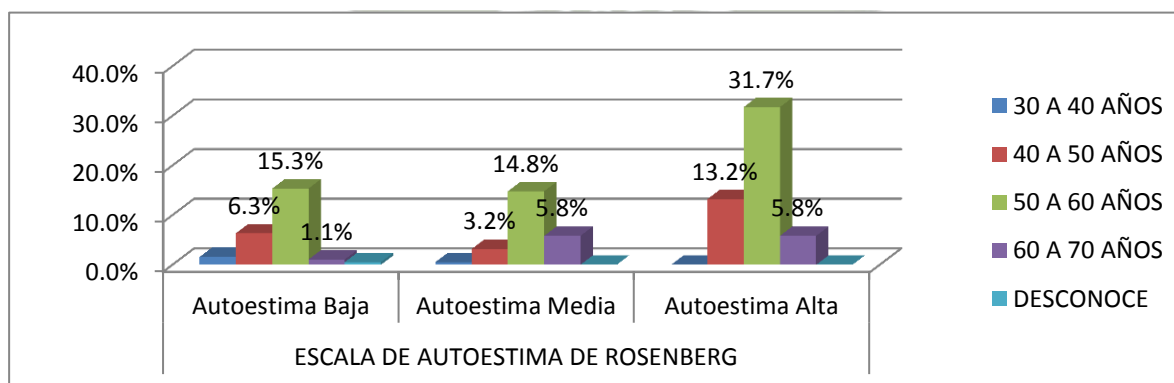
Tabla y Grafico N°55: Relación entre Escala de Autoestima de Rosenberg y la Edad de Padre en la Muestra de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María

		ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG						Total	
		Autoestima Baja		Autoestima Media		Autoestima Alta			
		f	%	f	%	f	%	f	%
EDAD DE PADRE	30 A 40 AÑOS	3	1.6	1	0.5	0	0.0	4	2.1
	40 A 50 AÑOS	12	6.3	6	3.2	25	13.2	43	22.8
	50 A 60 AÑOS	29	15.3	28	14.8	60	31.7	117	61.9
	60 A 70 AÑOS	2	1.1	11	5.8	11	5.8	24	12.7
	DESCONOCE	1	0.5	0	0.0	0	0.0	1	0.5

$$X^2 = 33.705$$

$$P < 0.05 (P = 0.000)$$

En la Tabla y Grafico N°55 se muestra que el 44,9% de los adolescentes con Autoestima alta indica que su padre tiene una edad en el rango de 40 a 60 años, el 20,6% de los con Autoestima media indica la edad de su padre en un rango de 50 a 70 años, y el 21,6% de los con Autoestima Baja indican la edad de su padre en un rango de 40 a 60 años, resultando estadísticamente significativo.



Fuente: Elaboración propia

“Frecuencia de Depresión y su asociación con el Nivel de autoestima en una población de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María, 2015”

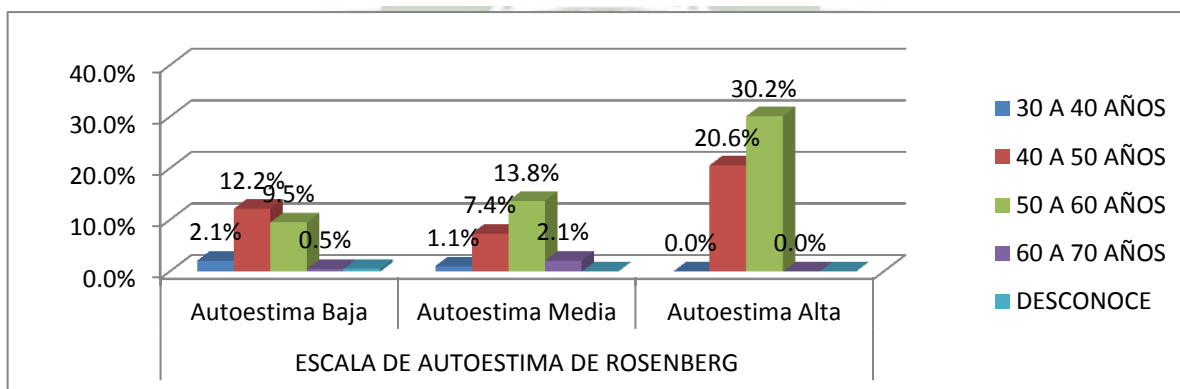
Tabla y Grafico N°56: Relación entre Escala de Autoestima de Rosenberg y la Edad de Madre en la Muestra de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María

		ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG						Total	
		Autoestima Baja		Autoestima Media		Autoestima Alta			
		f	%	f	%	f	%	f	%
EDAD DE MADRE	30 A 40 AÑOS	4	2.1	2	1.1	0	0.0	6	3.2
	40 A 50 AÑOS	23	12.2	14	7.4	39	20.6	76	40.2
	50 A 60 AÑOS	18	9.5	26	13.8	57	30.2	101	53.4
	60 A 70 AÑOS	1	0.5	4	2.1	0	0.0	5	2.6
	DESCONOCE	1	0.5	0	0.0	0	0.0	1	0.5

$$X^2 = 24.154$$

$$P < 0.05 \text{ (} P = 0.002 \text{)}$$

En la Tabla y Grafico N°56 se muestra que el 50,8% de los adolescentes con Autoestima alta, el 21,2% de los con Autoestima media y el 21,7% de los con Autoestima baja indican que su madre tiene una edad en el rango de 40 a 60 años, resultando estadísticamente significativo.



Fuente: Elaboración propia

“Frecuencia de Depresión y su asociación con el Nivel de autoestima en una población de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María, 2015”

Tabla y Grafico N°57: Relación entre Escala de Autoestima de Rosenberg y el Nivel de Instrucción del Padre en la Muestra de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María

		ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG						Total	
		Autoestima Baja		Autoestima Media		Autoestima Alta			
		f	%	f	%	f	%	f	%
NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE PADRE	SECUNDARIA	1	0.5	1	0.5	5	2.6	7	3.7
	SUPERIOR INCOMPLETA	7	3.7	11	5.8	28	14.8	46	24.3
	SUPERIOR COMPLETA	34	18.0	32	16.9	58	30.7	125	66.1
	MAESTRIA	5	2.6	2	1.1	5	2.6	11	5.8

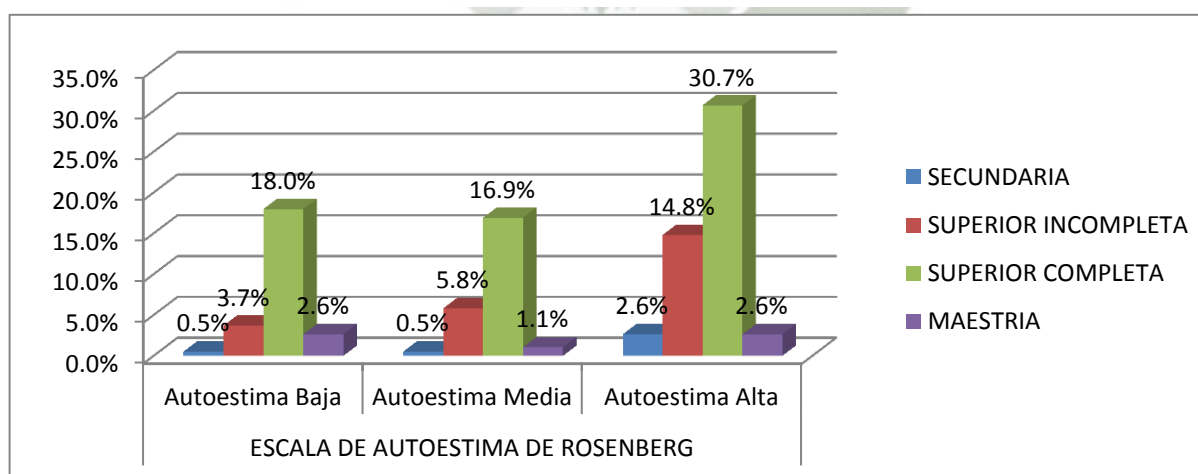
$X^2= 8.506$

$P>0.05$ ($P= 0.386$)

$$X^2 = 8.506$$

$$P > 0.05 (P = 0.386)$$

En la Tabla y Grafico N°57 se muestra que el 30,7% de los adolescentes con Autoestima alta, el 16,9% con Autoestima media y el 18,0% de los con Autoestima baja indica que el nivel de instrucción de su padre es superior completa.



Fuente: Elaboración propia

“Frecuencia de Depresión y su asociación con el Nivel de autoestima en una población de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María, 2015”

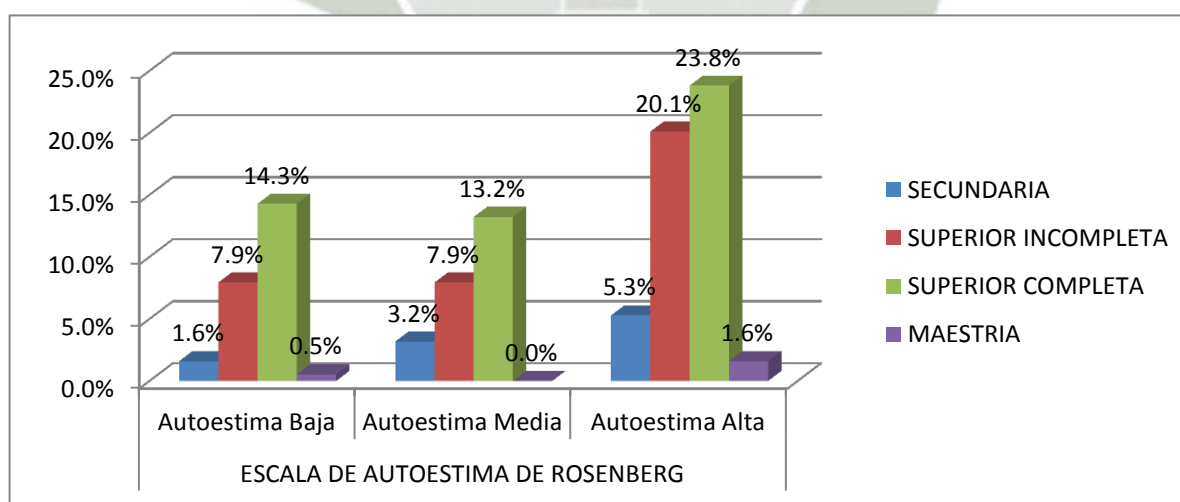
Tabla y Grafico N°58: Relación entre Escala de Autoestima de Rosenberg y el Nivel de Instrucción de la Madre en la Muestra de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María

		ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG						Total	
		Autoestima Baja		Autoestima Media		Autoestima Alta			
		f	%	f	%	f	%	f	%
NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE MADRE	SECUNDARIA	3	1.6	6	3.2	10	5.3	19	10.1
	SUPERIOR INCOMPLETA	15	7.9	15	7.9	38	20.1	68	36.0
	SUPERIOR COMPLETA	27	14.3	25	13.2	45	23.8	97	51.3
	MAESTRIA	1	0.5	0	0.0	3	1.6	4	2.1

$$X^2 = 7.011$$

$$P > 0.05 (P = 0.535)$$

En la Tabla y Grafico N°58 se muestra que el 23,8% de los adolescentes con Autoestima alta, el 13,2% de los con Autoestima media y el 14,3% de los con Autoestima baja indican que el nivel de instrucción de su madre es superior completa.



Fuente: Elaboración propia

“Frecuencia de Depresión y su asociación con el Nivel de autoestima en una población de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María, 2015”

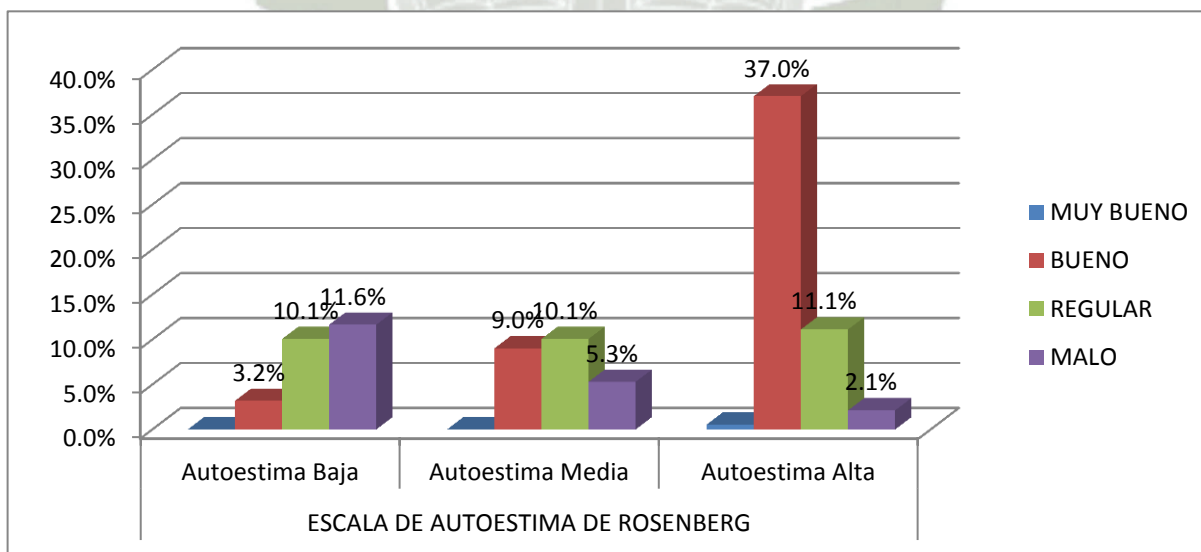
Tabla y Grafico N°59: Relación entre Escala de Autoestima de Rosenberg y la Relación entre padres en la Muestra de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María

		ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG						Total	
		Autoestima Baja		Autoestima Media		Autoestima Alta			
		f	%	f	%	f	%	f	%
RELACION ENTRE PADRES	MUY BUENA	0	0.0	0	0.0	1	0.5	1	0.5
	BUENA	6	3.2	17	9.0	70	37.0	93	49.2
	REGULAR	19	10.1	19	10.1	21	11.1	59	31.2
	MALA	22	11.6	10	5.3	4	2.1	36	19.0
		X ² = 61.835				P<0.05 (P= 0.000)			

$$X^2 = 61.835$$

$$P < 0.05 (P = 0.000)$$

En la Tabla y Grafico N°59 se mismo muestra que el 48,1% de los adolescentes con Autoestima alta, el 19,1% de los con Autoestima media consideran que la relación entre sus padres es entre buena a regular. El 21,7% de los con Autoestima baja considera la relación entre sus padres entre regular a mala; resultando estadísticamente significativo.



Fuente: Elaboración propia

“Frecuencia de Depresión y su asociación con el Nivel de autoestima en una población de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María, 2015”

Tabla N°60: Resumen de relaciones estadísticas significativas y Escala de Autoestima de Rosenberg

		ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG						chi	significancia
		Autoestima Baja		Autoestima Media		Autoestima Alta			
		f	%	f	%	f	%		
EDAD	menos de 14 años	0	0.0	0	0.0	0	0.0	22.409	0.013
	14 años	1	0.5	0	0.0	0	0.0		
	15 años	5	2.6	6	3.2	8	4.2		
	16 años	14	7.4	22	11.6	48	25.4		
	17 años	20	10.6	16	8.5	40	21.2		
	18 años	6	3.2	2	1.1	0	0.0		
	Más de 18 años	1	0.5	0	0.0	0	0.0		
DESEMPEÑO ESCOLAR	MUY BUENO	0	0.0	0	0.0	4	2.1	17.136	0.009
	BUENO	16	8.5	24	12.7	54	28.6		
	REGULAR	30	15.9	17	9.0	33	17.5		
	MALO	1	0.5	5	2.6	5	2.6		
	MUY MALO	0	0.0	0	0.0	0	0.0		
MALTRATO FISICO	SI	20	10.6	8	4.2	9	4.8	22.245	0.000
	NO	27	14.3	38	20.1	87	46.0		
CONSUMO DE CIGARRILLOS	SI	24	12.7	12	6.3	18	9.5	16.328	0.00
	NO	23	12.2	34	18.0	78	41.3		
CONSUMO DE ALCOHOL	SI	43	22.8	25	13.2	29	15.3	16.328	0.00
	NO	4	2.1	21	11.1	67	35.4		
CONSUMO DE DROGAS	SI	3	1.6	1	0.5	11	5.8	47.652	0.00
	NO	44	23.3	45	23.8	85	45.0		
PERSONAS CON LAS QUE VIVE	AMBOS PADRES	13	6.9	17	9.0	61	32.3	36.562	0.03
	SOLO PADRE	2	1.1	4	2.1	3	1.6		
	SOLO MADRE	26	13.8	20	10.6	21	11.1		
	TIOS	3	1.6	2	1.1	8	4.2		
	ABUELOS	3	1.6	2	1.1	2	1.1		
	OTROS	0	0.0	1	0.5	1	0.5		
ESTADO CIVIL DE PADRES	SOLTEROS	8	4.2	3	1.6	4	2.1	33.705	0.00
	UNION LIBRE	1	0.5	6	3.2	14	7.4		
	CASADOS	23	12.2	31	16.4	71	37.6		
	DIVORCIADOS	14	7.4	6	3.2	5	2.6		
	VIUDOS	0	0.0	0	0.0	2	1.1		
	DESCONOCE	1	0.5	0	0.0	0	0.0		
EDAD DE PADRE	20 A 30 AÑOS	0	0.0	0	0.0	0	0.0	33.705	0.00
	30 A 40 AÑOS	3	1.6	1	0.5	0	0.0		
	40 A 50 AÑOS	12	6.3	6	3.2	25	13.2		
	50 A 60 AÑOS	29	15.3	28	14.8	60	31.7		
	60 A 70 AÑOS	2	1.1	11	5.8	11	5.8		
	DESCONOCE	1	0.5	0	0.0	0	0.0		
EDAD DE MADRE	20 A 30 AÑOS	0	0.0	0	0.0	0	0.0	24.154	0.002
	30 A 40 AÑOS	4	2.1	2	1.1	0	0.0		
	40 A 50 AÑOS	23	12.2	14	7.4	39	20.6		
	50 A 60 AÑOS	18	9.5	26	13.8	57	30.2		
	60 A 70 AÑOS	1	0.5	4	2.1	0	0.0		
	DESCONOCE	1	0.5	0	0.0	0	0.0		
RELACION ENTRE PADRES	MUY BUENA	0	0.0	0	0.0	1	0.5	61.835	0.00
	BUENA	6	3.2	17	9.0	70	37.0		
	REGULAR	19	10.1	19	10.1	21	11.1		
	MALA	22	11.6	10	5.3	4	2.1		
	MUY MALA	0	0.0	0	0.0	0	0.0		

“Frecuencia de Depresión y su asociación con el Nivel de autoestima en una población de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María, 2015”

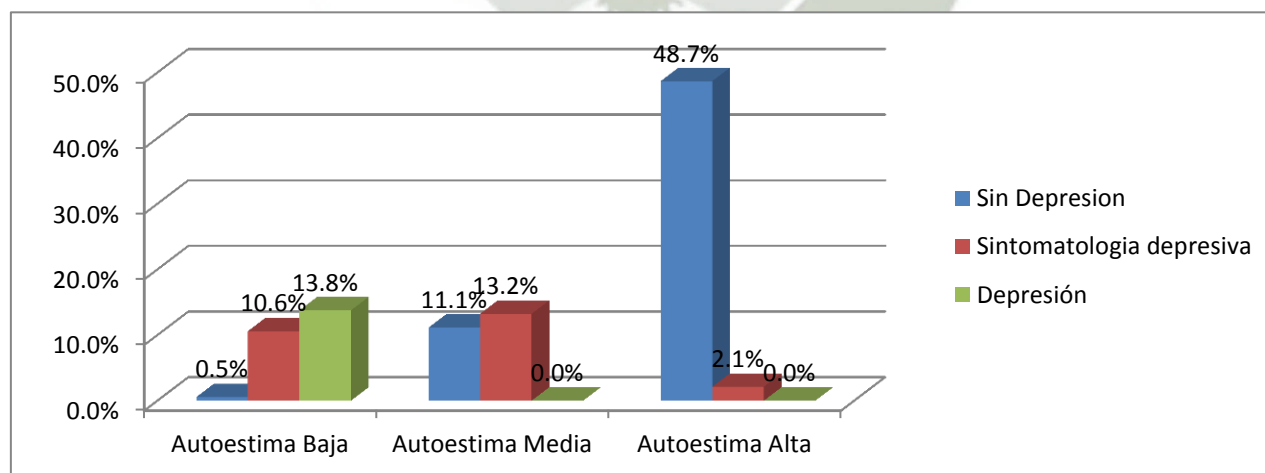
Tabla y Grafico N°61: Relación entre Depresión y Nivel de Autoestima en la Muestra de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María

		ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG						Total	
		Autoestima Baja		Autoestima Media		Autoestima Alta			
		F	%	f	%	f	%	f	%
ESCALA DE BIRLESON	SIN DEPRESION	1	0.5	21	11.1	92	48.7	114	60.3
	SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA	20	10.6	25	13.2	4	2.1	49	25.9
	DEPRESIÓN	26	13.8	0	0.0	0	0.0	26	13.8

X²= 6.530

P<0.05 (P= 0.000)

En la Tabla y Grafico N°61 se muestra que el 48,7% de los adolescentes sin Depresión tienen una Autoestima alta y el 11,1% tienen una Autoestima media. El 13,2% de los con sintomatología depresiva tienen una Autoestima media y el 10,6% tienen una Autoestima baja. El 13,8% de los con Depresión tienen una Autoestima baja, presentando relación estadística significativa.



Fuente: Elaboración propia

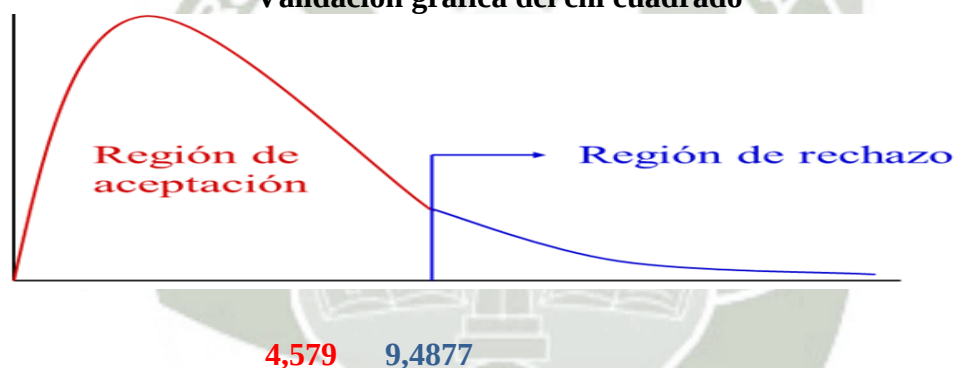
“Frecuencia de Depresión y su asociación con el Nivel de autoestima en una población de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María, 2015”

Tabla N°62: ANÁLISIS ESTADÍSTICO MEDIANTE LA CORRELACION DE CHI CUADRADO ENTRE DEPRESIÓN Y NIVEL DE AUTOESTIMA

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,530 ^a	4	0,000
Razón de verosimilitudes	8,367	4	0,000
Asociación lineal por lineal	2,253	1	0,000
N de casos válidos	189		

a. 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 6,33.

Validación grafica del chi cuadrado



Fuente: Base de datos

Interpretación

Al realizar el análisis de datos, se encuentra que existe relación estadística significativa entre la presencia de Depresión y el nivel de Autoestima, aceptando nuestra hipótesis: Que la presencia del Trastorno Depresivo afecta de manera considerable el nivel de Autoestima en los adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María, 2015.



CAPÍTULO III

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

El presente estudio incluyó a los estudiantes adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María en el periodo de estudio. La muestra estuvo constituida por 200 estudiantes adolescentes de los cuales 11 no llenaron en forma correcta la encuesta suministrada. Se evaluaron en total 189 encuestas que cumplieron con el llenado correcto.

En cuanto a la frecuencia de Depresión utilizando la Escala de Birleson (**Tabla y Grafico 21**) muestra que el 60,3% de adolescentes encuestados no presenta Depresión, el 25,9% tiene presencia de sintomatología depresiva y el 13,8% presenta Depresión.

PAREDES JEAN C.(11), en el estudio que realizó en nuestra ciudad en el año 2007, para determinar si existe relación entre Síntomas Depresivos e Inteligencia Emocional en estudiantes del Centro Preuniversitario Pre-Católica, utilizando también la Escala de Birleson encontró un elevado puntaje de alumnos con síntomas depresivos (26%).

ARCE MIGUEL A. (12), en el estudio que realizó en nuestra ciudad el año 2012, para determinar la prevalencia de la autoagresión deliberada en adolescentes de dos instituciones educativas, algunas de sus características y su relación con los niveles de depresión, encontró que el 35.3% de los adolescentes tenían algún grado de depresión, el 22.7% presentaron depresión leve, 11,7% depresión moderada y 0.9% depresión severa.

VARGAS HORACIO B. (18), en el estudio realizado en nuestro país el año 2003, para determinar la prevalencia y los factores asociados con el episodio depresivo en adolescentes de las ciudades de Cajamarca, Huaraz y Ayacucho, encontró que la prevalencia de episodio depresivo en adolescentes fue 5,7%.

ÁLVAREZ JESSIKA M. et al (19), en el estudio realizado en Colombia el año 2012, para identificar el factor de riesgo suicida y los factores asociados en adolescentes de una institución educativa, encontró la presencia de Depresión utilizando la escala de Birleson en un 56,8%.

BARRIENTOS-ACOSTA V et al (20), en el estudio realizado en México el año 2010, para determinar la prevalencia de depresión en un grupo de adolescentes mexicanos, encontró una prevalencia de depresión del 7% utilizando la escala de Birleson modificada para trastornos depresivos en niños y adolescentes.

Con respecto a los trabajos anteriores, si bien en solo algunos de estos se utilizó la Escala de Birleson, para medir depresión las cifras encontradas en nuestro trabajo en relación con la sintomatología depresiva (26%) se aproximan al trabajo realizado por **PAREDES JEAN C.(11)** con 25,9%, en el estudio realizado por **ARCE MIGUEL A. (12)** si bien se utilizo Escala Autoaplicada de Zung para la variable de Depresión , los porcentajes acumulados de sintomatología depresiva y depresión encontrados en nuestro estudio es de 39,4% frente a un 35,3% son similares. En relación a la frecuencia de Depresión en el trabajo realizado por **VARGAS HORACIO B. (18)** encontró una prevalencia de episodio depresivo del 5,7% frente a nuestra frecuencia del 13,8%. En el estudio realizado por **ÁLVAREZ JESSIKA M. et al (19)**, utilizando la escala de Birleson encontró la presencia de depresión en un 56,8% cifra que difiere bastante de la nuestra. En el estudio realizado por **BARRIENTOS-ACOSTA V et al (20)**, el único encontrado donde se utilizó el mismo instrumento utilizado en nuestro trabajo se encontró una prevalencia de depresión del 7% cifra que difiere de la que encontramos, cabe resaltar que estas diferencias podrían deberse al tamaño de la muestra y a las características diferentes en las poblaciones estudiadas.

En cuanto al Nivel de Autoestima utilizando la escala de Autoestima de Rosenberg (**Tabla y Grafico 22**) muestra que el 50,8% de los adolescentes encuestados tiene un Nivel de Autoestima Alta, el 24,9% tiene un Nivel de Autoestima Baja y el 24,3% tiene un Nivel de Autoestima Media.

RAMOS PATRICIA(13), en el estudio realizado en nuestro país en la ciudad de Tacna el año 2005, para determinar las dimensiones de la Personalidad y Autoestima, y establecer la posible relación entre ambas, si bien se utilizó un instrumento diferente: el Inventario de Autoestima de Coopersmith. Se encontró que los alumnos en su mayoría

muestran una autoestima eficiente o autoestima alta (52%), autoestima intermedia o media (23%) por el contrario el porcentaje de alumnos que presentan una autoestima deficiente o autoestima baja (25%).

GONZÁLEZ LUIS et al (22), en el estudio realizado en Chile el año 2006, para determinar la relación entre autoestima, apego y depresión, si bien se utilizó un instrumento diferente: Inventario de Autoestima de Coopersmith. Se encontró en los adolescentes un nivel de autoestima alto (63%), autoestima intermedia (24%) y autoestima baja (13%).

Con respecto a los trabajos anteriores, si bien en ambos no se utilizó el mismo instrumento utilizado en nuestro trabajo de investigación para medir el nivel de autoestima, los porcentajes con el primero de los mismos son cercanos, no pudiendo inferir conclusión alguna sobre las mismas.

En cuanto a la presencia de Depresión y la edad de los adolescentes encuestados (**Tabla y Grafico 23**), según la prueba de Chi cuadrado($X^2 = 22.158$) se aprecia que la presencia de Depresión y la edad presenta relación estadística significativa ($P < 0.05$). Así mismo muestra que el 11,1% de los adolescentes con Sintomatología Depresiva tiene 17 años, el 9,5% tiene 16 años, el 2,6% tiene 15 años, el 2,1% tiene 18 años y solo el 0,5% tiene más de 18 años. En relación a los adolescentes con Depresión el 5,8% tiene 17 años, el 3,7% tiene 16 años, y el 2,1% tiene 15 años.

PAREDES JEAN C.(11), en el estudio que realizo en nuestra ciudad en el año 2007, para determinar si existe relación entre Síntomas Depresivos e Inteligencia Emocional en estudiantes del Centro Preuniversitario Pre-Católica, la edad que con mayor frecuencia se encontró mayor sintomatología depresiva fue la comprendida entre los 16 a 17 años(20%).

HUAPAYA BEATRIZ (17), en el estudio que realizo en la ciudad de Lima en el año 2009, para establecer si la sintomatología depresiva, disfunción familiar, abuso de alcohol, conducta antisocial y problemas de pareja son factores asociados a la ideación

suicida en adolescentes escolares de 3er, 4to y 5to año de secundaria de instituciones educativas públicas del Cono Este de Lima, encontró que con el análisis multivariado la depresión y la edad de 16 a 19 años demostraron tener asociación significativa con la ideación suicida.

ÁLVAREZ JESSIKA M. et al (19), en el estudio realizado en Colombia el año 2012, para identificar el factor de riesgo suicida y los factores asociados en adolescentes de una institución educativa, encontró la presencia de Depresión utilizando la escala de Birleson en un 56,8%, predominando en las edades comprendidas entre 16 a 17 años(22%).

BARRIENTOS-ACOSTA V et al (20), en el estudio realizado en México el año 2010, para determinar la prevalencia de depresión en un grupo de adolescentes mexicanos, encontró una prevalencia de depresión del 7% utilizando la escala de Birleson modificada para trastornos depresivos en niños y adolescentes y esta predominó en el grupo de adolescentes comprendido entre 16 y 17 años (23%).

Con respecto a los trabajos anteriores nuestras cifras se aproximan a los trabajos citados siendo más frecuente la presencia de sintomatología depresiva, así como de depresión en la edad comprendida entre los 16 a 17 años, llegamos a concluir pues que al existir relación estadística significativa entre ambas variables, y como también lo indica la literatura revisada la sintomatología depresiva y la presencia de depresión aumentan de manera proporcional con la edad.

En cuanto a la presencia de Depresión y la Presencia de Maltrato físico (**Tabla y Grafico 29**), según la Prueba de Chi cuadrado($X^2= 21.455$) se aprecia que la presencia de Depresión y la presencia de Maltrato Físico presentó relación estadística significativa ($P<0.05$).

Así mismo se muestra que el 16,9% de los adolescentes con Sintomatología depresiva no recibió Maltrato físico, frente al 9,0% que manifestó que sí recibió Maltrato físico.

En relación a los adolescentes con Depresión el 8,5% manifiesta que no recibió maltrato físico frente al 5,3% que manifiesta que si recibió maltrato físico.

VÁZQUEZ ELBA et al (21), en el estudio realizado en México en el año 2006, para determinar la utilidad de la Escala de Birleson para el diagnóstico de Depresión en adolescentes con intento de suicidio y sanos, se evidencio presencia de violencia familiar en el grupo de los adolescentes con depresión en un 4,8% presentando además relación estadística significativa.

La presencia de maltrato físico y la presencia de Depresión si presento relación estadística significativa, esto concuerda con el estudio anterior, el porcentaje encontrado en nuestro estudio de adolescentes con depresión y presencia de maltrato físico es de 5,3% frente al 4,8% del estudio anterior siendo las cifras porcentuales muy cercanas indicamos entonces que la presencia de maltrato físico influiría en el desarrollo de Depresión.

En relación a la presencia de Depresión y el consumo de cigarrillos (**Tabla y Grafico 30**), según la Prueba de Chi cuadrado($X^2= 16.394$) se aprecia que la presencia de Depresión y el Consumo de cigarrillos si presento relación estadística significativa ($P<0.05$).

Así mismo se muestra que el 15,9% de los adolescentes con Sintomatología depresiva manifiesta no haber consumido cigarrillos frente al 10,1% que manifiesta que si consumió cigarrillos. En relación a los adolescentes con Depresión el 7,4% manifiesta si haber consumido cigarrillos frente al 6,3% que manifiesta no haber consumido cigarrillos.

BARRIENTOS-ACOSTA V et al (20), en el estudio realizado en México el año 2010, para determinar la prevalencia de depresión en un grupo de adolescentes mexicanos, encontró una prevalencia de depresión de 7%, encontró la presencia de tabaco en un 9% del total de adolescentes deprimidos siendo este hábito exclusivo de las adolescentes del género femenino.

VÁZQUEZ ELBA et al (21), en el estudio realizado en México en el año 2006, para determinar la utilidad de la Escala de Birleson para el diagnóstico de Depresión en adolescentes con intento de suicidio y sanos, se evidencio presencia de toxicomanías en 8,0% de los adolescentes con depresión.

La presencia de Depresión y el consumo de cigarrillos, presento relación estadística significativa, si bien en estos dos últimos trabajos mencionados no se estableció relación estadística significativa, las cifras de los mismos son cercanas a las encontradas en el nuestro (7,4%) frente al (9%) y el (8%) respectivamente en los trabajos anteriormente citados.

En relación a la presencia de Depresión y el consumo de alcohol (**Tabla y Grafico 31**), según la Prueba de Chi cuadrado($X^2= 58.347$) se aprecia que la presencia de Depresión y el Consumo de alcohol si presento relación estadística significativa ($P<0.05$).

Así mismo muestra que el 21,2% de los adolescentes con Sintomatología depresiva manifiesta si haber consumido alcohol frente a un 4,8% que manifiesta no haber consumido alcohol. En relación a los adolescentes con Depresión el 12,7% manifiesta si haber consumido alcohol frente al 1,1% que manifiesta no haber consumido alcohol.

BARRIENTOS-ACOSTA V et al (20), en el estudio realizado en México el año 2010, para determinar la prevalencia de depresión en un grupo de adolescentes mexicanos, encontró una prevalencia de depresión de 7%, encontró la presencia de consumo de alcohol en adolescentes deprimidos en un 14% siendo este habito exclusivo de mujeres adolescentes.

VARGAS HORACIO B.(18), en el estudio realizado en nuestro país el año 2003, para determinar la prevalencia y los factores asociados con el episodio depresivo en adolescentes de las ciudades de Cajamarca, Huaraz y Ayacucho, encontró asociación estadísticamente significativas con: embriaguez alcohólica en el último mes(22,6%), además relación estadística significativa entre adolescentes con depresión y consumo de alcohol.

La presencia de Depresión y consumo de alcohol, presento relación estadística significativa, en el trabajo de **VARGAS HORACIO B. (18)**, si se estableció relación estadística entre ambas variables, el 22,6%; estas cifras si bien se aleja a la encontrada en nuestro trabajo (12,7%), inferimos que esta discordancia pueda deberse al número de adolescentes encuestados 1575 adolescentes frente a 192 encuestados en nuestro trabajo. Sin embargo las cifras encontradas por **BARRIENTOS-ACOSTA V et al (20)**, de 14,7% en adolescentes deprimidos y que consumieron alcohol no son muy lejanas a las encontradas en nuestro trabajo 12,7%.

En relación a la presencia de Depresión y la Persona(s) con la(s) que vive el adolescente encuestado (**Tabla y Grafico 33**), según la Prueba de Chi cuadrado($X^2=43.419$) se aprecia que la presencia de Depresión y la Persona(s) con las que vive el adolescente encuestado presento relación estadística significativa ($P<0.05$).

Así mismo muestra que el 17,5% de los adolescentes que presentan Sintomatología depresiva viven solo con su madre, el 3,2% con ambos padres, el 2,1% vive con sus tíos, el 1,1% vive con sus abuelos y solo el 0,5% vive con otros familiares. En relación a los adolescentes con Depresión el 5,8% vive con ambos padres, el 4,8% vive solo con su madre.

BARRIENTOS-ACOSTA V et al (20), en el estudio realizado en México el año 2010, para determinar la prevalencia de depresión en un grupo de adolescentes mexicanos, encontró una prevalencia de depresión de 7%, además describió tipología familiar de los adolescentes deprimidos, encontrando una familia nuclear simple en un 55%, reconstruida en un 2%, sin presencia de padres en 1% y monoparental en un 10%.

Si bien la presencia de Depresión y la Persona(s) con las que vive demostró presentar relación estadística significativa, no se encontraron estudios que avalen esta relación, más bien en el estudio anterior las cifras porcentuales sobre tipología familiar encontradas en el anterior estudio, no son cercanas respecto a la convivencia solo con madre(4,8%) y familia monoparental(10%) en los adolescentes deprimidos, inferimos

pues que esta discordancia pueda deberse al número de adolescentes encuestados es mayor en el estudio antes mencionado y además no se tomó como variable estrictamente la persona(s) con las que convive el adolescente como realizamos en nuestro estudio.

En relación a la presencia de Depresión y el estado civil de los padres de los adolescentes encuestados (**Tabla y Grafico 35**), según la Prueba de Chi cuadrado($X^2=37.539$) se aprecia que la presencia de Depresión y el estado civil de los Padres si presento relación estadística significativa.

Así mismo muestra que el 14,3% de los adolescentes con Sintomatología depresiva manifiesta que sus padres son casados, el 4,2% que son solteros, el 4,2% que son divorciados, el 1,6% que tienen unión libre, el 1,1% que son viudos y solo el 0,5% manifiesta desconocer el estado civil de sus padres. En relación a los adolescentes con Depresión el 7,4% manifiesta que sus padres son casados, el 4,8% que son divorciados y solo el 1,6% que son solteros.

BARRIENTOS-ACOSTA V et al (20), en el estudio realizado en México el año 2010, para determinar la prevalencia de depresión en un grupo de adolescentes mexicanos, encontró una prevalencia de depresión de 7%, describió características de los padres de los adolescente deprimidos una de estas fue el estado civil de los mismos, casados(53%), unión libre(15%), divorciados (15%), solteros (7%), desconoce (6%) y viudos(4%), no realizando en este estudio relación estadística significativa entre estas variables.

Si bien es cierto la presencia de Depresión y el estado civil de los padres presento relación estadística significativa, no encontramos estudios que valoren la existencia de esta asociación, más bien si en el estudio de **BARRIENTOS-ACOSTA V et al (20)**, las cifras porcentuales no concuerdan pero si se ve una mayor frecuencia de adolescentes deprimidos con padres casados, lo cual también se encontró en el estudio realizado, cabría mencionar que estas diferencias las atribuiríamos posiblemente al mayor número de población tomada por el estudio anteriormente descrito.

En relación a la presencia de Depresión y la edad del Padre de los adolescentes encuestados (**Tabla y Grafico 36**), según la Prueba de Chi cuadrado($X^2= 28.975$) la presencia de Depresión y la edad del Padre si presento relación estadística significativa ($P<0.05$).

Así mismo muestra que el 16,4% de los adolescentes con Sintomatología depresiva manifiesta que su padre tiene una edad en el rango de 50 a 60 años, el 5,8% en el rango de 60 a 70 años, el 2,6% en el rango de 40 a 50 años, el 0,5% en el rango de 30 a 40 años y solo el 0,5% manifiesta desconocer la edad de su padre. En relación a los adolescentes con Depresión el 7,4% manifiesta que la edad de su padre está en el rango de 50 a 60 años, el 4,8% en el rango de 40 a 50 años y solo el 1,6% en el rango de 30 a 40 años.

BARRIENTOS-ACOSTA V et al (20), en el estudio realizado en México el año 2010, para determinar la prevalencia de depresión en un grupo de adolescentes mexicanos, encontró una prevalencia de depresión de 7%, describió características de los padres de los adolescente deprimidos una de estas la edad del padre por grupos de edad siendo más frecuente la comprendida entre 41 a 50 años(49%), seguida por la de 31 a 40 años(38%), luego la de 51 a 60 años(8%), la de 20 a 30 años(5%), luego la de 61 a 70 años(3%) y finalmente manifestaron desconocerla (2%).

Si bien es cierto la presencia de Depresión y la edad del padre de los adolescentes con depresión presento relación estadística significativa, no encontramos estudios que hayan encontrado esta asociación, no obstante comparando las cifras porcentuales con la encontradas en nuestro estudio difieren de este ultimo los adolescentes deprimidos tienen un padre cuya edad se encuentra entre los 50 a 60 años con mayor frecuencia que es similar a la descrita en el estudio anteriormente mencionado.

En relación a la presencia de Depresión y la edad de la madre de los adolescentes encuestados (**Tabla y Grafico 37**), según la Prueba de Chi cuadrado($X^2= 40.332$) se aprecia que la presencia de Depresión y la edad de la Madre presento relación estadística significativa ($P<0.05$).

Así mismo muestra que el 13,2% de los adolescentes con Sintomatología depresiva manifiesta que su madre tiene una edad en el rango de 50 a 60 años, el 8,5% en el rango de 40 a 50 años, el 2,6% en el rango de 60 a 70 años, el 1,1% en el rango de 30 a 40 años y solo el 0,5% manifiesta desconocer la edad de su madre. En relación a los adolescentes con Depresión el 7,9% manifiesta que la edad de su madre está en el rango de 40 a 50 años, el 3,7% en el rango de 50 a 60 años y solo el 2,1% en el rango de 30 a 40 años.

BARRIENTOS-ACOSTA V et al (20), en el estudio realizado en México el año 2010, para determinar la prevalencia de depresión en un grupo de adolescentes mexicanos, encontró una prevalencia de depresión de 7%, describió características de los padres de los adolescente deprimidos una de estas la edad de la madre por grupos de edad siendo más frecuente la comprendida entre 31 a 40 años(65%), seguida por la de 41 a 50 años(24%), luego la de 20 a 30 años(5%), la de 51 a 60 años(4%) y finalmente manifestaron desconocerla (3%).

Si bien es cierto la presencia de Depresión y la edad de la madre de los adolescentes con depresión presento relación estadística significativa, igualmente no encontramos estudios que establezcan asociación estadística significativa entre ambas variables, no obstante en cierta manera concuerda cifras de adolescentes deprimidos encontrados en nuestro estudio cuyas madres tienen entre 50 a 60 años con el estudio anteriormente mencionado.

En relación a la presencia de Depresión y la percepción de la relación entre los padres de los adolescentes encuestados (**Tabla y Grafico 40**), según la Prueba de Chi cuadrado($X^2= 69.337$) se aprecia que la presencia de Depresión y la Relación entre los padres si presento relación estadística significativa ($P<0.05$).

Así mismo muestra que el 11,1% de los adolescentes con Sintomatología depresiva considera la relación entre sus padres como regular, el 10,6% la considera como mala, y solo el 4,2% la considera como Buena. En relación a los adolescentes con Depresión

el 6,3% considera la relación entre sus padres como mala, el 5,3% como regular y solo el 2,1% la considera como buena.

VARGAS HORACIO B.(18), en el estudio realizado en nuestro país el año 2003, para determinar la prevalencia y los factores asociados con el episodio depresivo en adolescentes de las ciudades de Cajamarca, Huaraz y Ayacucho, encontró asociación estadística significativa entre las relaciones intrafamiliares entre los padres de los adolescentes deprimidos ($p < 0,038$).

VÁZQUEZ ELBA et al (21), en el estudio realizado en México en el año 2006, para determinar la utilidad de la Escala de Birlson para el diagnóstico de Depresión en adolescentes con intento de suicidio y sanos, se evidencio presencia familia desintegrada (3,3%), así como violencia familiar (1,6%) además de presentar relación estadística significativa ambas variables con la presencia de depresión.

Si bien existe relación estadística significativa entre la presencia de Depresión y la percepción de la relación entre los padres de los adolescentes encuestados, esta se comprueba con las similitudes con los estudios anteriormente citados, infiriendo que a más bajo nivel de relación entre los padres las cifras de presencia de depresión aumentan.

En relación al nivel de Autoestima y la edad de los adolescentes encuestados (**Tabla y Grafico 42**), según la Prueba de Chi cuadrado ($X^2 = 22.409$) se aprecia que el Nivel de Autoestima y la edad presento relación estadística significativa ($P < 0.05$).

Así mismo se muestra que el 25,4% de los adolescentes con Autoestima alta tiene 16 años, el 11,6% de los adolescentes con Autoestima media tiene 16 años y el 10,6% de los adolescentes con Autoestima baja tiene 17 años.

RAMOS PATRICIA(13), en el estudio realizado en nuestro país en la ciudad de Tacna el año 2005, para determinar las dimensiones de la Personalidad y Autoestima, y establecer la posible relación entre ambas, si bien se utilizó un instrumento diferente: el Inventario de Autoestima de Coopersmith. Se encontró que los alumnos en su mayoría

muestran una autoestima eficiente o autoestima alta (52%), con mayor frecuencia en la edad comprendida entre 16 a 17 años (26,2%); autoestima intermedia o media (23%) con mayor frecuencia en los 16 años (12,2%) por el contrario el porcentaje de alumnos que presentan una autoestima deficiente o autoestima baja (25%) donde predomina la edad de 17 a más años.

GONZÁLEZ LUIS et al (22), en el estudio realizado en Chile el año 2006, para determinar la relación entre autoestima, apego y depresión, si bien se utilizó un instrumento diferente: Inventario de Autoestima de Coopersmith. Se encontró en los adolescentes un nivel de autoestima alto (63%), autoestima intermedia (24%) y autoestima baja (13%), predominando la autoestima alta en los adolescentes de 16 a 18 años(59%), la autoestima media o intermedia en los mayores de 18 años(62%) y la baja en los menores de 16 años.

Si bien es cierto el Nivel de Autoestima y la edad presento relación estadística significativa, en los trabajos anteriores no se estableció asociaciones entre estas variables, las frecuencias descritas son cercanas a las encontradas en nuestra población estudiada, inferimos además que a menor edad la autoestima es más baja ya que como describe la literatura consultada esta se va formando lentamente según el desarrollo social, psicológico del adolescente.

En relación al Nivel de Autoestima y el Desempeño escolar percibido por el adolescente encuestado (**Tabla y Grafico 45**), según la Prueba de Chi cuadrado($X^2=17.136$) se aprecia que el Nivel de Autoestima y el desempeño escolar si presento relación estadística significativa ($P<0.05$).

Así mismo se muestra que de los adolescentes con Autoestima alta el 28,6% considera su desempeño escolar como bueno, el 17,5% como regular, el 2,6% como malo y solo el 2,1% como muy bueno. De los adolescentes con Autoestima media el 12,7% considera su desempeño escolar como bueno, el 9,0% como regular y solo el 2,6% como malo. De los adolescentes con Autoestima baja el 15,9% considera su desempeño escolar como regular, el 8,5% como bueno y solo el 0,5% como malo.

Si bien es cierto se encontró relación estadística significativa entre el Nivel de Autoestima y el desempeño escolar, no hallamos estudios que evaluaran esta variables, pero **AGUILAR G. et al (3)** en el estudio realizado en adolescentes guatemaltecos en el año 2006, encontró que aquellos adolescentes con mejores calificaciones en su año de estudios (26%) presentaban con mayor frecuencia Niveles de Autoestima elevados, Apoyando de esta manera los resultados obtenidos en nuestro trabajo.

En relación al nivel de Autoestima y la Presencia de maltrato físico en los adolescentes encuestados (**Tabla y Grafico 48**), según la Prueba de Chi Cuadrado ($X^2= 22.245$) se aprecia que el Nivel de Autoestima y la Presencia de Maltrato físico si presento relación estadística significativa ($P<0.05$).

Así mismo muestra que de los adolescentes con Autoestima alta el 46,0% manifiesta no haber sufrido maltrato físico frente al 4,8% que si lo ha sufrido. En los adolescentes con Autoestima Media el 20,1% manifiesta no haber sufrido maltrato físico frente al 4,2% que si lo ha sufrido. En los adolescentes con Autoestima baja el 14,3% manifiesta no haber sufrido maltrato físico frente a un 10,6% que si lo ha sufrido.

AGUILAR G. et al (3) en el estudio realizado en adolescentes guatemaltecos en el año 2006, sobre depresión y autoestima; encontró que de los adolescentes con nivel de Autoestima bajo indicaron presentar presencia de maltrato físico en el hogar en un 9,2%, además presento relación estadística significativa con el Nivel de autoestima.

Si bien es cierto en nuestro estudio también se encontró relación estadística significativa entre ambas variables lo cual concuerda con el estudio anteriormente citado, además que la frecuencia de adolescentes con autoestima baja y presencia de maltrato físico encontrada en nuestro estudio 10,6% se aproxima a la encontrada por el estudio de **AGUILAR G. et al (3)**.

En relación al Nivel de Autoestima y el consumo de cigarrillos en los adolescentes encuestados (**Tabla y Grafico 49**), según la Prueba de Chi cuadrado ($X^2= 16.328$) se

aprecia que el Nivel de Autoestima y el Consumo de Cigarrillos si presento relación estadística significativa ($P < 0.05$).

Así mismo muestra que de los adolescentes con Autoestima alta el 41,3% no consume cigarrillos frente al 9,5% que si lo realiza. De los adolescentes con Autoestima media el 18,0% no consume cigarrillos frente al 6,3% que si lo realiza.

ARMENDARIZ, N ET AL.(25), en el estudio realizado en el año 2008, en México donde se buscó determinar la influencia de la Autoestima sobre el consumo de tabaco y alcohol en adolescentes, encontró relación estadística significativa ($P = 0.012$) entre el nivel de autoestima y si el adolescente había consumido alguna vez en su vida tabaco.

Si bien es cierto respecto al estudio anterior, nuestro resultado es estadísticamente significativo concordando con este, infiriendo que a mayores niveles de autoestima disminuye el nivel de consumo de cigarrillos o tabaco.

En relación al Nivel de Autoestima y el consumo de Alcohol en los adolescentes encuestados (**Tabla y Grafico 50**), según la Prueba de Chi cuadrado ($X^2 = 16.328$) se aprecia que el Nivel de Autoestima y el Consumo de Alcohol si presento relación estadística significativa ($P < 0.05$).

Así mismo muestra que de los adolescentes con Autoestima alta el 35,4% no consume alcohol frente al 15,3% que si lo realiza. En los adolescentes con Autoestima media el 13,2% consume alcohol frente al 11,1% que no lo realiza. En los adolescentes con Autoestima baja el 22,8% consume alcohol frente al 2,1% que no lo realiza.

ARMENDARIZ, N ET AL.(25), en el estudio realizado en el año 2008, en México donde se buscó determinar la influencia de la Autoestima sobre el consumo de tabaco y alcohol en adolescentes, encontró relación estadística significativa ($P = 0.032$) entre el nivel de autoestima y si el adolescente había consumido alcohol en el último año.

En relación al estudio anterior nuestro resultado concuerda con la asociación significativa entre el consumo de alcohol y el nivel de Autoestima, es decir que a

mayor nivel de autoestima el consumo de alcohol es inversamente proporcional, reiterando como la literatura lo indica como factor protector para el desarrollo de adicciones a los niveles altos de autoestima.

En relación al Nivel de Autoestima y el consumo de drogas en los adolescentes encuestados (**Tabla y Grafico 51**), según la Prueba de Chi cuadrado ($X^2= 47.652$) se aprecia que el Nivel de Autoestima y el Consumo de drogas si presento relación estadística significativa ($P<0.05$).

Así mismo muestra que de los adolescentes con Autoestima alta el 45% no consume drogas frente al 5,8% que si lo realiza. De los adolescentes con Autoestima media el 23,8% no consume drogas frente al 0,5% que si lo realiza. De los adolescentes con Autoestima baja el 23,3% no consume drogas frente al 1,6% que si lo realiza.

GARAIGORDOBIL, M., ET AL (26), en el estudio realizado en España el año 2005, que tuvo como unos de sus objetivos identificar variables predictoras de alto autoconcepto y autoestima en adolescentes; encontró relación estadística significativa entre los bajos niveles de autoestima y el consumo de drogas en general, indica además que del total de adolescentes con nivel de Autoestima baja 1,2% consumo drogas pero sin especificar el tipo de la misma.

En nuestro estudio el Nivel de Autoestima y el consumo de drogas presento relación estadística significativa concordando con el anterior, así mismo la cifra porcentual de adolescentes con baja autoestima y que consumen drogas es cercana a la nuestra 1,8%, de esta manera recalcamos también lo que la literatura consultada describe en relación al autoestima como factor protector en el desarrollo de adicciones.

En relación al Nivel de Autoestima y las Persona(s) con las que vive el adolescente encuestado (**Tabla y Grafico 52**), según la Prueba de Chi cuadrado ($X^2= 36.562$) se aprecia que el Nivel de Autoestima y la Persona(s) con la que vive el adolescente encuestado si presento relación estadística significativa ($P<0.05$)

Así mismo se muestra que de los adolescentes con Autoestima Alta el 32,3% vive con ambos padres. De los adolescentes con Autoestima media el 10,6% vive solo con su madre y de los adolescentes con Autoestima baja el 13,8% vive solo con su madre.

GARAIGORDOBIL, M., ET AL (26), en el estudio realizado en España el año 2005, que tuvo como unos de sus objetivos identificar variables predictoras de alto autoconcepto y autoestima en adolescentes; encontró relación estadística significativa entre la persona con la que vive el adolescente y el nivel de autoestima señalando que en los hogares sin presencia de uno de los padres los niveles de autoestima son más bajos (12,2%).

Si bien es cierto en nuestro estudio encontramos relación estadística entre el Nivel de Autoestima y la Persona(s) con las que convive que concuerda con el estudio anteriormente citado, debemos agregar que las cifras porcentuales de los adolescentes que viven solo con su madre y tienen baja autoestima encontrados en nuestro estudio (13,8%) son cercanas a las encontradas en el anterior (12,2%).

En relación al Nivel de Autoestima y la relación entre padres de los adolescentes encuestados (**Tabla y Grafico 59**), según la Prueba de Chi cuadrado ($X^2= 61.835$) se aprecia que el Nivel de Autoestima y la Relación entre padres si presenta relación estadística significativa ($P<0.05$).

Así mismo muestra que de los adolescentes con Autoestima alta el 37,0% considera que la relación entre sus padres es buena, el 11,1% la considera regular, el 2,1% la considera mala y solo el 0,5% la considera muy buena. En los adolescentes con Autoestima media el 10,1% considera que la relación entre sus padres es regular, el 9,0% la considera buena y solo el 5,3% la considera mala. En los adolescentes con Autoestima baja el 11,6% considera que la relación entre sus padres es mala, el 10,1% la considera regular y solo el 3,2% la considera buena.

GONZÁLEZ LUIS et al (22), en el estudio realizado en Chile el año 2006, para determinar la relación entre autoestima, apego y depresión, si bien se utilizó un

instrumento diferente: Inventario de Autoestima de Coopersmith, describió si no relación entre padres si describe, sentimientos de rabia hacia la madre, rabia hacia al padre, con relación estadística significativa.

En nuestro trabajo se encontró relación estadística significativa entre el nivel de autoestima y la percepción de la relación entre los padres, no obstante no se podría comparar de manera estricta estos resultados con los obtenidos en la investigación anteriormente citada nos orientan a inferir que frente a un ambiente familiar adverso el adolescente se torna inseguro, presenta miedo lo cual contribuiría de manera negativa al desarrollo de la autoestima del adolescente.

En relación a la presencia de Depresión y el Nivel de Autoestima en los adolescentes encuestados (**Tabla y Grafico 61**), según la Prueba de Chi cuadrado ($X^2= 6.530$) se aprecia que la presencia de Depresión y sintomatología depresiva influye de manera directa en el nivel de Autoestima siendo esta relación estadísticamente significativa ($P<0.05$).

Así mismo se muestra que en los adolescentes sin Depresión el 48,7% tienen una Autoestima alta, el 11,1% tienen una Autoestima media y solo el 0,5% tiene una Autoestima baja. En los adolescentes con Sintomatología depresiva el 2,1% tienen una Autoestima alta, el 13,2% una Autoestima media y el 10,6% tienen una Autoestima baja. En relación a los adolescentes con Depresión solo se encuentra Autoestima baja en el 13,8% de los mismos no encontrándose adolescentes con Depresión y Autoestima media o alta.

AGUILAR G. et al (3) en el estudio realizado en adolescentes guatemaltecos en el año 2006, sobre depresión y autoestima; para analizar la relación entre los constructos de depresión y autoestima, utilizaron el coeficiente de correlación producto-momento de Pearson, obteniendo una correlación estadística significativa e inversamente proporcional entre ambas variables($P<0,05$).

GONZÁLEZ LUIS et al (22), en el estudio realizado en Chile el año 2006, para determinar la relación entre autoestima, apego y depresión, si bien se utilizó un instrumento diferente: Inventario de Autoestima de Coopersmith, encontró una asociación entre Depresión y Nivel de Autoestima que resulto estadísticamente significativa ($P < 0,005$).

GARAIGORDOBIL, M., ET AL (26), en el estudio realizado en España el año 2005, que tuvo como unos de sus objetivos identificar variables predictoras de alto autoconcepto y autoestima en adolescentes; encontró relación estadística significativa entre los niveles de depresión y la autoestima-autoconcepto ($P < 0,05$).

Respecto a los estudios anteriores todos estos concuerdan con lo encontrado en nuestro estudio, la existencia de relación estadística significativa entre la presencia de depresión y los niveles de autoestima, corroborando nuestra hipótesis sobre la influencia de la depresión en los niveles de autoestima en los adolescentes.





CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES Y

RECOMENDACIONES

A. CONCLUSIONES

PRIMERA: La frecuencia de Depresión de la población Adolescente del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María fue de 13,8% y 25,9% para la presencia de sintomatología depresiva.

SEGUNDA: El Nivel de Autoestima en la población Adolescente del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María fue, más del 75% tiene un nivel de Autoestima de Medio a Alto y menos del 25% un nivel de Autoestima bajo.

TERCERA: Existe asociación entre Depresión y el Nivel de Autoestima concluyendo que la presencia de Depresión influye directamente sobre el Nivel de Autoestima.



B. RECOMENDACIONES

PRIMERA:

- Realizar un estudio más amplio de los Trastornos del Estado del Animo específicamente de Depresión y sintomatología depresiva en los adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María, presidido por la dirección de este Centro en coordinación con la Facultad de Medicina Humana dando evaluación psiquiátrica más específica a los adolescentes que son diagnosticados con la presencia de este trastorno debido a los riesgos ya conocidos que este trastorno trae consigo tanto en la esfera social, física y psicológica.

SEGUNDA:

- Establecer estrategias para incrementar los niveles de Autoestima en los adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María como charlas de motivación, talleres de habilidades sociales esto coordinado desde la dirección del Centro Preuniversitario con la Oficina de Apoyo Psicológico y espiritual de la Universidad.

TERCERA:

- Realizar trabajos de investigación , que incluyan coordinación mutua entre las Facultades de Medicina Humana y Psicología de la Universidad, para poder determinar de una mejor manera la tipología familiar en adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario ya que muchos de estos factores afectan los niveles de Autoestima y la presencia de Depresión en los mismos.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Kleigman R., Behrman R., Jenson HB., Stanton B., Nelson Tratado de Pediatría 18 ed.Elseiver-España; 2009. Cap.12 p.60-65
- 2.- Philip F. Adolescencia: Desarrollo, relaciones y cultura., Prentice Hall, Madrid; 2000. Cap 8 p.173-81
- 3.- Aguilar G., Eduardo H., Berganza C., Autoestima y depresión en adolescentes guatemaltecos. Revista Latinoamericana de Psicología, vol. 28, núm. 2, 1996, pp. 341-366, Fundación Universitaria Konrad Lorenz ,Colombia
- 4.- Sadock BJ, Sadock VA. Sinopsis de Psiquiatría 10 ed. Wolters Kluwer (NY): Lippincot Williams&Wilkins Publishers; 2009. Cap.49 p.1258-63
- 5.- Vargas H, et al. Prevalencia y factores asociados con el episodio depresivo en adolescentes de Lima Metropolitana y Callao Rev. Perú. epidemiol. Vol 14 No 2 Agosto 2010
- 6.- Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Costa Peruana 2006. Informe General. Anales de Salud Mental Vol. XXIII. Año 2007, Números 1 y 2. Lima
- 7.- Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Sierra Rural 2008. Informe General Anales de Salud Mental Vol. XXV. Año 2009, Número 1 y 2. Lima
- 8.- Toro RJ, Yepes LE, Palacio CA, Tellez JE.Fundamentos de Medicina: Psiquiatría 5 ed. Corporación para Investigaciones Biológicas; 2010.Cap.13 p.168-172
- 9.- Asociación Americana de Psiquiatría, Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2013.
- 10.- Soutullo, C., Mardomingo, MJ. Manual de Psiquiatría del niño y del adolescente. Editorial Médica Panamericana; 2010. Cap. 9 p.145-63

11.-Paredes, JC., Relación entre Síntomas Depresivos e Inteligencia Emocional en estudiantes del Centro Preuniversitario Pre-Católica, Arequipa-2007., Tesis para optar el grado de Médico Cirujano. Universidad Católica de Santa María, Arequipa-Peru 2007.

12.-Arce MA., Autoagresión deliberada y Niveles de Depresión en adolescentes de dos instituciones Educativas, Arequipa 2012., Tesis para optar el grado académico de Magister en Salud Mental del Niño, del Adolescente y de la familia. Escuela de Postgrado de la Universidad Católica de Santa María, Arequipa-Perú 2013.

13.- Ramos P., Relación entre las Dimensiones de la Personalidad y Autoestima en Adolescentes de ambos sexos de colegios Nacionales de Tacna, 2005. Tesis para optar el grado de Magister en Salud Publica. Escuela de Postgrado de la Universidad Católica de Santa María, Arequipa-Perú 2005.

14. - NICE 2005.National Collaborating Centre for Mental Health. Depression in Children and Young People. Identification and Management in primary, community and secondary care.2005[citado 8 ene 2008]; disponible en : <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/cg28fullguideline.pdf>

15.-Cheung AH., Kusumakar V., Kutcher S., Dubo E, Garland J., Weiss M., Kiss A., Levitt A.Maintenance study for adolescents depression. J Child Adolesc Psychopharmacol, Agosto 2008; 18 (4): 389-394

16.- Vivar R., Pacheco Z., Andrianzen C., Macciotta B., Marchena C. Validación de la Escala de Birlenson Modificada para trastornos depresivos en niños y adolescentes peruanos.Rev.Per. de Pediatría. Setiembre-Diciembre 2005.p.24-30

17.- Huapaya D., Factores asociados a ideación suicida en adolescentes escolares de 3er, 4to y 5to años de secundaria de instituciones educativas públicas del cono este de Lima, 2009. Tesis para obtener el título profesional de Médico Cirujano, UNMSM, 2010.

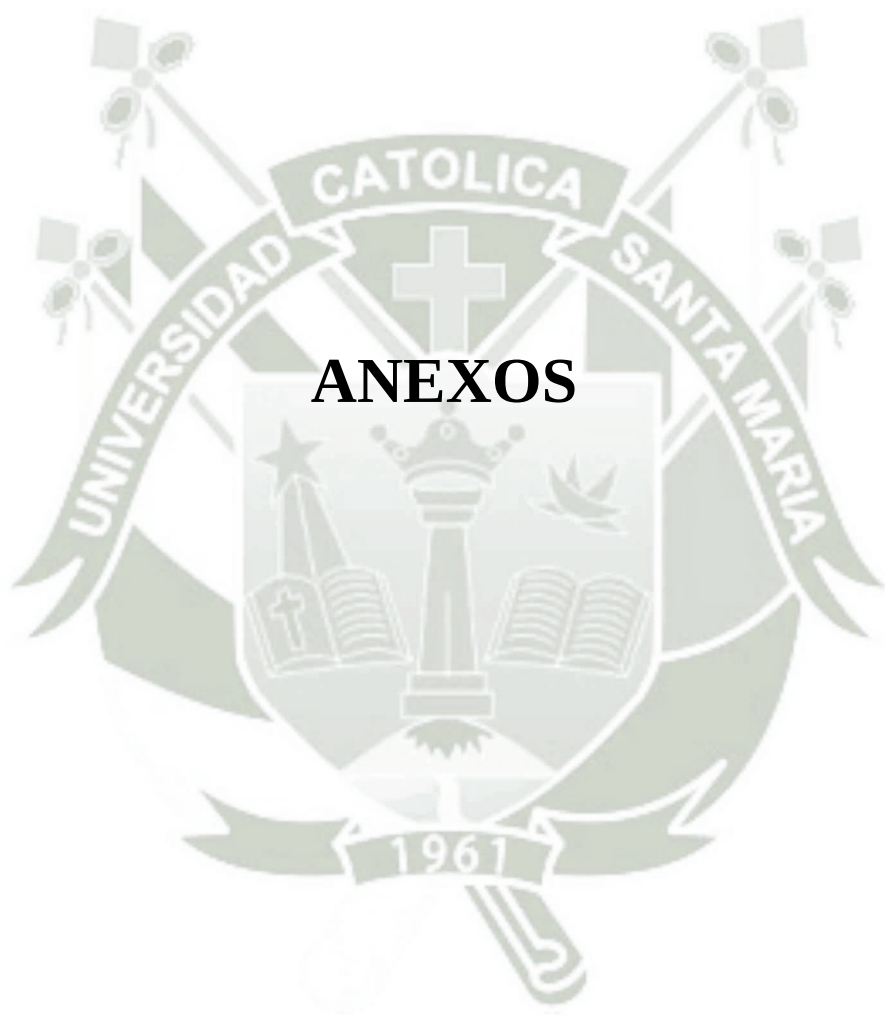
- 18.- Vargas H., Tovar H., Valverde JM.; Prevalencia y factores asociados con el episodio depresivo en adolescentes de la población urbana de tres ciudades de la Sierra Peruana 2003. (Rev Neuropsiquiatr 2010; 73:84-94).
- 19.- Álvarez J. et al. Factor de riesgo suicida y factores asociados en adolescentes de una institución educativa de Palestina-Caldas, 2012. Universidad de Manizales Facultad de Ciencias de la Salud centro de Investigaciones, Junio 2013.
- 20.- Barrientos-Acosta V, Mendoza-Sánchez HF, Sainz-Vázquez Pérez-Hernández C, Gil-Alfaro I, Soler-Huerta E. Depresión y tipología familiar en un grupo de adolescentes mexicanos. Archivos en Medicina Familiar, vol. 12, núm. 3, julio-septiembre, 2010, pp. 69-76, Asociación Latinoamericana de Profesores de Medicina Familiar A.C.Organismo Internacional.
- 21.- Vázquez E., et al. Diagnóstico de depresión con la Escala de Birleson en adolescentes con intento de suicidio y sanos. Archivos de Investigación Pediátrica de México volumen 9 No 2 Mayo - Agosto 2006.
- 22.- González L.; Méndez L.; Relación entre Autoestima, Depresión y Apego en Adolescentes Urbanos de la Comuna de Concepción, Chile. Terapia Psicológica 2006, Vol. 24, N° 1, 5-14
- 23.- Salvo L.; Melipillán R. Predictores de suicidalidad en adolescentes. Rev chil Neuro-Psiquiat 2008; 46 (2): 115-123
- 24.- Elvia Vargas-Trujillo, Hilda Gambara y Juan Botella. Autoestima e inicio de actividad sexual en la adolescencia: un estudio meta-analítico. Int J Clin Health Psychol, Vol. 6, N° 3, 2005.
- 25.- Armendariz, N et al. Efecto de la Autoestima sobre el consumo de Tabaco y Alcohol en Adolescentes del Área Rural de Nuevo León, México. Revista Electrónica Salud Mental Alcohol y Drogas Vol (4), N°1,2008.

26.-Garaigordobil, M., et al Síntomas Psicopatológicos, problemas de conducta y autoconcepto-autoestima: Un estudio con adolescentes de 14 a 17 años. Anuario de Psicología Clínica y de la Salud 1(2005) 53-63

27.- Vázquez AJ.; Jiménez R. Vázquez A.; Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. Apuntes de Psicología 2004, Vol 22, número 2, p.247-255.

28.- De la Peña F.; et al. Traducción al español y validez de la Escala de Birleson (DSRS), para el Trastorno Depresivo Mayor en la Adolescencia. Salud Mental V, suplemento Octubre 1996





ANEXOS



ANEXO 1: PROYECTO DE TESIS

Universidad Católica de Santa María

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

Facultad de Medicina Humana Programa Profesional de Medicina Humana



“Frecuencia de Depresión y su asociación con el Nivel de autoestima en una población de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María, 2015”

Autor: Luza Casaverde, Edwin Wilder

Proyecto de Investigación para obtener el grado de bachiller

Profesor(a) y asesor(a):

DR. CRISTHIAN JOSÉ VARGAS LAZO

**Arequipa – Perú
2015**

I. PREÁMBULO

Entre los 10 y los 20 años, los jóvenes experimentan cambios rápidos en la estructura corporal y el funcionamiento fisiológico, psicológico y social a este periodo de cambios lo denominamos adolescencia. Por todos estos cambios en las distintas esferas de funcionamiento el adolescente es vulnerable a desarrollar trastornos unos de los más importantes y frecuentes los trastornos a nivel de Salud Mental. La autoestima ha sido denominada como “el vestigio del alma”; es el ingrediente que proporciona dignidad a la existencia humana. Se desarrolla a partir de la interacción humana por lo que uno se considera importante para otra persona. Una autopercepción positiva, o un alta autoestima, es un resultado deseado del proceso de desarrollo humano. Se ha vinculado con la salud mental a largo plazo y con el equilibrio emocional. El Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental (EEMSM), realizado en Lima y Callao el 2002, reportó una prevalencia de episodio depresivo en adolescentes de 8.6%. Nos resulta pues implícito indicar que los adolescentes son una población de riesgo a nivel de Salud Mental y Emocional, por tal motivo pretendo realizar este proyecto.

II. PLANTEAMIENTO TEORICO

1. Problema de investigación

1.1. Enunciado del Problema

¿Cuál será la frecuencia de Depresión y su asociación con el nivel de autoestima en una población de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María, 2015?

1.2. Descripción del Problema

a) Área del conocimiento

- Área general: Ciencias de la Salud
- Área específica: Medicina Humana
- Especialidad: Psiquiatría
- Línea: Salud mental en adolescentes

b) Análisis de Variables: Características sociodemográficas

CUADRO 1(*)

Variable	Indicador	Unidad/Categoría	Escala
Características Sociodemográficas	Edad Genero Nivel de instrucción Tipo de Colegio de Procedencia Desempeño escolar Enamorado(a) Inicio de vida sexual Maltrato Físico Consumo de cigarrillo Consumo de alcohol Consumo de drogas Convivencia Dependencia económica Estado civil de padres Edad de Padre Edad de Madre Nivel de instrucción de padre Nivel de instrucción de madre Relación familiar entre padres	Años Masculino/Femenino Grado Colegio Desempeño Si/No Si/No Si/No Si/No Si/No Si/No Persona Dependencia Estado civil Años Años Grado de instrucción Grado de instrucción Relación Familiar	De razón Nominal Ordinal Nominal Ordinal Nominal Nominal Nominal Nominal Nominal Nominal Nominal Nominal Nominal Nominal De razón De razón Ordinal Ordinal Ordinal

***Autoría propia**

c) Análisis de Variables: Variable Independiente Depresión

CUADRO 2(*)

Variable	Indicador	Unidad/Categoría	Escala
Depresión	Escala de Birleson modificada para Trastornos Depresivos en niños y Adolescentes	Sin Depresión: Puntaje total: 0 a 13 Con síntomas depresivos: Puntaje total: 14 a 21 Con depresión: Puntaje total: 22 a mas	Ordinal

***Autoría Propia**

d) Análisis de Variables: Variable Dependiente Nivel de Autoestima

CUADRO 3(*)

Variable	Indicador	Unidad/Categoría	Escala
Nivel de Autoestima	Escala de Autoestima de Rosenberg	Autoestima elevada: 30 a 40 puntos Autoestima media: 26 a 29 puntos Autoestima baja: Menos de 25 puntos	Ordinal

***Autoría Propia**

e) Interrogantes básicas

1. ¿Cuál es la Frecuencia de Depresión de una población adolescente del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María, 2015?
2. ¿Cuál es el Nivel de Autoestima de una población adolescente del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María, 2015?
3. ¿Cuál es la asociación existente entre Depresión y nivel de autoestima de una población adolescente del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María, 2015?

d) Tipo de investigación:

Se trata de un estudio descriptivo, observacional, transversal y de asociación.

1.3. Justificación del problema

El presente trabajo de investigación se justifica por las siguientes razones:

Originalidad: El presente trabajo es original debido a que si bien es cierto se conocen cifras respecto a la frecuencia de Depresión en Adolescentes así como las características sociodemográficas de los Adolescentes deprimidos, la relación existente con el nivel de autoestima de los mismos no se investigó.

Relevancia Científica: La literatura describe una frecuencia de Depresión en adolescentes con una tasa en la población general, de trastorno depresivo mayor oscilan entre 1% y el 6% a nivel mundial; nuestro país no es ajeno a la presencia de trastornos del estado de ánimo, el informe general del Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental (EEMSM), realizado en Lima y Callao el 2002, reportó una prevalencia de episodio depresivo en adolescentes 8.6%. Establecer la frecuencia de depresión y su asociación con el nivel de autoestima resultaría entonces importante.

Relevancia Social: Existe una estrecha relación entre la autoestima y el ajuste social. Uno de los signos de posible perturbación durante la adolescencia es la incapacidad para formar amistades o para conocer gente nueva. Un ajuste social pobre, que se relaciona con un bajo autoconcepto y una baja autoestima, se manifiesta de varias formas. Estos adolescentes con mucha frecuencia, desarrollan sentimientos de aislamiento y soledad y están propensos de esta manera al desarrollo de depresión. Además se ha demostrado que niveles de autoestima bajos influyen en el desarrollo de delincuencia, y lo hacen negativamente en el desempeño escolar.

Relevancia Contemporánea: En las últimas décadas la salud mental de los adolescentes, ha alcanzado notoriedad, un adolescente deprimido tiene dos veces más riesgo de persistir con el trastorno en la edad adulta. Por tanto la investigación en aspectos de Salud Mental en adolescentes es de importancia actual por los riesgos posteriores que conlleva en este grupo. Por todo ello se justifica la realización del presente estudio.

2. MARCO CONCEPTUAL

2.1 Adolescencia

2.1.1 Definición

Entre los 10 y los 20 años, los jóvenes experimentan cambios rápidos en la estructura corporal y el funcionamiento fisiológico, psicológico y social. Las hormonas establecen esta agenda del desarrollo, junto con las estructuras sociales diseñadas para favorecer la transición desde la infancia hasta la vida adulta. (1)

Mientras que la adolescencia se define como un periodo del desarrollo, la pubertad es el proceso biológico en el que un niño se convierte en un adulto. La adolescencia progresa a través de tres periodos distintos: temprano medio y tardío. Éstos cambios están incluidos dentro de las siguientes áreas: desarrollo biológico, desarrollo cognitivo y moral, concepto de sí mismo, relaciones con la familia, los compañeros y la sociedad, sexualidad. (1)

Al centrarse este proyecto en lo que refiere el componente psicosocial desarrollaremos las características que forman parte de cada una de las etapas de la adolescencia, anteriormente descrita.

2.1.2 Etapas de la adolescencia y características psicosociales

2.1.2.1 Adolescencia Temprana

Comprende individuos de entre 10 y 13 años, desarrollaremos las características propias de este periodo:

Desarrollo cognitivo y moral: Según la teoría de Piaget la adolescencia marca la transición entre el pensamiento operacional concreto y el pensamiento lógico formal (pensamiento abstracto). Cuando las presiones emocionales son elevadas, los adolescentes pueden regresar al pensamiento operacional más concreto y/o al pensamiento mágico. El desarrollo del pensamiento moral es más o menos paralelo al desarrollo cognitivo. Mientras que los niños pequeños contemplan las relaciones con los adultos en términos de poder y miedo al castigo, los preadolescentes comienzan a percibir lo correcto y lo erróneo como conceptos absolutos e incuestionables.

Concepto de sí mismo: La conciencia del propio yo aumenta exponencialmente en respuesta a las transformaciones somáticas de la pubertad. En esta fase la percepción del yo se centran externas en contraste con la introspección de la adolescencia tardías normal que en las etapas iniciales los adolescentes estén preocupados por sus cambios corporales, escudriñen su aspecto y crean que todos los demás los están mirando (audiencia imaginaria de Elkin). (1)

Los medios de comunicación, con su representación excesiva del sexo, la violencia y el abuso de sustancias tienen una profunda influencia sobre las normas culturales y el sentido de identidad de los adolescentes. Los adolescentes utilizan de media, siete horas de medios de comunicación (p.ej. televisión, internet). La mitad de todos los estudiantes de instituto tienen una televisión en sus dormitorios, 70% viven en hogares con ordenador personal y aproximadamente 75% tiene acceso a internet. (1)

Esta exposición puede causar que las niñas tengan un sentido distorsionado de la feminidad y pueden tener riesgo de considerar que tienen sobrepeso, lo cual produce trastornos de alimentación y depresión. De forma similar los niños tienen dificultades con la autoimagen. Las imágenes de masculinidad pueden ser confusas, lo cual produce dudas sobre sí mismo y conceptos erróneos sobre el comportamiento masculino. Los adolescentes que se desarrollan antes de sus compañeros especialmente las niñas, tienen tasas más elevadas de dificultades escolares, insatisfacción con su cuerpo y depresión. Estas adolescentes parecen adultos y pueden ser objeto de expectativas adultas, pero no son maduras en el aspecto cognitivo ni psicológico.

Relaciones con la familia, los compañeros y la sociedad: En la adolescencia temprana, los adolescentes jóvenes están menos interesados en las actividades de los padres y más interesados en el grupo de compañeros, que son típicamente del mismo sexo. Una expresión simbólica de ese cambio es el abandono de las normas familiares de vestido y aseo, a favor del “uniforme” del grupo de compañeros, como el peinado, la ropa y los adornos corporales. Tales cambios estilísticos pueden provocar conflictos, que en realidad expresen la lucha por el poder o la dificultad de aceptar la separación. Los adolescentes también buscan privacidad, lo cual puede contribuir a la discordia familiar. La tendencia a

la separación de la familia implica la selección de adultos no familiares como modelos y el desarrollo de relaciones cercanas con determinados profesores o con los padres de otros niños.

Los adolescentes tempranos normalmente se socializan en grupos de compañeros del mismo sexo. Las bromas escatológicas, las burlas dirigidas al otro sexo y los rumores sobre quien le gusta a quien atestiguan el florecimiento de interés sexual. La pertenencia es lo más importante. Existen diferencias importantes entre los chicos y las chicas por lo que se refiere a la amistad entre dos individuos. La amistad femenina se puede centrar en compartir confidencias mientras que las relaciones entre los chicos se pueden centrar más en las actividades compartidas y en la competencia. La relación del adolescente temprano con la sociedad se centra en la escuela. (1)

2.1.2.2 Adolescencia intermedia

Comprende individuos entre 14 a 16 años, desarrollaremos las características propias de este periodo.

Desarrollo cognitivo y moral: Con la transición al pensamiento lógico formal, el adolescente medio cuestiona y analiza todo extensamente. El joven tiene ahora la capacidad cognitiva para comprender lo intricado del mundo en el que viven, para ver más allá de sí mismos y para comenzar a comprender sus propias acciones en un contexto moral y legal. El cuestionamiento de las convicciones morales favorece el desarrollo de códigos de ética personales que pueden ser similares o diferentes a los de sus padres. La nueva flexibilidad de pensamiento de un adolescente puede tener efectos dominantes sobre las relaciones consigo mismo y con los demás. (1)

Concepto de sí mismo: Los jóvenes en la etapa media de la adolescencia aceptan más sus propios cambios corporales y comienzan a preocuparse con idealismo sobre la exploración de opciones futuras. La afiliación a un grupo de amigos es un paso importante en la confirmación de su identidad y autoimagen. Es normal que experimente con personas diferentes y cambien cada mes la forma de vestir, el grupo de amigos y los intereses. En la

adolescencia media es frecuente filosofar sobre el significado de la vida y plantearse preguntas como “¿Quién soy yo?”, “¿Por qué estoy aquí?”. Son habituales los sentimientos intensos de agitación y sufrimiento internos. Las chicas tienden a definirse a sí mismas y a sus compañeras en función de las relaciones interpersonales (“Soy una chica con amigas íntimas”), mientras que los varones se pueden centrar en las capacidades (“Soy bueno para los deportes”). Los adolescentes de ambos sexos, pero especialmente los varones, que se desarrollan más tarde que sus compañeros, pueden sufrir una mala autoimagen y tener tasas más altas de dificultades escolares. (1)

Relaciones con la familia, los compañeros y la sociedad: La fase media de la pubertad se considera la “adolescencia estereotípica”. Las relaciones con los padres se vuelven más tensas y distantes debido a que las energías se redirigen hacia las relaciones con los compañeros y a la separación de la familia. El noviazgo se puede convertir en pararrayos de las batallas padres-hijo, en las que el tema real puede ser la separación de los padres y no las particularidades de “con quien o “cuando”. La mayoría de los adolescentes progresan a través de este periodo con mínimas dificultades más que experimentando “la tormenta y el estrés” estereotípicos. La minoría de los adolescentes (aproximadamente 20-30%) que si experimentan estrés y luchan durante este periodo son los que requieren apoyo. Los adolescentes con diferencias visibles también tienen riesgo de presentar problemas, como no desarrollar habilidades sociales y confianza adecuadas y tener más dificultad para establecer relaciones satisfactorias.

Como parte de la exploración de las opciones futuras del adolescente en esta fase, comienzan a pensar seriamente sobre lo que desean ser de adultos, un tema que hasta entonces había sido cómodamente hipotético. El proceso conlleva autoevaluarse y explorar las oportunidades disponibles. La presencia o ausencia de modelos realistas, en oposición a los idealizados de periodos anteriores, puede ser crucial. (1)

2.1.2.3 Adolescencia Tardía

Comprende a los individuos entre 17 a 20 años, desarrollaremos las características respectivas de este periodo.

Desarrollo Psicosocial: Los cambios físico más lentos permiten la aparición de una imagen corporal más estable. La cognición tiende a estar menos centrada en sí mismo, y aumenta el pensamiento sobre conceptos como justicia, patriotismo e historia. Los jóvenes en la fase final de la adolescencia están más orientados al futuro y son capaces de actuar con planes a largo plazo, retrasar la gratificación, comprometerse, fijarse límites y pensar de forma independiente. Los adolescentes mayores son con frecuencia idealistas, aunque también pueden ser absolutistas e intolerantes para las opiniones opuestas. Los grupos religiosos y políticos, que prometen respuestas a cuestiones complejas, pueden resultar muy atractivos.

Una vez concluido el proceso de emancipación, los adolescentes mayores comienzan la transición a los papeles adultos en el trabajo y sus relaciones. (1)

También tienen más constancia en sus emociones. El grupo de compañeros y los valores del mismo ceden importancia. Las relaciones individuales especialmente las íntimas, adquieren preponderancia, lo cual proporciona un componente importante de la identidad para muchos de los adolescentes en esta etapa. En contraste con las relaciones de noviazgo casi siempre superficiales de la adolescencia media, en esta fase conllevan un componente cada vez mayor de amor y compromiso.

Las decisiones sobre la vida profesional se hacen imperiosas, puesto que el concepto de sí mismo del adolescente está cada vez más relacionado con su papel en la sociedad. (1)

2.2 Autoestima

2.2.1 Definición de Autoestima

El yo es aquella parte de la personalidad de la que uno es consciente. El autoconcepto es la percepción cognitiva y consciente y la evaluación que los individuos realizan sobre sí mismos, son sus pensamientos acerca de sí mismos. El autoconcepto ha sido denominado como la “identidad autohipotetizada” del individuo se refiere a él como la “identidad del yo” o el yo autopercibido, la individualidad consciente. La autoestima de una persona es la consideración que tiene hacia sí misma, la impresión o la opinión de una persona sobre sí misma. (2)

2.2.2 Significado de la Autoestima y Autoconcepto

El primer momento en el desarrollo del Autoconcepto es cuando una persona reconoce que él o ella es distinto, un individuo separado. Este conocimiento comienza en la niñez temprana. El Autoconcepto también implica desarrollar la conciencia sobre quien es uno mismo y adonde pertenece. Describe lo que los individuos ven cuando se miran así mismos en términos de sus características físicas autopercebido, de su personalidad, sus habilidades, sus rasgos, sus roles y su estatus social. Debiera describirse como un sistema de actitudes que los individuos tienen hacia sí mismos. Su identidad de yo o identidad personal, supone la suma total de su auto definiciones o autoimágenes. (2)

El Autoconcepto se describe, a menudo, como una entidad global: cómo piensa la gente de sí misma en general. Pero también ha sido descrito como múltiples autoconcepciones, con conceptos desarrollados en relación con diferentes roles. Así; una persona puede evaluarse a sí misma como hijo, estudiante, atleta, amigo, etc. Estas concepciones de diferentes aspectos del yo pueden variar, lo que ayuda a explicar cómo varía la conducta en las diferentes funciones sociales. (2)

Los adolescentes recogen datos que les ayudan a evaluarse a sí mismos. ¿Soy competente? ¿Resultado atractivo para el sexo opuesto? ¿Soy inteligente? Desde la evidencia se hacen hipótesis sobre ellos mismos y examinan sus sentimientos y opiniones a través de sus experiencias y relaciones. Se comparan así mismos con sus propios ideales y los de otros.

Todas las personas tiene seis aspectos del yo diferentes: lo que realmente son, lo que piensan que son, lo que piensan otros que son, lo que creen que piensan los demás de ellos, lo que quieren llegar a ser y las expectativas que creen que otros tienen sobre ellos. Los autoconceptos pueden tener o no enfoques cercanos a la realidad, y están siempre en proceso de cambio, particularmente durante la niñez. Hace cierto número de años, en la obra *Becoming: Basic Considerations for a Psychology of Personality* (Llegar a ser consideraciones básicas para una psicología de la personalidad), Allport (1950) resalto que la personalidad no es tanto un producto terminado como un proceso transitorio. Tiene algunos rasgos estables, pero al mismo tiempo está en cambio continuo. Allport acuñó la palabra *proprium*, que él definió como “todos los aspectos de la personalidad que

conforman una unidad interna”. Esto es el sí mismo o el yo que tiene un cuerpo central de identidad personal, que, a su vez se está desarrollando. (2)

Strang (1957) esbozo cuatro dimensiones básicas del yo. Primero está el autoconcepto básico, que es la visión del adolescente sobre su personalidad y “las percepciones sobre sus habilidades, su estatus y funciones en el mundo exterior”. A continuación están los autoconceptos temporales o transitorios de los individuos. Estas ideas de sí mismos están influidas por el estado de ánimo del momento o por una experiencia reciente o continuada. Una puntuación baja en un examen reciente puede hacer que la persona se sienta estúpida; una crítica aguda por parte de los padres puede producir un sentimiento temporal de autoestima devaluada. (2)

Tercero, está el yo social de los adolescentes, la opinión que cree que otros tienen sobre ellos, que a su vez influye sobre ellos mismos. Si tienen la impresión de que otros piensan que son estúpidos o socialmente inaceptables, pensarán sobre sí mismos de manera negativa. Las percepciones sobre los pensamientos de los demás impregnan las visiones sobre sí mismos. La identidad proviene, en parte, de la implicación del yo con los otros, la intimidad, la participación en grupo, la cooperación y la competición. Se desarrolla por medio de las interacciones sociales, abarcando tanto la continuidad del yo como la identificación con algo más allá del yo. Carlyle (1970) afirmó: “Muéstrame el hombre que es tu amigo y te diré tu ideal de masculinidad, y qué tipo de hombre te gustaría ser”. (2)

Parte del autoconcepto es el sentido del estatus social, la posición en la que los individuos se ubican a sí mismos dentro del sistema social en el presente o en el futuro. Por ejemplo, los adolescentes de grupos de estatus socioeconómico bajo que se ven a sí mismos no vinculados con tales grupos, sino como miembros de una clase socioeconómica superior están moldeando nuevas identidades por sus altas aspiraciones. (2)

La cuarta dimensión es el yo ideal, qué tipo de personas les gustaría ser a los adolescentes. Sus aspiraciones pueden ser realistas, demasiado altas o demasiado bajas. Los yo ideales demasiado bajos impiden la realización; los que son muy altos pueden llevar a la frustración y al autodesprecio. Los conceptos del yo realistas llevan a la autoaceptación, a la salud mental y a la consecución de metas realistas. (2)

Habiendo construido conceptos sobre sí mismos, los adolescentes deben enfrentarse a la estima que considera que tienen de sí mismos. Cuando se perciben a sí mismos, ¿Qué valor sienten que tienen? ¿Lleva este conocimiento a la autoaceptación y a la aprobación, a un sentimiento de valía? Si es así, entonces tienen autoestima suficiente como para aceptarse a sí mismos. Para que las personas se tengan autoestima, debe haber una correspondencia entre los conceptos de sí mismo y los yo ideales. (2)

2.2.3 Autoestima en la Adolescencia

Habiendo construido conceptos sobre sí mismos, los adolescentes deben enfrentarse a la estima que considera que tienen de sí mismos. Cuando se perciben a sí mismos, ¿qué valor sienten que tienen? ¿Lleva este conocimiento a la autoaceptación y a la aprobación, a un sentimiento de valía? Si es así entonces tienen autoestima suficiente como para aceptarse a sí mismos. Para que las personas se tengan autoestima, debe haber una correspondencia entre los conceptos de sí mismo y los yo ideales. (2)

Con el comienzo de la pubertad la mayoría de los jóvenes comienzan a realizar evaluaciones sobre sí mismos, comparando no solo los aspectos físicos, sino las habilidades motoras, las capacidades intelectuales y las habilidades sociales con los de sus iguales y con los de sus ideales o héroes. Esta autoevaluación crítica se acompaña de un sentimiento de vergüenza que hace a los adolescentes vulnerables al ridículo. Como consecuencia, se preocupan por intentar reconciliar el yo percibido con su yo ideal. En la adolescencia tardía, pueden que hayan logrado organizar su yo, determinando lo que puede ser con más efectividad e integrando sus metas en sus yo ideales. (2)

Carl Rogers (1961) fue uno de los teóricos contemporáneos más importantes en el desarrollo de una estructura del yo ideal teórica y práctica. Concibió el punto final del desarrollo como una congruencia básica entre el campo fenomenológico, la experiencia y la estructura del yo conceptual. La situación conduce a la ausencia de conflicto interno y de ansiedad cuando los individuos descubren quienes son, y lo que perciben que son y lo que quieren ser comienza a converger; entonces son capaces de aceptarse a sí mismos, sin conflicto. Sus autopercepciones y las relaciones con otros llevan a la autoaceptación y a la

autoestima. Por el contrario, el desajuste psicológico ocurre cuando hay una divergencia entre el yo real y el yo en relación con otros, con respecto al yo que le gustaría ser. (2)

2.2.4 Importancia de tener un Autoconcepto y una Autoestima adecuados

La autoestima ha sido denominada como “el vestigio del alma”; es el ingrediente que proporciona dignidad a la existencia humana. Se desarrolla a partir de la interacción humana por lo que uno se considera importante para otra persona. El yo se desarrolla por medio de pequeños logros, de alabanzas, de éxito.

2.2.4.1 Salud Mental

Una autopercepción positiva, o un alta autoestima, es un resultado deseado del proceso de desarrollo humano. Se ha vinculado con la salud mental a largo plazo y con el equilibrio emocional. Los individuos cuyas identidades son débiles o cuya autoestima no se ha desarrollado lo suficiente manifiestan un número de síntomas de falta de salud emocional. Tales individuos pueden mostrar síntomas psicosomáticos de ansiedad. La baja autoestima también se ha valorado como un factor de influencia en el abuso de drogas y en el embarazo no deseado. De hecho el embarazo no deseado es con frecuencia un intento por las jóvenes para mejorar su autoestima. La baja autoestima se ha asociado con los trastornos de la alimentación como la anorexia nerviosa y la bulimia, y con la depresión y la ansiedad.

En ocasiones, el adolescente con una identidad débil y una baja autoestima intenta desarrollar una imagen falsa, una fachada con la que enfrentarse al mundo. Este es un mecanismo de compensación utilizado para superar el sentimiento de no tener valía, convenciendo a otros de que uno es valioso. Llevarlo a la práctica, sin embargo produce tensión. Actuar con confianza, de forma amigable, cuando uno se siente justo lo contrario es una lucha constante. La ansiedad por realizar un paso en falso o bajar la guardia crea una considerable tensión.

Los adolescentes con baja autoestima muestran una identidad cambiante e inestable, y abiertamente vulnerable a la crítica o al rechazo, lo que verifica su inadecuación, incompetencia y falta de valía. Puede que se perturben profundamente cuando se ríen de

ellos, cuando les acusen o cuando otros tengan una opinión negativa de sí mismos. Cuanto más vulnerables se sienten, mayores son sus niveles de ansiedad y tendencia a la depresión. Estos adolescentes comentan: “La crítica me hiere terriblemente”, o “no puedo soportar que alguien se ría de mí o me acuse cuando algo va mal. Como resultado se sienten torpes e intranquilos en las situaciones sociales y evitan el ridículo siempre que pueden. (2)

2.2.4.2 Competencia Interpersonal y Ajuste Social

Quienes tienen autoconceptos pobres son con frecuencia rechazados por otras personas. Aceptar a otros y ser aceptado por ellos, especialmente por los mejores amigos, está relacionado con las valoraciones en autoestima. La aceptación de uno mismo está correlacionada de forma positiva y significativamente con aceptar y ser aceptado por otros. Así hay una estrecha relación entre la autoaceptación y el ajuste social. Uno de los signos de posible perturbación durante la adolescencia es la incapacidad para formar amistades o para conocer gente nueva. (2)

Un ajuste social pobre, que se relaciona con un bajo autoconcepto y una baja autoestima, se manifiesta de varias formas. Los adolescentes con una baja autoestima tienden a estar pendientes de su propia invisibilidad social. A ellos no se les destaca o se les selecciona como líderes, y no participan con frecuencia en clase, en clubes o en actividades sociales. No defienden sus propios derechos ni expresan sus opiniones sobre los asuntos que les interesan. Estos adolescentes con mucha frecuencia, desarrollan sentimientos de aislamiento y soledad. Alguien escribió: “Era tan tímido que mi primera cita con una mujer fue a los 21 años. Las palabras no pueden expresar la soledad tan dolorosa, tan desesperada que tenía por aquellos días” (Zimbardo, 1978). (2)

Las personas tímidas se sienten, a menudo, torpes y tensas en situaciones sociales, lo que les hace más difícil comunicarse con otros. Debido a que quieren gustar, son más fáciles de influir y conducir, y generalmente dejan a los otros tomar decisiones debido a su falta de confianza en sí mismos. (2)

2.2.4.3 Rendimiento Escolar

Hay cada vez más datos que apoyan la teoría de que hay una correlación entre el autoconcepto, la autoestima y el rendimiento en la escuela. Los estudiantes con éxito tienen un mayor sentido de valía personal y se sienten mejor consigo mismos. Sin embargo la relación es recíproca. Quienes han tenido una autoestima alta tienden a tener un mayor rendimiento académico, y los que realizan su potencial académico tienen una más alta autoestima. En general, a mejores notas, más probabilidad tienen los estudiantes de tener una autoaceptación de alto nivel. Una razón es que los estudiantes que tienen confianza en sí mismos tienen el coraje de intentar conseguir y están motivados para hacer realidad lo que ellos creen sobre sí mismos. Los estudiantes que tienen actitudes negativas hacia sí mismos imponen limitaciones sobre su propio logro. Sienten que “sea lo que sea, no serán capaces”, o que “no lo suficientemente inteligentes”. (2)

Recientemente, se ha prestado atención a las estrategias que usan los adolescentes en las escuelas para mantener la imagen de que son incapaces de realizar las tareas escolares. Demorando, no intentando deliberadamente, permitiendo que otros no les dejen estudiar, y utilizando otras estrategias de autoderrota, los estudiantes pueden transmitir que las circunstancias, y no su falta de capacidad, son la razones de su pobre rendimiento. (2)

Otros estudios resaltan que la participación en actividades extraescolares también está relacionada con un aumento en la autoestima. Ambas están correlacionadas, si bien no se ha podido concluir si la participación es debida a una mayor autoestima o si dicha participación contribuye a una mayor autoestima. La participación en las actividades extraescolares esta también relacionada con mayores calificaciones y menor absentismo escolar. Esto está en consonancia con los resultados de otra investigación en que la participación en actividades en educación secundaria, especialmente en las actividades atléticas, se asoció a una autoestima más alta en ambos géneros. (2)

Los adolescentes de grupos minoritarios tienen menos tendencia a desarrollar autoconceptos positivos con respecto al rendimiento debido a las actitudes que tiene el grupo hacia las buenas calificaciones. Así, para comprender como el rendimiento académico influye sobre la autoimagen social, debemos considerar al individuo dentro del

contexto de su grupo de compañeros, es decir, debemos tener en cuenta como las actitudes de los iguales hacia el logro académico influirán sobre la autoimagen social de un individuo. La influencia de los iguales puede tanto fomentar como perjudicar el rendimiento académico, dependiendo del valor dominante dentro del grupo de iguales. Los iguales que dan un gran valor a lo académico, se influyen unos a otros para realizar adecuadamente las tareas escolares. (2)

Las actitudes positivas y el apoyo de otros significativos: madres, padres, abuelos, hermanos, amigos especiales, profesores o tutores en la escuela; tienen una importante influencia sobre los autoconceptos académicos de los adolescentes. Los estudiantes que piensan que otros confían en sus capacidades académicas tienen confianza en ellos mismos. (2)

2.2.4.4 Aspiraciones Vocacionales

Para algunas personas, la selección de una ocupación es un intento de responder a las necesidades del yo. El deseo y la expectativa de tener éxito vocacionalmente también dependen de la autoestima. Los adolescentes que se han trazado metas profesionales tienen mayor autoestima que los que no se proponen metas profesionales. Las mujeres casadas, con una carrera profesional, tienden a tener mayor autoestima que las que se dedican por completo al hogar. Los hombres que aspiran a ascender también muestran un fuerte sentido de autoestima; por el contrario, los que carecen de esas aspiraciones exigen cambios que muestran autorechazo. Tanto los que tienen una alta autoestima como los que carecen de ella consideran importante superarse, pero los de baja autoestima esperarán lograrlo con menos probabilidad. Estos tienden más a decir: “Me gustaría llegar lejos en la vida, pero no creo alcanzarlo como deseo.” No creen que posean las cualidades esenciales para el éxito. (2)

¿Hay alguna diferencia en las posiciones deseadas por los adolescentes de baja y alta autoestima? En general, aquellos con baja autoestima desean evitar posiciones en las que se ven forzados al liderazgo y evitan trabajos en los que otros les dominan; no quieren tener el poder, pero tampoco estar sometidos a él. Tanto evitar liderar a otros como evitar ser supervisado por otros es una forma de esquivar la crítica y el juicio de los demás. (2)

Las aspiraciones educativas y vocacionales dependen en parte de la autoimagen, lo que a su vez puede derivarse del origen familiar. En un estudio los planes educativos de los adolescentes y la autoimagen resultaron más bajos en una comunidad rural que en una comunidad de estatus socioeconómico alto o medio. La autoestima y los planes educativos se relacionaron con los logros educativos de los padres en la muestra rural, los adolescentes más jóvenes con menores aspiraciones tenían autoestima más baja. (2)

2.2.4.5 Delincuencia

Hay una estrecha relación entre delincuencia, autoconcepto y autoestima. Los jóvenes delincuentes tienden a mostrar una más baja autoestima que los jóvenes no delincuentes. Su delincuencia puede ser una forma de sobrecompensación de su bajo autoconcepto. Una teoría establece que tienen baja autoestima y que por ello adoptan patrones de conducta desviados para reducir los sentimientos de autorechazo. Si sus conductas comienzan a estar en sincronía con las bajas opiniones que tienen sobre sí mismos, se produce una disminución de su propia autodevaluación y rechazo. Intentan restaurar el respeto por sí mismos alineándose con grupos marginales que le conceden la aprobación denegada por el resto de la sociedad. Así, un buen autoconcepto protege a los adolescentes contra la delincuencia; los que se ven a sí mismos como “buenas personas” o “no delincuentes” han desarrollado una contención interior para no convertirse en delincuentes. Una forma efectiva de tratamiento de los delincuentes jóvenes consiste en ubicarles en hogares donde pueden modelar la conducta apropiada de sus padres de hogar y construir la autoconfianza necesaria para cambiar las conductas indeseables. A medida que mejora la autoestima, también lo hace la conducta. (2)

2.2.5 Autoestima e Interacción simbólica

La interacción simbólica resalta que la autoestima de un adolescente está en función de la valía que le otorgan sus padres. Los padres que dan apoyo emocional, que son cálidos y cubren las necesidades de la adolescente, y muestran aprobación y otros sentimientos positivos, confirman en la mente del adolescente que sus padres le aceptan como un individuo competente, efectivo y con valía. Así el apoyo por parte de los padres está relacionado positivamente con la autoestima. (2)

El tipo de control por parte de los padres también influye sobre la autoestima. Hay dos tipos de control: inducción y coacción. La inducción es el intento de señalar al adolescente la consecuencia de su conducta. Los padres que utilizan la inducción intentarán evitar ponerse directamente en contra de la voluntad del adolescente y pretenderán inducir una conducta voluntaria en él. La inducción transmite al adolescente un reconocimiento de su habilidad para evaluar las consecuencias de la conducta y para tomar una decisión basada en la evaluación. El adolescente emerge con una mayor confianza en las opciones que toma y una capacidad para realizar tales elecciones. Así la autoestima se reafirma. (2)

La coacción implica el uso de la fuerza física o el estatus social para producir la conducta deseada en los intentos de control por parte de los padres. Esta utiliza el castigo, la cual se relaciona negativamente con la autoestima. (2)

2.2.6 Depresión y Autoestima en Adolescentes: Modelo Económico-Transaccional

El modelo Económico- Transaccional propone que la posición socio-económica de cada sujeto determina en buena medida, tanto las influencias de tipo cultural y educacional a que se ve expuesto, como el estilo de sus transacciones con el medio circundante; esto genera valores, expectativas, oportunidades y estresores diferenciales para cada grupo socioeconómico, que son importantes de entender para explicar la epidemiología de los trastornos emocionales en grupos sociales, económicos y culturales distintos. Por lo tanto, las tasas variables de depresión en función del género y la clase socioeconómica son el resultado de reacciones diferenciales de los adolescentes a factores económicos del medio familiar y social, y de interacciones complejas, recíprocas y dinámicas (transacciones) entre los sujetos de géneros opuestos dentro de una misma clase. La hipótesis sostiene, además, que las transacciones que observan en su medio familiar y social, genera en los adolescentes los mismos estresores que en los adultos que les rodean, al incorporar la estructura de valores de aquéllos y reaccionar cognoscitiva, afectiva y conductualmente en sus transacciones actuales y en su anticipación de roles futuros. De modo que, aunque el modelo explicativo se basa en roles adultos, la identificación del adolescente con los mismos, lo hace válido para explicar las tasas diferenciales de depresión en los adolescentes. (3)

La mayoría de las hipótesis propuestas por el Modelo Económico-Transaccional fueron confirmadas en un estudio posterior (Aguilar y Berganza, 1991), en el que se investigó el género, el nivel socioeconómico y el nivel de depresión, variables tales como ideas irracionales, machismo, estilos atribucionales, motivación de logro, sentido de la vida, identidad nacional, aculturación, acatamiento a reglas y normas sociales y autoestima. En dicho estudio se encontró que todas las variables estudiadas, con excepción del machismo y la aculturación, diferenciaban entre los adolescentes deprimidos y los no-deprimidos. Hombres y mujeres diferían en niveles de autoestima, depresión, ideas irracionales, machismo, estilo atribucional, identidad nacional y acatamiento a reglas y normas. Y se encontró diferencias estadísticas significativas entre estratos socioeconómicos, ideas irracionales, machismo, motivación de logro, estilos atribucionales, identidad nacional, aculturación y acatamiento a reglas y normas. (3)

De estas variables resulta de especial interés la autoestima, pues ha sido repetidamente señalada en la literatura como un factor predisponente al desarrollo de la depresión (véase Kahle, Kulna y Kungel, 1980; Thompson, 1989). Nieger y Hopkins (1988), por ejemplo, señalaron que uno de los mejores predictores de la depresión en adolescentes es su baja autoestima, la cual se asocia con actitudes autopunitivas y altamente críticas. Así, Battle, Jarratt, Smit y Precht (1988) evaluaron los niveles de autoestima (incluyendo las áreas global, social, académica y familiar) y depresión en 930 niños y adolescentes escolares; y encontraron una correlación de $-.77$. Roberts y Monroe (1992) encontraron, por su parte, una correlación de $-.52$ entre autoestima y depresión en una muestra de 192 adolescentes; y Kemis, Grannemann y Mathis (1991), una correlación similar ($-.56$) con 76 estudiantes preuniversitarios. Se han ofrecido diversas explicaciones de esta relación entre autoestima y Depresión. Sin embargo, y a pesar de estar bien documentada, existe aún controversia en cuanto a la cualidad de la interdependencia entre estas dos variables; y más aún en el medio latinoamericano, en el cual los investigadores sociales están dando cada vez más importancia a la identificación de los factores socioculturales en los problemas particulares inherentes al niño y al adolescente, que constituyen una población mayoritaria. (3)

2.3 Trastornos del Estado del Ánimo en la Niñez y la Adolescencia

2.3.1 Definición

Los niños y los adolescentes pueden tener trastornos depresivos a cualquier edad, pero la prevalencia es mucho mayor a medida que esta aumenta.

Los niños y adolescentes que sufren estos trastornos suelen mostrar irritabilidad, alejamiento de sus padres y compañeros y empeoramiento del rendimiento académico, lo que provoca un aislamiento social catastrófico. Las manifestaciones centrales del trastorno depresivo mayor son notablemente parecidas en niños, adolescentes y adultos, aunque la expresión clínica de dichas manifestaciones varía en función del grado de madurez del individuo. (4)

Aunque la ideación y la conducta suicida pueden tener lugar en el contexto de un trastorno depresivo, la mayoría de los jóvenes que se lo plantean, intentan o consuman un suicidio no se encuentran en pleno episodio depresivo mayor. Gran parte de los niños y adolescentes con trastornos depresivos no muestran conductas suicidas. Por ello no está demostrado que el tratamiento adecuado de la depresión disminuya el riesgo de suicidio entre los jóvenes en general. (4)

Los trastornos del estado de ánimo en niños y adolescentes se diagnostican cada vez más durante hace tres décadas; las pruebas sugieren que las modalidades terapéuticas combinadas, que incluyen el tratamiento farmacológico y las estrategias cognitivo-conductuales, pueden ser las más eficaces. Aunque los padres y los médicos siempre han sabido que los niños y los adolescentes se entristecen y desesperan en forma pasajera, actualmente no hay duda de que incluso los niños en edad prepuberal pueden cumplir todos los criterios de un trastorno persistente del estado de ánimo. Dos de los criterios para el trastorno del estado de ánimo en la infancia y en la adolescencia son el ánimo alterado, como la depresión o la hipertimia, y la irritabilidad. (4)

2.3.2 Epidemiología de los Trastornos del Estado del Ánimo en la Niñez y la Adolescencia

Entre la población general, los trastornos depresivos aumentan con la edad. Los trastornos del estado de ánimo son extremadamente raros en niños en edad preescolar. Se ha calculado que la tasa de trastorno depresivo mayor en preescolares es del 0,3% en la comunidad y del 0,9% en la población clínica. Entre los niños preadolescentes de la población general en edad escolar, la prevalencia es de aproximadamente el 1%. En muestras de niños remitidos a consulta, la depresión tiene una incidencia parecida en ambos sexos, aunque algunos estudios indican que la tasa es algo mayor en el sexo masculino.

Entre adolescentes de la población general, las tasas publicadas de trastorno depresivo mayor oscilan entre 1% y el 6%, y las tasas de adolescentes de sexo femenino doblan las de los de sexo masculino. Los cálculos de prevalencia acumulada de depresión en adolescentes mayores oscilan entre el 14 y el 25%. Las tasas publicadas de trastorno distímico suelen ser más bajas que las de trastorno depresivo mayor; en el trastorno distímico son de 5 por 100.000 niños pre púberes, frente a un 1% en el trastorno depresivo mayor. Los niños en edad escolar con trastorno distímico tienen una probabilidad alta de desarrollar un trastorno depresivo mayor en algún momento del año posterior al trastorno distímico. En los adolescentes al igual, que ocurre en los adultos, el trastorno distímico afecta aproximadamente a 5 de cada 1000 adolescentes, frente a una tasa del 5% en el trastorno depresivo mayor. (4)

Entre los niños y adolescentes hospitalizados, las tasas de trastorno depresivo mayor son mucho más altas que en la población general: en ese grupo, hasta un 20% de niños y un 40% de adolescentes están deprimidos. (4)

Nuestro país no es ajeno a la presencia de trastornos del estado de ánimo, así el informe general del Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental (EEMSM), realizado en Lima y Callao el 2002, reportó una prevalencia de episodio depresivo en adolescentes de 8.6% (IC 95%: 6.7%-11.1%). (5)

También se encontró cifras respecto a la costa peruana, en el Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Costa Peruana-2006 se encontró respecto a los estados anímicos de adolescentes, sin ser por sí mismos patológicos, pueden repercutir significativamente en la calidad de vida de los adolescentes, llaman la atención los resultados respecto a los estados negativos, donde entre el 11,1% y el 15,8% de los adolescentes refieren experimentar siempre o casi siempre sentimientos de tristeza, tensión, angustia, irritabilidad o aburrimiento, siendo mucho mayor la afectación en las adolescentes. La tendencia a la preocupación es considerable (23,5%), hallándose relación con el tener que asumir responsabilidades por algo, de manera similar que en fronteras, Selva, Sierra, Lima y Callao. (6)

En el Estudio Epidemiológico de la Salud Mental en la Sierra Rural-2008 se encuentra respecto a los estados anímicos de los adolescentes sin ser por sí mismos patológicos, pueden repercutir significativamente en la calidad de vida de los adolescentes, llama la atención los resultados respecto a los estados negativos, donde entre el 7,8% y el 14,5% de los adolescentes refiere experimentar siempre o casi siempre sentimientos de tristeza, tensión, angustia, irritabilidad o aburrimiento, siendo mucho mayor la afectación en las adolescentes. La tendencia a la preocupación es considerable (20,1%), de manera similar a lo encontrado en Fronteras, Selva, Sierra, Lima y Callao. (7)

2.3.3 Clasificación de los Trastornos del Estado de Ánimo en la Adolescencia

Aunque los criterios diagnósticos de los trastornos del estado de ánimo en la revisión del texto de la quinta edición del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-5), son prácticamente los mismos para todos los grupos de edad, la expresión del ánimo alterado varía en los niños según su edad. Los niños pequeños deprimidos muestran frecuentemente síntomas que ya no se observan tan a menudo cuando aumenta la edad, como las alucinaciones auditivas congruentes con el estado de ánimo, las quejas somáticas, el aislamiento, el aspecto triste y la autoestima baja. Por otro lado hay síntomas que son más habituales en adolescentes mayores deprimidos que en niños, como la anhedonia generalizada, el retraso psicomotor grave, las ideas delirantes y la sensación de desesperanza. Entre los síntomas que aparecen independientes de la edad o el estado del

desarrollo se encuentran, la ideación suicida, el estado de ánimo deprimido o irritable, el insomnio y la disminución de la capacidad de concentración. (8)

Las clasificaciones actuales dividen las depresiones de acuerdo con su patrón de presentación (episodio único o recurrente, y trastorno persistente). Posteriormente la subdividen o califican de acuerdo con la intensidad, en leves, moderadas y severas (con o sin síntomas psicóticos).

Las depresiones, según Robins se dividen en dos grandes grupos: “primarias”, en las cuales la única enfermedad presente o pasada es un trastorno afectivo, y “secundarias”, en las cuales el paciente sufre otra enfermedad mental(por ejemplo esquizofrenia, alcoholismo) o un trastorno orgánico que explica la depresión(por ejemplo hipotiroidismo, cáncer de páncreas).Tomando en cuenta la Clasificación Internacional de Enfermedades(CIE-10) y la DSM-5, se presenta un cuadro comparativo de ambas clasificaciones:(8)

CIE-10	DSM-5
Trastorno Depresivo Mayor	Trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo
Episodio único	Episodio Depresivo
Recurrente	Trastorno depresivo Mayor
Trastorno Distímico	Trastorno depresivo persistente (distimia)
	Trastorno disfórico premenstrual
	Trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento
	Trastorno depresivo debido a otra afección médica
	Otro trastorno depresivo especificado
Otros trastorno depresivos	Otro trastorno depresivo no especificado

CUADRO 4(*)

*Tomado de Toro RJ, Yepes LE, Palacio CA, Tellez JE.Fundamentos de Medicina: Psiquiatría 5 ed.

Los criterios diagnósticos, los desarrollaremos en el apartado respectivo, resaltando como ya se indicó que la clasificación es la misma tanto para adultos y niños y adolescentes, tomando en cuenta eso si la diferente sintomatología de acuerdo a grupo etario. (8,9)

2.3.4 Etiología del Trastorno Depresivo en el Niño y Adolescente

Existen bastantes pruebas de que los trastornos del estado del ánimo en la infancia son básicamente las mismas enfermedades que sufren los adultos.

2.3.4.1 Estudios de genética molecular

Se han identificado dos genes que confieren vulnerabilidad a los trastornos depresivos. El primero de ellos, el gen MAOA, es responsable de la función monoaminooxidasa, y el segundo es el gen de transportador de serotonina (5-HTT). Este último gen, que está implicado en el proceso de disponibilidad de la serotonina, se encuentra presente como alelos largos homocigóticos, como alelos heterocigóticos (uno largo y uno corto) y como alelos cortos homocigóticos. Un amplio estudio longitudinal realizado en Nueva Zelanda halló una relación entre el estrés ambiental precoz y la aparición posterior de depresión en niños con uno o dos alelos cortos, pero no en aquellos niños de la muestra que tenían los dos alelos largos. Debido a que los alelos cortos son menos eficientes en la transcripción, este hallazgo sugiere que la disponibilidad del gen del transportador puede constituir un marcador de vulnerabilidad a la depresión. Así estos datos concordarían con un modelo de estrés- diátesis de la aparición de depresión. (4)

2.3.4.2 Asociación Familiar

Los trastornos del estado de ánimo en niños, adolescentes y adultos tienden a mostrar una agrupación familiar. Normalmente se encuentra una mayor incidencia de trastornos del estado de ánimo en hijos de padres con estos trastornos y entre los familiares de los niños afectados; el hecho de tener un progenitor deprimido duplica el riesgo para la descendencia. Si ambos padres están deprimidos se cuadruplica el riesgo de que el niño tenga un trastorno del estado de ánimo antes de los 18 años respecto a aquellos niños con ninguno de sus progenitores afectado. Hay indicios que apuntan a que el número de recurrencias de depresión en los padres incrementa la probabilidad de que los niños resulten afectados, pero

este aumento puede estar relacionado, al menos en parte, con la carga afectiva del árbol familiar de los padres. Del mismo modo los niños que sufren más episodios graves presentan pruebas más firmes de una agregación familiar densa y profunda de trastorno depresivo mayor. (4)

Los estudios de agregación familiar demuestran que los trastornos del estado de ánimo se agrupan en familias. Los familiares de primer grado de niños con trastorno depresivo presentan con mayor frecuencia depresión. A su vez, un niño cuyo padre o madre presenta un trastorno depresivo tienen un riesgo tres veces mayor de padecer un trastorno depresivo si se compara con un hijo de padres controles. (10)

2.3.4.3 Factores Biológicos

Los estudios de trastorno depresivo mayor en pre púberes y de trastornos del estado de ánimo en adolescentes han revelado diversas alteraciones biológicas. Por ejemplo, los niños pre púberes que sufren un episodio trastorno depresivo mayor secretan una cantidad significativamente mayor de la hormona de crecimiento (GH) durante el sueño que los niños normales y que aquellos con trastornos mentales no depresivos. Estos niños también secretan significativamente menos GH en respuesta a la hipoglicemia inducida por insulina que los pacientes no deprimidos. Ambas anomalías persisten, al menos 4 meses de respuesta clínica completa y sostenida, el último mes sin fármacos. En cambio los datos sobre la hipersecreción de cortisol durante el trastorno depresivo son contradictorios. Algunos investigadores han observado la hipersecreción y otros una secreción normal. Los estudios del sueño en niños y adolescentes con depresión no son concluyentes. La polisomnografía muestra en algunos casos ausencia de cambios, y en otros, cambios característicos de adultos con trastorno depresivo mayor: latencia del periodo de movimientos rápidos (REM) reducida e incremento del número de estos periodos. (4)

2.3.4.4 Resonancia Magnética

Los estudios de Neuroimagen mediante resonancia magnética (RM) en más de 100 niños hospitalizados en unidades psiquiátricas con trastornos del estado de ánimo han mostrado un menor volumen del lóbulo frontal y un mayor volumen ventricular. Estos resultados

concuerdan con los hallazgos de la Rm en adultos con depresión mayor; los estudios post-mórtem de adultos deprimidos han mostrado una perdida selectiva de las células y de serotonina en el lóbulo frontal. Así mismo, la lesión de los lóbulos frontales en pacientes que han sufrido un ictus se ha asociado a síntomas depresivos. El lóbulo frontal parece tener múltiples conexiones con los ganglios basales y el sistema límbico, y también se considera que está implicado en la neuropatología de la sintomatología depresiva. (4)

2.3.4.5 Estudios Endocrinos

Los estudios de hormona tiroidea han mostrado una cantidad total menor de tiroxina libre (T4L) en adolescentes deprimidos en comparación con el grupo de control. Estos valores se asocian a valores normales de la hormona tiroestimulante (TSH). Este resultado sugiere que aunque los valores del funcionamiento de la glándula tiroidea permanecen dentro del intervalo normal la T4L ha disminuido. Estos cambios en la hormona tiroidea posiblemente contribuyan a las manifestaciones clínicas de la depresión. Algunos datos sugieren que, en adultos con depresión la administración de hormona tiroidea exógena puede potenciar los efectos de los antidepresivos. Se ha demostrado que el estado de ánimo y el funcionamiento cognitivo pueden estar alterados en adultos con hipotiroidismo subclínico, y que esto puede corregirse con hormona tiroidea exógena. (4)

Antes de la pubertad, los trastornos del estado del ánimo tienen la misma prevalencia en ambos sexos. Sin embargo, a partir de la pubertad, el trastorno depresivo es más frecuente en las mujeres. La pubertad se caracteriza por un fuerte aumento de andrógenos (testosterona) en varones y de estrógenos (estradiol, progesterona) en mujeres. Los andrógenos influyen en el estado de ánimo porque modulan la respuesta del sistema serotoninérgico, noradrenérgico, dopaminérgico y del eje HPA. Por ejemplo el aumento de estradiol y oxitocina aumenta la necesidad en las mujeres de relacionarse y afiliarse con un grupo. Por este motivo, las mujeres perciben las dificultades interpersonales con familiares o amigos como más estresantes que los varones. (10)

2.3.4.6 Factores Sociales

El hallazgo de que los gemelos idénticos no presentan una concordancia del 100% sugiere la intervención de factores no genéticos en la aparición del trastorno depresivo mayor. Aunque se carece de pruebas definitivas, según la hipótesis de estrés-diátesis, en la aparición de la depresión en los niños intervendría una vulnerabilidad genética combinada con un abanico de factores sociales, como el grado de conflicto familiar, el abuso o la negligencia, los conflictos, la posición económica, la separación o el divorcio de los padres. Los datos indican que los niños cuyos padres murieron antes de que ellos cumpliesen 13 años tienen un mayor riesgo que los controles a padecer depresión.

Las disfunciones psicosociales que caracterizan a los niños deprimidos se mantienen mucho después de la recuperación del cuadro depresivo. Estas deficiencias se complican con la duración relativamente larga de los episodios distímicos (como mínimo 1 año) y depresivos entre 9 meses y 1 año) en los niños y en los adolescentes. En estos últimos, el episodio depresivo mayor interfiere significativamente con las habilidades sociales y académicas, que se desarrollan de manera inadecuada o no lo hacen mientras se sufre el episodio. Entre los preescolares a quienes se diagnostica una depresión clínica, es probable que las influencias del entorno tengan un impacto significativo en su evolución y recuperación. (4)

Algunas características sociodemográficas aumentan el riesgo de presentar un trastorno del estado de ánimo y de psicopatología en general como la pobreza, pertenecer a un nivel socioeconómico bajo y vivir en áreas urbanas. Así mismo la falta de apoyo social es otro factor de riesgo importante para el trastorno depresivo. La cultura influye en el rol atribuido a los niños, sobre todo a partir de la pubertad. En algunas culturas se espera que las mujeres adolescentes sean dependientes, muy emocionales, sumisas y sacrificadas, rasgos que son factores de riesgo de depresión. (10)

2.3.4.5 Factores Protectores

Algunos factores disminuyen el riesgo de depresión. Por ejemplo, tener una afiliación cultural, religiosa o grupal, probablemente mediado por el desarrollo de actitudes cognitivas positivas y la disponibilidad de soporte emocional; tener unos cuidadores

responsables (esto disminuye el riesgo de depresión y de psicopatología en general en los niños); tener sentido del humor; una relación estrecha con al menos un familiar y amigos íntimos; la consecución de logros valorados por la sociedad y un coeficiente intelectual normal-alto. (11)

2.3.5 Cuadro Clínico y Diagnóstico

Un niño o adolescente con un trastorno depresivo puede presentar tres tipos de síntomas:

- Afectivos
- Físicos
- Cognitivos

Los síntomas depresivos más frecuentes en los niños y adolescentes son: el humor deprimido o irritable, la pérdida de interés (apatía), la pérdida de la capacidad para experimentar placer en la mayoría de actividades (anhedonia) y la fatigabilidad. De entre estos, los síntomas cardinales son la apatía y la anhedonia. Las enfermedades englobadas dentro de los trastornos depresivos forman un continuo, que va desde los trastornos subsindromicos hasta los trastornos depresivos graves. (10)

2.3.5.1 Trastorno depresivo mayor

Es más fácil diagnosticar el trastorno depresivo mayor en los niños cuando este es agudo y se produce con síntomas psiquiátricos previos. Sin embargo, en muchos casos el inicio es gradual y se observa en niños que han tenido otras dificultades durante varios años, como la hiperactividad, el trastorno de ansiedad por separación o síntomas depresivos intermitentes.

Según los criterios diagnósticos del DSM-5 para el trastorno depresivo mayor:

A.-Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.

Nota: No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la

Observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)

2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).

3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.)

4. Insomnio o hipersomnias casi todos los días.

5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).

6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.

7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).

8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).

9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

Nota: Los Criterios A–C constituyen un episodio de depresión mayor.

Nota: Las respuestas a una pérdida significativa (p. ej., duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o discapacidad grave) pueden incluir el

sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, pérdida del apetito y pérdida de peso que figuran en el Criterio A, y pueden simular un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería pensar atentamente en la presencia de un episodio de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa. Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida.

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

Nota: Esta exclusión no se aplica si todos los episodios de tipo maníaco o hipomaníaco son inducidos por sustancias o se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica. (9)

Los niños y adolescentes con trastorno depresivo mayor pueden sufrir alucinaciones e ideas delirantes. En la mayoría de los casos estos síntomas psicóticos tienen una dinámica concordante con el episodio depresivo (normalmente en su peor momento) y no incluyen ciertos tipos de alucinaciones (como voces que conversan o que comentan, las cuales son específicas de la esquizofrenia). Las alucinaciones depresivas normalmente consisten en una sola voz que habla a la persona desde fuera de su cabeza, con un discurso suicida o despectivo. Los delirios depresivos se centran en temas de culpa, enfermedad física, muerte, nihilismo, castigo merecido incapacidad personal y, a veces, persecución. Estas ideas delirantes son inusuales antes de la pubertad, probablemente debido a la inmadurez cognitiva, pero están presentes en aproximadamente la mitad de los adolescentes con depresiones psicóticas. (4)

El inicio de un trastorno del estado de ánimo en un adolescente puede ser difícil de diagnosticar cuando se ve por primera vez si el adolescente ha intentado automedicarse con alcohol u otras sustancias ilícitas. En un estudio reciente, el 17% de los jóvenes con

trastorno del estado de ánimo recibió primero atención médica por el abuso de sustancias. Solo después de la desintoxicación pudieron evaluarse adecuadamente los síntomas psiquiátricos y pudo hacerse correctamente el diagnóstico de trastorno del estado de ánimo.
(4)

2.3.5.2 Trastorno depresivo persistente (Distimia)

El trastorno depresivo persistente (distimia) en niños y adolescentes consiste en un estado de ánimo deprimido o irritable que se presenta la mayor parte del tiempo durante la mayoría de los días, y al largo de al menos un año. El DSM-5 señala que, en niños y adolescentes, el estado de ánimo irritable puede reemplazar el criterio del estado de ánimo deprimido de los adultos y que la duración de los criterios para los niños y adolescentes no es de dos años, sino solo de 1 año. Los criterios según el DSM-5 para el trastorno depresivo persistente son los siguientes:

En este trastorno se agrupan el trastorno de depresión mayor crónico y el trastorno distímico del DSM-5.

A. Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, presente más días que los que está ausente, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas, durante un mínimo de dos años.

Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable y la duración ha de ser como mínimo de un año.

B. Presencia, durante la depresión, de dos (o más) de los síntomas siguientes:

1. Poco apetito o sobrealimentación.
2. Insomnio o hipersomnia.
3. Poca energía o fatiga.
4. Baja autoestima.
5. Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones.
6. Sentimientos de desesperanza.

C. Durante el período de dos años (un año en niños y adolescentes) de la alteración, el individuo nunca ha estado sin los síntomas de los Criterios A y B durante más de dos meses seguidos.

D. Los criterios para un trastorno de depresión mayor pueden estar continuamente presentes durante dos años.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o un episodio hipomaníaco, y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.

F. La alteración no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo persistente, esquizofrenia, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otro trastorno psicótico.

G. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a otra afección médica (p. ej., hipotiroidismo).

H. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Nota: Como los criterios para un episodio de depresión mayor incluyen cuatro síntomas que no están en la lista de síntomas del trastorno depresivo persistente (distimia), un número muy limitado de individuos tendrán síntomas depresivos que han persistido durante más de dos años pero no cumplirán los criterios para el trastorno depresivo persistente. Si en algún momento durante el episodio actual de la enfermedad se han cumplido todos los criterios para un episodio de depresión mayor, se hará un diagnóstico de trastorno de depresión mayor. De no ser así, está justificado un diagnóstico de otro trastorno depresivo especificado o de un trastorno depresivo no especificado. (9)

El niño o adolescente con trastorno distímico puede haber sufrido un episodio depresivo mayor previo antes del inicio del trastorno distímico, pero es mucho más común que los niños con un trastorno distímico de más de 1 año de duración evolucionen hacia un trastorno depresivo mayor. En este caso, deben realizarse ambos diagnósticos (doble depresión). Se sabe que el trastorno distímico en los niños tiene una edad media de inicio que es algunos años más temprana que la del trastorno depresivo mayor. Los médicos y los

investigadores discrepan sobre el trastorno distímico es una versión crónica y gradual del trastorno depresivo mayor o un trastorno separado. En ocasiones, los jóvenes cumplen los criterios diagnósticos del trastorno distímico, a excepción de que sus episodios duren solo de 2 semanas a varios meses con intervalos de 2 o 3 meses sin síntomas. Es probable que estas manifestaciones leves del estado de ánimo en los niños sean indicativas de episodios graves de trastorno del estado de ánimo en el futuro. Los datos actuales sugieren que cuanto más duraderos, recurrentes, frecuentes y quizás también cuanto menos relacionados con un estrés social sean estos episodios, mayor es la probabilidad de sufrir un trastorno del estado de ánimo grave en el futuro. Sin embargo, cuando los episodios depresivos menores se producen menos de 3 meses después de un acontecimiento vital estresante significativo, suele ser parte de un trastorno adaptativo. (4)

2.3.6 Diagnóstico diferencial

En ocasiones, el trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias solo puede diferenciarse de otros trastornos del estado del ánimo después de la desintoxicación. Los síntomas de ansiedad y alteraciones de la conducta pueden coexistir con trastornos depresivos y con frecuencia, diferenciar estos trastornos de otros trastornos emocionales no depresivos y de los trastornos de la conducta pueden plantear problemas. (4)

Resulta de particular importancia distinguir los episodios agitados o maníacos y el TDAH, en los que la actividad persistente y excesiva y la inquietud que presentan los niños pueden prestarse a confusión. Los niños pre púberes no presentan formas clásicas de depresión agitada, como retorcerse la manos y pasearse de un lado a otro. En lugar de eso, los síntomas más habituales son incapacidad para permanecer sentados y las rabietas frecuentes. A veces solo se obtiene el diagnóstico correcto después de la remisión del episodio depresivo. Si el niño no presenta problemas de concentración ni es hiperactivo mientras se recupere de un episodio depresivo, y no está recibiendo medicación, probablemente no exista un TDAH. (4)

Aproximadamente , el 30% de los niños deprimidos presentan un TDAH; la asociación de ambos trastornos parece influir en que el trastorno depresivo comience antes, dure más,

provoque mayor deterioro en el funcionamiento, se asocie a una mayor tasa de ideación y actos suicidas; y aumente la probabilidad de ingreso hospitalario.(10)

2.3.7 Tratamiento de los Trastornos del estado de Ánimo en Adolescentes

El trastorno depresivo cursa con síntomas que interfieren en diversas áreas del funcionamiento del paciente y presenta una elevada tasa de comorbilidad psiquiátrica. Por ello su tratamiento requiere un abordaje multidisciplinar. El tratamiento de un episodio depresivo tiene tres objetivos: disminuir el impacto de los síntomas en el funcionamiento del niño o adolescente, acortar la duración del episodio, y reducir el riesgo de aparición de comorbilidad (por ejemplo abuso de sustancias) y de recaída (continuidad del trastorno depresivo en la edad adulta). (10)

El médico debe implicar al paciente y a su familia en la elaboración del plan terapéutico. Este debe ser individualizado y tener en cuenta la característica individual, familiar, ambiental y las preferencias de cada paciente. (10) El éxito terapéutico es casi imposible sin la participación activa de la familia. Por lo tanto es fundamental conseguir una alianza terapéutica con el paciente y esta. Durante todo el tratamiento el paciente necesita apoyo social, por este motivo es indispensable la participación activa de la familia y el colegio. Por ejemplo si existe acoso escolar los profesores deben adoptar medidas conductuales en el colegio. El médico y las personas del entorno han de proporcionar al niño o adolescente confianza en el plan terapéutico, ánimo y apoyo para eliminar o tolerar (si son inevitables) los estresantes ambientales. A continuación se inicia la psicoeducación; esta consiste en explicar al paciente y a su familia los síntomas de su enfermedad, las causas, el pronóstico, las distintas opciones terapéuticas (efectos secundarios) y los riesgos de no seguir el tratamiento. Asimismo, se les debe proporcionar información escrita o recomendar portales de internet de interés científico. El paciente y su familia deben aprender a identificar el síntoma depresivo como una parte de la enfermedad y no como un signo de debilidad por el que deben sentirse culpables. Por otro lado, es necesario advertirles de la naturaleza recurrente del trastorno depresivo y hacerles ver que es muy importante realizar ejercicio físico, mantener un horario de sueño regular y una dieta equilibrada. La psicoeducación mejora la adherencia terapéutica y disminuye los síntomas de depresión. (10)

2.3.7.1 Fases del Tratamiento

El tratamiento del trastorno depresivo en niños y adolescentes comprende tres fases con tres objetivos diferentes:

- Fase Aguda: busca la remisión sintomática
- Fase de continuación: pretende evitar una recaída
- Fase de mantenimiento: su objetivo es evitar una recurrencia

2.3.7.1.1 Fase Aguda del Tratamiento

En primer lugar el clínico debe valorar la necesidad de una hospitalización. Esto depende de diversos factores, como el elevado riesgo que se haga daño a sí mismo a otros, que rechaza la ayuda(médica o familiar), la ausencia de apoyo social(y supervisión), la presencia de síntomas psicóticos(conllevan una pobre capacidad de juicio), agitación psicomotriz, estresantes ambientales graves e inevitables y un deterioro importante del funcionamiento global. Una alternativa al ingreso en una unidad de psiquiatría es la hospitalización parcial (hospital de día). Esta prolonga el tiempo de tratamiento disponible para estabilizar el cuadro clínico y abordar los factores estresantes en un entorno menos restrictivo para el paciente y su familia. (10)

En segundo lugar el clínico debe escoger el tratamiento de primera elección entre cuatro opciones terapéuticas: medicación, psicoterapia, tratamiento combinado (medicación y psicoterapia) y terapia electroconvulsiva. Sobre esto se ha publicado recientemente, con gran repercusión clínica, un estudio multicentrico realizado en Estados Unidos llamado TADS (Treatment for Adolescents with Depression Study); incluye a 439 adolescentes (entre 12 y 17 años), con trastorno depresivo moderado a grave, que fueron asignados aleatoriamente a cuatro grupos de tratamiento: placebo, Terapia Cognitivo Conductual (TCC), fluoxetina y fluoxetina+TCC. (10)

2.3.7.1.1.1 Medicación Antidepresiva

Los fármacos antidepresivos están indicados en los pacientes con trastorno depresivo mayor, también en edad pediátrica. Para mejorar su tolerancia, el antidepresivo se debe iniciar a una dosis baja, que se puede ir aumentando lentamente hasta alcanzar la mínima

dosis efectiva. Los niños o adolescentes necesitan dosis similares a los adultos. Antes de comenzar el tratamiento, el médico debe informar al paciente y a su familia sobre la indicación del tratamiento farmacológico, la necesidad de tomarlo tal y como se le prescribe (para evitar complicaciones), el retraso en la aparición de la respuesta clínica (3-5 semanas) y los posibles efectos secundarios. Una vez comenzado el tratamiento la FDA aconseja realizar revisiones semanales en la consulta durante las primeras cuatro semanas (o al menos mantener contacto telefónico con esta periodicidad) y cada dos semanas a partir de entonces. En estas revisiones el clínico debe valorar la presencia y la gravedad de los síntomas depresivos, el riesgo de suicidio, la aparición de efectos secundarios y otros estresantes ambientales que pueden interferir en la evolución y en la adherencia al tratamiento.(10)

2.3.7.1.1.1 Inhibidores de la Recaptación de Serotonina (ISRS)

Los ISRS son los antidepresivos más utilizados y de primera elección debido a su gran actividad, buena tolerancia y seguridad. Disminuyen los síntomas depresivos, los comportamientos impulsivos y agresivos, las ideas de suicidio. Se ha descrito su efectividad en niños desde los 7 años de edad. (10)

Los niños y adolescentes presentan una tasa de respuesta a los ISRS de entre el 40% al 70%, muy similar a los adultos. La diferencia es que en los primeros el tratamiento con placebo también obtiene una elevada tasa de respuesta, entre 30% y 60%. Los ISRS tienen una acción altamente selectiva sobre los receptores serotoninérgicos y apenas ejercen acción sobre otros receptores (adrenérgicos, colinérgicos, histaminérgicos), por lo que tienen un bajo perfil de efectos secundarios; estos suelen ser leves y transitorios y se producen sobre todo durante las primeras semanas de tratamiento. Los más frecuentes son molestias gastrointestinales inespecíficas (dolor abdominal, náuseas, vómitos), cefalea, alteraciones del sueño (insomnio, hipersomnia diurna, sueños vividos, pesadillas, sueño fragmentado) y diaforesis. También entre un 3% a 8% presentan aumento de la impulsividad, agitación psicomotriz, acatisia, activación conductual e irritabilidad. Rara vez los ISRS aumentan el riesgo de hemorragia (hematomas, epistaxis) o provocan un síndrome serotoninérgico (agitación psicomotriz, confusión e hipertermia. Además si el fármaco se

suspende bruscamente sobre todo cuando la duración del tratamiento ha sido superior a 6 semanas, pueden aparecer, a partir de las primeras 24 horas, síntomas de retirada que remedan un episodio depresivo, no obstante se trata de un cuadro clínico autolimitado que no requiere tratamiento.(10)

Actualmente la fluoxetina es el único antidepresivo autorizado por la FDA para el tratamiento de la depresión en niños y adolescentes. Los efectos adversos observados habitualmente con la fluoxetina son cefaleas, síntomas gastrointestinales, sedación e insomnio. (3) La tasa de efectividad de la fluoxetina está dentro del 60%, tres estudios doble ciego han demostrado la efectividad del tratamiento con este fármaco, en la depresión mayor en niños y adolescentes. Además según el estudio TADS:

- El tratamiento con fluoxetina asociado o no a TCC es significativamente más efectivo que la TCC en monoterapia y que el placebo
- La efectividad de la fluoxetina aumenta con el tiempo de tratamiento(62% a las 12 semanas, 69% a las 18 semanas y 81% a las 36 semanas)
- La dosis recomendada es de 10-20mg por día , aunque se puede alcanzar dosis más altas , sobre todo en pacientes con elevado peso, con depresión severa o cuando se necesita una respuesta rápida.(10)

Los estudios publicados con otros ISRS son inconsistentes. Esto se debe probablemente a la alta respuesta de los niños al placebo y a las diferencias metodológicas entre los estudios. Algunos ISRS como la sertralina, fluvoxamina, citalopram y el escitalopram han mostrado una efectividad similar a la fluoxetina (47% a 70%), pero que no ha alcanzado la significación estadística por la elevada respuesta al placebo (hasta el 60%). En algunos estudios la sertralina y el escitalopram han resultado más significativamente más efectivos que el placebo en adolescentes, pero no en niños. La paroxetina es el ISRS que tiene el mayor número de estudios publicados con resultados negativos. (10)

En la siguiente tabla se explica la dosis con la que se recomienda comenzar cada uno de los ISRS, en niños y adolescentes así como también realizar el aumento de dosis cuando sea necesaria (10):

CUADRO 5(*)

Fármaco	Dosis de inicio(mg/día)	Incremento(mg)	Dosis efectiva inicial(mg)	Dosis máxima(mg)
Fluoxetina	10-20	10-20	20	60
Sertralina	25-50	12.5-25	50	200
Citalopram	10-20	10	20	60
Escitalopram	5-10	5	10	20
Fluvoxamina	50	50	150	300

(*)Soutullo, C., Mardomingo, MJ. Manual de Psiquiatría del niño y del adolescente. Editorial Médica Panamericana; 2010. Cap. 9 p.145-63

2.3.7.1.1.1.2 Otros antidepresivos

Se han observado diferencias significativas entre la venlafaxina y el placebo en adolescentes pero no en niños pequeños. Los estudios randomizados no objetivan la superioridad de la mirtazapina con respecto al placebo. Sin embargo los expertos indican que con la venlafaxina y la mirtazapina se obtiene una efectividad en la población pediátrica similar a la de los ISRS. Además sostienen que los resultados negativos se deben a cuestiones metodológicas como: el uso de dosis bajas, escasa duración del tratamiento y falta de tratamiento de la comorbilidad psiquiátrica que interfiere en la evolución de los síntomas depresivos. (10) La venlafaxina que bloquea la captación de serotonina y noradrenalina, también se la utiliza clínicamente en adolescentes, sus efectos adversos suelen ser leves e incluyen agitación, nerviosismo y náuseas. La mirtazapina también es un inhibidor de la Recaptación de serotonina y noradrenalina con un perfil de efectos

relativamente seguro, pero su uso no está extendido debido a los efectos colaterales sedantes. (4)

Los resultados sobre la efectividad del bupropion y la duloxetina son prometedores, pero preliminares ; por su componente noradrenergico, estos antidepresivos pueden provocar un aumento de la presión arterial y de la frecuencia cardiaca, aunque la mayoría de las veces no tiene repercusión funcional.(10) El bupropion tiene propiedades estimulantes, además de sus efectos antidepresivos y se ha utilizado en jóvenes con depresión y TDAH; presenta pocos efectos anticolinérgicos o de otro tipo como la sedación.(4)

Los antidepresivos tricíclicos han dejado de recomendarse habitualmente para tratar la depresión en niños y adolescentes, debido a que no sea demostrada su eficacia y al riesgo potencial de arritmias cardiacas que se asocia a su uso. (4)

2.3.7.1.1.1.3 Duración del tratamiento

Según los datos longitudinales disponibles y la evolución natural de la depresión mayor en niños y adolescentes, actualmente se recomienda mantener el tratamiento antidepresivo durante 1 año en niños y adolescentes que muestran una buena respuesta y, a continuación, interrumpirlo en un momento en que el estrés sea relativamente bajo.(4)

2.3.7.1.1.2 Psicoterapia

Se ha demostrado una efectividad superior al placebo en dos tipos de psicoterapia: la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) y la Terapia Interpersonal (TIP); los protocolos de adultos se han adaptado a los adolescentes y han demostrado ser efectivos también en esta población. Generalmente el efecto terapéutico de la psicoterapia es modesto. Además el inicio del efecto del tratamiento psicoterápico es más lento que con medicación. Al igual que el fármaco, este tipo de tratamiento se debe prolongar más de 12 a 16 semanas para mantener el efecto y evitar recaídas, aunque esto es controvertido. La psicoterapia se puede utilizar como único tratamiento en la depresión leve y simple (sin comorbilidad psiquiátrica). En otros casos se usa como tratamiento coadyuvante al tratamiento farmacológico, ya que su efectividad disminuye si el niño presenta una depresión grave, comorbilidad psiquiátrica(sobre todo con trastornos externalizantes) o si alguno de sus

padres presenta depresión; la efectividad de la TCC y la TIP en la depresión se ha estudiado sobre todo en adolescentes.(10)

2.3.7.1.1.3 Terapia electroconvulsiva

La terapia electroconvulsiva (TEC) se ha utilizado en una amplia gama de enfermedades psiquiátricas en los adultos, principalmente en los trastornos del estado de ánimo deprimido y maniaco graves, y en la catatonía. La TEC se utiliza excepcionalmente en los adolescentes, aunque se ha publicado informes de casos sobre su eficacia en adolescentes con depresión y manía. Actualmente los informes de casos sugieren que la TEC puede ser relativamente segura y útil en el tratamiento de adolescentes con trastornos afectivos graves resistentes al tratamiento, sobre todo cuando estos se asocian a rasgos psicóticos, síntomas catatónicos o un riesgo suicida persistente.(4)

2.3.7.1.2 Fase de continuación y de mantenimiento

El tratamiento de continuación está indicado en todos los casos, ya que, aunque el niño o el adolescente se encuentren en remisión clínica (sin síntomas depresivos significativos), presenta riesgo de sufrir una recaída y porque el funcionamiento (académico, familiar, social y ocupacional) tarda más tiempo en normalizarse que los síntomas en desaparecer. El tratamiento de continuación consiste en prolongar el mismo tratamiento que ha resultad efectivo en la fase aguda, manteniendo la misma dosis durante 6 a 12 meses más, a partir del momento de remisión clínica. Los fármacos antidepresivos, la TCC y la TIP han demostrado ser efectivos también en la fase de continuación. Otros autores aconsejan seguir con el tratamiento más de 12 meses, si durante el episodio depresivo el paciente presentó: comorbilidad psiquiátrica, abuso de sustancias, síntomas psicóticos, ideación o comportamiento suicida; si tardó mucho en conseguir la remisión clínica; si los padres presentan algún tipo de psicopatología grave, o si el niño o adolescente no tiene soporte social. En cualquier caso el clínico siempre debe valorar al paciente 6-12 meses después de que este haya conseguido la remisión total. (10)

El tratamiento de mantenimiento sigue al tratamiento de continuación. Recientemente se ha publicado el primer estudio de tratamiento de mantenimiento en adolescentes deprimidos.

Tras el tratamiento con sertralina durante 12 semanas, de los 13 adolescentes que mantuvieron el tratamiento durante 24 semanas más, el 38% siguieron bien, comparado con el 0% de los que nueve adolescentes que cambiaron a placebo. Estos resultados sugieren que el tratamiento de mantenimiento con el mismo antidepresivo usado en la fase aguda y de continuación puede ser efectivo en la prevención de recaídas y recurrencias. Cuando está indicado, se debe suspender el tratamiento farmacológico a los 6-12 meses de conseguir la remisión clínica. La retirada debe ser lenta y progresiva, aunque puede ser más rápida en el caso de la fluoxetina debido a su larga vida media. En adolescentes y niños es mejor intentar retirar el fármaco en verano, ya que si se presenta una recurrencia esta no provocaría consecuencias académicas. (10)



3. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

A nivel local

3.1. Autor: Paredes Paredes, Jean Carlos

Título: Relación entre Síntomas Depresivos e Inteligencia Emocional en estudiantes del Centro Preuniversitario Pre-Católica, Arequipa-2007.

Resumen: El trastorno depresivo en la adolescencia es un desorden caracterizado por alteración del estado de Animo con una diversa sintomatología muy parecida a la del adulto, siendo conforme con algunos resultados, de mayor prevalencia que estos. Ellos pueden hacer uso de aptitudes que le permiten mejor interrelación con el medio ambiente, denominándose a esto inteligencia emocional. Así el objetivo del estudio es determinar la relación entre la sintomatología depresiva y de inteligencia emocional. El presente estudio es descriptivo de correlación, la población sujeta es de 250 alumnos del Centro Pre universitario Pre-Católica de 16 a 18 años, se evaluaron la sintomatología depresiva con el test de Birleson y la inteligencia emocional con el TMMS-24. Se obtuvo que el perfil de los estudiantes es de una edad promedio de 16.6 años para hombres y mujeres, en su mayoría solo estudiantes (96.92%), católicos (86%), viven con la familia (89%) y de un nivel socioeconómico medio y alto (75%). Se observó un elevado puntaje de alumnos con síntomas depresivos (26%) con mayor predominancia en relación a las mujeres, con bajos niveles de inteligencia emocional, y una relación entre síntomas depresivos e inteligencia emocional esperada aunque no significativa: Atención emocional($r=0,018$, $p=0,88$), Claridad emocional($r=0,101$, $p=0,42$), Reparación emocional($r=0,175$, $p=0,16$); la asociación con los factores socioeconómicos no fue significativa por una probable relación indirecta. Sobre la base de los resultados se enfatiza la necesidad de diseñar y ejecutar programas integrales de prevención, detección y manejo oportuno de los trastornos de salud mental en los adolescentes. (11)

3.2 Autor: Arce Pamo, Miguel Ángel

Título: Autoagresión deliberada y Niveles de Depresión en adolescentes de dos instituciones Educativas, Arequipa 2012.

Resumen: La autoagresión deliberada es un mecanismo de defensa malaadaptativo ante emociones o situaciones difíciles de poder manejar, para lo cual el individuo realiza lesiones físicas autoinflingidas, con la intención de provocarse daño o dolor, sin la presencia de intento suicida, la cual es utilizada para aliviar emociones fuertes. El presente estudio tiene como objetivo determinar la prevalencia de la autoagresión deliberada en adolescentes de dos instituciones educativas, algunas de sus características y su relación con los niveles de depresión. La metodología utilizada fue investigación científica básica, tipo descriptivo, transversal y relacional. Se aplicó una encuesta en el mes de Noviembre del 2012 a 343 estudiantes de dos Instituciones Educativas de la Ciudad de Arequipa. Se utilizó como instrumentos la Escala Autoaplicada de Zung para la variable de Depresión y el Cuestionario de Autoagresión Deliberada. Entre los resultados que se obtuvieron encontramos que la tasa de prevalencia de Autoagresión deliberada en adolescentes es del 32.75. Existe una asociación estadísticamente significativa ($p=0.0001$) entre autoagresión deliberada y niveles de depresión. La edad promedio de inicio de la conducta autoagresiva es de 14.2 años. El 72% se ha autoagredido una o más veces en el último año. La principal forma de autoagredirse es golpearse con puños o con objetos (39.3%) y el principal móvil que refieren es para deshacerse de sus frustraciones en un 29.5%. La mayoría de ellos se autoagreden solos (88.4%) y se esconden para realizar estos actos (92%). El 42% ha comunicado a alguna persona sobre estas actividades. Finalmente se encontró que el 35.3% de los adolescentes tenían algún grado de depresión, el 22.7% presentaron depresión leve, 11.7% depresión moderada y 0.9% depresión severa. (12)

3.3 Autor: Ramos Peraltilla, Patricia

Título: Relación entre las Dimensiones de la Personalidad y Autoestima en Adolescentes de ambos sexos de colegios Nacionales de Tacna, 2005.

Resumen: Se realizó un estudio descriptivo, para determinar las dimensiones de la Personalidad y Autoestima, y establecer la posible relación entre ambas. Para tal fin se aplicó a la muestra el Inventario de Personalidad de Eysenck, y el Inventario de Autoestima de Coopersmith, y con el objetivo de establecer las características de la población, se aplicó una encuesta, en forma de cuestionario. La población estudiantil de

adolescentes asciende a 1477 correspondiente a 10 colegios nacionales de educación secundaria, los cuales pertenecen a la UGEL Tacna, cuya ubicación corresponde a la jurisdicción del Centro de Salud Metropolitano en el Cercado de Tacna, es zona urbana. La muestra ha quedado conformada por un total de 225 adolescentes de ambos sexos, los cuales pertenecen al quinto año de educación secundaria. Los resultados muestran que los alumnos en su mayoría muestran una autoestima eficiente(52%) o autoestima alta, autoestima intermedia o media(23%)por el contrario el porcentaje de alumnos que presentan una autoestima deficiente o autoestima baja(25%). Respecto a la personalidad los alumnos presentan en la dimensión “E” tendencia a la extraversión (TE) y en la dimensión “N” una tendencia a la estabilidad emocional (TE). Se observa que el 36% de la población son hijos mayores, o que ocupan el segundo lugar de los hermanos, lo cual puede influir en su desarrollo emocional, social, educativo, etc. También que aproximadamente el 90% pretende continuar sus estudios profesionales o técnicos; es deber del estado apoyar y fortalecer este interés, previniéndolos de influencias negativas que solo dañan y contaminan su Salud Mental. Cabe notar que la salud no es solo una cuestión biológica sino también social sus condiciones de bienestar dependen de la extensión, distribución y percepción de la salud condicionados por el desarrollo tecnológico, la estabilidad económica y los patrones culturales, es nuestro deber generar y apoyar los condicionantes de una óptima Salud Mental.(13)

A nivel nacional

3.4 Autor: Roxana Vivar, Zoila Pacheco, Cecilia Andrianzen, Beatrice Macciotta, Carlos Marchena

Título: Validación de la Escala de Birlenson Modificada para trastornos depresivos en niños y adolescentes peruanos

Resumen: Objetivo: Validar la Escala de Birlenson modificada para trastornos depresivos en niños y adolescentes peruanos. Método: Se realizó la adaptación de la escala original y se sometió a juicio de expertos. Se aplicó a 215 niños y adolescentes de ambos sexos entre 8 y 18 años: 84 con diagnóstico de depresión, 73 con trastorno de ajuste y síntomas depresivos, y 158 libres de enfermedad mental (normales). Se determinó la confiabilidad interevaluador utilizando los índices de correlación de

Pearson y Sperman, y la consistencia interna con el coeficiente alfa de Cronbach. La validez de criterio se determinó mediante el uso de la sensibilidad y especificidad. Resultados: La confiabilidad en el tiempo en los grupos de pacientes con depresión($r=0.89$) y sanos($r=0.78$) son altos y un valor menor en el grupo de pacientes de trastorno de ajuste con síntomas de depresión($r=0.54$). El punto de corte es 13 puntos y valores de 13 a 21 indican la presencia de síntomas depresivos, mientras que valores de 22 o superiores indican la presencia de depresión mayor. Conclusión: La escala modificada de Birleson tiene alta confiabilidad y se constituye en un instrumento para diagnóstico y seguimiento de niños y adolescentes con trastorno depresivo. (16)

3.5 Autor: Diana Beatriz Huapaya Cáceres

Título: Factores asociados a ideación suicida en adolescentes escolares de 3er, 4to y 5to años de secundaria de instituciones educativas públicas del cono este de Lima, 2009

Resumen: Objetivos: Establecer si la sintomatología depresiva, disfunción familiar, abuso de alcohol, conducta antisocial y problemas de pareja son factores asociados a la ideación suicida en adolescentes escolares de 3er, 4to y 5to año de secundaria de instituciones educativas públicas del Cono Este de Lima. Materiales y métodos: Estudio transversal, analítico. Se aplicó a 321 escolares una encuesta estructurada tipo cuestionario para ser autoadministrada, separada en 6 secciones: disfunción familiar, depresión, ideación suicida, rasgos disociales, riesgo alto de alcoholismo y conflicto de pareja. Resultados: 83,1% presentó bajo nivel de ideación suicida, 14,3% nivel medio y 2,6% nivel alto. Con el análisis multivariado la depresión y la edad de 16 a 19 años demostraron tener asociación significativa con la ideación suicida. Conclusiones: Los resultados del presente estudio demuestran que existe asociación significativa entre la ideación suicida con la sintomatología depresiva y el rango de edad de 16 a 19 años. Los síntomas depresivos presentes fueron el factor de riesgo más fuertemente asociado en el actual estudio, avalando lo encontrado en la mayoría de trabajos alrededor de la ideación suicida. (17)

3.6 Autor: Horacio B. Vargas, Héctor Tovar, José M. Valverde.

Título: Prevalencia y factores asociados con el episodio depresivo en adolescentes de la población urbana de tres ciudades de la Sierra Peruana 2003.

Resumen: La depresión en adolescentes constituye un problema de salud pública por su frecuencia creciente y sus consecuencias. **Objetivo:** Determinar las prevalencias y los factores asociados con el episodio depresivo en adolescentes de las ciudades de Cajamarca, Huaraz y Ayacucho. **Material y Métodos:** Estudio epidemiológico de corte transversal, con muestreo probabilístico trietápico por conglomerados. Se usó la base de datos del Estudio Epidemiológico en Salud Mental de la Sierra Peruana 2003. La población estudiada comprendió a los residentes de 12 a 17 años. Se utilizaron cuestionarios para medir variables demográficas y socioeconómicas, aspectos generales de salud mental, trastornos clínicos y relaciones intrafamiliares. Se ajustaron modelos de regresión logística múltiple. **Resultados:** La prevalencia de episodio depresivo en adolescentes fue 5,7% (IC 95%: 4,5%-7,2%), observándose según el análisis multivariado, asociaciones estadísticamente significativas con: sexo femenino (OR: 2,7, IC 95%: 1,4-5,2), haber tenido enamorado(a) (OR: 2,3, IC 95%: 1,2-4,1), síndrome psicótico (OR: 5,3, IC 95%: 2,2-13,2) y deseos de morir (OR: 3,2, IC 95%: 1,8-5,8). **Conclusiones:** La prevalencia de episodio depresivo en adolescentes de las tres ciudades estudiadas fue similar a la encontrada en otros países. Los factores asociados que mejor predijeron el episodio depresivo fueron: sexo femenino, haber tenido enamorado(a), síndrome psicótico y deseos de morir alguna vez en la vida; los cuales podrían ser evaluados como factores de riesgo en estudios posteriores. (18)

A nivel internacional

3.7 Autor: Jessika Melissa Álvarez Latorre, Sandra Constanza Cañón Buitrago, José Jaime Castaño Castrillón, Luz Helena Bernier Ocampo, Ángela María Cataño Molina, Paula Viviana Galdino Cruz, Luisa Fernanda Gil Agudelo, Juan Sebastián Malaver Estrada, Milton Ricardo Robayo Mejía, Carlos Mauricio Sánchez Rodríguez.

Título: Factor de riesgo suicida y factores asociados en adolescentes de una institución educativa de Palestina-Caldas, 2012

Resumen: Objetivo: Identificar el factor de riesgo suicida y los factores asociados en adolescentes de una institución educativa del municipio de Palestina (Caldas-Colombia). Materiales y métodos: Se realizó un estudio de corte transversal en el que se tomó una población de 354 estudiantes, se aplicó la escala de factor de riesgo suicida de Plutchik para medir riesgo suicida, así mismo otros cuestionarios para factores asociados como funcionalidad familiar, depresión, dependencia del consumo de alcohol, tendencia a la violencia, etc. Resultados: la población presentó un promedio de edad de 14,28 años, el 11,8% presentó riesgo suicida según escala de Plutchik; el 5,3% en hombres y el 17,9% en mujeres, 12,2% con intento de suicidio, 56,8% mostraron depresión según escala de Birleson, el 42,6% tuvo disfunción familiar de leve a severa; presentaron dependencia alcohólica el 27%; 15,6% consumo de sustancias psicoactivas, un riesgo de violencia según cuestionario Plutchik de 33%, 15,5% antecedentes familiares de intento suicida. Los siguientes factores tienen relación significativa con el factor de riesgo suicida según Plutchik: consumo de sustancias psicoactivas ($p=0,000$), antecedente familiar de suicidio ($p=0,000$), funcionalidad familiar ($p=0,000$), dependencia alcohólica ($p=0,002$), de-presión ($p=0,000$), maltrato ($p=0,000$), género ($p=0,000$). Conclusión: Esta población presenta un factor de riesgo suicida según cuestionario de Plutchik comparable al de otras poblaciones análogas. Se encuentran factores asociados típicos de la población colombiana como son el maltrato infantil, y tendencia a la violencia. Tal vez sería deseable una intervención en esta población. (19)

3.8 Autor: Barrientos-Acosta V, Mendoza-Sánchez HF, Sainz-Vázquez Pérez-Hernández C, Gil-Alfaro I, Soler-Huerta E.

Título: Depresión y tipología familiar en un grupo de adolescentes mexicanos

Resumen: Objetivo: Determinar la prevalencia de depresión en un grupo de adolescentes mexicanos. Material y Métodos: Estudio descriptivo, prospectivo y transversal. En una escuela secundaria de Xalapa, Veracruz. México; se aplicó la Escala de Birleson modificada para trastornos depresivos en niños y adolescentes. Para identificar las características familiares se utilizó la clasificación del Consenso

Académico en Medicina Familiar de Organismos e Instituciones Educativas y de Salud (PRCAMF). Análisis estadístico: Frecuencias absolutas y relativas de cada una de las variables de estudio y medidas de tendencia central. Resultados: De un total de 1648 adolescentes se encontró una prevalencia de depresión del 7%. Las características sociodemográficas y familiares fueron: mujeres 74%, de 13 años de edad 40%, con novio(a) 44%, vida sexual activa 3%, consumían alcohol 14%, tabaco 9%, drogas 4.5%, padres casados 53%. Edad del padre de 41 a 50 años (43%), escolaridad preparatoria (26%). Edad de la madre 31 a 40 años (65%), escolaridad licenciatura (28%). Predomina familia nuclear simple (55%), seguida de la monoparental extensa (13%) y extensa (16%), sin evidencia de pobreza familiar 69%. Conclusiones: La depresión es una entidad presente en los adolescentes con una prevalencia mayor en el sexo femenino con familias nucleares, que cumplían sus funciones como familia; sin evidencia de pobreza familiar. Sería importante investigar otros aspectos de la depresión en adolescentes por las repercusiones de esta enfermedad en el desarrollo social y afectivo del individuo. (20)

3.9 Autor: Elba Vázquez Pizaña; Ignacio Fonseca Chon; Juan Ramón Padilla Villarreal; María Lourdes Pérez Hernández; Norberto Gómez Rivera.

Título: Diagnostico de depresión con la Escala de Birleson en adolescentes con intento de suicidio y sanos.

Resumen: INTRODUCCIÓN: El suicidio es la tercera causa de muerte en adolescentes entre 15-19 años. Los factores asociados son depresión, problemas en ambiente familiar, consumo de drogas, ansiedad. OBJETIVOS: determinar la utilidad de la Escala de Birleson para el diagnóstico de Depresión en adolescentes con intento de suicidio y sanos MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio comparativo, en el periodo comprendido del 1 de Diciembre de 2001 al 31 de Marzo del 2004, comparando los adolescentes con intento de suicidio y sanos seleccionados al azar con características similares en edad y sexo. Las variables estudiadas fueron edad, sexo, factores socioculturales, factores de riesgo suicida, diagnóstico, tratamiento y evolución, se utilizó la Escala de Birleson la cual tiene un punto de corte de 15 para el

diagnóstico de depresión. La captura de la información se realizó en la hoja de cálculo Excel y para el análisis estadístico se utilizó el software JMP versión 5.12 utilizando las pruebas t de student, chi cuadrada, Wilcoxon/kruskal Wallis y Fisher

RESULTADOS: se estudiaron 120 adolescentes, 60 con intento de suicidio y 60 sanos, predominó el sexo femenino, el promedio de edad fue de 14 años; originarios de Hermosillo 76%, predominó la religión católica 75%. La diferencia de los grupos fue que en los adolescentes con intento de suicidio en los antecedentes familiares presentaron significancia estadística: familia desintegrada, violencia familiar, toxicomanías, trastornos psiquiátricos y antecedente de intento de suicidio, en cuanto los factores personales se encontró en equivalentes depresivas, depresión y antecedente de intento de suicidio. La Escala de Birleson mostró una diferencia de 4.4 puntos, con 14.7 para los que intentaron el suicidio y 10.3 para los sanos, encontrando significancia estadística $P < 0.0001$

CONCLUSIONES: En este estudio se encontró que la Escala de Birleson puede orientarnos al diagnóstico de depresión en adolescentes con intento de suicidio, ya que presentan más intensificados los rasgos depresivos, que son factores importantes del riesgo suicida. (21)

3.10 Autor: Luis González Bravo; Lorena Méndez Tapia

Título: Relación entre Autoestima, Depresión y Apego en Adolescentes Urbanos de la Comuna de Concepción, Chile

Resumen: Se investigó la relación entre autoestima, apego y depresión en 164 adolescentes urbanos de la comuna de Concepción, mediante la Escala de Autoestima de Coopersmith, el CDI, el RQ y subescalas de la prueba AAQ. Los resultados mostraron una correlación positiva entre disponibilidad de los padres y autoestima, entre rabia hacia los padres y depresión. Los resultados en autoestima y depresión, también difieren para los cuatro tipos de apego evaluados, en la línea de lo señalado por la literatura. Se discuten estos hallazgos y las limitaciones del estudio. (22)

3.11 Autor: Lilian Salvo G. y Roberto Melipillán A.

Título: Predictores de suicidalidad en adolescentes

Resumen: Introducción: La suicidalidad ha aumentado en adolescentes. Su prevención requiere detectar ideas suicidas, intentos de suicidio y factores asociados. **Objetivos:** Determinar la contribución de autoestima, impulsividad, cohesión familiar, adaptabilidad familiar, apoyo social en la predicción de suicidalidad en adolescentes. **Sujetos y Métodos:** Se administró la escala de Suicidalidad, Escala de Autoestima de Rosenberg, Escala de Impulsividad, Escala de Cohesión y Adaptabilidad familiar de Olson y Escala de Apoyo Social de Zimet a 763 estudiantes de enseñanza media. En el análisis se empleó prueba t de student, coeficiente de correlación de Pearson y análisis de regresión lineal múltiple. **Resultados:** 19,1% cometió intentos suicidas y 7,9% había pensado muchas veces en terminar con su vida. Existe diferencia en la relación entre género y suicidalidad t (751): -6,69; $p < 0,001$, siendo mayor en mujeres. Edad (r : 0,12; $p < 0,01$) e impulsividad (r : 0,28; $p < 0,001$) se relacionan directamente con suicidalidad; autoestima (r : -0,49; $p < 0,001$), cohesión familiar (r : -0,36; $p < 0,001$) y apoyo social (r : -0,34; $p < 0,001$) inversamente. Los predictores explican 33,8% de la suicidalidad (R^2 ajustado: 0,338); contribuyendo en el siguiente orden de importancia: autoestima (β : -0,33; sr^2 : 0,08; $p < 0,001$), género (β : -0,19; sr^2 : 0,033; $p < 0,001$), impulsividad (β : 0,17; sr^2 : 0,025; $p < 0,001$), cohesión familiar (β : -0,14; sr^2 : 0,011; $p < 0,001$), apoyo social (β : -0,11; sr^2 : 0,008; $p < 0,01$) y edad (β : -0,07; sr^2 : 0,005; $p < 0,05$). **Conclusiones:** Los adolescentes con menor autoestima, mayor impulsividad, con problemas de cohesión familiar y menor apoyo social presentan mayor suicidalidad.(23)

3.12 Autor: Elvia Vargas-Trujillo, Hilda Gambara y Juan Botella

Título: Autoestima e inicio de actividad sexual en la adolescencia: un estudio meta-analítico

Resumen: Se presentan los resultados de un estudio meta-analítico sobre la relación de la autoestima con el inicio de actividad sexual en la adolescencia. Se

ubicaron 38 informes de investigación realizados entre 1975 y 2003 con muestras provenientes de Australia, Bolivia, Estados Unidos, Malí, Noruega, Nueva Zelanda y Perú. Se obtuvieron 55 tamaños del efecto independientes que recogían 68.703 datos de adolescentes. Se definió como índice del tamaño del efecto la diferencia media tipificada de autoestima entre el grupo de adolescentes activos o que inician actividad sexual antes de los 16 años (grupo de alto riesgo) y el grupo de adolescentes no activos o que inician más tarde (grupo de bajo riesgo). Los resultados mostraron una diferencia media tipificada pequeña pero estadísticamente significativa en el nivel de autoestima que presentan los adolescentes que conforman el grupo de alto riesgo y los que hacen parte del grupo de bajo riesgo ($d = -0,0334$). El tamaño del efecto sugiere que los adolescentes no activos o que inician más tarde tienden a informar niveles de autoestima más altos que sus pares activos o que inician más temprano. El tamaño del efecto varía en función de algunas características metodológicas de las investigaciones, del grupo étnico y el país de origen de la muestra. (24)

3.13 Autor: Nora Angélica Armendariz García, Lucio Rodríguez Aguilar, Francisco Rafael Guzmán Facundo.

Título: Efecto de la Autoestima sobre el consumo de Tabaco y Alcohol en Adolescentes del Área Rural de Nuevo León, México.

Resumen: El consumo de alcohol y tabaco es un problema que afecta a los adolescentes, el propósito del estudio fue conocer el consumo de tabaco y alcohol así como el efecto de la autoestima sobre este consumo. Se empleó un diseño descriptivo y correlacional. Los resultados mostraron que los adolescentes consumen en mayor proporción alcohol que tabaco, se observó diferencias de consumo de alcohol de acuerdo al sexo, se destaca que los hombres consumen más que las mujeres, finalmente la autoestima mostró un efecto sobre el consumo de alcohol, los que no consumen alcohol y tabaco mostraron autoestima más alta que los que han consumido estas sustancias. (25)

3.14 Autor: Maite Garaigordobil, Ainho Durá, José Ignacio Pérez.

Título: Síntomas Psicopatológicos, problemas de conducta y autoconcepto-autoestima: Un estudio con adolescentes de 14 a 17 años.

Resumen: El estudio tiene tres objetivos: 1) analizar la existencia de diferencias de género en el autoconcepto- autoestima, 2) estudiar las relaciones de concomitancia entre síntomas psicopatológicos, problemas de conducta y autoestima-autoconcepto, e 3) identificar variables predictoras de alto autoconcepto y autoestima. La muestra esta constituida por 322 adolescentes de 14 a 17 años (53,4% varones, 45,3% mujeres). El estudio utiliza una metodología correlacional. Para medir los síntomas psicopatológicos(somatización, obsesion-compulsion, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad ,hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide, psicoticismo, depresión melancólica), problemas de conducta(escolares, conducta antisocial, timidez-retraimiento, psicopatológicos, ansiedad, psicosomáticos, adaptación social), y autoconcepto-autoestima se aplica: el cuestionario SCL-90-R, la escala de problemas de conducta EPC, la escala de autoconcepto AF-5 y la Escala de Rosenberg de autoestima. Los ANOVAs muestran puntuaciones superiores de los varones en autoestima, sin embargo, no se encuentran diferencias de género en autoconcepto global. Los coeficientes de Pearson sugieren que los adolescentes con alto autoconcepto y alta autoestima tienen bajo nivel de síntomas psicopatológicos y de problemas de conducta. El análisis de regresión múltiple permite identificar como variables predictoras de alto autoconcepto-autoestima: pocos síntomas de depresión, pocos problemas escolares y pocos síntomas de sensibilidad interpersonal. La discusión plantea el papel que pueden tener los programas de intervención que fomentan el autoconcepto y la autoestima en la prevención de problemas psicopatológicos y de conducta. (26)

4 .Objetivos.

4.1 General

Determinar la Frecuencia de Depresión y su Asociación con el Nivel de autoestima en una población de Adolescentes del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María, 2015.

4.2 Específicos

- 1) Determinar la Frecuencia de Depresión de una población adolescente del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María, 2015.
- 2) Determinar el Nivel de Autoestima de una población adolescente del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María, 2014.
- 3) Establecer si existe Asociación entre Depresión y el Nivel de Autoestima de una población adolescente del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María, 2015.

5 Hipótesis

Dado que la Depresión como trastorno afecta varias áreas del funcionamiento en los adolescentes, una de estas la Autoestima, es probable que la presencia del Trastorno Depresivo afecte de manera considerable el nivel de Autoestima en una población adolescente del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María, 2015.

III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

4. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

Técnicas: En la presente investigación se aplicará la técnica de la encuesta.

Instrumentos: El instrumento que se utilizará consistirá en una ficha de recolección de datos sociodemográficos (Anexo 1), la Escala de Autoestima de Rosenberg (Anexo 2) y la Escala de Birlenson para Depresión en Adolescentes (Anexo 3).

Materiales:

- Fichas de investigación
- Material de escritorio
- Computadora personal con programas de procesamiento de textos, bases de datos y estadísticos.

5. Campo de verificación

5.1. Ubicación espacial:

La investigación se realizará en el Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María, ubicado en el Distrito de Yanahuara, Provincia de Arequipa, Departamento de Arequipa.

5.2. Ubicación temporal:

La investigación se realizara entre los meses de Diciembre del 2014 y Enero del 2015.

5.3. Unidades de estudio:

Se estudiara a la población adolescente incluida dentro del alumnado del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María.

5.4. Población:

Todos los adolescentes inscritos en el Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María en el periodo de estudio.

Muestra: Se estudiará una muestra cuyo tamaño se determinó mediante la fórmula de muestreo para proporciones en poblaciones finitas no conocidas:

$$n = \frac{Z\alpha^2 \cdot p \cdot q}{E^2}$$

Dónde:

n = tamaño de la muestra

$Z\alpha$ = coeficiente de confiabilidad para una precisión del 95% = 1.96

p = frecuencia de conocimiento adecuado de MAC = 0.15

q = 1 – p

E = error absoluto = 5% para estudios de ciencias de la salud = 0.05

Por tanto: $n = 195,92 \approx 200$ casos.

Además, los integrantes de la muestra deberán cumplir los criterios de selección.

Criterios de selección:

- **Criterios de Inclusión**

- Participación voluntaria en el estudio
- Llenado correcto de encuestas

- **Criterios Exclusión**

- Fichas de encuesta incompletos o mal llenados

6. Estrategia de Recolección de datos

3.2. Organización

Se solicitará autorización a la Dirección del Centro de estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María para realizar el estudio.

3.3. Recursos

a) Humanos

- Investigador, asesor.

b) Materiales

- Fichas de investigación
- Material de escritorio
- Computadora personal con programas procesadores de texto, bases de datos y software estadístico.

c) Financieros

- Autofinanciado

3.4. Validación de los instrumentos

3.3.1 Escala de Autoestima de Rosemberg

La Escala de Autoestima de Rosemberg fue diseñada para medir el aspecto de auto aceptación de la autoestima, es un instrumento en princidimensional, elaborado para medir el factor de autoestima global. Se trata de una de las escalas más utilizadas para la medición global de la autoestima. Desarrollada originalmente por Rosenberg (1965) para la evaluación de la autoestima en adolescentes, incluye diez ítems cuyos contenidos se centran en los sentimientos de respeto y aceptación de sí mismo/a. La mitad de los ítems están enunciados positivamente y la otra mitad negativamente. Aunque inicialmente fue diseñada como escala de Guttman, posteriormente se ha hecho común su puntuación como escala tipo Likert, donde los ítems se responden en una escala de cuatro puntos (1= muy de acuerdo, 2= de acuerdo, 3= en desacuerdo, 4= totalmente en desacuerdo). (27)

3.3.1.1 Interpretación del instrumento

Para su corrección deben invertirse las puntuaciones de los ítems enunciados negativamente (3, 5, 8, 9,10) y posteriormente sumarse todos los ítems. La puntuación total, por tanto, oscila entre 10 y 40. Existen diversos estudios que apoyan sus adecuadas características psicométricas en diversos idiomas (Rosenberg, 1965; Silbert y Tippet, 1965; Kaplan y Pokorny, 1969; Shahani, Dipboye y Phillips, 1990; Hagborg, 1993; Curbow y Somerfield, 1991; Kernis y Grannemann, 1991; Roberts y Monroe, 1992). (27)

Para el presente proyecto estudio se utilizara la traducción realizada por Echeburúa (1995), aunque modificada para adaptar su redacción a un lenguaje sensible al género. Se describe la clasificación del nivel de autoestima según puntaje:

- Puntuación entre 0 y 25: Se considera un nivel de autoestima baja.
- Puntuación entre 26 y 29: El nivel de autoestima se considera adecuado.
- Puntuación entre 30 y 40: El nivel de autoestima es alto.(27)

3.3.1.2 Validez y fiabilidad del instrumento

Los resultados obtenidos confirman, en términos generales, unas características psicométricas satisfactorias de esta adaptación española de la Escala de Autoestima de Rosenberg.

La puntuación media ($x = 25.7$) es, como cabría esperar, inferior a la informada en otros estudios realizados en población no clínica: 30.4 (Shapurian, Hojat y Nayerahmadi, 1987), 30.4 (Baños y Guillén, 2000), 38.7 (Pullmann y Allik, 2000); y similar a los resultados de Salaberria y Echeburúa (1995) ($x=25.8$) y de Baños y Guillén (2000) ($x =25.6$), obtenidas ambas en pacientes con fobia social. (27)

La consistencia interna ($\alpha =0.87$) es asimismo similar a la referida en otros estudios, donde se informa de puntuaciones que oscilan entre 0.77 y 0.88 (Rosenberg, 1965; Shapurian, Hojat y Nayerahmadi, 1987; Blascovich y Tomaka, 1993; Pastor, Navarro, Tomás y Oliver, 1997; Gray-Little, Williams y Hancock, 1997; Baños y Guillén, 2000).

La fiabilidad temporal, tanto para dos meses ($r = 0.72$) como para un año ($r = 0.74$), es claramente satisfactoria, especialmente si consideramos que una correlación de 0.69 es aceptable para un intervalo de un mes (Cronbach, 1970). Los datos comparativos a este respecto son escasos, aunque las referencias oscilan entre 0.82 y 0.88 para intervalos de menos de un mes (Silbert y Tippet, 1965, Rosenberg, 1986, Blascovich y Tomaka, 1993). En cualquier caso parece consistente con la fiabilidad obtenida en el presente estudio. Algo más sorprendente es la escasa modificación de la fiabilidad entre las 8 semanas y el año. Diversas explicaciones podrían plantearse a este respecto:

a) Una potente estabilidad de la autoestima, que permanece inalterable por largos periodos de tiempo (Ferring y Filipp, 1996), especialmente cuando es concebida de forma global (Mruk, 1998), como es el caso de la EAR.

- b) Las características de la muestra, con trastornos psicopatológicos de cierta persistencia que sólo a medio/largo plazo pueden presentar cambios de consideración en la autoestima.
- c) Una escasa sensibilidad del instrumento a variaciones situacionales (Ferring y Filipp, 1996). (27)

3.3.2 Escala de Birleson (Depresión Self Rating Scale, DSRS)

Escala de Birleson (Depresión Self Rating Scale, DSRS), fue creada por Peter Birleson en Inglaterra en el año de 1981, es una escala Autoaplicada concebida desde sus inicios para medir trastornos depresivos moderados o severos en niños y adolescentes y puede utilizarse para supervisar la respuesta al tratamiento. (28)

3.3.2.1 Estructura de la Escala de Birleson

La Escala de Birleson (DSRS) consta de 18 reactivos, 10 de ellos redactados en forma positiva y 8 en forma negativa. Su autor, Peter Birleson, parte de un concepto operacional de la depresión infantil para la elaboración de este instrumento al incluir los síntomas afectivos, cognitivos y somáticos de la depresión. Originalmente, la DSRS está diseñada para evaluar la presencia y severidad de sintomatología depresiva en niños de 7 a 13 años, sin embargo, estudios posteriores han demostrado su utilidad y validez en población adolescente. (28)

La escala de Birleson es unidimensional, ya que solo mide el constructo teórico depresivo, es un instrumento sencillo y auto aplicable tipo Lickter que tiene tres alternativas de respuesta, siempre, algunas veces y nunca, consta de 18 reactivos, cada uno de los cuales puede obtener una puntuación de 0-2, siendo la máxima calificación treinta y seis.(28)

3.3.2.2 Validez, confiabilidad, consistencia interna y punto de Corte

En México, De la Peña y cols. (1996) realizan un estudio para demostrar la validez de constructo y criterio externo de este instrumento en población adolescente (entre 13 y19 años de edad). La muestra estuvo comprendida por 349 adolescentes divididos en dos grupos: 138 sujetos que comprendían la población clínica y 211 que comprendían la población abierta. Para la población clínica se utilizó como estándar de oro una entrevista semiestructurada diseñada para esta investigación y basada en los criterios diagnósticos del DSM-IV. Los resultados revelaron que la utilización de este instrumento como prueba

diagnóstica presenta un equilibrio máximo entre sensibilidad y especificidad cuando los puntos de cortes fueron entre 14 y 15. Así mismo, se evaluó la consistencia interna mediante la prueba de Alfa de Cronbach obteniendo un valor alfa de 0.85 para la población clínica y de 0.77 para la población abierta.

En 2005, León Mejía realiza un estudio para obtener la validez concurrente entre la DSRS de Birleson y la CDI de Kovacs, utilizando población escolar entre los 8 y 12 años de edad. En este trabajo se evalúan con ambos instrumentos a un grupo de 149 niños y niñas pertenecientes a la población clínica y otro grupo de 150 niños y niñas pertenecientes a la población escolar. Para la población clínica se utilizó como estándar de oro los criterios del DSM-IV para el diagnóstico de depresión. Se utilizó el punto de corte en 14 obteniendo una sensibilidad del 66% y una especificidad del 70%. Sin embargo, la autora hace referencia a que la utilización de un punto de corte menor aumentaría los niveles de sensibilidad y especificidad de este instrumento. La consistencia interna evaluada mediante la prueba de Alfa de Cronbach fue de 0.79. (28)

3.3.2 Escala de Birleson modificada para Trastornos Depresivos en niños y Adolescentes.

En el 2005 en nuestro país, Roxana Vivar *et al.*, validan la Escala de Birleson modificada para Trastornos Depresivos en niños y Adolescentes. Con el fin de incluir un mejor número de síntomas depresivos mediante la escala de Birleson, se realizó una adaptación a la escala original, agregando los ítems: ideación suicida, alteraciones en la concentración, irritabilidad, desesperanza, somatización y pérdida de placer por compartir con pares; se retiró el ítem “me gusta hablar con mi familia”, por considerarlo poco específico para el trastorno depresivo. Se realizaron algunos cambios de vocablos de acuerdo a la cultura peruana, para asegurar una mayor comprensión de la escala por parte de los pacientes.

En este estudio que incluyó niños y adolescentes (8-18 años), de ambos sexos. La confiabilidad hallada en cada uno de los grupos estudiados fue diferente. El índice de Pearson fue de 0.89 en el grupo de pacientes deprimidos, de 0.78 en el grupo sano o normal y de 0.54 en el de Trastorno de Ajuste con síntomas depresivos (TAD), lo cual indica que esta escala es altamente confiable para hacer el diagnóstico de depresión

mayor, depresión doble y distimia y es menos confiable para diagnosticar trastorno de ajuste con síntomas depresivos. (16)

La consistencia interna de la prueba medida por el coeficiente alfa de Cronbach en el grupo de pacientes deprimidos de 0.73, es exactamente igual al obtenido por Asamow y Carlson y ligeramente inferior al reportado por De la Peña y cols e Ivarsson debido probablemente a que en este estudio se incluyó pacientes con diagnóstico de distimia, a diferencia de los autores previamente citados que solo han considerado pacientes con diagnóstico de depresión mayor.

El punto de corte de 13 con una sensibilidad y una especificidad de 98%, difiere en algunos aspectos de lo reportado por otros autores. Birleson halló el mismo punto de corte, con 76% de sensibilidad y 88% de especificidad; De la Peña y cols. Hallaron un punto de corte de 15 para una sensibilidad de 75% y una especificidad de 81%; Ivarsson obtuvo un punto de corte de 15 para una sensibilidad de 69% y una especificidad de 57%. Los altos valores obtenidos tanto para la sensibilidad como la especificidad, indican que las modificaciones realizadas en la prueba original de Birleson le han conferido mayor capacidad discriminativa. (16)

Los resultados obtenidos en el estudio anteriormente citado así como lo informado por todos aquellos investigadores que emplearon la Escala de Birleson, en diversos grupos culturales permiten confirmar lo señalado por De La Peña y cols., que el instrumento es seguro y que mantiene su estabilidad transcultural.(16)

En 2010 en México, Barrientos –Acosta y cols., utilizan la Escala de Birleson modificada para Trastornos Depresivos en niños y Adolescentes encontró un 7% de prevalencia de depresión demostrando su validez y consistencia interna. (20)

3.3.2.1 Interpretación de la Escala de Birleson modificada para Trastornos Depresivos en niños y Adolescentes

Consta de 21 ítems teniendo como respuesta para cada uno siempre, a veces y nunca, marcando como opción solo una de estas. Cada respuesta tiene un valor de 0 a 2, siendo la puntuación máxima de 42 puntos. Nueve de los reactivos(1,2,4,7,8,9,13,18) se califican de 0 a 2(0 siempre, 1 a veces, 2 nunca) y doce(3,5,6,10,15,16,17,19,20,21) de 2 a 0(2 siempre, 1 a veces, 0 nunca). De acuerdo con esta escala se obtiene los siguientes grupos.

Adolescentes sin depresión puntuación de 0 a 13, con síntomas depresivos 14 a 21 y con 22 o más con depresión. (16)

3.5. Criterios para manejo de resultados

f) Plan de Procesamiento

Los datos registrados en el Anexo 1, Anexo 2 y Anexo 3 serán codificados y tabulados para su posterior interpretación.

g) Plan de Clasificación:

Se empleará una matriz de sistematización de datos en la que se transcribieron los datos obtenidos en cada Ficha para facilitar su uso.

h) Plan de Codificación:

Se procederá a la codificación de los datos que contenían indicadores en la escala continua y categórica para facilitar el ingreso de datos.

III. Cronograma de Trabajo (*)

CUADRO 6

Actividades	Diciembre 14				Enero 15				Febrero 15			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1. Elección del tema												
2. Revisión bibliográfica												
3. Aprobación del proyecto												
4. Ejecución												
5. Análisis e interpretación												
6. Informe final												

(*)Autoría propia

Fecha de inicio: 01/12/14

Fecha probable de término: 14/02/15

IV. Anexos

Anexo 1: Ficha de recolección de datos

Ficha N° _____

A continuación le rogamos responder las siguientes preguntas de la manera más verídica posible, marque solo una opción por pregunta.

EDAD:	Menos de 14 años () 14 años () 15 años () 16 años () 17 años () 18 años () Más de 18 años ()
GENERO:	Masculino () Femenino ()
NIVEL DE INSTRUCCIÓN:	Cuarto de secundaria () Quinto de Secundaria () Secundaria completa () Superior incompleta ()
EL COLEGIO DONDE ESTUDIA O PROVIENE ES:	PARTICULAR () NACIONAL () PARROQUIAL ()
COMO CONSIDERA SU DESEMPEÑO ESCOLAR:	
Muy Bueno () Bueno () Regular () Malo () Muy Malo ()	
TIENE ENAMORADO(A): SI () NO ()	
INICIO SU VIDA SEXUAL: SI () NO ()	
HA SUFRIDO ALGUNA VEZ MALTRATO FISICO: SI () NO ()	
ALGUNA VEZ CONSUMIO O CONSUME CIGARRILLOS: SI () NO ()	
ALGUNA VEZ CONSUMIO O CONSUME ALCOHOL: SI () NO ()	
ALGUNA VEZ CONSUMIO O CONSUME ALGUN TIPO DE DROGA: SI () NO ()	
USTED VIVE CON: Ambos padres () Solo padre () Solo madre () Tíos () Abuelos () Otros ()	
ECONOMICAMENTE USTED DEPENDE DE: Ambos padres () Solo padre () Solo madre () Tíos () Abuelos () Otros ()	
Respecto a sus padres, marque la alternativa contestando lo más verídicamente posible:	
ESTADO CIVIL DE SUS PADRES: Solteros () Unión libre () Casados () Divorciados () Viudos () Desconoce ()	
EDAD DE SU PADRE: 20 a 30 años () 30 a 40 años () 40 a 50 años () 50 a 60 años () 60 a 70 años () Desconoce ()	
EDAD DE SU MADRE: 20 a 30 años () 30 a 40 años () 40 a 50 años () 50 a 60 años () 60 a 70 años () Desconoce ()	
NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE SU PADRE: Sin estudios() Primaria() Secundaria() Superior incompleta() Superior completa() Maestría() Doctorado() Desconoce()	
NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE SU MADRE: Sin estudios() Primaria() Secundaria() Superior incompleta() Superior completa() Maestría() Doctorado() Desconoce()	
COMO CONSIDERA LA RELACION ENTRE SUS PADRES: Muy Buena () Buena () Regular () Mala () Muy Mala ()	

Anexo 2: Escala de Birleson modificada para Trastornos Depresivos en niños y Adolescentes

INSTRUCCIONES:

Por favor responde honestamente como te has sentido las últimas dos semanas. No hay respuestas buenas o malas, Gracias.

	Siempre	Algunas veces	Nunca
1.-Me interesan las cosas tanto como antes			
2.-Duermo muy bien			
3.-Me dan ganas de llorar			
4.-Me gusta salir con mis amigos			
5.-Me gustaría escapar, salir corriendo			
6.-Me duele la barriga, la cabeza y otros sitios de mi cuerpo			
7.-Tengo ganas de hacer las cosas			
8.-Disfruto la comida			
9.-Puedo defenderme por mi mismo			
10.-Pienso que no vale la pena vivir			
11.-Soy bueno para las cosas que hago			
12.-Me molesto y mi irrito por cualquier cosa			
13.-Disfruto lo que hago, tanto como lo hacía antes			
14.-Me vuelto olvidadizo y/o distraído			
15.-Tengo sueños horribles			
16.-Pienso que haga lo que haga no lograre conseguir lo que deseo			
17.-Me siento muy solo			
18.-Puedo alegrarme fácilmente			
19.-Me siento tan triste, que me cuesta trabajo soportarlo			
20.-Me siento muy aburrido			
21.-Pienso muy en serio en la muerte o en matarme			
TOTAL			

Anexo 3: Escala de autoestima de Rosenberg

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG

Este test tiene por objeto evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí misma.

Por favor, conteste las siguientes frases con la respuesta que considere más apropiada.

- A. Muy de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. En desacuerdo
- D. Muy en desacuerdo

	A	B	C	D
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
2. Estoy convencido de que tengo cualidades buenas				
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente				
4. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a				
5. En general estoy satisfecho/a de mí mismo/a				
6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a				
7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a				
8. Me gustaría sentir más respeto por mí mismo				
9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil				
10. A veces creo que soy una buena persona				

ANEXO 2: MATRIZ DE DATOS



EDAD	GENERO	NIVEL DE INSTRUCCIÓN	COLEGIO	
1	2	1	1	0
2	3	1	2	2
3	4	0	2	0
4	3	1	1	0
5	4	0	2	0
6	4	0	2	0
7	5	0	2	2
8	2	1	1	2
9	3	0	2	0
10	3	0	2	2
11	4	1	2	0
12	5	1	2	0
13	4	0	2	0
14	5	0	3	0
15	4	0	2	2
16	4	1	2	2
17	3	0	2	0
18	3	0	2	0
19	4	1	2	0
20	2	0	1	2
21	2	0	0	2
22	2	0	1	2
23	4	0	2	0
24	3	1	2	0
25	5	1	2	0
26	4	0	2	2
27	3	0	2	0
28	4	1	2	0
29	4	1	2	0
30	4	0	2	2
31	3	0	2	0
32	4	0	2	0
33	3	1	1	0
34	4	0	2	2
35	6	1	2	0
36	3	0	2	0
37	4	1	2	0
38	4	0	2	2
39	4	0	2	0
40	3	1	2	2
41	4	0	2	2
42	3	0	2	2
43	3	1	2	0
44	2	0	0	0
45	3	1	1	0
46	2	1	1	0
47	3	0	2	0
48	4	1	2	0
49	4	0	2	0
50	4	0	2	0

51	3	1	2	2
52	3	0	2	0
53	4	0	2	0
54	2	0	1	2
55	3	1	2	1
56	2	1	1	0
57	3	0	2	0
58	4	0	2	2
59	5	0	2	0
60	3	0	2	0
61	4	1	2	0
62	4	1	2	0
63	3	1	2	2
64	2	1	1	2
65	4	1	2	0
66	5	0	2	0
67	3	1	2	1
68	4	0	2	0
69	4	1	2	0
70	3	1	2	1
71	4	0	2	0
72	4	1	2	0
73	3	1	2	2
74	4	0	2	0
75	3	0	2	0
76	3	0	2	1
77	3	1	1	0
78	4	0	2	0
79	3	1	2	0
80	4	1	2	2
81	4	1	2	1
82	4	1	2	0
83	3	0	2	1
84	4	0	2	0
85	4	1	2	1
86	4	0	2	0
87	4	0	2	0
88	2	1	1	0
89	3	1	2	0
90	3	1	2	0
91	4	0	2	2
92	4	0	2	0
93	4	1	2	0
94	3	1	2	0
95	3	0	2	0
96	3	0	1	1
97	4	0	2	0
98	3	0	2	2
99	4	1	2	0
100	3	1	2	0
101	1	0	0	2

102	3	1	2	1
103	3	1	2	0
104	4	0	2	0
105	4	1	2	0
106	3	1	2	2
107	3	0	2	0
108	3	0	2	0
109	4	0	2	2
110	3	1	2	0
111	4	1	2	0
112	3	1	1	0
113	2	1	1	0
114	4	1	2	1
115	3	0	2	0
116	4	1	2	0
117	2	0	1	0
118	3	1	1	0
119	4	0	2	2
120	4	0	2	0
121	4	0	2	0
122	2	1	1	0
123	4	1	2	0
124	3	1	2	2
125	2	1	1	0
126	4	0	2	0
127	3	1	2	2
128	3	0	2	0
129	4	0	2	0
130	4	0	2	0
131	5	0	2	0
132	3	1	2	1
133	3	0	2	2
134	2	0	1	0
135	4	0	2	0
136	3	1	2	2
137	4	1	2	0
138	4	1	2	0
139	3	0	2	2
140	4	0	2	0
141	3	1	2	0
142	3	1	2	0
143	4	0	2	0
144	2	1	1	0
145	3	0	2	0
146	3	0	2	2
147	4	0	2	1
148	3	1	2	0
149	3	1	1	0
150	4	0	2	2
151	2	0	1	0
152	3	0	2	0

153	3	1	2	0
154	4	1	2	0
155	4	1	2	2
156	3	1	2	0
157	3	0	2	0
158	3	1	2	2
159	3	0	2	0
160	3	0	2	0
161	3	1	2	0
162	4	1	2	2
163	5	0	2	2
164	4	0	2	0
165	3	1	2	0
166	3	0	2	0
167	3	1	2	0
168	3	0	2	2
169	3	0	2	0
170	4	1	2	2
171	3	1	2	0
172	4	1	2	0
173	3	0	2	2
174	2	1	1	1
175	4	1	2	0
176	3	0	1	0
177	3	0	2	0
178	4	1	2	0
179	3	0	2	2
180	4	1	2	0
181	4	0	2	0
182	3	1	2	2
183	4	0	2	0
184	3	0	2	0
185	3	1	2	1
186	3	0	2	0
187	3	1	2	0
188	3	1	2	1
189	3	1	2	0
190				
191				
192				
193				
194				
195				
196				
197				
198				
199				
200				

0=menos de 14 años

1=14 años

2=15 años

0=MASCULINO

1=FEMENINO

0=CUARTO DE SECUNDARIA/ 0=PARTICULAR

1=QUINTO DE SECUNDARIA 1=NACIONAL

2=SECUNDARIA COMPLETA 2=PARROQUIAL

3=16 años

4=17 años

5=18 años

6=Más de 18 años

3=SUPERIOR INCOMPLETA



DESEMPEÑO ESCOLAR	ENAMORADO	INICIO DE VIDA SEXUAL
1	0	1
2	1	1
1	0	1
2	1	1
0	0	1
2	1	1
2	0	0
1	1	1
1	1	1
2	1	1
1	0	1
1	0	1
2	0	0
1	0	0
1	1	1
1	1	1
2	1	1
1	1	1
2	0	0
1	1	1
3	0	1
1	1	1
2	0	1
1	1	1
1	0	0
0	1	1
1	0	1
2	1	1
0	1	1
1	0	1
1	1	1
2	0	1
2	0	1
1	1	1
2	1	0
1	1	1
2	1	1
1	0	1
1	1	1
1	1	1
0	1	1
1	1	1
2	0	1
2	1	1
2	1	1
1	0	1
1	1	0
1	1	1
2	1	1
1	0	0

1	0	0
2	0	1
2	1	1
3	1	1
3	0	1
2	1	1
2	1	1
1	1	1
2	1	1
1	1	1
2	0	1
2	1	1
3	1	0
2	1	1
3	1	1
2	0	0
2	1	1
1	0	1
2	0	1
1	1	1
1	1	1
1	0	0
2	1	1
2	0	1
2	1	1
1	1	1
2	0	0
2	0	1
1	1	1
1	1	1
1	0	1
2	1	1
2	1	0
2	1	0
2	1	1
1	0	1
1	1	1
1	0	1
1	1	0
1	1	0
2	0	1
2	0	1
3	1	1
2	1	1
2	1	1
1	1	1
1	0	0
2	1	1
2	1	1
2	0	1
2	1	1
2	1	1
1	0	0
2	1	1

1	1	1
3	0	1
1	0	1
1	1	1
2	1	1
2	1	1
1	0	1
2	1	1
1	0	1
2	1	1
2	0	1
1	0	1
1	1	1
1	0	1
2	1	1
1	1	1
1	1	0
1	1	1
2	0	1
2	0	1
2	1	1
2	1	1
3	1	1
2	1	1
2	0	0
2	1	1
1	1	1
1	1	1
1	1	1
2	0	0
1	1	1
2	0	1
1	1	1
1	1	1
2	0	1
1	1	1
2	0	1
1	1	1
1	0	0
2	1	1
2	1	1
2	1	1
1	0	1
1	1	1
2	0	1
2	1	1
2	1	1
1	0	1
1	1	1
2	0	1
2	1	1
2	1	1
1	1	1

1	1	1
1	1	1
2	1	1
2	1	1
1	1	1
1	1	0
2	1	1
1	0	1
3	0	1
2	0	1
1	1	1
3	0	1
2	1	1
1	1	1
1	1	1
2	1	0
1	1	1
1	1	1
2	1	1
3	1	1
1	0	1
2	0	1
1	1	1
1	0	1
2	1	1
2	0	1
1	1	1
1	1	1
2	1	1
1	1	1
1	1	1
2	1	1
1	1	1
1	0	1
1	1	1
2	1	1

0=MUY BUENO
1=BUENO
2=REGULAR

0=SI
1=NO

0=SI
1=NO

3=MALO

4=MUY MALO



MALTRATO FISICO

CONSUMO DE CIGARRILLOS

CONSUMO DE ALCOHOL

1	1	0
1	1	1
1	1	1
0	0	0
0	0	0
0	0	0
1	0	0
1	1	1
1	0	0
1	0	0
1	0	1
0	1	0
1	0	0
1	0	0
1	0	0
1	1	1
1	0	0
1	1	0
1	0	1
1	1	0
1	1	1
1	1	1
1	1	0
0	0	0
1	1	0
1	1	0
1	1	0
0	0	0
1	1	0
1	1	0
1	0	0
1	1	0
1	0	1
0	0	0
1	1	1
1	0	0
1	1	0
1	1	0
1	0	0
1	1	1
1	0	0
1	0	0
0	1	1
0	1	0
1	0	1
1	1	0
1	1	0
1	0	0

1	0	0
0	1	0
1	1	1
1	1	1
1	0	1
1	1	0
1	1	1
1	1	1
1	0	0
1	1	0
0	0	1
0	1	0
1	1	1
1	1	1
1	1	1
1	0	0
0	1	1
1	1	0
1	0	1
0	1	0
0	1	0
1	0	0
1	1	1
1	1	1
0	1	0
1	1	1
1	0	0
1	1	1
1	1	0
0	1	0
1	1	1
1	1	1
0	1	1
1	1	1
1	1	1
0	0	0
1	1	1
0	1	1
1	1	1

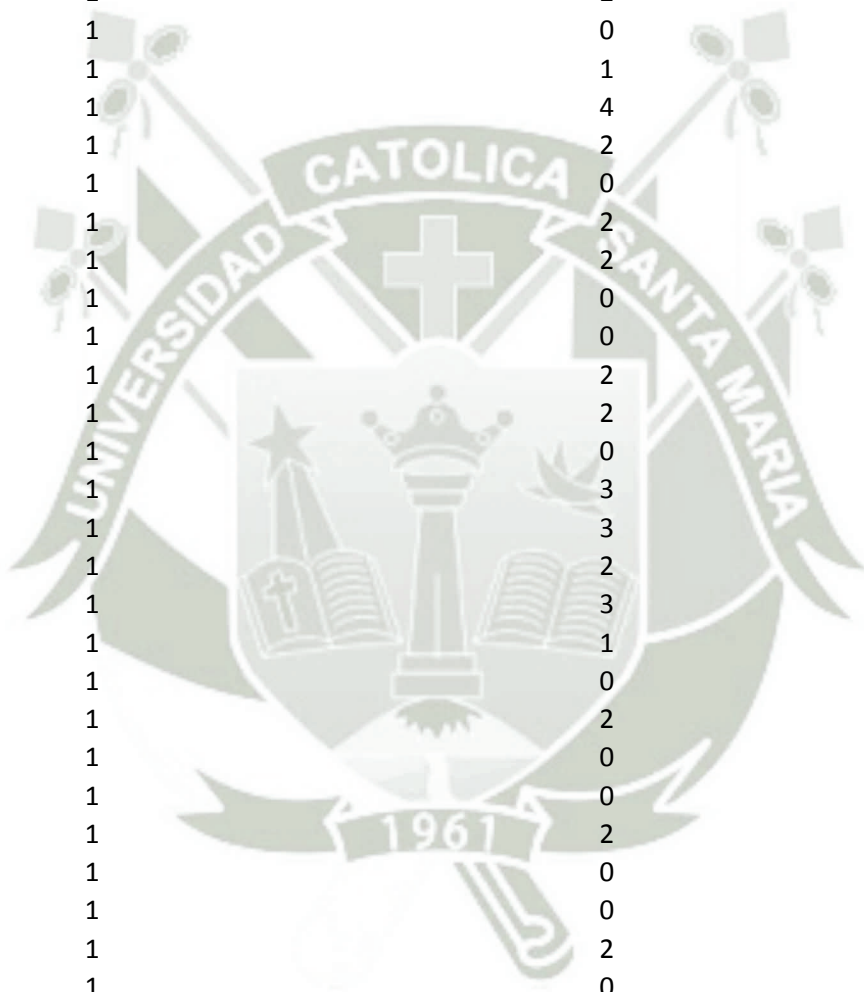
1	1	1
1	0	0
1	1	1
0	1	1
1	0	1
1	0	0
1	1	1
1	0	0
0	1	0
1	1	1
0	1	0
1	1	0
1	0	0
1	1	1
0	1	1
1	1	1
1	0	0
0	1	1
0	1	1
1	0	1
1	1	0
1	1	0
1	0	1
1	1	1
1	1	1
1	1	1
1	0	0
0	1	1
1	0	0
1	1	1
1	1	1
1	1	1
1	0	0
0	1	1
1	1	0
1	1	1
1	1	0
0	1	0
1	1	1
1	0	0
1	1	1
1	1	0
0	1	0
1	1	1
1	1	0
1	1	1
0	0	0

0=SI
1=NO



CONSUMO DE DROGAS PERSONAS CON LAS QUE VIVE

1	0
1	0
1	2
1	1
1	2
1	2
1	4
1	2
1	4
1	3
1	2
1	2
1	0
1	2
0	0
1	2
1	2
1	2
1	2
1	0
1	2
1	1
1	5
1	0
1	2
1	2
1	4
1	2
1	2
1	2
1	0
1	2
0	3
1	2
1	2
1	1
1	0
1	2
1	2
1	5
1	2
1	2
1	2
1	0
1	0
1	1
1	0
1	2



[illegible]

0
3
0
2
3
2
0
2
2
0
2
0
0
2
0
0
2
2
0
2
4
2
3
2
0
3
0
0
0
2
0
0
0
0
0
0
2
0
0
0
0

0=AMBOS PADRES
1=SOLO PADRE
2=SOLO MADRE

3=TIOS
4=ABUELOS
5=OTROS



DEPENDENCIA ECONOMICA

ESTADO CIVIL DE PADRES

0	2
0	2
2	2
1	3
2	2
0	0
0	2
2	2
2	2
0	2
2	2
2	2
0	2
1	3
0	3
2	2
0	3
2	1
0	2
2	2
0	2
2	2
1	0
0	2
0	2
2	2
0	2
2	3
2	2
2	0
2	2
2	3
0	2
2	2
2	5
2	2
0	3
1	0
0	2
2	2
2	2
0	2
2	0
2	0
2	0
0	2
0	2
1	0
0	0
0	3

1	3
2	1
0	2
1	2
0	2
0	2
0	2
1	2
0	0
2	2
0	2
0	2
0	2
2	3
0	2
1	3
2	2
2	2
0	2
1	2
2	2
2	2
0	2
2	2
0	2
0	2
0	2
2	2
2	2
0	2
0	2
0	3
2	3
0	2
1	1
0	2
2	2
0	1
0	1
2	2
0	2
0	2
2	2
0	1
3	4
1	2
0	1
2	2
4	3
0	1
0	2
2	2
0	1
0	0

0	2
2	3
0	2
2	2
0	2
2	2
0	1
2	0
2	2
0	1
2	3
0	2
0	2
1	3
2	2
0	2
0	1
0	3
0	2
2	1
2	2
2	3
0	3
2	2
0	2
2	2
0	2
2	3
0	2
1	2
0	2
0	2
2	2
0	2
2	2
0	1
1	3
0	2
1	2
1	2
0	2
1	2
0	2
0	2
0	2
1	1
0	2
0	2
1	2
0	2
1	2
0	2
1	2

0	2
0	2
2	0
0	2
0	2
0	2
1	2
1	2
0	2
2	2
0	2
0	2
0	3
0	1
1	2
1	2
2	1
1	3
0	1
0	2
0	2
0	2
0	1
0	2
1	1
0	2
0	0
2	4
0	2
0	1
0	2
0	2
0	2
0	2
0	2
0	2
2	0

0=AMBOS PADRES
1=SOLO PADRE
2=SOLO MADRE

0=SOLTEROS
1=UNION LIBRE
2=CASADOS

3=TIOS

4=ABUELOS

5=OTROS

3=DIVORCIADOS

4=VIUDOS

5=DESCONOCE



EDAD DE PADRE

EDAD DE MADRE

NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE PADRE

2	2	4
2	2	3
3	2	4
1	1	4
3	3	4
3	2	2
2	2	4
4	3	3
3	3	4
3	2	3
3	3	5
3	3	4
2	2	4
3	3	4
3	2	4
2	2	3
3	3	3
2	2	4
2	1	3
2	2	4
1	2	4
3	3	4
1	1	4
3	3	4
3	2	3
4	3	4
3	3	4
3	2	4
3	3	4
3	2	4
3	3	4
3	3	5
2	2	4
3	3	4
5	5	7
3	3	4
2	2	4
3	2	5
3	3	4
3	2	4
4	3	4
3	3	4
3	3	3
2	2	4
3	2	3
3	3	3
4	3	4
4	1	5
2	2	4
2	3	4

3	3	3
2	2	4
3	3	4
3	2	4
3	3	4
3	3	5
4	3	3
4	2	3
3	3	3
4	4	4
3	3	4
4	3	5
3	2	4
3	3	4
3	2	3
2	2	4
4	3	3
4	3	3
4	4	2
4	3	4
3	3	3
3	3	4
3	3	4
4	3	5
3	2	3
3	3	4
3	2	4
3	2	4
3	2	4
3	4	3
3	2	4
3	3	3
4	3	4
3	3	3
4	2	4
3	2	4
3	3	5
3	2	4
3	3	4
2	3	5
2	2	4
3	2	4
3	3	4
3	2	4

3	3	5
3	3	4
3	3	4
3	4	4
3	3	3
4	3	3
3	3	4
3	3	4
3	3	4
4	3	4
2	2	4
3	3	3
3	3	4
3	3	4
3	3	4
3	2	4
2	2	4
3	3	4
2	2	4
2	2	4
2	2	4
4	2	4
3	2	5
2	2	2
2	2	2
2	2	4
4	3	4
2	2	4
4	3	4
2	2	3
3	2	4
2	2	4
2	2	4
3	3	4
2	2	3
2	2	2
1	1	4
2	2	3
2	2	3
2	2	4
3	3	3
3	3	4
3	3	3
3	3	4
3	3	4
3	3	4
3	3	4
3	2	4
2	3	4
2	2	4
2	2	3
3	3	4

3	3	4
4	3	3
3	2	4
3	3	4
3	3	4
3	3	3
3	3	4
3	3	3
3	3	4
3	3	3
3	3	4
3	2	4
3	3	4
3	3	4
3	3	3
3	2	3
3	3	4
3	3	4
3	3	4
3	2	4
2	2	3
2	2	4
2	2	2
3	3	4
3	3	4
2	1	4
3	2	4
2	3	4
3	3	3
3	2	3
2	2	4
3	3	2
3	2	4
3	3	3
3	3	4
4	3	3
3	3	3
3	3	4
3	3	4

0=20 A 30 AÑOS
1=30 A 40 AÑOS
2=40 A 50 AÑOS

0=20 A 30 AÑOS
1=30 A 40 AÑOS
2=40 A 50 AÑOS

0=SIN ESTUDIOS
1=PRIMARIA
2=SECUNDARIA

3= 50 A 60 AÑOS
4= 60 A 70 AÑOS
5=DESCONOCE

3= 50 A 60 AÑOS
4= 60 A 70 AÑOS
5=DESCONOCE

3=SUPERIOR INCOMPLETA
4=SUPERIOR COMPLETA
5=Maestría
6=DOCTORADO



NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE MADRE	RELACION ENTRE PADRES	ESCALA DE BIRLESON
3	2	10
3	1	16
3	1	12
4	3	25
4	1	12
4	3	18
3	1	15
4	1	9
4	1	8
4	2	19
4	1	13
4	2	20
4	2	28
4	2	12
3	3	21
4	1	11
4	2	18
3	1	10
4	3	29
3	2	20
3	2	24
4	1	10
4	3	17
4	1	8
4	1	16
4	1	8
3	1	10
4	3	27
4	2	11
4	2	18
2	1	12
4	2	13
3	2	26
4	1	11
7	3	20
4	1	10
3	2	28
4	2	4
4	2	19
2	1	9
4	1	12
4	1	20
4	3	10
4	2	16
5	3	30
4	1	11
4	1	12
4	2	15
2	1	13
4	3	31

4	2	7
3	2	14
3	1	6
4	2	10
3	1	8
4	2	26
3	3	12
3	1	11
4	3	18
3	1	21
3	1	13
4	3	20
2	1	8
3	2	15
4	2	6
3	3	28
4	1	10
3	1	20
4	1	13
2	2	19
4	3	18
4	1	26
4	1	12
4	1	11
3	2	17
4	2	12
4	1	29
2	1	11
4	2	16
4	2	12
4	3	18
4	1	8
2	2	19
4	2	9
3	1	11
3	3	15
3	1	10
4	2	30
3	1	9
2	1	11
4	1	13
3	1	18
5	1	12
5	1	10
4	3	8
4	3	16
4	1	8
4	2	11
4	3	20
4	1	10
3	3	28

5	1	11
4	3	21
3	1	13
4	3	16
3	1	11
3	3	15
4	2	12
3	3	18
2	2	19
3	2	5
4	3	29
3	1	12
3	1	8
4	1	6
3	2	18
4	1	6
4	2	4
4	3	20
3	1	9
2	2	12
4	3	16
4	1	25
4	1	11
3	2	10
4	1	8
3	2	16
3	1	5
4	3	16
3	1	6
4	2	28
3	1	10
3	1	9
3	1	12
4	2	18
3	2	10
2	1	13
4	3	29
3	1	12
4	2	9
3	2	11
3	3	19
4	1	5
4	2	30
4	1	6
4	2	10
2	2	15
4	1	12
3	1	29
3	1	11
4	2	9
2	2	16

3	3	8
3	1	10
3	3	31
4	1	12
4	1	8
4	1	10
3	2	11
3	2	9
2	1	12
2	1	10
2	2	30
3	1	9
3	1	11
4	1	8
3	2	10
3	2	5
3	1	9
3	3	31
3	1	10
2	1	13
4	1	11
2	2	21
4	1	12
4	2	28
4	1	8
3	1	6
4	2	10
2	1	20
4	1	11
3	2	5
3	3	28
3	1	13
3	2	9
4	1	7
3	1	10
4	1	8
4	3	17

0=SIN ESTUDIOS
1=PRIMARIA
2=SECUNDARIA

0=MUY BUENA
1=BUENA
2=REGULAR

0 A 13 =SIN Depresión
14 A 21 =SINTOMATOLOGIA DEPRE
22 A MAS =Depresión

3=SUPERIOR INCOMPLETA

4=SUPERIOR COMPLETA

5=Maestría

6=DOCTORADO

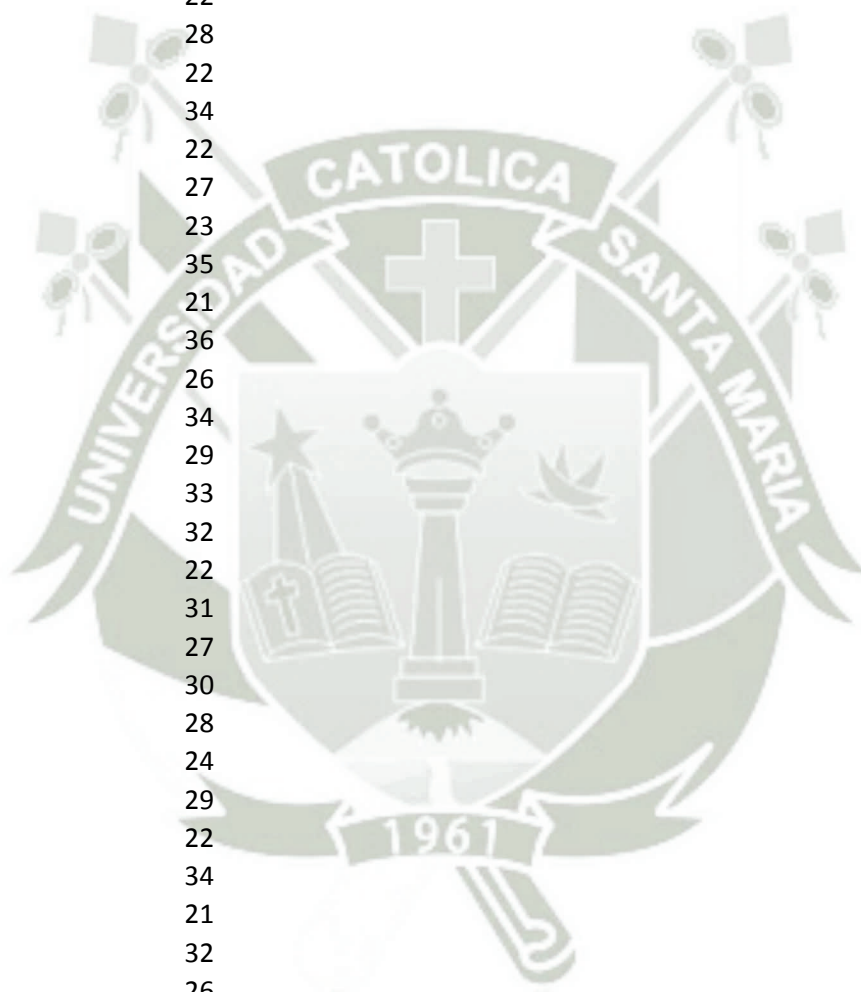
3=MALA

4=MUY MALA

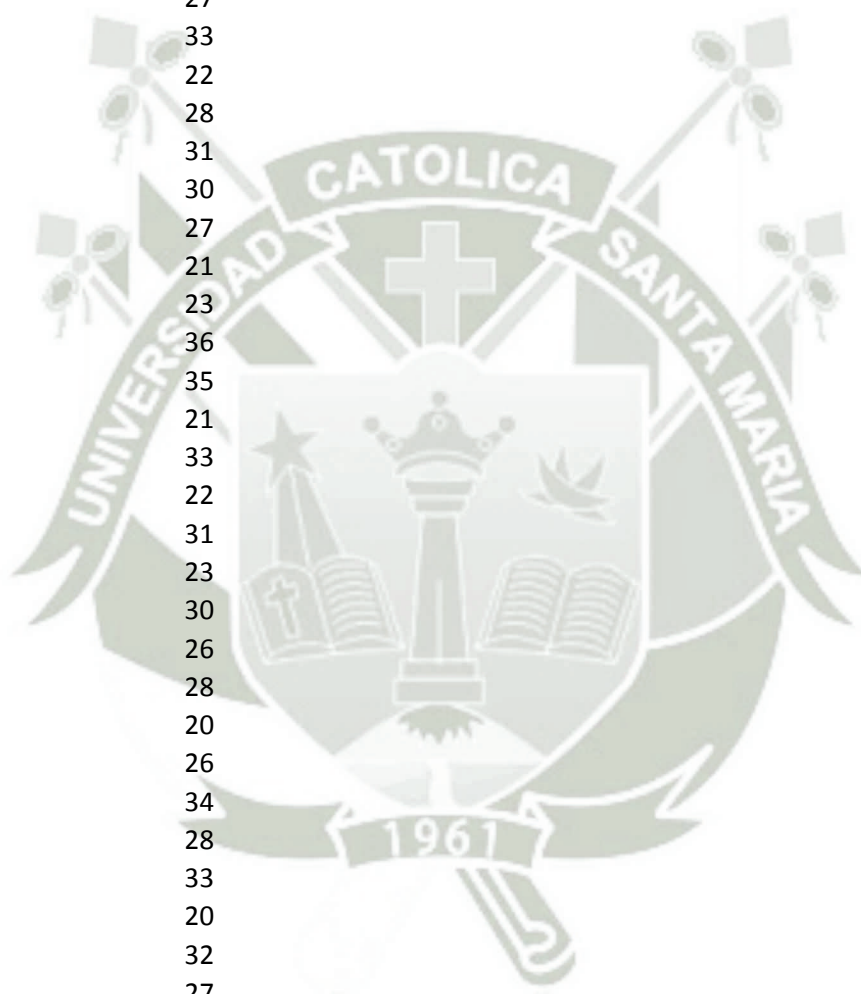


ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

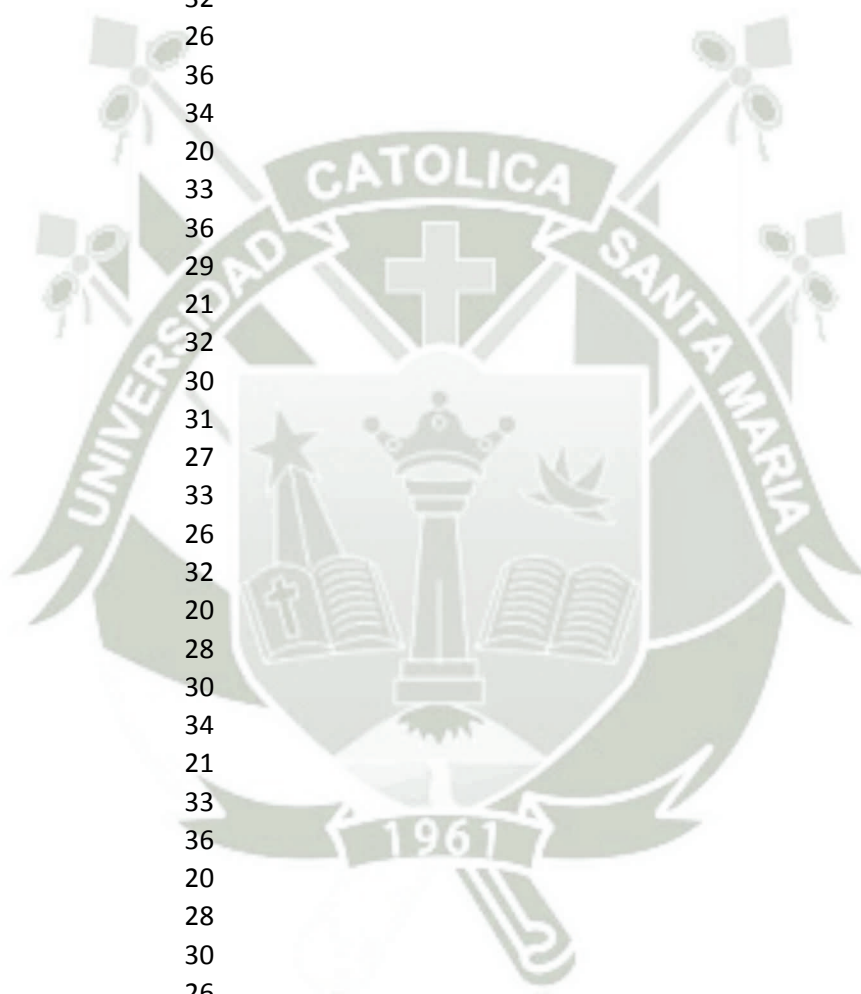
31
28
24
20
30
24
21
26
30
27
34
21
22
28
22
34
22
27
23
35
21
36
26
34
29
33
32
22
31
27
30
28
24
29
22
34
21
32
26
30
31
28
30
20
21
33
32
29
34
22



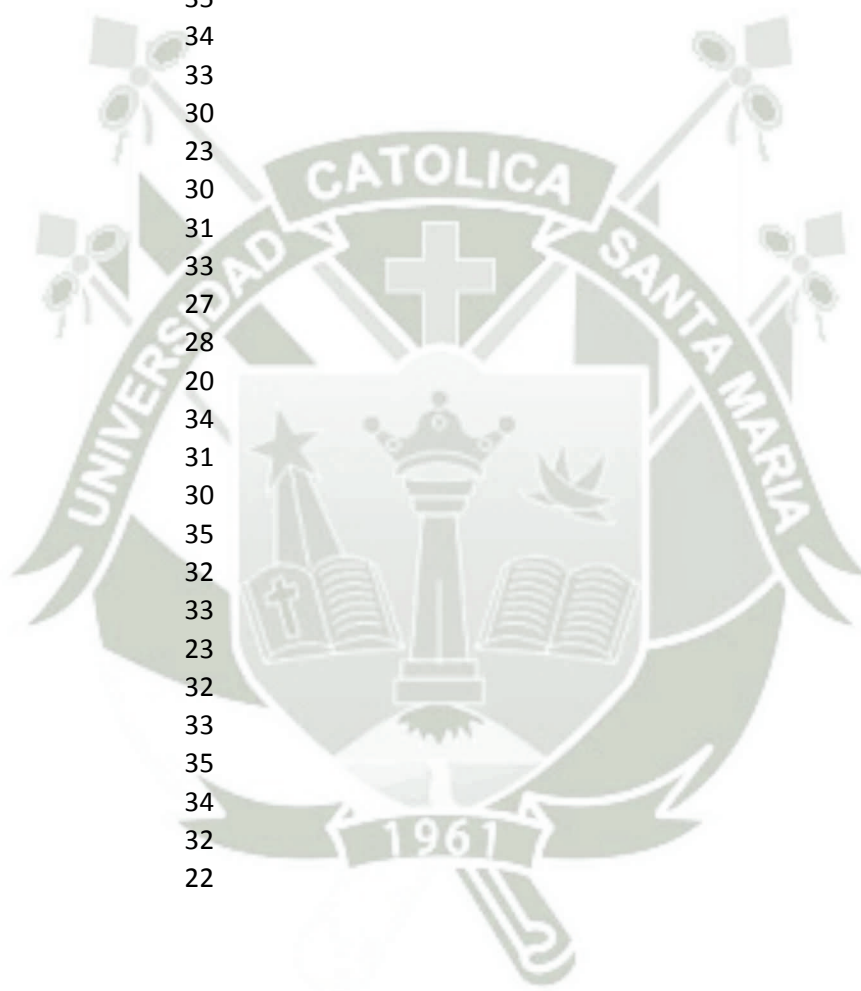
26
23
28
29
36
24
32
30
20
28
36
19
34
27
33
22
28
31
30
27
21
23
36
35
21
33
22
31
23
30
26
28
20
26
34
28
33
20
32
27
31
34
38
33
30
28
36
27
23
36
21



32
27
33
27
32
29
33
24
26
36
23
28
33
32
26
36
34
20
33
36
29
21
32
30
31
27
33
26
32
20
28
30
34
21
33
36
20
28
30
26
26
33
23
33
32
28
28
21
34
30
23



32
33
20
33
31
30
28
30
26
30
21
31
33
35
34
33
30
23
30
31
33
27
28
20
34
31
30
35
32
33
23
32
33
35
34
32
22



30 A 40 =AUTOESTIMA ELEVADA
26 A 29 =AUTOESTIMA MEDIA
MENOS DE 25 =AUTOESTIMA BAJA