

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

ESCUELA DE POSGRADO



UNIDAD DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD PROGRAMA DE MAESTRÍA EN CIENCIAS

TESIS:

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS, ASOCIADOS A ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES DEL CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO RENACER CHOTA - CAJAMARCA 2021

Para optar el Grado Académico de

MAESTRO EN CIENCIAS

MENCIÓN: SALUD PÚBLICA

Presentada por:

KATTIA VILLANUEVA DIAZ

Asesora:

M.Cs. LUZ AMPARO NÚÑEZ ZAMBRANO

Cajamarca, Perú

2025

CONSTANCIA DE INFORME DE ORIGINALIDAD

1. Investigador:
Kattia Villanueva Díaz
DNI: 45945928
Escuela Profesional/Unidad de Posgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud.
Programa de Maestría en Ciencias, Mención: Salud Pública
2. Asesora: M.Cs. Luz Amparo Nuñez Zambrano
3. Grado académico o título profesional
☐ Bachiller ☐ Título profesional ☐ Segunda especialidad
X Maestro ☐ Doctor
4. Tipo de Investigación:
X Tesis ☐ Trabajo de investigación ☐ Trabajo de suficiencia profesional ☐ Trabajo académico
5. Título de Trabajo de Investigación:
Factores sociodemográficos, asociados a ansiedad y depresión en adolescentes del Centro de Salud Mental Comunitario Renacer Chota – Cajamarca 2021
6. Fecha de evaluación: **11/03/2026**
7. Software antiplagio: **X TURNITIN** ☐ URKUND (OURIGINAL) (*)
8. Porcentaje de Informe de Similitud: **25%**
9. Código Documento: **3117:565657251**
10. Resultado de la Evaluación de Similitud:
X APROBADO ☐ PARA LEVANTAMIENTO DE OBSERVACIONES O DESAPROBADO

Fecha Emisión: **12/03/2026**

<i>Firma y/o Sello Emisor Constancia</i>
 M.Cs. Luz Amparo Nuñez Zambrano DNI: 27360415

COPYRIGHT@ 2025 by
KATTIA VILLANUEVA DIAZ
Todos los derechos reservados



Universidad Nacional de Cajamarca
LICENCIADA CON RESOLUCIÓN DE CONSEJO DIRECTIVO N° 080-2018-SUNEDU/CD
Escuela de Posgrado
CAJAMARCA - PERU



PROGRAMA DE MAESTRÍA EN CIENCIAS

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

Siendo las 10:00 horas del día 12 de diciembre de dos mil veinticinco, reunidos en el Auditorio de la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional de Cajamarca, el Jurado Evaluador presidido por la **Dra. MARINA VIOLETA ESTRADA PÉREZ, M.Cs. SEGUNDA AYDEE GARCÍA FLORES, M.Cs. JOSÉ FRANCISCO LÓPEZ LARA**, y en calidad de Asesora la **M.Cs. LUZ AMPARO NUÑEZ ZAMBRANO**. Actuando de conformidad con el Reglamento Interno de la Escuela de Posgrado y la Directiva para la Sustentación de Proyectos de Tesis, Seminarios de Tesis, Sustentación de Tesis y Actualización de Marco Teórico de los Programas de Maestría y Doctorado, se dio inicio a la Sustentación de la Tesis titulada: **FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS, ASOCIADOS A ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES DEL CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO RENACER CHOTA – CAJAMARCA 2021**; presentada por la **Bachiller en Enfermería, KATTIA VILLANUEVA DIAZ**.

Realizada la exposición de la Tesis y absueltas las preguntas formuladas por el Jurado Evaluador, y luego de la deliberación, se acordó APROBAR con la calificación de 12 (EXCELENTE) la mencionada Tesis; en tal virtud, la **Bachiller en Enfermería, KATTIA VILLANUEVA DIAZ**, está apta para recibir en ceremonia especial el Diploma que la acredita como **MAESTRO EN CIENCIAS**, de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, con Mención en **SALUD PÚBLICA**.

Siendo las 12:00 horas del mismo día, se dio por concluido el acto.

.....
M.Cs. Luz Amparo Nuñez Zambrano
Asesora

.....
Dra. Marina Violeta Estrada Pérez
Jurado Evaluador

.....
M.Cs. Segunda Aydee García Flores
Jurado Evaluador

.....
M.Cs. José Francisco López Lara
Jurado Evaluador

DEDICATORIA

A mis queridos padres y hermanos por ser
el apoyo incondicional en todo momento
por incentivar me siempre a la superación

A mis queridos hijos Alexandra y Gerald por ser
el mejor regalo que Dios me dio por darme fuerza
y motivación para ser mejor persona, madre y
profesional cada día

A mis queridos abuelos Eliseo y Albina que
desde el cielo siempre guían mis pasos e
iluminan mi camino

Katia

AGRADECIMIENTO

A Dios por el maravilloso don de la Vida y la salud por su infinito amor que me da cada día y me mantuvo fuerte en cada momento de adversidad y al final poder cumplir mis metas.

A mis familiares y amigos que siempre estuvieron presentes apoyándome de distintas maneras para lograr lo planeado.

A la Universidad Nacional de Cajamarca por la excelente plana docente y las exigencias necesarias en los trabajos de investigación.

A mi querida asesora Dra. Norma Bertha Campos Chávez por el apoyo incondicional para que este trabajo se pudiera hacer realidad.

Al personal de salud que labora en el Centro de Salud Mental Comunitario Plenitud de la ciudad de Cutervo por brindarme las facilidades necesarias para la aplicación de la prueba piloto de mi proyecto en dicha institución.

Al personal de salud que labora en el Centro de Salud Mental Comunitario Renacer Chota por haberme facilitado la información necesaria y haberme brindado el campo para realizar dicho estudio.

A todos los adolescentes que participaron voluntariamente y a los padres de familia que autorizaron su participación e hicieron que este trabajo de investigación sea posible.

“Sé amable con todo el mundo, pues cada persona libra algún tipo de batalla”

SÓCRATES

ÍNDICE

CAPÍTULO I	1
INTRODUCCIÓN.....	1
1.1. Planteamiento del problema	1
1.1.1. Contextualización	1
1.1.2. Descripción del problema	8
1.1.3. Formulación del problema	8
1.2. Justificación e importancia.....	8
1.2.1. Justificación científica	8
1.2.2. Justificación técnica-práctica	9
1.2.3. Justificación institucional y personal	10
1.3. Delimitación de la investigación	10
1.4. Limitaciones.....	11
1.5. Objetivos	12
1.5.1. Objetivo general	12
1.5.2. Objetivos específicos.....	12
CAPÍTULO II	13
MARCO TEÓRICO	13
2.1. Antecedentes de la investigación o marco referencial	13
2.2. Marco doctrinal de las teorías particulares en el campo de la ciencia en la que se ubica el objeto de estudio (Bases teóricas).....	18
2.3. Marco conceptual	21
2.4. Definición de términos básicos	41

CAPÍTULO III	45
PLANTEAMIENTO DE LA HIPOTESIS Y VARIABLES.....	45
3.1. Hipótesis.....	45
3.2. Variables/categorías	45
3.3. Operacionalización/categorización de los componentes de las hipótesis.....	47
CAPÍTULO IV	54
MARCO METODOLÓGICO	54
4.1. Ubicación geográfica (de acuerdo a la naturaleza de la investigación)	54
4.2. Diseño de la investigación	54
4.3. Métodos de investigación	54
4.4. Población, muestra, unidad de análisis y unidades de observación	55
4.4.1. Población.....	55
4.4.2. Muestra	55
4.4.3. Unidad de análisis	56
4.4.4. Unidad de observación	56
4.5. Técnicas e instrumentos de recopilación de información	56
4.6. Técnicas para el procesamiento y análisis de la información	60
4.7. Consideraciones éticas en investigación científica.....	62
4.8. Matriz de consistencia metodológica	64
CAPÍTULO V.....	70
RESULTADOS Y DISCUSIONES.....	70
5.1. Presentación de resultados análisis interpretación y discusión de resultado.	70
5.2. Contrastación de hipótesis.....	97

CONCLUSIONES	99
RECOMENDACIONES.....	101
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	103
APÉNDICES	118
ANEXOS.....	119

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características sociodemográficas de los adolescentes atendidos -----	70
Tabla 2. Antecedentes, personales y familiares de los adolescentes atendidos en el Centro de Salud Mental Comunitario Renacer Chota 2021. -----	74
Tabla 3. Niveles de ansiedad en adolescentes atendidos en el Centro de Salud Mental Comunitario Renacer Chota 2021. -----	77
Tabla 4. Niveles de depresión en adolescentes atendidos en el Centro de Salud Mental Comunitario Renacer Chota 2021. -----	80
Tabla 5. Factores sociodemográficos asociados a ansiedad (Escala de Ansiedad Hamilton) en adolescentes atendidos en el Centro de Salud Mental Comunitario Renacer Chota 2021:-----	83
Tabla 6. Antecedentes personales asociados a ansiedad (Escala de Ansiedad Hamilton) en adolescentes atendidos en el Centro de Salud Mental Comunitario Renacer Chota 2021:-----	86
Tabla 7. Factores sociodemográficos asociados a depresión (Escala De Hamilton) en adolescentes atendidos en el Centro de Salud Mental Comunitario Renacer Chota 2021 -----	89
Tabla 8. Antecedentes personales asociados a depresión (Escala De Hamilton) en adolescentes atendidos en el Centro de Salud Mental Comunitario Renacer Chota 2021 -----	93

LISTA DE ABREVIATURAS Y SIGLAS USADAS

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

MINSA: Ministerio de Salud

DIRIS: Direcciones de Redes Integradas de Salud

DIRESA: Direcciones Regionales de Salud

GERESA: Gerencias Regionales de Salud

DISA: Dirección Sub regional de Salud

ASIS: Análisis situacional de salud

ISRS: Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina

RESUMEN

La adolescencia es una etapa entre la niñez y la edad adulta, inicia por cambios puberales que se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones. Objetivo: Analizar los factores sociodemográficos, asociados a ansiedad y depresión en adolescentes del Centro de Salud Mental Comunitario Renacer Chota – Cajamarca 2021. Material y métodos: Estudio no experimental, descriptivo, transversal, la muestra fué de 124 adolescentes. Para la recolección de datos se utilizó tres instrumentos uno para medir las características sociodemográficas, la escala de Hamilton para medir ansiedad y la escala de Hamilton Depresión Rating Scale (HDRS), para medir la depresión. La información fué ingresada en el programa SPSS versión 26 para su análisis. Conclusiones: Las características sociodemográficas muestran que 62% son mujeres, entre 13 y 16 años 40%, de zona urbana 62%, estado civil solteros 97%, nivel de instrucción secundaria incompleta 61%, estudiante 94%, viven con sus padres 80%, perciben un ingreso familiar menor o igual a 600 soles mensuales 32%. En cuanto a los antecedentes personales de ansiedad y depresión 69% y 91% no lo tuvieron, tampoco abuso sexual 80%, pero el 35% si presento antecedentes familiares, el tipo de familia 44% es monoparental. El 59% tuvo ansiedad leve y 52% no presento depresión. Llegando a la conclusión que no existen relación significativa entre algunos de los factores sociodemográficos, asociados a ansiedad y depresión.

Palabras clave: factores sociodemográficos, adolescentes, ansiedad, depresión.

ABSTRACT

Adolescence is a stage between childhood and adulthood, it begins with pubertal changes characterized by profound biological, psychological and social transformations, many of them generating crises, conflicts and contradictions. Objective: To analyze the sociodemographic factors associated with anxiety and depression in adolescents at the Renacer Community Mental Health Center Chota - Cajamarca 2021. Material and methods: Non-experimental, descriptive, cross-sectional study, the sample was 124 adolescents. For data collection, three instruments were used, one to measure sociodemographic characteristics, the Hamilton scale to measure anxiety and the Hamilton Depression Rating Scale (HDRS), to measure depression.

The data were entered into SPSS version 26 for analysis. Conclusions: The sociodemographic characteristics show that 62% were female, 40% were between 13 and 16 years old, 62% were from an urban area, 97% were single, 61% had incomplete secondary education, 94% were students, 80% lived with their parents, and 32% received a family income of 600 soles or less per month. Regarding a personal history of anxiety and depression, 69% and 91% did not have any, nor did 80% have sexual abuse, but 35% did have a family history, and 44% were single-parent. Fifty-nine percent had mild anxiety, and 52% did not have depression. It was concluded that there is no significant relationship between any of the sociodemographic factors associated with anxiety and depression.

Keywords: sociodemographic factors, adolescents, anxiety, depression.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1.1. Planteamiento del problema

1.1.1. Contextualización

Este trabajo investiga factores sociodemográficos asociados a ansiedad y depresión en adolescentes atendidos en el Centro de Salud Mental Comunitario Renacer, comprendió desde octubre 2020 hasta junio 2022 haciendo un total de un año siete meses, periodo en la cual se trabajó por etapas, de acuerdo a los avances que se nos solicitaba durante el desarrollo de las clases de maestría.

la muestra se obtuvo de la base de datos del padrón nominal de los usuarios atendidos en el servicio de prevención y control de problemas y trastornos de la infancia y adolescencia a los cuales se les hacía el seguimiento por teléfono, al igual que telemonitoreo y teleconsulta por el equipo multidisciplinario, en los cuales se observó que la mayoría de usuarios son de la zona urbana, ya que puede ser que por el desconocimiento, estigma o temor al rechazo de la sociedad no solicitan su atención oportuna por lo que con el tiempo estos problemas de salud mental empeoran, la mayor parte son mujeres, y sus familias tienen ingresos menores a 600 soles.

1.1.2. Descripción del problema

La adolescencia es una etapa entre la niñez y la edad adulta, que cronológicamente se inicia por los cambios puberales y que se

caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones, pero esencialmente positivos; de acuerdo a los conceptos convencionalmente aceptados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adolescencia es la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, considerándose dos fases: la adolescencia temprana (10 a 14 años) y la adolescencia tardía (15 a 19 años) (1).

En el mundo, uno de cada siete jóvenes de 10 a 19 años padece algún trastorno mental, un tipo de trastorno que supone el 13% de la carga mundial de morbilidad en ese grupo etario (2).

Los adolescentes padecen trastornos emocionales con frecuencia. Los trastornos de ansiedad (que pueden presentarse como ataques de pánico o preocupaciones excesivas) son los más frecuentes en este grupo de edad, y más comunes entre adolescentes mayores que entre adolescentes más jóvenes.

Se calcula que el 3,6% de los adolescentes de 10 a 14 años y el 4,6% de los de 15 a 19 años padece un trastorno de ansiedad. También se calcula que el 1,1% de los adolescentes de 10 a 14 años y el 2,8% de los de 15 a 19 años padecen depresión. La depresión y la ansiedad presentan algunos síntomas iguales, como son cambios rápidos e inesperados en el estado de ánimo.

La ansiedad y los trastornos depresivos pueden dificultar profundamente la asistencia a la escuela, el estudio y el hacer los deberes. El retraimiento social puede exacerbar el aislamiento y la soledad. La depresión puede llevar al suicidio (3).

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) los trastornos de salud mental aumentan el riesgo de otras enfermedades y contribuyen a lesiones no intencionales e intencionales, la depresión continúa ocupando la principal posición entre los trastornos mentales, y es dos veces más frecuente en mujeres que hombres (4).

Según el informe de la UNICEFF 2021, La ansiedad y la depresión representan casi la mitad (50%) de los trastornos mentales entre los adolescentes de 10 a 19 años en el Mundo y América Latina (5).

En América Latina la depresión y ansiedad tienen el mayor valor de años de vida perdidos por discapacidad en adolescentes (6).

Los estudios epidemiológicos muestran sistemáticamente que, a partir de la pubertad, los trastornos depresivos y los trastornos de ansiedad son de dos a tres veces más frecuentes entre mujeres que entre hombres. Según el Instituto Nacional de Estadística, en España, en julio de 2020, la prevalencia de depresión en mujeres era del 7,15 %, frente al 3,5 % de los hombres. En los episodios depresivos graves la diferencia es aún mayor: por cada caso grave en hombres hay 3,5 en mujeres (7).

Según estudios realizados se encontró que en relación a las prevalencias, el porcentaje del trastorno depresivo es menor en la zona rural que en la zona urbana (8).

En México el indicador en depresión y la diferencia de género es muy relevante, pues entre los hombres, la sensación de “muchacha depresión” afectó a 2.095 millones, mientras que la misma intensidad entre las mujeres afectó a un total de 4.95 millones. Asimismo, del total de personas que toman antidepresivos, alrededor de 414 mil son hombres, mientras que 1.22 millones son mujeres (9).

En Colombia la prevalencia de trastornos mentales entre los adolescentes es del 17% en el último año. Dichos trastornos tienden a ser crónicos y su aparición a esta edad se asocia a un peor pronóstico que las que aparecen en la edad adulta. Entre los hallazgos más relevantes, se puede observar una mayor prevalencia de todos los trastornos del afecto y de ansiedad en las mujeres, a excepción del trastorno afectivo bipolar tipo I con presentación «alguna vez en la vida», que es más frecuente en varones. El trastorno más frecuente en ambos sexos es la fobia social, que llega a manifestarse alguna vez en la vida en un 4,8%. Por su parte, el menos frecuente es el trastorno de pánico en las mujeres (0,2%) y los otros trastornos bipolares en varones (0,2%) (10).

Según un estudio “La salud mental en el Perú, marco normativo nacional y legislación comparada” la pérdida de años saludables por depresión unipolar pasaría de ocupar el tercer lugar en el 2004 al primer lugar el 2030 (11) .

El problema de salud mental que mayor carga de enfermedad genera es la depresión unipolar, que causa la pérdida de 224 535 (3,9% del total), determinando 7,5 años perdidos por cada mil habitantes, especialmente en el componente de discapacidad. En la población mayor de 12 años, los trastornos más frecuentes son los episodios depresivos, con una prevalencia anual que varía del 4% en Lima rural y 8,8% en Iquitos; y, se estima un promedio nacional de 7,6% (12).

De acuerdo con estudios realizados por la UNICEFF PERU 2021 los **trastornos mentales** son una causa de sufrimiento que en muchos casos no es atendida y que perjudica la salud y educación de la niñez y adolescencia. De acuerdo con el documento 19% de los jóvenes entre 15

a 24 años de 21 países declararon, en el primer semestre de 2021 que a menudo se sienten deprimidos o tienen poco interés en realizar alguna actividad. En el caso del Perú, la cifra es del 16% (5)

Según el **Dr. Yuri Cutipé, director ejecutivo de Salud Mental del Ministerio de Salud (MINSA)**, uno de los principales factores de protección de la salud mental de los niños, niñas y adolescentes es justamente la salud mental de sus cuidadores, es decir de sus padres y madres. "En setiembre, hemos sobrepasado los 925 mil casos de salud mental atendidos a nivel nacional, de los cuales tenemos 246,242 menores de 18 años, y donde resalta en especial como la demanda más frecuente la atención por problemas de depresión clínica y trastornos de ansiedad (13).

La población adolescente es una de las poblaciones con gran carga poblacional y carga de morbilidad por trastornos afectivos, dentro de los cuales se encuentra la ansiedad y depresión, a nivel de la región Cajamarca. según el análisis situacional de salud (ASÍS) 2019 menciona que la población adolescente de la provincia de Cajamarca fue de 33,130 de las edades entre 10 a 14 años, y 36,445 de 15 a 19 años (14).

De acuerdo con el Instituto Nacional de la Salud, 1 de cada 3 adolescentes entre las edades de 13 y 18 puede tener un trastorno de ansiedad. El número va en aumento; entre el 2007 y el 2012, los trastornos de ansiedad en los niños y adolescentes aumentó un 20% (15).

En los últimos 10 años, han aumentado los diagnósticos de trastornos de ansiedad en jóvenes menores de 17 años, pasando de un 3,5% a un 4,1% en la actualidad (16).

Según el Ministerio de Salud (MINSA) y el área de epidemiología desde 2016 los episodios depresivos notificados se incrementaron hasta 2019 con gran disminución en 2020. Esto no representa un incremento real de los episodios depresivos, más bien corresponde a un incremento del número de establecimientos de salud centinela y el proceso gradual de implementación del sistema de vigilancia y que después presentó una caída en 2020 por la coyuntura de la COVID-19, el 2021 y 2022 (17).

La depresión en adolescentes es una problemática multicausal y predictora de problemas sociales y otros trastornos (18).

Según el director ejecutivo de Salud Mental del Minsa Yuri Cutipé, señaló que los motivos de consulta suelen ser más frecuentes en menores de edad. “Los motivos de consulta son más frecuente en menores de 18 años por problemas emocionales (depresión y ansiedad), conductuales, de aprendizaje y de desarrollo”, mencionó (19).

Según un estudio realizado en Cajamarca en el año 2017 se evidenció que el 39% de adolescentes no presenta de depresión; un 37,7% presentan depresión leve; 17,7% tienen depresión moderada y un 5,6% manifiestan depresión severa. Además la edad promedio, en la que se presenta este trastorno con más frecuencia, es a los 16 años (20).

Según la Dirección Regional de Salud (DIRESA) Cajamarca en el año 2023 se reportaron 10 283 casos de ansiedad y 6 056 casos de depresión.(21)

Los datos del Observatorio Regional de Salud Mental (ORSM) muestran que, en el año 2023, se han atendido a nivel regional un total de 26,344 personas por problemas en su salud mental de los cuales 61% son del género femenino y el 39% masculino. De los cuales (19%) son

adolescente, la mayor demanda de atención es por trastornos afectivos (44,3%), siendo los trastornos de ansiedad (28%) y trastornos depresivos (16,3%) (22).

En la región Cajamarca sen el periodo 2016 a 2022 solo se reportaron 184 casos de depresión considerando que estos datos obtenidos son reportados mediante las fichas epidemiológicas (17). Teniendo en cuenta que durante varios años la información sobre estos casos no ha han sido reportados por desconocimiento o por mal registro en el sistema, incluso en algunos establecimientos no se reportan; sin embargo, en los últimos años han mostrado un aumento significativo de caso de ansiedad y depresión en la población adolescente.

Estudios epidemiológicos de salud mental en adolescentes cajamarquinos 16,6% refirieron tener problemas de pena, tristeza o depresión (23).

Según el análisis situacional de salud (ASIS) 2017 de la DISA Chota se presentaron 40 casos de ansiedad y 32 casos de depresión en adolescentes.

Según la Red Integrada de Salud Chota mediante la evaluación de indicadores 2021 en el programa presupuestal de salud mental en la región Cajamarca se atendieron 18 612 casos haciendo un total del 65%. La mayor demanda es por trastornos de ansiedad 73% de los cuales 1106 casos fueron atendidos en Chota, 56 % por depresión de estos 1 277 casos también fueron atendidos en Chota (24).

A pesar de que los casos de estos trastornos han aumentado en la región Cajamarca aún hay subregistro situación que limita una respuesta adecuada a esta problemática de salud pública. La ansiedad y depresión

en adolescente es un problema multicausal que tiene un impacto negativo en su desarrollo socioemocional y educativo por lo que se hace necesario identificar los factores sociodemográficos asociados para orientar intervenciones efectivas en esta población.

Formulación del problema

¿Cuáles son los factores sociodemográficos, asociados a ansiedad y depresión en adolescentes del Centro de Salud Mental Comunitario Renacer Chota – Cajamarca 2021?

1.2. Justificación e importancia

1.2.1. Justificación científica

El aporte teórico de este trabajo de investigación es que los factores sociodemográficos no se asocian a ansiedad y depresión en adolescentes, apoyando la teoría de ansiedad y depresión de Beck la cual explica los procesos para que los procesos de ansiedad y depresión se desencadenen, en la que la ansiedad se desencadena como una respuesta a ciertas alarmas percibidas por el individuo como amenaza y se ignoran o existe una imposibilidad de distinguir entre los estímulos que señalan el peligro y otros seguridad, en cuanto a la depresión el individuo atiende y maximiza la información negativa mientras que la positiva la minimiza, pero también pueden influir las creencias de cada uno y sus familias.

Los resultados si se pueden generalizar ya que la información fue recolectada de una muestra de la población objetivo, mediante este estudio se pudo llegar al resultado que los factores sociodemográficos no se asocian a ansiedad en adolescentes del Centro de Salud.

1.2.2. Justificación técnica-práctica

Los motivos por lo cual se eligió este trabajo de investigación fue que cada día los casos de ansiedad y depresión en adolescentes está en aumento conllevando a un difícil manejo por parte de la familia.

Actualmente las enfermedades de salud mental, entre ellas ansiedad y depresión son un problema de salud pública ya que conllevan a problemas de discapacidad y años perdidos, en el grupo atareo de adolescentes genera grandes inversiones económicas al estado.

La relevancia de este trabajo de investigación reside en la necesidad de conocer y describir a través de los resultados los factores sociodemográficos asociados a ansiedad y depresión en adolescentes atendidos en el Centro de Salud Mental Comunitario Renacer Chota, ya que en esta institución se cuenta con información y registro de casos, ya que a través de esto la población conocerá la realidad de estas enfermedades mentales y poder poner en práctica medidas de autocuidado, así como las instituciones podrán articular políticas para el mejoramiento de la calidad de vida de este grupo poblacional.

Desde el punto de vista teórico, esta investigación generará reflexión y discusión sobre el conocimiento existente del área investigada, ya que proporciona resultados sobre el tema investigado. De otra parte, esta investigación abrirá nuevas expectativas para otras investigaciones que presenten situaciones similares a la que aquí se plantea, sirviendo como marco referencial.

Este estudio beneficia a la población adolescente, porque se conocerá la realidad de estas enfermedades y los factores asociados a estas, los cuales ayudarán a que los menores planifiquen y ejecuten acciones de

prevención, que contribuyan a una mejor calidad de vida, asimismo beneficiará a los padres de familia ya que podrán conocer la realidad de estos problemas de salud mental y de esta manera puedan plantear algunas alternativas para poder prevenir y/o apoyar a sus hijos , los profesionales de enfermería también sería otro grupo beneficiado porque accederán a mayor información acerca de estos problemas para luego plantear una mejor calidad de atención y plan de cuidado individualizado en beneficio de la población afectada, sus familias y la comunidad, contribuyendo con el trabajo en promoción de la salud mediante la implementación de programas preventivo promocionales y grupos de apoyo específicos dirigido a este grupo etario.

1.2.3. Justificación institucional y personal

Este trabajo de investigación es muy importante para el Centro de Salud Mental Renacer ya que al contar con el área de niños y adolescentes atendidos por problemas de salud mental se puede evidenciar el aumento de casos de usuarios con problemas de ansiedad y depresión en los últimos años sin evidencia de si los factores sociodemográficos se asocian a estas enfermedades o no en esta zona del país, permitiendo de esta manera poder implementar los grupos de ayuda de usuarios y padres para enfrentar estos problemas de salud mental que van en incremento.

1.3. Delimitación de la investigación

Durante la adolescencia los menores experimentan grandes cambios, los cuales muchos de ellos no saben cómo enfrentarlos, se ha observado que la mayoría de adolescentes atendidos en el Centro de Salud Mental Comunitario Renacer Chota, presentan cambios sociales, emocionales, físicos y conductuales generando mayor grado de dificultad y conflicto para una relación asertivas y manejo de habilidades sociales adecuadas

con su entorno familiar, social y comunitario.

El presente trabajo de investigación fue factible ya que se cuenta con el Centro de Salud Mental Comunitario Renacer en la provincia de Chota, perteneciente a la Microred Patrona de Chota- Dirección de Salud (DISA) Chota, el cual cuenta con el área niño y adolescente, área en la cual se ejecutó dicho proyecto.

Se utilizó tres (03) instrumentos, dos (02) instrumentos ya validados, la técnica para recolectar los datos fué la entrevista, la cual tuvo por finalidad describir, analizar las características de los adolescentes con ansiedad y depresión así como los factores que se asocian a la ansiedad y depresión en dichos adolescentes.

La recolección de la información se realizó en un solo momento, se tuvo en cuenta los criterios éticos como la confidencialidad de la información ya que los cuestionarios para recolectar la información fueron anónimos además se respetó la decisión de ser parte o no del estudio además se aplicó el principio de no maleficencia ya que no se les administró ningún tratamiento ni se les sometió a ningún examen invasivo, dicho trabajo de investigación inició en octubre 2020 continuando con todas las etapas y finalizó en el año 2022 con la sustentación del informe de tesis, siguiendo los pasos administrativos según protocolo de la Universidad, además este trabajo fue autofinanciado.

1.4. Limitaciones

Durante el desarrollo del presente trabajo de investigación se presentaron las siguientes dificultades:

Durante la aplicación de los instrumentos en el año 2021 para la recolección de la información los usuarios no acudían puntualmente a las citas programadas por las limitaciones y el aislamiento social debido a la

pandemia de la COVID 19, en la que se atendió a los usuarios teniendo en cuenta los protocolos de bioseguridad impuestas por el estado asimismo el personal de salud utilizando los equipos de protección personal, se citó en diferentes horarios con la finalidad de evitar la aglomeración y prevenir contagios, y se realizaba desinfección de los ambientes después de cada usuario, pero no todos los adolescentes citados y acompañados de sus padres acudían por lo que se extendió más de las fechas programadas.

El limitado tiempo de la última asignatura de investigación.

1.5. Objetivos

1.5.1. Objetivo general

- Analizar los factores sociodemográficos, asociados a ansiedad y depresión en adolescentes del Centro de Salud Mental Comunitario Renacer Chota – Cajamarca 2021.

1.5.2. Objetivos específicos

- Describir las características sociodemográficas de los adolescentes atendidos en el Centro de Salud Mental Comunitario Renacer Chota – Cajamarca 2021.
- Identificar los antecedentes, personales y familiares de los adolescentes atendidos en el Centro de Salud Mental Comunitario Renacer Chota -Cajamarca 2021.
- Identificar los niveles de ansiedad en adolescentes atendidos en el Centro de Salud Mental Comunitario Renacer Chota-Cajamarca 2021.
- Identificar los niveles de depresión en adolescentes atendidos en el Centro de Salud Mental Comunitario Renacer Chota -Cajamarca 2021.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación o marco referencial

Vinaccia A et al. (25). Realizaron un estudio en el año 2020, el objetivo fué evaluar la relación entre variables sociodemográficas, ansiedad y depresión en estudiantes de una universidad en la costa Atlántica colombiana. El diseño fué transversal, los participantes ($n = 6.224$) completaron la escala PROMIS y un cuestionario de información sociodemográfica. Los resultados fueron. 55,7 % de los participantes presentaron síntomas de ansiedad, 32,2 % presentaron síntomas de depresión, y 28,9 % presentaron comorbilidad. El sexo, estado civil, grupo étnico y estrato socioeconómico fueron predictores significativos de la ansiedad-depresión. Los hallazgos indican que la ansiedad y la depresión son frecuentes entre estudiantes universitarios. La importancia de desarrollar intervenciones para promover la salud en el desempeño profesional de los estudiantes es discutida.

Moscosos et al. (26)“Estudio comparativo de ansiedad en adolescentes de 15 a 17 años acorde a variables sociodemográficas” en el año 2020, estudio cuantitativo, no experimental, transversal de tipo descriptivo. La población estuvo conformada por 80 estudiantes de primero y segundo de bachillerato constituidas por la Unidad Educativa César Dávila Andrade: 40 - Unidad Educativa Santa Ana: 40 adolescentes. Los resultados revelaron que las mujeres presentan mayores niveles ansiedad; 9,5% de hombres presentaron síntomas ansiosos, y el 17,5% de mujeres, además, el 8,7% de las mujeres tenía antecedente de ansiedad y solo el 3,8% de hombres, los ingresos económicos no generan

ansiedad. Los adolescentes provenientes de familias extendidas.

Herrera J, et al. (27) Realizaron un estudio “Prevalencia de los trastornos depresivos y factores sociodemográficos en adolescentes del cantón Nabón” en el año 2021, objetivo establecer la prevalencia de los trastornos depresivos y factores sociodemográficos en los adolescentes del cantón Nabón. Para lograr este propósito se utilizó una ficha sociodemográfica y el MINIKID en el módulo A Episodio Depresivo Mayor, en adolescentes de 12 a 17 años. Los resultados determinaron que la prevalencia de los trastornos depresivos fue de 22.48% (n=48). No se encontró ninguna variable sociodemográfica estadísticamente significativa que se relacione con los trastornos depresivos. Sin embargo, a la luz del análisis estadístico se encontró tres factores que pueden asociarse a la presencia de trastornos depresivos: adolescentes sin educación básica completa, que se encuentran activos laboralmente y que pertenecen a la etnia indígena.

Idarraga et al. (28) En su estudio “Síntomas de ansiedad, factores sociodemográficos y familiares en adolescentes escolarizados de la Institución Educativa Alfonso Palacio Rudas, sede principal de Ibagué Tolima” en el año 2021, El objetivo fué identificar los factores sociodemográficos, familiares y su posible relación con síntomas de ansiedad en adolescentes. la Metodología enfoque cuantitativo de tipo descriptivo y corte transversal retrospectivo. La muestra estuvo constituida por 105 estudiantes, con edades entre los 12 y 15 años. conclusiones Las mujeres fueron quienes más presentaron evitación, además de un alto grado de somatización en comparación con los hombres. Por otra parte, los estudiantes de 15 años de edad son quienes más reportan evitación y somatización como manifestaciones de

ansiedad.

Hernández V, et al. (29). su estudio “Factores sociodemográficos asociados a la depresión en estudiantes de una secundaria pública del estado de Querétaro, México” en el año 2022, Método: Investigación cuantitativa, alcance descriptivo-correlacional y corte transversal. Muestra conformada por 418 estudiantes. Resultados: 57,7% mujeres, 49% estaban inscritos al primer año, 62,4% acudía a clase en el turno matutino, 91,9% se dedicaba sólo a estudiar y 58,1% practicaba deporte. 16% presenta leve perturbación del estado de ánimo, 5,3% depresión intermitente, 4,3% moderada, 1,9% grave y 1% depresión extrema. En la correlación sexo y nivel de depresión se obtuvo $X^2=33.833$ ($p=8.062e-07$), grado escolar y nivel de depresión $X^2=21.288$ ($p=0.006421$), práctica deportiva y nivel de depresión $X^2=13.195$ ($p=0.01036$), turno y nivel de depresión $X^2=5.5836$ ($p=0.2325$), ocupación y nivel de depresión $X^2=6.1243$ ($p=0.1901$), nivel de depresión y con quien vive el adolescente $X^2=20.372$ ($p=0.06037$). Conclusión: Los factores sociodemográficos como sexo, grado escolar y práctica deportiva se asocian directamente a niveles de depresión en los adolescentes. El turno, la ocupación y con quien vive, son factores que no se relacionan con la presencia de depresión.

Suárez J et al. (30)“Asociación de factores sociodemográficos y educativos con el estrés, ansiedad, depresión en adolescentes en un colegio oficial de Cúcuta” Colombia 2023 Objetivo: Analizar factores sociodemográficos y educativos con el estrés, ansiedad, depresión en adolescentes, el tipo de estudio: analítico de corte transversal, la población: 300 estudiantes adolescentes de 12 a 17 años, Intervención: Se aplicó la escala DASS para medir ansiedad, depresión y estrés.

Además, se utilizó un cuestionario para realizar la caracterización sociodemográfica. Resultados: No se encontró asociación entre ansiedad, depresión y estrés con las variables sociodemográficas, excepto en el caso de la variable sexo. Se concluyó que solo se encontró asociación entre la presencia de síntomas de ansiedad, la depresión y el estrés con el sexo en 10 especial el femenino, aunque se resaltó la necesidad de realizar más estudios para corroborar este hallazgo. (Odds=0.293, IC95%: 0.168 - 0.513) Conclusión: No se encontró asociación entre ansiedad, depresión y estrés con las variables sociodemográficas, excepto en el caso de la variable sexo. Se concluyó que solo se encontró asociación entre la ansiedad, la depresión y el estrés con el sexo, aunque se resaltó la necesidad de realizar más estudios para corroborar este hallazgo.

Flores P et al. (31). En su estudio “Factores asociados a ansiedad y depresión en adolescentes de una institución educativa estatal” en el año 2024, el objetivo fue Determinar la relación de los factores como la edad, sexo, maltrato físico/psicológico, disfunción familiar, convivencia familiar, nivel socioeconómico bajo, fallecimiento de algún familiar, consumo de sustancias psicoactiva, Materiales y métodos: observacional, transversal y prospectivo. La muestra estuvo conformada por 360 estudiantes adolescentes La técnica utilizada fue mediante una encuesta conformada por la Escala de Goldberg y el Apgar familiar. Resultados: El 43,9% de los estudiantes adolescentes presentan ansiedad, el 62,2% manifiestan síntomas de depresión. Los porcentajes de ansiedad y depresión en adolescentes de 16 a 17 años son 55,8% y 71,9%. Los que sufrieron maltrato físico tienen una mayor prevalencia de ansiedad y depresión con 40% Y 80% respectivamente. Los adolescentes que experimentaron

disfuncionalidad familiar leve mostraron ansiedad y depresión un 55,4% y 77,6%, respectivamente. Los estudiantes de niveles socioeconómicos bajos, tanto superiores como inferiores, mostraron las tasas más altas de ansiedad de 45% y 49.4% y depresión de 67,1% y 62,3%. Los estudiantes que experimentaron la pérdida de un familiar en el último año mostraron tasas más altas de ansiedad con 68,9% y depresión con 77%. Los estudiantes que convivían con un familiar consumidor de alcohol y/o drogas tuvieron tasas más altas de ansiedad con 68,6% y depresión con 80,4%. Conclusión: Los factores que se asociaron con ansiedad y maltrato en adolescentes fueron la edad, el maltrato físico/psicológico, el funcionamiento familiar, el nivel socioeconómico, el fallecimiento de algún familiar y la presencia de familiares que consumen sustancias alcohólicas y/o drogas.

Cari I et al. (32) En su estudio “Depresión asociada a los factores sociodemográficos en estudiantes de secundaria de la Institución Educativa Margarita Aurora Aguilar Arista de Ucayali”, 2024 objetivo, identificar la depresión asociada a los factores sociodemográficos, metodología descriptiva correlacional. la muestra fue 133, Se utilizo el inventario de depresión de Beck y la ficha de datos sociodemográficos. Se halló que la mayoría de los estudiantes son del sexo femenino (54,1%), tienen 16 años de edad (48,1%), provienen de una familia nuclear (49,6%) y tienen de dos a más hermanos (72,9%). En cuanto al nivel de depresión, se encontró que 52,6% no presentó depresión, 22,6% presentó depresión leve, 15,8% presentó depresión moderada, y 9% presentó depresión grave. En su mayoría, las mujeres presentaron depresión leve (13,5%); así mismo, 12,8% de los estudiantes de 16 años de edad presentaron depresión leve; de igual modo, los estudiantes de

4to grado presentaron mayores niveles de depresión. En tanto, 27,8% no presentó depresión y proviene de una familia nuclear, por último, 38,3% de los estudiantes que tienen de dos a más hermanos no presentaron depresión. En conclusión, la depresión no está asociada a los factores sociodemográficos en los estudiantes de secundaria de la Institución Educativa Margarita Aurora Aguilar Arista de Ucayali, 2024.

2.2. Marco doctrinal de las teorías particulares en el campo de la ciencia en la que se ubica el objeto de estudio (Bases teóricas).

Teoría cognitiva de Beck de la ansiedad y la depresión

La premisa básica de la teoría cognitiva de Beck es que en los trastornos emocionales existe una distorsión o sesgo sistemático en el procesamiento de la información. Así, en la ansiedad, la percepción del peligro y la subsecuente valoración de las capacidades de uno para enfrentarse a tal peligro, que tienen un valor obvio para la propia supervivencia, aparecen sesgadas en la dirección de una sobreestimación del grado de peligro asociado a las situaciones y de una infravaloración de las propias capacidades de enfrentamiento (33).

Sin embargo, en las personas depresivas aparece un sesgo en el procesamiento de los sucesos que implican una pérdida o privación.

Los individuos depresivos valoran excesivamente esos sucesos negativos, los consideran globales, frecuentes e irreversibles, mostrando, pues, lo que se conoce como la tríada cognitiva negativa: una visión negativa del yo, del mundo y del futuro. Esta tríada resulta en una retirada persistente del entorno, una persistencia que resta todo valor adaptativo a la conducta de retirada (33).

Ese procesamiento cognitivo distorsionado o sesgado que aparece en la ansiedad y en la depresión conduce a los síntomas afectivos, conductuales, motivacionales y fisiológicos que caracterizan tales síndromes psicopatológicos. Sin embargo, ese tipo de procesamiento, al igual que los demás síntomas, pueden ser el producto de muchos factores y, así, en la etiología de la depresión y de la ansiedad pueden estar implicados factores genéticos, evolutivos, hormonales, físicos y psicológicos (33).

la teoría cognitiva de Beck afirma que en muchos casos de depresión unipolar no endógena y en muchos trastornos de ansiedad, la etiología tendría que ver con la interacción de tres factores: (1) La presencia de actitudes o creencias disfuncionales sobre el significado de ciertas clases de experiencias, actitudes que impregnan y condicionan la construcción de la realidad; (2) una alta valoración subjetiva de la importancia de esas experiencias que resulta de la estructura de personalidad del individuo, y (3) la ocurrencia de un estresor específico a los anteriores factores, es decir, un suceso considerado importante y que incide directamente sobre las actitudes disfuncionales del individuo (33).

En el caso de esquemas disfuncionales, el resultado es un procesamiento desadaptativo distorsionado de la información y una ulterior interpretación desadaptativa sesgada de la realidad. Los esquemas responsables del procesamiento sesgado de la información en los individuos depresivos y ansiosos, los esquemas disfuncionales depresogénicos y ansiógenos, se diferencian de los esquemas de los sujetos normales tanto en su estructura como en el contenido de la información que almacenan. En cuanto al contenido, los esquemas disfuncionales contienen reglas, creencias tácitas o actitudes estables del individuo acerca de sí mismos

y del mundo, que son de carácter disfuncional y poco realistas, y a menudo están conectadas con recuerdos relevantes al desarrollo y formación de tales creencias(33).

En la depresión, los esquemas que procesan información de carácter negativo están más activos que aquellos que se usan para procesar información positiva, ya que está operando un modo constrictivo por medio del cual el individuo se retira de los acontecimientos y conserva energía en respuesta a una negatividad que lo invade todo. La activación de los esquemas relevantes a los modos depresivo o ansioso (los esquemas depresogénicos o ansiógenos) sería, pues, responsable del procesamiento distorsionado de la información que aparece en los trastornos depresivos y ansiosos (33).

La teoría cognitiva ha identificado dos dimensiones de personalidad como factores de vulnerabilidad o diátesis cognitiva a los trastornos emocionales: sociotropía y autonomía. Los esquemas sociotrópicos incluyen actitudes y creencias que implican una consideración muy elevada de las relaciones interpersonales y una alta dependencia social a la hora de juzgar la propia valía. Los esquemas autónomos incluyen actitudes que priman la independencia, la libertad de acción, la privacidad y la autodeterminación (33).

Una vez activados, los esquemas depresogénicos o ansiógenos orientan y canalizan el procesamiento de la información actuando como filtros a través de los cuales se percibe, interpreta, sintetiza y recuerda la realidad (33).

2.3. Marco conceptual

2.3.1. Factores sociodemográficos: Según la OMS y la OPS, los factores sociodemográficos son características de las poblaciones como edad, sexo, educación, ingresos, ocupación, estado civil, vivienda y etnia, que, junto con las condiciones sociales (pobreza, género) y ambientales (agua, saneamiento), conforman los Determinantes Sociales de la Salud (DSS), las circunstancias en que la gente vive y trabaja, impactando directamente en su bienestar y resultados de salud (34).

Componentes clave de los factores sociodemográficos:

Demografía: Edad, sexo, raza/etnia, tamaño familiar, estructura familiar, jefe de hogar.

Condiciones Socioeconómicas: Nivel de ingresos, educación, ocupación, profesión, situación laboral.

Entorno y Condiciones de Vida: Tipo de vivienda, acceso a servicios básicos (agua, saneamiento), transporte, barrios y espacios públicos.

Factores Sociales y de Género: Pobreza, inequidad de género, discriminación, acceso a apoyo social(34).

Edad: Tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales o vegetales(35).

Según el INE la edad en años cumplidos se refiere al número de aniversarios del nacimiento transcurridos en la fecha de referencia, es decir, a la edad en el último cumpleaños(36).

Sexo: Condición orgánica, masculina o femenina, de los animales y las plantas(37).

El sexo se refiere al sexo biológico de la persona. Según la OMS, el "sexo" hace referencia a las características biológicas y fisiológicas que definen a hombres y mujeres, mientras que el "género" se refiere a los roles, conductas, actividades y atributos contruidos socialmente que una cultura determinada considera apropiados para hombres y mujeres. De acuerdo con esta descripción, la OMS considera que "hombre" y "mujer" son categorías de sexo, mientras que "masculino" y "femenino" son categorías de género(38).

Procedencia: Origen, principio de donde nace o se deriva algo(39). La procedencia de una persona se refiere a su origen, lugar de nacimiento, nacionalidad, o las raíces culturales y familiares que la definen, siendo a menudo sinónimo de "de dónde viene" o su identidad geográfica y ancestral, incluyendo sus antepasados y su legado cultural. Es el punto de partida o el lugar de donde una persona o cosa nace o se deriva(40).

Estado Civil: Civ. y Pen. Condición de una persona en relación con su nacimiento, nacionalidad, filiación o matrimonio, que se hacen constar en el Registro Civil y que delimitan el ámbito propio de poder y responsabilidad que el derecho reconoce a las personas naturales(41).

El estado civil se refiere a la condición en la que se encuentra una persona con relación a su situación de pareja, familia o convivencia. Asociados a esta figura legal, se establecen una serie de derechos y obligaciones determinados por el marco jurídico.

En otras palabras, se define como la situación legal de una persona de acuerdo a la unión matrimonial, conyugal o las costumbres. Que en este caso se determina en función de las disposiciones normativas(42).

Nivel de instrucción: Se refiere al grado más alto de estudios finalizados o cursados por una persona, categorizado según el sistema educativo (básico, secundario, superior/universitario) y sus etapas (primaria, secundaria, formación profesional, posgrado), indicando el conocimiento y habilidades adquiridas, como "sin nivel", "primaria", "secundaria completa", "técnico", "universitario incompleto", "universitario completo" o "posgrado", y puede referirse también a los niveles de logro en evaluaciones (satisfactorio, en proceso)(43).

Ocupación: Acción y efecto de ocupar u ocuparse, trabajo o cuidado que impide emplear el tiempo en otra cosa, trabajo, empleo, oficio(44).

Ocupación se refiere principalmente al tipo de trabajo, oficio o empleo que una persona desempeña, como un puesto, tareas y funciones específicas, siendo un concepto clave para la identidad y organización personal. También puede significar la acción de ocupar un lugar o un territorio, la actividad o entretenimiento que nos ocupa, o en derecho, la apropiación de una cosa sin dueño(45).

Con quién vives actualmente: Según el Diccionario de la lengua española (DLE) de la RAE, "con quien vive" se describe con la palabra conviviente, que se refiere a la persona que comparte la

vivienda o vive con otra, implicando una relación de coexistencia habitual, y aunque no define la relación exacta, puede ser familiar, pareja, o simplemente alguien con quien se comparte espacio, como un compañero de piso o cohabitante(46).

ingreso económicos: Los ingresos, en términos económicos, hacen referencia a todas las entradas económicas que recibe una persona, una familia, una empresa, una organización, un gobierno, etc. (47).

Antecedentes personales: Recopilación de la información sobre la salud de una persona lo cual permite manejar y darle seguimiento a su propia información de salud. Los antecedentes médicos personales pueden incluir información sobre alergias, enfermedades, cirugías y vacunas, así como los resultados de exámenes físicos, pruebas y exámenes de detección. Asimismo, contiene información sobre los medicamentos que se toman y sobre los hábitos de salud, como régimen de alimentación y ejercicio. También se llama antecedentes personales, registro personal de salud y RPS(48).

Antecedentes familiares: Los antecedentes familiares, en relación con la medicina, se refieren al registro de enfermedades y afecciones de salud de una persona y los familiares biológicos de la persona, tanto vivos como muertos. Los antecedentes familiares pueden ayudar a determinar si alguien tiene un mayor riesgo de tener o desarrollar ciertas enfermedades, trastornos o afecciones(49).

Apoyo emocional: Es brindar consuelo, comprensión y compañía a alguien en dificultad, mediante escucha activa, empatía y validación de sus sentimientos, no necesariamente ofreciendo soluciones, para ayudarlo a sentirse seguro y menos solo. Es crucial para la salud mental, reduciendo el estrés y fortaleciendo la autoestima, y se ofrece a través de la presencia, abrazos, palabras de aliento o ayuda práctica.

Características clave

Escucha activa: Prestar atención sin interrumpir y mostrar que entiendes.

Empatía y validación: Conectar con las emociones del otro y reconocer que sus sentimientos son válidos, sin juzgar ni comparar.

Presencia: Simplemente estar ahí para la persona.

No dar soluciones: Acompañar en lugar de resolver el problema.

Acciones: Puede ser verbal (palabras de aliento) o no verbal (un abrazo, estar presente)(50).

Tipo de familia: Los tipos de familia varían ampliamente hoy en día, incluyendo la nuclear (padres e hijos), monoparental (un solo progenitor), extensa (con otros parientes), ensamblada/reconstituida (con hijos de relaciones anteriores), homoparental (mismo sexo), y adoptiva, entre otras como las de acogida o unipersonales, reflejando diversas estructuras y formas de convivencia más allá del modelo tradicional(51).

2.3.2. Ansiedad

a. Definición

La ansiedad es un sentimiento vago y desagradable de temor que se acompaña de diversas sensaciones corporales. Es una emoción compleja, con respuestas fisiológicas, vivenciales, conductuales y cognitivas, enmarcadas en un estado de hiperactivación y alerta (52).

La ansiedad es una respuesta fisiológica y natural que se define como un estado afectivo displacentero que se acompaña por cambios físicos y mentales que se presentan como una reacción para adaptarse ante un evento que causa estrés. Puede ser normal o adaptativa, en cuanto que ésta da paso a conductas de seguridad y protección que permiten la solución de problemas; o puede ser desadaptativa si ocurre aun sin un estímulo presente, o su duración e intensidad se prolongan y generan deterioro en la funcionalidad o adaptación (Raffo y Pérez, 2009) (53).

La ansiedad como respuesta tiene dos componentes; el primero es el fisiológico y se refiere a la actividad del sistema nervioso que prepara al individuo para responder ante una situación amenazante con una conducta "lucha o huida". Esta respuesta incluye el incremento en la frecuencia respiratoria, la frecuencia cardíaca y la irrigación a los músculos que permiten a la persona reaccionar rápidamente en caso de ser necesario. El segundo componente es el cognoscitivo, y se refiere a la atención selectiva y enfocada a discernir amenazas y formas de protegerse a uno mismo, especialmente mediante el escape (54).

La Sociedad Española De Medicina define la ansiedad como un mecanismo adaptativo natural que nos permite ponernos alerta ante

sucesos comprometidos. En realidad, un cierto grado de ansiedad proporciona un componente adecuado de precaución en situaciones especialmente peligrosas. Una ansiedad moderada puede ayudarnos a mantenernos concentrados y afrontar los retos que tenemos por delante. Sin embargo, el sistema de respuesta a la ansiedad se ve desbordado y funciona incorrectamente. Más concretamente, la ansiedad es desproporcionada con la situación e incluso, a veces, se presenta en ausencia de cualquier peligro ostensible(55).

Los trastornos de ansiedad se caracterizan por altas de ansiedad (tensión) y comportamiento temeroso. Las personas que los padecen pueden sentir pánico, fobias, o estar obsesionadas compulsivamente. También puede producirse una situación de gran ansiedad que puede llegar a convertirse en un trastorno después de una crisis circunstancial como es un terremoto o un desastre natural. La ansiedad causa sufrimiento y discapacidad. Afecta al individuo, su trabajo y comprometen su bienestar social (55).

b. Fisiopatología:

La ansiedad es una respuesta emocional y fisiológica que prepara al organismo para enfrentar situaciones percibidas como amenazantes o desafiantes. Esta respuesta implica una serie de cambios en el cuerpo y el cerebro que facilitan la adaptación y la supervivencia (56,57).

Se cree que los mediadores principales de la ansiedad en el sistema nervioso central son la noradrenalina, la serotonina, la dopamina y el ácido gamma-aminobutírico (GABA). El sistema nervioso autónomo, especialmente el sistema nervioso simpático, media la mayoría de los síntomas.

La amígdala desempeña un papel importante en la atenuación del miedo y la ansiedad. Se ha observado que los pacientes con trastornos de ansiedad muestran una respuesta acentuada de la amígdala a las señales de ansiedad. Las estructuras de la amígdala y del sistema límbico están conectadas con las regiones de la corteza prefrontal, y las anomalías de la activación prefrontal-límbica pueden revertirse con intervenciones psicológicas o farmacológicas(58).

Bases biológicas de la ansiedad:

La ansiedad se origina en el cerebro, donde diversas estructuras neuronales interactúan para procesar y responder a las amenazas. La amígdala cerebral juega un papel central al evaluar la relevancia emocional de los estímulos y activar la respuesta de "lucha o huida". Por otro lado, la corteza prefrontal es responsable de interpretar la naturaleza de la amenaza y coordinar una respuesta conductual adecuada. Además, otras áreas cerebrales contribuyen a la regulación de la ansiedad, modulando la actividad de los sistemas corporales involucrados en la respuesta al estrés(56,57).

Respuestas fisiológicas asociadas:

Cuando se experimenta ansiedad, el cuerpo activa el sistema nervioso autónomo, específicamente la rama simpática, lo que conduce a diversas respuestas fisiológicas:

Aumento de la frecuencia cardíaca: El corazón late más rápido para bombear más sangre y oxígeno a los músculos y órganos vitales.

Dilación de las pupilas: Las pupilas se agrandan para mejorar la visión y la percepción del entorno.

Tensión muscular: Los músculos se preparan para una acción rápida, lo que puede generar sensaciones de rigidez o temblores.

Alteraciones en la respiración: La respiración se vuelve más rápida y superficial para suministrar más oxígeno al cuerpo (56,57).

c. Factores de riesgo asociados a la ansiedad en la adolescencia

Genéticos: entre ellos tenemos reactividad fisiológica y baja inhibición al estímulo (54).

Individuales: dentro de los cuales se encuentran sesgo como atencional a estímulos amenazantes, sensibilidad a los elementos fisiológicos de la ansiedad, regulación emocional pobre, habilidades de afrontamiento dirigidas principalmente a la emoción, poco desarrollo de habilidades de resolución de problemas(54).

Familiares:

Trastorno de ansiedad por parte de alguno de los padres.

Apego inseguro (ansiedad de separación).

Sobre protección o sobre control por parte de los padres.

Rechazo de los padres.

Falta de apoyo emocional.

Afectación del proceso de “Servir y devolver” (54).

Sociales: entre ellos destacan las relaciones problemáticas con pares, victimización por parte de los pares, baja aceptación por parte de los pares, eventos negativos o traumáticos de vida, pobreza y precariedad económica, exposición a la violencia (54).

d. Cuadro clínico: se presenta pensamientos o creencias ansiosas, difíciles de controlar: haciendo que se sentían inquietos, tensos e

interfieren con su vida diaria. No desaparecen y pueden empeorar con el tiempo, dentro de los síntomas físicos tenemos latidos cardíacos fuertes o rápidos, dolores y molestias inexplicables, mareos y falta de aire (59).

e. Clasificación

Trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico, trastorno fóbico, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno por estrés postraumático (55).

f. Diagnóstico

Pasos para el diagnóstico de los trastornos de ansiedad

Escuchar: la descripción que hace el paciente de sus síntomas

Preguntar: preguntar sobre la evolución, estresores y patrón de síntomas.

Evaluar: realizar el examen mental.

Explorar: hacer un examen físico.

Informar: si existen síntomas de ansiedad, informar de la posibilidad de un trastorno de ansiedad. Evite decir "no tiene nada".

Concluir: revisar todos los hallazgos y establecer el diagnóstico específico (60).

Esto debe realizarse según los criterios diagnósticos del DSM V ó el CIE-10.

Los trastornos de ansiedad según se definen en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5.^a ed.; DSM-5; Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2013):

Trastorno de Ansiedad por Separación: Una persona con trastorno de ansiedad por separación presenta ansiedad y miedo atípicos para su edad y nivel de desarrollo a la separación de sus figuras de apego. Presenta miedo o ansiedad persistentes y excesivos ante el daño, la pérdida o la separación de sus figuras de apego. Los síntomas incluyen pesadillas y síntomas físicos. Se desarrollan en la infancia, pero también pueden manifestarse durante la edad adulta (58).

Mutismo Selectivo: Se caracteriza por incapacidad constante para hablar en situaciones sociales, aunque en otras circunstancias sí lo haga, pueda hablar y comprenda el lenguaje hablado, es más frecuente en niños pequeños que en adolescentes y adultos(58).

Fobia específica: Las personas con este problema sienten miedo o ansiedad ante objetos o situaciones específicos que evitan o soportan con intenso miedo o ansiedad. El miedo, la ansiedad y la evitación son casi siempre inmediatos y tienden a ser persistentemente desproporcionados con respecto al peligro real que representa el objeto o la situación. Existen diferentes tipos de fobias: a los animales, a la sangre, a las inyecciones y a las lesiones, y situacionales(58).

Trastorno de Ansiedad Social: Se caracteriza por un miedo o ansiedad intensos o marcados ante situaciones sociales en las que la persona podría ser objeto de escrutinio. La persona teme ser evaluada negativamente en tales circunstancias. También teme ser avergonzada, rechazada, humillada u ofender a los demás, estas situaciones siempre provocan miedo o ansiedad y

se evitan o se soportan con intenso miedo y ansiedad (58).

Trastorno de pánico: Las personas con este trastorno experimentan ataques de pánico recurrentes e inesperados, preocupación persistente por sufrir otro ataque. También presentan cambios de comportamiento asociados a los ataques de pánico que son desadaptativos, como la evitación de actividades y situaciones para prevenirlos. Los ataques de pánico son episodios repentinos de miedo intenso o malestar extremo que alcanzan su punto máximo en cuestión de minutos, acompañados de síntomas físicos y cognitivos como palpitaciones, sudoración, dificultad para respirar, miedo a volverse loco o miedo a morir(58).

Trastorno de Ansiedad Generalizada: La característica principal es la preocupación persistente y excesiva por diversos ámbitos, como el rendimiento laboral y académico, que la persona encuentra difícil de controlar, también puede experimentar inquietud, nerviosismo o nerviosismo; fatiga fácil; dificultad para concentrarse o mente en blanco; irritabilidad, tensión muscular y alteraciones del sueño (58).

Trastorno de ansiedad inducido por sustancias o medicamentos: este trastorno implica síntomas de ansiedad debido a la intoxicación o abstinencia de sustancias o al tratamiento médico (58).

Trastorno de ansiedad debido a otras afecciones médicas: Los síntomas de ansiedad son consecuencia fisiológica de otra afección médica. Algunos ejemplos incluyen enfermedades endocrinas: hipotiroidismo, hipoglucemia e hipercortisolismo; trastornos cardiovasculares: insuficiencia cardíaca congestiva,

arritmia y embolia pulmonar; enfermedades respiratorias: asma y neumonía; trastornos metabólicos: deficiencia de vitamina B12 o porfiria; enfermedades neurológicas: neoplasias, encefalitis y convulsiones(58).

Recomendaciones generales

Se recomienda la utilización del ISRS (fluoxetina, serotonina), como fármacos de primera línea.

Se debe iniciar con 10mg de fluoxetina y 25mg de sertralina. La dosis del fármaco elegido debería ajustarse semanalmente hasta conseguir la dosis efectiva y monitorear efectos secundarios.

En la prescripción de los ISRS, considera: edad, tratamiento previo, tolerancia, efectos secundarios (61).

2.3.3. DEPRESIÓN

a. Definición

La depresión es un trastorno mental caracterizado fundamentalmente por:

- Humor depresivo
- Pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas.
- Cansancio o fatiga que empobrece la calidad de vida y genera dificultades en el entorno familiar, laboral y social (62).

b. Fisiopatología

La fisiopatología de la depresión es compleja, pero con el avance de los estudios se ha determinado que está influenciada por múltiples mecanismos fisiopatológicos que contribuyen a su desarrollo (63).

Alteraciones estructurales y funcionales cerebrales: Estudios de neuroimagen han mostrado que pacientes con depresión presentan cambios en áreas cerebrales clave. Por ejemplo, se ha observado una mayor actividad en la red de saliencia frontoestriatal, que conecta regiones responsables de la regulación del estado de ánimo, en personas con depresión (63).

Disfunción de neurotransmisores: La hipótesis de la deficiencia de monoaminas sugiere que niveles reducidos de neurotransmisores como serotonina, dopamina y noradrenalina están asociados con la depresión. Esta teoría se basa en la observación de que ciertos antidepresivos que aumentan la disponibilidad de estas monoaminas pueden aliviar los síntomas depresivos (64).

Factores genéticos: Investigaciones recientes han identificado numerosos genes que pueden aumentar el riesgo de depresión. Un estudio global identificó 308 genes asociados con un mayor riesgo de depresión, basándose en datos de diversas etnias. Estos genes afectan el funcionamiento neuronal, especialmente en áreas cerebrales que controlan las emociones (65).

Respuesta al estrés y disfunción del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (HHA): El estrés crónico puede alterar la regulación del eje HHA, resultando en una producción excesiva de glucocorticoides. Esta alteración puede afectar la función cerebral y contribuir al desarrollo de la depresión (66).

Depresión y su base bioquímica: Serotonina, noradrenalina y dopamina

Existen tres neurotransmisores que son parte de la base bioquímica de la depresión, lo que impulsa también la neuroanatomía relacionada con tal enfermedad (67).

Serotonina 5-hidroxitriptamina (5-HT)

La serotonina tiene un importante papel en la regulación del deseo sexual, el apetito, apreciación del dolor, ciclo sueño-vigilia, modulación de la ansiedad y la agresividad. Asimismo, es esencial en la producción de la melatonina, relacionada con el estado de ánimo, ciclo de sueño-vigilia y emoción. Es una sustancia sintetizada en las neuronas del sistema nervioso central (SNC) (67).

En la depresión, la síntesis y disponibilidad de la serotonina es menor en los circuitos neuronales. La serotonina se produce a nivel encefálico en los núcleos dorsal y mediano del rafe y, a partir de ahí, surgen vías serotoninérgicas que se dirigen a las siguientes áreas con sus respectivas consecuencias (67).

Corteza orbitofrontal: Involucrada en el proceso cognitivo de la toma de decisiones. La inhibición de la serotonina produce síntomas depresivos y de indecisión.

Córtex cingulado anterior: Involucrado en la motivación, expresión de las emociones y memoria. También, influye en síntomas relacionados con la desmotivación y pensamientos suicidas.

Hipotálamo: Regulador de las funciones del sistema neurovegetativo como el hambre y estados de ánimo. Puede producir síntomas de pérdida del apetito y desinterés en actividades que antes disfrutaba la persona (67).

Formación reticular: Mantiene en equilibrio el sueño-vigilia. De tal forma que la presencia de anomalías puede generar insomnio.

Cuerpo estriado: Interviene en la modulación del movimiento. Por tanto, en la persona con depresión puede aparecer cansancio físico y enlentecimiento psicomotor o agitación.

Médula espinal: Vía de conducción de los impulsos motores sensitivos. La asta dorsal se encarga de la sensación dolorosa. En consecuencia, la disminución de la serotonina produce un decrecimiento del umbral de la percepción (67).

Amígdala: Encargada de regular las emociones, pudiendo producir sensación de tristeza e ideas suicidas (67).

Noradrenalina (NA): Este neurotransmisor implicado en la depresión se origina en el locus cerúleo, el núcleo del encéfalo en el tallo cerebral. Las neuronas del locus ceruleus envían sus axones a las estructuras límbicas, principalmente a la corteza orbitofrontal, córtex cingulado anterior, hipotálamo, médula espinal, corteza, amígdala, cerebelo y corteza prefrontal dorsolateral. Estas neuronas aumentan significativamente la vigilia y, en niveles superiores, alteran el organismo (67).

Por otro lado, niveles bajos o un desequilibrio de dicho neurotransmisor pueden ser causantes de trastornos como psicosis depresiva unipolar o bipolar. Así, existen algunos antidepresivos específicos que están dirigidos a equilibrar los niveles de noradrenalina (67).

Dopamina: Otra de las bases bioquímicas de la depresión

La dopamina es un neurotransmisor inhibitorio en la vía mesocortical y mesolímbica que participa en los estados de alerta. El neurotransmisor está asociado con los mecanismos de recompensa en el cerebro. Por ejemplo, podemos encontrar grandes cantidades

de dopamina en los lóbulos frontales en casos de esquizofrenia. Por otro lado, niveles bajos de dopamina en las áreas motoras del cerebro se relacionan con la enfermedad de Parkinson (67).

Base bioquímica de la depresión

La serotonina, noradrenalina, dopamina, estas tres sustancias son muy importantes y necesarias para el funcionamiento neuronal del cerebro, siendo la base bioquímica de la depresión (67).

De acuerdo con estudios, se plantea que niveles anormales de neurotransmisores monoaminérgicos, como la serotonina, norepinefrina y dopamina, son importantes en la fisiopatología de la depresión (67).

Neuroanatomía de la depresión

Por otro lado, algunas estructuras cerebrales que pueden influir en la presencia de la depresión están, la corteza prefrontal, amígdala, el hipocampo, tálamo, ganglios basales y sus conexiones. Asimismo, se encuentran otros circuitos neuroanatómicos: Circuito límbico-talámico-cortical, circuito límbico-estriado-pálido-talámico-cortical (67).

c. Factores de riesgo asociados

Familia con continuos problemas y discusiones, carencia de estabilidad o afectividad de los padres, inestabilidad emocional de los padres, familias separadas (68).

Factores hereditarios

Historia familiar de la enfermedad, predisposición biológica (68).

d. Cuadro clínico

Humor depresivo, pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas (anhedonia), disminución de la vitalidad con relación al nivel de actividad y cansancio exagerado, pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad, pensamientos de culpa y de ser inútil, trastornos de sueño (insomnio o hipersomnia), trastornos del apetito (anorexia o hiporexia), pensamientos y actos suicidas (68).

e. Clasificación

Depresión mayor, depresión posparto, trastorno disfórico premenstrual, trastorno afectivo estacional, depresión mayor con características psicóticas (68).

f. Diagnóstico

Los criterios diagnósticos de depresión más utilizados, son los de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10) y los de la clasificación de la Asociación Americana de Psiquiatría (Manual Diagnóstico y Estadístico, DSM-5)(69).

Según el (CIE-10) lo clasifica en:

F32.0 Episodio depresivo leve.

F32.1 Episodio depresivo moderado.

F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos.

F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos.

F32.8 Otros episodios depresivos.

F32.9 Episodio depresivo, no especificado.

En cualquiera de los casos, el episodio depresivo debe tener una duración de al menos dos semanas y siempre deben estar presentes como mínimo dos de los tres síntomas considerados típicos de la depresión: Ánimo depresivo, pérdida de interés o de la capacidad para disfrutar, aumento de la fatigabilidad (69).

Diagnóstico diferencial

Según la CIE-10 implica distinguir un episodio depresivo (F32-F33) de trastornos adaptativos, trastorno mixto ansioso-depresivo (F41.2), trastornos bipolares (F31), y causas orgánicas o abuso de sustancias. Es vital descartar patologías físicas (endocrinas, neurológicas) que mimetizan la sintomatología (70).

Ayudas diagnósticas

Evaluación clínica y entrevistas, criterios del DSM-5, instrumentos de cribado (cuestionarios), exámenes médicos físicos, detección de síntomas clave (71).

Adolescencia

a. Definición

La adolescencia es una etapa entre la niñez y la edad adulta, que cronológicamente se inicia por los cambios puberales y que se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones, pero esencialmente positivos; de acuerdo a los conceptos convencionalmente aceptados por la Organización Mundial de la Salud, la adolescencia es la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, considerándose dos fases: la adolescencia temprana (10 a 14

años) y la adolescencia tardía (15 a 19 años) (72) .

Según Papalia, el desarrollo adolescente (aprox. 11-20 años) es una etapa crucial de transición entre la niñez y la adultez, marcada por rápidos cambios físicos (pubertad, madurez sexual), cognitivos (pensamiento abstracto, razonamiento), emocionales (búsqueda de identidad, autoestima) y sociales (influencia de pares), ofreciendo grandes oportunidades de crecimiento, pero también riesgos por la inmadurez cerebral en la toma de decisiones (73).

Cambios Clave según Papalia:

Desarrollo Físico (Pubertad):

Madurez biológica y sexual: Crecimiento rápido, desarrollo de características sexuales primarias y secundarias (vello corporal, senos, órganos sexuales) (73).

Cerebro: Rápida maduración, especialmente de los lóbulos frontales, aunque puede haber desajuste con el sistema límbico (emociones) (73).

Desarrollo Cognitivo:

Pensamiento abstracto y científico: Capacidad de razonar hipotéticamente, considerar múltiples perspectivas y pensamiento formal (73).

Inmadurez: A pesar de la capacidad abstracta, actitudes inmaduras y conductas de riesgo pueden persistir debido a la inmadurez cerebral.

Desarrollo Psicosocial (Búsqueda de Identidad):

Identidad: La tarea central es forjar un sentido de sí mismo, incluyendo la identidad sexual y vocacional.

Grupo de Pares: Amistades y grupos se vuelven vitales para el apoyo emocional y la pertenencia, ejerciendo gran influencia.

Familia: Relaciones a menudo tensas pero generalmente buenas, buscando más independencia (73).

Oportunidades y Riesgos:

Oportunidades: Desarrollo de autonomía, autoestima, intimidad, crecimiento personal y social (73).

Riesgos: Problemas de salud mental, conductas de riesgo (abuso de sustancias, trastornos alimentarios), influenciados por la inmadurez cerebral y la presión social (73).

En resumen, Papalia ve la adolescencia como una etapa dinámica de profunda transformación, donde se consolidan las bases para la adultez, equilibrando el gran potencial con vulnerabilidades inherentes a la transición(73).

2.4. Definición de términos básicos

Factores sociodemográficos. Un factor es un elemento que actúa en conjunto con otros en este caso con sociodemográfico y se refiere a las características generales y al tamaño de un grupo poblacional. Estos rasgos dan forma a la identidad de los integrantes de esta agrupación La edad, el género, la actividad laboral y el nivel de ingresos (74).

Antecedentes personales. Recopilación de la información sobre la salud de una persona lo cual permite manejar y darle seguimiento a su propia información de salud. Los antecedentes personales pueden incluir información sobre alergias, enfermedades, cirugías y vacunas, así como los resultados de exámenes físicos, pruebas y exámenes de detección. Asimismo, contiene información sobre los medicamentos que se toman y sobre los hábitos de salud, como régimen de alimentación y ejercicio. También se llama antecedentes médicos personales, registro personal de salud (75).

Antecedentes familiares. Registro de las relaciones entre los miembros de una familia junto con sus antecedentes médicos. Esto abarca las enfermedades actuales y pasadas. En la historia familiar a veces se observa la distribución de ciertas enfermedades en una familia. También se llama antecedentes familiares e historia médica familiar (76).

Los antecedentes familiares, en relación con la medicina, se refieren al registro de enfermedades y afecciones de salud de una persona y los familiares biológicos de la persona, tanto vivos como muertos. Los antecedentes familiares pueden ayudar a determinar si alguien tiene un mayor riesgo de tener o desarrollar ciertas enfermedades, trastornos o afecciones. Se suele registrar trazando el linaje (o árbol genealógico) que ilustra las relaciones entre las personas (77).

Antecedentes sociales. Que antecede en el tiempo o en el espacio a otra cosa o persona que se toma como referencia, cosa, hecho o circunstancia que es anterior a otra semejante o de su misma clase, a la que condiciona, influye o sirve de ejemplo (53). Del latín sociālis, social es aquello perteneciente o relativo a la sociedad. Recordemos que se entiende por sociedad al conjunto de individuos que comparten una misma cultura y que interactúan entre sí para conformar una comunidad (78).

Factores de riesgo. También se puede definir como una circunstancia detectable de característica biológica o conducta que incrementa la probabilidad de padecer o morir de alguna enfermedad en aquellos individuos que la presentan (79).

El concepto de riesgo es probabilístico; y se refiere a la probabilidad de ocurrencia de un evento o fenómeno en una población o grupo, perteneciente a un lugar determinado y durante un período de tiempo determinado (80).

Factores protectores. Los factores protectores son aquellos que reducen los efectos negativos de la exposición a riesgos y al estrés, de modo que algunos sujetos a pesar de haber vivido en contextos desfavorecidos y de sufrir experiencias adversas, llevan una vida normalizada (Benard, 2004; Rutter; 2007; Uriarte, 2006). También se trata de recursos internos y externos que modifican el riesgo (Fraser, Kirby & Smokowski, 2004) (81).

Son las condiciones o los entornos capaces de favorecer el desarrollo de individuos o grupos y, en muchos casos, de reducir los efectos de circunstancias desfavorables (82).

Ansiedad. La ansiedad puede definirse como una respuesta anticipatoria de un daño o desgracia futura, acompañada de un sentimiento de disforia desagradable, síntomas somáticos de tensión o conductas evitativas (Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria) (83).

Depresión. La depresión es una enfermedad común pero grave que interfiere con la vida diaria, con la capacidad para trabajar, dormir, estudiar, comer y disfrutar de la vida (84).

Adolescente. Fase de la vida que va de la niñez a la edad adulta, o sea desde los 10 hasta los 19 años. Representa una etapa singular del desarrollo humano y un momento importante para sentar las bases de la buena salud.

Los adolescentes experimentan un rápido crecimiento físico, cognoscitivo y psicosocial. Esto influye en cómo se sienten, piensan, toman decisiones e interactúan con su entorno (3).

CAPÍTULO III

PLANTEAMIENTO DE LA (S) HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1. Hipótesis

Ha: Los factores sociodemográficos asociados a la ansiedad y depresión en adolescentes del Centro de Salud Mental Comunitario Renacer Chota - Cajamarca 2021 son edad, sexo, procedencia, estado civil, nivel de instrucción, ocupación, con quien vive, ingresos económicos, antecedentes de ansiedad y depresión, padres con enfermedad mental, apoyo emocional, con quien vive.

Ho: Los factores sociodemográficos no asociados a la ansiedad y depresión en adolescentes del Centro de Salud Mental Comunitario Renacer Chota - Cajamarca 2021 son edad, sexo, procedencia, estado civil, nivel de instrucción, ocupación, con quien vive, ingresos económicos, antecedentes de ansiedad y depresión, padres con enfermedad mental, apoyo emocional, con quien vive.

3.2. Variables/categorías

Variable1

I.- Factores sociodemográficos

- a) Edad
- b) Sexo
- c) Procedencia
- d) Estado civil
- e) Nivel de instrucción
- f) Ocupación

- g) Con quien vive actualmente
- h) Ingresos económicos

Variable 2

Ansiedad

Variable 3

Depresión

Antecedentes personales

- a) Antecedentes de ansiedad
- b) Antecedentes de depresión
- c) Antecedentes de Abuso sexual

Antecedentes familiares

- a) Padres con alguna enfermedad mental.
- b) Apoyo emocional.
- c) Tipo de familia.

3.3. Operacionalización/categorización de los componentes de las hipótesis

Título: “Factores sociodemográficos, asociados a ansiedad y depresión en adolescentes del Centro de Salud Mental Comunitario Renacer Chota - 2021”				
Definición conceptual de las variables/categorías	Definición operacional de las variables/categorías			
	Variables/ categorías	Dimensiones/ factores	Indicadores/ cualidades	Fuente o instrumento de recolección de datos
<u>Variable 1</u> Factores sociodemográficos: Indicadores utilizados para describir a las personas en términos de edad, raza / etnia, sexo, género, nivel educativo en el idioma principal, situación laboral, ingresos, profesión, estado civil, número total de personas que viven en la casa y condiciones de vida, y factores similares(85).	<u>Variable 1</u> Factores sociodemográficos	Edad	Años cumplidos	Ficha sociodemográfica
		Sexo	• Hombre • Mujer	Ficha sociodemográfica
		Procedencia	• Urbano • Rural	Ficha sociodemográfica
		Estado civil	• Soltero (a) • Conviviente	Ficha sociodemográfica

			• Casado (a)	
		Nivel de instrucción	• Sin instrucción • Primaria incompleta • Primaria completa • Secundaria incompleta • Secundaria completa • Superior	Ficha sociodemográfica
		Ocupación	• Estudiante • Ocupado • Desocupado	Ficha sociodemográfica
		Con quien vive	• Padres	Ficha

		actualmente	• Pareja • Familiar • Solo(a)	sociodemográfica
		Ingresos Económicos	Menor de 600 De 601 a 900 De 901 a 1200 De 1201 a 2500 De 2501 a mas	Ficha sociodemográfica

Variables	Definición conceptual	Fuente o instrumento de recolección de datos	Dimensiones	Indicadores/ cualidades	Ítems	Valor final
Variable 2 Ansiedad	Es un mecanismo adaptativo natural que nos permite ponernos alerta ante sucesos comprometidos (55).	Escala De Ansiedad De Hamilton	Psicologica física	Estado de ánimo ansioso	1	0 - 5: no ansiedad 6 - 14: ansiedad leve ≥ - 15: ansiedad moderada/grave (86)
				Tensión.	2	
				Temores.	3	
				Insomnio	4	
				Intelectual	5	
				Estado de ánimo deprimido.	6	
				Síntomas somáticos generales (musculares)	7	
				Síntomas somáticos generales (sensoriales)	8	
				Síntomas cardiovasculares	9	
				Síntomas respiratorios.	10	
				Síntomas gastrointestinales.	11	

Variable 3 Depresión	Trastorno del estado anímico en el cual los sentimientos de tristeza, pérdida, ira o frustración interfieren con la vida diaria durante un período de algunas semanas o más (62).			Síntomas genitourinarios.	12	
				Síntomas autónomos.	13	
				Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico)	14	
		Escala De Hamilton - Hamilton Depresión Rating Scale (HDRS)	Somáticos comportamentales	Humor depresivo	1	No deprimido: 0-7 Depresión ligera/menor: 8-13 Depresión moderada: 14-18 Depresión severa: 19-22 Depresión muy severa: >23 (87)
				Sentimientos de culpa	2	
				Suicidio	3	
				Insomnio precoz	4	
				Insomnio intermedio	5	
				Insomnio tardío	6	
				Trabajo y actividades	7	
				Inhibición psicomotora	8	
				Agitación psicomotora	9	

				Ansiedad psíquica	10	
				Ansiedad somática	11	
				Síntomas somáticos gastrointestinales	12	
				Síntomas somáticos generales	13	
				Síntomas genitales	14	
				Pérdida de peso	16	
				Introspección (insight)	17	

Definición conceptual	Fuente o instrumento de recolección de datos	Dimensiones	Indicadores/ cualidades
Antecedentes personales Recopilación información sobre la salud de una persona lo cual permite manejar y darle seguimiento a su propia información de salud (75).	Cuestionario	Antecedentes de ansiedad:	Si No
	Cuestionario	Antecedentes de Depresión	Si No
Antecedentes familiares Padres con alguna enfermedad mental: Los trastornos mentales son afecciones que impactan su pensamiento, sentimientos, estado de ánimo y comportamiento. Pueden ser ocasionales o duraderas (crónicas). (88). Apoyo emocional: Aliento, ánimo, de una persona a otra en caso de problemas emocionales (89). Tipo de familia: La familia es una institución cambiante, generando transformaciones demográficas, sociales y culturales que han afectado a su configuración (90).	Cuestionario	Padres con alguna enfermedad mental	Si No
	Cuestionario	Apoyo emocional	Si No
	Cuestionario	Tipo de familia	Familia nuclear Familia extensa Familia compuesta Familia monoparental

CAPÍTULO IV

MARCO METODOLÓGICO

4.1. Ubicación geográfica (de acuerdo a la naturaleza de la investigación)

El presente estudio se realizó en el distrito de Chota ubicado en la parte central de la provincia, en la región andina norte del Perú. Su capital se encuentra en la meseta de Acunta a 2,388 msnm y a 150 Km al norte de Cajamarca y a 219 Km al este de Chiclayo, Lambayeque. Limita por el norte con los distritos de Chigurip y Conchán, por el oeste con el distrito de Lajas, por el sur con Bambamarca, distrito y capital de Hualgayog y por el este con el distrito de Chalamarca, cuenta con un territorio de 3,795.2 Km². Este estudio se realizó en el Centro De Salud Mental Comunitario Renacer del distrito de Chota ubicado en el barrio Santa Eulalia, cerca al parque infantil, en el local que anteriormente funcionaba como albergue.

4.2. Diseño de la investigación

El diseño de estudio fue no experimental ya que se realizó sin manipular deliberadamente variables, transversal, porque se recopilaban datos en un solo momento en el tiempo (91). Además, correlacional pues el investigador estableció una relación entre dos variables estrechamente relacionadas (92).

4.3. Métodos de investigación

El método fue cuantitativo porque consiste en recolectar y analizar datos numéricos (93).

4.4. Población, muestra, unidad de análisis y unidades de observación

4.4.1. Población

La población del siguiente estudio estuvo constituida por todos los adolescentes de 10 a 19 años atendidos en el Centro de Salud Mental Renacer Chota 2021 con un total de 182 adolescentes.

4.4.2. Muestra

Para encontrar el tamaño de la muestra se utilizó la siguiente fórmula:

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

$$N = \frac{182 \times (1.96)^2 (0.5)(0.5)}{(0.05)^2 \times (182 - 1) + (1.96)^2 (0.5)(0.5)}$$

$$N = \frac{182 \times (3.8416)(0.25)}{0.0025(181) + (3.8416)(0.25)}$$

$$N = \frac{174.7928}{1.4129}$$

$$N = 124$$

N: Muestra

Z: Nivel de confiabilidad al 95%=1.96

p: Proporción de adolescentes con problemas de ansiedad y depresión = 0.5

Q: Proporción de adolescentes sin ansiedad y depresión =0.5

d: Error de la muestra= 0.05

4.4.3. Unidad de análisis

Cada uno de los adolescentes del “Centro de Salud Mental Comunitario Renacer Chota”.

4.4.4. Unidad de observación

Cada uno de los adolescentes del “Centro de Salud Mental Comunitario Renacer Chota”.

4.5. Técnicas e instrumentos de recopilación de información

La técnica fue la entrevista, la recolección de datos se realizó a través de 03 instrumentos:

- I. cuestionario el cual estuvo dirigido a conocer tres (03) aspectos importantes, estos son: I características sociodemográficas de los adolescentes, este aspecto consta de 08 preguntas en las que se tiene que completar o marcar según corresponda, dentro de estas tenemos a) edad, b) sexo, c) procedencia, d) estado civil, e) nivel de instrucción, f) ocupación, g) con quien vive actualmente, h) ingresos económicos, II antecedentes personales del adolescente, incluye 03 preguntas, a) antecedentes de ansiedad, b) antecedentes de depresión, c) antecedente de abuso sexual, III). Antecedentes familiares, constade 03 preguntas para marcar, a) padres con alguna enfermedad mental, b) apoyo emocional, c) tipo de familia.
- II. **Para evaluar la ansiedad** se utilizó la Escala de Hamilton, la cual está compuesta por 14 ítems, siendo 13 referentes a signos y síntomas ansiosos y el último que valora el comportamiento del paciente durante la entrevista. Se indica para cada ítem una serie de signos y síntomas que pudieran servir de ayuda en su valoración,

aunque no existen puntos de anclaje específicos. En cada caso debe tenerse en cuenta tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. La puntuación total es la suma de las de cada uno de los ítems.

0 - 5: no ansiedad.

6 - 14: ansiedad leve.

≥ - 15: ansiedad moderada/grave (86).

Para medir la asociación en ansiedad se tuvo que replantear las clasificaciones las cuales se clasificó de la siguiente manera.

Clasificación global

No ansiedad a ansiedad muy leve De 0 a 10

Ansiedad leve a ansiedad grave >= 11

Para la validez se aplicó una prueba piloto en 13 adolescentes del Centro De Salud Mental Comunitario Plenitud de la Provincia de Cutervo para la confiabilidad se utilizó el Alfa de Cronbach a la Escala de Ansiedad Hamilton (14 ítems) obteniendo 0,900 calificado como muy bueno.

- III. **Para medir la depresión** se utilizó la escala de Hamilton Depresión Rating Scale (HDRS) es una escala, heteroaplicada, diseñada para ser utilizada en pacientes diagnosticados previamente de depresión, con el objetivo de evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido. Se valora de acuerdo con la información obtenida en la entrevista clínica y acepta información complementaria de otras fuentes secundarias.

Su versión original constaba de 21 ítems [1], posteriormente se realizó una versión reducida con 17 ítems [2], que es la recomendada por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos. La validación de la versión castellana de esta escala se realizó en 1986 por Ramos-Brieva [3]. Diferentes evaluaciones han permitido comprobar la validez discriminante, la fiabilidad y la sensibilidad al cambio, tanto en poblaciones hospitalizadas [3, 4] como ambulatorios [5] (87).

La versión de 17 ítems, o versión americana por haber sido recomendada por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos, omite estos cuatro ítems y sistematiza los criterios de evaluación de cada ítem al modo de un listado de comprobación de síntomas, en un esfuerzo por mejorar su definición. Su contenido se centra fundamentalmente en los aspectos somáticos y comportamentales de la depresión, siendo los síntomas vegetativos, cognitivos y de ansiedad los que más peso tienen en el cómputo total de la escala. Se han identificado distintos factores o índices, de los que los más usados son:

- Índice de melancolía, formado por los ítems 1 (estado de ánimo depresivo), 2 (sensación de culpabilidad), 7 (trabajo y actividades), 8 (inhibición), 10 (ansiedad psíquica) y 13 (síntomas somáticos generales).
- Índice de ansiedad, formado por los ítems 9 (agitación), 10 (ansiedad psíquica) y 11 (ansiedad somática).
- Índice de alteraciones del sueño, formado por los tres ítems referidos a insomnio (4, 5, 6) (86).

Cada cuestión tiene entre tres y cinco posibles respuestas, con una puntuación de 0-2 ó de 0-4 respectivamente. La puntuación total va de 0 a 52. Pueden usarse diferentes puntos de corte a la hora de clasificar el cuadro depresivo. La Guía de Práctica Clínica elaborada por el NICE [6], guía con una alta calidad global en su elaboración y una puntuación de "muy recomendada" según el instrumento AGREE, recomienda emplear los siguientes puntos de corte:

No deprimido: 0-7

Depresión ligera/menor: 8-13

Depresión moderada: 14-18

Depresión severa: 19-22

Depresión muy severa: >23 (87).

En la escala para medir depresión fueron replanteados los puntajes ya que tiene que medir asociación, para la confiabilidad se aplicó una prueba piloto a 13 adolescentes del Centro De Salud Mental Comunitaria Plenitud de la provincia de Cutervo.

Clasificación global

No depresión a depresión ligera de 0 a 13

Depresión moderada a depresión muy severa ≥ 14 , luego se aplicó el Alfa de Cronbach Hamilton Depresión Rating Scale (HDRS) (Escala de Hamilton) (17 ítems) = 0,819 Muy bueno.

4.6. Técnicas para el procesamiento y análisis de la información

Una vez obtenida la información recolectada a través del instrumento los datos fueron calificados y luego ingresados a una base de datos creada en el programa Microsoft Excel para su posterior análisis.

Para el análisis de datos se realizó mediante la estadística descriptiva, ya que su función consiste en la descripción de los datos; ya sea por medio de medidas (estimadores), gráficos o tablas en las que se puedan apreciar claramente el comportamiento y las tendencias de la información recopilada. SPSS versión 26 cuenta con una serie de procedimientos para realizar esta labor, cada uno de los cuales nos ofrece diversas posibilidades y su aplicación depende de las características de la información que contenga cada variable (92). Variado, ya que es un análisis básico, primario, en el cual las características o propiedades de las personas o cosas han de medirse una a una, de modo invariado (94).

Además, bivariado porque es una forma evolucionada de análisis estadístico en el cual se cuantifica a nivel descriptivo e inferencial el nivel de covarianza entre dos variables y de esta forma se da cuenta de la relación entre dos variables. El objetivo fundamental es definir la magnitud y el sentido de la relación entre las variables. De este modo, el análisis conjunto de las varianzas de dos variables (regularmente definidas como X y Y) permite identificar la relación empírica entre éstas (95).

La estadística de asociación en epidemiología, las medidas de asociación son indicadores que miden la fuerza con la que una

determinada enfermedad o evento de salud (que se presume como resultado) está asociada o relacionada con un determinado factor (que se presume como su causa) (96).

Para explorar la posible asociación entre variables categóricas se usó la prueba chi cuadrado o exacta de Fisher en caso la muestra sea pequeña. Además, la información fue procesada utilizando el programa estadístico SPSS versión 26.

Prueba exacta de Fisher: Tomar decisiones con muestras pequeñas Aunque las pruebas estadísticas comunes funcionan bien con conjuntos de datos grandes, las empresas no siempre tienen el lujo de trabajar con conjuntos de datos grandes. De hecho, muchas decisiones deben tomarse utilizando muestras de tamaño reducido, segmentos de clientes muy específicos o acontecimientos poco frecuentes. En estas situaciones, las pruebas tradicionales, como la chi-cuadrado, pueden resultar insuficientes, ya sea porque producen resultados engañosos o porque carecen de la precisión necesaria para actuar con confianza sobre la base de los conocimientos obtenidos(97).

La prueba exacta de Fisher se utiliza para evaluar la asociación entre variables categóricas cuando los datos son limitados. Se aplica con mayor frecuencia a 2×2 tablas de contingencia y calcula la probabilidad exacta de observar datos tan extremos como los recopilados, suponiendo que la hipótesis nula de independencia sea cierta(97).

4.7. Consideraciones éticas en investigación científica.

Respeto y autonomía. Los adolescentes fueron informados sobre su participación en dicho trabajo para lo cual se les hizo firmar un formato de asentimiento informado y autorización de los padres en la cual la decisión que se tomó fue respetada.

Este principio requiere que los sujetos de investigación sean tratados como seres autónomos, permitiéndoles decidir por sí mismos. Se debe brindar protección adicional a los individuos incapaces de decidir por sí mismos. Este principio se aplica a través de la obtención de consentimiento informado (CI). El CI se obtiene de aquellos sujetos de investigación que son capaces de tomar decisiones sobre sí mismos, asegurando su comprensión de la información proporcionada. En el proceso de aplicación de CI se debe proveer información, asegurar que exista entendimiento por parte de los sujetos de investigación y asegurar que los sujetos comprendan que su participación es voluntaria, libre de coerción o incentivos indebidos. Para los individuos que carecen de capacidad de decisión, otras salvaguardas deben proveerse para asegurar protecciones adicionales (98).

Beneficencia: En el presente trabajo de investigación, se garantizó la integridad física y moral de los adolescentes, ya que no fueron sometidos a ningún tipo de tratamiento ni procedimiento que pueda comprometer su bienestar. Asimismo, se respetó su privacidad y se aseguró la confidencialidad de la información que proporcionaron, la cual fue utilizada únicamente con fines

académicos y de manera anónima.

En relación a la ética de investigación, la beneficencia significa una obligación a no hacer daño (no maleficencia), minimización del daño y maximización de beneficios. Este principio requiere que exista un análisis de los riesgos y los beneficios de los sujetos, asegurándose que exista una tasa riesgo/beneficio favorable hacia el sujeto de investigación (98).

La beneficencia sin autonomía daría lugar a actitudes “paternalistas”, decidiendo lo que es mejor para el enfermo sin contar con su opinión e incluso para defenderlo de sí mismo (98)

Justicia: Todos los adolescentes tuvieron la misma oportunidad de formar parte de la muestra del estudio, sin ningún tipo de discriminación o preferencia, garantizando así la equidad en la selección de los participantes.

Este principio se refiere a la justicia en la distribución de los sujetos de investigación, de tal manera que el diseño del estudio de investigación permita que las cargas y los beneficios estén compartidos en forma equitativa entre los grupos de sujetos de investigación, es decir, los sujetos no deben ser elegidos en razón que están fácilmente disponibles o porque su situación los hace más fácilmente reclutables, como sería el caso de sujetos institucionalizados o individuos de menor jerarquía (98).

4.8. Matriz de Consistencia Metodológica:			
PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES
¿Cuáles son los factores sociodemográficos, asociados a Ansiedad y depresión en adolescentes del Centro de Salud Mental Comunitario Renacer Chota 2021”?	Objetivo general Analizar los factores sociodemográficos, asociados a ansiedad y depresión en adolescentes Centro de Salud Mental Comunitario Renacer Chota 2021”?	Alternativa: Los factores sociodemográficos asociados a la ansiedad y depresión en adolescentes del Centro de Salud Mental Comunitario Renacer Chota - Cajamarca 2021 son edad, sexo, procedencia, estado civil, nivel de instrucción, ocupación, con quien vive, ingresos	➤ Factores sociodemográficos. ➤ Ansiedad y depresión.

		económicos, antecedentes de ansiedad y depresión, padres con enfermedad mental, apoyo emocional, con quien vive.	
	➤ Describir las características sociodemográficas de los adolescentes atendidos en el Centro de Salud Mental Comunitario Renacer Chota - Cajamarca 2021.	Hipótesis nula: Los factores sociodemográficos no asociados a la ansiedad y depresión en adolescentes del Centro de Salud Mental Comunitario Renacer Chota -	

	➤ Identificar los antecedentes, personales y familiares de los adolescentes atendidos en el Centro de Salud Mental Comunitario Renacer Chota - Cajamarca 2021. ➤ Identificar los niveles de ansiedad en adolescentes atendidos en el Centro de Salud	Cajamarca 2021 son edad, sexo, procedencia, estado civil, nivel de instrucción, ocupación, con quien vive, ingresos económicos, antecedentes de ansiedad y depresión, padres con enfermedad mental, apoyo emocional, con quien vive.	
--	--	---	--

	Mental Comunitario Renacer Chota- Cajamarca 2021. ➤ Identificar los niveles de depresión en adolescentes atendidos en el Centro de Salud Mental Comunitario Renacer Chota - Cajamarca 2021.		
MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN / DISEÑO DE ESTUDIO	POBLACIÓN Y MUESTRA	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	

El método fue cuantitativo porque consiste en recolectar y analizar datos numéricos (93). El diseño de estudio fué no experimental ya que se realizó sin manipular deliberadamente variables, transversal, porque se recopilaron datos en un solo momento en el tiempo (91). Además, correlacional pues el investigador estableció una relación entre dos	Población: La población considerada en el presente estudio estuvo conformada por 186 adolescentes Muestra: estuvo constituida por 124 adolescentes	Para la recolección de datos: La técnica fue la entrevista, la recolección de datos se realizó a través de un cuestionario el cual estuvo dirigido a conocer tres (03) aspectos importantes, estos son: I características sociodemográficas de los adolescentes, II antecedentes personales del adolescente, III). Antecedentes familiares, Para evaluar la ansiedad se utilizó la Escala de Hamilton (86). Para medir la depresión se utilizó la escala de Hamilton Depresión Rating Scale (HDRS) (87). Técnicas para el procesamiento y análisis de la información: Una vez obtenida la información recolectada a través del instrumento los datos fueron calificados y luego ingresados a una base de datos creada en el programa Microsoft Excel para su posterior análisis. Para el análisis de datos, se hizo un análisis invariado el cual permitió obtener información de cada variable de estudio, a través del uso de la estadística descriptiva como media, mediana, moda, etc. Luego se realizó un análisis bivariado para cruzar las variables de estudio, para lo cual se usó la estadística inferencial y la cual determino
---	--	---

variables estrechamente relacionadas (92).		asociaciones entre ambas variables. Se utilizó pruebas de hipótesis paramétricas y no paramétricas según los datos. Para explorar la posible asociación entre variables categóricas se usó la prueba chi cuadrado o exacta de Fisher. Además, la información fue procesada utilizando el programa estadístico SPSS versión 26.
--	--	--

CAPITULO V

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1. Presentación de resultados análisis interpretación y discusión de resultados

Tabla. Características sociodemográficas de los adolescentes atendidos en el Centro de Salud Mental Comunitario Renacer Chota- Cajamarca 2021.

Características Sociodemográficas		N°	%
Sexo	Hombre	47	38
	Mujer	77	62
Edad	Menor igual a 13	49	40
	De 14 a 16	50	40
	De 17 a más	25	20
Procedencia	Urbano	77	62
	Rural	47	38
Estado civil	Soltero	120	97
	Conviviente	4	3
	Casado	0	0
Nivel de instrucción	Sin instrucción	1	1
	Primaria incompleta	37	30
	Primaria completa	1	1
	Secundaria incompleta	76	61
	Secundaria completa	7	6
	Superior	2	2
Ocupación	Estudiante	116	94
	Ocupado	8	6
	Desocupado	0	0
Con quién vives actualmente	Padres	99	80
	Pareja	18	15
	Familiar	6	5
	Solo	1	1

	Menor igual a 600	40	32
	De 601 a 900	25	20
Ingreso económico mensual	De 901 a 1200	12	10
	De 1201 a 2500	27	22
	De 2501 a más	20	16
Total		124	100

En la tabla 1, se observa las características sociodemográficas de los adolescentes atendidos en el Centro de Salud Mental Comunitario Renacer Chota 2021. Según la Organización Mundial de la Salud la adolescencia es una etapa entre la niñez y la edad adulta, que cronológicamente se inicia por los cambios puberales y que se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones,(1). Por tal motivo se considera que es un grupo en riesgo por estar más vulnerables.

En el presente estudio los resultados fueron, que el sexo con mayor prevalencia es el de las mujeres con 62%. Estos resultados son similares a los encontrados por Vinaccia A et al. En su estudio realizado en Colombia donde el sexo, estado civil, grupo étnico y estrato socioeconómico fueron predictores significativos(25). Este estudio también es similar al de Hernández V, et al. Donde encontró que el 57,7% mujeres(29), asimismo los resultados son similares a los encontrados por Cari I et al. Donde el sexo femenino (54,1%), fue el con mayor porcentaje(32). De acuerdo a esta información y los estudios ya realizados se puede observar que la población adolescente de sexo femenino es la que predomina, esto puede ser porque ellas son las que más asisten a las instituciones prestadoras de salud, además que asisten a las instituciones educativas, ya que son tomadas más en cuenta por las autoridades, a comparación de antaño, que las mujeres no tenían derecho a estudiar menos había instituciones que velen por su bienestar físico y mental como en la actualidad en los que se ha implementado leyes en defensa de sus derechos, que puedan protegerlas(os) , del trabajo

infantil, trata de personas, violencia, contribuyendo de esta manera con el cuidado de su salud física y mental.

Respecto a la edad, el 40% tiene una edad menor e igual a 13 años, con igual porcentaje las edades entre 14 a 16 años, el 20% corresponde a las edades mayores a 17 años de edad.

Según los datos obtenidos en el estudio la edad es un factor importante ya que este grupo está en crecimiento así mismo el riesgo de los adolescentes a los que en la actualidad se encuentran expuestos por lo que es muy importante el soporte familiar, el compartir tiempo de calidad, tener una comunicación asertiva y brindarles la confianza necesaria para poder ayudarles en una mejor toma de decisiones y solución de conflictos.

En cuanto a la procedencia un 62% corresponde a zona urbana, esta información es similar a la que se comparte en la bibliografía ya que Según estudios realizados se encontró que el porcentaje de trastorno depresivo es menor en la zona rural que en la zona urbana (8). Según esta información podemos decir que la población urbana adolescente es la más afectada o podría ser porque hay mayor acceso a los servicios de salud mental en relación con la población rural la cual no tiene acceso a estos servicios o es limitado por la distancia, temas económicos, vías de comunicación en mal estado limitando acceder a estas prestaciones.

En relación al estado civil, el 97% son solteros. Estos datos resaltan que la gran mayoría de adolescentes aún están solos, en cuanto nivel de instrucción, el 61% tienen secundaria incompleta. El 94% de adolescentes son estudiantes, y viven actualmente con sus padres el 80%, esta información nos recalca que la gran mayoría de adolescentes estudia y está bajo el cuidado de sus padres los cuales velan por su bienestar, en cuanto al ingreso económico mensual en las familias el 32% corresponden a menor o igual a 600 soles y el 10% sus ingresos son entre 901 y 1200 soles, los ingresos económicos son un factor muy importante en el cuidado integral de las familias ya que con esto satisfacen sus necesidades básicas, pero en la actualidad esto se ve empañado por la alza de precios en cuanto a los productos

de la canasta básica familiar, por lo que algunos adolescentes en ocasiones se ven en la obligación de trabajar para poder contribuir con los ingresos en la familia.

Por último, podemos decir que la población adolescente representa un gran número de la población y que los padres y la sociedad están en la obligación de protegerlos de los distintos riesgos a los que en la actualidad se encuentran expuestos, ya que la prioridad en esa edad es estudiar.

Tabla 1 Antecedentes, personales y familiares de los adolescentes atendidos en el Centro de Salud Mental Comunitario Renacer Chota – Cajamarca 2021.

Antecedentes		N°	%
Antecedente de ansiedad	No	85	69
	Si	39	31
Antecedente de depresión	No	113	91
	Si	11	9
Antecedente de abuso sexual	No	99	80
	Si	25	20
Padres con antecedente de enfermedad mental	No	80	65
	Si	44	35
Apoyo emocional por padres o algún familiar	No	53	43
	Si	71	57
Tipo familia	Nuclear	48	39
	Extensa	4	3
	Compuesta	17	14
	Monoparental	55	44
Total		124	100

La tabla 2 muestra los antecedentes, personales y familiares de los adolescentes atendidos en el Centro de Salud Mental Comunitario Renacer Chota 2021. En cuanto a si padecieron ansiedad anteriormente el 69% respondieron no. Mientras que el 91% no padeció de depresión anteriormente, estos datos son similares a los encontrados por Moscosos et al. En su estudio encontró que el 8,7% de las mujeres tenía antecedente de ansiedad y solo el 3,8% de hombres(26), con lo que podemos decir que los antecedentes personales aumentan el riesgo de presentar ansiedad y depresión, dentro de los factores de riesgo para la ansiedad en la bibliografía se puede destacar la reactividad fisiológica, baja inhibición al estímulo, sesgo atencional a estímulos amenazantes, sensibilidad a los elementos fisiológicos de la ansiedad, regulación emocional pobre, habilidades de afrontamiento dirigidas principalmente a la

emoción, poco desarrollo de habilidades de resolución de problemas, mientras que la fisiopatología de la depresión es compleja, pero con el avance de los estudios se ha determinado que está influenciada por múltiples mecanismos fisiopatológicos que contribuyen a su desarrollo (54), (55).

Pero estos no aseguran poder padecerlos, además se pueden prevenir implementando estrategias de autocontrol, habilidades sociales, manejo de conflictos, alimentación saludable, actividad física.

En relación a si padecieron de abuso sexual el 80% respondió que no, estos datos son muy importante ya que resalta que los adolescentes atendidos la gran mayoría no pasó por este trauma y sirve para que las familias continúen brindando protección a sus menores hijos, además de observar cualquier cambio en su estado de ánimo para poder brindar el apoyo y soporte necesario, pero el 20% de adolescentes si lo presentó, lo que aumenta el riesgo de padecer ansiedad y depresión ya que el trauma vivido altera su estado emocional, familiar y social, conllevando a cambios en su comportamiento, rendimiento académico, aislamiento social, temores, pesadillas, además de la presión en los procesos legales a los que son expuestos haciéndoles revivir el momento más traumático de su vida, además que en muchos casos las víctimas y sus familias no encuentran la justicia que buscan, y los agresores terminan libres.

El ítem si los padres padecen o padecieron de alguna enfermedad mental, el 65% respondieron no, en este estudio la mayoría de adolescentes no tenían padres con antecedentes de presentar problemas de salud mental, disminuyendo el riesgo de presentarlos ya que en estudios realizados han identificado numerosos genes que pueden aumentar el riesgo de depresión. Un estudio global identificó 308 genes asociados con un mayor riesgo de depresión, basándose en datos de diversas etnias. Estos genes afectan el funcionamiento neuronal, especialmente en áreas cerebrales que controlan las emociones (65).

En relación con el apoyo emocional los padres o algún familiar, el 57% respondió que, si tiene apoyo emocional, esto es fundamental en esta etapa ya que al estar en una etapa de cambios sus emociones están cambiantes, predisponiéndolos a presentar ansiedad o depresión quizá por la falta de habilidades para la solución de conflictos.

En relación al Tipo de familia, el 44% respondió pertenecer a una familia monoparental, esta cifra nos da un panorama de lo que representa la familia en la actualidad, muchos de los adolescentes viven con solo uno de los padres o progenitores, ya que se separaron por distintos motivos o decidieron ser padres solteros, aumentando el riesgo de problemas mentales en los menores, ya que en su gran mayoría el padre no tiene el apoyo económico por parte del otro y tiene que salir a trabajar para cubrir las necesidades básicas de su hogar, dejando a los hijos solos la mayor parte del tiempo, y el tiempo que comparten lo dedican a realizar otras actividades del hogar, dejando a los adolescentes con mucho tiempo libre y solos, sin la supervisión necesaria en cuanto a las actividades a las que dedican su tiempo libre, por lo que los menores en ocasiones se sienten solos, abandonados, no escuchados y menos comprendidos, por lo que muchos de ellos empiezan a presentar ansiedad o depresión, por lo tanto es muy importante el apoyo de la familia para salvaguardar su integridad física y emocional de los adolescentes así como pasar tiempo de calidad con ellos y de esta manera prevenir riesgos en la salud mental de la población adolescente.

Tabla 2 Niveles de ansiedad en adolescentes atendidos en el Centro de Salud Mental Comunitario Renacer Chota- Cajamarca 2021.

Niveles de Ansiedad	N°	%
No ansiedad	22	18
Ansiedad leve	73	59
Ansiedad moderada/grave	29	23
Total	124	100

En la tabla 3, se observa los niveles de ansiedad en adolescentes atendidos en el Centro de Salud Mental Comunitario Renacer Chota 2021. La categoría no ansiedad fué para el 18%, ansiedad leve 59% y 23% ansiedad moderadas/grave.

Estos datos son diferentes a los encontrados por Vinaccia A et al, en los que encontró que el 55.7 % de los participantes presentaron síntomas de ansiedad (25), mientras que Moscosos et al. En su estudio encontró que las mujeres presentan mayores niveles ansiedad; 9,5% de hombres presentaron síntomas ansiosos, y el 17,5% de mujeres, además, el 8,7% de las mujeres tenía antecedente de ansiedad y solo el 3,8% de hombres (26), sin embargo, Flores P et al. Encontró que el 43,9% de los estudiantes adolescentes presentan ansiedad, Los estudiantes de niveles socioeconómicos bajos, tanto superiores como inferiores, mostraron las tasas más altas de ansiedad de 45% y 49.4% (31). Según estos datos obtenidos podemos decir que gran porcentaje de la población adolescente presenta ansiedad puede ser que estos casos se estén tratando en los distintos establecimientos de salud en los cuales se ha implementado el trabajo de los psicólogos asimismo puede deberse a la implementación de psicólogos en los colegios los cuales contribuyen al trabajo de habilidades sociales, solución de conflictos, mejor toma de decisiones, logrando que los estudiantes puedan mejorar su salud

mental.

Según información se calcula que el 3,6% de los adolescentes de 10 a 14 años y el 4,6% de los de 15 a 19 años padece un trastorno de ansiedad(3), mientras que la UNICEFF 2021 menciona que la ansiedad y depresión representan casi la mitad (50%) de los trastornos mentales entre los adolescentes de 10 a 19 años en el mundo y América Latina (5).

Este dato es muy alarmante ya que dicha población estaría más expuesta a presentar otros daños a su salud, el Instituto Nacional de la Salud, también indica que 1 de cada 3 adolescentes entre las edades de 13 y 18 puede tener un trastorno de ansiedad, los cuales cada día se van incrementando en número (15), generando discapacidad y gasto al estado para su tratamiento, rehabilitación e inserción social a nivel mundial, generando otro tipo de problemas dentro del ambiente familiar ya que muchos padres por su formación no aceptan el problema por el que están pasando sus menores hijos.

Según datos del Observatorio Regional de Salud Mental (ORSM) muestran que, en el año 2023, se han atendido a nivel regional un total de 26,344 personas por problemas en su salud mental de los cuales 61% son del género femenino y el 39% masculino, de los cuales (19%) son adolescente, la mayor demanda de atención es por trastornos afectivos (44,3%), siendo los trastornos de ansiedad frecuentes (22), demostrando así que la población de los distintos países lo están presentando.

En la región Cajamarca estos casos van en aumento al igual que en todo el mundo, pero que poco a poco se está poniendo más énfasis en implementar los establecimientos de salud, colegios con profesionales psicólogos, con la finalidad de prevenir, detectar y tratar a tiempo estos problemas contribuyendo de esta manera con el cuidado de la salud mental de los adolescentes y disminuyendo el gasto que conllevar tratarlos, sin dejar de mencionar que la inversión del estado en salud mental es mínimo a comparación de otros países, y el poco

dinero que llega a las entidades de salud que majan el presupuesto en muchas ocasiones no es destinado para el fin, otra de las limitantes es el accesos a los servicios de salud mental que gran parte de la población no tiene acceso porque no hay el profesional o los profesionales no quieren postular a las plazas vacantes por el sueldo y la distancia en las que se encuentran, mucho menos se cuenta con espacios donde los jóvenes desarrollen sus habilidades y dediquen su tiempo libre.

Tabla 3. Niveles de depresión en adolescentes atendidos en el Centro de Salud Mental Comunitario Renacer Chota- Cajamarca 2021.

Niveles de Depresión	N°	%
No deprimido	65	52
Depresión ligera/menor	32	26
Depresión moderada	19	15
Depresión severa	6	5
Depresión muy severa	2	2
Total	124	100

En la tabla 4, se observa los niveles de depresión en adolescentes atendidos en el Centro de Salud Mental Comunitario Renacer Chota 2021. No se encuentran deprimidos el 52%, depresión ligera/menor presenta el 26% de la muestra, en cuanto a la depresión moderada 15%, en relación a depresión severa el 5%, y solo el 2% de la muestra presentó depresión muy severa.

Estos datos difieren de los encontrados por Vinaccia A et al. En las que el 32,2 % presentaron síntomas de depresión (25), al igual que los datos encontrados por Herrera J, et al. En la que los resultados encontrados fueron los trastornos depresivos los cuales afectan a un 22,48% (27), también difiere de los datos encontrados por Flores P et al. En la que determino que el 62,2% manifiestan síntomas de depresión (31). Pero los datos del estudio son similares a los encontrados por Hernández V, et al. En la que determino que el 5.3% presentó depresión intermitente, 4,3% moderada, 1,9% grave y 1% depresión extrema (29), lo mismo que los datos encontrados por Cari I et al. En la que pudo determinar que el 52,6% no presentó depresión, 22,6% presentó depresión leve, 15,8% presentó depresión moderada, y 9% presentó depresión grave (32). Estos datos nos aportan valiosa información acerca de la realidad mundial, nacional y regional sobre este problema de salud mental como es la depresión ya que esta se genera por múltiples situaciones que los adolescentes han vivido

desde su gestación y con el tiempo han ido acumulando y llegado un determinado momento no encuentran la alternativa de solución para dichos conflictos emocionales internos y externos.

Según el Instituto Nacional de Estadística, en España, en julio de 2020, la prevalencia de depresión en mujeres era del 7,15 %, frente al 3,5 % de los hombres(7). Haciéndonos recordar que las mujeres tienen más riesgo de presentar depresión en relación a los varones, por su misma fisiología que las hace diferente que a los varones.

En México el indicador en depresión y la diferencia de género es muy relevante, pues entre los hombres, la sensación de “muchacha depresión” afectó a 2.095 millones, mientras que la misma intensidad entre las mujeres afectó a un total de 4.95 millones. Asimismo, del total de personas que toman antidepresivos, alrededor de 414 mil son hombres, mientras que 1.22 millones son mujeres (9). En la que podemos decir que la depresión conlleva a grandes gastos para los estados a nivel mundial no solo en lo económico sino también generando discapacidad en las distintas áreas de la vida, también años de vida perdidos ya que muchos de los casos terminan en suicidio, estos problemas en el Perú están en aumentos y se considera que para el 2030 será una de las principales causas de morbilidad.

Según estudios realizados en el Perú el problema de salud mental que mayor carga de enfermedad genera es la depresión unipolar, que causa la pérdida de 224, 535 (3,9% del total), determinando 7,5 años perdidos por cada mil habitantes, especialmente en el componente de discapacidad. En la población mayor de 12 años, los trastornos más frecuentes son los episodios depresivos, con una prevalencia anual que varía del 4% en Lima rural y 8,8% en Iquitos; y, se estima un promedio nacional de 7,6% (12), ya que estos problemas conllevan a deserción escolar, problemas en el sueño, problemas en la alimentación, vestimenta e higiene descuidada, aislamiento social, anhedonia.

Según la UNICEFF PERU 2021 los trastornos mentales son una causa de sufrimiento que en

muchos casos no es atendida y que perjudica la salud y educación de la niñez y adolescencia. De acuerdo con el documento 19% de los jóvenes entre 15 a 24 años de 21 países declararon, en el primer semestre de 2021, a menudo se sienten deprimidos o tienen poco interés en realizar alguna actividad (5).

En el caso del Perú, la cifra es del 16% (5), mientras que en la región Cajamarca en el año 2017 se evidenció que el 39% de adolescentes no presenta de depresión; un 37,7% presentan depresión leve; 17,7% tienen depresión moderada y un 5,6% manifiestan depresión severa (20), estos datos son similares a los encontrados actualmente en el estudio, no sin antes incentivar para que las autoridades locales, nacionales y regionales implementen estrategias o planes de trabajo para contribuir con la mejora de la calidad de salud mental en los adolescentes y sus familias, ya aunque muchos padres no saben qué hacer con la situación que aqueja a sus hijos, además de lidiar con los cambios propios de su edad, por lo que es muy importante el trabajo multisectorial con la finalidad de mejorar la salud mental de los adolescentes y contribuir con la disminución de gastos para el estado en cuanto al tratamiento para estas personas y no solo esto sino aumentar la productividad de este grupo etéreo e incluso aumentando los años de vida perdidos por la presencia de depresión.

Tabla 4. Factores sociodemográficos asociados a ansiedad en adolescentes atendidos en el Centro de Salud Mental Comunitario Renacer Chota 2021.

Factores Sociodemográficos	Rpta	Escala de Ansiedad Hamilton						
		No ansiedad n = 22		Ansiedad leve n =73		Ansiedad moderada/grave n =29		
		N°	%	N°	%	N°	%	
Estado civil	Soltero	22	100	73	100	25	86	Chi = 13.540
	Conviviente	0	0	0	0	4	14	
	Casado	0	0	0	0	0	0	Sig. = 0.001
Ocupación	Estudiante	21	95	71	97	24	83	Chi = 7.393
	Ocupado	1	5	2	3	5	17	
	Desocupado	0	0	0	0	0	0	Sig. = 0.025

Según la tabla 5 Factores sociodemográficos asociados a ansiedad en adolescentes atendidos en el Centro de Salud Mental Comunitario Renacer Chota 2021, en la cual se determinó que el sexo no se asocia a ansiedad con un Sig. = 0.681, del mismo modo la edad con Sig. = 0.095 no se asoció con ansiedad, procedencia Sig. = 0.946, nivel de instrucción Sig. = 0.466, con quien viven actualmente Sig. = 0.673, e ingresos económicos Sig. = 0.523, los cuales también no se asociaron con la ansiedad.

Si se asoció significativamente el estado civil Sig. = 0.001 y ocupación Sig. = 0.025, estos resultados nos indican que el estado civil y ocupación aumentan el riesgo de presentar ansiedad en la adolescencia.

Estos resultados difieren de los encontrados por Vinaccia A et al. En la cual el sexo, estado civil, grupo étnico y estrato socioeconómico fueron predictores significativos de la ansiedad (25). Del mismo modo Moscosos et al. Encontró que los ingresos económicos no generan ansiedad (26). Mientras que Flores P et al. Determinó que los factores que se asociaron con ansiedad fueron la edad, el maltrato físico/psicológico, el funcionamiento familiar, el nivel socioeconómico, el fallecimiento de algún familiar y la presencia de familiares que consumen sustancias alcohólicas y/o drogas (31).

En tanto Suárez J et al. No encontró asociación entre ansiedad, con las variables sociodemográficas, excepto en el caso de la variable sexo (30). Según la bibliografía menciona diversos factores que pueden predisponer a un adolescente para la presentación de ansiedad dentro de estos encontramos los factores genéticos, como la reactividad fisiológica, baja inhibición al estímulo, dentro de los factores individuales tenemos sesgo atencional a estímulos amenazantes, sensibilidad a los elementos fisiológicos de la ansiedad, regulación emocional pobre, habilidades de afrontamiento dirigidas principalmente a la emoción, poco desarrollo de habilidades de resolución de problemas, dentro de los factores

familiares tenemos el trastorno de ansiedad por parte de alguno de los padres, apego inseguro (ansiedad de separación), sobre protección o sobre control por parte de los padres, rechazo de los padres, falta de apoyo emocional, y dentro de los sociales se menciona a relaciones problemáticas con pares, victimización y baja aceptación por parte de los pares (54),(55).

Por lo tanto se debe realizar proyectos que involucren distintas esferas del estado para poder contribuir con la mejora de la calidad de vida de estos usuarios.

Según los resultados presentados en los antecedentes estos son similares a las del presente estudio en cuanto a que no hay asociación de ansiedad con factores sociodemográficos, pero difiere en los resultados de algunos ítems en los cuales si hubo asociación, por tal motivo se sugiere continuar realizando más estudios, quizá más específicos en cuanto a los factores de riesgo o quizá la utilización de otros medios y pruebas de verificación.

Tabla 6. Antecedentes personales asociados a ansiedad en adolescentes atendidos en el Centro de Salud Mental Comunitario Renacer Chota 2021.

Antecedentes personales	Rpta.	Escala de Ansiedad Hamilton						
		No ansiedad N = 22		Ansiedad leve N =73		Ansiedad moderada/grave N= 29		
		N°	%	N°	%	N°	%	
Antecedente de abuso sexual	No	18	82	63	86	18	62	Chi = 7.637
	Si	4	18	10	14	11	38	Sig. =0.022
Apoyo emocional por padres o algún familiar	No	14	64	25	34	14	48	Chi = 6.440
	Si	8	36	48	66	15	52	Sig. = 0.04

En la tabla 7 Antecedentes personales asociados a ansiedad en adolescentes atendidos en el Centro de Salud Mental Comunitario Renacer Chota 2021, se puede observar que los antecedentes de ansiedad con Sig. = 0.290, antecedentes de depresión Sig. = 0.186, padres con antecedentes de enfermedad mental Sig. = 0.445 tipo de familia Sig. = 0.263, no se asocian con la presencia de ansiedad.

Se asoció significativamente con los antecedente de abuso sexual Sig. = 0.022, apoyo emocional por padres o algún familiar Sig. = 0.040 esta información es similar a la de la literatura en la cual nos dice que la ansiedad es un sentimiento vago y desagradable de temor que se acompaña de diversas sensaciones corporales , puede ser normal o adaptativa, en cuanto que ésta da paso a conductas de seguridad y protección que permiten la solución de problemas; o puede ser desadaptativa si ocurre aun sin un estímulo presente, o su duración e intensidad se prolongan y generan deterioro en la funcionalidad o adaptación (Raffo y Pérez, 2009).

En realidad, un cierto grado de ansiedad proporciona un componente adecuado de precaución en situaciones especialmente peligrosas. Una ansiedad moderada puede ayudarnos a mantenernos concentrados y afrontar los retos que tenemos por delante. Sin embargo, el sistema de respuesta a la ansiedad se ve desbordado y funciona incorrectamente.

Más concretamente, la ansiedad es desproporcionada con la situación e incluso, a veces, se presenta en ausencia de cualquier peligro. Dentro de los factores de riesgo asociados a la ansiedad en la adolescencia tenemos los genéticos, individuales, familiares y dentro del cual se encuentran el apego inseguro, sobre protección o sobre control por parte de los padres, rechazo de los padres, falta de apoyo emocional este último destacado en el presente estudio, este puede resaltar la probabilidad que los lazos afectivos durante los primeros años de vida y la adolescencia son primordiales para generar independencia, seguridad, buena autoestima, adquisición de habilidades para la solución de conflictos (54), (55),

ya que en los adolescentes en esta etapa están muy vulnerables emocionalmente a cualquier acontecimiento y hecho estresante predisponiéndolos a presentar ansiedad, por lo que se recomienda a los padres pasar el mayor tiempo de calidad que sea posible con sus hijos, fortaleciendo lazos de amor, respeto, comprensión, seguridad, e independencia para una buena toma de decisiones y solución de conflictos de manera asertiva.

Dentro de los factores Sociales encontramos la presencia de eventos negativos o traumáticos de vida y exposición a la violencia (37) esto concuerda con dicho estudio ya que se observa que tener antecedente de abuso sexual aumenta el riesgo de presentar ansiedad ya que este se considera un acto de violencia y a la vez un evento traumático al cual los adolescentes estuvieron expuestos, generando sintomatología física como latidos cardíacos fuertes o rápidos, dolores y molestias inexplicables, mareos y falta de aire, desmayos, sueño alterado, pesadillas, apetito aumentado o disminuido, en lo psicológico presencia de pensamientos distorsionados, anhedonia, estos síntomas se pueden evidenciar al momento que los usuarios llegan a los consultorios de salud mental para los tratamientos correspondientes y que estos poco a poco son controlados, pero los sistemas de justicia son grandes barreras que limitan la mejora de los usuarios víctimas de violencia, muchos de ellos no encuentran la justicia esperada por la corrupción en muchos de los procesos legales, juicios interminables, pericias psicológicas incongruentes, revictimización a los usuarios.

Por tal motivo se sugiere a los padres y tutores de los adolescentes poder brindar a sus hijos confianza, empatía, para que ellos puedan comunicarles cualquier situación que ponga en peligro su integridad física y mental, ya que la gran mayoría de casos de violencia y sobre todo de abuso sexual ocurren dentro del círculo más cercano

Tabla 8. Factores sociodemográficos asociados a depresión en adolescentes atendidos en el Centro de Salud Mental Comunitario Renacer Chota- Cajamarca 2021.

Factores sociodemográficos		Escala De Hamilton - Hamilton Depresión Rating Scale (HDRS)										
		No deprimido n = 65		Depresión ligera/menor n = 32		Depresión moderada n = 19		Depresión severa n = 6		Depresión muy severa n = 2		
Rpta.	frec.	%	frec.	%	frec.	%	frec.	%	frec.	%		
Edad	Menor igual a 13	31	48	9	28	6	32	3	50	0	0	Chi = 15.955
	De 14 a 16	26	40	16	50	7	37	1	17	0	0	
	De 17 a más	8	12	7	22	6	32	2	33	2	100	Sig.= 0.043
Estado civil	Soltero	65	100	32	100	16	84	5	83	2	100	Chi = 16.379
	Conviviente	0	0	0	0	3	16	1	17	0	0	
	Casado	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Sig.= 0.003
Ocupación	Estudiante	63	97%	31	97%	15	79%	5	83%	2	100%	Chi = 9.700
	Ocupado	2	3%	1	3%	4	21%	1	17%	0	0%	
	Desocupado	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	Sig. = 0.046

Ingreso económico mensual	Menor igual a 600	19	29	13	41	6	32	2	33	0	0	Chi = 30.395
	De 601 a 900	18	28	1	3	4	21	1	17	1	50	
	De 901 a 1200	5	8	2	6	3	16	2	33	0	0	Sig. = 0.016
	De 1201 a 2500	14	22	13	41	0	0	0	0	0	0	
	De 2501 a más	9	14	3	9	6	32	1	17	1	50	

Tabla 7 Factores sociodemográficos asociados a depresión en adolescentes atendidos en el Centro de Salud Mental Comunitario Renacer Chota 2021. En la que el sexo con un valor de Sig. = 0.346, procedencia con Sig. = 0.617, nivel de instrucción con una Sig. = 0.378, con quién vives actualmente Sig. = 0.987, no se asociaron significativamente.

Se asoció significativamente con la edad resultando un valor de Sig. = 0.043, estado civil Sig. = 0.003, ocupación Sig. = 0.046, ingreso económico mensual Sig. = 0.016, esto nos indica que tener una edad menor a 19 años aumenta el riesgo de presentar depresión ya que durante esa etapa los menores están pasando por múltiples cambios tanto biológicos, psicológicos, sociales, durante el cual empiezan a presentar síntomas depresivos, muchos posiblemente tenía problemas en la infancia, como problemas conductuales, irritabilidad, pérdida de interés para realizar actividades que antes disfrutaban, pero estos cambios son vistos por sus padres o cuidadores como malcriadez, desobediencia, rebeldía, esto podría ser porque los padres trabajan y en casa pasan poco tiempo además de no pasar tiempo de calidad con ellos por lo que no pueden ver dichos cambios o generan desconfianza en ellos prefiriendo callar o contarle a sus amigos.

El estado civil es este estudio también se considera como un factor que aumenta el riesgo de presentar depresión podría ser porque en la actualidad el tema económico es una preocupación para las familias, ya que con los ingresos que reciben quizá no les alcanza para cubrir sus necesidades básicas teniendo en cuenta el incremento en los precios de los productos de la canasta familiar, en la cual los padres a veces tienen problemas en casa con sus parejas por estos temas, generando preocupación en muchos adolescentes.

Este estudio es similar de Herrera J, et al. en la cual no encontró ninguna variable sociodemográfica estadísticamente significativa que se relacione con los trastornos depresivos. Sin embargo, a la luz del análisis estadístico se encontró tres factores que pueden asociarse a la presencia de trastornos depresivos: adolescentes sin educación básica completa, que se encuentran activos laboralmente y que pertenecen a la etnia indígena (27).

De la misma manera Hernández V, et al. Determino que Los factores sociodemográficos como sexo, grado escolar y práctica deportiva se asocian directamente a niveles de depresión en los adolescentes (29). A si mismo Suárez J et al. No se encontró asociación entre ansiedad, depresión y estrés con las variables sociodemográficas, excepto en el caso de la variable sexo (30). Según Cari I et al. En su estudio llego a la conclusión, que la depresión no está asociada a los factores sociodemográficos (32). Por tal motivo podemos decir que el presente estudio es similar a la mayoría de los resultados de los antecedentes presentados.

Tabla 9. Antecedentes personales asociados a depresión en adolescentes atendidos en el Centro de Salud Mental Comunitario Renacer Chota- Cajamarca 2021.

		Escala De Hamilton - Hamilton Depresión Rating Scale (HDRS)									
Antecedentes personales	Rpta.	No deprimido n = 65		Depresión ligera/menor n = 32		Depresión moderada n = 19		Depresión severa n = 6		Depresión muy severa n = 2	
		N°	%	frec.	%	frec.	%	frec.	%	frec.	%
Antecedente de depresión	No	60	92	28	88	19	100	6	100	0	0
	Si	5	8	4	12	0	0	0	0	2	100
Chi = 23.612		Sig.=0.000									

Tabla 8 Antecedentes personales asociados a depresión en adolescentes atendidos en el Centro de Salud Mental Comunitario Renacer Chota 2021. En el presente estudio se encontró que los antecedentes de depresión no se asocian con esta, en cuanto a los antecedentes de ansiedad se obtuvo Sig. = 0.234, en relación a antecedente de abuso sexual Sig. = 0.156, padres con antecedente de enfermedad mental Sig. = 0.667, apoyo emocional por padres o algún familiar, Sig. = 0.265, el tipo de familia Sig. = 0.529.

Se asoció significativamente con antecedente de depresión Sig. = 0.000, esto nos indica que los adolescentes que hayan tenido o presentado depresión anteriormente tienen mayor riesgo de presentarlo, según la bibliografía indica que dentro de los síntomas que podemos observar en la depresión están el humor depresivo, pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, cansancio o fatiga que empobrece la calidad de vida y genera dificultades en el entorno familiar, laboral y social (62). Conllevando a los adolescentes a dejar el colegio, y otras actividades diarias que quizá para una persona aparentemente sana se logra realizar en minutos, mientras que a ellos les cuesta hacer el mínimo esfuerzo, por lo tanto se ha determinado que esta enfermedad es multicausal.

Esta puede ser por alteraciones estructurales y funcionales cerebrales, disfunción de neurotransmisores, dentro de los cuales encontramos deficiencia de monoaminas en niveles reducidos de neurotransmisores como son la serotonina, dopamina y noradrenalina, influenciada por múltiples mecanismos fisiopatológicos que contribuyen a su desarrollo (64). Factores genéticos en la cual un estudio global identificó 308 genes asociados con un mayor riesgo de depresión, basándose en datos de diversas etnias. Estos genes afectan el funcionamiento neuronal, especialmente en áreas cerebrales que controlan las emociones (65).

La respuesta al estrés y disfunción del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (HHA): El estrés crónico puede alterar la regulación del eje HHA, resultando en una producción excesiva de glucocorticoides. Esta alteración puede afectar la función cerebral y contribuir al desarrollo de la depresión (66).

Dentro de los factores de riesgo según la bibliografía también menciona a tener una familia con continuos problemas y discusiones, carencia de estabilidad o afectividad de los padres, inestabilidad emocional de los padres, familias separadas, factores hereditarios, historia familiar de la enfermedad, predisposición biológica (68).

Esta información difiere de la encontrada en el presente estudio ya que se determinó que solo los antecedentes personales de depresión posiblemente podría aumentar el riesgo de presentarla en tal caso podría ser similar a la predisposición biológica, por tal motivo se considera un problema que genera discapacidad y años de vida perdidos, además del gasto económico que genera a la familias sobre todo a las que no cuentan con un seguro de salud y al estado para poder tratarlas, e insertar nuevamente en las distintas áreas de su vida demanda del trabajo de varios profesionales y los tratamientos son largos, incluso recibiendo tratamiento algunos casos terminan en suicidio.

Por tal motivo se recomienda a las familias, padres, tutores, cuidadores poder estar pendientes del comportamiento, cambios bruscos de humor, y cualquier otro síntoma de depresión para que esta sean diagnosticada oportunamente y se lleve un tratamiento adecuado, previniendo complicaciones y disminuyendo el tiempo que llevara su recuperación, ya que la familia es el principal soporte y apoyo para superar dicho problema de salud, asimismo prevenir la forma más grave de esta en la cual está el suicidio.

Las autoridades de salud también son responsables de poder continuar implementando más programas que sean eficaces en la identificación y tratamiento oportuno de este problema de salud que va en aumento. Las instituciones educativas también son entes que deben apoyar con la identificación de casos ya que los adolescentes están la mayor parte del tiempo dentro de ellas por lo que los docentes, psicólogos designados actualmente están en la obligación de poder observar, e identificar este problema de salud y realizar las derivaciones correspondientes para el tratamiento oportuno.

5.2. Contrastación de hipótesis

Ha: Los factores sociodemográficos asociados a la ansiedad y depresión en adolescentes del Centro de Salud Mental Comunitario Renacer Chota - Cajamarca 2021 fueron edad, sexo, procedencia, estado civil, nivel de instrucción, ocupación, con quien vive actualmente, ingresos económicos, antecedentes personales y antecedentes familiares.

Ho: Los factores sociodemográficos no asociados a la ansiedad y depresión en adolescentes del Centro de Salud Mental Comunitario Renacer Chota - Cajamarca 2021 fueron edad, sexo, procedencia, estado civil, nivel de instrucción, ocupación, con quien vive actualmente, ingresos económicos, antecedentes personales y antecedentes familiares.

Para contrastar las hipótesis, dividimos ansiedad con factores sociodemográficos y depresión con factores sociodemográficos.

Por ser de pequeña muestra se usó la Prueba exacta de Fisher, similar a Chi cuadrado para determinar la asociación o relación.

Relación de los factores sociodemográficos con la ansiedad y depresión

		Relación	Ansiedad	Depresión	Total
Factores sociodemográficos	Si		3	2	5
	No		5	6	11
	Total		8	8	16

Nota: Relación de los factores sociodemográficos con la ansiedad y depresión viene de la Tabla 6 y Tabla 8

P valor = 0,641025

Mayor a 0,05; por tanto, no se rechaza H_0 ; en consecuencia:

No existe relación significativa entre los factores sociodemográficos, asociados a ansiedad y depresión en adolescentes del Centro de Salud Mental Comunitario Renacer Chota 2021, con nivel de significación 5% o 0.05.

CONCLUSIONES

- Las principales características sociodemográficas de los adolescentes atendidos en el Centro de Salud Mental Comunitario Renacer Chota – Cajamarca 2021 son: más de la mitad son mujeres. Casi la mitad tiene entre 13 a 16 años y la quinta parte es mayor a 17 años, en cuanto a la procedencia la mayoría de adolescentes son de la zona urbana. En cuanto al estado civil la gran mayoría son solteros, el nivel de instrucción en más de la mitad fue secundaria incompleta y se ocupan en gran mayoría a estudiar, actualmente la mayoría vive con sus padres. En cuanto a los ingresos la tercera parte perciben un ingreso familiar menor o igual a 600 soles mensuales. En relación a los antecedentes, personales y familiares más de la mitad no tenía antecedentes de ansiedad.
- La gran mayoría no había experimentado episodios previos de depresión, y no había sido víctima de abuso sexual. Mas de la mitad tuvieron padres o familiares sin antecedentes de alguna enfermedad mental y solo la tercera parte mostró resultados positivos, en cuanto al tipo de familia casi la mitad era monoparental.
- En cuanto a los niveles de ansiedad en adolescentes atendidos en el Centro de Salud Mental Comunitario Renacer Chota – Cajamarca 2021 más de la mitad tuvo ansiedad leve.
- En relación a los niveles de depresión en adolescentes atendidos en el Centro de Salud Mental Comunitario Renacer Chota – Cajamarca 2021 más de la mitad no presento depresión, casi la tercera parte tuvo depresión leve y muy poca depresión muy severa.
- En el presente estudio se determinó que no existen relación significativa con todos los factores sociodemográficos, asociados a ansiedad y depresión en adolescentes atendidos en el Centro de Salud Mental Comunitario Renacer Chota – Cajamarca

2021, solo se asoció significativamente con estado civil Sig. = 0.001, ocupación Sig. = 0.025, antecedente de abuso sexual Sig. = 0.022, apoyo emocional por padres o algún familiar Sig. = 0.040, edad Sig. = 0.043 , estado civil Sig. = 0.003, e ingreso económico mensual Sig. = 0.016

RECOMENDACIONES

Al finalizar el presente trabajo de investigación, se formulan las siguientes recomendaciones:

Que el Centro de Salud Mental Comunitario Renacer implemente estrategias y planes de trabajo en convenio con las distintas instituciones educativas con temas de salud mental, habilidades sociales dirigida a adolescentes, padres de familia, cuidadores o tutores.

A la DIRESA Cajamarca implementar programas en la etapa de vida adolescente referente a la promoción y prevención de problemas y trastornos en salud mental entre ellas la ansiedad y depresión que en la actualidad están en aumento, asimismo la implementación de lugares de ocio, actividad física y desarrollo de otras habilidades, estas últimas en coordinación con las municipalidades distritales y provinciales.

Al Ministerio de Salud, continuar implementando los establecimientos de salud de todo el territorio con profesionales capacitados en salud mental, así como fortalecer los centros de salud mental comunitario para que se continúe realizando actividades de promoción de la salud, además a la universidad Nacional de Cajamarca realizar trabajos de investigación relacionados con problemas de salud mental puesto que en la actualidad se presentan con mayor número de casos.

A los padres de familia, fortalecer la comunicación con sus hijos de manera abierta y asertiva, promoviendo un entorno de confianza y apoyo. Asimismo, que asuman el compromiso de llevar a sus hijos adolescentes a sus respectivos controles y en cada consulta se les realice una evaluación psicológica, ya que de esta manera se podrá detectar a tiempo posibles problemas de salud mental, facilitando un tratamiento oportuno y favoreciendo una recuperación más efectiva.

A los adolescentes poner en práctica habilidades sociales para la resolución de conflictos, hacer buen uso de los medios electrónicos, realizar actividad física 30 minutos diario y programación de actividades en un horario.

A las instituciones de formación superior incentiven a la elaboración de más estudios en temas de salud mental en la zona ya que actualmente se cuenta con establecimientos prestadores de servicios a usuarios con problemas de salud mental, los cuales pueden facilitar la información y sea más fácil la recolección de dicha información, estos programas se han ido implementando y mejorando con el tiempo actualmente muchas de la cabeceras de las Micro Redes de Salud cuentan con el trabajo de un personal de psicología, el estado también está mejorando estas brechas con la implementación de más establecimientos prestadores de servicios en salud mental contribuyendo a la mejora de la misma, aún falta mucho pero se debe continuar trabajando desde nuestros centros de trabajo o desde el lugar en que nos encontremos para mejorar la calidad de vida de los usuarios, las familias y la comunidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pineda S, Aliño M. El concepto de adolescencia [Internet]. [citado 9 de enero de 2023]. Disponible en: <https://es.slideshare.net/slideshow/el-concepto-de-adolescenciapdf/259825928>
2. Organización Mundial de la Salud. Salud mental del adolescente [Internet]. 2021 [citado 1 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
3. Organización Mundial de la Salud. Salud del adolescente [Internet]. 2023 [citado 31 de enero de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/health-topics/adolescent-health>
4. Organización Panamericana de la Salud. Salud Mental [Internet]. 2022 [citado 1 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/salud-mental>
5. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Estado Mundial de la Infancia de UNICEF destaca el modelo peruano de atención comunitaria a la salud mental [Internet]. 2021 [citado 15 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://www.unicef.org/peru/comunicados-prensa/estado-mundial-de-la-infancia-unicef-destaca-modelo-peruano-atencion-comunitaria-salud-mental>
6. Cuello C. Mapeo en salud mental adolescente en América Latina y el Caribe [Internet]. [citado 28 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.codajic.org/sites/default/files/sites/www.codajic.org/files/Mapeo%20en%20Salud%20Mental%20Adolescente%20en%20Am%C3%A9rica%20Latina%20y%20El%20Caribe.pdf>
7. Parramon G. ¿Por qué las mujeres tienen más trastornos depresivos que los hombres? [Internet]. 2022 [citado 16 de febrero de 2023]. Disponible en:

<https://depression.som360.org/es/monografico/mujer-salud-mental/articulo/mujeres-tienen-mas-trastornos-depresivos-hombres>

8. Provencal ML. Depresión en la vida urbana y en la vida rural [Internet] [Trabajo final de grado]. [Palma de Mallorca -España]: Universitat de les Illes Balears; 2013 [citado 16 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://dspace.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/104/depresi%C3%B3n%20en%20la%20vida%20urbana%20y%20en%20la%20vida%20rural.pdf?sequence=1>
9. Organización Mundial de la Salud. Descifremos [Internet]. [citado 16 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/280081/descifremos15-2.pdf>
10. Gómez-Restrepo C, Aulí J, Tamayo Martínez N, Gil F, Garzón D, Casas G. Prevalencia y factores asociados a trastornos mentales en la población de niños colombianos, Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM) 2015. Revista Colombiana de Psiquiatría. diciembre de 2016; 45:39-49.
11. Tapia R. La salud mental en el Perú, marco normativo nacional Y legislación comparada [Internet]. 2017 [citado 28 de marzo de 2021]. Disponible en: [http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con5_uibd.nsf/FE22EFB78C85300B052581D400544D9F/\\$FILE/Salud_mental_Per%C3%BA_legislaci%C3%B3n_Am%C3%A9rica_del_Sur.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con5_uibd.nsf/FE22EFB78C85300B052581D400544D9F/$FILE/Salud_mental_Per%C3%BA_legislaci%C3%B3n_Am%C3%A9rica_del_Sur.pdf)
12. Ministerio de Salud. Lineamientos de política sectorial en salud mental Perú 2018 [Internet]. 2018 [citado 1 de abril de 2024]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4629.pdf>
13. Estado Mundial de la Infancia de UNICEF destaca el modelo peruano de atención comunitaria a la salud mental [Internet]. [citado 15 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.unicef.org/peru/comunicados-prensa/estado-mundial-de-la-infancia->

14. Hospital Regional Docente Cajamarca. Análisis de situación de salud año 2019 [Internet]. 2020 [citado 28 de julio de 2021]. Disponible en: http://www.hrc.gob.pe/media/portal/BRGKY/documento/9033/ASIS_HRDC_A%C3%91O_2019.pdf?r=1606503282
15. McCarthy C. HealthyChildren.org. 2019 [citado 21 de noviembre de 2022]. La ansiedad en los adolescentes va en aumento: ¿qué está pasando? Disponible en: <https://www.healthychildren.org/Spanish/health-issues/conditions/emotional-problems/Paginas/Anxiety-Disorders.aspx>
16. INFOCOP Consejo General de la Psicología de España. El 80% de niños y adolescentes con trastorno de ansiedad no recibe tratamiento, según un informe [Internet]. 2019 [citado 1 de noviembre de 2022]. Disponible en: https://www.infocop.es/view_article.asp?id=7689
17. Ministerio de Salud. Vigilancia epidemiológica de problemas priorizados de salud mental Perú 2022- hasta la SE 5-2023 [Internet]. 2023 [citado 16 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/sala/2023/SE05/mental.pdf>
18. Navarro-Loli J, Moscoso M, Calderón-De la Cruz-De la Cruz G. La investigación de la depresión en adolescentes en el Perú: una revisión sistemática. Liberabit [Internet]. junio de 2017 [citado 1 de noviembre de 2022];23(1):57-74. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1729-48272017000100005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
19. Ministerio de Salud. Más del 60% de los pacientes que van a los servicios de salud mental son menores de 18 años de edad [Internet]. 2019 [citado 19 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/29765-mas-del->

60-de-los-pacientes-que-van-a-los-servicios-de-salud-mental-son-menores-de-18-anos-de-edad

20. Rodríguez E, Salazar L. Niveles de depresión en adolescentes de una institución educativa estatal de mujeres de Cajamarca [Tesis para obtener título de Licenciado]. [Cajamarca-Perú]: Universidad Privada "Antonio Guillermo Urrelo" Facultad de Psicología.; 2018.
21. Dirección Regional de Salud Cajamarca. Trastorno depresivo [Internet]. 2024 [citado 26 de junio de 2024]. Disponible en: <https://sir.diresacajamarca.gob.pe:8010/trastorno-depresivo>
22. Dirección Regional de Salud Cajamarca. Diresa presenta Observatorio Regional de Salud Mental [Internet]. 2024 [citado 26 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.diresacajamarca.gob.pe/portal/noticias/det/8082>
23. Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Ayacucho, Cajamarca y Huaraz 2017 [Internet]. Lima - Perú: Anales de Salud Mental Vol. XXXVI; 2020 [citado 26 de junio de 2024] p. 449. Report No.: 1-2. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/3676569/Estudio%20Epidemiol%C3%B3gico%20de%20Salud%20Mental%20en%20Ayacucho%2C%20Cajamarca%20y%20Huaraz%202017.pdf.pdf>
24. Silva A. Salud mental datos estadísticos (2) [Internet]. Diapositivas Power Point presentado en; 2023 feb 17 [citado 26 de junio de 2024]; Cajamarca-Perú. Disponible en: <https://es.slideshare.net/slideshow/salud-mental-datos-estadsticos-2pptx/255903980>
25. Vinaccia S, Ortega A. Variables asociadas a la ansiedad-depresión en estudiantes universitarios. Univ Psychol [Internet]. 23 de octubre de 2020 [citado 20 de julio de

2022];19:1-13.

Disponible

en:

<http://10.2.1.208/index.php/revPsycho/article/view/30572>

26. Moscoso E, Sangolqui C. Estudio comparativo de ansiedad en adolescentes de 15 a 17 años acorde a variables sociodemográficas [Internet] [bachelorThesis]. [Cuenca - Ecuador]: Universidad del Azuay; 2020 [citado 9 de enero de 2023]. Disponible en: <http://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/10118>
27. Castillo Sinche VB, López Gómez CA. Prevalencia de los trastornos depresivos y factores sociodemográficos en adolescentes del cantón Nabón, 2021 [Internet] [bachelorThesis]. Universidad del Azuay; 2022 [citado 3 de septiembre de 2025]. Disponible en: <http://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/12388>
28. Idarraga Soler A, Liz Diaz JC, Sánchez Ramírez JC. Síntomas de ansiedad, factores sociodemográficos y familiares en adolescentes escolarizados de la Institución Educativa Alfonso Palacio Rudas, sede principal de Ibagué Tolima en el año 2021, en la modalidad de educación virtual. 2022 [citado 3 de septiembre de 2025]; Disponible en: <https://repository.ut.edu.co/entities/publication/e04e7e3d-df86-4d4b-9948-0dc4b783033f>
29. Rodríguez VMH, Sánchez RR, González LER, Flores SDE, Aguirre AÁ, Álvarez MÁA. Factores sociodemográficos asociados a la depresión en estudiantes de una secundaria pública del estado de Querétaro, México. ACC CIETNA: Revista de la Escuela de Enfermería. 23 de julio de 2022;9(1):177-87.
30. Rojas Suarez LD. Asociación de factores sociodemográficos y educativos con el estrés, ansiedad, depresión en adolescentes en un colegio oficial de Cúcuta. 13 de septiembre de 2024 [citado 3 de septiembre de 2025]; Disponible en: <https://hdl.handle.net/10656/20743>

31. Florez Perez EB. Factores asociados a ansiedad y depresión en adolescentes de una institución educativa estatal. 2024 [citado 3 de septiembre de 2025]; Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12773/17440>
32. Cari Mamani LN, Durand Cano KJ. Depresión asociada a los factores sociodemográficos en estudiantes de secundaria de la Institución Educativa Margarita Aurora Aguilar Arista de Ucayali, 2024. 2024 [citado 3 de septiembre de 2025]; Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.14621/7291>
33. Sanz J. Distinguiendo ansiedad y depresión: Revisión de la hipótesis de la especificidad de contenido de Beck. *anales de psicología* [Internet]. 1993 [citado 15 de marzo de 2023];9(2):133-70. Disponible en: <https://revistas.um.es/analesps/article/view/29211>
34. Definición de factores sociodemográficos según la OMS - Buscar con Google [Internet]. [citado 4 de enero de 2026]. Disponible en: https://www.google.com/search?q=definicion+de+factores+sociodemograficos+segun++la+oms&sca_esv=
35. ASALE R, RAE. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. [citado 4 de enero de 2026]. edad | Diccionario de la lengua española. Disponible en: <https://dle.rae.es/edad>
36. INE [Internet]. [citado 4 de enero de 2026]. Glosario de Conceptos. Disponible en: <https://www.ine.es/DEFine/concepto.htm?c=4485>
37. Definición de sexo - Buscar con Google [Internet]. [citado 4 de enero de 2026]. Disponible en: https://www.google.com/search?q=definicion+de+sexo&rlz=1C1ONGR_esPE1019PE1021&sca_esv=75d7ba9b8a0ac0c1&ei=ExpbaYjpCOMR1sQP3rbK6AY&ved=0ahUKEwjlvvrUpfORAxXpiJUCHV6bEm0Q4dUDCBE&uact=5&oq=definicion+de+se

xo&gs_lp=

38. INE [Internet]. [citado 4 de enero de 2026]. Glosario de Conceptos. Disponible en:
<https://www.ine.es/DEFIne/es/concepto.htm?c=4484>
39. Definición de procedencia - Buscar con Google [Internet]. [citado 4 de enero de 2026]. Disponible en:
https://www.google.com/search?q=definicion+de+procedencia&rlz=1C1ONGR_esPE1019PE1021&sca_esv=75d7ba9b8a0ac0c1&ei=SBtbaZLaI8jO5OUP2bbf8QI&ved=0ahUKEwiSnsHopvORAxVIJ7kGHVnbNy4Q4dUDCBE&uact=5&oq=definicion+de+procedencia&gs_lp=
40. Procedencia de una persona - Buscar con Google [Internet]. [citado 4 de enero de 2026]. Disponible en:
https://www.google.com/search?rlz=1C1ONGR_esPE1019PE1021&sca_esv=75d7ba9b8a0ac0c1&q=Procedencia+de+una+persona&sa=X&ved=2ahUKEwju-bjap_ORAxUdHLkGHVZ2MZgQ1QJ6BAhKEAE&cshid=1767578750802022&biw=1280&bih=593&dpr=1.5
41. RAE. Diccionario panhispánico del español jurídico - Real Academia Española. [citado 4 de enero de 2026]. Definición de estado civil - Diccionario panhispánico del español jurídico - RAE. Disponible en: <https://dpej.rae.es/lema/estado-civil>
42. conceptosjuridicos.com. Estado civil: definición, clasificación e inscripción [Internet]. Conceptos Jurídicos. 2021 [citado 4 de enero de 2026]. Disponible en:
<https://www.conceptosjuridicos.com/pe/estado-civil/>
43. Nivel de instrucción - Buscar con Google [Internet]. [citado 4 de enero de 2026]. Disponible en:
https://www.google.com/search?q=Nivel+de+instrucci%C3%B3n&sca_esv=6402c387e90bd1d3&rlz=1C1ONGR_esPE1019PE1021&sxsrf=ANbL-

n6wVE2YNoxNxsXj5Qg__v-

rUhe8nQ%3A1769834326663&ei=Vod9acmTKPe91sQP_NqRoAE&ved=0ahUKE

wjJlujS-

rSSAxX3npUCHXxtBBQQ4dUDCBE&uact=5&oq=Nivel+de+instrucci%C3%B3n&g

s_lp=

44. ASALE R, RAE. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario.

[citado 4 de enero de 2026]. ocupación | Diccionario de la lengua española.

Disponible en: <https://dle.rae.es/ocupación>

45. OCUPACION - Buscar con Google [Internet]. [citado 4 de enero de 2026]. Disponible

en:

https://www.google.com/search?q=OCUPACION&rlz=1C1ONGR_esPE1019PE10

21&biw=1280&bih=593&sca_esv=75d7ba9b8a0ac0c1&ei=5x5badVLJdTe1sQPzv2

ZmAM&ved=0ahUKEwib28aiqvORAxVUr5UCHc5-

BjMQ4dUDCBE&uact=5&oq=OCUPACION&gs_lp=

46. Con quien vive según el diccionario de lengua española - Buscar con Google

[Internet]. [citado 4 de enero de 2026]. Disponible en:

<https://www.google.com/search?q=con+quien+vive+segun+el+diccionario+de+leng>

ua+espa%C3%B1ola&rlz=1C1ONGR_esPE1019PE1021&biw=1280&bih=593&sca

_esv=75d7ba9b8a0ac0c1&ei=ByJbabz1M--

47. Enciclopedia | La Red Cultural del Banco de la República [Internet]. 2018 [citado 4

de enero de 2026]. Ingresos. Disponible en:

<https://enciclopedia.banrepcultural.org/index.php?title=Ingresos>

48. Definición de antecedentes médicos personales - Diccionario de cáncer del NCI -

NCI [Internet]. 2011 [citado 4 de enero de 2026]. Disponible en:

<https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario->

cancer/def/antecedentes-medicos-personales

49. Antecedentes familiares [Internet]. [citado 4 de enero de 2026]. Disponible en:
<https://www.genome.gov/es/genetics-glossary/Historial-familiar>
50. apoyo emocional - Buscar con Google [Internet]. [citado 4 de enero de 2026].
Disponible en:
https://www.google.com/search?q=apoyo+emocional&rlz=1C1ONGR_esPE1019PE1021&biw=1280&bih=593&sca_esv=75d7ba9b8a0ac0c1&ei=dSRbabanJNqL5OUPnPXroA8&ved=0ahUKEwj2tc3lr_ORAxXaBbkGHZz6GvQQ4dUDCBE&uact=5&oq=apoyo+emocional&gs_lp=
51. tipo de familia - Buscar con Google [Internet]. [citado 4 de enero de 2026]. Disponible en:
https://www.google.com/search?q=tipo+de+familia&rlz=1C1ONGR_esPE1019PE1021&biw=1280&bih=593&sca_esv=75d7ba9b8a0ac0c1&ei=NyVbacaqDJmC5OUPiJCb8As&ved=0ahUKEwiGovaksPORAxUZAbkGHQjIBr4Q4dUDCBE&uact=5&oq=tipo+de+familia&gs_lp=
52. Gonçalves F, González V, Vázquez J. Guía de buena práctica clínica en depresión y ansiedad [Internet]. Madrid: International Marketing & Communications; 2003 [citado 15 de marzo de 2023]. Disponible en:
<https://www.comsegovia.com/pdf/guias/GBPC%20DEPRESION%20ANSIEDAD.pdf>
53. López M, Mejía C, Vargas M. Ansiedad y depresión como factores de riesgo en el inicio temprano del consumo de tabaco, alcohol Y otras drogas [Internet]. 2018 [citado 22 de febrero de 2022]. Disponible en:
<http://www.biblioteca.cij.gob.mx/publicaciones/prevencion/libro2.pdf>

54. libro2.pdf [Internet]. [citado 28 de marzo de 2021]. Disponible en: <http://www.biblioteca.cij.gob.mx/publicaciones/prevencion/libro2.pdf>
55. Sociedad Española de Medicina Interna. Ansiedad [Internet]. 2023 [citado 31 de enero de 2023]. Disponible en: <https://www.fesemi.org/informacion-pacientes/conozca-mejor-su-enfermedad/ansiedad>
56. Library. Fisiopatología de la ansiedad aspectos biológicos de la ansiedad [Internet]. [citado 25 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://1library.co/article/fisiopatolog%C3%ADa-ansiedad-aspectos-biol%C3%B3gicos-ansiedad.zlg9rlly>
57. Psychology Today. La biología de la ansiedad [Internet]. [citado 25 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.psychologytoday.com/es/fundamentos/ansiedad/biologia-de-la-ansiedad>
58. Chand SP, Marwaha R. Anxiety. En: StatPearls [Internet] [Internet]. StatPearls Publishing; 2023 [citado 4 de enero de 2026]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470361/>
59. Medline Plus. Ansiedad [Internet]. National Library of Medicine; 2023 [citado 31 de enero de 2023]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/anxiety.html>
60. Reyes-Ticas J. Trastornos de ansiedad [Internet]. [citado 13 de junio de 2024]. Disponible en: <http://www.bvs.hn/Honduras/pdf/TrastornoAnsiedad.pdf>
61. Instituto Nacional de Salud Mental «Honorio Delgado Hideyo Noguchi». Guía de práctica clínica para diagnóstico y tratamiento de trastornos de ansiedad en adolescentes [Internet]. 2016 [citado 1 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.insm.gob.pe/transparencia/archivos/datgen/dispo/RD/2016/RD%20051>

62. MedlinePlus. Depresión [Internet]. 2023 [citado 31 de enero de 2023]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003213.htm>
63. Lifeder. Fisiopatología de la depresión [Internet]. 2024 [citado 26 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.lifeder.com/fisiopatologia-depresion/>
64. Synaptic. Depresión Mayor, fisiopatología neurobioquímica [Internet]. [citado 26 de marzo de 2025]. Disponible en: https://synapticpg.com/dm1_fisiopatologia.html?utm_source=chatgpt.com
65. Méndez L. Diario AS. 2025 [citado 26 de marzo de 2025]. Un estudio global alerta de los 300 factores genéticos detrás de una de las enfermedades mentales más comunes en España. Disponible en: <https://as.com/actualidad/sociedad/un-estudio-global-alerta-de-los-300-factores-geneticos-detras-de-una-de-las-enfermedades-mentales-mas-comunes-en-espana-n/>
66. Cruzblanca H, Lupercio P, Collas J, Castro E. Neurobiología de la depresión mayor y de su tratamiento farmacológico. sm [Internet]. 3 de febrero de 2016 [citado 26 de marzo de 2025];39(1):47-58. Disponible en: https://revistasaludmental.gob.mx/index.php/salud_mental/article/view/SM.0185-3325.2015.067
67. Bretón MF. Base bioquímica y neuroanatomía de la depresión [Internet]. NeuroClass. 2020 [citado 4 de enero de 2026]. Disponible en: <https://neuro-class.com/base-bioquimica-y-neuroanatomia-de-la-depresion/>
68. Depresión: MedlinePlus enciclopedia médica [Internet]. [citado 31 de enero de 2023]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003213.htm>

69. Jgiraldez. 5. Diagnóstico clínico y criterios diagnósticos [Internet]. Guía Salud. 2020 [citado 29 de enero de 2026]. Disponible en: <https://portal.guiasalud.es/egpc/depresion-infancia-diagnostico/>
70. diagnostico diferencial de la depresión adolescente según cie 10 - Buscar con Google [Internet]. [citado 30 de enero de 2026]. Disponible en: https://www.google.com/search?q=diagnostico+diferencial+de+la+depresion+adolescente+segun+cie+10&sca_esv=b6eb60372fb8c73f&rlz=1C1ONGR_esPE1019PE1021&ei=DGh9ae2nJq3c1sQPzdulwQQ&ved=0ahUKEwj3arn3LSSAxUtrpUCHc1tKUgQ4dUDCB&uact=5&oq=diagnostico+diferencial+de+la+depresion+adolescente+segun+cie+10&gs_lp=
71. Ayudas Diagnosticas De La Depresión Adolescente - Buscar con Google [Internet]. [citado 30 de enero de 2026]. Disponible en: https://www.google.com/search?q=AYUDAS+diagnosticAS+DE+LA+DEPRESION+ADOLESCENTE&sca_esv=b6eb60372fb8c73f&rlz=1C1ONGR_esPE1019PE1021&ei=n2h9aZSDO7HK1sQPtr2SIA&ved=0ahUKEwjUzsut3bSSAxUxpZUCHbaeBAQQ4dUDCB&uact=5&oq=AYUDAS+diagnosticAS+DE+LA+DEPRESION+ADOLESCENTE&gs_lp=
72. Secretaría de Salud - Gobierno de México. gob.mx. 2015 [citado 22 de julio de 2022]. ¿Qué es la adolescencia? Disponible en: http://www.gob.mx/salud/articulos/que-es-la-adolescencia?utm_source=chatgpt.com
73. Desarrollo Adolescente Según Papalia - Buscar con Google [Internet]. [citado 29 de diciembre de 2025]. Disponible en: https://www.google.com/search?q=desarrollo+adolescente+segun+papalia&rlz=1C1ONGR_esPE1019PE1021&sca_esv=1c670cc9a78afdb6&ei=-

74. Pérez J, Gardey A. Definición. De. 2022 [citado 31 de enero de 2023]. Definición de sociodemográfico. Disponible en: <https://definicion.de/sociodemografico/>
75. Instituto Nacional del Cáncer. Antecedentes médicos [Internet]. 2011 [citado 31 de enero de 2023]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/antecedentes-medicos>
76. Instituto Nacional del Cáncer. Historia familiar [Internet]. 2011 [citado 31 de enero de 2023]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/historia-familiar>
77. National Human Genome Research Institute. Genome.gov. 2023 [citado 31 de enero de 2023]. Antecedentes familiares. Disponible en: <https://www.genome.gov/es/genetics-glossary/Historial-familiar>
78. Pérez J, Merino M. Definición. De. 2021 [citado 31 de enero de 2023]. Definición de social. Disponible en: <https://definicion.de/social/>
79. Clínica Universidad de Navarra. Factor de riesgo [Internet]. 2023 [citado 31 de enero de 2023]. Disponible en: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/factor-riesgo>
80. Manterola C, Otzen T. Valoración Clínica del Riesgo, Interpretación y Utilidad Práctica. Int J Morphol [Internet]. 2015 [citado 31 de enero de 2023];33(3):842-9. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95022015000300006&lng=en&nrm=iso&tlng=en
81. Aguiar E, Aclé G. Resiliencia, factores de riesgo y protección en adolescentes mayas de Yucatán: elementos para favorecer la adaptación escolar. Acta Colombiana de

- Psicología [Internet]. 20 de septiembre de 2012 [citado 31 de enero de 2023];15(2):53-64. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0123-91552012000200006&lng=en&nrm=iso&tlng=es
82. Polo C. Resiliencia: factores protectores en adolescentes de 14 a 16 años [Internet] [Tesis de licenciatura]. [Argentina]: Universidad del Aconcagua; 2009 [citado 31 de enero de 2023]. Disponible en: http://bibliotecadigital.uda.edu.ar/objetos_digitales/71/tesis-1426-resiliencia.pdf
83. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Curso de Neurología y Psiquiatría. [citado 14 de marzo de 2023]. Patologías Psiquiátricas. Disponible en: https://formasefh.sefh.es/tecnifarmh/curso-neurologia-y-psiQUIATRIA/tema01_pagina09.php
84. Organización Panamericana de la Salud. Depresión [Internet]. 2023 [citado 31 de enero de 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/depression>
85. Alves B/ O/ OM. De CS [Internet]. [citado 8 de enero de 2026]. Disponible en: <https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=59890>
86. Cibersam. Ficha técnica del instrumento [Internet]. 2015 [citado 1 de abril de 2025]. Disponible en: <https://bi.cibersam.es/busqueda-de-instrumentos/ficha?Id=21>
87. Purriños MJ. ESCALA DE HAMILTON - Hamilton Depresión Rating Scale [Internet]. [citado 15 de abril de 2023]. Disponible en: https://medsol.co/informacion/medixen/depression_escala_hamilton.pdf
88. MedlinePlus. Enfermedades mentales [Internet]. National Library of Medicine; 2023 [citado 31 de enero de 2023]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/mentaldisorders.html>

89. Psiquiatría.com. Apoyo emocional [Internet]. 2023 [citado 31 de enero de 2023].
Disponible en: <https://psiquiatria.com/glosario/apoyo-emocional>
90. Castañeda M. La protección jurídica de la familia [Internet]. Universidad Nacional Autónoma de México; 2017 [citado 15 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/11/5171/10.pdf>
91. Hernández S, Fernández C, Baptista L. Metodología de la Investigación 2da edición [citado 31 de enero 2023] Disponible en: http://cmas.siu.buap.mx/portal_pprd/work/sites/biologia/resources/PDFContent/689/metodocientifico.pdf
92. Spss Free. Análisis Descriptivo [Internet]. 2023 [citado 31 de enero de 2023]. Disponible en: <https://www.spssfree.com/curso-de-spss/analisis-descriptivo/index.html>
93. Ortega C. Investigación cuantitativa. Qué es y cómo realizarla [Internet]. QuestionPro. 2017 [citado 31 de enero de 2023]. Disponible en: <https://www.questionpro.com/blog/es/que-es-la-investigacion-cuantitativa/>
94. Porras A. Diplomado en Análisis de Información Geoespacial [Internet]. CONACYT; [citado 18 de abril de 2021]. Disponible en: <https://centrogeo.repositorioinstitucional.mx/jspui/bitstream/1012/159/1/15-Estadistica%20Inferencial%20-%20Diplomado%20en%20An%C3%A1lisis%20de%20Informaci%C3%B3n%20Geoespacial.pdf>
95. Sulbarán D. Análisis bivariado de datos: un resumen para el curso de Estadística II [Internet]. 2021 [citado 3 de abril de 2025]. Disponible en: <http://saber.ucv.ve/handle/10872/11400>

96. Medidas de asociación [Internet]. [citado 31 de enero de 2026]. Disponible en:
https://ccp.ucr.ac.cr/cursos/epidistancia/contenido/3_epidemiologia.htm
97. Prueba exacta de Fisher: Tomar decisiones con muestras pequeñas [Internet].
[citado 11 de enero de 2026]. Disponible en:
<https://www.datacamp.com/tutorial/fishers-exact-test>
98. Principios de la ética de la investigación y su aplicación. REV MED HONDUR
[Internet]. 2012 [citado 28 de julio de 2021];80(2). Disponible en:
<http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2012/pdf/Vol80-2-2012-9.pdf>

ANEXOS

ANEXOS N°1 ENCUESTA

Encuesta a los (as) adolescentes atendidos en el Centro De Salud Mental RenacerChota 2021.

Estimado adolescente, la presente encuesta está orientada a identificar I los factores sociodemográficos, II antecedentes personales, III antecedentes familiares.

I. Factores sociodemográficos

- a. ¿Qué edad tienes (años)?.....
- b. Sexo. Hombre () Mujer ()
- c. Procedencia. Urbano () Rural ()
- d. Estado Civil. Soltero () Conviviente () Casado ()
- e. Nivel de instrucción. Sin instrucción () primaria incompleta () primaria completa () secundaria incompleta () secundaria completa () superior ()
- f. Ocupación. Estudiante () Ocupado () Desocupado ()
- g. ¿Con quién vives actualmente? Padres () pareja () Familiar () solo ()
- h. ¿Cuánto es el ingreso económico mensual en tu familia?.....

II. Antecedentes personales

- a. ¿Has padecido de ansiedad anteriormente? Si () No ()
- b. ¿Has padecido de depresión anteriormente? Si () No ()
- c. ¿Alguna vez has padecido de abuso sexual? Si () No ()

III. Antecedentes familiares

- d. ¿Tus padres padecen o padecieron de alguna enfermedad mental?
Si () No ()
- e. ¿Tienes apoyo emocional de tus padres o algún familiar? Si () No ()
- f. ¿Tipo de familia? Nuclear () extensa () compuesta () monoparental ()

¡Muchas gracias por su colaboración

ANEXO N°2 ESCALA DE ANSIEDAD HAMILTON

SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD	AUSENTE	LEVE	MODERADO	GRAVE	MUY GRAVE
1.Estado de ánimo ansioso. Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad	0	1	2	3	4
2.Tensión. Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.	0	1	2	3	4
3.Temores. A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	0	1	2	3	4
4. Insomnio. Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.	0	1	2	3	4

5. Intellectual (cognitivo) Dificultad para concentrarse, mala memoria.	0	1	2	3	4
6. Estado de ánimo deprimido. Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.	0	1	2	3	4
7. Síntomas somáticos generales (musculares) Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	0	1	2	3	4
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales) Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	0	1	2	3	4

9. Síntomas cardiovasculares. Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.	0	1	2	3	4
10. Síntomas respiratorios. Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.	0	1	2	3	4
11. Síntomas gastrointestinales. Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborismos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.	0	1	2	3	4
12. Síntomas genitourinarios. Micción frecuente, micción	0	1	2	3	4

urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.					
13. Síntomas autónomos. Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)	0	1	2	3	4
14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico) Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por	0	1	2	3	4

encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.					
--	--	--	--	--	--

Anexo N°3 Escala De Hamilton - Hamilton Depresión Rating Scale (HDRS)

ESCALA DE HAMILTON - Hamilton Depresión Rating Scale (HDRS)	
1. Humor depresivo (tristeza, desesperanza, desamparo, sentimiento de inutilidad)	
• Ausente	0
• Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan cómo se siente	1
• Estas sensaciones las relata espontáneamente	2
• Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto)	3
• Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea	4
2. Sentimientos de culpa	
• Ausente	0
• Se culpa a si mismo, cree haber decepcionado a la gente	1
• Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones	2
• Siente que la enfermedad actual es un castigo	3
• Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales de amenaza	4
3. Suicidio	
• Ausente	0
• Le parece que la vida no vale la pena ser vivida	1
• Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse	2
• Ideas de suicidio o amenazas	3
• Intentos de suicidio (cualquier intento serio)	4
4. Insomnio precoz	
• No tiene dificultad	0
• Dificultad ocasional para dormir, por ej. más de media hora el conciliar el sueño	1
• Dificultad para dormir cada noche	2
5. Insomnio intermedio	

• No hay dificultad	0
• Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche	1
• Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar)	2
6. Insomnio tardío	
• No hay dificultad	0
• Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir	1
• No puede volver a dormirse si se levanta de la cama	2
7. Trabajo y actividades	
• No hay dificultad	0
• Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos)	1
• Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación)	2
• Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad	3
• Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda.	4
8. Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y lenguaje, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora)	
• Palabra y pensamiento normales	0
• Ligero retraso en el habla	1
• Evidente retraso en el habla	2
• Dificultad para expresarse	3
• Incapacidad para expresarse	4
9. Agitación psicomotora	
• Ninguna	0
• Juega con sus dedos	1
• Juega con sus manos, cabello, etc.	2
	3

• No puede quedarse quieto ni permanecer sentado • Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios	4
10. Ansiedad psíquica • No hay dificultad • Tensión subjetiva e irritabilidad • Preocupación por pequeñas cosas • Actitud aprensiva en la expresión o en el habla • Expresa sus temores sin que le pregunten	0 1 2 3 4
11. Ansiedad somática (signos físicos de ansiedad: gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, indigestión, etc; cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas; respiratorios: hiperventilación, suspiros; frecuencia de micción incrementada; transpiración) • Ausente • Ligera • Moderada • Severa • Incapacitante	0 1 2 3 4
12. Síntomas somáticos gastrointestinales • Ninguno • Pérdida del apetito, pero come sin necesidad de que lo estimulen. • Sensación de pesadez en el abdomen • Dificultad en comer si no se le insiste. • Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales	0 1 2 3 4
13. Síntomas somáticos generales • Ninguno • Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares. • Pérdida de energía y fatigabilidad. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2	0 1 2

14. Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales) - Ausente - Débil - Grave	0 1 2
15. Hipocondría - Ausente - Preocupado de sí mismo (corporalmente) - Preocupado por su salud - Se lamenta constantemente, solicita ayuda	0 1 2 3
16. Pérdida de peso - Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana - Pérdida de más de 500 gr. en una semana - Pérdida de más de 1 Kg. en una semana	0 1 2
17. Introspección (insight) - Se da cuenta que está deprimido y enfermo - Se da cuenta de su enfermedad, pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc. - No se da cuenta que está enfermo	0 1 2