



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

**DEPRESION EN LOS RESIDENTES
DE LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA
CAMBIO DE VIDA CERRO AZUL DE CAÑETE, 2019**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO
PROFESIONAL DE LICENCIADO EN PSICOLOGIA**

AUTOR

LEÓN CALAGUA, JOSÉ LUIS

CODIGO ORCID

0000-0002-4374-972X

ASESOR

VALLE SALVATIERRA, WILLY

ORCID: 0000-0002-7869-8117

CAÑETE – PERÚ

2019

EQUIPO DE TRABAJO

AUTOR

León Calagua, José Luis

ORCID: 0000-0002-4374-972X

Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, Estudiante de Pregrado, Cañete, Perú

ASESOR

Valle Salvatierra, Willy

ORCID: 0000-0002-7869-8117

Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, Facultad de Ciencia de La Salud, Escuela
Profesional de Psicología, Chimbote, Perú

JURADO

Millones Alba, Erica

ORCID ID 0000-0002-3999-5987

Salazar Roldan, Veronica del Rosillo

ORCID ID 0000-0002-3781-8434

Alvarez Silva, Verónica

JURADO EVALUADOR DE TESIS

Mgtr. Erica Lucy Millones Alba
Presidente

Mgtr. Verónica Del Rosillo Salazar Roldan
Miembro

Mgtr. Verónica Adela Alvarez Silva
Miembro

Mgtr. Willy Valle Salvatierra
Asesor

DEDICATORIA

Deseo dedicar este trabajo de investigación a mi amada madre, en quien siempre he encontrado apoyo incondicional, cobijo en mis días adversos y voz de aliento en la penumbra.

Te amo madre mía

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo describir el nivel de depresión en los residentes de la comunidad terapéutica cambio de vida cerro azul de cañete, 2019. Fue un estudio de tipo observacional, prospectivo, transversal y descriptivo. La investigación fue de tipo descriptivo y el diseño de investigación fue epidemiológico porque se estudió la prevalencia de la depresión en los residentes de la comunidad terapéutica cambio de vida, es decir; su frecuencia y distribución en la población. El universo fueron residentes de una comunidad terapéutica. La población estuvo constituida por los residentes de la comunidad terapéutica cambio de vida, los cuales fueron 36 participantes. El instrumento utilizado fue el inventario de depresión de Beck (BDI-II). El resultado fue que el 75% de la población posee depresión leve, un 17% posee un nivel de depresión moderada y un 8% depresión grave.

Palabras clave: Depresión, Comunidad Terapéutica, Residentes

SUMMARY

The present study aimed to describe the level of depression in residents of the therapeutic community of change of life Cerro Azul de Cañete, 2019. It was an observational, prospective, transversal and descriptive study. The research was descriptive and the research design was epidemiological because it studied the prevalence of depression in residents of the life changing therapeutic community, that is; its frequency and distribution in the population. The universe were the residents of a therapeutic community. The population was constituted by the residents of the life changing therapeutic community, which were 36 participants. There was no known sample frame, N = unknown. The instrument used was the Beck depression inventory (BDI-II). The result was that 75% of the population has mild depression, 17% have a moderate depression level and 8% severe depression.

Keywords: Depression, Therapeutic Community, Residents

CONTENIDO

DEDICATORIA	IV
RESUMEN.....	V
SUMMARY	VI
<u>I</u> NTRODUCCIÓN.....	1
II MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL.....	9
2.1 Antecedentes	10
2.2 Bases Teóricas de la investigación.....	11
2.2.1 Antecedentes históricos y filosóficos de la depresión.....	11
2.2.2 Definición del término	16
2.2.3. Depresión y consumo de sustancias psicoactivas.....	17
2.2.4. La depresión en las categorías diagnosticas	18
2.2.4.1. Clasificación internacional de las enfermedades mentales	19
Episodios Depresivos (F32)	19
Síntomas Somáticos	20
a) Depresión leve (F32.0).....	20
b) Episodio depresión moderatos (F32.1).....	21
c) Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos (F32.2).....	22
2.2.4.2. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales	23
2.2.5. Modelos explicativos de la depresión	24
2.2.5.1. Modelo Biológico de la depresión.....	24
Factores genéticos de la depresión	25
2.2.5.2 Modelo cognitivo de la depresión	27
2.2.5.3. Modelo Conductual de la depresión.....	29
III. METODOLOGÍA	35
3.1 Tipo de investigación	36
3.2 Nivel de investigación de la tesis	36
3.3 Diseño de la investigación.....	36
3.4 El universo y muestra	
3.5 Definición y Operacionalización de Variable	37
3.6 Técnicas e Instrumentos de recolección de datos	38
3.6.1 Técnica	38
3.6.2 Instrumento	38
3.7 Matriz de consistencia.....	40
3.8 Principios Éticos.....	42

IV. RESULTADOS.....	43
4.1 Resultados	44
4.2 Análisis de resultado	46
V. CONCLUSIONES	49
5.1 Conclusiones	50
REFERENCIAS BIBLIOGRAFÍA.....	51
ANEXOS.....	54
ESCALA DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI-II).....	55
CONSENTIMIENTO INFORMADO	58
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	59
PRESUPUESTO	60

Índice de tabla

Tabla 1	44
Tabla 2	44
Tabla 3	44
Tabla 4	45

INTRODUCCIÓN

Hasta el año 2015, en el mundo padecían de depresión 300 millones de personas, lo que equivale al 4,4% de la población general. En la actualidad, se estima que hay 322 millones de personas con depresión en el mundo y poco más de la mitad habita en Asia sudoriental y en la región del pacifico occidental. Además, entre los años 2005 y 2015, los casos de personas con depresión aumentaron un 18.4% (OPS, 2017)

En Europa, aproximadamente 52,98 millones de personas padecen de trastorno depresivo. Solo en España existen alrededor de 2,408,700 personas que atraviesan por una situación depresiva. En cuanto a la región de América; se reportan un total de 48,16 millones de personas atravesando una situación depresiva. En nuestro país se reportan 1,443,513 millones de casos, lo que equivale al 4,8% de la población.

El país vecino de Bolivia reporta 453.716 casos de depresión lo que equivale al 4,4% de su población general. En cuanto a Estados Unidos, la cantidad no es menos considerable, ya que 17.491.047 millones de norteamericanos atraviesan cuadros depresivos, siendo el equivalente al 5,9% de su población general (OPS, 2017).

Una de las consecuencias más trágicas en las que puede terminar la depresión es el suicidio, la organización mundial de la salud estima que 800.000 mil personas alrededor del mundo se quitan la vida cada año. He de mencionar también que el suicidio es la segunda causa de muerte en el grupo etario de entre 15 y 29 años de edad, siendo el sexo femenino el más vulnerable (OMS, 2018)

En nuestro País, en el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Nogushi, los casos recurrentes son de niños y adolescentes ingresados por depresión e

ideación suicida, así lo manifiesta el psiquiatra Rolando Pomalina, especialista en niños y adolescentes (Sausa, 2018). Acotemos que El ministerio de Salud (Minsa), comunica que hasta mediado del 2018 se atendieron 1384 casos de intento de suicidio (El Comercio, 2018)

Se sabe que un gran número de personas busca ayuda psicológica cuando atraviesa alguna dificultad. Sin embargo, hay también otro gran número de personas que pueden estar atravesando por depresión y no buscan ayuda o no poseen los recursos necesarios para asistir a tratamiento psicológico. En el 2012, los estudios epidemiológicos revelaron que un 20% a 25% de adolescentes tiene deseos de acabar con su vida y un 10% a 15% intenta llevar a cabo su intención. Cabe destacar, que en nuestro país la cifra de ideación suicida en la población adolescente es mayor que en otras partes del mundo (Sausa, 2018). El presente trabajo pretende abordar la depresión. Para ello, examinaremos los modelos explicativos más conocidos.

Por otro lado, una de las consecuencias resaltantes del abuso de drogas es el deterioro progresivo de la salud mental (NIDA, 2014). Consumir drogas trae severas repercusiones en la salud mental, es pues, menester de los psicólogos informar a la población que problemas psicológicos se asocian al uso de drogas. Por ejemplo; los pacientes que usan cocaína y son diagnosticados con una psicopatología asociada (comorbilidad) tienen más problemas a nivel familiar, laboral y legal, así como también frecuentes comportamientos violentos, autolesiones, riesgos de contraer VIH y mayores reingresos a tratamiento (Martínez, citado por Mangado, Mollins y Seijo, s.f.).

Según Mangado et al (s.f.) refiere lo siguiente:

Se ha observado que las personas que padecen depresión tienen el doble de posibilidades de desarrollar un trastorno por consumo de sustancias, de la misma manera que los individuos que presentan un trastorno por consumo tienen el doble de riesgo de padecer una depresión a lo largo de su vida. La prevalencia de consumo de cocaína en pacientes con patología afectiva varía entre el 33 y el 50%.

La presente investigación se realizará en la comunidad terapéutica Cambio de Vida, cuya ubicación es en el distrito de Cerro Azul de Cañete. La comunidad terapéutica es una modalidad de tratamiento residencial, caracterizada principalmente por trasladar al individuo que se encuentra sumergido en un entorno problemático, a un entorno de control, donde se está libre de sustancias psicoactivas y donde la probabilidad de deshabitación física y psicológica es más alta a diferencia de los tratamientos ambulatorios. El tratamiento tiene una duración de 16 meses, los cuales están constituidos por cuatro etapas; los primeros cuatro meses consisten en acoger al sujeto brindándole información que aumente la conciencia del problema. En estos cuatro meses también se busca la desintoxicación física a través de una adecuada alimentación y el deporte. Los siguientes cuatro meses se denominan comunidad cerrada. En esta etapa la persona pierde contacto con el exterior y se realiza una serie de actividades laborales, artísticas y deportivas, así como el entrenamiento en habilidades psicoterapéuticas para manejar, el enojo, la ansiedad, la depresión, etc. Cabe resaltar que durante estos cuatro meses el residente no recibe la visita de sus familiares, la comunicación es a través de cartas. De los 9 a los 12 meses se atraviesa la etapa de monitor, aquí ya se han establecido repertorios de comportamiento que contribuirán en la prevención

de recaída. En esta etapa se espera que el monitor contribuya a concientizar a sus compañeros de etapas inferiores, así también se espera que haya una mejora en las relaciones interpersonales y familiares. Del mes 13 al 16, el residente se convierte en un auxiliar, por lo cual; realiza labores de consejería a sus compañeros, charlas sobre los 12 pasos, testimonios y se va reinsertando poco a poco a la sociedad a través de visitas a su hogar Además se trabaja prevención de recaídas y proyecto de vida. Finalmente, los últimos tres meses, el sujeto se a reinsertado completamente a la sociedad y se realizan seguimientos semanales.

Las personas internadas en la mencionada institución tienen edades de entre 17 a 65 años de edad, los cuales radican en Cañete, Lima, Chosica principalmente. Estas personas pertenecen a diversas condiciones socioeconómicas y es común entre ellos el consumo de pasta básica de cocaína, alcohol, marihuana y tabaco.

Se ha elegido este entorno con la finalidad de conocer de qué manera está presente la depresión en la conducta adictiva en un entorno controlado. Se ha observado que en los primeros cuatro meses los residentes muestran poco interés hacia las actividades que se realizan, así como también momentos en los que refieren encontrarse tristes y sin deseos de permanecer en el tratamiento, en sus respuestas verbales expresan pesimismo, culpabilidad y poca valía personal. Por otro lado, en la etapa de comunidad, expresan continuas quejas somáticas, como dolores de cabeza, dolores de estómago y fatiga especialmente por las mañanas. Además, en estas dos etapas iniciales los residentes expresan aburrimiento e insatisfacción del estado de ánimo. Se ha podido observar que, terminando la etapa de comunidad, las respuestas descritas líneas arriba ocurren con menor frecuencia. La

aplicación del instrumento de recolección de datos se hará con todos los internos del establecimiento, los cuales permanecen desde el 2018 al 2019. En este sentido, nos preguntamos ¿Cuál es el nivel de depresión en los residentes de la Comunidad Terapéutica Cambio de vida Cerro Azul de Cañete, 2019? Además, se plantea el objetivo general de describir el nivel de depresión en los residentes de la Comunidad Terapéutica Cambio de vida Cerro Azul de Cañete, 2019. Y los otros objetivos fueron:

Describir el grado de instrucción de los residentes de la Comunidad Terapéutica Cambio de vida Cerro Azul de Cañete, 2019.

Describir el sexo de los residentes de la Comunidad Terapéutica Cambio de vida Cerro Azul de Cañete, 2019.

Describir las edades de los residentes de la Comunidad Terapéutica Cambio de vida Cerro Azul de Cañete, 2019.

Todo trabajo de investigación debe cumplir una lista de propósitos relevantes que puedan servir para conocer una proporción de la realidad y servir al bien común. En este sentido, considero que existe la necesidad de conocer la relevancia que tiene el estado de ánimo en las personas que consumen drogas. Niveles altos de depresión pueden estropear el tratamiento, propiciando una abrupta recaída que se podría evitar o reducir si es que se conoce el estado de ánimo predominante. Considerando que un adecuado estado de ánimo es en gran medida un predictor para un tratamiento eficiente, esta investigación resulta propicia, ya que puede ser de utilidad para que los profesionales que laboran en la institución puedan emplear el tratamiento respectivo. Además de ello, a través de la

aplicación del instrumento seleccionado (inventario de Beck para la depresión) los mismos residentes conocerán su situación actual. Esto permitirá tomar acciones al respecto y progresar en el tratamiento.

En cuanto al valor práctico, se busca dar a conocer que una de las funciones de la psicología como disciplina científica es la investigación, cuyos resultados pueden guiar a futuros estudiantes o profesionales interesados en el tema que aquí se expone. En esta misma línea, se comprende que los resultados obtenidos pueden interesar a las autoridades locales y de esta forma realizar de campañas de prevención y promoción de la salud psicológica. Del mismo modo, las teorías expuestas en la investigación pueden ser de utilidad para la construcción de folletos informativos, trípticos, carteles, pancartas, entre otros, que puedan ser utilizados para campañas de prevención y sensibilización. Cabe resaltar que en la provincia de Cañete no existen investigaciones sobre la depresión en el contexto seleccionado, ni a nivel escolar o social, por lo que se insiste y se espera que los hallazgos aperturen futuras investigaciones en el campo de las drogodependencias o en cualquier otro donde se pueda hallar esta problemática.

Queda claro que con el presente trabajo se beneficiaran principalmente los residentes de la Comunidad Terapéutica Cambio de Vida. Así como las familias responsables del internamiento, quienes tendrán una cuota de apoyo terapéutico.

Una vez los profesionales implementen estrategias de afrontamiento estas resultarán de utilidad durante el tratamiento y después de él. La psicología cuenta con un amplio conocimiento respecto al tema y las investigaciones en biología también nos sirven de guía para el propósito de comprender la depresión. Se asume que la perspectiva cognitiva y la

conductual pueden comprender y tratar la depresión desde sus respectivos marcos de referencia.

Se considera que el presente trabajo es necesario y factible. Para su realización no se necesita grandes recursos económicos, por lo cual resulta ventajoso. Así mismo no existen riesgos de causar daño a la integridad de las personas. La Comunidad Terapéutica se encuentra en un lugar accesible, por lo cual la movilización no resultaría dificultosa.

Se dará a conocer a los participantes la razón del estudio y se solicitará su consentimiento en cuanto a su participación. Posteriormente se recolectará los datos a través del inventario de depresión de Beck, el cual no contará con los datos de los residentes por razones de confidencialidad. Se espera que este proyecto de investigación contribuya al entendimiento de este fenómeno psicológico.

II MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL

2.1 Antecedentes

El consumo de bebidas alcohólicas como factor asociado a la depresión en estudiantes de medicina UPAO - Trujillo, investigación realizada por Ato en el año 2014, tuvo como objetivo determinar si el consumo de bebidas alcohólicas se asocia a la depresión en la población mencionada. El estudio fue no experimental, retrospectivo, analítico correlacional, de casos y controles. Participaron 68 estudiantes, de edades entre 18 y 25 años de edad. En cuanto a la población estudiada, tenemos que 32 participantes fueron mujeres y 36 varones. Se observó que el consumo de alcohol es mayor en varones, llegando a un 52,96% y en mujeres un 47,04%. Se concluye que, si existe relación entre el consumo de bebidas alcohólicas y la depresión, además se menciona que los hombres son más proclives al consumo de alcohol.

Muñoz, (2018) realizó una investigación titulada; Ansiedad y depresión en los residentes pertenecientes a la estación municipal de auxilio terapéutico y control humanitario de la mendicidad #1 en el periodo diciembre 2014 – junio 2018. La investigación en mención, tuvo como objetivo determinar los niveles de ansiedad y depresión. El estudio fue descriptivo, retrospectivo y transversal, el número de participantes fue de 127 personas de entre 31 y 40 años de edad, para la recolección de los datos se utilizaron dos instrumentos; la escala de Hamilton de ansiedad y el Inventario de depresión de Beck. Respecto al consumo de drogas, la investigación refiere que el consumo de alcohol fue el más predominante. Finalmente, los resultados evidenciaron el 49,61% de la población presentaba ansiedad leve, en cuanto a la depresión, la dimensión más frecuente fue altibajos considerados normales en un 52,76% de la población.

Marengo y Bogado (2017) realizaron una investigación titulada Depresión y ansiedad como factores de riesgo en ideación suicida en pacientes con adicciones del Centro Nacional de Control de Adicciones de Asunción, Año 2017. La investigación tuvo como objetivo analizar la depresión y la ansiedad como factores de riesgo en ideación suicida, participaron en el estudio 7 personas adultas. El diseño de investigación fue no experimental, transversal, cuantitativo. Los instrumentos utilizados fueron el inventario de depresión de Beck - BDI-II, el inventario de ansiedad estado-rasgo STAI – IDARE y el inventario de ideación suicida de Beck EBIS. En cuanto a la ansiedad como estado, el 86% de la población posee un nivel moderado, mientras que el 14% posee un nivel alto; en cuanto a la ansiedad como rasgo el 57% posee un nivel alto y el 43% un nivel moderado. Respecto a la depresión, se evidencia que el 29% posee un nivel normal de estado de ánimo, 14% leve alteración en el estado de ánimo, 29% intermitente, 14% moderado y 14% extremo. 43% de los pacientes poseen ideación suicida y el 56% no posee ideación suicida.

2.2 Bases Teóricas de la investigación

2.2.1 Antecedentes históricos y filosóficos de la depresión

La depresión, conocida en la antigüedad como melancolía estuvo presente en la mayoría de problemas médicos que se registraron hasta entonces. La teoría de los humores de Hipócrates, sostenía que la salud y la enfermedad se debía al equilibrio o desequilibrio de cuatro sustancias que se albergaban en el organismo, las cuales obtuvieron la denominación de sangre, flema, bilis y atrabilis o humor negro. Al equilibrio de estos cuatro humores se le denominó crasis. Por el contrario, se llamó

crisis al desequilibrio de los mismos. Cuando un organismo experimentaba una crisis, se suponía que manifestaban una serie de síntomas como sudor, vómitos, expectoración, orina o excreciones, las cuales suponían la expulsión de los humores causantes de la enfermedad (Zarragoitia, 2011). “La alteración cuantitativa y cualitativa (discrasia) de la bilis negra (uno de los cuatro humores corporales) produciría el estado patológico melancólico depresivo” (Aguirre, 2008).

En la antigua Grecia, se hizo un esfuerzo por definir las enfermedades mentales, en este tiempo se empezó a utilizar el término “locura delirante con ánimo exaltado”. Soranus, en el siglo primero antes de nuestra era, hablaba sobre la relación entre la locura delirante y la melancolía, así como la combinación de estas condiciones. Areteo de Capadocia en el siglo primero de nuestra era, definió a la melancolía como una forma fundamental de locura, condición en la cual el ánimo se hallaba exaltado, inclinado a la tristeza y la pesadumbre. Areteo, señala además la relación entre la depresión y la manía, considerando a esta última como una variedad de melancolía. Debe mencionarse que la causa de la melancolía se seguía atribuyendo al exceso de bilis negra (Zarragoitia, 2011). El término melancolía era aplicado a personas que poseían un temperamento dificultoso, mal humor, impulsos suicidas y celos. Se dice que a las personas con melancolía les agradaba permanecer en la oscuridad, además de experimentar visiones extrañas, por ejemplo; ver personas muertas (Saco, 2006)

La teoría de los humores planteaba la existencia de cuatro temperamentos; sanguíneo, colérico, flemático y melancólico. Se definía el temperamento como la disposición del organismo a presentar una respuesta en el momento que surgía una idea, pensamiento

o acontecimiento exterior. Para Hipócrates los síntomas de la melancolía eran el temor y la tristeza (Zarragoitia, 2011).

En Roma, Galeno de Pergano (131- 201) señaló que la melancolía se caracterizaba por el temor excesivo, la desesperación, desconfianza y cansancio de la vida. En el siglo X en Bagdad, Isaq Ibn Imran, atribuyó síntomas psíquicos a la melancolía, miedo, ira y aburrimiento. Así como síntomas somáticos como pérdida de peso y sueño. La melancolía también ha estado presente en la literatura, por ejemplo; Aldous Huxley, reflejó en sus escritos a la melancolía como una suerte de desolación, vacío, desesperación y aburrimiento (Zarragoitia, 2011)

En América, a través de las narraciones de los conquistadores aunados por Elferink, la depresión aparece como una enfermedad mental habitual entre los incas, para la cual existían tratamientos como los ritos religiosos y la cura a través de plantas medicinales y minerales. Para Santo Tomás, la melancolía aparecía producto de la influencia de los astros y el pecado de la pereza. Cabe destacar que, en la edad media, era común creer que la locura era provocada por posesión demoniaca. Martin Lutero sostenía que la melancolía era debido a la pesadez de la mente y que esta era causada por el diablo. Los azotes, exorcismos, sangría y baños con agua fría, fueron el tratamiento para las enfermedades mentales (Zarragoitia, 2011). Al llegar a este punto debemos tener en cuenta que el término depresión a través de la historia ha tenido relación con otros dos vocablos; uno de ellos es la melancolía, de la cual se ha hablado en líneas anteriores. Y por otro lado la acedia, que puede definirse como tristeza y pesadumbre. Tristeza que abate considerablemente la vida del hombre a tal

punto que no le provoca placer hacer ninguna cosa. Así pues; las cosas resultan acidas y frías (De Blassi, 2014).

Aguirre, (2008) menciona lo siguiente:

El tema de la acedia recorrerá toda la Edad Media, desde su introducción en Occidente por J. Casiano (siglo IV) hasta la posterior perspectiva de los Libros Penitenciales (siglos XII y XIII), planteando las dos cuestiones principales: la descripción de la acedia como vicio, y, en segundo lugar, su inclusión dentro de la lista de los “siete pecados capitales.

En el siglo XIV, Paracelso señaló la existencia de la depresión exógena y endógena. Thomas Willis, desafió la teoría hipocrática argumentando que la melancolía se debería a alteraciones químicas en el cerebro y no a desequilibrios de los humores tal como sostenía Hipócrates siglos atrás (Zarragoitia, 2011). La postura de Willis guarda indirecta relación con la teoría biomédica actual sobre el origen de la depresión. Actualmente, el modelo biomédico considera que la depresión se debe al desequilibrio químico de neurotransmisores en el cerebro.

En 1725 Richard Blackmore utiliza por primera vez el término depresión, Robert Burton presenta un libro sobre la anatomía de la melancolía (Zarragoitia, 2011). A partir de su obra empieza la concepción nerviosa y el concepto de depresión se empieza a fraguar a partir de la ilustración (Aguirre , 2008), por su parte Robert Whytt nos habla de depresión mental al referirse a la melancolía (Zarragoitia, 2011) y Phillipe Pinel considera a la depresión como un abatimiento del espíritu (Aguirre , 2008).

P. Pinel es considerado el fundador de la psiquiatría, clasificó las enfermedades mentales en cinco grupos; melancolía, manía con delirio, manía sin delirio, demencia e idiotismo (Pacheco, Padró, Dávila, Álvarez, & Gómez, 2015)

En el siglo XVI la melancolía es aceptada como enfermedad mental, En el siglo XVIII Pitcairn sostiene que la melancolía provoca desorden en la hidrodinámica de la sangre, la cual afectaba al flujo de los espíritus y provocaba pensamientos desordenados y delirios de melancolía. En el siglo XIX se consideraba a la melancolía como fenómeno inicial de las demás enfermedades mentales, por ejemplo; en 1840 Keller, refería que la melancolía era la forma fundamental de todas las enfermedades mentales y que las demás derivaban de esta. En 1861 Griesinger refería que los pilares de los trastornos psíquicos se manifestaban en el plano afectivo, con la presencia de manía y melancolía, y en el pensamiento con la presencia de paranoia y demencia (Zarragoitia, 2011).

Se ha mencionado que Phillipe Pinel postuló su propia clasificación de las enfermedades mentales, sin embargo, las clasificaciones tal y como las conocemos hoy en día inician con el psiquiatra Alemán Emil Kraepelin. En 1899 Kraepelin hace una diferencia entre la demencia precoz, la locura maniaco depresiva y la paranoia como entidades independientes. Cabe señalar, que las ideas de Kraepelin abarcaron gran parte del siglo XX (Pacheco et al, 2015). A pesar que Kraepelin continuó utilizando el término melancolía, su mayor aportación fue la de diferencia la enfermedad maniaco depresiva de la demencia precoz, además fue uno de los primeros en señalar que el estrés psicológico hacen posible la aparición de manía. En 1863 Kahlbaum introdujo el término ciclotimia para diferenciar la fase depresiva de la maníaca, en 1911 en Duelo y Melancolía, Freud se refirió a la depresión como un proceso normal cuando se sufre la pérdida de un ser querido, sin embargo, esta se

solucione entre 6 a 12 meses. Finalmente, Meyer consideraba que la psicopatología sucedía producto de las interacciones biopsicosociales (Zarragoitía, 2011). En 1981, fecha en la que aparece el DSM III (Pacheco et al, 2015) se incorpora el trastorno depresivo mayor y trastorno distímico (Zarragoitía, 2011)

Todos los personajes descritos líneas arriba han intentado de múltiples formas comprender la naturaleza de la depresión, y aunque sus intentos en ocasiones resultaron infructuosos, debemos considerar el esfuerzo y las limitaciones propia de la época en que se realizaron dichas aproximaciones. Desde la antigüedad hasta el día de hoy nuestro conocimiento sobre las enfermedades mentales han progresado de forma sustancial.

2.2.2 Definición del término

De forma popular, el término depresión se ha relacionado con la tristeza profunda, con el desaliento o con una debilidad de la personalidad. Tales definiciones no hacen más que obscurecer el camino a la comprensión de este fenómeno psicológico. A continuación, se describirán algunas de las definiciones más conocidas de diversas fuentes.

Hall (citado por Pardo et al, 2004) sostiene lo siguiente

La depresión es un grupo heterogéneo de trastornos afectivos que se caracterizan por un estado de ánimo depresivo, disminución del disfrute, apatía y pérdida en el trabajo, sentimientos de minusvalía, anorexia e ideación suicida. A menudo presentan ansiedad y síntomas somáticos variados. Asimismo, menciona que la depresión es un sentimiento de tristeza intensa, que puede originarse después de una pérdida reciente y otro hecho triste, pero

es desproporcionado con respecto a la magnitud del hecho y persiste más allá de un periodo justificado”.

Carrenho, (citado por Núñez y Saire, 2015) refiere que encontrarse en una situación de depresión produce sufrimiento psíquico. Dicho sufrimiento se manifiesta a través de la exaltación del humor y la pérdida del interés, el placer y la energía.

Flexión de la energía, acompañada de tristeza. La depresión suele ser a la vez física y mental. En el plano físico produce un descenso de la actividad, una gran fatigabilidad, insomnios y un frenado de las funciones orgánicas (estreñimiento, pérdida del apetito, etc.). Desde el punto de vista mental, se observa una disminución de las facultades de atención, huecos de memoria. La menor contrariedad parece insuperable. Algunos sujetos predispuestos tienden a derramar abundantes lagrimas sin causa real. Finalmente, es en el caso de depresión grave cuando se produce con mayor frecuencia el suicidio (Alfonso y Anibal, 2011)

OMS (2018) La depresión es una enfermedad mental grave, por lo que se diferencia de forma sustancial de las respuestas emocionales habituales de la vida cotidiana. Además, puede provocar un enorme sufrimiento y socavar las actividades laborales, académicas, personales y familiares de quien la padece.

2.2.3. Depresión y consumo de sustancias psicoactivas

Los sujetos que consumen sustancias psicoactivas poseen más probabilidad de sufrir trastornos depresivos, de forma inversa, se puede recurrir al uso de drogas para reducir la sintomatología depresiva (Sirvent, Villa y Blanco, citado por Muñoz 2018).

Consideremos también, que una persona con trastorno inducido por sustancias puede padecer otros trastornos mentales a parte de la depresión.

La teoría de la automedicación Khantzian propuesta en 1985, señala que el consumo de drogas es el resultado de la interrelación de los factores disposicionales psicobiológicos, la presencia de psicopatología previa y la acción farmacológica de la droga en el organismo (Medina, Sarti y Real, 2015). Respecto la teoría de la automedicación de Khantzian, “una persona dependiente de la cocaína es probable que haya basado su elección en la capacidad psicoestimulante de la cocaína para inducir estados de hipomanía e hiperactividad, y así aliviar el malestar asociado con los síntomas afectivos” (Medina et al., 2015). No obstante, un consumidor de drogas complica sus síntomas y el curso de la enfermedad y paralelamente incrementa el riesgo de conductas suicidas (Sirvent et al., citado por Muñoz, 2018).

Por otro lado. Consideremos que teoría de la automedicación de Khantzian ha recibido fuertes críticas debido al uso de conceptos psicodinámicos. Otros autores han propuesto el modelo del mejoramiento de la disforia, por el cual se entiende que la conducta de consumo guarda relación con síntomas de ansiedad, cognitivos y afectivos (Medina et al., 2015).

2.2.4. La depresión en las categorías diagnosticas

Existen dos sistemas categoriales ampliamente conocidos y utilizados por los psiquiatras y psicólogos clínicos. Por un lado, tenemos el sistema categorial propuesto por la organización mundial de la salud que lleva como título; Clasificación internacional de las enfermedades mentales - CIE-10 (OMS, 2000). Luego tenemos al Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales en su cuarta edición revisada (DSM-IV-TR). Este manual ha sido propuesto por la

asociación de psiquiatría americana (APA, 2002). Ambos sistemas de clasificación exponen una serie de criterios que se deben cumplir para determinar el diagnóstico de depresión.

2.2.4.1. Clasificación internacional de las enfermedades mentales

En cuanto a la CIE-10, la depresión se encuentra en el bloque de trastornos del humor (afectivos), los cuales abarcan la codificación F30-F39. Para el caso particular de la depresión se la encuentra como episodios depresivos, cuya codificación es F32. Los episodios depresivos pueden ser leves, moderados o graves. Conviene señalar que independientemente del nivel de depresión por el cual la persona atraviesa se enumera una serie de síntomas.

Episodios Depresivos (F32)

La CIE-10 (OMS, 2000) define a los episodios depresivos de la siguiente manera:

Estado de ánimo bajo, reducción de la energía y disminución de la actividad. La capacidad para disfrutar, interesarse y concentrarse está reducida, y es frecuente un cansancio importante incluso tras un esfuerzo mínimo. El sueño suele estar alterado y el apetito disminuido. La autoestima y la confianza en uno mismo casi siempre están reducidas e, incluso en las formas leves, a menudo están presentes ideas de culpa o inutilidad. El estado de ánimo bajo varía poco de un día a otro, no responde a las circunstancias externas y puede acompañarse de los denominados síntomas somáticos, como son: pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, despertar precoz varias horas antes de la hora habitual, empeoramiento matutino del humor depresivo, enlentecimiento psicomotor importante, agitación, pérdida de apetito, pérdida de peso y

disminución de la libido. En función del número y severidad de los síntomas, un episodio depresivo puede especificarse como leve, moderado o grave.

Antes de que se considere a una persona con episodio depresivo deben haber pasado por lo menos dos semanas y esta no debe estar relacionada al consumo de drogas (OMS, 2000). En efecto, no podemos decir que una persona padece de depresión solo por los altibajos que acontecen en la vida cotidiana. Del mismo modo, cuando una persona consume drogas puede sufrir alteraciones del ánimo y puede abandonar la mayor parte de actividades en su vida. No obstante, al dejar de consumir drogas, ya sea porque así lo quiso o porque realizó un proceso de rehabilitación, la persona puede volver a realizar sus actividades cotidianas.

Síntomas Somáticos

Los síntomas somáticos pueden evidenciarse a través de la pérdida del deseo sexual, despertarse más temprano de lo acostumbrado, pérdida del apetito y por consiguiente pérdida de peso. La capacidad de emocionarse frente a actividades que normalmente producen reacciones emocionales se encuentra en déficit (OMS, 2000). Los síntomas somáticos que se han descrito líneas arriba probablemente sean el resultado de la pérdida de alicientes en la vida del sujeto, es decir, podrían ser la consecuencia, antes que la causa per se.

A continuación, se describirá los tipos de episodios depresivos según la clasificación internacional de los trastornos mentales. Así mismo, se mencionarán sus principales características.

a) Depresión leve (F32.0)

La persona puede verse afectada por varios de los síntomas del episodio depresivo sin que esta tenga que interferir necesariamente en la realización de sus

actividades. A continuación, se describe los criterios y la cantidad de síntomas para determinar un episodio depresivo leve (OMS, 2000)

- Se debe cumplir los criterios generales de episodio depresivo (criterio A)
- Deben cumplirse dos de los tres síntomas de la siguiente lista, (criterio B)
 1. Humor depresivo la mayor parte del día y que es persistente a lo largo de dos semanas.
 2. Detrimento de actividades agradables.
 3. Experimentar fatiga y quebranto de la energía.
- También debe estar presente uno o más de los siguientes para hacer un total de cuatro (criterio C)
 1. Disminución de la confianza en sí mismo o pérdida de la valía personal (autoestima)
 2. Autodesprecio irracional o culpa excesiva.
 3. Pensar en la muerte o quitarse la vida, o pensar en la realización de cualquier acción suicida.
 4. El individuo puede quejarse o comprobar que no puede pensar o concentrarse. Puede además mostrarse indeciso o vacilante.
 5. La actividad motriz puede ser agitada o enlentecida.
 6. Alteración del sueño, por ejemplo; no poder conciliar el sueño por las noches, sueño poco reparador, dormir más de la cuenta, etc.
 7. Aumento o disminución del peso corporal (pérdida del apetito)

b) Episodio depresión moderatos (F32.1)

Existe la probabilidad que la persona que atraviesa un episodio depresivo moderado le cueste en gran medida seguir con sus actividades cotidianas. Para este

tipo depresión deben cumplirse los criterios generales de episodios depresivos (F32) y por lo menos dos de los tres síntomas descritos en el episodio depresivo leve (F32.0) criterio B. De forma adicional debe haber presencia de los síntomas del criterio C de F32.0, Para determinar la presencia de episodio depresivo moderado deben sumarse seis síntomas.

Se debe tener en cuenta que en el episodio depresivo moderado también puede haber síntomas somáticos (OMS, 2000).

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

La OMS (2000) señala que en los episodios depresivos graves se encuentran presente varios de los síntomas descritos con anterioridad. De manera principal se encuentran la pérdida de la valía personal (autoestima), el autodesprecio, la culpa y las acciones suicidas. También existen algunos síntomas somáticos. Cuando los síntomas son de notable importancia como el enlentecimiento o la agitación, es posible que la personas no estén dispuestas a describir sus síntomas. Para el episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos deben estar presente los siguientes:

- Criterios generales de episodios depresivos (F32).
- Presencia de los tres síntomas de F32.0 (criterio B).
- Presencia de síntomas adicionales de F32.0 (criterio C) hasta sumar un total de ocho.
- Ausencia de delirios y alucinaciones.

En la CIE 10, se encuentran presente también los siguientes episodios depresivos:

- F33 Trastorno depresivo recurrente.
- F34 Trastornos del humor (afectivos) persistentes.

- F38 Otros trastornos del humor (afectivos).
- F39 Trastorno del humor (afectivo) sin especificación.

2.2.4.2. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales

Respecto al DSM-IV-TR (APA, 2002) la depresión aparece en el apartado trastornos del estado de ánimo como depresión mayor donde se describen los siguientes criterios:

- a. Deben estar presente cinco o más de los siguientes síntomas por un lapso de dos semanas, los cuales representarían un cambio significativo en la realización de las actividades cotidianas. Estado de ánimo depresivo o pérdida de interés. Los síntomas no deben ser causados por alguna enfermedad médica, delirios o alucinaciones
 1. Animo deprimido la mayor parte del día (se experimenta vacío o tristeza).
 2. Disminución del interés para realizar actividades la mayor parte del día.
 3. Pérdida del apetito y de peso, aproximadamente el 5% del peso habitual en el lapso de un mes.
 4. Hipersomnia o insomnio aproximadamente cada día.
 5. Excesiva actividad corporal (agitación) o movimientos psicomotrices lentos (enlentecimiento).
 6. Pérdida de la energía, sentirse fatigado la mayor parte del día y cada día.
 7. Sentirse inútil, con excesiva culpa.
 8. Dificultada para pensar y concentrarse, además de sentirse indeciso, casi cada día.
 9. Recurrencia de pensamiento asociados a la muerte, suicidio.
- b. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

- c. Las vivencias no son meras quejas, son más bien malestar clínicamente significativo, deterioro en las diversas áreas de la vida del sujeto.
- d. Los síntomas no están relacionados al uso de una sustancia psicoactiva o algún medicamento o a una enfermedad médica.
- e. Los síntomas antes descritos persisten por más de dos semanas. No se deben a la muerte de un familiar.

El mismo manual menciona algunos otros datos que me parecen necesarios considerar en esta investigación. Se menciona que una depresión que no recibe tratamiento puede perdurar de seis meses a más independientemente de la edad del sujeto. Del mismo modo hace referencia a la depresión inducida por sustancias psicoactivas, la cual puede presentarse en el transcurso del síndrome de abstinencia. También se señala que las personas con depresión pueden llegar a suicidarse, pero no es posible conocer con precisión en qué momento un sujeto con depresión llegará a suicidarse. Se menciona también que para la cultura latina y mediterránea la depresión puede expresarse por quejas como sufrir de nervios y cefaleas (APA, 2002).

2.2.5. Modelos explicativos de la depresión

2.2.5.1. Modelo Biológico de la depresión

El modelo biomédico de la depresión considera que la causa de esta es el desequilibrio de neurotransmisores en el cerebro. Al respecto León, citado por Núñez & Saire (2015) Señala que la depresión presenta una base fisiológica y bioquímica. No obstante, a pesar de toda la investigación llevada a cabo, aún existen diversas preguntas por responder

“Las primeras hipótesis biológicas de la depresión, desarrolladas entre 1960 y 1970, aparecen de una enorme simplificación. Sin embargo, las sucesivas revisiones y formulaciones, más que desechar las hipótesis anteriores, las han integrado en modelos comprensivos más amplios y complejos” (Silva, 2002)

La teoría psicobiológica de Eysenk señala que la dimensión de la personalidad conocida como neuroticismo puede predisponer a la depresión ya que cabe la probabilidad a desarrollar trastornos emocionales frente a eventos estresantes (Eysenk, citado por Silva, 2002).

Factores genéticos de la depresión

Los estudios realizados hasta la fecha sostienen que existe la probabilidad de sufrir trastorno depresivo cuando los familiares de primer grado han padecido esta condición. Se dice que estas personas tienen hasta tres veces mayor riesgo de padecer depresión que el resto de la gente. Sin embargo, se deja en claro que los estudios centrados en los familiares por sí solos no pueden explicar si la depresión proviene de factores genéticos en sí mismos o del entorno familiar compartido (Sullivan, Neale, Kendler, citado por Silva, 2002). Por otro lado, estudios realizados en gemelos concluyen que la influencia genética es un factor importante en el desarrollo de depresión (Sullivan et al., Silva, 2002). La epidemiología de la depresión mayor puede estar relacionada con la vulnerabilidad familiar, la cual puede evidenciarse en las siguientes características; “intermedios de recurrencia, episodios de larga duración, altos niveles de discapacidad y pensamientos recurrentes de muerte o suicidio. Estas características clínicas probablemente reflejan una alta responsabilidad genética en la enfermedad depresiva” (Kendler, Gardner y Prescott,

1999). No obstante, Calderón (1984) señala que no es posible heredar la depresión, a lo mucho que se puede llegar es a la vulnerabilidad, la cual sería determinada por la familia. Si un familiar con depresión al consumir antidepresivos responde de forma adecuada se puede convertir en una posible solución a los parientes futuros que probablemente la hereden (Calderón, citado por Núñez y Saire, 2016)

El carácter de enfermedad de la depresión es sumamente complejo debido a la intervención de factores ambientales y genéticos. En cuanto a los factores genéticos, se considera que estos son muy limitados por lo que en los estudios que se realicen se debe poseer un nivel elevado de genomas de pacientes y de grupos de control. Mientras mejor esté constituida la muestra y las características clínicas de pacientes con depresión, habrá mayor probabilidad de que los métodos de análisis sean eficaces al momento de encontrar la relación con algunas variables genéticas de la depresión (Tolosa, 2019)

Recientemente la universidad de Edimburgo a identificado 87 variaciones genéticas relacionadas a la depresión. Para hacer posible el hallazgo se utilizó una muestra de 240.000 pacientes y más de 560.000 controles en la que pudieron detectar 102 variantes genéticas. Luego, replicaron 87 de las variantes en una muestra de 400.000 casos de personas con depresión y 890.000 controles. Como resultado se encontró 260 genes relacionados a la depresión, también se pudo saber que las rutas moleculares de estos genes están relacionadas con las proyecciones nerviosas y con las sinapsis y su funcionamiento (Tolosa, 2019).

No se ha encontrado que haya asociación entre los genes del sistema serotoninérgico y la depresión. Lo que se halló es la eficacia y respuesta a los antidepresivos en sistema de señalización (Tolosa, 2019). No cabe duda que los

estudios realizados nos acercan cada vez más a conocer las causas de la depresión. No obstante, es necesario mencionar que los resultados de los trabajos en cuanto a la genética de la depresión se refieren específicamente a la depresión mayor y no al episodio leve o moderado.

2.2.5.2 Modelo cognitivo de la depresión

“El modelo cognitivo de la depresión ha surgido a partir de observaciones clínicas sistemáticas y de las investigaciones experimentales de Aaron T. Beck” (Beck, Rush y Emery, 2010). Para Beck, el principal síntoma de la depresión es la tristeza intensa, la cual está presente en la vida del sujeto por el lapso de dos meses. Además, considera que la depresión es un problema multicausal (Abello, García, García, Márquez, Niebles y Pérez, 2016)

Beck et al. (2010) refieren lo siguiente respecto a la depresión:

En ciertos aspectos, los problemas cognitivos del paciente depresivo están interrelacionados con un procesamiento de la información inadecuada. Tiende a percibir el presente, el futuro y el mundo exterior (la tríada cognitiva) en un sentido negativo, mostrando, por lo tanto, una interpretación sesgada de sus experiencias, unas expectativas negativas sobre el éxito de cualquier actividad que emprenda, y una gran proporción de autocrítica. Así, el paciente se sumerge en su corriente de distorsiones cognitivas viendo todas sus experiencias con un sentido de pérdida; percibiéndose feo, enfermo, etc.; e interpretando los problemas externos como abrumadores e irresolubles.

El modelo cognitivo de la depresión centra su atención en los desarreglos cognitivos, por los cual, serían los desajustes cognitivos la causa de la depresión.

Beck refiere que las personas en general poseemos esquemas mentales, los cuales son permanentes debido a que se han venido configurando a través de nuestra historia de aprendizaje. Los esquemas mentales incluyen nuestras creencias, interpretaciones, suposiciones, normas, experiencias tempranas junto a las personas significativas, incluye también nuestros juicios sobre los demás y sobre nosotros mismos. La vulnerabilidad a la depresión vendría dictada por la manifestación latente de esquemas mentales reactivos o susceptibles a situaciones específicas. Esta reactividad daría paso a la triada cognitiva de la depresión, la cual se caracteriza por la visión negativa de uno mismo, del entorno y del futuro (Ponce de León, Morillas y Scigliano, s.f.).

Las situaciones de la vida cotidiana se comprenden e interpretan respecto a nuestros esquemas mentales, los cuales, según el modelo cognitivo configuran los elementos primordiales de nuestra personalidad (Alford y Beck, citado por Carrazco, 2017). Cuando se activan los esquemas mentales seleccionamos y categorizamos las experiencias, las personas se centran en la información que concuerda con sus esquemas mentales y rechazan aquella información que no corresponde a ello. Un esquema puede ser conservado a pesar que sea equivocado o desadaptativo (Carrazco, 2017).

Por otro lado, Young, citado en Carrazco (2017) refiere que los esquemas mentales disfuncionales se encuentran en el nivel más profundo de las cogniciones e involucran esquemas tempranos desadaptativos los cuales se activan en determinadas situaciones las cuales conllevan a experimentar distorsiones cognitivas, respuestas emocionales intensas, conductas inadecuadas y depresión.

En la depresión se asume la existencia de un cuádruple conjunto de déficits (motivacional-conductuales, emotivos, cognitivos y fisiológicos). Desde una perspectiva cognitiva serían los trastornos cognitivos los objetivos de análisis básico, así como la estructuración de los demás síntomas sobre dichas estructuras nucleares cognitivas (Maldonado, 1984).

2.2.5.3. Modelo Conductual de la depresión

En 1973, Ferster refiere que la depresión se debe a la disminución en la realización de diversos tipos de actividades y por el incremento de otras. Este autor se interesó principalmente en las conductas de huida y evitación, por lo que llegó a la conclusión que los individuos deprimidos recibían menos recompensas por las actividades que realizaban (Ferster, citado por Martell, Dimidjian y Hernam, 2013). Las conductas de huida y evitación se pueden manifestar de formas diversas, por ejemplo; quedándose en casa, retirándose de las actividades de la vida cotidiana y dirigiéndose a los pensamientos rumiativos (Pérez, 2007).

Ferster, citado por Martell et al. (2013) menciona algunas razones para defender el argumento citado anteriormente. En primer lugar, sugiere la posibilidad de que los sujetos deprimidos no realicen actividades gratificantes de forma regular, lo cual conllevaría a la pérdida del reforzamiento. En segundo lugar, Ferster sugiere que los sujetos deprimidos buscarán la forma de liberarse de sentimientos aversivos, por tanto, realizarían conductas de evitación reforzadas de forma positiva. Aquí he de referirme a lo que mencionaba Skinner sobre la extinción operante; “cuando el reforzamiento deja de producirse, la respuesta ocurre cada vez con menos frecuencia según el proceso llamado extinción operante” (Skinner, 1981). El término extinción operante es utilizado en el condicionamiento operante, el cual, es un tipo de

aprendizaje asociativo que se centra principalmente en los antecedentes y en los consecuentes de la conducta.

La pérdida de reforzamiento, aquella de la que hablaba Skinner, guarda relación con el hecho de que los sujetos deprimidos dejan de realizar determinadas actividades que en algún momento de su historia fueron significativas. En la depresión existe un apartamiento de las actividades que antes eran placenteras, con lo cual existe una correspondencia entre los síntomas descritos por las taxonomías psiquiátricas y las conductas de evitación en ausencia de reforzamiento positivo. “En general, se podría decir que la depresión en su conjunto es toda una forma de evitación (Pérez, 2007)

Ferster fue el primero en realizar un análisis funcional de la depresión para pasar posteriormente a su definición, en la cual menciona que hay exceso de comportamientos de evitación ante la presencia de la estimulación aversiva, al mismo tiempo existe un exceso de comportamientos irracionales. Además, existen déficits de conductas con bajo reforzamiento positivo o negativo y debido a esto no se ejerce un control adecuado en el entorno (Ferster, citado Ponce de León et al., s.f.).

La alta frecuencia de conductas irracionales y evitadoras no representa un área de alta motivación, sino que se mantienen por refuerzo negativo y se prodigan porque no existen conductas activas y eficaces con las que competir para dar fin a la estimulación aversiva (Ponce de León et al., s.f).

Biglan, citado por Ponce de León et al. (s.f) refiere que los llantos y las quejas de los depresivos cumplen la función de disminuir la probabilidad de ser castigados por otros.

A diferencia del modelo cognitivo de la depresión, el cual centra su interés en los procesos cognitivos (percepción, memoria, atención, razonamiento, interpretación), en los supuestos y as creencias nucleares o en la forma como procesamos la información, Ferster menciona que, desde el modelo conductual, se trata con conductas, sucedan estas dentro o fuera de la piel del sujeto, por tal razón no existen recetas estructuradas para el tratamiento de la depresión, ya que cada individuo e historia de aprendizaje es particular (Ponce de León et al., s.f).

Por su parte Lewinsohn enfatiza la importancia del entorno en el comportamiento depresivo. Según este autor el comportamiento depresivo se caracteriza por una baja tasa de refuerzos, debido a un entorno pobre en reforzadores, pobres habilidades sociales para obtener reforzamiento y escaso repertorio de refuerzos escasos para el individuo (Lewinsohn, citado por Ponce de León et al., s.f).

Lewinsohn, citado por Martell et al. (2013) “hizo hincapié en la importancia la ausencia de refuerzo positivo en la vida de los pacientes con depresión”. Este autor definió la depresión “como el resultado de una falta, o un nivel bajo, de refuerzo positivo de respuesta contingente” (Lewinsohn, citado por Martell et al., 2013).

La respuesta contingente significa que el refuerzo depende de las acciones del sujeto. Por ejemplo, si una persona en una relación intenta entablar una conversación y el compañero ignora su intención (no ofrece un refuerzo positivo de respuesta de contingente) o lo rechaza por considerarlo pesado (establece un castigo) el individuo al final dejará de realizar intentos de entablar una conversación con el compañero y se sentirá triste con respecto a la relación. A partir de ese momento será menos probable que esta persona entable una conversación y, dicho de otro modo, la conducta conversacional

puede extinguirse. Se establece la hipótesis de que la carencia de recuerdo positivo limita conductas que por regla general dan como resultado recompensas a partir de la vida de los individuos, que pueden causar o mantener la disforia (Martell et al., 2013)

Douger y Hackbert, citado por Ponce de León et al. (s.f) refieren que el castigo y la drástica disminución de reforzadores, sumado a la pérdida de otras alternativas, producen a parte de la extinción progresiva de la conducta, reacciones emocionales como tristeza, desesperanza, frustración etc. He de mencionar nuevamente a Skinner, quien mencionaba que “El no reforzamiento de una respuesta conduce no solamente a la extinción operante, sino también a una reacción conocida como frustración o ira (Skinner, 1981).

Los sucesos negativos en la vida en las personas vulnerables, hacen menos posible las conductas de adaptación para hacerle frente a los acontecimientos que se pudiesen presentar (Lewinsohn, Hoberman, Teri y Hautzinger, citado en Martell et al., 2013). El estado de ánimo disfórico hace que el sujeto se centre demasiado en sí mismo, que sea hipercrítico, que se vea reducida su motivación y que se distancie de los contactos sociales (Martell et al., 2013). “Los individuos depresivos pueden ser más vulnerables a los altibajos de la vida cotidiana” (Lewinsohn y Libet, citado en Martell et al, 2013).

Las personas son susceptibles a la depresión por una variedad de razones, se podría decir que la depresión es más una posibilidad para todo ser humano, en vez de un fallo en los mecanismos neuropsicológicos, se podría decir que la causa de la depresión es causada por acontecimientos vitales, que por causa biológicas (Pérez, 2007).

El enfoque conductual considera que los trastornos psicológicos provienen de la historia de aprendizaje del sujeto, no menosprecia la biología, ni reduce todo a la conducta, pues en la explicación de un trastorno psicológico toma en cuenta las variables disposicionales de organismo. “El modelo conductual sitúa la depresión en el contexto de los problemas de la vida” (Pérez, 2007). En este sentido, la depresión sucede como una interacción entre los factores disposicionales del sujeto, tanto biológicos y psicológicos y la historia de reforzamientos y castigos a lo largo de su vida. El modelo conductual de la depresión deja en claro como en determinadas situaciones se va perdiendo el interés por las actividades que en el pasado fueron placenteras.

El caso es que la depresión supone una situación en la que las cosas valiosas hasta entonces han perdido su valor si es que no resultan positivas. En este sentido, la depresión sería más una situación en la que uno está que algo que uno tiene dentro de sí (Pérez, 2007)

El modelo conductual de la depresión también considera a las cogniciones como variables en los episodios depresivos. Sin embargo, no considera que las cogniciones sean las causantes de la depresión y que por ello debiera tomarse en cuenta como parte principal en el tratamiento (Pérez, 2007). El comienzo de la depresión para varias personas, puede ser el resultado de una pérdida importante, tal como la pérdida de trabajo, muerte de un ser querido, el fin de una relación, las dificultades para conseguir una meta o cualquier otra actividad de la vida cotidiana (Pérez, 2007).

Por su parte, Barraca y Pérez (2015) refieren que la ansiedad y la depresión provienen de situaciones existenciales, unidas a problemas de la vida.

La depresión junto con la ansiedad, es uno de los problemas más comunes por el que la gente busca ayuda clínica. No es de extrañar que sea el diagnóstico más frecuente, compartido a menudo con la ansiedad. Así mismo, la depresión y la ansiedad forman parte de otros problemas clínicos. A veces se consulta por lo que parece de primeras depresión o ansiedad y se termina con otro diagnóstico. Por su parte, cualquier otro problema psicológico no deja de implicar en algún momento depresión o ansiedad, como ocurre igualmente en una enfermedad médica (Barraca y Pérez, 2015).

III. METODOLOGÍA

3.1 Tipo de investigación

La investigación fue de tipo observacional, ya que no habrá manipulación de la variable de estudio; prospectivo, pues los datos obtenidos serán a propósito del estudio (primario); transversal, porque la medición será única y en la misma población; descriptiva porque el análisis estadístico será univariado (Supo, 2014)

3.2 Nivel de investigación de la tesis

La investigación fue nivel descriptivo, pues tiene como finalidad describir las características de la población según el nivel de depresión (Supo, 2014)

3.3 Diseño de la investigación

El diseño de investigación fue epidemiológico, pues se estudió la prevalencia de la depresión en los residentes de la comunidad terapéutica cambio de vida (Supo,2014).

3.4 El universo y muestra

El universo fueron los residentes de la Comunidad Terapéutica Cambio de Vida, 2019. No se realizó uso de una muestra, pues se trabajó con los 36 residentes de la comunidad, quienes conforman la población total

Criterios de inclusión

- Todos los residentes que deseen contestar al instrumento de evaluación.
- Residentes en etapa de seguimiento que estén presentes el día de la aplicación.

Criterios de exclusión

- Residentes que no sepan leer.
- Residentes que tengan dificultades en las funciones cognitivas.
- Residentes con esquizofrenia o trastorno delirante.

3.5 Definición y Operacionalización de Variable

Variables de Caracterización	Dimensiones / Indicadores	Valores finales	Tipo de Variable
Grado de instrucción	Autodeterminación	Primaria Incompleta	Categoría, nominal y politómica
		Primaria Completa	
		Secundaria Incompleta	
		Secundaria completa	
		Técnico incompleto	
		Técnico completo	
		Universitario incompleto	
Universitario completo			
Sexo	Autodeterminación	Varón	Categoría, nominal y dicotómica
		Mujer	
Edad	Autodeterminación	Años	Numeral, continua y de razón

Variable de Interés

Variable de interés	Dimensión o indicadores	Valores finales	Tipo de variable
Depresión	Tristeza	Depresión leve (0-19)	Categoría Nominal y polinómica
	Pesimismo		
	Sensación de Fracaso	Depresión moderada	
	Insatisfacción		
	Culpa	Depresión grave (29-63)	
	Expectativa de Castigo		
	Autodesprecio		
	Autoacusación		
	Idea suicidas		
	Episodios de llanto		
	Irritabilidad		
	Retirada social		
	Indecisión		
	Cambios en la imagen corporal		
	Enlentecimiento		
	Insomnio		
	Fatigabilidad		
	Pérdida de apetito		
	Pérdida de peso		
	Preocupaciones		
Somáticas			
Bajo nivel de energía			

3.6 Técnicas e Instrumentos de recolección de datos

3.6.1 Técnica

Para la recolección de datos, se hizo uso de la técnica psicométrica y la encuesta

3.6.2 Instrumento

The Beck Depression Inventory-Second Edition(BDI-II), fue elaborado por Aaron T. Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown en el año1996. Consta de de 21 ítems indicativos de síntomas tales como tristeza, llanto, pérdida de placer,

sentimiento de fracaso y de culpa, pensamiento o deseo de suicidio, pesimismo, etc. Es un auto informe que proporciona la presencia de la depresión en adolescentes a partir de los 13 años en adelante. El BDI-II es fácil de utilizar, se puede aplicar de forma individual o colectiva, con formato de papel y lápiz de forma oral; el tiempo varía entre 5 y 10 minutos para ser completados: aunque los pacientes con depresión grave o trastornos obsesivos a menudo pueden tardar más tiempo. Es de tipo likert y cada ítem responde a cuatro categorías de respuestas ordenadas que se codifican 0 hasta 3; si una persona ha elegido varias categorías de respuesta en un ítem, se toma la categoría de la puntuación más alta. El resultado es la suma de las respuestas de los 21 ítems, desde 0 a 63 puntos. Las clasificaciones son; 0-13, mínima depresión; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada y 29 - 63, depresión grave. Se solicita a la persona evaluada que “si dentro del mismo grupo hay más de una afirmación, que considere igualmente aplicable a su caso.” El inventario de depresión de Beck fue adaptado por barbaran y Apaza (2014) a la población de estudio, la consistencia interna, muestra un índice de fiabilidad alfa de Cronbach (0.90), (21 ítems). Por lo que se concluye, el instrumento permite obtener puntajes confiables. Para los fines de la investigación, se realizó el análisis de confiabilidad del alpha de crombach para el instrumento depresión de Beck, consiguiéndose una consistencia interna global de ,91 (ver anexo 2), así mismo los resultados de la validez del constructo fue por el método de análisis de ítem – test, los coeficientes de correlación producto – momento de Pearson (r) son significativos y moderados lo cual evidencia que el instrumento presenta validez de constructo. (ver anexo 2). Y si crearon los siguientes baremos; (1 leve, 2 moderado, 3 grave). Barbaran y Apaza (2014).

3.7 Matriz de consistencia

Enunciado	Objetivos	Variable	Dimensiones/indicadores	Metodología
¿Cuál es el nivel de depresión en los residentes de la Comunidad Terapéutica Cambio de vida Cerro azul de Cañete, 2019?	<p>Describir el nivel de depresión en los residentes de la Comunidad Terapéutica Cambio de vida Cerro azul de Cañete, 2019.</p> <p>Específicos:</p> <p>Describir el grado de instrucción de los residentes de la Comunidad Terapéutica Cambio de vida Cerro Azul de Cañete, 2019.</p> <p>Describir el sexo de los residentes de la Comunidad Terapéutica Cambio de vida Cerro Azul de Cañete, 2019.</p> <p>Describir las edades de los residentes de la Comunidad Terapéutica Cambio de vida Cerro Azul de Cañete, 2019.</p>	Depresión	<p>Tristeza</p> <p>Pesimismo</p> <p>Sensación de Fracaso</p> <p>Insatisfacción</p> <p>Culpa</p> <p>Expectativa de Castigo</p> <p>Autodesprecio</p> <p>Autoacusación</p> <p>Idea suicidas</p> <p>Episodios de llanto</p> <p>Irritabilidad</p> <p>Retirada social</p> <p>Indecisión</p> <p>Cambios en la imagen corporal</p> <p>Enlentecimiento</p> <p>Insomnio</p> <p>Fatigabilidad</p> <p>Pérdida de apetito</p> <p>Pérdida de peso</p> <p>Preocupaciones Somáticas</p> <p>Bajo nivel de energía</p>	<p>Tipo: El tipo de estudio fue observacional, porque no habrá manipulación de la variable; prospectivo, porque los datos del estudio serán a propósito de estudio (primarios); transversal, porque se realizará una sola medición a la misma población; y descriptiva, porque el análisis estadístico será univariado. (Supo, 2014)</p> <p>Nivel: El nivel de investigación fue descriptivo porque se buscará describir las características de la población según el nivel de depresión en circunstancias temporales y geográficas delimitadas (Supo, 2014).</p> <p>Diseño: Epidemiológico, porque se estudiará la prevalencia de la depresión en los residentes de la comunidad terapéutica Cambio de</p>

vida, es decir su frecuencia o su distribución de la población.

El universo fueron residentes de Comunidades terapéuticas y la población fueron los residentes de la Comunidad Terapéutica Cambio de Vida Cerro Azul cañete, 2019 que cumplan los criterios de inclusión y exclusión. No ha sido necesario trabajar con una muestra, debido a que se trabajó con el total de la población.

Técnicas:

Para la variable de estudio se utilizará la técnica psicométrica y la encuesta.

Instrumento:

El instrumento del que se hizo uso fue el inventario de depresión de Aaron Beck (BDI - II)

3.8 Principios Éticos

El presente estudio contempla los principios éticos necesarios para su realización, sugeridos por el comité de ética y reglamento de ética de la universidad, evidenciados a través de documentos como el consentimiento informado firmado por los participantes del estudio.

IV. RESULTADOS

4.1 Resultados

Tabla 1.

Depresión en los residentes de la comunidad terapéutica Cambio de Vida Cerro Azul de cañete, 2019.

Tipos de depresión	f	%
Depresión leve	27	75%
Depresión moderada	6	17%
Depresión grave	3	8%
Total	36	100%

Fuente: *Inventario de depresión de Beck (BDI-II)*

Descripción: El 75% de la población posee un nivel de depresión leve, un 17% posee un nivel de depresión moderada y un 8% depresión grave

Tabla 2.

Grado de instrucción residentes de la comunidad terapéutica cambio de vida Cerro Azul de Cañete, 2019.

Grado de instrucción	F	%
Primaria incompleta	1	2,7
Secundaria completa	27	75
universitario completo	1	2,7
universitario incompleto	2	5,5
Técnico completo	1	2,7
Técnico incompleto	4	11,1
Total	36	100%

Fuente: *Instrumentos de recolección de datos*

Descripción: De la población estudiada tenemos que el 75% de la población presenta como grado instrucción el nivel secundario completa

Tabla 3.

Sexo de los residentes de la comunidad terapéutica cambio de vida Cerro Azul de Cañete, 2019.

Sexo	F	%
Varones	36	100%
Mujeres	0	0
Total	36	100%

Fuente: Instrumentos de recolección de datos

Descripción: De la población estudiada tenemos que el 100% es varón

Tabla 4

Edad de los residentes de la comunidad terapéutica cambio de vida Cerro Azul de Cañete, 2019.

Variable	Media
Edad	27,5

Fuente: Instrumentos de recolección de datos

Descripción: De la población estudiada tenemos que la edad media es 27,5.

4.2 Análisis de resultado

La presente investigación tuvo como objetivo describir el nivel de depresión de los residentes de la comunidad terapéutica cambio de vida cerro azul de cañete, 2019. Se halló que la mayoría de la población posee un nivel de depresión leve, también se encuentran presentes los niveles de depresión moderado y grave, pero en menor proporción. También se halló que el 75% de la población tiene estudios en secundaria completa, todos los participantes fueron de sexo masculinos y la media de edad fue de 27,5.

Para la presente investigación, se utilizó el inventario de depresión de Beck, el cual cumple con las propiedades métricas necesarias para la medición de la variable de estudio. La recolección de datos se llevó a cabo de forma colectiva, teniendo una duración de 25 minutos aproximadamente y se llevó a cabo por el propio investigador contando con el consentimiento de todos participantes.

Los resultados de este trabajo de investigación tienen cierta similitud con la investigación que realizó Brenda Ato en el año 2014. Esta investigadora estudió la relación entre el consumo de alcohol y la depresión, encontrando que el consumo de alcohol influye en el desarrollo de episodios depresivos. Sin embargo, esta investigación se realizó con pacientes de un hospital. He de mencionar que las condiciones de tratamiento hospitalario y en una comunidad terapéutica son diferentes. En una comunidad terapéutica se realizan actividades programadas cada semana, debido a que el tratamiento es residencial. En cambio, el tratamiento ambulatorio carece de esta programación de actividades que ayudan a las personas que consumen sustancias psicoactivas a mejorar su estado de ánimo, tengamos en cuenta bien que el sujeto se sigue desarrollando en el mismo entorno problemático, lo cual hace difícil que abandone el consumo a corto plazo. Esta investigadora utilizó también la escala de depresión de Beck (BDI-II) el cual, también ha sido utilizado en la presente investigación.

Por otro lado, Karen Muñoz estudió la ansiedad y depresión en los residentes pertenecientes a la estación municipal de auxilio terapéutico y control humanitario de la mendicidad número 1, en el año 2018 en la ciudad de Loja en Ecuador. En dicha investigación también se utilizó la escala de depresión de Beck (BDI-II). Sin embargo, los participantes varían de forma sustancial, pues Muñoz tuvo 127 participantes de 31 a 40 años, y la presente investigación tuvo 36 personas como los participantes con edades de entre 16 y 65 años de edad. Los resultados de la investigación de Muñoz difieren del presente trabajo, pues el 52.76% de la población evaluada solo presenta altibajos considerados normales. En cambio, aquí se halló que el 75% de la población atraviesa depresión leve generalmente. Esto probablemente sea por las condiciones sociodemográficas que pueden influir en el desarrollo de la depresión. Sumemos a ello que la adaptación del instrumento de Beck utilizada en este trabajo permite medir la depresión leve, moderado y grave. A título personal, considero que las respuestas de depresión leve se pueden estar tomando como respuestas propias de la vida cotidiana y sus dificultades.

Por último, Samuel Marengo y Juan Bogado; utilizando el inventario de depresión de Beck hallaron en siete personas adultas que la mayoría poseía un nivel de depresión discontinuo, sin embargo, el 43% de la población posee ideación suicida. En cuando a este trabajo, se halló que la depresión en la mayoría de residentes era de nivel leve, sin embargo 3 de ellos dieron como resultado depresión grave. Se halla cierta similitud. Y es que cabe la probabilidad que los episodios depresivos graves conlleven a deseos de quitarse la vida.

Finalmente, se puede mencionar que los resultados hallados corresponden con los criterios diagnósticos de la cie 10, el cual describe la depresión leve como un tipo de depresión en la cual el sujeto puede continuar realizando sus actividades cotidianas a pesar de padecer síntomas depresivos. Las características principales de la depresión leve se caracterizan por el

decaimiento de la energía, el autodesprecio, el pesimismo y el abandono de actividades placenteras. No obstante, una comunidad terapéutica posee un régimen estructurado de realización de actividades relacionados con los quehaceres de la vida cotidiana, tales son; ocuparse del aseo personal, asistir a charlas de psicología en un horario determinado, llevar un tratamiento personalizado y realizar actividades lúdicas como jugar futbol, vóley, realizar caminatas y paseos a la playa. Probablemente esto contribuye a que los episodios depresivos disminuyan su frecuencia, duración e intensidad. Así mismo, los modelos explicativos contribuyen al entendimiento de la variable estudiada. A mi criterio, la depresión no puede entenderse desde un solo extremo, considero que en este problema están interrelacionadas variables cognitivas, conductuales y biológicas.

V. CONCLUSIONES

5.1 Conclusiones

Se concluye que el 75% de la población general posee depresión leve, un 17% posee depresión moderada y un 8% depresión grave. Así mismo el 75% de la población presenta como grado instrucción el nivel secundario completa, el 100% de la población fue de sexo masculino y la media de las edades fue 27,5%.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFÍA

- Abella, D., García, E., García, P., Marquéz, L., Niebles, J., & Pérez, D. (2016). Perfil cognitivo y prevalencia de depresión, desesperanza y riesgo suicida en jóvenes. *vinculados al primer nivel de formación en una escuela militar colombiana*, 33(3). Recuperado el 2019, de <https://www.redalyc.org/pdf/213/21349352006.pdf>
- Aguirre, Á. (2008). Antropología de la Depresión. 8(3). Barcelona, España. Recuperado el 2019, de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/malestar/v8n3/02.pdf>
- APA. (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV-TR*. España: MASSON. Recuperado el 2019
- Barraca, J., & Pérez, M. (2015). *Actiacion Conductual para el tratamiento de la depresión*. Madrid: Sintesis.
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B., & Emery, G. (2010). Terapia Cognitiva de la depresión. Biblioteca de psicología descleé de brouwer. Obtenido de <file:///D:/Documents/PSICOLOGIA/Libros%20virtuales/Libros%20de%20Aaron%20Beck/Terapia-cognitiva-de-la-depresi%C3%B3n.pdf>
- Carrasco, A. (2017). Modelos psicoterapéuticos para la depresión: hacia un enfoque integrado. *Revista interamericana de psicología*, 51(2). Recuperado el 2019, de <https://www.redalyc.org/pdf/284/28454546004.pdf>
- Cueva Alfonso & Cueva Anibal (Ed.). (2011). *Diccionario de Psicología general*. Lima, Perú: A.F.A. Editores Importadores S.A.
- De Blassi, M. (Mayo de 2014). Acedia y tedio en Tomás de Aquino. ¿Una cuestión de inapetencia espiritual? Recuperado el 2019, de https://proyectoscio.ucv.es/wp-content/uploads/2016/03/05-Estudios_MARTIN.pdf
- El Comercio. (20 de Septiembre de 2018). *Diario el comercio*. Recuperado el 05 de Junio de 2019, de <https://elcomercio.pe/peru/mil-personas-quitan-vida-ano-peru-minsa-noticia-555798>
- Kendler, Gardner, & Prescott. (1999). *Características clínicas de la depresión mayor que predicen el riesgo de depresión en los familiares*. Recuperado el 2019, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10197826>
- Maldonado, A. (1984). Anuario de Psicología. *Un modelo de terapia cognitiva desde la perspectiva de la psicología del aprendizaje*. Granada. Recuperado el 2019, de <file:///D:/Documents/PSICOLOGIA/Terapia%20Cognitivo%20Conductual/terapia%20cognitiva%20desde%20la%20perspectiva%20de%20las%20teorias%20del%20aprendizaje.pdf>
- Marengo, S., & Bogado, J. (2017). Depresión y ansiedad como factores de riesgo en ideación suicida en pacientes con adicciones del Centro Nacional de Control de Adicciones de Asunción, Año 2017. Obtenido de <file:///C:/Users/USUARIO/Desktop/Documentos%20para%20mi%20tesis/Depresi%C>

3%B3n%20y%20ansiedad%20como%20factores%20de%20riesgo%20en%20pacientes%20con%20adicciones.pdf

Marino, P. (2007). La activación conductual. *Papeles del Psicólogo*, 28(22). Recuperado el 2019, de <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1474.pdf>

Martell, C., Dimidjian, S., & Herman, R. (2013). *Activación conductual para la depresión una guía clínica*. Bilbao: Desclée De Brouwer.

Martinez citado por, Mangado, E., Molins, S., & Seijo, P. (S.f.). Guías Clínicas basadas en la evidencia científica. *Comorbilidad Psiquiátrica en adicciones/Trastorno por consumo de sustancias*. Recuperado el 2019, de <https://www.copcv.org/db/docu/181004153541DVXzdnbrA6se.pdf>

Medina, M., Sarti, E., & Real, T. (2015). *La depresión y otros trastornos psiquiátricos*. (A. N. (ANM), Ed.) Recuperado el 2019, de <file:///C:/Users/USUARIO/Desktop/Documentos%20para%20mi%20tesis/Libros%20sobre%20depresi%C3%B3n/La%20depresi%C3%B3n%20y%20otros%20trastornos%20psiquiátricos.pdf>

Muñoz, K. (2018). “Ansiedad y depresión en los residentes pertenecientes a la Estación Municipal de Auxilio Terapéutico y Control Humanitario de la Mendicidad #1 en el periodo Diciembre 2014 –Junio 2018”. Loja, Ecuador. Obtenido de <file:///C:/Users/USUARIO/Desktop/Documentos%20para%20mi%20tesis/Karen%20Stefania%20Mu%C3%B1oz%20Chamba.pdf>

NIDA. (2014). Las Drogas, el Cerebro y el Comportamiento, la ciencia de la adicción. *Las Drogas, el Cerebro y el Comportamiento, la ciencia de la adicción*. Obtenido de <file:///D:/Documents/PSICOLOGIA/Psicologia%20Clinica/Adicciones/Guías%20de%20Tratamiento/Reporte%20del%20NIDA%20sobre%20las%20drogas/Nida%20-%20sobre%20las%20-%20drogas.pdf>

Núñez, J., & Saire, C. (2016). *Funcionamiento familiar y depresión en pacientes de consulta externa de un hospital de Lima este, 2015*. Tesis. Recuperado el 2019, de [file:///C:/Users/USUARIO/Desktop/Documentos%20para%20mi%20tesis/Antecedentes%20de%20mi%20tesis/Nacionales/Claudia_Tesis_bachiller_2016%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/USUARIO/Desktop/Documentos%20para%20mi%20tesis/Antecedentes%20de%20mi%20tesis/Nacionales/Claudia_Tesis_bachiller_2016%20(3).pdf)

OMS. (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10 Clasificación de las enfermedades mentales y el comportamiento con glosario y criterios diagnósticos de investigación*. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana. Recuperado el 2019, de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42326/8479034920_spa.pdf;jsessionid=D8ADA91736F37AAC2C0CCD47F2D809E6?sequence=1

OMS. (22 de Marzo de 2018). *Organización mundial de la salud*. Recuperado el 2019, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

OPS. (2017). Depresión y otros trastornos mentales más comunes. Estimaciones sanitarias mundiales. Recuperado el 2019, de

<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34006/PAHONMH17005-spa.pdf>

- Pacheco, L., Padró, D., Dávila, w., Álvarez, s., & Gómez, P. (2015). Apuntes históricos sobre las clasificaciones actuales. *XIII*. Recuperado el 2019, de <file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/Dialnet-ApuntesHistoricosSobreLasClasificacionesActualesDe-5265697.pdf>
- Pardo, G., Sandoval, A., & Umbarila, D. (2004). Adolescencia y depresión. *Revista Colombiana de Psicología*(13). Recuperado el 2019, de <https://www.redalyc.org/pdf/804/80401303.pdf>
- Pescador, C., citado por Nuñez, J., & Saire, C. (2015). Funcionamiento familiar y depresión en pacientes de consulta externa de un hospital de Lima este, 2015. Lima. Recuperado el 2019, de [file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/Claudia_Tesis_bachiller_2016%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/Claudia_Tesis_bachiller_2016%20(3).pdf)
- Ponce de León , Morillas, & Scigliano. (S.F). *Enfoque psicologico de la depresión*. Obtenido de Cinteco: <https://www.cinteco.com/wp-content/uploads/depresion.pdf>
- Saco, J. L. (2006). Psicopatologías en la grecia antigua a través de sus mitos. *Revista semestral de filosofía práctica - Universidad de Los Andes*(17). Recuperado el 14 de Octubre de 2019, de <http://www.saber.ula.ve/bitstream/handle/123456789/19105/interdis.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- Sausa, M. (03 de 02 de 2018). *Perú 21*. Recuperado el 2019, de <https://peru21.pe/peru/cifras-salud-mental-peru-menores-ocupan-70-atenciones-infografia-394376-noticia/>
- Silva, H. (2002). Nuevas perspectivas en la biología de la depresión. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatria*, 40. Recuperado el 2019, de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272002000500002
- Skinner, B. F. (1981). *Ciencia y Conducta Humana*. Barcelona: Fontanella.
- Supo. (2014). Seminarios de Investigación Científica. Recuperado el 2019, de <http://seminariosdeinvestigación.com/sinopsis>
- Tolosa, A. (26 de Febrero de 2019). *Dos millones de genomas para detectar nuevas variantes genéticas relacionadas con la depresión*. Obtenido de Genotipia: https://genotipia.com/genetica_medica_news/genetica-depresion/
- Zarragoitia, A. (2011). *Depresión, Generalidades y Particularidades*. La Habana: Editorial Ciencias Medicas. Recuperado el 14 de Octubre de 2019, de http://newpsi.bvs-psi.org.br/ebooks2010/pt/Acervo_files/depresion-cuba.pdf

ANEXOS

**UNIVERSIDAD CATOLICA LOS ANGELES DE CHIMBOTE FACULTAD
DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGIA**

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Sexo: _____ Edad: _____ Grado de instrucción: _____

ESCALA DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI-II)

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos. Y luego señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor sus sentimientos durante la última semana, **INCLUIDO EL DÍA DE HOY**, no hay respuestas buenas o malas. Recuerde que sus respuestas son confidenciales, así que conteste con plena libertad.

TRISTEZA

- 0 No me siento triste
- 1 Siento desgano o tristeza
- 2 Siempre siento desgano o tristeza y no lo puedo remediar
- 2 Estoy tan triste y me siento tan desgraciado que sufro mucho
- 3 Estoy tan triste y me siento tan desgraciado que no puedo soportar más

B. PESIMISMO

- 0 No estoy particularmente pesimista, ni desanimado con respecto al futuro
- 1 Me siento desanimado respecto al futuro
- 2 Siento que no hay nada que esperar del futuro
- 2 Siento que jamás me librare de mis penas y preocupaciones
- 3 Siento que mi futuro es desesperante y que nunca mejorara mi situación

C. SENSACIÓN DE FRACASO

- 0 No me siento fracasado
- 1 Me siento más fracasado que otras personas
- 2 Siento que en la vida he realizado muy pocas cosas que valgan la pena
- 2 Si pienso en mi vida pasada veo que solo he tenido fracasos
- 3 Siento que como persona he fracasado por completo (Padre, esposo, esposa).

D. INSATISFACCION

- 0 Las cosas me satisfacen tanto como antes
- 1 Casi siempre me siento aburrido
- 1 No disfruto de las cosas como antes gozaba
- 2 Ya no obtengo ninguna satisfacción de las cosas
- 3 Estoy descontento de todo

E. CULPA

- 0 No siento ninguna culpa en particular
- 1 La mayor parte del tiempo me siento mal o culpable
- 2 Me siento culpable

- 2 Me siento mal o culpable prácticamente todo el tiempo
- 3 Considero que soy malo, que hago todo muy mal y que no valgo absolutamente nada

F. EXPECTATIVA DE CASTIGO

- 0 Siento que no estoy siendo castigado
- 1 Tengo sensación de que pueda sucederme algo malo
- 2 Siento que estoy siendo castigado o que voy a ser castigado
- 3 Siento que merezco ser castigado
- 3 Debo ser castigado

G. AUTODISGUSTO

- 0 No estoy descontento conmigo mismo
- 1 Estoy descontento conmigo mismo
- 1 No me gusto a mí mismo
- 2 No me puedo soportar a mí mismo
- 3 Me odio

H. AUTOACUSACIONES

- 0 No me siento peor que los demás
- 1 Soy consciente de mis propias faltas y mis propios defectos
- 2 Me hago reproches por todo aun cuando me salga bien
- 3 Tengo la impresión que mis defectos son muchos y muy graves

I IDEAS SUICIDAS

- 0 No pienso, ni se ocurre dañarme a mí mismo
- 1 A veces se me ocurre que podría quitarme la vida, pero no podría hacerlo
- 2 Siento que muerto estaría mejor
- 2 Siento que mi familia estaría mejor si yo estuviese muerto
- 3 Tengo planes definidos para suicidarme
- 3 Si pudiese me suicidaría

J. LLANTO

- 0 No lloro más de lo común
- 1 Ahora lloro más que lo que lloraba antes
- 2 Me paso todo el tiempo llorando y no puedo dejar de hacerlo
- 3 Ahora ya no puedo llorar, aunque quisiera como lo hacía antes

K. IRRITABILIDAD

- 0 No me siento irritado
- 1 Me enfado o me irrito con más facilidad que antes
- 2 Estoy constantemente irritado
- 3 Ahora que me irritan en absoluto cosas que antes me enfadaba

L. ALEJAMIENTO SOCIAL

- 0 No he perdido el interés por los demás
- 1 Ahora estoy menos interesado en los demás que antes
- 2 He perdido casi por completo el interés hacia los demás y siento poca simpatía por otras personas
- 3 Los demás no me interesan nada y todo el mundo me es totalmente indiferente

M. INDECISION

- 0 Tengo la misma facilidad que antes para tomar decisiones

- 1 Ahora me esfuerzo para tomar decisiones
- 2 Tengo gran dificultad para decidirme
- 3 Me siento incapaz para tomar decisiones de cualquier tipo

N. AUTO – IMAGEN DEFORMADA

- 0 No tengo la impresión de presentar mal aspecto
- 1 Temo que mi aspecto cause mala impresión o de aparecer aviejado
- 2 Tengo la impresión de presentar cada vez peor aspecto
- 3 Tengo la impresión que mi aspecto es feo, desagradable y repulsivo

O. RETARDO PARA TRABAJAR

- 0 Trabajo con la misma facilidad de siempre
- 1 Ahora me cuesta más esfuerzo que antes ponerme a trabajar
- 1 Ya no trabajo tan bien como antes
- 2 Tengo que hacer un gran esfuerzo
- 3 Me siento incapaz de hacer cualquier trabajo por pequeño que sea

P. PERDIDA DE SUEÑO

- 0 Duermo tan bien como antes
- 1 Por las mañanas me siento más cansado que de costumbre, porque me levanto por las noches
- 2 Me despierto una o dos horas más temprano que antes y me cuesta trabajo volver a dormir
- 3 Me despierto demasiado temprano por las mañanas y no puedo dormir más de cinco horas

Q. FATIGABILIDAD

- 0 No me siento cansado
- 1 Me canso más fácilmente que de costumbre
- 2 Me canso hacer cualquier cosa
- 3 Me siento demasiado cansado para hacer cualquier cosa

R. PERDIDA DE APETITO

- 0 Mi apetito no está mal es como de costumbre
- 1 Mi apetito no es tan bueno como antes
- 2 Ahora mi apetito esta mucho peor
- 3 No tengo en absoluto ningún apetito

S. PÉRDIDA DE PESO

- 0 He perdido peso últimamente
- 1 He perdido más de dos kilos de peso
- 2 He perdido más de cuatro kilos peso
- 3 He perdido más de siete kilos de peso

T. PREOCUPACIONES SOMATICAS

- 0 Mi salud no me preocupa más de lo normal
- 1 Me preocupa más constantemente por mis molestias físicas y malestares
- 2 Mis molestias físicas me preocupan tanto que me resulta difícil pensar en cualquier cosa
- 3 No hago nada más, en absoluto, que en pensar en mis molestias físicas

U. PERDIDA DEL DESEO SEXUAL

- 0 No he notado que recientemente haya cambiado mis intereses por las cosas sexuales
- 1 No estoy menos interesado que antes por las cosas relativas al sexo
- 2 Me intereso ahora mucho menos que antes por todo lo que se refiere al sexo
- 3 He perdido todo el interés por las cosas del sexo

N°:



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Señores de la Comunidad Terapéutica Cambio de Vida:

La Escuela Profesional de Psicología la Universidad Católica los Ángeles de Chimbote comprometida con el respeto a la dignidad de las personas y el desarrollo de la ciencia, le informa que estamos realizando un estudio científico sobre la depresión en residentes de la Comunidad Terapéutica Cambio de vida y para ello necesitamos de su participación en la solución del cuestionario de depresión. Así mismo le comunicamos que la evaluación se realizará de forma anónima si usted no está de acuerdo o desea mayor información puede ponerse en contacto con nosotros a través del número de celular: 962615224

Muy agradecido: Investigador.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

N°	Actividades	2019			
		2019 – 02			
		Mes			
		SET	OCT	NOV	DIC
1	Elaboración del Proyecto	X	X		
2	Revisión del proyecto por el jurado de investigación	X	X		
3	Aprobación del proyecto por el Jurado de Investigación		X	X	
4	Exposición del proyecto al Jurado de Investigación			X	
5	Mejora del marco teórico y metodológico	X	X		
6	Elaboración y validación del instrumento de recolección de datos	X	X		
7	Elaboración del consentimiento informado (*)	X			
8	Recolección de datos	X	X		
9	Presentación de resultados		X		
10	Análisis e Interpretación de los resultados		X		
11	Redacción del informe preliminar		X		
12	Revisión del informe final de la tesis por el Jurado de Investigación		X	X	
13	Aprobación del informe final de la tesis por el Jurado de Investigación			X	
14	Presentación de ponencia en jornadas de investigación			X	
15	Redacción del artículo científico				x

PRESUPUESTO

Presupuesto desembolsable (Estudiante)			
Categoría	Base	% o Número	Total (S/.)
Suministros (*)			
Impresiones	0.40	60	24.00
Fotocopias	0.10	50	5.00
Empastado	35.00	2	70.00
Papel bond A-4 (1 PQT)	11.00	1	11.00
Lapiceros	0.50	2	1.00
Lápices	1.00	40	40.00
Servicios (**)			
Uso de Turnitin	50.00	2	100.00
Sub total			251.00
Gastos de viaje Cañete – Chimbote	300	3	900.00
Pasajes para recolectar información	4.00	5	20.00
Subtotal			
Total de presupuesto desembolsable			1171
Presupuesto no desembolsable (Universidad)			
Categoría	Base	% o Número	Total (S/.)
Servicios			
Uso de Internet (Laboratorio de Aprendizaje Digital – LAD)	30.00	3	90.00
Búsqueda de información en base de datos	35.00	2	70.00
Soporte informático (Módulo de Investigación del ERP University – MOIC).	40.00	4	160.00
Publicación de artículo en repositorio institucional	50.00	1	50.00
Total de presupuesto no desembolsable			370.00
TOTAL (S/.)			1541.00