



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

Hospital Docente de Atención Psicosocial “Dr. José Dolores Fletes Valle”

Tesis para optar al título de Especialista en Psiquiatría

Tema:

Características de los usuarios del sexo masculino con diagnóstico de depresión ingresados por primera vez en la unidad de intervención en crisis del hospital de Atención Psicosocial, Julio 2017 - Julio 2019.

Autor:

Dra. Lourdes del Carmen Moreno Potosme
Médico y Cirujano General
Médico Residente de Psiquiatría

Tutor:

Dra. Odilí Margarita Manzanares Bustos
Médico y Cirujano General
Especialista en Psiquiatría

Managua, Nicaragua Marzo 2020.

Dedicatoria

A Dios:

Por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A mis Padres:

Por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien; pero más que nada, por su amor.

Agradecimiento

A Dios:

Por dotarme de paciencia y entrega en el cumplimiento de esta meta.

Cuerpo docente:

Al equipo de docencia científica y metodológica. En especial, a mi tutora, Dra. Odilí Manzanares Bustos, por su valioso tiempo y dedicación.

A los pacientes:

Por su colaboración en la presente tesis y por permitirme aprender de ellos.

Resumen

Con el objetivo de determinar las características de los usuarios del sexo masculino con diagnóstico de depresión ingresados por primera vez en la unidad de intervención en crisis del hospital de Atención Psicosocial de julio 2017 a julio 2019 se realizó un estudio de tipo observacional, descriptivo, correlacional, retrospectivo y transversal; fundamentado en la integración sistémica de los métodos y técnicas cualitativos y cuantitativos de investigación, es un enfoque filosófico de investigación mixta. Fueron analizados los datos sobre: las características sociodemográficas, el nivel de autoestima y el grado de depresión. El tamaño de la muestra correspondió al universo conformado por 65 usuarios, para recolectar los datos se utilizaron entrevistas, ficha de recolección de datos, y escalas de evaluación. Del análisis y discusión de los resultados se obtuvieron las siguientes conclusiones: la edad más frecuentemente afectada con depresión en cualquiera de sus formas fueron hombres de 20 a 29 años en un 38.32%, con estudios de secundaria en un 41.54%, de religión católica en un 43.08%, los cuales estaban empleados en un 56.92%, eran solteros en un 43.08%, sin hijos en un 41.54% y procedentes del área urbana en un 67%, con un nivel de autoestima que predominó fue baja en un 56.92%, con un grado de depresión moderado en un 44.62%: la variable depresión se asoció con todas las variables sociodemográficas de forma positiva, las variables depresión y autoestima por su valor de significancia mayor a 0.05 no se encontró asociación

Palabras claves: *usuarios, características, depresión, autoestima.*

Índice general

1.	Introducción.....	1
2.	Antecedentes.....	2
3.	Justificación.....	4
4.	Planteamiento del Problema.....	5
5.	Objetivos.....	6
6.	Marco Teórico.....	7
7.	Hipótesis Investigativa.....	27
8.	Diseño Metodológico.....	28
8.1.	Tipo de Estudio:.....	28
8.2.	Área de Estudio:.....	28
8.3.	Universo y muestra:.....	28
8.4.	Definición y operacionalización de variables:.....	30
8.5.	Metódos, técnicas e instrumentos de recolección de datos:.....	32
8.6.	Procedimientos para la recoleccion de datos e información.....	32
8.7.	Plan de tabulación y análisis:.....	33
9.	Resultados.....	35
10.	Discusión de Resultados.....	49
11.	Conclusiones.....	51
12.	Recomendaciones.....	52
13.	Bibliografía.....	53
14.	Anexos.....	56

1. Introducción

La depresión es una enfermedad que padece el ser humano desde el inicio de los tiempos, la cual ha sido reconocida como entidad nosológica hasta hace pocos años, de origen multifactorial. A lo largo de la historia la depresión ha sido estigmatizada; sin embargo, se sabe que puede llegar a cronificarse y durante la evolución natural de la misma presentar varias crisis.

Debido a la cosmovisión propia de cada cultura, el hombre, como sexo masculino ha lidiado con una sociedad la cual muchas veces no le permite expresar sus emociones y sentimientos lo que lo limita a la búsqueda de ayuda de profesionales calificados, por lo tanto, es importante el saber reconocer cuáles son las características que éste grupo poblacional reúne para darles un abordaje integral en determinada crisis.

En investigaciones previas se destacan las características que están asociadas a depresión en usuarios del sexo masculino y además reflejan como ciertas características específicas tales como el estado civil y el estar empleado podrían ser factores de protección para éste padecimiento.

En Nicaragua existe la unidad de intervención en crisis la cual se crea con la necesidad de contar con un área que permita evaluar a los usuarios que sufren crisis circunstanciales o vitales con la finalidad de brindarles un manejo multidisciplinario. El principal objetivo de la atención en la crisis consiste en intervenir al usuario para que afronte y enfrente el problema inmediato, así como orientarle y brindarle el seguimiento para el tratamiento a largo plazo.

2. Antecedentes

En todos los siglos aparecen tanto filósofos como médicos, y a partir del siglo XIX psicólogos y psiquiatras, han tratado de entender por qué el hombre se deprime. Como las emociones positivas, las emociones de tristeza y pena constituyen una característica intrínseca de la condición humana. La depresión parece ser una de las primeras enfermedades mentales que fueron descritas en la historia de la humanidad. (Vittorio, 2005).

Con el fin de sustentar la investigación, se revisaron estudios de los últimos años, cuyos hallazgos se exponen a continuación:

En los años 2014-2015, la Dra. Martha Martina Chávez estudia la depresión y factores asociados en la población peruana adulta mayor con los siguientes resultados: se identificó que predominaron las mujeres, mayores de 75 años, que carecían de instrucción académica, vivían sin pareja, residían en el área rural, con nivel socioeconómico bajo y con alguna discapacidad sobreagregada. (Chávez, 2017).

En la Universidad Católica de Colombia se realiza un estudio en el año 2015 por Constanza Londoño Pérez en donde se evaluó la prevalencia de depresión en hombres para detectar el riesgo suicida e identificar los factores sociodemográficos y personales asociados; con una muestra no aleatorizada de 1525 hombres colombianos entre 18 y 83 años. Entre los resultados se encontró que el 91.1% vivía con su familia, el 40% tenía un nivel académico universitario y el 46.9% tenía un nivel socioeconómico bajo. (Perez, 2015).

En el año 2012, en Nicaragua en el Hospital Dr. Alejandro Dávila Bolaños, se realiza estudio por la Dra. Fátima Blanco Gómez, quien investiga los factores asociados a la depresión en pacientes que acuden a consulta externa de Medicina Interna, en el que se encuentra que la edad predominante son los pacientes menores de 60 años, predominantemente del sexo femenino, procedentes de Managua, de religión católica, con educación superior, empleados, con comorbilidades médicas, toma de múltiples fármacos. (Gómez, 2012).

3. Justificación

Conveniencia: es necesario este tipo de investigación para conocer cuáles son las características que predominan en éste grupo específico y de ésta manera brindar un abordaje multidisciplinario para la enfermedad, la cual es un problema de salud pública que presenta un índice de prevalencia que lejos de disminuir se está incrementando.

Relevancia social: al lograr la caracterización se podrá posteriormente abordar oportunamente la depresión en cualquiera de sus formas de presentación, incluyendo la atípica que predomina en éste grupo poblacional, dándole al usuario una respuesta pronta y satisfactoria a su demanda de atención a los servicios de salud. De ésta manera se contribuye a disminuir la incapacidad por depresión en la población económicamente activa.

Implicaciones prácticas profesionales: con el creciente aumento de la depresión a nivel mundial la cual para éste año 2020 se convierte en la segunda causa de incapacidad en el mundo, es necesario que los profesionales de la salud identifiquen cuáles son las características que reúne la población masculina y por consiguiente éstos usuarios se beneficien de una atención integral y óptima.

Utilidad Metodológica: este trabajo es de tipo enfoque mixto basado en la solución de problemas en la realidad, y de integración sistémica de métodos cualitativos y cuantitativos de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (UNAN-Managua). No contando en el hospital Psicosocial con investigaciones de este tipo.

4. Planteamiento del Problema

4.1 Caracterización del problema: la Organización Mundial de la Salud indicó que la depresión se convertirá en el año 2020 en la segunda causa de incapacidad en el mundo, detrás de las enfermedades isquémicas mientras que en el año 2000 ocupaba el cuarto lugar.

4.2 Delimitación del problema: la unidad de intervención en crisis es una sala de referencia nacional donde se evalúa y aborda a las personas que sufren crisis vitales o de extrema tensión las cuales desarrollan depresión en cualquiera de sus formas con la finalidad de brindarles un manejo integral. El principal objetivo de la atención durante la crisis consiste en intervenir a la persona para que afronte y enfrente el problema inmediato, así como orientarle y brindarle el seguimiento para el tratamiento a largo plazo.

4.3 Formulación del problema:

¿Cuáles son las características de los usuarios del sexo masculino con diagnóstico de depresión ingresados por primera vez en la unidad de intervención en crisis del Hospital de Atención Psicosocial “Dr. José Dolores Fletes Valle” de Julio 2017 a Julio 2019?

4.4 Sistematización del problema:

¿Cuáles son las características sociodemográficas de la población estudiada?

¿Cuál es el nivel de autoestima de los usuarios que acuden por depresión?

¿Cuál es el grado de depresión que presentan los usuarios al acudir a la unidad?

5. Objetivos

Objetivo General:

Determinar las características de los usuarios del sexo masculino con diagnóstico de depresión ingresados por primera vez en la unidad de intervención en crisis del hospital docente de Atención Psicosocial “Dr. José Dolores Fletes Valle” de Julio 2017 a Julio 2019.

Objetivos Específicos:

- 1) Describir las características sociodemográficas de la población estudiada.
- 2) Establecer los niveles de autoestima de los usuarios masculinos que acuden por depresión.
- 3) Correlacionar el grado de depresión que presentan los usuarios al acudir a la unidad de salud con los niveles de autoestima.

6. Marco Teórico

La depresión, del latín *depressio* que significa opresión, encogimiento o abatimiento, es el diagnóstico psiquiátrico que describe un trastorno del estado de ánimo, transitorio o permanente, que puede provocar una incapacidad parcial o total para disfrutar de las cosas y de los acontecimientos de la vida cotidiana. Los trastornos depresivos pueden estar, en menor o mayor grado, acompañados de ansiedad. (Juchnowicz, 2014).

El término médico hace referencia a un síndrome o conjunto de síntomas que afectan principalmente a la esfera afectiva: como es la tristeza constante, decaimiento, irritabilidad, sensación de malestar, impotencia, frustración a la vida y puede disminuir el rendimiento en el trabajo o limitar la actividad vital habitual, independientemente de que su causa sea conocida o desconocida. Aunque éste es el núcleo principal de síntomas, la depresión también puede expresarse a través de afecciones de tipo cognitivo, volitivo o incluso somático. (Juchnowicz, 2014).

La depresión es provocada por una combinación de factores genéticos, biológicos, psicológicos, sociales y ambientales. Las personas con historia familiar de depresión, así como las que sufren enfermedades severas como enfermedades cardíacas o cáncer, corren el mayor riesgo de depresión. Asimismo, los cambios importantes en la vida, el trauma y el estrés también pueden resultar en un episodio de depresión, aunque algunos de éstos pueden producirse sin ninguna causa externa obvia. (Mufson, 2015).

La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional. (Mufson, 2015).

Los hombres también sufren de depresión, aunque sus síntomas pueden ser algo diferentes. Por eso es importante que entendamos cómo identificar los síntomas de la depresión

masculina. Muchas personas están familiarizadas con síntomas depresivos como la tristeza, la apatía, el llanto, etc., pero a menudo se confunden cuando los síntomas de la depresión se expresan en los hombres como ira, rabia, resentimiento, hostilidad, conductas de abuso, adicción al alcohol, irritabilidad inexplicable, desesperanza, baja autoestima y sentimientos de identidad confundida. (Telleria, 2016).

Los hombres son bien conocidos por su tendencia cubrir o esconder sus verdaderos sentimientos en numerosas ocasiones. A veces tienden a tener tantas capas en sus patrones de pensamiento y personalidad, que ayudarles a aumentar la conciencia de lo que les está pasando o están sintiendo es muy complicado. Pero ¿por qué?, principalmente debido a que la sociedad les transmite que cualquier expresión de una emoción puede provocar una reacción social que no siempre es de aceptación. Es una triste realidad que un hombre va a sufrir en silencio para evitar el ostracismo social antes de buscar ayuda. (Telleria, 2016).

Tratar de proyectar una fachada feliz o excesivamente alegre no es algo específico solo de los hombres, ya que muchas mujeres también hacen eso. Pero ellos tienen la reputación a ser más chistosos y suelen ser más sarcásticos acerca de sus sentimientos o los sentimientos de los demás. Es casi como si el sarcasmo o la risa acerca de temas como la depresión sea algo que los hombres tengan que hacer. (Telleria, 2016).

Factores de riesgo

La depresión es un proceso multifactorial y complejo cuya probabilidad de desarrollo depende de un amplio grupo de factores de riesgo, sin que hasta el momento haya sido posible establecer su totalidad ni las múltiples interacciones existentes entre ellos. (Bellok, 2007).

Se desconoce el peso de cada uno de ellos en relación con las circunstancias y al momento de la vida en que se desarrolla. La investigación de los factores de riesgo de la depresión cuenta con algunas limitaciones: primero, es difícil establecer diferencias entre los factores que influyen en el inicio y/o el mantenimiento de la depresión; segundo, muchos de los

factores de riesgo interactúan de tal manera que podrían ser causas o consecuencias de esta. (Bellok, 2007).

Además, pocos estudios han valorado su grado de influencia. Las variables que incrementan el riesgo de depresión se pueden clasificar en diversos factores.

Factores personales y sociales:

La prevalencia e incidencia de los trastornos depresivos es mayor en mujeres que en hombres, comenzando en la adolescencia y manteniéndose en la edad adulta. Además, aunque la depresión es una importante causa de discapacidad tanto en hombres como en mujeres, se ha estimado que la carga de la depresión es 50% más alta en las mujeres que en los hombres. (Campos, 2015).

Las enfermedades crónicas, tanto físicas como mentales y la posible asociación con el consumo de alcohol y tabaco, también son factores de riesgo importantes. Los rasgos neuróticos de la personalidad se asocian con una mayor incidencia de casos y recaídas de depresión mayor y probablemente, aumentan la posibilidad de desarrollar depresión ante los acontecimientos adversos de la vida. (Campos, 2015).

También se asocian a otras formas de psicopatología, especialmente con los trastornos de ansiedad. Los trastornos de ansiedad son en general factores de riesgo para el desarrollo del primer episodio de depresión mayor y también la distimia se ha visto como un importante predictor del desarrollo posterior de un cuadro depresivo mayor. (Campos, 2015).

Por otra parte, se ha observado que pacientes, fundamentalmente hombres, con antecedentes de ataques de pánico, tienen mayor riesgo de desarrollar depresión mayor. Dicha correlación no se ha encontrado con otros trastornos mentales. Se ha descrito una asociación entre migraña y depresión, de manera que los pacientes con depresión mayor presentaban mayor riesgo de sufrir migraña y a su vez, los que presentaban migraña tenían mayor riesgo de depresión mayor. (Campos, 2015).

Dentro del papel atribuido a las circunstancias sociales se ha destacado el bajo nivel de recursos económicos y las circunstancias laborales. Las personas en desempleo y baja laboral presentan depresiones con mayor frecuencia. (Juchnowicz, 2014).

En un estudio de cohortes prospectivo publicado recientemente se desprende que las personas de los grupos socioeconómicos y ocupacionales más desfavorecidos tienen índices más altos de depresión, indicando que el riesgo de depresión sigue un gradiente socioeconómico, especialmente cuando el trastorno es crónico. (Juchnowicz, 2014).

El estado civil y el estrés crónico parecen relacionarse con una mayor probabilidad de desarrollar depresión, y también se observa que la exposición a adversidades a lo largo de la vida está implicada en el comienzo de trastornos depresivos y ansiosos. (Juchnowicz, 2014).

También en el ámbito de lo personal, otra variable que se ha tendido a relacionar con la depresión, es la percepción de autoeficacia personal, es decir, la creencia de las personas acerca de la capacidad de ejecutar una acción específica, para enfrentarse a tareas propias y al estrés, relacionándose con buena salud, alto logro, y buena integración social, y en una relación inversa con la depresión. (Barra, 2010).

Factores familiares y genéticos:

Los descendientes de pacientes con depresión constituyen un grupo de riesgo tanto para enfermedades somáticas como para trastornos mentales. Así, los familiares de primer grado de pacientes con trastorno depresivo mayor tienen el doble de posibilidades de presentar depresión que la población general, proporción también importante en los de segundo grado. (Barra, 2010).

Las investigaciones han mostrado que tener padres con psicopatología tiende a desarrollar problemas de salud mental en los hijos, problemas ligados a la conducta del niño pueden ser causados por el hecho de tener un progenitor que manifieste algún tipo de disfunción. (Bhatia, 2007).

Hay evidencia de que la exposición prenatal a madres con depresión contribuye a desarrollar mecanismos neuroregulatorios disfuncionales, viéndose que recién nacidos de madres con depresión tienen baja actividad, baja respuesta social en comparación a nacidos de madres sin depresión. Incluso se han podido examinar respuestas atípicas en la zona cerebral frontal, caracterizada por una disminución de la región frontal izquierda. (Vittorio, 2005).

Los niños o adolescentes que tienen un padre o ambos padres deprimidos tienen dos y cuatro veces más probabilidad de desarrollar un trastorno depresivo, respectivamente. (Vittorio, 2005).

Dentro de los factores de riesgo a investigar se encuentra, el entorno familiar, el que se constituye en un factor crucial para la vida, siendo los padres una de las principales influencias y apoyos en este periodo de cambio. Se ha tendido a relacionar este factor al desarrollo de depresión, es así como el clima familiar, estilos de crianza, comunicación, percepción de grados de conflicto, cercanía y afecto, entre otros, son factores de riesgo de presentar un trastorno en la línea de los afectos. (Barra, 2010).

Más específicamente, los problemas de comunicación entre padres e hijos, la percepción de alta conflictividad y hostilidad entre padres e hijos, bajo sentimiento de afecto y cercanía, alta autoridad paterna, se han tendido a relacionar con conflictos y desarrollo de depresión en jóvenes, lo que constituye factor de riesgo importante para el desarrollo de depresión en la adultez. (Barra, 2010).

El patrón de presentación del cuadro también puede ser diferente, encontrando como señal más temprana un trastorno de ansiedad. No obstante, estos estudios familiares por si mismos no pueden establecer que cantidad de riesgo proviene de los factores genéticos y que cantidad del ambiente familiar compartido. (Barra, 2010).

Estos se exteriorizan como sentimientos de inutilidad, culpa, tristeza, indefensión y desesperanza profundos. Se pueden acompañar de varios síntomas concomitantes, incluidos las perturbaciones del sueño y de la comida, la pérdida de iniciativa, el autocastigo, el abandono, la inactividad y la incapacidad para el placer. (Guerra, 2013).

Uno de los acercamientos más frecuentes en la investigación de los genes implicados en el desarrollo de la depresión es el análisis del papel de las monoaminas. De entre todas las variantes genéticas estudiadas, un factor que podría influir en su desarrollo es la presencia de un polimorfismo del gen que codifica el transportador de la serotonina, lo que produciría una disminución del transporte de este neurotransmisor. Este gen podría ser un predictor de la respuesta al tratamiento antidepresivo. (Guerra, 2013).

Frecuentemente se asocia con una baja de neurotransmisores cerebrales, más de la serotonina que de la adrenalina causado por alteraciones en el funcionamiento del hipotálamo y la secreción de hormonas por encima del nivel normal llevando a alteraciones endocrinas e inmunológicas. (Guerra, 2013).

Factores cognitivos:

La compleja relación entre la cognición y la emoción ha sido constante objeto de análisis y continúa siendo hoy uno de los aspectos más interesantes de investigación. La influencia en las últimas décadas de los modelos cognitivos en la conceptualización, evaluación en los trastornos psicopatológicos encuentra uno de sus máximos ejemplos en el caso de la depresión. (Criado, 2012)

En este contexto, se hace imprescindible ampliar la comprensión del complejo fenómeno depresivo y de los elementos cognitivos implicados en el origen, mantenimiento y recaídas de la depresión, no sólo como síntoma recurrente sino como factores predisponentes y mantenedores. (Criado, 2012)

De modo general, el modelo cognitivo propone que los esquemas disfuncionales y la suborganización de personalidad que caracterizan la vulnerabilidad cognitiva a la depresión tienen una orientación autorreferente. Las estructuras o esquemas cognitivos auto-orientados incluyen una representación interna del self, o autoconcepto que organiza y guía el procesamiento de información autorreferente; esto es, los autoesquemas ejercen una influencia dominante en la selección, codificación, organización y recuerdo de estímulos

personalmente significativos, así como en la monitorización y evaluación de la ejecución personal, generando sesgos en el procesamiento de la información. De este modo, las personas deprimidas muestran un modo especial de codificar, almacenar, recuperar y usar información de tipo emocional (negativa y positiva), especialmente si ésta es autorreferente. (Criado, 2012)

La investigación sobre el papel de los factores cognitivos en la depresión se ha guiado predominantemente por el modelo de Beck, en el que los esquemas negativos, pensamientos automáticos, distorsiones cognitivas y creencias disfuncionales tienen un papel fundamental en el procesamiento de la información. Estos y otros factores como la reactividad cognitiva hacia los eventos negativos, el estilo rumiativo de respuesta y los sesgos atencionales se consideran claves en el desarrollo y mantenimiento de la depresión. (Barra, 2010).

Riesgo de suicidio

La depresión es uno de los factores más asociados a la conducta suicida. Se ha estimado que el riesgo de suicidio es cuatro veces mayor en las personas con depresión en comparación con la población general, y 20 veces mayor en el caso de la depresión grave. Debido a ello se recoge la importancia de la evaluación del riesgo de suicidio ante un paciente depresivo. (Duque, 2007).

La conducta suicida es el resultado de la confluencia de distintas situaciones y factores que se combinan entre sí para generar un abanico que iría desde la ideación hasta el suicidio consumado. En la actualidad se considera que el suicidio se mueve a lo largo de un continuum de diferente naturaleza y gravedad, que va desde la ideación hasta la consumación de este. (Guerra, 2013).

El riesgo de suicidio se puede incrementar durante el episodio de depresión y en el período de remisión parcial. Algunos de los factores que se han asociado con mayor riesgo de suicidio en pacientes con depresión son: sexo masculino, historia familiar de trastorno mental, intento

de suicidio previo, niveles más graves de depresión, presencia de desesperanza y trastornos comórbidos, especialmente ansiedad y abuso de drogas. (Guerra, 2013).

Tipos de depresión

La clasificación internacional de enfermedades mentales (CIE -10) incluye la depresión en los trastornos del humor y las clasifica con los siguientes criterios:

Episodio depresivo (F32)

G1. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

G2. No ha habido síntomas hipomaniacos o maniacos en ningún periodo de la vida del individuo.

G3. El episodio no es atribuible al consumo de sustancias psicoactivas o a ningún trastorno mental orgánico.

Episodio depresivo leve (F32.0)

A. Deben cumplirse los criterios generales de episodio depresivo.

B. Presencia de, por lo menos, dos de los tres síntomas siguientes:

1. Humor depresivo hasta un grado claramente anormal para el individuo, presente la mayor parte del día y casi cada día, apenas influido por las circunstancias externas y persistente durante al menos dos semanas.
2. Pérdida de interés o de la capacidad de disfrutar en actividades que normalmente eran placenteras.
3. Disminución de la energía o aumento de la fatigabilidad.

C. Además, debe estar presente uno o más síntomas de la siguiente lista para que la suma total sea al menos de cuatro:

1. Pérdida de confianza o disminución de la autoestima.
2. Sentimientos no razonables de autorreproche o de culpa excesiva e inapropiada.
3. Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, o cualquier conducta suicida.
4. Quejas o pruebas de disminución en la capacidad de pensar o concentrarse, tales como indecisión o vacilación.

5. Cambio en la actividad psicomotriz, con agitación o enlentecimiento (tanto subjetiva como objetiva).
6. Cualquier tipo de alteración del sueño.
7. Cambio en el apetito (aumento o disminución) con el correspondiente cambio de peso.

Episodio depresivo moderado (F32.1)

- A. Deben cumplirse los criterios generales de episodio depresivo.
- B. Presencia de, al menos, dos de los tres síntomas descritos en el criterio B de F32.0
- C. Presencia de síntomas adicionales del criterio C de F32.0, para sumar un total de al menos seis síntomas.

Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos (F32.2)

- A. Deben cumplir los criterios generales de episodio depresivo.
- B. Presencia de los tres síntomas del criterio B de F32.0
- C. Presencia de síntomas adicionales del criterio C de F32.0, hasta un total de al menos ocho.
- D. Ausencia de alucinación, ideas delirantes o estupor depresivo.

Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos (F32.3)

- A. Deben cumplirse los criterios generales de episodio depresivo.
- B. Deben cumplirse los criterios de episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos, a excepción del criterio D.
- C. No se cumplen los criterios de esquizofrenia ni de trastorno esquizoafectivo.
- D. Presencia de cualquiera de los siguientes:
 1. Ideas delirantes o alucinaciones, diferentes a las descritas como típicas de la esquizofrenia.
 2. Estupor depresivo.

Otros episodios depresivos (F32.8)

Deben incluirse aquí los episodios que no se ajusten a las descripciones dadas para los episodios depresivos, pero cuya impresión diagnóstica global indique que son de naturaleza depresiva.

Episodio depresivo sin especificación (F32.9)

Depresión sin especificación

Trastorno depresivo sin especificación

Trastorno depresivo recurrente (F33)

G1. Ha habido al menos un episodio depresivo previo leve, moderado o grave, con una duración mínima de dos semanas y separado del episodio actual por, al menos, dos meses libres de cualquier alteración significativa del estado de ánimo.

G2. En ningún momento del pasado ha habido un episodio que cumpliera los criterios de episodio hipomaniaco o maniaco.

G3. El episodio no es atribuible al consumo de sustancias psicoactivas o a ningún trastorno mental orgánico.

Trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve (F33.0)

- A. Se cumplen los criterios generales de trastorno depresivo recurrente.
- B. El episodio actual cumple los criterios de episodio depresivo leve.

Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado (F33.1)

- A. Se cumplen los criterios generales de trastorno depresivo recurrente.
- B. El episodio actual cumple los criterios de episodio depresivo moderado.

Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave sin síntomas psicóticos (F33.2)

- A. Se cumplen los criterios generales de trastorno depresivo recurrente.
- B. El episodio actual cumple los criterios de episodio depresivo sin síntomas psicóticos.

Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave sin síntomas psicóticos (F33.3)

- A. Se cumplen los criterios generales de trastorno depresivo recurrente.
- B. El episodio actual cumple los criterios de episodio depresivo con síntomas psicóticos.

Trastorno depresivo recurrente actualmente en remisión (F33.4)

- A. Se cumplen los criterios generales de trastorno depresivo recurrente.
- B. El estado actual no cumple criterios de episodio depresivo (F32) de ninguna gravedad, o para ningún otro trastorno de F30-F39.

Otros trastornos depresivos recurrentes (F33.8)

Trastorno depresivo recurrente sin especificación (F33.9)

Depresión en la adolescencia

Durante la adolescencia se puede presentar la depresión. Esta se caracteriza porque se presentan sentimientos persistentes de tristeza y desánimo además de que comúnmente se presenta una pérdida de la autoestima y una ausencia de interés por las actividades cotidianas. (Vittorio, 2005).

Generalmente en ellos, la depresión es transitoria y es una reacción usual a muchas situaciones y factores que les generan estrés. Este estado es común en los adolescentes, como consecuencia del proceso normal de maduración, del estrés asociado con éste, de la influencia de las hormonas sexuales y de los conflictos de independencia con los padres. (Goldenring, 2005).

Por otro lado, factores externos que acentúen el estrés como una muerte, el maltrato infantil, la ruptura con el novio o la novia, el abuso por parte de compañeros e inclusive el fracaso escolar asociados con una baja autoestima y una percepción negativa de la vida pueden desencadenar una depresión. Ésta puede tener efectos en el crecimiento y desarrollo, el desempeño escolar, las relaciones con iguales y la familia y puede llevar inclusive al suicidio. (Bhatia, 2007).

Sin embargo, a pesar de los factores externos, son básicamente los cambios hormonales que se presentan durante la pubertad y sus efectos en el estado anímico y psicológico los causales de que se pueda presentar la somatología de la depresión. En este período existe un aumento de la emotividad, la cual es provocada por la necesidad que experimenta el ser humano de abandonar viejos hábitos de acción y de pensamiento y de establecer otros nuevos. (Rivero, 17 abril 2007).

Igualmente se considera que factores genéticos influyen en presentar síntomas depresivos sin saberse si la causal es genética o una conducta aprendida del padre depresivo. Los factores biológicos que afectan se relacionan con los neurotransmisores, como una deficiencia en norepinefrina o serotonina. Igualmente, se asocia con esta enfermedad anormalidades hormonales como una hipersecreción de cortisol. (Davis, 2015).

Muchos adolescentes presentan problemas de sueño, llegan a pasarse toda la noche viendo televisión y luego tienen problemas para levantarse por la mañana o se quedan dormidos durante el día. Frecuentemente también se presentan cambios en los hábitos alimenticios, siendo esto más común en las adolescentes. Dejan de interesarse por las actividades que antes les gustaban y se empiezan a aislar socialmente. (Stantrock, 2014).

Durante este período de transición el adolescente está en la búsqueda de su identidad y busca definir sus valores propios. Todo lo anterior los suele hacer más susceptibles y tener pensamientos erróneos como ideas suicidas, búsqueda de salidas fáciles que les permitan olvidarse del problema como uso de drogas y conducta antisocial. (Stantrock, 2014).

Los factores de riesgo de ser depresivo pueden ser biomédicos o psicosociales. Aproximadamente dos terceras partes de los jóvenes que presentan una depresión mayor tienen otros desórdenes mentales. Los más comunes son el desorden distímico, la ansiedad, el déficit de atención y al hiperactividad, así como el abuso de sustancias nocivas. (Stantrock, 2014).

La depresión se puede presentar de dos formas diferentes. La primera, semejante a un estado de aflicción, se caracteriza porque el adolescente percibe una falta de sentimientos y una sensación de vacío debido que no los puede manejar o expresar. La segunda es desencadenada por los factores externos de experiencias de derrota o fracaso. (Davis, 2015).

Autoestima

Maslow, ha catalogado la autoestima dentro de una de las necesidades fundamentales que tiene el ser humano, la de reconocimiento, referida al respeto y la confianza que se tiene en sí mismo. Ésta es provista a través del reconocimiento que otros dan a la persona, del éxito que se va teniendo a lo largo de la vida y de las experiencias positivas y negativas que se viven, así se van construyendo evaluaciones sobre lo que cada uno considera que es y se crea una valoración generalizada sobre sí mismo. (Holguín, 2017).

La autoestima influye en el estado de ánimo, en el compromiso e iniciativa que la persona tiene al momento de realizar diversas que necesitan o desean hacer. Involucra emociones, pensamientos, sentimientos, experiencias y actitudes que la persona recoge de su vida. (Holguín, 2017) .

Existen diferentes elementos:

- Componente afectivo: es la respuesta afectiva que se percibe de sí mismo.
- Componente conductual: se refiere a las intenciones que se tienen al momento de actuar, acorde a las opiniones que se tengan de sí y de lo que se esté dispuesto a realizar.
- Componente cognitivo: éste involucra las representaciones, creencias, ideas y descripciones que se hacen de sí mismo en los diferentes ámbitos de su vida.

(Holguín, 2017).

Cada persona cuenta con varios factores que influyen en el desarrollo de la misma y que, además, dan paso a su instauración como algo positivo o negativo, son los siguientes:

- Vinculación: el humano como ser social, tiene la necesidad de relacionarse con otros y sentirse parte de algo (familiar, social, educativo o laboral).

- Singularidad: se refiere a sentirse particular y especial, independiente de las características que comparta con otras personas cercanas.
- Poder: este factor involucra las creencias que tiene la persona sobre su potencial, la convicción de que puede lograr con éxito lo que se propone.
- Pautas/modelos a seguir: en este factor priman las figuras de apego que haya establecido la persona en su infancia, debido a los patrones éticos, los valores, los hábitos y las creencias que de ellos son transmitidos.

(Holguín, 2017).

La autoestima es un punto de partida para que las personas desde una corta edad gocen de una vida autónoma y responsable. Por ende, se afirma su desarrollo gradual durante toda la vida, como se expone a continuación:

- Etapa del sí mismo primitivo:

Esta primera etapa va desde el nacimiento hasta los dos años aproximadamente. La persona en este corto período va relacionándose con su figura cuidadora, que la mayoría de las veces es la madre, y a medida que pasan los meses el infante va diferenciándose de los demás y haciéndose autoconsciente de sí, teniendo una percepción propia por medio del reconocimiento en el espejo, cuando entiende que quién se refleja es él y que su madre es una entidad aparte, pero es quien suple sus necesidades.

- Etapa del sí mismo exterior:

Esta segunda etapa va desde los 2 años hasta los 12 aproximadamente y es la más decisiva para la estructuración de la autoestima, debido a que es la vivencia de las experiencias de éxito y fracaso y la retroalimentación de estas por parte de sus padres lo que generará en el niño una imagen positiva o negativa de sí mismo.

Entre los 8 y 9 años comienza la definición personal, en la que se hacen más evidentes los sentimientos de orgullo o de vergüenza basándose en algunos rasgos psicológicos que ya logra identificar de sí y que los otros perciben de él. Los sentimientos que en este tiempo se establece son difícilmente modificables en edades posteriores, por lo que es recomendable.

- Etapa del sí mismo interior:

Va desde los 12 en adelante. Esta es la etapa en la que la persona busca describirse y definirse en tanto la identidad, un proceso que comienza alrededor de los 12 años y que intenta dar una respuesta a la pregunta: ¿quién soy? En el transcurso de esta identificación-diferenciación que tiene el adolescente, van surgiendo cambios cognitivos en relación del pensamiento crítico que afecta el autoconcepto, puesto que aún este es moldeable y vulnerable al cuestionamiento personal y la crítica social.

(Holguín, 2017).

Escalas de evaluación

Escala de autoestima de Rosenberg: es una prueba breve y con buenas propiedades psicométricas, es el instrumento más usado para la evaluación de la autoestima en la práctica clínica y en la investigación científica. (Figuroa, 2015).

Consta de diez ítems; cada uno de ellos es una afirmación sobre la valía personal y la satisfacción con uno mismo. La mitad de las frases están formuladas de forma positiva, mientras que las otras cinco hacen referencia a opiniones negativas. (Figuroa, 2015).

Los adolescentes eran el objetivo inicial de la escala de autoestima, si bien se ha generalizado al estudio de adultos. Se usa para valorar tanto poblaciones generales como clínicas, incluyendo personas con problemas de abuso de sustancias. La escala de Rosenberg se ha validado en hombres y mujeres de todas las edades en un gran número de países y ha sido utilizada en estudios transculturales de más de 50 países. (Figuroa, 2015).

Estudios transculturales realizados con la escala de autoestima de Rosenberg han encontrado que las personas tendemos a autoevaluarnos de forma positiva, independientemente de la cultura a la que pertenezcamos. No obstante, los componentes de la autoestima sí varían en función de la cultura. De este modo, las personas de sociedades más individualistas (como los Estados Unidos) tienden a sentirse más competentes, pero a menos satisfechas con ellas mismas que las de culturas colectivistas, por ejemplo, la de Japón. (Figuroa, 2015).

La escala ha confirmado la relación de la autoestima con dos de los 5 grandes factores de personalidad: Extraversión y Neuroticismo. Las personas más extrovertidas y con menor

nivel de neuroticismo tienden a tener una autoestima mayor. De hecho, se hipotetiza que la autoestima puede proteger de los síntomas de ansiedad. (Figueroa, 2015).

En psicometría el término “fiabilidad” hace referencia a la ausencia de errores en la medición, mientras que la validez define el grado en que el instrumento mide aquello que pretende medir. La fiabilidad test-retest es de entre 0,82 y 0,88, y el coeficiente alfa de Cronbach, que mide la consistencia interna, se sitúa entre 0,76 y 0,88. La validez de criterio es de 0,55. Además la escala correlaciona de forma inversa con la ansiedad y depresión (-0,64 y -0,54, respectivamente). Estos valores confirman las buenas propiedades psicométricas de la escala de autoestima de Rosenberg. (Figueroa, 2015).

Escala de depresión de Hamilton: es un instrumento de evaluación diseñada por Max Hamilton y publicada en 1960, creada con el objetivo de servir como método de detectar la gravedad de los síntomas de la depresión en pacientes previamente diagnosticados, así como la existencia de cambios en el estado del paciente a lo largo del tiempo. De este modo, sus principales objetivos son la valoración de dicha gravedad, la valoración de los efectos de posibles tratamientos sobre cada uno de los componentes que evalúa y la detección de recaídas. (Mimenza, 2015).

Esto quiere decir que la Escala de Depresión de Hamilton no está pensada para el diagnóstico, sino para la evaluación del estado de pacientes a los que previamente se les ha diagnosticado con depresión mayor. Sin embargo, a pesar de ser este su objetivo original, también se ha aplicado para evaluar la presencia de síntomas depresivos en otros problemas y condiciones. (Mimenza, 2015).

Este instrumento consta de un total de 22 ítems, agrupados en seis factores principales. Dichos ítems constan de un elemento que el sujeto tiene que valorar en una escala que oscila entre los cero y los cuatro puntos. (Mimenza, 2015).

La interpretación de esta prueba es relativamente sencilla. La puntuación total oscila entre los 0 y los 52 puntos (siendo ésta la puntuación máxima), teniendo la mayoría de los ítems cinco posibles respuestas (del 0 al 4) con la excepción de algunos elementos con menor ponderación los cuales van del 0 al 2. Dicha puntuación total tiene diferentes puntos de corte,

considerándose de 0-7 que el sujeto no presenta depresión, que una puntuación de 8-13 supone la existencia de una depresión ligera, de 14-18 una depresión moderada, de 19 a 22 una severa y de más de 23 muy severa y con riesgo de suicidio. (Mimenza, 2015).

A la hora de valorar no la gravedad de la depresión sino la existencia de cambios debidos a diferentes aspectos, entre ellos un posible tratamiento, se ha de tener en cuenta que se considera que ha habido una respuesta a éste si se da una disminución de al menos el 50% de la puntuación inicial, y una remisión con puntuaciones menores a 7. (Mimenza, 2015).

Frente a otras pruebas que valoran la sintomatología depresiva, la Escala de Depresión de Hamilton cuenta con la ventaja de evaluar elementos no cognitivos que otras escalas no suelen tener en cuenta, además de que sujetos analfabetos o con otras alteraciones. (Mimenza, 2015).

Sin embargo, también cuenta con ciertos inconvenientes: técnicamente no permite el diagnóstico al no estar pensada con este objetivo y otorga un peso excesivo a aspectos somáticos que pueden confundirse con problemas médicos independientes. Además, en su versión original no incluye elementos tan relevantes como la anhedonia. (Mimenza, 2015).

7. Hipótesis Investigativa

El tener pareja y empleo podrían ser factores de protección para depresión en los pacientes masculinos ingresados en la unidad de intervención en crisis del hospital de Atención Psicosocial “Dr. José Dolores Fletes Valle”, siempre y cuando se combinen con una adecuada autoestima.

8. Diseño Metodológico

8.1 Tipo de estudio:

De acuerdo con el método de investigación el presente estudio es observacional y según el nivel inicial de profundidad del conocimiento es descriptivo (Piura, 2006). De acuerdo con la clasificación de Hernández, Fernández y Baptista 2014, el tipo de estudio es correlacional. De acuerdo, al tiempo de ocurrencia de los hechos y registro de la información, el estudio es retrospectivo, por el período y secuencia del estudio es transversal. (Canales, Alvarado y Pineda, 1996).

En cuanto al enfoque filosófico, por el uso de los instrumentos de recolección de la información, análisis y vinculación de datos, el presente estudio se fundamenta en la integración sistémica de los métodos y técnicas cualitativas y cuantitativas de investigación, por tanto, se realiza mediante un Enfoque Filosófico de Investigación Mixto (Pedroza 2014).

8.2 Área de estudio:

Unidad de intervención en crisis, ubicado en el hospital de Atención Psicosocial “Dr. José Dolores Fletes Valle”, kilómetro 5 carretera sur, Managua.

8.3 Universo y muestra:

Para el desarrollo de la investigación y por sus características particulares, la población objeto de estudio fue definida por 65 usuarios. El tamaño de la muestra en el presente estudio correspondió a todo el universo de usuarios que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión, en el período comprendido de julio 2017 a julio 2019.

Criterios de inclusión:

1. Usuarios con diagnósticos de depresión consignado en hoja de ingreso.
2. Sexo masculino de todas las edades.
3. Primer ingreso.
4. Usuarios que recibieron alta hospitalaria.

Criterios de exclusión:

1. Usuarios con diagnóstico diferente a depresión.
2. Ingresos subsecuentes.
3. Usuarios que abandonaron o se fugaron de la sala.

8.4 Matriz de operacionalización de las variables (MOVI):

Objetivo General: Determinar las características de los usuarios del sexo masculino con diagnóstico de depresión ingresados por primera vez en la unidad de intervención en crisis del hospital docente de Atención Psicosocial “Dr. José Dolores Fletes Valle” de Julio 2017 a Julio 2019.

Objetivos Específicos	Variable Conceptual	Dimensiones, categorías o subvariables	Variables Operativas	Técnicas de recolección de datos e información
1. Describir las características sociodemográficas de la población estudiada.	1.1 Características sociodemográficas	1. 1. 1 Sociales 1.1. 2 Demográficas	1.1.1.1 Escolaridad 1.1.1.2 Religión 1.1.1.3 Ocupación 1.1.1.4 Estado Civil 1.1.2.1 Edad 1.1.2.2 Número de hijos 1.1.2.3 Procedencia	Ficha de recolección de datos
2. Establecer los niveles de autoestima de los usuarios masculinos que acuden por depresión.	2.1 Autoestima	2.1.1 Baja 2.1.2 Media 2.1.3 Elevada	Indicadores estadísticos obtenidos mediante métodos cuantitativos de investigación.	Ficha de recolección de datos Escala de evaluación

3. Clasificar a los usuarios según el grado de depresión que presentan al acudir a la unidad.	3.1 Grado de depresión	3.2.1 No deprimido 3.2.2 Ligera 3.2.3 Moderada 3.2.4 Severa 3.2.5 Muy severa	Indicadores estadísticos obtenidos mediante métodos cuantitativos de investigación.	Ficha de recolección de datos Escala de evaluación
---	------------------------	--	---	---

8.5 Método, técnica e instrumento de recolección de datos:

En cuanto al enfoque de la presente investigación, por el uso de y análisis de datos cuantitativos a partir de información cualitativa, así como su integración y discusión holística y sistémica de diversos métodos y técnicas cuali-cuantitativas de investigación, esta investigación se realiza mediante la aplicación del Enfoque Filosófico Mixto de Investigación (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014, págs. 532-540).

En cuanto al nivel de compromiso de investigador, la investigación se adhiere al paradigma socio-crítico, de acuerdo con esta postura, todo conocimiento depende de las prácticas de la época y de la experiencia. No existe, de este modo, una teoría pura que pueda sostenerse a lo largo de la historia. Por extensión, el conocimiento sistematizado y la ciencia se desarrollan de acuerdo con los cambios de la vida social. La praxis, de esta forma, se vincula a la organización del conocimiento científico que existe en un momento histórico determinado. A partir de estos razonamientos, la teoría crítica presta especial atención al contexto de la sociedad. (Pérez Porto, 2014).

- Método cualitativo

Entrevista: se realizaron entrevistas directas con los usuarios, en la mayoría de los casos; sin embargo, en aproximadamente 12 de los casos se tuvo que realizar la entrevista vía telefónica.

- Método cuantitativo

Se utilizó ficha de recolección de datos. Ver anexo 1.

Se utilizaron las siguientes escalas de evaluación:

Escala de Rosenberg. Ver anexo 2.

Escala de depresión de Hamilton. Ver anexo 3.

8.6 Procedimientos para recolección de datos e información:

Se digitó la información obtenida en el software estadístico IBM SPSS Statistics 22.0 y se utilizó una tabulación y figuras correspondientes por medio de éste. Para el análisis estadístico se utilizó cálculo de frecuencia y porcentajes. La presentación de los resultados se realizó a través de cuadros y figuras, en el informe final del estudio se utilizó el paquete de Microsoft Office 2013.

Los datos serán presentados en diapositivas programa PowerPoint, donde tendrán los principales resultados obtenidos del estudio en porcentajes, cuadros simples para un mejor análisis de la información con figuras incluidos con una expresión exacta de cifras, que permite una visión más clara y rápida.

8.7 Plan de tabulación y análisis de datos e información:

8.7.1 Plan de tabulación

En el presente estudio se presentaron relaciones de asociación y correlación entre variables, tales relaciones son necesarias para responder al problema y objetivos específicos planteados. Se realizaron una serie de cuadros de salida, que, de acuerdo a los objetivos específicos del estudio, se organizaron a partir del análisis de los datos en forma concreta y sistemática para presentar en forma clara y resumida la información que surja de los resultados del análisis estadístico descriptivo e inferenciales que se realizaron a los datos como fuente de información primaria del estudio.

Para el diseño del plan de tabulación que responde a los objetivos específicos de tipo descriptivo, se limitó solamente a especificar los cuadros de salida que se presentaran según

el análisis de frecuencia y descriptivas de las variables a destacarse. Para este plan de tabulación se determinaron primero aquellas variables que ameritan ser analizadas individualmente o presentadas en cuadros y figuras.

Para el diseño del plan de tabulación que responde a los objetivos específicos de tipo correlacional, según la naturaleza y calidad de las variables a que serán incluidas. Para ello se presentaron estadísticos de correlación en concordancia con la naturaleza de las variables.

8.7.2 Plan de análisis estadístico

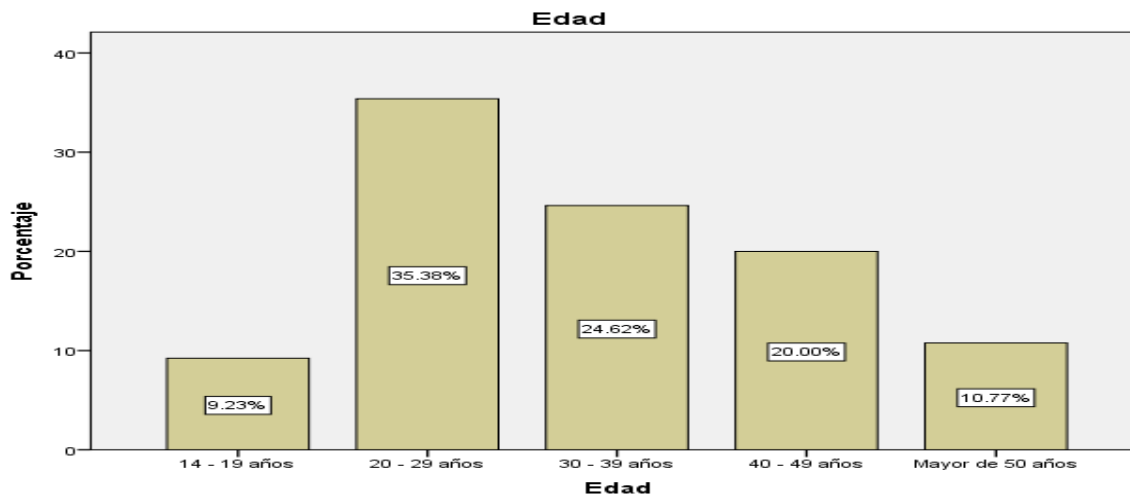
A partir de los datos que fueron recolectados, se diseñó la base datos correspondientes, utilizando el software estadístico SPSS, v. 22 para Windows. Una vez que se realizó el control de calidad de los datos registrados, fueron realizados los análisis estadísticos pertinentes.

De acuerdo con la naturaleza de cada una de las variables (cuantitativas o cualitativas) y guiados por el compromiso definido en cada uno de los objetivos específicos, se realizaron los análisis descriptivos correspondientes a las variables nominales y/u ordinales, entre ellos: (a) el análisis de frecuencia. Además, se realizaron figuras del tipo: pastel o barras de manera univariadas para variables de categorías en un mismo plano cartesiano y barras de manera univariadas para variables dicotómicas, que permitan describir la respuesta de múltiples factores en un mismo plano cartesiano.

9. Resultados

Edad

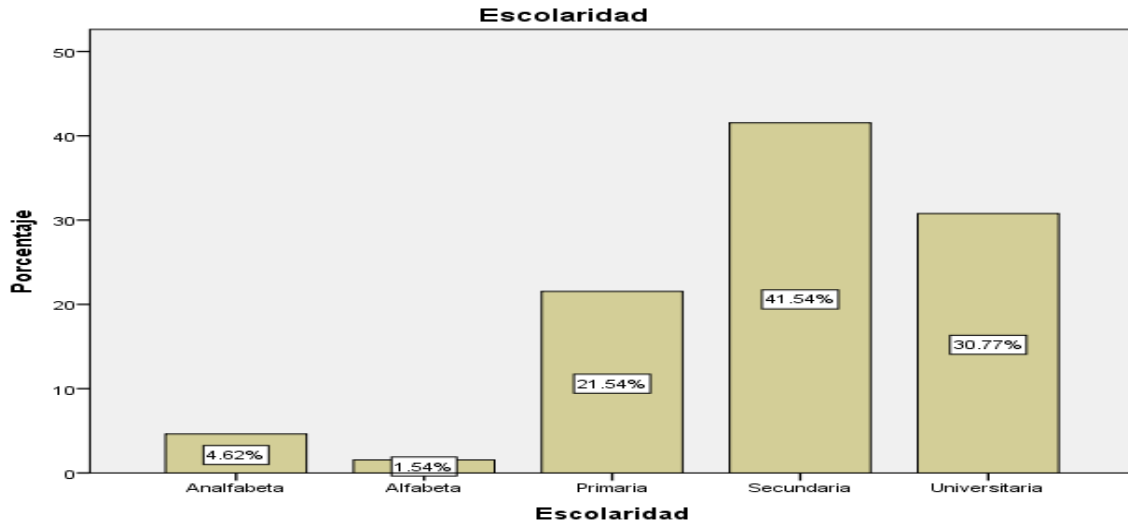
La edad más frecuente encontrada fue de 20 a 29 años con 35.38%, seguido de un 24.62% de las edades de 30 a 39, un 20% de 40 a 49 años, un 10.77% de las edades mayor de 50 años y un 9.23% entre las edades de 14 a 19 años (Cuadro 1, Figura 1).



Fuente: Cuadro 1

Escolaridad

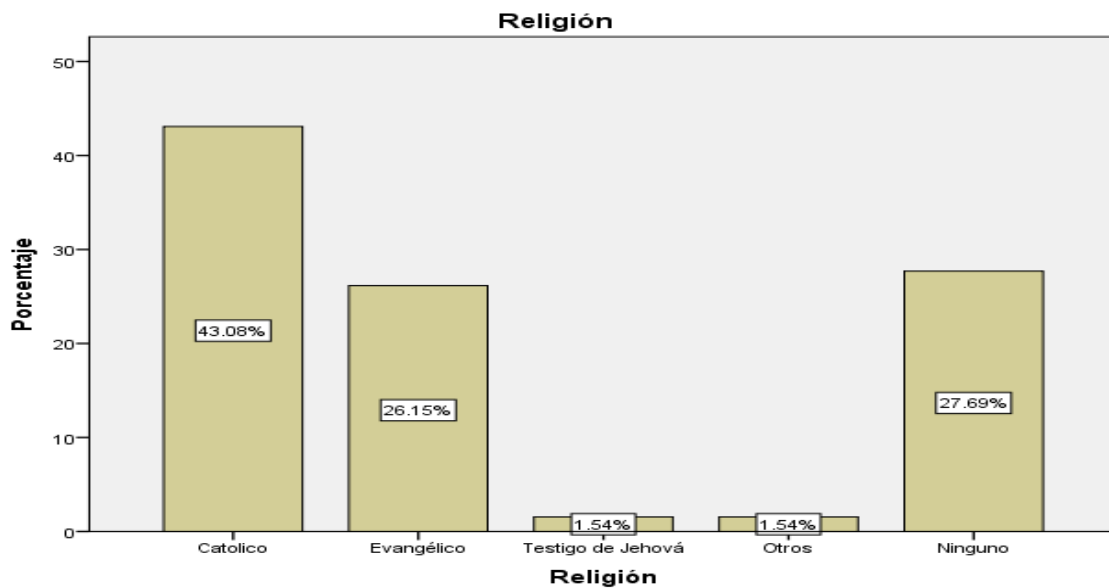
La escolaridad que predominó con 41.54% fue de secundaria, seguido de un 30.77% universitaria, un 23% primaria, un 4.52% analfabeta y un 1.54% alfabeto (Cuadro 2, Figura 2).



Fuente: Cuadro 2

Religión

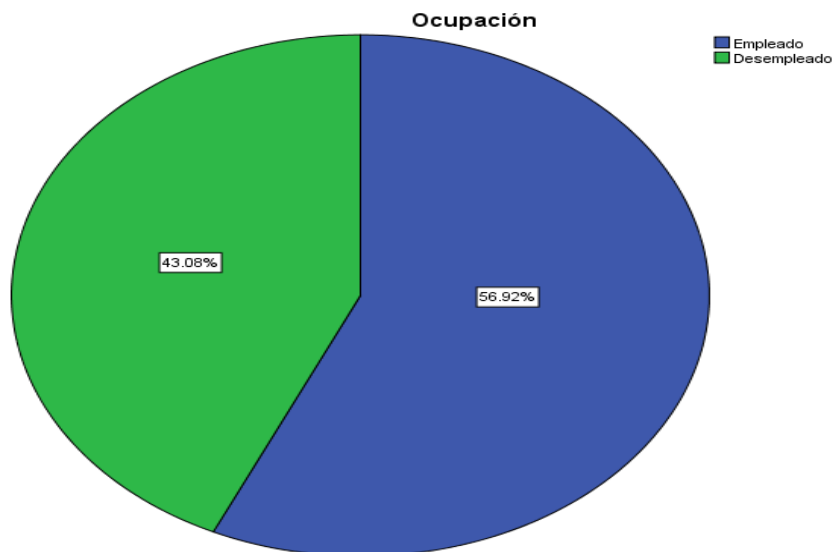
La religión que predominó con un 43.08% fue la católica, seguido de un 26.15% de la evangélica, un 27.69% ninguna religión, un 1.54% de los testigos de Jehová y un 1.54% otra religión (Cuadro 3, Figura 3).



Fuente: Cuadro 3

Ocupación

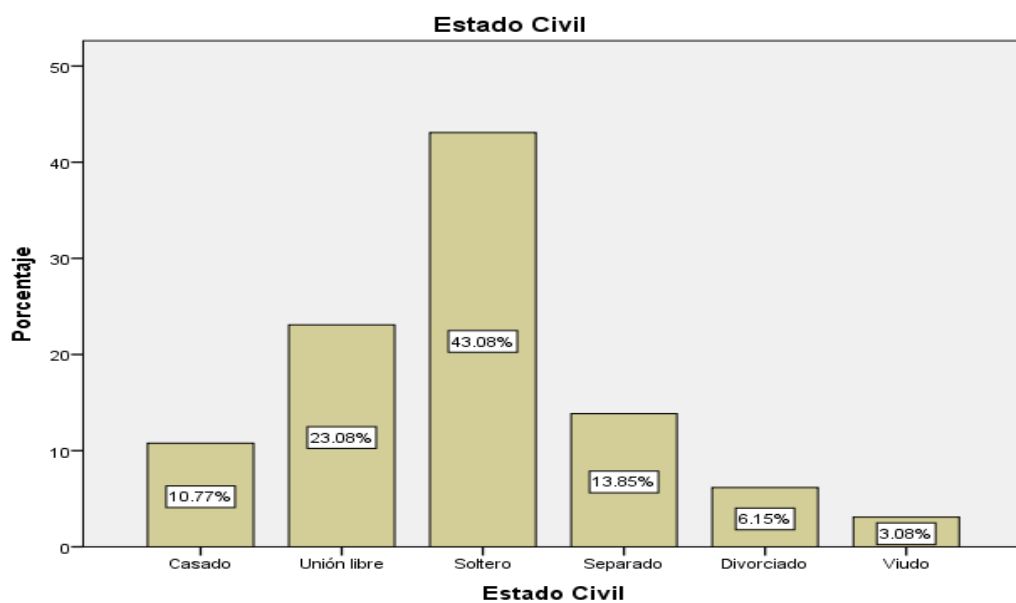
La ocupación más frecuente fue estar empleado con un 56.92% y un 43.08% desempleado (Cuadro 4, Figura 4).



Fuente: Cuadro 4

Estado Civil

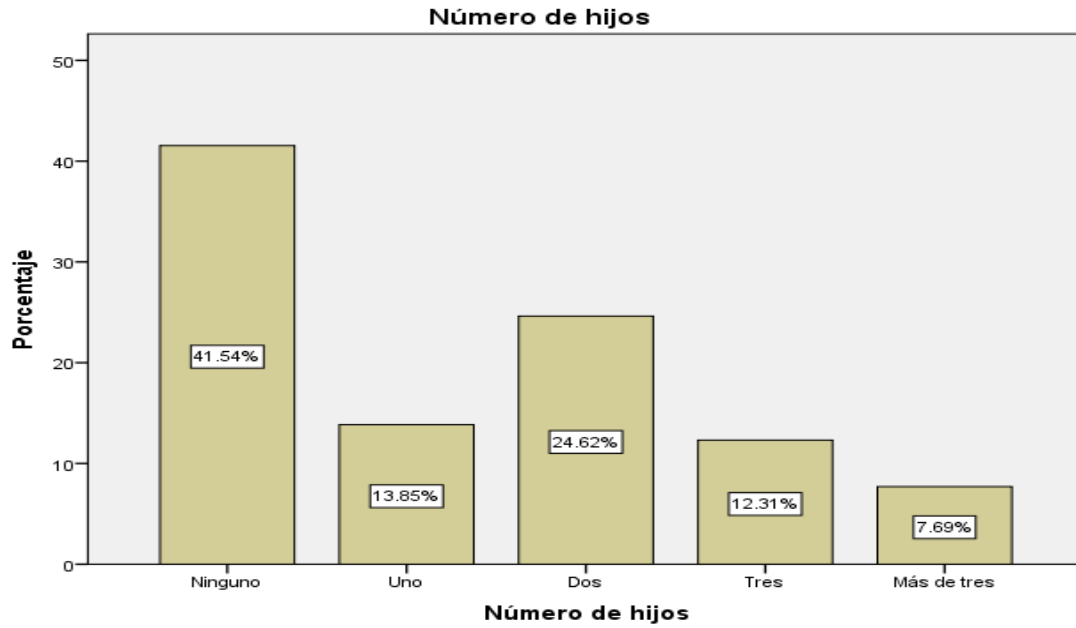
El estado civil que predominó fue soltero con 43.08%, seguido de un 23.08% de unión libre, un 13.85% separado, un 11% casado, un 6.15% divorciado y un 3.08% viudo (Cuadro 5, Figura 5).



Fuente: Cuadro 5

Número de hijos

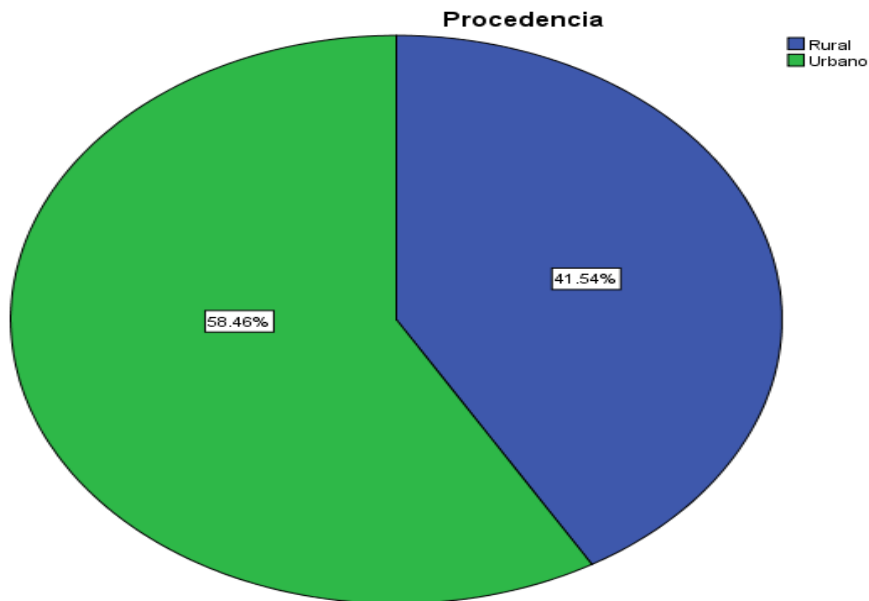
Predominó el no tener hijos con 41.54%, seguido de dos hijos con 24.62%, un hijo con 13.85%, tres hijos con 12.31% y un 7.69% con más de tres hijos (Cuadro 6, Figura 6).



Fuente: Cuadro 6

Procedencia

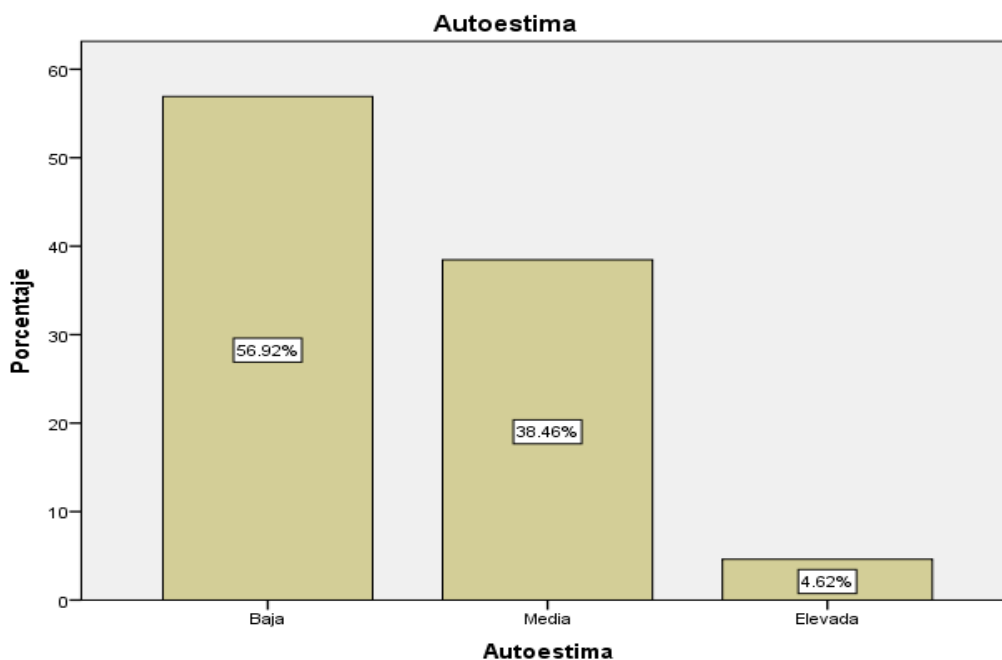
La procedencia más frecuente fue la urbana con 67% y un 43% rural (Cuadro 7, Figura 7).



Fuente: Cuadro 7

Autoestima

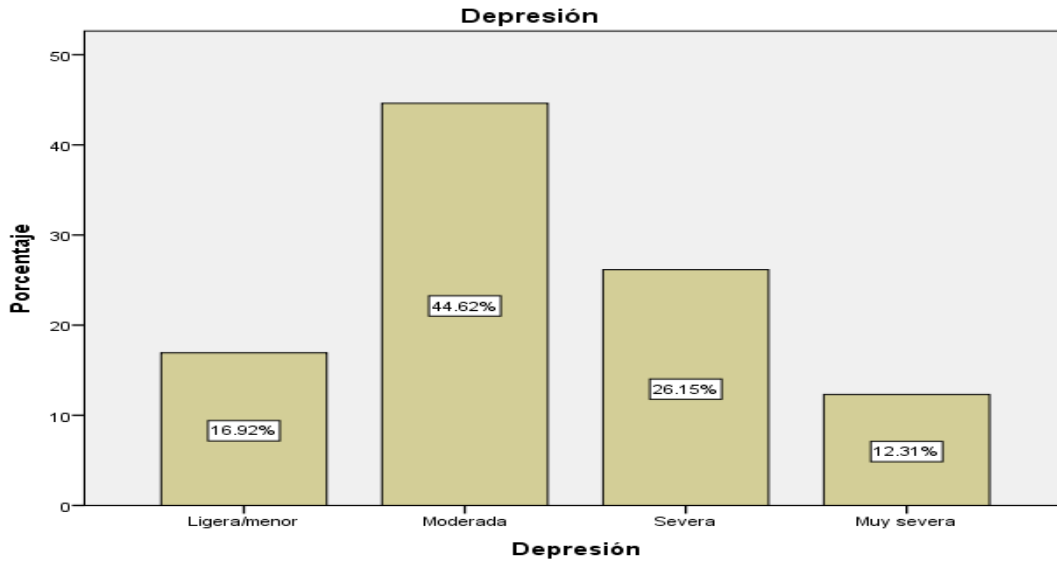
El nivel de autoestima más frecuente fue baja con 56.92%, media con 38.46% y un 4.62% elevada (Cuadro 8, Figura 8).



Fuente: Cuadro 8

Depresión

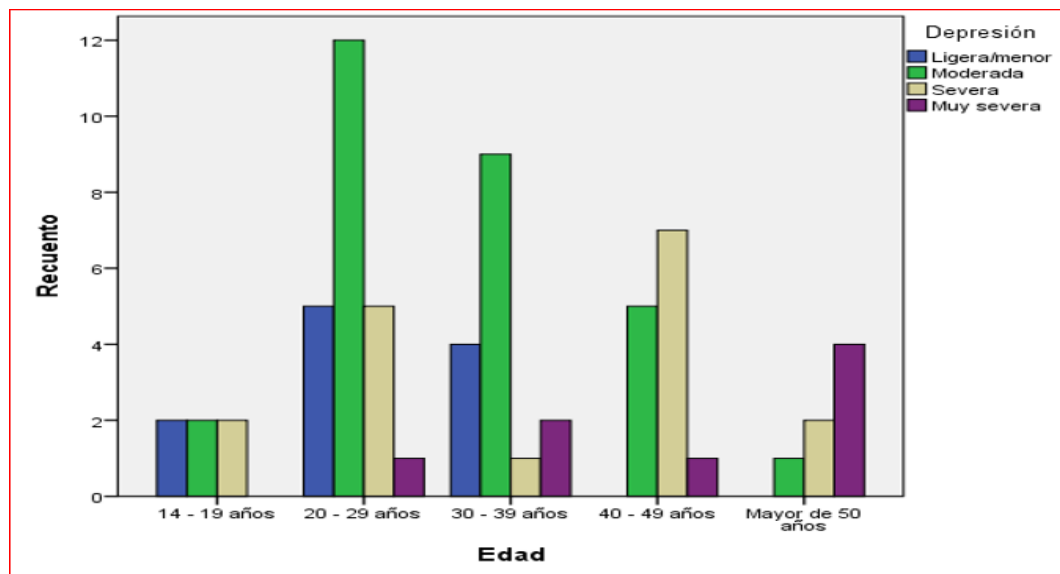
El grado de depresión más frecuente fue moderada con 44.62%, severa con 26.15%, ligera con 16.92% y un 12.31% muy severa (Cuadro 9, Figura 9).



Fuente: Cuadro 9

Depresión/Edad

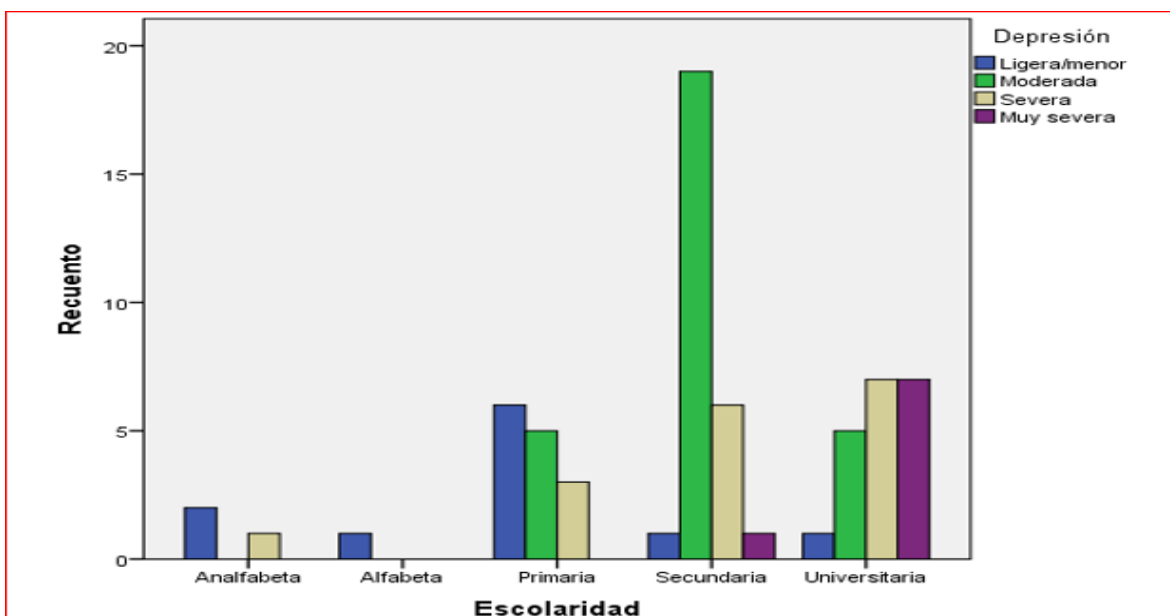
El valor de significancia fue de 0.001 y por ser menor a 0.05, se evidenció asociación. El valor del estadístico Gamma, fue de 0.459, se evidenció que existe una asociación positiva de tipo moderada porque se encuentra alrededor de 0.5 (Cuadro 10, figura 10).



Fuente: Cuadro 10

Depresión/Escolaridad

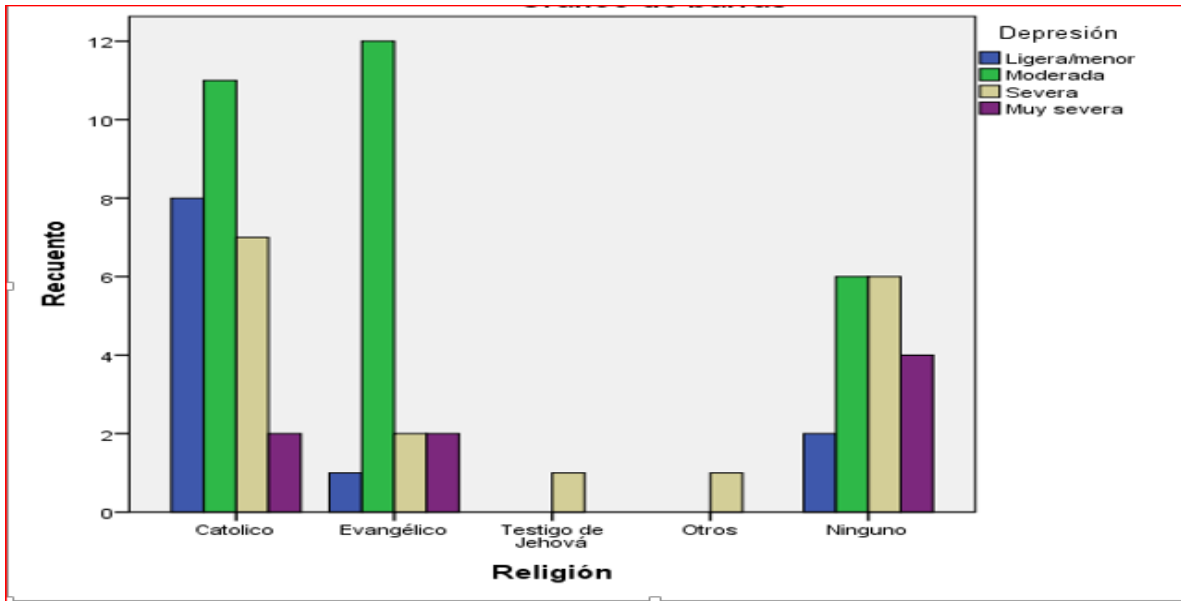
El valor de significancia fue menor a 0.05, lo cual evidenció asociación. Asimismo, el valor del estadístico Gamma, fue de 0.643, por lo que se evidenció que existe una relación positiva relativamente fuerte (Cuadro 11, figura 11).



Fuente: Cuadro 11

Depresión/Religión

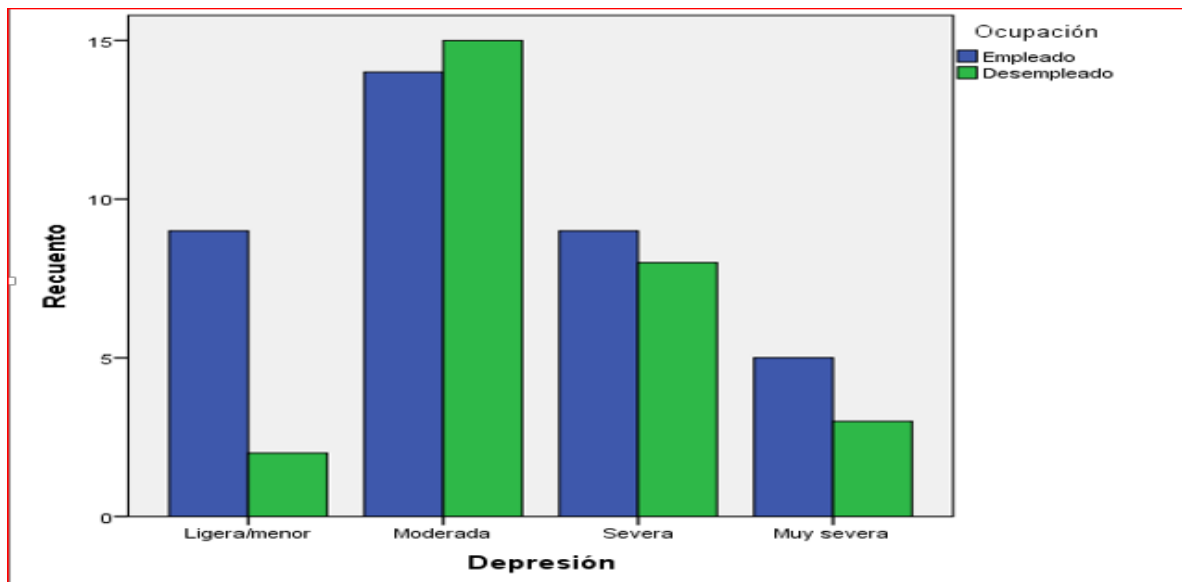
El valor de significancia fue de 0.034 y por ser menor a 0.05, se evidenció asociación. El valor del estadístico Gamma, fue de 0.339, se evidenció relación positiva débil (Cuadro 12, figura 12).



Fuente: Cuadro 12

Ocupación/Depresión

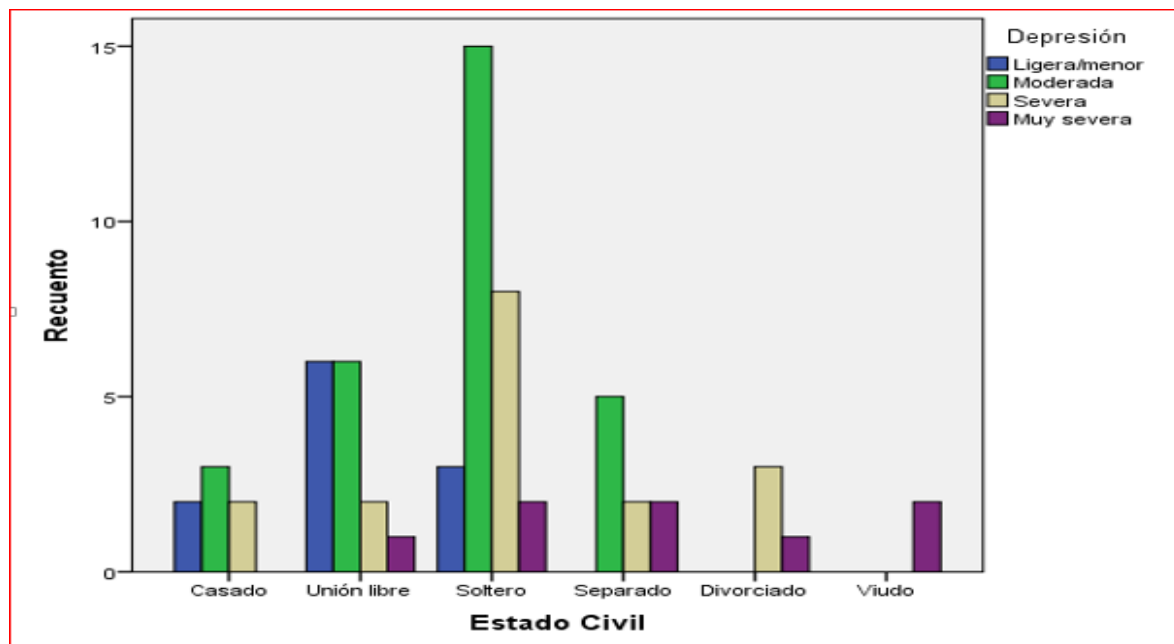
Dado que el valor de significancia fue de 0.275 y es menor a 0.05, se evidenció asociación. El valor para la V de Cramer fue de 0.244 se evidenció una relación positiva débil entre las variables estudiadas (Cuadro 13, figura 13).



Fuente: Cuadro 13.

Depresión/Estado civil

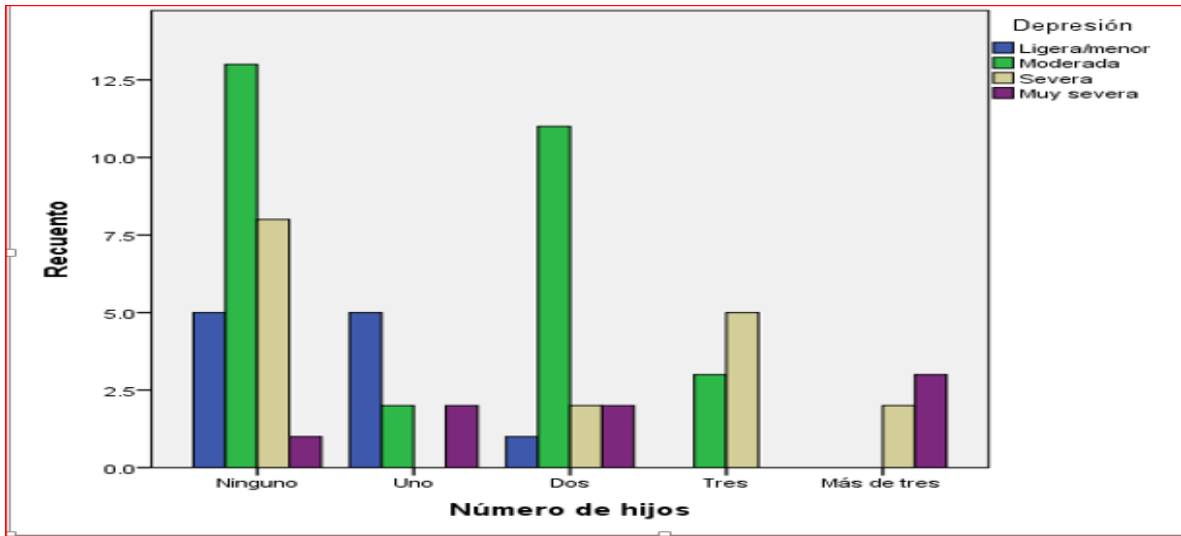
El valor de significancia fue menor a 0.05, se evidenció asociación. El valor del estadístico Gamma, fue de 0.521, por lo que existe una relación moderada positiva entre las variables consideradas; a medida que el usuario avanzó hacia un esquema de no acompañamiento, tales como separado, divorciado o viudo, fue mayor la relación con cuadros más graves de depresión (Cuadro 14, figura 14).



Fuente: Cuadro 14

Depresión/Número de hijos

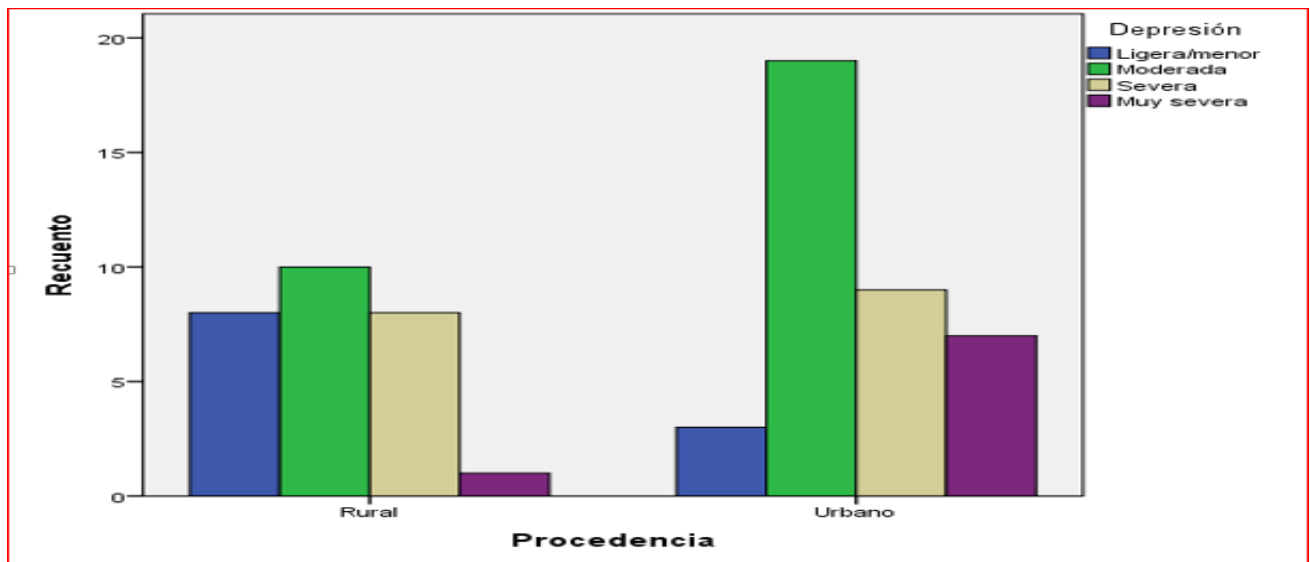
El valor de significancia fue de 0.007 y por ser menor a 0.05, se evidenció asociación. El valor del estadístico Gamma, fue de 0.351, se evidenció una asociación positiva débil entre variables, a mayor número de hijos los cuadros de depresión pueden ser más severos (Cuadro 15, figura 15).



Fuente: Cuadro 15

Depresión/Procedencia

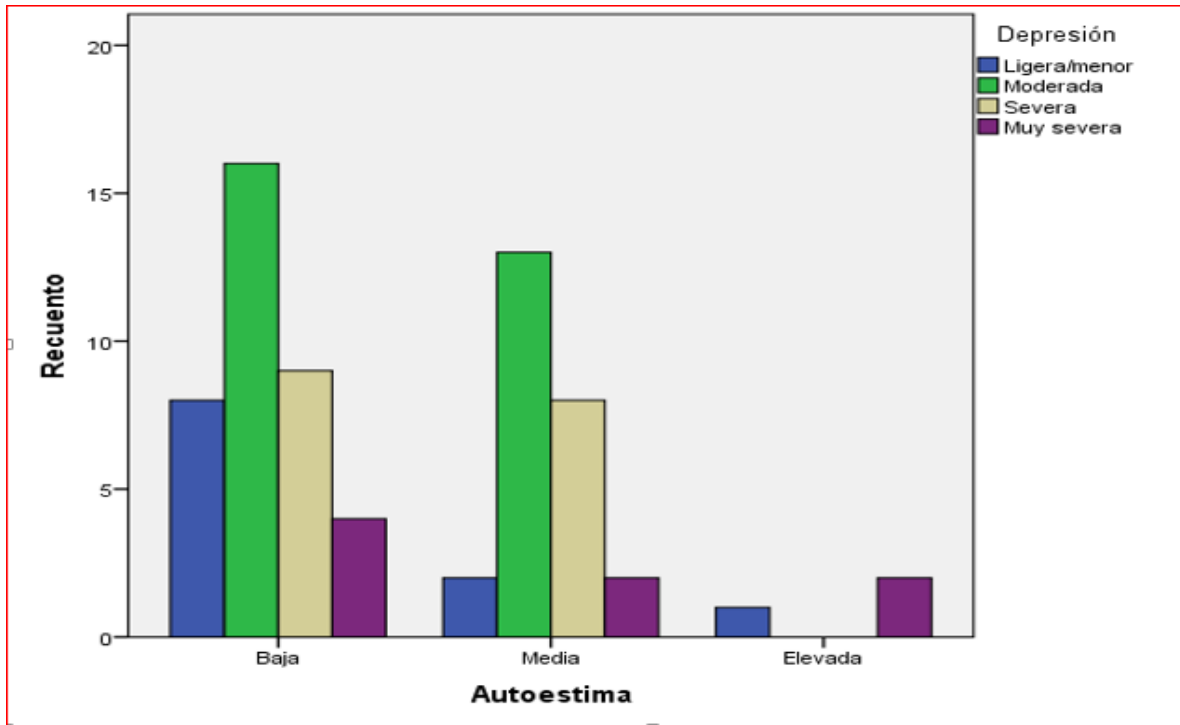
Dado que el valor de significancia fue de 0.057 y es menor a 0.05, se evidenció asociación. El valor del estadístico Gamma, fue de 0.353, se evidenció que existe una asociación positiva de tipo moderada dado que se encuentra alrededor de 0.5 (Cuadro 16, figura 16).



Fuente: Cuadro 16

Depresión/Autoestima

Dado que el valor de significancia fue de 0.297 y es mayor a 0.05, se evidenció que no existe asociación de variables (Cuadro 17, figura 17).



Fuente: Cuadro 17

10. Discusión de Resultados

10.1 Principales hallazgos a partir de los resultados obtenidos:

La edad más frecuentemente afectada con depresión en cualquiera de sus formas fueron hombres de 20 a 29 años, con estudios de secundaria, católicos, los cuales estaban empleados, eran solteros, sin hijos y procedentes del área urbana. En ellos el nivel de autoestima que predominó fue baja, con un grado de depresión moderado.

Se evidenció asociación de depresión con todas las variables sociodemográficas de los usuarios y ésta asociación fue de tipo positiva, siendo la asociación más fuerte con la variable escolaridad; sin embargo, las variables número de hijos y estado civil tuvieron una relación débil y moderada respectivamente, pero al utilizar un esquema de tener hijos o no y estar acompañado o no se obtuvieron asociaciones fuertes.

Llama la atención que las variables depresión y autoestima por su valor de significancia no se encontró asociación estadística; sin embargo, éste resultado es significativo en la práctica clínica puesto que puede traducir que los usuarios del sexo masculino deprimidos pueden tener una diferente forma de presentación de depresión.

En cuanto a la hipótesis investigativa planteada, el tener pareja podría ser un factor de protección para depresión se correlaciona positivamente con los resultados obtenidos ya que la mayoría de los usuarios deprimidos estaban solteros. Sin embargo; en el presente estudio no se cumplió que el tener empleo fuese un factor protector porque según los resultados la mayoría de los usuarios deprimidos estaban empleados y con un nivel de autoestima baja.

10.2 Limitaciones del estudio:

Aproximadamente 12 de las entrevistas tuvieron que realizarse por vía telefónica, lo cual pudo haber contribuido a posibles sesgos de la investigación.

10.3 Relación de los resultados con las conclusiones de otras investigaciones:

En el estudio de la Dra. Martha Martina Chávez, la cual estudió depresión y factores asociados en población de adultos mayores, identificó que éstos carecían de instrucción académica, eran solteros, procedentes en el área rural, con nivel socioeconómico bajo y con alguna discapacidad sobreagregada. Con el presente estudio hay coincidencia con el estado civil ya que predominaron los usuarios solteros.

En el estudio de Constanza Londoño Pérez, en donde se evaluó la prevalencia de depresión en hombres se encontraron los siguientes resultados el 91.1% vivía con su familia, el 40% tenía un nivel académico universitario y el 46.9% tenía un nivel socioeconómico bajo. En el presente estudio se encontró que la mayoría de los usuarios cursaron estudios de secundaria y estaban empleados.

En el estudio del hospital Dr. Alejandro Dávila Bolaños, en el cual se investigó los factores asociados a depresión, se encontró que la edad predominante fueron los usuarios menores de 60 años, no hay rango de edad específico, procedentes de Managua, de religión católica, con educación superior y empleados. Hay correlación positiva con el presente estudio en las variables procedencia, religión y ocupación. Probablemente la variable procedencia relacionada a que ambos hospitales se encuentran en la capital del país.

10.4 Aplicaciones e implicaciones de los resultados obtenidos:

Con los resultados obtenidos se pone de manifiesto que presenta alguna similitud con la bibliografía consultada, la cual refiere que a mayor nivel de educación mayor riesgo de depresión, que el tener pareja podría llegar a ser un factor protector y que el desempleo puede ser un factor de riesgo para depresión. Sin embargo, el presente estudio también aporta nuevos datos como que los usuarios masculinos pueden llegar a tener una presentación atípica de depresión.

11. Conclusiones

Al finalizar la presente tesis de investigación se llega a las siguientes conclusiones:

- 1) El grupo etario que más frecuentemente afectado con depresión fueron hombres de 20 a 29 años, los cuales habían cursado estudios de secundaria, eran católicos, estaban empleados, estado civil solteros, sin hijos y procedentes del área urbana.
- 2) Las variables número de hijos y estado civil tuvieron una relación positiva débil y moderada respectivamente, pero al utilizar otro esquema de tener hijos o no y estar acompañado o no se obtuvo una asociación fuerte para ambas variables.
- 3) Las variables depresión y autoestima no tuvieron asociación estadística, pero si es significativo en la práctica clínica porque puede traducirse que los usuarios del sexo masculino que se deprimen pueden tener una manera distinta de presentación de depresión.
- 4) Al establecer los niveles de autoestima de los usuarios que acudieron por depresión en cualquiera de sus formas se evidenció que predominó el bajo nivel de autoestima.
- 5) El grado de depresión que predominó entre los usuarios del estudio fue grado moderado.

12. Recomendaciones

Los resultados presentados en este estudio confirman la vulnerabilidad del hombre a la depresión en cualquiera de sus formas de presentación, la cual está relacionada con niveles de autoestima. A continuación, se enuncian una serie de recomendaciones de acuerdo con lo encontrado en el presente estudio:

- ✓ Identificar las características de los usuarios masculinos para que sean tratados tempranamente, que continúen siendo personas funcionales y de ésta forma contribuir a la disminución de incapacidad por depresión.
- ✓ Durante las evaluaciones de los usuarios masculinos que se presenten a las unidades de salud se deben utilizar como complemento de información la escala de depresión de Hamilton y la escala de evaluación Rosenberg.
- ✓ El nivel de escolaridad, el estado civil y el número de hijos son elementos a tomar en cuenta para depresión en la población masculina; por lo tanto, se deben realizar estudios de mayor profundidad para demostrar relaciones de causalidad.
- ✓ Extender la intervención psicoterapéutica hacia la familia con el fin de involucrarla como parte del manejo biopsicosocial.
- ✓ Divulgar los resultados obtenidos concientizando sobre el tema y la importancia de fomentar desde la comunidad y centros de atención de salud donde se atiende a población masculina.
- ✓ Realizar charlas psicoeducativas sobre la depresión en usuarios masculinos y la importancia del apoyo y acompañamiento de los familiares.

13. Bibliografía

- Aguirrez, A. M. (2005). Factores asociados a intentos suicidas entre las edades de 10 a 50 años, ingresados con intento de suicidio al Hospital Victoria Motta del área urbana del Municipio de Jinotega en el período de Enero 2003 a Diciembre 2005. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Jinotega.
- Agurcia Rivas, V. (28 de 09 de 2015). El nuevo diario. Obtenido de Males del corazón matan a tres de cada diez nicas: <http://www.elnuevodiario.com.ni>
- Barra, A. y. (2010).
- Bellok. (2007). Trastornos del estado de animo. Aspectos clinicos. Tomo 2. Cap 9.
- Bhatia, S. y. (2007). Depresion en niños y adolescentes.
- Blin, M. J. (2014). Salamanca.
- Cajina, J. C. (Mayo de 2015). Organización Panamericana de la Salud. Obtenido de Boletín Informativo.
- Campos, L. (2015). Tratado de Psiquiatria Medica. Argentina.
- Chávez, M. M. (6 de Julio de 2017). Depresión y factores asociados en la población peruana adulta mayor 2014-2015. Lima, Lima, Perú.
- Criado, L. H. (2012). Vulnerabilidad cognitiva a la depresión: relación entre sesgos atencionales, autorepresentación y síntomas depresivos. Vulnerabilidad cognitiva a la depresión: relación entre sesgos atencionales, autorepresentación y síntomas depresivos. Madrid, Madrid, España.
- Davis, N. (2015). Depresion en niños y adolescentes.
- Diaz, D. E. (2011). Caracterizacion clinica de los pacientes que ingresan a UIC. Managua.
- Duque, A. (2007). Depresion y suicidio.
- E, P.-R., López- Nieto, L., & Martínez- Monroy, T. (2004). La mortalidad por suicidios. Revista panameña de salud pública, 102-109.
- EC, H., & Barraclough, B. (1997). Suicide as an outcome for mental disorders. British journal of psychiatry, 205-208.
- Folino JO, E. C. (2009). Estudios sobre homicidios, perspectivas forenses, clínicas y epidemiológicas. La plata: Platense.

- García, O. A. (2008). Factores de riesgos que conllevaron a intentos suicidas a pacientes atendidos en el Hospital Victoria Motta de Jinotega en el periodo de Julio a Diciembre del 2008. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Jinotega.
- Goldenring, J. (2005). Depresion en adolescentes. Española.
- Gómez, F. B. (Junio de 2012). Factores asociados a la depresión en pacientes que acuden a consulta externa de Medicina Interna en el Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños entre el 01 Julio al 30 Septiembre 2011. Managua, Managua, Nicaragua.
- Goodwin, F. K., & Jamison, K. R. (1970). Manic-depressive illness. New york: Oxford University.
- Guerra, A. (2013). Causas de depresion .
- Holguín, K. P. (2017). La Autoestima, Proceso Humano. Psyconex, 9.
- Isometsa. (2001). Psychological autopsy studies. Eur Psuchatry, 379-385.
- Jáenz, J. M. (2005). Factores asociados a los intentos de suicidio en pacientes atendidos en hospital Roberto Calderón. Managua Enero 2004 - Diciembre 2005.
- Juchnowicz, K. (2014). Papel de la IgG en la patogenesis de los trastornos depresivos.
- Kaplan, H., & Sadock. (1998). Synopsis of psychiatry. Behavioral sciences/clinical psychiatry. Baltimore: Williams y Wilkins.
- Krug, E. G., Dahlierg, L., Mercy, J., Zwi, A., & Lozano, R. (2002). World report on violence and health. Geneva: World Health Organization.
- López, J. P. (2012.). Metodología de la investigación científica. (Séptima edición ed.). Managua., Nicaragua.
- Ministerio de Salud Pública. (17 de Julio de 2018). Obtenido de Suicidio en el mundo: www.msp.gub.uy/sites/default
- Mojica CA, S. D. (2009). Riesgo suicida , desesperanza y depresión en internos de un establecimiento carcelario colombiano. Revista colombiana de psiquiatría, 12.
- Mortalidad por Suicidio en Las Américas. (2014). Informe Regional. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Mufson, L. (2015). Superando la depresion.
- Perez, C. L. (2015). Colombia.
- Pineda, E., de Alvarado, E., & de Canales, F. (1994). Metodología de la Investigación (Segunda edición ed.). Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Protocolo de Suicidio, Hospital Docente de Atencion Psicosocial. (s.f.).

- Rivero, C. (17 abril 2007). Enfoque sobre la depresion en la adolescencia.
- Robins E, & Guze, S. B. (1970). Establishment of diagnostic validity in psychiatric illness. *Am I Psychiatry*, 126:983-7.
- Salud, O. M. (1994). *Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento*. Madrid: Médica Panamericana.
- Sanabria, M. V., & Espinoza, K. (2016). Suicidios en Costa Rica durante los años 2015 - 2016. *Medicina Legal de Costa Rica*.
- Sanchez, R., Orejarena, S., & Guzman, Y. (2004). Características de los suicidas en bogotá. *Revista de salud pública*, 217-234.
- Stantrock, J. (2014). *Psicología del desarrollo en la adolescencia*. Madrid, España: Mc Graw Hill.
- Telleria, R. (2016). *Guia de practica clinica sobre el manejo de depresion*. Colombia.
- Vásquez Muñoz, Y. (2014). Perfil epidemiológico del suicidio en los departamentos de Carazo, Granada, Masaya y Rivas en el período 2012 a junio 2014. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua.
- Viscardi, N., & Hor, F. (1994). Alta tasa de suicidio en Uruguay. *Revista Médica Uruguay*, 79-91.
- Vittorio, A. (2005). Catalan.
- (Allen, 2016).
- (Figueroa, 2015).
- (Mimenza, 2015).

14. Anexos

1. Ficha de recolección de información

Ficha # _____

Expediente # _____

Edad: 14-19 años _____

20-29 años _____

30-39 años _____

40-49 años _____

Mayor de 50 años _____

Escolaridad: Analfabeta _____

Alfabeta _____

Primaria _____

Secundaria _____

Universitaria _____

Religión: Católico _____

Evangélico _____

Testigo de Jehová _____

Otros _____

Ninguno _____

Ocupación: Empleado _____

Desempleado _____

Estado civil: Casado _____

Unión libre _____

Soltero _____

Separado _____

Divorciado _____

Viudo _____

Número de hijos: Ninguno _____

Uno _____

Dos _____

Tres _____

Más de tres _____

Procedencia: Rural _____

Urbano _____

2. Escala de Rosenberg

Indicación: Cuestionario para explorar la autoestima personal entendida como los sentimientos de valía personal y de respeto a sí mismo.

Administración: La escala consta de 10 ítems, frases de las que cinco están enunciadas de forma positiva y cinco de forma negativa para controlar el efecto de la aquiescencia autoadministrada.

Interpretación:

De los ítems 1 al 5, las respuestas A a D se puntúan de 4 a 1. De los ítems del 6 al 10, las respuestas A a D se puntúan de 1 a 4.

De 30 a 40 puntos: Autoestima elevada. Considerada como autoestima normal.

De 26 a 29 puntos: Autoestima media. No presenta problemas de autoestima grave, pero es conveniente mejorarla.

Menos de 25 puntos: Autoestima baja. Existen problemas significativos de autoestima.

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

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

3. Escala de depresión de Hamilton

Cada ítem 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, 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

<p>Humor depresivo (tristeza, desesperanza, desamparo, sentimiento de inutilidad)</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 a 4 	
<p>Sentimientos de culpa</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ausente 0 - Se culpa a sí 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 	
<p>Suicidio</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ausente 0 - Le parece que la vida no vale la pena 1 - Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir 2 - Ideas de suicidio o amenazas 3 	

- Intentos de suicidio	4
Insomnio precoz	
- No tiene dificultad	0
- Dificultad ocasional para dormir, por ej. más de media hora al conciliar el sueño	1
- Dificultad para dormir cada noche	2
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
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
Trabajo y actividades	
- No hay dificultad	0
- Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempo)	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
- Dejo de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda.	4

<p>Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y lenguaje, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Palabra y pensamiento normales - Ligero retraso en el habla - Evidente retraso en el habla - Dificultad para expresarse - Incapacidad para expresarse 	<p>0 1 2 3 4</p>
<p>Agitación psicomotora</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ninguna - Juega con sus dedos - Juega con sus manos, cabello, etc. - No puede quedarse quieto ni permanecer sentado - Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios 	<p>0 1 2 3 4</p>
<p>Ansiedad psíquica</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 	<p>0 1 2 3 4</p>
<p>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.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ausente - Ligera - Moderada - Severa - Incapacitante 	<p>0 1 2 3 4</p>
<p>Síntomas somáticos gastrointestinales</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ninguno - Pérdida del apetito, pero come sin necesidad de que lo estimulen - Sensación de pesadéz en el abdomen 	<p>0 1</p>

- Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales	2
Síntomas somáticos generales	
- Ninguno	0
- Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefaleas, algias musculares	1
- Pérdida de energía y fatigabilidad. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2	2
Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales)	
- Ausente	0
- Débil	1
- Grave	2
Hipocondría	
- Ausente	0
- Preocupado de sí mismo (corporalmente)	1
- Preocupado por su salud	2
- Se lamenta constantemente, solicita ayuda	3
Pérdida de peso	
- Pérdida de peso inferior a 500 grs en una semana	0
- Pérdida de más de 500 grs en una semana	1
- Pérdida de más de 1 kg en una semana	2
Introspección (insight)	
- Se da cuenta que está deprimido y enfermo	0
- Se da cuenta de su enfermedad, pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc.	1
- No se da cuenta que está enfermo	2

Cronograma de Actividades

Actividades	Año 2017						Año 2018											
	J u l i o	A g o s t o	S e p t i e m b r e	O c t u b r e	N o v i e m b r e	D i c i e m b r e	E n e r o	F e b r e r o	M a r z o	A b r i l	M a y o	J u n i o	J u l i o	A g o s t o	S e p t i e m b r e	O c t u b r e	N o v i e m b r e	D i c i e m b r e
Propuesta de tema y tutor																		
Desarrollo de objetivos, antecedentes, planteamiento del problema																		
Desarrollo de justificación, introducción																		
Desarrollo del marco teórico																		
Desarrollo del diseño metodológico																		
Entrega de protocolo para revisión																		
Entrega de protocolo																		
Presentación de protocolo																		
Recolección de datos																		
Procesamiento de datos																		
Análisis y resultados																		

Actividades	Año 2019												Año 2020			
	E n e r o	F e b r e r o	M a r z o	A b r i l	M a y o	J u n i o	J u l i o	A g o s t o	S e p t i e m b r e	O c t u b r e	N o v i e m b r e	D i c i e m b r e	E n e r o	F e b r e r o	M a r z o	
Entrega de avances del informe final para revisión																
Entrega de avances del informe final																
Presentación de avances del informe final																
Continuación de la recolección de datos																
Procesamiento de datos para el informe final																
Análisis y resultados para el informe final																
Entrega del informe final para revisión																
Entrega del informe final																
Presentación del informe final																