



# UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

## ÁREA DE LA SALUD HUMANA

### *CARRERA DE MEDICINA HUMANA*

**“DEPRESIÓN Y SU RELACIÓN  
CON EL CONSUMO DE SUSTANCIAS EN EL COLEGIO JOSÉ  
ANTONIO EGUIGUREN LA SALLE”**

Tesis Previa a la obtención  
del título de Médico  
General

**Autora:**

Irina Lisbeth Ruilova Chamba.

**Director:**

Dr. Germán Alejandro Vélez Reyes, Mg.Sc.

1859  
LOJA - ECUADOR  
2016

## CERTIFICACIÓN

**Dr. Germán Alejandro Vélez Reyes, Mg. Sc.**

**DIRECTOR DE TESIS.**

**CERTIFICA:**

Haber dirigido y asesorado el trabajo de investigación titulado: **“DEPRESIÓN Y SU RELACIÓN CON EL CONSUMO DE SUSTANCIAS EN EL COLEGIO JOSÉ ANTONIO EGUIGUREN LA SALLE”** de la estudiante Irina Lisbeth Ruilova Chamba, previo a optar por el grado de Médico General, el mismo que ha sido revisado minuciosamente y devuelto para que se realice los cambios sugeridos; una vez cumplido con las observaciones realizadas por la interesada autorizo su presentación el mismo que cumple con lo estipulado en el reglamento del régimen académico concerniente a la graduación, para la defensa privada y la sustentación pública.

Lo certifico.

Loja, 12 de Octubre del 2016



Dr. Germán Alejandro Vélez Reyes, Mg. Sc.

**DIRECTOR DE TESIS.**

**AUTORÍA**

Yo Irina Lisbeth Ruilova Chamba, declaro ser autora del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de la tesis titulada: **“DEPRESIÓN Y SU RELACIÓN CON EL CONSUMO DE SUSTANCIAS EN EL COLEGIO JOSÉ ANTONIO EGUIGUREN LA SALLE”**, en el Repositorio Institucional Biblioteca Virtual.

**Autora:** Irina Lisbeth Ruilova Chamba

**Firma:** \_\_\_\_\_



**Cédula:** 1105659609

**Fecha:** 12 de Octubre del 2016

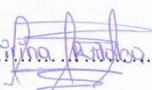
**CARTA DE AUTORIZACIÓN**

Yo Irina Lisbeth Ruilova Chamba declaro ser autora de la tesis titulada **“DEPRESIÓN Y SU RELACIÓN CON EL CONSUMO DE SUSTANCIAS EN EL COLEGIO JOSÉ ANTONIO EGUIGUREN LA SALLE”**, como requisito para optar al grado de: **MÉDICO GENERAL**, autorizo al sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el Repositorio Digital Institucional, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los 12 días del mes de Octubre del dos mil dieciséis.

.....  


**Autora:** Irina Lisbeth Ruilova Chamba

**Cédula:** 1105659609

**Dirección Domiciliaria:** Avenida Pio Jaramillo y Brasil

**Correo Electrónico:** lis.12\_92@hotmail.com

**Número de Celular:** 0988903048

**Datos Complementarios:**

**Director de tesis:** Dr. Germán Alejandro Vélez Reyes, Mg. Sc.

**Tribunal de Grado:**

Dr. Tito Goberth Carrión Dávila, Mg. Sc.

Dra. Janeth Fidelina Remache Jaramillo, Mg. Sc.

Dra. Carmelina Esperanza Severino Correa, Mg. Sc.

## **DEDICATORIA**

En primer lugar a Dios, por ser mi fortaleza, por ser mi guía siempre y por estar conmigo en cada paso que doy.

### **A MIS PADRES**

Por ser mi apoyo incondicional, son el ejemplo de lucha, fuerza y valor quienes con sus sabios consejos, supieron guiarme en el transcurso de mi vida, por estar presentes en cada uno de mis logros y momentos más difíciles de mi vida.

### **A MIS HERMANOS**

Por el apoyo constante, la confianza y esperanza que pusieron en mi día a día.

### **A MI MEJOR AMIGA**

Por ser parte importante en mi vida, por la confianza que supo brindarme por cada consejo sincero brindado en el momento más preciso.

**Irina Lisbeth Ruilova Chamba**

**AUTORA**

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios primeramente, porque con su amor me ha enseñado día a día a luchar aun cuando parece que ya no hay razón para hacerlo.

A mi madre: Sonia Chamba, quien estuvo en cada paso que daba durante el transcurso de mi formación académica y que a pesar de los obstáculos siempre ha dado más de lo que pudiera esperar con la finalidad de verme feliz.

Al término de mi instrucción académico-superior; expreso mi gratitud sincera, a la Universidad Nacional de Loja y al Área de la Salud Humana, especialmente a la carrera de Medicina Humana que, por medio de su planta docente día a día con paciencia y esmero me brindaron sus sabios conceptos, experiencias y enseñanzas; contribuyendo en mi formación personal y científica.

Agradezco de manera especial al Dr., Germán Vélez director de tesis, por su amabilidad, paciencia y asesoramiento constante en el trascurso de la elaboración y culminación de este proyecto.

También mi más sincero agradecimiento a la Unidad Educativa Particular José Antonio Eguiguren La Salle, quienes forman parte en mi formación académica, y a toda su planta docente, por la apertura brindada, para la realización de la Tesis.

Quiero expresar también un respetuoso agradecimiento a los estudiantes involucrados, por su colaboración brindada.

**Irina Lisbeth Ruilova Chamba**

**AUTORA**

## ÍNDICE GENERAL

CONTENIDO	Pg.
CARÁTULA.....	i
CERTIFICACIÓN.....	ii
AUTORÍA.....	iii
CARTA DE AUTORIZACIÓN.....	iv
DEDICATORIA.....	v
AGRADECIMIENTO.....	vi
ÍNDICE.....	vii-xi
1. TÍTULO.....	1
2. RESUMEN.....	2
SUMMARY.....	3
3. INTRODUCCIÓN.....	4-5
4. REVISIÓN DE LITERATURA.....	6
4.1. DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES.....	6
4.1.1. CONCEPTO DE DEPRESIÓN.....	6
4.1.2. CONCEPTO DE ADOLESCENTE.....	6-7
4.1.3. FACTORES DE RIESGO QUE EXPONEN A LOS ADOLESCENTES A LA DEPRESIÓN.....	7
4.1.4. FACTOR DE RIESGO DE DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES.....	8
4.1.5. DEFINICIÓN DE DEPRESIÓN POR AUTORES.....	8
4.2. CAUSAS DE DEPRESIÓN.....	9
4.2.1. CAUSAS DE DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES.....	9
4.3. DIFERENCIACIÓN POR EDAD Y GÉNERO. CLASIFICACIÓN.....	9

<b>4.3.1. GRUPO DE EDAD MÁS AFECTADO POR LOS PROBLEMAS PSICOLÓGICOS.....</b>	<b>10</b>
<b>4.3.2. DEPRESIÓN SEGÚN EL GÉNERO.....</b>	<b>10</b>
<b>4.4.EPISODIO DEPRESIVO.....</b>	<b>11</b>
<b>4.4.1. DEPRESIÓN LEVE.....</b>	<b>11</b>
<b>4.4.2. DEPRESIÓN MODERADO.....</b>	<b>12</b>
<b>4.4.3. DEPRESION GRAVE SIN SÍNTOMAS PSICÓTICOS.....</b>	<b>12-13</b>
<b>4.4.4. DISTIMIA.....</b>	<b>13-14</b>
<b>4.5.DIFERENCIA DE DEPRESIÓN DEL NIÑO O ADOLESCENTE AL ADULTO.....</b>	<b>15</b>
<b>4.6.DIAGNÓSTICO DE LA DEPRESIÓN.....</b>	<b>15</b>
<b>4.7.EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO.....</b>	<b>16</b>
<b>4.7.1. FACTORES PROTECTORES.....</b>	<b>16</b>
<b>4.7.2. COMPLICACIONES.....</b>	<b>17</b>
<b>4.7.3. CONSECUENCIAS.....</b>	<b>17</b>
<b>4.8.DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.....</b>	<b>18</b>
<b>4.8.1. TRISTEZA NORMAL.....</b>	<b>18</b>
<b>4.8.2. ENFERMEDAD BIPOLAR.....</b>	<b>18</b>
<b>4.8.3. TRASTORNO DE ANSIEDAD.....</b>	<b>18</b>
<b>4.8.4. ABUSO DE SUSTANCIAS.....</b>	<b>19</b>
<b>4.8.5. ESQUIZOFRENIA Y TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO.....</b>	<b>19</b>



4.8.6. TRASTORNO DE APRENDIZAJE.....	19
4.8.7. ENFERMEDAD MÉDICA.....	19
4.9. TRATAMIENTO.....	20
4.9.1. TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO.....	20
4.9.2. TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO.....	21
4.9.3. PSICOANÁLISIS.....	22
4.9.4. TERAPIA DE LA CONDUCTA.....	23
4.9.4.1. LA ACTIVACIÓN CONDUCTUAL.....	23
4.9.4.2. LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO Y LA ACTIVACIÓN CONDUCTUAL.....	24
4.9.4.3. LA TERAPIA DE AUTOCONTROL DE RHEM PARA LA DEPRESIÓN.....	24
4.9.4.4. LA TERAPIA DE RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS PARA LA DEPRESIÓN.....	24
4.9.4.5. ANÁLISIS FUNCIONAL.....	25
4.9.5. TERAPIA COGNITIVO- CONDUCTUAL.....	25
4.9.6. TERAPIA FAMILIAR.....	26
4.10. DEFINICIÓN DE ALCOHOLISMO.....	27
4.10.1. ALCOHOL Y SALUD.....	27
4.10.2. IDENTIFICACIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL PERJUDICIAL Y DE RIESGO.....	27

<b>4.10.3. EFECTIVIDAD DE LAS INTERVENCIONES BREVES.....</b>	<b>28</b>
<b>4.11. DEFINICIÓN DE TABAQUISMO.....</b>	<b>28</b>
<b>4.11.1. CAUSAS.....</b>	<b>29</b>
<b>4.11.2. EFECTOS SOBRE EL ORGANISMO.....</b>	<b>29</b>
<b>4.11.3. TRATAMIENTO ANTI TABÁQUICO.....</b>	<b>30</b>
<b>4.11.3.1. TRATAMIENTOS DE REEMPLAZO DE LA NICOTINA.....</b>	<b>30</b>
<b>4.11.3.2. MEDICAMENTOS ADICIONALES.....</b>	<b>30</b>
<b>4.11.3.3. TRATAMIENTOS CONDUCTUALES.....</b>	<b>31</b>
<b>4.12. DEFINICIÓN DE DROGAS.....</b>	<b>31</b>
<b>4.12.1. SECUENCIAS EN EL CONSUMO DE DROGAS.....</b>	<b>31</b>
<b>4.12.1.1. ESTIMULANTES.....</b>	<b>31</b>
<b>4.12.1.1.1. COCAÍNA.....</b>	<b>31</b>
<b>4.12.1.1.2. ANFETAMINAS Y METANFETAMINAS.....</b>	<b>32</b>
<b>4.12.1.1.3. ÉXTASIS.....</b>	<b>32</b>
<b>4.12.1.2. DEPRESORES.....</b>	<b>32</b>
<b>4.12.1.2.1. DERIVADOS DEL OPIO (MORFINA, HEROÍNA Y CODEÍNA).....</b>	<b>32</b>
<b>4.12.1.3. SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.....</b>	<b>33</b>

4.12.1.3.1. TRANQUILIZANTES (PASTAS, ROCHE, PASTILLAS, RUFIS).....	33
4.12.1.3.2. INHALABLES.....	34
4.12.1.4. ALUCINÓGENOS.....	34
4.12.1.4.1. MARIHUANA.....	34
4.12.1.4.2. PEYOTE (CACTUS, MEZCLA, BOTONES).....	34
4.12.1.4.3. HONGOS (PSILOCIBINA).....	35
4.12.2. FACTORES RELACIONADOS CON EL INICIO DEL CONSUMO DE DROGAS.....	35
4.12.2.1. FACTORES DE RIESGO VINCULADOS A LAS CARACTERÍSTICAS DEL INDIVIDUO.....	35-36
5. METODOLOGÍA.....	37-42
6. RESULTADOS.....	43-48
7. DISCUSIÓN.....	49-50
8. CONCLUSIONES.....	51
9. RECOMENDACIONES.....	52
10. BIBLIOGRAFÍA.....	53-56
11. ANEXOS.....	57-108

**TÍTULO:**

**DEPRESIÓN Y SU RELACIÓN CON EL  
CONSUMO DE SUSTANCIAS EN EL COLEGIO  
JOSÉ ANTONIO EGUIGURE “LA SALLE”**

## **2. RESUMEN**

La depresión es la alteración del estado de ánimo, con reducción de la energía y de la actividad. La presente investigación “**DEPRESIÓN Y SU RELACIÓN CON EL CONSUMO DE SUSTANCIAS EN EL COLEGIO JOSÉ ANTONIO EGUIGUREN LA SALLE**”. Es un estudio descriptivo, analítico transversal, cuyo objetivo principal fue: Determinar el estado de depresión y su relación con el consumo de sustancias en los adolescentes del Colegio José Antonio Eguiguren “La Salle”. El universo de la población en estudio es de 502 estudiantes, de los cuales 217 fueron partícipes del trabajo investigativo, las edades están comprendidas entre 13 y 18 años. Para la recolección de los datos se aplicó el test de la escala de Depresión de Zung y el test de la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias. Finalmente los resultados obtenidos demostraron que del 100% el 52,5% presento depresión moderada. Además se encontró que el 71,3% de los estudiantes llegan a consumir alcohol. La depresión moderada muestra una fuerte asociación estadística entre el consumo de sustancias, con un valor de  $p = 0.02$ . Por lo tanto se recomienda la aplicación de este tipo de test en los establecimientos educativos como instrumento, que nos permite detección precoz y aplicación de tratamiento oportuno.

**Palabras claves: Depresión- Consumo de Sustancias - Adolescentes.**

## SUMMARY

Depression is the alteration of mood, by reducing energy and activity. The following investigation **“DEPRESSION AND ITS RELATIONSHIP WITH THE CONSUMPTION OF SUBSTANCES FROM JOSE ANTONIO EGUIGUREN LA SALLE COLLEGE”**. This study is descriptive, transversal analytic, in which its main objective was to: Determine the level of depression and its relation with the consumption of substances in teenagers from Jose Antonio Eguiguren College “La Salle”. The universe of the population in the study was of 502 students, 217 participated in this investigational research, and the ages are around 13 to 18 years of age. For the data collection we applied the scale test of Zung Depression and the detection of alcohol tobacco and the consumption of other substances. Finally the results obtained showed that from the 100% a 52, 5% showed a moderate depression. We also found out that a 71, 3% from the students get to actually consume alcohol. Moderate depression shows a strong association in the consumption of substances, with a value of  $p=0.02$ . Therefore we recommend the application of these kind of tests in high schools as a main instrument, this allows us to detect precocious cases and give them a faster treatment.

**KEY-WORDS:-** Depression, Consumption of substances, Teenagers.

### 3. INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una etapa del desarrollo que se caracteriza por una gran variedad de cambios biológicos, psicológicos y sociales. Dada la magnitud de tales cambios y todavía la escasa experiencia vital de los adolescentes muchos eventos vitales pueden adquirir un carácter estresante y tener diversos efectos psicológicos.

La carga mundial de depresión y de otros trastornos mentales está en aumento. En una resolución de la Asamblea Mundial de la Salud de mayo de 2012 se abogó por una respuesta integral y coordinada de los países al problema de los trastornos mentales. Datos del Banco Mundial (citado por el Ministerio de Salud, 1998) definen que la depresión representa un grave problema de salud mental, ya que se estima que para el año 2020 será la segunda causa de enfermedad a nivel mundial, representando el 3.4% de la carga total de enfermedad. Cassano y Fava (2002), resaltan en la revisión que hacen el aumento en las tasas de suicidios, homicidios, incremento de comportamientos agresivos y el consumo de drogas.

El aumento significativo en los últimos años como muestran los estudios ha motivado a desarrollar la pregunta de investigación siguiente ¿Cuál es la relación existente entre la depresión y el consumo de sustancias en el Colegio José Antonio Eguigure “La Salle” de Loja?

Se considera importante la realización de este estudio partiendo del hecho que los adolescentes, se encuentran expuestos a diferentes factores de riesgos que los predispone a desarrollar ciertos grados de depresión, lo cual conlleva al consumo de sustancias psicoactivas y en ocasiones llevando a desenlaces fatales como el suicidio.

Debemos resaltar el beneficio que obtendrán los estudiantes de la institución, ya que al impartir charlas a los padres de familia, estudiantes y personal docente, se logró que

se identifique los factores de riesgos y las consecuencias que puede llegar a tener esta problemática de salud.

Por todo lo mencionado anteriormente se ha planteado como objetivos

Establecer la relación existente entre la depresión y su relación con el consumo de sustancias en los adolescentes; Determinar la presencia de depresión de acuerdo a la edad y al género en los adolescentes; Determinar la presencia de consumo de sustancias en los adolescentes; Plan de prevención de depresión en los adolescentes.

El presente estudio es de tipo analítico, descriptivo, transversal, el área de estudio fue el Colegio José Antonio Eguiguren “La Salle” de la ciudad de Loja, de un total de 502 estudiantes matriculados en el periodo septiembre 2014 – julio del año 2015.

Para la obtención de resultados se utilizó el programa Excel y epiinfo para cumplimiento de nuestros objetivos, obteniendo las variables de verosimilitud y valor de p que nos permitieron determinar relación estadísticamente significativa en las variables cualitativas transversales.

Para la recolección de los datos se aplicó el test de la escala de Depresión de Zung y el test de la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias.



## **4. REVISIÓN DE LITERATURA.**

### **4.1. DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES**

#### **4.1.1. CONCEPTO DE DEPRESIÓN**

Se define como una alteración del estado de ánimo, con reducción de la energía y de la actividad. (Rosero et al., 2009).

La capacidad para disfrutar, interesarse y concentrarse esta reducida, la autoestima y la confianza en uno mismo en la mayor parte están reducidas y a menudo, están presentes ideas de culpa o de inutilidad. En función del número y severidad de los síntomas, un episodio depresivo puede especificarse como leve, moderado o grave. (Lozano, Aldana, Pino, & Miguel, 2008).

#### **4.1.2. CONCEPTO DE ADOLESCENTE**

La palabra adolescente viene del latín adolescens, adolescentis y significa ‘que está en período de crecimiento, que está creciendo’. Frecuentemente se confunde con adolecer cuyo significado es ‘tener o padecer alguna carencia, dolencia, enfermedad’. (Pascualini Diana, 2010).

Según Dina Krauskopf, es un período crucial del ciclo vital en que los individuos toman una nueva dirección en su desarrollo, alcanzan su madurez sexual, se apoyan en los recursos psicológicos y sociales que poseen, asumen para sí las funciones que les permiten elaborar su identidad y plantearse un proyecto de vida propio. (Pascualini Diana, 2010).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adolescencia es la etapa de la vida, comprendida entre los 10 y los 19 años, en la cual tiene lugar el empuje de crecimiento puberal y el desarrollo de las características sexuales secundarias, así como la adquisición de nuevas habilidades sociales, cognitivas y emocionales.

Cada adolescente es un ser único, diferente a todos los demás. Y, a su vez, cada uno está influenciado por las circunstancias del momento histórico y el medio sociocultural en el cual vive, por la geografía del lugar en el que se halla, la raza y el género al que pertenece, la carga genética con la que nació y por la nutrición afectiva y alimentaria que recibió.(Pascualini Diana, 2010).

Desde lo cognitivo, se desarrolla el pensamiento abstracto con el que logran la posibilidad de proyectarse hacia el futuro y valorar las consecuencias de sus actos. Desde lo emocional, cada individuo participa en una experiencia de vida de descubrimiento personal y en el establecimiento de una identidad.(Pascualini Diana, 2010).

#### **4.1.3. FACTORES DE RIESGO QUE EXPONEN A LOS ADOLESCENTES A LA DEPRESIÓN**

- a) Imagen corporal negativa, que puede producir depresión y trastornos alimentarios.(Craig & Baucum, 2001)
- b) Mayor capacidad de reflexionar sobre uno mismo y sobre el futuro.(Craig & Baucum, 2001)
- c) Problemas familiares o de salud mental de los padres, que pueden originar reacciones de estrés y depresión.(Craig & Baucum, 2001)
- d) Conflictos conyugales o divorcio y problemas económicos de la familia, que pueden ocasionar depresión y estrés.(Craig & Baucum, 2001)
- e) Poca popularidad entre los compañeros. (Craig & Baucum, 2001)
- f) Bajo aprovechamiento escolar.(Craig & Baucum, 2001)

#### **4.1.4. FACTOR DE RIESGO DE DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES**

El concepto de factor de riesgo hace alusión a las características asociadas al aumento de la probabilidad de que aparezca una enfermedad, se comprometa la salud, la

calidad de vida o la vida, sin implicar una relación causa-efecto ni la dirección de la misma (Maddaleno, 1987).

La depresión ha sido asociada al síndrome de riesgo en la adolescencia el mismo que consiste en la presencia simultánea y covariada de factores de riesgo asociados a la presentación de los cuatro problemas típicos en salud del adolescente:

- a) Abuso de sustancias
- b) Embarazo o iniciación sexual temprana
- c) Deserción escolar o problemas de rendimiento académico
- d) Delincuencia.(Pardo A., Sandoval D., & Umbarila Z., 2004).

#### **4.1.5. DEFINICIÓN DE DEPRESIÓN POR AUTORES**

Hollon y Beck (1979), definen la depresión como el síndrome en el que interactúan diversas modalidades: somática, afectiva, conductual y cognitiva. Para algunos autores, los síntomas de la depresión en el adolescente son: aburrimiento, fatiga, nerviosismo, falta de concentración, llamadas de atención, conducta sexual anárquica, hipocondría y agresividad (Weiner,H.; Glaser,D.; Malmquist,C.P.) Toolan,M.(1.996) sin embargo, se centra más en trastornos del comportamiento: desobediencias , faltas injustificadas a clase, cólera, fugas injustificadas, auto destructividad, tendencias masoquistas y predisposición a los accidentes, conceptos (agresividad, problemas escolares e inestabilidad) que ya citaba Bakwin, H. en 1.956.(A. García, 2010)

#### **4.2.CAUSAS DE DEPRESIÓN**

##### **CAUSAS DE DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES**

Diferentes sucesos pueden actuar como desencadenantes de la depresión, sin embargo, a veces, la depresión aparece sin ninguna causa externa aparente. En algunos casos existen familias en las que varios de sus miembros padecen depresión; se considera

que en estos casos los factores hereditarios pueden ser importantes. (Álvarez, Atienza, & Fernández, 2009)

Algunos adolescentes carecen del apoyo y de la guía de su familia, amigos o la escuela y pierden la confianza en su futuro. Una pérdida de la autoestima no los conduce a una actitud realista sino más bien hacia la depresión clínica, un sentimiento abrumador y persistente de tristeza, desesperanza que perturba todas las actividades regulares y normales. (Caspiy cols., 2003; Ge y cols., 200; Graber, 2004; Hankin y Abramson, 2001).

La mayoría de los psicólogos concuerdan en que la depresión es multidimensional: diversos factores sociales y culturales en especial los relacionados con los padres y pares, pueden empujar a las personas hacia el borde de la desesperación a protegerlas. (Berger, 2007).

### **4.3.DIFERENCIACIÓN POR EDAD Y GÉNERO. CLASIFICACIÓN**

#### **4.3.1. GRUPO DE EDAD MÁS AFECTADO POR LOS PROBLEMAS PSICOLÓGICOS**

Los jóvenes son uno de los grupos etáreos que presenta mayor probabilidad de sufrir depresión, ya que en la etapa de la adolescencia se llevan a cabo procesos de cambio físico, psicológico, sociocultural y cognitivo, que demandan de los jóvenes el desarrollo de estrategias de afrontamiento que les permitan establecer un sentido de identidad, autonomía y éxito personal y social (Blum, 2000).(Morales Gomez et al., 2010)

En la literatura se ha reportado que los jóvenes que han sufrido un sólo episodio depresivo mayor, sin condiciones comórbidas asociadas, se caracterizan por presentar algunos síntomas del trastorno antisocial y del trastorno límite de la personalidad. En el caso de los hombres se ha descrito una tendencia hacia un estilo atribucional positivo. (Sandoval, Umbarila, & Pardo, 2004)

En cuanto a los jóvenes que han sufrido episodios depresivos recurrentes, se han asociado las variables de ser mujer, presentar varios síntomas del trastorno límite de la personalidad y conflictos con los padres. (Lewinsohn y cols., 2000). En general, estos casos se caracterizan por elevados niveles de estrés, conflicto y dependencia interpersonal.(Sandoval et al., 2004)

#### **4.3.2. DEPRESIÓN SEGÚN EL GÉNERO**

- a) La depresión en la mujer: Las estadísticas muestran que las mujeres padecen más depresión que los hombres, esto se debe a que existen diferencias biológicas entre ambos. Los cambios hormonales, tales como estrógeno y progesterona parecen tener un efecto importante en el estado de ánimo de las mujeres. Asimismo ciertos sucesos traumáticos como violaciones y otras formas de abuso sexual pueden contribuir a la incidencia creciente de la depresión en mujeres.(Antonini, 2008)
- b) La depresión en el hombre: Aunque el hombre tiene menos probabilidad de sufrir depresiones que la mujer, es más reacio para admitir que tienen depresión. Por lo tanto, el diagnóstico puede ser más difícil. Sin embargo, sólo el hombre tiene una tasa alta de muerte debida a una enfermedad coronaria que se da junto con un trastorno depresivo. El alcohol y las drogas enmascaran la depresión en el hombre más comúnmente que en la mujer. No es raro que la depresión en los hombres se manifieste con irritabilidad, ira y desaliento, en lugar de sentimientos de desesperanza o desamparo.(Antonini, 2008)

#### **4.4.EPISODIO DEPRESIVO**

##### **4.4.1. DEPRESIÓN LEVE**

Las pautas para el diagnóstico son: el ánimo depresivo, la pérdida de interés, capacidad de disfrutar y el aumento de la fatigabilidad, que suele considerarse como los

síntomas más típicos de la depresión y al menos dos de estos tres deben estar presentes para hacer un diagnóstico definitivo. Ninguno de los síntomas debe estar presente en un grado intenso. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.(Sanchez, 2009)

**Sin síndrome somático.** Satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo leve y están presentes pocos síndromes somáticos o ninguno. (Sanchez, 2009)

**Con síndrome somático.** Satisfacen las pautas de episodio depresivo leve y también están presentes cuatro o más de los síndromes somáticos, si están presentes sólo dos o tres, pero son de una gravedad excepcional, puede estar justificado utilizar esta categoría.(Sanchez, 2009)

#### **4.4.2. DEPRESIÓN MODERADO**

Debe estar presentes al menos dos de los tres síntomas más típicos descritos para episodios depresivo leve, así como al menos tres y preferentemente cuatro de los demás síntomas. Es probable que varios de los síntomas se presenten en grado intenso, aunque esto no es esencial si son muchos los síntomas presentes. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.(Sanchez, 2009)

Un enfermo con un episodio depresivo moderado suele tener grandes dificultades para poder continuar desarrollando su actividad social, laboral o doméstica.

Se puede utilizar un quinto carácter para especificar la presencia de síndrome somático:

**Sin síndrome somático.** Satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo moderado y no están presentes síndromes somáticos.(Sanchez, 2009)

**Con síndrome somático.** Satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo moderado y están también presentes cuatro o más de los síndromes somáticos, si están presentes sólo dos o tres, pero son de una gravedad excepcional, puede estar justificado utilizar esta categoría.(Sanchez, 2009)

#### **4.4.3. DEPRESION GRAVE SIN SÍNTOMAS PSICÓTICOS**

Durante un episodio depresivo grave, el enfermo suele presentar una considerable angustia o agitación, a menos que la inhibición sea una característica marcada. Es probable que la pérdida de estimación de sí mismo, los sentimientos de inutilidad o de culpa sean importantes y el riesgo de suicidio es importante en los casos particularmente graves. Se presupone que los síntomas somáticos están presentes casi siempre durante un episodio depresivo grave.(Sanchez, 2009)

Deben estar presentes los tres síntomas típicos del episodio depresivo leve, moderado y además, por lo menos cuatro de los demás síntomas, los cuales deben ser de intensidad grave. Sin embargo, si están presentes síntomas importantes, como la agitación o la inhibición psicomotrices, el enfermo puede estar poco dispuesto o ser incapaz de describir muchos síntomas con detalle. El episodio debe durar por lo menos dos semanas, pero sí los síntomas son particularmente graves y de inicio muy rápido puede estar justificado hacer el diagnóstico con una duración menor de dos semanas.(Sanchez, 2009)

Durante el episodio depresivo grave no es probable que el enfermo sea capaz de continuar con su actividad laboral, social o doméstica más allá de un grado muy limitado.

Incluye:

- a) Episodios depresivos aislados de depresión agitada
- b) Melancolía

c) Depresión vital sin síntomas psicóticos

**Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos:** Episodio depresivo grave que satisface las pautas establecidas en el episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos, y en el cual están presentes además ideas delirantes, alucinaciones o estupor depresivo. Las ideas delirantes suelen incluir temas de pecado, de ruina o de catástrofes inminentes de los que el enfermo se siente responsable. Las alucinaciones auditivas u olfatorias suelen ser en forma de voces difamatorias o acusatorias o de olores a carne en descomposición. La inhibición psicomotriz grave puede progresar hasta el estupor. Las alucinaciones o ideas delirantes pueden especificarse como congruentes o no congruentes con el estado de ánimo.(Sanchez, 2009)

Incluye episodios aislados de:

- a) Depresión mayor con síntomas psicóticos
- b) Depresión psicótica
- c) Psicosis depresiva psicógena
- d) Psicosis depresiva reactiva

#### **4.4.4. DISTIMIA**

Es un cuadro clínico subdepresivo de inicio insidioso que se mantiene, con un curso fluctuante, durante al menos dos años (o un año en niños o adolescentes). Es importante anotar que no se diagnostica si se trata de síntomas residuales subsindrómicos tras un episodio depresivo. (Sanchez, 2009)

La prevalencia en la población general está en torno al 4%. Es más frecuente en mujeres, y suele comenzar en la adolescencia o al principio de la edad adulta.



El 40% evoluciona hacia un trastorno depresivo mayor, lo que se denomina depresión doble, casi siempre un paciente con Distimia presenta antecedentes familiares de trastornos del humor.(Sanchez, 2009)

### **CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LA CIE-10**

Depresión crónica del estado de ánimo, que se prolonga al menos varios años, que no es lo suficientemente severa o en la que los episodios aislados no son lo suficientemente prolongados para justificar el diagnóstico de un trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve, moderado o grave.

Incluye:

- a) Depresión ansiosa persistente
- b) Neurosis depresiva
- c) Trastorno de personalidad depresiva
- d) Depresión neurótica de más de dos años de duración
- e) Excluye: la depresión ansiosa leve o no persistente.

Aunque los síntomas actuales no justifiquen un diagnóstico de trastorno depresivo, el diagnóstico de Distimia puede hacerse incluso si éste se ha dado en el pasado, particularmente si fue al inicio de la Distimia.

### **4.5.DIFERENCIA DE DEPRESIÓN DEL NIÑO O ADOLESCENTE AL ADULTO**

En el niño o adolescente es más frecuente encontrarlo irritable que triste o sin energía. Es más probable que acuda a la consulta por molestias físicas o disminución del rendimiento escolar. En adolescentes la depresión puede coincidir con cambios de carácter

y conducta recientes, mayor rebeldía, desobediencia, inicio de consumo de drogas, alcohol, y otras conductas de riesgo.(Álvarez et al., 2009).

#### **4.6.DIAGNÓSTICO DE LA DEPRESIÓN**

El diagnóstico debe realizarse mediante entrevista clínica y no ser derivado únicamente de cuestionarios. Deberán emplearse técnicas específicas, tanto verbales como no verbales, debido a la existencia de limitaciones cognitivas y de verbalización en este grupo de edad. Para completar la evaluación psicopatológica, es imprescindible la información aportada por los padres y por el entorno escolar. (Alvarez Ariza, M., Atienza Merino, 2009)

Los trastornos depresivos entre los adolescentes tienen a menudo un curso crónico, con altibajos, y existe un riesgo entre dos y cuatro veces superior de persistir la depresión en la edad adulta. Más del 70% de los niños y adolescentes con trastornos depresivos no han sido diagnosticados correctamente ni reciben el tratamiento adecuado. (Alvarez Ariza, M., Atienza Merino, 2009)

#### **Síntomas**

Los síntomas fundamentales son:

- a) Ánimo bajo, sentirse triste la mayor parte del tiempo o tener sentimientos de desesperanza.(Álvarez et al., 2009)
- b) Pérdida de interés en las actividades con las que se disfrutaba.(Álvarez et al., 2009)
- c) Ganas de llorar sin motivo aparente. Pérdida de energía o cansancio. Problemas de sueño: tener problemas para quedarse dormido por la noche o no querer levantarse por la mañana. (Álvarez et al., 2009)

- d) Aumento o disminución del apetito. Dificultad para concentrarse o problemas de memoria, que afecta al rendimiento escolar.
- e) Sentimientos de inutilidad o culpa. (Álvarez et al., 2009)
- f) Pensamientos negativos, excesivas críticas hacia uno mismo. Ideas suicidas: querer morirse o irse para siempre. (Álvarez et al., 2009)
- g) Síntomas físicos como dolor de cabeza, palpitaciones cardiacas o molestias abdominales. (Álvarez et al., 2009)

#### **4.7.EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO**

En la adolescencia pueden aparecer reacciones de tipo mixto: ansioso depresivas que evolucionan desapareciendo el estado depresivo y depresión por inferioridad o depresión por abandono cuya evolución en el tiempo depende del tratamiento propuesto. Los episodios hipomaníacos en la población adolescente, pueden ir asociados a ausencias escolares, comportamiento antisocial, fracaso escolar y consumo de sustancias.(A. García, 2010)

##### **4.7.1. FACTORES PROTECTORES**

Algunos factores disminuyen el riesgo de depresión. Por ejemplo, tener una afiliación cultural, religiosa o grupal, probablemente mediado por el desarrollo de actividades cognitivas positivas y la disponibilidad de soporte social; tener unos cuidados; tener sentido del humor; una relación estrecha con al menos un familiar y amigos íntimos; la consecución de logros valorados por la sociedad, (NICE, 2006).(Esperón, 2009).

##### **4.7.2. COMPLICACIONES**

La depresión es el trastorno mental más frecuente en el seno de la comunidad es una de las principales causas de discapacidad en todo el mundo.(Bryan, Morillas, & Cobos, 2010)

La depresión puede también exacerbar el dolor, el sufrimiento, y la discapacidad asociada a enfermedades físicas, así como afectar de manera adversa a la evolución. La depresión asociada con una enfermedad física crónica empeora progresivamente más la salud en comparación con la enfermedad física por sí sola o incluso que combinaciones de enfermedades físicas. (Bryan et al., 2010)

Los efectos cognitivos, motivacionales y emocionales reducen sustancialmente la capacidad de una persona para trabajar eficazmente, con pérdidas en los ingresos personales y familiares, así como pérdida de contribución a la sociedad en los ingresos fiscales y en capacidad laboral.(Bryan et al., 2010)

#### **4.7.3. CONSECUENCIAS**

- a) Una mayor dependencia de los servicios sociales y del subsidio con el inevitable impacto sobre la confianza en sí mismos y en la autoestima.
- b) Alteraciones de las relaciones personales durante y después de un episodio y cambios a largo plazo en el funcionamiento social, especialmente en aquellos que tienen un trastorno crónico o recurrente.
- c) Los pacientes con depresión presentan pobre relaciones efectivas y menor satisfacción en las relaciones interpersonales.
- d) Tener depresión aumenta cuatro veces el riesgo de suicidio en comparación con la población general y éste se eleva a casi 20 veces más el riesgo en los pacientes enfermos más graves.
- e) Las relaciones conyugales y familiares con frecuencia están afectadas negativamente.
- f) La depresión puede ser más difícil de llevar para los miembros de la familiar y cuidadores que para los propios enfermos. (Bryan et al., 2010)

#### **4.8.DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

#### **4.8.1. TRISTEZA NORMAL**

El sentimiento de tristeza es normal cuando es proporcional al factor desencadenante, se alivia mediante situaciones positivas y se resuelve espontáneamente. La distinción más importante entre la depresión como enfermedad y los altibajos normales de la infancia y adolescencia es que los síntomas depresivos se asocian al sufrimiento o malestar interno y al deterioro en el funcionamiento del paciente.(Esperón, 2009).

#### **4.8.2. ENFERMEDAD BIPOLAR**

Es difícil realizar el diagnóstico diferencial entre depresión mayor y depresión bipolar, durante un primer episodio depresivo. Algunas características sugieren bipolaridad como: antecedentes familiares de la enfermedad bipolar, psicosis e historia de manía o hipomanía secundaria a antidepresivos.(Esperón, 2009).

#### **4.8.3. TRASTORNO DE ANSIEDAD**

Hay un solapamiento de síntomas entre la depresión y la ansiedad. Algunos son más características del trastorno depresivo (retraso psicomotor, tristeza, anhedonia, ideas de suicidio, despertar precoz y pérdida de apetito) y otros del trastorno de ansiedad (actitud hipervigilante, sensación de tensión interna, pánico, evitación fóbica, indecisión, inseguridad y agitación psicomotriz).(Esperón, 2009).

#### **4.8.4. ABUSO DE SUSTANCIAS**

El abuso de sustancias, puede provocar síntomas depresivos. La persistencia de los síntomas afectivos durante un período de abstinencia prolongado sugiere un trastorno del humor primario.(Esperón, 2009).

#### **4.8.5. ESQUIZOFRENIA Y TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO**

Para efectuar el diagnóstico diferencial entre los trastornos depresivos y los psicóticos es esencial establecer el orden cronológico de aparición de los síntomas depresivos, psicóticos y su persistencia en el tiempo.

#### **4.8.6. TRASTORNO DE APRENDIZAJE**

Con frecuencia los niños con trastorno de aprendizaje presentan síntomas depresivos secundarios al fracaso escolar.(Esperón, 2009).

#### **4.8.7. ENFERMEDAD MÉDICA**

En numerosas ocasiones, el trastorno depresivo se manifiesta con síntomas físicos que se pueden confundir con una enfermedad médica. Algunas enfermedades médicas pueden provocar síntomas depresivos como infecciones crónicas, enfermedades autoinmunes, endocrinas, déficit nutricional grave, enfermedades neurológicas y enfermedades oncológicas. (Esperón, 2009).

### **4.9. TRATAMIENTO**

Hay varios tratamientos que pueden ayudar y que han probado su eficacia en la depresión.

La depresión leve puede mejorar por sí sola sin tratamiento o con asesoramiento sobre cómo afrontar los problemas. Resultan eficaces la autoayuda y las terapias psicológicas. Para la depresión moderada-grave, lo más recomendable es combinar una medicación con terapia psicológica.(Álvarez et al., 2009).

#### **4.9.1. TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO**

Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS): Los inhibidores de la recaptación de serotonina constituyen actualmente el tratamiento farmacológico de

elección en la depresión infanto-juvenil, tanto por su eficacia como por sus escasos efectos adversos y su seguridad en caso de sobre dosificación. De todos ellos, el más extensamente estudiado es la fluoxetina, para el tratamiento de la depresión infantil, en niños a partir de los 8 años.(Sebasti & Estopi, 2012)

La dosis de inicio recomendada es de 5-10 mg/día, aumentando la misma cada 2 semanas hasta conseguir respuesta (la dosis de mantenimiento suele situarse entre 10-20 mg/día, aunque puede aumentarse hasta 60 mg/día en caso necesario, según la respuesta observada y la gravedad de la clínica).

Recientemente, el escitalopram también ha conseguido la aprobación de la Food and Drug Administration (FDA) para el tratamiento de la depresión en adolescentes entre 12 y 17 años, tras obtener resultados positivos en un estudio doble ciego controlado con placebo. La dosis de inicio recomendada es de 5-10 mg/día, con un aumento progresivo hasta un máximo de 20 mg diarios administrados en una única toma. (Sebasti & Estopi, 2012)

La sertralina posee la indicación para el tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo y la depresión en niños entre 8 y 18 años. Se recomienda iniciar el tratamiento con dosis de 25-50 mg/día, en escalada progresiva durante las primeras semanas, hasta un máximo de 200 mg al día. (Sebasti & Estopi, 2012)

El tratamiento con Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina debe mantenerse, al menos, de 3 a 6 meses tras la remisión clínica, para evitar el riesgo de recaída tras la interrupción del mismo. (Sebasti & Estopi, 2012)

El bupropión puede considerarse una opción en los casos en los que la sintomatología depresiva aparece asociada a un trastorno por déficit de atención e hiperactividad, ya que también se ha propuesto como alternativa terapéutica en este

trastorno. También se han realizado algunos estudios, que disponían de muestras limitadas, para evaluar la eficacia de la mirtazapina (antidepresivo tetracíclico), habiéndose obtenido resultados prometedores para el tratamiento de la depresión en la adolescencia.(Sebasti & Estopi, 2012).

#### **4.9.2. TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO**

El modelo de psicoterapia más extensamente evaluado y utilizado es el cognitivo conductual, aunque la terapia interpersonal también ha demostrado una eficacia superior al placebo. La terapia cognitivo-conductual se fundamenta en la modificación, mediante la combinación sistemática de técnicas cognitivas y conductuales, de ciertas conductas disfuncionales, pensamientos negativos distorsionados asociados a situaciones específicas y actitudes desadaptativas, que estarían relacionadas con la génesis de la sintomatología depresiva. En los casos más leves de depresión, la terapia cognitivo-conductual sería el tratamiento de primera elección. Cuando la sintomatología es más grave también debe asociarse al tratamiento farmacológico.

La terapia interpersonal se fundamenta en la teoría de que los conflictos relacionales pueden suponer, tanto una causa como una consecuencia de la clínica depresiva, centrándose en el desarrollo de estrategias para la resolución de los mismos.

Tanto la terapia familiar de corte tradicional, como aquella de orientación más psicodinámica, han presentado resultados controvertidos en los ensayos clínicos y, por lo tanto, su utilización está poco extendida, ya que no se dispone de datos suficientes que avalen su eficacia, aunque algunos resultados obtenidos son prometedores.(Sebasti & Estopi, 2012)

#### **4.9.3. PSICOANÁLISIS**



Así como se concibe el proceso de enfermar así se concibe el diagnóstico y así se realiza el tratamiento, por eso que diferenciar entre la enfermedad de fachada, la enfermedad de estructura y la normalidad, sabiendo que estas tres cuestiones están presentes en cada padecimiento de cada sujeto, es necesario y hace a la precisión del tratamiento, tanto al tratamiento médico como al tratamiento psicoanalítico, puesto que en casi todas las enfermedades denominadas psicósomáticas se precisan ambos tratamientos.(Diaz Cuesta, 2012)

La importancia del psicoanálisis reside en marcar la diferencia entre la estructura y los efectos de estructura.

Si pensamos desde el psicoanálisis, transformarse es posible, y si algo se transforma es porque ha sido el sujeto el que se ha transformado, el que ha cambiado su posición en el lenguaje, es el sujeto el que está estructurado como lenguaje.(Diaz Cuesta, 2012)

En la depresión ha enfermado el superyó, la conciencia moral, el sentimiento de culpa, por lo tanto ha variado en el sujeto la relación que las demás instancias psíquicas mantienen con el superyó.(Diaz Cuesta, 2012)

En el duelo la libido del objeto perdido retorna al yo, mientras que en la melancolía el proceso no culmina, el objeto supera su dirección y es el objeto el que triunfa, por eso todo se edifica de otra manera que en el duelo. (Diaz Cuesta, 2012)

Si la salud se produce, y el psicoanálisis es un camino hacia la salud, podríamos decir que es necesario incluir el psicoanálisis tanto en la prevención de las enfermedades psicósomáticas como en el tratamiento de dichas enfermedades, porque el psicoanálisis nos enseña que los seres hablantes que somos estamos más preparados para vivir en la

enfermedad que para vivir en la salud, y hemos construido una sociedad donde se recibe más ayuda para permanecer enfermo que para el tratamiento.(Díaz Cuesta, 2012)

#### **4.9.4. TERAPIA DE LA CONDUCTA**

##### **4.9.4.1.LA ACTIVACIÓN CONDUCTUAL**

La idea de la depresión de la que parte la activación conductual es que la persona ha dejado de recibir refuerzos de su entorno y es esa falta de refuerzos lo que le produce la depresión. Por eso, la activación conductual consiste en un proceso terapéutico que propone al paciente realizar conductas observables que probablemente le llevarán a un entorno que le refuerce y, de esta forma, produzca las mejoras correspondientes en pensamientos, estado de ánimo y sobre todo en calidad de vida (Mazzucchelli, Kane y Rees, 2009).(J. García, 2013b)

Jacobson, en su propuesta inicial de la activación conductual, considera que uno de los elementos que llevan a las personas a dejar de recibir refuerzos en la vida cotidiana son los miedos, por ejemplo, miedo al rechazo, miedo al fracaso, etc. De esta forma se explica la frecuencia en la que aparecen la depresión y la ansiedad conjuntamente. La relación entre la depresión y el estrés ha sido ampliamente documentada (Liu y Alloy, 2010).(J. García, 2013b)

##### **4.9.4.2.LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO Y LA ACTIVACIÓN CONDUCTUAL**

La terapia de aceptación y compromiso ha aportado también nueva luz a la activación conductual. No se trata de que el paciente se active con cualquier acción que le pueda suponer un refuerzo, sino que han de activarse para perseguir sus valores, que son acciones que son reforzantes en sí mismas. (Bell y D’Zurilla, 2009).

#### **4.9.4.3.LA TERAPIA DE AUTOCONTROL DE RHEM PARA LA DEPRESIÓN**

La terapia de Rehm también tiene un componente fundamental en la activación conductual. Desde su perspectiva, las habilidades de autocontrol se consideran importantes para asegurar que un individuo consiga refuerzo externo. También lo son para reaccionar ante el fracaso, ya que permiten persistir o cambiar la conducta que va dirigida a al objetivo que se pretende.(J. García, 2013b)

#### **4.9.4.4.LA TERAPIA DE RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS PARA LA DEPRESIÓN**

La terapia de resolución de problemas, no solamente enseña a los pacientes a resolver problemas, sino que su eficacia reside en cambiar la forma en la que se enfrentan a los problemas, considerándolos como un reto y una posibilidad de mejorar, en lugar de hechos sobre los que no se tiene demasiado control y hay que soportarlos.(J. García, 2013b)

#### **4.9.4.5. ANÁLISIS FUNCIONAL**

En cualquier caso, el punto fundamental de todo tratamiento cognitivo conductual es el análisis funcional, que indica cuales son los procesos que mantienen la depresión. Así Rhem (2010) afirma que para personas que están inactivas la activación conductual será efectiva, para algunos que tengan problemas de asertividad y estén sufriendo y deprimidos por ello, el entrenamiento en asertividad será lo adecuado, para otros será la resolución de problemas, otros tendrán múltiples problemas que han de ser tratados de forma secuencial.(J. García, 2013b)

#### **4.9.5. TERAPIA COGNITIVO- CONDUCTUAL**

Los modelos cognitivos consideran al hombre un sistema que procesa información del medio antes de emitir una respuesta. El hombre clasifica, evalúa y asigna significado al estímulo en función de su conjunto de experiencias provenientes de la interacción con el medio y de sus creencias, suposiciones, actitudes, visiones del mundo y autovaloraciones.(J. García, 2013a)

Beck afirma que en los trastornos emocionales existe una distorsión sistemática en el procesamiento de la información, que produce unos pensamientos irracionales que son la causa de la depresión.(J. García, 2013a)

Los objetivos a conseguir durante la terapia cognitivo conductual son:

- a) Aprender a evaluar las situaciones relevantes de forma realista.
- b) Aprender a atender a todos los datos existentes en esas situaciones.
- c) Aprender a formular explicaciones racionales alternativas para el resultado de las interacciones.
- d) Añade una parte conductual importante con los experimentos conductuales. Consisten en poner a prueba los supuestos irracionales desadaptativos llevando a cabo comportamientos diferentes de acuerdo con las alternativas racionales que se han generado de manera que proporcionen oportunidades de éxito para un repertorio más amplio de cara a la interacción con otras personas y a la resolución de problemas.

En las primeras fases del tratamiento se suelen emplear técnicas conductuales a fin de acercarse al nivel de funcionamiento que tenía el paciente antes de la depresión. Conseguido esto se van utilizando un mayor número de técnicas cognitivas que requieren un razonamiento abstracto y que van a servir como acceso a la organización cognitiva del

paciente, para buscar distorsiones cognitivas base en los pensamientos negativos y automáticos.(J. García, 2013a)

Entre las técnicas conductuales podemos reseñar: la programación de actividades y asignación de tareas graduales, la práctica cognitiva y el entrenamiento asertivo. En las técnicas cognitivas destacamos en entrenamiento en observación y registro de cogniciones, demostrar al paciente la relación entre cognición, afecto y conducta, etc. (J. García, 2013a)

#### **4.9.6. TERAPIA FAMILIAR**

Los individuos que sufren depresión a menudo informan que tienen importantes problemas en múltiples áreas de su funcionamiento familiar, los que sugiere la necesidad de un enfoque más orientado a la familia, como la terapia familiar, o de combinaciones de terapia familiar con psicoterapia individual y farmacoterapia, para el tratamiento de la depresión (Keitner 2003)).(Henken, Huibers, Churchill, Restifo, & Roelofs, 2007)

La terapia familiar puede definirse como cualquier esfuerzo psicoterapéutico que explícitamente haga énfasis en la alteración de las interacciones entre los miembros de la familia y busque mejorar el funcionamiento familiar como una unidad, o sus subsistemas, o el funcionamiento de los miembros individuales de la familia (Cottrell 2002)). El objetivo de la terapia familiar para la depresión es trabajar con los participantes y su familia para desconectar las formas destructoras de comunicación, y mediante ese proceso, reducir los síntomas de depresión.(Henken et al., 2007)

#### **4.10. DEFINICIÓN DE ALCOHOLISMO**

El alcoholismo se caracteriza por la dificultad para controlar el consumo de bebidas alcohólicas. El deterioro en la capacidad de controlar el consumo de alcohol puede ser intermitente y muy ligero, en las fases iniciales de la enfermedad, pero puede llegar a ser

continuado e intenso, más adelante, y conducir a una “robotización” progresiva de la conducta de auto-administración de alcohol y a una pérdida de control tan grave como la de cualquier otra drogodependencia por vía intravenosa.(Serecigni, Jiménez-Arriero, & Pascual, 2007)

#### **4.10.1 ALCOHOL Y SALUD**

El consumo de alcohol incrementa el riesgo de provocar una amplia variedad de problemas sociales de una manera dosis dependiente, sin que existan evidencias de un efecto umbral. La probabilidad de ocasionar daño a terceros es una razón poderosa para intervenir en los casos en que se advierta consumo de alcohol tanto perjudicial como de riesgo.(Anderson, Gual, & Colon, 2008).

#### **4.10.2. IDENTIFICACIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL PERJUDICIAL Y DE RIESGO**

Un abordaje preventivo como tal sólo puede alcanzarse si se lleva a cabo una identificación de todos los pacientes adultos para determinar si se trata de personas con consumo de riesgo o perjudicial de alcohol, incluyendo patrones de consumo excesivo ocasional.(Anderson et al., 2008).

Para una mejor evaluación de los casos, aquellos pacientes varones que obtengan una puntuación de 5 o más en el cuestionario AUDIT-C, o cuyo consumo de alcohol sea igual o superior a 210g por semana y en pacientes mujeres, para la identificación, el manejo de riesgos y problemas cuyo puntaje sea de 4 o más en el AUDIT-C, o cuyo consumo de alcohol semanal sea igual o superior a 140g, deberán ser invitados/as a responder el cuestionario de 10 preguntas del AUDIT para una valoración más completa.(Anderson et al., 2008).

### **4.10.3. EFECTIVIDAD DE LAS INTERVENCIONES BREVES**

El marco en el que se desarrollan las intervenciones breves puede incluir: dar retroalimentación (feedback) o hacer una observación al paciente sobre el hecho de que su patrón de consumo se halla sólo en el marco de consumo de riesgo; proporcionarle información acerca de los daños que conlleva el consumo continuo de alcohol en niveles de riesgo; facilitar el establecimiento de metas para que el paciente cambie su hábito de consumo; brindar consejos sobre los límites para reducir el consumo semanal de alcohol a 280g o menos en varones y a 140g o menos en mujeres; y alentar la idea de que los consumidores de riesgo no son dependientes y que por ello pueden cambiar sus hábitos de consumo.(Anderson et al., 2008).

## **4.11. DEFINICIÓN DE TABAQUISMO**

La OMS define al tabaquismo como una enfermedad adictiva crónica que evoluciona con recaídas. La nicotina es la sustancia responsable de la adicción, actuando a nivel del sistema nervioso central. Por ello es importante saber que aunque el 70% de los fumadores desean dejar de fumar, de ellos sólo el 3% por año lo logran sin ayuda.(Ascanio, Barrenechea, García, Gómez, & González, 2010)

### **4.11.1. CAUSAS**

Los jóvenes empiezan a consumir tabaco por muchas razones. Algunas de las más importantes son:

La industria tabacalera.- Menos adultos fuman hoy en día, por lo tanto, las compañías tabacaleras buscan a los jóvenes para que reemplacen a esos fumadores. Para ello, usan una variedad de estrategias de mercadeo para impulsar a los nuevos

consumidores a que prueben sus productos y continúen consumiéndolos.(Regina & Benjamin, 2010)

## VULNERABILIDAD DE LOS JÓVENES Y ADULTOS JÓVENES

La adolescencia y el comienzo de la edad adulta son las épocas en que las personas son más susceptibles a empezar a consumir tabaco. Las personas jóvenes son más vulnerables y se dejan influenciar más por la publicidad que los adultos. También están más dispuestas a tomar riesgos, hasta con su salud. Cuando fumar se presenta como una norma social en personas que son percibidas como lo máximo, atractivas, sofisticadas, rebeldes o amantes de la diversión, los adolescentes con frecuencia responden copiando su comportamiento y empezando a fumar. (Regina & Benjamin, 2010).

### **4.11.2. EFECTOS SOBRE EL ORGANISMO**

El tabaquismo en los jóvenes puede causar tempranamente enfermedades del corazón, nuevos estudios indican que fumar durante la adolescencia y comienzos de la edad adulta causa tempranamente daños a la aorta abdominal.(Regina & Benjamin, 2010).

Fumar a temprana edad puede dañar los pulmones de inmediato, los jóvenes todavía está creciendo, sus pulmones no alcanzan el tamaño normal hasta finales de la adolescencia en las niñas y después de los 20 años en los niños. (Regina & Benjamin, 2010).

### **4.11.3. TRATAMIENTO ANTI TABÁQUICO**

#### **4.11.3.1. TRATAMIENTOS DE REEMPLAZO DE LA NICOTINA**

Las terapias de reemplazo de la nicotina, como la goma de mascar o chicle de nicotina y el parche transdérmico de nicotina, fueron los primeros tratamientos



farmacológicos aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos para usarse en los tratamientos para dejar de fumar. Estas terapias de reemplazo de la nicotina, se utilizan para aliviar los síntomas del síndrome de abstinencia, debido a que producen alteraciones fisiológicas menos severas que los sistemas basados en tabaco y en general proporcionan al usuario niveles de nicotina más bajos que los del tabaco.(Adams et al., 2010)

#### **4.11.3.2. MEDICAMENTOS ADICIONALES**

Aunque el enfoque principal de los tratamientos farmacológicos para la adicción al tabaco ha sido el reemplazo de la nicotina, también se están estudiando otros tratamientos. Por ejemplo, el bupropión, un antidepresivo. El tartrato de vareniclina es un nuevo medicamento recientemente aprobado por la FDA como tratamiento para dejar de fumar.(Adams et al., 2010)

#### **4.11.3.3. TRATAMIENTOS CONDUCTUALES**

Las intervenciones conductuales pueden desempeñar un papel integral en el tratamiento antitabáquico, ya sea conjuntamente con medicamentos o por sí solas. Emplean una variedad de métodos para ayudar a los fumadores a romper con el hábito, que van desde materiales de autoayuda hasta la terapia cognitiva-conductual individual. Estas intervenciones enseñan a las personas a reconocer situaciones de alto riesgo que incitan a fumar, a desarrollar estrategias alternativas para no volver a fumar, a manejar el estrés, a mejorar su habilidad para resolver problemas así como para incrementar el apoyo social. (Adams et al., 2010)

## **4.12. DEFINICIÓN DE DROGAS**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) droga es “toda sustancia que, introducida en un organismo vivo, pueda modificar una o varias de sus funciones”. Actualmente, desde la perspectiva médica y científica, se utiliza el vocablo droga para referirse a un gran número de sustancias que cumplen las siguientes condiciones: que, introducidas en un organismo vivo, son capaces de alterar una o varias de las funciones psíquicas de éste.(OMS, 2010)

### **4.12.1. SECUENCIAS EN EL CONSUMO DE DROGAS**

#### **4.12.1.1. ESTIMULANTES**

##### **4.12.1.1.1. COCAÍNA**

Efectos: Euforia, excitación, ansiedad, hablar con exageración, dilatación de pupilas, aumento de la presión sanguínea, alucinaciones y delirios de persecución.(OMS, 2010)

Repercusiones: Pérdida de peso, debilidad física, convulsiones, alucinaciones, excitabilidad, trastornos circulatorios, perforación de tabique nasal y muerte por insuficiencia cardíaca.(OMS, 2010)

##### **4.12.1.1.2. ANFETAMINAS Y METANFETAMINAS.**

Efectos: Excitación, hiperactividad, temblor de manos, sudoración abundante, insomnio, disminución del apetito, angustia, nerviosismo y depresión. (OMS, 2010)

Repercusiones: Irritabilidad, agresividad, fiebre, euforia, resequedad de boca y nariz, náuseas, vómito, temblor, convulsiones, trastornos del pensamiento, alucinaciones, delirios de persecución y alteraciones cardíacas.(OMS, 2010)

#### 4.12.1.1.3. **ÉXTASIS.**

Efectos: Se toma en forma de tabletas, cápsulas o polvo. Sensación de armonía y desinhibición, lo que favorece la empatía. En dosis pequeñas hace que el individuo se sienta alerta, sereno, amistoso y sociable, y disminuye la sensación de fatiga; a lo que se suma una intensa sed y mayor sensibilidad a las percepciones sensoriales. (OMS, 2010)

Repercusiones: Aceleración del ritmo cardiaco; puede provocar deshidratación y calambres musculares. Altera la percepción del tiempo y la capacidad de concentración y coordinación; induce crisis de ansiedad y ataques de pánico, insomnio, falta de apetito e irritabilidad o, por el contrario, sueño y depresión.(OMS, 2010)

#### 4.12.1.2. **DEPRESORES**

##### 4.12.1.2.1. **DERIVADOS DEL OPIO (MORFINA, HEROÍNA Y CODEÍNA).**

Efectos: Calman el dolor; motivo por el que, sobre todo la morfina, se utiliza en medicina como un potente analgésico. Provoca mirada extraviada, contracción pupilar, euforia y posteriormente una sensación de “desconexión” respecto del dolor y las preocupaciones sociales; relajación y bienestar, y un mayor grado de sociabilidad. Luego, el usuario se vuelve solitario y se desconecta del medio circundante. Paralelamente puede ocasionar náuseas y vómito, sensación de calor, pesadez de los miembros, inactividad similar al estupor y depresión.(OMS, 2010)

Repercusiones: Desnutrición, sudoración, temblores, infecciones por el uso de jeringas y agujas no esterilizadas, hepatitis, abscesos en hígado, cerebro y pulmones; deterioro personal y social.(OMS, 2010)

#### 4.12.1.3. **SUSTANCIAS PSICOACTIVAS**

##### 4.12.1.3.1. **TRANQUILIZANTES (PASTAS, ROCHE, PASTILLAS, RUFIS).**

Efectos: Se usan para calmar y reducir estados transitorios de ansiedad provocando sueño, como relajantes musculares y anticonvulsivos. Sus efectos son parecidos a los que producen los derivados del opio, aunque en la intoxicación aguda ocurre, además, visión borrosa, falta de coordinación y contracción pupilar, así como movimientos oculares descontrolados, confusión mental, alucinaciones, excitación, disminución de los reflejos, agresividad, coma y depresión respiratoria; lo que puede llevar a la muerte.(OMS, 2010)

Repercusiones: Provocan uso compulsivo o dependencia física y violencia, disminución de la motivación y apatía general. Pueden ocasionar convulsiones, nerviosismo, delirios, náuseas, vómitos y, si se combinan con alcohol, la muerte.(OMS, 2010)

#### 4.12.1.3.2. **INHALABLES**

Efectos: Sensación de hormigueo y mareo, visión borrosa, zumbido en los oídos, dificultad para articular palabras, inestabilidad en la marcha, sensación de flotar, pérdida de las inhibiciones, agresividad y alucinaciones.(OMS, 2010)

Repercusiones: Vómito, sueño, temblores, respiración rápida y superficial, irregularidad en el latido cardiaco, convulsiones y destrucción neuronal.(OMS, 2010)

#### 4.12.1.4. **ALUCINÓGENOS**

##### 4.12.1.4.1. **MARIHUANA**

Efectos: Enrojecimiento de ojos, incremento de la frecuencia cardiaca, risa incontrolable sin motivo aparente, habla exagerada, exaltación de la fantasía, sueño, sensación de que el tiempo transcurre lentamente y hambre.(OMS, 2010)

Repercusiones: Trastornos de la memoria, sudoración, sueño, apatía, desinterés, disminución de la motivación, deterioro de las relaciones interpersonales. Su abuso puede desencadenar “trastornos mentales” latentes.(OMS, 2010)

#### **4.12.1.4.2. PEYOTE (CACTUS, MEZCLA, BOTONES)**

Efectos: Dilatación de las pupilas, temblor de manos y ftofobia (sensibilidad a la luz); alucinaciones visuales, táctiles y auditivas; desorientación espacio-temporal y trastornos del pensamiento.(OMS, 2010)

Repercusiones: Angustia, depresión, delirios de persecución, cambios súbitos de estados de ánimo, confusión, agresividad, temblores, fiebre, alteraciones mentales con reacciones psicóticas.(OMS, 2010)

#### **4.12.1.4.3. HONGOS (PSILOCIBINA).**

Efectos: Alteraciones de la percepción, incapacidad para distinguir la realidad de la fantasía, alucinaciones, actos auto-destructivos y reacciones de pánico; temblor de manos, dilatación de las pupilas y gran sensibilidad de los ojos a la luz.(OMS, 2010)

Repercusiones: Pérdida de contacto con la realidad, angustia, delirios de persecución, trastornos de la motivación, dificultad para resolver problemas simples, alteraciones prolongadas de las funciones mentales y reacciones psicóticas.(OMS, 2010)

### **4.12.2. FACTORES RELACIONADOS CON EL INICIO DEL CONSUMO DE DROGAS**

#### **4.12.2.1. FACTORES DE RIESGO VINCULADOS A LAS CARACTERÍSTICAS DEL INDIVIDUO**

Se pone de manifiesto la importancia que las características individuales juegan en el inicio y el mantenimiento del consumo de drogas puesto que, en función de ellas, cada persona da diferente significado a los efectos de cada sustancia e interpreta de una manera u otra las influencias ambientales.(Moncada Bueno, 1997)

Son las siguientes:

- a) Edad.
- b) Baja autoestima
- c) Baja asertividad.
- d) Elevada búsqueda de sensaciones.
- e) Lugar de control externo.
- f) Falta de conformidad con las normas sociales.
- g) Escasa tolerancia a la frustración.
- h) Elevada necesidad de aprobación social.
- i) Dificultad para el manejo del estrés
- j) Insatisfacción con el empleo de tiempo libre.
- k) Bajo aprovechamiento escolar.
- l) Falta de habilidades sociales.
- m) Falta de conocimientos acerca de las drogas.
- n) Expectativas positivas respecto a las consecuencias del consumo de drogas.
- o) Falta de habilidades para tomar decisiones o resolver problemas.
- p) Actitudes favorables hacia las drogas.
- q) Confusión con el sistema de valores. Factores de riesgo vinculados al contexto social

## **5. METODOLOGÍA**

### **TIPO DE ESTUDIO:**

Se realizó un estudio descriptivo, transversal en el ámbito escolar en el periodo comprendido entre los meses de Septiembre 2014 a Junio 2015.

### **ÁMBITO DE INVESTIGACIÓN**

Ámbito de la salud enfermedad en diferentes ciclos de la vida, enfocándome en la caracterización epidemiológica de la depresión en el adolescente causada por distintas situaciones, en los estudiantes del Colegio José Antonio Eguiguren de la ciudad de Loja.

### **UNIVERSO**

Adolescentes del Colegio José Antonio Eguiguren “La Salle”

### **POBLACIÓN DE ESTUDIO**

Adolescentes entre los 13 a 18 años de edad inscritos en el Colegio José Antonio Eguiguren “La Salle” de la ciudad de Loja en el período comprendido entre Septiembre 2014 a Junio 2015.

### **POBLACIÓN TOTAL**

502 Alumnos inscritos en la institución en el presente año lectivo 2014- 2015.

### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- a) Adolescentes inscritos en el período Septiembre 2014 a Junio 2015, que se encontraron entre las edades de 13 a 18 años, que aceptaron participar en la presente investigación, y presentaron el consentimiento informado por parte del representante legal.

## CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- a) Adolescentes no inscritos en el período Septiembre 2014 a Junio 2015, que no aceptaron ser partícipe de la encuesta.

## MUESTRA

De un total de 502 estudiantes matriculados en el mencionado colegio. Luego de obtenida la muestra, se procedió a elegir a los estudiantes participantes en el estudio de forma no probabilística por conveniencia, ya que se tomó un número determinado de cada paralelo de acuerdo a lo requerido.

La muestra estuvo conformada por 217 estudiantes obtenidos a través de la siguiente formula:

- Para calcular el tamaño de la muestra se utilizó la siguiente fórmula:

### Fórmula para población finita

$$n = \frac{N\sigma^2Z^2}{(N-1)e^2 + \sigma^2Z^2}$$

### Dónde:

**n** = Tamaño de la muestra.

**N** = Tamaño de la población.

**$\sigma$**  = Desviación estándar de la población que, generalmente cuando no se tiene su valor, suele utilizarse un valor constante de 0,5.

**Z** = Valor obtenido mediante niveles de confianza. Es un valor constante que, si no se tiene su valor, se lo toma en relación al 95% de confianza equivale a 1,96 (como más



usual) o en relación al 99% de confianza equivale 2,58; valor que queda a criterio del investigador.

$e$  = Límite aceptable de error muestra que, generalmente cuando no se tiene su valor, suele utilizarse un valor que varía entre el 1% (0,01) y 9% (0,09), valor que queda a criterio del encuestador.

$$n = \frac{N\sigma^2 Z^2}{(N-1)e^2 + \sigma^2 Z^2}$$

$$n = \frac{502(0.5)^2 (1.96)^2}{(502-1) (0.05)^2 + [(0.5)^2 (1.96)^2]}$$

$$n = \frac{502(0.25)(3.8416)}{(501)(0.0025) + [(0.25)(3.8416)]}$$

$$n = \frac{125.5(3.8416)}{1.2525 + [0.9604]}$$

$$n = \frac{482.1208}{2.2129}$$

$$n=217$$

## **INSTRUMENTO A UTILIZAR**

- a) Escala de Depresión de Zung: Los índices de fiabilidad son buenos (índices de 0,70-0,80 en la fiabilidad dos mitades, índice  $\alpha$  de Cronbach entre 0,79 y 0,92), Los índices de correlación con otras escalas (escala de depresión de Hamilton, inventario de depresión de Beck) y con el juicio clínico global oscilan entre 0.50 y 0.80. Informa sobre la presencia y severidad de la sintomatología depresiva, y es sensible a los cambios en el estado clínico.

- b) La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST): La validez concurrente se determinó con pruebas de correlación entre el ASSIST, AUDIT, FTND y CAD-20; se realizaron análisis factoriales exploratorio y confirmatorio para evaluar la validez de constructo. Se obtuvieron coeficientes de fiabilidad aceptables para las subescalas de tabaco (alfa = 0,83), alcohol (alfa = 0,76) y marihuana (alfa = 0,73).

## PROCEDIMIENTO

- a) Para llevar a cabo la presente investigación se realizó la solicitud pertinente a la Institución Educativa José Antonio Eguiguren “La Salle”, solicitando el permiso requerido para el desarrollo de la investigación.(Anexo #4)
- b) **Consentimiento Informado:** Previo a la realización del presente estudio se procedió, hacer firmar a los padres o representantes de los adolescentes el consentimiento informado el mismo que autorizo la realización de la presente investigación. ( Anexo # 6)
- c) **Encuesta:** Se aplicó una encuesta en la cual consto la Escala de Depresión de Zung. La misma que permitirá determinar el grado de depresión que presente el adolescente, es un cuestionario auto aplicado formado por 20 frases relacionadas con la depresión, formuladas la mitad en términos positivos y la otra mitad en términos negativos. Tienen gran peso los síntomas somáticos y los cognitivos, con 8 ítems para cada grupo, completándose la escala con dos ítems referentes al estado de ánimo y otros dos a síntomas psicomotores. Cada ítem de la escala puede proporcionar una puntuación entre 1 a 4; el rango de valores es por tanto de 20–80 puntos. (Anexo # 7)

<b>&lt;= 28</b>	Ausencia de depresión
<b>entre 28 y 41</b>	Depresión leve
<b>entre 42 y 53</b>	Depresión moderada
<b>&gt;= 53</b>	Depresión grave

d) Una vez que se determinó la población que presentó problemas de depresión de acuerdo a la escala se aplicó otra encuesta la misma que estuvo orientada a determinar si existe el consumo de sustancias lícitas e ilícitas mediante la aplicación de La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST), la misma que consta de ocho preguntas, la puntuación obtenida permite clasificar a los individuos según el nivel de riesgo para cada sustancia en ‘bajo’, ‘moderado’ o ‘alto’, el resultado de las ocho preguntas indica el nivel de riesgo (y la dependencia) asociados con el consumo de sustancias, y si el consumo es peligroso y puede causar daño, ya sea en el presente o en el futuro, de continuar el consumo. Como se dispuso en el cuestionario ASSIST, cada usuario tendrá 10 puntos de riesgo, es decir: ( Anexo # 8)

Riesgo Bajo: Los usuarios que obtuvieron puntuaciones de ‘tres o menos’ (‘10 o menos’ para alcohol) tienen un riesgo bajo de presentar problemas relacionados con el consumo de sustancias.

Riesgo moderado: Los usuarios que obtuvieron una puntuación de ‘entre 4 y 26’ (‘11 y 26’ para alcohol), aunque quizás presenten algunos problemas, tienen un riesgo moderado

Riesgo alto: Una puntuación de ‘27 o más’ en cualquier sustancia sugiere que el usuario tiene un alto riesgo de dependencia de esa sustancia y probablemente esté teniendo problemas de salud, sociales, económicos, legales y en las relaciones personales

**Selección de la muestra:** Se seleccionó a todos los estudiantes que llevaron el consentimiento informado y decidieron formar parte del estudio.

**Plan de análisis:** Para demostrar si los adolescentes presentaron algún grado de depresión y si existe relación con el consumo de sustancias lícitas e ilícitas, se estableció la relación entre los valores estandarizados en la Escala de valoración de depresión de Zung y prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST)

**Presentación de Resultados:** Para dar a conocer los resultados obtenidos en la presente investigación, se lo realizó en base al cumplimiento de cada uno de los objetivos propuestos, mediante la utilización de tablas y gráficos estadísticos y mediante la utilización del programa Excel y Epi Info para establecer la relación estadística entre las variables propuestas.

La difusión de resultados se la realizó basada en tres puntos:

1. Exposición del proyecto en la Universidad Nacional de Loja.
2. Difusión en la institución participante y otras instituciones.
3. Publicación del proyecto en una revista científica.

# 6. RESULTADOS

**CUADRO N°1****DEPRESIÓN Y SU RELACIÓN CON EL CONSUMO DE SUSTANCIAS EN EL  
COLEGIO JOSÉ ANTONIO EGUIGUREN “LA SALLE”****RELACION DE LA DEPRESIÓN LEVE CON EL CONSUMO DE SUSTANCIAS**

	Consumo de sustancias	No Consumo de sustancias
Depresión leve	51	41
Otros	85	40

Fuente: Estudiantes del Colegio José Antonio Eguigure “La Salle”

Elaborado: Irina Lisbeth Ruilova Chamba.

La relación entre la depresión leve y el consumo de sustancias, indico que no existe relación estadística significativa.

**CUADRO N°2****DEPRESIÓN Y SU RELACIÓN CON EL CONSUMO DE SUSTANCIAS EN EL  
COLEGIO JOSÉ ANTONIO EGUIGUREN “LA SALLE”****RELACION DE LA DEPRESIÓN MODERADA CON EL CONSUMO DE SUSTANCIAS**

	Consumo de sustancias	No consumo de sustancias
Depresión moderada	80	34
Otros	56	47

Fuente: Estudiantes del Colegio José Antonio Eguigure “La Salle”

Elaborado: Irina Lisbeth Ruilova Chamba.

La relación entre la depresión moderada y el consumo de sustancias, indica una asociación estadística con 88 adolescentes.

### CUADRO N°3

#### DEPRESIÓN Y SU RELACIÓN CON EL CONSUMO DE SUSTANCIAS EN EL COLEGIO JOSÉ ANTONIO EGUIGUREN “LA SALLE”

#### RELACION DE LA DEPRESIÓN GRAVE CON EL CONSUMO DE SUSTANCIAS

	Consumo de sustancias	No consumo de sustancias
Depresión grave	5	3
Otros	131	78

Fuente: Estudiantes del Colegio José Antonio Eguigure “La Salle”  
Elaborado: Irina Lisbeth Ruilova Chamba.

La relación entre la depresión grave y el consumo de sustancias, indico que no existe relación estadística significativa.

#### CUADRO N°4

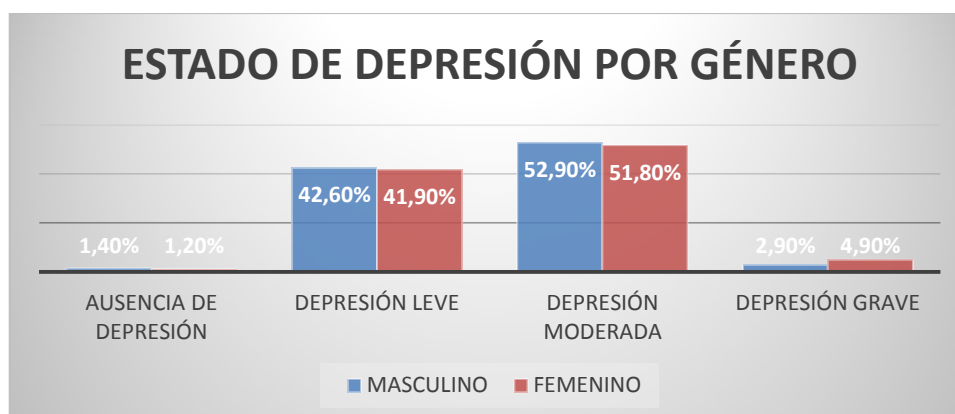
### DEPRESIÓN Y SU RELACIÓN CON EL CONSUMO DE SUSTANCIAS EN EL COLEGIO JOSÉ ANTONIO EGUIGUREN “LA SALLE”

#### DEPRESIÓN DE ACUERDO AL GÉNERO

	MASCULINO	PORCENTAJE	FEMENINO	PORCENTAJE
Ausencia de Depresión	2	1,4%	1	1,2%
Depresión Leve	58	42,6%	34	41,9%
Depresión Moderada	72	52,9%	42	51,8%
Depresión Grave	4	2,9%	4	4,9%
Total	136	100,0%	81	100,0%

Fuente: Estudiantes del Colegio José Antonio Eguigure “La Salle”  
Elaborado: Irina Lisbeth Ruilova Chamba.

#### GRAFICO N°4



Fuente: Estudiantes del Colegio José Antonio Eguigure “La Salle”  
Elaborado: Irina Lisbeth Ruilova Chamba.

De acuerdo al género el grado de depresión de mayor prevalencia es la Depresión Moderada con un 52,9% en el género masculino y en el femenino con un 51,8%. La Depresión Leve se encuentra con el 42,6% en el género masculino y en el femenino con un 41,9%, la Depresión Grave al igual que la Ausencia de Depresión se encuentran con un mínimo porcentaje.



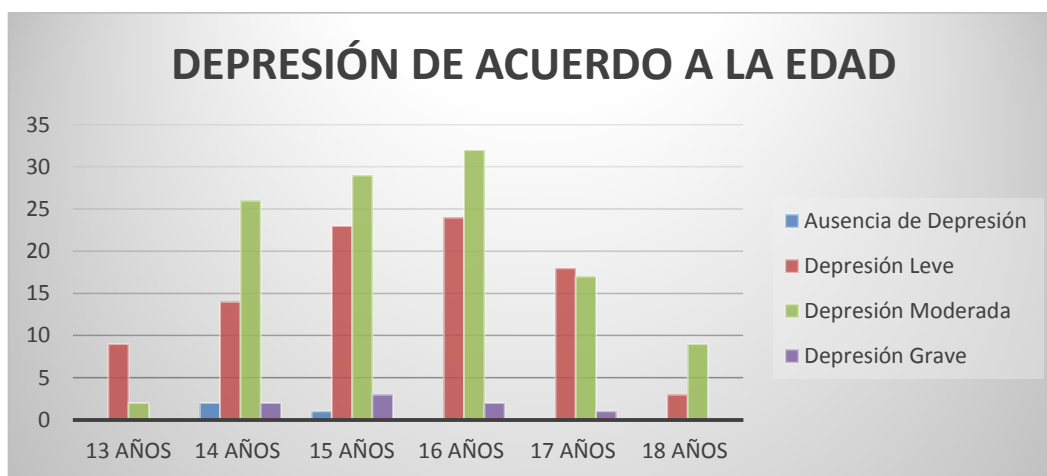
**CUADRO N° 5**  
**DEPRESIÓN Y SU RELACIÓN CON EL CONSUMO DE SUSTANCIAS EN EL**  
**COLEGIO JOSÉ ANTONIO EGUIGUREN “LA SALLE”**

**DEPRESIÓN DE ACUERDO A LA EDAD**

Edad	13 Años	14 Años	15 Años	16 Años	17 Años	18 Años
Ausencia de Depresión	0	2	1	0	0	0
Depresión Leve	9	14	23	24	18	3
Depresión Moderada	2	26	29	32	17	9
Depresión Grave	0	2	3	2	1	0
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>44</b>	<b>56</b>	<b>58</b>	<b>36</b>	<b>12</b>

Fuente: Estudiantes del Colegio José Antonio Eguigure “La Salle”  
 Elaborado: Irina Lisbeth Ruilova Chamba.

**GRAFICO N° 5**



Fuente: Estudiantes del Colegio José Antonio Eguigure “La Salle”  
 Elaborado: Irina Lisbeth Ruilova Chamba.

Se puede evidenciar que las edades más afectadas están comprendidas entre 14 y 17 años de edad de la cual se destacan los adolescentes que tienen 16 años con un 26,7%, seguida por los de 15 años de edad con un 25,8%, mientras que los de 14 años de edad se encuentran con un 20,2% y los de 17 años con un 16,6%.

## CUADRO N° 6

### DEPRESIÓN Y SU RELACIÓN CON EL CONSUMO DE SUSTANCIAS EN EL COLEGIO JOSÉ ANTONIO EGUIGUREN “LA SALLE”

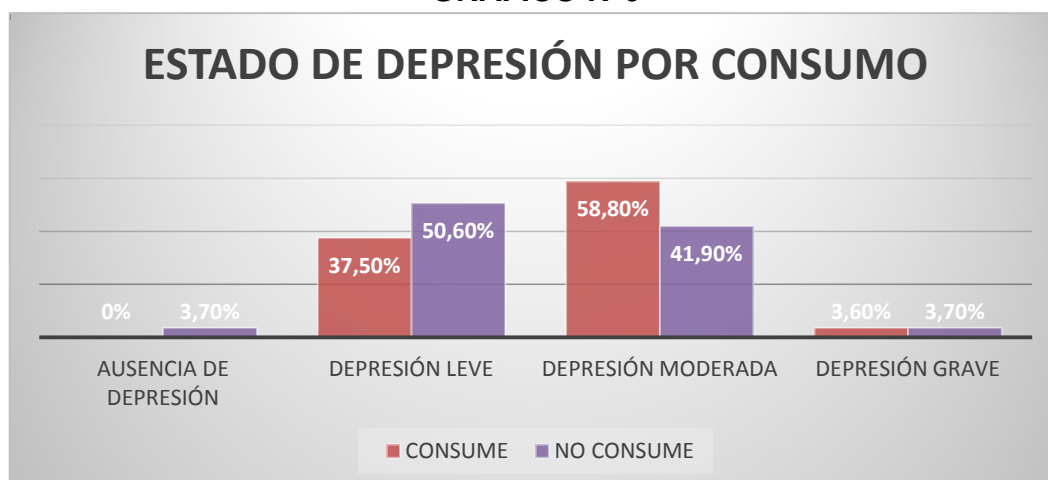
#### ESTADO DE DEPRESIÓN POR CONSUMO DE SUSTANCIAS

	CONSUME	PORCENTAJE	NO CONSUME	PORCENTAJE
Ausencia de Depresión	0	0%	3	3,7%
Depresión Leve	51	37,5%	41	50,6%
Depresión Moderada	80	58,8%	34	41,9%
Depresión Grave	5	3,6%	3	3,7%
Total	136	100,0%	81	100,0%

Fuente: Estudiantes del Colegio José Antonio Eguigure “La Salle”

Elaborado: Irina Lisbeth Ruilova Chamba.

## GRAFICO N°6



Fuente: Estudiantes del Colegio José Antonio Eguigure “La Salle”

Elaborado: Irina Lisbeth Ruilova Chamba.

Se evidencia que la depresión relacionada con el consumo de sustancias el 62,6% de los adolescentes que padecen algún grado de depresión llega a consumir alguna sustancia, mientras que los adolescentes que padecen algún grado de depresión, el 37,3% no llega al consumo de alguna sustancia.

## 7. DISCUSIÓN

La contribución del presente trabajo de investigación radica en identificar el riesgo al que está expuesta la población adolescente a padecer algún grado de depresión y en consecuencia a este padecimiento llegar al consumo de sustancias psicoactivas.

El presente trabajo investigativo, se encuentra conformado por una muestra de 217 estudiantes en edades comprendidas entre los 13 y 18 años de edad, de los cuales 136 son masculinos y 81 femeninos, identificándose que la depresión moderada se encuentra con un 52,9% en el género masculino y un 51,8% en el género femenino, con respecto a la edad en la que se registra el consumo de alguna sustancia psicoactiva es a los 16 años con un 26,7%; además de acuerdo a la aplicación de una tabla de dos por dos se estableció una relación fuerte estadísticamente entre la depresión moderada y el consumo de sustancias

En América Latina se realizó un estudio en Bogotá, con una muestra compuesta por 88 estudiantes seleccionados intencionalmente, de los cuales 44 eran hombres y 44 mujeres. Con relación al inicio de consumo por tipo de sustancia, edad y sexo, el 37% ha consumido algún tipo de sustancia psicoactiva, de ellos 17 son mujeres y 16 son hombres. (Gómez Rodríguez, Gutiérrez Herrera, & Londoño, 2013)

La edad en que se registra mayor inicio de consumo es a los 14 años, tanto en hombres como en mujeres, para las mujeres el porcentaje es del 54.5% y para los hombres el 44.4%. (Gómez Rodríguez, Gutiérrez Herrera, & Londoño, 2013)

Otro estudio realizado en la Ciudad de Chiclayo, revelo que el 99,73% de su población presenta depresión. Manifestándose depresión leve en un 30,27 %, depresión modera 65,95 % y depresión grave 3,51%. Dentro del principal motivo para iniciar el consumo de drogas ilícitas es la curiosidad y del consumo de drogas lícitas es el placer. La principal droga consumida por adolescentes es el alcohol arrojando un porcentaje de 69,19%, el tabaco con un 33,24% y drogas ilícitas con un 8%.(Cardona, 2013)

Es así que varios estudios en Ecuador han investigado la prevalencia de este fenómeno. Para Cobos (2008) el 17,1% de los estudiantes presentan niveles graves de depresión en la ciudad de Cuenca; en Biblián el 11% de los adolescentes de noveno año de educación básica tienen depresión grave (Vijay, 2013). (Pineda & Cali, 2014).

Concomitantemente a ellos, Larriva (2009) identifico que el 24,8% de adolescentes de los colegios urbanos de Cuenca posee idea suicida. No obstante, aún persisten problemas en su diagnóstico.

Por lo anteriormente mencionado y comparándolo al presente estudio investigativo que se llevó a cabo en los adolescentes del Colegio José Antoni Eguiguen “La Salle”, con otros estudios se puede evidenciar que no hay similitud, con los estudios realizados tanto en la ciudad de Bogotá y en la ciudad de Chiclayo.

## **8. CONCLUSIONES**

1. Existe una relación entre la depresión moderada y el consumo de sustancias estableciéndose una fuerte asociación estadística.
2. La depresión moderada se presenta con mayor frecuencia, y de acuerdo al género el 52,9% pertenece al género masculino y siendo un 51,8% en género femenino.
3. En relación a la edad los adolescentes que mayormente se ven afectados por esta problemática de salud son los de 16 años de edad con un 26,7%.
4. De acuerdo al consumo de sustancias con algún grado de depresión se determinó que el 62,6 % de los adolescentes consumen sustancias psicoactivas y un 37,3% padecen algún grado de depresión pero no consumen sustancias psicoactivas.

## **9. RECOMENDACIONES.**

1. Al Colegio José Antonio Eguiguren “La Salle”, se recomienda la ejecución de un proyecto en el cual intervengan tanto los adolescentes al igual que su entorno familiar para promover la comunicación, de esta manera fortalecer y erradicar uno de los factores de riesgo que provocan que los adolescentes lleguen a presentar algún grado de depresión y a consecuencia de esto llegar al consumo de sustancias psicoactivas.
2. Se debe notificar al departamento de psicología del colegio para que presenten la respectiva atención y emplee programas preventivos dirigidos específicamente a los adolescentes comprendidos entre las edades de 14 y 17 años en donde se identificó la presencia de esta problemática de salud, con mayor frecuencia.
3. A los docentes que forman parte de la institución se recomienda que los programas de prevención, se deben llevar a cabo en ambos géneros, ya que de acuerdo a los resultados obtenidos del trabajo investigativo esta problemática afecta de igual manera tanto al género masculino como al femenino.
4. A los padres de familia se recomienda crear un ambiente de confianza donde sus hijos puedan desarrollar confianza y autoestima, evitando que los adolescentes lleguen a tener pensamientos negativos y desalentadores que son unos de los factores de riesgo identificados para el desarrollo de la depresión.

## 10. BIBLIOGRAFIA

1. Nixida Liliber Díaz Ramírez, “**Depresión y factores asociados en universitarios**”, publicado en enero del 2014, disponible en: [www.bdigital.unal.edu.co/6947/1/458553.2012.pdf](http://www.bdigital.unal.edu.co/6947/1/458553.2012.pdf). (Consulta: 2015, Enero, 03).
2. Graciela Pardo A., Adriana Sandoval D., Diana Umbarila Z, “**Adolescencia y depresión**” Revista Colombiana de Psicología, núm. 13, 2004, pp. 17-32, disponible en: [www.redalyc.org/pdf/804/80401303.pdf](http://www.redalyc.org/pdf/804/80401303.pdf) (Consulta: 2015, Enero, 03).
3. Almudena García Alonso, “**La depresión en adolescentes**”, publicado en REVISTA DE ESTUDIOS DE JUVENTUD en marzo 09 | nº 84, disponible en: [www.injuve.es/sites/default/files/RJ84-07.pdf](http://www.injuve.es/sites/default/files/RJ84-07.pdf). (Consulta: 2015, Enero, 03).
4. Ralph E. Cash, “**Depresión en niños y adolescentes**”, disponible en: [www.nasponline.org/resources/principals/nasp\\_deprsp.pdf](http://www.nasponline.org/resources/principals/nasp_deprsp.pdf). (Consulta: 2015, Enero, 03).
5. Maribel Avila Mena, “**Factores de riesgo y consumo de drogas lícitas e ilícitas en estudiantes de bachillerato**”, publicado en enero del 2004, disponible en: [cdigital.dgb.uanl.mx/te/1020149403.PDF](http://cdigital.dgb.uanl.mx/te/1020149403.PDF). (Consulta: 2015, Enero, 03).
6. Germán Eduardo Rueda-Jaimes, Andrés Mauricio Rangel-Martínez-Villalba, Paul Anthony Camacho López, Eliana Duarte-Pineda, “**Factores asociados al uso de sustancias ilícitas en adolescentes escolarizados**”, Rev. Colomb. Psiquiat., vol. 40 / No. 1 / 2011, disponible en: [www.scielo.org.co/pdf/rcp/v40n1/v40n1a05](http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v40n1/v40n1a05). (Consulta: 2015, Enero, 03).

7. Ma. del Refugio Martínez Rodríguez, Ma. de Jesús Coronado Hernández, María Candelaria Betancourt Esparza, Aracely Díaz Oviedo, Josefina Gallegos Martínez, **“Drogas lícitas e ilícitas”**, artículo publicado Vol. 10, No. 3: pago 130-134, 2011, disponible en: [www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2011/ene113d.pdf](http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2011/ene113d.pdf). (Consulta: 2015, Enero, 03).
8. Luis Alfonzo, **“Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST)”**, publicado en el 2011, disponible en: [http://www.paho.org/per/images/stories/FtPage/2013/Prueba\\_ASSIST\\_Alfonzo OPS.pdf?ua=1](http://www.paho.org/per/images/stories/FtPage/2013/Prueba_ASSIST_Alfonzo OPS.pdf?ua=1). (Consulta: 2015, Enero, 03).
9. Rubén Alvarado, Marianela Castillo, Ingrid Castillo, Graciela Rojas, etc, **“Guía Clínica Depresión en personas de 15 años y más”**, publicado en Santiago, MINSAL, 2013, disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/7222754637c08646e04001011f014e64.pdf>. (Consulta: 2015, Enero, 03).
10. Murillo Castro, Ligia, **“El poli consumió de las drogas ilícitas en los adolescentes de Hogares Crea de Barba de Heredia y Cartago”**, publicado en Costa Rica, núm. 24, abril-septiembre, 2013, disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/448/44826081006.pdf>. (Consulta: 2015, Enero, 03).
11. Gabriela E. Czernik, Dra. Mirian F. Dabski, Dr. Javier D. Canteros, Dra. Lila M. Almirón, **“ANSIEDAD, DEPRESION Y COMORBILIDAD EN ADOLESCENTES DE LA CIUDAD DE CORRIENTES”**, publicado en Revista de Posgrado de la VI Cátedra de Medicina - N° 162 – Octubre 2006 Pág. 1-4, disponible en: [www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CCQQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.researchgate.net%2Fpr](http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CCQQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.researchgate.net%2Fpr)



[ofile%2FLila\\_Amiron%2Fpublication%2F242190505\\_ANSIEDAD\\_DEPRESION\\_Y\\_COMORBILIDAD\\_EN\\_ADOLESCENTES\\_DE\\_LA\\_CIUADAD\\_DE\\_CORRIENTES%2Flinks%2F0deec528a799507727000000.pdf&ei=ru7cVPfCBKa1sAT224CIBg&usg=AFQjCNFA4Ndl8SYR2oEEIH0PSbTL0CRnnw&bvm=bv.85761416,d.cWc](#). (Consulta: 2015, Enero, 03).

12. Francisco Baptista, Javier Cabrera, María Montilla, Reinaldo Ortiz, Alimar Salomón, Mariner Testa, Odhra Torres, Ana Jara, Aduccio Morales, **“Prevalencia del consumo de alcohol, patrón de consumo y factores de riesgo asociados en adolescentes del sector las delicias de la comunidad de tamaca”**, publicado en Boletín Médico de Postgrado. Vol. XXII N° 3 – 4 Julio – Diciembre 2006, disponible en: [bibvirtual.ucla.edu.ve/db/psm\\_ucla/edocs/bm/BM2203-04/BM220306.pdf](http://bibvirtual.ucla.edu.ve/db/psm_ucla/edocs/bm/BM2203-04/BM220306.pdf). (Consulta: 2015, Enero, 03).
13. Warren CW et, **“Tabaco: mortífero en todas sus formas”** disponible en: [www.who.int/tobacco/resources/publications/wntd/2006/translations/Brochure\\_Spanish.pdf](http://www.who.int/tobacco/resources/publications/wntd/2006/translations/Brochure_Spanish.pdf). (Consulta: 2015, Enero, 03).
14. Elba Vázquez, Ignacio Fonseca, Juan Ramón Padilla, María Luis Pérez, Norberto Gómez, **“Diagnóstico de depresión con la escala de birleson en adolescentes con intento de suicidios y sanos”** publicado en el 2005, disponible en: [www.amsa.org.mx/Bs052-09.pdf](http://www.amsa.org.mx/Bs052-09.pdf) (Consulta: 2015, Enero, 03).
15. Morales Gómez, Nadal Natalia, Pacheco García Rodrigo, Páez estrada j, Rivas cuevas c, rosas García s, **“Influencia de las relaciones estables de adolescente es en la incidencia de la depresión”** disponible en: [www.tlalpan.uvmnet.edu/ooid/download/Depresión%20Adolescentes%20UVM\\_04\\_CS0\\_PSIC\\_PICSJ\\_E.pdf](http://www.tlalpan.uvmnet.edu/ooid/download/Depresión%20Adolescentes%20UVM_04_CS0_PSIC_PICSJ_E.pdf). (Consulta: 2015, Enero, 03).

16. Clara Elena Rivera Aybar, **“Presencia de depresión en adolescentes del octavo grado del segundo ciclo a nivel básico de la escuela “Gral. Antonio Duvergé durante el periodo 2012-2013”** publicado en Santo Domingo, D.N, febrero 2013, disponible en: [es.slideshare.net/cesarenidioortiz/depresion-en-adolescentes-26361337](http://es.slideshare.net/cesarenidioortiz/depresion-en-adolescentes-26361337). (Consulta: 2015, Enero, 03).
17. M.J. Purriños, **“ESCALA DE HAMILTON - Hamilton Depresión Rating Scale (HDRS)”** disponible en: <http://www.meiga.info/escalas/depresion-escala-hamilton.pdf>. (Consulta: 2015, Enero, 03).
18. María Álvarez Ariza, Gerardo Atienza Merino, Elena de las Heras Liñero, Rafael Fernández Martínez, etc, **“Depresión en la infancia y adolescencia Información para el paciente, familiares y personas interesadas”** disponible en: [feafes.org/publicaciones/DepresionInfanciaadolescencia.pdf](http://feafes.org/publicaciones/DepresionInfanciaadolescencia.pdf). (Consulta: 2015, Enero, 03).
19. Milton J. Rojas Valero, Alejandra B. Rodríguez Chacón, Jimena Zereceda Gyax, Fiorella Otiniano Campos, **“Abuso de drogas en adolescentes y jóvenes y vulnerabilidad familiar”**, publicado en Diciembre del 2013 disponible en: [www.unodc.org/documents/peruandecuador/Publicaciones/Publicaciones2014/LIBRO\\_ADOLESCENTES\\_SPAs\\_UNODC-CEDRO.pdf](http://www.unodc.org/documents/peruandecuador/Publicaciones/Publicaciones2014/LIBRO_ADOLESCENTES_SPAs_UNODC-CEDRO.pdf). (Consulta: 2015, Enero, 03).
20. Dra. Rosa Maria Salom^ Martinez Yariez, **“Depresión en adolescentes y su asociación con adicciones”** publicado en el 2010, disponible en: [cdigital.uv.mx/bitstream/123456789/32318/1/martinez%20yañez.pdf](http://cdigital.uv.mx/bitstream/123456789/32318/1/martinez%20yañez.pdf). (Consulta: 2015, Enero, 03).

# **11. ANEXOS**

**ANEXO # 1**

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA  
 AREA DE LA SALUD HUMANA  
 CARRERA DE MEDICINA.



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**  
**AREA DE LA SALUD HUMANA**  
**COORDINACION CARRERA DE MEDICINA HUMANA**

**MEMORÁNDUM Nro. 0057- CCM-ASH-UNL**

PARA: Srta. Lizeth Rulova Chamba  
 ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA

DE: Dr. Patricio Aguirre Aguirre, Mg. Sc.  
 COORDINADOR DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 18 de febrero 2015

ASUNTO: Aprobar tema de tesis.

En atención a su comunicación presentada en esta Coordinación, me permito comunicarle que, luego del análisis respectivo se aprueba su tema de tesis **DEPRESION Y SU RELACION CON EL CONSUMO DE SUSTANCIAS EN EL COLEGIO JOSE ANTONIO EGUIGUREN "LA SALLE"**, por lo que puede realizar el Perfil del Proyecto.

Con mis sentimientos de consideración y estima.

Atentamente,  
**EN LOS TESOROS DE LA SABIDURÍA  
 ESTA LA GLORIFICACIÓN DE LA VIDA**



Dr. Patricio Aguirre Aguirre, Mg. Sc.  
**COORDINADOR DE LA CARRERA DE MEDICINA**

G Rey  
 C.E.- Archivo

**ANEXO # 2**

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA  
AREA DE LA SALUD HUMANA  
CARRERA DE MEDICINA.



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA  
ÁREA DE LA SALUD HUMANA  
COORDINACIÓN CARRERA DE MEDICINA**

**MEMORÁNDUM NRO. 0678 CCM-ASH-UNL**

**PARA:** Srta. Irina Lizbeth Ruilova Chamba  
**ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA**

**DE:** Dr. Patricio Aguirre Aguirre  
**COORDINADOR DE LA CARRERA DE MEDICINA**

**FECHA:** 22 de abril de 2014.

**ASUNTO:** Informe de pertinencia

Mediante el presente expreso un cordial saludo, a la vez que me permito informarle sobre el proyecto de investigación, "**DEPRESION Y SU RELACION CON EL CONSUMO DE SUSTANCIAS EN EL COLEGIO JOSÉ ANTONIO EGUIGUREN "LA SALLE"**", que su tema es pertinente según informe de la Dra. Verónica Vélez Mora, por lo que puede continuar con el trámite respectivo.

Con aprecio y consideración.

Atentamente,

**EN LOS TESOROS DE LA SABIDURÍA  
ESTA LA GLORIFICACIÓN DE LA VIDA**

**Dr. Patricio Aguirre Aguirre  
COORDINADOR DE LA CARRERA DE MEDICINA  
DEL ÁREA DE LA SALUD HUMANA - UNL**

C.c.- Archivo  
Sip

## ANEXO # 3

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA  
 AREA DE LA SALUD HUMANA  
 CARRERA DE MEDICINA.



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**  
**ÁREA DE LA SALUD HUMANA**  
**COORDINACIÓN CARRERA DE MEDICINA**

**MEMORÁNDUM Nro. 0811- CCM-ASH-UNL**

**PARA:** Dra. Verónica Véliz  
**DOCENTE DEL AREA DE LA SALUD HUMANA**  
 Srta. Irina Lisbeth Ruilova Chamba,  
**ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA**

**DE:** Dr. Patricio Aguirre Aguirre  
**COORDINADOR DE LA CARRERA DE MEDICINA**

**FECHA:** 30 de abril de 2015

**ASUNTO:** Designar Director de Tesis

Por el presente y dando cumplimiento a lo dispuesto en el "Capítulo II del Proyecto de Tesis, Artículos 133, y 134 del Reglamento de Régimen Académico de la Universidad Nacional de Loja, aprobado el 7 de julio de 2009" una vez que ha cumplido con todos los requisitos y considerando que el proyecto de tesis fue aprobado; en base a la sumilla de la Directora del Área de la Salud Humana, esta Coordinación le ha designado Director del trabajo de Investigación adjunto, cuyo tema titulado es: "**DEPRESIÓN Y SU RELACIÓN CON EL CONSUMO DE SUSTANCIAS EN EL COLEGIO JOSÉ ANTONIO EGUIGUREN "LA SALLE"**", de autoría de la Srta. Irina Lisbeth Ruilova Chamba, estudiante del X Módulo de la Carrera de Medicina.

Con los sentimientos de consideración y estima, quedo de usted agradecido.

Atentamente,

**EN LOS TESOROS DE LA SABIDURÍA  
 ESTÁ LA GLORIFICACIÓN DE LA VIDA**

Dr. Patricio Aguirre Aguirre  
**COORDINADOR DE LA CARRERA DE MEDICINA**  
**DEL ÁREA DE LA SALUD HUMANA - UNL**

C.c.- Secretario Abogado, Estudiante y Archivo  
 Sip.

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**  
**ÁREA DE LA SALUD HUMANA**

Recibido por: Adriana  
 Ley: 04-05-2015  
 Hora: 16:41

**CERTIFICADO - SECRETARIA**

**ANEXO # 4**  
**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**  
**AREA DE LA SALUD HUMANA**  
**CARRERA DE MEDICINA.**



Loja, 02 de Abril de 2015

Hno. Mgs. Alberto Cobos

**RECTOR DE LA UNIDAD EDUCATIVA PARTICULAR JOSE ANTONIO  
 EGUIGUREN LA SALLE**

Ciudad.-

De mi consideración:

Yo RUILOVA CHAMBA IRINA LISBETH, con cedula de identidad N° 1105659609 estudiante del X Modulo de la Carrera de Medicina Humana, me dirijo a usted muy cordialmente, para que se me permita realizar en su centro educativo el siguiente tema de tesis **"DEPRESION Y SU RELACION CON EL CONSUMO DE SUSTANCIAS EN EL COLEGIO JOSE ANTONIO EGUIGUREN "LA SALLE"**, previo a la obtención del título.

Esperando una respuesta favorable le anticipo mis sinceros agradecimientos.

*Visto bueno,  
 Autorizado  
 2015-04-14*



*Irina Lisbeth*  
 IRINA LISBETH RUILOVA CHAMBA  
 CI: 1105659609

*Recibido, 02-04-2015*

*RECIBIDA*  
*Elvira A.*

**ANEXO # 5**  
**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**  
**AREA DE LA SALUD HUMANA**  
**CARRERA DE MEDICINA.**



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**  
**AREA DE LA SALUD HUMANA**  
**SECRETARIA GENERAL**

Trámite N°. 008109

Of. N°. 01911 SG – ASH – UNL  
 Loja, 07 de septiembre de 2016

Doctor  
 Germán Vélez Reyes  
**DOCENTE DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA – UNL**  
 Presente.-

De mi especial consideración:

Con la finalidad de atender el pedido presentado por la **Dra. Elvia Ruíz Bustán**, Coordinadora de la Carrera de **Medicina Humana**, constante en el Memorando N°. **01533-CCM-ASH UNL**, de 16 de agosto de 2016; de conformidad a lo establecido en el Art. 163 del Reglamento de Régimen Académico, en vista de que la **Dra. Verónica Vélez**, ha dejado de prestar sus servicios profesionales en esta institución; me permito designar a usted, como director de la tesis titulada **“DEPRESIÓN Y SU RELACIÓN CON EL CONSUMO DE SUSTANCIAS EN EL COLEGIO JOSÉ ANTONIO EGUIGUREN “LA SALLE”**”, de autoría de **Irina Lisbeth Rullova Chamba**, estudiante de la Carrera de **Medicina Humana**.

Particular que pongo a su conocimiento para los fines pertinentes.

Atentamente,  
**EN LOS TESOROS DE LA SABIDURIA**  
**ESTA LA GLORIFICACION DE LA VIDA**

Dr. Víctor H. Jiménez Maldonado  
**DIRECTOR**



Copia: Carrera de Medicina Humana, Sra. Irina Rullova Chamba, Expediente, Archivo, EPS/yadycordova





**ANEXO # 6**  
**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**  
**AREA DE LA SALUD HUMANA**  
**CARRERA DE MEDICINA**

**“Depresión y su relación con el consumo de sustancias en el colegio José Antonio Eguiguren “La Salle””.**

La depresión se considera como un trastorno psíquico, habitualmente recurrente, que causa una alteración del estado de ánimo de tipo depresivo ( tristeza ) a menudo acompañado de ansiedad, en el que pueden darse, otros síntomas psíquicos de inhibición, sensación de vacío, desinterés general, disminución de la comunicación y del contacto social, alteraciones del apetito y el sueño, agitación o enlentecimiento psicomotor, sentimientos de culpa, de incapacidad, ideas de muerte e incluso intento de suicidio. Con el presente trabajo de investigación se pretende determinar la relación entre la depresión y el consumo de sustancias en los estudiantes del colegio José Antonio Eguiguren “La Salle”. El tiempo estimado para realizar la encuesta será de 15 minutos. El estudio no conlleva ningún riesgo y no se pagará ni a la estudiante, ni al encuestador ninguna compensación económica por participar. El proceso será estrictamente confidencial. La encuesta será de forma anónima. La participación es estrictamente voluntaria. El participante tendrá el derecho de retirarse de la investigación en cualquier momento. No Habrá ningún tipo de sanción o represarías.

**A quién contactar en caso de preguntas:**

**Investigadores:** Ruilova Chamba Irina Lisbeth.

**Teléfonos:** 0990974921.

Yo,..... Con CI N°.....Representante legal de la estudiante..... Autorizo la participación de mi representada en el presente estudio de investigación.

---

**Firma del representante**

Los resultados serán utilizados con fines investigativos y serán entregados al departamento de la Universidad Nacional de Loja



## Anexo #7

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**  
**ÁREA DE LA SALUD HUMANA**  
**CARRERA DE MEDICINA**

Los estudiantes de la Universidad Nacional de Loja, Área de la Salud Humana, Carrera de Medicina, nos encontramos realizando el proyecto de investigación cuyo tema es Depresión y su relación con el consumo de sustancias en el Colegio José Antonio Eguigure “La Salle”, por lo que solicitamos de manera más comedida su colaboración para la elaboración de este estudio.

Género: Hombre  Mujer

Edad: \_\_\_\_\_

**Instrucciones:** Encontrarás una frase usada para decir algo de ti mismo. Lee cada frase y señala la respuesta que diga **CÓMO TE SIENTES AHORA MISMO**, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No te detengas demasiado en cada frase y contesta señalando la respuesta que diga mejor cómo te encuentras **AHORA**.

<b>QUE HAS EXPERIMENTADO, EN FORMA CASI DIARIA, DURANTEN EL ULTIMO MES</b>				
	Muy pocas veces 1	Algunas veces 2	Muchas veces 3	Casi siempre 4
1.-Me siento triste y deprimido.				
2.-Por las mañanas me siento mejor que por las tardes.				
3.-Frecuentemente tengo ganas de llorar y a veces lloro.				
4.-Me cuesta mucho dormir o duermo mal por las noches.				
5.-Ahora tengo tanto apetito como antes.				
6.-Todavía me siento atraído por el sexo opuesto.				
7.-Creo que estoy adelgazando.				
8.-Estoy estreñado.				
9.-Tengo palpitaciones.				

10.-Me canso por cualquier cosa.				
11.-Mi cabeza está tan despejada como antes.				
12.-Hago las cosas con la misma facilidad que antes.				
13.-Me siento agitado e intranquilo y no puedo estar quieto.				
14.-Tengo esperanza y confío en el futuro.				
15.-Me siento más irritable que habitualmente.				
16.-Encuentro fácil tomar decisiones.				
17.-Me creo útil y necesario para la gente.				
18.-Encuentro agradable vivir, mi vida es plena.				
19.-Creo que sería mejor para los demás si me muriera.				
20.-Me gustan las mismas cosas que solían agradarme.				
Total				



**Anexo # 8**  
**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**  
**ÁREA DE LA SALUD HUMANA**  
**CARRERA DE MEDICINA**

Los estudiantes de la Universidad Nacional de Loja, Área de la Salud Humana, Carrera de Medicina, nos encontramos realizando el proyecto de investigación cuyo tema es, “Depresión y su relación con el consumo de sustancias en el colegio José Antonio Eguiguren “La Salle””. Por lo que solicitamos de manera más comedida su colaboración para la elaboración de este estudio.

Género: Hombre       Mujer

Edad: \_\_\_\_\_

**Instrucciones:** Las siguientes preguntas se refieren a su experiencia sobre el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias a lo largo de la vida y en los últimos tres meses. Estas sustancias se pueden fumar, ingerir, inhalar o inyectar. No te detengas demasiado en cada frase y contesta señalando la respuesta que consideres adecuada.

<b>Pregunta 1.- A lo largo de la vida, ¿Cuál de las siguientes sustancias ha consumido alguna vez? Solo las que consumió sin receta médica</b>		
a) Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	No	Si
b) Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	No	Si
c) Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	No	Si
d) Cocaína (coca, crack, etc.)	No	Si
e) Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	No	Si
f) Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	No	Si
g) Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	No	Si
h) Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	No	Si
i) Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	No	Si
j) Otras, especifique:	No	Si
Total		

<b>PREGUNTA 2   En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha consumido las sustancias que mencionó (primera droga, segunda</b>	<b>Nunca</b>	<b>Una o dos veces</b>	<b>Mensualmente</b>	<b>Semanalmente</b>	<b>Diariamente o casi diariamente</b>

<b>droga, etc.)?</b>					
a) Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.					
b) Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.					
c) Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.					
d) Cocaína (coca, crack, etc.)					
e) Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)					
f) Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)					
g) Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)					
h) Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.					
i) Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.					
j) Otras, especifique:					
Total					

<b>PREGUNTA 3  En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha sentido un fuerte deseo o ansias de consumir (primera droga, segunda droga, etc.)?</b>	<b>Nunca</b>	<b>Una o dos veces</b>	<b>Mensualmente</b>	<b>Semanalmente</b>	<b>Diariamente o casi diariamente</b>
a) Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.					
b) Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores,					

etc.					
c) Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)					
d) Cocaína (coca, crack, etc.)					
e) Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)					
f) Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)					
g) Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)					
h) Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)					
i) Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)					
j) Otras, especifique:					
Total					

<b>PREGUNTA 4  En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia el consumo de (primera droga, segunda droga, etc.) le ha causado problemas de salud, sociales, legales o económicos?</b>	<b>Nunca</b>	<b>Una o dos veces</b>	<b>Mensualmente</b>	<b>Semanalmente</b>	<b>Diariamente o casi diariamente</b>
a) Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)					
b) Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)					
c) Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)					
d) Cocaína (coca, crack, etc.)					

e) Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)					
f) Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)					
g) Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)					
h) Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)					
i) Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)					
j) Otras, especifique:					
Total					

<b>PREGUNTA 5  En los últimos tres meses, ¿Con qué frecuencia dejó de hacer lo que habitualmente se esperaba de usted por el consumo de (primera droga, segunda droga, etc.)</b>	<b>Nunca</b>	<b>Una o dos veces</b>	<b>Mensualmente</b>	<b>Semanalmente</b>	<b>Diariamente o casi diariamente</b>
a) Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)					
b) Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)					
c) Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)					
d) Cocaína (coca, crack, etc.)					
e) Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)					
f) Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)					

g) Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)					
h) Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)					
i) Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)					
j) Otras, especifique:					
Total					

<b>PREGUNTA 6  ¿Un amigo, un familiar o alguien más alguna vez ha mostrado preocupación por sus hábitos de consumo de (primera droga, segunda droga, etc.)?</b>	<b>No nunca</b>	<b>Si en los últimos 3 meses</b>	<b>Si pero no en los tres últimos meses</b>
a) Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)			
b) Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)			
c) Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)			
d) Cocaína (coca, crack, etc.)			
e) Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)			
f) Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)			
g) Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)			
h) Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)			
i) Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)			



j) Otras, especifique:			
Total			

<b>PREGUNTA 7  ¿Ha intentado alguna vez reducir o eliminar el consumo de (primera droga, segunda droga) y no lo ha logrado?</b>	<b>No nunca</b>	<b>Si en los últimos 3 meses</b>	<b>Si pero no en los tres últimos meses</b>
a) Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.			
b) Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.			
c) Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.			
d) Cocaína (coca, crack, etc.)			
e) Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)			
f) Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)			
g) Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)			
h) Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.			
i) Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.			
j) Otras, especifique:			
Total			

<b>PREGUNTA 8  ¿Alguna vez ha consumido alguna droga por vía inyectada? (solo las que consumió sin receta médica)</b>	<b>No nunca</b>	<b>Si en los últimos 3 meses</b>	<b>Si pero no en los tres últimos meses</b>
(Marque la casilla correspondiente)			

**Anexo # 9**  
**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**  
**ÁREA DE LA SALUD HUMANA**  
**CARRERA DE MEDICINA**



**Anexo # 10**  
**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**  
**ÁREA DE LA SALUD HUMANA**  
**CARRERA DE MEDICINA**  
**TABULACIÓN ADICIONAL**

**CUADRO N° 1**

**DEPRESIÓN Y SU RELACIÓN CON EL CONSUMO DE SUSTANCIAS EN EL  
 COLEGIO JOSÉ ANTONIO EGUIGURE “LA SALLE”**

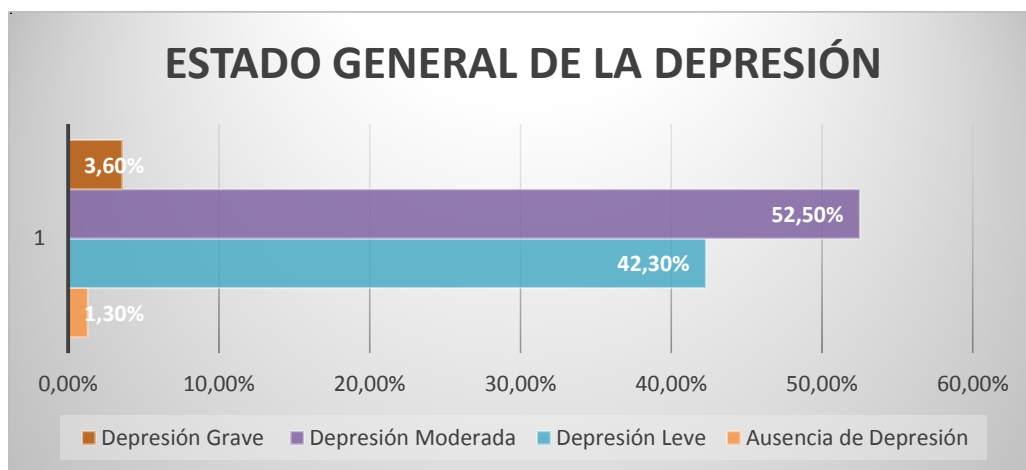
**ESTADO GENERAL DE LA DEPRESIÓN**

	Frecuencia	Porcentaje
Ausencia de Depresión	3	1,3%
Depresión Leve	92	42,3%
Depresión Moderada	114	52,5%
Depresión Grave	8	3,6%
Total	217	100,0%

Fuente: Estudiantes del Colegio José Antonio Eguigure “La Salle”  
 Elaborado: Irina Lisbeth Ruilova Chamba.

**GRAFICO N°1**

**ESTADO GENERAL DE LA DEPRESIÓN**



Fuente: Estudiantes del Colegio José Antonio Eguigure “La Salle”  
 Elaborado: Irina Lisbeth Ruilova Chamba.

En los adolescentes del Colegio José Antonio Eguiguren “La Salle” es la depresión moderada con un 52,5%, la depresión Leve se encuentra con el 42,3%, la depresión grave con un 3,6% y la ausencia de depresión con un 1,3%.

## CUADRO N° 2

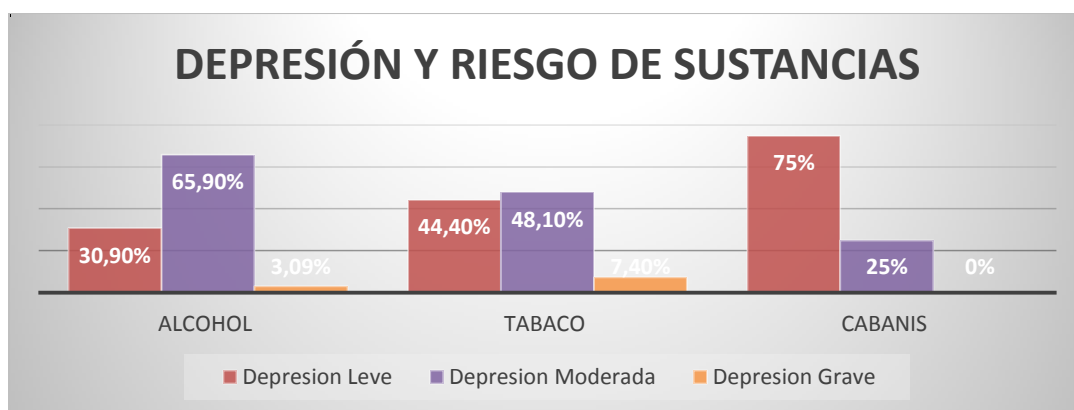
### DEPRESIÓN Y SU RELACIÓN CON EL CONSUMO DE SUSTANCIAS EN EL COLEGIO JOSÉ ANTONIO EGUIGURE “LA SALLE”

#### DEPRESIÓN Y RIESGO DE SUSTANCIAS

	ALCOHOL	PORCENTAJE	TABACO	PORCENTAJE	CABANIS	PORCENTAJE
Depresión Leve	30	30,9%	12	44,4%	9	75%
Depresión Moderada	64	65,9%	13	48,1%	3	25%
Depresión Grave	3	3,09%	2	7,4%	0	0%
Total	97	100,0%	27	100,0%	12	100,0%

Fuente: Estudiantes del Colegio José Antonio Eguigure “La Salle”  
Elaborado: Irina Lisbeth Ruilova Chamba.

## GRAFICO N° 2



Fuente: Estudiantes del Colegio José Antonio Eguigure “La Salle”  
Elaborado: Irina Lisbeth Ruilova Chamba.

De acuerdo a los diferentes grados de depresión, la sustancia que llegan a consumir los adolescentes es el alcohol con un 71,3%, seguida por el tabaco con un 19,8% y en tercer lugar se encuentra el cabanis con un 8,8%.