



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

FACULTAD DE SALUD HUMANA

CARRERA DE MEDICINA

**Depresión en adolescentes de 14 a 16 años del
Colegio 27 de febrero de la ciudad de Loja**

*Tesis previa a la obtención del título de
Médico General*

Autora:

Cristina Yasmín Jadán López

Director:

Dr. German Alejandro Vélez Reyes, Mg. Sc.

Loja- Ecuador

2017

CERTIFICACIÓN

Loja, 07 de noviembre de 2017

Dr. German Alejandro Vélez Reyes, Mg. Sc.

DIRECTOR DE TESIS

CERTIFICO

Que he revisado y orientado el proceso de elaboración de la tesis de grado titulada: **“DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES DE 14 A 16 AÑOS DEL COLEGIO 27 DE FEBRERO DE LA CIUDAD DE LOJA, PERIODO 2015-2016”**, de autoría de la estudiante Cristina Yasmin Jadán López, previa la obtención del título de Médico General, una vez que el trabajo cumple con todos los requisitos exigidos por la Universidad Nacional de Loja para el efecto, autorizo la presentación del mismo para la respectiva sustentación y defensa.

Atentamente,

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'German Alejandro Vélez Reyes', is written over a horizontal dotted line. The signature is enclosed within a light purple rectangular box.

Dr. German Alejandro Vélez Reyes, Mg. Sc.

DIRECTOR DE TESIS

AUTORÍA

YO, Cristina Yasmin Jadán López, 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 mi tesis en el Repositorio Institucional-Biblioteca Virtual.

Autora: Cristina Yasmin Jadán López.



Firma:

C.I. 1104972599

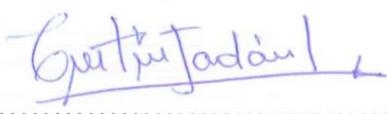
Fecha: 07 de noviembre del 2017

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, Cristina Yasmin Jadán López , autora de la tesis **“DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES DE 14 A 16 AÑOS DEL COLEGIO 27 DE FEBRERO DE LA CIUDAD DE LOJA, PERIODO 2015-2016”**, cumpliendo el requisito que permite obtener el 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 en su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional:

La Universidad Nacional de Loja, no se hace responsable por el plagio o copia injustificada de la presente tesis que sea realizada por un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja el día siete del mes de noviembre de dos mil diecisiete, firma su autora

Firma: 

Autora: Cristina Yasmin Jadán López.

Cédula: 1104972599

Dirección: Av. Cuxibamba y Hernán Gallardo

Correo electrónico: tity_by@hotmail.com

Teléfono: 0997659291

DATOS COMPLEMENTARIOS:

Director de Tesis: Dr. Mag. German Alejandro Vélez Reyes, Mg. Sc.

TRIBUNAL DE GRADO:

Presidente: Dr. Aguirre Aguirre Fernando Patricio, Mg. Sc

Vocal: Dra. Reyes Rodríguez María Esther, Mg. Sc

Vocal: Dr. Carrión Dávila Tito Goberth, Mg. Sc

DEDICATORIA

La presente tesis está dedicada primeramente a Dios por la vida, salud, ya que sin él no hubiera podido culminar mi carrera profesional.

A mi Esposo Byron Granda e hijos, Cristhell y Thiago, por ser fuente de motivación e inspiración para poder superarme cada día más y así poder luchar para que la vida nos depare un futuro mejor.

A mis padres porque con sus palabras de aliento no me dejaban decaer para que siguiera adelante y siempre sea perseverante y cumpla con mis ideales.

A mi hermana querida, Dhamaryz por siempre alentarme a seguir adelante a pesar de los tropiezos.

A mi familia, por todo su apoyo para que yo pueda concluir mi carrera.

A mis abuelitos Rosario, Fulton, Marina y Eduardo, que con su aliento de cariño me han apoyado siempre para culminar con esta carrera.

Cristina Yasmin Jadán López

AGRADECIMIENTO

La ejecución del presente trabajo de tesis de grado en MEDICINA HUMANA, lleva implícita una historicidad de vivencias que van dejando hermosos recuerdos a lo interno y externo del alma mater lojana así como del Hospital Regional Isidro Ayora, institución de la salud que me ha brindado conocimientos de suma importancia que sin duda marcan las bases del inicio de mi vida profesional y me permiten expresar como persona de bien mis modestos agradecimientos:

A todos los servidores del área de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja, en especial a sus docentes de quienes llevare en mi memoria sus valiosos conocimientos y experiencias que sin egoísmo y con gran nobleza supieron compartirme, en especial a mi Director de tesis Dr. German Alejandro Vélez Reyes quien supo guiarme en todo este tiempo para culminar con éxito esta nueva etapa de mi vida.

A las autoridades del Colegio 27 de Febrero por abrirme las puertas de la institución, y así poder ejecutar el presente trabajo, así mismo a los estudiantes ya que sin ellos no hubiera sido posible terminar con satisfacción este proyecto.

A mis queridos padres Rodrigo Jadán y Yasmin López, quienes han sido el pilar fundamental, el apoyo y la guía constante para llegar a culminar con éxito mis estudios superiores, el cariño y amor que me expresan han servido para poder seguir adelante.

A mi hermana Dhamaryz, compañera y amiga de juegos y diversiones, a quien espero que mi meta alcanzada sirva de motivación en su vida académica.

A mi amado esposo, que sin sus palabras de aliento, comprensión por largas jornadas de trabajo que tenía; siempre estabas ahí para brindarme cinco minutos de descanso, agradecerte por la paciencia y ayuda brindada en este tiempo de mi carrera profesional.

Cristina Yasmin Jadán López

1. Índice

Carátula.....	i
Certificación	ii
Autoría.....	iii
Carta de autorización	iv
Dedicatoria.....	v
Agradecimiento	vi
Índice	vii
Índice de tablas	viii
Índice de gráficos.....	ix
1. Título	1
2. Resumen	2
Summary.....	3
3. Introducción.....	4
4. Revisión de literatura.....	7
1. Adolescencia y Depresión	7
1.1 Adolescencia y Educación.....	8
2. Concepto de la Depresión.....	9
2.1 Factores de riesgo en depresión.....	10
2.1.1 Género	10
2.1.2 Edad	11
2.1.3 Nivel Socioeconómico.....	11
2.1.4 Acontecimientos traumáticos en la infancia /depresión infantil.....	11
2.1.5 Entorno social y familiar	11
2.1.6 Acontecimientos vitales.....	12
2.1.7 Personalidad	12
2.1.8 Sustancias Psicoactivas.....	13
2.2 Causas de la depresión	13
2.2.1 Depresión en la mujer	14
2.2.2 Depresión en el hombre	15
2.2.3 Depresión en la vejez	15
2.2.4 Depresión en la niñez y adolescencia	16

2.3 Clasificación de la Depresión	17
2.3.1 Clasificación Internacional de Enfermedades, décima edición (CIE-10), de los trastornos depresivos	17
2.3.2 Clasificación de los trastornos depresivos según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5)	18
2.3.3 Trastorno Depresivo	19
2.3.4 Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo	19
2.3.5 Trastorno disfórico premenstrual	20
2.3.6 La Depresión Severa	21
2.3.7 La Distimia	21
2.3.8 El Trastorno Bipolar	21
2.3.9 Otro trastorno depresivo no especificado	21
2.4 Síntomas de la depresión	22
2.5. Diagnostico	22
2.5.1 Criterios diagnósticos de un episodio depresivo según el CIE-10	23
2.5.2 Criterios de gravedad de un episodio depresivo según CIE-10	23
2.5.3 Criterios diagnósticos de trastorno depresivo mayor según DSM-V	25
2.5.4 Evaluación Diagnóstica	28
2.6. Diagnóstico diferencial de la depresión	29
2.6.1 Patologías médicas	29
2.6.2 Trastornos mentales	29
2.6.3 Fármacos	30
2.6.4 Consumo de drogas	30
2.7 Prevención de la depresión	30
2.7.1 Mejorar la inteligencia emocional (IE)	30
2.7.2 Practicar ejercicio	31
2.7.3 Comer sano y equilibrado	31
2.7.4 Tener una vida social activa y practica tus hobbies	32
2.7.5 Dejar de compararte con los demás y deja de pensar en lo que los demás piensan de ti	32
2.7.6 Vivir el presente	33
2.7.7 Ponerse metas realistas	33
2.7.8 Aceptarse y perdonarse	33

2.7.9. Evitar el alcohol y las drogas.....	34
2.7.10 Dormir lo necesario	34
2.8. Tratamiento de la depresión.....	34
2.8.1 Medicamentos	35
2.8.2 Psicoterapias	36
2.8.2.1 Tratamiento psicoterapéutico	36
2.8.2.2 Terapia cognitiva.....	37
2.8.2.3 Terapia conductual	37
2.8.2.4 Terapia interpersonal	38
2.8.2.5 Terapia introspectiva	38
2.8.2.6 Aplicación de principios psicoterapéuticos	38
2.8.2.7 El ejercicio y el deporte	39
2.8.2.7 El ejercicio, deporte y la depresión	39
2.9. Escala de Zung.....	40
5. Materiales y métodos.....	42
6. Resultados.....	45
6.1 Prevalencia de depresión en los estudiantes del colegio 27 de Febrero	45
6.2 Prevalencia de depresión de acuerdo al sexo y edad de los adolescentes 14 a 16 años del colegio 27 de febrero de la ciudad de Loja.....	46
6.3 Análisis inferencial del problema estudiado.....	47
6.4 Propuesta de prevención de la depresión en el Colegio 27 de Febrero de la ciudad de Loja	53
12. Discusión	54
13. Conclusiones.....	57
14. Recomendaciones	58
15. Bibliografía.....	59
16. Anexos.....	64

Índice de tablas

Tabla N° 1 <i>Relación entre el nivel de instrucción y la presencia de depresión en los adolescentes</i>	48
Tabla N° 2 <i>Relación entre la tipología familiar y la presencia de depresión en los adolescentes</i>	49
Tabla N° 3 <i>Relación entre el consumo de drogas y la presencia de depresión en los adolescentes, en cada grupo etario</i>	50
Tabla N° 4 <i>Relación entre el consumo de tabaco y la presencia de depresión en los adolescentes, en cada grupo etario</i>	51
Tabla N° 5 <i>Relación entre el consumo de alcohol y la presencia de depresión en los adolescentes, en cada grupo etario</i>	52

Índice de Gráficos

Gráfico N° 1 Prevalencia de depresión en el colegio 27 de febrero	45
Gráfico N° 2 <i>Prevalencia de género y depresión</i>	46
Gráfico N° 3 <i>Prevalencia de edad y depresión</i>	47

1. Título

Depresión en adolescentes de 14 a 16 años del colegio 27 de febrero de la ciudad de Loja, periodo 2014-2015.

2. Resumen

La depresión es un estado de abatimiento e infelicidad, que puede ser transitorio o permanente, en los adolescentes, una población que muestra conductas de riesgo, de alta vulnerabilidad, especialmente de aquellos que se ocultan en las multitudes con un estado emocional de tristeza o autoestima baja. La presente investigación dio a conocer los factores de riesgo más relevantes que conllevan a la Depresión en los adolescentes de 14 a 16 años de Colegio 27 de Febrero de la ciudad de Loja para así construir una propuesta de prevención; para lo cual se realizó un estudio descriptivo, transversal con enfoque cuantitativo, en donde fue necesario tener datos específicos de las condiciones sociodemográficas y familiares de los estudiantes sujetos de estudio, además se aplicó el test de Zung cuyos resultados obtenidos son: prevalencia de depresión 65.75%. En cuanto al género tenemos una relación de 1.5 más en las mujeres que en los hombres, tomando en cuenta que en el estudio predominó el género masculino. Además con lo referente a la relación y/o asociación estadística entre las variables en estudio, se tiene relación o significancia estadística encontrándose un valor de $p < 0,05$ (0,047) en el consumo de drogas en la edad de 16 años y consumo de tabaco $p < 0,05$ (0,031) en la edad de 14 años. La propuesta de prevención para los adolescentes tiene que ver con temas como actividad física, recreacional, porque la comunidad educativa tiene el gran reto de evitarles a los jóvenes caer en estados emocionales de tristeza, desesperación, autoestima baja, por el contrario la formación de los jóvenes es integral. Los resultados que se obtuvieron en el presente estudio se analizaron, concluyendo así con la realización de la entrega de un tríptico con aspectos frecuentes y recomendaciones, al personal involucrado en la comunidad educativa.

Palabras claves: Depresión, adolescentes, sociodemográficos, género.

Summary

Depression is a common and serious medical illness; it may be temporary or permanent. Teenagers shows risky behavior, high vulnerability, especially those who hide in crowds with feelings of sadness or self-esteem low.

This research was realized in the 27 de Febrero High school which shows us many factors may contribute to the onset of depression in teenagers between 14 and 16 years old. They were applied descriptive cross and qualitative cross-sectional studies as well as the zung test. It was considered the sociodemographic and family conditions of the studied students too; in such a way that it was possible to establish: presence of depression 65.75%. Information that help us to build a depression prevention proposal.

Regard to gender, there was a ratio of 1,5 in women, although the sample of men was higher than women. Furthermore, in regards to relationship and/or statistical association between variables of studio a value of $p < 0.05$ (0.047) was found in drug use at the age of 16 years and tobacco consumption $p < 0.05$ (0.031) at the age of 14 years. Teenagers prevention of depression proposal are focused on physical and recreational activities, where the educational community has the biggest challenge of preventing young people from falling into emotional states of sadness, despair, low self-esteem, if the teenagers do not have an special attention , they will not have integral formation. Finally, after have been analyzed the results it was accomplished a brochure where there are some advises for the educational community.

Key words: depression, sociodemographic, teenagers, gender.

3. Introducción

El estudio de la Depresión en los estudiantes de catorce a dieciséis años en el Colegio 27 de Febrero de la ciudad de Loja es una respuesta al clamor social visualizado desde el diario convivir en la ciudad de Loja, donde una población bastante joven aún empieza a tener percepción de sí mismo e ignora que la Depresión es una enfermedad o un trastorno biológico, psicológico, social o cultural. En este contexto, la presente investigación precisa del planteamiento de una problemática estudiada por varios profesionales psico-investigadores quienes con datos estadísticos demuestran la incidencia de los estados depresivos en el desarrollo humano, sus orígenes, consecuencias e implicaciones en una etapa que cronológicamente se inicia con los cambios puberales, de profunda transformación psicológica y social, muchos de ellos generados de crisis, conflictos y contradicciones en la comunidad familiar y escolar en la que se desenvuelve.

La definición de salud emitida por la OMS que dice: “salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente de afecciones o enfermedades”. Más de 350 millones de personas la padecen depresión en el mundo. Puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, y puede causar gran sufrimiento y alterar las actividades laborales, escolares y familiares. En el peor de los casos puede llevar al suicidio, que es la causa de aproximadamente 1 millón de muertes anuales. (OMS, 2012)

En América Latina existe un altísimo índice de problemas de salud mental en la población infanto-juvenil, cerca del 20% de esta población presenta trastornos que demandan intervenciones de los servicios de salud, pero seguramente esta cifra este subestimada por la tendencia de los adolescentes a esconder y disimular los problemas propios a los adultos y por su falta de confianza para acceder a estructuras terapéuticas (Leyva, Hernández, Nava & López, 2007).

La depresión se puede manifestar sin tener en cuenta la edad, el sexo, el estado socio económico y el programa académico cursado, y puede presentarse con síntomas primarios que no abarcan cambios en el estado de ánimo e inclusive no cambian la función cognitiva, por lo que no resulta difícil que cualquier individuo caiga en un estado depresivo (Goldman,

2011). No cabe duda que estudiar los factores sociodemográficos de edad, género, estrato socioeconómico y familia en estudiantes adolescentes resulta relevante, debido a la relación que puede existir entre estos y la manifestación de la depresión. Es por esto que, en el contexto mundial, encontramos una serie de estudios que reportan altos índices de presencia de la depresión en esta población. (Mantilla, Sabala, Diaz & Campo, 2004).

Una serie de investigaciones indican que, en el transcurso de la vida, la depresión comienza en la actualidad más temprano que en décadas pasadas, y frecuentemente coexiste con otros problemas de salud mental como ansiedad crónica y trastornos de comportamiento destructivo. Igualmente es importante mencionar que durante la adolescencia los jóvenes son más propensos a adquirir con frecuencia problemas psicológicos y psiquiátricos. Es por este motivo que se consideró de importancia dar respuesta a la siguiente pregunta de investigación ¿Cuáles son los factores de riesgo más relevantes que conlleva la depresión en los adolescentes de 14 a 16 años del colegio 27 de febrero de la Ciudad de Loja? con el fin de dar cumplimiento al objetivo general: conocer los factores de riesgo más relevantes que conlleva la depresión en los adolescentes de 14 a 16 años del colegio 27 de febrero de la Ciudad de Loja, y los objetivos específicos: determinar la prevalencia de depresión de acuerdo al sexo, edad, en adolescentes; identificar la asociación de depresión con factores de riesgo, en cuanto a la funcionalidad familiar, sociodemográficos, hábitos (Alcohol, Tabaco, Drogas); construir una propuesta de prevención contra la Depresión en estos adolescentes.

Para este estudio participaron 266 adolescentes de 14 a 16 años del Colegio 27 de Febrero, para el efecto se hace uso de una encuesta para recabar datos generales, familiares, socioeconómicos, hábitos (Alcohol, Tabaco, Drogas), y el test de depresión Zung; el presente estudio fue de tipo descriptivo, transversal con enfoque cuantitativo.

La escala de Zung para depresión (EZ-D) es un instrumento, que consta de veinte ítems que se diligencian marcando con una equis la frecuencia de los síntomas durante los últimos quince días y/o dos últimas semanas. Da puntuaciones de uno a cuatro para cada ítem y globales entre veinte y ochenta. Tradicionalmente, las puntuaciones iguales o superiores a cuarenta se considera estado depresivo mayor con importancia clínica o sugestiva de un Estado de Depresión Mayor (EDM). Por lo general, el puntaje se multiplica por 1,25, a fin de obtener puntuaciones entre 25 y 100, donde 50 puntos o más (punto de corte) sugieren

EDM.

Con los resultados obtenidos se apreció un predominio de depresión en relación de 1.5:1 en las mujeres en relación a los hombres, se estableció la relación entre depresión y factores socioeconómicos, edad, género, y hábitos (alcohol, tabaco y drogas) mediante la prueba de chi cuadrado al obtenerse un valor de p menor a 0,05 la cual fue estadísticamente significativa.

Una vez finalizado el presente estudio investigativo puedo concluir que:

Los alumnos de 14 a 16 años del Colegio 27 de Febrero de la ciudad de Loja, tienen una prevalencia de depresión de 65.75% y, los factores de riesgo que presentan una relación estadísticamente significativa es el tabaco en el grupo etario edad (14 años) y el consumo de drogas en la edad (16 años). Por lo que existen porcentajes considerables de adolescentes que ya se ha iniciado en estas prácticas sociales.

Por lo tanto la propuesta que se plantea, va guiada a que los profesores observen y determinen que alumnos presentan esta sintomatología y así se envíen a los jóvenes al departamento médico, en donde recibirán tratamiento de especialidad, programas específicos para la prevención de problemas psicosociales a través de la asignatura de Cultura Física, debido a que se debe aumentar las competencias sociales, cognitivas y afectivas para lograr una sana convivencia escolar y familiar; además de brindarles una atención de especialidad y educar a los padres de familia para la aceptación de tratamientos farmacológicos a los estudiantes que lo requieran.

4. *Revisión de Literatura*

1. Adolescencia y Depresión:

Puesto que la adolescencia es una etapa de cambios significativos tanto físicos como psicológicos, puede pensarse que se trata de una población de alta vulnerabilidad; de aquí que la depresión en los adolescentes sea considerada como objeto de estudio en diversas investigaciones, mismas que han resaltado algunos factores relacionados con la formación de esta entidad nosológica, asumiéndola como un padecimiento multifactorial (Valadez, Amescua, Quintanilla & González, 2015)

La perspectiva de género, aplicada al estudio de la depresión, ha puesto en evidencia la importancia de los factores socioculturales, así como los diversos espacios (individuo, familia, comunidad) en los que dicha construcción sociocultural modifica la probabilidad de padecer depresión por parte de varones y mujeres. (Pérez, Rodríguez, Dussan & Ayala, 2010)

El origen del problema, la depresión en niños escolares, se ve explicada en mayor parte por el fenómeno migratorio de los padres, ya que es aquí de donde provienen las causas. La función de las remesas es el mantenimiento y mejoramiento de las condiciones de vida de sus familiares. Desde el punto de vista de las personas encargadas de "cuidar y educar" a los niños, representan un sacrificio, pues el costo de la vida no favorece a las familias salvadoreñas (Morales, Garcia, Garcia, Vázquez & Rodríguez, 2011). Gracias a que las remesas han incrementado el ingreso familiar, incidiendo en el nivel de vida de quienes reciben, se pueden solventar la cantidad de importaciones en bienes de consumo (Otero, 2010). Lo anterior se observa principalmente en la zona rural, donde dichas remesas son sumamente útiles principalmente para satisfacer las necesidades básicas dentro de las remesas recibidas.

Las remesas no se utilizan en función de una inversión productiva, sino, para satisfacer necesidades básicas en las familias. En nuestro país constituye una gran realidad la desintegración de la familia, primero por una estructura social, la mujer encuentra más obstáculos para trabajar, más si su edad es avanzada y si de casada nunca trabajo (Cova, Melipillan, Valdivia & Bravo, 2007).

La desintegración familiar trae a los hijos las siguientes consecuencias: traumatismo de quedarse sin unos de los progenitores, los hijos crecen sin apoyo maternal o paternal, es más probable que se incorporen a pandillas, se dediquen a la prostitución o al consumo de drogas, esto como una secuencia los lleva a estados depresivos (Laquin, Lagarribel & Cabezas, 2012).

La separación de los padres muchas veces ejerce una influencia funesta en la formación intelectual y moral de los hijos lo cual limita en el involucramiento de actividades sociales. Los trastornos emocionales son una de las consecuencias de esto, los cuales pueden adoptar la forma de depresión, ansiedad y se expresan por medio de comportamientos de rebeldía, agresividad, aislamiento, problemas en la escuela, etc. (Pérez, Rodríguez, Dussan & Ayala, 2010)

1.1 Adolescencia y Educación

Los establecimientos educativos vienen siendo escenarios de diversos factores que imposibilitan el quehacer educativo, así también de agentes adversos como son la ansiedad, depresión, autoestima baja, falta de control emocional, drogadicción, alcoholismo y peleas o disputas entre pares; la población estudiantil, presa de muchas influencias socio-culturales está demostrando constantemente una carencia de habilidades para superar sus propios conflictos. (Camacho, 2009)

El incremento considerable de estos casos creemos tienen relación directa con la ausencia y/o presencia de los padres de familia en el hogar; pues se ha determinado que un mayor porcentaje de padres no está presente debido a actividades laborales en el mejor de los casos para mejorar sus ingresos económicos y por ende su calidad de vida. Consecuencia de ello es la separación afectiva que crea cierto grado de inmadurez en los jóvenes, que al estar solos en la mayoría de sus actividades se sienten responsables a corta de edad, de sus hermanos menores y del destino del hogar. (Camacho, 2009)

En el ámbito educativo se presentan fenómenos, problemáticas y retos para quienes se involucran en la tarea de formar y orientar de manera integral a los adolescentes, se trata de un escenario de estímulos y desafíos que el colegio debe buscar en la tarea de formar y orientar para la vida. (Camacho, 2009)

2. Concepto de la depresión

La depresión es un estado de abatimiento e infelicidad, que puede ser transitorio o permanente. En la mayoría de los casos, el paciente describe su estado, y los demás lo ven como derribado, debilitada su base de sustentación afectiva, desganado, triste, apenado, cajoneado, hipoérgico (Passel, 2000). Es uno de los más importantes depredadores de la felicidad humana.

Según la OMS del 2008; Depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.

Es importante aclarar la diferencia entre un estado depresivo (definido médicamente como cambio en la homeostasis interna sin causa aparentes), con un estado de tristeza (producido por ejemplo con la muerte de un familiar, pérdida de trabajo, etc.). Puede tener muchas causas, desde el estrés hasta la genética; y manifestarse de muchas formas, desde la fatiga a la angustia más atroz. Puede tener graves consecuencias sociales (Gitanjali, Jacham, Overpeck & Giedd, 2009). Es uno de los problemas más intrincados con que se enfrenta el hombre.

La depresión es un trastorno que se puede diagnosticar de forma fiable y que puede ser tratado por no especialistas en el ámbito de la atención primaria. Existen algunas características como:

- La depresión es un trastorno mental frecuente que afecta a más de 350 millones de personas en el mundo.
- La depresión afecta más a la mujer que al hombre. Hay tratamientos eficaces para la depresión.
- La depresión es la principal causa mundial de discapacidad y contribuye de forma muy importante a la carga mundial de morbilidad
- En el peor de los casos, la depresión puede llevar al suicidio. (Casal, 2013)

2.1. Factores de riesgo en depresión

2.1.1. Género:

La mayor prevalencia de depresión es en mujeres a razón de 2:1 para la depresión mayor y unipolar, mientras que en caso de depresión bipolar la proporción se iguala.

Según (Ruiz, 2005):

La Distimia se presenta con una mayor frecuencia en la mujer que en hombre, con una proporción 2:1, aparentemente estas diferencias se deben a factores culturales. El trastorno breve recurrente tiene una mayor prevalencia en la mujer que en hombre. La Desproporción a favor de la mujer con respecto a la depresión emerge a partir de la adolescencia, mientras que en los hombres sería en la etapa prepuberal. La distimia se presenta con una mayor frecuencia en la mujer que en hombre, con una proporción 2:1, aparentemente estas diferencias se deben a factores culturales. El trastorno breve recurrente tiene una mayor prevalencia en la mujer que en hombre. La desproporción a favor de la mujer con respecto a la depresión emerge a partir de la adolescencia, mientras que en los hombres sería en la etapa prepuberal. Esto probablemente se deba al papel de las hormonas sexuales en la mayor prevalencia de depresión en la mujer, especialmente cuando muchas mujeres refieren cambios de humor en relación con las etapas en las que se producen cambios en las Hormonas sexuales como en la menopausia, con el uso de anticonceptivos orales, o con la terapia hormonal sustitutiva. Pero lo que sí se ha demostrado es un aumento de la depresión después del parto, especialmente en las mujeres que tienen una fuerte carga familiar de historia de depresión. Se pretendió analizar el fenómeno de la emergencia en la adolescencia de la diferencia de género para la depresión. Para ello se midió en niños prepuberales sus niveles de hormonas sexuales, constatando que el incremento de depresión en las niñas con respecto a los niños comienza a manifestarse cuando alcanzan el estadio III de Tanner, por lo tanto se pudo comprobar que el cambio en la morfología corporal es lo más importante que el avance en edad a la hora de predecir el riesgo de depresión, por lo tanto se ha observado que aquellas niñas que maduran a nivel físico más tempranamente experimentan un estrés psíquico que el resto de sus compañeras de su misma edad. Este estrés se exagera en aquellas niñas que tienen un grupo de amigas mixto, frente a aquellas que tienen un grupo

de amigos de su mismo sexo. Este resultado sugiere una influencia ambiental que potenciaría el efecto de las hormonas sexuales.

La mayoría de estos estudios apuntan a una mayor vulnerabilidad en las mujeres a sufrir trastornos afectivos depresivos en relación a los hombres estando sometidos al mismo nivel de estrés. Desde el punto de vista genéticos se descubrió que los genes de ansiedad y neuroticismo. Y que en las mujeres la depresión se debe a esta asociación entre ansiedad y neuroticismo, por lo tanto, tasas más elevadas de estos genes conlleva a mayor depresión. (Pérez, Rodríguez, Dussan & Ayala, 2010)

2.1.2 Edad

Según estudios se ha comprobado que la edad media para el inicio de la depresión se sitúa en los principios de la vida adulta en los 24.7 años. Un estudio previa reseña una edad media de inicio de la enfermedad entre 24.8 y los 34.8 años. (Rodríguez, 2010)

2.1.3 Nivel Socioeconómico

En numerosos estudios se ha comprobado que tanto la pobreza como un nivel socioeconómico bajo van acompañados de mayor prevalencia de depresión, algunos factores determinan que sería una determinada predisposición genética, la que estaría determinando el que los sujetos fracasaran en la posibilidad de alcanzar posiciones sociales más altas. (Lisdabl, Najel, Mac & Tapet, 2013)

2.1.4 Acontecimientos traumáticos en la infancia /depresión infantil.

La pérdida parenteral durante la infancia ha sido considerada como un factor predisponente para padecer el trastorno depresivo en la edad adulta, por lo que podría triplicar el riesgo de depresión, así como aumentar los episodios padecidos. Pero no está del todo confirmado y más se lo observa como un factor general e inespecífico. (Pérez, Rodríguez, Dussan & Ayala, 2010)

Otro de los factores que determinan la depresión son infantil son la baja estima, la historia de abusos sexuales y físicos de la infancia, o una pobre percepción del rol de la familia. También mediante estudios se pudo determinar que aquellos pacientes neuróticos con alta sensibilidad interpersonal y juicio negativo sobre las relaciones relataban marcado autoritarismo y sobreprotección maternas durante la infancia. (Lisdabl, Najel, Mac & Tapet, 2013)

2.1.5 Entorno social y familiar.

Las relaciones parenterales tienen un papel importante en el desarrollo de trastornos depresivos. En numerosos estudios retrospectivos se ha manifestado que las personas deprimidas percibían que sus padres habían sido sobreprotectores e intrusivos, y que de alguna manera utilizaban estrategias culpabilizadoras y ansiógenas para ejercer control sobre ellas. (Lisdabl, Najel, Mac & Tapet, 2013)

2.1.6 Acontecimientos vitales

Estudios indican que los sucesos vitales estresantes tienen capacidad para precipitar tanto episodios maníacos como depresivos, presentando una acción patogénica que estaría limitada desde las primeras semanas hasta los seis meses posteriores. (Rodríguez, 2010)

2.1.7 Personalidad

Según: (Chinchilla Moreno, 2008) manifiesta:

Los rasgos neuróticos son los que más se relacionan con depresión, determinando en parte su curso y evolución, ya que se ha observado que son aquellos individuos más neuróticos y con mayores niveles de rigidez y obsesividad los que presentan tasas de cronicidad más altas. Estas características se han encontrado más en mujeres que en hombres. Las mujeres presentan mayores puntuaciones que los hombres para deseabilidad social, neuroticismo, extroversión y responsabilidad, mientras que los hombres puntuaron más para apertura de experiencias. Los resultados apuntaron a que las diferencias por género en los factores de

personalidad, especialmente el neuroticismo, podrían jugar un papel muy importante actuando como mediadores en la relación entre ser mujer y sufrir depresión.

2.1.8 Sustancias Psicoactivas

Las manifestaciones mentales de los individuos pueden responder a patrones culturales que influyen en el comportamiento y a factores individuales o genéticos que producen la enfermedad mental o la salud mental. Una de estas manifestaciones corresponde a las conductas adictivas hacia sustancias psicoactivas, o el abuso de sustancias, entendido como un patrón desadaptativo de consumo, expresado en consecuencias adversas significativas y recurrentes que pueden llevar al incumplimiento de obligaciones importantes, al consumo en situaciones de peligro físico, a problemas legales múltiples y problemas sociales e interpersonales. (Lanquin, 2012)

Las sustancias psicoactivas, bien sean aceptadas o ilegales, constituyen "sustancias exógenas que afectan el sistema nervioso central, induciendo a respuestas que generalmente son reconocidas subjetivamente como de calma, energía o placer". Los costos de su consumo se miden en cuanto a los efectos adversos para la salud, que se reflejan en los gastos para el tratamiento del abuso y desórdenes asociados, así como la morbilidad y mortalidad prematura, y la pérdida de la productividad de la persona, el crimen, la violencia, y los programas de rehabilitación social. (Lanquin, 2012)

2.2. Causas de la depresión

Algunos tipos de depresión tienden a afectar miembros de la misma familia, lo cual sugeriría que se puede heredar una predisposición biológica. Esto parece darse en el caso del trastorno bipolar (Candido, Scheuer & Scivoletto, 2012). Los estudios de familias con miembros que padecen del trastorno bipolar en cada generación, han encontrado que aquellos que se enferman tienen una constitución genética algo diferente de quienes no se enferman. Sin embargo, no todos los que tienen la predisposición genética para el trastorno bipolar lo padecen (Medina, 2011).

Al parecer, hay otros factores adicionales que contribuyen a que se desencadene la

enfermedad: posiblemente tensiones en la vida, problemas de familia, trabajo o estudio. En algunas familias la depresión severa se presenta generación tras generación. Sin embargo, la depresión severa también puede afectar a personas que no tienen una historia familiar de depresión. Sea hereditario o no, el trastorno depresivo severo está a menudo asociado con cambios en las estructuras o funciones cerebrales. (Gonzales, Jiménez, Ramos & Wargner, 2008)

Las personas con poca autoestima se perciben a sí mismas y perciben al mundo en forma pesimista.

Las personas con poca autoestima y que se abrumen fácilmente por el estrés están predispuestas a la depresión.

Las causas de los trastornos depresivos generalmente incluyen una combinación de factores genéticos, psicológicos y ambientales.

2.2.1 La Depresión en la Mujer

La depresión se da en la mujer con una frecuencia casi el doble de la del hombre. Factores hormonales podrían contribuir a la tasa más alta de depresión en la mujer. En particular, los cambios del ciclo menstrual, el embarazo, el aborto, el periodo de posparto, la premenopausia y la menopausia. Muchas mujeres tienen más estrés por las responsabilidades del cuidado de niños, el mantenimiento del hogar y un empleo. Algunas mujeres tienen una mayor carga de responsabilidad por ser madres solteras o por asumir el cuidado de padres ancianos (Mata, 2015)

Un estudio reciente del Instituto Nacional de Salud Mental demostró que las mujeres predispuestas a padecer del síndrome premenstrual (SPM) severo se alivian de sus síntomas físicos y anímicos (por ejemplo depresión) cuando se les suprimen sus hormonas sexuales con una medicación. Si se deja de dar dicha medicación, las hormonas se reactivan y al poco tiempo los síntomas vuelven. (Mata, 2015)

Muchas mujeres tienen un riesgo alto de deprimirse después del nacimiento de un bebé. En

algunas mujeres los cambios hormonales y físicos, así como la responsabilidad de una nueva vida, pueden llevar a una depresión de posparto. Aunque las madres nuevas comúnmente tienen periodos pasajeros de tristeza, un episodio depresivo severo no es normal y requiere tratamiento. (Campo & Arias 2005)

2.2.2 Depresión en el Hombre

Aunque el hombre tiene menos probabilidad de sufrir depresiones que la mujer, de tres a cuatro millones de hombres en los Estados Unidos son afectados. El hombre que tiene depresión no acepta su enfermedad. Por lo tanto, el diagnóstico de depresión puede ser más difícil de hacer. La tasa de suicidio en el hombre es cuatro veces más alta que en la mujer. Sin embargo, los intentos de suicidio son más comunes en la mujer que en el hombre. A partir de los 70 años de edad, la tasa de suicidio en el hombre aumenta, alcanzando el nivel máximo después de los 85 años (Hulzink, Ferdinand, Van & Velhosh, 2008).

El alcohol y las drogas enmascaran la depresión en el hombre más comúnmente que en la mujer. Igualmente, el hábito socialmente aceptable de trabajar en exceso, puede enmascarar una depresión. En el hombre, no es raro que la depresión se manifieste con irritabilidad, ira y desaliento, en lugar de sentimientos de desesperanza o desamparo. Por lo tanto, puede ser difícil de reconocer. Incluso cuando el hombre se da cuenta de que está deprimido, comparado con la mujer, tiende menos a buscar ayuda. El apoyo familiar generalmente es una ayuda importante. Es importante que el hombre deprimido entienda y acepte la idea que la depresión es una enfermedad real que requiere tratamiento. (Pérez, Rodríguez, Dussan & Ayala, 2010)

2.2.3 La Depresión en la Vejez

La mayoría de las personas de edad se sienten insatisfechas con sus vidas. Cuando un anciano se deprime, a veces su depresión se considera erróneamente un aspecto normal de la vejez. Con un tratamiento adecuado, el anciano tendría una vida placentera. Cuando la persona de edad va al médico, puede solo describir síntomas físicos. Esto pasa por que el anciano puede ser reacio al hablar de su desesperanza y tristeza. La persona mayor puede no querer hablar de su falta de interés en las actividades normalmente placenteras, o de su pena

después de la muerte de un ser querido, incluso cuando el duelo se prolonga por mucho tiempo. (Schuckit, 2011)

Las depresiones subyacentes en los ancianos son cada vez más identificadas y tratadas por los profesionales de salud mental. También los profesionales detectan mejor los síntomas depresivos que se deben a efectos secundarios de medicamentos que el anciano está tomando, o debidos a una enfermedad física concomitante. Si se hace el diagnóstico de depresión, el tratamiento con medicamentos o psicoterapia ayuda a que la persona deprimida recupere su capacidad para tener una vida feliz y satisfactoria. La investigación científica reciente indica que la psicoterapia breve (terapia a través de pláticas que ayudan a la persona a combatir los pensamientos negativos que acompañan a la depresión), es efectiva para combatir la depresión en personas mayores. (Campo & Arias 2005)

2.2.4 La Depresión en la Niñez y Adolescencia

El niño deprimido puede simular estar enfermo, rehusar a ir a la escuela, no querer separarse de los padres o tener miedo a que uno de los padres se muera. El adolescente puede ponerse de mal humor, meterse en problemas en el colegio, comportarse travieso o indisciplinado, estar malhumorado o sentirse incomprendido. Dado que los comportamientos normales varían de una etapa de la niñez a la adolescencia, es a veces difícil establecer si un niño está simplemente pasando por una fase de su desarrollo o si está verdaderamente padeciendo de depresión. El Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH) ha identificado el uso de medicamentos para la depresión en niños como un área importante de investigación (Lisdabl, Najel, Mac & Tapet, 2013). Las Unidades de Investigación en Psicofarmacología Pediátrica conforman una red de siete centros de investigación donde se llevan a cabo estudios clínicos. Estos investigan la eficacia de medicamentos usados para tratar varios trastornos mentales en niños y adolescentes. Entre los medicamentos en estudio, se cuentan algunos antidepressivos que han demostrado ser efectivos en el tratamiento de niños con depresión, cuando el médico los receta y supervisa correctamente. (Rodríguez, 2010)

2.3 Clasificación de la Depresión

Los trastornos depresivos son varios y se pueden clasificar teniendo en cuenta la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima edición (CIE-10) o utilizando el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5)

2.3.1 Clasificación Internacional de Enfermedades, décima edición (CIE-10), de los trastornos depresivos.

Se puede clasificar:

Episodios depresivos:

- Episodio depresivo leve
- Episodio depresivo moderado
- Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos
- Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos

Trastorno depresivo recurrente:

- Con episodio actual leve
- Con episodio actual moderado
- Con episodio actual grave sin síntomas psicóticos
- Con episodio actual grave con síntomas psicóticos
- Actualmente en remisión
- Otros trastornos depresivos recurrentes
- Trastorno depresivo recurrente sin depresión

Trastornos del humor (afectivos) persistente:

- Distimia
- Ciclotimia

Otros trastornos del afecto.

- Trastornos del afecto secundarios
- Enfermedad médica.
- Inducido por sustancias.
- Otras formas de trastornos afectivos
- Depresión atípica
- Disforia posparto
- Síndrome mixto de ansiedad y depresión
- Melancolía
- Depresión doble
- Depresión enmascarada
- Trastorno disfórico premenstrual
- Depresión bipolar. (Restrepo, Restrepo, & Alzate, 2008)

2.3.2 Clasificación de los trastornos depresivos según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5).

El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales en su quinta edición (DSM-V-TR) de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, American Psychiatric Association) clasifica los trastornos depresivos de la siguiente manera:

- Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo.
- Trastorno de depresión mayor.
- Trastorno depresivo persistente (distimia).
- Trastorno disfórico premenstrual.
- Trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento.
- Trastorno depresivo debido a otra afección médica.
- Otro trastorno depresivo especificado.
- Otro trastorno depresivo no especificado. (Rodríguez, 2010)

2.3.3 Trastorno Depresivo

El trastorno depresivo es una enfermedad que afecta el organismo (cerebro), el ánimo, y la manera de pensar. Afecta la forma en que una persona come y duerme. Afecta cómo uno se valora a sí mismo (autoestima) y la forma en que uno piensa. Un trastorno depresivo no es lo mismo que un estado pasajero de tristeza. No indica debilidad personal. No es una condición de la cual uno puede liberarse a voluntad. Las personas que padecen de un trastorno depresivo no pueden decir simplemente "ya basta, me voy a poner bien". Sin tratamiento, los síntomas pueden durar semanas, meses e incluso años. Sin embargo, la mayoría de las personas que padecen de depresión puede mejorar con un tratamiento adecuado. (Afífi, 2006)

2.3.4 Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo.

El rasgo central del trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo es una irritabilidad crónica, grave y persistente. Esta irritabilidad grave tiene dos manifestaciones clínicas relevantes, y la primera son los accesos de cólera frecuentes. (Rodríguez, 2010)

Estos accesos ocurren típicamente en respuesta a la frustración y pueden ser verbales o conductuales (lo último en forma de agresividad contra objetos, uno mismo y otras personas). Deben ocurrir frecuentemente (p. ej., como promedio, tres o más veces a la semana) como en casa y en el colegio, y deben ser inapropiados para el grado de desarrollo. (Martinsen, 2007)

La segunda manifestación de irritabilidad grave consiste en un estado de ánimo persistentemente irritable o de enfado crónico entre los graves accesos de cólera.

Este estado de ánimo irritable o enfadado debe ser característico del niño, debe estar presente la mayor parte del día, casi a diario, y debe ser apreciable por otras personas del entorno del niño. (Campo & Arias, 2005)

Se debe distinguir cuidadosamente la presentación clínica del trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo de las presentaciones de otras afecciones relacionadas, en particular el trastorno bipolar pediátrico. De hecho, el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo se añadió al DSM-5 para abordar las grandes dudas sobre la inapropiada

clasificación y tratamiento de los niños que presentan irritabilidad crónica persistente frente a los niños que presentan un trastorno bipolar clásico (p. ej., episódico). (Campo & Arias, 2005)

El comienzo del trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo debe producirse antes de los 10 años de edad y el diagnóstico no debería aplicarse a niños menores de 6 años. No se sabe con certeza si esta afección se presenta únicamente en esta limitada banda de edades. Como es probable que los síntomas del trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo cambien al madurar el niño, el uso de este diagnóstico se debería restringir a los grupos de edad similares a aquellos en que se ha establecido su validez (7-18 años). (Campo & Arias 2005)

Las tasas de comorbilidad del trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo son extremadamente altas. Es raro encontrar pacientes cuyos síntomas cumplan únicamente los criterios del trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo. (Campo & Arias, 2005)

La comorbilidad entre el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo y otros síndromes definidos en el DSM-IV parece ser mayor que para otras enfermedades mentales infantiles; el solapamiento mayor se produce con el trastorno negativista desafiante. (Campo & Arias 2005)

2.3.5 Trastorno disfórico premenstrual.

Las características esenciales del trastorno disfórico premenstrual son la expresión de labilidad afectiva, disforia y síntomas de ansiedad que se repiten durante la fase premenstrual del ciclo y que remiten alrededor del inicio de la menstruación o poco después.

Estos síntomas pueden acompañarse de síntomas conductuales y físicos. Los síntomas deben haber aparecido en la mayoría de los ciclos menstruales durante el último año y deben afectar negativamente al funcionamiento laboral o social. La intensidad y la expresividad de los síntomas acompañantes pueden estar estrechamente relacionadas con las características sociales y culturales de la mujer afecta, de sus perspectivas familiares y de otros factores

más específicos, como las creencias religiosas, la tolerancia social y aspectos relacionados con el papel de la mujer. (Campo & Arias, 2005)

2.3.6 La Depresión Severa.

Se manifiesta por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, estudiar, dormir, comer y disfrutar de actividades que antes eran placenteras. Un episodio de depresión muy incapacitante puede ocurrir sólo una vez en la vida, pero por lo general ocurre varias veces en el curso de la vida. (Rodríguez, 2010)

2.3.7 La Distimia.

Un tipo de depresión menos grave, incluye síntomas crónicos (a largo plazo) que no incapacitan tanto, pero sin embargo interfieren con el funcionamiento y el bienestar de la persona. Muchas personas con distimia también pueden padecer de episodios depresivos severos en algún momento de su vida. (Rodríguez, 2010)

2.3.8 El Trastorno Bipolar

Llamado también enfermedad maníaco-depresiva. Este no es tan frecuente como los otros trastornos depresivos. El trastorno bipolar se caracteriza por cambios cíclicos en el estado de ánimo: fases de ánimo elevado o eufórico (manía) y fases de ánimo bajo (depresión). Los cambios de estado de ánimo pueden ser dramáticos y rápidos, pero más a menudo son graduales. Cuando una persona está en la fase depresiva del ciclo, puede padecer de uno, de varios o de todos los síntomas del trastorno depresivo. Cuando está en la fase maníaca, la persona puede estar hiperactiva, hablar excesivamente y tener una gran cantidad de energía. La manía a menudo afecta la manera de pensar, el juicio y la manera de comportarse con relación a los otros. Puede llevar a que el paciente se meta en graves problemas y situaciones embarazosas. (Rodríguez, 2010)

2.3.9 Otro trastorno depresivo no especificado.

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas

característicos de un trastorno depresivo que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos depresivos. La categoría del trastorno depresivo no especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo de incumplimiento de los criterios de un trastorno depresivo específico, e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico (p. ej., en servicios de urgencias). (Rodríguez, 2010)

2.4. Síntomas de Depresión

Algunas personas padecen de unos pocos síntomas, otras tienen muchos. La gravedad de los síntomas varía según la persona y también puede variar con el tiempo (Ping, 2014).

- Estado de ánimo triste, en forma persistente.
- Sentimientos de desesperanza, culpa, pesimismo y desamparo.
- Pérdida de interés o placer en pasatiempos y actividades que antes se disfrutaban, incluyendo la actividad sexual.
- Disminución de energía, fatiga, agotamiento.
- Dificultad para concentrarse, recordar y tomar decisiones.
- Insomnio, despertarse más temprano o dormir más de la cuenta.
- Pérdida de peso, apetito o ambos, o viceversa.
- Pensamientos de muerte o suicidio; intentos de suicidio. Inquietud, irritabilidad, inutilidad.
- Síntomas físicos, como dolores de cabeza, trastornos digestivos y otros dolores crónicos. (Kmetz, Overholser & But, 2011).

2.5 Diagnostico

Los criterios diagnósticos de depresión más utilizados, tanto en la clínica como en los estudios de investigación, son la Clasificación Internacional de Enfermedades (Trastornos mentales y del comportamiento, CIE-10); además hay la clasificación del Manual

diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales en su quinta edición (DSM-V-TR) de la Asociación Americana de Psiquiatría. (Kmel, Overholser & But, 2011)

2.5.1 Criterios diagnósticos de un episodio depresivo según el CIE-10.

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

B. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.

C. Síndrome somático: alguno de los síntomas depresivos pueden ser muy destacados y adquirir un significado clínico especial. Habitualmente, el síndrome somático se considera presente cuando coexisten cuatro o más de las siguientes características:

Pérdida importante del interés o capacidad de disfrutar de actividades que normalmente eran placenteras. Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta.

Despertarse por la mañana dos o más horas antes de la hora habitual.

Empeoramiento matutino del humor depresivo.

Presencia de enlentecimiento motor o agitación.

Pérdida marcada del apetito.

Pérdida de peso de al menos 5% en el último mes.

Notable disminución del interés sexual. (Guía Clínica AUGÉ, 2013)

2.5.2 Criterios de gravedad de un episodio depresivo según CIE-10.

A. Criterios generales para trastorno depresivo

El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas

El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.

B. Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas.

Humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto presente durante la mayor parte del día y casi todos los días que se modifica muy poco por las circunstancias

ambientales y que persiste durante al menos dos semanas.

Marcada pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar de las actividades que anteriormente eran placenteras.

Falta de vitalidad o aumento de la fragilidad. (Guía Clínica AUGE, 2013)

C. Deben estar presentes uno o más síntomas de la lista para que la suma total sea al menos de cuatro:

Pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad.

Reproches hacia sí mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva o inadecuada.

Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, o cualquier conducta suicida.

Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañada de falta de decisión y vacilaciones.

Cambios de actividad psicomotriz, con agitación o inhibición.

Alteraciones del sueño de cualquier tipo.

Cambios del apetito (disminución o aumento) con la correspondiente modificación del peso.

D. Puede o no haber síndrome somático.

Episodio depresivo leve: Están presentes los criterios generales, al menos dos síntomas del criterio B y uno o más de los síntomas del criterio C para que la suma total de síntomas sea al menos 4. La persona con un episodio leve, probablemente, está apta para continuar la mayoría de sus actividades. (Guía Clínica AUGE, 2013)

Episodio depresivo moderado: Están presentes los criterios generales, al menos dos síntomas del criterio B y síntomas adicionales del criterio C, hasta sumar un mínimo de seis síntomas en total. La persona con un episodio moderado, probablemente, tendrá dificultades para continuar con sus actividades ordinarias. (Guía Clínica AUGE, 2013)

Episodio depresivo grave (sin síntomas psicóticos): Deben estar presentes los criterios generales, los tres síntomas del criterio B y síntomas del criterio C con un mínimo de ocho

síntomas en total. Las personas con este tipo de depresión presentan síntomas marcados y angustiantes; en especial, la pérdida de autoestima y los sentimientos de culpa e inutilidad. Son comunes las ideas y las acciones suicidas, y se presentan síntomas somáticos importantes. El episodio grave sin síntomas psicóticos incluye a episodios aislados de depresión mayor y depresión vital, pero excluye alucinaciones, ideas delirantes o estupor depresivo. (Guía Clínica AUGE, 2013)

Episodio depresivo grave (con síntomas psicóticos): Pueden aparecer síntomas psicóticos tales como alucinaciones, delirios, retardo sicomotor o estupor grave. Los criterios son dos: a) ideas delirantes o alucinaciones, diferentes a las descritas como típicas de la esquizofrenia (es decir, ideas delirantes que no sean completamente inverosímiles o culturalmente inapropiadas, y alucinaciones que no sean voces en tercera persona o comentando la propia actividad). Los ejemplos más comunes son las de un contenido depresivo, de culpa, hipocondriaco, nihilístico, autorreferencial o persecutorio; b) estupor depresivo. Si cumple cualquiera de los dos criterios más los criterios de episodio depresivo grave se denomina como episodio depresivo grave con síntomas psicóticos. Los fenómenos psicóticos como las alucinaciones o el delirio pueden ser congruentes o no congruentes con el estado de ánimo. Los episodios depresivos graves con síntomas psicóticos pueden incluir a episodios aislados de depresión mayor con síntomas psicóticos, psicosis depresiva psicógena, depresión psicótica y psicosis depresiva reactiva. (Guía Clínica AUGE, 2013)

2.5.3 Criterios diagnósticos de trastorno depresivo mayor según DSM-V.

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo periodo de dos semanas y representan un cambio de funcionamiento previo; al menos uno de los siguientes síntomas es (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de placer. . (Guía Clínica AUGE, 2013)

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

Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable). . (Guía Clínica AUGE, 2013)

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

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

Insomnio o hipersomnias casi todos los días.

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

Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.

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

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

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

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

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

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

Nota: Las respuestas a una pérdida significativa (p. ej., duelo, ruina económica, pérdidas

debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o discapacidad grave) pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, pérdida del apetito y pérdida de peso que figuran en el Criterio A, y pueden simular un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería pensar atentamente en la presencia de un episodio de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa. Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida. . (Guía Clínica AUGÉ, 2013)

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

E. Nunca ha habido un episodio maniaco e hipomaníaco.

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

Para distinguir el duelo de un episodio de depresión mayor (EDM), es útil tener en cuenta que en el duelo el afecto predominante es el sentimiento de vacío y pérdida, mientras que en un EDM es el estado de ánimo deprimido persistente y la incapacidad de esperar felicidad o placer.

La disforia en el duelo probablemente disminuye de intensidad en días o semanas y se produce en oleadas, las denominadas punzadas el duelo.

Estas oleadas tienden a asociarse a pensamientos o recuerdos del difunto. El estado de ánimo deprimido de un EDM es más persistente y no se asocia a pensamientos o preocupaciones específicos. El dolor del duelo puede ir acompañado de humor y emociones positivas que no son característicos de la intensa infelicidad y miseria que caracteriza a un EDM. El contenido de los pensamientos asociados al duelo generalmente presenta preocupación vinculada a pensamientos y recuerdos del difunto, y no la autocrítica o la

rumiación pesimista que se observa en un EDM. (Guía Clínica AUGE, 2013)

En el duelo, la autoestima por lo general se conserva, mientras que en un EDM son frecuentes los sentimientos de no valer para nada y de desprecio por uno mismo. Si en el duelo existen ideas de autoanulación, implican típicamente la percepción de haber fallado al difunto (p. ej., no haberlo visitado con más frecuencia, no decirle lo mucho que lo quería). Si un individuo en duelo piensa en la muerte y en el hecho de morir, estos pensamientos se centran por lo general en el difunto y posiblemente en "reunirse" con él, mientras que en un EDM estos pensamientos se centran en poner fin a la propia vida debido al sentimiento de inutilidad, de no ser digno de vivir o de ser incapaz de hacer frente al dolor de la depresión. (Guía Clínica AUGE, 2013)

2.5.4 Evaluación Diagnóstica

El primer paso para recibir un tratamiento adecuado para la depresión consiste en un examen médico. Ciertos medicamentos, pueden producir los mismos síntomas que la depresión. El médico debe descartar esas posibilidades por medio de un examen físico, entrevista del paciente y análisis de laboratorio. Si causas físicas son descartadas, el médico debe realizar una evaluación psicológica o dirigir al paciente a un psiquiatra o psicólogo. (Rodríguez et al, 2010)

Una buena evaluación diagnóstica debe incluir una historia médica completa. El médico debe preguntar acerca del uso de alcohol y drogas, y si el paciente tiene pensamientos de muerte o suicidio. Además, la entrevista debe incluir preguntas sobre otros miembros de la familia. (Chinchilla, 2008)

Por último, una evaluación diagnóstica debe incluir un examen del estado mental para determinar si los patrones de habla, pensamiento o memoria se han afectado, como pasa algunas veces en el caso de enfermedad depresiva o maníaco-depresiva.

La selección del tratamiento dependerá del resultado de la evaluación. Existe una gran variedad de medicamentos antidepresivos y psicoterapias que se pueden utilizar para tratar los trastornos depresivos.

La psicoterapia sola es efectiva en algunas personas con formas más leves de depresión. Las personas con depresión moderada o severa más a menudo mejoran con antidepresivos. El psiquiatra puede recetar medicamentos y una de las diversas formas de psicoterapia que han mostrado ser efectivas para la depresión, o ambos, dependiendo del diagnóstico del paciente y de la seriedad de los síntomas. (Guía Clínica AUGE, 2013)

2.6. Diagnóstico diferencial de la depresión.

2.6.1 Patologías medicas:

Endocrino/Metabólicas: patología tiroidea (hipo e hipertiroidismo), diabetes, anemia, enfermedad de Cushing, enfermedad de Addison, Porfiria, deficiencia de vitamina B 12.

Infecciosas: Tuberculosis, infección por el virus de Epstein-Barr, Virus de la inmunodeficiencia humana-Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH-SIDA), Sífilis terciaria.

Neurológicas: Enfermedad de Alzheimer, esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson, ictus, epilepsia, síndrome postconusional.

Neoplasias: Carcinomatosis, cáncer de páncreas.

Otros: Lúes, dolor crónico, lupus eritematoso sistémico (LES)

2.6.2 Trastornos mentales:

Trastorno de angustia/ansiedad, trastorno obsesivo compulsivo trastorno bipolar, distimia, trastornos adaptativos, síntomas negativos de la esquizofrenia, consumo de tóxicos, trastorno de la conducta alimentaria, trastorno de la personalidad, trastornos psicóticos. (Chinchilla, 2008)

2.6.3 Fármacos:

Glucocorticoides sistémicos, anticonvulsivantes, neurolépticos, estimulantes, anticonceptivos orales.

2.6.4 Consumo de drogas:

Alcohol, cocaína, pasta base de cocaína, anfetaminas, marihuana

El diagnóstico diferencial del episodio depresivo debe orientarse a constatar si la etiología es idiopática o puede estar relacionada con otra patología médica, trastorno mental, consumo de drogas o alguna medicación prescrita.

2.7 Prevención de la depresión

2.7.1 Mejorar la inteligencia emocional (IE)

Manejar las emociones de forma inteligente se considera fundamental para la propia adaptación física y psicológica. La inteligencia emocional se entiende como un conjunto de habilidades que permiten percibir, valorar y expresar emociones, acceder a ellas, comprenderlas y, por último, regularlas. La experiencia emocional puede ser vivida de dos formas distintas: la experiencia directa y la reflexión acerca de la experiencia. (Moria & Saad, 2006)

Son muchas las investigaciones que concluyen que la inteligencia emocional es un indicador útil para valorar el bienestar emocional y el ajuste psicológico de las personas. De hecho, puntuaciones altas en inteligencia emocional se asocian con una interpretación más optimista de los sucesos que ocurren, una mayor satisfacción con la vida y una mayor de salud psíquica. (Ruiz, 2015)

En un principio se pensó que la relación entre inteligencia emocional y depresión era indirecta. Sin embargo, investigaciones posteriores han mostrado que un bajo nivel de IE influye directamente en las puntuaciones que se obtienen en depresión. Asistir a cursos o

seminarios de inteligencia emocional puede ayudar a mejorar esta habilidad y, por tanto, a prevenir la depresión. . (Ruiz, 2015)

2.7.2 Practicar ejercicio

El ejercicio físico aporta muchos beneficios tanto físicos como psicológicos. Para prevenir la depresión el ejercicio físico es positivo, pues favorece la liberación de endorfinas, unas sustancias químicas que producen sensación de felicidad y euforia. (Ruiz, 2015)

Además, tanto el ejercicio cardiovascular como el trabajo de resistencia anaeróbica (por ejemplo, el trabajo con pesas) van a aportarte beneficios para tu salud física y mental. Por último, practicar ejercicio también puede mejorar la imagen que tienes de ti mismo, y esto puede ayudar a mejorar tu autoestima. Ejercitarse tres veces por semana, en sesiones de 45 minutos, puede ser suficiente para prevenir trastornos del estado de ánimo. (Moria & Saad 2006)

2.7.3 Comer sano y equilibrado

La dieta no va a curar la depresión, pero puede ayudar a que nos sintamos mejor. Comer sano y equilibrado mejora la salud y el bienestar mental, pues repercute en la salud general y, por tanto, en la salud mental. Algunos estudios afirman que la dieta mediterránea es ideal para prevenir la depresión. Esto ocurre porque es una dieta rica en folato y vitaminas del grupo B que son esenciales en las rutas metabólicas de la metionina, homocisteína y para la s-adenosil-metionina (SAM), implicadas en la biosíntesis de neurotransmisores que afectan al estado de ánimo, como la dopamina y la serotonina. (Ruiz, 2015)

Otras investigaciones afirman que comer alimentos ricos en ácidos grasos omega-3 (como sardinas, trucha o frutos secos) reduce los síntomas de la depresión. Además, comer alimentos ricos en triptófano ayuda a prevenir la depresión. Por último, es necesario evitar los alimentos grasas “trans” (como la bollería industrial), pues favorecen los síntomas depresivos. Estos participan en el aumento peso corporal y hacen a los individuos más ser infelices. (Ruiz, 2015)

2.7.4 Tener una vida social activa y practica tus hobbies

Tener una vida social activa se ha demostrado que es eficaz para prevenir la depresión. Rodearse de buenos amigos, acudir a eventos y practicar los hobbies que nos gustan, son positivos para tener una vida más plena.

Por tanto, es necesario no aislarse y salir a la calle a pasar buenos momentos. Apoyarte en tus amigos íntimos y en tus familiares, es decir, en personas que se preocupan por ti, es un factor protector de la depresión. Además, si éstos son divertidos, te harán pasar un buen rato y te transportarán a un estado de ánimo positivo y agradable. (Moria & Saad 2006)

Además, practicar nuestros hobbies da sentido a nuestras vidas. Encontrar esas actividades que nos motivan y nos hacen estar en estado de flow nos va a proporcionar momentos increíbles. De hecho, un estudio realizado en Japón demostró que aquellas personas que practicaban ejercicio físico regularmente, se alimentaban con una dieta saludable y disfrutaban de sus hobbies, eran más felices y eran menos propensos a sufrir depresión. (Ruiz, 2015)

2.7.5 Dejar de compararte con los demás y deja de pensar en lo que los demás piensan de ti

Compararse continuamente con los demás puede tener consecuencias negativas para tu autoestima. El mundo en el que vivimos nos exige ser perfectos en todo y en todo momento, incluso de manera irracional. Pero no sólo compararse con los demás es negativo, sino que es habitual estar pendientes de gustar los demás todo el tiempo.

A todos nos gusta caer bien y ser aceptados por los demás, pero muchos gastan demasiado tiempo y energía intentando gustar a otros. El desgaste psicológico de compararse con los demás y de estar pensando en agradar a todo el mundo no es sano y produce estrés innecesario. (Ruiz, 2015)

2.7.6 Vivir el presente

Vivir el presente cuida tu salud emocional y tu estado anímico. Esto parece fácil de hacer, pero habitualmente estamos con el cuerpo en el presente pero la mente en el pasado o el futuro. Aprender a vivir en el presente te ayuda a mejorar el bienestar y te protege contra la depresión. (Moria & Saad 2006)

2.7.7 Ponerse metas realistas

Incluso si se come sano, se hace deporte y se vive el presente, nada motivará más que tener un propósito en la vida o unos objetivos que conseguir. Una investigación de Blue Zones, concluyó que aquellos que tenían un propósito en la vida vivían hasta siete años más.

Ahora bien, marcarse objetivos irracionales tiene un efecto negativo en tu bienestar. Por tanto, es necesario que las metas que se marquen sean realistas. Por último, no hay que olvidar que no solamente los objetivos a largo plazo van a tener un efecto positivo, sino que, además, es necesario tener objetivos a corto plazo para seguir motivado durante el proceso, algo que frecuentemente olvidamos. (Ruiz, 2015)

2.7.8 Aceptarse y perdonarse

Aprender a perdonarse y a aceptarse a uno mismo es un aspecto importante para poder prevenir la depresión. Es decir, que es necesario perdonarnos por los errores cometidos o por las cosas que no hicimos como debíamos. El pasado no puede cambiarse, pero la percepción que tenemos sobre el pasado sí.

Aceptarse y perdonarse es una elección propia, que supone afrontar también nuestro pasado y nuestro presente, aprendiendo a convivir con aquello que no podamos cambiar y asumiendo una actitud positiva ante la vida. Esto no es una tarea fácil, pero es posible. (Moria & Saad 2006)

2.7.9. Evitar el alcohol y las drogas

El alcohol es una droga de legal y socialmente aceptada que puede parecer inofensiva. La realidad es que, consumida de manera frecuente, puede causar problemas serios para la salud. Otras drogas como la marihuana, que también son catalogadas como drogas blandas, pueden provocar trastornos depresivos. (Moria & Saad 2006)

Pero no sólo el consumo prolongado de estas sustancias es perjudicial, sino que ir drogado o bebido puede llevarte a cometer acciones de las que después puedes arrepentirte. Por tanto, no se debería consumir drogas ilegales, pero si se consume alcohol, que sea con moderación. (Moria & Saad 2006)

2.7.10 Dormir lo necesario

Una buena higiene del sueño afecta positivamente a tu bienestar emocional. Perturbar los ritmos circadianos se asocia a la depresión, y resincronizar los utilizando suplementos de melatonina se ha demostrado que tiene un efecto antidepresivo. Si el horario laboral lo permite, se debe intentar tener hábitos que te ayuden a dormir mejor. (Ruiz, 2015)

2.8. Tratamiento de la depresión

La revisión de estudiosos e investigadores psicoterapeutas como:

Skinner nos aportan con datos coherentes con el objetivo que nos asiste: “En la terapia del comportamiento, las conductas poco adaptativas son aprendidas por los jóvenes a través de su interacción con el medio. La terapia consiste en eliminar los síntomas del joven, haciendo que este desaprenda la conducta no adecuada y aprenda una nueva conducta incompatible con la primera. La conducta debe ser explicable, predecible y modificable atendiendo a las relaciones funcionales con sus antecedentes y consecuentes ambientales. El modelo de trabajo de Skinner supone el desarrollo de leyes específicas del comportamiento sobre el que se asentarán las directrices de la intervención. La terapia está diseñada para ayudar al joven a identificar, probar la realidad y corregir creencias disfuncionales, por ello es colaborativa y se enfatiza el papel activo del estudiante”. (Satander & Tisalema, 2013)

Robinson: “Tenemos que repensar radicalmente nuestra visión de la inteligencia. Sabemos tres cosas sobre la inteligencia: una, es diversa, pensamos en el mundo en todas las formas en que experimentamos. Pensamos visualmente, pensamos en sonidos, pensamos de manera kinestésica. Pensamos en términos abstractos, pensamos en movimiento. En segundo lugar, la inteligencia es dinámica. Si nos fijamos en las interacciones de un cerebro humano, la inteligencia es maravillosamente interactiva. El cerebro no está dividido en compartimentos. De hecho, la creatividad, la cual defino como el proceso de tener ideas originales que tienen valor, la mayoría de las veces no se logra sino por medio de la interacción de diferentes formas disciplinarias de ver las cosas. El cerebro es intencionadamente un árbol de nervios que une las dos mitades del cerebro llamado el cuerpo calloso, y es más grueso en las mujeres, por ello son mejores para las multitareas.” (Satander & Tisalema, 2013)

2.8.1 Medicamentos

Hay varios tipos de medicamentos antidepresivos utilizados para tratar trastornos depresivos. Por lo general, el efecto terapéutico completo de los medicamentos antidepresivos no se observa inmediatamente. Hay que tomarlo en dosis adecuadas por 3 o 4 semanas, y en algunos casos lleva hasta 8 semanas, para que se produzca el efecto completo. Sin embargo a veces se empiezan a ver mejorías en las primeras semanas. (Guía Clínica AUGE, 2013)

Es posible que el paciente se sienta tentado a dejar de tomar el medicamento prematuramente. Él puede sentirse mejor y pensar que ya no lo necesita. Es importante seguir tomando el medicamento hasta que éste tenga oportunidad de actuar en el organismo. Una vez que el paciente se sienta mejor, es importante continuar el medicamento por 4 a 9 meses para prevenir una recaída de la depresión. Algunos medicamentos deben dejar de tomarse gradualmente (es decir reduciendo la dosis poco a poco) para dar tiempo a que el organismo se adapte y para prevenir síntomas de abstinencia. (Chinchilla, 2008)

Los medicamentos antidepresivos tricíclicos y tetracíclicos, ISRS (inhibidores selectivos de recaptura de serotonina), IRDN (inhibidores de recaptura de dopamina/norepinefrina), IRSN (inhibidores de recaptura de serotonina/norepinefrina), Moduladores de serotonina,

Modulador de NE-serotonina (Inhibidor noradrenérgico de la serotonina), IMAO (inhibidores de mono-aminooxidasa), ISRN (Inhibidores selectivos de la recaptura de noradrenalina) que han demostrado eficacia clínica.

Los medicamentos antidepresivos no crean hábito. Pero deben ser supervisados cuidadosamente por el médico para determinar si se están dando en una dosis correcta (Kmetz, Overholser & But, 2011).

2.8.2 Psicoterapias

Muchas formas de psicoterapia, incluso algunas terapias a corto plazo (10-20 semanas), pueden ser útiles para los pacientes deprimidos. Las terapias "de conversación" ayudan a los pacientes a resolver sus problemas analizar sus problemas. Los profesionales de la psicoterapia que utilizan una terapia "de comportamiento" procuran ayudar a que el paciente encuentre la forma de obtener más satisfacción a través de sus propias acciones. También guían al paciente para que abandone patrones de conducta que contribuyen a su depresión o que son consecuencia de su depresión. (Bogard, 2013)

Se conocen dos terapias importantes la terapia interpersonal y de la cognitiva-conductual. Los terapeutas interpersonales se concentran en los problemas en las relaciones con los otros que causan y agravan la depresión. Los terapeutas cognitivo-conductuales ayudan a los pacientes a cambiar los estilos negativos de pensamiento y comportamiento que se asocian con la depresión.

Las terapias dinámicas o "de insight", que se usan en ocasiones para tratar personas deprimidas, apuntan a ayudar al paciente a resolver sus conflictos. Estas terapias a menudo se reservan para casos en que los síntomas depresivos han mejorado bastante. (Chinchilla, 2008)

2.8.2.1 Tratamiento psicoterapéutico

La depresión, implica una serie de factores biopsicosociales complejos, aunque en la mayoría de los cuadros depresivos la relevancia de los factores biológicos, obliga a un tratamiento psicofarmacológico pautado.

El tratamiento de la depresión en adolescentes, requiere de una serie de características específicas como son: Gran flexibilidad por parte del psicoterapeuta.

Paciencia y empatía (al adolescente le resulta difícil poder mantener una conversación sobre sus problemas de forma unipersonal y con un adulto) Capacidad para generar un clima de confianza, que no induzca a vivir la psicoterapia de una forma intrusiva o controladora, hecho que conllevaría una no colaboración implícita o explícita. (Chinchilla, 2008)

Precisamente, estas son algunas de las razones por las cuales en ocasiones se opta por un tratamiento grupal (unidades de tratamiento de trastornos de la alimentación, por ejemplo.) (GARCIA, 2012)

2.8.2.2 Terapia cognitiva

Desarrollada por Aaron Beck en 1.979, propone pautas específicas para el tratamiento de la depresión. Se basa en la idea de que la depresión posee una serie de síntomas producidos por distorsiones cognitivas.

La terapia cognitivo conductual se centra en la resolución de objetivos concretos mediante la de terapeuta y paciente. Como estrategia, se manejan tres componentes: Didáctico (genera expectativas positivas como medio de aumentar la adherencia al tratamiento) Semántico (identificación y sustitución de pensamientos disfuncionales) Cognitivo o conductual (reducción de la frecuencia de pensamientos negativos). (GARCIA, 2012)

2.8.2.3 Terapia conductual

La Terapia de Conducta trabaja con la modificación de las conductas depresivas. Se llega al cambio conductual mediante el cambio en los sistemas de recompensa y castigo. Las fases incluyen: Análisis funcional de la conducta. Selección de conductas específicas. Registros. Entrenamiento en relajación. Entrenamiento en asertividad. Control de la conducta estado de ánimo. Detención, retraso y sustitución de pensamientos disfuncionales (Chinchilla, 2008)

2.7.2.4 Terapia interpersonal

Centrada en interacciones interpersonales y en el entorno psicosocial como centro del tratamiento. Se utiliza la psicoeducación de la depresión en general. La definición de los problemas en función de los cuales se seleccionan tratamientos específicos son: Técnicas exploratorias directas e indirectas. Facilitación del afecto. Análisis de clarificación. Uso de la relación terapéutica. (GARCIA, 2012)

2.7.2.5 Terapia introspectiva

La palabra introspección proviene del latín “introspicere” que significa “mirar en el interior”. En términos generales la introspección es el repaso que la persona hace del contenido de la memoria: recuerdos o experiencias en términos sensoriales, imaginativos o afectivos de conductas y situaciones.

Los cuales son compartidos con el profesional de salud en función de identificar si alguna de estas situaciones pudo desembocar en una alteración conductual.

2.8.2.6 Aplicación de principios psicoterapéuticos

Psicoanálisis: Las principales técnicas propuestas por autores especializados son: Entrevistas exigidas, Psicoterapia breve o de larga duración, Psicoterapia breve de provocación de ansiedad, Psicoterapia dinámica de tiempo limitado, Terapia expresiva y de apoyo. (Chinchilla, 2008)

La aplicación de dichas terapias deben ser encaminadas a la mejoría biológica y social del paciente, en tanto que de existir comorbilidades se debe buscar sinergismo entre los fármacos a instaurar en el tratamiento. La evaluación para aplicar dichos principios debe ser encaminada en torno al riesgo de empeoramiento del paciente y en relación a la gravedad de los síntomas.

2.8.2.7 El ejercicio y el deporte

El Colegio Americano de Medicina del Deporte - ACSM (2007) clasifica el ejercicio o el deporte en tres tipos: a) cardiorrespiratorio (aeróbico); b) fuerza o resistencia muscular; c) flexibilidad. La mayoría de los estudios realizados para verificar la influencia del ejercicio sobre el área emocional del ser humano, utilizaron actividades aeróbicas como la carrera, natación o ciclismo. Algunos realizaron ejercicios anaeróbicos (entrenamiento de fuerza). No fueron utilizados ejercicios de flexibilidad.

El deporte utilizado en las investigaciones, son actividades deportivas, individuales o colectivas, que poseen una reglamentación a nivel internacional, practicados desde las escuelas deportivas, el deporte adulto recreativo, así como el de alto rendimiento.

2.8.2.7.1 Ejercicio, deporte y Depresión

El ejercicio y el deporte han sido considerados, ya hace cierto tiempo, como una medida higiénica (Antonelli, 2010; Becker Jr., 2011 a; 2014). Desde una óptica opuesta, algunos investigadores (Doyle, 2005), llegaron a la conclusión que la falta de ejercicio es un factor importante para la aparición de síntomas de depresión. La posibilidad de reducción de los síntomas de ansiedad y depresión por medio del ejercicio, contribuyó para que varios psicoterapeutas comparasen el ejercicio con diversos tipos de psicoterapias tradicionales, demostrando que tanto el ejercicio aeróbico como anaeróbico presentan un valor similar a cualquier procedimiento de psicoterapia tradicional. Martinsen y colegas (2007), revisando 2 estudios quasi-experimentales y 10 experimentales de intervenciones del ejercicio sobre pacientes depresivos señalaron que el ejercicio aeróbico es suficiente para reducir la depresión unipolar sin melancolía y/o conductas psicóticas.

El ejercicio físico puede ser una alternativa al tratamiento o una ayuda en un tratamiento con dispositivos tradicionales de psicoterapia en las formas unipolares de depresión leve o moderada. Existen dudas si diferentes intensidades en el ejercicio y el deporte presentan beneficios emocionales diferentes a sus practicantes. De acuerdo con el ejercicio debe ser riguroso para estar asociado con un beneficio emocional. No obstante, se verificaron que el ejercicio moderado ofrece al ser humano un beneficio emocional igual al ejercicio vigoroso.

Por otro lado, el ejercicio de alta intensidad, no reducen la depresión y determinan aumento de la tensión, irritación, fatiga y disturbios del carácter. (Martinsen, 2007)

Un resumen de la consideración (Statement) realizada por los directivos de la International Society of Sport Psychology – ISSP(2002), refiere:

El proceso del ejercicio, ya sea de corta o larga duración, causa un bienestar mental y mejoría psicológica. La actividad física es causante de una mejora en la autoestima que produce beneficios en la hipertensión, osteoporosis, crisis diabéticas y varios trastornos psiquiátricos. Es una forma efectiva como otras formas de psicoterapia para el paciente depresivo. Los beneficios individuales del ejercicio incluyen: a) reducción de la ansiedad-estado; b) reducción a niveles mínimos y moderados de la depresión; c) reducción de los niveles de estrés; d) reducción de los niveles de neurosis; e) colabora en el tratamiento de la depresión severa; f) beneficia psicológicamente a ambos sexos y a todas las edades.

2.9. Escala de Zung

La escala de Zung para depresión se diseñó para determinación de severidad de un episodio depresivo mayor (EDM) en pacientes psiquiátricos hospitalizados y se publicó en 1965 (Luis Díaz 2005)

Ha sido validada en otras poblaciones y ha mostrado una sensibilidad que oscila entre el 92% y 95%, y una especificidad entre 74% y 87,5% (Campo & Arias 2005)

La escala de Zung para depresión (EZ-D) es un instrumento autoadministrado, que consta de veinte ítems que se diligencian marcando con una equis la frecuencia de los síntomas durante los últimos quince días y dos últimas semanas. Da puntuaciones de uno a cuatro para cada ítem y globales entre veinte y ochenta. Tradicionalmente, las puntuaciones iguales o superiores a cuarenta se consideran síntomas depresivos con importancia clínica o sugestiva de un EDM. Por lo general, el puntaje se multiplica por 1,25, a fin de obtener puntuaciones entre 25 y 100, donde 50 puntos o más (punto de corte) sugieren EDM.

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 un 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 2 a sistemas psicomotores. (Chinchilla, 2008)

5. Materiales y Métodos

Tipo de estudio:

El presente trabajo es de tipo descriptivo, transversal con enfoque cuantitativo.

Periodo y lugar en donde se desarrollara la investigación:

Se realizó en el colegio 27 de Febrero de la ciudad de Loja, ubicado en el Barrio Santa Teresita en las calles Tomas Rodrigo Torres y Kenedy, en el periodo Mayo 2015 a Enero 2016.

Universo:

El universo del presente estudio fue de 365 estudiantes matriculados en los años décimo, primero y segundo de bachillerato del colegio 27 de Febrero de la ciudad de Loja en el periodo Septiembre 2015 a Julio 2016.

Muestra:

Se tomó como muestras 266 alumnos que se encontraban entre las edades de 14 a 16 años del colegio 27 de Febrero de la ciudad de Loja en el periodo Septiembre 2015 a Julio 2016.

Criterios de inclusión:

- Edad entre 14 a 16 años
- Que al momento del estudio se encuentre asistiendo a clases.
- Que acepte participar
- Acepte el consentimiento informado

Criterios de exclusión:

- Que presente patología Psiquiátrica
- No acepte participar en la encuesta
- Cuestionarios incompletos

- Que no haya asistido el día de la encuesta.

Instrumentos:

La presente investigación se realizó en el colegio 27 de Febrero en los estudiantes de 14 a 16 años para la obtención de los datos de la presente investigación, para cumplir los objetivos específicos planteados, se construyó una encuesta que consta en el anexo 1 el mismo que fue validado previamente, consta de datos generales, familiares, socioeconómicos, hábitos y una segunda parte lo complete con la aplicación de una escala denominada de Zung el mismo que me permitió el Tamizaje de la depresión. Los resultados obtenidos mediante las respuestas se determinaron a través de datos estadísticos que contribuyeron para el análisis de este tema, lo que permitió obtener datos reales.

Menor o igual 28	Ausencia de depresión
Entre 28 y 41	Depresión leve
Entre 42 y 53	Depresión moderada
Mayor o igual 53	Depresión grave

Procedimientos:

Para realizar la ejecución del presente trabajo de investigación se envió un oficio al rector del colegio 27 de Febrero quien me facilitó la entrada a la institución en donde se realizó la recolección de datos.

Luego procedí a la aplicación de las encuestas a los adolescentes que nos dieron su consentimiento informado.

Finalmente con los datos obtenidos se llevó a cabo la tabulación en relación a las variables planteadas mediante el programa estadístico SPSS, posteriormente se procedió a presentar y registrar los resultados en las respectivas tablas y detallar su respectivo análisis.

Luego con los datos obtenidos se elaboraron las conclusiones y recomendaciones respectivas.

Para cumplir con el tercer objetivo (Anexo 5) construí una propuesta basada en los resultados obtenidos y revisión bibliográfica.

Finalmente el resultado del presente trabajo se analizó y se concluyó con la realización de la entrega de un tríptico (Anexo 4) con aspectos frecuentes y recomendaciones, al personal involucrado en la comunidad educativa.

Análisis de datos

Los datos fueron ingresados al programa Microsoft Excel 2013, posterior a ello se exportaron al software estadístico SPSS versión 24, a través del cual se hizo el análisis estadístico utilizando la razón de prevalencia con un intervalo de confianza del 95%, para los estadísticos de frecuencia, prueba de Chi cuadrado y valor de p para establecer la significancia estadística, la V de Crammer para establecer la magnitud del efecto y/o la fuerza de la dependencia, y el Odds Ratio (OR), este último proceso fue donde se estableció si las variables dependiente e intervinientes eran factores de riesgo, protectores o son indiferentes. La prevalencia fue determinada a través de la siguiente fórmula:

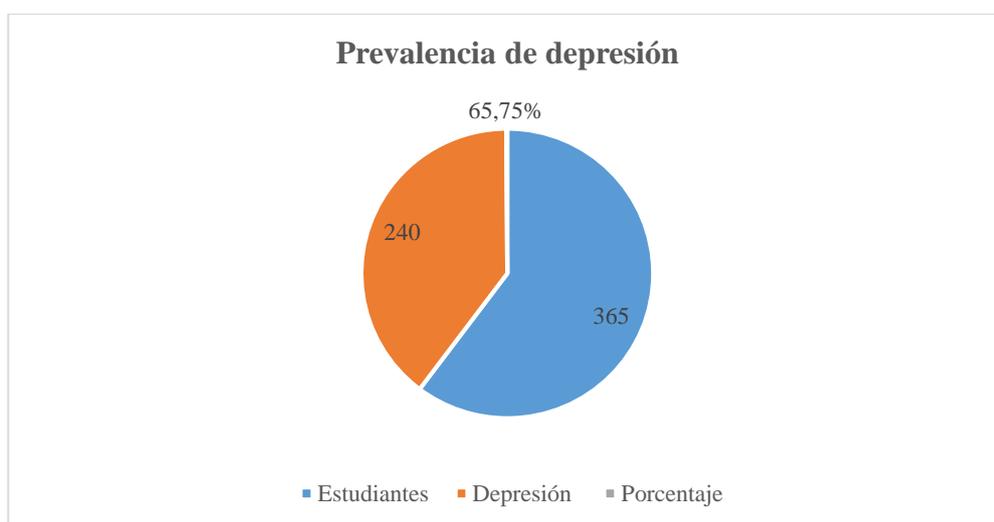
$$\text{Prevalencia} = \frac{\text{Número de casos de una enfermedad en un momento determinado}}{\text{Población total en estudio en ese momento}} \times 100$$

$$\text{Prevalencia} = \frac{240}{365} \times 100 = 65.75\%$$

5. Resultados

6.1 Prevalencia de depresión en el colegio 27 de Febrero de la ciudad de Loja

Grafico N°1



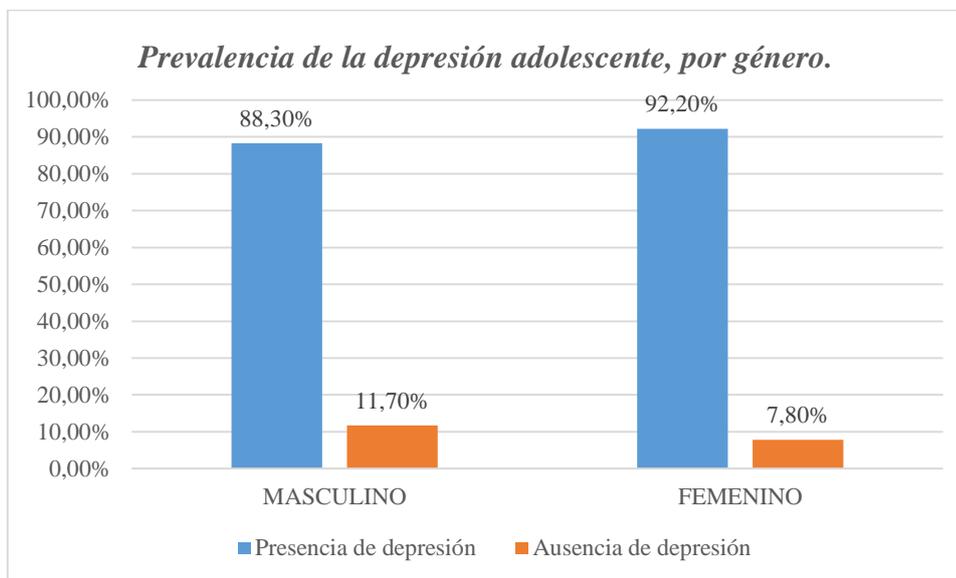
FUENTE: Información obtenida mediante el test de Zung en los adolescentes de la Unidad Educativa 27 de Febrero
ELABORACION: Cristina Yasmin Jadán López

Análisis e interpretación

Podemos observar que de 365 estudiantes encuestados 240 presentan depresión con una prevalencia del 65.75%

6.2. Prevalencia de depresión de acuerdo al sexo y edad de los adolescentes 14 a 16 años del colegio 27 de febrero de la ciudad de Loja

Gráfico N° 2

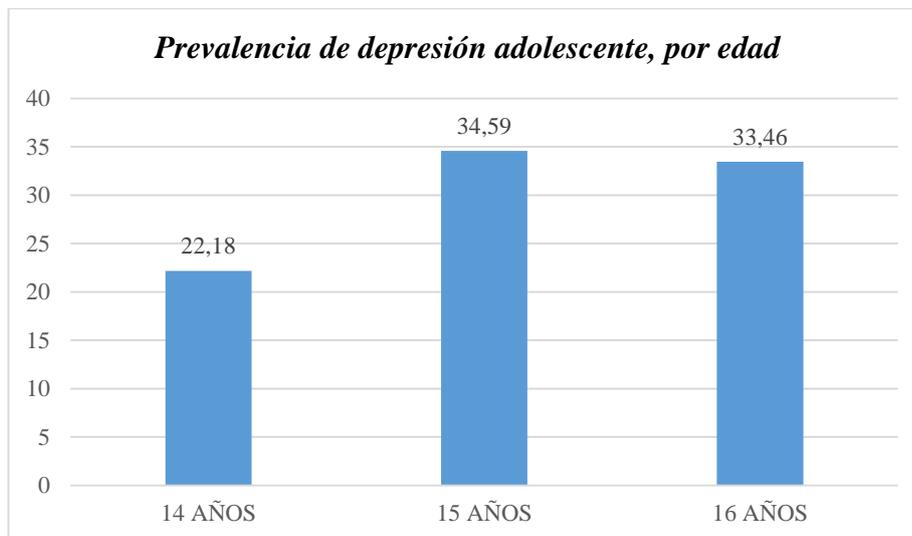


FUENTE: Información obtenida mediante el test de Zung en los adolescentes de la Unidad Educativa 27 de Febrero

ELABORACION: Cristina Yasmin Jadán López

Análisis e interpretación

Se puede observar que se tiene mayor prevalencia de jóvenes con depresión participantes en el estudio son las mujeres con el 92.20% y los hombres 88.30 %, aunque la diferencia es mínima, y se presenta una relación de mujeres y hombres de 1.5:1 respectivamente.

Gráfico N° 3

FUENTE: Información obtenida mediante el test de Zung en los adolescentes de la Unidad Educativa 27 de Febrero
ELABORACION: Cristina Yasmin Jadán López

Análisis e interpretación

Las edades de los adolescentes con depresión, tenemos una prevalencia de la categoría de 15 años del 34.59 % de 16 años 33.46%, y de 14 años con el 22.18%.

6.3. Análisis inferencial del problema estudiado

De acuerdo a los objetivos de la investigación, se ha procedido a la construcción de tablas de contingencia para establecer si existe o no relación y/o asociación entre la depresión con factores tales funcionalidad familiar, sociodemográficos, hábitos (alcohol, tabaco, drogas), para ello ha sido importante calcular el valor de Chi cuadrado; encontrar el p valor; la magnitud del efecto con el dato calculado de la V. Cramer; la fuerza de la relación con la razón de oportunidades o razón de ventajas conocida también como la Odds Ratio (OR), lo cual nos permitirá ver si existe relación significativa entre variables y si esta relación es determinada como protección o riesgo. Los resultados de los cruces de variables se detallan en los cuadros subsiguientes:

Tabla N°1

Relación entre el nivel de instrucción y la presencia de depresión en los adolescentes.

Instrucción	Frecuencia	Porcentaje
Básica	126	52,08%
Bachillerato	115	47,92%
Total	240	100%

FUENTE: Recopilación de información de los adolescentes de la Unidad Educativa 27 de Febrero de Loja

ELABORACION: Cristina Yasmin Jadán López

Análisis e interpretación:

En lo referente a la relación entre las categorías de nivel de estudio del adolescente, es un elemento sociodemográfico de la población en estudio, se tiene mayor proporción en la categoría de instrucción básica (52,08%) y con una diferencia reducida comparada con la categoría de nivel de estudio bachillerato (47,92%); así mismo, en cuanto a la asociación entre variables se procedió al cálculo del valor de Chi cuadrado, de igual manera se determinó el valor de $p > 0,05$ (0,489), lo cual determina que no existe una relación estadísticamente significativa entre el nivel de estudio y la presencia de depresión.

Tabla Nro. 2***Relación entre la tipología familiar y la presencia de depresión en los adolescentes.***

Tipología Familiar	Frecuencia	Porcentaje
Nuclear	68	28,33%
No Nuclear	172	71,67%
Total	240	100%

FUENTE: Recopilación de información de los adolescentes de la Unidad Educativa 27 de Febrero de Loja**ELABORACION:** Cristina Yasmin Jadán López**Análisis e interpretación:**

En lo concerniente a la tipología familiar encontramos que el 71.67% de estudiantes provienen de familias no nucleares y el 28.33% de familias nucleares no se tuvo diferencia proporcional; el valor de Chi cuadrado es muy bajo por la no asociación, de igual manera se determinó el valor de $p > 0,05$ (0,997), lo cual determina que no existe una relación estadísticamente significativa entre la tipología familiar y la presencia de depresión

Tabla Nro. 3

Relación entre el consumo de drogas y la presencia de depresión en los adolescentes, en cada grupo etario.

14 años	Presencia de Depresión	Porcentaje	Ausencia de depresión	Porcentaje
SI	10	4,17%	0	0,00%
NO	49	20,42%	9	34,62%
Total 14 años	59	24,59%	9	34,62%
15 años				
SI	13	5,42%	0	0%
NO	79	32,92%	3	11,54%
Total 15 años	92	38,34%	3	11,54%
16 años				
SI	18	7,50%	10	38,46%
NO	71	29,58%	4	15,38%
Total 16 años	89	37,08%	14	53,84%
TOTAL EDADES	240	100%	26	100%

FUENTE: Recopilación de información de los adolescentes de la Unidad Educativa 27 de Febrero de Loja

ELABORACION: Cristina Yasmin Jadán López

Análisis e interpretación:

Haciendo alusión a los tres grupos etarios como influye en el consumo de drogas y la consecuente presencia de depresión, se determina que existe una relación estadística significativa en el grupo etario de 16 años, calculando el valor de Chi cuadrado, se ha encontrado un valor de $p < 0,05$ (0,047), lo cual determina que si existe una relación estadísticamente significativa en el grupo etario edad (16 años) entre el consumo de drogas y la presencia de depresión.

Los adolescentes del grupo de edad 16 años que consumen drogas tienen 160,10% más la probabilidad y/o riesgo de presentar depresión con los adolescentes que consumen drogas en este mismo grupo etario.

Tabla Nro. 4

Relación entre el consumo de tabaco y la presencia de depresión en los adolescentes, en cada grupo etario.

14 años	Presencia de Depresión	Porcentaje	Ausencia de Depresión	Porcentaje
SI	39	16,25%	9	34,62%
NO	20	8,33%	0	0,00%
Total 14 años	59	24,58%	9	34,62%
15 años				
SI	5	2,08%	0	0%
NO	87	36,25%	3	11,54%
Total 15 años	92	38,33%	3	11,54%
16 años				
SI	4	1,67%	0	0,00%
NO	85	35,42%	14	53,45%
Total 16 años	89	37,09%	14	53,45%
TOTAL	240	100%	26	100%
EDADES				

FUENTE: Recopilación de información de los adolescentes de la Unidad Educativa 27 de Febrero de Loja
ELABORACION: Cristina Yasmin Jadán López

Análisis e interpretación:

En lo referente a los tres grupos de edad y su relación con el consumo de tabaco y la consecuente presencia de depresión, se determina que existe una relación estadística significativa en el grupo de edad de 14 años; así mismo, se ha logrado establecer asociación entre variables con el cálculo del valor de Chi cuadrado con un valor de $p < 0,05$ (0,031), lo cual determina que si existe una relación estadísticamente significativa en el grupo etario edad (14 años) entre el consumo de tabaco y la presencia de depresión.

Los adolescentes del grupo de edad 14 años que consumen tabaco tienen 23,70% más la probabilidad y/o riesgo de presentar depresión con los adolescentes que no consumen tabaco en este mismo grupo etario.

Tabla Nro. 5

Relación entre el consumo de alcohol y la presencia de depresión en los adolescentes, en cada grupo etario.

14 años	Presencia de Depresión	Porcentaje	Ausencia de Depresión	Porcentaje
SI	45	18,75%	4	15,38%
NO	14	5,83%	5	19,23%
Total 14 años	59	24,58%	9	34,61%
15 años				
SI	48	20,00%	2	8%
NO	44	18,33%	1	3,85%
Total 15 años	92	38,33%	3	11,54%
16 años				
SI	58	24,17%	12	46,15%
NO	31	12,92%	2	7,69%
Total 16 años	89	37,09%	14	53,84%
TOTAL	240	100%	26	100%
EDADES				

FUENTE: Recopilación de información de los adolescentes de la Unidad Educativa 27 de Febrero de Loja
ELABORACION: Cristina Yasmin Jadán López

Análisis e interpretación:

De igual forma en cuanto a los tres grupos de edad y su relación con el consumo de bebidas alcohólicas y la consecuente presencia de depresión, se ha realizado por separado este análisis determinándose que si hay relación con el consumo de alcohol pero no es estadística significativa en los diversos grupos de edad; en este contexto, no hay asociación entre variables y los valores de Chi cuadrado, se ha encontrado valores mayores de $p > 0,05$.

6.4 Propuesta de prevención de la depresión en el Colegio 27 de Febrero de la ciudad de Loja

Para cumplir con el tercer objetivo planteado, luego de analizar los resultados obtenidos se realiza una Propuesta de Prevención de la Depresión en la cual se propone la inserción de programas específicos a través de actividades extracurriculares como la Cultura Física, además de implementar charlas motivacionales para que así reconozcan los adolescente sus potenciales esto servirá para aumentar las competencias físicas, cognitivas y afectivas para lograr una sana convivencia escolar y familiar pacífica donde se aumente el bienestar personal y social, la calidad de vida del joven y evite daños en la salud mental. En cultura física se tiene la oportunidad de estimular la producción de endorfinas que provocan una sensación de bienestar natural para que los estudiantes se mantengan saludables y conformes con los cambios en su cuerpo. Mientras estos docentes moldean la personalidad de los estudiantes a través de la interrelación también están en capacidad de detectar todo tipo de actitudes no solo depresivas, sin embargo las expresiones que interesan a nuestro estudio y que son claves para una intervención profesional pueden ser: “me odio”, “desearía estar muerto”, “todo el mundo se burla de mí”, “nadie se preocupa por mí”, “siempre se meten conmigo”, “estoy cansado de vivir”, “no puedo más”, además de brindarles una atención de especialidad y educando a los padres para la aceptación de tratamientos farmacológicos a los estudiantes que lo requieran. (Anexo 5)

7. Discusión

Los resultados obtenidos en el presente trabajo investigativo indican que de un total de 266 estudiantes del colegio 27 de febrero, 240 presentan algún tipo de Depresión, por lo que estamos frente a una población que requiere atención prioritaria ya que es un caso de salud mental que puede ser desencadenante y afectar a toda una población infanto-juvenil en desarrollo.

La prevalencia de la depresión en esta Institución corresponde al 65.75% según la escala de Zung, cuyos resultados se relaciona con datos obtenidos en el estudio de tipo descriptivo, transversal, realizado por Ferrel Ortega, F.; Vélez Mendoza, J.; Ferrel Ballestas, L.(2014) denominado “Factores psicológicos en adolescentes escolarizados con bajo rendimiento académico: depresión y autoestima” realizado en la ciudad de Santa Martha-Colombia, estudió a 629 estudiantes y muestra intencional de 210 adolescentes de ambos sexos, de 14 a 16 años; se les aplicó la Escala de Zung para Depresión, obtienen los siguientes resultados, prevalencia del 68% de depresión. Otro estudio de tipo transversal, comparativo y observacional realizado por Ceballos Rivera, Jaime Jonathan; Ochoa Muñoz, Josefina; Cortez Pérez, Elizabeth (2010), “Depresión en la adolescencia. Su relación con actividad deportiva y consumo de drogas” realizado en México, en donde seleccionaron 324 estudiantes de 15 a 18 años a quienes se les aplicó el Inventario para depresión (de Beck) la prevalencia de depresión fue de 62.4%.

En cuanto al género encontramos en el estudio un mayor número de hombres 137 con relación a las mujeres 129, con una prevalencia de depresión en mujeres 92.20% y en hombres 88.30% con una relación de 1.5:1 respectivamente, por lo que tendría relación a lo que menciona (Ruiz 2005): la mayor prevalencia de depresión es en mujeres a razón de 2:1; se puede correlacionar con un estudio realizado por Tatiana Quezada (2014) “Comparación entre el test de Hamilton y Beck para determinar mayor eficacia diagnóstica de depresión, aplicado a estudiantes de medicina de la Universidad nacional de Loja” es un estudio descriptivo, transversal en donde se estudiaron 180 alumnos, mediante la escala de Hamilton se encontró que las mujeres presentaban el 31% depresión y el 29.8% depresión en Hombres con una relación de 2:1 en mujeres y hombres respectivamente.

El consumo de sustancias tóxicas por parte de los adolescentes se relaciona con múltiples factores personales, familiares y sociales (González-Calleja 1996; Caballero, 2005; Cortés, 2005; Pérez-Milena, 2010; 2012). A grandes rasgos, se podría diferenciar los factores relacionados con el consumo en individuales y sociales, subdividiéndolo a su vez el entorno social en dos niveles: macro social (que agrupa las influencias que operan en un contexto más amplio) y micro social (que hace referencia al entorno más inmediato del individuo) (Botvin, 2005).

De acuerdo al proyecto de Ley de Prevención de Drogas (2015) del Consejo de Sustancias Estupefacientes y las acciones implementadas, entre las cuales se resalta la realización de investigaciones cuantitativas y cualitativas de todo el fenómeno de las drogas, en el cual se realizó una distribución de una muestra de los jóvenes, abarcando a encuestados de todas las edades, todos los niveles educativos, con la presencia del 50% de género masculino y femenino. Uno de los resultados de impacto producto de la comparación de los años 2005, 2008 y 2012, ve un decremento en la declaración del uso y consumo de alcohol y cigarrillo, así como en el comparativo de los estudios de la región. El motor en que se ha retrasado la edad de inicio de consumo de drogas, a excepción de pasta base de cocaína, en el 2005 era 14,50 años; en el 2012 de 14,30 años, es decir, que los adolescentes que declararon haber usado estas sustancias lo hicieron a edad más temprana, indicador relevante por cuanto la pasta base tiene una composición nociva para la fisiología humana.

En el presente estudio la edad de riesgo en cuanto al consumo de tabaco son los 14 años de edad, en lo que tiene que ver a drogas los 16 años, en cuanto bebidas alcohólicas estadísticamente no fue significativa. Pese a lo que determinó la relación estadística entre los hábitos de consumo de alcohol, tabaco y drogas, así como los referente a lo sociodemográfico, las proporciones son considerables, lo cual tiene relación directa con lo encontrado por el CONSEP (2015). Otro estudio realizado por Maita Marcia, Loja Ana, Rosa Lupercio (2015) tipo descriptivo- cuantitativo, siendo el universo de estudio 223 estudiantes se tomó una muestra de 185, “Factores que influyen en el consumo de estupefacientes, alcohol y tabaco en adolescentes de 15 - 18 años de edad, de la Unidad Educativa Fiscal “Francisco Febres Cordero” se encontró que el 51% de adolescentes consumen estupefacientes, tabaco y alcohol a los 16 años la edad, el 25% de 18 años, 19% de 15 años, en cuarto lugar se encuentran los de 17 años y por último el 10% son estudiantes de 19 a 21

años, lo que demuestra que a una edad temprana empiezan a consumir este tipo de sustancias.

Los datos resultantes definieron que existe buena relación médico adolescente de la Unidad Educativa 27 de Febrero. Con lo expuesto se debería esperar una adecuada intervención de motivación y retroalimentación sobre los aspectos causales de depresión, ya que estas interacciones son un punto clave en el cumplimiento de apoyo para que los adolescentes no acrecienten tal consumo.

En el presente estudio existe relación significativa entre la edad y el consumo de drogas y tabaco.

8. Conclusiones

Producto de los resultados, el análisis e interpretación de los mismos en la investigación presente, se ha llegado a concluir en lo siguiente:

- En cuanto a la población participante e involucrada, la mayor proporción de personas se corresponde al género masculino con el 51.50%; el grupo etario con mayor participación se encuentra en los 16 años que corresponde al 38.72% y se hallan en primer año de bachillerato. Encontrándose una prevalencia de Depresión de 65.75%.
- En lo que tiene que ver a la prevalencia de depresión por edad y sexo, se encuentra en las mujeres 92.20% y los hombres 88.30% con una relación de 1.5:1 respectivamente y el grupo etario con mayor depresión es el de 15 años con el 34.59%.
- Haciendo mención a la asociación de los factores de riesgo como familiares y socioeconómicos no se encontró relación alguna con la presencia de depresión en cambio con lo que se refiere a los hábitos: consumo de drogas, tabaco y alcohol, existen porcentajes considerables de adolescentes que ya se han iniciado estas prácticas sociales como las drogas el 25.9%, tabaco 21.4% y alcohol 63.50%, y la asociación estadística entre las variables en estudio, planteadas en el segundo objetivo, se tiene relación o significancia estadística con $p < 0,05$ (0,047) en el consumo de drogas en la edad de 16 años y consumo de tabaco con $p < 0,05$ (0,031) en la edad de 14 años.

9. Recomendaciones

Este es un proceso investigativo que orientará su accionar en la producción de conocimiento; con lo expuesto y producto del presente estudio me permito recomendar lo que a continuación detallo:

- A la institución educativa 27 de Febrero se recomienda brindarles tutorías acerca de la depresión a los docentes para que de esta manera estén capacitados y así puedan reconocer un estudiante con sintomatología depresiva, y ser enviado a recibir un tratamiento de especialidad.
- A los dirigentes de cada paralelo de la presente institución, evalué los factores protectores y de riesgo, individuales, biológicos y sociales, para la presencia de depresión en los adolescentes de 14, 15 y 16 años, desde la dinámica familiar y el entorno de su institución educativa.
- Se recomienda al Departamento de Consejería Estudiantil, realizar de manera continua, la propuesta realizada que se adjunta en el Anexo 5, y así continuar promoviendo metas educativas guiando al adolescente al alcance de su potencial contribuyendo a su desarrollo físico, psíquico y afectivo.

10. Bibliografía

Afifi M. (2006) *Positive health practices and depressive symptoms among high school adolescents in Ornan*. Singapore Med J; 960-966.

Astudillo Sarmiento, Mónica Alexandra, Inga Bravo & Andrés Esteban (2016), “*Frecuencia de ansiedad y depresión en niñas y adolescentes de la casa de acogida "Miguel León" del Cantón Cuenca-Ecuador*”

Obtenido: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/25503/1/TESIS.pdf>

Antonelli, F. (2010) Potencialización psicoprofiláctica e psicoterapéutica dello sport. *Rev. de Medicina dello Sport*, 27 (8) 272-274.

Benjet C. Borges G, Medina-Mora MA, Fleiz-Bautista C & Zambrano-Ruiz, JA (2004) *La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento*. Salud Pública México; 417-424.

Cova, Melipillan, Valdivia & Bravo, (2007) Comparison of state anxiety level of runners and sedentaries. *VI World Congress in Sport Psychology – Proceedings*. Copenhagen : ISSP.

Corbí, B., & Pérez Nieto, M. Á. (2011). Relación entre impulsividad y ansiedad en los adolescentes. Tetuán-Madrid-España.

Czemick G, Dabski M, Canteros J & Almiron L M. (2006) *Ansiedad y depresión en adolescentes de la ciudad de Corrientes*. CIMEL; (11): 16-19.

Chinchilla Moreno, Melipillan-AR, Valdivia-P M. Bravo-G E. & Valenzuela-Z B. (2008) *Sintomatología depresiva y ansiosa en estudiantes de enseñanza media*. Rev, Chilena Pediatría; 151-159.

Candido-Oliveira & Scheuer-C I. Scivoletto S. (2011) *Autobiographical and semantic memory of adolescents drug users*. Revista Psiquiátrica Clínica; 161-176.

Campo Wladimir & Arias José (2005) *Validación de la escala de Zung para depresión en universitarias de Bucaramanga*, Colombia Revista Colombiana de Psiquiatría.

Obtenido: <http://www.redalyc.org/pdf/806/80628403005.pdf>

Castro Sánchez Psicóloga (2017) Diario la Crónica en un artículo “*Los hijos y los segundos matrimonios*”

Obtenido: <https://www.cronica.com.ec/informacion/item/8789>

De la Rosa-Morales V, Mauricio-García JF. García-Nava I, Vasquez-Medina E & Rodríguez Aguilar J A. (2011) *Factores familiares, sociales y biológicos asociados a tabaquismo, en niños y adolescentes*. Are Invest Pediatric Mex; 17-26

Díaz Luis Alfonso, M.D., M.Sc.1, Adalberto Campo, M.D.2, German Eduardo Rueda, M.D.3, & Jaider Alfonso Barros, M.D. (2005) *Propuesta de una versión abreviada de la escala de Zung para depresión*.

Obtenido. <http://www.bioline.org.br/pdf?rc05038>

Doyne, E.J. (2005) Running versus weight lifting in the treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 748-754.

Dunean B, & Rees D. (2010) *Effect of smoking of depressive symptomatology a reexamination OF Data from de National Longitudinal Study of adolescents Health*. American Journal of Epidemiology; 461-470.

Felix-Cova, Aburto B, Sepulveda MJ, & Silva M. (2006) *Potencialidades y Obstáculos de La Prevención de La Depresión en Niños y Adolescentes*. PSYKHE; 57-65.

Ferrel Ortega, F. R., Vélez Mendoza, J., & Ferrel Ballestas, L. F. (2014). *Factores psicológicos en adolescentes escolarizados con bajo rendimiento académico: depresión y autoestima*. Santa Martha, Santa Martha-Colombia.

Guía Clínica AUGE. (2013). *Guía Clínica AUGE Depresión en personas de 15 años y*

más. Chile.

Gómez- Restrepo C, Bohorquez A, Pinto- Masis D, Gil-Laverde J F A, Rendon-Sepulveda M, & Diaz-Granados N. (2004) *Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en una población colombiana*. Pan American Journal of Public Health; 378-386.

Gitanjali- Saluja, Jacham R, Sheidt P, Overpeck M, Sun W, & Giedd N. (2010) *Prevalence of and risk factors for depressive symptoms among Young adolescents*. Arch Pediatric Adolesc Med; 760-763.

González- F C, Jimenez-T J A, Ramos-L L, & Wargner F. (2015) *Aplicación de la Escala de Mata E. Estructuras familiares y comportamiento adictivos (2 parte)*. Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiatría.

Goldman, H. (2011). *Psiquiatría general*. 5 ediciones. Editorial Manual Moderno. pag. 472-476.

Haquin-F C, Larraguibel-Q M, & Cabezas-A J. (2011) *Factores protectores y de riesgo en salud mental en niños y adolescentes de la ciudad de Calabama*. Rev Chil Pediatr; 425-433.

Lanquin Espinosa, (2012). *Crecimiento y comportamiento en la adolescencia*. Madrid, España.

Leyva-Jiménez R, Hernández- Juárez A M, Nava -Jiménez G, & López-Gaona V. (2007) *Depresión en adolescentes y funcionamiento familiar*. Revista Médica Institución México Seguro Social; 225-232.

Luis Ordoñez (2017) “La depresión y ansiedad en los adolescentes de bachillerato del Colegio Adolfo Valarezo de la ciudad de Loja”

Obtenido:

<http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/19346/1/TESIS%20LUIS%20ORDO%20c3%91EZ.pdf>

Mantilla- Mendoza LF, Sabala- Peinado LP, Díaz- Martínez LA, Campo-Arias A. (2004) *Prevalencia de sintomatología Depresiva en niños y niñas escolares de Bucarannanga, Colombia*. Rev. Colombia Psiquiatría; 163-171.

Martinez-Garcia J, Félix- Madrigal A M, & Flores- Flores P. (2006). *Prevalencia y factores de riesgo para depresión en adolescentes de escuela preparatoria*. Arch. Investigación Pediátrica México.

Moria- Bolona R. Saad- Janon E, & Saad J. (2006) *Depresión en adolescentes y desestructuración familiar en la ciudad de Guayaquil, Ecuador*. Revista Colombia Psiquiatría 149-165

Martinsen, E.W. (2007) Physical activity and depression: clinical experience. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 23-27.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2012). *Día Mundial de la Salud Mental: la depresión es el trastorno mental más frecuente*. Washington, DC.

Otero-Cuesta S. (2007) *Depresión y Suicidio en niños adolescentes*. *Pediatría Integral*; 635-641.

Perez-Olmos I, Rodríguez- Sandoval E, Dussan- Buitrago MM. & Ayala-Aguilera JR. (2016) *Caracterización Psiquiátrica y Social del Intento Suicida Atendido en una Clínica Infantil, 2013-2015*. Rev. Salud pública; 230-240.

Rev. Salud pública Mex (2008) *Depresión del Center Of Epidemiológica Studies en adolescents de la Ciudad de México.*; 292-299

Ruiz Alfaro, D. (2015). *Adaptación de la segunda versión del inventario de depresión de Beck a la gran área metropolitana de Costa Rica*. Costa Rica, Costa Rica.

Quinteros- Rosales P, & Grob-Restovic F. (2007) *Depresión y suicidalidad en una población no clínica de adolescentes*. Bolivia Sociedad Psiquiátrica y Neurología de Infantes

y Adolescentes.

Restrepo, C., Restrepo, M., & Álzate, M. (2008). *Trastornos afectivos: Trastornos depresivos*. En C. Restrepo, G. Hernández, A. Rojas, H. Santacruz, & M. Uribe, *Psiquiatría Clínica: Diagnóstico y tratamiento en niños, adolescentes y adultos* (pág. 307). Bogotá-Colombia: Panamericana.

Rev. Colombia Psicología Clínica (2006) *Depresivos con importancia clínica en estudiantes de Cartagena, Colombia; un análisis diferencial por sexo.*; 167-183.

Sánchez-Zamora LM, Ángeles-Lleneras A, Anaya-Ocampo R, & Lazcano- Ponce E. (2011) *Prevalencia del uso de drogas ilegales en función del consumo alcohol y tabaco en una muestra de estudiantes en México*. *Salud Pública Mex*; 182-193.

Tatiana Quezada (2014) “*Comparación entre el test de Hamilton y Beck para determinar mayor eficacia diagnóstica de depresión, aplicado a estudiantes de medicina de la Universidad nacional de Loja*”

Obtenido:

[http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/19346/1/TESIS%20LUIS%20ORDO%
c3%.pdf](http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/19346/1/TESIS%20LUIS%20ORDO%c3%.pdf)

Valadez-Figueroa I, Amescua- Fernandez R, Quintanilla-Montoya R. & González-Gallegos N. (2005) *Archivo de Medicina Familiar*; 69-78.

Zapata- Gallardo JN, Figueroa-Gutierrez M. Méndez-Delgado N, Miranda- Lozano VM, Linares-Segovia B. Carrada-BravoT & Cois. (2010) *Depresión asociada a la disfunción familiar en la adolescencia*. *Medicina del Hospital Infantil México*; 295- 301.

1. Anexos

Anexo N° 1.

Cuestionario de recolección de Datos



UNIVERSIDAD NACIONAL LOJA AREA DE LA SALUD HUMANA

Cuestionario de funcionalidad familiar y hábitos. Depresión en adolescentes.

N° de encuesta ()

Lugar de origen:

Lugar de residencia:

Edad:

Genero:

Curso:

Ocupación:

Estado civil:

Soltero ()

Casado ()

Unión libre ()

Vives con:

Papa ()

Papá y mamá ()

Padrastra ()

Abuelos ()

Mamá ()

Madrastra ()

Tíos ()

Otras personas ()

¿Qué edad Tienen tus padres?

Menos de 30 ()

31-35 ()

36-40 ()

41-45 ()

46-50 ()

Más 50 ()

¿Cuántos hermanos y/o medios hermanos tienes?

Hermanos:

Ninguno ()

Solamente 1 ()

De 2 a más ()

Medios hermanos:

Ninguno ()

Solamente 1 ()

De 2 a más ()

¿Qué edad tienen tus hermanos y/o medios hermanos tienes?

Hermanos:

1 a 5 ()

6 a 10 ()

11 a 15 ()

16 a 20 ()

más de 20 ()

Medios hermanos:

1 a 5 ()

6 a 10 ()

11 a 15 ()

16 a 20 ()

más de 20 ()

¿Qué número de Hijo eres?

Primero ()

Segundo ()

Tercero ()

Más del cuarto ()

¿Quienes viven en tu casa?

Familia (tu, padres y hermanos) ()

Además de tu familia tu abuelos ()

Además de tu familia tus tíos ()

Además de tu familia abuelos y tíos ()

¿Cuál es la escolaridad de tu Papá o Padrastro?

Ninguna ()

Primaria ()

Secundaria ()

Superior ()

¿Cuál es la escolaridad de tu Mamá o Madrastra?

Ninguna ()

Primaria ()

Secundaria ()

Superior ()

¿Tu Madre/Madrastra Trabaja, si la respuesta es positiva en que Trabaja?

SI ()

NO ()

Trabajo:

¿Tu Padre/Padrastro Trabaja, si la respuesta es positiva en que Trabaja?

SI ()

NO ()

Trabajo:

¿Hace cuantos años de casaron o viven juntos tus Padres?

Menos de 5 ()

6 a 10 ()

Más de 10 ()

Divorciados ()

Separados ()

¿Alguno de tus padres estuvo casado con anterioridad?

SI ()

NO ()

Desconozco ()

¿Hubo Hijos en esa unión?

SI ()

NO ()

Desconozco ()

¿La casa que habitas es?

Propia ()

Rentada ()

Prestada ()

¿La casa que habitas cuenta con servicios de?

Agua potable, electricidad, alcantarillado ()

Solo electricidad y agua potable ()

Solo electricidad ()

Ninguno ()

¿De qué material está Construida la casa en que Habitas?

Adobe ()

Hormigón armado ()

Madera ()

Otros ()

¿Consideras que el sueldo que tu familia percibe al mes es?

Mucho ()

Suficiente ()

Poco ()

Menos de lo indispensable para Vivir ()

¿Tu familia tiene suficiente dinero para cubrir todos los gastos de vivienda, vestido, alimentos, educación?

Siempre ()

Casi siempre ()

Algunas Veces ()

Nunca ()

¿Alguna vez has consumido bebidas alcohólicas?

SI ()

NO ()

¿Cuando sales a Bailar o con tus amigos que tipo de bebida te gusta tomar?

Agua ()

Cerveza ()

Ron ()

Wiski ()

Zhumir ()

Cantaclaro ()

Otros ()

¿Te gusta fumar? en caso de ser positiva tu respuesta ¿cuantos tabacos fumas al día?

SI ()

NO ()

1 a 2: ()

3 a 5: ()

Más de 6: ()

¿Alguna vez te ha dado curiosidad de Consumir Drogas?

SI ()

NO ()

¿Has consumido Drogas y de qué tipo?

SI ()

NO ()

Marihuana: ()

Crack: ()

Cocaína: ()

Heroína: ()

Led: ()

Otros: ()

Metanfetaminas: ()

Anexo N° 2

CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN DE ADOLESCENTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA 27 DE FEBRERO DE LA CIUDAD DE LOJA

Una de las principales acciones en el proceso investigativo, posterior a la recolección de información en campo, se corresponde a la caracterización de los adolescentes participantes e involucrados en este proceso de acuerdo a las variables que potencialmente podrían influir en los resultados finales del estudio, lo expuesto se detalla a continuación:

Cuadro 1. Descripción de la población adolescente en su contexto de desarrollo

DESCRIPCIÓN	FRECUENCIA	%
ORIGEN DEL ADOLESCENTE		
LOJA	169	63,53
ESPAÑA	12	4,51
ZAMORA	20	7,52
MACHALA	12	4,51
COLOMBIA	7	2,63
SANTO DOMINGO	10	3,76
QUITO	15	5,64
MORONA SANTIAGO	15	5,64
MACARA	2	,75
CUENCA	2	,75
BAEZA – NAPO	1	,38
PASTAZA	1	,38
Total	266	100,00
EDAD DEL ADOLESCENTE		
14	68	25,56
15	95	35,71
16	103	38,72
Total	266	100,00
GENERO DEL ADOLESCENTE		
MASCULINO	137	51,50
FEMENINO	129	48,50
Total	266	100,00
CURSO DEL ADOLESCENTE		
DECIMO	115	43,23
1 BACHILLERATO	135	50,75
2 BACHILLERATO	16	6,02
Total	266	100,00
OCUPACIÓN DEL ADOLESCENTE		
ESTUDIA	234	87,97
ESTUDIA Y TRABAJA	32	12,03
Total	266	100,00
ESTADO CIVIL DEL ADOLESCENTE		
SOLTERO	257	96,62
CASADO	7	2,63
UNION LIBRE	2	,75
Total	266	100,00
TIPOLOGÍA FAMILIAR DEL ADOLESCENTE		

NUCLEAR	91	34,21
EXTENSA	107	40,23
MONOPARENTAL	35	13,16
ENSAMBLADA	19	7,14
NO PARENTAL	14	5,26
Total	266	100,00
CON QUIEN VIVE EL ADOLESCENTE		
PAPA	9	18,40
MAMA	45	9,20
PAPA Y MAMA	200	40,90
MADRASTA	10	2,40
PADRASTO	9	1,84
TIOS	91	18,61
ABUELOS	92	18,81
OTRO FAMILIAR	33	6,75
Total	489	100,00
EDAD DE LOS PADRES		
IGUAL O MENOS DE 30	7	2,50
31 – 35	44	15,71
36 – 40	88	31,43
41 – 45	78	27,86
46 – 50	47	16,79
MÁS DE 50	16	5,71
Total	280	100,00
HERMANOS Y MEDIO HERMANOS		
NINGUNO	193	36,28
SOLAMENTE 1	110	20,68
DE 2 A MAS	229	43,05
Total	532	100,00
EDAD DE HERMANOS Y MEDIO HERMANOS		
1 – 5	52	12,84
6 – 10	89	21,98
11 – 15	90	22,22
16 – 20	88	21,73
MAS DE 20	86	21,23
Total	405	100,00
NÚMERO DE HIJO EN LA FAMILIA DEL ADOLESCENTE		
PRIMERO	94	35,34
SEGUNDO	79	29,70
TERCERO	41	15,41
MÁS DEL CUARTO	52	19,55
Total	266	100,00
QUIENES CONVIVEN EN SU HOGAR CON EL ADOLESCENTE		
FAMILIA (TU, TUS PADRES Y HERMANOS)	188	70,68
FAMILIA + ABUELOS	25	9,40
FAMILIA + TIOS	30	11,28
FAMILIA + ABUELOS + TIOS	20	7,52
NO CORRESPONDE	3	1,13
Total	266	100,00
ESCOLARIDAD DEL PADRE O PADRASTO DEL ADOLESCENTE		
NINGUNA	29	10,90
PRIMARIA	73	27,44
SECUNDARIA	96	36,09
SUPERIOR	63	23,68
NO CORRESPONDE	5	1,88
Total	266	100,00

ESCOLARIDAD DE LA MADRE O MADRASTA DEL ADOLESCENTE		
NINGUNA	40	15,04
PRIMARIA	87	32,71
SECUNDARIA	87	32,71
SUPERIOR	44	16,54
NO CORRESPONDE	8	3,01
Total	266	100,00
TRABAJA LA MADRE O MADRASTA DEL ADOLESCENTE		
SI	151	56,77
NO	107	40,23
NO CORRESPONDE	8	3,01
Total	266	100,00
TRABAJO DE LA MADRE O MADRASTA DEL ADOLESCENTE		
AMA DE CASA	126	47,37
EMPLEADA DE CASA	8	3,01
COMERCIANTE	8	3,01
DOCENTE	3	1,13
ESPAÑA	2	,75
OTROS	108	40,60
NO CORRESPONDE	11	4,14
Total	266	100,00
TRABAJA EL PADRE O PADRASTO DEL ADOLESCENTE		
SI	235	88,35
NO	19	7,14
NO CORRESPONDE	12	4,51
Total	266	100,00
TRABAJO DEL PADRE O PADRASTO DEL ADOLESCENTE		
ALBAÑIL	89	33,46
CHOFER	52	19,55
AGRICULTOR	23	8,65
EMPLEADO PUBLICO	20	7,52
DOCENTE	8	3,01
OTROS	25	9,39
NO CONTESTA	37	13,91
NO CORRESPONDE	12	4,51
Total	266	100,00
AÑOS DE MATRIMONIO O CONVIVENCIA DE PADRES - O DIVORCIO		
0	2	,75
5 A MENOS	12	4,51
6 – 10	69	25,94
MAS DE 10	152	57,14
DIVORCIADOS	2	,75
SEPARADOS	4	1,50
NO CORRESPONDE	25	9,40
Total	266	100,00
MATRIMONIOS ANTERIORES DE LOS PADRES		
SI	50	18,80
NO	177	66,54
NO CORRESPONDE	39	14,66
Total	266	100,00
HIJOS DE COMPROMISOS ANTERIORES DE LOS PADRES		
SI	85	31,95
NO	133	50,00
NO CORRESPONDE	48	18,05
Total	266	100,00
VIVIENDA		

PROPIA	166	62,41
ARRENDADA	89	33,46
PRESTADA	11	4,14
Total	266	100,00
SERVICIOS EN LA VIVIENDA		
AGUA POTABLE, ELECTRICIDAD, ALCANTARILLADO	226	84,96
SOLO ELECTIRICIDAD Y AGUA POTABLE	36	13,53
SOLO ELECTRICIDAD	4	1,50
Total	266	100,00
MATERIAL DE CONSTRUCCIÓN DE LA VIVIENDA		
ADOBE	23	8,65
HORMIGON ARMADO	116	43,61
MADERA	13	4,89
OTROS	114	42,86
Total	266	100,00
PERCEPCIÓN DEL SUELDO DE LA FAMILIA		
MUCHO	8	3,01
SUFICIENTE	165	62,03
POCO	77	28,95
MENOS DE LOS INDISPENSABLE PARA VIVIR	16	6,02
Total	266	100,00
PRESUPUESTO FAMILIAR PARA CUBRIR GASTOS		
SIEMPRE	80	30,08
CASI SIEMPRE	93	34,96
ALGUNAS VECES	85	31,95
NUNCA	8	3,01
Total	266	100,00
CONSUMO DE BEDIDAS ALCOHOLICAS		
SI HA CONSUMIDO BEBIDAS ALCOHOLICAS	169	63,50
NO HA CONSUMIDO BEBIDAS ALCOHOLICAS	97	36,50
Total	266	100,00
TIPOS DE BEDIDAS ALCOHOLICAS		
AGUA	172	42,10
CERVEZA	116	28,36
WHISKY	33	8,07
ZHUMIR	28	6,85
CANTACLARO	32	7,24
OTRAS BEBIDAD	28	68,40
Total	409	100,00
CONSUMO DE TABACO		
SI	57	21,40
NO	209	78,60
Total	266	100,00
NUMERO DE TABACOS CONSUMIDOS DIARIAMENTE		
0	213	80,08
1 – 2	46	17,29
3 – 5	4	1,50
6 o MÁS	3	1,13
Total	266	100,00
CURIOSIDAD POR EL CONSUMO DE DROGAS		
SI	67	25,19
NO	199	74,81
Total	266	100,00
CONSUMO DE DROGAS		
SI	51	19,20

NO	215	80,80
Total	266	100,00
TIPO DE DROGAS		
MARIHUANA	49	,64
COCAINA	9	,12
CRACK	1	,01
HEROÍNA	8	,10
OTROS	10	,13
TOTAL	77	1,00
DEPRESIÓN TOTAL		
DEPRESIÓN GRAVE	33	12,41
DEPRESIÓN MODERADA	128	48,12
DEPRESIÓN LEVE	79	29,70
AUSENCIA DE DEPRESIÓN	26	9,77
Total	266	100,00

FUENTE: Recopilación de información de los adolescentes de la Unidad Educativa 27 de Febrero de Loja
 ELABORACION: Cristina Yasmin Jadán López

Análisis e interpretación

En cuanto a la descripción de la muestra de la población objetiva de adolescentes de la Unidad Educativa 27 de Febrero de la ciudad de Loja, se puede mencionar lo siguiente:

- En cuanto a la variable origen o procedencia del adolescente es variada, sin embargo, se tiene una mayor proporción que tiene sus raíces en la ciudad de Loja, manifestándose de igual forma menor porcentaje en las provincias del Oriente. En lo referente a la edad del adolescente, la muestra es muy homogénea, no existe dispersión, teniendo una proporción mayor en los adolescentes de 16 años; así mismo, la mayor proporción se encuentra en el género masculino y en los adolescentes que encuentran en el primer año de bachillerato.
- En lo que tiene que ver a la ocupación del adolescente, la mayoría se dedica única y exclusivamente al estudio; el estado civil en una proporción casi total se encuentra en la categoría soltero. Se realizó el análisis de la tipología familiar, lográndose determinar que prevalece la extensa y nuclear en proporción mayor.
- En relación a la edad de los padres de los adolescentes esta oscila entre 36 a 40 años y de 41 a 45 años en su orden; en lo que al número de hermanos y medio hermanos de acuerdo a los compromisos anteriores, se encontró que la gran mayoría tienen de 2 a más y que las edades se giran entre 6 a más de 20 años. Los adolescentes

investigados por su parte ocupan preferentemente el primer puesto en cuanto a la ubicación como hijos o hijas. Analizando la convivencia de los adolescentes se pudo determinar que la mayoría de ellos habita con sus padres y hermanos.

- En lo que a la escolaridad de los padres y/o padrastros se refiere la proporción sobresaliente se ubica en la instrucción secundaria, coincidiendo en gran medida con la instrucción de la madre y/o madrastra. La madre y/o madrastra generalmente trabaja y lo hace de preferencia como ama de casa; la mayoría casi total de los padres y/o padrastros también trabaja y por lo general tiene su empleo de acuerdo a su formación y habilidades, por lo tanto, se ha ubican en la categoría otros.
- Haciendo mención a la relación de matrimonio o convivencia entre los padres del adolescente estudiado, la mayoría mantienen una unión por de 10 años y una proporción minoritaria ha tenido más de un compromiso con anterioridad al presente, por ello se manifiesta que en igual proporción minoritaria que tienen hijos de tales compromisos.
- En lo que tiene que ver a las condiciones de vida de las familias del adolescente, la mayoría posee vivienda propia, las cuales están dotadas de todos los servicios y muy pocas no disponen de agua y alcantarillado. Los materiales de estas viviendas son principalmente de hormigón armado.
- En cuanto a la percepción del sueldo de los que componen la familia, a decir de los adolescentes, es suficiente. El presupuesto familiar alcanza casi siempre y una minoría absoluta de los participantes e involucrados exponen que nunca alcanza este dinero familiar.
- En el análisis de la problemática social del consumo de alcohol, tabaco y drogas, se ha podido encontrar en la investigación casi de forma igualitaria que si existe consumo de bebidas alcohólicas en los adolescentes de este centro de educación, con preferencia por la cerveza; en lo que al tabaco se refiere la mayoría no fuma y los que lo hacen, por lo general consumen entre 1 a 2 tabacos diarios. Se ha hecho

manifiesto que si existe curiosidad por las drogas, aunque en una proporción menor, peso a ello si existe consumo de drogas en el establecimiento, siendo la marihuana la principal droga consumida, es preocupante, que existan adolescente que consumen más de 2 tipos de drogas y en algunos casos todas las drogas que fueron ubicadas como alternativas en el presente estudio.

- Finalmente, se ha logrado determinar que la mayoría de los adolescentes participantes e involucrados se ubican en las categorías de depresión moderada 48.12% en primera instancia, seguida de depresión leve 29.7%, depresión grave 12.41%, y en menor escala existen casos de ausencia de depresión 9.77%.

Anexo N° 3

Test de zung

		Nunca o Casi Nunca	A veces	Con bastante frecuencia	Siempre o casi siempre	puntos
1	Me siento abatido y melancólico.					
2	Por las mañanas es cuando me siento mejor.					
3	Tengo acceso de llanto o ganas de llorar.					
4	Duermo mal.					
5	Tengo tanto apetito como antes.					
6	Aun me atraen las personas de sexo opuesto.					
7	Noto que estoy perdiendo peso.					
8	Tengo trastornos intestinales y estreñimiento.					
9	Me late el corazón más a prisa que de costumbre.					
10	Me canso sin motivo.					
11	Tengo la mente tan clara como antes.					
12	Hago las cosas con la misma facilidad que antes.					
13	Me siento nervioso(a) y no puedo estar quieto.					
14	Tengo esperanza en el futuro.					
15	Estoy más irritable que antes.					
16	Me es fácil tomar decisiones.					
17	Me siento útil y necesario.					
18	Me satisface mi vida actual.					
19	Creo que los demás estarían mejor si yo muriera.					
20	Disfruto de las mismas cosas que antes.					
TOTAL DE PUNTOS						

Test de zung valor de cada pregunta

		Nunca o Casi Nunca	A veces	Con bastante frecuencia	Siempre o casi siempre	puntos
1	Me siento abatido y melancólico.	1	2	3	4	
2	Por las mañanas es cuando me siento mejor.	4	3	2	1	
3	Tengo acceso de llanto o ganas de llorar.	1	2	3	4	
4	Duelmo mal.	1	2	3	4	
5	Tengo tanto apetito como antes.	4	3	2	1	
6	Aún me atraen las personas de sexo opuesto.	4	3	2	1	
7	Nota que estoy perdiendo peso.	1	2	3	4	
8	Tengo trastornos intestinales y estreñimiento.	1	2	3	4	
9	Me late el corazón más a prisa que de costumbre.	1	2	3	4	
10	Me canso sin motivo.	1	2	3	4	
11	Tengo la mente tan clara como antes.	4	3	2	1	
12	Hago las cosas con la misma facilidad que antes.	4	3	2	1	
13	Me siento nervioso(a) y no puedo estar quieto.	1	2	3	4	
14	Tengo esperanza en el futuro.	4	3	2	1	
15	Estoy mas irritable que antes.	1	2	3	4	
16	Me es fácil tomar decisiones.	4	3	2	1	
17	Me siento útil y necesario.	4	3	2	1	
18	Me satisface mi vida actual.	4	3	2	1	
19	Creo que los demás estarían mejor si yo muriera.	1	2	3	4	
20	Disfruto de las mismas cosas que antes.	4	3	2	1	
TOTAL DE PUNTOS						

Anexo N° 4

Tríptico



*La depresión
en la
adolescencia*



*"Dime amigo la vida es
triste o yo soy el triste"*

¿Que es la depresión?

Es un trastorno del estado de ánimo que en términos sencillos se presenta como un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente.



¿Será que tengo.....

DEPRESION?



La depresión es un trastorno mental frecuente que afecta a más de 350 millones de personas en el mundo.

¿Es usted una de ellas?

Diferencias entre tristeza y depresión

Duración: La tristeza es pasajera y dura horas o días, mientras que la depresión puede durar semanas o meses

Sintomatología: Es mucho más extensa en la depresión que en la tristeza

Intensidad: Quien sufre depresión "no vive, sobrevive"



Causas: La tristeza es una reacción normal a los acontecimientos vitales mientras que la depresión puede tener causas físicas.

El único límite a nuestra realización del mañana serán dudas de hoy

Como evitarla!!!

Piensa positivo

No minimices tus logros y cualidades. Mantén una actitud positiva.

1

Busca un pasatiempo

Importantes para la salud mental, la satisfacción y la autoestima

2

Fortalece tus relaciones sociales



Interactúe socialmente de forma positiva. Muestre interés en otras personas y comparta intereses y actividades.

3

Medita

4

Te ayudará a relajarte, ordenar tus ideas y concentrarte en lo positivo.



Mejora tu dieta



Trata de comer de manera equilibrada. Cambia el café por Té Verde para reducir el estrés y la ansiedad

5

El único límite a nuestra realización del mañana serán dudas de hoy

Es posible que mejoremos las cosas, es posible que hoy des un paso más hacia tu realización, es posible seguir soñando con que las cosas serán mejor y empezar a actuar para que suceda.

Mira dentro de ti, pesar de las heridas, de aquello que perdiste, a pesar de lo mucho que te costo llegar hasta este punto, aquí estás eres fuerte, no importa si te das cuenta o no:

ERES VALIOSO

Las cosas van a mejorar, si trabajamos juntos así será, no es ilusión, no es fantasía, el mundo está en constante cambio, depende de nosotros el rumbo que tomemos.

Anexo N° 5

**PROPUESTA DE PREVENCION DE LA DEPRESION PARA EL COLEGIO 27
DE FEBRERO**



**DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES DE
14 A 16 AÑOS DE EDAD**

Autora: Cristina Jadán López

LOJA - ECUADOR

1. ANTECEDENTES

Los establecimientos educativos vienen siendo escenarios de diversos factores que imposibilitan el que hacer educativo, así también de agentes adversos como son la ansiedad, depresión, autoestima baja, falta de control emocional, drogadicción, alcoholismo, tabaquismo y peleas o disputas entre pares; la población estudiantil, presa de muchas influencias socio-culturales está demostrando constantemente una carencia de habilidades para superar sus propios conflictos.

El incremento considerable de estos casos creemos tienen relación directa con la ausencia y/o presencia de los padres de familia en el hogar; pues se ha determinado que un mayor porcentaje de padres no está presente debido a actividades laborales en el mejor de los casos para mejorar sus ingresos económicos y por ende su calidad de vida. Consecuencia de ello es la separación afectiva que crea cierto grado de inmadurez en los jóvenes, que al estar solos en la mayoría de sus actividades se sienten responsables a corta de edad, de sus hermanos menores y del destino del hogar.

En el ámbito educativo se presentan fenómenos, problemáticas y retos para quienes se involucran en la tarea de formar y orientar de manera integral a los adolescentes, se trata de un escenario de estímulos y desafíos que el colegio debe buscar en la tarea de formar y orientar para la vida.

En un estudio relacionado sobre “Adaptaciones Curriculares para ser aplicadas en Centros Educativos Regulares en adolescentes, que presentan Necesidades Educativas Especiales no Asociadas” elaborado por Mónica León Camacho 2009, manifestó: En la aplicación de adaptaciones curriculares es importante efectuar “...ajustes o cambios educativos para facilitar y mejorar el proceso de enseñanza-aprendizaje”.

Frente a esta disyuntiva y la impotencia de que los colegios no cuentan con verdaderas herramientas que ayuden a orientar de mejor manera a los jóvenes, presento la Propuesta de un Programa de Prevención de la Depresión para realizar algo diferente a lo establecido en las normativas legales en favor de los estudiantes, venciendo todas las barreras y las falsas especulaciones, especialmente en lo que tiene que ver con la defensa de los derechos de los

jóvenes.

El Colegio Americano de Medicina del Deporte - ACSM (2007) clasifica el ejercicio o el deporte en tres tipos: a) cardiorrespiratorio (aeróbico); b) fuerza o resistencia muscular; c) flexibilidad. La mayoría de los estudios realizados para verificar la influencia del ejercicio sobre el área emocional del ser humano, utilizaron actividades aeróbicas como la carrera, natación o ciclismo. Algunos realizaron ejercicios anaeróbicos (entrenamiento de fuerza). No fueron utilizados ejercicios de flexibilidad.

El funcionamiento del Programa de Prevención de la Depresión, propende conseguir en los jóvenes:

- Oportunidad de trabajar en grupo y compartir responsabilidades con los compañeros a fin de lograr el objetivo propuesto, lo cual resultó gratificante.
- Recuperar la confianza con sus padres.
- Acciones positivas y ocupar su mente creando formas artísticas y algo más en los talleres planificados.

El programa es una alternativa descrita en el Art. 331 del Reglamento a la LOEI, como acción educativa, donde se combinan actividades de producción, motivación formativa de la personalidad, impartidas por grandes profesionales voluntarios y comprometidos con la labor a emprenderse.

Esta información teórica recabada sobre las necesidades educativas que se presentan en el aula y, cómo los educadores puedan dar atención a esta problemática, sustentan la intención de lograr el mejoramiento de los procesos de aprendizaje.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

- Programar actividades extracurriculares como el Deporte y charlas motivacionales para que así reconozcan sus potencialidades en desmedro de sus dificultades y sean

generadores de una convivencia fraterna para sí mismo, su comunidad y la sociedad entera.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Desarrollar la creatividad, habilidades, destrezas y del conocimiento además de elevar la autoestima, a través de la realización del deporte y de incluir terapias de diálogos personales, para potenciar la formación integral de los jóvenes.
- Fomentar la vivencia de valores en la interrelación personal de los estudiantes a través de charlas formativas abordadas por personal profesional para que superen conflictos emocionales que causan el deterioro de la armonía en la comunidad educativa y familiar.
- Involucrar a los padres de familia en el seguimiento de la formación integral de sus representados y atender llamados y requerimientos de las autoridades del plantel.
- Evaluar las actividades desarrolladas por los estudiantes para verificación de la superación de conflictos individuales, colectivos y sociales.

3. JUSTIFICACIÓN

3.1 FUNDAMENTOS TEÓRICOS

La propuesta se enfoca en dar a conocer la importancia del ejercicio y el dialogo personal en el ámbito educativo, y cómo puede ayudar a los adolescentes con necesidades educativas especiales transitorias a llevar una vida más autónoma responsable. Asimismo, en dar respuesta a las diversas necesidades educativas, de relación, de autonomía, recreativas y de accesibilidad del alumno y alumna.

En esta tarea, de promover metas educativas y guiar al adolescente hacia el alcance de su potencial pleno en el marco escolar, contribuir al desarrollo físico, psíquico y afectivo del adolescente, así como a su integración en la sociedad como ciudadano activo y participativo.

La revisión de estudiosos e investigadores psicoterapeutas como:

Skinner nos aportan con datos coherentes con el objetivo que nos asiste: “En la terapia

del comportamiento, las conductas poco adaptativas son aprendidas por los jóvenes a través de su interacción con el medio. La terapia consiste en eliminar los síntomas del joven, haciendo que este desaprenda la conducta no adecuada y aprenda una nueva conducta incompatible con la primera. La conducta debe ser explicable, predecible y modificable atendiendo a las relaciones funcionales con sus antecedentes y consecuentes ambientales. El modelo de trabajo de Skinner supone el desarrollo de leyes específicas del comportamiento sobre el que se asentarán las directrices de la intervención. La terapia está diseñada para ayudar al joven a identificar, probar la realidad y corregir creencias disfuncionales, por ello es colaborativa y se enfatiza el papel activo del estudiante”.

Robinson: “Tenemos que repensar radicalmente nuestra visión de la inteligencia. Sabemos tres cosas sobre la inteligencia: una, es diversa, pensamos en el mundo en todas las formas en que experimentamos. Pensamos visualmente, pensamos en sonidos, pensamos de manera kinestésica. Pensamos en términos abstractos, pensamos en movimiento. En segundo lugar, la inteligencia es dinámica. Si nos fijamos en las interacciones de un cerebro humano, la inteligencia es maravillosamente interactiva. El cerebro no está dividido en compartimentos. De hecho, la creatividad, la cual defino como el proceso de tener ideas originales que tienen valor, la mayoría de las veces no se logra sino por medio de la interacción de diferentes formas disciplinarias de ver las cosas. El cerebro es intencionadamente un árbol de nervios que une las dos mitades del cerebro llamado el cuerpo calloso, y es más grueso en las mujeres, por ello son mejores para las multitareas.”

Por lo expuesto, Robinson tiene mucha razón al decir que las escuelas matan la creatividad al incrementar materias como la Matemática, Química, Física y apartar las materias que exigen movimiento integral del resto del cuerpo del estudiante, como actividades lúdicas, dentro de ellas, en las áreas que mantiene el colegio se motiva a realizar actividades como el deporte.

Finalmente, basados en estos referentes, consideramos que la propuesta contribuirá al desarrollo de acciones que permitan atender las diversas Necesidades Educativas Especiales no Asociadas a la Discapacidad y desarrollar las Adaptaciones Curriculares pertinentes, identificando los estilos de aprendizaje que tiene cada estudiante, ajustando la oferta educativa y posibilidades del educando, tomando como referencia diversos puntos de vista.

4. METODOLOGÍA

Son múltiples las tareas que están asignadas en la materia de Cultura Física, además de incluir terapias de diálogos personales, para potenciar la formación integral de los jóvenes. En este contexto, el profesor-instructor planifica las tareas acordes a las características de los estudiantes que son derivados del DECE a Terapias de diálogos. La planificación comprende, entre otros, un proceso didáctico a cumplir en el lapso de tiempo que dure la medida socioeducativa impuesta por la autoridad del plantel; este proceso inicia con una motivación coherente con las dificultades que está presentando el estudiante en el plantel. La metodología se traduce en una sola, activo-participativo, puesto que cada estudiante cumple con una tarea asignada, siempre bajo el acompañamiento del instructor.

4.1 PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

El docente, de cultura física o el docente en la terapia de Dialogo, es un propulsor de las tareas que ejecuta el estudiante con su participación activa, asesoramiento permanente, control de calidad de las tareas y acompañamiento en el comportamiento; busca alternativas coherentes con las diferencias individuales, exigencias institucionales y lo que esperan los padres de familia de sus hijos.

4.2 TÉCNICA

Técnicas vivenciales de conocimiento, integración, análisis, organización, planificación, evaluación, reflexión, elaboración y ejercicio físico.

4.3 FUNCIONES DEL DOCENTE PARA LA PREVENCIÓN DE LA DEPRESION

- Coordina las actividades del joven individualizándolas con los directivos de la Institución y departamentos anexos.
- Planifica las actividades inherentes a las condiciones de los estudiantes derivados.
- Acompaña a los estudiantes en cada tarea, especialmente a aquellos que registran dificultades mayores.

- Monitorea las diversas tareas que ejecutan los estudiantes.
- Asesora a padres de familia de los estudiantes, en la necesidad de cambio en la dinámica familiar y mejoramiento de la comunicación entre sus miembros, educación sobre el tratamiento que se le va dar.
- Coordina la participación de los Docentes designados por la autoridad para los momentos de reflexión con los estudiantes derivados del DECE.

4.4 FASES DEL PROCESO DE INDUCCIÓN

4.4.1 Acompañamiento

- a) El Rector (a) de la institución nombrará a un representante del DECE y a un docente de la materia de cultura Física, quienes serán responsables por cada sección para que acompañen a los estudiantes y padres de familia en el proceso de estas actividades.
- b) Los encargados del acompañamiento recibirán a los estudiantes y padres de familia en forma cálida y oportuna.

5. EVALUACIÓN

Este proceso sistemático de observación y valoración de la calidad de información recabada en el transcurso del desarrollo de actividades, por parte de los estudiantes, será verificada por el DECE en un reporte diario que evidencie el logro de objetivos de aprendizaje, desarrollo de habilidades y destrezas de los estudiantes para el cambio de conductas, entendidas desde la maduración neuronal para fortalecer el equilibrio emocional hasta el desbloqueo psicológico para conseguir superación de conflictos.

En esta evaluación se valora el nivel de aprovechamiento académico de los estudiantes, se interesa más en saber cómo ocurren los procesos en términos de actitudes, intereses, sentimientos, carácter y otros atributos de la personalidad. Además desde una óptica opuesta, algunos investigadores (Doyme, 2005), llegaron a la conclusión que la falta de ejercicio es un factor importante para la aparición de síntomas de depresión. La posibilidad de reducción

de los síntomas de depresión por medio del ejercicio, contribuyó para que varios psicoterapeutas comparasen el ejercicio con diversos tipos de psicoterapias tradicionales, demostrando que tanto el ejercicio aeróbico como anaeróbico presentan un valor similar a cualquier procedimiento de psicoterapia tradicional.

6. SEGUIMIENTO

- a) La Directiva del DECE (o su delegado), realizará el acompañamiento y seguimiento de las actividades, con la participación de profesores, estudiantes y padres de familia.
- b) Los informes se archivarán en el departamento del DECE y en Secretaría después del procesamiento y análisis correspondiente.

7. ANEXOS

DEPARTAMENTO DE CONSEJERÍA ESTUDIANTIL

INFORME

1. DATOS INSTITUCIONALES:

- 1.1. **Institución Educativa:**
- 1.2. **Informe N°:**
- 1.3. **Nombre del Profesional del DECE:**
- 1.4. **Fecha:**

2. DATOS GENERALES DE IDENTIFICACIÓN DEL ESTUDIANTE

- 2.1. **Apellidos y Nombres:**
- 2.2. **Fecha de Nacimiento: Día: _____ Mes: _____ Año: _____**
Edad:
Curso/Grado:

3. DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL:

- 3.1. **Apellidos y Nombres:**
- 3.2. **Dirección Domiciliaria:**
- 3.3. **Teléfono de Contacto:**

4. TIPO DE SITUACIÓN DETECTADA:

- 4.1. Tristeza ()
- 4.2. Depresión ()
- 4.3. Violencia entre pares ()

5. DESARROLLO DEL CASO:

.....

6. RECOMENDACIONES:

.....

Psicóloga Ed. /Orientadora

Anexo N° 6

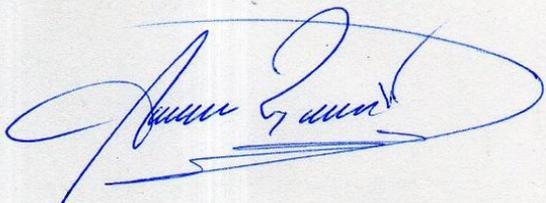
Loja, 01 de noviembre de 2017

Lic. Alicia Ramírez
PROFESORA DE INGLES

Certifica:

Haber realizado la traducción del resumen de la tesis realizado por la Sra. Cristina Yasmín Jadán López, portadora de la cedula N. 1104972599. Titulada **“DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES DE 14 A 16 AÑOS DEL COLEGIO 27 DE FEBRERO DE LA CIUDAD DE LOJA, PERIODO 2015-2016”**

Lo certifico en honor a la verdad, facultando al interesado hacer uso del presente en lo que considere conveniente



Lic. Alicia Ramírez V.
PROFESORA DE INGLES