



1859

unl

Universidad
Nacional
de Loja

Universidad Nacional de Loja
Facultad de la Salud Humana
Carrera de Medicina Humana

**Síntomas depresivos y consumo de tabaco en estudiantes de
Bachillerato del colegio Manuel Ignacio Monteros
Valdivieso de Loja**

**Trabajo de Titulación previa a la
obtención del título de Médica
General**

AUTORA:

Abigail Alexandra Paute Torres

DIRECTORA:

Dra. María Susana González García, Mg. Sc.

Loja – Ecuador

2023

Certificación

Loja, 17 de marzo de 2022

Dra. María Susana González García. Mg. Sc.

DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

C E R T I F I C O:

Que he revisado y orientado todo el proceso de elaboración del Trabajo de Titulación denominado: **Síntomas depresivos y consumo de tabaco en estudiantes de Bachillerato del colegio Manuel Ignacio Monteros Valdivieso de Loja**, previo a la obtención del título de **Médico General**, de la autoría de la estudiante **Abigail Alexandra Paute Torres**, con **cédula de identidad Nro.1150698759**, 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 su respectiva sustentación y defensa.

Dra. María Susana González García. Mg. Sc.

DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Autoría

Yo, **Abigail Alexandra Paute Torres**, declaro ser autora del presente Trabajo de Titulación y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos, de posibles reclamos legales y acciones legales, por el contenido del mismo. Adicionalmente, acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja la publicación de mi Trabajo de Titulación, en el Repositorio Digital Institucional - Biblioteca Virtual.

Firma: _____

Cédula de identificación: 1150698759

Fecha: 16 de Junio del 2023

Correo electrónico: abigail.paute@unl.edu.ec

Teléfono: 0991157458

Carta de autorización

Yo, **Abigail Alexandra Paute Torres**, declaro ser autora del Trabajo de Titulación denominado: **Síntomas depresivos y consumo de tabaco en estudiantes de Bachillerato del colegio Manuel Ignacio Monteros Valdivieso de Loja**, como requisito para optar por el título de **Médico General**, autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que, con fines académicos muestre la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido en el Repositorio Institucional.

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

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia del trabajo de Titulación que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los dieciséis días del mes de junio de dos mil veintitrés

Autora: Abigail Alexandra Paute Torres

Cédula: 1150698759

Dirección: Loja – Shushuhuaico (Valladarez y la Cruz)

Correo electrónico: abigail.paute@unl.edu.ec

Teléfono: 0991157458

Datos complementarios:

Directora de trabajo de titulación: Dra. María Susana González García, Mg. Sc.

Tribunal de grado:

Presidente del tribunal: Dra. Ana Catalina Puertas Azanza, Esp

Miembro del tribunal: Dra. Yuliana Zoraida Uchuary Sinche, Esp

Miembro del tribunal: Dra. Fabiola María Barba Tapia, Esp

Dedicatoria

Dedico este trabajo a Dios y a mi familia Franco, Carmen, Karina, Karla, Priscila y Jimena.

Abigail Alexandra Paute Torres

Agradecimiento

Mi agradecimiento va dirigido a la Universidad Nacional de Loja, por acogerme a lo largo de mi educación junto con sus maestros a quienes con su conocimiento y vasta experiencia han formado bases en lo que respecta a mi formación profesional. De manera especial a la Dra. María Susana González García, Mg. Sc. Por su conocimiento y dedicación para el desarrollo del presente trabajo de titulación, y finalmente agradezco a todos aquellos que me han acompañado a lo largo de este aprendizaje profesional.

Abigail Alexandra Paute Torres

Índice de contenidos

Portada.....	i
Certificación	ii
Autoría.....	iii
Carta de autorización.....	iv
Dedicatoria	v
Agradecimiento	vi
Índice de contenidos.....	vii
Índice de tablas.....	x
Índice de Anexos.....	xi
1.Título	1
2.Resumen	2
2.1.Abstract	3
3.Introducción	4
4.Marco Teórico	7
4.1.Síntomas depresivos	7
4.1.1.Definición	7
4.1.2.Etiopatogenia	7
4.1.3.Factores etiológicos	8
4.1.3.2. Factores personales y sociales.....	8
4.1.3.3. Factores familiares.....	8
4.1.3.4. Factores neuroquímicos.....	8
4.1.4. Síntomas y Signos.....	9
4.1.5. Diagnostico.....	9
4.1.5.1. Criterios de diagnóstico.....	9
4.1.5.2. Niveles de depresión según la CIE - 10	11
4.1.5.3. Tipos de trastornos depresivos según la DSM -5.....	11
4.1.6. Tratamiento.....	14
4.1.6.1. Tratamiento no farmacológico.....	14

4.1.7.El Cuestionario sobre la salud del paciente-2 (PHQ-2) y Cuestionario sobre la salud del paciente – 9 (PHQ -9).	15
4.2.Consumo de Tabaco	16
4.2.1.Definición.	16
4.2.2.Epidemiología.	16
4.2.3.Fisiología.	17
4.2.4.Formas del consumo de tabaco.	17
4.2.4.1.Cigarros.	17
4.2.4.2.Cigarros pequeños	17
4.2.4.3.Narguiles (hookahs) o pipas de agua	17
4.2.4.4.Tabaco sin humo.	18
4.2.4.5.Tabaco en polvo	18
4.2.5.Factores de riesgo asociados al consumo de tabaco.	18
4.2.5.1.Edad.	18
4.2.5.2.Sexo.	18
4.2.5.3.Genética.	18
4.2.5.4.Factor social y ambiental.	18
4.2.5.5.Depresión u otra enfermedad mental	19
4.2.6. Cuestionario para la clasificación de consumidores de cigarrillo (C4) para jóvenes.	19
5.Metodología	21
5.1. Enfoque	21
5.2. Tipo de diseño	21
5.3. Área de estudio.	21
5.4. Universo	21
5.5. Muestra.	21
5.6. Criterios de inclusión	21
5.7. Criterios de exclusión.	21
5.8. Técnicas y recolección de datos	21
5.8.1.Técnicas.	21
5.8.2.Instrumentos de recolección de la información. Se establece tres instrumentos.

.....	22
5.8.2.1. Consentimiento informado de la OMS. Se empleó este documento donde contó con los principales objetivos de la investigación y principales datos para el proyecto. ...	22
5.8.2.2. Hoja de recolección de datos	22
5.8.2.3. Cuestionario sobre la salud del paciente-2 (PHQ-2).....	22
5.8.2.4. Cuestionario sobre la salud del paciente-9 (PHQ-9).....	22
5.8.2.5. Cuestionario para la clasificación de consumidores de cigarrillo (C4) para jóvenes.....	23
5.9. Procedimiento.....	23
5.10. Materiales.....	24
5.11. Plan de tabulación y análisis	24
6.Resultados	25
6.1. Resultados para el primer objetivo.....	25
6.2. Resultados para el segundo objetivo	26
6.3. Resultado para el tercer objetivo	27
7. Discusión	28
8. Conclusiones	30
9. Recomendaciones.....	31
10. Bibliografía.....	32
11. Anexos.....	36

Índice de tablas

Tabla 1. Síntomas depresivos según grupo de edad y sexo en estudiantes de Bachillerato del colegio Manuel Ignacio Monteros Valdivieso de Loja	25
Tabla 2. Consumo de tabaco según de edad y sexo en estudiantes de Bachillerato del colegio Manuel Ignacio Monteros Valdivieso de Loja.....	26
Tabla 3. Síntomas depresivos y prevalencia del consumo de tabaco en estudiantes de Bachillerato del colegio Manuel Ignacio Monteros Valdivieso de Loja	27

Índice de Anexos

Anexo 1. Pertinencia del proyecto de tesis	36
Anexo 2. Autorización para modificación del tema.....	37
Anexo 3. Designación de Director de Proyecto de titulación	38
Anexo 4. Designación de nuevo Director de Proyecto de titulación.....	39
Anexo 5. Autorización para recolección de datos.....	40
Anexo 6. Consentimiento informado	41
Anexo 7. Hoja de recolección de datos.....	45
Anexo 8. Certificación del resumen al idioma ingles	50
Anexo 9. Base de Datos	51
Anexo 10. Certificación del Tribunal de Grado.	57

1. Título

Síntomas depresivos y consumo de tabaco en estudiantes de Bachillerato del colegio

Manuel Ignacio Monteros Valdivieso de Loja

2. Resumen

Los síntomas depresivos y el consumo de tabaco actualmente se consideran problemas silentes pero frecuentes de salud, con consecuencias agravantes. El presente estudio tuvo como finalidad determinar los síntomas depresivos y consumo de tabaco según grupo de edad y sexo, estableciendo su correlación, en estudiantes de Bachillerato del colegio Manuel Ignacio Monteros Valdivieso de Loja. Fue un estudio cuantitativo, de corte transversal, con una muestra de 141 participantes en los cuales se aplicó los Cuestionarios sobre la Salud del Paciente PHQ -2 y PHQ -9 y el Cuestionario para la clasificación de consumidores de cigarrillo (C4) para jóvenes. En el estudio realizado, se observó que el 70% (n = 98) de los individuos presentó síntomas depresivos de tipo leve a grave, principalmente entre los rangos de edad de 19 a 23 años, sin diferencia significativa de sexo femenino o masculino; en relación al consumo de tabaco se demostró que el 32% (n=46) de la población estudiada consumía tabaco, siendo este riesgo mayor en estudiantes entre las edades de 14 a 18 años perteneciente al sexo masculino. Así mismo, se observó que el 68 % (n=95) demostró ser prácticamente nulo con respecto al consumo de tabaco sin diferencia entre los intervalos de edad, pero si prevalectida por el sexo femenino. Concluyendo con los resultados obtenidos indican que existe una influencia de los síntomas depresivos en el consumo de cigarrillos. Los hallazgos destacan diferencia entre edad y género para padecer síntomas depresivos y consumir tabaco.

Palabras Clave: Depresión, cigarrillo, adulto joven, adolescentes.

2.1. Abstract

Depressive symptoms and tobacco consumption are currently considered silent but frequent health problems, with aggravating consequences. The aim of this study was to determine depressive symptoms and tobacco consumption according to age group and sex, establishing their correlation in high school students of the Manuel Ignacio Monteros Valdivieso school in Loja. It was a quantitative, cross-sectional study, with a sample of 141 participants in which the Patient Health Questionnaires PHQ -2 and PHQ -9 and the Questionnaire for the classification of cigarette consumers (C4) for young people were applied. In the study, it was observed that 70% (n=98) of the individuals presented mild to severe depressive symptoms, mainly between 19 to 23 years old, with no significant difference between male and female sex; in relation to tobacco consumption, it was shown that 32% (n=46) of the population studied consumed tobacco, this risk was higher in students between the ages of 14 to 18 years belonging to the male sex. Likewise, it was observed that 68% (n=95) showed to be practically null with respect to tobacco consumption with no difference between the age intervals, but prevailed by the female sex. Concluding with the results obtained indicate that there is an influence of depressive symptoms on cigarette consumption. The findings highlight the difference between age and gender for suffering from depressive symptoms and tobacco consumption.

Key words: depression, smoking, young adult, adolescents.

3. Introducción

La depresión es una enfermedad común pero grave, que provoca síntomas relevantes y afectantes al comportamiento del individuo es decir cómo se siente, piensa y realiza actividades tales como: dormir, comer o trabajar, que suelen perdurar más de dos semanas (Torres, 2020).

Los síntomas depresivos son variables. No obstante, la mayoría de los que sufren este tipo de trastornos, se sienten tristes o deprimidos con pérdida de interés en actividades que antes disfrutaban, acompañado con cambios en el apetito, por ejemplo: pérdida o ganancia de peso no relacionada con la dieta. Además de dificultad para conciliar el sueño, aunque en algunas concesiones existe un aumento de la actividad física sin propósito dando como resultado una incapacidad para tener tranquilidad al sentarse por varios minutos expresado en caminar de un lado a otro junto con retorcerse las manos o movimientos y habla lenta. Los síntomas deben durar al menos dos semanas y deben representar un cambio en su nivel previo de funcionamiento para un diagnóstico de depresión (Torres, 2020).

Dentro de la escala mundial, aproximadamente 300 millones de personas padecen depresión, existiendo diferencia entre las regiones (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2017). En 2015, el porcentaje mundial con padecimiento de depresión fue de 4,4%, mayoritario en mujeres (5,1%) que en hombres (3,6%) (OMS, 2017).

A nivel de América Latina, Brasil presentó la mayor prevalencia de depresión con un 5,8%; mientras que, Cuba, se destacó por ser el segundo (5,5%); seguido de Paraguay (5,2%); Chile y Uruguay (5%); Perú (4,8%); Colombia, Argentina, República Dominicana y Costa Rica con un 4,7%. En Ecuador fue 4,6%; Panamá, Bolivia y El Salvador (4,4%); Nicaragua, México y Venezuela (4,2%); Honduras (4%) y Guatemala (3,7%), con todos estos antecedentes se concluye que, aproximadamente 50 millones de personas residían con depresión en 2015, en otras palabras, cerca del 5% de la población en general (OMS, 2017).

Para el año 2015, en Ecuador, 2.088 personas fueron asistidas por enfermedades depresivas, con crecimiento de porcentaje superior en mujeres (64%); al mismo tiempo, aquellos que presentaron mayores estados depresivos fueron entre las edades de 19 a 59 años equivalente a un 73,5% de los casos (Instituto Nacional de Estadística y Censo [INEC], 2015).

Fumar, masticar o aspirar productos que están hecho de tabaco se define como el consumo del mismo (Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas [NIDA], 2021). Desde otro punto de vista, se puede clasificar a estos productos; a todos aquellos que están hechos total o

parcialmente de tabaco y que contienen nicotina, un ingrediente psicoactivo adictivo (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2019).

La acción de la nicotina de cualquier producto de tabaco, a nivel sanguíneo, estimula las glándulas suprarrenales y libera adrenalina, potenciando el sistema nervioso central a fin de, elevar la presión arterial, la respiración y la frecuencia cardíaca; activando de igual manera las vías de recompensa en el cerebro, un circuito que regula el refuerzo y la sensación de placer (NIDA, 2020).

En otras palabras, denota que, las personas con enfermedades mentales pueden interpretar estos efectos como un alivio de sus síntomas (Bainter, Selya, & Oancea, 2020, como se citó en DiFranza J. R., Wellman R. J., Mermelstein R., Pbert L., Klein J. D., Sargent J. D., et al. P. (2011)).

Gran parte de la población consumidora de tabaco, refieren que su consumo empezó en la adolescencia. A partir de las evidencias anteriores, aquellos que inician el consumo a edad temprana son más proclives a desarrollar dependencia a la nicotina (NIDA, 2020).

El conocimiento actual sobre el tabaquismo entre compañeros de clase, contribuyen a que un adolescente fume y tenga dependencia a la nicotina. Asimismo, factores negativos como: problemas en la familia, depresión, acontecimientos destructivos en el ámbito personal se asocian fuertemente con el consumo de tabaco (NIDA, 2020).

Por lo antes mencionado e igualmente a la escasez de información estadística sobre los síntomas depresivos en relación con el consumo de tabaco en nuestra localidad, resulta importante conocer la relación de estas mismas. Preguntándonos ¿Cómo influye los síntomas depresivos y el consumo de tabaco en estudiantes de Bachillerato del colegio Manuel Ignacio Monteros Valdivieso de Loja? Por lo cual, el presente proyecto, planteó como objetivo general determinar los síntomas depresivos y consumo de tabaco en estudiantes de Bachillerato del colegio Manuel Ignacio Monteros Valdivieso de Loja y como objetivos específicos valorar la presencia de los síntomas depresivos, identificar la prevalencia de consumo de tabaco según grupo de edad y sexo, del mismo modo establecer la relación entre los síntomas depresivos y la prevalencia del consumo de tabaco en estudiantes de Bachillerato del colegio Manuel Ignacio Monteros Valdivieso de Loja, aportando un gran valor de datos para futuros estudios.

Finalmente, la presente investigación pertenece a la segunda línea de investigación Salud y enfermedad del niño/a y adolescente y a la tercera línea de investigación Salud enfermedad del adulto y adulto mayor, establecidas en la Carrera de Medicina de la Facultad de la Salud

Humana de la Universidad Nacional de Loja.

4. Marco Teórico

4.1. Síntomas depresivos

4.1.1. Definición. La depresión se refiere a una amplia gama de problemas de salud mental asociados a una gama de emociones, cognitivos, físicos y síntomas conductuales, los cuales colman al afectado con un estado de ánimo, bajo al despertar; en ciertas ocasiones el individuo presenta un positivismo como reactivo a experiencias o eventos afectivos; desafortunadamente, estas elevaciones emocionales no se permanecen constantes, resurgiendo sentimientos depresivos (National Alliance on Mental Illness [NAMI], 2020). Los síntomas físicos y de comportamiento típicamente incluyen llanto, irritabilidad, retraimiento social, disminución en la libido, fatiga, normalmente con reducción del sueño y del apetito son aquellos que caracterizan a los síntomas depresivos.

Del mismo modo, que afectan a la vida cotidiana con sentimientos de culpa, impotencia, inutilidad, disminución de la autoestima y de confianza, que en ciertos casos puede llegar incluso a una ideación suicida con o sin intentos de autolesión o el suicidio. Adicionalmente con cambios cognitivos tales como: poca concentración, atención reducida, rumia y ralentización mental que suele durar con un mínimo de dos semanas (National Institute for Clinical Excellence [NICE], 2020).

4.1.2. Etiopatogenia. La etiopatogenia no es muy conocida pero diferentes autores concuerdan que existe un desbalance en la neurotransmisión sináptica de la serotonina, noradrenalina y dopamina, provocando una hipoactividad aminérgica. por ejemplo: la serotonina producida a partir del triptófano juega un roll en la manifestación de síntomas depresivos tales como el humor depresivo, culpa, disgusto, miedo, hostilidad, ansiedad, irritabilidad, soledad, etc. Debido a que estudios evidencian en el hecho de que el fármaco inhibidor de monoamino oxidasa, cuya función es inhibir a la enzima MAO que degrada las vesículas de serotonina, aumenta la concentración de este neurotransmisor en el espacio sináptico (el cual existe en pacientes parecientes de depresión) representa un antidepresivo sumamente eficiente para tratar esta enfermedad, respondiendo a la disminución de este neurotransmisor. Así mismo, la dopamina cuyo precursor es la tirosina regula las funciones motoras, emocionales y cognitivas también cumple un papel en la velocidad psicomotora y habilidad para experimentar placer y sus niveles bajos se afilian a la aparición de desesperanza, animo bajo o anhedonia. Este último se debe principalmente a la disfunción del circuito de recompensa, el cual esta mediatizado por dopamina y posiblemente también el glutamato (Matos & Manzano, 2021).

4.1.3. Factores etiológicos. Los trastornos depresivos son procesos multifactoriales que engloba diversos factores de riesgo. De otro modo que no se conoce, con exactitud el inicio o el mantenimiento de estos. Por esta situación, se nombran los más relevantes. a pesar de ello, es necesaria una entrevista clínica para aclarar qué trastorno depresivo está presente y abordar el diagnóstico diferencial (Lyness, 2022).

4.1.3.1. Factores genéticos. Los parientes de pacientes con trastornos depresivos de primer grado que comparten factores genéticos como ambientales, poseen una heredabilidad del 37% para desarrollar el trastorno depresivo. No obstante, este patrón puede ser diferente, por ejemplo: en algunos casos se ha evidenciado la ansiedad o la distimia como un signo de alarma temprana, sin existir antecedentes familiares de trastornos mentales (Kendall et al., 2021).

4.1.3.2. Factores personales y sociales. Diferentes fenómenos que rodean al individuo de acuerdo a nivel social, escolar o familiar pueden afectar a largo plazo a padecer síntomas depresivos siempre y cuando estos sean perjudiciales y en la mayor parte de los casos son situaciones temporales pero marcantes para el paciente, tales como: el acoso escolar, una reducción en el ingreso económico familiar, inicio de trabajo temprano no adecuado, conductas antisociales, consumo de sustancias, disfunción familiar pueden producir una cronicidad en la afectación negativa para padecer síntomas depresivos definiendo a una depresión (Knapp & Wong, 2020).

4.1.3.3. Factores familiares. La presencia de depresión en madres se relaciona como un efecto negativo o un plano más observado de los descendientes y un afecto menos positivo, esta afectividad negativa de temperamento superior y una de menor afectividad positiva, en lo que se traduce en habilidades de regulación emocional más pobres y efectivas, dando un apego más inseguro y desorganizado, menor compromiso social, menor desarrollo cognitivo, un patrón que es relacionados con trastornos depresivos mayores en adolescentes y adultos (Goodman, 2020).

4.1.3.4. Factores neuroquímicos. Los neurotransmisores que se asocian con el síndrome depresivo son: norepinefrina (NA) y serotonina (SER). Esto se ha demostrado debido a que existe una disminución de los niveles del metabolito NA, 3-metoxi-4-hidroxifenilglicol, en la sangre y la orina en pacientes deprimidos. Además, existe niveles bajos de ácido 5-hidroxiindolacético en pacientes que se han suicidado. Demostrando, que la disminución de dopamina aumenta el riesgo de padecer depresión (Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e igualdad [MSSSI], 2014).

4.1.4. Síntomas y Signos. En el síndrome depresivo se patentizan los siguientes síntomas: falta de energía, alteración en el apetito, vicisitud en el sueño, disminución de la concentración, indecisión, inquietud, sentimiento de no ser suficiente o incapaz, culpabilidad o desesperanza, pensamientos de autolesión o suicidio, que afectan a su vida cotidiana, considerados como los más importantes, que en ocasiones son notorios por una persona cercana al paciente, pero ostensible para el individuo (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2018). Desde otro punto de vista, los signos sugerentes de acuerdo a los criterios paralelos de DSM-III son cinco: a) Estado anímico triste; b) Presencia de un estado disfórico; c) Constantes pensamientos obsesivos; d) Euforia es de corta duración para establecer tristeza; e) Retraso a nivel psicomotor (Kendler, 2020).

4.1.5. Diagnóstico. Para la confirmación del diagnóstico de depresión, se sugiere usar los criterios de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) [Ministerio de Salud Pública (MSP), 2017).

4.1.5.1. Criterios de diagnóstico. Los criterios diagnósticos de depresión más utilizados, a nivel clínico o de investigación, son los de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, décima edición (CIE-10). Que clasifica la depresión mayor dentro los trastornos del humor o afectivos (F30- F39). La categoría F32 incluye el episodio depresivo y la F33 la de trastorno depresivo recurrente, y la primera se subdivide a su vez en: a) F32.0 Episodio depresivo leve; b) F32.1 Episodio depresivo moderado; c) F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos; d) F32.3 e) Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos. En cualquiera de los episodios depresivos debe tener una duración mínima de dos semanas y por lo menos tres síntomas considerados típicos de la depresión (MSSSI, 2014).

4.1.5.1.1. A Criterios generales para episodio depresivo. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas y sugiere.

Criterios de la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10 para el diagnóstico de depresión sección A

A	Criterios generales para episodio depresivo
El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.	
El episodio no es atribuible al abuso de sustancias psicoactivas o a ningún trastorno mental orgánico.	

No ha habido síntomas hipomaníacos o maníacos suficientes para cumplir los criterios de episodio hipomaníaco o maníaco (F30) en ningún período de la vida del individuo.
--

Fuente: Ministerio de Salud Pública Elaborado por:
Ministerio de Salud Pública

4.1.5.1.2. *B Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas.* Se sugiere la presencia de algunos de los siguientes síntomas.

Criterios de la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10 para el diagnóstico de depresión sección B

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 persiste durante al menos dos semanas.
	Marcada pérdida de los intereses o de la capacidad para disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras.
	Falta de vitalidad, disminución de la energía o aumento de la fatigabilidad.

Fuente: Ministerio de Salud Pública
Elaborado por: Ministerio de Salud Pública

4.1.5.1.3. *C Presencia de uno o más síntomas:* Se establece por lo menos.

Criterios de la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10 para el diagnóstico de depresión sección C

C	Además, debe estar presente uno o más síntomas de la siguiente lista, para que la suma total, sea al menos de 4
	Pérdida de confianza y de la estimación de sí mismo, y sentimientos de inferioridad. Cambios de actividad psicomotriz, con agitación o inhibición.
	Reproches desproporcionados hacia sí mismo y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada.
	Pensamientos recurrentes de muerte o de suicidio, o cualquier conducta suicida.
	Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión y vacilaciones.
	Cualquier tipo de alteración del sueño.
	Cambios en el apetito (disminución o aumento), con la correspondiente modificación del peso.

Fuente: Ministerio de Salud Pública
Elaborado por: Ministerio de Salud Pública

4.1.5.2. Niveles de depresión según la CIE - 10. Los niveles de depresión se clasifican de la siguiente manera:

4.1.5.2.1. F32.0 Episodio depresivo leve. Entre todos los criterios, se requieren al menos dos indicadores del Criterio B y uno o más indicadores del Criterio C para satisfacer todos los indicadores. Para un individuo de un episodio leve puede realizar la mayoría de sus tareas sin ningún problema (MSP, 2017).

4.1.5.2.2. F32.1 Episodio depresivo moderado. Se deberán cumplir los criterios generales, al menos dos puntos para el criterio B y una nota adicional para el criterio C, sumando al menos seis puntos. Una persona con un episodio moderado puede tener dificultades para realizar sus actividades diarias normales (MSP, 2017).

4.1.5.2.3. F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos. Se deben cumplir todos los requisitos, es decir tres requisitos B y los requisitos C adicionales, con un mínimo de ocho requisitos. Las personas que padecen este tipo de depresión suelen presentar síntomas intensos y angustiantes, que enfatizan en la desesperanza, la culpa y los sentimientos de inutilidad. Los pensamientos y acciones suicidas ocurren con frecuencia, así como síntomas físicos severos y los períodos críticos sin psicosis incluyen períodos de depresión mayor y depresión vital. Sin embargo, esto no incluyen alucinaciones, delirios (MSP, 2017).

4.1.5.2.4. F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos. Este tipo incluye síntomas psicóticos y posee dos criterios: a) Delirios o delirios asociados con la esquizofrenia. Los problemas comunes incluyen temas de depresión, cargo de conciencia, nihilismo y tortura; b) estupor depresivo. Si se cumple uno de los dos criterios para el periodo de depresión mayor, estamos hablando de depresión mayor con síntomas psicóticos. Los fenómenos psíquicos como las alucinaciones o los delirios pueden tener pensamientos consistentes o inconsistentes. El trastorno depresivo mayor con síntomas psicóticos puede incluir depresión psicótica, psicosis y psicosis reactiva (MSP, 2017).

4.1.5.3. Tipos de trastornos depresivos según la DSM -5. Se clasifican:

4.1.5.3.1. Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo. Se consideran varios criterios: a) Accesos de cólera con manifestaciones verbales; b) La ira no es compatible con el desarrollo; c) Las conmociones de ira ocurren en promedio tres o más veces por semana; d) La ira o el estado de ánimo está constantemente la mayor parte del día y casi todos los días. Los puntos A al D deben estar presentes durante 12 meses o más. Los criterios anteriores pueden estar presentes en diferentes tiempos de contexto como en casa,

en el área de estudio, con amigos [American Psychiatric Asociación (APA), 2020].

Para la edad: a) El primer diagnóstico no puede ser antes de los 6 años o después de los 18 años; b) Para la observación los criterios A – D empiezan antes de los 10 años; c) No hay un tiempo específico de más de un día que haya logrado todos los efectos secundarios pero si la presencia de todos los síntomas durante varios meses; d) Estos comportamientos no se ven solo durante la depresión mayor, ni se ven con más frecuencia que en cualquier otro trastorno mental, por lo cual se debe realizar un seguimiento y una buena historia del paciente (APA, 2020).

4.1.5.3.2. Trastorno de depresión mayor. De acuerdo con los criterios de diagnóstico, es importante tener cinco o más de estos síntomas en un período de dos semanas y mostrar un cambio en el comportamiento anterior: pérdida de peso a la mitad la mayor parte del día, casi todos los días, según lo muestra la información del sujeto. Un marcado. disminución del interés o placer en todas o casi todas las actividades del día, casi todos los días; pérdida de peso significativa sin dieta ni aumento de peso; insomnio casi diario o somnolencia excesiva; felicidad casi diaria o tensión emocional (percibida por los demás, no solo sentimientos mentales de dolor y pereza); casi agotamiento o pérdida de energía todos los días; sentimientos de inutilidad o mal grave o injusto; una disminución casi diaria de la capacidad de pensar o razonar, o de tomar decisiones; nuevos pensamientos de muerte Estos síntomas son la causa de grandes dificultades o daños en áreas importantes de la vida, el trabajo u otras actividades (APA, 2020).

4.1.5.3.3. Trastorno depresivo persistente (distimia). En este trastorno se agrupan el trastorno de depresión mayor crónico y el trastorno distímico.

Caracterización de los estados de trastornos depresivos persistente

Estadio A
Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, presente más días que los que está ausente, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas, durante un mínimo de dos años.
Estadio B
Presencia, durante la depresión, de dos (o más) de los síntomas siguientes:
Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones.
Sentimientos de desesperanza.

Fuente: Asociación Americana de Psiquiatría. Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.

Elaborado por: American Psychiatric Association.

Durante un período de dos años (donde se excluye un año para niños y adolescentes), la persona nunca experimenta los síntomas descritos en los criterios A y B durante más de dos meses. La depresión mayor puede durar hasta dos años. No hay tipo maníaco o hipomaníaco y no se cumplen los criterios para el trastorno ciclotímico. La violencia no puede explicarse por la presencia de trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, delirios o un trastorno específico o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos mentales. Estos síntomas no pueden atribuirse a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., medicación o fármacos) o de un tratamiento (p. ej., hipotiroidismo). Estos síntomas dan como resultado alteraciones clínicamente significativas en importantes áreas sociales, ocupacionales y otras áreas de funcionamiento (APA, 2020).

4.1.5.3.4. Trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento. Posee los siguientes criterios: El cuadro general muestra un dolor severo y persistente debido a la depresión y la pérdida de interés o placer en todo o casi todo. Esta información está respaldada por la historia clínica, el examen físico o las pruebas de laboratorio. Los síntomas aparecen durante o poco tiempo después del envenenamiento o el uso de drogas. La causa de este problema no es la disponibilidad de recursos o el uso de medicamentos para la ansiedad. Los síntomas de la depresión pueden incluir: síntomas antes de tomar medicamentos o medicamentos; Persistencia de los síntomas dentro de un mes después de una gran abstinencia o consumo excesivo de alcohol; u otra evidencia de que la droga o medicamento no es la causa de la depresión (APA, 2020).

4.1.5.3.5. Otro trastorno depresivo especificado. Esta categoría engloba síntomas depresivos, no encajantes con los criterios establecidos.

Otro trastorno depresivo especificado

Depresión breve recurrente
Síntomas de depresión durante 2-13 días por lo menos una vez al mes.
Episodio depresivo de corta duración (4-13 días)
Afecto deprimido y al menos cuatro de los otros ocho síntomas de un episodio de depresión mayor.
Episodio depresivo con síntomas insuficientes
Afecto deprimido y al menos cuatro de los otros ocho síntomas de un episodio de depresión mayor.

Fuente: Asociación Americana de Psiquiatría. Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.

4.1.5.3.6. Otro trastorno depresivo no especificado. Esta clasificación se refiere a comportamientos compulsivos que a menudo causan problemas clínicos o deterioro en importantes áreas sociales, ocupacionales u otras, pero que no cumplen con los criterios de ausencia de problema. Unidad de Investigación de la Depresión. Un tipo no especificado de depresión se usa en situaciones en las que los médicos no explican por qué no se cumplen los criterios para un trastorno depresivo en particular. (APA, 2020).

4.1.6. Tratamiento. El tratamiento se divide en dos secciones:

4.1.6.1. Tratamiento no farmacológico. Debemos evaluar, la indicación de un tratamiento no farmacológico en pacientes con:

Embarazo, estado de lactancia, paciente pluripatológico, paciente joven con depresión leve, paciente recién diagnosticado con un periodo inferior al mes (MSSSI, 2014).

4.1.6.1.1. Entrenamiento en solución de problemas. Se tiene que evaluar durante la entrevista si el entorno familiar, de pareja, social, etc. Involucra el empeoramiento de los síntomas o si únicamente son factores personales que hacen contrastante. En caso de ser extrapersonal, se deberá tratar de llevar a cabo la psicoterapia englobada a la familia, pareja, es decir que se deberá contar con la participación familiar, a fin de encontrar una resolución de los atenuantes (Keitner, 2021).

4.1.6.1.2. Terapia cognitivo conductual. La elección de la terapia inicial depende de la gravedad, el inicio junto con la duración de los síntomas; la presencia de agitación, psicosis, ideación y comportamiento suicida y homicida, así como comorbilidad; la edad y funcionamiento del paciente (p. ej., conflicto familiar y problemas académicos). Para los adolescentes y adultos jóvenes se sugieren que la terapia combinada puede proporcionar una ventaja modesta sobre la farmacoterapia sola y la psicoterapia sola, porque han sido ampliamente estudiados, especialmente en adolescentes (Bonin & Moreland, 2021).

4.1.6.1.3. Terapia interpersonal. La psicoterapia y el plan de las sesiones estará dirigida de acuerdo a la gravedad y síntomas presentados, muchas guías sugieren un mínimo de ocho semanas de tratamiento para un episodio agudo de depresión mayor, con alrededor de 20 sesiones. Es posible que se necesiten varias sesiones por semana durante la fase de tratamiento agudo hasta presentar mejoras, después de una evaluación con respuestas positivas, se puede disminuir las sesiones y dirigidas a los problemas del entorno del paciente (Bonin & Moreland, 2021).

4.1.7.1. Tratamiento farmacológico. Suelen ser de primera elección los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), por su eficacia y tolerabilidad.

Estos tratamientos suelen tener una latencia de inicio de acción, de modo que su eficacia máxima puede no ser evidente hasta pasadas unas 2-4 semanas desde el inicio. Se deberá mantener en un tiempo variable y cuando se logró una total remisión de los síntomas depresivos se debe evadir su recurrencia, que podría ser desde unos seis meses hasta varios años a fin de evitar una dependencia medicamentosa (Sánchez & Santos, 2019).

Los ISRS bloquean la recaptación de serotonina. Sin embargo, tienen otro efecto sobre la expresión génica de la neurona que contribuye a la disminución de síntesis de receptores y permite el aumento de la síntesis de BDNF (cerebro factor neurotrófico derivado) disminuyó por la exposición a estrés (Welniarz, 2018).

Durante la prescripción inicial, bloqueo de la bomba la recaptación no aumenta inmediatamente la serotonina en la sinapsis.

Aumenta la serotonina primero en las regiones somato dendríticas de la neurona serotoninérgica. Las propiedades de la fluoxetina Una de las peculiaridades de la fluoxetina es su Propiedades antagonistas de 5-HT 2C que desinhiben la secreción de noradrenalina y dopamina. De hecho, la acción serotonina en los receptores 5-HT 2C causa inhibición de la liberación de dopamina y norepinefrina. Los productos que bloquean estos receptores provocarán la liberación de estos neurotransmisores en la corteza prefrontal. Esto le dará un efecto antifatiga temprano, energizante, concentración mejorada y atención a cambio de una mayor ansiedad, inquietud e insomnio (Welniarz, 2018).

4.1.7. El Cuestionario sobre la salud del paciente-2 (PHQ-2) y Cuestionario sobre la salud del paciente – 9 (PHQ -9). El PHQ -2 es un instrumento utiliza solo los dos ítems que considera nucleares del PHQ-9, cuya respuesta es en una escala tipo likert que evalúan humor depresivo y pérdida de interés, respectivamente.

La precisión del PHQ-2 varía dependiendo del punto de corte del puntaje considerado anormal.

- Un puntaje PHQ-2 varía de 0 a 6. Los autores identificaron una puntuación de 3 como el punto de corte óptimo al utilizar el PHQ-2 para detectar la depresión.
- Si la puntuación es 3 o más, es probable que se presente un trastorno depresivo mayor.
- Los pacientes con un resultado positivo deben ser evaluados más a fondo con el PHQ-9, otros instrumentos de diagnóstico o una entrevista directa para determinar si

cumplen con los criterios para un trastorno depresivo.

Mientras que el Cuestionario para la salud del paciente-9 (PHQ-9). Este instrumento diagnostica la depresión a través de los criterios del DSM-IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría) a fin de determinar el trastorno depresivo y la gravedad de este. A través de un cuestionario compuesto por 9 ítems con respuesta tipo Likert que va de 0 (ningún día), a 1 (varios días), 2 (más de la mitad de los días) y 3 (casi todos los días), por lo que el puntaje total va en un rango de 0 a 27.

La gravedad de los síntomas puede organizarse en:

- 0-4 (depresión mínima)
- 5-9 (depresión leve)
- 10-14 (depresión moderada)
- 15-19 (depresión moderada a grave)
- 20-27 (de presión grave)

Este test posee valores de sensibilidad del 87% y de especificidad del 88%

4.2. Consumo de Tabaco

4.2.1. Definición. El consumo de tabaco puede definir como el uso habitual de la hoja de la planta del tabaco y sus productos. Este puede ser por inhalación de humo de cigarrillos, pipas y puros. El tabaco sin humo se refiere a una variedad de productos de tabaco que se inhalan, chupan o mastican y que contienen nicotina [American Cancer Society (ACS), 2020].

4.2.2. Epidemiología. En 2019, 273,9 millones equivalente a un 95%: 258,5 a 290,9 de personas de 15 años o más consumieron tabaco de mascar, y la prevalencia mundial estandarizada por edad del consumo de tabaco de mascar fue del 4,72% (4,46 a 5 · 01). 2282 millones (213 · 6 a 244 · 7; 83 · 29% (GBD 2019 Tobacco Collaborators, 2021).

Se comprobó que aquellos que consumían tabaco al masticar fueron aquellos que vivían en la región de Asia meridional. Entre los 12 países de mayor prevalencia fueron: Bangladesh, Bután, Camboya, India, Madagascar, Islas Marshall, Myanmar, Nepal, Pakistán, Palau, Sri Lanka y Yemen, siendo solo Yemen quien obtuvo una disminución significativa en la prevalencia del consumo de tabaco de mascar, que fue entre los hombres entre 1990 y 2019 ($-0 \cdot 94\%$ [$-1 \cdot 72$ a $-0 \cdot 14$]), en comparación con nueve de los 12 países que tenían Disminución de la prevalencia del tabaquismo. La prevalencia de consumo de Tabaco en Ecuador entre 1990 hasta antes 2019 fue 18.1% de mujeres y 8.37 % en hombres

mientras que la prevalencia para el año 2019 fue de 4.97 % en mujeres 24.7 % en hombres (GBD 2019 Tobacco Collaborators, 2021).

4.2.3. Fisiología. La mayoría de la población que consume tabaco habitualmente tienen una dependencia a la nicotina. Cuando la nicotina entra a nivel sanguíneo, permite la liberación transitoria de endorfinas en los circuitos de gratificación del cerebro generando un estado de euforia leve y momentánea. Este estado de euforia es mucho más breve que el asociado con otras drogas. Sin embargo, al igual que otras drogas adictivas, la nicotina incrementa los niveles del neurotransmisor dopamina en estos circuitos de recompensa, lo que refuerza la conducta de consumir la droga. La constante exposición altera la sensibilidad de estos circuitos a la dopamina que produce cambios en otros circuitos a nivel cerebral, relacionados con el aprendizaje, al estrés y al autocontrol. En muchos consumidores de tabaco, los cambios que se producen en el cerebro a largo plazo como consecuencia de la exposición continua a la nicotina generan adicción, la cual conlleva síntomas de abstinencia cuando la persona no fuma y hace que sea difícil dejar de fumar (NIDA, 2020).

4.2.4. Formas del consumo de tabaco. Las diferentes formas de tabaco se mencionan a continuación:

4.2.4.1. Cigarros. En 2016, aproximadamente 12 millones de adolescente de 12 años o más (el 4.6% de la población adolescente y adulta) habían fumado cigarros, conocidos como los convencionales; en los cuales se necesita una chispa para encenderlos y generan humo olfativo y altamente perjudicial para el consumidor y su alrededor, considerada como una planta envuelta en una hoja delgada. Comúnmente, conocida como la forma más común de consumo de tabaco a nivel del mundo (OMS, 2019).

4.2.4.2. Cigarros pequeños. Los datos del Suplemento sobre el consumo de tabaco de la Current Population Survey (encuesta de población actual) y de la encuesta NSDUH sugieren que los hombres más jóvenes y con desventajas económicas comienzan a consumir tabaco en forma de cigarros pequeños también denominados puros pequeños, debido a que son menor tamaño que un cigarrillo normal, pero de color café (NIDA, 2020).

4.2.4.3. Narguiles (hookahs) o pipas de agua. Los Narguiles y las pipas de agua son una nueva forma de consumir tabaco, las cuales pueden estar hechas de vidrio o de otro producto producible, en donde se activa el atomizador para inhalarlo. Estos métodos utilizan la técnica de goteo, en donde un par de gotas, gotean sobre el calefactor y crean un aerosol el cual puede contener nicotina y otros productos como diferentes sabores para que sea más agradable al individuo; a pesar de que este tipo de consumo generalmente es menos agresivo

que el uso de cigarrillo convencional, sigue siendo perjudicial para la salud (Vickerman et al., 2021).

4.2.4.4. Tabaco sin humo. Los cigarrillos sin humo o cigarrillos electrónicos se definen dispositivos que funcionan con baterías y que calientan un líquido que generalmente contiene nicotina, produciendo un aerosol que el usuario inhala. Los cigarrillos electrónicos ingresaron al mercado en 2003 en China e ingresaron a los mercados de Estados Unidos y Europa en 2006. En muchas áreas, los cigarrillos electrónicos ingresaron al mercado como productos de consumo sin regulación gubernamental (Rigotti & Reddy, 2021).

4.2.4.5. Tabaco en polvo. Mezclas de tabaco con otras drogas que se inhalan por la nariz (NIDA, 2020).

4.2.5. Factores de riesgo asociados al consumo de tabaco. Entre los factores más importantes se mencionan los siguientes:

4.2.5.1. Edad. La edad promedio para el inicio de consumo de tabaco fue de 17 años para las mujeres y 16 años para los hombres tendiendo a ser consumidores más tempranos (Raich, 2018).

4.2.5.2. Sexo. El sexo masculino suele consumir todos los productos de tabaco en mayor cantidad en relación con las mujeres.

En 2015, el 16.7% de los hombres adultos y el 13.6% de las mujeres adultas fumaban cigarrillos. Existe una diferencia debido a la combinación de patrones fisiológicos (particularmente las hormonas ováricas), culturales y conductuales. Recientes estudios, sobre el consumo de tabaco y su relación con el sexo masculino y femenino en Estados Unidos sugiere que el fumar activa más los circuitos de recompensa en los hombres que en las mujeres. Este hallazgo concuerda con la idea de que los hombres fuman por el efecto reafirmador de la nicotina, mientras que las mujeres lo hacen para regular el estado de ánimo o en respuesta a señales relacionadas con el cigarrillo (NIDA, 2020).

4.2.5.3. Genética. Hay estudios que sugieren un origen genético de consumo de tabaco provocada por la nicotina y con diferentes genes involucrados que van ligados a la neurotransmisión de dopamina y serotonina. No obstante, estos no se han podido definir aun al igual que aquellos relacionados con el metabolismo de la nicotina. Un metaanálisis demostró la influencia de factores genéticos, comportamiento familiar y factores individuales en fumadores habituales, representando respectivamente el 56%, 24% y 20% (Corvalán, 2017).

4.2.5.4. Factor social y ambiental. Los niños criados por padres fumadores tienden o

poseen más probabilidades de convertirse en fumadores habituales en relación con aquellos que no proceden de padres fumadores. Los niños con amigos que fuman también son más propensos a intentarlo. La disfunción familiar o maltrato sugiere a un consumo más temprano de drogas. La adolescencia se ha convertido en la etapa más decisiva para la adopción de un estilo de vida de consumo de sustancias incluidas el tabaco por las influencias sociales, ambientales y familiares, por lo que es común que el comienzo de consumo de tabaco sea a menor edad en comparación con otros años (Rizo-Baeza, Noreña-Peña, Vázquez-Treviño, Kuzmar, & Cortés-Castel, 2018).

4.2.5.5. Depresión u otra enfermedad mental. Hay una comorbilidad importante entre el consumo de tabaco y los trastornos mentales.

Las personas con padecimiento de algún trastorno mental son registradas con un riesgo de cuatro veces de consumir tabaco en relación con la población general. Desde 2009 hasta 2011, el 36.1% de las personas con enfermedades mentales fumaron, en comparación con el 21.4% de los adultos sin enfermedad mental. Los índices de tabaquismo más altos se dieron entre las personas con enfermedades mentales menores de 45 años, esto se acompaña con aquellas personas que tienen un nivel bajo de educación y personas con umbrales altos de pobreza (ACS, 2020).

4.2.6. Cuestionario para la clasificación de consumidores de cigarrillo (C4) para jóvenes. Cuestionario para la clasificación de consumidores de cigarrillo (C4) para jóvenes. El Cuestionario de consumo de tabaco diseñado por Archila, García y Londoño (2005) es un registro de frecuencia e intensidad de consumo que incluye, además, la descripción de los lugares en los que se fuma y el respeto o no de las normas y leyes que regulan el consumo en ciertos espacios. Adicionalmente, existen dos sistemas internacionales de clasificación de la dependencia nicotínica, el CIE – 10 y el DSM en los que se define que para ser considerada dependiente una persona debe cumplir al menos cuatro de los síntomas definidos; sin que se planteen indicadores para la clasificación de fumadores no dependientes. Este cuestionario está conformado por preguntas tipo linker para escoger una opción por cada pregunta. El resultado mínimo es de 0 y el máximo es de 50 que significa lo siguiente:

1. Puntaje mínimo 0 = La persona no fuma actualmente o nunca ha probado el cigarrillo.
2. Puntaje de 1- 5 = Consumo bajo
3. Puntaje de 6 – 17 = Consumo moderado
4. Puntaje 18 – 29 = inicio de dependencia a la nicotina

5. Puntaje de 30 -50 = Dependencia a la nicotina

5. Metodología

El estudio se realizó en el Barrio Obrapia de la ciudad de Loja, ubicado en la Avenida Villonaco en el Colegio Manuel Ignacio Monteros Valdivieso de Loja, fue un estudio mixto donde se investigaron los síntomas depresivos de los jóvenes de Bachillerato y el consumo de tabaco, durante el período Abril 2021 - Marzo 2022

5.1. Enfoque

Cuantitativo correlacional.

5.2. Tipo de diseño

Estudio de nivel descriptivo, visión prospectiva y de corte transversal

5.3. Área de estudio

El presente estudio se realizó en el Colegio Manuel Ignacio Monteros Valdivieso de Loja, ubicado en Avenida Villonaco, del Barrio Obrapia.

5.4. Universo

Estuvo conformado por los estudiantes del primer, segundo y tercer año de Bachillerato del colegio Manuel Ignacio Monteros Valdivieso de Loja, que cumplieron los criterios de inclusión. Durante el período Abril 2021 - Marzo 2022

5.5. Muestra

La muestra correspondió un total de 141 de estudiantes.

5.6. Criterios de inclusión

- Estudiantes que hayan firmado el consentimiento informado.
- Estudiantes que consuman el tabaco en forma de cigarrillo.
- Estudiantes que estén legalmente matriculados y que pertenezcan al Bachillerato del colegio Manuel Ignacio Monteros Valdivieso de Loja entre los 14 -23 años.

5.7. Criterios de exclusión.

- Estudiantes que no pertenezcan a los años de bachillerato.
- Estudiantes negativos al cuestionario PHQ - 2

5.8. Técnicas y recolección de datos

5.8.1. Técnicas. Se aplicó el consentimiento informado de la OMS, la hoja de recolección de datos que estuvo conformado por tres encuestas estandarizados, el primero por el Cuestionario sobre la salud del paciente-2 en el cuál mostraba únicamente dos preguntas que permitían excluir a los estudiantes quienes no padeciesen ningún síntoma depresivo; el

segundo Cuestionario sobre la salud del paciente-9 dirigido para diagnosticar los grados de síntomas depresivos y por último el Cuestionario para la clasificación de consumidores de cigarrillo (C4) para jóvenes, que valora si el encuestado consume tabaco y en qué medida o por otro lado, si nunca ha consumido tabaco. Con la finalidad de establecer una relación entre las variables.

5.8.2. Instrumentos de recolección de la información. Se establece tres instrumentos.

5.8.2.1. Consentimiento informado de la OMS. Se empleó este documento donde contó con los principales objetivos de la investigación y principales datos para el proyecto.

5.8.2.2. Hoja de recolección de datos. Se empleó un formulario de 25 preguntas de opción múltiple y entendible para los estudiantes de Bachillerato del Colegio Manuel Ignacio Monteros de Loja de manera virtual para aquellos que contaban con internet y se realizó de manera presencial para aquellos que no contaban con internet.

5.8.2.3. Cuestionario sobre la salud del paciente-2 (PHQ-2). El Cuestionario sobre la salud del paciente-2 (PHQ-2) es un instrumento utiliza solo los dos ítems que considera nucleares del PHQ-9, cuya respuesta es en una escala tipo likert que evalúan humor depresivo y pérdida de interés, respectivamente. La precisión del PHQ-2 varía dependiendo del punto de corte del puntaje considerado anormal.

- Un puntaje PHQ-2 varía de 0 a 6. Los autores identificaron una puntuación de 3 como el punto de corte óptimo al utilizar el PHQ-2 para detectar la depresión.
- Si la puntuación es 3 o más, es probable que se presente un trastorno depresivo mayor.
- Los pacientes con un resultado positivo deben ser evaluados más a fondo con el PHQ-9, otros instrumentos de diagnóstico o una entrevista directa para determinar si cumplen con los criterios para un trastorno depresivo.

5.8.2.4. Cuestionario sobre la salud del paciente-9 (PHQ-9). Este instrumento diagnostica la depresión a través de los criterios del DSM-IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría) a fin de determinar el trastorno depresivo y la gravedad de este. A través de un cuestionario compuesto por 9 ítems con respuesta tipo Likert que va de 0 (ningún día), a 1 (varios días), 2 (más de la mitad de los días) y 3 (casi todos los días), por lo que el puntaje total va en un rango de 0 a 27.

La gravedad de los síntomas puede organizarse en:

- 0-4 (depresión mínima)

- 5-9 (depresión leve)
- 10-14 (depresión moderada)
- 15-19 (depresión moderada a grave)
- 20-27 (de presión grave)

5.8.2.5. Cuestionario para la clasificación de consumidores de cigarrillo (C4) para jóvenes. Cuestionario para la clasificación de consumidores de cigarrillo (C4) para jóvenes. El Cuestionario de consumo de tabaco diseñado por Archila, García y Londoño (2005) es un registro de frecuencia e intensidad de consumo que incluye, además, la descripción de los lugares en los que se fuma y el respeto o no de las normas y leyes que regulan el consumo en ciertos espacios. Adicionalmente, existen dos sistemas internacionales de clasificación de la dependencia nicotínica, el CIE – 10 y el DSM en los que se define que para ser considerada dependiente una persona debe cumplir al menos cuatro de los síntomas definidos; sin que se planteen indicadores para la clasificación de fumadores no dependientes. Este cuestionario está conformado por preguntas tipo linker para escoger una opción por cada pregunta. El resultado mínimo es de 0 y el máximo es de 50 que significa lo siguiente:

- Puntaje mínimo 0: La persona no fuma actualmente o nunca ha probado el cigarrillo.
- Puntaje de 1- 7: Consumo bajo
- Puntaje de 8 – 17: Consumo moderado
- Puntaje 18 – 29: inicio de dependencia a la nicotina
- Puntaje de 30 -50: Dependencia a la nicotina

5.9. Procedimiento

Luego de una exhaustiva revisión bibliográfica se procedió a la realización del proyecto, y se solicitó la aprobación y pertinencia del proyecto a la gestora académica de la carrera de Medicina Humana quién autoriza, y solicita emitir la pertinencia del tema a investigar al Dr. Byron Salazar, docente de la carrera de Medicina Humana, quien tras revisar el proyecto de investigación considera que el mismo es pertinente de ser investigado.

Posteriormente, se solicitó designación de un director de tesis, dado el visto bueno, se tramitó la solicitud para recopilar los datos con los estudiantes de Bachillerato del colegio Manuel Ignacio Monteros Valdivieso de Loja en el cual se dio una respuesta positiva. En los días posteriores, se realizó las encuestas a los estudiantes de interés junto con el consentimiento informado. Luego de obtener los datos los datos, se realizó una tabulación

en base a estos mismo en el programa Excel para finalmente elaborar tablas para facilitar el análisis de datos en base a cada de uno de los objetivos planteados, junto con la utilización de CHI2 para establecer la relación entre las principales variables.

5.10. Materiales.

Hoja de recolección de datos

CHI2

Excel

5.11. Plan de tabulación y análisis

La información obtenida fue tabulada por medio del programa Excel y posterior en el para la realización del CHI2 en el paquete estadístico del SPSS, para finalmente presentarlo en datos en tablas.

6. Resultados

6.1. Resultados para el primer objetivo

Valorar la presencia de los síntomas depresivos según grupo de edad y sexo en estudiantes de Bachillerato del colegio Manuel Ignacio Monteros Valdivieso de Loja.

Tabla 1: Síntomas depresivos según grupo de edad y sexo en estudiantes de Bachillerato del colegio Manuel Ignacio Monteros Valdivieso de Loja

Cuestionario sobre la salud del paciente (PHQ- 2- 9)	Sexo									
	Masculino				Femenino				Total	
	14-18 años		19-23 años		14-18 años		19-23 años			
	f	%	f	%	F	%	f	%	f	%
Mínima	15	24	0	0	25	46	3	33	43	30
Leve	6	10	0	0	5	9	1	11	12	9
Moderada	16	26	6	38	8	15	1	11	31	22
Moderadamente grave	13	21	7	44	10	19	2	22	32	23
Grave	12	19	3	19	6	11	2	22	23	16
Total	62	100	16	100	54	100	9	100	141	100

Fuente: Cuestionario sobre la salud del paciente (PHQ- 2- 9)

Elaborado por: Abigail Alexandra Paute Torres

Análisis: Se observó que el 70% (n = 98) de los individuos presentó síntomas depresivos de tipo leve a grave, principalmente entre los rangos de edad de 19 a 23 años, sin diferencia significativa de sexo femenino o masculino.

6.2. Resultados para el segundo objetivo

Identificar la prevalencia de consumo de tabaco según grupo de edad y sexo en estudiantes de Bachillerato del colegio Manuel Ignacio Monteros Valdivieso de Loja.

Tabla 2: Consumo de tabaco según de edad y sexo en estudiantes de Bachillerato del colegio Manuel Ignacio Monteros Valdivieso de Loja.

Cuestionario para la clasificación de consumidores de cigarrillo (c4)	Sexo								Total	
	Masculino				Femenino					
	14-18 años		19-23 años		14-18 años		19-23 años			
	F	%	f	%	F	%	f	%		
No fumador	24	39	10	59	54	100	7	78	95	68
Ocasional	3	5	0	0	0	0	0	0	3	2
Moderado	34	56	7	41	0	0	2	22	43	30
Total	61	100	17	100	54	100	9	100	141	100

Fuente: Cuestionario sobre la Clasificación de Consumidores de Cigarrillo (C4)

Elaborado por: Abigail Alexandra Paute Torres

Análisis: El 32% (n=46) de la población estudiada consumía tabaco siendo este riesgo mayor en estudiantes entre las edades de 14 a 18 años perteneciente al sexo masculino. De la misma manera, se evidencia que el 68 % (n=95) demostró ser prácticamente nulo con respecto al consumo de tabaco sin diferencia entre los intervalos de edad pero con mayor representación del sexo femenino, por lo que se podría considerar como un factor protector.

6.3. Resultado para el tercer objetivo

Relación entre los síntomas depresivos y la prevalencia del consumo de tabaco en estudiantes de Bachillerato del colegio Manuel Ignacio Monteros Valdivieso de Loja.

Tabla 3: Síntomas depresivos y prevalencia del consumo de tabaco en estudiantes de Bachillerato del colegio Manuel Ignacio Monteros Valdivieso de Loja

Síntomas depresivos	Consumo de tabaco					
	Sí		No		Total	
	f	%	f	%	F	%
Presente	42	91	56	59	98	70
Ausente	4	9	39	41	43	30
Total	46	10	95	100	141	100

Fuente: Encuesta

Elaborado por: Abigail Alexandra Paute Torres

Análisis: Al establecer la relación de variables se puede aseverar que existe relación estadísticamente significativa entre los síntomas depresivos y el consumo de tabaco en el grupo de estudio del colegio de Bachillerato Manuel Ignacio Monteros.

7. Discusión

La disminución de alegría, interés, impulso y aumento de desesperación; en ciertas ocasiones ligado a ansiedad y fatiga, son indicadores que un individuo rodea síntomas depresivos. (Hautzinger, 2021). Así mismo algunos hallazgos indican que la depresión podría ser el factor más importante para el inicio del consumo de sustancias químicas incluidas el cigarrillo debido a la descripción de la vía para el inicio de consumo del mismo (Milic et al., 2020).

La presencia de síntomas depresivos de acuerdo a edad y sexo, en concordancia de los 141 estudiantes encuestados determinó que el 30% de los encuestados no presentaban síntomas depresivos mientras que el 70% si eran conscientes de padecerlos en un modo de leves a graves, dentro de este rango, los síntomas depresivos moderados fueron los más distinguibles con un 23 %. Parecido con Yunguri Arias et al., (2021) donde se realizó un estudio con una muestra de 61 personas, obteniendo 24.7% tenían depresión leve, el 22.4% depresión moderada, y el 24.2% depresión grave, a raíz de esto, alrededor de la cuarta parte de la muestra estaba dentro de síntomas de moderados y grave. No obstante, las edades de los 19 - 23 años eran sugerentes de sufrir mayores síntomas depresivos que cualquier grupo de edad sin distinción de sexo. Dato insurgente con Krishnan, R. (2021) donde comenta que, en la población general con respecto al sexo, la prevalencia de síndromes depresivos es aproximadamente dos veces mayor en mujeres que en hombres, esto dado a que los hombres tienen a reprimir sus emociones y sentimientos ya sea por cultura o normalización presentándolos en ira, irritabilidad, anhedonia, retraimiento o apatía y abuso de alcohol; algo contrario a las mujeres que suelen ser más expresivas y abiertas con sus cambios de estado de ánimo. Probablemente este resultado de contraste, se evidenció de esta manera en virtud a que la población estudiada estaba conformada con un rango mayor de hombres con referencia a mujeres. En relación a la edad, se demuestra que la población con menos de 15 años tiende a sufrir menos síntomas depresivos, pero entre los 20 a 24 años sufrían más síntomas depresivos destacándolos con intentos de suicidio (Mancha, 2020). Coincidente con la edad del presente estudio donde los mayores afectados fueron de 19 – 23 años.

En relación al consumo de tabaco; el 68% de los estudiantes demostró no ser fumador o nunca haber probado tabaco, donde el sexo femenino de 14 – 18 años fue el grupo más representativo con un 100% y el 32% se describieron como fumadores preeminentes entre los 14 – 18 años del sexo masculino; estos resultados se ajustan con un estudio mexicano donde comenta que ser mujer, tener menos de 25 años o 15 son factores protectores para

consumo de tabaco (Espinoza Aguirre et al., 2020). En otro estudio en México con una población de 120 millones, más de 14,3 millones de adultos (16,4% de la población adulta total) eran fumadores con un porcentaje de 25.2% hombres, 8.2% mujeres (Rodríguez-Bolaños et al., 2021).

Finalmente este estudio exploró la relación entre los síntomas depresivos y el consumo de tabaco en especial atención del tabaco al ser el común denominador conocido, a partir de los resultados obtenidos se aceptó la hipótesis general por medio de una relación estadísticamente significativa otorgada por el valor de $p < 0.00009$; análogo a un estudio en la ciudad de Loja donde se evaluó síntomas de ansiedad y depresión asociados a los niveles de riesgo del consumo de alcohol y tabaco se determinó con respecto al tabaco que 26.4 % de los encuestados presentan un nivel de riesgo asociado al consumo de tabaco y la relación con los niveles de sintomatología de depresión con valor de $p < .01$), esto confirma que a mayor consumo de tabaco existe mayor sintomatología depresiva (Valarezo-Bravo et al., 2021).

Por otro lado, en un estudio denominado Manejo del abandono del hábito de fumar y vapear en adolescentes Rosen & Sockrider (2021) mencionan que el tratamiento de la depresión puede facilitar el abandono del hábito de fumar, debido a que los adolescentes de su estudio deprimidos son significativamente más propensos a comenzar a fumar que aquellos sin depresión, en otras palabras, que los adolescentes tienden a fumar cigarrillos para disminuir los síntomas de ansiedad o depresión.

Además, en otro estudio denominado Tabaquismo y dependencia de la nicotina en relación con la depresión donde arrojó un resultado. “Los fumadores con altos niveles de dependencia de la nicotina mostraron niveles severos y extremadamente severos tanto de depresión (12,5% y 19,3%, respectivamente) como de estrés (26,1% y 22,7%, respectivamente)” (Mohamed, Ahmed Saad ElHabiby et al., 2021) por otra parte este estudio mencionó una sugerencia para estudio donde arrojaba que el grado de depresión también era importante para los que padecían mayor depresión es decir que estos consumían más cigarrillo en comparación con los síntomas leves. Sin embargo, esto aparentemente tuvo el efecto contrario en adolescentes donde comentaban que el inicio de consumo de tabaco fue por prácticas sociales produciendo un efecto negativo a largo plazo. Por lo cual se deja estas últimas incógnitas para estudios a futuro.

8. Conclusiones

La presencia de los síntomas depresivos fue preponderante en mayores de 19 años sin distinción de sexo en mayor amplitud de tipo moderadamente grave.

Mediante la encuesta se estadificó que la prevalencia de consumo de tabaco era relevante para el sexo masculino de forma ocasional y moderada.

Se evidenció una relación estadísticamente significativa entre la presencia de síntomas depresivos y el consumo de tabaco, por lo cual se puede argumentar que la presencia de síntomas depresivos aumenta la prevalencia a otras enfermedades asociadas al consumo de sustancias patógenas.

9. Recomendaciones

Se recomienda a las autoridades y tutores legales de los estudiantes del Colegio de Bachillerato Manuel Ignacio Monteros integrar a la comunidad estudiantil a fin de informar sobre la importancia de la salud mental y sobre los daños biológicos del consumo de tabaco.

Al departamento de bienestar estudiantil del colegio de Bachillerato Manuel Ignacio Monteros se sugiere reforzar los mecanismos de evaluación del estado de la salud mental de los estudiantes para así promover hábitos mejorables de salud mental por medio de trabajo psicológico.

Al Ministerio de Salud Pública considerar y evaluar la posibilidad de crear convenios con la institución educativa para derivar los casos detectados, con el motivo de intervenir oportunamente y de esa manera consecuencias futuras tanto en el riesgo de depresión como el consumo de tabaco.

A los futuros investigadores de la Universidad Nacional de Loja se recomienda escudriñar sobre las consecuencias entre los síntomas depresivos y el consumo de tabaco en diferentes instituciones tanto públicas como privadas a fin de comparar resultados e implementar mejoras en la prevención, detección y tratamiento

10. Bibliografía

- America Cancer society . (2020). *Harmful Chemicals in Tobacco Products*. Obtenido de: <http://tiny.cc/15y7vz>
- Kendler, K. S. (2020). *The characteristic signs and symptoms of mania and depression according to Kraepelin circa 1905: a comparison with DSM-III*. Obtenido de: <https://bit.ly/42Ch8zf>
- Ménard, C., Hodes, G. E., & Russo, S. J. (2017). Pathogenesis of depression: insights from human and rodent studies. *Neuroscience*. Obtenido de: <https://bit.ly/43VJtBG>
- Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e igualdad. (2014). *Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto*. Obtenido de: <https://bit.ly/43yWwcr>
- Ministerio de Salud Pública (MSP), M. d. (2017). *Guía de depresión*. Obtenido de: <https://bit.ly/3J660Ug>
- National Institute on Drug abuse (NIDA). (12 de Abril de 2021). *How many adolescents use tobacco?* Obtenido de: <http://tiny.cc/35y7vz>
- NIDA. (Enero de 2020). *¿Cuántos adolescentes consumen tabaco?* Obtenido de: <https://bit.ly/3qDTivY>
- NIDA. (Enero de 2020). *¿La nicotina es adictiva?* Obtenido de: <http://tiny.cc/65y7vz>
- NIDA. (Enero de 2020). *¿Las personas con enfermedades mentales y trastornos de consumo de drogas consumen tabaco con mayor frecuencia?* Obtenido de: <http://tiny.cc/85y7vz>
- NIDA. (Enero de 2020). *Adicción al tabaco*. Obtenido de: <http://tiny.cc/95y7vz>
- NIDA. (Enero de 2020). *How does tobacco deliver its effects?* Obtenido de: <http://tiny.cc/b5y7vz>
- NIDA. (Enero de 2020). *Otros productos de tabaco*. Obtenido de: <http://tiny.cc/e5y7vz>
- NIDA. (Abril de 2021). *Cigarettes and Other Tobacco Products Drug Facts*. Obtenido de: <http://tiny.cc/h5y7vz>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2017). *Depresión y otros transtornos mentales comunes*. Obtenido de: <http://tiny.cc/63y7vz>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2019). *Tabaquismo*. Obtenido de: <http://tiny.cc/j5y7vz>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2018). *Depresión*. Obtenido de

- <https://www.paho.org/es/temas/depresion>
- Rigotti, N. A., & Reddy, K. P. (2021). Vaping and e-cigarettes. *UptoDate*. Obtenido de: <http://tiny.cc/n5y7vz>
- Rodríguez-Bolaños, R., Caballero, M., Ponciano-Rodríguez, G., González-Robledo, L. M., Cartujano-Barrera, F., Reynales-Shigematsu, L. M., & Cupertino, A. P. (2021). Gender-related beliefs and attitudes about tobacco use and smoking cessation in Mexico. *Health Psychology and Behavioral Medicine*, 9(1), 547–566. Doi: <http://tiny.cc/x3y7vz>
- Rosen, J. B., & Sockrider, M. (2021). Management of smoking and vaping cessation in adolescents. *UptoDate*. Obtenido de: <http://tiny.cc/q5y7vz>
- Raich, S. (2018). Edad de inicio y severidad en el hábito del consumidor argentino de alcohol y tabaco. 1-55. Obtenido de: <http://tiny.cc/93y7vz>
- Rizo-Baeza, M., Noreña-Peña, A., Vázquez-Treviño, M. G., Kuzmar, I., & Cortés-Castel, E. (2018). Factores de riesgo de consumo de tabaco en adolescentes. *Revista Latinoamericana de Hipertensión*, 13. Obtenido de: <http://tiny.cc/93y7vz>
- S, M., Al-Ibrahim, & Gross., J. Y. (1990). *Clinical Methods* (3ra edición ed.). (H. K. Walker, W. D. Hall, & J. W. Hurst., Edits.) Boston.
- Sánchez, V. P., & Santos, P. M. (2019). *Protocolo diagnóstico y terapéutico de la depresión*. Doi: <https://bit.ly/45YSz2a>
- APA. (2020). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5 (5a. ed.)*.
- Bonin, L., & Moreland, C. S. (2021). Overview of prevention and treatment for pediatric depression. *UptoDate*. Obtenido de: <http://tiny.cc/t5y7vz>
- Espinoza Aguirre, A., Fantin, R., Barboza Solis, C., & Salinas Miranda, A. (2020). Características sociodemográficas asociadas a la prevalencia del consumo de tabaco en Costa Rica. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 44, 1. Obtenido de: <https://bit.ly/3JbpoPE>
- Bainter, T., Selya, A. S., & Oancea, S. C. (2020). Un indicador clave de la dependencia de la nicotina se asocia con mayores síntomas de depresión, después de tener en cuenta el comportamiento del tabaquismo. *POS ONE*, 15(5).Doi: <http://tiny.cc/e3y7vz>
- Carrasco, A. E. (2017). Modelos psicoterapéuticos para la depresión: hacia un enfoque integrado. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology (IJP)*, 51(2), 181-189. Obtenido de: <http://tiny.cc/g3y7vz>
- Corvalán, M. P. (2017). El tabaquismo: una adicción. *Revista chilena de enfermedades*

- respiratorias*, 33(3). Obtenido de: <http://tiny.cc/i3y7vz>
- Esmaeelzadeh, S., Moraros, J., Thorpe, L., & Bird, Y. (2018). The association between depression, anxiety and substance use among Canadian post-secondary students. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 14, 3241–3251. Doi: <http://tiny.cc/j3y7vz>
- GBD 2019 Tobacco Collaborators. (2021). Spatial, temporal, and demographic patterns in prevalence of chewing tobacco use in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2019. *The lancet public health*. Doi: <https://bit.ly/3p2LbCr>
- Goodman, S. H. (13 de Enero de 2020). *Intergenerational Transmission of Depression*. Doi: <https://bit.ly/3X1iimC>
- Guía de práctica clínica de los trastornos depresivos . (s.f.). *Guia trastornos depresivos*. Obtenido de: <https://bit.ly/42R8blT>
- Hautzinger, M. (2021). Depressionen. En *Verhaltens therapiemanual – Erwachsene* (pp. 513–518). Doi: <https://bit.ly/44e7bt9>
- Instituto Nacional de estadística y censo (INEC). (2015). *Censos*. Obtenido de: <https://bit.ly/3X4FaS7>
- Krishnan, R. (2021). Unipolar depression: genetics. *UpToDate. Waltham (MA): UpToDate*.
- Keitner, G. (2021). Unipolar depression in adults: Family and couples therapy. *UpToDate*. Obtenido de: <http://tiny.cc/t5y7vz>
- Kendall, K. M., Van Assche, E., Andlauer, T. F. M., Choi, K. W., Luykx, J. J., Schulte, E. C., & Lu, Y. (2021). The genetic basis of major depression. *Psychological Medicine*, 51(13), 2217–2230. Doi: <https://bit.ly/42DvfnY>
- Knapp, M., & Wong, G. (2020). Economics and mental health: the current scenario. *World Psychiatry*, 19(1), 3–14. Doi: <https://bit.ly/3P9KEcv>
- Lyness, jeffrey M. (2022). Unipolar depression in adults: Assessment and diagnosis. *UpToDate*. Obtenido de: <http://tiny.cc/x5y7vz>
- Mancha, c. L. (2020). *Depresión y Suicidio 2020. Documento estratégico para la promoción de la Salud Mental Entidades promotoras*: Obtenido de: <https://bit.ly/42GfU5Y>
- Matos, A., & Manzano, G. (2021). Bases neurológicas de la depresión. En *Analogías del Comportamiento* (Número 19). Obtenido de: <https://n9.cl/xwo6m>
- Milic, M., Gazibara, T., Pekmezovic, T., Tepavcevic, D. K., Maric, G., Popovic, A., Stevanovic, J., Patil, K. H., & Levine, H. (2020). Tobacco smoking and health-related quality of life among university students: Mediating effect of depression.

- PLoS ONE*, 15(1), 1–18. Obtenido de: <https://n9.cl/s1pwe>
- Mohamed, Ahmed Saad ElHabiby, M. M., Elkholy, H. A., & Ahmed, A. D. (2021). Studying the relationship between tobacco use and depression between Egyptian patients. *An International Journal of Medicine*, 114. Obtenido de: <https://n9.cl/4iqas1>
- MSSSI. (2014). Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e igualdad [MSSSI]. En *Fette, Seifen, Anstrichmittel* (Vol. 61, Número 2). Obtenido de: <https://n9.cl/n7kxt>
- National Alliance on Mental Illness [NAMI]. (2020). *Depression*. Obtenido de: <https://n9.cl/p1oqug>
- National Institute for Clinical Excellence [NICE]. (2020). *the Nice Guideline on the Treatment and the Treatment and Management of Depression* (Número Septiembre). Obtenido de: <https://n9.cl/bfz3t>
- Torres, F. (2020). Depression. *American Psychiatric Association*. Obtenido de: <http://tiny.cc/05y7vz>
- Valarezo-Bravo, O. F., Erazo-Castro, R. F., & Muñoz-Vinces, Z. M. (2021). Symptoms of anxiety and depression associated with the risk levels of alcohol and tobacco consumption in adolescents from Loja, Ecuador. *Health and Addictions / Salud y Drogas*, 21(1), 279–293. Obtenido de: <http://tiny.cc/z4y7vz>
- Vickerman, K. A., Carpenter, K. M., Raskob, M. K., Nash, C. M., Vargas-Belcher, R. A., & Beebe, L. A. (2021). Vaping and E-Cigarettes Within the Evolving Tobacco Quitline Landscape. *American Journal of Preventive Medicine*, 60(3), S142–S153. Obtenido de: <http://tiny.cc/w4y7vz>
- Welniarz, B. (2018). Actualités du traitement pharmacologique de la dépression de l'adolescent. *L'information psychiatrique*, 6(94), 468 - 474. Obtenido de: <http://tiny.cc/u4y7vz>
- Yunguri Arias, V., Gutiérrez Suna, E., Pacheco Sota, V. A., Accostupa Quispe, Y. M., De La Torre Dueñas, C., & Velázquez, T. (2021). Depresión y prácticas religiosas en internos de un establecimiento penitenciario de Cusco-Perú. *Revista de Psicología (PUCP)*, 39(1), 311-338. Obtenido de: <http://tiny.cc/q4y7vz>
- Kendler, KS (1993). *Tabaquismo y depresión mayor*. *Archives of General Psychiatry*, 50 (1), 36. Obtenido de: <http://tiny.cc/n4y7vz>

11. Anexos

Anexo 1. Pertinencia del proyecto de tesis



UNIVERSIDAD
NACIONAL DE LOJA

CARRERA DE
MEDICINA HUMANA

MEMORÁNDUM Nro.0608 DCM-FSH-UNL

PARA: Srta. Abigail Alexandra Paute Torres
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA

DE: Dra. Tania Cabrera
DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 27 de Julio de 2021

ASUNTO: **APROBACIÓN DE TEMA E INFORME DE PERTINENCIA DEL PROYECTO DE TESIS**

Mediante el presente me permito informarle sobre el proyecto de investigación titulado: "**Depresión y consumo de tabaco en estudiantes de Bachillerato del colegio Manuel Ignacio Monteros Valdivieso de Loja**", de su autoría, de acuerdo a la comunicación suscrito el 27 de julio de 2021 por el Dr. Byron Salazar, Docente de la Carrera, una vez revisado y corregido se considera **aprobado y pertinente**, puede continuar con el trámite respectivo.



Digitado y certificado por:
**TANIA VERONICA
CABRERA PARRA**

Dra. Tania Cabrera
DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA
C.c.- Archivo.
TVCP/NOT

Anexo 2. Autorización para modificación del tema



UNIVERSIDAD
NACIONAL DE LOJA

CARRERA DE
MEDICINA HUMANA

MEMORÁNDUM Nro.0710 DCM-FSH-UNL

PARA: Srta. Abigail Alexandra Paute Torres
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA

DE: Dra. Tania Cabrera
DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 31 de Agosto de 2021

ASUNTO: AUTORIZACIÓN PARA MODIFICACION DEL TEMA

Mediante el presente expreso un cordial saludo, a la vez que me permito informarle sobre el proyecto de investigación, "**Depresión y consumo de tabaco en estudiantes de Bachillerato del colegio Manuel Ignacio Monteros Valdivieso de Loja**", de su autoría, de acuerdo a la comunicación suscrita por el **Md. Byron Salazar**, Docente de la Carrera y en calidad de director de tesis, con fecha 25 de agosto de 2021, donde propone la modificación del tema, por el siguiente: "**Síntomas depresivos y consumo de tabaco en estudiantes de Bachillerato del colegio Manuel Ignacio Monteros Valdivieso de Loja**", con el fin de que sea viable y coherente.

Esta Dirección en vista de lo solicitado y expuesto, procede **autoriza la modificación del tema**, puede continuar con el trámite respectivo.

Atentamente,



TANIA VERONICA
CARRERA FARRA

Dra. Tania Cabrera
DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA
C.c.- Archivo, Director de Tesis.
TVCP/NOT

Anexo 3. Designación de Director de Proyecto de titulación



UNIVERSIDAD
NACIONAL DE LOJA

CARRERA DE
MEDICINA HUMANA

MEMORÁNDUM Nro.0646 DCM-FSH-UNL

PARA: Dr. Byron Salazar
DOCENTE DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA

DE: Dra. Tania Cabrera
DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 02 de Agosto de 2021

ASUNTO: Designar Director de Tesis

Con un cordial saludo me dirijo a usted, con el fin de comunicarle que ha sido designado como Director de tesis del tema: **"Depresión y consumo de tabaco en estudiantes de Bachillerato del colegio Manuel Ignacio Monteros Valdivieso de Loja"**, autoría de la **Srta. Abigail Alexandra Paute Torres**.

Con los sentimientos de consideración y estima.

Atentamente,



Formado electrónicamente por:
**TANIA VERÓNICA
CARRERA PARRA**

Dra. Tania Cabrera
DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA
C.c.- Archivo, Estudiante.
TVCP/NOT

Anexo 4. Designación de nuevo Director de Proyecto de titulación



UNIVERSIDAD
NACIONAL DE LOJA

CARRERA DE
MEDICINA HUMANA

MEMORÁNDUM Nro.0809 DCM-FSH-UNL

PARA: Dra. Susana González
DOCENTE DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA

DE: Dra. Tania Cabrera
DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 22 de Octubre de 2021

ASUNTO: Designar Nuevo Director de Tesis

Con un cordial saludo me dirijo a usted, con el fin de comunicarle que ha sido designado como nuevo Director de tesis del tema: **"Síntomas depresivos y consumo de tabaco en estudiantes de Bachillerato del colegio Manuel Ignacio Monteros Valdivieso de Loja"**, autoría de la **Srta. Abigail Alexandra Paute Torres**, en vista de que el Md. Byron Salazar ya no forma parte de nuestra planta docente.

Con los sentimientos de consideración y estima.

Atentamente,



FIRMADO AUTENTICAMENTE POR:
**TANIA VERONICA
CABRERA PARRA**

Dra. Tania Cabrera
DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA
C.c.- Archivo, Estudiante.
TVCP/NOT

Anexo 5. Autorización para recolección de datos



UNIVERSIDAD
NACIONAL DE LOJA

CARRERA DE
MEDICINA HUMANA

MEMORÁNDUM Nro.0686 DCM-FSH-UNL

PARA: Dr. Franco Cobos
**RECTOR DEL COLEGIO MANUEL IGNACIO MONTEROS
VALDIVIESO - LOJA**

DE: Dra. Tania Cabrera
DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 13 de Agosto de 2021

**ASUNTO: SOLICITAR AUTORIZACIÓN PARA RECOLECCIÓN DE DATOS DEL
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

Por medio del presente, me dirijo a usted con la finalidad de expresarle un cordial y respetuoso saludo, deseándole éxito en el desarrollo de sus delicadas funciones. Aprovecho la oportunidad para solicitarle de la manera más respetuosa se digne conceder su autorización a la **Srta. Abigail Alexandra Paute Torres**, estudiante de la Carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja, para encuestar mediante correo electrónico a los estudiantes de primero a tercero de Bachillerato entre las edades de 14 a 23 años, además se le facilite un listado con los nombres, apellidos y correos electrónicos; información que servirá para cumplir con el trabajo de investigación denominado: "**Depresión y consumo de tabaco en estudiantes de Bachillerato del colegio Manuel Ignacio Monteros Valdivieso de Loja**"; trabajo que lo realizará bajo la supervisión del Dr. Byron Salazar, Catedrático de nuestra Carrera.

Por la atención que se digne dar al presente, le expreso mi agradecimiento personal e institucional.

Atentamente,



Firmado digitalmente por:
**TANIA VERONICA
CABRERA FARRA**

Dra. Tania Cabrera
DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA

Contacto del Estudiante: celular: 0991157458, correo: abigail.paute@unl.edu.ec

C.c.- Archivo, Estudiante.

TVCP/NOT

Anexo 6. Consentimiento informado



Universidad Nacional de Loja
Facultad de la Salud Humana
Carrera de Medicina Humana
Consentimiento informado

**CONSENTIMIENTO INFORMADO ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA
SALUD (OMS)**

Este formulario está dirigido a los estudiantes de Bachillerato del colegio Manuel Ignacio Monteros Valdivieso de Loja, a quienes se los invita a participar en el estudio denominado: “Síntomas depresivos y consumo de Tabaco en estudiantes de Bachillerato del colegio Manuel Ignacio Monteros Valdivieso de Loja”.

Tesista: Abigail Alexandra Paute Torres

Directora de tesis: Dra. Maria Susana Gonzalez

Introducción

Yo, Abigail Alexandra Paute Torres, con CI. 1105003204; estudiante de la Carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja, quien está realizando un proyecto de investigación para determinar los síntomas depresivos y su relación con el consumo de tabaco en estudiantes de Bachillerato del colegio Manuel Ignacio Monteros Valdivieso de Loja, le invito a participar de este estudio, cualquier duda estoy a su disposición.

Propósito

El propósito de este estudio es determinar los síntomas depresivos y consumo de tabaco en estudiantes de Bachillerato del colegio Manuel Ignacio Monteros Valdivieso de Loja. Al mismo tiempo demostrar la relación existente entre ambas variables.

Tipo de intervención de la investigación

Esta investigación utilizará tres cuestionarios vía online para quienes cuenten con internet

y de manera presencial para quienes no cuenten con internet.

El Cuestionario sobre la salud del paciente- 2 (PHQ-2), El cuestionario sobre la Salud del Paciente - 9 (PHQ-9) que detectan síntomas psicosociales, somáticos y cognitivos de síntomas depresivos y Cuestionario para la clasificación de consumidores de cigarrillo (C4) para jóvenes.

Selección de participantes:

Los participantes han sido seleccionados de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión, que pertenecen al colegio de Bachillerato Manuel Ignacio Monteros Valdivieso de Loja.

Participación voluntaria

La participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede aceptar o declinar la participación de su representante. En el caso que acepte y luego desea que su representado no continúe en el estudio, estará en su libre derecho. Sin embargo, en que su participación se positiva, se le pedirá a su representado que conteste las encuestas entabladas, que le tomará 20 minutos aproximadamente

Información sobre los cuestionarios:

El Cuestionario sobre la salud del paciente- 2 (PHQ-2). Es un instrumento utiliza solo los dos ítems que considera nucleares del PHQ-9, cuya respuesta es en una escala tipo likert que evalúan humor depresivo y pérdida de interés, respectivamente.

Cuestionario sobre la salud del paciente-9 (PHQ-9). Este instrumento diagnostica la depresión a través de los criterios del DSM-IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría) a fin de determinar el trastorno depresivo y la gravedad de este. A través de un cuestionario compuesto por 9 ítems.

Cuestionario para la clasificación de consumidores de cigarrillo (C4) para jóvenes. Determina el tiempo de consumo de tabaco. Este cuestionario está conformado por preguntas tipo linker para escoger una opción por cada pregunta.

Procedimiento y protocolo:

Para la recolección de la información se aplicará el Cuestionario sobre la Salud del Paciente -9 (PHQ -9), Cuestionarios sobre la Salud del Paciente (PHQ-2). y el Cuestionario para la clasificación de consumidores de cigarrillo (C4) para jóvenes

Duración:

Esta actividad tiene una duración de aproximadamente 20 minutos por cada persona y se desarrollará por medio de una hoja de recolección de datos digital, en el caso que los

estudiantes cuenten con internet y aquellos que no cuenten con internet se lo realizará de manera presencial.

Beneficios

Al participar en esta investigación el beneficio es que podrá conocer la relación entre los síntomas depresivos y consumo de tabaco.

Confidencialidad

La información recopilada durante la investigación no estará disponible para otras personas y será solo de conocimiento del investigador.

Compartiendo los resultados

Toda la información obtenida al finalizar el estudio será socializada en el repositorio digital de la Universidad Nacional de Loja. Además, ésta será manejada con absoluta reserva y confidencialidad, no se divulgará información personal de ninguno de los participantes.

Derecho a negarse o retirarse

Si usted no desea ser parte de esta investigación de manera voluntaria, no tiene la obligación de participar en este estudio, es su elección y todos sus derechos serán respetados. Puede abandonar su participación en cualquier momento informando previamente a la persona que lleva a cabo el estudio.

A quien contactar

Cualquier inquietud comunicarse al siguiente correo: abigail.paute@unl.edu.ec. Número de celular 0991157458

He leído o me ha sido leída la información proporcionada



Universidad nacional de Loja
Facultad de la salud humana
Carrera de medicina humana
Consentimiento informado

He sido invitado a participar en la investigación denominada “Síntomas depresivos y consumo de Tabaco en estudiantes de Bachillerato del colegio Manuel Ignacio Monteros Valdivieso de Loja ” Luego de conocer la información eficaz, doy mi consentimiento voluntario para formar parte del presente estudio de investigación, autoría de la señorita Abigail Alexandra Paute Torres, estudiante de la carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja comprendiendo que tengo el derecho a retirarme de la investigación en cualquier circunstancia, Por tal razón, consiento de forma libre y voluntaria, con la plena capacidad para ejercer sus derechos a participar en esta investigación.

¿Acepta participar en la presente investigación?

Sí ()

No ()

Anexo 7. Hoja de recolección de datos



Universidad Nacional de Loja
Facultad de la Salud Humana
Carrera de Medicina Humana
Hoja de recolección de información

Introducción

La presente hoja de recolección de datos tiene como objetivo ser partícipes del proyecto de investigación denominado "Síntomas depresivos y consumo de tabaco en estudiantes de Bachillerato del colegio Manuel Ignacio Monteros Valdivieso de Loja" a cargo de la estudiante Abigail Alexandra Paute Torres. El cuestionario tomará no más de 20 minutos. De antemano le agradezco su colaboración.

Maque con una x la opción correcta por cada pregunta.

Datos personales:

- **Edad:** _____
- **Sexo:** Masculino () Femenino ()

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido algunos de los siguientes problemas?

1. Poco interés o placer en hacer cosas

() Ningún día

() Varios días

() Más de la mitad de los días

Casi todos los días

2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas

Ningún día

Varios días

Más de la mitad de los días

Casi todos los días

Si las preguntas anteriores marcaron en ningún día por favor, entregue la encuesta alencargado.

De lo contrario continúe con la encuesta.

3. Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado

Ningún día

Varios días

Más de la mitad de los días

Casi todos los días

4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía

Ningún día

Varios días

Más de la mitad de los días

Casi todos los días

5. Sin apetito o ha comido en exceso

Ningún día

Varios días

Más de la mitad de los días

Casi todos los días

6. Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia

Ningún día

Varios días

Más de la mitad de los días

Casi todos los días

7. Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión

- () Ningún día
- () Varios días
- () Más de la mitad de los días
- () Casi todos los días

8. ¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? o lo contrario – muy inquieto(a) o agitado(a) que ha estado moviéndose mucho más de lo normal

- () Ningún día
- () Varios días
- () Más de la mitad de los días
- () Casi todos los días

9. Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera

- () Ningún día
- () Varios días
- () Más de la mitad de los días
- () Casi todos los días

10. Si marcó cualquiera de los problemas anteriores, ¿qué tanta dificultad le han dado estos problemas para hacer su trabajo, encargarse de las tareas del hogar, o llevarse bien con otras personas?

- () No ha sido difícil
- () Un poco difícil
- () Muy difícil
- () Extremadamente difícil

11. ¿Actualmente fuma?

SÍ () NO ()

12. ¿Ha fumado por más de seis meses alguna vez en su vida?

SÍ () NO ()

13. ¿Hace cuánto tiempo empezó a fumar?

- () Menos de un año
- () Un año

- Más de un año
- Entre 3 y 5 años

- Más de 5 años
- Más de 10 años

14. ¿Cuántos cigarrillos fuma en un día normal de consumo?

- 10 o menos
- 11 a 20 cigarrillos
- 21 a 30 cigarrillos
- 31 o más

15. ¿Cuánto tarda, después de despertarse en fumar su primer cigarrillo?

- Menos de 5 minutos
- Entre 6 y 10 minutos
- Entre 31 minutos y 1 hora
- Más de una hora

16. ¿Cómo fuma los cigarrillos?

- Traga el humo
- Tiene el humo en la boca

17. ¿Desearía dejar de fumar?

SÍ() NO ()

18. ¿Ha intentado dejar de fumar?

SÍ() NO () cuantas veces ()

19. ¿Fumar le ha acarreado problemas de salud?

SÍ() NO ()

20. Cuando deja de fumar un cigarrillo habitual, experimenta: (puede marcar el número de opciones que crea necesario)

- Irritabilidad o ira
- Impaciencia
- Dificultad para concertarse
- Dolor de cabeza
- Tensión o ansiedad
- Somnolencia

Ninguna de las anteriores

21. ¿Alguien de su familia le ha pedido que deje de fumar?

SÍ() NO ()

22. ¿Algún profesional de la salud le ha sugerido que deje de fumar?

SÍ() NO ()

23. ¿Encuentra difícil dejar de fumar en sitios donde está prohibido?

SÍ() NO ()

24. ¿Encuentra difícil dejar de fumar aun cuando está enfermo?

25. SÍ() NO ()

26. ¿A qué cigarrillo odiaría más renunciar?

Al primero de la mañana

Al que acompaña un trago

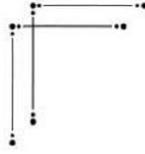
Al de antes de un parcial

Al de después del almuerzo

Al último en la noche

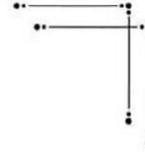
Gracias por su colaboración

Anexo 8. Certificación del resumen al idioma ingles



UNL

Universidad
Nacional
de Loja



Loja, 4 de junio de 2023

Lic. Marlon Armijos Ramírez Mgs.

**DOCENTE DE PEDAGOGIA DE LOS IDIOMAS
NACIONALES Y EXTRANJEROS – UNL**

CERTIFICA:

Que el documento aquí compuesto es fiel traducción del idioma español al idioma inglés del resumen de la Tesis previa a la obtención del título de Médica General: **Síntomas depresivos y consumo de tabaco en estudiantes de Bachillerato del colegio Manuel Ignacio Monteros Valdivieso de Loja**, autoría de Abigail Alexandra Paute Torres con CI: 1150698759, de la Carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja.

Lo certifica en honor a la verdad y autorizo a la parte interesada hacer uso del presente en lo que a sus intereses convenga.

Atentamente,

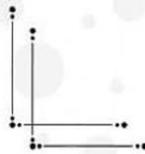


Firma electrónicamente por:
**MARLON RICHARD
ARMIJOS RAMIREZ**

MARLON ARMIJOS RAMÍREZ
DOCENTE DE LA CARRERA PINE-UNL

1031-12-1131340
1031-2017-1905329

Educamos para Transformar



Anexo 9. Base de Datos

CC		DP		CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE (PHQ-9)										CUESTIONARIO PARA LA CLASIFICACIÓN DE CONSUMIDORES DE CIGARRILLO (C4)												TOTAL		INTERPRETACION				
N	CI	E	Sexo	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Q11	Q12	Q13	Q14	Q15	Q16	Q17	Q18	Q19	Q20	Q21	Q22	Q23	Q24	Q25	PHQ-2-9	C4	PHQ-9	C4
1	Sí	18	F	3	2	0	3	3	3	3	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	19	0	EXCLUIDO	NO RIESGO
2	Sí	17	M	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	EXCLUIDO	NO RIESGO
3	Sí	18	F	3	2	1	3	2	3	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	17	0	SD	NO RIESGO	
4	Sí	22	F	1	2	1	2	1	1	2	3	2	0	1	1	5	2	4	2	0	0	0	0	0	0	0	3	15	18	SD	SI RIESGO	
5	Sí	14	F	1	1	2	1	3	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	0	SD	SI RIESGO	
6	Sí	14	F	3	2	3	2	2	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	18	0	SD	NO RIESGO	
7	Sí	22	M	3	3	3	3	0	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	16	0	SD	NO RIESGO	
8	Sí	22	F	1	1	2	1	1	1	1	1	0	0	1	1	5	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0	1	9	12	SD	SI RIESGO	
9	Sí	18	F	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	EXCLUIDO	NO RIESGO	
10	Sí	16	F	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	SD	NO RIESGO	
11	Sí	17	F	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	SD	NO RIESGO	
12	Sí	15	F	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	EXCLUIDO	NO RIESGO	
13	Sí	15	F	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	EXCLUIDO	NO RIESGO	
14	Sí	14	M	3	3	3	3	3	3	3	3	3	0	1	0	1	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0	2	27	8	SD	SI RIESGO	
15	Sí	15	F	2	3	3	3	3	3	3	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	26	0	SD	SI RIESGO	
20	Sí	16	F	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	SD	NO RIESGO	
17	Sí	17	M	3	3	2	1	1	1	1	2	1	0	1	1	1	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0	3	15	10	SD	SI RIESGO	
18	Sí	18	M	2	1	2	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	4	2	0	0	0	0	0	0	0	2	10	12	SD	SI RIESGO	
19	Sí	15	M	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	EXCLUIDO	NO RIESGO	
16	Sí	16	M	1	3	1	2	3	3	2	2	0	0	1	1	2	2	1	4	0	0	0	0	0	0	0	4	17	15	SD	SI RIESGO	

40	Sí	19	F	2	2	2	2	2	2	2	2	0	0	1	1	2	1	1	4	0	0	0	0	0	0	0	0	3	16	13	SD	SI RIESGO
47	Sí	15	F	1	3	1	2	3	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	13	0	SD	NO RIESGO	
48	Sí	16	M	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	3	1	1	4	0	0	0	0	0	0	0	1	0	12	EXCLUIDO	SI RIESGO	
49	Sí	15	F	1	3	0	3	3	3	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	17	0	SD	NO RIESGO		
50	Sí	15	F	1	1	1	1	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	0	SD	NO RIESGO	
51	Sí	15	M	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	0	SD	NO RIESGO	
52	Sí	16	M	1	1	1	1	0	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	0	SD	NO RIESGO	
53	Sí	17	F	1	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	SD	NO RIESGO		
54	Sí	16	F	3	3	3	2	2	3	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	20	0	SD	NO RIESGO	
55	Sí	15	F	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	EXCLUIDO	NO RIESGO	
56	Sí	16	F	3	1	3	3	3	3	3	2	0	0	1	1	1	1	2	4	0	0	0	0	0	0	0	3	21	13	SD	SI RIESGO	
57	Sí	15	M	2	3	2	2	2	1	2	1	0	0	1	1	3	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0	3	15	12	SD	SI RIESGO	
58	Sí	15	M	2	2	2	2	1	2	1	2	0	0	1	0	1	4	3	4	0	0	0	0	0	0	0	4	14	17	SD	SI RIESGO	
59	Sí	21	F	2	1	2	2	1	2	1	1	0	0	1	0	1	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0	3	12	9	SD	SI RIESGO	
60	Sí	15	M	3	1	3	1	2	3	2	2	0	0	1	0	1	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0	1	17	7	SD	SI RIESGO	
61	Sí	14	M	1	2	2	2	1	2	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	14	0	SD	SI RIESGO		
62	Sí	17	M	2	2	2	2	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0	2	12	8	SD	SI RIESGO	
63	Sí	18	F	1	2	1	3	1	3	1	1	0	0	1	1	1	1	1	4	0	0	0	0	0	0	0	3	13	12	SD	SI RIESGO	
64	Sí	20	M	1	1	2	3	3	1	1	2	0	0	1	1	3	4	3	4	0	0	0	0	0	0	0	4	14	20	SD	SI RIESGO	
65	Sí	19	M	1	2	3	2	1	1	2	2	0	0	1	0	1	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0	1	14	7	SD	SI RIESGO	
66	Sí	16	M	1	1	2	2	1	2	1	2	0	0	1	1	3	3	2	4	0	0	0	0	0	0	0	1	12	15	SD	SI RIESGO	
67	Sí	16	M	1	1	1	1	2	2	2	2	0	0	1	1	2	1	1	4	0	0	0	0	0	0	0	1	12	11	SD	SI RIESGO	
68	Sí	19	M	2	2	2	1	2	2	2	3	0	0	1	1	2	1	1	4	0	0	0	0	0	0	0	3	16	13	SD	SI RIESGO	
69	Sí	17	M	1	1	1	1	2	2	1	2	0	0	1	1	1	1	1	4	0	0	0	0	0	0	0	1	11	10	SD	SI RIESGO	
70	Sí	17	M	2	2	2	2	1	2	2	2	0	0	1	1	2	1	1	4	0	0	0	0	0	0	0	2	15	12	SD	SI RIESGO	

71	Sí	19	M	2	2	2	1	0	1	1	2	0	0	1	1	2	1	1	4	0	0	0	0	0	0	0	0	4	11	14	SD	SI RIESGO
72	Sí	15	M	1	2	2	2	2	2	2	1	0	0	1	1	1	2	3	4	0	0	0	0	0	0	0	0	1	14	13	SD	SI RIESGO
73	Sí	15	M	1	1	1	2	2	1	2	2	2	0	1	1	1	1	3	4	0	0	0	0	0	0	0	0	3	14	14	SD	SI RIESGO
74	Sí	17	M	2	1	2	1	1	2	1	2	1	0	1	1	3	1	2	4	0	0	0	0	0	0	0	0	3	13	15	SD	SI RIESGO
75	Sí	21	M	1	2	3	1	2	2	3	2	1	1	1	1	3	3	3	4	0	0	0	0	0	0	0	0	2	18	17	SD	SI RIESGO
76	Sí	17	F	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	0	1	1	1	1	4	0	0	0	0	0	0	0	0	3	11	12	SD	SI RIESGO
77	Sí	17	M	3	1	3	2	2	1	2	2	2	0	1	1	5	3	3	4	0	0	0	0	0	0	0	0	4	18	21	SD	SI RIESGO
78	Sí	16	M	2	2	2	2	3	3	3	3	3	2	0	1	1	2	1	1	4	0	0	0	0	0	0	0	1	22	11	SD	SI RIESGO
79	Sí	16	M	3	2	2	3	1	3	1	2	2	0	1	1	3	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	4	19	13	SD	SI RIESGO
80	Sí	19	M	3	2	2	1	3	1	1	2	2	0	1	1	2	1	2	4	0	0	0	0	0	0	0	0	1	17	12	SD	SI RIESGO
81	Sí	17	M	2	2	2	2	2	3	3	2	2	3	1	1	5	1	3	4	0	0	0	0	0	0	0	0	3	23	18	SD	SI RIESGO
82	Sí	16	M	1	2	1	2	2	2	2	1	2	0	1	1	1	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	15	8	SD	SI RIESGO
83	Sí	16	M	3	3	3	3	3	3	3	3	3	0	1	1	1	1	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	27	9	SD	SI RIESGO
84	Sí	16	M	2	2	2	1	1	2	2	2	2	0	1	1	2	1	3	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	16	11	SD	SI RIESGO
85	Sí	18	M	1	2	1	1	2	1	2	1	1	0	1	1	2	1	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	12	10	SD	SI RIESGO
111	Sí	18	F	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	EXCLUIDO	NO RIESGO
87	Sí	18	M	2	1	1	2	2	2	1	2	2	0	1	1	1	1	1	4	0	0	0	0	0	0	0	0	1	15	10	SD	SI RIESGO
88	Sí	18	M	1	3	3	1	2	2	2	2	2	0	1	1	2	1	1	4	0	0	0	0	0	0	0	0	4	18	14	SD	SI RIESGO
89	Sí	17	M	3	3	3	2	1	2	2	2	2	0	1	1	1	1	1	4	0	0	0	0	0	0	0	0	3	20	12	SD	SI RIESGO
90	Sí	18	M	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	1	1	2	1	2	4	0	0	0	0	0	0	0	0	1	18	12	SD	SI RIESGO
91	Sí	16	F	3	3	3	1	3	3	2	1	2	0	1	1	3	1	1	4	0	0	0	0	0	0	0	0	1	21	12	SD	SI RIESGO
92	Sí	19	M	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	1	1	3	1	2	4	0	0	0	0	0	0	0	0	1	18	13	SD	SI RIESGO
93	Sí	18	M	3	3	3	3	2	2	2	2	1	0	1	1	2	1	1	4	0	0	0	0	0	0	0	0	1	21	11	SD	SI RIESGO
94	Sí	18	M	2	2	2	3	2	3	2	2	2	0	1	1	3	1	3	4	0	0	0	0	0	0	0	0	1	20	14	SD	SI RIESGO
95	Sí	17	M	2	1	3	3	3	3	2	2	2	0	1	1	5	3	3	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	21	16	SD	SI RIESGO

96	Sí	18	M	3	3	3	3	3	3	3	3	3	0	1	1	2	1	2	4	0	0	0	0	0	0	0	1	27	12	SD	SI RIESGO
97	Sí	19	M	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	1	1	3	1	1	4	0	0	0	0	0	0	0	1	18	12	SD	SI RIESGO
98	Sí	20	M	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	1	1	1	1	1	4	0	0	0	0	0	0	0	1	18	10	SD	SI RIESGO
99	Sí	18	F	2	3	1	2	2	1	2	2	2	0	1	1	3	1	4	4	0	0	0	0	0	0	0	3	17	17	SD	SI RIESGO
100	Sí	21	F	3	3	3	1	2	2	2	2	2	0	1	0	1	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0	1	20	7	SD	SI RIESGO
101	Sí	20	M	2	2	2	2	3	3	2	2	3	0	1	1	2	1	1	4	0	0	0	0	0	0	0	2	21	12	SD	SI RIESGO
102	Sí	19	M	2	2	3	3	3	3	2	2	2	0	1	1	3	1	2	4	0	0	0	0	0	0	0	1	22	13	SD	SI RIESGO
103	Sí	18	F	3	3	2	1	2	2	2	1	1	0	1	1	2	1	1	4	0	0	0	0	0	0	0	1	17	11	SD	SI RIESGO
104	Sí	20	M	2	3	3	3	3	3	3	2	2	0	1	1	2	1	1	4	0	0	0	0	0	0	0	1	24	11	SD	SI RIESGO
105	Sí	16	F	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	4	0	0	0	0	0	0	0	1	0	10	EXCLUIDO	SI RIESGO
106	Sí	17	F	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	EXCLUIDO	NO RIESGO
107	Sí	17	F	3	2	2	2	1	2	2	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	17	0	SD	NO RIESGO
108	Sí	20	F	3	3	2	2	2	2	2	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	20	0	SD	NO RIESGO
109	Sí	19	F	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	EXCLUIDO	NO RIESGO
110	Sí	18	M	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	EXCLUIDO	NO RIESGO
86	Sí	19	M	1	1	2	2	1	2	2	1	2	0	1	1	2	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0	1	14	9	SD	SI RIESGO
112	Sí	17	M	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	EXCLUIDO	NO RIESGO
113	Sí	14	F	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	EXCLUIDO	NO RIESGO
114	Sí	15	F	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	EXCLUIDO	NO RIESGO
115	Sí	17	F	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	EXCLUIDO	NO RIESGO
116	Sí	16	F	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	EXCLUIDO	NO RIESGO
117	Sí	18	F	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	EXCLUIDO	NO RIESGO
118	Sí	17	F	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	EXCLUIDO	NO RIESGO
119	Sí	17	F	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	EXCLUIDO	NO RIESGO
120	Sí	17	M	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	EXCLUIDO	NO RIESGO

Anexo 10. Certificación del Tribunal de Grado.



CERTIFICADO DEL TRIBUNAL DE GRADO

Loja, 15 de junio de 2023

En calidad de tribunal calificador del trabajo de titulación denominado “**Síntomas depresivos y consumo de tabaco en estudiantes de Bachillerato del colegio Manuel Ignacio Monteros Valdivieso de Loja**”, de la autoría de **Abigail Alexandra Paute Torres**, portadora de la cédula de identificación Nro. **1150698759** previo a la obtención del título de Médica General, certificamos que se ha incorporado las observaciones realizadas por los miembros del tribunal por tal motivo se procede a la aprobación y calificación del trabajo de grado y la continuación de los trámites pertinentes para su publicación y sustentación pública.

APROBADO



FORMA ELECTRÓNICA DE:
ANA CATALINA
PUERTAS AZANZA

Dra. Ana Catalina Puertas Azanza

PRESIDENTA DEL TRIBUNAL DE GRADO



FORMA ELECTRÓNICA DE:
FABIOLA MARIA BARBA
TAPIA

Dra. Fabiola María Barba Tapia

MIEMBRO DEL TRIBUNAL



FORMA ELECTRÓNICA DE:
YULIANA ZORAIDA
UCHUARY SINCHE

Dra. Yuliana Zoraida Uchuary Sinche

MIEMBRO DEL TRIBUNAL