



UNIVERSIDAD DEL AZUAY

Facultad de Psicología

Carrera de Psicología Clínica

**“PREVALENCIA DE LOS TRASTORNOS
DEPRESIVOS Y FACTORES
SOCIODEMOGRÁFICOS EN ADOLESCENTES
DEL CANTON NABÓN 2021”**

Trabajo de graduación previo a la obtención del título de:

Psicólogo/a Clínico

Autores:

Verónica Beatriz Castillo Sinche y Carlos Andrés López Gómez

Director:

Mg. Sebastián Herrera

Cuenca – Ecuador

2022

DEDICATORIA I

Esta tesis está dedicada a mis abuelitos Rómulo y Leonor quienes me han brindado el apoyo necesario tanto emocional como económico, permitiendo que cumpla una meta más en mi vida, pues han sido un ejemplo para mí ya que son personas sabias y profesionales que gracias a su esfuerzo, dedicación y perseverancia han demostrado que los límites solo existen en tu mente, dejándome esa gran enseñanza de vida.

A mi madre Nancy que siempre ha visto lo mejor para mí, que me ha brindado todos los recursos necesarios para que pueda culminar mi carrera, gracias a su cariño, esfuerzo y sacrificio ha hecho esto es posible.

A Dios que me ha bendecido y guiado a lo largo de esta carrera, otorgándome sabiduría e inteligencia para poder resolver muchos obstáculos en mi vida, pues solo él conoce mi verdadera batalla.

Finalmente, a mi mascota Pinky quien me acompañó toda mi carrera en mis madrugadas de estudio y fue mi apoyo en situaciones que se salieron de mis manos.

Verónica Castillo Sinche

DEDICATORIA II

Esto va dedicado, a todas las personas que creyeron en mí, principalmente a mis padres, Carlos y Margoth, quienes, a pesar de todas las dificultades durante todos estos años, siempre estuvieron apoyándome con amor incondicional.

También a mis hermanos, Pablo y Doménica con quienes me comprometo a dar lo mejor de mí, ahora que inicia mi vida profesional, ser ejemplo y demostrar que todo lo que te propones es posible.

Dedico este trabajo con profundo respeto a todas las personas que padecen cualquier tipo de trastorno mental, especialmente a todos los que padecen cualquier nivel de depresión

Con quienes expreso mi solidaridad y compromiso profesional. inspirado en ellos por sus necesidades, para darles esperanza y alivio en medio de las dificultades.

Carlos Andrés López Gómez

AGRADECIMIENTO I

Quisiera expresar mi sincero reconocimiento a mi tutor de tesis Mgst. Sebastián Herrera que gracias a su tiempo, paciencia, conocimiento e interés ha hecho esto posible.

A los profesores de la Universidad del Azuay que han demostrado ser excelentes profesionales y me han brindado la guía necesaria para culminar con éxito esta carrera.

A las autoridades de la universidad que brindaron los recursos necesarios para poder realizar esta investigación en el cantón Nabón e igual a mi compañero de tesis Andrés López quien me ha otorgado su apoyo incondicional para que este trabajo pueda realizarse.

Finalmente, a todas las personas que me apoyaron y compartieron sus conocimientos a lo largo de la carrera.

Verónica Castillo Sinche

AGRADECIMIENTO II

Agradezco a Dios por darme una segunda oportunidad;
después de vivir una vida sin control,
ni dominio propio me dio nuevamente vida, a pesar de no merecerla.

Por tal motivo,
cada día agradezco por esta oportunidad y lucho
para mejorar como persona, profesional, hijo, hermano y cristiano.
Expreso mi agradecimiento al Mgst. Sebastián Herrera, por ser uno de los
profesores que admiro, me acompañó desde mis primeros pasos en la
universidad, hasta ahora que es mi tutor en el trabajo final de titulación.

De igual forma me encuentro agradecido con todos los profesores,
que guiaron mi conocimiento dándome las pautas
durante estos años dentro de la universidad.

Carlos Andrés López Gómez

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo establecer la prevalencia de los trastornos depresivos y factores sociodemográficos en los adolescentes del cantón Nabón. Para lograr este propósito se utilizó una ficha sociodemográfica y el MINIKID en el módulo A Episodio Depresivo Mayor, en adolescentes de 12 a 17 años. Los resultados determinaron que la prevalencia de los trastornos depresivos fue de 22.48% (n=48). No se encontró ninguna variable sociodemográfica estadísticamente significativa que se relacione con los trastornos depresivos. Sin embargo, a la luz del análisis estadístico se encontró tres factores que pueden asociarse a la presencia de trastornos depresivos: adolescentes sin educación básica completa, que se encuentran activos laboralmente y que pertenecen a la etnia indígena.

Palabras clave: Trastornos depresivos, MINI KID, adolescentes

Aprobado Mg. Sebastián Herrera P.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Sebastián Herrera P.', is written over a faint, circular stamp or watermark.

ABSTRACT

The objective of this research was to establish the prevalence of depressive disorders and sociodemographic factors in adolescents in Nabón. To achieve this objective, a sociodemographic card and the MINIKID were used in module A Major Depressive Episode, in adolescents aged 12 to 17 years. The results showed that the prevalence of depressive disorders was 22.48% (n=48). No statistically significant sociodemographic variable was found to be related to depressive disorders. However, considering the statistical analysis, three factors were found to be associated with the presence of depressive disorders: adolescents without complete basic education, those who are active in the labor market, and those who belong to the indigenous ethnicity.

Keywords: Depressive disorders, MINIKID, adolescents.



Translated by:

Andrés López

Verónica Castillo

ÍNDICE DE CONTENIDO

DEDICATORIA I	II
DEDICATORIA II	III
AGRADECIMIENTO I	IV
AGRADECIMIENTO II	V
RESUMEN	VI
ABSTRACT	VII
ÍNDICE DE FIGURAS	XI
INDICE DE TABLAS	XII
INDICE DE ANEXOS	XIII
INTRODUCCIÓN	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
CAPITULO 1	5
MARCO TEÓRICO	5
1. Depresión	5
1.1 Definiciones	5
1.2 Breve evolución histórica	6
1.3 Investigación y estudios de la depresión	8
1.4 Modelos teóricos de la depresión	9

1.5 La depresión en adolescentes	16
1.6 Contextos de la depresión en adolescentes	16
1.6.1 Contexto global	17
1.6.2 Contexto regional	21
1.6.3 Contexto local	23
1.7 Género vulnerable	25
1.7.2 Factores de riesgo y protección en el contexto local	25
1.8 Datos estadísticos de estudios sobre la depresión	26
1.9 Conclusiones del estudio	28
CAPITULO 2	31
2. METODOLOGÍA	31
2.1 Objetivos de la investigación	31
2.1.1 Objetivo General	31
2.1.2 Objetivos Específicos	32
2.2 Población y muestra	32
2.2.1 Población	32
2.2.2 Muestra	32
2.3 Criterios de inclusión y exclusión	33
2.4 Instrumentos	33
2.4.1 Consentimiento informado	33

2.4.2 Ficha sociodemográfica.	33
2.4.3 International Neuropsychiatric Interview (MINI KID)	34
2.5 Procedimiento de la investigación	34
CAPITULO 3	36
3.ANÁLISIS DE RESULTADOS	36
3.1 Análisis descriptivo de las variables sociodemográficas.	36
3.1.1 Análisis de resultados	36
3.1.1.2 Análisis de resultados en el Trastorno Depresivo Mayor	49
CAPÍTULO 4	61
4.1 DISCUSIÓN	61
CAPITULO 5	64
5.1 CONCLUSIONES	64
CAPITULO 6	65
6.1 RECOMENDACIONES	65
7. Referencias y anexos	66

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Género	37
Figura 2. Etnia	38
Figura 3. Instrucción	39
Figura 4. Vive con.....	40
Figura 5. Estado civil	41
Figura 6. Situación laboral	42
Figura 7. Ejercicio programado	43
Figura 8. Familiar con tratamiento por enfermedad mental.....	44
Figura 9. Estado psicológico afectado por la pandemia.....	45
Figura 10. Migración familiar.....	46
Figura 11. Discriminación	47
Figura 12. Deuda familiar.....	48
Figura 13. Etnia (Trastorno Depresivo Mayor)	50
Figura 14. Género (Trastorno Depresivo Mayor).....	51
Figura 15. Edad (Trastorno Depresivo Mayor)	52
Figura 16. Instrucción (Trastorno Depresivo Mayor).....	53
Figura 17. Actividad laboral (Trastorno Depresivo Mayor)	54
Figura 18. Migración familiar (Trastorno Depresivo Mayor)	55
Figura 19. Familiar con tratamiento enfermedad mental (Trastorno Depresivo Mayor).....	56
Figura 20. Discriminación (Trastorno Depresivo Mayor).....	57
Figura 21. Estado psicológico afectado por la pandemia (Trastorno Depresivo Mayor)	58
Figura 22. Disfuncionalidad familiar (Trastorno Depresivo Mayor).....	59

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Prevalencia de los trastornos depresivos (porcentaje de la población), por Región de la Organización Mundial de Salud	24
Tabla 2. Prevalencia mundial de los trastornos depresivos (porcentaje de la población), por edad y sexo	24
Tabla 3. Prevalencia mundial de los trastornos depresivos (porcentaje de la población), por edad y sexo	33
Tabla 4. Análisis de resultados.	49
Tabla 5. Análisis descriptivo del instrumento	60

INDICE DE ANEXOS

Anexo 1. . Instrumento test mini entrevista neuropsiquiátrica internacional (MINI-KID).....	72
Anexo 2. Ficha sociodemográfica.....	73
Anexo 3. Consentimiento informado	74

INTRODUCCIÓN

Nabón se localiza al sudeste de la provincia de Azuay. Este territorio ocupa el noveno puesto entre los cantones más pobres del Ecuador, con un 87,9% de pobreza y un 55,7% de indigencia. Además, el 23% de la población es analfabeta. A ello, se suma el aumento de la migración y el rechazo a los pueblos indígenas, un problema relevante, debido a que los grupos sociales en su mayoría viven en comunas pertenecientes a dichas etnias.¹ El Azuay en el año 2008 hasta el año 2014 fue la tercera provincia con mayor número de casos de suicidio en nuestro país, esto, puso nuestra mirada en el cantón descrito, pues las variantes mencionadas son terreno fértil para que la salud mental de la población se deteriore.

El conjunto de los problemas antes mencionados nos lleva a enfocarnos en los y las adolescentes de Nabón, debido a que son un grupo vulnerable y estarían más propensos a experimentar cuadros depresivos. Por consiguiente, el presente estudio establece la prevalencia de los trastornos depresivos y factores sociodemográficos en los adolescentes del cantón Nabón en el año 2021, es decir, que además de identificar la asociación de la depresión con los factores sociodemográficos, también se los relaciona con la prevalencia de la depresión.

En ese sentido, la metodología empleada es de corte descriptivo; mediante la aplicación de la ficha sociodemográfica y de la aplicación del MINI-KID como instrumento base se logró recabar la información. La muestra fue aplicada a 214 adolescentes de 12 a 17 años con historial depresivo. Cabe resaltar que se ejecutó en los espacios rurales de Zhiña, Rañas, Cochapata, El Progreso, Morasloma y Nabón centro, pues consideramos que nuestro aporte debe mitigar de la exclusión social de los grupos en cuestión.

¹ Para mayor información se recomienda visitar la página oficial del Gobierno Autónomo Descentralizado del cantón Nabón <https://www.nabon.gob.ec/datos-del-canton/#1523640018226-74bf08fb-7866>

Por otra parte, las personas investigadas fueron seleccionadas de manera aleatoria, esto, para evitar que los resultados sean influenciados por variantes previas a la investigación. De esa manera se pudo identificar a los y las adolescentes que presentan algún tipo de alteración mental, es decir, depresión.

El presente documento está organizado en seis capítulos. El primer capítulo desarrolla el marco teórico referente a la depresión, entendida desde sus diferentes definiciones y desde su evolución histórica. Además, aborda las diferentes posturas e investigaciones sobre la depresión, modelos teóricos de la depresión con un enfoque en los adolescentes. Es necesario subrayar que este apartado contempla los contextos de la depresión en adolescentes a nivel global, regional y local. El capítulo cierra a través de la reflexión de la categoría de género y muestra datos estadísticos relevantes al campo estudiado.

En el segundo capítulo se exponen los objetivos de la investigación, la metodología e instrumentos utilizados; en particular nos referimos al International Neuropsychiatric Interview conocido como MINI KID. Por otra parte, se profundiza en la población y muestra del estudio, esto, con la mirada en los criterios de inclusión y exclusión; es importante denotar que esta parte también muestra el consentimiento informado de los involucrados en el proceso.

En el capítulo tres exteriorizamos el análisis de resultados del estudio realizado en los y las adolescentes del cantón Nabón, por medio del análisis descriptivo de las variables sociodemográficas, del análisis de resultados y del análisis de resultados en los Trastornos Depresivos, por lo cual, se pueden observar el uso del software SPSS V.21, con el cual se obtuvo las tablas de frecuencia y los gráficos estadísticos descriptivos que suman un total de 22 figuras-gráficos trabajados.

En el capítulo cuatro se entra de lleno en la discusión de nuestra investigación, pues se analiza la depresión en adolescentes, por consiguiente, nos basamos en variables sociodemográficas como: estado civil, etnia, género, edad, nivel educativo, discriminación, migración, trabajo, enfermedad mental, estado psicológico afectado por la pandemia y disfuncionalidad familiar. Asimismo, este acápite presenta las investigaciones previas a nuestro estudio, las cuales también son explicadas desde las variables antes mencionadas.

En el capítulo cinco se desarrollan las conclusiones de nuestro trabajo, mientras que en el capítulo seis presentamos un sucinto apartado de las recomendaciones de nuestro trabajo y los posibles desarrollos futuros del debate planteado; este acápite también contiene las referencias citadas y los anexos como son: el instrumento test mini, entrevista neuropsiquiátrica internacional (MINI), la ficha sociodemográfica.

Por lo tanto, el presente trabajo es un esfuerzo académico que anhela ser situado como un aporte a los ciudadanos de nuestro país, y en particular, a los y las adolescentes del cantón Nabón pertenecientes a la provincia del Azuay. Con el afán de cerrar brechas sociales, se abordó desde el campo de la psicología la asociación de la depresión con los factores sociodemográficos. Finalmente, este trabajo es una contribución que se realizó principalmente en sectores rurales, y que pone en el debate local y nacional, la necesidad de trabajar en la salud de la población joven de nuestro país.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Organización Mundial de Salud, OMS (2021), manifiesta que el trastorno depresivo mayor esta caracterizado por una duración de por lo menos dos semanas, debe excluir el hecho de que estas conductas sean consecuencia del abuso de sustancias psicoactivas o algún trastorno mental orgánico. Los criterios necesarios para cumplir este diagnóstico son, pérdida significativa del interés o placer, ausencia de reacciones emocionales que normalmente provocan respuesta, empeoramiento matutino del humor depresivo, enlentecimiento psicomotor o agitación, perdida del apetito y como consecuencia una pérdida de peso en el último mes, por último, una marcada disminución en el interés sexual. (OMS, 2021)

Todos estos síntomas afectan la calidad de vida de las personas, sin embargo, nos llamó la atención el alto índice de suicidios existentes en el cantón. Nuestro principal interés en esta investigación está enfocada a los adolescentes debido a que estos experimentan cambios trascendentales y repentinos en su vida por lo cual esto los vuelve vulnerables. Según un estudio realizado en el año 2001-2014 compara las tasas de suicidio y como resultado se observa un aumento de casos dentro del Azuay del 16.2 en los años 2001-2007 a un 17.75 en los años 2008-2014 ubicándose en la 3ra provincia el Ecuador con mayor número de casos de suicidio.

CAPITULO 1

MARCO TEÓRICO

1. Depresión

1.1 Definiciones

La depresión es una enfermedad que se aborda desde diferentes campos de estudio como lo es la psicología, a tal punto que se han desarrollado diversos estudios sobre su prevalencia, causas, factores de riesgo, factores de protección, factores sociodemográficos y otros aspectos que inciden en su incremento o disminución, por ese motivo, la bibliografía sobre la depresión es extensa, variada y se la teoriza y aplica desde diferentes contextos y realidades.

La depresión es un trastorno mental que afecta a las personas y no respeta edad, nivel académico, nacionalidad, etnia ni situación económica. “Se estima que en todo el mundo el 5% de los adultos padecen depresión” (Organización Mundial de Salud, 2021), a la par, la depresión y la ansiedad afectan “al 25% de la población, y la depresión es el trastorno psiquiátrico que más ha aumentado en los jóvenes (Mardomingo, 2015, p. 30). En la actualidad, las personas que también experimentan ciertos trastornos depresivos son los y las adolescentes debido a su condición de vulnerabilidad, pues atraviesan una etapa de cambios físicos y psicológicos.

Según la American Psychiatric Association (2013) la depresión es un periodo de al menos dos semanas en las que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer por realizar actividades, sin ser atribuible a otras condiciones médicas (American Psychiatric Association [APA], 2013, p. 80). Por su parte la Organización Mundial de Salud, OMS (2021), coincide en que el episodio depresivo es un trastorno mental de por lo menos dos semanas, pero aclara que se debe excluir el hecho de que estas conductas sean consecuencia del abuso de sustancias psicoactivas o algún trastorno mental orgánico.

Por ello, para la OMS los criterios necesarios para que una persona posiblemente sea diagnosticada con depresión son: pérdida significativa del interés o placer, ausencia de reacciones emocionales que normalmente provocan respuesta, empeoramiento matutino del humor depresivo, enlentecimiento psicomotor o agitación, pérdida del apetito y como consecuencia una pérdida de peso, por último, una marcada disminución en el interés sexual. La depresión, es una de las principales causas de discapacidad, la cual puede generar conductas autolíticas (OMS, 2021). Cabe resaltar que cualquier diagnóstico tiene que ir acompañado de una entrevista con el paciente donde se le apliquen pruebas orgánicas y psico diagnósticas que corroboren o descarten un cuadro clínico.

Por los problemas que produce en la población mundial, la depresión es un asunto que abre álgidos debates dentro de los temas de salud pública. Es un trastorno que se evidencia en la época moderna, tiempo en que la humanidad tiene una vida rápida, agitada y demandante, tanto económica como socialmente, por consiguiente, la depresión incide en la salud mental de las personas y en particular en la población adolescente.

Por lo tanto, las siguientes páginas están enfocadas a denotar las diferentes teorías, propuestas conceptuales e investigaciones, aplicadas o no, que se han desarrollado sobre la depresión y, en nuestro caso puntual, constituyen el marco teórico que nos permitirá guiarnos en nuestro análisis sobre la depresión en la población adolescente del cantón Nabón en Ecuador.

1.2 Breve evolución histórica

Según Vázquez, C. y Sanz, J. (1995) la humanidad buscó comprender científicamente la depresión. La historia guardó registros que demuestran que desde el siglo IV a. de C, Hipócrates utilizó la palabra “melancolía” para referirse a los estados de desconsuelo, retraimiento y tristeza, causada por desequilibrios en el organismo. Más adelante, en el siglo XVI, Juan Huarte de San

Juan escribió un tratado sobre psicología llamado “Probe of the mind”, donde defiende la idea del desarrollo psicológico frente a teorías teológicas. Luego, en el siglo XVII, Bonet explicó la existencia de una enfermedad mental a la que nombró maniaco-melancholicus, estos son algunos casos que muestran la necesidad que los seres humanos tenemos de analizar la depresión.

En América durante el siglo XVIII, Dorothea Dix fue maestra en Boston y notó que los enfermos mentales sufrían de maltratos, por ello “visitó 300 prisiones y 500 hospitales consiguiendo la construcción de 32 hospitales de salud mental” para que de esta forma contribuir a poner en el ojo público la necesidad de realizar investigaciones sobre la depresión. Mientras tanto en Europa del siglo XIX, los libros o textos sobre la depresión se empezaron a escribir con el objetivo de describir que “las anomalías psicológicas, de esta manera se incluyó secciones dedicadas a los niños en las que se describían trastornos” (Almudena, 2009, p.87).

La conceptualización de la depresión entendida como un trastorno mental-humoral fue utilizada en la medicina occidental hasta el siglo XIX; sin embargo, en el siglo XX se empieza a utilizar la categoría “depresión” que fue acuñado por el especialista y psiquiatra alemán Kraepelin, este término fue difundido en el año 1985 mediante el Manual de Psiquiatría (Jackson, 1986).

La depresión es un concepto amplio que se desarrolló con el paso de los años, y, por tanto, las conceptualizaciones que se utilizan en la actualidad distan mucho de la propuesta kraepeliniana, a tal punto que la depresión ha sido planteada desde teorías cognitivas, educativas y psicosociales. Por citar algunos nombres de estudiosos tenemos a S. Freud y K. Abraham, S. Rado, G. Gero, M. Klein, J. Sandler, O. Kernberg, Ch. Brenner, E. Bibring, E. Jacobson, Aberastury, Bleger, Bleichmar, Liberman, Maldavsky, Racker y Rascovsky fueron los teóricos que nos presentaron reflexiones importantes sobre la depresión.

Por su parte, la historia de la psiquiatría infantil y adolescente se estudió como disciplina en el siglo XVIII, sin embargo, comienza a despertar el interés de los estudios en el siglo XX. Según Mardomingo (2015) sus orígenes se remontan en el tiempo, íntimamente unidos al concepto de infancia, de hecho, el autor dirá que el pasado de la “Psiquiatría Infantil se nutre de la Pediatría y la Psiquiatría General, de la Pedagogía, la Sociología y los sistemas filosóficos, y de la Psicología y la Medicina Legal” (p.2), esto es relevante porque nos permite entender que el análisis de la depresión en la población adolescente tiene un avance teórico y aplicativo, y ello nos pueden llevar a conocer diferentes propuestas sobre los factores de protección en adolescentes.

1.3 Investigación y estudios de la depresión

En el siglo XVIII existía una revista estadounidense de locura, conocida con el nombre de American Journal. Para la época, gozaba de prestigio en la comunidad académica, sin embargo, ningún artículo sobre los trastornos mentales o la depresión en adolescentes fue publicado durante cuatro décadas, pues en las sociedades europeas de aquel siglo, la mente de los niños y adolescentes no fueron objetos de estudio, esto lo justificaban los expertos de la época al expresar que un comportamiento anormal era ligado a la moralidad más que a una afectación psicológica. “Los escasos escritos médicos del siglo XVIII se centraron en temas como las convulsiones, el miedo en los sueños, los trastornos del sueño, la tartamudez, la rivalidad entre hermanos y la epilepsia” (Joseph M. Rey, et al, 2018, p.4).

A medida que pasó el tiempo, los estudios sobre la depresión empezaron a ser más sonados. Otros trabajos importantes que se localizaron de los años 1800 fueron “la locura de la vida temprana”, de Maudsley y “la manía y la melancolía sí ocurrían en los niños” de Griesinger (1867), este último autor se basó en un estudio aplicado a 300 adolescentes que vivieron en

asilos de Estados Unidos, (Joseph M. Rey, et al, 2018, p.4) estos estudios develaron en aquella época la existencia de problemas mentales en los adolescentes.

En el siglo XIX se desarrolla la neuropsicología y psicofisiología, en esa época se aborda la psicología científica basada en estudios anatómicos y en particular del cerebro humano. Dichos estudios hicieron hincapié en que los problemas de salud mental se producían por secuelas biológicas. Ya para el siglo XX se avanzó en el funcionalismo y el estructuralismo en los estudios de psicología. El funcionalismo sostiene que la psicología de la mente debía ser meramente funcional, es decir basarse en la función mental, mientras que el estructuralismo se fundamenta en los pensamientos y sensaciones.

1.4 Modelos teóricos de la depresión

A propósito de las diferentes corrientes de pensamiento que abordan la depresión, el artículo “Modelos teóricos y clínicos para la conceptualización y tratamiento de la depresión” de Guido Pablo Korman y Mercedes Sarudiansky (2011) nos muestra un recorrido conceptual de varias corrientes teóricas respecto de la depresión, entre ellas la desarrolladas por Sigmund Freud y Karl Abraham.

Las concepciones freudianas sitúan la psicogénesis en la sexualidad y el autoerotismo como elementos para comprender la depresión, cabe resaltar que los aportes de Freud se basaron en la categoría de melancolía, que contemporáneamente sería tomado como un término que es símil de depresión. Por ese motivo, desde el psicoanálisis se aplican tratamientos que se centran en aspectos etiológicos, es decir en el origen que causa la depresión.

Freud, en un primer momento se centra en la depresión periódica como una forma de “las neurosis de angustia y la Melancolía en cuanto causada por la pérdida de libido, y el segundo su posición característica centrado en el estudio de la libido oral, el sadismo y el narcisismo en la

Melancolía” (Ávila, 1990, p. 54). Abraham, coautor de Freud avanzó con sus estudios y precisó que la depresión debe ser diferenciada de los trastornos obsesivos, además defendió que debe ser entendida desde el factor de la oralidad, ideas que luego fueron desarrolladas y continuadas por autores como Rado, Fenichel, Gero, Benedek.

En cuanto a las posturas postfreudianas de Hugo Bleichmar y David Maldavsky establecen que el elevado narcisismo, la desvalorización y la agresividad de la conciencia crítica, para Bleichmar; sumado a los reproches, exigencia, emociones negativas propuestas por Maldavsky son otras formas de entender los cuadros de depresión que pueden presentar las personas.

Por otra parte, según las teorías cognitivas el trastorno depresivo se produce por la interpretación errónea que un individuo hace de los estímulos, esto impacta sobre su propio pensamiento y conducta (Bocanegra y Díaz, 2015, p. 94). Ahora, con respecto a los modelos cognitivos conductuales podemos indicar que “los modelos dinámicos se encuentran fundamentalmente constituidos por hipótesis causales, mientras que los modelos cognitivos conductuales -en particular el modelo de Beck- se los podría considerar como un modelo de contingencias” (Ávila en Korman y Sarudiansky, 2011, p. 123).

Vale tomarnos el tiempo para indicar que el manual de A. Beck (1983) para la depresión integra herramientas conductuales dentro del tratamiento, pues propone la aplicación de técnicas conductuales como un medio que posibilita obtener nueva información, para de esta manera dar lugar a la modificación cognitiva (p. 112), en otras palabras, la terapia cognitivo conductual se centra en la resolución mediante la participación activa del terapeuta y del paciente.

En lo referente a los enfoques dimensionales sobre la depresión, podemos decir que estos han sido abordados por el PhD Joseph M Rey, Profesor Honorario de la Facultad de Medicina de

la Universidad de Sidney, Australia y por el profesor, Paulo Francisco B Assumpção de la Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo (2018) en el texto denominado Historia de la Psiquiatría Infantil y del Adolescente. Estos docentes defienden que en las últimas cinco décadas se han suscitado debates sobre los enfoques categóricos con relación a los enfoques dimensionales, pues:

Los psicólogos e investigadores a menudo prefieren una visión dimensional debido a su mayor poder estadístico, mientras que las compañías de seguros y los médicos favorecen el enfoque categórico porque establece umbrales para el tratamiento con mayor claridad. En la práctica, tanto los enfoques categóricos como los dimensionales tienen ventajas y desventajas, y se han tomado medidas para incorporar características dimensionales en las clasificaciones categóricas (p.ej., en DSM-5) y viceversa. Un ejemplo es el sistema empírico de diagnóstico ASEBA (Achenbach, 2009); tiene la ventaja de que incorpora información de múltiples informantes, toma en cuenta aspectos culturales y puede generar diagnósticos consistentes con DSM-5 (ver Capítulo A. 3). Las clasificaciones dimensionales son más problemáticas cuando se trata de trastornos poco frecuentes (Joseph M. Rey, et al, 2018, p. 22)

En ese sentido, la depresión es un campo amplio para estudiar, más aún cuando se aborda la depresión en la población adolescente, pues los complejos cambios físicos como psicológicos en adolescentes hacen que la tarea de determinar o diagnosticar una patología sea compleja, por esa razón, los versados en el tema se han encargado de dotar sus conocimientos y literatura a docentes, estudiantes y profesionales de la salud mental.

En el año de 1940 la terapia familiar entró en auge, ya que abarcó una variedad de enfoques clínicos que se detuvieron en el análisis de las relaciones familiares, donde también tienen participación los y las adolescentes, a manera de ejemplo la teoría de sistemas cambió el

enfoque del individuo del núcleo de la familia, mientras que la psiquiatría social se centró en recalcar “las diferencias culturales y los entornos sociales en la causalidad del trastorno psiquiátrico” (Joseph M. Rey, et al, 2018, p. 24).

En las últimas décadas se han desarrollado diversas teorías psicológicas sobre la etiología de la depresión y en la actualidad dichos estudios permitieron que se fomente la creación de tratamientos para mitigar la depresión. Por ejemplo, en los años 1960 la psicopatología del desarrollo es considerada como “el estudio integrativo del desarrollo de los trastornos psiquiátricos, como la esquizofrenia, la depresión y el trastorno de conducta” (Joseph M. Rey, et al, 2018, p. 14), por lo que analiza y establece los aspectos biológicos, psicológicos y sociales del desarrollo normal y anormal de las personas.

En el año de 1967 la teoría conductista era defendida por Seligman de la Universidad de Pensilvania quien en una de sus investigaciones aportó a los profesionales de la psicología con la categoría de learned helplessness que traducido al español significa indefensión aprendida. Según Seligman la “depresión aparece en sujetos con una auto percepción de descontrol sobre circunstancias externas reforzadoras, puesto que este hecho conduce de forma indefectible hacia vivencias de inseguridad, pasividad y desesperanza” (Almudena, 2009, p. 95),

Tres décadas después se aborda la posibilidad del uso de medicamentos, de hecho, fue la estudiosa Ellen Frank (1991) quien desarrolló el primer tratamiento de mantenimiento para evitar la recaída en la depresión, para lograrlo aplicó su estudio en 128 pacientes con depresión recurrente a quienes les suministró medicación continua (Korman y Sarudiansky, 2011, p. 136).

Como se puede apreciar los modelos explicativos son extensos y han ido cambiando y avanzando con el paso del tiempo, su desarrollo va a la par del avance de la sociedad, a pesar de ello, es relevante destacar que la reflexión en torno a los trastornos depresivos en niños o

adolescentes se dio de manera más tardía. De hecho, “la Clasificación Internacional de Enfermedades de la (Organización Mundial de la Salud) en su última versión (CIE 10) tampoco consideraba la depresión como una categoría diagnóstica susceptible de ser incluida en los trastornos infantiles” (Almudena, 2009, p. 86), Por ello, es preciso profundizar en dicho tema.

Retornando la mirada al cuidado de la mente de los infantes y en particular de nuestro grupo de estudio, los y las adolescentes. Es importante indicar que a partir de la segunda mitad del siglo XX se desarrollaron diferentes tendencias, según Mardomingo (2015), doctor en Medicina en la Universidad Complutense de Madrid y especialista en Psiquiatría y Pediatría en Estados Unidos, “el surgimiento de los movimientos contraculturales en la sociedad occidental -la revolución de los hippies en California el mayo del 68 en Paris-, contribuyeron a intensificar el interés por el papel de los factores ambientales –familiares y socioculturales– en el desarrollo normal de la conducta”, por lo que la pronta detección de trastornos permite “descubrir tratamientos y medidas de prevención más eficaces” (p.28).

Para atacar la depresión es importante tomar en cuenta los factores de riesgo que incrementan la depresión en adolescentes. Para Mardomingo (2015, p. 401) las características y contexto del desarrollo social de los infantes, así como la capacidad de gestionar las emociones negativas son factores que pueden incidir en su vulnerabilidad, de hecho, este autor nos presenta importantes cifras:

La comorbilidad suele ser la norma en la depresión de los niños y adolescentes, de tal modo que tanto en estudios clínicos como que estudios epidemiológicos el 40-70% de los pacientes tiene trastornos psiquiátricos asociados y un 20-50% sufre dos o más patologías. las más frecuentes son el trastorno de ansiedad (30%-80%), el trastorno distímico (30%-80%), los trastornos de conducta (10%-20%), el abuso de sustancias (20%-30%), el trastorno obsesivo

compulsivo y los trastornos de despersonalización. La sintomatología depresiva puede ser secundaria a un trastorno psiquiátrico previo siendo los más frecuentes el trastorno de déficit de atención e hiperactividad (Mardomingo, 2015, p. 405).

En este sentido, los parámetros de diagnóstico en adultos, en principio son una guía, sin embargo, es recomendable diferenciar, por ejemplo, entre los síntomas del episodio depresivo mayor en adultos y los síntomas en adolescentes (Durand y Barlow, en Bocanegra y Díaz, 2015, p. 90), pues los estudios en adolescentes con depresión han avanzado con el objetivo de dotar a la población de una buena calidad de vida dada desde la salud mental.

En los años 90 las amenazas más complejas para la salud pública de los adolescentes eran las drogas, el alcoholismo, el embarazo adolescente. En la actualidad estos factores continúan siendo preocupantes, pero a ellos se les suman problemas como: la baja autoestima, el bullying, depresión a causa de la pandemia por Covid-19, que son factores que pone en peligro su bienestar. Por ello la depresión es un problema de salud pública que se abre como un abanico intrincado de obstáculos que incrementa las tasas de trastornos de salud mental e inclusive de suicidios.

Para avanzar en los modelos explicativos más actuales, es importante tomar en cuenta a los modelos integradores, tales como el de diátesis estrés. Esta teoría propone que ciertos seres humanos tienen una predisposición a padecer depresión, en otras palabras, la interacción de factores genéticos y ambientales involucrados en los trastornos del ánimo determinan la vulnerabilidad para presentar depresión, y de esa manera “la herencia y la experiencia de un individuo generan modificaciones en las condiciones bioquímicas y en las expresiones conductuales, que determinarán su grado de vulnerabilidad o protección hacia un trastorno depresivo” (Holmgren en Bocanegra y Díaz, 2015, p. 92).

En este punto es importante retomar las reflexiones de Bocanegra y Díaz (2015) quienes se basaron en el estudio que en el año 2004 fue presentado por los expertos en psicología Waraich, Goldner, Somers y Hsu, mismo que se refieren a la prevalencia que existe en el tema de la depresión:

En un metaanálisis realizado con literatura entre 1980 y 2000, encontraron una prevalencia de depresión mayor entre 0.88% y 29.6% en estudios de diferentes países. Estas diferencias pueden deberse a diversos factores, aunque los autores sugieren que, para la investigación de la prevalencia de los trastornos del estado del ánimo, es necesario tener en cuenta el concepto transcultural de cada trastorno, así como incluir variables como la edad de inicio, duración, recuperación y mortalidad, así como otras características socio-demográficas.

Cifras que son interesantes cuando las contrastamos con el estudio denominado “Prevalencia y características de la sintomatología depresiva en adolescentes no clínicos” redactado por los autores Fonseca, E., Paina, M., Lemos, S. y Muñoz, J. en el año 2011, quienes dirán que la prevalencia en adolescentes de España se sitúa entre “un 3% y 9% (Shaffer y Waslick, 2003), entre un 4% y un 24% (Abela y Hankin, 2008), entre un 0.9 y un 3.4% (Rey y Birmaher, 2009) y entre un 3% y un 8% (Fonseca et al., 2011) lo cual nos permite entender que las cifras son variables, pero tienen una tendencia a crecer.

Entre los tratamientos más conocidos están la psicoterapia, la farmacoterapia, los tratamientos combinados, por lo cual investigar sobre la depresión es el primer paso que los profesionales de la salud mental deben realizar para mejorar la práctica, pues la depresión es un problema que urge atender, debido a que exige corresponsabilidad y disposición por parte de diferentes actores de la sociedad.

Por lo tanto, como se puede notar, la depresión fue y continúa siendo objeto de investigación científica, por consiguiente el desánimo, la imprudencia, el desinterés, el ánimo irritable, la inestabilidad motora, desinterés en el colegio o en actividades propias de la edad, la hostilidad, el enojo y el aislamiento social son algunos síntomas que pueden experimentar los y las adolescentes, en ese sentido dichas señales le permiten al profesional de la salud identificar y tratar a tiempo la depresión.

1.5 La depresión en adolescentes

La enfermedad por depresión relacionada con los y las adolescentes es una preocupación de los clínicos y de las familias, sin embargo, en comparación con otras disciplinas médicas, la psicología hace poco tiempo que empezó estudiar y profundizar en los trastornos depresivos. Actualmente, en un mundo lleno de tecnología y acceso a la información, los estudios sobre la depresión en adolescentes se han vuelto más específicos. A pesar de ello, la modernidad también trae consigo varios problemas y crisis mundiales que afectan a los adolescentes. Por cuanto, las dimensiones de la carga de los desórdenes en depresión se siguen estudiando a causa de su aumento, y así este tema empieza a visibilizarse en la sociedad.

1.6 Contextos de la depresión en adolescentes

Por lo expuesto, a continuación, presentamos un breve estado del arte sobre los estudios que se vienen realizando en torno a la depresión en adolescentes, esta parte es expuesta, primero desde el contexto global que nos permite conocer el panorama a escala internacional; en segundo lugar, presentamos las investigaciones a nivel regional y en particular de Latinoamérica. Finalmente indicaremos los avances que existen a nivel local, y nos concentramos en el espacio de nuestro estudio, el cantón de Nabón en Ecuador.

1.6.1 Contexto global

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, OMS, la adolescencia corresponde al período vivido entre los 10 y 19 años de edad. Por su parte, esta institución de carácter internacional, estima que la adolescencia temprana comprende entre los 10 a 14 años de edad y la adolescencia tardía estaría establecida entre los 15 a 19 años de edad. A la par, la juventud sería el periodo entre los 15 y 24 años de edad, categoría psicológica que puede ser nombrada como la etapa postpuberal de la adolescencia por estar ligada a los procesos de interacción social, definición de identidad y responsabilidad, es por ello que la condición de juventud no es uniforme, como se observa esta es variable conforme al grupo social que se atiende.

A la par, las Naciones Unidas han establecido un rango de edad para definir a la juventud entre 15 y 24 años, esto desde el criterio demográfico. A pesar de ello, estos estándares varían de acuerdo con el contexto en que se desenvuelven los adolescentes. Por ejemplo, en países de Iberoamérica el rango es más amplio, pues comienza a los 12 años y termina a los 29 años, estos datos nos permitirán enfocarnos específicamente en nuestro grupo de estudio del cantón Nabón.

Cabe señalar que los fenómenos que se viven en cada década son diferentes y nada homogéneos, es decir que están atravesados por diferentes vicisitudes; y si a ello le sumamos que en los últimos años los y las adolescentes y jóvenes conforman la mayor cantidad de habitantes en la historia de la humanidad, podemos entender cuán necesario es investigar a este grupo de la población.

Según la Organización Mundial de la Salud, en casi todos los países en desarrollo, los niños y adolescentes representan la mayoría de la población. La magnitud de los trastornos mentales en niños y adolescentes puede considerarse en diferentes reportes anuales de la OMS, donde se plantea que “el 20% de los niños y adolescentes sufre de alguna enfermedad mental”

(Gómez citado en OMS, 2003, p.80) estos datos se reflejan en su mayoría en los países con desastres naturales.

En ese sentido hemos encontrado un estudio realizado en España. Almudena García Alonso es Doctora en la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid, en el libro “La salud mental de las personas jóvenes en España”, dedica un apartado a analizar la depresión en adolescentes y se enfoca en la prevalencia y las diferencias según sexo, edad y cultura.

Para Almudena (2009) la depresión en general tiene distintas formas sintomáticas que guardan relación con la cultura en la que vive el paciente. El autor dirá que en las culturas latinas y mediterráneas los nervios y cefaleas son síntomas que se reiteran en los pacientes, mientras que, en las culturas asiáticas, los adolescentes se quejan por la debilidad o el cansancio que experimentan a diario. Este texto aporta en la medida que sitúa como aspecto a considerar a la cultura y a los factores sociodemográficos que están presentes en la población sujeta a estudio.

Sumado a lo anterior, el texto recopila los aspectos teóricos del trastorno depresivo, de hecho, el autor hace un repaso de los conceptos de psicología fundamental, así como de sus diferentes categorías diagnósticas y su prevalencia. Además, evalúa los factores de protección y de riesgo; las complicaciones y consecuencias que pueden implicar este tipo de trastornos. Por último, expone los distintos tipos de tratamientos terapéuticos analizando las ventajas y limitaciones de cada uno de ellos (p. 102).

Algo semejante muestra el estudio de Constanza Cañón y Jaime Alberto Carmona que en 2018 publicaron en la revista llamada Pediatría Atención Primaria de Madrid, un artículo que resultó de la investigación sobre el problema de las ideaciones y comportamientos suicidas en jóvenes, en varias naciones del planeta. Se obtuvo información de países como Australia, Brasil,

Chile, China, Colombia, Cuba, España, EE. UU., México, Portugal y Taiwán. El estudio presenta un estado del arte de dichos países. Entonces se enfocaron en los factores de riesgo que llevan al suicidio en adolescentes y jóvenes.

Constanza Cañón y Jaime Alberto Carmona (2018) analizaron diversos artículos de investigación que localizaron en variadas bases de datos publicados a nivel mundial. De ello, develaron que la ideación suicida en el mundo estudiado oscila entre el 10% y el 35% y los intentos de suicidio entre el 5% y el 15%. El principal factor de riesgo es la falta de escolarización.

Al mismo tiempo el estudio señala que los factores asociados a las ideaciones y conductas suicidas se agrupan en cuatro campos en orden de importancia: primero las emociones negativas y los factores estresantes; segundo, se sitúa a las interacciones familiares, conyugales e interpersonales; en tercer lugar detectaron que los factores biopsicosociales también influyen en los cuadros depresivos con tendencia a los suicidios; finalmente se señala que los problemas laborales y desigualdad social afecta a los adolescentes.

El estudio es una interesante contribución para quienes están vinculados a los temas de la adolescencia y la psicología, pues dicha investigación concluye que a pesar de que la depresión es un factor asociado a las ideaciones y a los comportamientos suicidas, es primordial alertar a la sociedad de este problema. Y también que se debe considerar la promoción de investigaciones enfocadas a entender los posibles factores para la prevención e intervención de este complejo problema.

Finalmente, Cañón y Carmona citan el estudio de Rodríguez José M, Román Pérez R, Abril Valdez E, Barreras G, Lourdes A., en donde se presenta otro porcentaje relevante que se refiere a que “la depresión aparece en el 67,3% de quienes han intentado suicidarse y en el

81,1% de quienes manifiestan ideas suicidas”, esto en Sonora, una localidad al noroeste de los Estados Unidos, país que es conocido por que su gente lleva estilos de vida agitados, estresantes, rápidos, con conductas poco saludables y con índices de violencia altos en los adolescentes (Cañón et. al 2012, p. 49) por tanto la depresión y el comportamiento suicida en estudiantes de educación media superior en Sonora es una preocupación pública en los Estados Unidos.

De manera parecida detectamos un artículo relevante que fue publicado por el periódico New York Times donde se analiza el aumento de la ansiedad, la depresión, las autolesiones y el suicidio entre los adolescentes de los Estados Unidos, este estudio se alinea a lo revelado por el estudio de Rodríguez J. M., ya que en ambos casos la depresión en adolescentes es una constante que se vive en los consultorios de los profesionales dedicados a la psicología.

Por citar un ejemplo más apegado a la realidad actual, podemos notar que el declive en la salud mental de los adolescentes aumentó por la pandemia de Covid-19, y sin importar las brechas económicas, étnicas, espacios urbanos o rurales, incidió en el aumento de personas con depresión y suicidios. Según Richtel en diciembre de 2021, la principal agencia de salud de EE. UU prendió las alarmas en la comunidad americana, ya que informó sobre una crisis de salud mental “devastadora” entre los adolescentes.

Muchos hospitales y grupos de expertos en psicología lo denominaron como una emergencia nacional, la preocupación se debe a los crecientes niveles de enfermedades mentales, una aguda falta de terapeutas y opciones de tratamiento; además de la falta de investigación de las causas y estudios científicos de alto renombre (Richtel, 2022, par. 29) para explicar esta tendencia que se presenta en los y las adolescentes.

1.6.2 Contexto regional

Esto nos lleva a concentrarnos en el panorama que se vive a nivel regional, en los diferentes repositorios en los que se hizo la búsqueda de tesis, artículos, ensayos y en general textos de índole académico se encontraron varios trabajos sobre la psicología de los infantes, de los adolescentes, de los jóvenes, de las personas de la tercera edad, pero los que se nombran a continuación son los que más se acercan a nuestro interés de estudio.

Tal es el caso que, en la población de Huánuco perteneciente a Perú, se realizó una investigación durante el año 2018. El objetivo fue observar si la depresión está asociada a la migración familiar, a los problemas del hogar, al ciberacoso o al bullying. Según Yap Collantes (2018) el grupo etario que presenta mayor predisposición para desarrollar depresión son los adolescentes, debido a que durante esta edad sufren varios cambios físicos, psicológicos y sociales que provoca un desequilibrio aumentando su vulnerabilidad.

El estudio al ser comparativo presenta algunos factores que previenen la aparición de síntomas depresivos, entre ellos está la buena comunicación y cohesión familiar, la satisfacción de las necesidades afectivo-emocionales, que aportan para la adquisición de habilidades de afrontamiento y que refuerzan las posibilidades de salir de un cuadro depresivo (Calero, Palomino, Vasquez, y Moro, 2018).

Con relación a la parte cuantitativa, este estudio es de vital importancia para nuestra investigación, debido a que fue realizado en Perú y Ecuador. La investigación fue aplicada a 144 estudiantes que están escolarizados y atraviesan la etapa de la adolescencia. En ese sentido, citamos algunas de las cifras que se obtuvieron mediante la comparación de ambos casos, con los siguientes resultados:

81.25% de los estudiantes fueron de menor edad (15 a 16 años), 49.31% hombres y 50.69% mujeres. La procedencia del 92.36% fue de zona urbana, 59.03% conviven con ambos padres, y 65.97% depende económicamente de ambos padres. Conclusiones: 4.17% de los estudiantes fueron evaluados con depresión, de menor edad ($X^2_c = 10.391$, $p = 0.006$), y el 3.47% fueron estudiantes mujeres ($X^2_c = 11.906$, $p = 0.003$) (Yap Collantes, 2018, p.63).

En este ejemplo, las estudiantes mujeres encabezan las estadísticas, siendo un grupo doblemente vulnerable. Estos datos se vuelven más complejos cuando entendemos que el objetivo del estudio fue determinar si existió asociación entre los factores sociodemográficos como: edad, sexo, procedencia, personas con quien vive, consumo de drogas, consumo de alcohol, y los trastornos de depresión en estudiantes.

En definitiva, el estudio se basó en el análisis estadístico que muestra la existencia de una asociación estadísticamente significativa entre “los factores edad ($X^2_c = 10.391$, $p = 0.006$) y sexo ($X^2_c = 11.906$, $p = 0.003$) y los trastornos de depresión” (p. 63), por ello, lo que se propone en nuestra tesis es analizar de manera parecida la prevalencia de los trastornos depresivos y los factores sociodemográficos en los y las adolescentes del cantón Nabón en Ecuador.

Continuando con el estudio comparativo de Yap Collantes (2018) uno de los factores sociodemográficos se basa en la edad de las personas, misma que experimentan trastornos depresivos. En las edades comprendidas entre los 15 a 45 años se observa una mayor prevalencia de la depresión, por tal motivo se encuentran afectadas áreas importantes tales como la educación, productividad, funcionamiento y las relaciones interpersonales (Calero, Palomino, Vásquez, y Moro, 2018), a estos factores se les puede sumar los sociodemográficos como: la edad, sexo, educación, ingresos, estado civil, trabajo, religión, tasa de natalidad, tasa de mortalidad, tamaño de la familia.

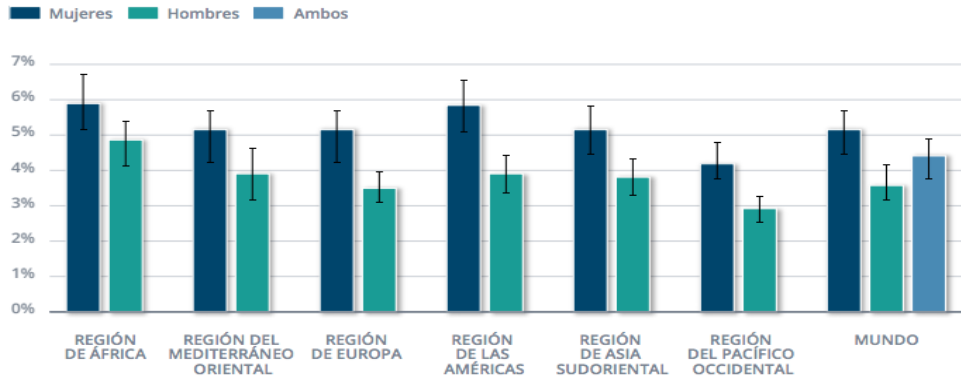
1.6.3 Contexto local

En ese sentido la tesis denominada Factores Sociodemográficos Asociados a los Trastornos de Depresión en Estudiantes del 5° Grado de Secundaria de una Institución Educativa. Iquitos 2018, es una investigación que fue comparativa entre estudiantes de secundaria del Jadán-Ecuador con relación a estudiantes del Zavaleta-Perú y contribuye al campo de la psicología con su propuesta basada en los factores sociodemográficos como parte del diagnóstico.

La muestra fue de 144 estudiantes de ambos sexos y apuntó a determinar la asociación entre los factores sociodemográficos basados en la edad, sexo, procedencia, personas con quien vive, consumo de drogas, consumo de alcohol, y los trastornos de depresión en estudiantes de secundaria de ambos países. Para ello, se empleó la Escala de Birleson modificada para Trastornos Depresivos en Niños y Adolescentes para Perú (Vivar et al., 2005). Finalmente, este estudio utilizó el método cuantitativo, de diseño no experimental, transversal, descriptivo, y correlacional (Yap Collantes, 2018, VI).

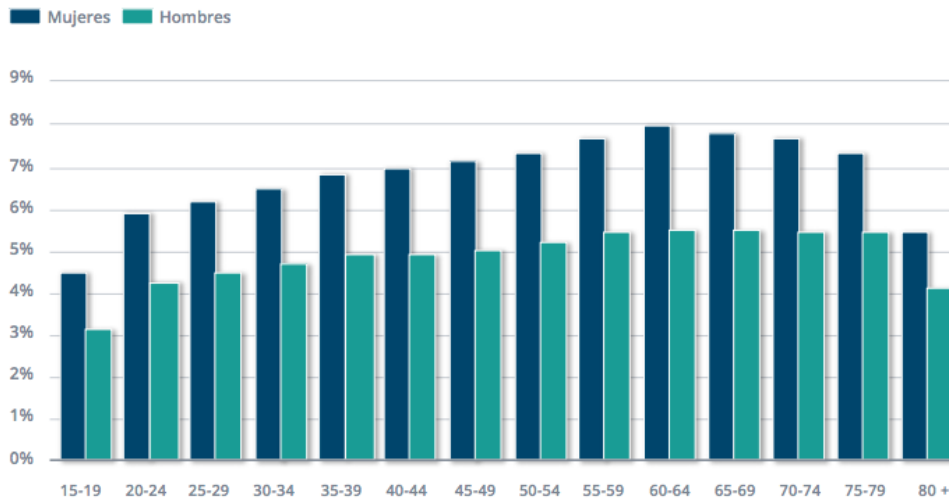
En este punto y para pasar a comparar la prevalencia de los trastornos depresivos a nivel internacional y regional (2015), presentamos la figura 1 que fue elaborada por la Organización Mundial de Salud en el texto “Depresión y otros trastornos mentales comunes Estimaciones sanitarias mundiales”, donde también tuvo participación la Organización Panamericana de Salud y la Organización Mundial de la Salud de las Américas (OMS, 2017).

Tabla 1. Prevalencia de los trastornos depresivos (porcentaje de la población), por Región de la Organización Mundial de Salud



Fuente: Global Burden of Disease Study 2015 <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>

Tabla 2. Prevalencia mundial de los trastornos depresivos (porcentaje de la población), por edad y sexo



Fuente: Global Burden of Disease Study 2015 <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>

1.7 Género vulnerable

Estos datos nuevamente corroboran lo antes mencionado. Cabe destacar que las mujeres con relación a los hombres son las personas que a nivel mundial presentan más episodios relacionados con la depresión. Así mismo, la región de África, seguido por la región de las Américas y de Europa son los espacios con mayor depresión. A ello se le suma que más del 4% y 3% de personas a nivel mundial entre los 15 a 19 años de edad han experimentado la depresión.

En este punto es necesario concentrarnos en Latinoamérica, en este territorio se realizaron estudios donde se observó el porcentaje relacionado a distintos factores depresógenos. Por ejemplo, en Colombia se pudo evaluar que la edad donde inicia la depresión es aproximadamente a los 14 años. De manera parecida, los jóvenes de edades entre 15 y 29 años de Lima y Huánuco son un sector propenso a presentar problemas de salud mental, siendo las mujeres las más afectadas (Calero, et. al., 2018).

No se logró obtener resultados significativos en lo que respecta a la relación entre la depresión y la migración familiar. Al contrario, se encontró que los niños y adolescentes presentaron mayor desarrollo de recursos afectivos, por ello fue más fácil hablar de sus emociones frente a la migración de algún miembro de la familia. Sin embargo, se ha demostrado que los niños y adolescentes reflejan inseguridades por formar parte de familias incompletas; al igual que un rendimiento escolar bajo, debido a que sienten profundamente el abandono y la soledad (Calero, Palomino, Vásquez, Moro, 2018).

1.7.2 Factores de riesgo y protección en el contexto local

Entre los factores de riesgo tenemos los biológicos, psicológicos y sociales. Además, la depresión incluye otras variables como el sexo, edad, divorcio, problemas familiares, y condición socioeconómica. El entorno de la población adolescente influye sobre su salud mental y debido a

ello su vecindario es tomado como uno de los ambientes relevantes, por otra parte, el experimentar acontecimientos traumáticos podría influenciar al desarrollo de una depresión.

Los problemas que suceden a lo largo de la vida de los y las adolescentes pueden predecir de manera casi exacta la presencia de problemas depresivos en dichas personas, estos factores a tener presentes pueden ser: el nivel socioeconómico bajo, la falta de la escolaridad, como también la falta de infraestructura adecuada para su educación, un ambiente hostil.

A la par, las interacciones con los pares pueden ser un factor de riesgo, esto se debe a que las cualidades positivas se ponen en punto de comparación con su entorno social y los adolescentes puede deprimirse por no cumplir con las expectativas impuestos por su grupo de pares (González L. et al., 2018), por ejemplo, con los estándares de belleza o de popularidad y las apariencias que se muestran en las redes sociales.

Al mismo tiempo y situándonos en nuestro país, la depresión relacionada al bullying refleja resultados importantes, pues se realizó un estudio en Ecuador donde se encontró la presencia de síntomas como distimia, ansiedad, depresión, bajo rendimiento académico, autoestima negativa, podría advertir que el adolescente sea víctima de bullying. En este caso puntual, un grupo de investigadores se centraron en los adolescentes, y se observó que el apoyo social es un posible protector hacia la depresión frente al contexto escolar, amistades de riesgo y acontecimientos vitales. Esto es valioso en la medida que nos permite comprender que el 26% de personas adultas iniciaron sus síntomas depresivos antes de los 18 años de edad, por los traumas que les dejó en sus vidas el bullying (Calero, et. al., 2018).

1.8 Datos estadísticos de estudios sobre la depresión

Según el INEC, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos hasta 2015 se registraron 2.088 personas en Ecuador que fueron atendidas por enfermedades depresivas en los

establecimientos de salud de todo el país. Por ello es comprensible que la demanda profesional crezca, ya que el número de psicólogos y psiquiatras aumentó un 198% en 9 años al pasar de 487 en 2006 a 1451 en 2015 (INEC, 2015).

Continuando con las cifras que presenta el INEC en nuestro país encontramos un factor que se repite y que nos guía en la comprensión de la depresión y está relacionado a que las mujeres son el grupo social que más presenta episodios depresivos, pues el 64 % de personas que fueron atendidas por depresión en el Ecuador fueron madres, hijas, esposas, adolescentes, niñas. Es urgente notar y denunciar que el Ecuador se sitúa en el onceavo puesto con una prevalencia del 4,6% de depresión con relación a los países de Latinoamérica.

Sumado a lo antes dicho encontramos a nivel de la provincia del Azuay el estudio de Erika Álvarez y Pablo Quizhpe (2014) que fue titulado como “Efectos de la migración en el estado de ánimo de los estudiantes del colegio técnico agropecuario Carlos Aguilar Vázquez de la parroquia Jima, 2012-2013”. En el tercer capítulo esta tesis le dedica un apartado para analizar la depresión, en particular los trastornos depresivos mayor y el trastorno DSM-V.

Además, Álvarez y Quizhpe (2014) abordan el trastorno depresivo persistente basado en los niños y adolescentes, en este sentido también nos cuenta sobre los factores de riesgo, sobre los modelos cognitivo conductual de la depresión y sobre el suicidio en la adolescencia ecuatoriana, una mirada que tuvo como objeto de estudio a estudiantes de secundaria.

De manera parecida encontramos otra tesis interesante que fue realizado en la Universidad Estatal de Cuenca. Esta investigación aborda la prevalencia de trastornos ansiosos depresivos en estudiantes del ciclo básico del Colegio Técnico Daniel Córdova Toral en la ciudad de Cuenca en el período 2011, sus autores son Germán Venegas José Vélez y Ángel Garza (Venegas, 2011).

De los datos interesantes que se pudieron notar en este estudio, están relacionados con la prevalencia a la depresión es de 14.8% mientras que la angustia alcanzó un 25.4%, a la par, la psicosis ascendió a 47.3% se consideran aspectos tales como el consumo de alcohol 17.8% y la conducta antisocial con un 41.3%., ello en estudiantes de 15 a 17 años de un total de 74 alumnos, mientras que en edades de 11 a 14 años se realizó el mismo estudio a 357 alumnos. Lo que permitió conocer que la depresión alcanzó el 14%, la angustia también descendió a un 23.2%, la psicosis a un 46.2% y el consumo de alcohol a un 16%, Cifras que son menores en comparación a los estudiantes de edades superiores, este estudio es relevante porque nos permite entender que los trastornos ansiosos depresivos se encuentran más afianzados en estudiantes que cursan el noveno ciclo, seguido del octavo y décimo nivel (Venegas, 2011, p. 2).

Por otra parte, es importante resaltar que no se lograron detectar estudios relacionados con el campo de la psicología o de estudios sobre la depresión en estudiantes y adolescentes del cantón Nabón. Sin lugar a duda existen otras investigaciones que se han realizado en dicho espacio geográfico, pero ninguna ha sido específica o correlacionada con el estudio planteado, de ello se deriva la importancia y ejecución de nuestra investigación.

En definitiva, nuestro objetivo es dar cuenta del estado mental de dicha población, pues nuestro interés es evaluar la presencia de la depresión en adolescentes pertenecientes a Nabón, ello se llevará por medio de la aplicación de diversas baterías de test como el MINIKID, que más adelante abordaremos en el tipo de metodología que se aplicará.

1.9 Conclusiones del estudio

Para concluir, no podemos olvidarnos que la psicología del adolescente es un campo de estudio que analiza y trata los problemas de la mente de los seres humanos cuando atraviesan su cambio o paso de la infancia a la edad joven-adulta. Como ya se ha mencionado la depresión en

los y las adolescentes es un tema que se continúa investigando, todo con el objetivo de salvaguardar la salud de la población. Es importante recordar que la Organización Mundial de la Salud, ya ha alertado sobre los peligros de la depresión, y la ha situado como el mayor problema de salud mental del mundo.

La depresión es un trastorno médico grave caracterizado por la tristeza, donde su intensidad y duración de los síntomas interfiere en su funcionalidad disminuyendo el interés o placer por las actividades, se presume que está involucrada la herencia, cambios en los neurotransmisores, alteración neuroendocrina y factores psicosociales, sin embargo, se desconoce la causa por la que se produce la misma. (Coryell, 2020)

Según el DSM-V (APA, 2013) los trastornos depresivos incluyen: el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, depresión mayor, el trastorno depresivo persistente, trastorno disfórico premenstrual, trastorno depresivo inducido por una sustancia, trastorno debido a otra afección médica, otro trastorno depresivo especificado y no especificado. El rasgo común entre los trastornos mencionados es la presencia de un ánimo triste, vacío o irritable acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan su capacidad funcional. La diferencia entre los mismos es la duración, presentación temporal o la etiología. Un trastorno clásico de los ya mencionados es el trastorno depresivo mayor, caracterizado por episodios determinados de al menos 2 semanas de duración con cambios en el afecto, cognición, funciones neurovegetativas, y remisiones interepisódicas.

Según la OMS, (OMS, 2021) la depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo pues afecta al 3,8% de la población aproximadamente, esta enfermedad puede generar sufrimiento en la persona dando como resultado una alteración en sus actividades laborales, escolares y familiares. Se estima que cada año se suicidan 700.000 personas, siendo esta la 4ta

causa de muerte entre las edades de 15 a 19 años. La depresión es la causa principal de discapacidad y contribuye a la carga mundial general de morbilidad, afecta más a mujeres que a hombres, y en muchos casos pueden conducir a las personas al suicidio. Por otro lado, se sabe que más del 75% de personas en los países con ingresos medianos y bajos no reciben tratamiento debido a la falta de recursos, personal capacitado y estigmatización asociada a los trastornos mentales.

CAPITULO 2

2. METODOLOGÍA

La metodología de la presente investigación fue de tipo descriptivo, pues la información recolectada será para comprobar el estado de salud mental en el cantón Nabón. Esta investigación tiene un alcance relacional de corte transversal con seguimiento cuantitativo debido a la aplicación de la ficha sociodemográfica y del instrumento MINI-KID.

Se calculó una muestra representativa de adolescentes con sintomatología depresiva de 12 a 17 años. Se realizó en un contexto rural, con los residentes del cantón Nabón de la provincia del Azuay (Zhiña, Rañas, Cochapata, El Progreso, Morasloma y Nabón centro), muestra que fue determinada en base a los criterios de inclusión y exclusión. Estos fueron seleccionados de manera aleatoria con la posibilidad de evaluar o identificar a quienes presentan o presentaron algún tipo de alteración mental, por consiguiente, nuestro interés está asociado al trastorno depresivo en adolescentes y con ello poder aproximarnos a la realidad de la salud mental en el país.

Se empleó el sitio web Fistera.com para realizar el computo de los niveles de confianza, reflejando el 95% en el cálculo y una precisión del 3% con una proporción esperada del 30%. El tamaño de la muestra es de 359, con un 15% de perdidas, dando un total de 312.

2.1 Objetivos de la investigación

2.1.1 Objetivo General

- Establecer la prevalencia de los trastornos depresivos y factores sociodemográficos en los adolescentes del cantón Nabón 2021.

2.1.2 Objetivos Específicos

- Identificar la asociación de la depresión con los factores sociodemográficos que influyen en la población.

- Relacionar los factores sociodemográficos con la prevalencia de la depresión.

2.2 Población y muestra

2.2.1 Población

El presente estudio se realizó en las parroquias rurales del cantón Nabón (Zhiña, Rañas, Cochapata, El Progreso, Morasloma y Nabón centro). La fecha de recolección de datos fue a partir del 13 de marzo del 2021, hasta el 28 de noviembre del mismo año. Según los datos publicados por el INEC en el censo 2010 existe una población de 14.085 habitantes quienes conforman nuestro universo. Dicha población se distribuyó de manera porcentual por conglomerados.

2.2.2 Muestra

Para la ubicación de los individuos en el área geográfica se realizó de manera aleatoria en todas las viviendas del Cantón; en los cuales se recopiló la información necesaria basándose en la edad y sexo de los encuestados. La muestra fue definida según los criterios de inclusión y exclusión de acuerdo con el número de habitantes de cada comuna estratificando conforme la edad en donde se consideraron 4 estratos 10-19, 20-39, 40-59, y 60 en adelante. El estrato de nuestro interés es de 10-19 años según el sexo tomando en cuenta la distribución ya mencionada.

En caso de que el domicilio aleatorio carezca de la unidad de análisis otorgada, se empleara el criterio del “vecino más cercano”, en otras palabras, se ubicará a la vivienda conforme a la vivienda anterior, posterior, izquierda o derecha, en ese orden. Si una de las viviendas cercanas fue aleatorizada para otra unidad de análisis, cuando le corresponda, se utilizará

nuevamente el criterio del vecino cercano. Los datos obtenidos cumplen los criterios de confidencialidad; este trabajo cuenta con la aprobación del consejo cantonal de Nabón y Ministerio de Salud Pública.

2.3 Criterios de inclusión y exclusión

Tabla 3. Prevalencia mundial de los trastornos depresivos (porcentaje de la población), por edad y sexo

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
a) Personas en edad entre los 12 a 17 años b) Residentes del cantón Nabón en el año 2021.	a) Adolescentes con ausencia de sintomatología depresiva. b) Personas fuera del rango de edad requerido.

2.4 Instrumentos

2.4.1 Consentimiento informado

Los representantes legales de los participantes dieron su aprobación mediante un consentimiento informado, pues es un requerimiento previo para formar parte de este proyecto.

2.4.2 Ficha sociodemográfica.

Mediante la aplicación de la ficha sociodemográfica se pudo conocer a que comuna pertenecen las personas evaluadas, su etnia, el género con el que se sienten identificados, edad, nivel de escolaridad, miembros de su entorno sociofamiliar, migración interna o externa, presencia de trastornos mentales dentro de la familia y tratamientos psiquiátricos recibidos, discriminación social, frecuencia de actividad física, y si su salud mental ha sido afectada por la pandemia.

2.4.3 International Neuropsychiatric Interview (MINI KID)

La evaluación de la psicopatología de los pacientes se realizó a través del MINI KID (Mini Kid Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional para niños y adolescentes). Esta es una entrevista breve y estructurada de los principales trastornos psiquiátricos del eje 1 de la CIE-10 y DSM-IV. El MINI KIT es una entrevista neuropsiquiátrica la cual se encuentra dividida en módulos clasificados por letras; cada uno corresponde a una categoría. Al comienzo de cada módulo se presenta en un recuadro gris (con excepción de los trastornos psicóticos), entre las preguntas existen varias preguntas “filtro” las cuales corresponden a los criterios principales del trastorno. Al concluir cada módulo existen, una o varias casillas diagnósticas las cuales ayudan al profesional a identificar la presencia de los criterios examinados. Este test abarca 23 trastornos psiquiátricos, divididos en forma de módulos, es de nuestro interés el apartado A que es Episodio depresivo mayor para realizar este trabajo de titulación. La confiabilidad de Inter evaluador de 0.9 a 1 y la confiabilidad temporal de 0.60 a 0.75 cada una, con una validez concurrente. La entrevista clínica fue de 0.35 a 0.50 de acuerdo con lo reportado por Palacios, De la Peña y Heinze (2004). Fueron elaboradas por Lecrubier, et al., y Scheehan, et al. (1992, 1994 y 1998). (Ver Anexo 1)

2.5 Procedimiento de la investigación

Las entrevistas fueron realizadas de manera presencial (puerta a puerta) aleatoriamente, de esta manera se logró identificar la realidad en la que viven las personas encuestadas y conocer la relación que tiene con los resultados del test aplicado. Se realizaron estas visitas domiciliarias alrededor de 2 veces por mes durante el periodo comprendido del 13 de marzo al 28 de noviembre del 2021.

El conglomerado de tesisistas se subdividió junto a personal asignado por el gobierno cantonal de Nabón para aumentar el alcance poblacional durante el horario de recolección de datos. Posterior a la recolección de datos se realizó el análisis de los mismos para finalmente ingresar los datos obtenidos en la base de SPSS V.21.

CAPITULO 3

3.ANÁLISIS DE RESULTADOS

Se realizó en total 725 entrevistas, las cuales fueron aplicadas de forma presencial, implementando medidas de bioseguridad para evitar el contagio y/o la propagación del Covid-19; principalmente a adolescentes entre los 12 a 17 años, en su gran mayoría fueron de etnia mestiza. Esto dio como resultado una muestra total de 214 adolescentes, quienes cumplieron los criterios de inclusión para posteriormente aplicar el MINI-KID en su versión en español.

Para el análisis de datos se usará el software SPSS V.21, para obtener las tablas de frecuencia y estadísticos descriptivos.

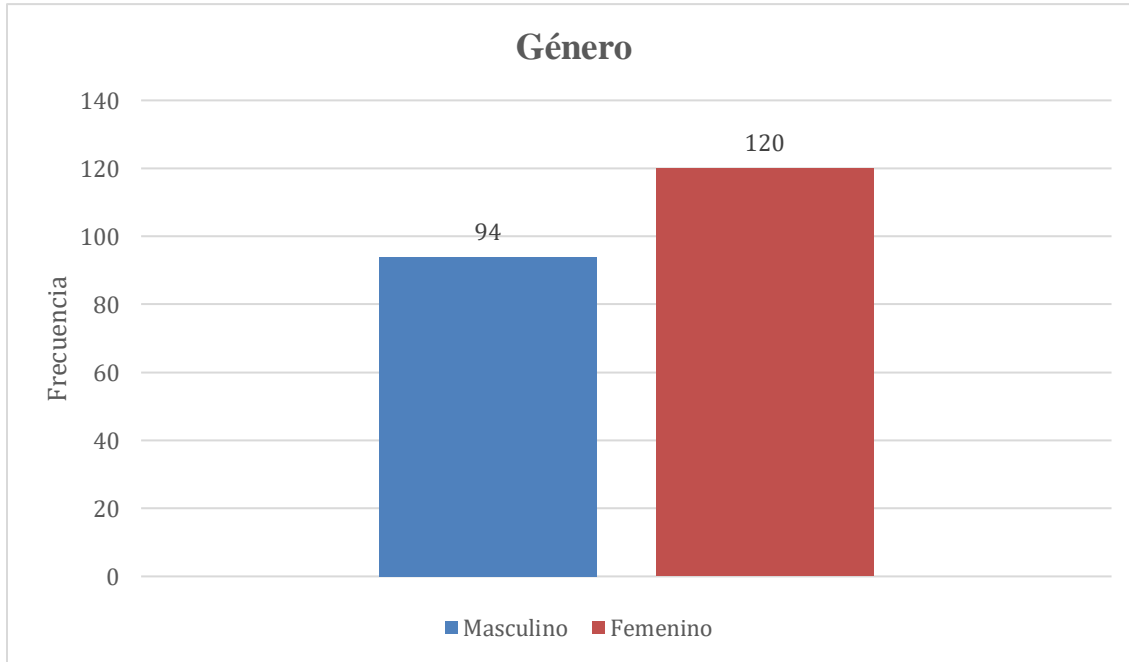
3.1 Análisis descriptivo de las variables sociodemográficas.

3.1.1 Análisis de resultados

ADOLESCENTES

Figura 1. Género

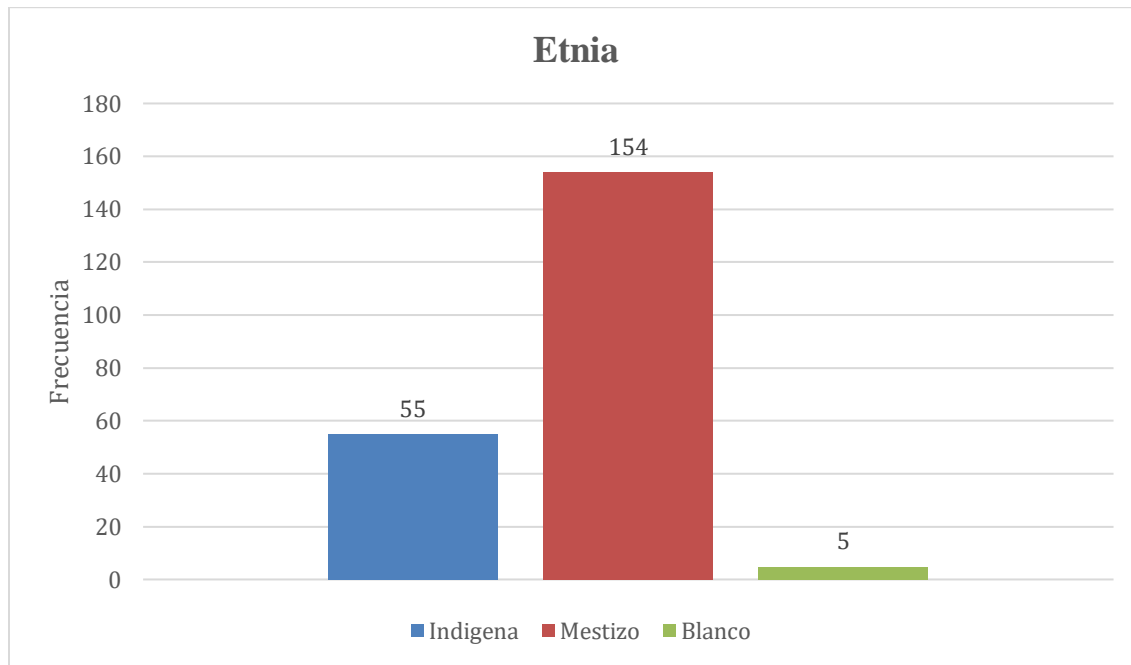
Gráfico de barras con las frecuencias de la muestra por género



En la figura 1, se evidenció que, de los 214 participantes, 43.93% pertenecen al género masculino y 56.07% al género femenino.

Figura 2. Etnia

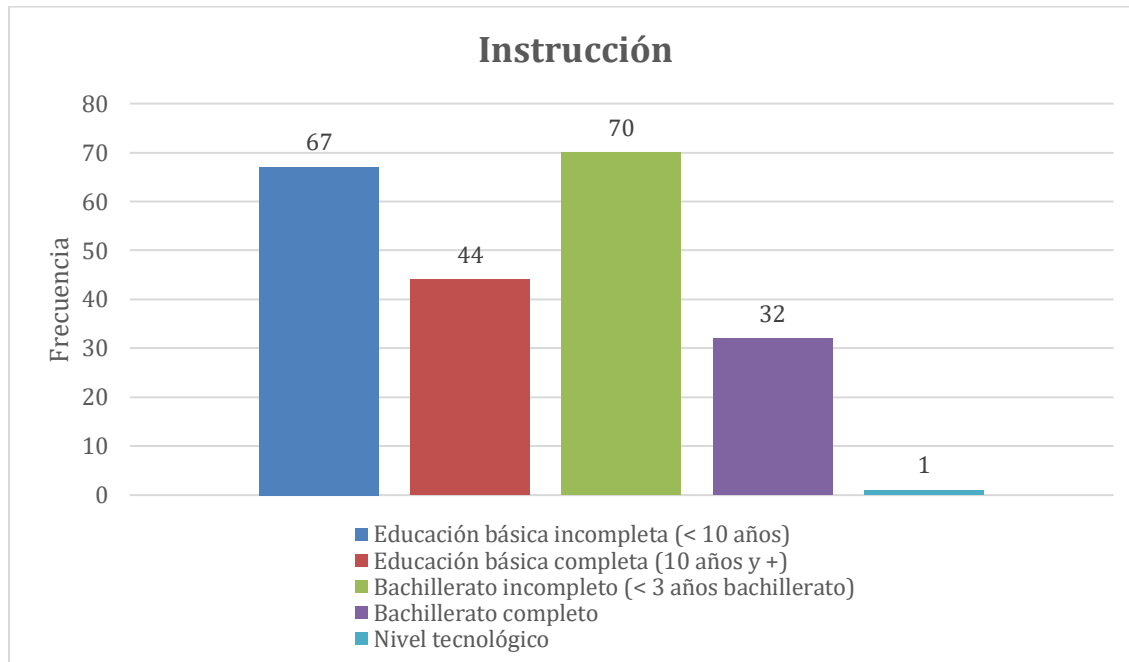
Gráfico de barras con las frecuencias de la muestra por etnia.



En la figura 2, se evidenció que, de los 214 participantes, 25.70% de personas se consideraron de etnia indígena, 71.96% como mestiza y 2.34% blancos.

Figura 3. Instrucción

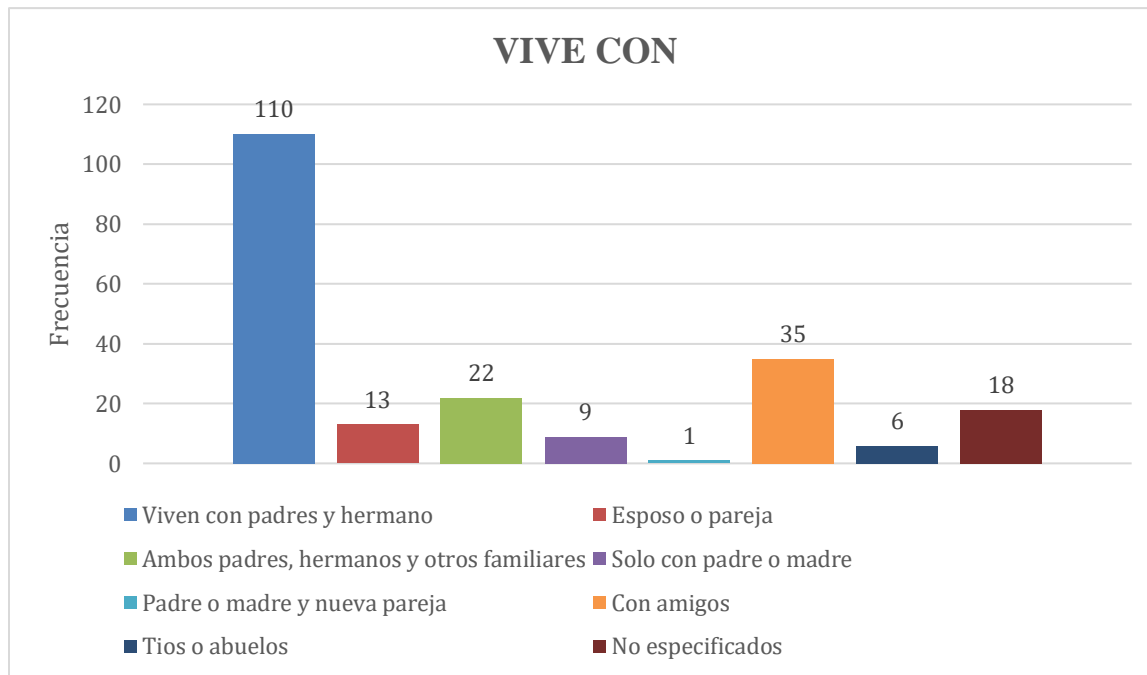
Gráfico de barras con las frecuencias de la muestra por nivel educativo.



En la figura 3, se presenta las frecuencias sobre el nivel educativo de la muestra de 214 personas: 31.31% con educación básica incompleta con menos de 10 años de estudio, 20.56% con educación básica completa con 10 o más años de educación, 32.71% con bachillerato incompleto inferior al tercer año de bachillerato, 14.95% con bachillerato completo y 0.47% persona con un nivel tecnológico.

Figura 4. Vive con

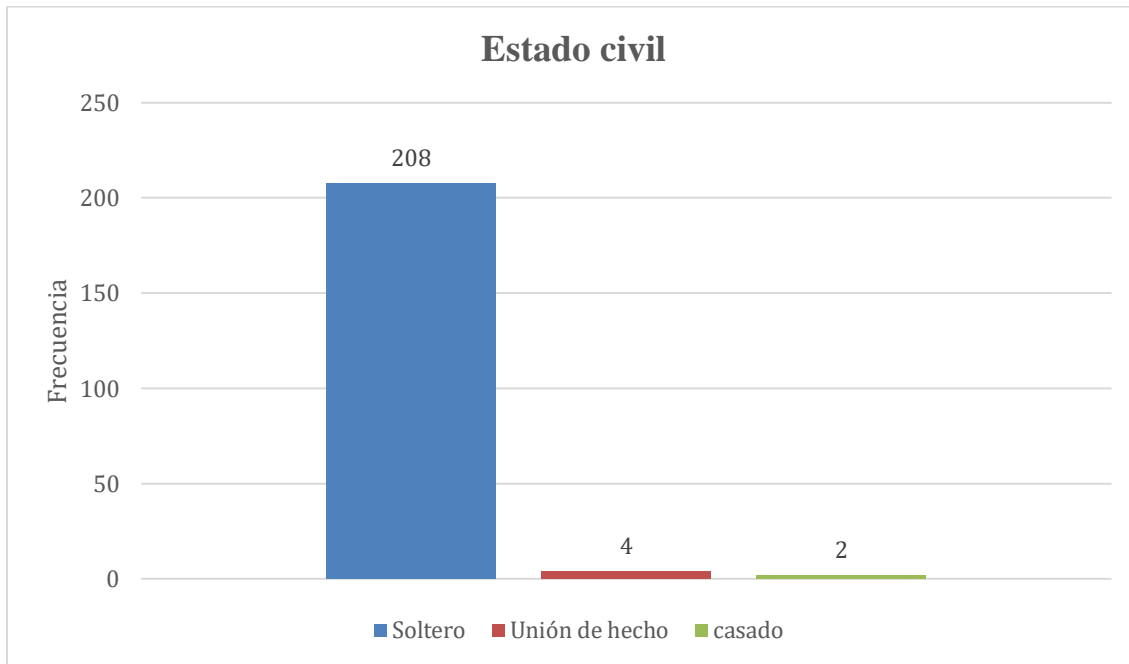
Gráfico de barras con las frecuencias de la muestra por con quien viven las personas de la evaluación.



En la figura 4, se observó que de la muestra de 214 evaluados: 51.40% personas viven con sus padres y hermanos, 6.07% con su esposo o pareja; 10.28% con ambos padres, hermanos y otros familiares; 4.21% vive solo con el padre o la madre; 0.47% vive con su madre o padre y su nueva pareja; 16.36% vive con amigos; 2.8% vive con tíos o abuelos y 8.41% otros no especificados.

Figura 5. Estado civil

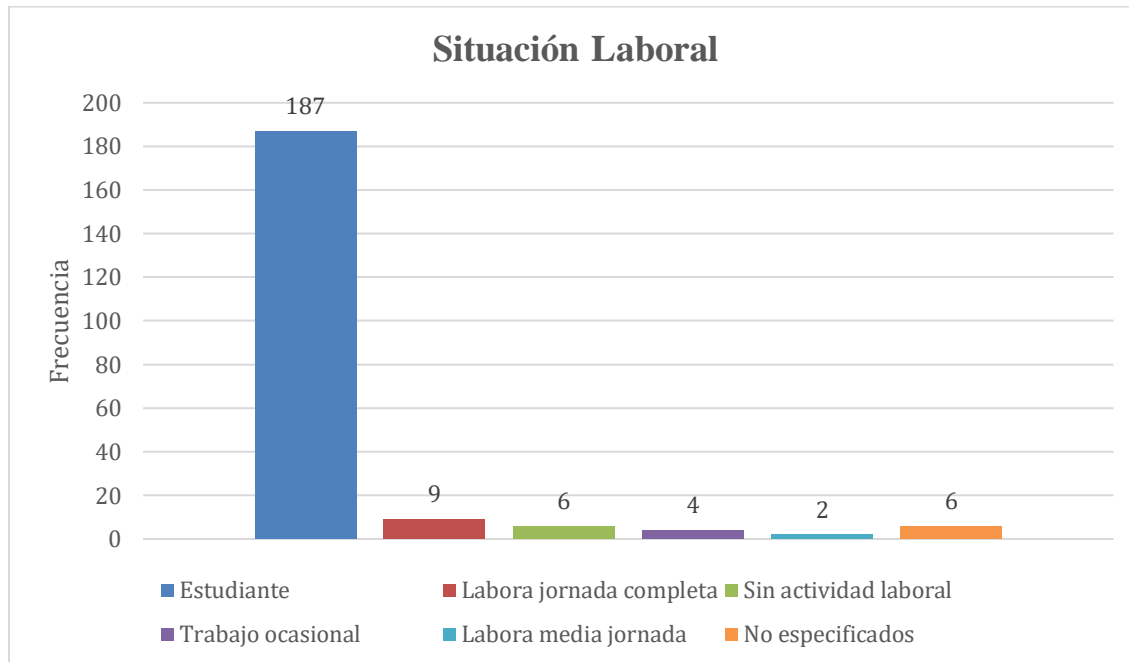
Gráfico de barras con las frecuencias de la muestra por su estado civil.



En la figura 5, se observó que de la muestra de 214 evaluados: 97.19% su estado civil es soltero; 1.87% unión de hecho y 0.94% casados.

Figura 6. Situación laboral

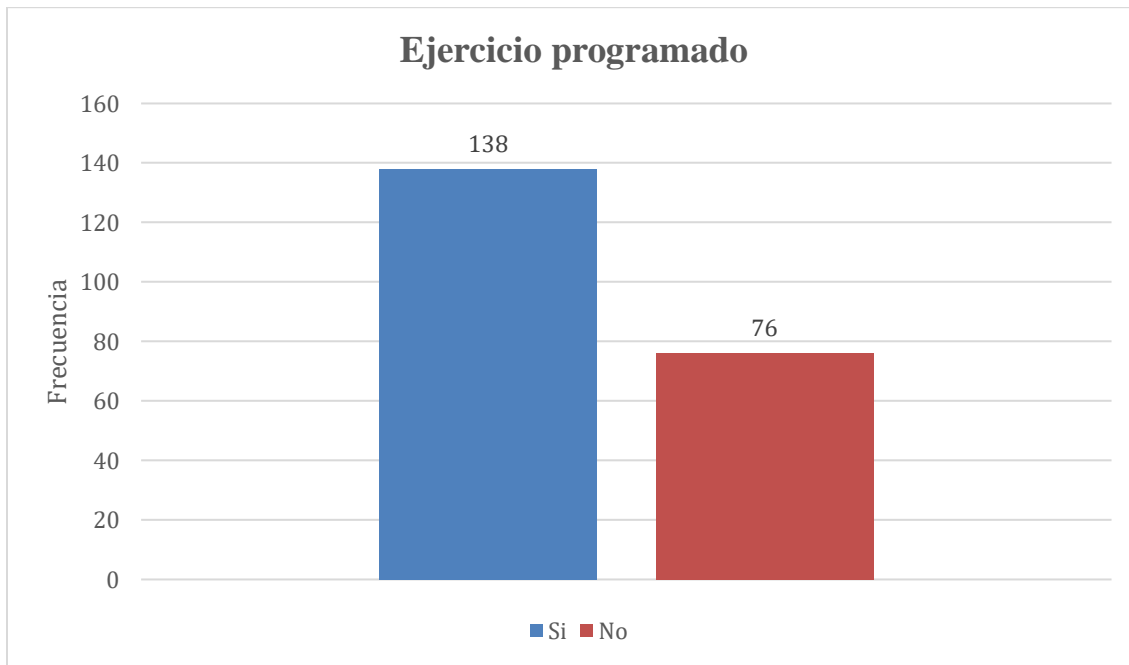
Frecuencias de la situación laboral actual graficadas en barras.



En figura 6, se muestran las siguientes frecuencias de una muestra de 214: 87.38% estudiantes; 4.21% personas con trabajo de jornada completa, 2.8% sin actividad laboral; 1.87% con trabajo ocasional; 0.93% con trabajo de media jornada y 2.8% como otros no especificados.

Figura 7. Ejercicio programado

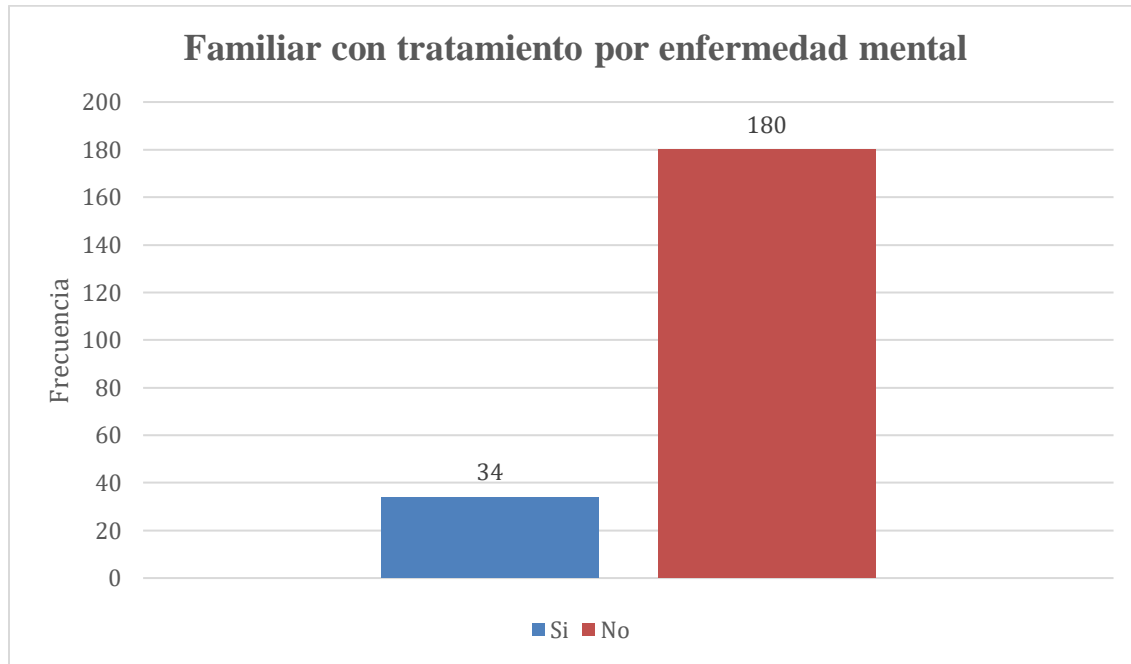
Frecuencias de ejercicio programado en gráfica de barras.



En la figura 7 se muestra la población de 214 dividido entre 64.48% personas que realizan ejercicio programado y 35.51% que no lo realizan.

Figura 8. Familiar con tratamiento por enfermedad mental

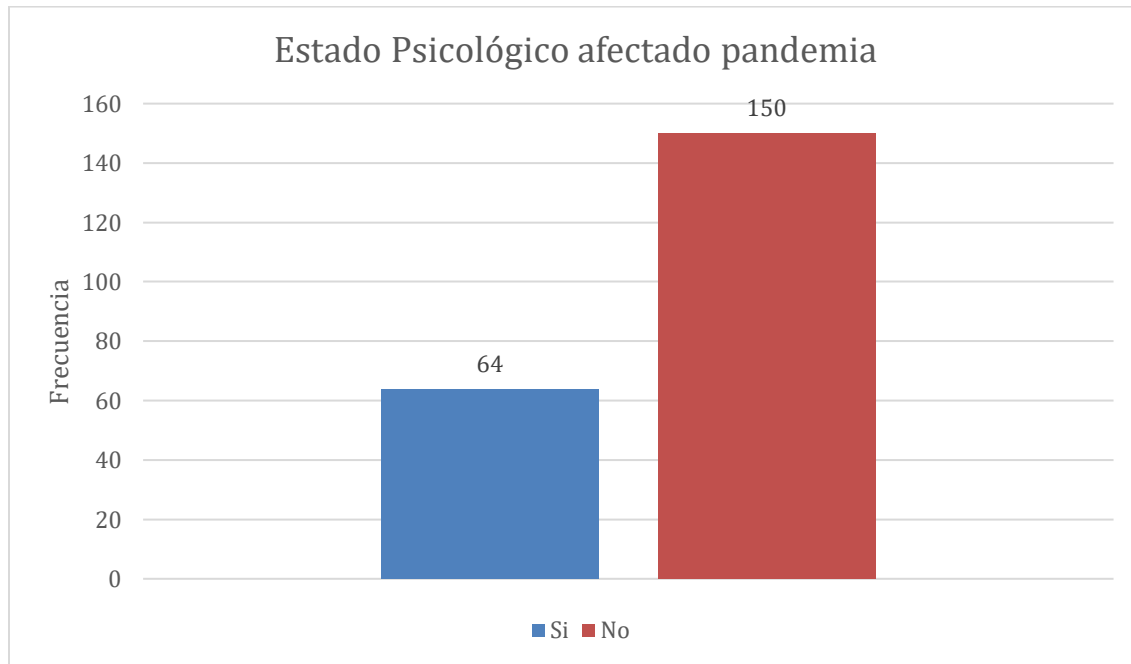
Gráfico de barras de familiares con los resultados de la pregunta: ¿Ha tenido un familiar con tratamiento por enfermedad mental?



En la figura 8 se evidencia que, de una muestra de 214 adolescentes, 15.88% familiares han recibido tratamiento por enfermedad mental y 84.11% no.

Figura 9. Estado psicológico afectado por la pandemia

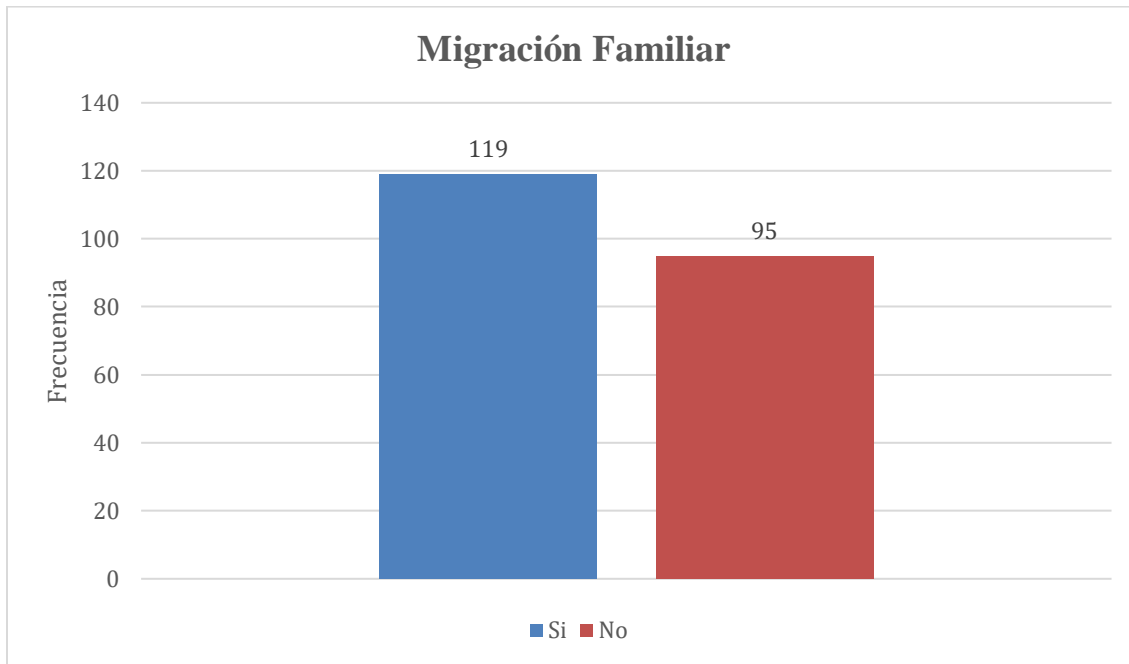
Gráfico de barras del estado psicológico afectado por la pandemia.



En figura 9, se muestran las siguientes frecuencias: 29.9% respondieron que sí y 70.09% dieron una respuesta negativa.

Figura 10. Migración familiar

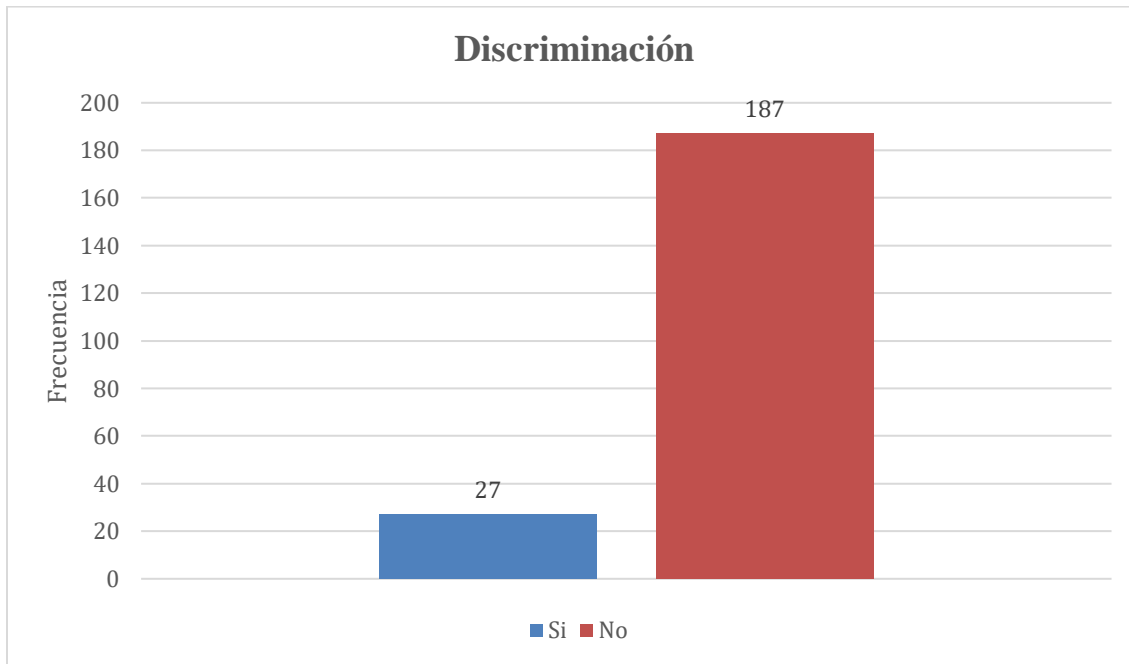
Gráfico de barras sobre la migración familiar.



En la figura 9, 55.6% entrevistados manifestaron tener un familiar que ha migrado y 44.39% de ellos no presentan migración familiar.

Figura 11. Discriminación

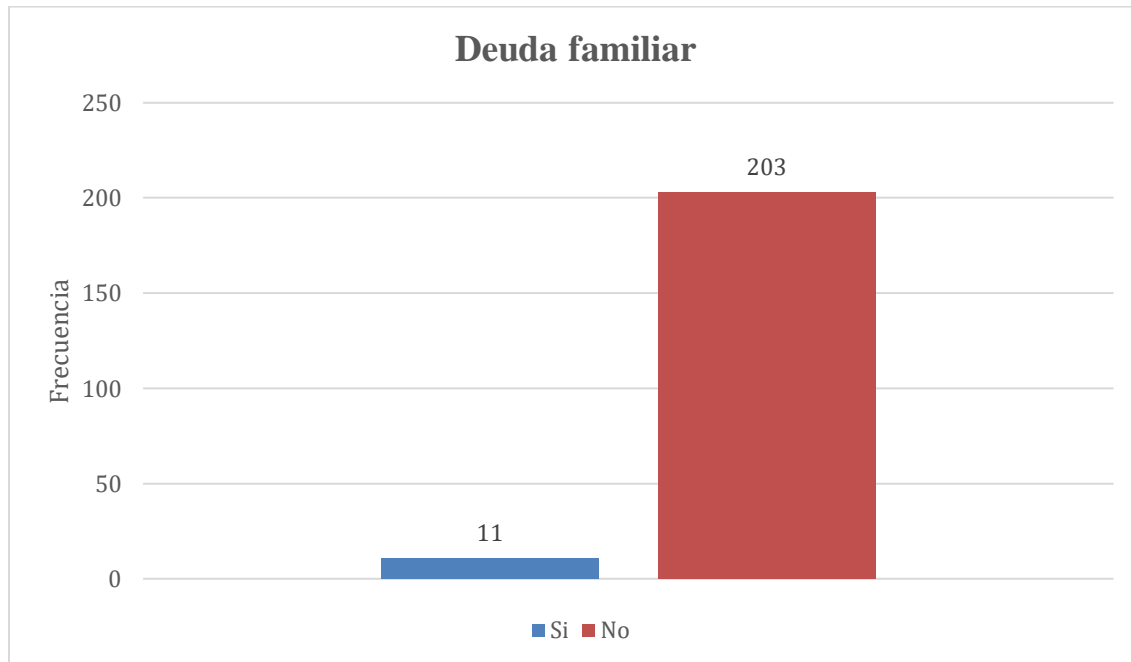
Gráfico de barras sobre la discriminación.



En la figura 11, se evidenció que 12.61% personas han sufrido de discriminación y 87.38% no .

Figura 12. Deuda familiar

Gráfico de barras sobre deudas familiares.



En la figura 12, se muestra que 5,14% personas poseen deudas familiares y 94.85% no la poseen.

3.1.1.2 Análisis de resultados en el Trastorno Depresivo Mayor

Se recolectó los datos referentes al Trastorno Depresivo Mayor de la población perteneciente al Catón Nabón, donde se llegaron a los siguientes resultados.

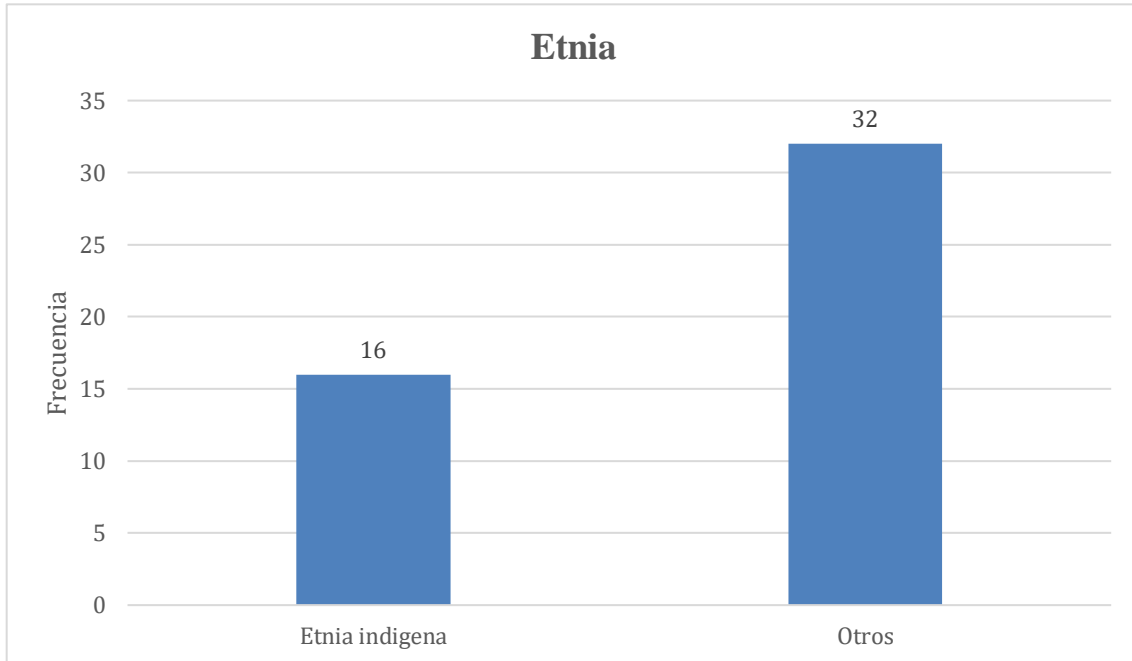
Tabla 4. Análisis de resultados.

	Frecuencia	Porcentaje
Si	48	22,42%
No	166	77,57%
Total	214	100.00%

De los 214 participantes adolescentes, el 22.42% de estos que corresponden a 48 participantes, presentan depresión mayor, por otro lado, el 77.57% pertenece a 166 participantes no presentan depresión.

Figura 13. Etnia (Trastorno Depresivo Mayor)

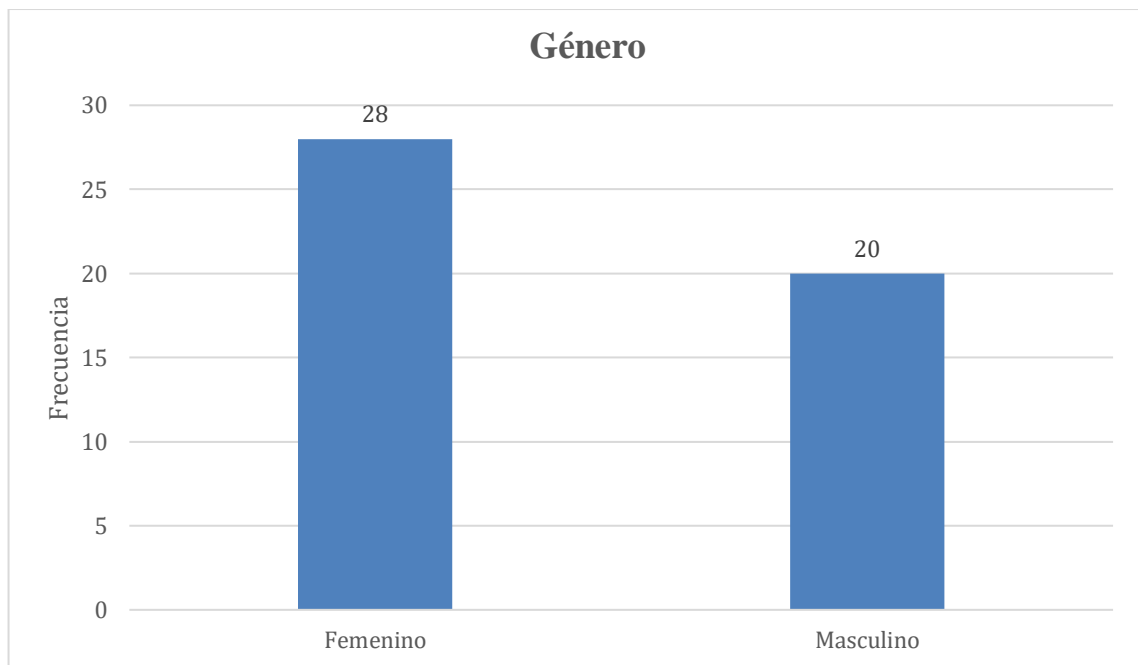
Gráfico de barras con las frecuencias de la muestra por etnia en el trastorno



En la figura 13 muestra que el 33.33% pertenecen a la etnia indígena y el 66.66% corresponden a otras etnias.

Figura 14. Género (Trastorno Depresivo Mayor)

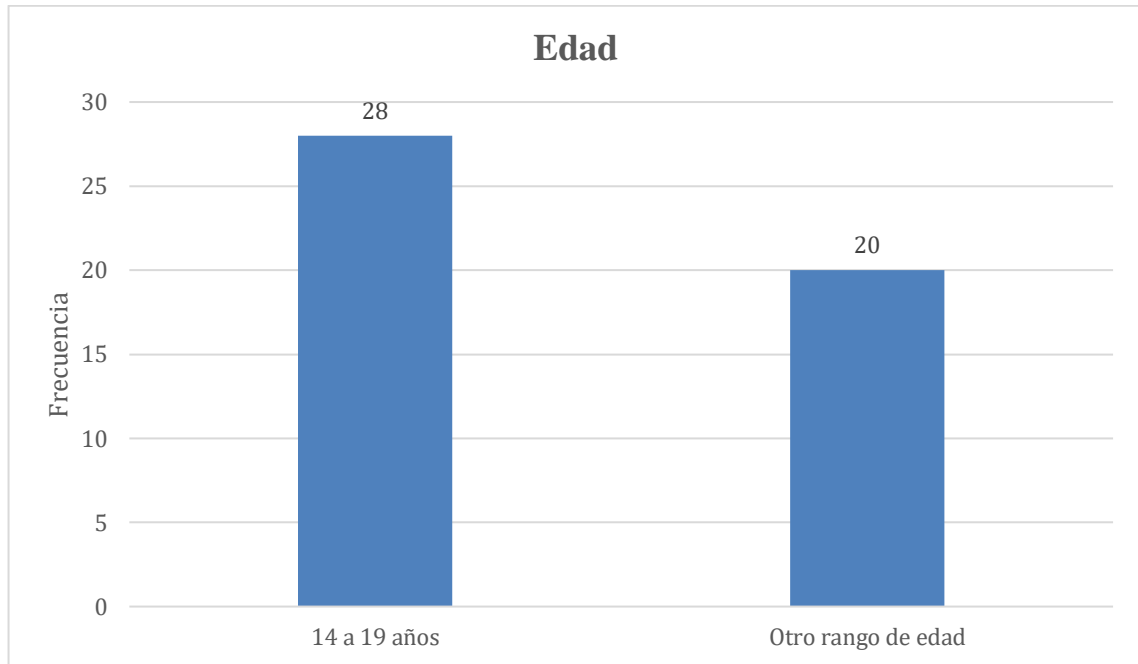
Gráfico de barras con las frecuencias de la muestra por género en el trastorno depresivo mayor en adolescentes.



En la figura 14 se presenta que, de los 48 participantes con episodio depresivo mayor 58.33% son del género femenino frente al 41.66% del género masculino.

Figura 15. Edad (Trastorno Depresivo Mayor)

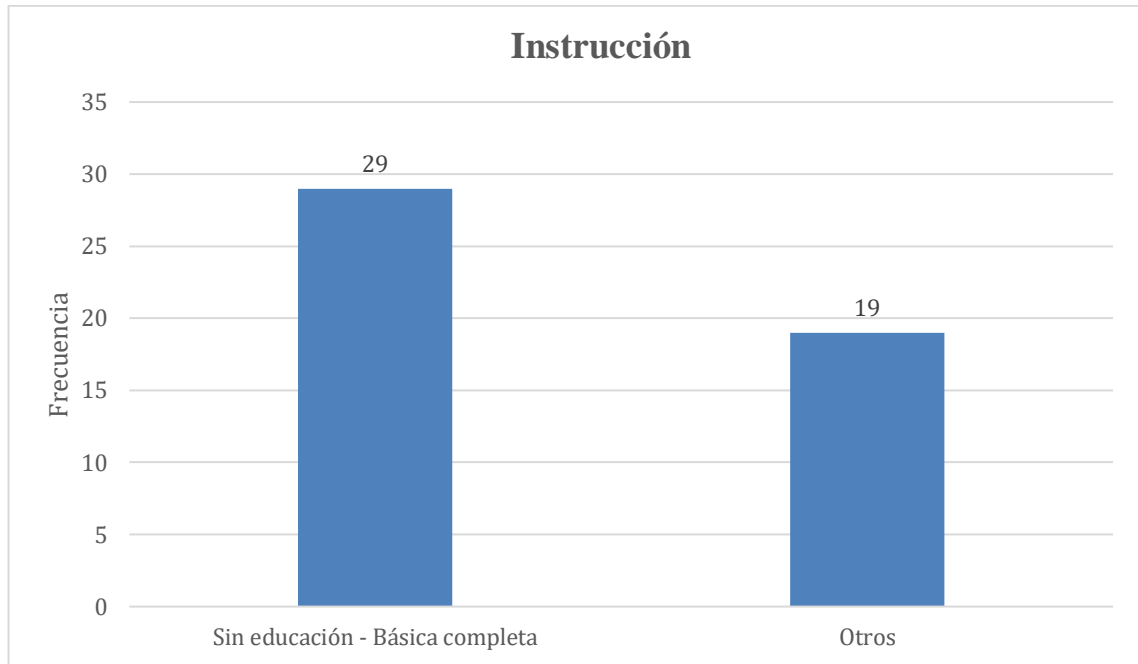
Gráfico de barras con las frecuencias de la muestra por edad en el trastorno depresivo mayor en adolescentes.



En la figura 14 se evidencia 48 participantes con episodio depresivo mayor de los cuales el 58.33% corresponde a las edades de 14 a 19 años, mientras que el 41.66 % pertenecen a otro rango de edad.

Figura 16. Instrucción (Trastorno Depresivo Mayor)

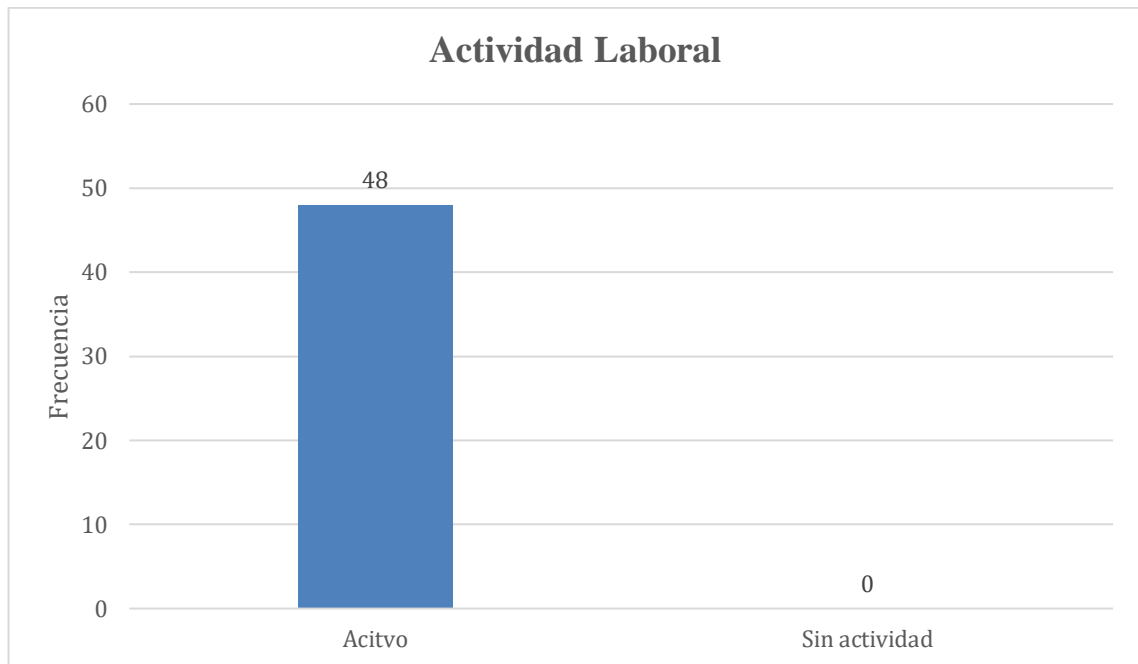
Gráfico de barras con las frecuencias de acuerdo con el nivel educativo de los y las adolescentes con episodio depresivo mayor.



En la figura 16 se presenta 48 participantes de acuerdo con el nivel educativo el 60.41% no poseen un nivel educativo y el 39.58 tienen una educación básica completa.

Figura 17. Actividad laboral (Trastorno Depresivo Mayor)

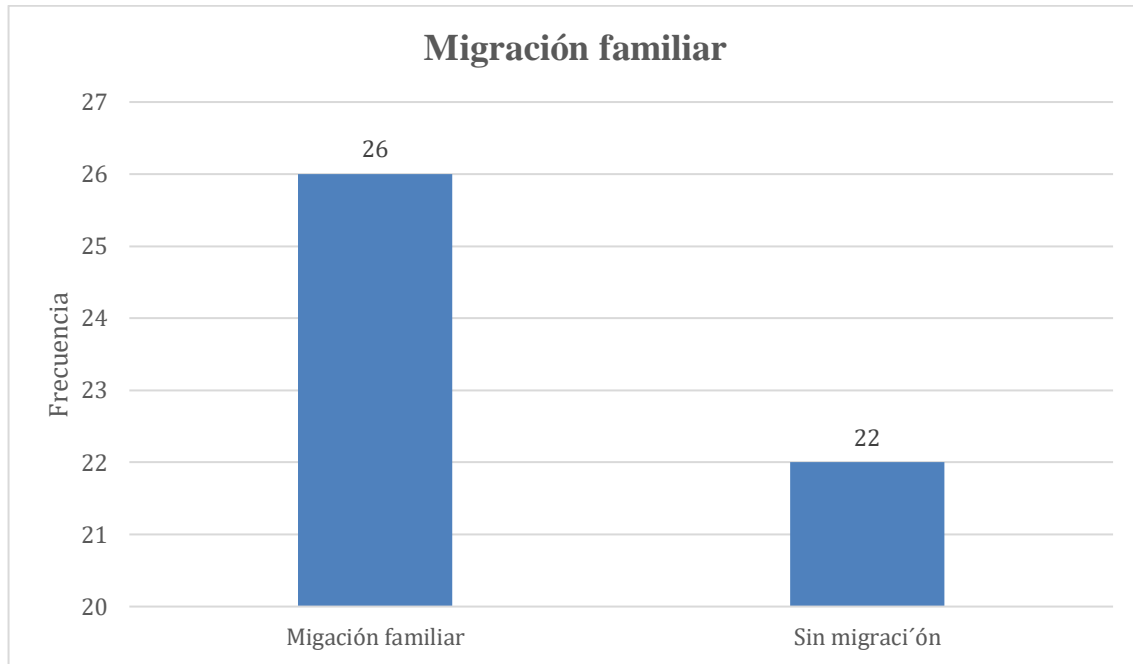
Frecuencias de la actividad laboral actual de los y las adolescentes que presentan sintomatología del episodio depresivo mayor.



En la figura 17 se puede evidenciar las siguientes frecuencias: 48 de los participantes que son equivalentes al porcentaje del 100% son activos laboralmente de los cuales todos ellos presentan sintomatología depresiva.

Figura 18. Migración familiar (Trastorno Depresivo Mayor)

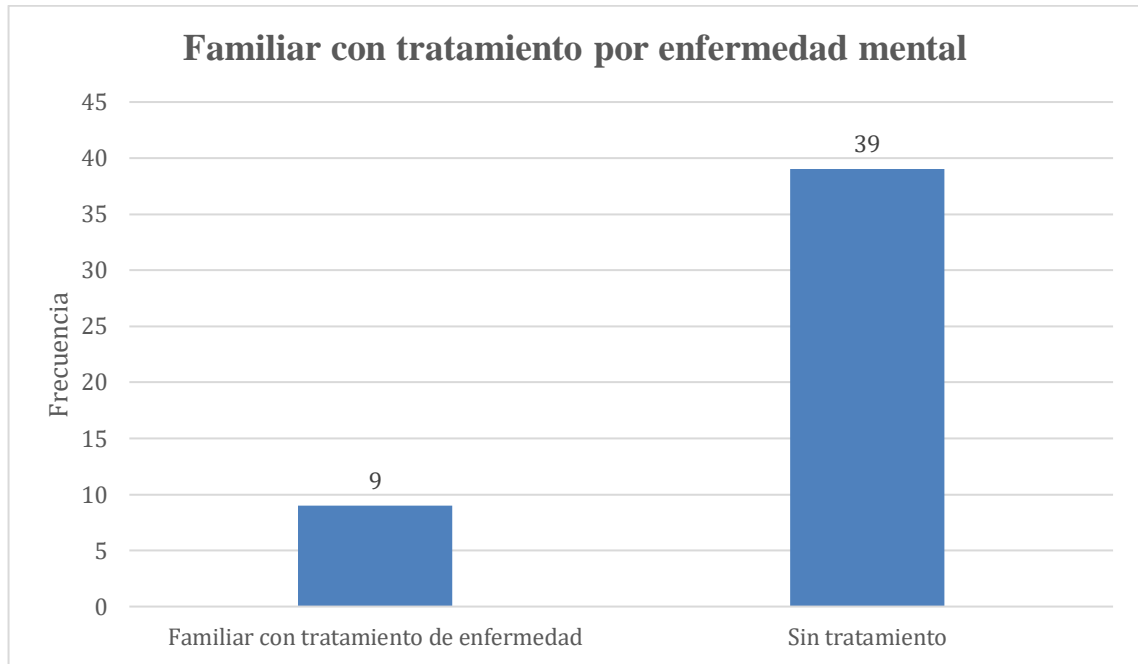
Gráfico de barras que representan las frecuencias de migración familiar adolescentes con sintomatología depresiva mayor.



En la figura 17 se evidencia un porcentaje de 54.16% correspondientes a familiares que han migrado, frente al 45,83% que no tienen miembros de la familia que hayan migrado.

Figura 19. Familiar con tratamiento enfermedad mental (Trastorno Depresivo Mayor)

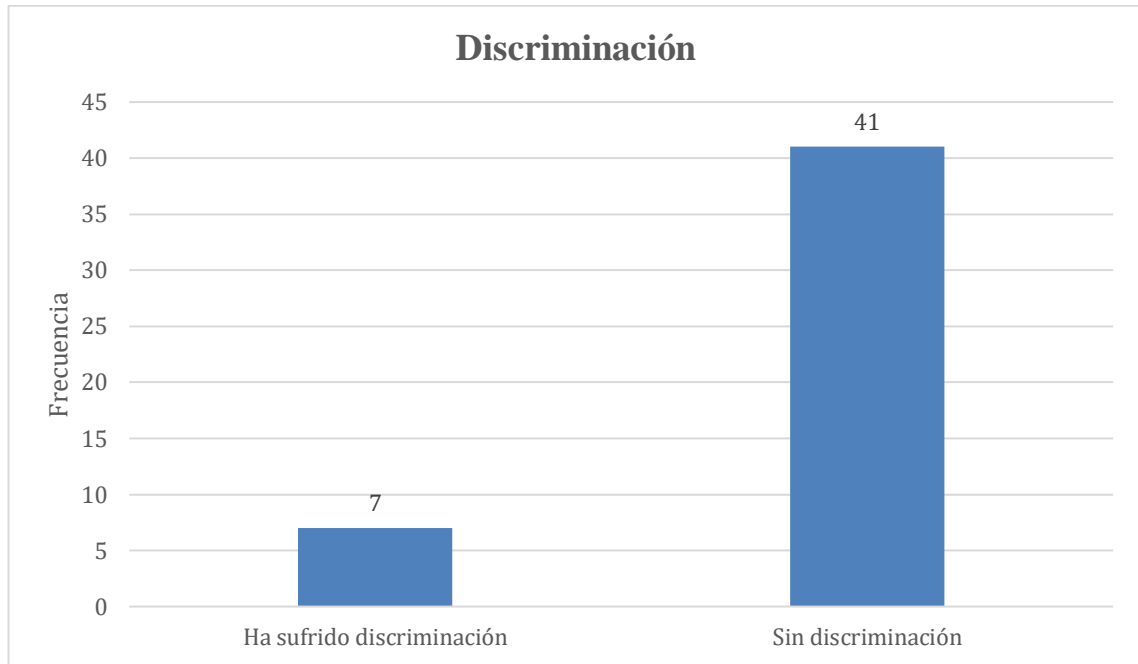
Gráfico de barras con resultados de familiares con tratamientos por enfermedades mentales de los y las adolescentes con episodio depresivo mayor



En la figura 18 representa que el 18.75% pertenecen a familiares con tratamiento por enfermedad mental, por otro lado, el 81.25% que no presentan ningún familiar que se encuentre bajo tratamiento por enfermedad mental.

Figura 20. Discriminación (Trastorno Depresivo Mayor)

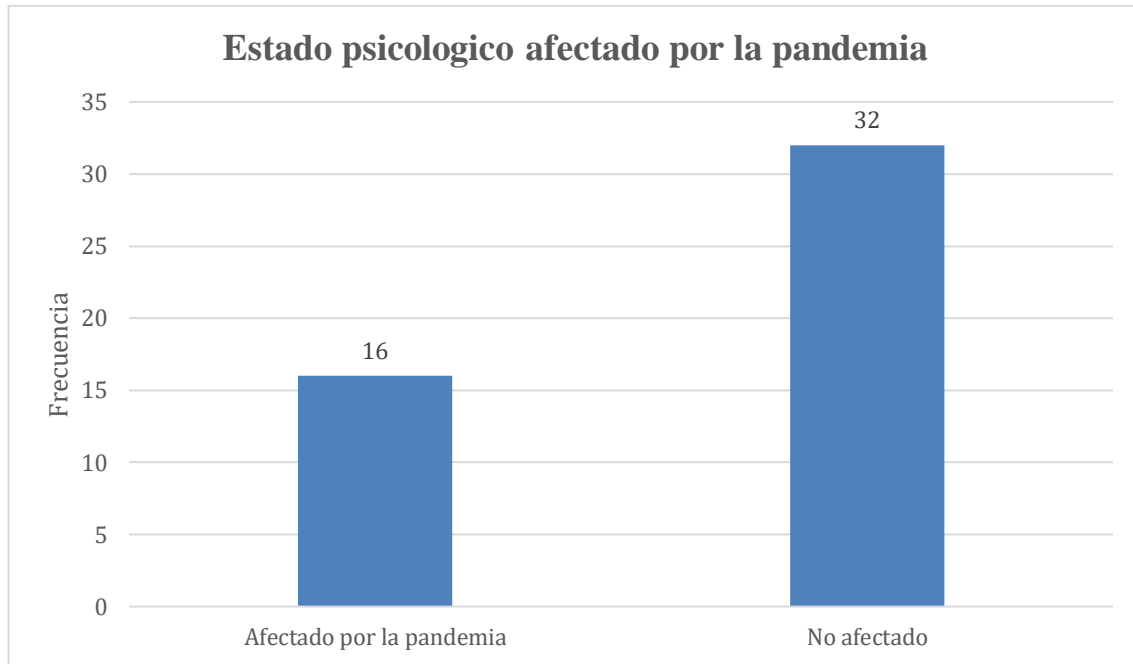
Gráfico de barras con datos sobre la discriminación en los y las adolescentes en el trastorno depresivo mayor.



La figura 19 muestra que, de un total de 48 participantes, quienes presentan síntomas de depresión mayor, el 14.58% de ellos han sufrido discriminación frente al 85.41% que no han padecido la misma.

Figura 21. Estado psicológico afectado por la pandemia (Trastorno Depresivo Mayor)

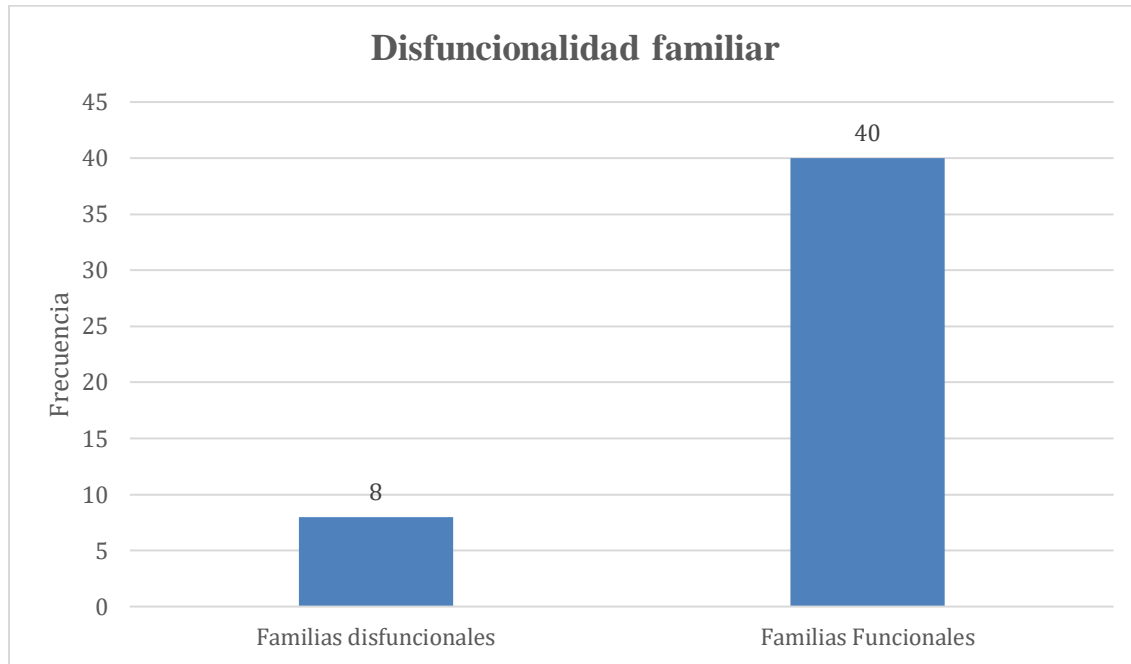
Gráfico de barras que muestran los datos de la afección psicológica causada por la pandemia de los y las adolescentes de episodio depresivo mayor.



En la figura 21 demuestra que un 33.33% del total de la población han sido afectados su estado psicológico por la pandemia, mientras que el 66.66% manifiesta que no.

Figura 22. Disfuncionalidad familiar (Trastorno Depresivo Mayor)

Gráfico de barras que presentan la disfuncionalidad familiar en el trastorno depresivo mayor de los y las adolescentes.



En la figura 22 el 16.66% corresponde a disfunción familiar, por otro lado, el 83.33% representa familias funcionales.

Análisis descriptivo del instrumento

Tabla 5. Análisis descriptivo del instrumento

Variable	EDM		Estadísticos			
	No.	%	p	OR	IC 95%	
Soltero, separado, viudo, divorciado**			0,341			
Etnia indígena	16	33,3	0,169	1,628	0,809	3,276
Género mujer	28	58,3	0,720	1,126	0,588	2,158
Edad 14 a 19 años	28	58,3	0,241	0,675	0,349	1,305
Sin educación - básica completa	29	60,4	0,147	1,564	0,813	3,006
Trabaja***	48	100	0,185			
Migración familiar	26	54,2	0,820	0,928	0,487	1,768
Familiar con tratamiento de enfermedad mental	9	18,8	0,538	1,302	0,562	3,016
Ha sufrido discriminación	7	14,6	0,641	1,246	0,493	3,152
Estado psicológico afectado por la pandemia	16	33,3	0,556	1,229	0,618	2,445
Disfuncionalidad familiar	8	16,7	0,636	0,813	0,345	1,918

No se encontraron variables o asociaciones estadísticamente significativas para el trastorno depresivo mayor, sin embargo, el que se encuentra en un rango más cercano es el siguiente: Nivel educativo (sin educación - básica completa). En este caso el valor del chi cuadrado fue de 1,811 (p0,147), el OR fue 1,564 (IC 0,813 – 3,006). Actividad laboral (trabajan). En este caso el valor de (P 0.185), el OR no hay datos (IC no hay datos). Y Etnia indígena con un valor P de 0,169, el OR de 1,628 (IC 0,809 – 3,276).

CAPÍTULO 4

4.1 DISCUSIÓN

La salud mental en la actualidad es uno de los pilares fundamentales para lograr el correcto desenvolvimiento de las personas. En este estudio realizado en el cantón Nabón nos enfocamos en la prevalencia del Trastorno Depresivo Mayor en los adolescentes, relacionado a las variables sociodemográficas descritas en el estudio.

Después de analizar cada una de las variables se logró identificar las tres más elevadas, de hecho, no existen asociaciones estadísticamente significativas para el trastorno depresivo mayor con las variables sociodemográficas, pues el total de adolescentes con síntomas depresivos llega al 22,42% dentro de una población de 214 adolescentes.

En el estudio realizado por Jadán (2017) se observa la variable de edad en relación a la depresión. Se investigó la depresión en adolescentes de 14 a 16 años del Colegio 27 de febrero, en dicha institución educativa se evaluó a 365 estudiantes, de los cuales 240 (65,75%) presentaron sintomatología depresiva. En la investigación realizada en este trabajo de titulación, se encontró una prevalencia inferior a la expuesta por Jadán. Por lo tanto, no existe relaciones significativas entre estos estudios.

Con relación a la variable de género citamos el estudio de Bravo y Cassinelli de la Universidad del Azuay, la cual trabaja con adolescentes, principalmente en mujeres con depresión, los resultados obtenidos por dichos autores demuestran que en relación a los síntomas depresivos y el consumo de sustancias llega al 68,9% de las mujeres adolescentes con problemas de consumo manifestaron síntomas depresivos (Bravo y Cassinelli, 2019. p. 1). Este trabajo, nos indica índices que sobrepasan los encontrados en nuestra investigación, por tal motivo no existe asociación entre estos.

Es importante denotar que la variable de estado civil es más escueta, pues en efecto existen estudios que abordan la depresión en adolescentes, pero no hemos encontrado ninguna investigación que profundice en datos específicos sobre su estado civil, sobre todo en jóvenes.

Muñoz en su tesis doctoral la cual se basa en la variable de Etnias Indígenas en relación con depresión. Se muestran los siguientes resultados: de 320 sujetos investigados existe una prevalencia de trastornos depresivos del 83,8% (268) (Muñoz, 2017, p. 30). Se tomo este estudio con población adulta, debido a la ausencia de bibliografía referente a adolescentes de etnia indígena. En el trabajo realizado por Muñoz se observa resultados elevados en comparación a los obtenidos en nuestra investigación, de esta manera no se encuentra asociación entre las variables de los dos estudios realizados.

Los resultados que Garay obtuvo en un trabajo de investigación a 410 mujeres con trabajo remunerado y no remunerado ante la aparición de síntomas depresivos. Se identifico una prevalencia del 55% de las mujeres encuestadas presentan síntomas depresivos (leve-moderado-grave) (Garay, 2005. p. 91). Siendo este un porcentaje superior en relación al obtenido por nosotros. Sobrepasando el porcentaje obtenido en la investigación realizada para este trabajo de titulación.

En la Universidad Autónoma de ICA se realizó por parte de Chuquispuma una investigación sobre el la Depresión En Adolescentes De 12 A 17 Años Durante La Pandemia De COVID-19 En La Urbanización El Rosedal, Chincha-2021. En la cual se trabajó con 80 adolescentes pertenecientes a la zona. Los resultados fueron alarmantes ya que el 50% (n=40) presentan depresión, sin embargo, para la investigación que realizamos no es de mucha utilidad, ya que el porcentaje alcanzando es superior al estudiado por nosotros. (Chiquispuma, 2021)

Bonilla, Jimbo y Mayorga realizaron una investigación en el colegio Miguel Moreno con 568 adolescentes de 13 a 17 años, dando como resultado que el 34% son hijos de padres migrantes, de los cuales el 10,9% presentan depresión. Gran mayoría de los encuestados se encuentra entre los 13 a 15 años. Los resultados de las dos investigaciones tienen un leve similitud, ya que, los índices de depresión son inferiores en las dos investigaciones. (Bonilla et al., 2008)

Finalmente, el estudio de Yépez (2017) basado en la depresión y el rendimiento académico, presentó que de los 416 estudiantes evaluados el 38,22% (n=159) de ellos tenía síntomas depresivos . Por tal motivo, dicho estudio concluyó que el entorno escolar no influye en la depresión, este resultado es similar al estudio realizado en este trabajo.

CAPITULO 5

5.1 CONCLUSIONES

Este estudio tuvo como finalidad establecer la prevalencia de los Trastornos Depresivos Mayor y factores asociados, alcanzando el 22,42% en la población adolescente estudiada del cantón Nabón.

En cuanto a la relación entre la prevalencia de los trastornos depresivos y factores sociodemográficos en adolescentes del cantón Nabón, no se encontró asociaciones relevantes pues todas las variables se encuentran fuera del rango estadísticamente significativo ($p=0.01-0.049$), sin embargo, los valores más cercanos fueron: sin educación básica completa ($p=0,147$), que se encuentran activos laboralmente ($p 0.185$) y que pertenecen a la etnia indígena ($p=0,169$).

CAPITULO 6

6.1 RECOMENDACIONES

Actualmente la depresión es un problema de salud mental, que afecta cada vez más a la población adolescente, es importante su diagnóstico temprano a través de distintos instrumentos y/o entrevistas, para evitar posibles consecuencias negativas a largo plazo, las cuales afectan al individuo en áreas importantes en su vida laboral, académica y familiar.

Es importante, implementar espacios de encuentros, donde se hable temas de la salud mental para fomentar la unidad familiar y el desarrollo de autoestima ya que estos son estrategias de afrontamiento para la depresión.

Es necesario promover programas de intervención de salud mental, dentro de las instituciones educativas, como también la capacitación a docentes mediante talleres desarrollados por el Ministerio de Salud Pública, al implementar métodos de detección de trastornos depresivos y así evitar problemas a futuro.

Finalmente, se debería continuar con el proyecto de salud mental dentro de la población del cantón Nabón, ya que, en este primer acercamiento hemos logrado identificar ciertos problemas que afectan el bienestar emocional de los pobladores, es necesario establecer estrategias preventivas para disminuir los factores de riesgo existentes en la población.

7. Referencias y anexos

Lista de referencias

- Abela, J., Hankin, B., (2008). *Handbook of Depression in Children and Adolescents*. New York: The Guilford Press.
- Almudena, A. (2009). La depresión en adolescentes en España. Santiago Pérez Camarero, Nieves Rojo Mora y Álvaro Hidalgo Vega (coord). *La salud mental de las personas jóvenes en España*. Gobierno de España, Ministerio de Igualdad: Instituto de la Juventud.
- Álvarez, E., Quizhpe, P. (2014). Efectos de la migración en el estado de ánimo de los estudiantes del colegio técnico agropecuario Carlos Aguilar Vázquez de la parroquia Jima, 2012-2013". Universidad del Azuay. [Tesis de pregrado]. Repositorio de la Universidad del Azuay. Ubicado en <http://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/3949>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th. ed.)*. <https://bit.ly/3Gs7AgQ>
- American Psychological Association. (2020). *Publication manual of the American Psychological Association (7th ed.)*. <https://doi.org/10.1037/0000165-000>
- Ávila, A. (1990). Psicodinámica de la depresión. *Anales de psicología*, 6(1), 37-58. <https://revistas.um.es/analesps/article/view/28131>
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. y Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée De Bruwer

- Benjet, C., Borges, G., Medina, M., Fleiz-Bautista, C., Zambrano-Ruiz, J. (2004). La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. *Salud Pública de México*, 46 (5), 417-424.
- Bocanegra, G., Díaz, M. (2015). La depresión en la adolescencia: conceptualización, teorías explicativas y tratamientos. *Debates emergentes en psicología*. (005) 89-104.
- Bonilla, G.L., Jimbo, M.J., Mayorga, I. (2008). *La Depresión Asociada A La Migración En Estudiantes Del Colegio Miguel Moreno De La Ciudad De Cuenca En El Año Lectivo 2008 -2009*. [Tesis de licenciatura en la Universidad de Cuenca]. <https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/19801/4/TESIS.pdf>
- Bravo, D. Cassinelli, J. (2019). *Ideación suicida, depresión y consumo de sustancias en mujeres adolescentes del CETAD “Hogar de victoria de la ciudad de Cuenca, al año 2019*. [Tesis de licenciatura de la Universidad del Azuay]. <https://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/9654/1/15287.pdf>
- Calero, C., Palomino-Vásquez, K. L., y Moro, L. (2018). Depresión en adolescentes asociados a la migración familiar, familia disfuncional y bullying en Huánuco 2018. Huánuco, Perú: Universidad Nacional Hermilio Valdizán.
- Chuquispuma, E. (2021). *“Depresión En Adolescentes De 12 A 17 Años Durante La Pandemia Por Covid-19 En La Urbanización El Rosedal, Chíncha– 2021”*. [tesis de licenciatura de la Universidad Autónoma De Ica]. <http://repositorio.autonmadeica.edu.pe/bitstream/autonmadeica/1131/3/Edith%20Fior%20Chuquispuma%20Peve.pdf>

- Coryell, W. (Marzo de 2020). Manual MSD versión para profesionales. Obtenido de <https://www.msdmanuals.com/es-ec/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/trastornos-del-estado-de-%C3%A1nimo/trastornos-depresivos>
- Durán, J. y Mora M. J. (2018). *Niveles de depresión y factores de riesgo en adolescentes de casas de acogida, Cuenca 2016*. n [Tesis de Licenciatura, Universidad de Cuenca]. <https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/28898/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACI%C3%93N.pdf>
- Fonseca, E., Paino, M., Lemos, S. y Muñiz, J. (2011). Prevalencia y características de la sintomatología depresiva en adolescentes no clínicos. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39(4), 217-225.
- Fonseca, E., Paino, M., Lemos, S., Muñiz, J. (2011). Prevalencia y características de la sintomatología depresiva en adolescentes no clínicos. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39(4), 217-225
- Garay, J. (2005). Niveles de depresión, autoestima y estrés en mujeres que tienen un trabajo remunerado y mujeres que tienen un trabajo no remunerado (amas de casa). [Tesis de doctorado de la Universidad Iberoamericana de la ciudad de México]. <http://www.bib.uia.mx/tesis/pdf/014584/014584.pdf>
- Garcés, M.V., Henao, C., Henao, C., Naranjo, A. (2008). Prevalencia de la depresión en adolescentes de 9 a 19 años de Colegios Públicos y Privados del Área Metropolitana. Tesis de pregrado en Medicina no publicada, Universidad CES, Medellín, Colombia.

- Gonzales Lugo, S., Pineda Domínguez, A., y Gaxiola Romero, J. C. (2018). Depresión adolescente: factores de riesgo y apoyo social como factor protector. Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64755358008>
- Jackson, S.W. (1986). *Melancholia y Depression*. New Heaven: Yale University Press.
- Jadán, C. (2018). *Depresión en adolescentes de 14 a 16 años del Colegio 27 de febrero de la ciudad de Loja*. [Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional de Loja]. <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/19702/1/Cristina%20Yasmin%20Jad%C3%A1n%20L%C3%B3pez.pdf>
- Joseph M., Rey, Francisco, B, Assumpção Jr, Carlos, A., Bernad, Füsün Çetin Ç., Bonnie, E., Daniel F., Gordon, H., Loïc Loidreau, Yoshiro Ono, Dainius Pūras, Helmut Remschmidt, Brian Robertson, Olga A. Rusakoskaya, Kari Schleimer. (2018). “Historia de la psiquiatría del niño y el adolescente”. (Irrarazaval M, Martin A eds. Prieto-Tagle F, trad.). En Rey JM (ed), *Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP*. Ginebra: Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesiones Afines.
- Mardomingo, S. (2015). “Psiquiatría del niño y del adolescente” Madrid: Díaz de Santos.
- Muñoz, D. (2017). Depresión en las Etnias Indígenas del Estado de Zulia y Variab Clínico-Epidemiologicas Asociadas. [Tesis doctoral, Universidad Pablo de Olavide de Sevilla]. <https://rio.upo.es/xmlui/bitstream/handle/10433/6925/mu%C3%B1oz-cabas-tesis-16-17.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- OMS. (13 de septiembre de 2021). Organización Mundial de la Salud. Obtenido de <https://www.who.int/es/>

Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. (12 de diciembre de 2018). Juventud. UNESCO. Recuperado el 25 de mayo de 2022 de www.unesco.org/new/es/popular-topics/youth/

Organización Mundial de la Salud. (13 de Septiembre de 2021). *Depresión*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Pita Fernández, S. (1 de 12 de 2010). Fistera.com. Obtenido de <https://www.fistera.com/formacion/metodologia-investigacion/determinacion-tamano-muestral/#23116>

Richtel, M. (2022, abril, 29). 'Es una cuestión de vida o muerte': la crisis de salud mental de los adolescentes estadounidenses. The New York Times. https://www.nytimes.com/es/2022/04/29/espanol/salud-mental-adolescentes.html?campaign_id=42&emc=edit_bn_20220429&instance_id=59887&nl=el-times®i_id=74917982&segment_id=90727&te=1&user_id=8a14b21896dbf20c1806aac513940cf1

Rodríguez, A. (2007). Trastornos depresivos en la infancia y adolescencia. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 1 (6), 270-276.

Rodríguez, J. M., Pérez, R., Valdez, A., Barreras, G. y Lourdes A. (2012). Depresión y comportamiento suicida en estudiantes de educación media superior en Sonora. *Salud mental*. Vol. 35, (1), 45-50.

Travé, A., Reneses, A. (2002). Manejo de los fármacos en el tratamiento de la depresión. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, 26 (1), 1-8.

Vázquez, C. y Sanz, J. (1995). Trastornos del estado de ánimo: Aspectos clínicos en A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de Psicopatología*, (Vol. 2, pp. 299-340). Madrid: McGraw-Hill.

Vázquez, C., y Sanz, J. (1991). Trastornos depresivos (I): Datos clínicos y modelos teóricos en A. Belloch y E. Ibáñez (Eds.), *Manual de psicopatología*. (Vol. 2, pp. 717-784). Valencia: Promolibro.

Yépez, A. (2017). *La depresión y el rendimiento académico de los estudiantes de octavo y noveno año de educación general básica de la unidad educativa Eduardo Salazar Gómez en la parroquia de Piño en el periodo de julio a noviembre del 2016*. [Tesis de Licenciatura, Universidad Central del Ecuador].
<http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/11125/1/T-UCE-0010-1663.pdf>

ANEXOS

Anexo 1. . Instrumento test mini entrevista neuropsiquiátrica internacional (MINI-KID)

Episodio depresivo mayor

En las últimas dos semanas:

¿Te has sentido triste o deprimido? ¿has estado desanimado? ¿has estado malhumorado o molesto?	<ul style="list-style-type: none"> ● Si ● No
¿Has estado bien aburrido o menos interesado en las cosas (Como jugar tus juegos favoritos)? ¿Has sentido que ya no puedes disfrutar de las cosas?	<ul style="list-style-type: none"> ● Si ● No
¿Te has sentido de esta manera la mayor parte del día?	<ul style="list-style-type: none"> ● Si ● No
¿Te has sentido de esta manera casi todos los días?	<ul style="list-style-type: none"> ● Si ● No

En las últimas dos semanas, cuanto te sentías deprimido, mal humorado o sin interés en las cosas:

¿Tenías menos hambre o más hambre la mayoría de los días? ¿Perdiste o ganaste peso sin intentarlo? [i.e., por $\pm 5\%$ de su peso corporal o ± 8 libras en el último mes]	<ul style="list-style-type: none"> ● Si ● No
¿Tenías dificultad para dormir casi todas las noches (“dificultad para dormir” significa, dificultad para quedarte dormido, despertarte a medianoche, despertarte bien temprano o dormir demasiado)?	<ul style="list-style-type: none"> ● Si ● No
¿Hablabas o te movías más lento de lo usual? ¿Estabas inquieto o se te hacía difícil quedarte tranquilo?	<ul style="list-style-type: none"> ● Si ● No
¿Te sentías cansado casi todo el tiempo?	<ul style="list-style-type: none"> ● Si ● No
¿Te sentías mal acerca de ti mismo casi todo el tiempo? ¿Te sentías culpable casi todo el tiempo?	<ul style="list-style-type: none"> ● Si ● No
¿Se te hacía difícil prestar atención? ¿Se te hacía difícil decidirte?	<ul style="list-style-type: none"> ● Si ● No
¿Te sentías tan mal que deseabas estar muerto? ¿Pensabas en hacerte daño a ti mismo? ¿Pensabas en quitarte la vida?	<ul style="list-style-type: none"> ● Si ● No

¿CODIFICO SI EN 5 O MAS RESPUESTAS?

Anexo 2.Ficha sociodemográfica

Anexo 2. Ficha sociodemográfica

INFORMACIÓN GENERAL

Ficha

Coloque con una marca visible para cada una de sus respuestas.

Nombre del entrevistador.....

Comuna

1. Etnia

1 Indígena 2 Mestiza 3 Blanca 4 Otra

2. Género

1 Masculino 2 Femenino

3. Edad: _____ años cumplidos

4. Años de estudio

- 1 Sin escolaridad
- 2 Educación básica incompleta (< 10 de años estudio)
- 3 Educación básica incompleta (10 o más de años estudio)
- 4 Bachillerato incompleto (< 3ro bachillerato)
- 5 Bachillerato completo (3ro de bachillerato aprobado)
- 6 Nivel tecnológico (años aprobados)
- 7 Nivel superior completo (años aprobados – completo)
- 8 Nivel postgrado

5. **¿Quiénes viven con usted?** Puede señalar todos los que están en la lista y poner otro si falta alguien.

- 1 Vive con ambos padres y hermanos
- 2 Vive con su esposo (a) pareja
- 3 Vive con ambos padres, hermanos y otros familiares (abuelos o tíos, etc.)
- 4 Vive sólo con el padre o la madre
- 5 Vive con su madre o padre y su nueva pareja y sus hijos
- 6 Vive solo
- 7 Vive con amigos (as)
- 8 Vive con tíos y/o abuelos
- 9 Otros, indicar con quién:

7. **Estado civil actual:**

- 1 Soltero/a
- 2 Unión de hecho
- 3 Casado/a
- 4 Separado/a (de hecho)
- 5 Divorciado/a (legalmente)
- 6 Viudo/a

¿Vive con su pareja? Sí No

8. **¿Qué actividad desarrolla actualmente? Por favor elija la alternativa que represente mejor su situación laboral (con excepción de licencia médica y pre- y postnatal)**

- 1 Laboralmente activo (jornada completa)
- 2 Laboralmente activo (media jornada)
- 3 Laboralmente activo (ocasionalmente)
- 4 Dueña de casa (sin actividad laboral)
- 5 Estudiante
- 6 En formación/cambio de actividad
- 7 Servicio militar
- 8 Cesante (estuvo trabajando)
- 9 Jubilado/a
- 10 Otro: _____

9. **¿Tiene un familiar directo que ha migrado? En el caso que la respuesta sea Sí, elija si esta es interna o externa**

Sí No Migración interna Migración externa

10. Identifique quién migro y el tiempo:

9.1. ¿Quién migró?

- 1 Padre
- 2 Madre
- 3 Ambos padres
- 6 Esposo (a) pareja
- 7 Hermanos
- 8 Abuelos o tíos
- 9 Otros (indicar quién):

9.2.- ¿Cuánto tiempo?

- 1 Menos de un año
- 2 1 a 5 años
- 3 6 a 10 años

Si No

12. ¿Se ha sentido discriminado o excluido por otras personas?

Si No

11.1 ¿Por qué causa o motivo usted se ha sentido discriminado o excluido?

- 1 Etnia
- 2 Discapacidad
- 3 Urbano – rural
- 4 Religión
- 5 Otros Especifique:

12.- ¿Ha sentido que su estado psicológico se ha afectado por la pandemia?

Si No

Anexo 3. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

“Salud mental en el Cantón Nabón”

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes de esta investigación una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como colaboradores.

La presente investigación es conducida por el PHD. Yolanda Dávila Pontón profesora de la Facultad de Medicina de la Universidad del Azuay. La meta de este estudio es conocer cómo se encuentra la salud mental de la población.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá contestar una entrevista que le tomará aproximadamente 40 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas le parece incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por el Dra. Yolanda Dávila Pontón. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es conocer.

Me han indicado también que tendré que responderá a una entrevista, lo cual tomará aproximadamente 40 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Yolanda Dávila directora de la investigación a al teléfono 0995888021.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha

(en letras de imprenta)