



UNIVERSIDAD DEL
AZUAY

UNIVERSIDAD DEL AZUAY

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR

**“MIGRACION Y DEPRESION MAYOR EN LOS
ADOLESCENTES DE LA PARROQUIA LUIS CORDERO EN
EL AÑO 2010 - 2011”**

***TRABAJO PREVIO A LA OBTENCION DEL TITULO DE
ESPECIALISTA EN SALUD FAMILIAR***

AUTORA:

Dra. Marcia Alexandra Alvarez Vidal

DIRECTORES:

Dr. José Sola Villena

Dr. Alberto Quezada Ramón

Cuenca-Ecuador

2011

Los criterios emitidos en esta investigación son confidenciales
y de exclusiva responsabilidad de la autora

Marcia Alexandra Alvarez Vidal

DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS

A mi padre que desde el lugar en donde esté,
siempre nos guía con ternura por el sendero del bien.

A mi esposo e hijo por su amor, sacrificio,
paciencia y sobre todo por su apoyo para cumplir esta meta.

A mi madre y mis hermanas por su ejemplo y lucha constante.

A mis compañeras y amigas con quienes he
compartido este sendero de estudio y conocimientos; y,

A los maestros del Posgrado que nos guiaron con lucidez
y aportaron a cambiar nuestra mentalidad y fortalecer
la vocación de servicio a la comunidad.

INDICE

**“MIGRACION Y DEPRESION MAYOR EN LOS ADOLESCENTES DE LA
PARROQUIA LUIS CORDERO EN EL AÑO 2010 – 2011”**

RESUMEN.....	1
ABSTRAC.....	2
INTRODUCCION Y FUNDAMENTO TEORICO.....	3
OBJETIVOS.....	15
HIPTESIS.....	16
DISEÑO METODOLOGICO.....	17
PRECEDIMIENTOS TECNICAS E INSTRUMENTOS.....	18
RESULTADOS Y ANALISIS.....	21
DISCUSION.....	34
CONCLUSIONES.....	37
RECOMENDACIONES.....	38
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	39
ANEXOS.....	44

RESUMEN

Objetivo: Determinar la prevalencia de la depresión mayor en los adolescentes del Colegio los Cañaris de la parroquia Luis Cordero del cantón Azogues, asociada a la migración internacional de los padres, 2010-2011.

Hipótesis: La depresión mayor es más frecuente en los hijos e hijas de migrantes.

Diseño metodológico: Es un estudio transversal de prevalencia.

Tamaño de la muestra: 179 estudiantes.

Intervención: Se realizaron encuestas con el cuestionario para depresión mayor del CIE 10, formulando además preguntas abiertas sobre migración; previa autorización del rector del plantel y consentimiento informado de padres y alumnos. Se reportaron los casos de depresión mayor a las autoridades del plantel, al personal médico del Subcentro de Salud de la parroquia, así como al Psicólogo del Area 1 de Salud.

Resultados: La depresión mayor es más frecuente en los hijos e hijas de migrantes; pero la migración no tiene relación estadísticamente significativa con la disfuncionalidad familiar, pese a que la parroquia estudiada es de aquellas con más tradición migratoria en la provincia -cuatro décadas- y el país. Los hijos e hijas de migrantes que más presentan depresión mayor son aquellos que tienen a sus padres en los países de acogida por menos de dos años; los adolescentes que más se deprimen según frecuencia de la comunicación con sus padres son aquellos que lo hacen semanalmente; la depresión es mayor en los adolescentes cuando migran ambos padres, que cuando migra sólo uno; en cuanto a sexo la depresión mayor tiene porcentajes similares para ambos sexos en este estudio.

Conclusión: La depresión mayor es más frecuente en los hijos e hijas de migrantes.

Palabras claves: depresión mayor, migración, adolescentes

ABSTRACT

Objective: To determine major depression prevalence in Los Cañaris high school teenagers, related to parental international emigration, 2010-2011.

Hypothesis: The major depression is greater in emigrants` children.

Methods: It is a cross-sectional study.

Sample: 171 teenager`s students.

Intervention: To get the information, we made surveys to the teenagers with the major depression questionnaire from CIE 10 and we included open questions about migration. The major depression cases were reported.

Results: The major depression is greater in emigrants` children; the emigration is not related with familiar disfunctionality; the emigrants` children which have their parents abroad less than two years suffer more frequently of major depression; the teenagers which communicate with their parents weekly suffer more frequently of major depression, if two parents emigrate the major depression is greater in teenagers; women and men have major depression in similar percentages by parental emigration.

Conclusion: The major depression is greater in emigrants` sons and daughters.

Key words: major depression, emigration, teenagers.

**MIGRACION Y DEPRESION EN LOS ADOLESCENTES DE LA PARROQUIA
LUIS CORDERO EN EL AÑO 2010 - 2011**

INTRODUCCIÓN

Particularmente importante es estudiar a la depresión en la adolescencia no sólo por el sufrimiento que representa para los que la padecen, sino también por las implicaciones que pueda tener para el desenvolvimiento en la vida adulta. El tener un episodio de depresión mayor durante una etapa que sobresale por definir la formación personal, el inicio de la vida profesional u ocupacional, la elección de pareja, tiene consecuencias a largo plazo en muchos ámbitos de la vida, además del ámbito de la salud.

Varios autores sugieren que a las personas que padecen depresión en la infancia o la adolescencia les queda una vulnerabilidad, la cual implica una vida adulta con menos amistades, menos redes de apoyo, mayor estrés y menor alcance educacional, ocupacional y económico.

La migración ha aumentando de manera considerable en la Provincia de Cañar, siendo Luis Cordero una de las parroquias pionera con mayor emigración dentro de la provincia, razón por la cual consideramos importante establecer: ¿Qué papel juega la migración en la psicología de los adolescentes?, especialmente en el campo anímico y afectivo. En la literatura existe abundante información acerca de los efectos tanto somáticos como psicológicos en el migrante, sin embargo, la importancia de este tema radica en que no se han realizado estudios en la provincia del Cañar que se interesen por la familia del migrante y las consecuencias que el fenómeno migratorio acarrea, en grupos vulnerables tales como los adolescentes que permanecen en su país de origen. La situación de inestabilidad provocada por la ausencia de uno a ambos progenitores debe ser necesariamente generadora de un conflicto en el ser humano en desarrollo.

Como Médico de Familia la detección oportuna de los casos de depresión, contribuiría a prevenir eventos trágicos y procuraríamos la recuperación de la persona que la padece y de su familia.

Es primordial que los padres de los adolescentes al igual que los miembros del sistema educativo conozcan los efectos que produce la depresión, para que provean de la respectiva ayuda y apoyo psicológico, moral y afectivo.

GENERALIDADES DEL LUGAR DE ESTUDIO

La Parroquia Luis Cordero está situada al Sureste de la ciudad de Azogues, provincia del Cañar a 4.65 Km. de la misma. Se encuentra a 12 minutos aproximadamente, (en vehículo) desde Azogues.

Zona de clima sub-andino donde el termómetro registra temperaturas de 13.5 °C a 14.2 °C. Constituida principalmente por bosques naturales, cultivos de ciclo corto y de ciclo permanente, como: maíz, habas, peras, duraznos, capulí, fréjol, arvejas, col, nabo, cebolla, zanahoria, pero de manera especial, es productor de manzanas.

Vivienda

El aspecto general de la parroquia es semejante a una población moderna, en su gran mayoría, y sobre todo en la cabecera parroquial existen construcciones de factura moderna con todos los servicios básicos que por lo general pertenecen a los emigrantes.

En comunidades más alejadas son construcciones de adobe, techo de paja y piso de tierra. Existen entre 4000 y 5000 casas, que cuentan con luz eléctrica, agua entubada y en algunos sectores alcantarillado sanitario.

Características demográficas

Tomaremos en cuenta la proyección de la población para el año 2009:

- Población total: 3.335
- Hombres: 1.371
- Mujeres: 1.964
- Índice de Masculinidad: 0.70
- Índice de feminidad: 1.4

Servicios de salud

Formales es decir cuenta con un Sub-centro del Ministerio de Salud y un Sub-centro del Seguro Social Campesino. Y contaba hasta hace 1 año con un Centro de Protección Integral para la Familia del Migrante, existiendo además en el ámbito privado: *Informales*, parteras, boticas, médicos particulares. (Anexo V)

LA DEPRESIÓN

Definición: Estado de ánimo deprimido o pérdida de interés o placer en casi todas las actividades (anhedonia), o ambos; por al menos dos semanas, acompañado por sentimientos de minusvalía, alteraciones en el sueño, alteraciones en el apetito e ideación suicida. Suele manifestarse con ansiedad y síntomas somáticos diversos (Araya, 2007). Es una enfermedad crónica, recurrente y con frecuencia familiar que muchas veces se manifiesta por primera vez en la niñez o la adolescencia. De hecho, prevalece en el 1% de los niños y en el 5% de los adolescentes. (Vidal, 1995)

CLASIFICACIÓN

TABLA 1
CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS

CIE – 10	DSM – IV
Trastorno depresivo mayor Episodio único Recurrente Trastorno distímico Otros trastornos depresivos	Episodio depresivo Trastorno depresivo recurrente Trastorno persistente del ánimo (distimia) Otros trastornos depresivos

Fuente: **Psiquiatría (Fundamentos de Medicina)** de Ricardo Toro y Eduardo Yépez (4^o edición).

EPIDEMIOLOGÍA

Los datos disponibles muestran morbilidad en todas las áreas de población estudiadas. Los trastornos depresivos constituyen, por su magnitud, el primer problema de salud mental en nuestra sociedad. El problema de la depresión no es sólo cuantitativo sino que considerándolo desde el punto de vista de las graves

consecuencias que conlleva, el alto riesgo suicida y las consecuencias sociales, familiares y económicas, lo ubican como un problema de salud pública.

En la actualidad, se asiste a un creciente aumento del número de pacientes depresivos debido a diversas razones que lo explicarían: El aumento de las expectativas de vida, las rápidas transformaciones del medio psicosocial, el aumento de las enfermedades crónicas, el abuso en el consumo de medicamentos, el incremento de servicios psiquiátricos, etc. Las crisis esenciales en la vida del individuo tanto normativas (matrimonio, nacimiento de un hijo, adolescencia) como paranormativas (muertes, divorcio, migración) suelen ser precipitantes de la depresión. Actualmente se evidencia un aumento en los factores desencadenantes de la depresión, así algunos investigadores han encontrado asociaciones significativas entre la depresión y acontecimientos vitales tales como: Problemas de salud, conflictos con los padres o muerte de un progenitor.

La prevalencia de casos de depresión mayor en el estudio Epidemiological Catchment Area realizado en Norteamérica es de 2.2%. (Toro, 2004)

El riesgo que tiene un individuo de padecer un episodio depresivo mayor durante su vida es del 4.4%. Otros estudios sugieren cifras del 10-25% en mujeres y 5-12% en hombres para la depresión en general.

Las depresiones son más frecuentes en el sexo femenino de 2 a 3 veces más que en los hombres, lo que se atribuye a transmisión genética, factores hormonales y a las desventajas que ofrece la sociedad a este grupo. (Toro, 2004) (Vidal 1995) Whitaker et al (1990) investigaron en estudiantes que la depresión mayor era más frecuente en el sexo femenino y el porcentaje de prevalencia para la depresión mayor para ambos sexos fue del 4% (Wiener 2008).

En la adolescencia los trastornos depresivos aumentan en ambos géneros, pero lo hacen de modo mucho más acentuado en las adolescentes. Entre los 13 y 14 años es ya observable que *las adolescentes* presentan tasas de depresión más

elevadas que *los adolescentes*, estas diferencias de género se continúan acentuando entre los 15 y 18 años para luego estabilizarse. (Arayala, 2007).

Mundialmente hasta el 20% de los niños y adolescentes padece de una enfermedad mental grave y se estima que la prevalencia de depresión mayor diagnosticada en adolescentes es del 5%.

Los adolescentes experimentan depresión en sus vidas al igual que los adultos. Actualmente a la depresión se la reconoce como uno de los principales trastornos psiquiátricos y un problema de salud mental en adolescentes.

La adolescencia se caracteriza por ser una etapa de cambios en el que “el yo” realiza una síntesis gradual del pasado y del futuro, con características como inestabilidad identificadora y fluctuaciones emocionales. Es susceptible de recibir el impacto de los conflictos que se originan a su alrededor (familia, escuela, amigos, cambios económicos, socioculturales y tecnológicos). Estos, superpuestos a la propia crisis del adolescente, pueden actuar como disparadores de un conflicto y plantear un contexto de vulnerabilidad especial.

ETIOLOGÍA

Los factores causales de la depresión en el adolescente son múltiples:

PRIMARIAS

- **Genéticas:** Se ha demostrado mayor riesgo de depresión en hijos de personas que presentan trastornos afectivos.
- **Biológicas:** El descenso de neurotransmisores dopamina, noradrenalina y serotonina (Toro, 2007) (Vidal, 1995).
- **Individuales:** Se han detectado factores como labilidad emocional, formación de una nueva imagen de sí mismo, actitud autodestructiva, falta de maduración y falta de logros académicos.
- **Factores sociales:** La familia, la escuela, los compañeros y las relaciones sociales desempeñan un papel importante en la génesis de la depresión del

adolescente. Respecto a la interacción padre e hijo, las alteraciones más frecuentes en los adolescentes deprimidos son el carácter autoritario o permisivo de los padres, la ruptura de lazos familiares, la riña continua de los padres, el rechazo de los padres y la falta de comunicación. (Vidal, 1995).

- **Factores psicológicos:** El duelo anormal, traumas en la infancia (como el abuso sexual en las mujeres), desastres naturales, la desesperanza aprendida, la falta de refuerzos agradables son muy importantes en las depresiones. (Vidal, 1995).

SECUNDARIAS

- **Drogas:** Especialmente las hipotensoras. El consumo de alcohol y de drogas ilegales en adolescentes está muy extendido, se debe tener en cuenta para el diagnóstico diferencial. Sin embargo puede coexistir una depresión mayor con el consumo de sustancias.
- **Enfermedades orgánicas:** Enfermedades respiratorias, cardiovasculares, trastornos neurológicos, trastornos endocrinos, trastornos metabólicos, cánceres, enfermedades infecciosas (SIDA).
- **Enfermedades psiquiátricas:** Esquizofrenia, trastorno de pánico y ansiedad social. (Alarcón, 2005)(Pinos 2005)(Vidal, 1995).

DIAGNÓSTICO

Episodio depresivo mayor: El tiempo de duración debe ser mínimo dos semanas durante las cuales existe un ánimo deprimido, o la pérdida del interés en las actividades. Además se la nota en la expresión facial, es generalizada y el individuo no puede liberarse de ella e imposibilita o dificulta las acciones cotidianas del sujeto. La pérdida del interés en todas o casi todas las actividades son reportadas como que nada le importa, que no goza con las actividades que antes le eran placenteras. Además, debe, presentar síntomas adicionales de los de la lista que aparece en la tabla de Criterios diagnósticos del episodio depresivo mayor de la Clasificación Internacional de Enfermedades (Toro, 2004).

TABLA N° 2

**CRITERIOS DIAGNOSTICOS DEL EPISODIO DEPRESIVO MAYOR SEGÚN EL
CIE-10**

<p>A. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.</p> <p>B. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.</p> <p>C. Síndrome somático:</p>
<ul style="list-style-type: none">- Pérdida importante del interés o capacidad de disfrutar de actividades que normalmente eran placenteras.- Ausencia de reacciones emocionales ante sucesos que habitualmente provocan una respuesta.- Alteraciones en el sueño.- Empeoramiento matutino del humor depresivo.- Presencia de enlentecimiento motor o agitación.- Pérdida marcada del apetito.- Pérdida de peso al menos 5% en el último mes.
<p>Criterios de gravedad: Al menos dos de los siguientes síntomas:</p> <ul style="list-style-type: none">- Humor depresivo anormal, presente la mayor parte del día y casi todos los días, que se modifica muy poco por las circunstancias ambientales.- Falta de vitalidad o aumento en la fatigabilidad.
<p>Presencia de uno a más síntomas de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">- Pérdida de confianza y estimación de sí mismo.- Reproches hacia sí mismo desproporcionados y sentimientos de culpa.- Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio o conductas suicidas.-Disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar.- Cambios de actividad psicomotriz, con agitación o inhibición.

Fuente: Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de Depresión Mayor,
http://www.guiasalud.es/egpc/depresion/completa/apartado04/definicion/_diagnostico.html

FAMILIA Y DEPRESIÓN

“...Las migraciones han contribuido a la emergencia de nuevas formas de familias, familias transnacionales, que viven literalmente en un lado y en otro, fragmentadas, sufriendo desventajas, y también ventajas, tanto para aquellos miembros de la familia que se van como para los que se quedan en el país de origen...” (Falicov, 2007).

Inmersa en la problemática de la depresión, está la familia, que es el núcleo fundamental de toda sociedad y su importancia reside en las funciones que desarrolla.

La familia es el agente más significativo en la formación de la personalidad, de aquí su importancia como factor etiopatogénico capital en el desarrollo de numerosos trastornos psicopatológicos.

En los trastornos de la familia, descritos por la literatura psiquiátrica, encontramos a la familia disfuncional, que según Norma Armas dice: ***“...Son las familias rígidas o caóticas en el eje de adaptabilidad amalgamadas o desvinculadas en el eje de cohesión...”***, y por lo tanto no puede cumplir adecuadamente sus funciones biológicas (protección y nutrición), psicológicas (afecto, apoyo y orientación) y sociales (cultural y actitudinal), afectándose el desarrollo armónico de sus integrantes. Esta crisis paranormativa generalmente ocurre por falta de dedicación parental debido a desinterés o ausencia física de uno o ambos padres por motivos laborales, separación o migración.

Se ha encontrado asociaciones entre algunos tipos de familia y la depresión en los adolescentes, lo que nos invita a recordar el papel de dicha institución social en el proceso de salud-enfermedad, por lo que el sistema de salud debe buscar en forma oportuna las características estructurales y funcionales que pueden poner en riesgo la salud de la población, o bien ayudar a que la enfermedad de un integrante de la familia la afecte lo menos posible.

La familia constituye una guía para los individuos en desarrollo. La carencia de ellos puede conducir a efectos negativos en los menores de edad. Es un hecho, el que la falta de referentes (padres), podría acarrear trastornos de índole mental que de no ser remediadas a tiempo pueden tomar el carácter de irreversibles.

MIGRACIÓN Y DEPRESIÓN

La propia CEPAL, analiza el fenómeno migratorio de América Latina, dentro del anhelo de autorrealización humana y como una respuesta válida a la crisis de su país, puesto que no se puede descartar la posibilidad que el individuo, en su aspiración existencial considere que no puede llevar a la práctica ciertas metas en la patria natal, coligiendo que: ***“...El derecho a migrar es una opción para aquellos que disponen de un mínimo de capital humano y no están en condiciones de materializar sus aspiraciones de movilidad social en sus países de origen ...”***.

La decisión de migrar, pasa por tanto a constituirse en una estrategia de vida que procura resolver necesidades como el empleo, la seguridad y la subsistencia; ***“...Es una alternativa frente a una sociedad en descomposición, que en su recorrido va profundizando las inequidades, la violencia, el autoritarismo y la corrupción...”***.

La ausencia de un progenitor, o de ambos, provocará por necesidad una serie de pérdidas que van a generar anomalías en la configuración de la personalidad de los hijos. Este fenómeno psicosocial ha recibido distintas denominaciones, tales como: Deprivación, desprotección forzada, ambiente obstaculizador, o abandono criminal. (CCMM, 2006 Rev. Vol.23)

En un estudio realizado por el Dr. Guido Pinos en adolescentes en Cuenca en el 2007 se reportó un 25% de depresión, siendo el grupo más afectado el de los hijos de migrantes. Este estudio fue realizado en colegios urbanos y bajo el término depresión se englobó a la distimia y a la depresión mayor. (Universidad de Cuenca, Rev., tomo 53)

Bowlby estudió los efectos mediatos del abandono, llegando a establecer sus repercusiones en la edad adulta. Estas personas tienen dificultad para mantener relaciones interpersonales por su desconfianza hacia los demás, muestran falta de respuesta emocional ante otra persona, inconscientemente utilizan la mentira para evitar relaciones afectivas estables y profundas. Los hijos de migrantes, menores de edad, tienen que resignarse a no tener a un progenitor o a los dos cuando requieren su ayuda originándose un fenómeno llamado desesperanza aprendida. (Toro, 2007) (Vidal, 1995).

Martha Hermosilla (1988) hace un estudio del niño en situación de abandono y encuentra características psicológicas constantes: Desconfianza hacia los demás, inseguridad, sentimientos de soledad, temor y ansiedad ante la posibilidad de acercamiento afectivo de otra persona.

La sociedad contribuye a empeorar la situación anímica de los adolescentes hijos de migrantes al recordarles constantemente que sus padres migraron por ellos, para darles un futuro mejor, y que deben corresponder a este sacrificio, ocasionando la denominada "Sobrecarga de reclamo social"¹. (Fernández, 2000)

Pinos y Ochoa realizaron un estudio en el año 1997 en la escuela Benjamín Serrano de la comunidad del Portete de Tarqui, que tiene un alto índice de migración. Se detectó depresión en un 26.7% en los hijos de migrantes, frente a un 18.7% de hijos de no migrantes.

Según este estudio, la migración, provoca un estado de anomia² en las familias de la región, con pérdida de la capacidad funcional. Se observa un buen número de familias en las que 4 o 5 niños son atendidos por una niña de 15 años o por un abuelo añoso, estableciéndose un régimen de sobrevivencia, desesperanzada y estrechez económica.

¹ Fenómeno que se produce cuando a los jóvenes y niños se les recuerda continuamente el costo del dinero que reciben, la ausencia de padre o madre o ambos y el sacrificio que hacen estos para mejorar la situación económica familiar.

² Anormalidad

Según Arturo Quizhpe, en las sociedades tradicionales muchas de las necesidades emocionales y sociales fueron razonablemente satisfechas. En tiempos actuales, la migración ha producido cambios en el comportamiento emocional particularmente en los miembros de la segunda generación a consecuencia de la ruptura de valores y choque con una forma y estilo de vida distintos. (CC MM, Facultad, Vol. 23).

CAPITULO II

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

1. Determinar la prevalencia de la depresión mayor asociada a la migración de los padres en los adolescentes del Colegio Los Cañaris, de la parroquia Luis Cordero del cantón Azogues, durante el período 2010-2011.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Establecer el grado de funcionalidad o disfuncionalidad familiar en los sujetos de estudio.
2. Determinar la prevalencia de la depresión mayor, asociada a la migración de los padres, según distribución por sexo, relacionada con la etapa en la que se encuentra el adolescente (menor 10-14 años o mayor 15-19 años).
3. Establecer la incidencia de la depresión mayor, según progenitor migrante por su tiempo de estadía y definir: ¿Qué grupo se deprime más, en relación con la frecuencia de comunicación con los padres?
4. Reportar los casos de depresión a los responsables de los adolescentes (maestros, padres).

PLANTEAMIENTO DE LA HIPÓTESIS

Debido a que la migración, puede provocar eventos como: Duelo patológico, desesperanza aprendida, desprotección forzada, sobrecarga de reclamo social en los hijos de los migrantes; sucesos que a su vez son generadores de depresión, proponemos la siguiente hipótesis general: **Los hijos de los migrantes presentan más depresión mayor que los hijos de no migrantes.** Estableceríamos además que **la migración produce disfuncionalidad familiar.**

CAPITULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

TIPO DE ESTUDIO

Para el presente trabajo se ha utilizado un estudio transversal de prevalencia con cuantificación de la depresión mayor en los adolescentes del colegio Los Cañaris de la parroquia Luis Cordero del cantón Azogues, asociada a la migración de los padres.

UNIVERSO

El universo del estudio lo componen los adolescentes de la parroquia Luis Cordero y la muestra son los estudiantes del colegio Los Cañaris; de los 179 estudiantes de la muestra de estudio corresponden a adolescentes varones el 42,7% y 57.3 % mujeres. Previa la encuesta a los adolescentes se logró el consentimiento informado de los involucrados y sus padres.

Criterios de inclusión: Los estudiantes de 10 a 19 años que estudien en el colegio los Cañaris de la Parroquia Luis Cordero -cantón Azogues-, provincia del Cañar.

Criterios de exclusión: Los adolescentes que cumpliendo con los criterios de inclusión, padezcan depresión mayor o presenten concomitantemente enfermedades orgánicas y/o mentales graves, que tomen medicación capaz de producir síntomas depresivos o abusen de una sustancia psicoactiva, que presenten duelo en los últimos seis meses, que tengan antecedentes personales o familiares de depresión y/o ideación e intentos de suicidio y los adolescentes que se nieguen a realizar la encuesta.

Operacionalización de variables. **Ver anexo I.**

CAPITULO IV

PROCEDIMIENTOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

La presente investigación se llevó a cabo primeramente obteniendo la autorización del rector del colegio, posteriormente se entregó el consentimiento informado a los estudiantes para su aprobación. Luego de tener acogida para la realización del estudio por parte de estudiantes y padres de familia, se procedió a encuestarlos.

INSTRUMENTO: Se utilizó un formulario para recolección de datos, en el que se incluyó el cuestionario para depresión mayor de la CIE-10 más el test de APGAR familiar para medir nivel de funcionalidad de las familias de los adolescentes encuestados y unas preguntas abiertas referentes a la migración. El instrumento fue validado en el Colegio Internacional, para ser aplicado en el Colegio Los Cañaris. (Anexo III)

Luego de la obtención de datos se procedió a reportar a las autoridades del plantel, personal del Subcentro de Area 1 de Salud para que integre al Subcentro de Luis Cordero y al psicólogo del para que estudie los casos de depresión mayor. Se informaron además casos especiales como enfermedades graves, consumo de sustancias y casos mixtos para ser remitidos al Hospital “Homero Castanier Crespo” de Azogues. En la etapa final de la intervención, se realizaron charlas de autoestima y motivación con los estudiantes de los 3 últimos años.

PLAN DE ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Para el análisis de los resultados se utilizaron los programas estadísticos SPSS v. 15.0, EPI INFO v. 3.5.1 Y EPIDAT v. 3.1. Con estos programas se calcularon las prevalencias de depresión mayor global y la asociada con la migración en los adolescentes y se realizaron las tablas correspondientes.

El formato que se usó en las tablas para el análisis de las variables dicotómicas de los estudios transversales nos muestra a la variable independiente (exposición) en las filas y la variable dependiente (enfermedad o daño) en las columnas, así:

FACTOR ASOCIADO	ENFERMEDAD O DAÑO		TOTAL
	SÍ	NO	
EXPUESTOS	A	B	a + b
NO EXPUESTOS	C	D	c + d
TOTAL	a + c	b + d	a + b + c + d

Los valores calculados fueron la prevalencia de enfermedad en expuestos y no expuestos, la razón de prevalencias de exposición e intervalo de confianza; el Odds ratio e intervalo de confianza y el Test Chi cuadrado como medida de significación estadística.

Prevalencia en expuestos y no expuestos. Por tratarse de un estudio transversal, las frecuencias del daño se presentan como tasas de prevalencia puntualmente estimadas. Estas tasas miden el número de personas que presentaban el daño en el momento del estudio en cada grupo (expuestos y no expuestos) en comparación con el total de la población en ambos grupos.

Razón de prevalencias. Esta razón permite comparar la prevalencia de expuestos con la de los no expuestos. Cuando la prevalencia en expuestos es más alta, la razón es superior a 1 y esto indica que la exposición aumenta el riesgo de tener ese daño. Si la razón es menor que 1, estaría indicando lo opuesto (sería un factor de protección). Si fuera igual a 1, entonces la prevalencia en ambos es similar, lo que sugeriría que la exposición no está relacionada con el daño.

El intervalo de confianza de la razón de prevalencias representa un recorrido de valores dentro del cual hay una determinada confianza (generalmente 95%) de que se encuentre el verdadero valor de la razón.

Medidas de significación estadística. Finalmente, los resultados presentan las medidas de significación estadística que se resumen en el valor de p , la probabilidad de haber hallado estos resultados en el supuesto que no hay asociación. Valores de p menores a 0,05 implican que tal probabilidad es menor al 5%. Este valor está relacionado con la amplitud y posición del intervalo de confianza. Cuando ambos extremos del intervalo de confianza estén a uno u otro lado de 1, el valor de p será menor que 0,05, en tanto que si un extremo está por debajo de 1 y el otro por arriba, p será superior a 0,05.

ASPECTOS ÉTICOS: Antes de la realización del estudio, el protocolo de investigación fue aprobado y previa la realización de las encuestas se entregó el consentimiento informado a los estudiantes para aprobación personal y de sus padres explicándole que el uso es exclusivo para el trabajo de investigación del posgrado de Salud Familiar (Anexo II).

Los resultados obtenidos, se describen en el capítulo siguiente.

CAPITULO V

RESULTADOS Y ANÁLISIS

CARACTERÍSTICAS GENERALES

Los 179 estudiantes del colegio, solo 171 entraron en el estudio, dentro de la muestra corresponden a 73 adolescentes varones y 98 adolescentes mujeres que representan el 42,7% y 57,3 %, respectivamente.

La edad promedio del grupo investigado, está comprendida entre 11 y 19 años, correspondiendo el 47,4 % a adolescentes menores y el 52,6 % a adolescentes mayores. (Ver tablas en anexo IV).

CARÁCTERISTICAS DE LA MIGRACIÓN DE LOS PADRES.

En el presente gráfico observamos que un 45% de los adolescentes encuestados tiene un progenitor o ambos, migrantes; el 55% restante tiene a sus padres en el país.

En cuanto a la distribución de la migración de los padres vemos que de los estudiantes que participaron en el estudio, de los 80 estudiantes que tienen padres migrantes, el 68,7% tiene al padre en los países de acogida, un 25% tiene a ambos padres y un 6,3% tiene solamente a la madre en el exterior.

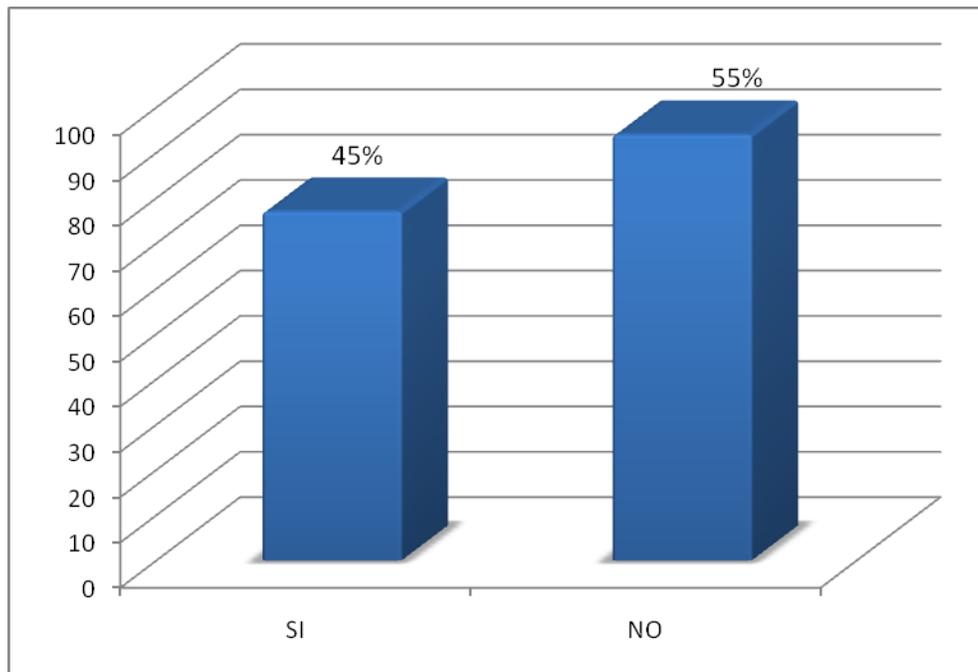
Según la frecuencia de la comunicación de los adolescentes del Colegio Los Cañaris con el progenitor migrante, lo que más prevalece es la semanal con un porcentaje del 57,69%, le sigue con el 35,8% la estadística de quienes se comunican “a veces” y finalmente la comunicación mensual con un porcentaje del 6,42 %.

En cuanto a la funcionalidad familiar de los adolescentes encuestados es: funcional en un 39,18%; disfuncional moderada en un 47,36% y disfuncional severa en un 13,45%.

Grafico N°1

FRECUENCIA DE LA MIGRACIÓN DE LOS PADRES DE ADOLESCENTES DEL COLEGIO LOS CAÑARIS.

Luis Cordero - Azogues. 2010-2011



**Fuente: Formulario de recolección de datos.
Elaboración: La autora.**

CUADRO N°. 1

DISTRIBUCIÓN DE LA MIGRACIÓN DE LOS PADRES DE LOS ADOLESCENTES DEL COLEGIO LOS CAÑARIS.

Luis Cordero - Azogues. 2010-2011

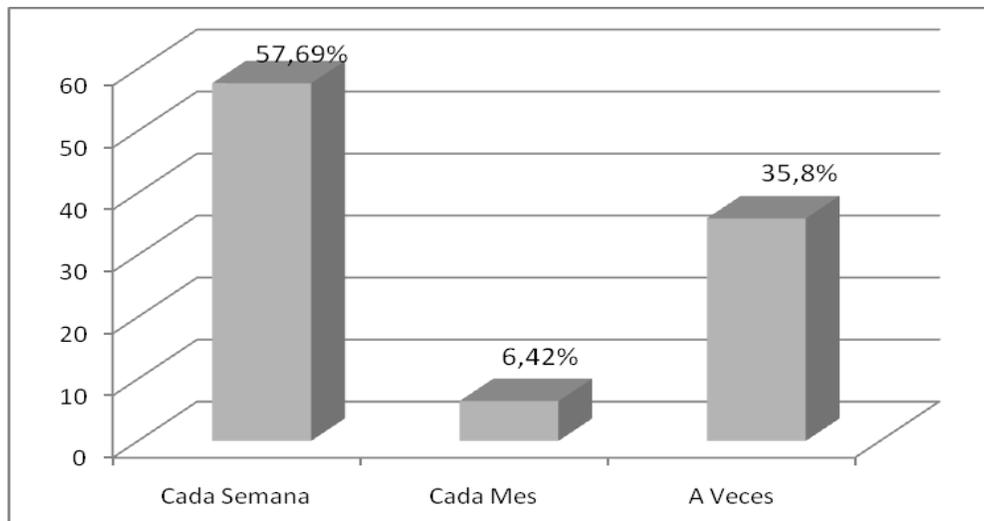
Quien Emigro	Número	Porcentaje
Padre	55	68,70
Madre	5	6,30
Ambos	20	25,00
Total	80	100,00

Fuente: Formulario de recolección de datos.
Elaboración: La autora.

GRÁFICO N° 2

DISTRIBUCIÓN DE LA FRECUENCIA DE LA COMUNICACIÓN CON LOS PADRES DE LOS ADOLESCENTES DEL COLEGIO LOS CAÑARIS.

Luis Cordero - Azogues. 2010-2011



* Fuente: Formulario de recolección de datos.
Elaboración: La autora.

CUADRO Nº. 2

DISTRIBUCIÓN DE LOS PADRES MIGRANTES DE LOS ADOLESCENTES COLEGIO LOS CAÑARIS SEGÚN PERMANENCIA EN LOS PAISES RECEPTORES.

Luis Cordero - Azogues. 2010-2011

TIEMPO DE MIGRACIÓN	NUMERO	PORCENTAJE
MENOS DE 1 AÑO	5	3,84
ENTRE 2 Y 3 AÑOS	8	10,25
MAS DE 3 AÑOS	67	85,89
Total	80	100%

Fuente: Formulario de recolección de datos.
Elaboración: La autora.

CUADRO Nº. 3

DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE FUNCIONALIDAD DE LAS FAMILIAS DE LOS ADOLESCENTES DEL COLEGIO LOS CAÑARIS.

Luis Cordero - Azogues. 2010-2011

FUNCIONALIDAD FAMILIAR	NUMERO	PORCENTAJE
FUNCIONAL	67	39,18
DISFUNCION MODERADA	81	47,36
DISFUNCION SEVERA	23	13,45
TOTAL	171	100

* Fuente: Formulario de recolección de datos.
Elaboración: La autora.

PREVALENCIA DE DEPRESION MAYOR

En la muestra de estudio, observamos que la prevalencia de la depresión mayor en todos los adolescentes del Colegio los Cañaris, sin tomar en cuenta la migración o no de sus padres, es del 18,7%, siendo este porcentaje mayor que lo que la literatura nos indica.

CUADRO N°. 4

PREVALENCIA DE LA DEPRESIÓN MAYOR EN ADOLESCENTES DEL COLEGIO LOS CAÑARIS.

Luis Cordero - Azogues. 2010-2011

DEPRESION MAYOR	Número	Porcentaje
Si	32	18,7
No	139	81,3
Total	171	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración: La autora.

CUADRO Nº. 5

PREVALENCIA DE LA DEPRESIÓN MAYOR EN ADOLESCENTES ASOCIADA A LA MIGRACIÓN DE LOS PADRES DEL COLEGIO LOS CAÑARIS.

Luis Cordero - Azogues. 2010-2011

PADRES MIGRANTES	DEPRESION MAYOR				TOTAL	
	SI		NO			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
SI	17	9,9	15	90,1	32	100
NO	60	25,1	79	74,9	139	100
TOTAL	77	45,0	94	55,0	171	100.0

Fuente: Formulario de recolección de datos.
Elaboración: La autora

RAZÓN DE PREVALENCIAS 1,23 | IC(95,0%) =0,84 – 1,79

OR = 1,49 | IC (95,0%) = | X² =1,04 | VALOR P= 0,3

Análisis de datos

En esta tabla observamos que de los adolescentes que tienen a sus padres en el extranjero un 9,9% presenta depresión mayor, frente a un 8,8% de adolescentes que tienen a sus padres junto a ellos; y si analizamos estas cifras, colegimos que son proporcionalmente parecidas.

La prevalencia de depresión mayor asociada a la migración de los padres es del 9,9%. Observamos que el ODD y el X² es de 1,4 lo que sin duda determina que la migración si es causa de depresión mayor.

CUADRO Nº. 6

FRECUENCIA DE LA DEPRESIÓN MAYOR EN ADOLESCENTES DEL COLEGIO LOS CAÑARIS, SEGÚN PROGENITOR MIGRANTE.

Luis Cordero - Azogues 2010-2011

QUIEN EMIGRÓ	DEPRESION MAYOR				TOTAL	
	SI		NO		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
PADRE	9	11,5	46	88,5	55	100
MADRE	0	0	5	100	5	100
AMBOS	8	10,2	12	89,8	20	100
TOTAL	17	21,3	63	78,7	80	100

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración: La autora

$$X^2 = 2,20 \quad p = 0,33$$

Análisis de datos:

En este cuadro vemos que los adolescentes que tienen ambos padres migrantes presentan un porcentaje de depresión mayor del 11,3% cuando el progenitor migrante es el padre; un 10% cuando son ambos y un 0% cuando es la madre, lo que nos indica que no hay relación con la depresión. El X^2 computado y la p nos indican que no hay relación estadísticamente significativa.

CUADRO Nº. 7

DISTRIBUCIÓN DE LA DEPRESIÓN MAYOR EN ADOLESCENTES HIJOS DE MIGRANTES DEL COLEGIO LOS CAÑARIS SEGÚN LA FRECUENCIA DE COMUNICACIÓN CON EL PROGENITOR MIGRANTE.

Luis Cordero - Azogues. 2010-2011

FRECUENCIA DE COMUNICACIÓN	DEPRESION MAYOR				TOTAL	
	SI		NO		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
SEMANAL	9	11,5	36	88,5	45	100
MENSUAL	0	0	5	100	5	100
A VECES	8	10,3	20	89,7	28	100
TOTAL	17	21,8	61	78,2	78	100.0

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración: La autora

$$X^2 = 0,61 \quad p = 0,43$$

Análisis de datos

En esta tabla observamos que según frecuencia de la comunicación con los padres migrantes, los adolescentes presentan depresión mayor en un 11,5% cuando se comunican semanalmente, en un 10,3% cuando lo hacen a veces y 0% cuando es mensual. Pero con este cuadro podemos decir que no hay asociación estadística para decir que la periodicidad de comunicación con sus padres sea un factor causal para depresión.

CUADRO Nº. 8

DISTRIBUCIÓN DE LA DEPRESIÓN MAYOR EN ADOLESCENTES, COLEGIO LOS CAÑARIS CON PADRES MIGRANTES, SEGUN TIEMPO DE EMIGRACIÓN

Luis Cordero - Azogues 2010-2011

TIEMPO DE MIGRACION	DEPRESIÓN MAYOR				TOTAL	
	SI		NO			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
< 1 AÑO	2	2,5	3	97,5	5	100.0
2-3 AÑOS	0	0	8	100	8	100.0
> 3 AÑOS	15	18,7	52	81,3	67	100.0
TOTAL	17	21,2	63	78,8	80	100.0

* Fuente: Formulario de recolección de datos.
Elaboración: La autora

$$X^2 = 3,22 \quad p = 0,1$$

Análisis de datos

En este cuadro observamos que según tiempo de estadía en el exterior de los padres, los adolescentes presentan depresión mayor en un 18,72% cuando los padres están por más de 3 años; en un 2,5% cuando están menos de 1 año y un 0% cuando es entre 2 y 3 años. Teniendo la en cuenta que tanto la p como el X^2 no tienen los rangos de referencia en los casos que se presenta depresión mayor pueden deberse a la casualidad.

DEPRESIÓN MAYOR, GÉNERO, EDAD Y MIGRACION DE LOS PADRES.

De los 35 adolescentes varones que presentan depresión, 5 tienen padres migrantes lo que nos da una tasa de prevalencia en este grupo del 6.7 x 100. La depresión en los varones cuyos padres no migraron al exterior es del 4.1 x 100. La razón de prevalencia es de 1,4 y el OR de 1,7 lo que nos indica que si hay una relación causal entre migración de sus padres y depresión.

De las 42 mujeres adolescentes con depresión mayor, 12 tienen a sus padres en el exterior. La tasa de prevalencia de depresión mayor en este grupo es del 12,2 x 100. En las mujeres cuyos padres no migraron la tasa es del 4,3 x 100. Esto nos da una razón de prevalencia de 2,0 y un OR de 2,4. lo que igualmente nos indica que si hay una relación causal del objeto de estudio.

Sin embargo, tanto en hombres como en mujeres la asociación no es estadísticamente significativa, $p > 0.05$.

CUADRO N°. 9

DISTRIBUCIÓN DE 73 ADOLESCENTES VARONES DEL COLEGIO LOS CAÑARIS, SEGÚN PRESENCIA DE DEPRESIÓN MAYOR Y MIGRACIÓN DE LOS PADRES

Luis Cordero - Azogues. 2010-2011

PADRES MIGRANTES	DEPRESION MAYOR				TOTAL	
	SI		NO			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
SI	5	6,8	30	94,2	35	100
NO	7	9,6	31	91,4	38	100
TOTAL	12	16,4	61	83,6	73	100.0

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración: La autora

RAZÓN DE PREVALENCIAS	1,46	IC(95,0%) =0,66 – 3,25
------------------------------	-------------	-------------------------------

OR = 1,71	IC(95,0%) =0,572473 - 5,133478	X² = 0,94 VALOR p= 0,41
------------------	---------------------------------------	---

CUADRO Nº. 10

DISTRIBUCIÓN DE 98 ADOLESCENTES MUJERES DEL COLEGIO LOS CAÑARIS, SEGÚN PRESENCIA DE DEPRESIÓN MAYOR Y MIGRACIÓN DE LOS PADRES

Luis Cordero - Azogues. 2010-2011

PADRES MIGRANTES	DEPRESION MAYOR				TOTAL	
	SI		NO			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
SI	12	12,2	30	87,8	42	100
NO	8	8,2	48	91,8	56	100
TOTAL	20	20,4	78	79,6	98	100.0

Fuente: Formulario de recolección de datos.
Elaboración: La autora

RAZÓN DE PREVALENCIAS | 2,00 | **IC(95,0%) =0,89 - 4,45**

OR = 2,40 | **IC(95,0%) =0,897227 - 6,405332** | **X² = 3,01 VALOR p= 0,1274**

PREVALENCIA DE DEPRESION MAYOR POR ETAPA DE LA ADOLESCENCIA CON PADRES MIGRANTES.

De los 78 adolescentes cuyos padres viven en el exterior, el 18,7% que corresponden a 32 casos presentaron depresión mayor. De los 90 adolescentes mayores el 12,3 % presenta depresión y tiene a sus padres en el extranjero, y de los 81 adolescentes menores, 21 tienen a sus progenitores migrantes lo que nos representa el 6,4% con depresión mayor. La razón de prevalencia es de 0,51 con un intervalo de confianza entre 0,29 y 1,13. No existen diferencias significativas ($p > 0.05$) entre el un grupo y el otro pudiendo deberse a la casualidad.

CUADRO Nº. 11

PREVALENCIA DE LA DEPRESIÓN MAYOR ASOCIADA A LA MIGRACIÓN DE LOS PADRES DE LOS ESTUDIANTES DEL COLEGIO LOS CAÑARIS, SEGÚN ETAPA DE LA ADOLESCENCIA.

Luis Cordero - Azogues. 2010-2011

ETAPA DE LA ADOLESCENCIA	DEPRESION MAYOR				TOTAL	
	SI		NO			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
MENOR (10 - 14 AÑOS)	11	6,4	70	93,6	81	100
MAYOR (15 - 19 AÑOS)	21	12,3	69	87,7	90	100
TOTAL	32	18,7	139	81,3	171	100.0

Fuente: Formulario de recolección de datos.
Elaboración: La autora

RAZÓN DE PREVALENCIAS | 0,582011 | **IC(95,0%) =0,299354 - 1,13260**

OR = 0,516327 | **IC(95,0%) =0,21659 - 1,151653** | **X² = 2,0633 VALOR p= 0,1509**

FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y MIGRACIÓN DE LOS PADRES

De los 171 adolescentes el 60,7 % tienen disfuncionalidad familiar. En las familias con padres migrantes la disfuncionalidad alcanza el 24% y en las familias con padres “no migrantes” la disfuncionalidad llega al 36,7%, con un χ^2 estadísticamente significativo, este resultado puede deberse a que la distancia en muchos casos mejora las relaciones familiares, como no hay contacto físico esta se transforma en un factor protector para mejorar las relaciones interpersonales y a tener una mejor funcionalidad familiar.

CUADRO N°. 12

DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE FUNCIONALIDAD DE LAS FAMILIAS ASOCIADAS A LA MIGRACIÓN.

Luis Cordero - Azogues. 2010-2011

FUNCIONALIDAD FAMILIAR	PADRES MIGRANTES				TOTAL	
	SI		NO		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
FUNCIONAL	37	21,1	30	18,1	67	100
DISFUNCION MODERADA	33	19,3	48	28	81	100
DISFUNCION SEVERA	8	4,7	15	8,7	23	100
TOTAL	78	45,0	93	55,0	171	100

Elaboración: La autora
Fuente: Formulario de recolección de datos.

$$\chi^2 = 4.33 \quad p = 0.64$$

CAPITULO VI

DISCUSIÓN

Según los resultados obtenidos en esta investigación podemos manifestar que la prevalencia de la depresión mayor en adolescentes del Colegio los Cañaris es del 9,9 x 100, cifra corresponde aun más que lo dice la literatura que es el 5%.

De acuerdo a sexo, la depresión mayor es más frecuente en mujeres con un 12,2 x 100. En tanto que el sexo masculino presenta un porcentaje del 6,7 x 100.

A juzgar por los cuadros analizados anteriormente, observamos también que el índice de depresión mayor es más alto en los hijos de migrantes, en relación con los hijos de no migrantes, comprobándose la hipótesis planteada anteriormente, y con la bibliografía citada

La tasa de prevalencia de depresión mayor en hijas de migrantes es del 6,6 x 100 y la prevalencia para las hijas de no migrantes es del 2,0 x 100. Esto nos da una razón de prevalencia de depresión mayor de 2,0 y un OR de 2,4.

La prevalencia de la depresión mayor en hijos de no migrantes es de 1.02 x 100 y la prevalencia de depresión mayor para hijos de migrantes es 5.8 x 100. La razón de prevalencia es del 1.4 y el OR de 1.71.

De los 171 adolescentes el 39.2 % tienen disfuncionalidad familiar. En las familias con padres migrantes la disfuncionalidad alcanza el 24% y en las familias con padres no migrantes la disfuncionalidad llega al 37,7%, con un χ^2 estadísticamente significativo

Según edad, vemos que la depresión mayor relacionada con la etapa de la adolescencia afecta más a los adolescentes mayores (comprendidos entre los 15 y 19 años) con un 12,3% frente a un 6,4% de adolescentes menores (10-14 años). Hay que señalar que en nuestro estudio no se trabajó con preadolescentes de 10 y 11 años, debido a que la investigación se enmarcó en el colegio, donde existen alumnos de entre 12 a 19 años y no en los años superiores de la escuela.

La depresión mayor llega a un alto porcentaje en los hijos de migrantes que tienen a ambos progenitores en los países receptores, es lógico pensar que si la partida de un progenitor produce dolor, mucho más lo será si emigran los dos. Llama la atención sin embargo, que cuando migra la madre no se evidencia en este estudio una consecuencia directa de depresión mayor, fenómeno que puede estar compensado porque las madres se comunican con más calidez y frecuencia que los padres, porque existe por lo general mayor corresponsabilidad de la familia materna con los hijos de las migrantes; así como, por el hecho de que es menos prolongada la estancia de mujeres en los países de acogida y más alta la estadística de reintegración familiar en los hogares donde es la mujer quien toma la decisión de emigrar.

Por la frecuencia de la comunicación con el progenitor migrante vemos que los adolescentes que más se deprimen son los que se comunican semanalmente (11,5%), y a veces con él (10,3%) es decir con más frecuencia. Aquí notamos que la frecuencia de la comunicación no es tan importante como la calidad de ésta. Cuando el/los progenitor/es migrantes se comunican frecuentemente con sus hijos, en los primeros meses de haber migrado, resulta inevitable que en ese momento de absoluta incertidumbre, sus mensajes sean para manifestarles sufrimientos, sacrificios y angustias, que lo único que hacen es afectar la estabilidad emocional de sus hijos, que reciben en una edad de inmadurez e inseguridad, el peso de una parte de los problemas de sus padres, pudiendo conducirles a un marcado decaimiento anímico.

Por el tiempo de permanencia de los padres en los países de acogida vemos que de los adolescentes, que tienen a sus padres más de 3 años en exterior tienen mayor exposición a la depresión con un 19,2 %, pudiendo deberse a que 67 de los 80 padres están fuera del país por más de este tiempo incluso algunos respondían que ni los conocen es decir, fenómeno que puede deberse a la falta de resolución del proceso de duelo a otros factores disparadores de la depresión mayor, que hacen sinergia entre sí; tales como, malas relaciones con la pareja o amigos, conflictos económicos o de salud, problemas escolares, etc.

Luego le siguen los padres que han emigrado recién que son pocos con un 2,6% llegando al índice 2 que la literatura sugiere, esto puede deberse a que el proceso de duelo suele tardar entre seis meses a dos años en resolverse y estos adolescentes se encuentran luchando con el conflicto y son presas de la depresión que forma parte de las etapas del proceso de duelo de Kubler-Ross; entre 2 y 3 años no se reporta depresión mayor según este estudio, lo que puede explicarse por el hecho de que, luego de los dos años generalmente la partida del progenitor o ser querido está resuelta.

CONCLUSIONES

- Ⓢ La prevalencia de la depresión mayor en adolescentes del colegio Los Cañaris es del 9,9%
- Ⓢ La migración es un factor asociado para el desarrollo de depresión mayor en adolescentes.
- Ⓢ La migración no tiene relación con la disfuncionalidad familiar.
- Ⓢ La depresión mayor se manifiesta más frecuentemente en adolescentes mayores.
- Ⓢ Los adolescentes, hijos de migrantes son altamente proclives a la depresión -aunque no concuerde con la literatura-, cuando tienen a sus padres más de 3 años en los países receptores.
- Ⓢ Según la frecuencia de la comunicación con el progenitor migrante, los adolescentes con mayor depresión, son los que se comunican con más frecuencia con sus padres.
- Ⓢ La depresión mayor tiene un porcentaje superior en los hijos de migrantes que tienen a ambos progenitores en los países receptores.
- Ⓢ La resiliencia en los casos de depresión estudiados, no es un hecho general y se desarrolla como factor protector para salir triunfante de ella.
- Ⓢ Como médicos de familia debemos dar una mirada diferente a la migración y debemos verle como una oportunidad, tratarle de manera integral y holística para así brindar nuestro contingente no solo a la patología en este caso depresión sino brindar apoyo a la familia y a la comunidad.

RECOMENDACIONES

A NIVEL PERSONAL

- ② El establecimiento educativo, con la ayuda de instituciones como el Ministerio de Salud, Ministerio de Educación y la SENAMI, debería estructurar organizaciones de jóvenes como clubes, e involucrarlos en actividades que les ayuden a compartir con sus pares las dificultades que genera la migración, así como cambiar el enfoque social resaltando las ventajas de esta.
- ② Enseñar a sus padres nuevas formas de comunicación, que aprovechen los medios de la informática actual (Redes sociales: Facebook, twitter, Messenger), generando mayor y mejor comunicación y cercanía de sus hijos, a los nuevos entornos -laborales y sociales- del país de acogida; estableciendo un vínculo más cotidiano, no solo por teléfono o videoconferencia, que es el medio más común para ellos.
- ② Generar programas para desarrollar emprendimientos productivos y rentables, como alternativas para invertir las remesas en actividades más creativas, que ayuden a los hijos de los migrantes a mejorar su futuro.
- ② Compartir experiencias con otros jóvenes de diferentes parroquias o comunidades que también tienen padres migrantes.

A NIVEL INSTITUCIONAL

- Ⓢ Que con este estudio se inicien actividades para ayudar a los adolescentes del colegio y de la comunidad que padecen depresión mayor.
- Ⓢ Al ser la migración un fenómeno frecuente en la provincia del Cañar, deberían realizarse programas de investigación que comprendan a todos los colegios, para que teniendo un conocimiento de la prevalencia de depresión mayor en cada uno de ellos, se puedan establecer en los mismos, programas puntuales de intervención.
- Ⓢ Estos estudios deben realizarse también en las escuelas para estudiar la situación de los adolescentes de 10 años en adelante.
- Ⓢ Todas las instituciones públicas y privadas deben unirse para tratar estos problemas y transversalizar el hecho migratorio en sus proyectos de intervención de forma coordinada, en lugar de ejecutar acciones puntuales y aisladas.
- Ⓢ Al ser una de las parroquias de Azogues con más alta migración, las instituciones del Estado, deben poner en marcha proyectos para mejorar la funcionalidad de las familias transnacionales; siendo este tema en particular una preocupación en la cual, como médicos de familia debemos inmiscuirnos y dar nuestro contingente.
- Ⓢ El Area 1 de Salud debe intervenir conjuntamente con el Subcentro de Salud para fomentar proyectos que mejoren la calidad de vida no solo de los adolescentes, sino de la comunidad en general.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALARCON, Renato et al, Psiquiatría, México, Editorial El Manual Moderno, 2005, 2º Edición
2. ALONSO, Modest, Insúa, Isabel E. Psicoterapia y prevención en estudiantes universitarios Rev. argent. clín. psicol; 6(3):251-261, nov. 1997. Disponible en la web en la siguiente dirección: <http://www.elpixel.com/aigle/site/detectnota.asp?IdSeccion=7&IdNota=13>
3. ARMAS, Norma , Las Familias por Dentro, Pontificia Universidad católica del Ecuador 2007 , Editorial América, Quito
4. ARAYA LEON, Silvia, Prevalencia de la depresión mayor unipolar no diagnosticada en la población entre los 15 y los 35 años. Revista Médica de costa Rica y Centro América LXIV (578) 27-32; 2007. Disponible en la web en la siguiente dirección: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/578/art6.pdf>
5. CASTELLANOS, Pedro Luis, Epidemiología, Salud Pública y Condiciones de Vida. Consideraciones conceptuales, Facultad de Ciencias Médicas, Santa Casa, Sao Paulo, Seminario Latinoamericano sobre condiciones de Vida y Salud, 10 – 13 de diciembre de 1995.
6. CARRILLO, María Cristina, Consecuencias de la migración, Revista de los países andinos. 24/06/2007. Disponible en la siguiente dirección electrónica: <http://www.ups.edu.ec/universitas/publicaciones/universitas1/contenidospdf/Un%20encuentro%20con%20lastimas%20univ%201.pdf>

7. CELADE, Migración Internacional, Desplazamientos: Riesgos y oportunidades de buscar nuevos rumbos, Número 3, año 2005.
8. CEPAL, Migración internacional y globalización. www.migraciones_y_desarrollo.org 2004
9. CRISIS FAMILIARES, Ponencia presentada en el III congreso de Mediación y II Encuentro de las Américas, México, 2003
10. COVA S, Félix, RINCÓN G, Paulina, et al, Prevalencia de trastornos depresivos e impedimento asociado en adolescentes de sexo femenino Rev Chil Pediatr 2008; 79 (6): 607-613 Volumen 79 - Número 6 607, [periódico en la Internet]. 79(6): 607-613. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062008000600005&lng=es.
11. CYRULNIK, Boris, Los Patitos Feos: La resiliencia una infancia infeliz no determina la vida. Editorial gediza, Pag. 104 a 125
12. CZERNIK, Gabriela E, ALMEIDA, Sergio A., GODOY, Eva I. et al. Severidad depresiva en adolescentes de una escuela de formación profesional de la ciudad de Resistencia. Chaco, Argentina. CIMEL. [online]. 2006, vol.11, no.1, p.16-19. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1680-83982006000100005&lng=es&nrm=iso. ISSN 1680-8398
13. ENDEMAIN: Encuesta Demográfica y Materno Infantil. USAID, CDC, UNICEF, año 2000.

14. FALICOV JAES, Cecilia, La familia Transnacional, Un Nuevo y Valiente tipo de familia, Publicado en el número especial 95/5, disponible en la web en la siguiente dirección: www.redsistemica.com.ar/articulo94-3.htm
15. FERNANDEZ ALAEZ, Máximo, MARTINEZ ARIAS Rosario et al, Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género, Madrid-España, Psicothema ISSN 0214 - 9915 CODEN PSOTEG2000. Vol. 12, nº 4, pp. 525-532 Copyright © 2000, disponible en: <http://www.psicothema.com/pdf/367.pdf>
16. GONZÁLEZ Clementina. Diagnostico del Impacto de la Migración en la Niñez y adolescencia del Cantón Cuenca. Cuenca, CESPLA. 2008 Pág. 28,79
17. INEC, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2007, visitado el 11 de noviembre de 2010, disponible en la web en la siguiente dirección: www.inec.gov.ec
18. Instituto de investigaciones sociales, Migración, 06/07/2007. Disponible en la siguiente dirección electrónica: http://www.uasb.edu.ec/index_publicacion.php?cd=190
19. Facultad de Ciencias Médicas, Revista, Impreso en Offset de la Facultad de Ciencias Médicas, Cuenca – Ecuador, abril 1999, Volumen 23, No 1
20. LEYVA Jimenez, Rafael et al, Depresión en adolescentes y funcionamiento familiar, Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2007; 45 (3): 225-232 http://edumed.imss.gob.mx/edumed/rev_med/pdf/gra_art/A62.pdf

21. MARTINEZ Moneo, M. And Martinez Larrea, A. Migration and psychiatric diseases. Anales Sis San Navarra. [Online]. pp. 63-75. Available from: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272006000200006&lng=en&nrm=iso>. ISSN 1137-6627
22. MONTERZINO, José Mauricio, prevalencia de depresión en adolescentes escolarizados de la localidad de la cocha (Tucumán), Argentina, 2005, Revista de la facultad de Medicina - VOL. 7 - Nº 2 (2006) 15, Versión Digital - ISSN 1669 - 8606. http://www.fm.unt.edu.ar/Servicios/publicaciones/revistafacultad/vol_7_n_2_2006/pag15-19.pdf
23. MOREIRA, María Elena, Consecuencias de la Migración, Disponible en la web en la siguiente dirección: <http://www.dlh.lahora.com.ec/paginas/judicial/PAGINAS/D.Humanos.86.htm>
24. MORENO, Manuel. Nurse/inmigrant patient relation: research perspectives. Index Enferm. [online]. 2005, vol. 14, no. 50 [cited 2007-10-08], pp.25-29. Available from: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962005000200005&lng=en&nrm=iso>. ISSN 1132-1296.
25. NARANJO, Plutarco, Migración Ventajas y tragedias. Disponible en la web en la siguiente dirección: <http://www.eluniverso.com/2007/10/09/0001/21/158BFD00149A4EC785EF69194EE109E3.aspx>
26. NÚÑEZ, Georgina, Bullen-Navarro, Magaly; Castillo-Treviño et al, Malnutrition in preschool children of migrant families. Salud Pública de México, 1998, vol. 40, n. 3, ISSN 0036-3634.

27. ORTEGA, Fernando, Migración y efectos, 11/06/2007. Disponible en la siguiente dirección electrónica:
<http://www.cordes.org/descargar/migracionCuenca.pdf>
28. PATINO, Marisol, El fenómeno social de la migración internacional: Una lectura desde la provincia del Azuay. Clases del posgrado de Salud Familiar
29. PINOS, Guido, Semiología y Síndromes en Psicopatología, Cuenca Ecuador, abril de 2005, impresión offset de la facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca.
30. QUIROGA, Susana Estela, Grados de vulnerabilidad en adolescentes tardíos migrantes. Revista argentina de clínica psicológica, Buenos aires, 1992, disponible en la web en la siguiente dirección:
<http://www.elpixel.com/aigle/site/detectnota.asp?IdSeccion=7&IdNota=13>
31. REATEGUI Villegas, Diego Artemio y VARGAS MURGA, Horacio. Síntomas depresivos en pacientes con Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Rev Med Hered. [online], vol.19, no.3, p.96-101, Perú. Disponible en la World Wide Web: <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2008000300003&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1018-130X.
32. SALUD en las Américas: Perfil de Salud del Ecuador. OPS-OMS 1999.
33. SASSEN, Saskia, Formación de los condicionantes económicos para las migraciones internacionales, (s.l.e), (s.e) 2000, No. 2.

34. SAUCEDA, Juan, MALDONADO, Martín, LA FAMILIA: SU DINAMICA Y TRATAMIENTO, Washington, DC, OPS, Editorial Paltex, 2003
35. SERRANO, Trosky, EXPLOTACION DE LOS MIGRANTES EN EL INGENIO AZUCARERO ASTRA, editorial Casa de la Cultura de Azogues, año 2009
36. SISTEMA Red de Prevención y Atención a Niños-Niñas y Adolescentes Maltratados-as, Boletín del Sirepanm, Edición especial: La convención sobre los derechos de niños y niñas: 15 años después, Cuenca-Ecuador, Enero 2004 - junio 2005, No 18, Impresión: Talleres gráficos de la Universidad de Cuenca, Gráficas Hernández, Cuenca-Ecuador.
37. SMILKSTEIN, Gabriel, The Family APGAR: A Proposal for a family. Test and Its Use by Physicians.
38. SOLORZANO, María, et al, Estudio Integral del Ser Humano y su Familia Editorial Graficas La Bonodiana, Caracas Venezuela, 2001.
39. TORO, Ricardo, YEPEZ, Eduardo, Psiquiatría, Medellín-Colombia, Editorial Corporación para investigaciones biológicas, 2004, 4º edición, Fundamentos de Medicina.
40. WIENER, Jerry M, WIENER Mina K, Tratado de Psiquiatría de la infancia y la adolescencia, disponible en la web en la siguiente dirección: http://books.google.com.ec/books?id=1qydXD4onKEC&pg=PA450&lpg=PA450&dq=prevalencia%2Bdepresi%C3%B3n+mayor%2Badolescentes&source=bl&ots=Tql90xjrV3&sig=FKfeaBwRZZNlfyMZMHfBdbBGtJk&hl=es&ei=WfgdSojLE8SfmAfDI-WzBq&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=2#PPA450,M1

41. VEGA, Fernando, Migración, desplazamiento forzado, Revista aportes andinos Diciembre 2004. Disponible en la web, en la siguiente dirección:
<http://www.uasb.edu.ec/padh/revista12/migracion/ponencias/fernando%20vega.htm>
42. VIDAL, Guillermo et al, Enciclopedia Iberoamericana de Psiquiatría, Buenos Aires-Argentina, Editorial Médica Panamericana, 1995, Macropedia III.

ANEXO I

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	INDICADOR	ESCALA
Edad	Número de años cumplidos	Años cumplidos	10 – 14 años 15– 19 años ³
Sexo	Condición orgánica masculina o femenina	Sexo Biológico	- Masculino - Femenino
Depresión	Síndrome caracterizado por tristeza patológica y desinterés en las actividades diarias	Cuestionario del CIE-10	- Si - No

³ 10-14 años: adolescencia menor, 15-19 años: adolescencia mayor

VARIABLE	DEFINICIÓN	INDICADOR	ESCALA
ESTADO DE ANIMO DEPRESIVO	Estado de tristeza patológica en que se encuentra una persona	Cuestionario de la CIE-10	- Si - No
LLANTO	Derramamiento de lágrimas	Cuestionario de la CIE-10	- Si - No
RABIA	Enojo contra algo	Cuestionario de la CIE-10	- Si - No
ANHEDONIA	Desinterés por las actividades que antes resultaban placenteras	Cuestionario de la CIE-10	- Si - No
PERDIDA DE PESO	Disminución de la de masa del cuerpo de una persona	Cuestionario de la CIE-10	- Si - No
AUMENTO DE PESO	Ganancia de masa corporal de una persona	Cuestionario de la CIE-10	- Si - No
PERDIDA DEL APETITO	Disminución del deseo de comer	Cuestionario de la CIE-10	- Si - No

VARIABLE	DEFINICIÓN	INDICADOR	ESCALA
AUMENTO DEL APETITO	Acrecentamiento del deseo de comer	Cuestionario de la CIE-10	- Si - No
INSOMNIO	Incapacidad para conciliar el sueño	Cuestionario de la CIE-10	- Si - No
HIPERSOMNIA	Deseos exagerados de dormir durante el día.	Cuestionario de la CIE-10	- Si - No
LENTITUD EN EL PENSAMIENTO	Disminución en el flujo de ideas de una persona.	Cuestionario de la CIE-10	- Si - No
FATIGA	Sensación de cansancio.	Cuestionario de la CIE-10	- Si - No
SENTIRSE INUTIL	Creencia de la persona de que no sirve para nada	Cuestionario de la CIE-10	- Si - No
IDEAS SUICIDAS	Pensamientos acerca de cómo terminar con la propia vida	Cuestionario de la CIE-10	- Si - No
DESEOS SUICIDAS	Tendencia de una persona a terminar con la propia vida	Cuestionario de la CIE-10	- Si - No

VARIABLE	DEFINICIÓN	INDICADOR	ESCALA
<p>TOMA DE DECISIONES IMPORTANTES EN FAMILIA</p>	<p>Resoluciones mayores tomadas en el seno familiar.</p>	<p>Test de Apgar familiar</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Casi nunca - A veces - Casi siempre
<p>SATISFACCIÓN DEL TIEMPO QUE PASA CON LA FAMILIA</p>	<p>Sensación de plenitud con el tiempo que se pasa con los miembros de la familia.</p>	<p>Test de Apgar familiar</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Casi nunca - A veces - Casi siempre
<p>SENTIRSE QUERIDO POR LA FAMILIA</p>	<p>Sensación de plenitud con el afecto que le ofrecen los familiares.</p>	<p>Test de Apgar familiar</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Casi nunca - A veces - Casi siempre

ANEXO II

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estudio. “MIGRACION Y DEPRESION MAYOR EN LOS ADOLESCENTES DE LA PARROQUIA LUIS CORDERO EN EL AÑO 2010 – 2011”

La presente investigación se realizará para establecer la prevalencia de la depresión mayor en adolescentes y su relación con la migración internacional de los progenitores en el colegio Los Cañaris de la parroquia Luis Cordero de la ciudad de Azogues, provincia del Cañar, 2010-2011.

Le solicitamos su colaboración debido a que la depresión es un problema psicológico que está causando serios problemas a nuestros adolescentes y sus familias.

Si usted acepta que su representado participe en el estudio, éste tendrá que responder un cuestionario en el cual constarán preguntas acerca de su estado de ánimo y de las relaciones con la familia.

Los datos que con este estudio se obtengan serán confidenciales, guardando las identidades de los involucrados.

El beneficio del presente estudio es dar a conocer la prevalencia de la depresión en adolescentes de la parroquia Luis Cordero y proporcionar ayuda a los adolescentes que presenten depresión a través de charlas o de referencia a personal médico o psicológico del Area 1.

La investigadora que llevará a cabo el estudio es la Dra. Marcia Alvarez Vidal, trabaja en el Centro de Salud N°1 de Azogues y su teléfonos es 095325551 para responder y aclarar sus dudas.

Se entregará un documento de Asentimiento Informado a su representado en el cual se le explicará todo acerca del estudio y se responderá y aclarará dudas acerca del mismo, el adolescente manifestará además voluntariamente si desea o no colaborar con la investigación. Usted tiene el derecho de negar que su representado participe en el estudio.

Por la colaboración prestada, le agradezco de antemano.

Firma del representante.....

Firma de la investigadora.....

Fecha:

ANEXO III

FORMULARIO DE RECOLECCION DE DATOS

UNIVERSIDAD DEL AZUAY
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESPECIALIDAD EN SALUD FAMILIAR

Formulario para estudio sobre Estado de Ánimo en los Adolescentes del Colegio los Cañaris de la parroquia Luis Cordero, 2010– 2011

Fecha:

Formulario No.....

Lea atentamente las siguientes preguntas y responda con la verdad a cada una de ellas. Marque con una X, la respuesta que usted considere pertinente.

Colegio: Curso:

Edad: años

Sexo: Masculino Femenino

1.- ¿Presenta estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, estos últimos quince días? (por ejemplo, se siente triste o vacío) Si No

1.1.- ¿Tiene llanto frecuente estos últimos quince días? Si No

1.2.- ¿Tiene rabia (ira) estos últimos quince días? Si No

2.- ¿Ha disminuido el interés por sus actividades estos últimos 15 días? Si No

3.- ¿Ha perdido mucho peso sin hacer dieta en estos 15 días? Si No

3.1.- ¿Ha aumentado de peso sin hacer dieta, en estos 15 días? Si No

3.2.- ¿Ha perdido el apetito durante estas dos últimas semanas? Si No

3.3.- ¿Ha aumentado el apetito durante estas dos últimas semanas? Si No

3.4.- Si ha aumentado o perdido peso, diga cuánto: - 0 a 5 libras - 6 a 10 libras - No sabe

ESPECIALIDAD EN SALUD FAMILIAR

4.- ¿Presenta insomnio casi todos los días, de estas dos últimas semanas? Si No

4.1.- Presenta mucho sueño casi todos los días, de estas dos últimas semanas? Si No

5.- ¿Presenta lentitud en el pensamiento estos últimos quince días? Si No

5.1.- ¿Presenta lentitud en sus labores diarias estos últimos 15 días y se lo han dicho? Si No

6.- ¿Tiene fatiga estos últimos quince días? Si No

7.- ¿Se siente inútil estos últimos quince días? Si No

8.- ¿No puede concentrarse las últimas dos semanas, o se lo han dicho? Si No

9.- ¿Ha tenido ganas de acabar con su vida, estas dos últimas semanas? Si No

9.1.- ¿Ha intentado quitarse la vida estas dos últimas semanas? Si No

9.2.- ¿Le ha contado a alguien su deseo de morir, en estos últimos 15 días? Si No

10.- Si ha respondido No, a todas las preguntas anteriores vaya a la pregunta número 12 y continúe en adelante; caso contrario, si ha respondido SI a las preguntas anteriores, o a alguna de ellas, indique por cuánto tiempo se ha sentido así: - Menos de dos semanas Más de dos semanas

11.- ¿Los síntomas anteriores le provocan mucho malestar? Si No

11.1.- ¿Ha perdido amigos por sentirse así? Si No

11.2.- Sus relaciones con su familia han empeorado por sentirse así? Si No

11.3.- ¿Sus calificaciones en el colegio han disminuido? Si No

12.- ¿Consume sustancias? (ejemplo: una droga, un medicamento, alcohol) Si No

12.1.- En caso de que su respuesta anterior sea Si, indique, ¿Con qué frecuencia?

Diariamente Semanalmente Mensualmente

12.2.- Si usted consume sustancias, indique cuál: - Alcohol - Medicamentos - Drogas

12.3.- Si consume medicamentos ponga su/s nombres/s.....

12.4.- Si consume drogas, ponga su/s nombre/s (ejemplo: marihuana, cocaína, etc)

13.- ¿Padece alguna enfermedad? Si No

13.1.- En caso de que la respuesta anterior sea Si, conteste: - Física - Mental

13.2.- Si, su respuesta anterior fue Si, diga el nombre de la enfermedad:

ESPECIALIDAD EN SALUD FAMILIAR

14.- ¿Ha fallecido un ser querido, en los últimos seis meses? Si No

15.-Anteriormente, ¿usted había presentado alguna vez, ánimo deprimido y perdido el interés por las actividades que más le gustaban por más de dos semanas? Si No

16.- Su padre, madre, hermanos ¿han presentado alguna vez ánimo deprimido y desinterés por el trabajo o por las actividades que más le gustaban, por más de dos semanas? Si No

17.- ¿Ha emigrado su padre o madre o ambos y continúan allá? Si No

18.- ¿Quién emigró? - Padre - Madre - Ambos padres

19.- ¿Cuánto tiempo se encuentra en el extranjero, el familiar que emigró?

- Menos de un año - Entre 2 a 3 años - Más de 3 años

20.- ¿Con qué frecuencia se comunica usted con el familiar que emigró?

-Cada semana - Cada mes - A veces

21.- ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?

Casi nunca A veces Casi Siempre

21.1.- ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?

Casi nunca A veces Casi Siempre

21.2.- ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en casa?

Casi nunca A veces Casi Siempre

21.3.- ¿Está satisfecho con el tiempo que usted y su familia pasan juntos?

Casi nunca A veces Casi Siempre

21.4.- ¿Siente que su familia le quiere?

Casi nunca A veces Casi Siempre

¡Por su colaboración y su tiempo. Le quedo muy agradecida!

ANEXOS IV

CUADROS Y GRÁFICOS COMPLEMENTARIOS

CUADRO Nº. 13

DISTRIBUCIÓN DE 171 ADOLESCENTES DEL COLEGIO LOS CAÑARIS DE LUIS CORDERO, SEGÚN SEXO

Luis Cordero, Azogues. 2010-2011. *

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MASCULINO	73	42,7
FEMENINO	98	57,3
TOTAL	171	100.0

* Fuente: Formulario de recolección de datos.
Elaboración: La autora.

CUADRO Nº. 14

DISTRIBUCIÓN DE 442 ADOLESCENTES DEL COLEGIO LOS CAÑARIS DE LUIS CORDERO, SEGÚN ETAPA DE LA ADOLESCENCIA

Luis Cordero, Azogues. 2010-2011. *

TIPO DE ADOLESCENTE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MENOR (11 - 14 AÑOS)	81	47,3
MAYOR (15 - 19 AÑOS)	90	52,7
TOTAL	171	100.0

* Fuente: Formulario de recolección de datos.
Elaboración: La autora.

CUADRO Nº. 15

DISTRIBUCIÓN DE 171 ADOLESCENTES DEL COLEGIO LOS CAÑARIS DE LUIS CORDERO, SEGÚN CONSUMO DE SUBSTANCIAS PSICOTRÓPICAS.

Luis Cordero, Azogues. 2010-2011. *

CONSUMO DE SUBSTANCIAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	13	7,6
NO	158	92,4
TOTAL	171	100.0

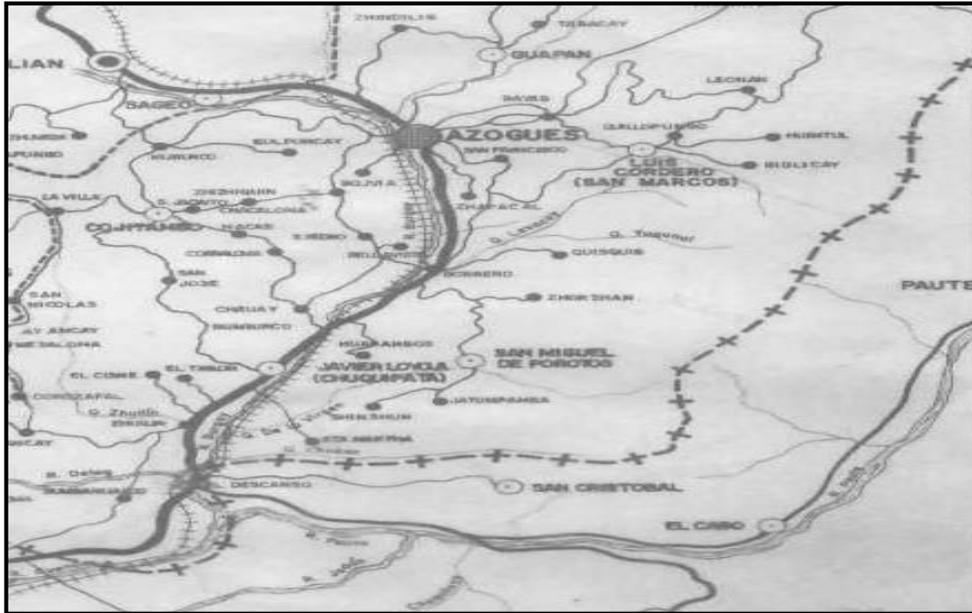
* Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración: La autora.

ANEXO V

VARIOS

MAPA POLITICO DE LUIS CORDERO



SUBCENTRO DE LUIS CORDERO MSP



SUBCENTRO SEGURO
CAMPESINO



ALUMNOS CONTESTANDO EL CUESTIONARIO

