



**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA**

**NIVELES DE DEPRESIÓN Y FACTORES DE RIESGO EN ADOLESCENTES DE
CASAS DE ACOGIDA, CUENCA 2016**

Proyecto de investigación previa a la obtención

Del título de Licenciado en Enfermería

AUTORAS:

Jessica Viviana Durán Naranjo CI: 0105385603

María José Mora Ramón CI: 0105366694

DIRECTORA:

Master. Dolores Amparito Rodríguez Sánchez CI: 0103001855

CUENCA- ECUADOR

2018



RESUMEN

Antecedentes: La depresión se define como un trastorno del estado de ánimo con presencia de síntomas físicos, afectivos y emocionales como insomnio, falta de concentración, irritabilidad y pérdida de interés. La crisis económica que vive Ecuador hizo crecer los casos de depresión en Quito, Guayaquil y Cuenca.

Objetivo: Identificar los Niveles Depresión y Factores de Riesgo en adolescentes de casas de acogida.

Metodología: El tipo de estudio es observacional descriptivo de corte transversal. El universo estuvo compuesto por adolescentes internadas en las casas de acogida. Mediante la aplicación de encuestas y el test de Hamilton. Los datos son recolectados en los formularios se transcribió la información a una base digital y se analizaron los datos mediante el programa SPSS versión 22.

Resultados: El grupo etario predominante fue el rango de los 15 a los 16 años. De las encuestadas el 77.14% viven en zonas urbanas. Un año de estancia en las casas de acogida ocupa la tercera parte de la población, solteras en su mayoría, casi la mitad cursa el bachillerato. El nivel de Depresión leve es 63%, moderada un 11% y 3% depresión severa. Entre los factores de riesgo obtuvimos autoestima baja (68.5%), deterioro de la identidad (55,7%), deterioro de imagen (57%), rebeldía (78,5), Apgar familiar (72,8%), violencia familiar (52,8%), consumo de sustancias (64,2%)

Conclusiones: en nuestra investigación los factores de riesgo muestran que influyen notablemente para que se presente depresión en las adolescentes.

Palabras clave: DEPRESION, ANSIEDAD, AUTOESTIMA, ESCALA DE ROSEMBERG, ESCALA DE HAMILTON, ESCALA DE BECK.



ABSTRACT

Background: Depression is defined as a mood disorder with physical, emotional and emotional symptoms such as insomnia, lack of concentration, irritability, and loss of interest. Ecuador's economic crisis has led to growing depression in Quito, Guayaquil and Cuenca.

Objective: To identify the Depression Levels and Risk Factors in adolescents in foster homes.

Methodology: The type of study is descriptive cross-sectional observational. The universe was composed of adolescents interned in the shelters. Through the application of surveys and the Hamilton test. Once the data is collected in the forms, the information was transcribed to a digital database and the data were analyzed using the SPS version 22 program.

Results: we found: The predominant age group was the range of 15 to 16 years. More than 2/3 of the respondents live in urban areas. A year of stay in the shelters occupies the third part of the population unmarried almost in the whole almost half attends the baccalaureate. Light depression of 63%, moderate 11% and severe depression 3%. Among the risk factors we obtained low self-esteem (68.5%), identity deterioration (55,7%), deterioration of image (57%), rebellion (78,5), family Apgar (72,8%), domestic violence (52,8%), substance use (64,2%)

Conclusions: In our research, risk factors show that they have a significant influence on depression in adolescents.

Key words: DEPRESSION, ANXIETY, SELF-ESTEEM, ROSEMBERG SCALE, HAMILTON SCALE, BECK SCALE.



INDICE

RESUMEN	2
ABSTRACT	3
CAPÍTULO I	13
1.1 INTRODUCCION	13
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
1.3 JUSTIFICACIÓN	15
CAPITULO II.....	16
2. MARCO TEORICO	16
NIVELES LEVES O BAJOS DE DEPRESIÓN.....	19
NIVELES MODERADOS O MEDIOS	20
NIVELES SEVEROS O ALTOS.....	20
FACTORES DE RIESGO DE DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES	20
FACTORES FAMILIARES.....	22
FACTORES SOCIALES	24
CAPITULO III.....	28
3. OBJETIVOS.....	28
3.1 OBJETIVO GENERAL.....	28
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	28
CAPITULO IV.....	29
4. DISEÑO METODOLÓGICO.....	29
4.1 TIPO DE ESTUDIO	29
4.2 UNIVERSO	29
4.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	29
4.4 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	29
4.5 PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCION DE INFORMACION, INSTRUMENTOS A UTILIZAR Y METODOS PARA EL CONTROL DE CALIDAD DE LOS DATOS	29
4.6 PLAN DE ANÁLISIS.....	31



4.7ASPECTOS ÉTICOS.....	32
CAPÍTULO V.....	33
5. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	33
□ CUMPLIMIENTO DEL ESTUDIO.....	33
□ CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO.....	33
5.1CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	34
5.2 NIVELES DE DEPRESIÓN.....	39
5.3 FACTORES DE RIESGO	40
5.3.1 FACTORES PSICOLÓGICOS.....	40
5.4 FACTORES FAMILIARES.....	44
5.5FACTORES SOCIALES	46
CAPITULO VI.....	54
6. DISCUSIÓN.....	54
CAPITULO VII.....	57
7. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y BIBLIOGRAFÍA.....	57
7.1 CONCLUSIONES.....	57
7.2 RECOMENDACIONES	58
7.3 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59
ANEXOS.....	62
ANEXO 1 ENCUESTA DATOS GENERALES	62
ANEXO 2 APGAR FAMILIAR	64
ANEXO 3 TEST DE HAMILTON.....	64
ANEXO 4 TEST DE ROSEMBERG	66
ANEXO 5 TEST DE VIOLENCIA FAMILIAR:	67
ANEXO 6 ASENTIMIENTO INFORMADO POR LA REPRESENTADA	69
ANEXO 7 CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL REPRESENTANTE LEGAL	70
ANEXO 8 OPERALIZACIÓN DE VARIABLES.....	72



LICENCIA Y AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Yo Jessica Viviana Durán Naranjo en calidad de autor/a y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación “**Niveles de depresión y factores de riesgo en adolescentes de Casas de acogida, cuenca 2016**”, de conformidad con el Art, 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el Repositorio Institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 114 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 08 de Enero del 2018

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Jessica Durán'.

Jessica Viviana Durán Naranjo

C.I: 0105385603



UNIVERSIDAD DE CUENCA

RESPONSABILIDAD

Yo Jessica Viviana Durán Naranjo, autor/a del proyecto de investigación "**NIVELES DE DEPRESION Y FACTORES DE RIESGO EN ADOLESCENTES DE CASAS DE ACOGIDA, CUENCA 2016**", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor/a.

Cuenca, 08 de Enero del 2018

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Jessica Durán Naranjo".

Jessica Viviana Durán Naranjo

C.I: 0105385603



UNIVERSIDAD DE CUENCA

LICENCIA Y AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Yo María José Mora Ramón en calidad de autor/a y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación “**Niveles de depresión y factores de riesgo en adolescentes de Casas de acogida, cuenca 2016**”, de conformidad con el Art, 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el Repositorio Institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 114 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 08 de Enero del 2018

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'María José Mora Ramón', enclosed within a blue oval scribble.

María José Mora Ramón

C.I: 0105366694



UNIVERSIDAD DE CUENCA

RESPONSABILIDAD

Yo María José Mora Ramón, autor/a del proyecto de investigación “**NIVELES DE DEPRESIÓN Y FACTORES DE RIESGO EN ADOLESCENTES DE CASAS DE ACOGIDA, CUENCA 2016**”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor/a.

Cuenca, 08 de Enero del 2018

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'María José Mora Ramón', enclosed within a blue oval scribble.

María José Mora Ramón

CI: 0105366694



DEDICATORIA

A mis Padres que son pilar fundamental en cada uno de mis logros, por su apoyo a lo largo de toda mi carrera superior tanto económico como moral inculcándome siempre que el éxito se basa en la perseverancia así como también el amor y los valores inculcados desde la niñez que me han transformado en la persona que soy hoy.

A mi hermano que es ejemplo de superación, dedicación y motivación.

A mis profesores que siempre han compartido sus conocimientos científicos y sus experiencias humanas que ayudaron a mi formación profesional.

Jessica Viviana Durán Naranjo.



DEDICATORIA

Dedico este proyecto de tesis a Dios que siempre ha estado conmigo en cada paso que doy, cuidándome y dándome fortaleza para continuar.

A mi madre quien a lo largo de mi vida ha velado por mi bienestar y educación siendo mi pilar fundamental y apoyo en todo momento. Depositando su entera confianza en cada reto que se me presentaba sin dudar ni un solo momento en mi inteligencia y capacidad.

A mi hermana por su compañía y apoyo incondicional y que todo el camino recorrido sirva de ejemplo para su futuro. Dedico también al compañero especial que Dios puso en mi camino y siempre me brindó su apoyo a pesar de los obstáculos, quien con sus palabras de aliento me ayudo a ser mejor persona y culminar con éxito esta etapa de mi vida, te agradezco por siempre estar ahí.

María José Mora Ramón.



AGRADECIMIENTO

Agradecemos el apoyo brindado durante estos años de estudio, a Dios por ser nuestra fortaleza para culminar con éxito nuestra carrera

Un infinito agradecimiento a nuestras familias por la confianza y el apoyo brindado pues en todo el trayecto de nuestra vida han corregido nuestras faltas y celebrado nuestros triunfos con amor y enseñanzas que contribuye a nuestra formación

También a nuestros profesores a quienes les debemos gran parte de nuestros conocimientos, gracias a su paciencia y enseñanza que marcaron el futuro de nosotras que siempre estuvieron ahí para brindarnos una mano de ayuda.

Finalmente a nuestra tutora master Amparito Rodríguez por su colaboración para la realización de esta tesis.

Las autoras.



CAPÍTULO I

1.1 INTRODUCCION

La depresión es un trastorno mental, que se caracteriza por sentimientos de tristeza, inutilidad, culpa y desesperanza; los que pueden llegar a ser graves afectando la vida cotidiana, disminuyendo y delimitando la actividad vital de las personas.

Las enfermedades depresivas hoy en día son consideradas como las principales en la población mundial, pues cada vez es más común encontrarnos con un cuadro depresivo, aun así no se habla de ella abiertamente, sigue subestimada y se la confunde con un mal momento; sin embargo este problema puede mostrarse en diferentes grados y sus síntomas son distintos en cada persona.

Se estima que para el año 2020, la depresión ocupará el segundo lugar como padecimiento incapacitante y la primera en países desarrollados. Este trastorno afecta en promedio al 15% de la población en el mundo, por lo que, alrededor de 340 millones de personas presentan un episodio depresivo (1)

Las estadísticas indican que uno de cada cinco adolescentes sufre de depresión en algún momento de esta etapa de su vida.

La depresión es la enfermedad que más contribuye a la carga mundial de morbilidad entre los jóvenes de 15 a 19 años de edad. La frecuencia de trastornos mentales entre los adolescentes ha aumentado en los últimos 30 años.

En el informe: Salud en las Américas-Ecuador (2012), publicado por la Organización Panamericana de la Salud; entre 2008 y 2010 en el Ecuador las cifras de depresión y ansiedad aumentaron (2)

Los adolescentes son la población más vulnerable a sufrir este trastorno, aunque son ellos mismo quienes niegan estos síntomas de tristeza lo que dificulta su diagnóstico. También se sienten intimidadas y no aceptan tener este problema por miedo a la reacción negativa que puedan tener de la sociedad en la que se encuentran.

Existen diferentes factores de riesgo a los que están expuestos en su diario vivir como los: psicológicos, sociales y familiares los mismos que se presume están relacionados



al desarrollo de este trastorno pues por razones naturales de la edad los adolescentes los asimilan de mala manera dando espacio a la depresión.

Entre los factores que exponen a los adolescentes a la depresión y a las reacciones al estrés se encuentran (3):

- Imagen corporal negativa, que puede producir depresión y trastornos alimentarios.
- Mayor capacidad de reflexionar sobre uno mismo y sobre el futuro, lo que causa depresión cuando el adolescente piensa en las posibilidades negativas.
- Problemas familiares o de salud mental de los padres, que pueden originar reacciones de estrés y depresión, al igual que trastornos conductuales.
- Conflictos conyugales o divorcio y problemas económicos de la familia, que pueden ocasionar depresión y estrés.



1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Una de las necesidades primordiales en las instituciones con población adolescente debería ser la salud mental, puesto que en nuestra sociedad no existe o es deficiente la atención brindada por los establecimientos.

En la actualidad la depresión es un problema social que no solo afecta a nivel personal sino también al entorno en el que se desarrolla, este trastorno puede llegar a ser crónico o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o educación y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de fármacos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se puede necesitar medicamentos y psicoterapia profesional (4)

El grupo más vulnerable son los adolescentes por estar expuestos a diferentes problemas psicológicos, sociales y familiares como: la desintegración familiar en donde los padres abandonan el hogar o por el descuido de sus propios progenitores, violencia intrafamiliar, deserción escolar, baja autoestima, consumo de alcohol y sustancias psicotrópicas, así como también conducta rebelde y el deterioro de imagen y de su identidad que influyen de manera distinta de persona a persona, alterando así su calidad de vida.

Al presentarse esta enfermedad en adolescentes internadas en casas de acogida pueden sentirse fracasadas consigo mismas y con otras personas que están a su alrededor impidiendo así seguir su desarrollo normal desencadenando sentimientos de desesperación, aislamiento, inferioridad y culpabilidad, retrasando de esta manera su tratamiento en la institución.

1.3 JUSTIFICACIÓN

Un gran número de adolescentes están expuestos a presentar depresión en cualquier etapa de su vida por lo tanto es de vital importancia realizar este estudio para colaborar con la institución dando alcances sociales para que de una manera u otra se pueda disminuir el índice de depresión o a su vez evitando su complicación, por medio de la interacción con las adolescentes, a través de encuestas y test, los mismos que sirven



para identificar el nivel de depresión y así poder conocer el impacto de este trastorno que se desencadena a partir de los diferentes factores de riesgo.

Es importante conocer los factores causantes para poder trabajar en ellos así como también es fundamental que esta investigación sea la puerta para el inicio de muchas más en beneficio de las adolescentes.

El interés científico de la presente investigación se basa en la importancia del diagnóstico de depresión en las adolescentes por tratarse de jóvenes de un grupo especial dentro de la sociedad las mismas que son susceptibles por el medio en el que se están desarrollando como personal de salud es necesario prestar atención a los diferentes problemas que se presentan en el campo de la salud mental.

El beneficio que obtendremos en esta investigación nos ayudará no solo a nivel personal sino también académico, a través del fortalecimiento de conocimientos sobre el tema expuesto para que en un futuro seamos profesionales de calidad y de esta manera brindemos un proceso de atención oportuna colaborando en posibles soluciones en una área determinada de salud de forma adecuada a pacientes que se presenten con este trastorno.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEORICO

2. 1 Antecedentes

En la India un estudio calculó prevalencia de depresión en adolescentes que vivían en un orfanato. Dicha investigación se realizó en el departamento de pediatría del Hospital e Instituto Chetnad, en la localidad de Tamil Nadu. Los autores, Ganavi Ramagopal, Shobana Narasimhan y L. UmaDevi tomaron una muestra de 180 chicos entre los 12 y los 18 años. En ellos se encontró hasta un 35% de depresión según la escala de Hamilton (1)

En Sao Paulo, Brasil, Emilio Salle y Cols en el año 2012 se usó el Beck Depression Inventory para medir depresión en un total de 503 alumnos entre 15 y 17 años de edad. Los niveles de prevalencia por depresión se encontraron en casi un 11% (2)



En la ciudad colombiana de Santa Marta, Fernando Robert Ferrel Ortega, Juana Vélez Mendoza y Lucia Fernanda Ferrel Ballestas analizaron niveles de depresión en adolescentes de una secundaria. Un total de 140 alumnos fueron tomados y se les aplicó la escala de Zung para Depresión y la Escala de Autoestima de Rosenberg (4).

Una investigación en Quito, a 52 adolescentes en el año 2014 por Ávila Romero concluyó que la depresión es el síntoma predominante en adolescentes que no cuentan con apoyo familiar. (5)

Un análisis de frecuencia de ansiedad y depresión en Cuenca, en el año 2016 realizado por Mónica Astudillo y Andrés Inga, encontró niveles de hasta un 17,14% para depresión. Para dicha investigación se tomó una muestra de 35 niñas entre los 5 y los 18 años utilizándose como instrumento el Inventario CDI (Children's Depression Inventory) (6).

Igualmente en la provincia ecuatoriana del Azuay, Diego Calle Samaniego y Patricia Cabrera Castillo aplicaron Test de Hamilton para medir depresión a 10 adolescentes de los cuales un 50% de ellos mostró algún tipo de síntoma positivo de depresión. En dicha investigación se aplicó también el test de Beck dando igual porcentaje para adolescentes con síntomas de depresión por sentimientos de fracaso (7)

La crisis económica que vive Ecuador hizo crecer los casos de depresión en Quito, Guayaquil y Cuenca. La enfermedad afecta a personas de distintas edades y clases sociales, y termina en muchas ocasiones de forma trágica porque lleva a un elevado número de ecuatorianos, sobre todo jóvenes, a intentar el suicidio. Se han registrado más de 1.000 casos de intentos de autoeliminación. Bernardo Arauz, psicólogo y miembro del departamento de salud mental del Hospital Voz Andes, advirtió que 80 por ciento de los suicidios reportados en esa casa de salud en los dos últimos años fueron cometidos por adolescentes (8)

2.2 Fundamento teórico

Adolescencia

La adolescencia es una etapa de transición que supone importantes transformaciones a nivel biológico, cognitivo y social, las cuales aparecen en mayor proporción comparándolas con las que se suscitan en otros periodos de edad. Para el



adolescente los cambios físicos, así como en las relaciones que establece con su grupo de referencia y amigos, implican un proceso de transformación en el concepto de sí mismo, que lo llevará a adquirir nuevas ideas, valores y prácticas y por lo tanto a construir una identidad propia. Todo esto, demanda en el joven el desarrollo de estrategias de afrontamiento que le permitan consolidar su autonomía y éxito tanto personal como social (9)

Los cambios de la pubertad inciden en el funcionamiento psicológico del adolescente la principal característica sería el inicio del alejamiento de los objetos primarios de amor (padres) y la búsqueda de nuevos objetos, se establece nuevas relaciones. La apariencia física preocupa sobre todo más a las mujeres que se sienten insatisfechas con su cuerpo. A menudo carecen de seguridad en sí mismas, son menos populares y tienden más a deprimirse y a presentar problemas de conducta (10)

Depresión

Los trastornos mentales se consideran un problema de salud a nivel mundial. Se estima que para el año 2020, la depresión ocupará el segundo lugar como padecimiento incapacitante y la primera en países desarrollados. La depresión afecta en promedio al 15% de la población en el mundo, por lo que, alrededor de 340 millones de personas presentan un episodio depresivo (1)

Además, el 20% de niños y adolescentes del mundo sufren alguna enfermedad mental (5)

La depresión, entendida como un conjunto de trastornos depresivos, está relacionada a esquemas de comportamiento que son analizados desde el sector de la salud (por lo que en la actualidad es considerado un problema de salud pública), esquemas considerados poco convencionales (11).

Este problema es la causa de otros factores como: “falta de ánimo, pérdida de interés, placer, sentimientos de culpa, baja autoestima, trastornos de sueño, falta de apetito, energía y de concentración” (9), además de problemas de peso e ideas suicidas; a mediano y largo plazo, pueden incidir en el desarrollo de “problemas psicológicos y



sociales”. De esta manera, los trastornos depresivos afectan en las actividades habituales de los individuos (relaciones interpersonales, laborales y en rendimiento estudiantil) (12).

El padecer una depresión tiene consecuencias y manifestaciones que afectan no solo al individuo sino a todo su grupo familiar y social(9). Aumentando el riesgo de conductas violentas, hábitos como el alcoholismo o el consumo de drogas o el suicidio (13).

Además, existe también riesgo de que las personas que sufren de depresión durante la niñez y la adolescencia desarrollen hasta la edad adulta la idea del suicidio, Así mismo, se sabe que la depresión aumenta durante la adolescencia temprana, llegando a ser mayor conforme se establece “la adolescencia media y tardía” (12).

Niveles de depresión

La determinación de niveles de depresión depende del tipo de clasificación al que se hace referencia, los cuales se dan por “número, el tipo y la intensidad de los síntomas, así como en el deterioro funcional” (14), siendo así los siguientes tipos de niveles:

Niveles leves o bajos de depresión

Los niveles leves de depresión son aquellos que en las medidas realizadas según el método de medición utilizado represente una puntuación baja. De esta manera, estos niveles presentan apenas 5 o 6 síntomas propios de esta condición con lapsos cortos y “criterios mínimos para la depresión”, con un ligero deterioro, aunque en otro tipo de mediciones se habla de la presencia “de 2 a 3 del criterio B” (15). A estos niveles, según la denominación utilizada, se los denomina también como depresión leve.

Se recomienda que el tratamiento adecuado al respecto es una “atención clínica de apoyo”, y la educación enfocada en la psicología, dirección y apoyo (14).



Niveles moderados o medios

Estos niveles presentan una peligrosidad media, entre los niveles bajos y graves (16), y, según algunas guías, se habla de la presencia de “al menos 2 síntomas. El tratamiento es similar al de los niveles bajos, adicionando el uso de antidepresivos, entre los cuales se mencionan: “Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS)”, los cuales tienen menor impacto colateral que otros medicamentos (14).

Niveles severos o altos

Los niveles severos “se caracterizan por la presencia de la mayoría de los criterios y por una incapacidad evidente y observable” (16). Estos niveles exigen tratamiento (existe en este grupo de personas un alto riesgo de suicidio, de ahí la urgencia expresada) (17), los cuales, además de los propios de los niveles bajos y moderados, deben incluir psicoterapia (14). Por otra parte, se ha expresado un alrededor del 30 % de personas con depresión puede llegar a presentar niveles severos o graves (17)

Factores de riesgo de depresión en adolescentes

La adolescencia es sin lugar a dudas un grupo de individuos vulnerable, ya que existen factores que pueden desencadenar la depresión; aspectos como relación con los padres, relaciones con compañeros y amigos contemporáneos, comportamientos, “logros y compromiso académico”. De esta forma, estos factores pueden ser: biológicos, psicológicos, familiares y sociales; a causa de los objetivos del presente estudio, no se tomaron en cuenta los factores biológicos, por ser considerados factores relacionados a otro tipo de investigaciones. Es bastante común que muchos de estos factores estén asociados entre sí, generando lo que se conoce como “síndrome depresivo” (12).

Existen factores de riesgo específicos que originan o influyen en algunas conductas psicopatológicas, como por ejemplo, las problemáticas emocionales caracterizadas por depresión, ansiedad, ataques de pánico. También el suicidio aparece, en todos



los países occidentales, entre las tres causas principales de muerte en los adolescentes. Este tema, de preocupación mundial ha sido ampliamente analizado en diversos estudios (13)

Factores psicológicos

Los factores psicológicos son de los más importantes de analizar en este trabajo, pues depende justamente del área psicológica su evaluación y tratamiento, así como su estudio para propender a una atención adecuada. Se debe recordar que este problema tiene en la actualidad una perspectiva de salud pública, por lo que el área mencionada, además del trabajo de diferentes profesionales de la salud (donde la Enfermería juega un papel preponderante):

 Cuando se manifiesta la conducta suicida el primer paso es la valoración psicológica donde se incluya los factores de riesgos tanto sociales como contextuales, dentro del equipo de salud que atiendan a dicho adolescente deben estar profesionales preparados que evalúen el perfil, el riesgo del paciente. (18)

Como parte de los factores psicológicos que tomamos en cuenta para este estudio, se pueden describir los siguientes:

Dentro del ámbito de la psicoterapia, uno de los enfoques más influyentes fue el de Beck, basado en el supuesto de que existe una relación causal unidireccional entre el sistema de creencias de la persona y sus afectos y emociones. Según este autor, la base de la depresión se encuentra en un triple déficit en el sistema de creencias que lleva a la persona a percibirse a sí misma, al mundo y al futuro en términos negativos.

 Esta tríada cognitiva, que tiene su origen en las experiencias tempranas del individuo, implica errores sistemáticos en el pensamiento y distorsiones en el procesamiento de la información.

Según Beck, existe un determinado grado de vulnerabilidad o tendencia a la depresión, que es el resultado de la activación de determinados esquemas,



constituidos por actitudes disfuncionales y pensamientos automáticos que desembocan en una percepción distorsionada de la realidad.

Situándonos en el ámbito de la psicología social, el giro cognitivista que se produjo en la psicología también tuvo un reflejo en las explicaciones de la depresión, que comienzan a buscar referentes teóricos en las teorías de la atribución (19)

La percepción de los adolescentes sobre sí mismos en cuadros de depresión es de una vida negativa, por lo cual no es posible para ellos desarrollarse en una vida plena ni disfrutar de sus actividades o hábitos: “está la tristeza, nostalgia, frustración y eventos externos, negación frente a la vida (...), depresión, falta de concentración, pérdida de memoria y descuido de la higiene personal”. A esto hay que sumar, como se ha mencionado anteriormente, la ideación suicida que está presente en sus pensamientos (18).

Otro tipo de cognición que ha sido vinculada con la depresión en adultos y niños/as es la autoestima negativa. Una autoevaluación negativa es conceptualizada como otro factor en el desarrollo y mantenimiento de la depresión de acuerdo con la teoría cognitiva (Beck, 1967). La autoestima es un elemento importante en la adolescencia. Durante ésta, la autoestima es influenciada por el desarrollo del razonamiento abstracto y la búsqueda de identidad (14)

Factores familiares

Los hijos son los que sufren las consecuencias de la disolución familiar a nivel emocional y psíquico, por encontrarse en un período de cambios importantes en la vida del ser humano (12).

Es importante considerar el contexto familiar en el estudio de la depresión, pues en este las personas se desarrollan en sus primeros años, formándose los adolescentes para enfrentar más adelante al mundo que los rodea. “La familia es la base fundamental de la sociedad, en ella se dan las primeras conductas, el apego, amor y proporcionan un medio para la crianza de los hijos”. Aspectos como la falta de figuras paternas o de familiares en general incide directamente en la forma de orientación de



los adolescentes, que en esta edad presentan “cambios físicos, psicológicos y sociales” (9).

En la última década, el porcentaje de familias desestructuradas ha ido en vertiginoso aumento en el mundo entero, y de manera especial en los países en vías de desarrollo y subdesarrollados. Las causales principales de este fenómeno psicosocial son la crisis económica y el creciente desempleo, lo que conlleva además a la emigración de uno o ambos progenitores en busca de mejores fuentes de trabajo que oferten mayores ingresos (12).

En familias desestructuradas, los adolescentes presentan mayor incidencia de depresión (y en general en el desarrollo de varias enfermedades psiquiátricas), y los casos se acentúan cuando las familias no hacen seguimiento o acompañamiento de los casos de depresión. Otro de los casos con mayor incidencia de depresión se establece en familias monoparentales (siendo también incidencia en otras enfermedades psiquiátricas), situación que “provoca cambios fundamentales en los ámbitos familiar, social y psíquico, que afectan así la percepción que el adolescente tiene del mundo circundante y generan crisis psicológicas y emocionales en ellos” (12).

Por otra parte, la forma de cohesión familiar, entendida como la relación, establecimiento e intensidad de los lazos familiares, son determinantes en el desarrollo o no de depresión: “está ampliamente probado por los estudios de sociología de la familia que la cohesión familiar afecta positivamente el desarrollo de los hijos y favorece el juicio moral de los niños”.

En este sentido, los padres juegan un papel importante en el desarrollo de los adolescentes como un referente moral y ético; es necesario que la comunicación entre ellos sea fluida, para que los lazos afectivos se fortalezcan, situación que aporta positivamente en el estado de ánimo de los adolescentes. No se debe olvidar que la relación entre padres tiene una influencia directa en la cohesión (12).

La representación de autoridad es un factor familiar importante a tomar en cuenta. Son consideradas como formas positivas de autoridad las que se muestran de manera



cálida, sin dejar de lado cierta disciplina; así, el niño y el adolescente pueden tomar conciencia de su comportamiento, sin por eso estar en un estado de amenaza.

En cambio, relaciones en las que los padres incurren en “intrusividad” o provocar un sentido de culpa en los adolescentes afectan directamente en su rendimiento escolar y relaciones interpersonales y, por ende, en un eventual desarrollo de depresión (12).

Es importante anotar que en la relación con el padre dos factores fueron importantes, la forma de conversar y la dificultad para expresarle los sentimientos; resultados coherentes con la evidencia que señala que en los adolescentes los síntomas depresivos se han relacionado con el rechazo percibido, especialmente por parte del padre.

Factores sociales

Entre los factores sociales, se cita: el “contexto social, económico, ideológico, roles”. La incidencia en la depresión puede llegar a ser mayor si varios de estos factores están presentes al mismo tiempo en la vida de los adolescentes. Es así que, de los factores sociales, se desglosan:

La situación económica, como parte del contexto social, es un factor que puede causar estrés, “como la extrema pobreza o indigencia” (12).

Condiciones de vivienda, en donde factores como el hacinamiento, la zona donde viven los adolescentes, o la falta de acceso a servicios básicos, son generadores de estrés; estos factores están directamente asociado a la situación económica (12).

En la actualidad es común observar a adolescentes con síntomas de depresión ocasionados por múltiples problemas emocionales, familiares, ambientales y sociales que muchas veces desencadenan comportamientos de «escape» como son el consumo de sustancias psicoactivas, convirtiéndolos en el tercer grupo con mayor prevalencia de ingesta de sustancias ilícitas.

Entre las variables que influyen en la toma de decisiones por parte de los adolescentes frente al consumo de sustancias psicoactivas está la situación familiar que es un punto



neurálgico en el desarrollo de habilidades sociales, ya que la poca o nula atención por parte de los padres se ha convertido en un factor predictor de consumo.

Los adultos se ven abocados a jornadas de trabajo extensas que los obligan a ausentarse 10 o más horas diarias, tiempo en el cual los adolescentes están solos sin la supervisión o guía de un adulto, esta situación genera sensación de soledad en ellos y convierte el tiempo libre de los adolescentes en una situación de riesgo propicia para el inicio de consumo de sustancias porque presentan problemas de baja tolerancia a la frustración, irritabilidad, déficit de autocontrol, baja autoestima, desconfianza y problemas con la autoridad, entre otros.

Igualmente, evidencian frustración cuando no se cubren las necesidades de seguridad, posesión, afecto y autorrealización; presentando comportamientos desesperanzados con algunos rasgos depresivos asociados al consumo de sustancias psicoactivas en la medida en que estas constituyen una forma rápida para experimentar sensaciones placenteras, modificar los sentimientos asociados al malestar emocional, reducir los trastornos emocionales, mitigar la tensión y el estrés, afrontar cambios y presiones del entorno.

De esta forma, el individuo afectado por problemas personales descubre en los productos psicoactivos un alivio inmediato a sus angustias cotidianas reforzando así la conducta de consumo. La depresión es una de las principales causas del consumo de sustancias psicoactivas en los adolescentes, sin embargo, la depresión puede ser también consecuencia del consumo estableciéndose así una relación en ambos sentidos, convirtiéndola en uno de los mayores problemas de salud pública.

(20)

La comorbilidad de la depresión y consumo de tóxicos se relaciona con síntomas más severos, episodios de alteración del humor más frecuentes, más intentos suicidas, mayor comorbilidad de enfermedades físicas, bajo funcionamiento y menor satisfacción de vida (21)



MARCO ANALÍTICO

Definición de casa de acogida

El término “acogida” se lo puede concebir desde tres puntos de vista (8,22):

1. Recibimiento que se ofrece a una persona cuando llega a un lugar.
2. Protección y cuidado, que se da a una persona que necesita ayuda o refugio.
3. Aceptación o aprobación pública que recibe una persona o cosa. (Farlex, 2014)

Con referencia a nuestro tema sería la segunda definición: “Protección y cuidado, que se da a una persona que necesita ayuda o refugio”. En esta situación son los niños, niñas y adolescentes que necesitan protección y cuidado, al encontrarse ante una situación de amenaza o vulneración de derechos, tales como: maltrato infantil, negligencia, explotación sexual, trabajo infantil, entre otros; que pongan en riesgo el desarrollo integral físico, psicológico y/o sexual del niño, niña o adolescente (8,22)

Ante este tipo de situaciones las casas de acogida se encargan en brindar una atención integral a los niños, niñas y adolescentes que han sido privados de su medio familiar. Cabe mencionar que las casas de acogida funcionan bajo las políticas sociales establecidas para los niños, niñas, adolescentes y sus familias que se encuentren en situación de riesgo.

Es por ello, que Sánchez y Bravo afirma que deben ser acogidos de manera temporal, en un espacio que brinde y garantice seguridad, tranquilidad, reflexión e inicio de cambio, con el fin de proporcionar un ambiente acorde a sus necesidades, mientras se restituye el derecho vulnerado y se resuelve la situación que motivó, a que sean acogidos en una institución (8,22)

APGAR FAMILIAR

El APGAR familiar es un instrumento que muestra el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global, incluyendo a los niños ya que es aplicable a la población infantil. Es útil para evidenciar la forma en que una persona percibe el funcionamiento de su familia en un momento determinado (16)



El APGAR familiar evalúa cinco funciones básicas de la familia considerada las más importantes por el autor: Adaptación, Participación, Gradiente de recurso personal, Afecto, y Recursos (16)

TEST DE HAMILTON

La escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión es una escala, hetero aplicada, diseñada para ser utilizada en pacientes diagnosticados previamente de depresión, con el objetivo de evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido. Se valora de acuerdo con la información obtenida en la entrevista clínica y a la información complementaria de otras fuentes secundarias.

La validación de la versión en español de esta escala se realizó en 1986 por Ramos-Brieva. Diferentes evaluaciones han permitido comprobar la validez discriminante, la fiabilidad y la sensibilidad al cambio, tanto en poblaciones hospitalizadas como ambulatorios (17)

TEST DE ROSEMBERG

El objetivo es evaluar el sentimiento de satisfacción que una persona tiene consigo misma. Entendemos por autoestima la consideración positiva o negativa de uno mismo. La Escala de Autoestima de Rosemberg ha sido traducida a 28 idiomas, y validada interculturalmente en 53 países.

Es la valoración que hacemos del conjunto de rasgos corporales, mentales y espirituales que configuran nuestra personalidad (17)



CAPITULO III

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar los niveles de depresión y factores de riesgo en adolescentes de casas de acogida.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir variables sociodemográficas: edad, procedencia, residencia, estado civil y nivel de instrucción.
- Determinar los niveles de depresión en las adolescentes de la casa de acogida mediante la aplicación del test de Hamilton.
- Identificar los factores de riesgos psicológicos, familiares y sociales que desencadenan depresión en las adolescentes de casas de acogida en la ciudad de Cuenca.



CAPÍTULO IV

4. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE ESTUDIO

El tipo de estudio de nuestra investigación es observacional descriptivo de corte transversal; pues pretendemos identificar y describir los factores de riesgo y los niveles de depresión en las adolescentes, mediante la aplicación de encuestas y el test de Hamilton.

4.2 UNIVERSO

El universo estuvo compuesto por un total de 70 adolescentes internadas en las casas de acogida de: El Buen Pastor, Miguel León, Hogar de la Madre y el Niño

4.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Adolescentes que se encuentran en las casas de acogida.
- Adolescentes que hayan tenido el asentimiento propio y el consentimiento de la persona a cargo.

4.4 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Adolescentes con problemas mentales
- Adolescentes con medicación antidepresiva.
- Adolescentes que deseen retirarse por razones personales.

4.5 PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCION DE INFORMACION, INSTRUMENTOS A UTILIZAR Y METODOS PARA EL CONTROL DE CALIDAD DE LOS DATOS

Para el presente proyecto, hemos determinado un tema de investigación como es “NIVELES DE DEPRESIÓN Y FACTORES DE RIESGO EN ADOLESCENTES DE CASAS DE ACOGIDA, CUENCA 2016” en donde elaboramos y entregamos los oficios respectivos a cada Directora de cada una de las casas de acogida, en el que se indica



de la manera más comedida se nos digne participar en cada una de las instituciones explicando el motivo, tema de investigación y la persona quien lo dirigió.

- Para evaluar los datos sociodemográficos realizamos una encuesta en donde se explicó a cada adolescente que responda de manera directa cada ítem con su información personal
- Para evaluar la funcionalidad familiar se utilizó el APGAR familiar que tiene un puntaje que está entre 0 a 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación:
 - ✓ 0: Nunca
 - ✓ 1: Casi nunca
 - ✓ 2: Algunas veces
 - ✓ 3. Casi siempre
 - ✓ 4: Siempre.

Interpretación del puntaje:

- ✓ Normal: 17-20 puntos
 - ✓ Disfunción leve: 16-13 puntos.
 - ✓ Disfunción moderada: 12-10 puntos
 - ✓ Disfunción severa: menor o igual a 9
-
- Para determinar los niveles de depresión se utilizó el test de Hamilton que evalúa cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valora los cambios del paciente deprimido.
Cada ítem tiene entre tres y cinco posibles respuestas, con una puntuación de 0-2 ó de 0-4 respectivamente. La puntuación total va de 0 a 52. Pueden usarse diferentes puntos de corte a la hora de clasificar el cuadro depresivo.
 - ✓ No deprimido: 0-7
 - ✓ Depresión ligera/menor: 8-13
 - ✓ Depresión moderada: 14-18
 - ✓ Depresión severa: 19-22
 - ✓ Depresión muy severa: >23

Para la evaluación de la respuesta al tratamiento se ha definido como respuesta una disminución mayor o igual del 50% de la puntuación inicial de la escala, respuesta parcial como una disminución entre el 25-49% y una no respuesta como una reducción de menos del 25%. La remisión se ha considerado con una puntuación menor o igual



a 7, aunque hay resultados que apoyan que este punto de corte debería de tener un valor más bajo (17)

- Para determinar los factores de riesgo que desencadenan depresión en las adolescentes en casas de acogida se aplicó los siguientes test:
 - Test de Rosemberg que evalúa la autoestima de la persona

Normas de aplicación:

La persona evaluada responde los 10 ítems en una escala tipo likert de 4 puntos.

- A. Muy de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. En desacuerdo
- D. Muy en desacuerdo
- ✓ **Puntuación entre 0 y 25:** Tu autoestima es baja.
- ✓ **Puntuación entre 26 y 29:** Tu autoestima es normal.
- ✓ **Puntuación entre 30 y 40:** Tu autoestima es buena, incluso excesiva.(17)

-Test de Violencia familiar

- ✓ **De 0 a 11 Relación abusiva.** Hay conflictos en la relación pero puedes resolverlos sin violencia, observa tu conducta.
- ✓ **De 12 a 22 Primeras manifestaciones de abuso.** La violencia en la relación está comenzando y puede aumentar en el futuro. Mantente alerta.
- ✓ **De 23 a 34 Abuso.** La violencia es parte de tu dinámica de pareja, es importante que solicites ayuda profesional y considera la posibilidad de abandonar tu casa temporalmente.
- ✓ **35 a 45 ¡Abuso peligroso!** Vives violencia severa, debes tener apoyo institucional pues tu integridad física y mental corre riesgo.(18)

4.6 PLAN DE ANÁLISIS

Una vez que los datos fueron recolectados en los formularios se transcribió la información a la base digital y se analizó los datos mediante el programa SPSS versión 22, previo el análisis de datos se recodificó las variables. El análisis descriptivo se hizo mediante frecuencias, porcentajes gráficos de barras de pasteles para variables



nominales y mediante estadísticos de como la media, mediana (desviación estándar) para variables numéricas.

Para determinar la asociación entre las variables, se analizó los datos en tablas de doble entrada, para lo cual se utilizó estadístico Odd Ratio con su intervalo de confianza del 95%, en las tablas de 2x2 y el chi cuadrado para la relación entre la depresión y los factores de riesgo

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Se tuvo en cuenta la veracidad de resultados; el respeto por la propiedad intelectual; el respeto por las convicciones políticas, religiosas y morales; respeto por el medio ambiente y la biodiversidad; responsabilidad social, política, jurídica y ética; respeto a la privacidad; proteger la identidad de los individuos que participan en el estudio; honestidad, etc.

El presente estudio cumplió con las normas éticas de investigación; no existe riesgo alguno en el procedimiento a emplearse para los participantes en el estudio. Se dio a conocer información amplia sobre el propósito de la investigación y se solventó todas las dudas que tengan las adolescentes que participen en el estudio. Se solicitó que firmen el consentimiento informado previo al inicio de la aplicación de los test, las adolescentes estuvieron en libertad de no participar o retirarse de la investigación si lo consideraran necesario. El estudio está basado en normas éticas estrictas tanto como en la confidencialidad de datos.



CAPÍTULO V

5. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

- **CUMPLIMIENTO DEL ESTUDIO**

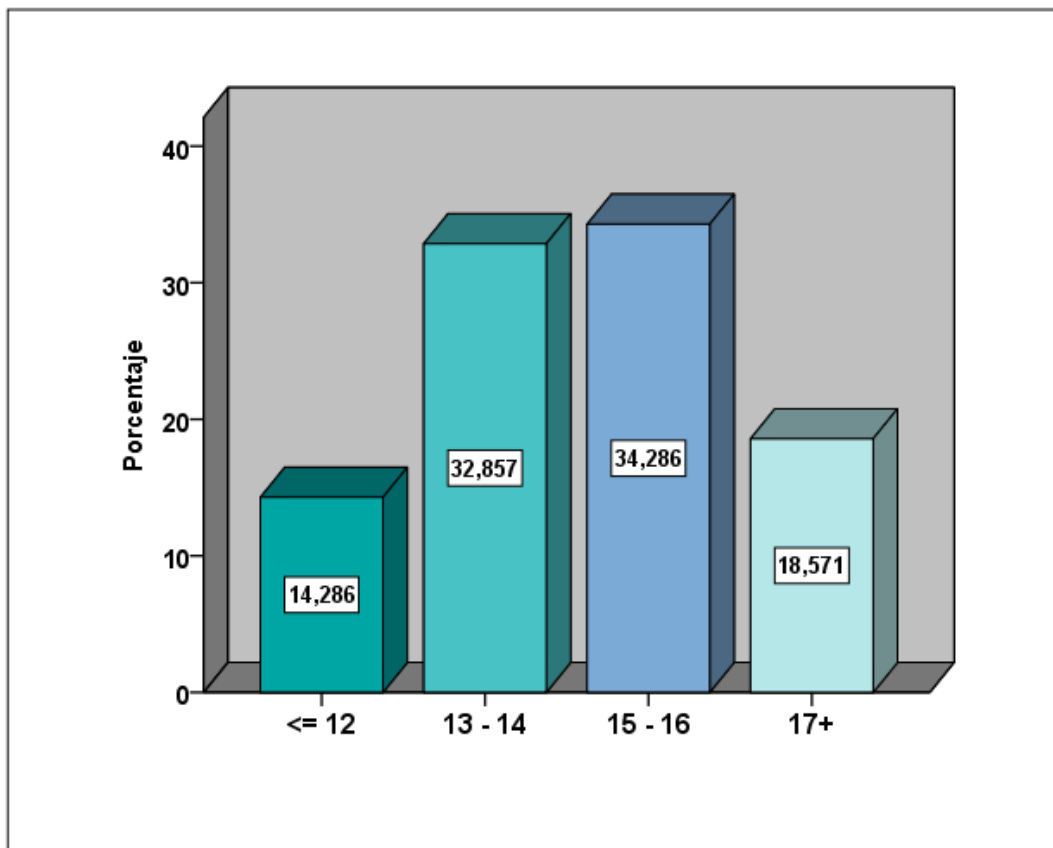
La investigación cumplió con los objetivos planteados obteniendo los resultados esperados, se determinaron las variables sociodemográficas, niveles de depresión según la aplicación del Test de Hamilton y la identificación de los factores de riesgo relacionados para presentar este trastorno.

- **CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO**

La población de estudio estuvo compuesta por 70 adolescentes mujeres residentes en las casa de acogida con edades dentro de 12 a 17 años.

5.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

GRÁFICO N° 1 DISTRIBUCIÓN DE 70 ADOLESCENTES DE CASAS DE ACOGIDA SEGÚN EDAD, CUENCA 2016

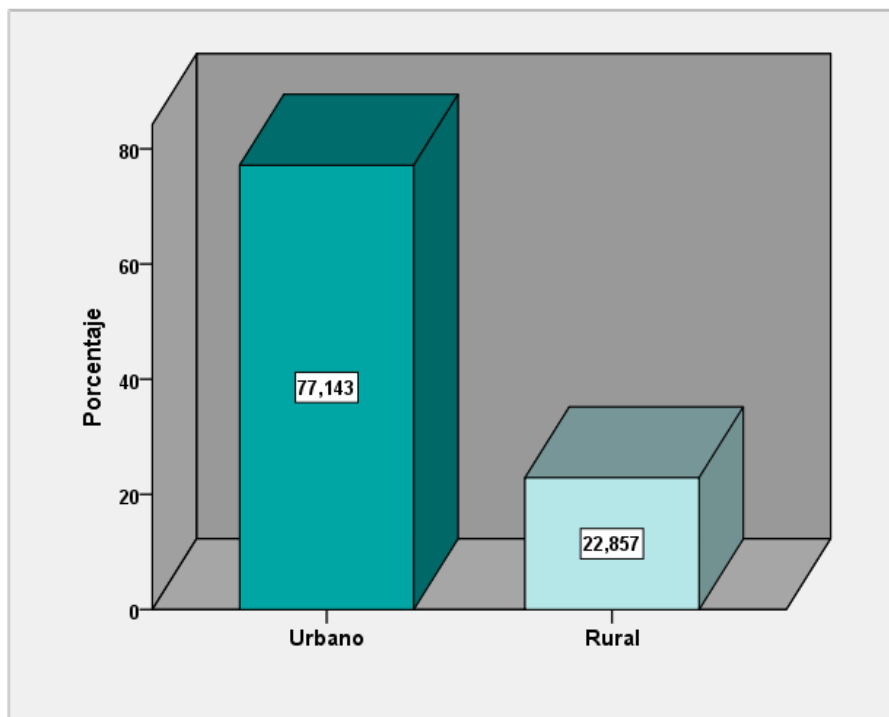


Fuente: Encuesta de datos generales

Elaborado por: Las autoras

De un total de 70 encuestas realizadas a adolescentes de diferentes casas de acogida se obtuvo que la mayoría de ellas tiene una edad entre 15 y 16 años con un porcentaje de representación del 34,29%; así mismo se obtuvo que adolescentes de 12 años tuvieron menor influencia en la realización de estas encuestas con un porcentaje de representación del 14,29%.

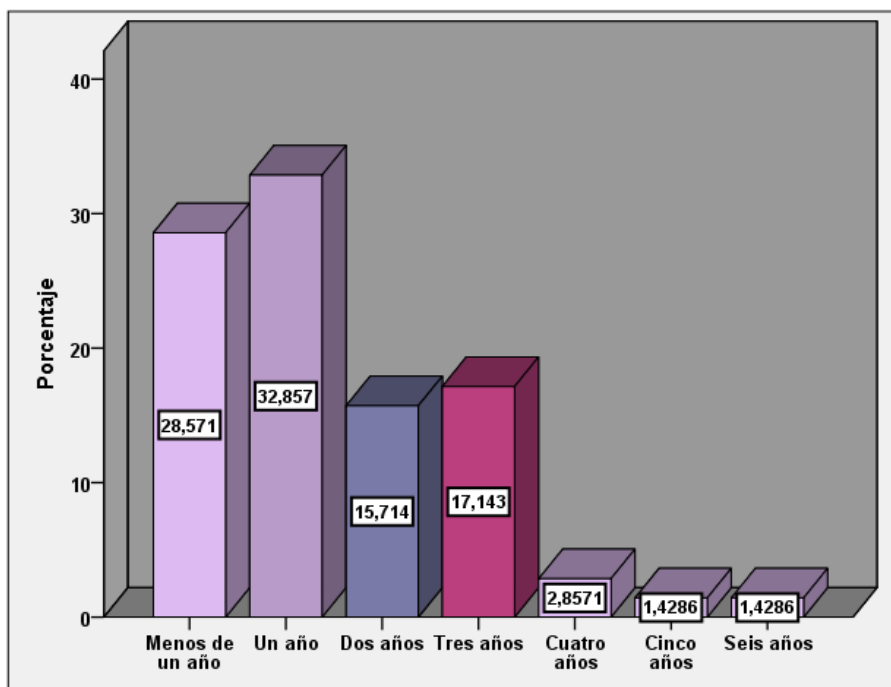
GRÁFICO N° 2 DISTRIBUCIÓN DE 70 ADOLESCENTES DE CASAS DE ACOGIDA SEGÚN PROCEDENCIA, CUENCA 2016



Fuente: Encuesta de datos generales
Elaborado por: Las autoras

Al realizar el análisis de procedencia de las encuestadas se obtuvo que la mayoría de ellas proviene de zonas urbanas con un 77,14% y el 22,86% proviene de zonas rurales.

GRÁFICO N° 3 DISTRIBUCIÓN DE 70 ADOLESCENTES DE CASAS DE ACOGIDA SEGÚN TIEMPO DE RESIDENCIA, CUENCA 2016

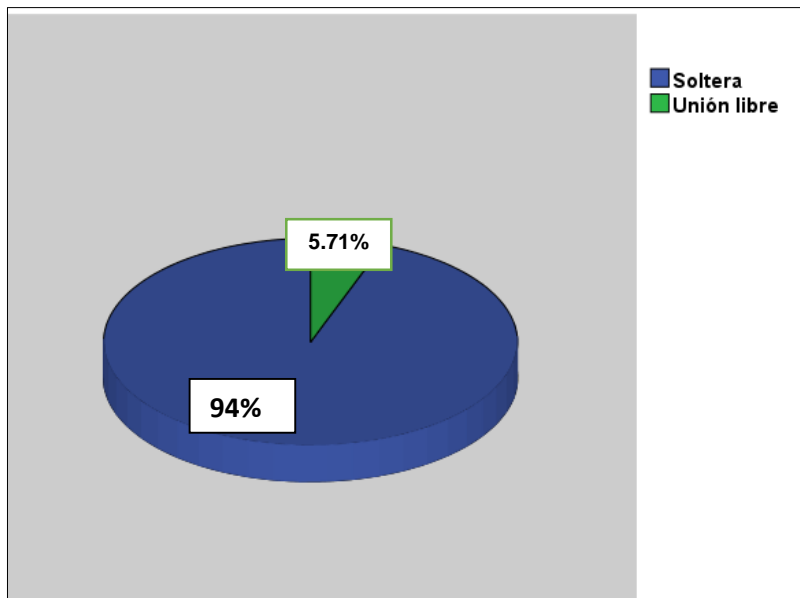


Fuente: Encuesta de datos generales

Elaborado por: Las autoras

La presente gráfica nos indica que la mayoría de encuestadas tiene una permanencia en la casa de acogida de un año con un porcentaje de representación de 33% aproximadamente y que en menor proporción las adolescentes tienen una permanencia de cinco a seis años con un porcentaje de 1,43%.

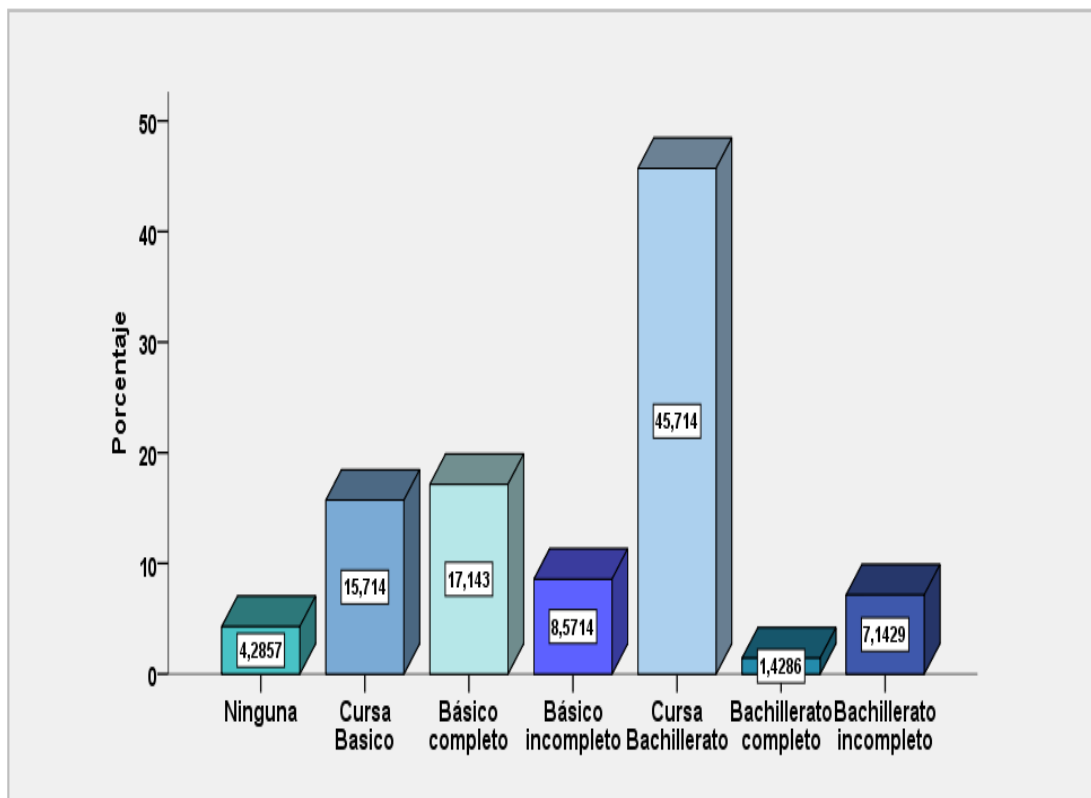
GRÁFICO N° 4 DISTRIBUCIÓN DE 70 ADOLESCENTES DE CASAS DE ACOGIDA SEGÚN ESTADO CIVIL, CUENCA 2016



Fuente: Encuesta de datos generales
Elaborado por: Las autoras

Con esta gráfica se representa que de las 70 encuestas practicadas a las adolescentes de las casas de acogida el 94% de ellas son solteras y que la diferencia se mantiene en unión libre con un porcentaje de representación del 5,71%.

GRÁFICO N° 5 DISTRIBUCIÓN DE 70 ADOLESCENTES DE CASAS DE ACOGIDA SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN, CUENCA 2016

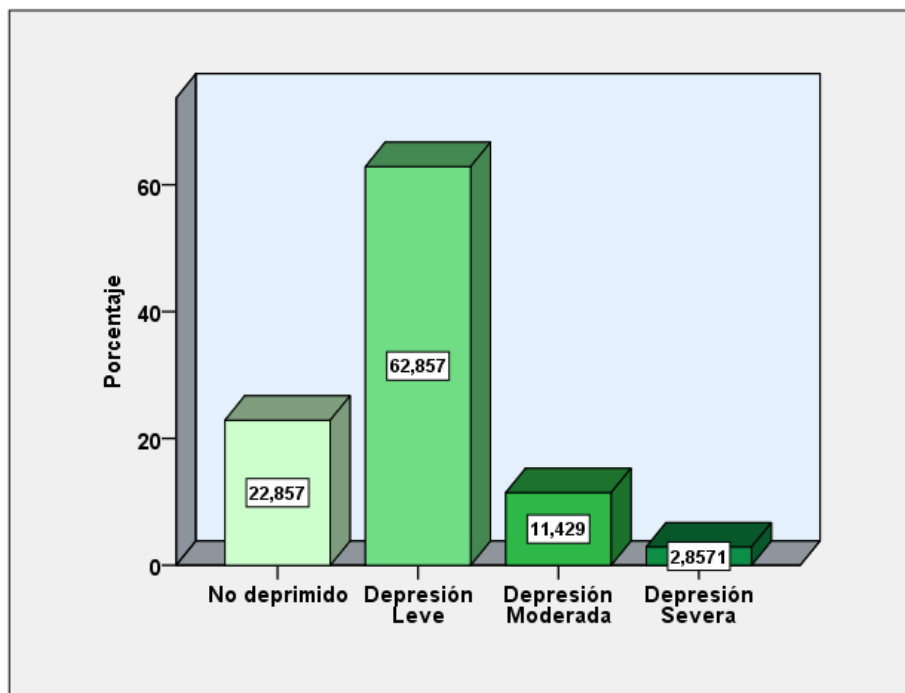


Fuente: Encuesta de datos generales
Elaborado por: Las autoras

Del total de encuestadas realizadas se obtiene que el 46% aproximadamente está cursando el bachillerato y que tan solo un 1,42% ha culminado sus estudios secundarios. Por otra parte, se rescata que tan solo el 4% de las adolescentes no tiene ningún tipo de instrucción.

5.2 NIVELES DE DEPRESIÓN

GRAFICO N°6 DISTRIBUCIÓN DE 70 ADOLESCENTES DE CASAS DE ACOGIDA SEGÚN RESULTADO DEL TEST DE HAMILTON, CUENCA 2016



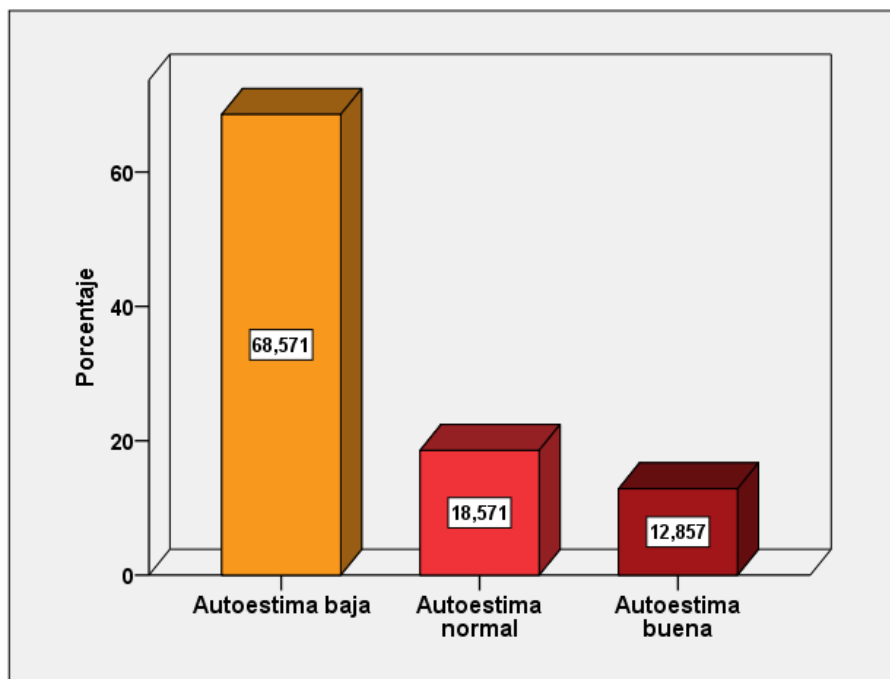
Fuente: Encuesta de datos generales
Elaborado por: Las autoras

Del análisis realizado a 70 adolescentes de distintas casas de acogida se obtiene que la mayoría de ellas presenta cambios de emociones con una condición de depresión ligera en un 63% aproximadamente; también se encuentra casos de depresión moderada con un 11% y tan solo un 3% que presenta una depresión severa.

5.3 FACTORES DE RIESGO

5.3.1 FACTORES PSICOLÓGICOS

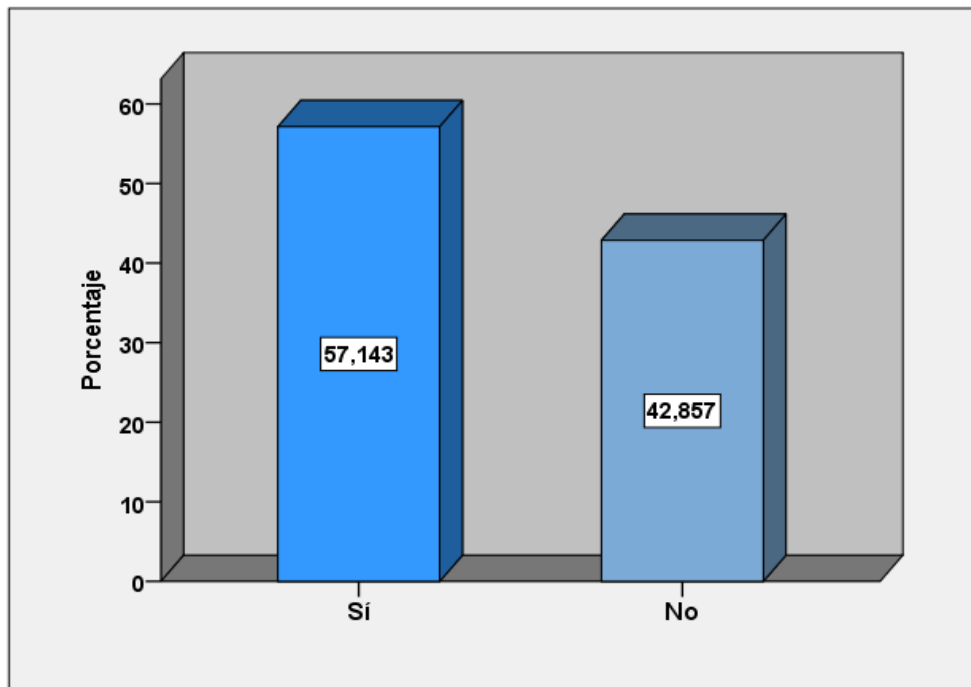
GRÁFICO N°7 DISTRIBUCIÓN DE 70 ADOLESCENTES DE CASAS DE ACOGIDA SEGÚN TEST DE ROSEMBERG, CUENCA 2016



Fuente: Encuesta de datos generales
Elaborado por: Las autoras

Mediante la aplicación del test de Rosemberg se determinó que el 68,57% de las encuestadas presenta una autoestima bajo, seguidamente de un 18,57% de personas que presentan una autoestima normal y tan solo un 12,86% que presenta un autoestima bueno.

GRÁFICO N° 8 DISTRIBUCIÓN DE 70 ADOLESCENTES DE CASAS DE ACOGIDA SEGÚN FACTOR PSICOLÓGICO DE DETERIORO DE LA IDENTIDAD, CUENCA 2016



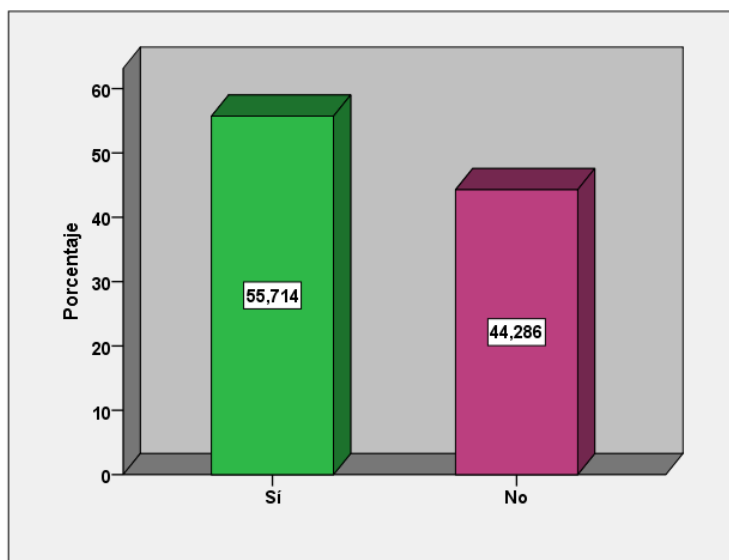
Fuente: Encuesta de datos generales
Elaborado por: Las autoras

La mayoría de encuestadas presentan un deterioro de identidad con un 55,71% y un 44% aproximadamente no presenta este rasgo psicológico.

5.3.3 DETERIORO DE LA IMAGEN

GRÁFICO N° 9 DISTRIBUCIÓN DE 70 ADOLESCENTES DE CASAS DE ACOGIDA SEGÚN FACTOR PSICOLÓGICO DE DETERIORO DE LA IMAGEN, CUENCA

2016

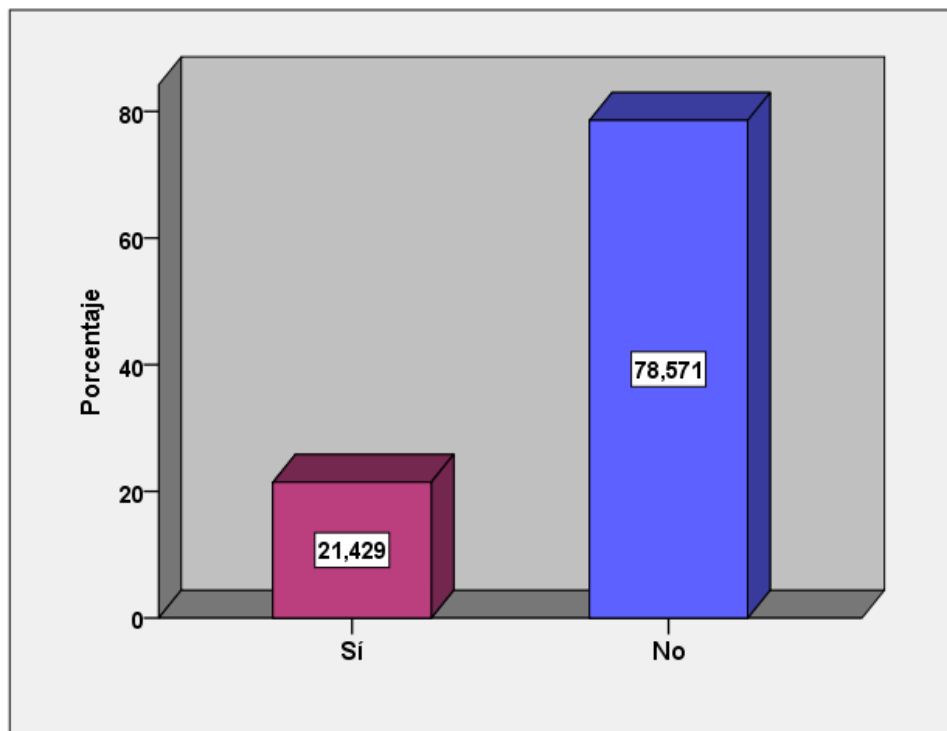


Fuente: Encuesta de datos generales
Elaborado por: Las autoras

Del total de encuestas practicadas a las adolescentes de las casas de acogida se obtiene que el 57,14% de ellas han sufrido pérdida de imagen y que el 42,86% no ha tenido esta característica.

5.3.4 REBELDÍA

GRÁFICO N°10 DISTRIBUCIÓN DE 70 ADOLESCENTES DE CASAS DE ACOGIDA SEGÚN FACTOR PSICOLÓGICO DE REBELDÍA, CUENCA 2016



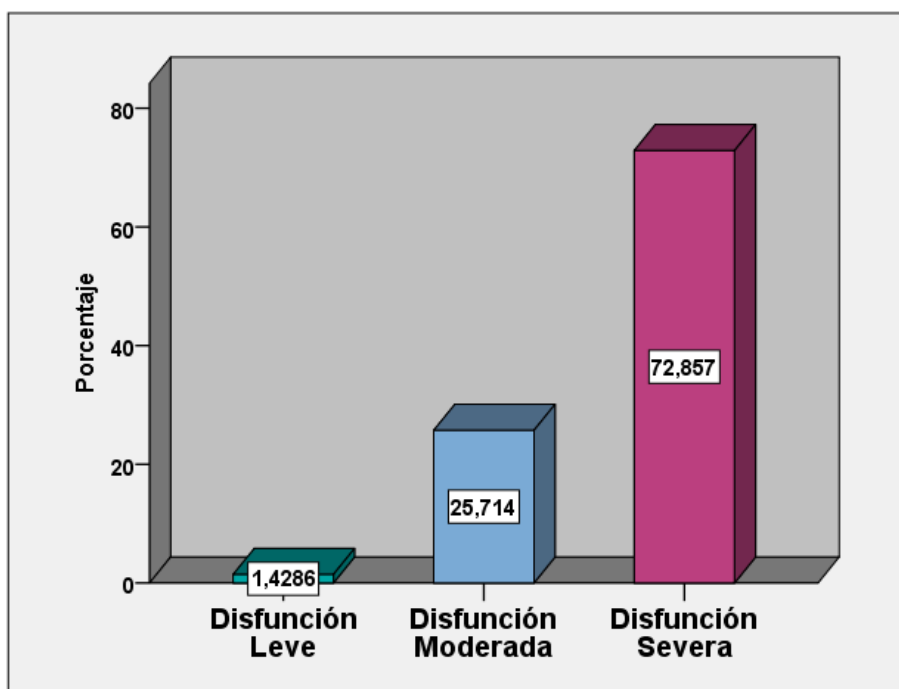
Fuente: Encuesta de datos generales
Elaborado por: Las autoras

Del total de encuestas practicadas a las adolescentes de las casas de acogida se obtiene que la mayoría de ellas no presenta la característica de rebeldía con un porcentaje de representación del 78,57% y que tan solo un 21% ha presentado esta característica.

5.4 FACTORES FAMILIARES

5.4.1 APGAR FAMILIAR

GRÁFICO N° 11 DISTRIBUCIÓN DE 70 ADOLESCENTES DE CASAS DE ACOGIDA SEGÚN EL TEST DE APGAR FAMILIAR, CUENCA 2016

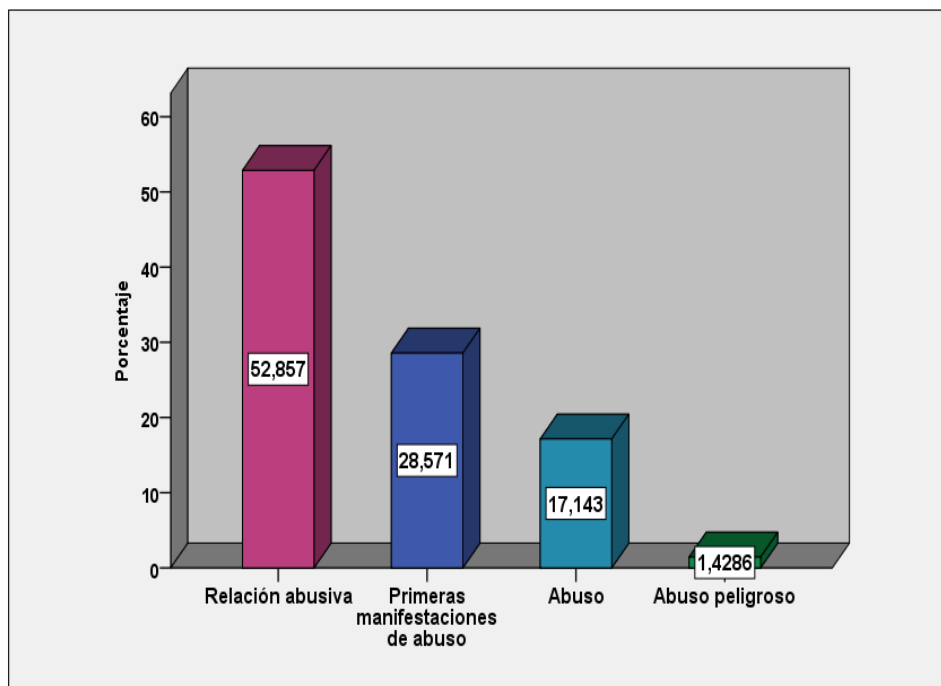


Fuente: Encuesta de datos generales
Elaborado por: Las autoras

Del total de encuestas practicadas se obtiene que la mayoría de adolescentes percibe una disfunción severa en su entorno familiar con un 73% aproximadamente; seguidamente de un total de 25% de personas que perciben una disfunción moderada y tan solo un 1,42% que percibe una disfunción leve.

5.4.2 TEST DE VIOLENCIA FAMILIAR

GRÁFICO N° 12 DISTRIBUCIÓN DE 70 ADOLESCENTES DE CASAS DE ACOGIDA SEGÚN EL TEST DE VIOLENCIA, CUENCA 2016



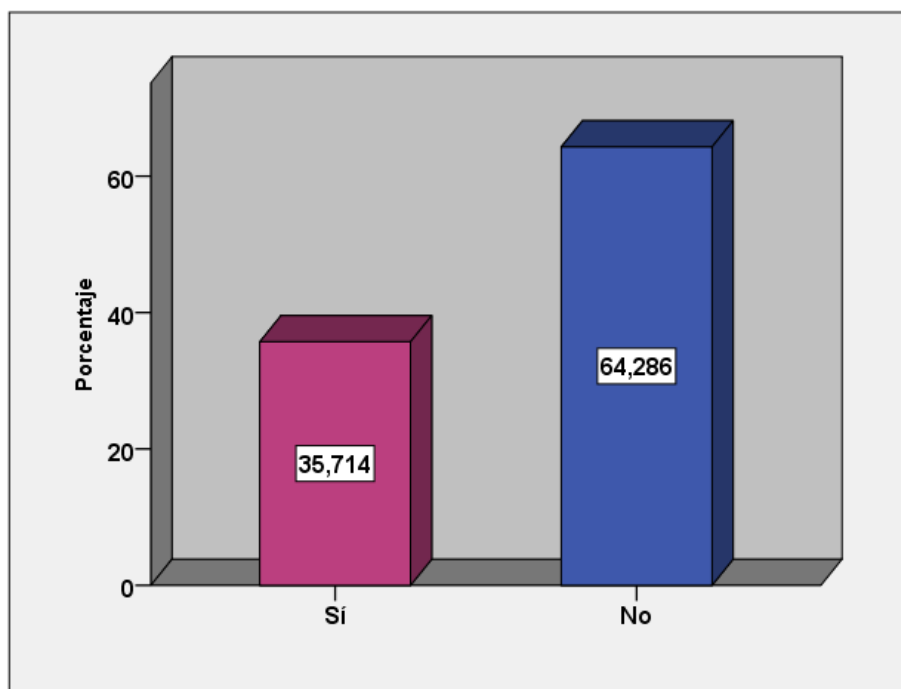
Fuente: Encuesta de datos generales
Elaborado por: Las autoras

De las encuestas realizadas a 70 adolescentes de distintas casas de acogida se obtuvo que la mayoría de ellas sufrió violencia familiar en relación abusiva con un porcentaje de representación del 53% aproximadamente y que solo el 1,42% sufrió un abuso peligroso.

5.5 FACTORES SOCIALES

5.5.1 CONSUMO DE SUSTANCIAS

GRÁFICO N° 13 DISTRIBUCIÓN DE 70 ADOLESCENTES DE CASAS DE ACOGIDA SEGÚN EL CONSUMO DE SUSTANCIAS, CUENCA 2016



Fuente: Encuesta de datos generales
Elaborado por: Las autoras

De las encuestas realizadas a las adolescentes de distintas casas de acogida se obtuvo que un 64% no consumió sustancias y que el 36% aproximadamente si lo hizo.



5.5.2 TIPO DE SUSTANCIAS

TABLA N° 1 DISTRIBUCIÓN DE LAS ADOLESCENTES SEGÚN EL TIPO DE SUSTANCIAS QUE CONSUMEN

TIPO DE SUSTANCIA	CONSUMO			
	NO		SI	
	F	P	F	P
ALCOHOL	1	1.5%	24	68.6%
MARIHUANA	16	24.6%	9	25.0%
HEROÍNA	25	38.4%	0	
COCAÍNA	23	35.3%	2	5.7%
TOTAL	65	99.8%	35	99.3%

Fuente: Encuesta de datos generales
Elaborado por: Las autoras

Del total de 70 adolescentes que han consumido sustancias lo han hecho en su mayoría de alcohol con un porcentaje de 68.6%, seguidamente de marihuana con 25% y finalmente de cocaína con 5.7%. Algunos consumen más de una sustancia.



5.6 RELACIÓN ENTRE FACTORES DE RIESGO Y DEPRESIÓN.

5.6.1 FACTORES PSICOLÓGICOS

TABLA N° 2 RELACIÓN ENTRE BAJA AUTOESTIMA Y DEPRESIÓN

Autoestima - el paciente presenta depresión				
		Presenta depresión		Total
		Si	no	
Baja Autoestima	Si	36	12	48
		66,7%	75,0%	68,6%
	No	18	4	22
		33,3%	25,0%	31,4%
Total		54	16	70
		100,0%	100,0%	100,0%
OR(95%CI)		0,188 - 2,362	Significación estadística	0,667

Fuente: Encuesta de datos generales
Elaborado por: Las autoras

Dentro de los factores de riesgo psicológicos muestran que tener una buena autoestima es un factor de protección 6 veces mayor que tener una autoestima baja.



TABLA N° 3 RELACIÓN ENTRE EL DETERIORO DE LA IDENTIDAD Y LA DEPRESIÓN

Deterioro de la identidad - Paciente presenta depresión				
		El paciente presenta depresión		
		SI	NO	TOTAL
Deterioro de la identidad	Sí	32	7	39
		59,3%	43,8%	55,7%
	No	22	9	31
		40,7%	56,2%	44,3%
TOTAL		54	16	70
		100,0%	100,0%	100,0%
OR(95%CI)		0,606- 5,772	Significación estadística	1,870

Fuente: Encuesta de datos general
Elaborado por: Las autoras

Del 70% de adolescentes de las casas de acogida un porcentaje del 59,3% tiene deterioro de identidad es decir tienen 1,8 veces más riesgo de presentar depresión que las adolescentes que no presentan esto.



TABLA N° 4 RELACIÓN ENTRE EL DETERIORO DE IMAGEN Y LA DEPRESIÓN

Deterioro de la imagen - el paciente presenta depresión				
		Presenta depresión		TOTAL
		SI	NO	
Deterioro de la imagen	SI	34	6	40
		63,0%	37,5%	57,1%
	NO	20	10	30
		37,0%	62,5%	42,9%
TOTAL		54	16	70
		100,0%	100,0%	100,0%
OR(95%CI)		0,894 - 8,975	Significación estadística	2,833

Fuente: Encuesta de datos general
Elaborado por: Las autoras

El análisis de la tabla nos informa que las adolescentes de las casas de acogida en un 63,0% tienen deterioro de imagen y ellas a su vez tienen 2,8 veces más riesgo de presentar depresión que las adolescentes que no tienen deterioro de imagen.



TABLA N° 5 RELACIÓN ENTRE REBELDÍA Y DEPRESIÓN

Rebeldía - el paciente presenta depresión				
		el paciente presenta depresión		
		SI	NO	TOTAL
Rebeldía	SI	12	3	15
		22,2%	18,8%	21,4%
	NO	42	13	55
		77,8%	81,2%	78,6%
TOTAL		54	16	70
		100,0%	100,0%	100,0%
OR(95%CI)		0,302- 5,070	Significación estadística	1,238

Fuente: Encuesta de datos general
Elaborado por: Las autoras

En el análisis podemos notar que las adolescentes que tiene rebeldía se encuentran en un porcentaje del 22,2 % de la población total, a su vez podemos decir tienen 1,24 veces más riesgo de presentar depresión que las adolescentes que no tienen este factor.



TABLA N° 6 RELACIÓN ENTRE DISFUNCIÓN FAMILIAR Y DEPRESIÓN

APGAR – El paciente presenta depresión				
		el paciente presenta depresión		
		SI	NO	TOTAL
APGAR	Si	54	16	70
		100,0%	100,0%	100,0%
TOTAL		54	16	70
		100,0%	100,0%	100,0%
OR(95%CI)			Significación estadística	

Fuente: Encuesta de datos general
Elaborado por: Las autoras

En el análisis de la tabla podemos observar que no existe asociación entre los factores disfunción familiar y los factores de depresión.



TABLA N° 7 RELACIÓN ENTRE CONSUMO DE SUSTANCIAS Y DEPRESIÓN

Consumo de sustancias - el paciente presenta depresión				
		el paciente presenta depresión		
		SI	NO	TOTAL
Consumo de sustancias	Sí	22 40,7%	3 18,8%	25 35,7%
	No	32 59,3%	13 81,2%	45 64,3%
TOTAL		54 100,0%	16 100,0%	70 100,0%
OR(95%CI)		0,759 - 11,697	Significación estadística	2,979

Fuente: Encuesta de datos general
Elaborado por: Las autoras

Los factores sociales en las adolescentes de las casas de acogida muestran que el 40,7% consumen sustancias, por lo tanto tienen 2,9 veces más riesgo de presentar depresión que las adolescentes que no tienen este factor.



CAPITULO VI

6. DISCUSIÓN

En las 70 adolescentes estudiadas, el grupo etario predominante fue el de 15 a 16 años, viven principalmente en zonas urbanas, más del 60% llevan un año o menos en las casas de acogida, siendo solteras en su mayoría y poco menos de la mitad cursa el bachillerato, debido a que muchas de ellas no tienen el apoyo económico de sus padres para estudiar de acuerdo al ciclo educativo normal. Comparado con estudios realizados por Astudillo e Inga muestran un 51.43% de la población en las edades entre 10 a 14 años, un 20% entre 5 y 9 años y el 17,14% con 15 años o más. Ramagopal y Cols, realiza su investigación con 180 niños, el 53% eran de 12 a 14 años y el 46% fueron 15-17 años, 52% mujeres y el 48% de los varones.

Los niveles de Depresión que las adolescentes presentan generalmente son por estar aisladas de la sociedad, también la lejanía con sus familiares muestra un factor de riesgo, según la medición con la escala de Hamilton los resultados mostraron que solo alrededor del 23% no muestra signos de depresión, poco más del 62% LEVE, un 11% MODERADA y un 3% SEVERA. Similar resultado obtuvieron en el Estudio Nacional de Salud Mental en Colombia, mostró que la prevalencia de vida de la depresión en adolescentes fue del 7,1%, presentándose mayores índices de depresión en los adolescentes entre los 15 a 17 años de edad en comparación a los otros grupos de edad (23)

De acuerdo también con otro estudio de Ramagopal y Cols, el 52% tenía síntomas leves de depresión, el 23% tenía depresión moderada, el 14% severa, 9% muy severa y el 38% de los niños deprimidos tenían intenciones suicidas., el 35% tenían depresión, la mayoría de ellos quienes tenían depresión estaban en el grupo de edad de 15-17 años y la mayoría eran mujeres (1)

En la investigación de Astudillo e Inga, el 100% de las estudiadas tuvieron un nivel depresión mínima y moderada según la calificación del Inventario CDI utilizado en este estudio. La frecuencia de depresión fue del 17.14% lo cual corresponde a 6 niñas. El 82.86%, no presentaron depresión. El grupo de edad con mayor frecuencia de



depresión fue el de 10 a 14 años con 50%, seguido por el grupo de 15 a 18 años con el 33.33% y el 16.67% a los de 5 a 9 años (6). En nuestro estudio encontramos que el grupo etario conformado entre las edades de 13 a 17 años presenta un mayor porcentaje de depresión leve con un 62.8% de la población total.

Ávila plantea que el 28% de las adolescentes tienen 16 años, seguido por 15 y 17 años cada uno con 23%, las jóvenes de 18 años con 13%, con un 7% los 13 años y por último con un 1% las edades de 12 y 14 años, el 86% tienen un nivel secundario. El 42% corresponde al tipo Monoparental, un 30% se encuentran en una familia nuclear y solo un 26% provienen de un hogar con madre soltera (5)

En el estudio de Barthelemy y Cols (24), indicaron que en su muestra predominó el nivel preuniversitario y provenían de contextos familiares disfuncionales; poseían escasas habilidades para la solución de problemas.

Los factores psicológicos muestran que el deterioro de la imagen con un 63% y la rebeldía con un 22,2%, están alrededor de 2 veces más representados en las adolescentes que sufren depresión que en las que no. El deterioro de la identidad y la baja autoestima, se comportan de forma muy similar tanto en las que sufren depresión como en las que no la presentan. Por otra parte tener autoestima alta es un factor de protección 6 veces mayor que tener autoestima baja. De igual manera en la investigación de Barthelemy y Cols (24), la caracterización de estas mujeres reveló que poseen una autovaloración inadecuada y sus prioridades se mueven en relación a su seguridad, autorrealización y afecto o estima.

En la investigación de Ávila y Cols se constató que el 38,46% de las adolescentes presentó un estado de ánimo ansioso leve, el 30,77% no presentó niveles de ansiedad, con niveles graves hubo un 15,38%, con signos moderados un 11.54%, y un 3,85% de las adolescentes presentaron niveles muy graves/ Incapacitantes (5).

Los factores familiares indican un comportamiento muy semejante tanto en las que sufren depresión como en las que no la presentan. La relación entre la depresión y los factores familiares no resultó ser estadísticamente significativo. La prevalencia de disfuncionalidad familiar conlleva a la depresión en los adolescentes, la disfuncionalidad severa con un porcentaje de 72.8% nos indica que existe falta de comunicación y apoyo en el entorno en el que conviven. En el estudio de Rivera y



Sánchez se determinó que en los adolescentes que participaron en la investigación un 48,5% presentan relación entre la disfuncionalidad familiar y la depresión, el 50% de adolescentes presentan disfuncionalidad familiar entre las edades de 14 -16 años, el 65,5% de sexo femenino presentaron disfuncionalidad familiar, el 43,5% de entre 14-16 años presentaron depresión y el 60% de sexo femenino (25)

Por otro lado Torres y Cols, recogieron datos demográficos y de antecedentes familiares de ansiedad y depresión; la disfuncionalidad familiar fue detectada mediante el uso de la herramienta FF-SIL y los trastornos del ánimo mediante la escala de Hamilton. Resultados: De 428 adolescentes encuestados la prevalencia de disfuncionalidad familiar fue del 15.7% y de disfuncionalidad severa 4%; de depresión 25.7% y de ansiedad un 15.7%" (23)

Nuestro estudio revelo que entre los factores sociales muestran que el consumo de sustancias, es 2,9 veces más frecuente en las adolescentes que sufren depresión que en las que no, con un porcentaje del 40.7%.La mayoría consume alcohol (68.6%) y marihuana (25%) convirtiéndose en un factor que afecta salud mental, emocional y física.

El consumo de bebidas alcohólicas o drogas son factores determinantes en la depresión, favoreciendo estos cuadros depresivos, siendo mayor en el sexo masculino generalmente (12).



CAPITULO VII

7. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y BIBLIOGRAFÍA

7.1 CONCLUSIONES

- En las 70 adolescentes estudiadas el grupo etario predominante fue el de 15 a 16 años, procedentes principalmente de zonas urbanas, más del 60% llevan un año o menos en las casas de acogida, por lo que su adaptación es más complicada, en su mayoría solteras y poco menos de la mitad cursa el bachillerato.
- Los niveles de Depresión según la medición con la escala de Hamilton, mostraron que solo alrededor del 23% no muestra signos de depresión, poco más del 62% LEVE, un 11% MODERADA y un 3% SEVERA.
- El 62% de las adolescentes tienen depresión leve, mediante los ítems de la escala de Hamilton se concluyó que generalmente esta expresada por la falta de interés al realizar las actividades diarias y por su conducta.
- Los factores de riesgo analizados indicaron que: el deterioro de la imagen, la rebeldía y el consumo de sustancias, están alrededor de 2 veces más representados en las adolescentes que sufren depresión que en las que no. Ninguno de los factores analizados mostró una relación estadísticamente significativa con la depresión.
- El estudio realizado en las adolescentes de las casa de acogida mostró que más del 75% presentan depresión, siendo los factores psicológicos como la rebeldía, baja autoestima más los factores sociales como el consumo de sustancias siendo la principal el consumo de marihuana y alcohol convirtiéndose en los principales factores de riesgo.



7.2 RECOMENDACIONES

- Fomentar terapias educativas con las adolescentes que les aporten patrones positivos de pensamiento en temas como: la autoestima, relaciones personales positivas, también realizar actividad física diariamente para evitar pensamientos negativos que son parte de la depresión.
- Mantener la formación académica para que al salir de estas casas de acogida se reintegren a la sociedad de manera adecuada.
- Realizar terapias conjuntamente con los familiares buscando solucionar conflictos e integrando una buena comunicación para que de esta manera se reconstruya el lazo emocional.
- Favorecer el óptimo desarrollo de estas adolescentes ya sea emocional, personal o académico, dirigiendo la atención hacia la prevención, sobre todo del consumo de sustancias.
- Realizar estudios en los que se pueda indagar de una manera amplia sobre los factores de riesgo y su posible relación con la presentación del trastorno depresivo en estas adolescentes.



7.3 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

7.3.1 BIBLIOGRAFIA CITADA

1. Ramagopal G, Narasimhan S, Uma L. Prevalence of depression among children living in orphanage. *International Journal of Contemporary Pediatrics*. 2016 Octubre-Diciembre; 3(4) Disponible en:
<http://www.ijpediatrics.com/index.php/ijcp/article/viewFile/199/195>).
2. Salle E, Rocha NS, Rocha TS, Nunes C, Chaves ML. Depression rating scales as screening tools for depression in high school students. .
3. Garcia AR. La influencia de la familia y el nivel de depresión hacia el consumo de drogas en los adolescentes de la ciudad de México. Tesis de grado. México D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México; 2002. Disponible en:
http://www.uade.inpsiquiatria.edu.mx/pagina_contenidos/tesis/tesis_alma_garcia.pdf.
4. Ferrel F, Vélez J. Factores psicológicos en adolescentes escolarizados con bajo rendimiento académico: depresión y autoestima. *Encuentros*. 2014 Diciembre;(2): p. 35-47.
5. Ávila AS. Prevalencia de ansiedad y depresión en adolescentes embarazadas de edades comprendidas de entre 12 y 18 años que se encuentran en riesgo y sin apoyo familiar del proyecto especial Adole – Isis. Tesis de grado. Quito: Universidad Central del Ecuador, Facultad de Ciencias Psicológicas; 2014. Disponible en:
<http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/3676/1/T-UCE-0007-121.pdf>.
6. Astudillo MA, Inga AE. Frecuencia de ansiedad y depresión en niñas y adolescentes de la casa de acogida “miguel león” del cantón cuenca-ecuador, 2016. Tesis de grado. Cuenca: Universidad de Cuenca; 2016. Disponible en:
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/25503/1/TESIS.pdf>.
7. Calle D, Cabrera P. Proyecto de investigación terapéutica en adolescentes con depresión y ansiedad desde el modelo cognitivo conductual. Tesis de grado. Quito: Universidad del Azuay; 2012. Disponible en:
<http://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/1808/1/09259.pdf>.
8. Rebollo I, Bravo C. Casas de acogida: desde la experiencia a la reflexión. *Cuadernos de Trabajo Social*. 2005; 18(317-332) Disponible en:
<http://biblioteca.ues.edu.sv/revistas/10800248.15.pdf>).
9. Torrel K, Delgado M. Funcionamiento familiar y depresión en adolescentes de la I.E. Zarumilla - Tumbes, 2013. *Ciencia y Desarrollo*. 2014 Enero-Junio; XVII(1): p. 47-54.
10. Narváez PJ. Perfil psicológico y social de las adolescentes en edades entre los 15 a 19 años que presentan. Quito: Universidad Central del Ecuador; 2017. Report No.: Disponible en:
<http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/12862/1/T-UCE-0007-PPS006.pdf>.



11. González C, Hermosillo A, Vacío MdlÁ, Peralta R, Wagner F. Depresión en adolescentes. Un problema oculto para la salud pública y la práctica clínica. Boletín Médico del Hospital Infantil de México. 2015; LXXII(2): p. 149-155.
12. Hoyos E, Lemos M, Torres Y. Factores de riesgo y de protección de la depresión en los adolescentes de la ciudad de Medellín. International Journal of Psychological Research. 2012 Enero-Junio; V(1): p. 109-121.
13. Castillo S. Presencia de síntomas depresivos en adolescentes del colegio "Rosenthal de la Puente" de Magdalena del Mar en el año 2016. Tesis de grado. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, E.A.P de Medicina Humana; 2016.
14. Ministerio de Salud. Guía Clínica AUGÉ. Depresión en personas de 15 años y más. Serie Guías Clínicas MINSAL, 2013. Guía clínica. Santiago: Gobierno de Chile, Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud Pública, División de Prevención y Control de Enfermedades, Secretaría Técnica AUBE; 2013. Report No.: ISBN: 978-956-348-039-9.
15. Secretaría de Salud. Diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto. Guía de Práctica Clínica (GPC). México D. F.: Gobierno de la República, Secretaría de Salud, Secretaría de la Defensa Nacional, Secretaría de Marina; 2015.
16. Sanz J, Gutiérrez S, Gesteira C, García-Vera MP. Criterios y baremos para interpretar las puntuaciones en la adaptación española del "Inventario de Depresión de Beck-II" (BDI-II). Universidad Complutense de Madrid; 2013.
17. Subdirección de Enfermedades No Transmisibles. Boletín de salud mental. Depresión. Boletín oficial. Bogotá: Ministerio de Salud; 2017.
18. Nieves C. La depresión como problema social en los adolescentes que conllevan a la autoeliminación: intervención de Enfermería. Tesis de grado. Machala: Universidad Técnica de Machala, Unidad Académica de Ciencias Químicas de la Salud, Carrera de Enfermería; 2017.
19. Alvaro JL, Garrido A. Causas sociales de la depresión: Una revisión crítica del modelo atributivo de la depresión. Revista Internacional de Sociología. 2010 Mayo-Agosto; 68(2) Disponible en:
<http://revintsociologia.revistas.csic.es/index.php/revintsociologia/article/view/328/334>).
20. Gómez DT, Gutiérrez M, Londoño SP. Depresión y consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes en la ciudad de Bogotá. Psychologia. Avances de la disciplina. 2013 Enero-Junio; 7(1) Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/2972/297226904003.pdf>.
21. Jorge IS. Asociación entre trastorno por abuso de sustancias y depresión en pacientes del Hospital II-2 Tarapoto. Tesis de grado. Trujillo: Universidad Privada de Antenor Orrego; 2017. Disponible en:
http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaoep/2710/1/RE_MED.HUMA_INGRID.JORGE_ASOCIACION.ENTRE.TRASTORNO_DATOS.PDF.
22. Salinas AA. Características familiares que influyen para el acogimiento institucional de los niños, niñas y adolescentes. Tesis de grado. Cuenca: Universidad de Cuenca; 2016.



Disponible en:

<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/26074/1/Trabajo%20de%20Graduacion.pdf>.

23. Torres Y, Agudelo A, Sierra GM, Salas C. Prevalencia de trastornos mentales en población general del municipio de Itagüí (Colombia), 2012. Revista CES MEDICINA. 2014 Enero-Junio; 28(1) Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/cesm/v28n1/v28n1a05.pdf>).
24. Barthelemy S, Jiménez M, De la Paz C, Pérez ML, Alfonso E. Violencia ejercida a la mujer en la relación de pareja. Rev Hosp. Psiquiátrico de La Habana. 2011; 8(2): Disponible en: <http://www.revistahph.sld.cu/hph0211/hph09211.html>).
25. Rivera AM, Sánchez SB. Disfuncionalidad familiar y su relación con la depresión En los adolescentes del ciclo diversificado en la Unidad Educativa Herlinda Toral. Cuenca 2014. Tesis para optar por el título de Licenciada en Enfermería. Cuenca: Universidad de Cuenca, Facultad de Ciencias Médicas; 2014.
26. Ferrer L, Checa J. Adolescencia y depresión: Un modelo de intervención comunitario. Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente. 2013;(55): p. 37-42.
27. Rivera L, Rivera P, Pérez B, Leyva A, de Castro F. Factores individuales y familiares asociados con sintomatología depresiva en adolescentes de escuelas públicas de México. Salud Pública de México. 2015 Mayo-Junio; LVII(3): p. 219-226.
28. Dimitrijevic-Sreckovic V, Janeski H, Sreckovic B, Soldatovic I, Nesovic N, Vujovic M. Effects of mediterranean diet in obese patients with metabolic syndrome and depression. Endocrine Abstracts. 2017 Mayo; 10(Disponible en: <http://www.endocrine-abstracts.org/ea/0049/ea0049EP677.htm>).



ANEXOS

ANEXO 1 ENCUESTA DATOS GENERALES

Numero de encuesta:

Fecha:

1. ¿Qué edad tiene? _____

2. ¿Cuál es su lugar de residencia?

Urbano _____

Rural _____

3. ¿Nivel de instrucción?

Ninguna _____

Cursa básico _____

Básico completo _____

Básico incompleto _____

Cursa bachillerato _____

Bachillerato completo _____

Bachillerato incompleto _____

4. Que tiempo reside en esta casa de acogida _____

5. Escriba la razón por la cual fue internada

6. ¿Ha trabajado alguna vez? Sí ____ No ____

7.Cuál es su ocupación

Estudiante _____

Empleado privad _____

Empleado publico _____

Ninguna _____

8. Estado civil:

Soltera _____

Casada _____

Unión libre _____

Viuda _____

9. ¿Ha consumido sustancias? Sí ____ No ____

10. Qué tipo de sustancias ha consumido.

Alcohol ____

Marihuana ____

Heroína ____

Cocaína ____

11. Cada que tiempo las ingiere

Semanal ____



UNIVERSIDAD DE CUENCA

- Mensual ____
- Anual ____

12. Ingresos económicos

- Básico _____
- Menos del sueldo básico _____
- Más del sueldo básico _____

Las siguientes preguntas las realizará el investigador de acuerdo a su criterio de valoración

13. Deterioro de la identidad

- Si ____
- No ____

14. Deterioro de la imagen

- Si ____
- No ____

15. Rebeldía

- Si ____
- No ____

Gracias, por su colaboración

**ANEXO 2 APGAR FAMILIAR**

	Casi Nunca	A veces	Casi siempre
1. ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?	0	1	2
2. ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?	0	1	2
3. ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?	0	1	2
4. ¿Está satisfecho con el tiempo que usted y su familia pasan juntos?	0	1	2
5. ¿Siente que su familia le quiere?	0	1	2
PUNTUACIÓN TOTAL			

ANEXO 3 TEST DE HAMILTON

TEST DE HAMILTON-DEPRESIÓN	
Humor depresivo (tristeza, desesperanza, desamparo sentimiento de inutilidad)	
- Ausente	0
- Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan cómo se siente	1
- Estas sensaciones las relata espontáneamente	2
- Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia allanto)	3
- Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea	4
Sentimientos de culpa	
- Ausente	0
- Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente	1
- Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones	2
- Siente que la enfermedad actual es un castigo	3
- Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales de amenaza	4
Suicidio	0
- Ausente	1
- Le parece que la vida no vale la pena ser vivida	2
- Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse	3
- Ideas de suicidio o amenazas	3
- Intentos de suicidio (cualquier intento serio)	3



	4
Insomnio precoz	0
- No tiene dificultad	1
- Dificultad ocasional para dormir, por ej. más de media hora el conciliar el sueño	2
- Dificultad para dormir cada noche	2
Insomnio intermedio	0
- No hay dificultad	1
- Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche	2
- Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar)	2
Insomnio tardío	0
- No hay dificultad	1
- Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir	2
- No puede volver a dormirse si se levanta de la cama	2
Trabajo y actividades	0
- No hay dificultad	1
- Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos)	2
- Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación)	3
- Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad	4
- Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda.	4
Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y lenguaje, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora)	0
- Palabra y pensamiento normales	1
- Ligeramente retrasado en el habla	2
- Evidente retraso en el habla	3
- Dificultad para expresarse	4
- Incapacidad para expresarse	4
Agitación psicomotora	0
- Ninguna	1
- Juega con sus dedos	2
- Juega con sus manos, cabello, etc.	3
- No puede quedarse quieto ni permanecer sentado	4
- Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios	4
Síntomas somáticos gastrointestinales	0
- Ninguno	1
- Pérdida del apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen	2
- Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales	3
- Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales	4
Síntomas somáticos generales	0
- Ninguno	0
- Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares.	0



Pérdida de energía y fatigabilidad. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2	1 2
Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales)	0
- Ausente	1
- Débil	2
- Grave	2
Hipocondría	0
- Ausente	1
- Preocupado de sí mismo (corporalmente)	2
- Preocupado por su salud	2
- Se lamenta constantemente, solicita ayuda	3
Pérdida de peso	0
- Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana	1
- Pérdida de más de 500 gr. en una semana	1
- Pérdida de más de 1 Kg. en una semana	2
Introspección	0
- Se da cuenta que está deprimido y enfermo	1
- Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc.	2
- No se da cuenta que está enfermo	3

ANEXO 4 TEST DE ROSEMBERG

	A	B	C	D
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
2. Estoy convencido de que tengo cualidades buenas.				
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.				
4. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo-a.				
5. En general estoy satisfecho-a de mí mismo-a.				
6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso-a.				
7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado-a.				
8. Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo.				
9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.				
10. A veces creo que no soy buena persona.				



ANEXO 5 TEST DE VIOLENCIA FAMILIAR:

1. ¿Sientes que tus padres o apoderado constantemente te está controlando?

Si___ A veces___ Rara vez___ Nunca___

2. ¿Te acusa de ocio o de flojera?

Si___ A veces___ Rara vez___ Nunca___

3. ¿Has perdido contacto con amigas(os), familiares, compañeras/os de para evitar que tus padres se molesten?

Si___ A veces___ Rara vez___ Nunca___

4. ¿Te critican y humillan, en público o en privado, sobre tu apariencia, tu forma de ser, el modo en que haces tus tareas?

Si___ A veces___ Rara vez___ Nunca___

5. Cuando quiere que cambies de comportamiento, ¿te presiona con el silencio con la indiferencia o te priva de dinero?

Si___ A veces___ Rara vez___ Nunca___

6. ¿Tienen tus padres cambios bruscos de actitudes o se comportan distinto contigo en público, como si fueran otras personas?

Si___ A veces___ Rara vez___ Nunca___

7. ¿Sientes que estás en permanente tensión y que, hagas lo que hagas, ellos se irritan o te culpabilizan de todo?

Si___ A veces___ Rara vez___ Nunca___

8. ¿Te han golpeado con sus manos, con un objeto, o te han lanzado cosas cuando se enojan o discuten?



Si___ A veces___ Rara vez___ Nunca___

9. ¿Te han amenazado alguna vez con un objeto o arma, o con matarte a ti o a algún miembro de la familia?

Si___ A veces___ Rara vez___ Nunca___

10. ¿Sientes que cedes a sus requerimientos por temor o te han forzado a cumplir los mandatos?

Si___ A veces___ Rara vez___ Nunca___

11. Después de un episodio violento, ¿ellos se muestran cariñosos y atentos, te regalan cosas y te prometen que nunca más volverán a golpearte o insultarte y que "todo cambiará"?

Si___ A veces___ Rara vez___ Nunca___

12. ¿Has buscado o has recibido ayuda por lesiones que tus padres te han causado? (primeros auxilios, atención médica, psicológica o legal)

Si___ A veces___ Rara vez___ Nunca___

13. ¿Son tus padres violentos con tus hermanos/as o con otras personas?

Si___ A veces___ Rara vez___ Nunca___

14. ¿Ha sido necesario llamar a otras personas o lo has intentado al sentir que tu vida ha sido puesta en peligro por parte de tus padres?

Si___ A veces___ Rara vez___ Nunca___

15. ¿Te golpean constantemente?

Si___ A veces___ Rara vez___ Nunca___



ANEXO 6 ASENTIMIENTO INFORMADO POR LA REPRESENTADA

Universidad de Cuenca

Facultad de Ciencias Médicas

Carrera de Enfermería

ASENTIMIENTO INFORMADO POR LA REPRESENTADA

NIVELES DE DEPRESION Y FACTORES DE RIESGO EN ADOLESCENTES DE CSAS DE ACOGIDA, CUENCA 2016"

Yo Jessica Viviana Durán Naranjo con CI 0105385603 y María José Mora Ramón con CI 0105366694 estudiantes de la "Universidad de Cuenca" carrera de Enfermería solicitamos de manera cordial el debido permiso para realizar esta investigación.

Solicitamos el debido permiso para acceder a su información personal así mismo es preciso recalcar que el uso de la misma estará apegada a la verdad, evitando estrictamente la manipulación o alteración de la información y sobre todo manteniendo el cumplimiento de total confidencialidad.

Yo _____ residente de esta Casa de Acogida. Por libre voluntad autorizo a las estudiantes antes mencionadas que recojan datos y más información relacionada a mi internamiento para que lo usen de forma transparente, ética y bajo estrictas normas de confidencialidad. Soy conocedora de la autonomía suficiente que poseo para retirarme u oponerme al ejercicio académico, cuando lo estime conveniente y sin necesidad y justificación alguna.

Firma o nombre de la participante

Fecha

Firma de la investigadora 1

Jessi.duran94@gmail.com

Cel.: 0983930363

Firma de la investigadora 1

majo_mjm888@hotmail.com

Cel.: 0987063829

Fecha

Fecha



ANEXO 7 CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL REPRESENTANTE LEGAL

Fecha:

Universidad de Cuenca

Facultad de Ciencias Médicas

Carrera de Enfermería

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL REPRESENTANTE LEGAL

NIVELES DE DEPRESION Y FACTORES DE RIESGO EN ADOLESCENTES DE CSAS DE ACOGIDA, CUENCA 2016"

Yo Jessica Viviana Durán Naranjo con CI 0105385603 y María José Mora Ramón con CI 0105366694 estudiantes de la "Universidad de Cuenca" carrera de Enfermería solicitamos de manera cordial el debido permiso para realizar esta investigación.

La depresión hoy en día es considerada como unas de las principales enfermedades la misma que muchas veces es subestimada o mal valorada por consiguiente puede desencadenarse un gran problema para la salud e interferir en el desarrollo de las adolescentes pues se presenta de manera distinta en cada persona. El grupo más vulnerable son las jóvenes que en la mayoría de veces niegan tener este problema por miedo a la reacción que pueda tener la sociedad.

La presente investigación busca analizar variables sociodemográficas y niveles de depresión y su relación con diferentes factores de riesgo como psicológicos, familiares y sociales a través de la recolección de datos por medio de la aplicación de formularios realizados por las investigadoras así como también usaremos el Test de Hamilton que mide el nivel de depresión estos serán llenados de manera individual.

La participación en este estudio no involucra riesgo alguno pues será realizada bajo normas éticas estrictas sin dañar la integridad física ni sentimental de la persona pues se busca brindar beneficios para la adolescente, institución y la sociedad.

El uso de resultados será estrictamente confidencial es preciso recalcar que no se revelaran nombres ni ningún otro dato así como también no se manipulará o alterará la información. También la participante está en su completo derecho de oponerse o retirarse de la investigación cuando lo estime conveniente sin necesidad y justificación alguna. Finalmente este proceso no tiene ningún valor monetario.



Yo _____representante legal. He leído el procedimiento descrito con anterioridad. El (la) investigador (a) me ha explicado el estudio y ha contestado mis preguntas. Voluntariamente doy mi consentimiento para que mi representada participe en el estudio.

Representante Legal

Fecha

Firma de la investigadora 1

Jessi.duran94@gmail.com

Cel.: 0983930363

Fecha

Firma de la investigadora 1

majo_mjm888@hotmail.com

Cel.: 0987063829

Fecha



ANEXO 8 OPERALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento, hasta la actualidad.	Tiempo transcurrido	Años	12-14 15-17 17 y mas
Residencia	Lugar donde habita una persona	Geográfica	Lugar donde habita	-Urbano -Rural
Nivel de Instrucción	Grado de estudio realizado de una persona	Educativa	Años de estudio	-Ninguna -Cursa básico -Básico completo -Básico incompleto -Cursa bachillerato -Bachillerato completo -Bachillerato incompleto
Ocupación	Conjunto de funciones, obligaciones y tareas que desempeña una persona del cual puede o no tener remuneración.	Laboral	Actividad que realiza una persona	-Estudiante -Empleado privado -Empleado publico -Ninguna
Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja.	Legal o social	Relaciones interpersonales	-Casado -Soltero -Unión libre -Viudo
Nivel socioeconómico	Ingresos del hogar y medida total económica y sociológica combinada de la preparación laboral de una persona.	Económico	Ingresos en el hogar	-Menos del sueldo básico -Básico -Más de sueldo básico
Adolescentes internadas	Persona que se encuentra en determinado lugar.	Social Familiar	Motivo y tiempo de internamiento	Formulario
Nivel de depresión	Cambio de emociones de acuerdo al grado de afectación psicológica	Psicológica	Aplicación de test Hamilton	-Leve -Moderada -Grave



<p>Factores de riesgo</p>	<p>Cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad</p>	<p>Emocional Familiar Social</p>	<p>Psicológicos -Autoestima (test de Rosemberg) -Deterioro de identidad -Deterioro de imagen -Rebeldía Familiares -Estructura familiar (Apgar familiar) -Violencia intrafamiliar (test Violencia familiar) Social -Consumo de sustancias -Tipo de sustancia -Tiempo de consumo</p>	<p>-Baja -Media -Elevada -Si -No -Si -No -Si -No -Normo funcional -Disfuncional leve -Disfuncional grave -Relación abusiva -Primeras manifestaciones de abuso -Abuso -Abuso peligroso Si No A veces -Alcohol -Marihuana -Heroína -Cocaína -Semanal -Mensual -Anual</p>
---------------------------	--	--	--	--