

**FACTORES QUE INFLUYEN EN LA
DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES
ESCOLARIZADOS DEL MUNICIPIO DE
ENVIGADO PARA EL AÑO 2015**

**María Lucía López Franco
Mildrey Carolina Aristizábal García
Yerika Daniela Jaramillo Pérez
David Correa Cardona**

Asesor:

Giselly Matagira Rondón

**Grupo de investigación:
Líder Dedsy Yajaira Berbesi Fernández**

Línea: Salud de los colectivos

**Facultad de Enfermería
Universidad Ces**

Medellín, 2019

TABLA DE CONTENIDOS

1. Formulación del problema	6
1.1 Planteamiento del problema	7
1.2 Justificación de la propuesta	9
1.3 Pregunta de investigación	9
2. MARCO TEÓRICO	9
2.1 Adolescente	10
2.1.1 Depresión	11
2.1.2 Síntomas de la depresión	12
2.1.3 Depresión mayor	12
2.1.4 Trastorno distímico	13
2.1.5 Trastorno depresivo no especificado	13
2.1.6 Trastorno disfórico premenstrual	13
2.1.7 Trastorno depresivo menor	13
2.1.8 Trastorno depresivo breve recidivante	14
2.1.9 Factores que se asocian con padecer depresión	14
2.1.10 Factores Económicos	14
2.1.10.1 Factores familiares	14
2.1.10.2 Factores Personales	15
2.1.11 Marco legal	16
2.1.12 Marco referencial	17
2.1.13 Escalas utilizadas en el estudio	20
2.1.13.1 Escala “DUSI alcohol y DUSI Drogas”	20
2.1.13.2 Escala “Zung”	21
2.1.13.3 Escala “Violencia intrafamiliar”	21
2.1.13.4 Escala “Pares problemas”	21
2.1.13.5 Escala “Cohesión familiar”	21
3. Objetivos	21

3.1 Objetivo general	21
3.2 Objetivos específicos	22
4. Metodología	22
4.1 Enfoque metodológico	22
4.2 Tipo de estudio	23
4.3 Población	23
4.3.1 Población de estudio	23
4.4 Criterios de inclusión y exclusión	23
4.4.1 Criterios de inclusión	23
4.4.2 Criterios de exclusión	23
4.5 Descripción de las variables	24
4.5.1 Diagrama de variables	24
4.5.2 Tabla de variables	24
4.6 Fuente de información	26
4.7 Instrumento de recolección	26
4.8. Proceso obtención de la información	27
4.9 Control de errores y sesgos	27
4.10 Técnicas de procesamiento y análisis de los datos	27
4.11 Plan de divulgación de los resultados	28
5. Consideraciones éticas	28
6. Aspectos administrativos	29
Tabla 1: distribución según características sociodemográficas de adolescentes, envigado	37
7.1.2 Análisis bivariado	39
8. Discusión	43
9. Bibliografía	46

Resumen

La depresión es un trastorno del estado de ánimo caracterizado por un sentimiento de tristeza, ansiedad y pesimismo por periodos largos de tiempo, generalmente estos sentimientos no tienen una causa conocida por el individuo que los padece y aunque éste intente mantenerse positivo ante la situación no lo logra. Esta investigación pretende estudiar la influencia de algunos factores como los familiares, sociodemográficos y personales sobre padecer depresión, en adolescentes escolarizados. La investigación tiene un enfoque metodológico cuantitativo con una muestra de estudio de 925 registros tomados de la base de datos "adolescentes escolarizados de colegios públicos y privados de 12 a 18 años de edad del municipio de envigado". Con respecto a los resultados se encontró que la depresión es más frecuente en mujeres con una prevalencia del 25%, además de encontrar que la violencia familiar, la cohesión familiar y el consumo de sustancias psicoactivas se asocian y se presentan como factor de riesgo para tener depresión.

Abstract

Depression is a mood disorder characterized by a feeling of sadness, anxiety and pessimism for long periods of time, usually these feelings have an unknown cause for the person who suffer and even if he tries to stay with a positive mood it doesn't succeed. This research aims to study the influence of some personal, family or educational factors on depression, in adolescents in school. The research is carried out through a quantitative methodological approach, the study population is based on 925 data taken from the database "adolescents enrolled in public and private schools from 12 to 18 years of age in the municipality of Envigado". Regarding the results, it was found that depression is more frequent in women with a prevalence of 25%, in addition to finding that psychoactive substances have real influence on suffering from this disease.

Palabras clave

Depresión, adolescentes escolarizados, factores de riesgo, sintomatología depresiva, suicidio.

Introducción

La depresión, es un trastorno del estado de ánimo caracterizado por un sentimiento de tristeza, ansiedad y pesimismo por largos periodos de tiempo. No es necesariamente consecuencia de una situación desencadenante; por el contrario, aparece de manera repentina e incontrolable, de manera que por más intentos que haga el individuo para mantenerse estable emocionalmente, no le es posible lograrlo.

Este sentimiento afecta la vida diaria de quienes la padecen, causando síntomas como; culpabilidad, desesperanza, pérdida de interés, fatiga, dificultad para concentrarse y tomar decisiones, cambios en el sueño y el apetito, cefalea, epigastralgia y dolor lumbar. Sin embargo, es un trastorno que afecta de manera diferente a cada individuo; en las mujeres, se manifiesta con episodios de tristeza, baja autoestima y culpabilidad, mientras que en los hombres suele presentarse acompañado de cansancio, irritabilidad, pérdida de interés y constantemente recurren al consumo de sustancias psicoactivas como solución a estos problemas.

Es importante resaltar que padecer depresión, no es sinónimo de debilidad o falta de carácter, por el contrario, puede tener influencia de algunos factores como los genéticos, biológicos, químicos (a nivel cerebral), traumáticos o situaciones estresantes. Una de las consecuencias más extremas e indeseables de este trastorno es el suicidio; Siendo esta la razón por la cual es un tema de interés para la salud pública, debido a las altas tasas de mortalidad que se registran.

Es por esto que los autores de la presente investigación se motivan a estudiar puntualmente el tema en la población adolescente, ya que los constantes cambios y la alta labilidad emocional que se presenta en esta etapa los hace más vulnerables. Además, se busca analizar la influencia que tienen algunos factores personales, familiares y sociodemográficos en padecer depresión.

Lo anterior permitirá tener un punto de partida para trabajar desde la prevención de los factores que se observen como riesgos en la vida de los adolescentes o, si ya los presentan, lograr controlarlos de forma temprana para evitar que estas situaciones avancen al punto de generar depresión e incluso llevar a la persona al suicidio.

A partir de los hallazgos se podrán diseñar futuras intervenciones desde el campo de la enfermería para promover la salud mental y prevenir la depresión y el suicidio.

Tanto la salud física como mental son derechos para todo individuo, razón por la cual no solo deben prevenirse las enfermedades crónicas y demás, sino que la salud mental debe preocuparnos de la misma manera, siendo competencia de la enfermería trabajar por la tranquilidad y estabilidad física y emocional de las personas.

1. Formulación del problema

1.1 Planteamiento del problema

“La OMS define la adolescencia como el período de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y cambios” (1). Conviene distinguir que estos cambios pueden ser: Físicos, psicológicos, emocionales y sociales, los cuales le generan al adolescente dificultad al momento de adaptarse, convirtiéndolo en un ser vulnerable y propenso a padecer un trastorno depresivo en esta etapa (2).

Con base a lo anterior, los trastornos depresivos son definidos por la guía latinoamericana de diagnóstico como: “el deterioro de la capacidad de disfrutar, el interés y la concentración, es frecuente un cansancio importante, incluso después de la realización de esfuerzos mínimos. Habitualmente el sueño se halla perturbado, en tanto que disminuye el apetito. Casi siempre decaen la autoestima y la confianza en sí mismo, y a menudo, aparecen algunas ideas de culpa o de ser inútil” (3).

Es importante resaltar que; la depresión se ha convertido en un problema de salud pública (4).” ya que ningún nivel socioeconómico o área geográfica está exento” de padecerla, al mismo tiempo se generan costos económicos y problemas emocionales para la persona, la familia y la sociedad” (5). Como evidencia de lo anterior, es necesario destacar los indicadores registrados en investigaciones pasadas: a nivel internacional, estudios revelan que de los adolescentes entre los 12-18 años, que consultan al Servicio de Salud Mental del Hospital Italiano de Buenos Aires, el 20% acudieron por alteraciones relacionadas con el estado de ánimo (6).

A nivel nacional se reportó que Antioquia, Bogotá y Valle del Cauca ocupan los primeros lugares en prevalencia de depresión(7). Y en general para todo el país, se describe que para el año 2017 en los adolescentes colombianos desde los 10 a los 19 años, aproximadamente 4.000 presentaron depresión grave, 6.000 depresión grave sin síntomas psicóticos y 20.000 depresión moderada (4).

Analizando las cifras anteriores, puede notarse la gran repercusión que trae el trastorno dentro de la calidad de vida de quienes la padecen, viéndose reflejada en: aislamiento social, conflictos con los padres, baja autoestima, poco autocontrol, irritabilidad, trastornos alimenticios, drogadicción, bajo rendimiento académico, labilidad emocional, entre otros. Como se menciona en párrafos anteriores, una de las mayores repercusiones que trae consigo la depresión es el suicidio, siendo esto respaldado por las siguientes cifras; en la población de los “Estados Unidos, del 7 al 9% de los alumnos de escuelas secundarias declara haber hecho por lo menos una tentativa de suicidio en su vida, y en Francia esta cifra ha sido el 7% entre las edades de 11-18 años” (8). Enfocando esta situación en Colombia 1 de cada 10 adolescentes que sufren depresión, ha visto el suicidio como la solución de sus problemas (1); adicionalmente 1 de cada 4 adolescentes del Municipio de Medellín ha pensado seriamente en suicidarse; De la misma población, 13 de cada 100 han ideado un plan para acabar con su vida.

Cabe concluir que debido a las altas cifras mortalidad a causa del suicidio “Se calcula que para el año 2020, la depresión será la segunda causa de mortalidad con mayor incidencia; siendo la primera, la cardiopatía isquémica” (9).

Conviene distinguir que la presencia de depresión puede estar influida por algunos factores entre estos se encuentran: Factores sociales, económicos, familiares, alimenticios, genéticos, psicológicos, académicos, sexuales, de género y fisiológicos(10–13).

Se busca entonces encontrar, cuáles estrategias se han propuesto anteriormente para el abordaje de la depresión, encontrando que se han planteado intervenciones tempranas desde la promoción de la salud por medio de incentivos para que los jóvenes participen en actividades recreativas y grupales, en las cuales se involucre a la familia (14).

Para la enfermería es importante trabajar desde la promoción de la salud mental, ya que como menciona Callista Roy, teórica de la enfermería; “el entorno tiene ciertas condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan el desarrollo y la conducta de la persona”(15). Al identificar los factores que están influyendo en que los adolescentes presenten depresión, se puede generar información que sea insumo para que desde la secretaría de salud del municipio de Envigado puedan

abordar los estudiantes de 10° y 11° y generen estrategias para fortalecer la resiliencia y lograr la calidad de vida y el bienestar de estos.

1.2 Justificación de la propuesta

Con esta investigación se pretende generar información acerca de los factores que se relacionan con la depresión en adolescentes escolarizados del municipio de Envigado, con el fin de que los profesionales de enfermería generen futuras estrategias educativas que les permitan abordar de manera acertada la depresión en adolescentes, para así, mejorar la calidad de vida de estos, previniendo complicaciones graves como el suicidio.

En adición, se pretende alarmar a las instituciones educativas y familias, para evitar subestimar la depresión, generar conciencia y enseñar que no es una forma de llamar la atención, sino que es un trastorno frecuente y es por eso que las personas que la padecen requieren apoyo y tratamiento.

1.3 Pregunta de investigación

La pregunta de investigación que se pretende resolver con este estudio es: ¿Cuáles son los factores que se asocian con padecer depresión en adolescentes escolarizados del municipio de Envigado en el año 2015?

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Adolescente

Profamilia define la adolescencia temprana como una etapa de la vida que inicia con la pubertad y depende de diferentes factores genéticos, socioculturales, nutricionales y económicos, es además un proceso de cambios físicos, psicológicos, emocionales y sociales que tienden a estabilizarse alrededor de los 19 años (16).

Es importante mencionar que la adolescencia no es un proceso lineal, por el contrario, es dinámico y presenta algunas conductas representativas que varían entre las etapas presentes en la adolescencia, las cuales son:

Adolescencia inicial, está comprendida entre los 10 y 13 años; se caracteriza por cambios puberales que comienzan a evidenciarse en los individuos, dichos cambios generan alteraciones del autoestima, egocentrismo y labilidad emocional; a partir de los 14 años se presenta la adolescencia media, caracterizada por el alejamiento de los padres y conflictos con los mismos, para acercarse a sus pares, esta etapa es de vital importancia dado que la frecuencia de las conductas de riesgo aumenta. Estas últimas se presentan debido a que la corteza prefrontal no se ha desarrollado completamente durante la adolescencia, lo que hace que la planificación y el control emocional sean bajos, mientras que la experimentación y exploración se tornan más frecuentes debido al desarrollo de la amígdala y el sistema límbico que son las zonas que manejan las emociones. Estas actitudes se presentan aproximadamente hasta los 17 años, para luego entrar a la etapa final de la adolescencia a partir de los 18 años, en la que el individuo vuelve a acercarse a la familia, los amigos pasan a un segundo plano y toma responsabilidades y valores, esto se da debido a la maduración tanto a nivel emocional como fisiológica (17).

Otro factor de riesgo estudiado en esta investigación fue el suicidio, mostrándose que el 2,4% de ellos lo ven como la solución de sus problemas y el 6,9% han intentado acabar con sus vidas (18).

Una muestra poblacional de Cuba permite demostrar que existen diversos factores de riesgo a los que están expuestas las personas en la etapa de la adolescencia, Sin embargo, “la adolescencia no es solo una etapa de vulnerabilidad sino también de oportunidad” (19).de aprendizaje, es por esto que desde la disciplina de enfermería se pueden generar planes de promoción de la salud, para contribuir al desarrollo sano de los adolescentes para que se sientan apoyados y que sean empoderados en conocimientos acerca de cómo manejar las diferentes situaciones que se le presenten en la vida diaria, para esto es necesario que se haga cargo tanto de sus habilidades como de sus limitaciones, potencializando así su identidad y la creación de un proyecto de vida.

Lo anterior genera que el adolescente se sienta en armonía, cómodo con su intimidad y su pareja, que conozca los cuidados de su sexualidad, se acepte a sí mismo, fortalezca su espiritualidad y genere una motivación por crear y construir su futuro iniciando desde su presente con conductas que le permitan tener bienestar(20).

Cabe resaltar, que para que dicho proceso pueda darse, es necesaria la orientación por parte de los padres y docentes por medio de la educación por convicción y no por obligación, teniendo en cuenta temas como la sexualidad y sus valores, el respeto por el otro, las consecuencias del consumo de sustancias psicoactivas. Ya que estas situaciones pueden influir en la presencia de depresión.

2.1.1 Depresión

La real academia española define la depresión como “Síndrome caracterizado por una tristeza profunda y por la inhibición de las funciones psíquicas, a veces con trastornos neurovegetativos” (21). Según la guía de la salud, la depresión se presenta con algunos síntomas, de carácter “cognitivo, volitivo y somático” pero en su mayoría afectivos(22), que pueden influir de manera relevante en la salud mental de las personas que la padecen.

2.1.2 Síntomas de la depresión

Irritabilidad, alteraciones del apetito, cambios en el peso, dificultad en la concentración, ideas de muerte o suicidio, ira, frustración por cosas sin importancia, pérdida del interés, aislamiento social y alteraciones del sueño, epigastralgia, dolores musculares, fatiga e ideación suicida (23).

2.1.3 Depresión mayor

“La característica esencial de un episodio depresivo mayor es un período de al menos 2 semanas durante el que hay una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades”. Habitualmente se acompaña de malestar clínico y se manifiesta con mínimo dos síntomas depresivos adicionales, los más frecuentes son los cambios del apetito y con mayor frecuencia el insomnio. Este último, se considera “La alteración del sueño asociada más a menudo a un episodio depresivo mayor” (23). el cual abarca una clasificación que es relevante en este trastorno, y es de vital importancia definir en orden de prevalencia:

Insomnio medio es un síntoma representativo del trastorno depresivo mayor; Sus características son, el despertar súbito durante la noche con problemas para conciliar el sueño nuevamente. Seguido por el insomnio tardío Su principal característica es el despertar temprano y ser incapaz de dormirse nuevamente. Por último, pero no menos importante, el Insomnio inicial se caracteriza por la dificultad para conciliar el sueño.

Se hace necesaria la aclaración de que el insomnio no es una característica constante, pues no se presenta en todos los individuos. La “Somnolencia” también se manifiesta en dicho trastorno pero es menos prevalente y se caracteriza por el aumento del sueño, a menudo es esta la causa por la que la población acude en busca de un tratamiento, desconociendo su diagnóstico. Para indicar la presencia de un episodio depresivo mayor, se debe evidenciar un nuevo síntoma o el aumento significativo del mismo si se compara con el estado del sujeto antes del episodio, adicionalmente, estos síntomas deben mantenerse la mayor parte del día, durante mínimo dos semanas consecutivas(23,24).

2.1.4 Trastorno distímico

La característica principal del trastorno distímico es un estado de ánimo crónicamente depresivo, que está presente en la mayor parte del día, casi a diario, durante mínimo 2 años.

Aquel que padece un trastorno distímico, tiende a describir su estado de ánimo como “Triste o desanimado”, además de padecer insomnio o hipersomnia. En este trastorno es bastante característica la presencia de baja autoestima, además del

aumento de la autocrítica, que genera en ellos, sentimientos de inutilidad, desconsuelo, entre otros.

2.1.5 Trastorno depresivo no especificado

El trastorno depresivo no especificado, abarca aquellos trastornos con síntomas que no tienen cabida en el diagnóstico de trastorno depresivo mayor, o distímico. Algunos de los trastornos que se catalogan como trastornos depresivos no especificados son:

2.1.6 Trastorno disfórico premenstrual

Entre los síntomas presentes, se encuentran la ansiedad, los cambios de humor y la pérdida de interés. Sin embargo, no tienden a influir en las actividades de la vida diaria.

2.1.7 Trastorno depresivo menor

Deben presentarse episodios depresivos al menos durante 2 semanas. Sin embargo, se manifiesta una menor cantidad de síntomas. Por lo que no puede ser diagnosticado como trastorno depresivo mayor.

2.1.8 Trastorno depresivo breve recidivante

Se caracteriza por episodios depresivos con una duración de 2 días a 2 semanas, que se presentan una vez al mes durante 1 año.

Según la OMS, la depresión puede catalogarse como leve, moderada o grave, dependiendo de la intensidad de los síntomas. Las personas que padecen con un trastorno depresivo leve tienen algún problema para realizar sus actividades diarias, sin dejarlas por completo. Por otro lado, aquellos que padecen trastorno depresivo grave, tendrán mayor dificultad al momento de mantener su vida social, laboral y doméstica (23,24).

2.1.9 Factores que se asocian con padecer depresión

2.1.10 Factores Económicos

Los trastornos anteriormente mencionados pueden estar influenciados por algunos factores de riesgo, tales como las condiciones económicas que han sido previamente observadas en un estudio, el cual sugiere que el 55% de los estudiantes de estrato 1 padecen depresión moderada, mientras que los estudiantes de estrato 4 solo un 1,7% la padecen (25). Fernando Robert Ferrei plantea, en el artículo Factores psicológicos en adolescentes escolarizados con bajo rendimiento académico, “Los trastornos mentales a nivel mundial, en la población adolescente representa un 20%; en Colombia el 16,1% Han sufrido o sufren trastornos mentales, mayormente en mujeres con 17,1% y un 14,8% en hombres” (2).

2.1.10.1 Factores familiares

El maltrato intrafamiliar ha sido estudiado también como un factor de riesgo para padecer depresión y/o ideas suicidas, ya que la violencia doméstica, sea física o verbal puede ser un condicionante para presentar conductas autodestructivas, además se ha encontrado que el abuso sexual, la discriminación y las agresiones físicas le generan al individuo baja autoestima. Es importante resaltar que, según lo encontrado en la literatura, el trato violento hacia los adolescentes es más común de lo que parece y aún más en el género femenino, causando trastornos emocionales (26), cognitivos, depresivos, por estrés post traumático tanto simple como complejo, trastornos bipolares, esquizofrénicos y somatomorfos (27).

Es importante resaltar que existen diferentes tipos de maltrato; físico, psicológico, por negligencia y el abuso sexual, todos estos pueden generar en el adolescente depresión. En una investigación realizada en 100 adolescentes de un hospital psiquiátrico infantil de México se encontraron algunos diagnósticos como: episodio depresivo mayor seguido del maltrato físico en el 41% de la muestra y abuso sexual en el 24%; Además el estudio indicó que los adolescentes con familias desintegradas, violencia entre los padres y baja escolaridad de estos presentaban una mayor probabilidad de padecer un episodio depresivo mayor (28).

2.1.10.2 Factores Personales

El Doctor Victorino Santaella Ruiz, en el artículo “ansiedad y depresión”, refuta que otro factor influyente en la depresión es el uso de medicamentos que inducen

síntomas depresivos, tales como “los antihipertensivos (bloqueantes de canales de calcio y Betabloqueantes), anticolesterolémicos y antiarrítmicos”.

Uno de los Factores de riesgo que puede influir en la posibilidad de padecer depresión en adolescentes es el consumo de sustancias psicoactivas(29). ya que, en los últimos años, se ha evidenciado un incremento en el consumo de drogas tanto legales, como ilegales, se demuestra que la droga legal más consumida es el alcohol, sin dejar a un lado el un aumento notable en el consumo de drogas entre los jóvenes, quienes inician con esta práctica cada vez a más temprana edad(30). Esto genera preocupación al momento de hablar de depresión, ya que el consumo de alcohol afecta la corteza prefrontal, la cual en la etapa de la adolescencia no se encuentra desarrollada por completo, esto trae como implicación una alteración en la fijación de metas, la motivación, además de provocar descontrol en el manejo de las emociones, causando así cambios de humor repentinos, irritabilidad, conductas agresivas, siendo estos posibles agravamientos de la depresión (31).

Dentro de esta conducta de consumo, cabría mencionar la influencia de los amigos como un factor de riesgo realmente fuerte e influyente, debido a que es considerada una de las mayores razones para iniciar con el consumo, mayormente mediado por la falta de raciocinio acerca de los factores nocivos que podría conllevar este hábito, que en diversas ocasiones es inculcado por los “pares”(32). Según el estudio “Red de jóvenes para la prevención del alcoholismo, la drogadicción, la sexualidad insegura y la violencia” un 19,3% de las mujeres y un 22,2% de los hombres que consumen SPA, lo hacen para “Compartir con amigos”, lo que pone esta razón como la segunda causa más común de inicio de consumo, después de la “Curiosidad”(33).

2.1.11 Marco legal

Durante el mandato del expresidente Juan Manuel Santos, se esclarece la necesidad de proteger la salud mental de los ciudadanos, por lo que en el año 2013 nace la Ley de salud mental 1616, su objetivo principal es garantizar “El derecho a la atención oportuna y digna, bajo los preceptos positivos de salud mental, salud integral y Atención Primaria en Salud para responder a las necesidades y demandas poblacionales”. Además de apoyar y promover la promoción y prevención de todos los trastornos mentales, también se encarga de garantizar la prestación de servicios para la óptima atención

Esta ley es importante en el país, ya que protege tanto a quienes ya padecen un trastorno mental como a aquellos que cuentan con una buena salud mental (34).

Dentro del plan decenal de salud- Dimensión “Convivencia social y salud mental”; Se encuentran planteados un par de componentes. A pesar de que ambos se encuentran relacionados con el tema de investigación, en distintos aspectos de esta; el que se considera más apropiado es el componente “Promoción de la salud mental y convivencia”. Este planeta dentro de su esquematización la importancia de mantener una sana convivencia con la finalidad de alcanzar una óptima salud mental. Además, sus objetivos van ligados “a cambiar los imaginarios sociales de la salud mental”, lo que se ve ligado con la investigación, ya que, realmente la depresión es un problema que debe ser tratado con la finalidad de que los jóvenes se sientan comprendidos y no lleguen a extremos indeseados.

El componente anteriormente mencionado, está conformado por 8 estrategias, sin embargo, el estudio se relaciona con la estrategia “fortalecimiento de entornos y factores protectores para la salud mental”, dado que, aunque los investigadores no realizarán intervenciones como tal, se pretende que los resultados vayan direccionados hacia el planteamiento de insumos con la finalidad de que estos sean usados para la prevención y el tratamiento de la depresión (35).

2.1.12 Marco referencial

La información que se presenta a continuación se obtuvo de bases de datos como:

Scielo

PubMed

Medline

Elsevier

Durante la revisión de la literatura científica acerca de la depresión en adolescentes se lograron identificar alrededor de 15 investigaciones relacionadas con el tema de interés, se encontró que en éstas algunos parámetros son similares, tales como la prevalencia, edad de la población y la vulnerabilidad que esta presenta, entre estos estudios se destacaron:

El estudio “Relación entre sintomatología depresiva y cohesión familiar en adolescentes de una institución educativa de Boyacá” en el año 2017, ya que se evidencia la relación entre depresión y cohesión familiar, con un resultado de 24.31, esto es realmente significativo basado en la escala de medición cuyo rango mínimo es 0 y máximo 80, considerándose el intervalo de 22 a 33 un nivel alto de depresión. Teniendo en cuenta lo anterior, puede realizarse un análisis superficial, llegando a la conclusión de que realmente los factores familiares, infieren en el estado de ánimo de los adolescentes, convirtiéndose así en un factor de riesgo considerable (36).

En la investigación “Síntomas de depresión y ansiedad en jóvenes universitarios: prevalencia y factores relacionados” realizado en Cartagena, Colombia en el año 2012 y publicado en el año 2014; se encontró que la prevalencia de síntomas depresivos en 973 estudiantes de una universidad pública era del 74,4%, además se estudiaron algunos factores del adolescente tales como: sexo, estado civil, estrato social, procedencia, hijos, ocupación semestre que cursan, y si tienen sintomatología de ansiedad y/o depresión, para lo cual se encontró que los factores que se asociaban a la prevalencia de síntomas depresivos en esta población eran: problemas familiares, dificultades económicas, ansiedad y antecedentes familiares de ansiedad o depresión, También se analizaron los resultados de los hombres con respecto a las mujeres pero no se encontró una diferencia significativa a pesar de ser un poco mayor en las mujeres(37).

En la investigación “La presencia de síntomas depresivos en adolescentes en el último año de escolaridad” realizada en 117 estudiantes de grado 12° de una secundaria de Viseu, Portugal en los años 2010-2011 y publicada en el 2013, se encontró que un 9,4% de los adolescentes encuestados presentaba algún grado de sintomatología depresiva (leve, moderada o grave) y que, de estos, el 5% presentaban sintomatología depresiva grave. En este estudio se asoció a la depresión, un factor importante como lo es el sexo, teniendo más prevalencia de síntomas el sexo femenino que el masculino (38).

En el estudio “la investigación de la depresión de adolescentes en el Perú: una revisión sistemática” del año 2017 se busca hacer una revisión sistemática sobre las características de las investigaciones de depresión en adolescentes peruanos y no peruanos, también se dio a conocer las posibles causas de prevalencia que

tienen los adolescentes para desarrollar la sintomatología depresiva, en los informes epidemiológicos del instituto nacional de salud mental en Perú (INSM) en el cual se indica que el trastorno mental más frecuente en adolescentes de lima y callao es la depresión, con una prevalencia de 7% , el 3% en varones y el 11% en mujeres, En la selva amazónica peruana, reportaron una prevalencia de 1.9% , 1.6% en varones y 2.2% en mujeres, y en la provincia de Abancay, una prevalencia de 2.1% ,0.9% en varones y 3.4% en mujeres, demostrando así que las mujeres tienen una mayor probabilidad de padecer depresión (39).

El artículo “Factores psicológicos en adolescentes escolarizados con bajo rendimiento académico: depresión y autoestima” realizado en el año 2014, tiene como objetivo describir los factores psicológicos de depresión en adolescentes escolarizados con bajo rendimiento académico. La población estuvo conformada por estudiantes de grado 10º pertenecientes a 5 instituciones educativas distritales de la ciudad de santa marta, Colombia, se escogieron a todos los estudiantes clasificados con bajo rendimiento académico, la muestra estuvo compuesta por 140 alumnos de 14 a 19 años de edad, donde el 51% eran varones y el 49% mujeres, los principales resultados relacionados con los niveles de depresión y autoestima en los adolescentes con bajo rendimiento fueron: el 86% (120) estudiantes presentaron síntomas depresivos moderados, 14% (20) síntomas leves, la prevalencia de una baja autoestima 51,4% (72), los estudiantes con autoestima elevada fueron del 6,4% (9) , en el caso de síntomas depresivos moderados se encontró que el 45,8% (55) corresponden al género femenino y el 54,1% (65) al género masculino, en los síntomas depresivos leves se encontró que el 70% (14) eran mujeres y el 30% (6) eran hombres(2).

En el artículo “Relación entre sintomatología depresiva y cohesión familiar en adolescentes de una institución educativa de Boyacá” También se puede evidenciar que el porcentaje de adolescentes con mayores niveles de depresión, se encuentran en la edad de 17 a 20 años. Sin embargo, este rango de edad varía entre unos estudios y otros, sin dejar de coincidir en cuestiones de la etapa de vida de la adolescencia(40).

En la investigación “Relación entre depresión y consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes en edades entre 12 a 17 años en una institución educativa en la ciudad de Bogotá” se presenta que el consumo de cigarrillo está relacionado con

sintomatología depresiva en adolescentes, siendo esta sustancia una de las más consumidas a nivel nacional y 10% más prevalente en mujeres(41).

En el artículo “factores individuales y familiares asociados con sintomatología depresiva en adolescentes de escuelas públicas de México” se puede evidenciar que el consumo de alcohol, tabaco y drogas incrementa las posibilidades de presentar sintomatología depresiva, en relación con el consumo de alcohol encontraron que cuanto es mayor el consumo de estas sustancias mayor es la presencia de síntomas depresivos. También se encontró una fuerte asociación entre violencia intrafamiliar y la sintomatología depresiva. La violencia intrafamiliar puede traer graves consecuencias en la salud mental de los adolescentes, aquellos adolescentes que refirieron violencia intrafamiliar tienen dos veces más posibilidades de presentar síntomas de depresión, los adolescentes que reportaron violencia intrafamiliar tuvieron un 60% de sintomatología depresiva (42).

Según la Revista de la Academia Americana de Psiquiatría Infantil y Adolescente. La duración media de un episodio depresivo en la adolescencia es de 32-36 semanas; las duraciones más largas se encuentran sobre todo en adolescentes cuyos padres presentaron trastornos del estado de ánimo (43).

2.1.13 Escalas utilizadas en el estudio

Se usan para medir una cualidad que no es directamente observable, por ejemplo, la violencia, cohesión familiar, riesgo de dependencia a drogas o alcohol, relaciones de pares riesgosas, etc.

Es importante que las escalas pasen por un proceso de análisis en el que se pueda medir su fiabilidad, confiabilidad que avalen su uso en poblaciones y garanticen que la información obtenida se acerque a la realidad.

El coeficiente del Alpha de Cronbach es una medida de consistencia interna que pondera las correlaciones entre las variables que forman la escala y es un buen indicador de fiabilidad, este coeficiente no es un estadístico por tanto no se acompaña de un valor de p, que permita rechazar o aceptar hipótesis, se considera que valores cercanos a 1(100%), demuestran fiabilidad de la escala. La confiabilidad varía de acuerdo con el número de ítems que incluya el instrumento de medición, cuántos mayor ítems haya, mayor será el valor de ésta (57)

Las escalas que se usaron para este estudio con adolescentes escolarizados y que fueron validadas en población Colombiana por el grupo de excelencia de investigación en salud mental de la universidad CES, fueron: escala DUSI alcohol y DUSI drogas (mide riesgo de dependencia), violencia intrafamiliar, cohesión familiar, pares problemas (mide si se tiene relaciones de pares con conductas riesgosas, como pertenecer a pandillas, consumidores etc.,,) (58) Para evaluar las habilidades sociales se usó la escala de Habilidades Sociales de TEA ediciones ®.

2.1.13.1 Escala “DUSI alcohol y DUSI Drogas”

Esta escala hace parte del Instrumento DUSI Drug Use Screening Inventory de Ralph Tarter, que originalmente cuenta con 149 ítems, el que se utiliza actualmente en Colombia es el “DUSI modificado” por Yolanda Torres de Galvis, que cuenta con 10 dominios relacionados con el riesgo para uso de alcohol y otras drogas. Es valioso para cuantificar y estudiar los perfiles de factores de mayor riesgo, el DUSI alcohol, al aplicar los criterios del DSM-IV para el trastorno de alcoholismo, permite estimar su prevalencia o analizar el comportamiento de sus preguntas(44).

Estas escalas fueron validadas por la Dra Yolanda Torres (Jefe del centro de excelencia en salud mental, U. CES) en población general con un alfa de 89,5% para DUSI Alcohol y 92,4% para DUSI Drogas (Marihuana).

2.1.13.2 Escala “Zung”

Esta escala cuantifica síntomas depresivos fue validada para su uso en adolescentes escolarizados por el grupo de salud mental de la Universidad de Cartagena, Alpha de Cronbach de 68,9%. (45)

2.1.13.3 Escala “Violencia intrafamiliar”

Mide si en la familia tienen relaciones libres de violencia, leve, moderada o severa violencia entre los miembros de la familia, el Alpha de Cronbach para esta escala fue de 69,5%.(44)

2.1.13.4 Escala “Pares problemas”

Se refiere al hecho de que el adolescente tenga amigos relacionados con pandillas, drogas, robo y que esto se convierta en un riesgo para el adolescente. El alpha de Cronbach para esta escala fue de 86,9%.(44)

2.1.13.5 Escala “Cohesión familiar”

Se refiere a la cohesión, cercanía o afinidad existente entre los miembros de la familia, el El alpha de Cronbach para esta escala fue de 88,5%. (44)

3. Objetivos

3.1 Objetivo general

Determinar los factores familiares, personales y sociodemográficos que se relacionan con la depresión, en adolescentes escolarizados del municipio de Envigado en el año 2015, con el propósito de generar información que ayude a la implementación de estrategias para la promoción y prevención de la salud mental evitando futuras complicaciones

3.2 Objetivos específicos

- Caracterizar socio-demográficamente a la población estudiada.
- Determinar la prevalencia de depresión
- Identificar la prevalencia de cohesión familiar y violencia intrafamiliar.
- Identificar la prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas legales e ilegales
- Identificar factores familiares, personales y sociodemográficos que influyen en la presencia de depresión en adolescentes escolarizados.

4. Metodología

4.1 Enfoque metodológico

Se usó un enfoque metodológico cuantitativo, por medio de la recolección de datos numéricos de los participantes, éstos serán analizados por medio de procedimientos estadísticos, mediante los cuales es posible hallar la presencia de depresión en la población estudio.

4.2 Tipo de estudio

Observacional transversal con intención analítico, retrospectivo.

El estudio se hará por medio de un diseño transversal debido a que se hará una sola medición en el tiempo y es un estudio que busca la asociación entre los factores sociodemográficos, personales, familiares y padecer depresión en los adolescentes, mediante una disponibilidad del dato retrospectivo.

4.3 Población

Datos registrados en la base de datos de los adolescentes escolarizados del municipio de envigado.

4.3.1 Población de estudio

925 datos registrados en la base de datos de adolescentes escolarizados de colegios públicos y privados de 12 a 18 años del municipio de Envigado.

4.4 Criterios de inclusión y exclusión

En el estudio primario del que se obtuvo la información se aplicaron como criterios de inclusión y exclusión.

4.4.1 Criterios de inclusión

- los criterios definidos por el estudio primario.

- se tuvieron en cuenta las variables: cohesión familiar, edad, sexo, violencia intrafamiliar, consumo de sustancias legales y consumo de sustancias ilegales.

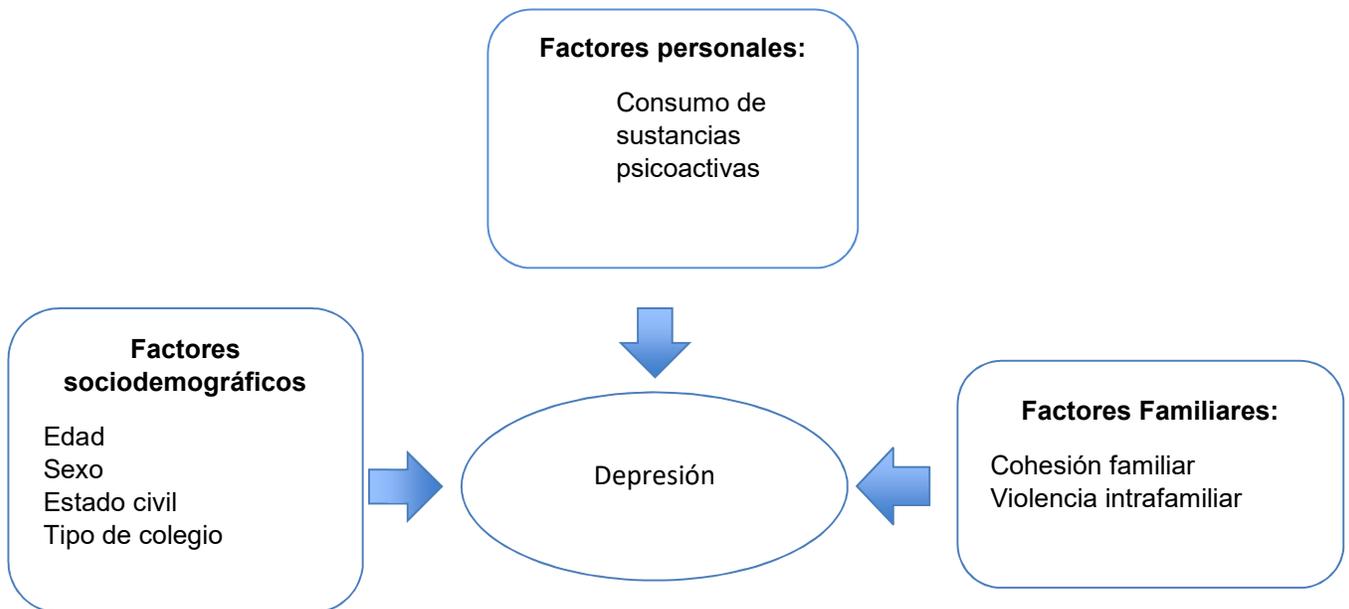
4.4.2 Criterios de exclusión

Si dentro de las encuestas alguna pregunta contaba con más del 20% sin respuesta se descarta la variable.

4.5 Descripción de las variables

Las variables objeto de estudio estuvieron compuesta por la variable dependiente “*depresión*” Y por variables independientes “*los factores sociodemográficos, familiares y personales*”.

4.5.1 Diagrama de variables



4.5.2 Tabla de variables

Nombre de la variable	Definición	Naturaleza	Nivel de medición	Categorías o valores
Sexo	Características biológicas de un individuo	Cualitativa	Nominal	1. Masculino 2. Femenino
Edad	Número de años cumplidos	Cuantitativa discreta	Razón	1. 12 años 2. 13 a 15 años 3. 16 a 18 años
Nivel de escolaridad	Grado de escolaridad	Cualitativa politómica	Ordinal	1. 6 2. 7 3. 8 4. 9 5. 10 6. 11
Estado civil	Estado civil	Cualitativa politómica	Nominal	1. Soltero 2. Casado 3. Unión libre 4. Separado/divorciado 5. Viudo
Colegio	Tipo de colegio	Cualitativa dicotómica	Nominal	1. Público 2. Privado
Consumo de sustancias	Consumir sustancias psicoactivas	Cualitativa	Nominal	1. Si 2. No
Consumo de sustancias	Consumir sustancias legales	Cualitativa	Nominal	1. si 2. no

	(alcohol y cigarrillo)			
Cohesión familiar	Cuando surgen problemas familiares se reúnen a resolverlos	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca 2. Rara vez 3. Algunas veces 4. Con frecuencia 5. Casi siempre
Violencia intrafamiliar	Violencia entre los miembros de la familia	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. No nos ocurrió 2. No nos afectó 3. Afectó algo 4. Afectó mucho
Depresión	padecer depresión	cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No

4.6 Fuente de información

La presente investigación utilizó una fuente secundaria como medio para la obtención de la información de depresión y factores relacionados, la base de datos que se utilizó es el resultado del proyecto “Consumo de sustancias psicoactivas y factores asociados en adolescentes escolarizados del municipio de Envigado 2015”, que fue desarrollado a través del grupo de salud mental de la Universidad CES.

4.7 Instrumento de recolección

En la investigación “Consumo de sustancias psicoactivas y factores asociados en adolescentes escolarizados del municipio de envigado” se diseñó un formulario en el aplicativo Google Drive, teniendo en cuenta la estructura del VESPA para las Sustancias Psicoactivas con algunas modificaciones y las siguientes escalas:

- escala DUSI modificada para alcohol, que mide el riesgo de dependencia al alcohol, que cuenta con 11 ítems, el punto de corte para clasificación fue: (0 – Normal), (1 - 3 Alto riesgo), (4 - 11 Alcoholismo).
- La escala DUSI Drogas, que mide el riesgo de dependencia a drogas, cuenta con 12 ítems, el punto de corte para clasificación fue: (0 – Normal), (1 - 3 Alto riesgo), (4 - 11 Dependencia a drogas).
- La escala DUSI pares problemas, que mide el riesgo que tiene el joven de tener amistades con conductas problemáticas, tiene 16 ítems, el punto de corte para clasificación fue: (0 – Normal), (1 - 2 Riesgo leve), (3 - 4 Riesgo moderado), (5 - 9 Riesgo moderado).
- La escala Violencia intrafamiliar: que mide la presencia de violencia en el hogar, tiene 18 ítems (0 – Sin violencia), (1 - 2 Leve), (3 - 4 Moderada), (mayor a 5 - Severa).
- La escala cohesión familiar tiene 13 ítems (0 – Mala), (1 - 10 Regular), (11 - 20 Buena), (21 o más – Muy buena)
- La escala depresión Zhung, mide el riesgo de depresión, cuento con 20 ítems, el punto de corte para clasificación fue: (20 –49 Sin depresión), (50-59 Leve), (60 - 69 Moderada), (mayor a 70 – Severa).

4.8. Proceso obtención de la información

Se solicitó autorización a los investigadores del estudio primario “Consumo de sustancias psicoactivas y factores asociados en adolescentes escolarizados, Envigado 2015”, una vez obtenida la base de datos, se revisó y se cambió de letras a números, luego se trasladó toda la base de datos al programa spss.

Se revisaron todas las variables para verificar que estuvieran completas, se agruparon las variables de sustancias psicoactivas en legales e ilegales y así mismo para el análisis bivariado se re categorizó la variable depresión en sí y no.

4.9 Control de errores y sesgos

Se revisó la calidad de los datos registrados para asegurarse que todas las respuestas estuvieran diligenciadas correctamente; Además la investigación primaria utilizó escalas validadas para garantizar la confiabilidad de los datos.

4.10 Técnicas de procesamiento y análisis de los datos

Para el procesamiento de los datos se usó el paquete estadístico SPSS versión 21 licencia de la universidad CES.

Se realizó análisis univariado para las variables cualitativas y se presentaron en tablas de frecuencias y se realizó análisis bivariado para el que se usaron tablas de contingencia.

4.11 Plan de divulgación de los resultados

se presentarán los resultados obtenidos de la investigación a la comunidad por medio de un artículo donde se especifiquen los logros, las diferencias que tuvo este estudio con respecto a otros, lo que le aporta esta investigación a la ciencia y a las intervenciones en salud, para generar información que permita que desde la secretaría de salud de Envigado se aborde más este tema en las instituciones educativas, desde la prevención de complicaciones, para que se hagan diagnósticos tempranos, tratamientos a tiempo y disminuya la mortalidad por suicidios en la población que se intervenga.

5. Consideraciones éticas

El estudio se acoge a los principios universales de la bioética, según la resolución 8430/93 se clasifica como una investigación sin riesgo, los datos usados son solo con fines académicos.

Esta investigación se acata el código de Helsinki debido a que no se tendrá contacto directo con los adolescentes, la información será obtenida de una base de datos y solo será utilizada para generar asociaciones entre los síntomas de depresión y algunos factores.

El estudio primario tuvo aprobación por el comité de ética en humanos, además para la obtención de los datos de cada individuo se realizó un consentimiento informado que fue firmado por cada participante, a los cuales también se les garantizó los principios bioéticos: El estudio primario preservó todos los principios de la bioética, realizó consentimiento informado, asentimiento informado, tuvo aprobación por el comité de ética de estudios en humanos de la universidad CES

Por otra parte, este estudio salvaguardará la confidencialidad de los datos, respetará los derechos del autor y creador de la base de datos y la información solo será utilizada para fines académicos.

6. Aspectos administrativos

El presente formato tiene como propósito obtener información general acerca de los aspectos técnicos, administrativos y éticos del proyecto.

DATOS GENERALES DEL PROYECTO				
Título del proyecto	Factores que influyen en la depresión en adolescentes escolarizados del municipio de Envigado para el año 2015			
¿El proyecto se inscribió en un grupo de investigación de la Universidad CES?	Si	X	N o	

Grupo de investigación de la Universidad CES que presenta el proyecto	Cuidado de enfermería.
Línea de investigación del grupo que presenta el proyecto	Salud de los colectivos

PARTICIPANTES DEL PROYECTO					
Rol en el proyecto	Cédula	Nombre completo	Correo electrónico	Institución	Grupo de Investigación al que pertenece
Investigador principal	1193509458	Mildrey Carolina Aristizábal García	Carogarcia83e@gmail.com	Universidad CES	Cuidado de enfermería
Investigador principal	1037670231	David correa Cardona	Davidccardona99@gmail.com	Universidad CES	Cuidado de enfermería

Investigador principal	10366 71272	Yerika Daniela Jaramillo Pérez	jaramilloyeri@gmail.com	Universidad CES	Cuidado de enfermería
Investigador principal	10261 60827	María Lucía López Franco	marialucialopez11@gmail.com	Universidad CES	Cuidado de enfermería
Asesora		Giselly Matagira	gmatagira@ces.edu.co	Universidad CES	cuidado de enfermería

Cubrimiento del estudio (Marque con una X)					
Institucional	X	Multicéntrico nacional			
Regional		Multicéntrico internacional			
Lugares o instituciones donde se llevará a cabo la investigación					
Base de datos de colegios públicos y privados del municipio de envigado del año 2015 registrados por el estudio primario.					
ASPECTOS TÉCNICOS Y METODOLÓGICOS					
Objetivo General					

Determinar los factores familiares, personales y sociodemográficos que se relacionan con la depresión, en adolescentes escolarizados del municipio de Envigado en el año 2015, con el propósito de generar información que ayude a la implementación de estrategias para la promoción y prevención de la salud mental evitando complicaciones a futuro.

Objetivos específicos

- Caracterizar socio-demográficamente a la población estudiada.
- Determinar la prevalencia de depresión
- Identificar la prevalencia de cohesión familiar, violencia intrafamiliar.
- Identificar la prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas legales e ilegales
- Identificar factores familiares, personales y sociodemográficos que influyen en la presencia de depresión en adolescentes escolarizados.

Marque con una X cuáles de los siguientes grupos poblacionales incluirá en su estudio (puede marcar varias opciones o ninguna de ellas si su estudio no está dirigido de manera particular a alguno de estos grupos)

Afroamericanos		Indígenas	
Analfabetas		Menores de 18 años	X
Desplazados		Mujeres durante trabajo de parto, puerperio o lactancia	
Discapacitados		Mujeres embarazadas	
Empleados y miembros de las fuerzas armadas		Mujeres en edad fértil	
Estudiantes	X	Pacientes reclusos en clínicas psiquiátricas	

Recién nacidos	Trabajadoras sexuales			
Personas en situación de calle	Trabajadores de laboratorios y hospitales			
Personas internas en reclusorios o centros de readaptación social	Otro personal subordinado			
Indique el tipo de estudio que se empleará para el desarrollo de la investigación	Observacional transversal con intención analítico, retrospectivo. El estudio se hará por medio de un diseño transversal debido a que se hará una sola medición en el tiempo y es un estudio que busca la asociación entre los factores sociodemográficos, personales, familiares y padecer depresión en los adolescentes, mediante una disponibilidad del dato retrospectivo.			
La fuente de información de los datos del estudio será (Puede marcar varias opciones)	Primarias (Datos recopilada directamente de los participantes)	Secundarias (Datos recopilados a partir de registros existentes)	x	
¿En este estudio se realizarán intervenciones que modifiquen variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio?	Si		No	X
¿En este estudio se indagará a los participantes sobre aspectos sensibles de la conducta (Situaciones, eventos, recuerdos o palabras que activan emociones que lleven a alterar el estado de ánimo o la conducta)?	Si		No	x

<p>Describa los procedimientos que se llevarán a cabo en el estudio</p>	<p>Se obtuvo la base de datos de la investigación ``consumo de sustancias psicoactivas y factores asociados en adolescentes escolarizados envigado 2015`` y se pidió permiso a los investigadores principales Giselly Matagira para su uso.</p> <p>al obtener la base de datos se verificó que fuera confiable, sin variables pérdidas y datos perdidos, se pasó todas las variables de letras a números y estas se llevaron al paquete estadístico SPSS versión 21 con licencia de la universidad ces.</p> <p>se sacaron análisis Univariados y bivariados, en el univariado se realizó tabla de frecuencia y en la bivariado tabla de contingencia</p> <p>y se re-categorizaron las variables depresión y consumo de sustancias para sí y no.</p>
---	---

¿En este estudio se aleatorizarán sujetos?		Si		No	X
Describa los grupos (En los casos que aplique)	Grados 10°, 11°				
Indique los criterios de inclusión	<ul style="list-style-type: none"> • Los criterios definidos por el estudio primario. • Se tuvieron en cuenta las variables: cohesión familiar, edad, sexo, violencia intrafamiliar, consumo de sustancias legales y consumo de sustancias ilegales. 				
Indique los criterios de exclusión	Si dentro de las encuestas alguna pregunta contaba con más del 20% sin respuesta se descarta la variable.				
CONSIDERACIONES ÉTICAS					
. Indique la clasificación del estudio de acuerdo con el Artículo 11 de la Resolución 8430 de 1993 (Marque con una X sólo una opción)					
Sin riesgo	x	Riesgo mínimo		Riesgo mayor que el mínimo	
¿Los sujetos de investigación podrán participar de otro estudio mientras estén participando en éste?	Si		x	No	
¿Los sujetos de investigación recibirán algún tipo de incentivo o pago por su participación en el estudio?	Si			No	x
¿Los sujetos de investigación deberán asumir algún costo por su participación que sea diferente del costo del tratamiento que recibe como parte del manejo establecido por su condición médica?	Si			No	x
Describa los riesgos potenciales para los participantes	Investigación sin riesgo ya que los datos serán tomados de fuente primaria, bases de datos.				

<p>Describa el plan de monitoreo y seguridad que se desarrollará para garantizar la confidencialidad tanto de los participantes como de la información que éstos suministren</p>	<p>El estudio primario garantizar la confidencialidad y el anonimato realizando encuestas en las que no se diligenció ningún dato de identificación personal.</p>			
<p>Describa los beneficios para los participantes de la investigación</p>	<p>Generar estrategias de prevención y promoción para la salud mental de los adolescentes, prevenir la depresión y el suicidio.</p>			
<p>Describa los beneficios que se obtendrán con la ejecución de la investigación</p>	<p>El beneficio principal será analizar la influencia que tienen los factores asociados a la depresión y brindar estos resultados a las instituciones educativas, del municipio de envigado para que se implementen medidas preventivas.</p>			
<p>¿En el proyecto existen conflictos de interés?</p>	<p>Si</p>		<p>N o</p>	<p>x</p>

7. Resultados

7.1 Análisis univariado

El estudio primario no tuvo datos perdidos y contaba con una muestra de 925 estudiantes, de los cuales el 40% eran mujeres, la población encuestada en su mayoría pertenecía al grado undécimo. El 93% eran solteros y de los 925 estudiantes que participaron 568 pertenecían a colegios públicos (**Tabla1**)

Tabla 1: distribución según características sociodemográficas de adolescentes, envigado

Variable	Categoría	n	%
Sexo	Femenino	370	40
	Masculino	555	60
Escolaridad	Sexto	107	11,6
	Séptimo	104	11,2
	Octavo	205	22,2
	Noveno	181	19,6
	Décimo	72	7,8
	Undécimo	256	27,7
Estado Civil	Soltero(a)	858	92,8
	Casado(a)	11	1,2
	Unión libre	39	4,2
	Separado(a) / Divorciado(a)	10	1,1
	Viudo	7	0,8
Tipo de Colegio	Público	568	61,4
	Privado	357	38,6

- De acuerdo con el segundo objetivo específico la prevalencia de depresión se encontró que el 16% de los estudiantes tienen algún grado de depresión **(tabla 2)**

Tabla 2: Resultados escala de Zung de los adolescentes, envigado

Variable	Categoría	n	%
Depresion ZUNG	Sin depresión	772	83,5
	Leve	131	14,2
	Moderada	20	2,2

- Dentro de los factores familiares se encontró que el 2% de la población tiene mala cohesión familiar y el 3,1% la considera regular. **(tabla 3)**

Tabla 3: Distribución según características familiares de adolescentes, envigado

Variable	Categoría	n	%
Cohesión familiar	muy buena	706	76,30%
	buena	188	20,30%
	regular	29	3,10%
	mala	2	0,20%
Violencia intrafamiliar	Sin violencia	470	50,8
	Leve	257	27,8

	Moderada	90	9,7
	Severa	108	11,7

- En los factores personales, en cuanto al consumo de sustancias psicoactivas se encontró que el 70,10% de los adolescentes consumen sustancias psicoactivas. **(tabla 4)**

Tabla 4: Distribución según características personales de adolescentes, envigado

Variable	Categoría	n	%
Consumo de SPA	No	277	29,90%
	Si	648	70,10%
Consumo de SPA legales	No	294	31,80%
	Si	631	68,20%
Consumo de SPA ilegales	No	634	68,50%
	Si	291	31,50%

7.1.2 Análisis bivariado

Se realizó una tabla de contingencia para comparar el comportamiento de la variable dependiente con las variables independientes y posterior a esto se realizaron las pruebas estadísticas Chi² y se presenta el valor de P en la **(tabla 5)**.

Tabla 5: Asociación entre la presencia o ausencia de depresión y factores demográficos, familiares y personales.

Variable	Depresión				Chi ₂
	Si		No		
	n	%	n	%	
Sexo					
Masculino	60	10,80%	495	89,20%	0.000
Femenino	93	25,10%	277	74,90%	
Grupos de edad					
12 años	12	17,40%	57	82,60%	0,104
13 - 15 años	90	18,90%	387	81,10%	
16 - 18 años	51	13,50%	328	86,50%	
Cohesión familiar					
Buena	133	86,9	761	98,6	0,000
Mala	20	13,1	11	1,4	
Violencia intrafamiliar					
Sin violencia	65	42,5	405	52,5	0,024
Con violencia	88	57,5	367	47,5	
Consumo de sustancias					
Si	121	18,70%	527	81,30%	0.008
No	32	11,60%	245	88,40%	
Consumo de sustancias Legales					

Si	116	18,40%	515	81,60%	0,000
No	37	12,60%	257	87,40%	
Consumo de sustancias ilegales					
Si	73	25,10%	218	74,90%	0,000
No	80	12,60%	554	87,40%	

- Al análisis de los resultados nos encontramos con que la prevalencia de depresión se presenta más frecuentemente en mujeres que en hombres con una prevalencia del 25,10%. Se logra definir que este resultado tiene significancia estadística, con el valor de $P= 0,000$.
- También se pudo observar que la mayor prevalencia de depresión se presentó en los adolescentes entre los 13 y los 15 años con un porcentaje de 18,9. Se logra definir que este resultado no tiene significancia estadística, con el valor de $P= 0,104$.
- Se observa que hay 20 estudiantes que presentan una cohesión familiar regular o mala que a su vez presentan depresión y que el hecho de pertenecer al rango de mala cohesión familiar tiene gran impacto en el padecimiento de la depresión. Se logra definir que este resultado tiene significancia estadística, con el valor de $P= 0,000$.
- Al analizar la violencia intrafamiliar se logró observar que el 32,9% de los adolescentes escolarizados con depresión presentan una violencia familiar leve o moderada. Se logra definir que este resultado tiene significancia estadística, con el valor de $P= 0,024$.
- Se logró observar que de los adolescentes escolarizados que consumían sustancias psicoactivas el 18,70% padecen depresión, mientras que el 81,30% no presenta. Sin embargo al realizar el análisis de χ^2 se encontró que el consumo de sustancias psicoactivas si se asociaba a la presencia de depresión y este dato tenía significancia estadística.

- Se logró analizar que de los adolescentes escolarizados que consumían sustancias psicoactivas legales el 18,4% padecen depresión. Se logra definir que el consumo de sustancias psicoactivas legales tiene asociación con padecer depresión y este resultado tiene significancia estadística, con el valor de $P= 0,000$
- Los adolescentes escolarizados que consumían sustancias psicoactivas ilegales y padecían depresión eran 73 el cual representa al 25,1%. Se logra definir el consumo de sustancias psicoactivas ilegales se asocia a la presencia de depresión, este resultado tiene significancia estadística, con el valor de $P= 0,000$ (**tabla 5**).

8. Discusión

La depresión es una enfermedad que afecta la calidad de vida de las personas, debido a la aparición de síntomas que dificultan la capacidad de llevar una vida laboral, académica y familiar sin episodios de tristeza y desmotivación.

El suicidio es la consecuencia más catastrófica de este trastorno y se ha encontrado en la literatura que la prevalencia de este ha aumentado a tal punto de prever que para el año 2020 será la segunda causa de mortalidad a nivel mundial.

Teniendo en cuenta lo anterior, esta investigación busca identificar la relación entre presentar algunos factores familiares, personales y sociodemográficos con padecer depresión, en adolescentes. Es importante resaltar que se realizó la prueba de χ^2 para verificar cuáles factores tienen significancia estadística real y cuáles no.

En relación con lo anterior se logró evidenciar que la prevalencia de depresión en los adolescentes estudiados fue del 16,3%. En comparación con los resultados arrojados por la investigación "Presencia de síntomas depresivos en adolescentes en el último año de escolaridad", se encuentra una diferencia debido a que, en este, dicha prevalencia es solo del 9,4%. Esto posiblemente es atribuible a que la población estudiada fue perteneciente solo a un grado de escolaridad (38).

Al estudiar las variables sociodemográficas, se encontró que existe mayor prevalencia de depresión en mujeres, con un valor del 25,1%; mientras que en los hombres sólo un 10,8% la padece, se logró definir que este resultado tiene significancia estadística, también se puede complementar con los hallazgos de otra investigación en la cual, de los estudiantes con síntomas de depresión leve el 70% eran mujeres y el 30% eran hombres (2).

Por otra parte, al analizar la variable edad, se encontró que aquellos estudiantes que tenían entre 13 y 15 años presentaron mayor prevalencia de depresión con un 18,9%, lo que permite concluir que es más frecuente encontrar depresión en los estudiantes con esta edad, sin embargo, se logró definir que este resultado no tiene significancia estadística. Estos resultados no coinciden con lo encontrado en otro estudio, en el cual concluyen que en el rango de edad entre los 17 a 20 años es donde hay mayor prevalencia de depresión. (40)

Dentro del proceso de investigación, surgió como necesidad indagar acerca de la situación familiar de los adolescentes, debido a que es el entorno principal y más

influyente en las conductas de estos, por esto se estudia la cohesión familiar encontrando que; El 86,9% de quienes consideran que es buena padecen depresión y el 13,1% de quienes piensan que es mala, también padecen este trastorno. lo que permite concluir que es más frecuente la depresión en los adolescentes que consideran que su cohesión familiar es mala frente a aquellos que consideran que esta es buena, se definió que este resultado si tiene significancia estadística; Además estos resultados concuerdan con lo encontrado en la investigación "Síntomas de depresión y ansiedad en jóvenes universitarios: prevalencia y factores relacionados" donde reportan que los factores familiares, influyen en el estado de ánimo de los adolescentes, convirtiéndose así en un factor de riesgo considerable (37).

Además, se quiso observar si dentro del núcleo familiar existía violencia, para lo que se encontró que el 57,5% de los adolescentes la presenta y además padecen depresión. también se pudo evidenciar que la menor prevalencia de depresión en quienes no tienen violencia intrafamiliar 42,5, Además se logró definir que este resultado tiene significancia estadística, lo cual se asemeja con lo encontrado en el estudio "factores individuales y familiares con sintomatología depresiva en adolescentes de escuelas públicas de México", en el que se plantea que, de los adolescentes con violencia intrafamiliar, el 60% presentaron sintomatología depresiva. (42)

En cuanto al entorno social de los adolescentes, se encontró que de los adolescentes que consumen SPA legales solo el 18,7% padecen depresión, mientras que el 81,3% no padece, gracias a las pruebas que se hicieron se demostró que el consumo si se asocia con la presencia de depresión, y dicho resultado tiene significancia estadística, Al compararlo con el estudio "Relación entre depresión y consumo de SPA en adolescentes en edades entre 12 a 17 años en una institución educativa de la ciudad de Bogotá" se encuentra relación ya que en este refieren que el consumo de SPA incrementa las posibilidades de tener sintomatología depresiva (41)

los adolescentes que consumen SPA ilegales el 25,1% padecen de depresión, mientras que el 74,9 si las consumen y no padecen depresión, mediante la prueba de chi² se logró definir que este resultado tiene significancia estadista con un valor de P: 0,000

Al momento de llevar a cabo la investigación, se presentan diversas limitaciones, entre estas; la tardía asignación de asesores fijos, debido a esto, los puntos de vista que se tenían sobre la investigación eran variados y se hizo complicado el poder discernir acerca de cuál de estas visiones era la correcta, por lo que la investigación estuvo sometida a diversos cambios estructurales, Además, uno de los investigadores principales, desistió de continuar con el proceso, Por otra parte, al inicio se tenía planteado que el instrumento de recolección fuese una fuente primaria, sin embargo por cuestiones de reformas al interior del comité de ética, se optó por una fuente secundaria, la cual no contaba con algunas de las variables que en un principio estaban planteadas, tales como; Pertenecer a la comunidad LGBTIQ, Ser víctima de acoso escolar y tener bajo rendimiento académico, por lo que nuevamente la investigación tuvo que someterse a cambios.

9. Bibliografía

1. Ferrel F, Vélez J, Ferrel L. Factores psicológicos en adolescentes escolarizados con bajo rendimiento académico: depresión y autoestima. Rev Encuentros. 2014 Noviembre; 12(2).
2. Asociación Psiquiátrica de América Latina. Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico (GLADP). [Online].; 2003. Available from: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/desastres/guia_latinoamericana_diagn_psiq_gladp.pdf.
3. Ministerio de Salud. Boletín de salud mental Depresión Subdirección de Enfermedades No Transmisibles. [Online].; 2017. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-depresion-marzo-2017.pdf>.
4. Posada J. Biomédica Instituto Nacional de Salud. Salud Ment En Colomba. 2013 Diciembre; 3(4).
5. Gómez D, Gutiérrez M, Londoño S. Depresión y consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes en la ciudad de Bogotá. Psychologia. 2013 Enero; 7(1).
6. Organización Mundial de la Salud. Desarrollo en la adolescencia. [Online].; s.f.a [cited 2018 Septiembre 11. Available from: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/.
7. Organización Mundial de la Salud. Depresión. [Online].; s.f.b [cited 2018 Septiembre 11. Available from: <https://www.who.int/topics/depression/es/>.
8. Ricardo G. Trastornos ansiosos y depresivos en adolescentes. Rev Médica Clínica Las Condes. 2011 Enero; 22(1).
9. Murray. C: Lopez A. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. Lancet Lond Engl. 1997 Mayo; 349(9064).
10. García R. Trastornos ansiosos y depresivos en adolescentes. Rev Médica Clínica Las Condes. 2011 Enero; 22(1).
11. Rivera L, Rivera P, Pérez B, Leyva A, Castro F. [Individual and family factors associated with depressive symptomatology in adolescents from public schools of Mexico]. Salud Publica Mex. 2015 Junio; 57(3).

12. Ortega F, Robert F, Vélez J, Ballestas F. Psychological factors in low performing school adolescents with academic: depression and self-esteem. Encuentros. 2014 Julio; 12(2).
13. Ramírez R, Álvarez M, Valencia G, Tirado F. Prevalence of Depressive and Anxious Symptomatology in 14-18 ys-old Students from a Private School in Medellin. Rev Colomb Psiquiatr. 2012 Julio; 41(3).
14. Aledo A, Sulaiman S. La incuestionabilidad del riesgo. Ambiente Amp Soc. 2014 Diciembre; 17(4).
15. El Cuidado. Callista roy. [Online].; 2014 [cited 2018 Septiembre 26. Available from: <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com/2012/06/callista-roy.html>.
16. Profamilia. Adolescencia y pubertad. [Online].; s.f. [cited 2018 Septiembre 11. Available from: <https://profamilia.org.co/aprende/cuerpo-sexualidad/adolescencia-y-pubertad/>.
17. Güemes M, Ceñal M, Hidalgo M. Desarrollo durante la adolescencia. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. 2017; 4(13).
18. Álvarez M, Hernández F, Castillo N, Hernández Y, González S. Algunos factores de riesgo en la adolescencia, hallazgos en un área de salud. Rev Cuba Hig Epidemiol. 20087 Diciembre; 46(3).
19. Borrás T. Adolescencia: definición, vulnerabilidad y oportunidad. Correo Científico Méd. 2014 Marzo; 18(1).
20. Gaete V. Desarrollo psicosocial del adolescente. Rev Chil Pediatría. 2015 Diciembre; 86(6).
21. Real Academia Española. Depresión. [Online].; s.f. [cited 2018 Septiembre 12. Available from: <https://dle.rae.es/depresi%C3%B3n>.
22. Álvarez M. Guía de práctica clínica sobre la depresión mayor en la infancia y en la adolescencia Madrid: Unidad de Asesoramiento Científico-técnico, Avalia-t. Agencia Gallega para la Gestión del Conocimiento en Salud (ACIS). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2017.
23. Pichot P, López J. DSM-IV: manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales Barcelona: Masson; 1998.
24. Organización Mundial de la Salud. Depresión. [Online].; s.f.b [cited 2018 Octubre 15. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>.

25. SAP. Home. [Online].; s.f. [cited 2018 Septiembre 12. Available from: <https://www.sap.org.ar/>].
26. Espinoza F, Zepeda V, Bautista V, Hernández C, Newton O, Plasencia G. Violencia doméstica y riesgo de conducta suicida en universitarios adolescentes. Salud Pública México. 2010 Junio; 52(21).
27. Castillo D, Chávez-Hernández A. Maltrato y suicidio infantil en el estado de guanajuato. Salud Ment. 2007; 30(3).
28. Vargas P, Ibañez E, Galenao A, Noguera A, Pantoja S, Suárez A. Prevalencia de hipotiroidismo en trastorno psiquiátrico mayor de pacientes hospitalizados en la Clínica Montserrat en el periodo de marzo a octubre de 2010. 2017 Julio; 46(3).
29. Pallia R. El hábito de fumar y la depresión en adolescentes. Arch Argent Pediatría. 2007 Febrero; 105(1).
30. Cáceres D, Salazar I, Varela M, Tovar J. Consumo de drogas en jóvenes universitarios y su relación de riesgo y protección con los factores psicosociales. Universitas Psychologica. 2006 Diciembre; 5(3).
31. Quijada P. El alcohol retrasa el desarrollo psicológico de los adolescentes. [Online].; 2016 [cited 2018 Septiembre 12. Available from: https://www.abc.es/sociedad/abci-alcohol-retrasa-desarrollo-psicologico-adolescentes-201611152059_noticia.html].
32. Torres Y. Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas y factores asociados Medellín: Carisma; 2003.
33. Zapata M, Segura A. Consumo de drogas y riesgos asociados en jóvenes escolarizados de la ciudad de Medellín. Rev Salud Pública de Medellín. 2007 Julio-Diciembre; 3(2).
34. Ministerio de Salud. Colombia cuenta con Ley de Salud Mental. [Online].; 2013. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Colombia-cuenta-con-Ley-de-Salud-Mental.aspx>.
35. Ministerio de Salud. Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012 - 2021: La salud en Colombia la construyes tú Ministerio de Salud y Protección Social. [Online].; 2013. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf>.

36. Buitrago J, Pulido L, Güichá A. Relación entre sintomatología depresiva y cohesión familiar en adolescentes de una institución educativa de Boyacá. *Psicogente*. 2017 Diciembre; 20(38).
37. Vergara M, Díaz S, González F. Síntomas de depresión y ansiedad en jóvenes universitarios: prevalencia y factores relacionados. *Rev Clínica Med Fam*. 2014 Febrero; 7(1).
38. Resende C, Ferrão A. La presencia de síntomas depresivos en adolescentes en el último año de escolaridad. *Pediatría Aten Primaria*. 2013 Junio; 15(58).
39. Navarro-Loli J, Moscoso M, Calderón-De la Cruz G. La investigación de la depresión en adolescentes en el Perú: una revisión sistemática / Research on depression in adolescents in Peru: a systematic review. *Liberabit*. 2017; 1(57).
40. Gómez D, Gutiérrez M, Londoño S. Relación entre depresión y consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes de edades entre 12 a 17 años de una institución educativa de la localidad cuarta en la ciudad de Bogotá. [Online].; 2011. Available from:
https://www.researchgate.net/publication/320187670_Relacion_entre_depresion_y_consumo_de_sustancias psicoactivas_en_adolescentes_de_edades_entre_12_a_17_anos_de_una_institucion_educativa_de_la_localidad_cuarta_en_la_ciudad_de_Bogota.
41. Elizabeth M, Myers K, Mitchell J, Romero KTR. Depresión en jóvenes: presentación inicial y curso clínico. *Rev Acad Am Psiquiatr Infant Adolesc*. 1993 Julio.
42. Agudelo N, Silva J, Recto G, Esmoris V. DUSI. drug use screening inventory/versión uruguaya. [Online].; 1997. Available from:
http://iin.oea.org/Cursos_a_distancia/Lectura%20UT_1.pdf.
43. Campo A, Díaz L, rueda G, Barros J. Validación de la escala de Zung para depresión en universitarias de Bucaramanga, Colombia. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2005; 1(9).