



UNIVERSIDAD DE CUENCA
Facultad de Ciencias Médicas

Centro de Posgrado

Posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria

Depresión y sus determinantes sociales en adolescentes del bachillerato de los colegios de la parroquia Cañar. Ecuador 2017- 2018

Tesis previa a la obtención del título de Especialista en
Medicina Familiar y Comunitaria.

Autor:

Md. Juan Pablo Pillcorema Ludizaca
C.I: 0302014451

Director:

Dr. Manuel Ismael Morocho Malla
C.I: 0103260675

Cuenca Ecuador

5 de abril de 2019



RESUMEN

Antecedentes: La depresión en adolescentes puede variar a través de las regiones y culturas; particularmente en Cañar esta puede asociarse a desestructuración familiar, disfunción familiar, migración y abuso de sustancias.

Objetivo: Determinar la prevalencia de depresión en adolescentes del bachillerato de los colegios de la Parroquia Cañar en el periodo 2017 - 2018, y la relación con los determinantes sociales.

Materiales y métodos: Se diseñó un estudio observacional transversal de tipo analítico. La muestra fue aleatorizada, participaron 432 adolescentes y la recolección de datos se realizó con una encuesta validada previamente (Cronbach: 0.88). El análisis se realizó mediante la razón de prevalencia, significancia estadística con IC al 95% y Chi cuadrado con el valor p. Los datos se analizaron en SPSS V. 15

Resultados: El promedio de edad fue 16.37 años (DE= 1,21 años). El 53% eran mujeres y 47% hombres. La autoidentificación mestiza fue mayoritaria (78,5%). La prevalencia de depresión fue del 40,3% con predominio en el sexo femenino (60,34%). Los factores de riesgo encontrados fueron: disfunción familiar (OR: 5,94 I.C 95% = 3,445 - 10,242 p: 0.00), consumo de alcohol (OR: 2,19 I.C 95% = 1,45 - 3,31 p: 0,00), desestructuración familiar (OR: 1,68 I.C 95% = 1,14 – 2,47 p: 0,01), y sexo femenino (OR: 1,64 I.C 95% = 1,11– 2,42 p: 0,008).

Conclusión: la disfunción familiar, la desestructuración familiar, el consumo de alcohol y el sexo femenino presentaron asociación significativa con depresión.

Palabras clave: Depresión. Adolescentes. Determinantes sociales.



ABSTRACT

Background: Depression in adolescents can vary across regions and cultures; particularly in Cañar this can be associated with family breakdown, family dysfunction, migration and substance abuse.

Objective: To determine the prevalence of depression in adolescents of the baccalaureate of the schools of the Cañar Parish in the period 2017 - 2018, and the relation with the social determinants.

Materials and methods: An analytical cross-sectional observational study was designed. The sample was randomized, 432 adolescents participated and the data collection was done with a previously validated survey (Cronbach: 0.88). The analysis was performed by the prevalence ratio, statistical significance with 95% CI and Chi square with the p value. The data was analyzed in SPSS V. 15

Results: The average age was 16.37 years (SD = 1.21 years). 53% were women and 47% men. Mestizo self-identification was the majority (78.5%). The prevalence of depression was 40.3%, with a predominance in females (60.34%). The risk factors found were: family dysfunction (OR: 5.94 95% CI = 3.445 - 10.242 p: 0.00), alcohol consumption (OR: 2.19 IC 95% = 1.45 - 3.31 p: 0, 00), family breakdown (OR: 1.68 IC 95% = 1.14 - 2.47 p: 0.01), and female sex (OR: 1.64 IC 95% = 1.11- 2.42 p: 0.008).

Conclusion: family dysfunction, family breakdown, alcohol consumption and female sex were significantly associated with depression.

Keywords: Depression. Teenagers. Social determinants.



ÍNDICE

RESUMEN	2
ABSTRACT.....	3
CAPITULO I	10
1.1 INTRODUCCIÓN	10
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
1.3 JUSTIFICACIÓN Y USO DE LOS RESULTADOS	13
CAPITULO II	15
2.1 FUNDAMENTO TEÓRICO	15
2.1.1 Depresión.....	15
2.1.2 Determinantes sociales y depresión	17
2.1.3 Migración y depresión	18
2.1.4 Depresión y abuso de sustancias.....	19
2.1.5 La familia y los sistemas familiares en la depresión del adolescente.	23
2.1.6 Estructura familiar.....	26
2.1.7 Familia y funcionalidad.....	28
2.1.8 Disfunción familiar y depresión en adolescentes.	30
2.1.9 Papel emergente de las familias en los trastornos del estado de ánimo.....	31
2.1.10 La adolescencia	32
2.1.11 Instrumentos para la evaluación.....	34
2.1.12 Papel de Medicina familiar en la depresión	34
CAPITULO III	37
3.1 HIPOTESIS.....	37
3.2 OBJETIVO GENERAL.....	37
3.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	37
CAPITULO IV	38
4. METODOLOGIA.....	38
CAPITULO V	48
5. RESULTADOS	48
CAPITULO VI	53
6. DISCUSIÓN.....	53



CAPITULO VII	59
7.1 CONCLUSIONES	59
7.2 RECOMENDACIONES	60
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61



CLÁUSULA DE LICENCIA Y AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Yo, Juan Pablo Pillcorema Ludizaca, en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales de la tesis "Depresión y sus determinantes sociales en adolescentes del bachillerato de los colegios de la parroquia Cañar. Ecuador 2017-2018", de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Así mismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de esta tesis en el Repositorio Institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 5 de abril de 2019

Juan Pablo Pillcorema Ludizaca

CI: 0302014451



CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL

Yo, Juan Pablo Pillcorema Ludizaca, autor de la tesis “Depresión y sus determinantes sociales en adolescentes del bachillerato de los colegios de la parroquia Cañar. Ecuador 2017-2018”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Cuenca, 5 de abril de 2019

A handwritten signature in blue ink, which appears to read "Juan Pablo Pillcorema Ludizaca".

Juan Pablo Pillcorema Ludizaca

CI: 0302014451



DEDICATORIA

A mis hijos Milena Sofía y Juan Manuel, que son la motivación principal para seguir adelante, a mis queridos padres; Segundo y Emperatriz por su apoyo incondicional, y a mis hermanos porque nunca me dejaron solo en la trayectoria para llegar hacia una de las metas que me había propuesto.



AGRADECIMIENTO

A Mg. Walter Piña que representa la dirección distrital de Educación del cantón Cañar, junto con todas las autoridades de los planteles educativos de los diferentes establecimientos implicados como son; profesores, inspectores y demás personal que de manera solidaria y altruista supieron colaborar en la consecución de este proyecto de investigación. De igual manera a todos los estudiantes y padres de familia de los diferentes establecimientos por su participación en la recolección de la información.

Especial agradecimiento a mis profesores de investigación; PhD. José Ortiz y Dr. Ulises Freire, así como también a mi director de tesis Dr. Ismael Morocho. Quienes aportaron con su guía y enseñanzas en este proyecto de investigación.



CAPITULO I

1.1 INTRODUCCIÓN

En la gran mayoría de países, sobre todo de los subdesarrollados los adolescentes forman parte de un grupo vulnerable. La OMS indica que se puede evitar "sufrimientos durante toda una vida" e incluso muertes en los adolescentes si se implementaran políticas preventivas y si los adolescentes fueran tratados a tiempo.(1) Algunos expertos creen que la adolescencia es un momento importante de la vida en el que se deben sentar las bases de una buena salud.

Una de las principales causas de enfermedad y posterior discapacidad en adolescentes es la depresión que afecta a la población mundial (2). Es una enfermedad recurrente, frecuentemente crónica y que requiere un tratamiento a largo plazo. Su prevalencia en la población general se encuentra en asenso (3). Se caracteriza por: estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, anhedonia y otros como; negatividad, agotamiento, insomnio, pérdida de confianza en sí mismo, inferioridad, pensamientos de muerte o suicidio, llanto fácil y perdida de planificación futura con percepción de que el tiempo pasa lento (4).

La adecuada funcionalidad familiar permite el correcto desempeño individual y social, tanto en el aspecto físico como en el psicológico. De esta manera permite a los miembros operar consensualmente en la formación de sus ontogénias particulares, da pertenencia al sistema familia y posibilita el equilibrio físico, emocional y ambiental de los integrantes (5).

Varias investigaciones describen síntomas depresivos en adolescentes de las aulas escolares, ocasionados por problemas emocionales, familiares, ambientales y sociales que generan comportamientos de "escape" (6), como son; perdida de amistades valiosas, comportamientos sexuales inadecuados, huidas del hogar, consumo de sustancias psicoactivas, suicidio entre otras.

La migración genera crisis familiares para-normativas que desestabilizan la estructura familiar y ponen a prueba el microsistema, ya que este deberá adaptarse al impacto de los cambios y vencer los problemas para mantener el equilibrio.



El objetivo principal de este trabajo es determinar la prevalencia de depresión y su asociación con los determinantes sociales en los adolescentes de bachillerato de los colegios de la Parroquia Cañar. La presente investigación consta de V capítulos:

- En el capítulo I se discutió el problema de la investigación y su justificación.
- En el capítulo II se constituyó el marco teórico del tema según la bibliografía actual, partiendo desde la Teoría General de Sistema y Teoría Sistémica Familiar que se contextualiza dentro de los componentes biológicos, psicológicos y socio-familiares de la depresión.
- En el capítulo III se explica los lineamientos metodológicos seguidos para llevar a cabo la investigación.
- En el capítulo IV se presentan los resultados de la investigación
- Finalmente en el capítulo V, se realizó la discusión de los resultados, se plantearon las conclusiones y recomendaciones.

La dinámica familiar inestable podría desencadenar factores causales en el caso de síntomas reactivos y al mismo tiempo factores desencadenantes o mantenedores en el caso de los trastornos ansiosos y depresivos (7).

La depresión es una de las principales causas del consumo de sustancias psicoactivas: incluyendo alcohol, tabaco y drogas en los adolescentes (6). También se ha encontrado asociación causal de depresión con la desestructuración familiar, migración, y disfuncionalidad familiar.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

De acuerdo con los datos estadísticos proporcionados por la Organización Mundial de la Salud, la depresión afecta a más de 300 millones de personas. Puede llevar al suicidio que en el grupo etario de 15 a 29 años es la segunda causa de muerte (8). Por lo tanto la depresión es un problema de salud en ocasiones invisible que afecta adolescentes de todo el mundo causando discapacidad y muerte (2).

El CDC (Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades) con el Centro Nacional de Defectos Congénitos y Discapacidades del Desarrollo, indican que la



depresión grave en los jóvenes de 10 a 24 años puede ser causa de suicidio, siendo la principal causa de muerte en este grupo etario (9)

En Cartagena, Colombia en un estudio realizado en 2014 se encontró prevalencia de síntomas depresivos en el 74,4%; los factores asociados fueron: problemas familiares, dificultades económicas, ansiedad y antecedentes familiares de depresión (10). En México, DF. Palacios, J. en el año 2012 encontró que la edad promedio de consumo de alcohol es a los 13.6 años. Ellos consumen por diversas causas entre las cuales destacamos un 4% debido a depresión (11).

La Encuesta Mundial de Salud Escolar realizada en escuelas de las ciudades de Quito, Guayaquil y Zamora, determinó que la edad promedio de inicio de consumo de bebidas alcohólicas es de 13,7 años (12).

Oyerve en 2010 en un estudio en colegios de Cuenca Ecuador muestra que el 32.7% tiene depresión mayor, con asociación estadísticamente significativa OR 4,41, IC 95% (1,45 - 13,34) $p = 0,004$ al consumo de alcohol; de los casos de depresión mayor, 8.8% (24/89) beben alcohol (13).

Entre 2008 y 2010 en Ecuador una de las cinco primeras causas asociadas con la salud mental fue la depresión, que aumento 108 a 113 casos por 100.000 habitantes (12). Morla y colaboradores en un estudio en Guayaquil encuentran una prevalencia del 22.9% de trastornos depresivos asociados a adolescentes que viven dentro de familias desestructuradas (14).

La disfunción familiar y desestructuración tiene asociación estadísticamente significativa como lo reportan Torrel y Delgado en Perú (73,8%), Cogollo y Colaboradores en Colombia (41%) y Pereira en Brasil (30.3%) (5)(15)(16).

La migración es un proceso multicausal que rompe lazos afectivos con los padres. Según la UNICEF (2008) los niños y niñas Cañarenses hijos de emigrantes llegan a 8.000 (17). Rivera, Martínez y Obregón en México durante el año 2013, encuentran que el 45,6% de participantes tenían algún familiar migrante y de ellos el 42% estaban asociados a sintomatología depresiva (18). En Quito (2008) una investigación de la Escuela Rio Santiago informó que el 13% de adolescentes eran hijos de padres migrantes y de estos el 36.3% tenían depresión (19).



En la parroquia Cañar se observa depresión en adolescentes que se relacionan con: desestructuración familiar, disfunción familiar, y abuso de sustancias, pero no se cuenta con datos de prevalencia y asociación. Por ello la estimación de depresión y su relación con los determinantes sociales en los adolescentes de la Parroquia Cañar durante el año lectivo 2017-2018 permitirá la intervención en la familia, en la comunidad, en los grupos de adolescentes y establecimientos educativos, con el apoyo de las herramientas de la medicina familiar.

Con todo lo expuesto anteriormente se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la prevalencia de depresión asociada a los determinantes sociales como: desestructuración familiar, disfunción familiar, alcoholismo, consumo de marihuana y migración de familiares, en adolescentes del bachillerato de los colegios de la Parroquia Cañar?

1.3 JUSTIFICACIÓN Y USO DE LOS RESULTADOS

La interacción de los determinantes sociales con los sistemas familiares expresa un rol de protección o de riesgo en el desarrollo del adolescente. Existen varias investigaciones nacionales e internacionales que demuestran asociación significativa entre depresión en adolescentes y los determinantes sociales en estudio (desestructuración familiar, disfunción familiar, consumo problemático de alcohol y marihuana) (9,10,16,18). Sin embargo en la provincia del Cañar no se encuentran estudios de este nivel relacional. Por ello el presente trabajo pretende estimar la frecuencia de tal asociación en la población adolescente.

La ejecución de este proyecto obedece a las prioridades de investigación en salud 2013-2017 del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (20), en la temática de salud mental y trastornos del comportamiento. También se enmarca dentro de las líneas de investigación de la facultad de ciencias médicas, en el ámbito de salud en adolescentes y dentro de las necesidades que tienen las instituciones educativas en el Plan Educativo Institucional; como tema de salud en adolescentes y bienestar estudiantil. Por ello se justifica la realización de esta investigación.



Los resultados de esta investigación serán de gran utilidad para la población involucrada. De modo que los diferentes profesionales en salud pueden partir de los datos de asociación encontrados a trabajar en los distintos niveles de prevención en salud incidiendo en los factores de riesgo. En prevención primaria la promoción y educación al adolescente y sus familias pueden modificar la ocurrencia de depresión; como lo demuestra Conejo y colaboradores en una revisión sistemática donde el resultado de las intervenciones psicológicas y educativas para prevenir la depresión tuvieron un efecto preventivo estadísticamente significativo en la atención primaria (21). En prevención secundaria la aplicación temprana de tamizajes de depresión en establecimientos educativos, unidades de salud, comunidad y otros permitirán el tratamiento oportuno. La prevención terciaria con intervenciones biopsicosociales y trabajo multidisciplinario que reduzcan la incapacidad o que eviten el suicidio.

Todo el trabajo investigativo será de uso público y representara la base teórica que sustente la necesidad de más estudios de tipo relacional con distintas variables y análisis multivariado, para posteriormente realizar estudios de tipo explicativo. Los principales resultados serán divulgados en los establecimientos educativos en estudio. También el estudio será publicado en la Revista de la Facultad de Ciencias Médicas, y en la revista del MSP a través de la dirección distrital 03D02 – Cañar.



CAPITULO II

2.1 FUNDAMENTO TEÓRICO

2.1.1 Depresión

La OMS la define como un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración (22).

La depresión en los jóvenes tiene implicaciones significativas en el desarrollo y representa la mayor carga de morbilidad en este grupo de edad. La prevalencia oscila entre 1,9 y 3,4% entre los escolares de primaria y de 3,2 a 8,9% entre los adolescentes (23). La incidencia alcanza su punto máximo en la pubertad con una relación 2 a 4 veces mayor que en los escolares. La duración media de un episodio depresivo en niños y adolescentes es de unos nueve meses. Las tasas de recurrencia superan el 85% dentro de una década de un episodio depresivo índice y en el 50% o más dentro de los seis meses de la remisión clínica aparente si el tratamiento inicialmente efectivo no se continuó (24). Estos datos sugieren una continuidad sustancial entre la depresión infantil, adolescente y la depresión en la adultez. Además, debido a la presentación atípica y a la alta frecuencia de comorbilidades, muchos casos de depresión infantil y adolescente permanecen sin ser detectados y no reciben los tratamientos que necesitan (23). Por lo que los adolescentes deprimidos experimentan un notable deterioro en el funcionamiento social, familiar, escolar y muestran un alto riesgo de autolisis con comportamientos suicidas.

La depresión afecta a los diferentes ciclos vitales individuales. En los entornos de atención primaria, la prevalencia puntual de la depresión mayor oscila entre el 5% y el 9% entre los adultos y no se reconoce hasta el 50% de los pacientes deprimidos. Se estima que los trastornos depresivos afectan del 0,8% al 2,0% de los niños y al 4,5% de los adolescentes (25). La mediana de las estimaciones de



prevalencia de 12 meses en la adolescencia media a la tardía es aproximadamente similar a las observadas en la edad adulta (4–5%), con una probabilidad acumulada de depresión que aumenta desde alrededor del 5% en la adolescencia temprana hasta un 20% en la adolescencia tardía (26). En la edad escolar las niñas y niños tienen la misma probabilidad de presentar trastornos depresivos. Esta situación cambia a partir de los 15 años, donde las mujeres tienen un riesgo aumentado de 2/1 en relación a los hombres de presentar episodios depresivos graves. La adolescencia es una etapa del ciclo vital individual donde el adolescente busca definir su identidad y es allí donde se puede presentar la depresión cuando hombres y mujeres están lidiando con asuntos de género, su sexualidad emergente, y tomando decisiones por primera vez en sus vidas (27). Por todo lo antes mencionado se debería prestar atención a la salud mental a todos los ciclos vitales individuales y de forma especial a la niñez y adolescencia, ya que la depresión es una patología que evoluciona con la edad.

La depresión tiene diversas etiologías identificadas. Dentro de las causas biológicas se encuentran diversos factores (genéticos, inmunológicos, endocrinos y deficiencia de aminos biogénicas), que actúan a través de las respuestas inmunológicas y endocrinas iniciando cambios estructurales y funcionales en muchas regiones del cerebro, dando como resultado neurogénesis y neurotransmisión disfuncional que luego se manifiesta como una constelación de síntomas que se traducen en depresión (28). Las causas psicosociales (problemas familiares, ambientes insanos, barreras sociales) proporcionan explicaciones holísticas basadas en teorías que se explican más adelante (23). Estas explicaciones deben permitir el entendimiento y abordaje integral en la salud de un adolescente, en lugar de un abordaje unitario.

La vulnerabilidad cognitiva tiene relevancia clínica en la medida en que puede explicar la etiología de la depresión, tal como se conceptualiza en la teoría de la desesperanza. Esta teoría predice que la interacción entre los estilos cognitivos negativos y los eventos negativos de la vida produce un sentido de desesperanza. Hasta ahora, 18 estudios han evaluado estilos inferenciales negativos en relación con los síntomas o episodios depresivos (29). De esta manera se explica no solo



el primer episodio depresivo, sino también las recurrencias en las cuales los eventos negativos o crisis no normativas juegan un papel importante.

En la investigación científica se puede realizar el diagnóstico clínico de depresión en adolescentes por varios métodos e instrumentos. Uno de ellos son los criterios de la American Psychiatric Association (DSM-5) (30). Donde se enumeran ocho síntomas que califican para la depresión mayor, con el requisito de que al menos cinco estén presentes, incluyendo uno de los dos síntomas principales, junto con una duración de 2 semanas o más (31). Existen también otros instrumentos como el test de Zung con el que se trabajó en este proyecto, que categoriza la depresión en grados. Por este motivo las investigaciones deben utilizar instrumentos previamente calibrados en una población similar, a menos que ya existan instrumentos con validez y confiabilidad establecida en campo.

La distimia es una variante que se debe diferenciar de un episodio depresivo. Para la distimia, se requieren menos síntomas de una lista más corta, pero durante un período más largo de 2 años en adultos y un año en niños. La distimia en adolescentes puede caracterizarse por un estado de ánimo irritable persistente y se ha identificado como un factor de riesgo importante para el desarrollo de un trastorno depresivo mayor (32). Por esta razón es importante la prevención secundaria.

2.1.2 Determinantes sociales y depresión

La OMS conceptualiza a los determinantes sociales en salud como “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen”, dichas circunstancias responden a políticas gubernamentales, procesos de autogestión e índices socio sanitarios de cada región, país o localidad (33).

En Cañar la población mestiza e indígena vive en su mayoría en el sector rural, crecen envueltos en costumbres ancestrales y llenos de mitos y tabúes. La situación familiar en forma general es patriarcal con la cultura machista y la típica familia



tradicional, además es notoria la desintegración familiar sobre todo por razones migratorias. El trabajo en la población urbana está distribuida entre profesionales y oficios artesanales, mientras que en los sectores rurales predominan los oficios como la agricultura y ganadería. La accesibilidad a los servicios de salud del MSP como en el resto del país es gratuita.

2.1.3 Migración y depresión

La provincia del Cañar sobresale a nivel nacional con altos porcentajes migratorios. Según la UNICEF la provincia del Cañar tiene un índice elevado de emigración igual al 61%, que ha producido desestructuración de familias con adolescentes menores de 18 años (17). La migración es un fenómeno social que causa inestabilidad familiar y afecciones en la esfera emocional como la depresión, sobre todo cuando el emigrante es un familiar directo sea padre o madre.

Existen estudios que encuentran asociación entre depresión y migración familiar. Por ejemplo un estudio en Puyang-China durante el 2015 con 2283 participantes de 10 a 18 años evidencia que el 61,2% de los participantes fueron niños abandonados por padres que emigraron. En ellos la prevalencia de depresión entre los niños que quedaron atrás con ambos padres que emigran (14.2%) fue más alta que la de los niños con un padre que emigra (11.7%) y ningún padre que migra (12.6%) (34). En estudiantes michoacanos (2013) el resultado central fue que el 42% de la varianza de la sintomatología depresiva puede explicarse por los siguientes factores de riesgo: ser mujer, las dificultades para manejar la tristeza y el enojo, así como la incapacidad para buscar ayuda con la red de apoyo social y la migración de la madre. De los 360 participantes, 164 (45.6%) tenían algún familiar migrante directo, ya fuera el padre, la madre o un hermano o hermana (18). En Quito La Escuela Rio Santiago durante el 2009 encontró que el 13% de participantes tenían padres migrantes y de ellos el 36.3% tenían depresión (19). Estos datos orientan a la realización de estudios en poblaciones con elevados porcentajes de migración.



2.1.4 Depresión y abuso de sustancias

Igual que la depresión, también el abuso de sustancias tiene varias teorías causales. Durante el siglo pasado, se han propuesto muchas de estas para explicar el uso indebido de drogas(35). Estas teorías se integran en 3 subgrupos principales como son; sociales, psicológicos y biológicos (36). La explicación biopsicosocial hace referencia a la complejidad de situaciones adversas que viven los adolescentes en su desarrollo, mismos que afectan la parte emocional, psíquica y biológica del individuo. Este modelo es el más investigado y es así que en un estudio narrativo en 2014 realizado en Kerman - Irán sobre la etiología del abuso de drogas se identificó cinco temas como los principales factores de riesgo (37):

- Factores familiares.- falta de un ambiente cálido y emocionalmente rico en el hogar, falta de supervisión de los padres, copiar comportamientos adictivos de los padres y desestructuración en el hogar.
- La presión de los compañeros.- participación con multitud equivocada, acoso y críticas por no consumir drogas.
- El efecto de la puerta de entrada.- el abuso de drogas es una transición de un uso más ligero como cigarrillos, marihuana y alcohol, a un abuso posterior de otras drogas más pesadas como opio y heroína.
- Las características individuales.- genéticos, inicio temprano de la adicción y problemas de autoestima baja.
- Los factores de la comunidad.- como la pobreza el tipo de vecindario la falta de instalaciones de ocio y la actitud normalizada hacia el abuso de drogas.

Otros investigadores indican que el factor de riesgo más importante y crucial para el abuso de drogas referido por los participantes es la dinámica familiar alterada (38). Por ejemplo el modelo perturbado de roles de los padres, también identificado por los participantes, ha sido probado en varios estudios como factor asociado (39). Igual que la función educativa de la familia ha sido delegada a la televisión, internet,



la escuela y otras instituciones, por lo que el papel de apoyo de las familias parece estar desapareciendo y el adolescente adquiere información distorsionada (37). De acuerdo con las teorías del aprendizaje social y el control social, cuanto más fuerte es la cohesión familiar y el monitoreo de los padres, es menos común el abuso de drogas. Por ello siempre se debe prestar atención al medio ambiente en el que se desarrolla un adolescente.

La prevalencia internacional del consumo sustancias psicoactivas en adolescentes es impactante. La Encuesta Canadiense de Monitoreo del Consumo de Alcohol y Drogas en 2011 reveló que el 21.6% de los jóvenes de 15 a 24 años habían consumido cannabis el año anterior, en comparación con el 6.7% de los mayores de 24 años (40). Un estudio en Santiago (2012). Muestra que la prevalencia de consumo de tabaco, alcohol o marihuana, en los últimos 30 días ascendía a 47,2%, mayor en el sexo femenino (41). Otra investigación del consumo de Marihuana (2014) registrado en atención primaria en Canadá encuentra que los adolescentes son el grupo que mayoritariamente consumen marihuana (42), igual que el estudio del Fondo Internacional de Emergencia Infantil de las Naciones Unidas de 2013 sobre un grupo de menor edad (11 a 15 años de edad) encontró tasas de uso aún más altas entre los jóvenes Canadienses; se estima que el 28% había consumido cannabis al menos una vez en el último año (43). Esta fue la tasa más alta en el mundo occidental, y resulta de gran preocupación ya que un gran número de jóvenes admitió el uso semanal o diario durante el último año con una prevalencia de 22% en hombres y 10% en mujeres (42). En 2014 una revisión sistemática de 113 publicaciones de estudios en adolescentes de 12 a 18 años identificó mayores niveles de depresión asociada a consumo de marihuana (44). Puesto que estas drogas brindan una forma fácil y rápida para experimentar sensaciones placenteras, modificar los sentimientos asociados al malestar emocional, reducir los trastornos emocionales, mitigar la tensión y el estrés; es importante el trabajo multidisciplinario en la identificación temprana de consumo de drogas.



Existen también otras drogas de consumo prevalente en la población adolescente. La tasa de consumo actual de drogas ilícitas entre jóvenes europeos de 12 a 17 años fue de 9,5 por ciento en 2012, con 7,2 por ciento marihuana, 2,8 por ciento de uso no médico de medicamentos con receta (1,8 por ciento para aliviar el dolor) 0,8 por ciento inhalantes, 0,6 por ciento alucinógenos 0,5 por ciento de la heroína y 0,1 por ciento de cocaína (45). De esta manera es importante investigar varias adicciones en los adolescentes.

Se ha demostrado que un historial familiar de trastorno por uso de sustancias, es factor de riesgo para la ocurrencia de un nuevo trastorno en sus descendientes. Las estimaciones de herencia genética van desde: 50 a 70% para el trastorno por consumo de alcohol, del 34 al 78 % para el trastorno por consumo de cannabis, del 42 a 79 % para el trastorno por consumo de cocaína y 23 a 54 % para el trastorno de uso de opioides(45). La mayoría de los adolescentes con inicio temprano del consumo de sustancias (por ejemplo, antes de los 13 años a 14 años) o que desarrollan abuso por lo general registran antecedentes familiares de riesgo como son: consumo de alcohol, exposición intrauterina a drogas, conflictos de pareja, disfunción familiar, entorno familiar perturbado, y actitudes favorables de los padres hacia el alcohol y / o drogas (45). Por consiguiente en atención primaria es apropiado detallar en el genograma todas las afecciones familiares de las diferentes generaciones graficadas.

La concurrencia de trastornos de salud mental y abuso de sustancias está bien documentada. Es así que puede haber riesgo aumentado de presentar: trastornos depresivos, trastornos de ansiedad, trastorno de estrés postraumático, trastorno por déficit de atención con hiperactividad, entre otros. Como menciona del Bosque et al. En la revista Mexicana de salud mental de 2013 donde indica que la depresión se asocia al consumo de marihuana y este consumo puede precipitar cuadros psicóticos agudos e incrementar el riesgo de esquizofrenia crónica en personas vulnerables (46). Otro estudio realizado con 2508 adolescentes Chilenos durante el año 2016 encontró altos índices de consumo de marihuana (40,3%) y los síntomas de depresión, pánico y ansiedad generalizada se asociaron con una mayor



frecuencia de consumo 18 meses después (47). En este contexto el médico de atención primaria debe establecer un amplio panorama diagnóstico de enfermedades mentales y consumo de sustancias psicoactivas.

El abuso de alcohol sin la concurrencia de otras drogas también presenta alta prevalencia. La OMS, y los investigadores; Room, R. Babor, T, Rehm, J, coinciden en que el consumo de alcohol en las Américas es aproximadamente 40 a 50% mayor al promedio mundial y que por tanto el patrón de consumo es nocivo para la salud. Por esta razón el consumo adictivo de alcohol se encuentra asociado a más de 200 patologías y trastornos que afectan la esfera biopsicosocial (48). En Estados Unidos más del 80% de los adolescentes ha consumido alcohol en alguna ocasión (49), igual al 90% de los estudiantes Europeos de 15 o 16 años que también respondieron haber consumido alcohol en varias ocasiones (50). Otro estudio en Estados Unidos reporta que el 47% de adolescentes de décimo grado consume alcohol como estilo de vida; Entre los menores de edad (12 a 20 años) encuestados en los Estados Unidos en 2014, el 50,9% eran bebedores compulsivos y 13,7 por ciento eran bebedores intensos (45). Según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (2013) de los 912.576 Ecuatorianos que consumen bebidas alcohólicas el 89,7% son hombres y el 10.3% son mujeres, de ellos el 2,5% son jóvenes de entre 12 y 18 años (51). Ellos probaron por primera vez algún tipo de alcohol a manos de sus familiares o de sus pares que influenciaban en la toma de decisiones. Con este panorama nacional e internacional queda claro que el consumo de alcohol es la sustancia psicoactiva que más prevalencia tiene en la adolescencia.

Ecuador no presenta las menores frecuencias de consumo de alcohol a nivel de Sudamérica. Como se menciona en el Plan Nacional de prevención Integral de drogas 2012 - 2013 de las Naciones Unidas, donde se analizan estadísticas sobre la base de datos y se compara el consumo de alcohol en adolescente de 12 a 17 años en los diferentes países; encontrándose en Ecuador un consumo de 59,11% para alcohol y 4,44% para marihuana; frente a otros países de Latinoamérica como



Bolivia que reporta el menor consumo de Alcohol (32,82%) y Perú que reporta el menor consumo de Marihuana (2,39%) (52). Estos hallazgos plantean la búsqueda de factores protectores y/o destructores en las diferentes culturas, que permiten la emergencia de conductas adictivas en mayor o menor proporción.

El diagnóstico de los trastornos adictivos a sustancias puede realizarse con la ayuda de varios instrumentos. Uno de los parámetros más utilizados actualmente como referencia es el Manual de Enfermedades y Estadísticas de la Asociación Americana de Psiquiatría, conocido por sus siglas en inglés DSM-5. Para establecer ese diagnóstico es necesario, como mínimo, cumplir dos ítems de los 11 propuestos. También se advierte la dimensionalidad al tratar la severidad del cuadro, estableciendo un continuum de leve (dos o más síntomas), moderado (cuatro o cinco síntomas) y grave (más de seis síntomas) (53).

2.1.5 La familia y los sistemas familiares en la depresión del adolescente.

Existen varias definiciones aceptadas de familia en la bibliografía investigativa. La Escuela estructural sistémica representada por Salvador Minuchin define a la familia como un grupo de personas que con el transcurso del tiempo emiten pautas de interacción que construyen la estructura y el funcionamiento familiar, y estos a su vez definen la conducta individual y grupal (54). En tanto la Organización de las Naciones Unidas (1987) define a la familia como; El grupo de personas unidas por lazos de afecto, consanguinidad o adopción y que comparten una olla en común.(55). Por otro lado el Manual Cubano de Intervención en Salud Familiar (2002) plantea la siguiente definición de familia: “grupo de personas que comparten vínculos de convivencia, consanguinidad, parentesco y afecto y que está condicionado por los valores socioculturales en los cuales se desarrolla” (56). Finalmente la OMS define familia como: los integrantes de un hogar con determinados lazos de consanguineidad, adopción y matrimonio (55). Estas definiciones pueden generar confusión durante los procesos investigativos en la



denominación de familia. Por tanto para fines estadísticos, y elaboración de este trabajo tomaremos la siguiente definición propuesta por la ONU.

Un sistema familiar caótico o en desequilibrio puede elevar el riesgo o ser causa de depresión. Al mismo tiempo también puede significar una fuente de resiliencia para el estrés de los adolescentes cuando este sistema cumple con todas las funciones universales de familia, tiene adecuada funcionalidad y permanece en equilibrio. El conflicto familiar es un factor de riesgo ampliamente estudiado y apoyado empíricamente para la depresión en adolescentes (57). La evidencia longitudinal apoya la opinión de que el conflicto familiar durante la adolescencia se asocia con incremento en la depresión de adolescentes 1 año después (58). Por esta razón es que conocer la funcionalidad familiar podría predecir eventos negativos en un integrante o en todo el sistema familiar.

Las buenas o malas relaciones familiares generan cambios en la estructura y función familiar. Según la teoría de la terapia familiar, los problemas psicológicos personales no son solo problemas del individuo, sino manifestaciones externas de problemas del sistema familiar, que reflejan problemas que aún no se han resuelto o no se pueden resolver (59). Esta teoría también sostiene que una buena relación con los padres es la piedra angular de la armonía familiar, por otra parte una mala relación con los padres puede afectar el desarrollo de los adolescentes, lo que termina en una triangulación padre/hijo, que busca estabilizar las emociones de los padres, aliviar los conflictos familiares y formar un sistema familiar equilibrado (60). Minuchin señala que estas triangulaciones de alianza obtienen mayor autoridad que ambos padres juntos. Ello resulta en la pérdida de la capacidad de los padres para disciplinar a sus hijos y la intensificación de los conflictos entre padres. En consecuencia la contradicción entre los padres es amortiguada por la entrada de los niños y se forma una nueva estructura familiar adversa (60).

La familia tiene sus orígenes y la complejidad de estos nuevos sistemas emergentes requiere visiones multidireccionales. Desde los primeros conceptos de familia se entiende que esta se constituye con la unión de un hombre y una mujer junto a sus



hijos, y que posterior a ello surgen comportamientos individuales y familiares. Estos comportamientos interactúan con otras familias y construyen las sociedades políticas (61). La concepción tradicional, indica que “la familia ha sido el lugar primordial donde se comparten y gestionan los riesgos sociales de sus miembros”. Es así que La Teoría General de Sistemas propuesta por Ludwing Von Bertalanffy en 1947 introduce un nuevo paradigma científico, un modo nuevo de pensar, de analizar y comprender el mundo en que vivimos. De esta manera la familia puede ser un sistema cerrado cuando no interactúa con los elementos de los sistemas que lo rodean, o abierto cuando intercambia información con el medio. El sistema abierto tiene varias propiedades como son: totalidad, homeostasis, finalidad, objetivo, equifinalidad, recursividad, causalidad circular y jerarquía. Entonces si consideramos al sistema familiar como un conjunto formado por partes que interactúan hacia un propósito común, reconocemos la capacidad dinámica de mantener el orden y la calidad de esa percepción también forman parte de lo que hace que un sistema se mantenga unido. En consecuencia esta teoría induce al pensamiento sistémico que está destinado entre muchas cosas a mejorar el entendimiento de problemas en salud (62).

La concepción de familia como sistema no significa que es la suma de individuos como un todo, sino que es un conjunto de interacciones que aporta en relación a causalidad de problemas familiares. Tradicionalmente estos problemas se abordan de manera lineal (causa - efecto), sin embargo en la familia no existen culpables sino que estos problemas son debidos a deficiencias en la interacción familiar. Por este motivo los problemas que emergen de los sistemas familiares deben verse de manera circular con un abordaje interdisciplinario, multidisciplinario y transdisciplinario.

Jorge Maldonado, terapeuta familiar expresa las dimensiones holísticas del mundo sin desconocer lo específico sino más bien complementarlos para que se potencialicen. Por lo que Indica “mirar el mundo con el enfoque de la Teoría General de Sistemas no significa en absoluto abandonar la profundización de un elemento o de un segmento específico de un todo”. Al contrario, esta teoría plantea acoger



los conocimientos más importantes sobre cada uno de los elementos del todo, enriquecerlos con las interacciones entre ellos, para poder aprehender la dinámica del todo (63).

2.1.6 Estructura familiar.

La estructura familiar presenta diferentes propiedades. Minuchin indica que las familias se desarrollan en etapas con transformaciones en el sistema familiar. Cada etapa necesita nuevas reglas de interacción familiar interna y externa. Estas reglas constituyen la estructura familiar a la cual se define como una organización invisible de funciones, roles, reglas y límites que organizan la forma de vida de los miembros de un grupo familiar. Dentro de ella se pueden identificar las siguientes formas de interacción: los límites, jerarquías, centralidad, periferia, alianzas y coaliciones (64). Estas particularidades permiten distinguir varias tipologías familiares como la propuesta por el grupo cubano:

1. - Familia extensa
2. - Familia nuclear
3. - Personas sin familia
4. - Equivalentes familiares
5. - Familia corporativa
6. - Familia ampliada

En Ecuador y particularmente en la parroquia Cañar, los grupos familiares son diversos. Existen familias donde conviven abuelos, hijos, nietos, madre soltera, madre sola con sus hijos, entre otros. Todas estas son formas de familia y deben ser ubicadas en base a la clasificación estructural antes mencionada. Por ello a continuación se describen los tipos de familias prevalentes en este estudio:

Familia extensa. – cuando los integrantes de una familia son de dos o más generaciones (54). Es conocida también como: “familia extendida”. En nuestro país,



cuando un hijo se casa, sus padres le permiten por una temporada inicial, en calidad de apoyo económico, seguir compartiendo dentro de su casa con su pareja y aún con sus hijos.

Esta forma familiar incluye, por tanto:

- Abuelos/as con su/sus hijo/a (s) casados junto con su (s) pareja (s).
- Abuelos/as con su/sus hijo/a (s) casados junto con sus parejas y /o sus hijos.
- Abuelos con sus nietos.

Familia nuclear. - Es aquella familia formada por dos individuos adultos de distinto sexo que ejercen el papel de padres y sus hijos. (54) Según determinadas particularidades la familia nuclear puede sub clasificarse de la siguiente manera:

Por la cercanía de otros parientes: Familia nuclear con parientes próximos y familia nuclear sin parientes próximos.

Por los núcleos de hijos: Pareja sola, Familia nuclear o Mononuclear, Familia binuclear o familia Reconstituida.

Por la presencia de los padres: Familia con padres ausentes, familia monoparental y familia biparental.

La desestructuración familiar se asocia a depresión en la adolescencia. Un estudio publicado en 2016 realizado en un hospital psiquiátrico en Finlandia, con una muestra de 508 adolescentes entre 13-17 años donde se encontró una prevalencia de depresión de 46,7%; de ellos el 57,7% pertenecía a una familia monoparental, el 48,3% venía de familia extensa, el 46% vivía en una familia nuclear, el 42,1% tenía familia adoptiva y el 37,1% permanecían de centros de bienestar de adolescentes (65). De igual manera otro estudio retrospectivo (2017) realizado en un centro de preadolescente de Illinois encontró que existía asociación entre los menores de 12 años con trastornos mentales y la estructura familiar a la cual pertenecían: el 11% (familia nuclear), 40% (familia monoparental), 23% (familia corporativa / sitios de acogida), 14% (familia extensa) y 7% (familia adoptiva) (66).



Otro estudio descriptivo de desestructuración familiar como el de Seijo y col, realizado en Granada con una muestra de 125 hijos mayores de 18 años, 63 padres separados y 63 familias intactas; encontraron que la experiencia del divorcio de los padres se relacionaba con una mayor incidencia de alteraciones emocionales. También se constató que los participantes de familias desestructuradas por el divorcio recibían más atención psiquiátrica y psicológica a lo largo de su vida que los individuos de familias nucleares (67). En conclusión todas las tipologías familiares muestran prevalencia de depresión en adolescente, pero las aceptadas culturalmente como correctas presentaran menor prevalencia.

2.1.7 Familia y funcionalidad

La Funcionalidad Familiar ha sido uno de los temas más investigados en los últimos tiempos. Desde la concepción de la familia como un sistema abierto en el contexto de la Teoría General de Sistemas. Varias fuentes bibliográficas concuerdan en que la funcionalidad familiar se define como el conjunto de pautas transicionales que establece la forma en como el sistema opera, evalúa o se comporta en un momento determinado y de acuerdo a la etapa del ciclo vital familiar (68). Es común que la evaluación de la funcionalidad familiar se realice con pocas dimensiones a partir de la estructura y de las interacciones ontogénicas, con el propósito de determinar el desempeño familiar tanto dentro como fuera de su sistema. Es decir la funcionalidad se expresa por procesos de cambio que facilitan la adaptación de la familia ante una situación determinada. Estas situaciones varían en los diferentes ciclos vitales en los cuales las crisis del desarrollo familiar o normativas y las crisis para normativas ponen a prueba la funcionalidad familiar.

La funcionalidad familiar también puede entenderse como el conjunto de patrones culturales predefinidos de crianza, que orienta al desarrollo físico y emocional de cada integrante (69). De esta manera se logra iniciar o mantener el desarrollo social del microsistema familiar, así como el bienestar físico y mental saludable.



Consecuentemente los individuos de un sistema familiar ven cubiertos ciertos parámetros que definen a la función familiar, como son; adaptación, participación, ganancia o crecimiento, afecto y recursos. Es importante mencionar también que un elemento que apoya el funcionamiento óptimo de la familia es la comunicación abierta sobre los deseos y necesidades de cada individuo. En tal entorno, cada individuo puede informar sobre sus necesidades físicas y emocionales y esperar que se le escuche de manera abierta y generosa.

El funcionamiento familiar se ha conceptualizado y medido en términos de varias dimensiones como la cohesión, las experiencias y el conflicto (70). Existen varias escalas para medir la funcionalidad familiar, en la práctica de Medicina Familiar encontramos el Apgar familiar, escala FF-SIL y Fases III, como los más usados de una larga lista de escalas. Todas estas escalas han sido validadas, y particularmente la escala FF-SIL se validó en el contexto de las familias con iguales características de la provincia del Cañar, por lo que esta escala fue el instrumento principal en la evaluación de la funcionalidad familiar de este estudio. Su validez y confiabilidad se explica más adelante.

Los sistemas familiares buscan equilibrio en la interacción de sus integrantes. En 1990 Gotlib menciona un modelo interpersonal sistémico para comprender la depresión. En este modelo el núcleo familiar busca mantener su funcionamiento basal la mayor parte del tiempo (71). Sin embargo pueden coexistir interacciones patológicas entre los integrantes de la familia cuando se pierden roles, se invaden límites o se rompen reglas del microsistema. Esta interacción defectuosa se traducirá en depresión en los individuos vulnerables. En este contexto existen varias escuelas de terapia sistémica familiar que tienen enfoques similares, con el objetivo común de modificar los patrones de comunicación y comportamiento, e intentar satisfacer las necesidades individuales y colectivas sin síntomas psicológicamente angustiantes. Una suposición común que subyace a la terapia sistémica es que la depresión se desarrolla para cumplir alguna función dentro de ese sistema (71).



2.1.8 Disfunción familiar y depresión en adolescentes.

Algunos autores coinciden en que la familia disfuncional tiene la característica principal de no asumir cambios, es decir sus reglas se imponen de forma rígida que impiden ajustarse a su propio ciclo y al desarrollo de su microsistema familiar. En tanto otros autores simplifican la disfuncionalidad familiar como el resultado del incumplimiento de las funciones básicas de la familia, desorden, caos y los modos de vida entrópicos.

La disfunción familiar es un factor predisponente en la aparición de trastornos emocionales como la depresión, abuso de sustancias, embarazo en adolescentes, entre otros (72). Como lo menciona un estudio descriptivo realizado en Shanghai (2017) sobre el funcionamiento familiar y la relación padre hijo entre adolescentes con depresión; los resultados encontrados fueron: a) Las diferencias entre las dimensiones de comunicación, respuesta emocional, participación emocional, roles y funcionamiento general fueron más negativas en adolescentes que en sus padres y esta asociación fue estadísticamente significativa ($p=0.006$). b) Hubo correlaciones negativas en todas las dimensiones, excepto el tiempo que pasaron juntos entre la relación padre-hijo y el funcionamiento familiar en adolescentes con depresión. c) El análisis multivariado mostro que la participación y respuesta emocional, la estructura familiar y el ingreso familiar (OR = 1.02, 10.278, 22.23, 0.856, 0.946) afectaron principalmente la relación padre-hijo (60).

La depresión adolescente es un trastorno mental común que puede crear una pesada carga para las familias y la sociedad. Estudios tanto en China como otros países han encontrado que el aumento del conflicto entre padres e hijos se asociaron con depresión en adolescente (73), así como la presencia de disfuncionalidad familiar influía en la aparición, causalidad cíclica, desarrollo, resultado y pronóstico de la depresión (74). Por lo tanto las familias con disfunción moderada o severa pueden desencadenar estados de ánimo depresivos en la medida que cada ontosistema tenga predisposición innata y de su capacidad de



resiliencia frente a las crisis normativas y no normativas que atraviesa el adolescente.

En Cartagena – Colombia (2014) en un estudio con 973 estudiantes de edades entre 18 y 35 años se encontró que el 75.4% presentaban sintomatología depresiva, la cual se evidencio con la escala Goldberg, de ellos el 76,4% (n=475) referían tener una familia disfuncional (10). De igual manera otro estudio realizado en Zarumilla (Perú), durante el 2013 en adolescentes entre 15 y 18 años encuentra asociación significativa ($p < 0,05$) entre las variables depresión y funcionalidad familiar. Se reportó asociación entre familia disfuncional y depresión leve a moderada en el 60,23% de los casos y 13.64% entre familia severamente disfuncional y depresión leve a moderada según categorización por test de Zung (15).

Las emociones críticas o negativas expresada por los padres hacia los hijos reflejan la calidad relacional con los miembros de la familia y estos pueden contribuir a resultados clínicos patológicos al aumentar el estrés en los pacientes. Estas emociones intensas predicen peores resultados en una variedad de trastornos psiquiátricos en adultos, particularmente entre individuos con trastornos del estado de ánimo, como lo menciona un estudio realizado en Boston con niños deprimidos de 134 familias que fueron elegidos por su alto nivel de emociones negativas expresadas. En este estudio se demostró que las emociones críticas expresadas de los padres hacia los hijos son un indicador del funcionamiento familiar y la calidad de la relación y que esta crítica afecta sustancialmente el ánimo de los jóvenes deprimidos(75).

2.1.9 Papel emergente de las familias en los trastornos del estado de ánimo.

La evidencia disponible sugiere que la prevalencia de la psicopatología entre los niños de las familias desestructuradas es mayor de lo que se esperaría en las familias nucleares. La familia es la principal fuente de socialización para el niño y es importante en el desarrollo de todos los aspectos de un ser humano. De la familia, una persona se vuelve emocional, financiera y mentalmente capaz de hacer frente



a sus problemas, aprende valores, o estilos de vida sanos. Observaciones científicas han encontrado que los trastornos del estado de ánimo como ansiedad y depresión se ven contribuidos notablemente con estructuras familiares disfuncionales (76). La importancia del papel de la familia como factor causal en el desarrollo de desórdenes emocionales ha despertado el interés en las investigaciones, particularmente en la década pasada.

2.1.10 La adolescencia

Adolescencia proviene del latín “adolescere”, que significa adolecer, este verbo en la lengua Española puede tener dos connotaciones: poseer alguna imperfección, o madurar física y emocional (81).

La adolescencia se define como la etapa de transición en el ciclo vital humano donde el niño se transforma en adulto. Bio-psicosocialmente se identifica por la aparición de la pubertad (menarquia y la primera eyaculación), por el inicio de la toma de decisiones (autonomía) y por la búsqueda de pareja (aceptación de pares). (77) Erik Erikson, Freud y muchos otros, sostuvieron que la personalidad se desarrolla en un orden predeterminado y se basa en cada etapa previa. Esta evolución hace referencia al principio epigenético (78). En cada ciclo vital individual, la persona experimenta una crisis psicosocial que podría tener un resultado positivo o negativo para el desarrollo de la personalidad. Según dicha teoría, alcanzar las tareas evolutivas de cada fase moldean una personalidad sana con ganancia de virtudes básicas (79). Estas virtudes caracterizan el ego y posteriormente servirán para salir fortalecido después de una crisis.

El ciclo vital individual del adolescente representa la oportunidad de convertirse de niño a adulto, en esta fase el adolescente empieza a construir un proyecto de vida en base a una carrera, relaciones familiares, amigos, pareja, etc. Para poder encajar o pertenecer a un grupo social con el que se siente identificado. Erik Erikson cree que la tarea principal del adolescente es resolver la crisis de identidad a través de



la exploración de creencias, valores y metas personales, frente a la confusión de roles. Ellos se auto comparan con sus compañeros y estos pueden moldear el comportamiento de los mismos de acuerdo a las reglas internas del grupo. Por lo que los grupos de pares pueden tener un impacto significativo en el desarrollo de los adolescentes, como lo evidencia una revisión sistemática publicada en 2016 que concluye que; una buena relación con los compañeros está relacionada positivamente con el desarrollo de la identidad de los adolescentes, pero la investigación empírica en esta área es extremadamente limitada (80).

El adolescente es un ser que reclama con energía su autonomía e individualidad, aunque es profundamente dependiente de su familia, principalmente de sus padres, que a menudo aparecen como uno de los factores determinantes de lo que se ha definido como “la crisis del adolescente” (81). El adolescente debe convencerse a sí mismo y a sus padres que no tiene necesidad de ellos y en circunstancias adversas cree percibir que no es aceptado, valorado o amado por su familia. Estas condiciones disminuyen la autoestima del adolescente y lo predisponen a ser vulnerable frente al estrés, la frustración y la ansiedad. Consecuentemente esas crisis no resueltas desatan comportamientos adictivos, trastornos afectivos como la depresión y ansiedad, trastornos de déficit de atención y trastornos de comportamiento como la agresividad y los rasgos antisociales.

Cronológicamente según la OMS es la etapa que comprende de 10 a 19 años, y la clasifica en tres etapas: La adolescencia inicial de 10 - 14 años, adolescencia media 15 - 18 años y adolescencia tardía que abarca de 19-24 años (82). Forcier clasifica la adolescencia en: adolescencia temprana 10 a 14 años, adolescencia media 15 a 18, y adolescencia tardía mayores a 18 años (83). Para nuestro estudio consideramos la clasificación del INEC y la guía de práctica clínica del MSP-Ecuador que divide a la adolescencia en dos etapas; adolescencia temprana de 10 a 14 años y adolescencia tardía de 15 a 19 años (84).

Según Hernández (2005), en la adolescencia ocurren una serie de eventos psicológicos muy significativos para la persona. Estos sucesos influyen en sus



relaciones familiares y sociales, en la búsqueda de autonomía, en el estilo personal de relacionarse y en la construcción de la identidad. Por estas razones, esta fase vital es una oportunidad para revisar su estilo de vida, poner a prueba valores y definir su criterio propio (85).

Se plantea que en las familias con hijos adolescentes bajan los niveles de cohesión familiar, ya que los jóvenes demandan privacidad, dejan la familia para estar más con los amigos, colocan nuevas exigencias como el respeto en sus puntos de vista, así difieran de los de la familia; señalan la necesidad de contar con comunicaciones más claras que permitan llegar a consensos sobre ciertos aspectos de la vida familiar, en lugar de imponer de manera absoluta los padres la autoridad, lo que genera tensiones (85).

2.1.11 Instrumentos para la evaluación

La encuesta que recopiló la información en esta investigación está compuesta a su vez de: datos demográficos (edad, estado civil, autoidentificación y migración de familiares), Test de funcionalidad FF-SIL, test de Zung y Criterios DSM-5. Estos se abordan en detalle en el siguiente capítulo.

2.1.12 Papel de Medicina familiar en la depresión

Una relación terapéutica sólida y una escucha empática son importantes entre el médico de atención primaria y el paciente (86). Las teorías y los métodos en el pensamiento sistémico están diseñados para abordar problemas complejos. Son complejos porque involucran múltiples agentes que interactúan, el contexto en el que operan cambia constantemente, porque la manera en que cambian las cosas no se ajusta a patrones lineales o simples, o porque los elementos dentro del sistema pueden aprender cosas nuevas. Muchos de los desafíos en la salud



mundial ahora son reconocidos como problemas complejos donde los enfoques simples tienen un éxito limitado (87).

En el abordaje de un problema como la depresión, el sistema familiar no debe entenderse como la suma de conductas de los integrantes, sino que cualquier aflicción que afecte a un integrante familiar afecta a todo el grupo. Es así que la intervención debe ser holística, sabiendo que la familia sufre transformaciones y busca adaptarse a las diferentes etapas del desarrollo familiar, así también se debe tomar en cuenta las exigencias del medio externo como las derivadas de las etapas propias del individuo. Por lo tanto luego de la exploración biopsicosocial del individuo conviene también conocer la estructura familiar en la que está inmerso, la interacción con cada subsistema y la etapa evolutiva que viven como familia. Si de esta manera se logra tener la confianza de la familia, entonces se puede considerar que el médico forma parte de un recurso familiar que puede ejercer cambios positivos.

En el caso de la prevención primaria, los médicos pueden abogar por que las familias y las comunidades enseñen a los niños a ser más orientados hacia los objetivos, a ser más perspicaces y a estar en sintonía con sus culturas y creencias. También se puede alentar a los padres a establecer límites claros, monitorear las conductas de sus adolescentes, ser buenos modelos a seguir y proporcionar un ambiente de amor y apoyo. Abordar algunos de los factores sociales que se cambian con menos facilidad también tiene su lugar (35). Así como gestión comunitaria con empoderamiento de los principales actores sociales para modificar los desencadenantes medioambientales que son causas de la drogadicción, depresión y consumo de alcohol.

En prevención secundaria es importante la detección temprana y la intervención (88), para ello es imprescindible el uso correcto de los instrumentos de tamizaje como son las escalas de depresión. En Ecuador la guía de supervisión del adolescente del Ministerio de Salud Pública recomienda el uso de herramientas breves como el PHQ-2 para cribado de depresión y PHQ-9 para evaluación posterior



de los casos sospechosos detectados por el PHQ-2. La sensibilidad y la especificidad validadas de la PHQ-2 en el diagnóstico de la depresión mayor fueron de 86% y 78%, respectivamente y para el PHQ-9, fue 74% y 91%, respectivamente (84).

La prevención terciaria consiste en la elaboración de un plan terapéutico con acciones como son: psicoterapia cognitivo conductual, educación a la familia, higiene del sueño, evitar alcohol y otras drogas, informar sobre el ejercicio físico, aprender a identificar los cambios repentinos de humor y buscar ayuda urgente si existe agitación, ansiedad e ideación suicida.



CAPITULO III

3.1 HIPOTESIS.

Existe relación entre depresión en adolescentes de los colegios de la parroquia Cañar y los determinantes sociales como son: desestructuración familiar, disfunción familiar, migración, alcoholismo y consumo de marihuana.

3.2 OBJETIVO GENERAL

Determinar la prevalencia de depresión en los adolescentes de bachillerato de los colegios de la Parroquia Cañar, asociada a los siguientes determinantes sociales: estructura familiar, funcionalidad familiar, migración, alcoholismo y consumo de marihuana.

3.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir las características sociodemográficas de los adolescentes de la Parroquia Cañar
- Determinar la prevalencia de depresión en los adolescentes de los colegios de la Parroquia Cañar
- Identificar la frecuencia de los determinantes sociales como el alcoholismo, el consumo de marihuana, migración, desestructuración familiar, y disfunción familiar.
- Determinar la asociación entre depresión en adolescentes y los determinantes sociales en estudio, como son: estructura familiar, funcionalidad familiar, migración, alcoholismo y consumo de marihuana.



CAPITULO IV

4. METODOLOGIA

4.1 TIPO Y DISEÑO GENERAL DEL ESTUDIO

Se realizó un estudio observacional, transversal y analítico que permitió conocer la prevalencia de depresión en los adolescentes de los colegios de la Parroquia Cañar y su relación con los determinantes sociales como son: la estructura familiar, funcionalidad familiar, alcoholismo, consumo de marihuana y migración.

4.2 VARIABLES (OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES VER ANEXO 1)

VARIABLES de asociación: determinantes sociales: desestructuración familiar, disfunción familiar, migración, consumo de marihuana, alcoholismo.

Variable de supervisión: Depresión

VARIABLES moderadoras: Edad, estado civil, sexo.

VARIABLES asociadas	Indicadores	Valores finales	Tipo de variable
Determinantes sociales: desestructuración familiar, disfunción familiar, migración, consumo de marihuana, alcoholismo.	Cuestionario (test FF SIL, Criterios DSM-5)	Si/No	Nominal
Variable de supervisión	Indicadores	Valores finales	Tipo de variable
Depresión en adolescente	Criterios diagnósticos en la escala de Zung	Si/No	Nominal

4.3 UNIVERSO

El universo estuvo conformado por 1729 estudiantes adolescentes que forman parte del bachillerato de los 4 establecimientos educativos de la parroquia Cañar en el periodo lectivo 2017-2018. Como se explica la siguiente tabla:



Tabla 1. Distribución de estudiantes de bachillerato de los colegios de la parroquia Cañar. Provincia Cañar. Ecuador. Año lectivo 2017-2018.

Nombre de la Institución Educativa	Parroquia	Sostenimiento	Jurisdicción	Número de estudiantes	Porcentaje	Muestra
INSTITUTO SUPERIOR PEDAGOGICO QUILLOAC - BILINGUE INTERCULTURAL	CAÑAR	Fiscal	Bilingüe	210	12,15	49
ANDRES F CORDOVA	CAÑAR	Fiscal	Hispana	578	33,43	136
JOSE PERALTA	CAÑAR	Fiscal	Hispana	577	33,37	135
UNIDAD EDUCATIVA SAN JOSE DE CALASANZ	CAÑAR	Fiscom21+6isio nal	Hispana	364	21,05	85
TOTAL				1729	100,00	406

Fuente: Ministerio de Educación. Instituciones educativas.

Elaboración: Md. Juan Pablo Pillcorema

4.4 MUESTRA

Para el cálculo de la muestra se realiza de acuerdo a la siguiente formula:

Donde:

N= total de la población 1729

Z₂= 2.24 (constante para una seguridad del 97%).

p= proporción esperada en este caso 4% = 0,04

q= 1-p en este caso seria 1- 0,04

d= precisión en este caso deseamos un 2% = 0,02

$$n = \frac{N \cdot Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot q}{d^2 \cdot (N - 1) + Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot q}$$

$$N = \frac{(1729) \cdot (5,02) \cdot (0,04) \cdot (0,96)}{(0,0004) \cdot (1729 - 1) + 5,02(0,04) \cdot (0,96)}$$

$$N = \frac{333,14}{0,88} = 377 + 10\% \text{ de pérdidas} = 415$$

Este dato fue corroborado con el programa Epi info que indica: 369 + 10% =406

La muestra incluyo un total de 432 adolescentes de los 406 previamente calculados, ya que para asegurar la representatividad y potencia estadística se realizó un sobre muestreo.

La selección de la muestra fue aleatoria de acuerdo a una lista con el total de estudiantes de los colegios, de tal manera que todos los estudiantes tengan la misma probabilidad de ser elegidos; para esto se usó la ayuda Web Randomization.com.



4.5 UNIDAD DE ANÁLISIS Y OBSERVACIÓN.

Las unidades de análisis constituyeron los adolescentes matriculados en el bachillerato de los 4 establecimientos educativos antes indicados, de ambos sexos, de edades entre 15 a 19 años. Ellos fueron seleccionados de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión.

4.6 DEFINICIÓN DE CASO

Adolescente de bachillerato de los colegios de la Parroquia Cañar, con estado de ánimo depresivo caracterizado por; tristeza, melancolía y anhedonia, que puede estar asociado a determinantes sociales como: desestructuración familiar, disfunción familiar, migración, alcoholismo, y consumo de marihuana.

4.7 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSION

4.7.1 Criterios de inclusión

- Adolescentes de 15 a 19 años del bachillerato que firman el asentimiento y consentimiento informado
- Estudiantes matriculados en el bachillerato de los cuatro colegios de la Parroquia Cañar

4.7.2 Criterios de exclusión

- adolescentes discapacitados
- adolescentes que una vez iniciada la encuesta desistan.

4.8 ÁREA DE ESTUDIO

El estudio se realizó en la parroquia Cañar, situada en la provincia del Cañar, que se encuentra al sur del país, pertenece a la región sierra del país. Ocupa un territorio de unos 3.908 km². En este espacio geográfico se encuentran los 4 establecimientos educativos antes mencionados que abarca toda la población adolescente. De los 4 establecimientos solo la unidad educativa San José de Calasanz es un



establecimiento particular, es decir no tiene dependencia económica del estado Ecuatoriano.

4.9 PROCEDIMIENTOS

- Solicitud para la realización del estudio a la dirección distrital de Educación y posterior a su aprobación se solicitó permiso a los directores correspondientes de los planteles educativos. Con este antecedente se coordinó con inspectores y profesores para la aplicación del instrumento y recolección de datos. (Anexo 6)
- Se utilizó las listas estudiantiles codificadas de forma numérica de todo el bachillerato, y se seleccionó de acuerdo a la aleatorización con la herramienta Web Randomization.com. Los consentimientos, asentimientos informados e instrumentos usados tenían igual codificación en un mismo estudiante. La codificación consistió en las iniciales del establecimiento seguido de un orden numérico de dos cifras.
- Los estudiantes antes seleccionados que estuvieron ausentes, fueron excluidos y se prosiguió a una nueva selección aleatoria de entre los estudiantes que no fueron seleccionadas. Igual proceso se realizó con los estudiantes que en principio decidieron participar y posteriormente se negaron.
- Se realizó un plan piloto con la aplicación de los instrumentos a 30 estudiantes en el “Colegio Nacional El Tambo”, de la Parroquia el Tambo que tiene población adolescente con características similares a la población en estudio.
- Finalmente se realizó el análisis de prevalencia de la depresión y sus determinantes sociales asociados en la población de adolescentes de los colegios de la Parroquia Cañar.

4.10 INSTRUMENTOS

Se usó un cuestionario (Anexo 3) codificado, elaborado por el autor, y validado previamente. Este incluía los siguientes cuestionarios:



4.10.1 Criterios DSM 5 para el consumo de sustancias

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Quinta Edición (DSM-5), publicado en mayo de 2013 (89), es usado en varios estudios epidemiológicos de prevalencia de trastornos por abuso de sustancias, se basan en gran parte en los criterios DSM-IV. En este estudio se utilizan estos criterios tanto para el consumo de alcohol como para el consumo de Marihuana.

Interpretación del consumo: leve cuando existen 2 o 3 síntomas, moderado si existen 4 a 5 y grave cuando existen más de 6 síntomas.

4.10.2 La escala de síntomas depresivos de Zung (ESD-Z)

La ESD-Z fue creado en el año 1965 por Zung, mide sintomatología depresiva y puede ser auto aplicado. Para su construcción se tomaron en cuenta la mayoría de criterios diagnósticos que identifican a la depresión como son: aspectos afectivos, fisiológicos y psicológicos (90). Igual que la escala de Hamilton esta hace más énfasis en el componente somático conductual de la depresión (91).

Los ítems positivos van de una puntuación de 4 (nunca o casi nunca) a 1 (siempre o casi siempre), mientras que los ítems negativos van de 1 (nunca o casi nunca) a 4 (siempre o casi siempre), en una puntuación de una escala de tipo Likert. El puntaje más alto en este test es 80 y se asume presencia de depresión con puntajes superiores al 50%.

Para la interpretación encontramos varias corrientes como se indica a continuación. Las corrientes Españolas proponen los siguientes puntos de corte:

- 20-35: depresión ausente
- 36-51: depresión subclínica y variantes normales
- 52-67: depresión media-severa
- 68-80: depresión grave.



Cuando transformamos la puntuación bruta en un índice porcentual (puntuación X 100/80) utilizamos los siguientes cortes:

- < 50% no depresión
- 50-59% depresión leve
- 60-69% depresión moderada
- 70% depresión grave.

Para la categorización de la depresión se utilizó la bibliografía anglosajona que clasifica a la depresión de la siguiente manera:

- Depresión ausente con 40 puntos (50%)
- Depresión leve con puntuación de 41 a 47 (51%-59%)
- Depresión moderada con 48 a 55 puntos (60-69%)
- Depresión grave con más de 55 puntos (> 69%)

Las mediciones de Fiabilidad en diversos estudios muestran un índice alfa de Cronbach entre 0,79 y 0,92 (91). En tanto los índices de correlación para medir la validez se encuentran entre 0.50 y 0.80 en relación a las otras escalas como la escala de Beck y la escala de Hamilton. Esta escala informa sobre la presencia y severidad de los síntomas depresivos y es sensible a los cambios en el estado clínico. Los resultados que se obtienen no se relacionan significativamente con la edad, sexo, estado civil, nivel educacional, económico ni inteligencia (91).

La escala de Zung a pesar que desde sus inicios no fue elaborada para cribado muestra una sensibilidad de 85 % y especificidad del 75% cuando es usada en el campo hospitalario para estudios de casos de depresión (91).

En Bucaramanga – Colombia, un estudio de validación de la escala de Zung realizado con estudiantes universitarios de entre 16 y 33 años muestra; que La prueba de alfa de Cronbach fue 0,85 (92).



4.10.3 Evaluación del funcionamiento familiar – escala FF-SIL

Para categorizar el nivel de funcionamiento familiar en esta investigación utilizaremos el Test de FF-SIL (escala de funcionamiento familiar), que es un instrumento construido por Ortega, Cuesta y Días (1999) para evaluar cualitativamente y cuantitativamente la funcionalidad familiar. Mide las variables cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, afectividad, roles y adaptabilidad. Cada situación se evalúa a través de una escala tipo Likert (93).

Cohesión: propiedad de un sistema familiar para enfrentar situación y toma de decisiones cotidianas y que depende en gran medida de la unión que denotan sus integrantes en los aspectos físicos y emocionales.

Armonía: equilibrio y correspondencia positiva de las necesidades e intereses de cada individuo con los de su familia.

Comunicación: constante interacción entre emisor y receptor acerca de las experiencias de forma clara y directa.

Permeabilidad: atributo de un sistema familiar que permite tomar y recibir experiencias de otros sistemas familiares.

Afectividad: demostración de sentimientos y emociones positivas entre los integrantes de un núcleo familiar.

Roles: tareas y funciones impuestas en consenso y negociación.

Adaptabilidad: cualidad de la familia que permite cambios en relación a reglas y roles cuando sea necesario.

En la interpretación de los resultados encontramos que las familias se pueden clasificar como:

- Familia funcional cuando la puntuación esta entre 57 y 70 puntos.
- Familia moderadamente funcional con puntuaciones entre 43 y 56
- Familia disfuncional entre 28 y 42 puntos
- Familia severamente disfuncional cuando la puntuación es de 14 a 27 puntos

Fiabilidad.- Durante varios años después de su aparición esta escala ha sido validada en varios países, obteniéndose resultados superiores a los esperados 0.06



(alfa de Cronbach). Un estudio realizado en Chile para validar el Test FFSIL, encuentra un grado de correlación de Cronbach de 0,890, siendo altamente significativo (94). Otro estudio de tipo descriptivo, realizado en el departamento de Ginecobstetricia del Hospital Vicente Corral de Cuenca-Ecuador desde enero hasta septiembre de 2013, encontró en su plan piloto de validación del test FF-SIL, un alfa de Cronbach de 0.82 (95).

4.10.4 Validación del instrumento de recolección de datos.

Se tomaron 30 adolescentes del Colegio Nacional El Tambo y se les aplico el cuestionario que contiene:

- Test de Zung para valorar depresión.
- Criterios diagnósticos del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM5) para valorar el consumo de alcohol y marihuana.
- Escala de Funcionamiento Familiar (FF-SIL) para valorar la funcionalidad familiar.
- Variables independientes de estructura familiar, y migración.

La coherencia interna o variabilidad del conjunto de ítems se evaluó mediante el estadístico alfa de Cronbach (media ponderada de las correlaciones entre las variables o ítems que forman parte de la escala), obteniéndose el valor de: 0,79. Este resultado indica que el cuestionario es un instrumento fiable para su utilización en nuestra población.

Tabla 2. Estadísticas de fiabilidad mediante coeficiente alfa de Cronbach.

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
0,79	0,80	51

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaboración: Md. Juan Pillcorema (2018).



4.11 CONTROL DE CALIDAD DE LOS DATOS

- Se realizó un instructivo para el llenado de todos los instrumentos.
- En cada momento de la aplicación de los test se permitían preguntas con el fin de evitar errores
- Una vez finalizado las respuestas en los instrumentos de cada estudiante se realizó una revisión rápida de las respuestas, y en caso de estar incompletas o en blanco se solicitó completarlos. En caso de no acceder a la petición el instrumento fue eliminado y se seleccionó otra persona.
- Los instrumentos se sometieron a pruebas de fiabilidad (alfa de Cronbach) posterior a la aplicación del plan piloto con 30 estudiantes, en el Colegio Nacional El Tambo.

4.12 PLAN DE ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Para la estadística descriptiva se usó frecuencias y porcentajes. Para ver la asociación se empleó OR (odds Ratio) y para la significancia estadística el intervalo de confianza al 95%, Chi cuadrado con el valor p menor a 0.05%.

FACTOR ASOCIADO		DEPRESION		
		SI	NO	
DETERMINANTES SOCIALES	SI	A	B	A +B
	NO	C	D	C+D
		A+C	B+D	N



4.13 PROGRAMAS UTILIZADOS PARA ANÁLISIS DE DATOS

Este análisis de los datos se realizó con el uso del software SPSS versión 15 para obtención de los datos estadísticos. Y para la esquematización de los resultados en gráficos y tablas se usó el programa Excel 2013.

4.14 ASPECTOS ÉTICOS

- Aprobación del estudio por el comité de ética de la Universidad de Cuenca.
- Aprobación del estudio por el comité de ética del distrito de Educación del Cañar.
- Los procedimientos éticos se realizaron de acuerdo a la declaración de Helsinki.
- Se aplicó el consentimiento y asentimiento informado a todos los participantes. (Anexo 1 y 2)
- Se guardó discreción con las respuestas de cada persona encuestada.
- Se respetó los principios de la bioética de todos los entrevistados.
- Se archivó los consentimientos y asentimientos informados de todos los participantes.
- Los datos fueron obtenidos con total veracidad y pueden ser verificados por la Facultad de Ciencias Médicas, por la comisión de Bioética, por el Ministerio de Salud Pública, y por el Ministerio de Educación.
- Los resultados finales fueron socializados para el beneficio de la colectividad.
- La información obtenida fue utilizada estrictamente para fines de investigación respetando la confidencialidad e integridad de los participantes
- La información recolectada será manejada respetando la integridad de las personas, guardando; confidencialidad y sobre todo los datos serán utilizados únicamente para el estudio con fines académicos y de investigación.

CAPITULO V

5. RESULTADOS

5.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS ADOLESCENTES DE LA PARROQUIA CAÑAR.

La investigación se realizó con la participación de 432 adolescentes de los establecimientos educativos de la parroquia Cañar (Instituto Superior Pedagógico Quilloac - Bilingüe Intercultural, Unidad Educativa San José de Calasanz, Colegio Andrés F. Córdova y Colegio José Peralta).

La edad de los participantes comprendía la etapa de adolescente tardío, es decir entre 15 y 19 años con un promedio de 16.37 años (DE= 1,21 años).

Tabla 3. Distribución de los adolescentes según características sociodemográficas. Cañar. Ecuador 2017-2018.

Características	Frecuencia	Total n=432
Sexo		Porcentaje
Masculino	203	47,0
Femenino	229	53,0
Estado civil		
Soltero	412	95,4
Casado	4	,9
Divorciado	1	,2
Unión libre	13	3,0
Otros	2	,5
Auto identificación étnica		
Indígena	85	19,7
Negro	1	,2
Mestizo	339	78,5
Blanco	4	,9
Otro	3	,7

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaboración: Md. Juan Pillcorema (2018).

La participación del género femenino (53%) fue mayor que el masculino (47%). El auto identificación mestizo (78,5%) se superponía al resto. El estado civil soltero/a (95,4%) tuvo más prevalencia que el resto de estados civiles.



5.2 PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN LOS ADOLESCENTES DE LOS COLEGIOS DE LA PARROQUIA CAÑAR

La prevalencia de depresión ha sido estimada en base a la escala de autoevaluación de Zung, que estableció que 174 adolescentes (40,3%) presentaron depresión.

Tabla 4. Prevalencia de depresión en adolescentes de 15-19años. Cañar. Ecuador 2017-2018.

Grados	n= 432	%
Depresión ausente	258	59,7
Depresión leve	97	22,5
Depresión moderada	58	13,4
Depresión grave	19	4,4

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaboración: Md. Juan Pillcorema (2018).

5.3 FRECUENCIA DE LOS DETERMINANTES SOCIALES

El 41.7% de los adolescentes encuestados viven dentro de una familia nuclear y el 9,7% dentro de una familia extensa; estos tipos de familia están integrados por padre madre e hijos y se denominan familia estructurada. En la familia desestructurada encontramos que: el 25.2% convive dentro de la denominación de familia monoparental, donde falta un integrante familiar siendo padre o madre, por razones de migración, separación o divorcio.

**Tabla 5. Distribución de los adolescentes según sus determinantes sociales. Cañar. Ecuador 2017-2018.**

Características	Frecuencia	Total n=432	
		Porcentaje	
Estructura Familiar			
Familia Extensa	42	9,7	
Familia Nuclear	180	41,7	
Familia con Padres ausentes	92	21,3	
Familia Monoparental	109	25,2	
Personas sin Familia	2	,5	
Equivalente Familiar	1	,2	
Familia Ampliada	6	1,4	
Funcionalidad Familiar			
Familia funcional	98	22,7	
Familia moderadamente funcional	253	58,6	
Familia disfuncional	75	17,4	
Familia severamente disfuncional	6	1,4	
Consumo de Alcohol			
Sin consumo	295	68,3	
Consumo leve	70	16,2	
Consumo moderado	50	11,6	
Consumo grave	17	3,9	
Consumo de Marihuana			
Sin consumo	354	81,9	
Consumo leve	49	11,3	
Consumo moderado	22	5,1	
Consumo grave	7	1,6	
Migración de Familiares			
Padre	75	17,4	
Madre	11	2,5	
Hermanos	59	13,7	
Padre y Madre	45	10,4	
Ninguno	242	56,0	

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaboración: Md. Juan Pillcorema (2018).

La familia nuclear (41.7%) tiene más prevalencia que el resto de tipologías familiares, le siguen; monoparental, familia con padres ausentes, familia extensa,



familia ampliada, personas sin familia y equivalentes familiares. El cuestionario FF-SIL evaluó la funcionalidad y encontró que: el 81,3% pertenecían a una familia funcional, frente a 18,8% de adolescentes que vivían dentro de una familia disfuncional. El consumo de Alcohol y Marihuana fue determinado con el uso del Test DSM-5, encontrándose que el consumo de alcohol (31,7%) fue mayor que el consumo de marihuana (18,1%). La migración de familiares en orden descendente fue: sin familiares migrantes (56%), padre (17,4%), hermanos (13,7%), padre y madre (10,4%) y madre (2,5%).

5.4. DETERMINANTES SOCIALES ASOCIADOS A DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES DE LA PARROQUIA CAÑAR.

De las variables planteadas como involucradas en la aparición de depresión en adolescentes encontramos asociación en cuatro de las ocho analizadas ($p < 0,05$). El factor de riesgo más alto asociado a la depresión en los adolescentes fue la funcionalidad familiar (OR: 5,94 I.C 95% = 3,445 - 10,242), resultando que los adolescentes cuyos hogares son disfuncionales tenían 5,94 veces más de probabilidad de presentar depresión en comparación con los adolescentes que conviven en familias funcionales. Cuando el adolescente consume alcohol existe mayor probabilidad de presentar depresión, en comparación con los que no consumen. Los adolescentes que viven dentro de familias desestructuradas (monoparental, padres ausentes, extensa, personas sin familia), resultan presentar mayor riesgo de presentar depresión que aquellos que viven dentro de familias estructuradas. Las adolescentes de sexo femenino presentan mayor riesgo de padecer depresión (OR: 1,64 I.C 95% = 1,11– 2,42). Todas estas asociaciones son estadísticamente significativas, por lo que se acepta la hipótesis nula.

Se encuentran también otros factores asociados que no presentan significancia estadística como por ejemplo; la migración de familiares directos (OR: 1,39 I.C 95% = 0,944– 2,05 $p: 0,06$), y el consumo de marihuana (OR: 1,52 I.C 95% = 0,93– 2,49 $p: 0,06$).



Tabla 6. Análisis bivariado de los determinantes sociales asociados a la depresión en los adolescentes. Cañar. Ecuador 2017-2018.

	Con Depresión		Sin Depresión		OR	IC 95%	Valor P
	n= 174	(%)	n= 258	(%)			
Sexo *							
Mujer	105	60,34	124	48,06	1,64	1,114 - 2, 428	0,008
Hombre	69	39,66	134	51,94			
Migración de familiares							
Si	85	48,85	105	40,70	1,39	0,944 - 2,05	0,06
No	89	51,15	153	59,30			
Estructura familiar *							
Desestructurada	98	56,32	112	43,41	1,68	1,141 - 2,477	0,01
Estructurada	76	43,68	146	56,59			
Funcionalidad familiar*							
Disfuncional	60	34,48	21	8,14	5,94	3,445 - 10,242	0,00
Funcional	114	65,52	237	91,86			
Consumo de alcohol *							
Si consume	73	41,95	64	24,81	2,19	1,45 - 3,311	0,00
No consume	101	58,05	194	75,19			
Consumo de Marihuana							
Si consume	38	21,84	40	15,50	1,52	0,93 - 2,493	0,06
No consume	136	78,16	218	84,50			
Autoidentificación étnica							
Indígena	33	18,97	52	20,16	0,93	0,57 - 1,51	0,43
Otros	141	81,03	206	79,84			
Estado civil							
Soltero	168	96,55	244	94,57	1,61	0,605 - 4,27	0,24
Otros	6	3,45	14	5,43			

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaboración: Md. Juan Pillcorema (2018).



CAPITULO VI

6. DISCUSIÓN

La prevalencia de depresión en este estudio ($n=432$) fue de 40,3%. Estos valores son parecidos a los encontrados por Rivera, Martínez y Obregón en Michoacán-México en el año 2013 donde la prevalencia fue del 42%, (18). Por el contrario Zevallos en Perú (2015), en un estudio de poblaciones andinas ($n=6926$) encontró una prevalencia del 16,2% (96). Otros estudios locales muestran prevalencias aproximadas a las de esta investigación: en Cuenca – Ecuador, Burca y Carrasco en el 2014 encontraron una prevalencia de depresión del 36.27% (97), menor al encontrado por Solórzano en estudiantes universitarios de Cuenca (2014), que muestra el 47.7% de depresión (98). Finalmente Morla y Saad en 2006 encontraron una prevalencia del 22,9% en adolescentes de Guayaquil Ecuador (14). Estas amplias diferencias porcentuales son el resultado del tipo de estudio, muestras e instrumentos diferentes aplicados a poblaciones con diversas culturas y distintas circunstancias. Sin embargo es notorio que la prevalencia de depresión en adolescentes en todos los estudios antes mencionados es alta igual que en este trabajo.

El sexo femenino presenta más riesgo de depresión. Esta afirmación se encuentra en la mayoría de estudios, con un riesgo dos veces mayor para sufrir depresión en comparación con los hombres(99). El presente estudio no es la excepción ya que existió mayor prevalencia en mujeres (60,34%) que en los hombres (39,66%), con una asociación estadísticamente significativa (OR: 1,64 I.C 95% = 1,11– 2,42 p: 0,008). En México en el año 2015, Jiménez, Wagner, Rivera y Gonzáles encontraron porcentajes de depresión en adolescentes hombres de 7.7% y para mujeres es de 17,89%, (100). De igual forma Cubillas y colaboradores en 2012 encontraron sintomatología depresiva mayor en mujeres (16.6%) que en varones (26.6%) (101). Por este motivo ser mujer es un factor de riesgo para desarrollar depresión.



La ola migratoria de Ecuatorianos al extranjero va en aumento. La migración en el cantón Cañar según la UNICEF (2012) es una de las más altas a nivel internacional y ocupa el primer lugar a nivel nacional. Según la última encuesta nacional sobre migración el 61% de los emigrantes ha dejado hijos e hijas menores de 18 años viviendo en su comunidad de origen (17). Estos datos son mayores a los encontrados en este estudio donde el 44% de los participantes tenían algún familiar migrante. Estas diferencias probablemente sean debidas a que este estudio se realizó en población de 15 a 19 años y no sobre todos los menores de 18 años. En México Rivera, et al. (2013), encontraron que el 45,6% tenían algún familiar migrante y de ellos el 42% estaban asociados a sintomatología depresiva (18). Por otro lado en Quito La escuela Rio Santiago encontró una prevalencia del 13% de hijos de padres migrantes y de estos el 36.3% tenían depresión durante el año 2008 (19). En contraste a estos datos un estudio realizado en el año 2015 en Puyang-China evidencia resultados distintos, ya que el 14,2% de los adolescentes con padres migrantes presentaban depresión y no se demostró asociación significativa ($p: >0.05$) (34). Situación parecida a la encontrada en este estudio donde no se estableció significancia estadística (OR: 1,39 I.C 95% = 0,944– 2,05). Estos hallazgos pueden deberse a que como en Cañar existe altos índices de migración la población puede estar sensibilizada y cayendo en la normalización de estos fenómenos. Por lo tanto es importante conocer la cultura y sus percepciones durante las intervenciones en prevención.

La estructura familiar configura un sistema integral que provee todas las funciones universales de la familia, cuando esta se afecta los individuos que la integran tienden a sufrir varios problemas y de entre ellos; los del estado de ánimo. En este estudio se encontró que el 56.3% de los adolescentes con depresión viven dentro de una familia desestructurada. En Australia en 2017 Perales y Colaboradores, también muestran mayor prevalencia de desórdenes mentales en familias desestructuradas, con un 13.7% de depresión mayor entre los tipos de; familia extensa, reconstituida y monoparental (102). De igual manera Hadžikapetanović y colaboradores en un estudio publicado en 2017 en Bosnia, encuentran que los



adolescentes de familias desestructuradas tuvieron mayor riesgo de presentar depresión entre moderada y severa (24.69%) y esta asociación fue estadísticamente significativa ($p < 0.05$), en comparación con (6,89%) adolescentes de familias intactas (103). En Medellín (2012), Hoyos y Cols, encuentran una prevalencia de 54.1% de depresión en adolescentes que viven dentro de familias desestructuradas con una frecuencia mayor en la modalidad de familia monoparental femenina (12,9%) (104). En tanto estudios locales como el de Morla y Saad (2006), en Guayaquil reportan que el 61,5% de adolescentes conviven dentro de familias desestructuradas y de estas sobre todo el 46,8% pertenecían a familias monoparentales (14). Los resultados de los estudios antes expuestos y el presente trabajo dejan claro que la desintegración de un familiar por diferentes motivos afecta esa parte invisible de reglas y roles que organizan la estructura familiar. Como consecuencia surgen las crisis para normativas donde el adolescente es uno de los integrantes familiares más vulnerables que probablemente puede desarrollar depresión. En tal situación es importante la prevención primaria y secundaria antes mencionada.

En la parroquia Cañar el 34,48% de adolescentes deprimidos se encuentran dentro de una familia disfuncional catalogada por el Test FF-SIL, esta asociación fue estadísticamente significativa. Resultados aproximados y medidos con la misma escala encuentran Cogollo y colaboradores en Cartagena Colombia con un 41% entre depresión y disfunción familiar (5). En cambio Torrel y Delgado en Perú (2016), encuentran prevalencias más altas (73,8%) con fuerte asociación entre depresión y disfunción familiar, catalogado por test de Apgar familiar (15). Otros estudios encuentran prevalencias bajas en relación al presente estudio; por ejemplo en Brasil (2015), Pereira y Cols, encuentran una prevalencia de 30,3% de depresión asociada a disfunción familiar, medido por entrevista estructurada de familia (105). A su vez Garibay y cols (2014), en México encuentran una prevalencia más baja del 8.7% de depresión asociada a disfunción familiar medido por la escala de Holmes ($p: 0.01$) (16). En este contexto las prevalencias de disfunción familiar en los diferentes estudios mencionados varían considerablemente, ya que los



instrumentos usados para medir funcionalidad familiar nos son los mismos, sin embargo todos los estudios coinciden en que existe asociación estadísticamente significativa entre depresión y disfuncionalidad familiar. Esto implica que atención primaria es el primer filtro para la identificación de familias disfuncionales, por lo que se debe poner más énfasis en su identificación a través de los diferentes instrumentos.

El consumo de alcohol en este estudio se asoció significativamente a depresión, y represento el 41,95%. Resultados similares se encontraron en un estudio publicado del 2014, mismo que fue realizado en 12 países en vías de desarrollo: Botswana, Granada, Indonesia, Kenia, Myanmar, Filipinas, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, Seychelles, Tailandia, Trinidad y Tobago y Uganda, llevado a cabo entre 2003 y 2008, que involucraron a 32.001 adolescentes; donde se encuentra que el 44,4% de adolescentes que consumían alcohol también presentaban asociación fuerte con la depresión (106). Semejante a otro estudio publicado en 2016 y realizado a jóvenes Estadounidenses de 14 a 20 años, donde se muestra asociación significativa entre depresión y consumo de alcohol (OR: 1.09 IC95% 1.05-1.13) (99). En Reino Unido (2014) también se encuentra asociación estadísticamente significativa ($p: <0.05$) posterior al análisis multivariado, concluyéndose que el consumo de alcohol en adolescentes tempranos se asoció positivamente con la depresión en la adolescencia tardía (107). Finalmente un metaanálisis realizado en 2014 Identificó 113 publicaciones que informaron 209 asociaciones. Los estudios fueron publicados entre 1986 y 2013 y el número de participantes por estudio varió de 68 a 13,500. De estos la mayoría de los estudios incluyeron muestras de América del Norte ($n = 81$), con el resto de Europa ($n = 19$), Australia ($n = 10$) y Asia ($n = 3$); En base a 14 estudios que abarcan 12 asociaciones, muestra que el consumo frecuente de alcohol en la adolescencia se asoció con niveles altos de depresión. Ahí fue evidente una heterogeneidad sustancial entre los estudios (I²:70.0%) (44). Con la evidencia mencionada y los datos hallados en este estudio se comprueba que los adolescentes de la parroquia Cañar también



presentan el mismo riesgo de desarrollar depresión cuando consumen alcohol al igual que otros adolescentes en otras regiones del mundo.

El 21,84% de los pacientes que consumían marihuana presentaban depresión, pero en este estudio esta asociación no fue estadísticamente significativa. Staphinski y colaboradores en un estudio realizado en adolescentes Chilenos durante el 2016 encuentra depresión (13.9% OR: 1.20 IC 95% 1.07-1.34), asociada con una mayor frecuencia al uso de marihuana a los 18 meses de seguimiento, sin embargo después del análisis multivariado no se asocia significativamente (OR: 1.06, IC 95%: 0.93-1.20) (47). Por otro lado un metaanálisis de seis estudios, encontró que el uso de cannabis en la adolescencia se asoció con niveles más altos de depresión; Apareció un tamaño de efecto pequeño pero significativo, con una heterogeneidad sustancial evidente (I² - 1%) (44). Asimismo Dierker y Colaboradores (2018) en un análisis de los últimos 6 estudios de la encuesta nacional del uso de Drogas en Estados Unidos, también muestra una asociación significativa entre la depresión y el consumo de marihuana, sobre todo cuando el uso es continuo (OR: 3.2 IC 95% 2.41-4.30) (108). Por lo antes expuesto se puede mencionar que el consumo de marihuana es un factor de riesgo en el desarrollo de depresión en adolescentes, dado probablemente por alteraciones biológicas más que por razones psicosociales. Sin embargo en el presente estudio el consumo de marihuana es factor de riesgo de depresión, pero no se encuentra asociación estadísticamente significativa y ello probablemente se daba a una muestra insuficiente. Por lo que se debería trabajar con muestras más grandes en futuras investigaciones.

Las etnias indígenas a nivel de Latinoamérica son desfavorecidas en relación a la población no indígena, ya que presenta los menores niveles de escolaridad, empleo, economía, vivienda y salud; el racismo, la discriminación, el rechazo continuo, la hostilidad y los sentimientos de vergüenza, propician un círculo de desventajas que favorecen el abuso de sustancias, depresión y otros trastornos mentales. En este estudio, ser indígena con depresión (18,97%) no presento asociación significativa (p: 0.43). Contrario a lo que se encuentra en otros estudios; como indica Rodríguez



y colaboradores (2018) en un estudio en Estados Unidos donde los Latinos (11.3%) y los Afroamericanos (10.4%) tenían más probabilidades que los blancos (7.1%; $p < 0.001$) para cumplir con los criterios de trastorno depresivo. (109), (110). Esto puede deberse a que en el instrumento utilizado categorizo la etnia por autoidentificación, lo que puede significar un sesgo de información.

El estado civil puede ser factor de riesgo o protector para desarrollar depresión. González y colaboradores (2017) en un estudio realizado en población Mexicana, concluyen que los separados tuvieron mayores niveles de depresión que los casados (14,81% Vs 6.08% $p: < 0.001$) (111) . Asimismo otros estudios en población Canadiense de 18 años o más como el de Bulloch y colaboradores, que analiza datos del 2000 al 2013 con técnicas de metaanálisis muestra que; el estado civil soltero, viudo o separados mostraban mayor relación con la depresión en comparación con los que estaban casados (OR = 1.02, IC 95% 1.01-1.02) (112). Sin embargo en este estudio el estado civil soltero que presentaba depresión (96.55%) no se asocia significativamente, ya que nos encontramos frente a población adolescente en la que solo el 4,6% tienen otros estados civiles diferentes a ser soltero. Además los datos antes mencionados no son comparables ya que son realizados en edades distintas y solo se mencionan con el fin de dar a conocer que ciertos estados civiles pueden relacionarse con depresión, por lo que es más prudente realizar este tipo de análisis en población adulta.



CAPITULO VII

7.1 CONCLUSIONES

- Los participantes adolescentes de 15 a 19 años fueron en su mayoría de sexo femenino, donde fue más frecuente el estado civil soltero y en su mayoría fueron de autoidentificación mestizos.
- Los participantes de este estudio pertenecían en mayor proporción al tipo de familia nuclear y un alto porcentaje convivían dentro de una familia moderadamente funcional.
- El consumo leve de alcohol fue de 31,7%. En tanto que el consumo de marihuana fue de 18.1%.
- Los adolescentes tenían familiares migrantes y de ellos el Padre fue el que más migraba en relación al resto de familiares.
- La prevalencia de depresión en adolescentes de la parroquia Cañar fue de 40.3% con un riesgo aumentado en el sexo femenino, similar a la gran mayoría de estudios locales e internacionales.
- El análisis estadístico muestra que ser mujer, la familia desestructurada, disfuncional, y el consumo de alcohol se encuentran asociados significativamente en el desarrollo de depresión.
- La migración de familiares, el consumo de marihuana, la autoidentificación indígena y el estado civil soltero no se asociaron significativamente con la presencia de depresión.



7.2 RECOMENDACIONES

- Realizar más estudios locales de prevalencia con muestras grandes, en busca de otros determinantes sociales implicados en la depresión del adolescente, como son: nivel socioeconómico, consumo de tabaco, relaciones de pareja, satisfacción escolar, sexualidad, autoestima, entre otros.
- Realizar análisis multivariado de los estudios de prevalencia y asociación con el fin de obtener información precisa de los factores de riesgo estadísticamente implicados en la consecución del fenómeno social.
- Establecer programas o proyectos de intervención preventivos que disminuyan la probabilidad del consumo del alcohol y marihuana.
- Trabajar de manera coordinada con los establecimientos educativos para la identificación temprana de adicciones y trastornos depresivos en los adolescentes
- Intervenir con planes o programas educativos, promoción y guías anticipadas en las familias disfuncionales, y desestructuradas para disminuir los efectos nocivos en la salud mental de la familia y sobre todo del adolescente.
- Aplicar las herramientas pertinentes siguiendo la guía actual del adolescente del MSP-Ecuador, en relación a tamizaje para cuadros depresivos en adolescentes de las instituciones educativas.
- Coordinar de forma interinstitucional para la socialización continua y progresiva las estadísticas locales del problema de la depresión, dirigido a los nuevos adolescentes con el objetivo de sensibilizar y buscar acciones reflexivas y evitar pautas repetitivas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. WHO | WHO calls for stronger focus on adolescent health [Internet]. WHO. [citado 25 de noviembre de 2018]. Disponible en: <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/focus-adolescent-health/en/>
2. OMS, OPS. La depresión es la principal causa de enfermedad entre adolescentes. Av. Amazonas 2889 y la Granja, Quito, Ecuador. mayo de 2014 [citado 19 de enero de 2017]; Disponible en: http://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_content&view=article&id=1208%3A mayo-14-2014&Itemid=356
3. Botto A, Acuña J, Jiménez JP. La depresión como un diagnóstico complejo: Implicancias para el desarrollo de recomendaciones clínicas. Rev Médica Chile. octubre de 2014;142(10):1297-305.
4. Zavala-González MA, Domínguez-Sosab G. Depresión y percepción de la funcionalidad familiar en adultos mayores urbanos mexicanos. 2010 [citado 17 de septiembre de 2016]; Disponible en: http://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0201/0201_0041_0048.pdf
5. Cogollo Z, Gómez E, De Arco O, Ruiz I, Campo-Arias A, others. Asociación entre disfuncionalidad familiar y síntomas depresivos con importancia clínica en estudiantes de Cartagena, Colombia. Rev Colomb Psiquiatr. 2009;38:637–44.
6. Rodríguez G, Tahisin D, Gutiérrez Herrera M, Londoño SP. Depression and consumption of psychoactive substances among adolescents in Bogotá. Psychol Av Discip. 2013;7(1):45–51.
7. Vargas Murga H. Tipo de familia y ansiedad y depresión. Rev Medica Hered. 2014;25(2):57–59.
8. Gonzáles-Poves J, Macuyama-Aricari T, Silva-Mathews Z. Factores familiares que influyen en las manifestaciones depresivas en adolescentes del 1.º al 5.º de secundaria de un colegio nacional mixto. Rev Enfermería Hered. 2014;6(2):66.
9. Ansiedad y depresión | La Salud Mental de los Niños | NCBDDD | CDC [Internet]. 2018 [citado 27 de octubre de 2018]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/childrensmentalhealth/spanish/anxiety.html>



10. Vergara A, M K, Díaz Cárdenas S, González Martínez F. Síntomas de depresión y ansiedad en jóvenes universitarios: prevalencia y factores relacionados. Rev Clínica Med Fam. febrero de 2014;7(1):14-22.
11. Delgado J. Exploración de los motivos para consumir alcohol en adolescentes. Psicología Iberoamericana [Internet]. 2012 [citado 19 de enero de 2017]; Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133924623004>
12. Mitchell C. Health in the Americas - Pan American Health Organization. Ecuador [Internet]. 2013 [citado 19 de enero de 2017]. Disponible en: http://www.paho.org/salud-en-las-americas-2012/index.php?option=com_content&view=article&id=40%3Aecuador&catid=21%3Acountry-chapters&Itemid=149&lang=es
13. Oyervide J, Alfredo J. Depresión y factores asociados en Adolescentes de colegios urbanos de la Ciudad de Cuenca, Mayo-Octubre del 2007. 2010 [citado 19 de enero de 2017]; Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/19973>
14. Boloña RM, de Janon ES, Saad J. Depresión en adolescentes y desestructuración familiar en la ciudad de Guayaquil, Ecuador. Rev Colomb Psiquiatr. 2006;35(2):150.
15. Torrel M, Delgado M. Funcionamiento familiar y depresión en adolescentes de la IE Zarumilla-Tumbes, 2013. Cienc Desarro. 2016;17(1):47-53.
16. Garibay-Ramirez J, Jiménez-Garcés C, Vieyra-Reyes P, Hernández-González MM, Villalón-López J. Disfunción familiar y depresión en niños de 8-12 años de edad. Med E Investig. julio de 2014;2(2):107-11.
17. Escobar, A. Childhood_and_Migration_in_Canar.pdf [Internet]. Imprenta Mariscal; 2008 [citado 24 de julio de 2018]. Disponible en: https://www.unicef.org/socialpolicy/files/Childhood_and_Migration_in_Canar.pdf
18. Rivera-Heredia ME, Martínez-Servín LG, Obregón-Velasco N. Factores asociados con la sintomatología depresiva en adolescentes michoacanos: El papel de la migración familiar y los recursos individuales, familiares y sociales. Salud Ment. abril de 2013;36(2):109-13.
19. Echeverría BOA, Echeverría EXA, Granja WOA. Depresión infantil en hijos de padres migrantes. Aten Primaria. 2009;41(5):288.
20. MSP, Ecuador. Prioridades de investigación en salud, 2013 - 2017. 213d. C.
21. Conejo-Cerón S, Moreno-Peral P, Rodríguez-Morejón A, Motrico E, Navas-Campaña D, Rigabert A, et al. Effectiveness of Psychological and Educational



Interventions to Prevent Depression in Primary Care: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Ann Fam Med*. 5 de enero de 2017;15(3):262-71.

22. OMS | La depresión [Internet]. WHO. [citado 16 de septiembre de 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
23. Zhou X, Hetrick SE, Cuijpers P, Qin B, Barth J, Whittington CJ, et al. Eficacia comparativa y aceptabilidad de psicoterapias para la depresión en niños y adolescentes: una revisión sistemática y metaanálisis en red. 2017;13.
24. Sim K, Lau WK, Sim J, Sum MY, Baldessarini RJ. Prevention of Relapse and Recurrence in Adults with Major Depressive Disorder: Systematic Review and Meta-Analyses of Controlled Trials. *Int J Neuropsychopharmacol* [Internet]. 7 de julio de 2015 [citado 20 de noviembre de 2018];19(2). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4772815/>
25. Hanwella R, De Silva V. Diagnosis and management of depression. *Ceylon Med J*. 12 de diciembre de 2008;53(2):60.
26. Thapar PA, Collishaw S, Pine DS, Thapar AK. Depression in adolescence. *Lancet*. 17 de marzo de 2012;379(9820):1056.
27. NIMH. NIMH » Depresión [Internet]. [citado 8 de septiembre de 2017]. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depresion/index.shtml>
28. Jesulola E, Micalos P, Baguley IJ. Understanding the pathophysiology of depression: From monoamines to the neurogenesis hypothesis model - are we there yet? *Behav Brain Res*. 02 de 2018;341:79-90.
29. Liu RT, Kleiman EM, Nestor BA, Cheek SM. The Hopelessness Theory of Depression: A Quarter Century in Review. *Clin Psychol Publ Div Clin Psychol Am Psychol Assoc*. 1 de diciembre de 2015;22(4):345-65.
30. Instituto de Salud Carlos III. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto [Internet]. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia, avalia-t. Conselleria de Sanidade Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.; 2014 [citado 8 de septiembre de 2017]. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_534_Depresion_Adulto_Avaliat_compl.pdf
31. Paykel ES. Basic concepts of depression. *Dialogues Clin Neurosci*. septiembre de 2008;10(3):279-89.
32. Vilgis V, Chen J, Silk TJ, Cunnington R, Vance A. Frontoparietal function in young people with dysthymic disorder (DSM-5: Persistent depressive disorder) during spatial working memory. *J Affect Disord*. mayo de 2014;160:34-42.



33. OMS | Determinantes sociales de la salud [Internet]. WHO. [citado 31 de enero de 2017]. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/es/
34. Shen M, Gao J, Liang Z, Wang Y, Du Y, Stallones L. Parental migration patterns and risk of depression and anxiety disorder among rural children aged 10–18 years in China: a cross-sectional study. *BMJ Open* [Internet]. 2015 [citado 16 de julio de 2018];5(12). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4710829/>
35. Kodjo CM, Klein JD. Prevention and risk of adolescent substance abuse. The role of adolescents, families, and communities. *Pediatr Clin North Am.* abril de 2002;49(2):257-68.
36. Goode E. Drogas en la Sociedad Americana . 7ª edición. capítulo 3. Boston, Massachusetts, EE. UU .: McGraw Hill; 2007. :89.
37. Jadidi N, Nakhaee N. Etiology of Drug Abuse: A Narrative Analysis. *J Addict* [Internet]. 2014 [citado 21 de noviembre de 2018];2014. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4160618/>
38. Frisher M, Crome I, Macleod J, Bloor R, Hickman M. Factores predictivos para el uso de drogas ilícitas entre los jóvenes: una revisión de la literatura. Informe en línea de la oficina en casa . 2007; (05/07) <http://dera.ioe.ac.uk/6903/1/rdsolr0507.pdf> .
39. Korhonen T, Huizink AC, Dick DM, Pulkkinen L, Rose RJ, Kaprio J. Role of individual, peer and family factors in the use of cannabis and other illicit drugs: a longitudinal analysis among Finnish adolescent twins. *Drug Alcohol Depend.* 1 de septiembre de 2008;97(1-2):33-43.
40. Canada H, Canada H. Canadian Alcohol and Drug Use Monitoring Survey [Internet]. *aem.* 2012 [citado 4 de diciembre de 2018]. Disponible en: <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/health-concerns/drug-prevention-treatment/drug-alcohol-use-statistics/canadian-alcohol-drug-use-monitoring-survey-tables-2011.html>
41. Rojas G, Gaete J, Guajardo V, Martínez V, Barroilhet S, Meneses J, et al. Consumo de sustancias y síntomas depresivos en escolares de liceos municipales de Santiago. *Rev Médica Chile.* febrero de 2012;140(2):184-91.
42. Turner SD, Spithoff S, Kahan M. Approach to cannabis use disorder in primary care: Focus on youth and other high-risk users. *Can Fam Physician.* 1 de septiembre de 2014;60(9):801-8.
43. International Child Development Centre, editor. Child well-being in rich countries: a comparative overview. Florence: UNICEF Nations Children's Fund; 2013. 56 p. (Innocenti report card).



44. Cairns KE, Yap MBH, Pilkington PD, Jorm AF. Risk and protective factors for depression that adolescents can modify: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *J Affect Disord.* diciembre de 2014;169:61-75.
45. Bukstein, O. MD. Substance use disorder in adolescents: Epidemiology, pathogenesis, clinical manifestations, course, assessment, and diagnosis. Official reprint from UpToDate. 2018;17.
46. Del Bosque J, Fernández C, Sánchez Huesca R, Díaz DB, López G, Delia A, et al. El problema del consumo de cannabis: el papel del Sector Salud. *Salud Ment.* abril de 2013;36(2):149-58.
47. Stapinski LA, Montgomery AA, Araya R. Anxiety, depression and risk of cannabis use: Examining the internalising pathway to use among Chilean adolescents. *Drug Alcohol Depend.* septiembre de 2016;166:109-15.
48. Alcohol y salud publica en las Americas Un Caso Para La Accion. World Health Organization; 2007.
49. Couwenbergh C. , et al. Comorbid psychopathology in adolescents and young adults treated for substance use disorders: a review. - PubMed - NCBI [Internet]. [citado 5 de octubre de 2017]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=16648966&myncbishare=helsebi> bioteket
50. Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Results from the 2012 National Survey on Drug Use and Health: Summary of National Findings, NSDUH Series H-46, HHS Publication No. (SMA) 13-4795. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2013. :178.
51. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Más de 900 mil ecuatorianos consumen alcohol [Internet]. Instituto Nacional de Estadística y Censos. 2017 [citado 4 de diciembre de 2018]. Disponible en: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/mas-de-900-mil-ecuatorianos-consumen-alcohol/>
52. Carrión DG, Illingworth GV, Cevallos JP, Mafla CV, Salgado JS, León XP, et al. Plan Nacional De Prevención Integral De Drogas 2012 - 2013. :93.
53. Portero Lazcano G. DSM-5. Trastornos por consumo de sustancias:¿ son problemáticos los nuevos cambios en el ámbito forense? *Cuad Med Forense.* 2015;21(3-4):96-104.
54. Cami, A. Introduccion al trabajo Familiar en casos de vulnerabilidad [Internet]. Cordova; 2009 [citado 21 de septiembre de 2017]. Disponible en: <http://www.psocialesalesianas.org/image/01%20Trabajo%20Familiar.pdf>



55. Sinche E, Suárez M. Introducción al estudio de la dinámica familiar. RAMPA[Internet]. 2006;1(1):43.
56. Louro, B. manual_para_la_intervencion_en_la_salud_familiar.pdf [Internet]. Lic. Tania Sánchez Ferrán. La Habana; 2002 [citado 21 de septiembre de 2017]. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-temprana/manual_para_la_intervencion_en_la_salud_familiar.pdf
57. Fosco GM, Van Ryzin MJ, Connell AM, Stormshak EA. Preventing Adolescent Depression with the Family Check-Up: Examining Family Conflict as a Mechanism of Change. J Fam Psychol JFP J Div Fam Psychol Am Psychol Assoc Div 43. febrero de 2016;30(1):82-92.
58. Sheeber L, Hops H, Alpert A, Davis B, Andrews J. Family support and conflict: prospective relations to adolescent depression. J Abnorm Child Psychol. agosto de 1997;25(4):333-44.
59. Yap MBH, Jorm AF. Parental factors associated with childhood anxiety, depression, and internalizing problems: a systematic review and meta-analysis. J Affect Disord. 1 de abril de 2015;175:424-40.
60. Chen Q, DU W, Gao Y, Ma C, Ban C, Meng F. Analysis of Family Functioning and Parent-Child Relationship between Adolescents with Depression and their Parents. Shanghai Arch Psychiatry. 25 de diciembre de 2017;29(6):365-72.
61. Oliva Gómez E, Guardiola V, Judith V. Hacia un concepto interdisciplinario de la familia en la globalización. Justicia Juris. enero de 2014;10(1):11-20.
62. Peters DH. The application of systems thinking in health: why use systems thinking? Health Res Policy Syst [Internet]. 26 de agosto de 2014 [citado 21 de noviembre de 2018];12. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4245196/>
63. Armas N, Díaz L. Entre voces y silencios: las familias por dentro. Quito Ediciones América [Internet]. 2007 [citado 26 de enero de 2017]; Disponible en: <http://www.semef.ec/joomlasemef/images/PROTOCOLOS/Familias%20por%20Dentro.pdf>
64. Reyna JM, Salcido MRE, Arredondo AP. Análisis del ciclo vital de la estructura familiar y sus principales problemas en algunas familias mexicanas. Altern En Psicol. febrero de 2013;17(28):73-91.
65. Laukkanen M, Hakko H, Riipinen P, Riala K. Does Family Structure Play a Role in Depression in Adolescents Admitted to Psychiatric Inpatient Care? Child Psychiatry Hum Dev. 2016;47(6):918-24.



66. Behere AP, Basnet P, Campbell P. Effects of Family Structure on Mental Health of Children: A Preliminary Study. *Indian J Psychol Med.* 2017;39(4):457-63.
67. Seijo D, Novo M, Carracedo S, Fariña F. Efectos de la ruptura de los progenitores en la salud física y psicoemocional de los hijos. *Rev Galega Coop Científica Iberoam.* 2010;19:16–21.
68. Marcavillaca Núñez J. Funcionamiento familiar, valores y rendimiento académico en estudiantes del 4to. grado de educación secundaria de la Institución Educativa Raimondi del Cusco, 2013. 2015 [citado 21 de septiembre de 2017]; Disponible en: <http://repositorio.une.edu.pe/handle/UNE/980>
69. Gómez, E., Castillo, I., Cogollo Zuleima. Predictores de disfunción familiar en adolescentes escolarizados. *Rev Colomb Psiquiat [Internet].* 2013 [citado 6 de febrero de 2017];42(1). Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v42n1/v42n1a07.pdf>
70. Depression and resilience mediates the effect of family function on quality of life of the elderly. *Arch Gerontol Geriatr.* 1 de julio de 2017;71:34-42.
71. Sander JB, McCarty CA. Youth Depression in the Family Context: Familial Risk Factors and Models of Treatment. *Clin Child Fam Psychol Rev.* septiembre de 2005;8(3):203-19.
72. Morales C, Caridad I de la, Aguirre del R, Inalbis C, Rodríguez Zamora O, Zayas G, et al. Disfunción familiar en gestantes adolescentes de un área de salud. *MEDISAN.* noviembre de 2014;18(11):1544-9.
73. Liu H. [Características clínicas de la depresión adolescente temprana]. *Tai Shan Yi Xue Yuan Xue Bao .* 2016; 4 (37): 405-406. Chino. doi: <http://dx.chinadoi.cn/10.3969/j.issn.1004-7115.2016.04.015>.
74. Zhang QY, Vosotros SX, Huang H, Él XY. Efecto de la intervención familiar en la rehabilitación de pacientes con depresión. *Jing Shen Yi Xue Za Zhi .* 2011; 24 (1): 56-57. Chino. doi: <http://dx.chinadoi.cn/10.3969/j.issn.1009-7201.2011.01.021>.
75. Tompson M, O Connor E, Kemp G, Langer D, Asarnow J. Depression in Childhood and Early Adolescence: Parental Expressed Emotion and Family Functioning. *Ann Depress Anxiety [Internet].* 2015 [citado 7 de diciembre de 2018];2(7). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4917222/>
76. Senthil M. Impact of Family Dysfunctions on Child and Adolescents Mental Health. 2016;



77. González-Quiñones JC, Hoz-Restrepo F de la. Relationships between psychosocial risk behavior and the family in adolescents' from Suba, an urban area in Bogotá. Rev Salud Pública. febrero de 2011;13(1):67-78.
78. Malone JC, Liu SR, Vaillant GE, Rentz DM, Waldinger RJ. Midlife Eriksonian Psychosocial Development: Setting the Stage for Cognitive and Emotional Health in Late Life. Dev Psychol. marzo de 2016;52(3):496-508.
79. Linares R. Psicología Evolutiva: Que Es, Principios, Áreas De Investigación Y Etapas [Internet]. Psicoportal. 2018 [citado 22 de noviembre de 2018]. Disponible en: <https://psicoportal.com/ramas-de-la-psicologia/evolutiva/>
80. Ragelienė T. Links of Adolescents Identity Development and Relationship with Peers: A Systematic Literature Review. J Can Acad Child Adolesc Psychiatry. 2016;25(2):97-105.
81. UNODC. Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito [Internet]. Industria Gráfica MACOLE S.R.L.; 2013. Disponible en: https://www.unodc.org/documents/peruandecuador/Publicaciones/Publicaciones2014/LIBRO_ADOLESCENTES_SPAs_UNODC-CEDRO.pdf
82. OMS | Desarrollo en la adolescencia [Internet]. WHO. [citado 2 de octubre de 2017]. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
83. Forcier M, Garofalo R. Adolescent sexuality [Internet]. Jul; 2016 [citado 2 de octubre de 2017]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/contents/adolescent-sexuality>
84. MSP, Ecuador. Salud de adolescentes. Guía de Supervisión. Quito: Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Normatización-MSP; 2014. [Internet]. [citado 20 de enero de 2017]. Disponible en: <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GUIA-SUPERV-ADOLESCCT-EditoGran1.pdf>
85. Scarpati MP, Pertuz MS, Silva AS. Límites, reglas, comunicación en familia monoparental Con hijos adolescentes. Divers Perspect En Psicol. 2014;10(2):225–246.
86. Ng CWM, How CH, Ng YP. Managing depression in primary care. Singapore Med J. agosto de 2017;58(8):459-66.
87. Adam T, de Savigny D. Systems thinking for strengthening health systems in LMICs: need for a paradigm shift. Health Policy Plan. octubre de 2012;27 Suppl 4:iv1-3.



88. Min J-A, Lee C-U, Lee C. Mental Health Promotion and Illness Prevention: A Challenge for Psychiatrists. *Psychiatry Investig.* diciembre de 2013;10(4):307-16.
89. Gold LH. DSM-5 and the Assessment of Functioning: The World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0). *J Am Acad Psychiatry Law Online.* 1 de junio de 2014;42(2):173-81.
90. Lezama Meneses SR. Psychometric properties of the Zung self-rating scale for depressive symptoms in Colombian teenager population. *Psychol Av Discip.* 2012;6(1):91-101.
91. Escala Autoadministrada de Depresion Test de depresion [Internet]. 2016 [citado 15 de octubre de 2016]. Disponible en: http://www.depresion.psicomag.com/esc_zung.php
92. Campo-Arias A, Díaz-Martínez LA, Rueda-Jaimes GE, Barros-Bermúdez JA. Validación de la escala de Zung para depresión en universitarias de Bucaramanga, Colombia [Internet]. *Red Revista Colombiana de Psiquiatría;* 2005 [citado 15 de octubre de 2016]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v34n1/v34n1a04>
93. Ortega Veitía T, Cuesta Freijomil D, Días Retureta C. Propuesta de un instrumento para la aplicación del proceso de atención de enfermería en familias disfuncionales. *Rev Cuba Enferm.* diciembre de 1999;15(3):164-8.
94. Fuentes Aguilar AP, Merino Escobar JM. Validación De Un Instrumento De Funcionalidad Familiar. *Ajayu Órgano Difus Científica Dep Psicol UCBSP.* 2016;14(2):247-83.
95. Díaz R. Funcionamiento de las familias de madres menores de 21 años. *Hospital Vicente Corral, Cuenca-Ecuador,* 2013. *Manglar.* 2016;11(1):33-42.
96. Zevallos-Bustamante SE. Prevalencia de Depresión en Poblaciones Andinas. *Rev An SALUD Ment.* 2016;31(2).
97. Burca, N., Carrasco, A. Prevalencia de Depresión y Factores Asociados en Estudiantes Universitarios de la Ciudad de Cuenca - Ecuador. [Cuenca]: Universidad del Azuay; 2015.
98. Solórzano R. Prevalencia de depresión y factores asociados en los estudiantes de medicina de la Universidad Católica de Cuenca. 2014. [Cuenca]: Uiversidad de Cuenca; 2014.
99. Patton R, Lau CH (Joshua), Blow FC, Ranney ML, Cunningham RM, Walton MA. Prevalence and Correlates of Depression and Drinking Behaviors Among



Adolescents and Emerging Adults in a Suburban Emergency Department. *Subst Use Misuse*. 2 de enero de 2016;51(1):34-40.

100. Jiménez A, Wagner F, Rivera ME, González C, Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, México., Department of Public Health Analysis. Morgan State University, USA., et al. Estudio de la depresión en estudiantes de la Ciudad de México y del Estado de Michoacán por medio de la versión revisada de la CES-D. *Salud Ment*. 14 de abril de 2015;38(2):103-7.
101. Rodríguez C, José M, Román Pérez R, Abril Valdez E, Barreras G, Lourdes A. Depresión y comportamiento suicida en estudiantes de educación media superior en Sonora. *Salud Ment*. febrero de 2012;35(1):45-50.
102. Perales F, Johnson SE, Baxter J, Lawrence D, Zubrick SR. Family structure and childhood mental disorders: new findings from Australia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. abril de 2017;52(4):423-33.
103. Hadžikapetanović H, Babić T, Bjelošević E. Depression and intimate relationships of adolescents from divorced families. *Med Glas [Internet]*. febrero de 2017 [citado 12 de septiembre de 2018];(1). Disponible en: <http://www.ljkzedo.ba/sites/default/files/Glasnik/MG26/05%20Hadzikapetanovic%20854%20A.pdf>
104. Hoyos Zuluaga E, Lemos Hoyos M, Torres de Galvis Y. Risk factors and protective adolescent depression in the city of Medellín. *Int J Psychol Res*. 30 de junio de 2012;5(1):109.
105. Pereira ML, Ferraz MP de T, Peçanha DLN, Mesquita ME, Finazzi MEP, Bordin IAS, et al. Family functioning in adolescents with major depressive disorder: A comparative study. *Estud Psicol Camp*. diciembre de 2015;32(4):641-52.
106. Balogun O, Koyanagi A, Sticklely A, Gilmour S, Shibuya K. Alcohol Consumption and Psychological Distress in Adolescents: A Multi-Country Study. *J Adolesc Health*. 1 de febrero de 2014;54(2):228-34.
107. Edwards AC, Heron J, Dick DM, Hickman M, Lewis G, Macleod J, et al. Adolescent Alcohol Use Is Positively Associated With Later Depression in a Population-Based U.K. Cohort. *J Stud Alcohol Drugs*. septiembre de 2014;75(5):758.
108. Dierker L, Selya A, Lanza S, Li R, Rose J. Depression and marijuana use disorder symptoms among current marijuana users. *Addict Behav*. enero de 2018;76:161-8.



109. African Americans and Latinos are more likely to be at risk for depression than Whites [Internet]. National Institutes of Health (NIH). 2018 [citado 12 de septiembre de 2018]. Disponible en: <https://www.nih.gov/news-events/news-releases/african-americans-latinos-are-more-likely-be-risk-depression-whites>
110. Relationships between allostatic load, unhealthy behaviors, and depressive disorder in U.S. adults, 2005–2012 NHANES. *Prev Med.* 1 de mayo de 2018;110:9-15.
111. Universidad Autónoma del Estado de México, Bastida-González R, Valdez-Medina JL, Valor-Segura I, González Arratia-López Fuentes NI, Rivera-Aragón S, et al. Marital satisfaction and marital status as a protective factor of depression and anxiety. *Rev Argent Clin Psicol* [Internet]. 2017 [citado 12 de septiembre de 2018];XXVI(I). Disponible en: <http://www.clinicapsicologica.org.ar/article.php?doi=10.24205/03276716.2017.1008>
112. Bulloch AGM, Williams JVA, Lavorato DH, Patten SB. The depression and marital status relationship is modified by both age and gender. *J Affect Disord.* diciembre de 2017;223:65-8.

8. ANEXOS

Anexo 1: Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICION	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
Edad	Tiempo de vida de una persona desde el nacimiento hasta la presente fecha	Tiempo en años	años cumplidos	Numérica
Sexo	Caracteres externos que identifican a una persona como hombre o mujer.	Fenotipo	Fenotipo	Nominal Hombre Mujer
Estado civil	Vínculos personales con individuos de otro sexo o de su mismo sexo.	Status Social Status familiar	Cedula de ciudadanía.	Soltero Casado Divorciado Viudo Unión Libre
Depresión	Trastorno del estado del ánimo estado patológico caracterizado por tristeza, melancolía y falta de ánimo.	Social Psicológica	Test de Zung	Nominal Si No
Funcionalidad familiar	Dinámica funcional de la familia que se da a través de: cohesión, armonía, roles, comunicación, permeabilidad, afectividad y adaptabilidad.	Social	Prueba de percepción del funcionamiento familiar FF-SIL	Nominal Si No
Consumo de marihuana	Sustancias ilícita de mayor uso por su bajo costo y amplio expendio	Psicopatológica	Respuesta cuestionario.	Nominal Sí consumo No consumo
Consumo de alcohol	Síntomas de la esfera mental por consumo que afecta al estudiante	Psicopatológica	Criterios del DSM 5	Nominal Sí consumo No consumo
Estructura familiar	Constitución familiar según los miembros y parentesco.	Social	Datos del cuestionario	<ul style="list-style-type: none"> • Nuclear • Extensa • Monoparental • Reconstituida • Otros tipos
Migración	Movimiento poblacional de un sitio a otro por problemas religiosos económicos, laborales, etc.	Días, meses o años de ausencia	Datos del cuestionario	Nominal Si No



ANEXO 2.1

CUESTIONARIO PARA LA RECOLECCION DE DATOS
UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTA DE CIENCIAS MÉDICAS
POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR
COD: ____

CONSENTIMIENTO INFORMADO

DEPRESIÓN Y SUS DETERMINANTES SOCIALES EN ADOLESCENTES DEL BACHILLERATO
DE LOS COLEGIOS DE LA PARROQUIA CAÑAR – ECUADOR 2017-2018

Organización del investigador: UNIVERSIDAD DE CUENCA

Nombre del investigador principal: Md. Juan Pablo Pillcorema Ludizaca – Posgradista de Medicina Familiar y Comunitaria.

Datos de localización del investigador principal. Telf. 0998836541. E-mail: juan.pablo_@hotmail.com

La presente investigación tiene como objetivo principal Conocer la prevalencia de depresión y sus determinantes sociales asociados incluyendo: disfunción familiar, desestructuración familiar, migración y abuso de sustancias. Se realizara encuestas a 406 estudiantes.

Estimados representantes: nos dirigimos a ustedes muy respetuosamente, para informarles que requerimos la participación de su representado/a en este estudio, para lo cual tendrá que responder preguntas en un formulario. Esto tomara aproximadamente 15 minutos.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria y podrá negarse al mismo sin perjuicio alguno. La información que se recogerá será confidencial y no se usara para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario será codificado, usando un número de identificación por lo tanto serán anónimas.



Si usted decide que su representado/a participe en el estudio, el estudiante podrá hacer preguntas en cualquier momento durante su participación. Igualmente podrá retirarse del proyecto sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecieren incomodas, tendrá el derecho de hacerlo saber al investigador o de no responderlas.

Yo _____ con

C.I. _____

Doy mi autorización para que mi representado/a _____ -

_____ participe en esta investigación. Se me ha explicado con claridad y he comprendido el espíritu y lo que implica la participación en esta investigación. Entiendo que la participación es voluntaria y que el no hacerlo no tendrá consecuencia alguna. Reconozco que la información que se provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento.

Firma del Padre/ Madre/ representante legal

Lugar y fecha:.....

Teléfono (obligatorio) puede ser propio de amigo, pariente o vecino

**ANEXO 2.2**

UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y SALUD COMUNIARIA

ASENTIMIENTO INFORMADO

DEPRESIÓN Y SUS DETERMINANTES SOCIALES EN ADOLESCENTES DE LOS COLEGIOS
DE LA PARROQUIA CAÑAR – ECUADOR 2017

Organización del investigador: UNIVERSIDAD DE CUENCA

Nombre del investigador principal: Md. Juan Pablo Pillcorema Ludizaca – Posgradista de medicina familiar y comunitaria.

Datos de localización del investigador principal. Telf. 0998836541. E-mail: juan.pablo_@hotmail.com

Instructivo.- Este formulario incluye un resumen del propósito de este estudio. Usted puede hacer todas las preguntas que quiera para entender claramente su participación y despejar sus dudas. Para participar puede tomarse el tiempo que necesite para consultar con su familia y/o amigos si desea participar o no.

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO
Introducción
La salud mental depende de los determinantes sociales. En poblaciones desfavorecidas social, cultural y económicamente, la depresión es más frecuente que en otras sociedades. Actualmente es común observar en el aula escolar adolescentes con síntomas de depresión ocasionados por problemas emocionales, familiares, ambientales y sociales que muchas veces desencadenan comportamientos de «escape» como son el consumo de sustancias psicoactivas, que incluyen; alcohol, tabaco y drogas. También se ha observado localmente asociación causal de depresión con la desestructuración familiar, migración, y disfuncionalidad familiar.
Propósito del estudio
Conocer la prevalencia de depresión y sus determinantes sociales asociados incluyendo: disfunción familiar, desestructuración familiar, migración y abuso de sustancias. Se realizara encuestas a 202 estudiantes.
Descripción de los procedimientos
Para el estudio se recopilaran los datos a través de cuestionarios validados y confiables. Estos cuestionarios serán aplicados en 1 sesión.



Riesgos y beneficios	
No existen riesgos físicos, psicológicos o sociales en este estudio. Los beneficiados serán los estudiantes que participan en el estudio y las poblaciones similares expuestas a los determinantes sociales en estudio. Recibirán ayuda profesional en coordinación con la unidad de salud de Cañar los estudiantes que refieran los problemas en estudio.	
Confidencialidad de los datos	
Para nosotros es muy importante mantener su privacidad, por lo cual aplicaremos las medidas necesarias para que nadie conozca su identidad ni tenga acceso a sus datos personales:	
<ol style="list-style-type: none">1) La información que nos proporcione se identificará con un código que reemplazará su nombre y se guardará en un lugar seguro donde solo el investigador tendrá acceso.2) Su nombre no será mencionado en los reportes o publicaciones.3) El Comité de Bioética de la Universidad de Cuenca podrá tener acceso a sus datos en caso de que surgieran problemas en cuando a la seguridad y confidencialidad de la información o de la ética en el estudio.	
Derechos y opciones del participante	
Usted puede decidir no participar y si decide no participar solo debe decirselo al investigador principal, o a la persona que le explica este documento. Además aunque decida participar puede retirarse del estudio cuando lo desee, sin que ello afecte los beneficios de los que goza en este momento.	
Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.	
Información de contacto	
Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al siguiente teléfono:	
Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficio participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregó una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.	
Firma del participante	Fecha
Nombre del investigador que obtiene el consentimiento informado: Md. Juan Pablo Pillcorema	
Firma del investigador	Fecha
0998836541 que pertenece a; MD. Juan Pablo Pillcorema, o envíe un correo electrónico a juan.pablo@hotmail.com	



TEST FF-SIL					
Por favor marque (x) la columna adecuada.	Casi nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre
7 ¿Se toman decisiones entre todos para cosas importantes de la familia?					
8 ¿En mi casa predomina la armonía?					
9 ¿En mi familia cada uno cumple sus responsabilidades?					
10 ¿Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida diaria?					
11 ¿Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa?					
12 ¿Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos?					
13 ¿Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles?					
14 ¿Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan?					
15 ¿Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado?					
16 ¿Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones?					
17 ¿Podemos conversar diversos temas sin temor?					
18 ¿Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas?					
19 ¿Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar?					
20 ¿Nos demostramos el cariño que nos tenemos?					



TEST DE ZUNG

	Por favor marque (x) la columna adecuada.	Poco tiempo	Algo del tiempo	Una buena parte del tiempo	La mayor parte del tiempo
21	Me siento decaído y triste.				
22	Por la mañana es cuando me siento mejor.				
23	Siento ganas de llorar o irrumpo en llanto.				
24	Tengo problemas para dormir por la noche.				
25	Como la misma cantidad de siempre.				
26	Todavía disfruto el sexo.				
27	He notado que estoy perdiendo peso.				
28	Tengo problemas de estreñimiento.				
29	Mi corazón late más rápido de lo normal.				
30	Me canso sin razón alguna.				
31	Mi mente está tan clara como siempre.				
32	Me es fácil hacer lo que siempre hacía.				
33	Me siento agitado y no puedo estar quieto.				
34	Siento esperanza en el futuro.				
35	Estoy más irritable de lo normal.				
36	Me es fácil tomar decisiones.				
37	Siento que soy útil y me necesitan.				
38	Mi vida es bastante plena.				
39	Siento que los demás estarían mejor si yo muriera				
40	Todavía disfruto de las cosas que disfrutaba antes				



CRITERIOS DSM5 CONSUMO ALCOHOL			
Escriba una X en la casilla que mejor describa su situación		SÍ	NO
41	Consume alcohol con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto		
42	Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de alcohol		
43	Invierto mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir alcohol, consumirlo o recuperarme de sus efectos		
44	Tengo ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir alcohol		
45	El consumo recurrente de alcohol me lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar		
46	Consumo alcohol a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos del alcohol		
47	El consumo de alcohol me provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio		
48	Existe consumo recurrente de alcohol en situaciones en las que provoca un riesgo físico		
49	Continúa con el consumo de alcohol a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por el alcohol		
50	Existe una necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de alcohol para conseguir la intoxicación o el efecto deseado, o existe un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de alcohol		
51	Hay presencia de nauseas, vómitos, sudoración, agitación, irritabilidad, temblor de manos, alucinaciones visuales, táctiles o auditivas, ansiedad o deseo de consumir alcohol, o algún medicamento para aliviar o evitar estas molestias.		



CRITERIOS DSM5 CONSUMO DE MARIHUANA			
	Escriba una X en la casilla que mejor describa su situación	SÍ	NO
52	Consume marihuana con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto		
53	Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de marihuana		
54	Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir marihuana, consumirlo o recuperarse de sus efectos		
55	Tengo ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir marihuana		
56	El consumo recurrente de marihuana me lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar		
57	Consumo marihuana a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos de marihuana.		
58	El consumo de marihuana me provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio		
59	Existe consume recurrente de marihuana en situaciones en las que provoca un riesgo físico		
60	Continúa con el consumo de marihuana a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por la marihuana		
61	Existe una necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de marihuana para conseguir la intoxicación o el efecto deseado, o existe un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de marihuana		
62	Hay presencia de ansiedad, aislamiento social, cansancio, dolores musculares, insomnio, sensación de opresión, taquicardia, mareo, o deseo de consumir marihuana, o algún medicamento para aliviar o evitar estas molestias.		

Firma del encuestado (estudiante)

Md. Juan Pillcorema (autor)



ANEXO 4. SOLICITUD CONCEDIDA DEL MINISTERIO DE EDUCACION PARA LA REALIZACION DEL ESTUDIO.



Oficio Nro. MINEDUC-CZ6-03D02-2017-00687-OF

Cañar, 24 de marzo de 2017

Asunto: EL DR. JUAN PABLO PILLCOREMA SOLICITA AUTORIZACION PARA EL DESARROLLO DE UN ESTUDIO DE DEPESION Y DETERMINANTES SOCIALES, ADJUNTA DOCUMENTOS SOLUCITADOS EN TRAMITE 22673

Sr.
Juan Pablo Pillcorema Ludizaca
En su Despacho

De mi consideración:

En respuesta al trámite No. 22732, signado por el Dr. Juan Pablo Pillcorema quien solicita autorización para el desarrollo de un estudio de Depresión y determinantes sociales en cuatro Instituciones Educativas de nuestro Distrito, a lo que debo manifestar que luego de analizar la documentación presentada se Autoriza, a realizar el estudio mencionado, rigiéndose al cronograma establecido y en coordinación con los Directivos de las Instituciones Educativas.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

Walter Celidonio Piña Parano
DIRECTOR DISTRITAL 03D02 CAÑAR - EL TAMBO - SUSCAL (E)



Referencias:
MINEDUC-CZ6-03D02-2017-01046-E

Anexos:
- 22732_juan_pillcorema.pdf

cr

