



**UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL PERÚ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**

**INFORME DE TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL PARA OPTAR EL TÍTULO
PROFESIONAL DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

TÍTULO:

**DEPRESION EN ADOLESCENTES INSTITUCIONALIZADOS EN CENTROS DE ATENCION
RESIDENCIAL**

PRESENTADO POR:

Bach. Psic. Ayrton Jeffrey Hidalgo Soria

ASESORA:

DRA. MARITZA E. VILLANUEVA BENITES

SAN JUAN BAUTISTA

IQUITOS PERÚ

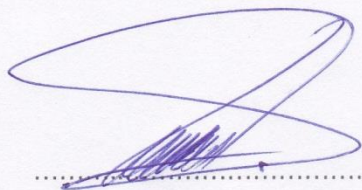
2017

SUSTENTACION DE TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL



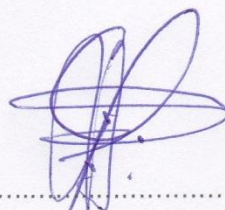
Psic. Herminia De los Ríos Sosa

PRESIDENTA



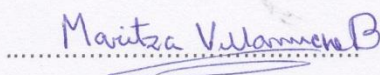
Psic. Elizabeth Guillen Galdós

MIEMBRO



Psic. Juan Méndez Del Águila

MIEMBRO



Dra. Maritza E. Villanueva Benites

ASESORA

**ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TRABAJO DE SUFICIENCIA
PROFESIONAL**

En la ciudad de Iquitos, a las 5:00 p.m. horas del día 05 de mayo del año 2017, se reunieron en Sala de Sesiones de la Facultad de Ciencias de la Salud, el Jurado Examinador, conformado por el Docente : **Psic. Herminia de los Ríos Sosa** como Presidente; el docente **Psic. Elizabeth Guillén Galdos** y el docente **Psic. Juan Méndez del Águila**, como miembros, para evaluar la sustentación del Bachiller en Psicología.

Sr. : AYRTON JEFFREY HIDALGO SORIA

En la modalidad de: **PROGRAMA DE TITULACIÓN**, de Investigación de Suficiencia Profesional, con el Tema: **"DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES INSTITUCIONALIZADOS EN CENTROS DE ATENCIÓN RESIDENCIAL"**

Después de las deliberaciones correspondientes, se procedió a evaluar, teniendo como **Resultado:**

Indicador	Examinador 1	Examinador 2	Examinador 3
A) Dominio del Tema	4	4	3
B) Calidad de Redacción	3	3	3
C) Competencia expositiva , argumentación, coherencia	3	3	3
D) Calidad de respuestas.	3	3	3
E) Uso de terminología especializada	3	3	4
Calificación	16	16	16
Calificación Final	Dieciseis		
Calificación Final (en letras)			

Aprobado por: UNANIMIDAD

Presidente : Psic. Herminia de los Ríos Sosa

Miembro : Psic. Elizabeth Guillén Galdos

Miembro : Psic. Juan Méndez del Águila

Leyenda:

INDICADOR	PUNTAJE
Desaprobado	Menos de 13 puntos
Aprobado por Mayoría	De 13 a 15 puntos
Aprobado por Unanimidad	De 16 a 17 puntos
Aprobado por Excelencia	De 18 a 20 puntos

Nota: La calificación es en el sistema vigesimal (0 – 20) El puntaje mínimo aprobatorio es 13 (Trece)

La Universidad vive en Ti

Av. Abelardo Quiñones Km. 2,5 San Juan Bautista, Iquitos Telf.: (065) 261088-261092

DEDICATORIA:

**A MI MADRE Y HERMANO QUE SIEMPRE ESTUVIERON APOYANDOME E HICIERON POSIBLE
QUE CUMPLA CON MIS SUEÑOS.**

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Científica del Perú
a cada uno de mis docentes y
asesores ya que gracias a ellos hice
posible uno de mis más grandes
sueños, por todos sus
conocimientos brindados a lo largo
de mi preparación profesional.

INDICE DE CONTENIDOS

	Pág.
TITULO	
DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
INDICE DE CONTENIDOS	
1. RESUMEN	6
2. INTRODUCCIÓN	7
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
4. OBJETIVOS	11
4.1. Objetivo general	11
4.2. Objetivos específicos	11
5. MARCO TEORICO	12
6. VARIABLES	25
7. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	26
8. HIPÓTESIS	27
9. METODOLOGÍA	28
9.1. Tipo y diseño de investigación	28
9.2. Población y muestra	28
a. Población	28
b. Muestra y muestreo	28
c. Criterios de inclusión y exclusión	29
9.3. Técnicas e instrumentos	29
9.4. Proceso de recolección de datos	29
9.5. Análisis de datos	30
9.6. Consideración ética	30
10. RESULTADOS	31
11. DISCUSIÓN	36
12. CONCLUSIÓN	39
13. RECOMENDACIONES	40
14. REFERENCIAS BILIOGRÁFICAS	41
15. ANEXOS	44

1. Resumen

Con el objetivo de determinar las variables relacionadas a la depresión en adolescentes institucionalizados de los centros de Atención residencial del INABIF, se ejecutó esta investigación descriptiva transversal. La población estuvo conformada por un total de 40 adolescentes de 11 a 18 años de ambos sexos, a quienes se aplicó la Escala de Auto-Medición de Depresión (EAMD) de Zung (fiabilidad= 0,70-0,80 en la fiabilidad dos mitades, 0,79 y 0,92) índice de Cronbach.). Los datos fueron procesados en el programa estadístico SPSS versión 21,0, teniendo en cuenta la edad y el tiempo de permanencia. Los resultados mostraron que el 40% de los adolescentes presentaron depresión marcada o severa y el 35% depresión moderada. Fueron las mujeres quienes informan más depresión marcada o severa que los varones 27.5% de 12.5%. Se encontró relación significativa entre el sexo y el nivel de depresión ($p<0.05$).

Palabras claves: Depresión, Adolescencia, Centro de Atención Residencial (CAR)

2. Introducción

Los trastornos depresivos en la adolescencia constituyen un grave problema de salud pública que requiere mayor atención, debido a las complicaciones potenciales que conllevan y porque constituyen riesgo de salud para los niños y adolescentes que los padecen. Este es un trastorno que implica dificultades de adaptación psicosocial prolongada con alto riesgo de suicidalidad, afectando directa e indirectamente a un alto porcentaje de la población.

Desde el 2012, el ministerio de salud de nuestro país ha señalado que la depresión es un problema de salud pública en niños y adolescentes; el estudio epidemiológico del Instituto Nacional de Salud Mental 2002-2007 señaló que el episodio depresivo es el trastorno mental más frecuente en adolescentes, en Lima: 8.6%, en la sierra: 5.7%, en la selva: 4.7%. Como indicador de riesgo de suicidio, este mismo estudio reporta, en adolescentes, bajo la pregunta: “alguna vez en su vida ha presentado deseos suicidas”: 29.1% en Lima, 29.6% en sierra, y 25.4 en ciudades de la selva (Boletín investigación epidemiológica- Ministerio de salud- Perú, 2014).

Los efectos de los trastornos emocionales y conductuales que afectan a estos grupos étnicos, tienen un alto costo social y financiero. Su carga es sentida especialmente por sus familias, amigos, y vecinos; así mismo, afecta a muchos de los sistemas de la sociedad, como salud, educación entre otros.

Los problemas de salud mental constituyen alrededor del 15% de la carga mundial de enfermedad. Datos del Banco Mundial señalan que la depresión mayor representa un importante problema de salud mental, ya que se estima que para el año 2020 será la segunda causa de carga de enfermedad en el mundo, representando el 3.4 % de la carga total de enfermedad, medida en años de vida ajustados por discapacidad, después de la enfermedad isquémica cardíaca (Pardo, Sandoval & Umbarila, 2004).

La estimación de los años de vida ajustados por discapacidad representa una valoración insuficiente de los problemas causados por los trastornos mentales, porque existen innumerables costos asociados; incluidos la falta de participación en el sistema educativo, la falta de rendimiento que lleva a la dependencia, actividades delictivas, consumo de drogas ilegales, la incapacidad de beneficiarse de actividades de rehabilitación y las afecciones médicas asociadas. Es decir que, los efectos de la depresión se convierten en materia de preocupación en términos de salud individual y pública; las tasas están en consonancia con los datos de la ONU sobre el

impacto de la depresión en términos de carga de enfermedad y años vividos con discapacidad (Coelho, Crippa, Santos, Pinsky, Zaleski, Caetano & Laranjeira, 2013).

Los adolescentes de los Centros de Atención Residencial (CAR) no están exentos del problema anteriormente mencionado; por ello es indispensable que a través de la investigación se visibilice los problemas de salud mental por los que atraviesa la población adolescente institucionalizada, se generen y prioricen políticas y estrategias positivas en las futuras generaciones, capital humano del país.

Diversos estudios han demostrado asociación entre la depresión y la referencia de ideas suicidas debido a que la persona depresiva rechaza la ayuda de familiares y amigos, así como la atención de un profesional cualificado. Por otra parte se ha descrito bajo desempeño en atención, memoria semántica y lógica, así como dificultades en control inhibitorio en el grupo de adolescentes con sintomatología depresiva (Calderón & Barrera, 2013).

Otros datos recientes señalan que los síntomas depresivos en la infancia son un potente predictor de trastornos del estado del ánimo en la adultez; razón por la cual dilucidar los factores que confluyen en su aparición temprana pudiera ser una estrategia útil a la hora de desarrollar programas que prevengan su desarrollo (Najman et al., 2008).

3. Planteamiento del problema

Los niños, niñas y adolescentes constituyen uno de los sectores más vulnerables de la población. Esta situación de vulnerabilidad exige una especial protección por parte del Estado, la familia y la comunidad, tal como lo han establecido diversos instrumentos internacionales, entre ellos, la Convención sobre los Derechos del Niño, que reconoce a los niños, niñas y adolescentes como sujetos de derechos, es decir, como titulares de derechos y obligaciones. Según información del INABIF, se calcula que en el Perú existen aproximadamente 17 mil niños y niñas y adolescentes en abandono, albergados en Centros de Atención Residencial tanto públicos como privados (*Defensoría del pueblo- Perú, 2017*).

La adolescencia se suele caracterizar como el periodo de transición entre la niñez y la edad adulta. El intervalo de edad que cubre suele fijarse entre los 11 – 12 años y 18 – 20. Es más fácil determinar cuándo termina la infancia que cuando comienza la vida adulta. El inicio de la adolescencia está determinado fundamentalmente por inconfundibles cambios físicos, la pubertad. Mientras que su final lo está por cambios sociales. En el aspecto legal, llega a diferentes edades para diferentes propósitos, mayoría de edad a los 18 años, carnet de conducir, alistarse al ejército, etc. En el aspecto sociológico se llega a la edad adulta cuando los jóvenes se sostienen económicamente a sí mismos, cuando finalizan sus estudios se casan o cuando tienen hijos. El aspecto psicológico, el estatus adulto significa haber logrado la independencia de los padres, elaborando su propia identidad, sus propios sistemas de valores, etc. (Alberca, 1996).

Conocer si los(as) adolescentes residentes de los Centros de Atención Residencial del INABIF - Loreto presentan niveles de depresión (dentro de los límites normales, depresión mínima moderada, depresión marcada o severa y depresión en grado máximo), es un trabajo en donde se pretende conocer como esta enfermedad altera los pensamientos y sentimientos, ya que la persona que lo padece muestra incapacitada para afrontar las actividades diarias, decaimiento, tristeza, pérdida de interés en las actividades que previamente resultaban placenteras.

Los centros de atención residencial, son casa hogar que pertenece al Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP) donde se alberga Niños, Niñas y adolescentes (NNA) de forma temporal, todos los NNA hacen su ingreso a los CARs de manera Judicial derivados por el Juzgado de Familia correspondiente, en su mayoría su motivo de ingreso es por presunto estado de abandono material y peligro moral, durante su permanencia en los CARs el equipo técnico conformado por un psicólogo, un trabajador social, una enfermera realizan la entrevista al NNA y determinan un motivo de ingreso distinto que pueden ser: Violencia Familiar, abuso sexual, Trata de Personas, Infracción contra el patrimonio, entre otros.

Durante su permanencia los CARs los NNA realizan actividades dentro y fuera del CARs como asistencias a sus centros educativos básica regular y alternativa, son matriculados en Centro de Educacion Tecnico Productivo (CETPROS) para su posible reinserción laboral, como también actividades recreativas como participación en campeonatos de futbol, danza y música, salida a paseos recreativos, también los adolescentes tienen y cumplen un rol de vida diario, algunos de los NNA reciben visitas previa autorización del o la Jueza de Familia correspondiente y también previa coordinación con la Directora encargada y su equipo técnico para un mejoramiento en la dinámica familiar del adolescente.

Los CARs son un “Hogar” donde se brinda protección, bienestar y se vela por los intereses superiores de los menores, también se brinda amor, cariño, afecto y se les enseña a poner en práctica los valores en donde reciben educación básica regular y también asisten a diversos talleres de Centro Educativo Técnico Productivo (CETPRO). Los adolescentes víctimas de maltrato, peligro moral y material, cuando hacen su ingreso al CAR al poco tiempo presentan salidas no autorizadas (evasiones) muchas veces volviendo al lugar donde fueron encontrados (durmiendo en plazas, vendiendo caramelos, durmiendo en la casa de algún amigo o familiar) es donde la policía los vuelve a encontrar poniendo en conocimiento del respectivo Juzgado de Familia realiza un acta de reingreso para el menor al CAR, siendo un punto débil para los CARs las evasiones. Muchos NNA permanecen en los CAR varios meses e incluso años donde mantiene una vida monótona y rutinaria.

La salud mental de estos adolescentes se ve seriamente afectada por las condiciones vulnerables en las que se desenvuelven; mundialmente, hay pocos estudios al respecto. En Perú no existen estudios de alcance nacional sobre el estado de la salud mental de la población, los estudios realizados hasta el momento están focalizados geográficamente en Lima (Defensoría del pueblo. Informe Defensorial N° 140, 2009).

En este contexto, la presente investigación trató de responder a la siguiente interrogante: ¿Cuáles son las variables relacionadas a la depresión en adolescentes institucionalizados de los Centros de Atención Residencial del INABIF?

4. Objetivos

4.1 Objetivo general

Determinar las variables relacionadas a la depresión en adolescentes institucionalizados de los centros de Atención residencial del INABIF

4.2. Objetivos específicos

- Identificar las características sociodemográficas de la población en estudio: edad, sexo, grado de instrucción, tiempo de permanencia en el CAR
- Identificar los niveles de depresión de la Población en Estudio.
- Relacionar las características identificadas con los niveles de depresión en adolescentes albergados.

5. Marco Teórico

5.1 Antecedentes

Castañón & Sánchez (2015) desarrollaron un estudio para explorar la salud mental de 26 niñas y adolescentes en riesgo de calle mediante diferencias por nivel de bienestar subjetivo y el efecto de la ansiedad, depresión, asertividad y regulación emocional sobre éste. Emplearon cinco instrumentos que evalúan sintomatología ansiosa (11 reactivos) y depresiva (11 reactivos), asertividad (17 reactivos), regulación emocional (11 reactivos) y bienestar subjetivo (17 reactivos y 9 emociones: 5 negativas y 4 positivas) mediante una escala tipo Likert de 6 opciones de respuesta: 1 (Nunca), 2 (Casi nunca [menos del 20% del tiempo]), 3 (Pocas veces [20% a 40% del tiempo]), 4 (A veces [40% a 60% del tiempo]), 5 (Muchas veces [60% a 80% del tiempo]) y 6 (Siempre o casi siempre [más del 80% del tiempo]). Los resultados reflejan la existencia de serias repercusiones en la salud mental de las participantes pues de las 26, el 76.92% presenta sintomatología ansiosa y el 65.38% sintomatología depresiva. De hecho, experimentan emociones negativas con gran frecuencia [M(DE)=4.35, 1.6] e intensidad [M(DE)=4.89, 2.7]; siendo la tristeza [M(DE)=5.77, 3.2], el enojo [M(DE)=5.15, 3.6] y la preocupación [M(DE)=5.8, 3.7], las más prevalentes. También, por lo menos un 7.7% de las participantes se caracteriza por ser inasertivas dado que el 46.15% del total de las niñas y adolescentes presentan dificultades para manejar la crítica y el 11.54% para expresar sus deseos, pensamientos, opiniones personales y sentimientos negativos. Los resultados principales muestran discrepancias significativas por grado de bienestar subjetivo en conductas asertivas y regulación emocional; consecuentemente, se encontraron deficiencias en salud mental. La utilidad clínica reside en elaborar intervenciones partiendo de las necesidades detectadas, contribuyendo, así, a mejorar la salud mental y, con ello, la calidad de vida de tal colectivo social.

Jiménez, Rivera & Gonzales (2015) desarrollaron una investigación con el objetivo de describir los síntomas depresivos en adolescentes de la Ciudad de México y del Estado de Michoacán. Se hicieron dos estudios transversales con muestras no probabilísticas (N=2127), utilizando las categorías clínicas de la Escala CESD-R. Resultados Un 12% de la muestra calificó dentro de la categoría de síntomas de probable episodio depresivo mayor (EDM) (13.3% D.F. y 9.2% Michoacán). La proporción fue significativamente mayor en las mujeres ($\chi^2 = 56.294$, gl= 2, $p < .001$). Los estudiantes de la Ciudad de México tuvieron una proporción significativamente mayor de síntomas de probable EDM que los estudiantes de Michoacán ($\chi^2 = 30.78$, gl= 2, $p < .001$). Discusión y conclusión Dada la proporción de adolescentes que presentaron síntomas clínicamente significativos, es necesario crear acciones de información,

sensibilización y capacitación para padres, educadores, profesionales de la salud y adolescentes en cuanto a la relevancia de atender la depresión y mejorar el acceso a los servicios de atención especializada. La CESD-R puede ser una alternativa rápida para la detección oportuna del probable episodio depresivo mayor, pero faltaría construir el mecanismo para derivar a los individuos en riesgo a los servicios de salud mental pertinentes, así como estrategias para garantizar que éstos sean de calidad.

González, Macuyama & Silva (2013) determinaron los factores familiares que influyen en las manifestaciones depresivas en los adolescentes de 1° al 5° grado de secundaria del colegio 2022 del distrito de Los Olivos - Lima 2013. Se trató de una investigación de tipo descriptivo, de corte transversal. La población de estudio fue de 163 estudiantes que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. Los resultados mostraron que el tipo familiar predominante fue el de familia extendida: 40,5% de los adolescentes. El nivel de disfunción familiar fue muy elevado: 26,4% (43) con disfunción moderada y 24,5% (40) con severa. La relación factor familiar con tipo de familia y manifestaciones depresivas, hizo ver que el 40,7% (27) pertenece a familias extendidas y presentan manifestaciones depresivas definidas, y el 3,1% (1) de familia monoparental presenta depresión; aunque las diferencias no resultaron significativas ($p=0,712$). La relación funcionalidad familiar y manifestaciones depresivas mostró que el 50,0% (20) de adolescentes de familias con disfunción severa presentan manifestaciones depresivas bien definidas, y el 46,5% (20) de familias con disfuncionalidad moderada también presenta manifestaciones depresivas bien definidas; incluso un 18,4% (7) proveniente de familias con buen funcionamiento presentan manifestaciones depresivas bien definidas. Las diferencias resultaron significativas ($p=0,030$). Concluyeron que las manifestaciones depresivas tienen relación directa con el funcionamiento de la familia, siendo este dato significativo ($p=0,030$), en tanto, las manifestaciones depresivas no guardan relación con el tipo de familia ($p=0,712$).

Veytia, Gonzales, Andrade & Oudhof (2012) identificaron la relación y el efecto de los sucesos vitales estresantes sobre los síntomas de depresión en adolescentes estudiantes de bachillerato, así como determinar si existen diferencias entre hombres y mujeres. Participaron 2292 adolescentes de 15 a 19 años de edad (54% mujeres y 46% hombres). Se utilizó la versión revisada en español de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D-R) y el Cuestionario de Sucesos Vitales de Sandín SV. Los resultados indican que 15.6% de los adolescentes presentaron síntomas de depresión (CES-D-R) y que 80.4% había sufrido algún suceso vital estresante familiar. Existen diferencias

estadísticamente significativas en los puntajes de grados de estrés de los sucesos vitales cuando se analizó por sexo, encontrando una media más alta en mujeres. Se encontró una relación significativa entre síntomas de depresión y el grado de estrés de los sucesos vitales del área social ($r = 0.34$; $p < 0.001$). Además, se encontró que el grado de estrés de las dimensiones de los sucesos vitales predice en 21% la presencia de síntomas de depresión en los adolescentes.

Del Carmen, Hinestroza, Paredes, Guzmán & Granados (2011) estimaron la prevalencia de síntomas ansiosos y depresivos en adolescentes escolarizados entre los 10-17 años, de la comunidad de Chía en Colombia, utilizando las escalas CDI y SCARED, durante los años 2008 a 2010. Detectaron síntomas ansiosos o depresivos en el 40,5 % de la población estudiada (538); de los cuales el 28,3 % presentó síntomas sugestivos de ansiedad exclusivamente, con síntomas depresivos exclusivamente en 3,3 % y síntomas tanto de ansiedad, como de depresión en 8,9 %. Los síntomas ansiosos fueron más frecuentes en las mujeres y los síntomas depresivos y mixtos se presentaron con más frecuencia en hombres. Se encontró mayor prevalencia de síntomas depresivos 6,9 % en hombres vs 5,4 % en mujeres, dato que no fue estadísticamente significativo.

Galicia, Sánchez & Robles (2009) determinaron la relación entre depresión y aprovechamiento escolar en 245 escolares adolescentes evaluados por medio de los inventarios de depresión de Kovacks y de Zung, así como la relación entre tres instrumentos que valoran las relaciones familiares, esto con el objeto de tener una idea articulada entre los niveles de depresión, el rendimiento escolar y la dinámica familiar de los adolescentes. Se realizó una prueba t para identificar si había diferencias significativas entre los puntajes de depresión de la muestra en función del sexo, encontrándose que con el instrumento de Kovacs la población femenina presenta puntajes significativamente mayores de depresión que la masculina ($t = -.335$, $p = .009$), en tanto que a través del instrumento de Zung no fue posible encontrar dichas diferencias ($t = -.332$, $p = .120$). Se buscaron diferencias en relación al grado escolar y la edad, se observaron puntajes menores de depresión en sujetos de mayor edad y en un grado superior; dichas diferencias fueron significativas cuando la depresión fue evaluada a través del Zung, pero no a través de Kovacs. Encontraron relaciones diferenciales entre el rendimiento escolar y depresión dependiendo del instrumento con que fue evaluado éste último, no así con las relaciones familiares. La relación entre depresión, dinámica familiar y aprovechamiento escolar no se establece con el promedio general de calificaciones

sino de manera particular con el de algunas asignaturas y subescalas de los instrumentos que valoran la dinámica familiar.

Álvarez, Ramírez, Silva, Coffin y Jiménez (2009) estimaron la relación entre la depresión y los conflictos familiares en adolescentes que habitan en comunidades rurales y urbanas del Estado de Tlaxcala en la República Mexicana. Un segundo propósito fue determinar si existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles de depresión que presentan los adolescentes según su sexo, así como de acuerdo al tipo de comunidad en la que viven (urbana/rural). Emplearon la Escala de Clima Familiar (FES) y el Inventario de Depresión de Beck (BDI) para evaluar a 342 adolescentes de Tlaxcala, cuya media de edad fue de 13,43 años. El análisis de los datos se efectuó mediante el coeficiente de correlación de Pearson, y el análisis de varianza (ANOVA). Los resultados muestran que el 52% presentó depresión mínima, 13.1% con depresión leve, 18% con moderada 16,8% con depresión severa. Existe una correlación negativa moderada entre la depresión y la cohesión familiar en los participantes. En el análisis de varianza sólo los efectos de interacción mostraron ser significativo.

Leyva, Hernández, Nava, López (2006) determinaron la frecuencia de depresión y disfunción familiar en adolescentes. Material y métodos: se incluyeron 252 estudiantes, 134 del sexo masculino y 118 del femenino, con edad promedio de 16 años. Para evaluar la depresión y la función familiar se utilizó la escala de Birlson y el instrumento FACES III. Resultados: en general, la frecuencia de depresión fue de 29.8 %; en el sexo masculino se identificó en 18.7 % y en la mujer, en 42.4 % ($p < 0.05$, OR = 3.2). En los adolescentes con depresión se observó con más frecuencia la familia rígidamente dispersa ($p < 0.05$, OR = 6.3). En los adolescentes sin depresión fueron más comunes las familias flexiblemente aglutinadas ($p < 0.05$, OR = 0.215), las estructuralmente aglutinadas ($p < 0.05$, OR = 0.215) y las rígidamente aglutinadas ($p < 0.05$, OR = 0.106). Conclusiones: se identificó un porcentaje importante de depresión en los adolescentes, lo que invita a continuar con los programas para su detección en el primer nivel de atención, para realizar tratamiento oportuno y evitar consecuencias como el suicidio, la drogadicción y el alcoholismo.

5.2 Bases teóricas

5.2.1 Magnitud de la Salud mental en los adolescentes

Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud, 350 millones de personas padecen depresión en el mundo. Esta cifra alarmante es una llamada de atención para hacer frente a este problema mundial de enfermedades no transmisibles. En todo el mundo existen graves problemas en la salud mental del niño y adolescente. En cuanto a los datos epidemiológicos disponibles, en la India se notifica un 7-20% de trastornos psiquiátricos entre los niños (4-12 años de edad). En Sudán, las Filipinas y Colombia, un 12-29% de los niños (5-15 años de edad) padece de trastornos mentales. En la franja de Gaza, 21% de los niños en edad escolar padece de trastornos por ansiedad, una tasa comparable a la de las sociedades occidentales. En China el 7% de niños, en Japón el 12% de niños y el 19% de niños en Corea sufre de trastornos mentales. En EE.UU. casi el 21% de los niños muestra algún trastorno mental o adictivo diagnosticable, con al menos una discapacidad mínima. En Europa, la prevalencia de trastornos mentales varía, llegando hasta 15% en Finlandia (niños de 8-9 años de edad), 17% en Suecia (11-13 años de edad), y 39% en Grecia (12-15 años de edad). Los trastornos depresivos se presentan desde la primera infancia, iniciándose a menudo el trastorno depresivo mayor en la etapa de la adolescencia, asociándose con el deterioro psico-social y la alta frecuencia de conductas suicidas. Las tasas mundiales anuales de suicidio por 100,000, en niños de 5 a 14 años son de 0,5 en niñas y 0,9 en niños y, para adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años, son de 12 para mujeres y 14,2 para varones (*citado en: Informe General. Anales de Salud Mental Año 2012; Vol. XXVIII, Suplemento 1. Lima*).

Según la Federación de salud Mental, los trastornos mentales afectan a un 10-20% de la población infanto juvenil a nivel mundial, siendo 5 de las 10 principales causas de discapacidad en el mundo entre los niños de 5 años en adelante. Los siguientes trastornos han sido identificados por la OMS como prioritarios, sobre la base de su prevalencia o su potencial de causar minusvalías, posibilidades terapéuticas de recuperación, especialmente a nivel de atención primaria de la salud, y sus consecuencias en el largo plazo: trastornos depresivos, trastornos de ansiedad, trastornos de conducta perturbadora, entre otros (OMS, 2012).

En el Perú, los trastornos mentales y del comportamiento, y en particular la depresión, constituyen la primera causa de enfermedad (Ministerio de salud del Perú, 2006), y son responsables de la pérdida de casi un millón de años de vida saludables. Al respecto, se debe señalar que la depresión es el diagnóstico clínico más frecuente asociado al suicidio

(39.4% de los casos). Cabe indicar que el suicidio se ubica en el cuarto lugar de las causas de muerte violenta en Lima, siendo más frecuente en hombres, en una relación de 2 a 1, respecto de las mujeres (*Defensoría del pueblo. Informe Defensorial N° 140, 2009*).

5.2.2 Adolescencia y estado de salud

Almueda (2009) describe que la adolescencia es el período comprendido entre los 12 y los 18 años. Este periodo está marcado por cambios muy importantes en tres áreas: Físicamente, el adolescente experimenta todos los cambios corporales de la pubertad. En cuanto al desarrollo cognoscitivo, los adolescentes inician el pensamiento operacional formal y los primeros pasos hacia la construcción de una identidad ocupacional y sexual. Las primeras etapas de las operaciones formales son visibles para muchos, pero no para todos los adolescentes en este periodo. Estas etapas de los 14 años o más se caracterizan por un razonamiento moral convencional. A los 17 o 18 años, algunos adolescentes han alcanzado operaciones formales consolidadas por un razonamiento moral. En el desarrollo social estos cambios no sólo afectan a las relaciones con sus compañeros, también afectan a las relaciones con sus padres. De hecho, es el periodo de desequilibrio social con mayores problemas en las relaciones padre-hijo, influencia máxima de la presión de los compañeros y problemas de la conducta y depresión. El adolescente empieza a cuestionar los antiguos valores, los viejos papeles, las viejas ideas de la identidad. Las amistades individuales son importantes a lo largo de este periodo, aunque también se inician las relaciones heterosexuales.

El adolescente, en general, atraviesa por una búsqueda de sí mismo y de su identidad; va de tendencias individuales a tendencias grupales, un comportamiento en el que busca uniformidad y contención a tantos cambios; tiene necesidad de intelectualizar y fantasear, sufre crisis de actitudes sociales reivindicatorias y religiosas; presenta una clara denuncia temporal en la que lo importante aparece siempre más cercano en el tiempo que lo que no tiene interés; atraviesa por una evolución sexual la cual conlleva a la aparición de trastornos afectivos como la depresión (Casullo, Bonaldi y Fernández, 2000).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014), la adolescencia es una etapa clave del desarrollo de las personas. Los rápidos cambios biológicos y psicosociales que se producen durante la segunda década afectan a todos los aspectos de la vida de los adolescentes. Esos cambios hacen que la adolescencia sea de por sí un periodo único en el ciclo de vida y un momento importante para sentar las bases de una buena salud en la edad

adulto. Los cambios que tienen lugar en la adolescencia inciden en las enfermedades y comportamientos relacionados con la salud. Al mismo tiempo, los problemas y los comportamientos relacionados con la salud durante la adolescencia – enfermedades crónicas y consumo de alcohol– afectan al desarrollo físico y cognitivo. La evolución de las capacidades de los adolescentes afecta a cómo piensan estos sobre su salud y sobre su futuro y esto a su vez influye en sus decisiones y acciones.

Según los últimos avances en la comprensión del desarrollo del cerebro de los adolescentes, las zonas del cerebro que buscan la recompensa se desarrollan antes que las zonas relacionadas con la planificación y el control emocional. También sabemos ahora que el cerebro de los adolescentes posee una gran capacidad para cambiar y adaptarse. Eso significa que la experimentación, la exploración y la asunción de riesgos que tienen lugar durante la adolescencia son más de carácter normativo que patológico y que existen posibilidades reales de mejorar situaciones negativas que se produjeron en los primeros años de vida (OMS, 2014).

Algunos adolescentes están particularmente expuestos a sufrir problemas de salud y de desarrollo debido a factores individuales y ambientales, como la marginación, la explotación y el hecho de vivir sin el apoyo de los padres. Estos adolescentes pueden ser relegados, pese a ser los que más ayuda necesitan, tal como ocurre con la población sujeto de estudio quienes residen en centros de residencia temporal

5.2.3. Depresión en la adolescencia

La depresión es un trastorno del estado de ánimo que se caracteriza por la pérdida de interés en las actividades cotidianas, presencia de actitudes negativas, sentimientos de inadaptación y baja autoestima. La persona deprimida vislumbra un futuro desesperanzador. Vázquez, Hervás y Hernangómez (2010)

Vásquez, Muñoz y Becoña (2000) afirman que la depresión es un trastorno del estado de ánimo. El concepto trastornos del estado de ánimo (TEA) se refiere a una diversidad de condiciones clínicas caracterizadas, fundamentalmente, por cambios del estado de ánimo y del afecto. El estado de ánimo es el estado emocional subjetivo de la persona y el afecto es lo objetivo o lo observable del estado de ánimo (Friedman y Thase, 1995).

Los TEA incluyen trastornos en los que el estado de ánimo es deprimido, aunque también en algunas ocasiones puede ser eufórico. Estas fluctuaciones patológicas del estado de ánimo, ya sea depresión o euforia, se distinguen de las normales en: 1) la intensidad del estado de ánimo; 2) su duración; 3) su asociación con otras señales y síntomas clínicos; y 4) su impacto sobre el funcionamiento del individuo (Friedman y Thase, 1995).

Hollon y Beck (1979), definen la depresión como el síndrome en el que interactúan diversas modalidades: somática, afectiva, conductual y cognitiva. Considerando que las distorsiones cognitivas en el análisis y procesamiento de la información, son la causa principal del desorden a partir del cual se desatan los componentes restantes.

5.2.4. Condicionantes de la depresión en la adolescencia

La presencia de la depresión se ha explicado a través de factores causales, aunque hoy en día se habla de que es un fenómeno multicausal. En este fenómeno participarían factores genéticos, como ser hijo de madre depresiva que aumentaría al doble la probabilidad de presentar una depresión; factores biológicos, como el descenso en la dopamina, noradrenalina y serotonina; personales, como poseer una baja imagen de sí mismo, actitud autodestructiva, falta de maduración; factores escolares como: la falta de logros académicos, descenso en las notas de asignaturas como matemáticas; factores sociales y familiares, que se relacionan con alteraciones en las relaciones familiares saludables y en la interacción social (Leyva-Jimenez, et al., 2006).

También se ha descrito que la prevalencia de la depresión es cada vez mayor en los adolescentes y se relaciona con factores como el nivel socioeconómico, la historia familiar con problemas de depresión y de consumo de alcohol, experiencias con la violencia, abuso físico o sexual, así como consumo de tabaco y de drogas ilegales, todas las cuales aumentan el riesgo de otras conductas problemáticas (Jiménez et al, 2015).

Quiceno (2014) informó hallazgos de investigación en población adolescente, señalando que la depresión detectada tuvo mayor fuerza de correlación negativa sobre todas las dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud del adolescente como: bienestar físico, bienestar psicológico, autopercepción, autonomía, relación con padres y vida familiar, amigos y apoyo social y, ambiente escolar.

Campos (2014) también señala que las habilidades sociales y algunas variables sociodemográficas se han identificado como factores de riesgo/protección que pueden ser predictivos de la depresión en adolescentes. Sin embargo, todavía no está claro cuáles son las clases de habilidades sociales y las variables sociodemográficas que serían fundamentales en esta relación. La mayoría de las habilidades frecuentes de la empatía y el autocontrol, así como la edad de 12 años resultaron ser factores de protección, dificultad en las habilidades de la civilidad y el sexo femenino mostraron ser factores de riesgo. Los síntomas de la depresión podría deberse, en parte, a historia de castigo, bajas tasas de refuerzo, lo que generaría respuestas de escape y evitación de respuestas eventos sociales. En los adolescentes, se ha identificado seis clases de habilidades sociales: el autocontrol, la cortesía la empatía, la asertividad, acercamiento emocional y la inventiva social. Por definición, estas clases de habilidades sociales, cuando están presentes puede ayudar a los adolescentes a presentar actuaciones socialmente competentes, es decir, conduce a una mayor satisfacción y a relaciones sociales satisfactorias. La adolescencia temprana parece ser un momento en que los contextos interpersonales que experimentan los adolescentes cobran importancia fundamental, ya que las relaciones con los padres cambian, adquiriendo un patrón muy diferente de la infancia.

Otro hallazgo más consistente es la familia como centro primario de socialización infantil y juvenil, en el cual se encuentran los modelos a seguir por medio de la educación, de la observación constante del comportamiento de los padres y las formas de relación social establecidas por el núcleo familiar con otros grupos. Así, se ha encontrado que aunque el vínculo con los padres sea pobre, estas figuras contribuyen de manera significativa e independiente, a construir el comportamiento de las y los adolescentes (Flour & Buchanan, 2003). El vínculo padre-hijo también ha sido asociado a las respuestas cognitivas de los jóvenes ante eventos vitales negativos y a la presencia de síntomas depresivos en la adolescencia. En este sentido, la relación del adolescente con sus padres se considera una variable de gran peso en el desarrollo de síntomas depresivos en niños ya que quienes tienen un vínculo pobre con sus padres son más vulnerables a presentar este tipo de síntomas cuando se enfrentan a eventos vitales adversos

5.2.5. La institucionalización del niño y adolescente- Programa Integral Nacional para el Bienestar Familiar – INABIF

En América Latina y el Caribe, las instituciones de cuidado y atención residencial tienen diversas denominaciones y existen múltiples variantes y modalidades. Son centros que brindan acogimiento residencial de niños, niñas y adolescentes en régimen de tiempo completo con la finalidad de protegerlos. La separación de los niños, niñas y adolescentes de su familia como el establecimiento de medidas de cuidado alternativo deben ser justificadas, tener carácter temporal y ser orientadas a la recomposición de los vínculos familiares y la reintegración al medio familiar en el marco de la consideración del interés superior del niño (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2013)

El término institucionalización ha sido relacionado con diversas alternativas de actuación en materia de protección social infantil que, dependiendo del país, recibe otras denominaciones: acogimiento o cuidado residencial, cuidado institucional, colocación en entidad de atención, medida de abrigo, hogares de protección, entre otros. La institucionalización es una medida de protección que separa al niño de sus progenitores, de tal manera que permanecer en su casa no siga constituyendo un riesgo para su integridad (Muñoz, Gómez & Santamaría, 2008).

Algunos estudios publicados indican mayoritariamente que los menores institucionalizados presentan tasas más elevadas de problemas de comportamiento tanto de carácter externalizado como internalizado y mixtos (Schmid, Goldbeck, Nutzel & Fegert, 2008). Los comportamientos externalizados son aquellos que van dirigidos hacia los demás y causan molestias a otras personas, mientras que los de tipo internalizado incluyen sentimientos o estados que normalmente se consideran que están dirigidos hacia el propio individuo y le causan sufrimiento. Así, los niños y adolescentes institucionalizados parecen presentar problemas internalizados (aislamiento social, alteraciones emocionales), externalizados (conductas desafiantes, agresivas y antisociales) y mixtos, de mayor gravedad que otros niños no institucionalizados (Fernández-Daza & Fernández-Parra, 2013).

El Programa Integral Nacional para el Bienestar Familiar - INABIF, es un programa del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables - MIMP, que tiene a su cargo la promoción atención y apoyo a niños, niñas, adolescentes, jóvenes, mujeres, adultos, adultos mayores y en general a toda persona en situación de riesgo y abandono o con problemas psicosociales o corporales que menoscaben su desarrollo humano, a fin de alcanzar su bienestar y

desarrollo personal, fortaleciendo y desarrollando sus capacidades para convertirlos en personas útiles a la sociedad, comunidad y familia en particular. (Artículo 3 del Manual de Operaciones del INABIF.)

El INABIF es una Unidad Ejecutora del Pliego Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, con autonomía administrativa, funcional y técnica en el marco de las normas administrativas vigentes. Depende del Vice Ministerio de Poblaciones Vulnerables. El INABIF tiene su sede central en la ciudad de Lima y desarrolla sus actividades dentro del ámbito nacional. El objetivo del INABIF es Promover, facilitar y establecer una red de protección social que asegure la atención a los grupos sociales más vulnerables, por condición de pobreza, exclusión, desastres naturales, siniestros, víctimas de violencia familiar, social y política.

Las funciones que cumple el INABIF, de acuerdo a lo dispuesto en el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, son las siguientes:

- Dirigir y ejecutar acciones tendientes a lograr la prevención, protección, atención y apoyo de la población en riesgo, así como de bienestar familiar.
- Administrar y supervisar las transferencias programáticas destinadas a la protección integral de la primera infancia de competencia del MIMP.
- Desarrollar y ejecutar los programas y servicios de prevención, asistencia, protección, y promoción relacionados con sus objetivos, así como los procedimientos necesarios para la consecución de los mismos.
- Estimular la participación de la colectividad en acciones orientadas a mejorar las condiciones socioeconómicas y culturales de sus miembros.
- Asumir las funciones establecidas para el MIMP con relación al voluntariado, su promoción y realización conforme a Ley.
- Promover la gestión y el voluntariado comunal a favor de la niñez temprana y la población en riesgo, pobreza y pobreza extrema.
- Velar por el interés superior de niñas(os) y adolescentes en materia de funcionamiento y ejecución de sus programas sociales.
- Promover la protección integral de niñas(os) y adolescentes en riesgo o abandono, propiciando la generación y el mejoramiento de las condiciones que aseguren su desarrollo.

- Desarrollar sistemas adecuados de prevención, promoción, asistencia y protección de niños(as) y adolescentes, especialmente de aquellos en situación de riesgo social.

5.2.6. Medición de la depresión.

- a. Test de Depresión de Zung: Está constituido por 20 reactivos con 4 opciones de respuesta (muy pocas veces, algunas veces, frecuentemente, la mayoría del tiempo), que permiten determinar el nivel de depresión de una persona en cuatro rangos, dependiendo del puntaje obtenido: normal o sin patología (debajo de 50 puntos), de mínima a leve (50 a 59 puntos), moderada a notable (60 a 69 puntos) y severa a extrema (70 ó más puntos). Este instrumento se ha validado para el empleo en adolescentes (Cogollo, Díaz y Campo, 2006). También hay que mencionar que los trabajos de estandarización de este instrumento para población mexicana se realizaron con estudiantes de secundaria Suárez (1988) (Galicia, Sanchez y Robles, 2009)
- b. Inventario de Depresión de Kovacs. Es un instrumento de escrutinio aplicable a sujetos de 8 a 17 años. Consta de 27 reactivos, cada uno de ellos está estructurado por tres enuncia-dos identificados con las letras A, B y C, de los cuales el sujeto tiene que seleccionar el que mejor describa la forma en que se ha sentido las dos últimas semanas. Este inventario evalúa tres factores: depresión, falta de entusiasmo y dificultades en las relaciones interpersonales. Con las puntuaciones totales diagnostica tres niveles de depresión: leve (7 a 13 puntos), moderada (14 a 19 puntos) y severa (>20 puntos); la normalidad se establece entre 0 a 6 puntos. (Galicia, Sánchez y Robles, 2009).
- c. Inventario de Depresión de Beck (BDI). Este inventario, en su versión estandarizada para la población mexicana (Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena y Varela,1998) consta de 21 reactivos que evalúan la intensidad sintomática de la depresión en muestras clínicas y no clínicas. Cada ítem contiene varias frases auto-evaluativas, de las cuales se debe escoger la que más se ajuste al propio estado de ánimo de los últimos seis meses. En cada uno de los enunciados, y por ende en todo el instrumento, la atención se centra en los componentes cognitivos de la depresión por encima de los síntomas somáticos. Las puntuaciones obtenidas en la prueba pueden agruparse en 4 niveles de depresión: depresión mínima (0 a 9 puntos), depresión leve (10 a 16 puntos), depresión moderada (17 a 29 puntos), y depresión severa (30 a 63 puntos). La confiabilidad de este instrumento, obtenida

por consistencia interna, es de $\alpha = 0.87$, $p < .000$, con una validez concurrente de $r = 0.70$, $p < .000$. (Álvarez, Ramírez, Silva et al 2009)

- d. Escala de Birleson en su versión al español,^{15,17,18} es un instrumento auto-aplicable tipo Likert que consta de 18 reactivos que pueden tener una calificación de 0 a 2, siendo 36 la máxima. Diez de los 18 reactivos (1, 5 a 9, 11 a 13, 16) se califican de 0 a 2 (0 siempre, 1 a veces, 2 nunca) y ocho (2 a 4, 10, 14 a 15, 17 a 18), de 2 a 0 (2 siempre, 1 a veces, 0 nunca). El valor alfa de Cronbach de esta encuesta es de 0.85 y como prueba diagnóstica tiene una sensibilidad de 87 % y una especificidad de 74 % cuando el punto de corte es 14.17 De acuerdo con esta escala se obtuvieron dos categorías: – Adolescentes sin depresión: puntuaciones de 0 a 13 – Adolescentes con depresión: puntuaciones de 14 a 36 (María A., 2007)
- e. Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (Center for Epidemiological Studies of Depression Scale: CES-D; Radloff) en su versión en español revisada CES-D-R.²³ La CES-D-R es una escala de tamizaje para detectar probables casos de depresión. Evalúa cuatro factores: afecto depresivo, afecto positivo, disminución psicomotora y dificultades interpersonales, y un factor general de segundo orden con el cual se obtiene información de la presencia de síntomas en las últimas dos semanas con cinco opciones de respuesta: 0 = ningún día; 1 = de 1 a 2 días; 2 = de 3 a 4 días; 3 = de 5 a 7 días; y 4 = de 8 a 14 días. Las puntuaciones de la escala varían entre 0 y 80 puntos. La CES-D-R tiene excelentes características psicométricas de confiabilidad y validez para adolescentes estudiantes mexicanos, y posee una consistencia interna de $\alpha = 0.93$. Para efectos del presente estudio, se consideró un punto de corte de 28 puntos, tomando en cuenta la media más una desviación estándar. Además se obtuvo el coeficiente de confiabilidad alpha de Cronbach total de 0.80 (varianza explicada 51%) (Veytia, Gonzales, Andrade, Oudhof (2012)

6. Variables

- **Variable Dependiente**

Niveles de depresión en adolescentes.

- **Variable Independiente**

- Edad
- Grado de instrucción.
- Lugar de procedencia.
- Tiempo de permanencia en el CAR.

7. Operación de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA
Depresión	La depresión es un trastorno del estado de ánimo que se caracteriza por la pérdida de interés en las actividades cotidianas, presencia de actitudes negativas, sentimientos de inadaptación y baja autoestima. La persona deprimida vislumbra un futuro desesperanzador. Vázquez, Hervás & Hernan Gómez (2010)	Depresión Limite Normales	Puntaje obtenido de 25 a 49 en la escala de autoedición de depresión de Zung	Ordinal
		Depresión Mínima Moderada	Puntaje obtenido 50 a 59 en la escala de autoedición de depresión de Zung	
		Depresión Marcada o Severa	Puntaje obtenido 60 a 69 en la escala de autoedición de depresión de Zung	
		Depresión en Grado Máximo	Puntaje obtenido 70 a más en la escala de autoedición de depresión de Zung	
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo. Cualquiera de los periodos en que se considera dividida la vida de una persona, o cualquiera de dichos periodos por sí solo.	Años de Vida	- De 11 a 14 años - De 15 a 17 años - De 18	Ordinal
Sexo	Es un proceso de combinación y mezcla de rasgos genéticos a menudo dando por resultado la especialización de organismos en variedades femenino y masculino. (Conocidas como sexos).	Genero	Masculino Femenino	Nominal
Tiempo de permanencia en el CAR	Es el tiempo en que un residente se encuentra albergado hasta el día de su salida.	Numero de meses de permanencia en el CAR	- De 0 a 6 meses. - De 6 a 1 año. - De 1 año a 2 años - Más de 2 años	Ordinal

8. Hipótesis

Existe relación significativa entre el sexo y el nivel de depresión de los adolescentes institucionalizados.

Existe relación significativa entre el tiempo de permanencia y el nivel de depresión de los adolescentes institucionalizados

9. Metodología

9.1 Tipo y diseño de investigación

Es un estudio cuantitativo, observacional, descriptivo, prospectivo y transversal

- Se empleó el método cuantitativo, porque se inicia con ideas preconcebidas acerca de las variables asociadas, permitiéndonos hacer predicciones de probabilidades y generalizaciones, utilizando procedimientos estructurales e instrumentos formales para recabar la información numérica requerida mediante procedimientos estadísticos.
- Es observacional, porque no existe intervención del investigador; los datos reflejan la evolución natural de los eventos, ajena a la voluntad del investigador.
- Según la planificación de la toma de datos es prospectivo: Los datos necesarios para el estudio son recogidos a propósito de la investigación (primarios). Por lo que, posee control del sesgo de medición.
- Según el número de ocasiones en que mide la variable de estudio es transversal: Todas las variables son medidas en una sola ocasión, por ello de realizar comparaciones, se trata de muestras independientes.
- Según el número de variables de interés es descriptivo: El análisis estadístico, es univariado porque solo describe (finalidad cognoscitiva) o estima parámetros (propósito estadístico) en la población de estudio a partir de una muestra

9.2 Población y muestra

a. Población

La población estuvo conformada por adolescentes institucionalizados del INABIF pertenecientes al Centro de Atención Residencial, siendo la población total 40 personas.

b. Muestra y muestreo

La muestra fue conformada por su totalidad de adolescentes institucionalizados del INABIF, los cuales, fueron seleccionadas en base a los siguientes criterios.

Criterios de inclusión

- Todos los adolescentes presentes en el momento de la evaluación en los Centros de atención Residencial.

- Aceptación de participar en el estudio

Criterios de exclusión

- Residentes menores de 11 años.
- Adolescentes con retraso mental leve, moderado
- Adolescentes con Síndrome de Down.
- Adolescentes con casos de abuso sexual y trata de personas.

9.3 Técnicas e instrumentos

- Técnica:** Se utilizó la técnica denominada Sicometría, la cual es desarrollada por los investigadores de las ciencias del comportamiento, es aplicable a diversas áreas del conocimiento, no requiere de que el investigador pertenezca a la línea de investigación que se está ejecutando; primero porque los instrumentos son autoadministrables y luego porque incluso el evaluado se puede autocalificar. Utilizado para evaluar variables distintas a la línea de investigación. La evaluación es asincrónica, porque se puede realizar por distintos medios.

- Instrumentos:** El instrumento de recolección de datos contiene dos partes:

- **Datos personales de los adolescentes:** edad, sexo, y tiempo de permanencia.
- **La escala para la Auto-Medición de la Depresión (EAMD)** Manual y Parrillas de calificación Zung – Índice EAMD, destinada a medir cuantitativamente la depresión se publicó por primera vez en 1965, en una serie de informes sobre pacientes deprimidos y con otros desordenes emocionales.

El uso de la escala en cualquier clase persona que manifieste síntomas físicos sin base orgánica aparente, puede descubrir y medir las llamadas “depresiones ocultas”, Generalmente se necesitan menos de cinco minutos para hacer la prueba y calificar al NNA.

Comprende una lista de 20 ítems se refiere a una característica específica y común de la depresión. Los 20 temas esbozan de manera comprensiva, los síntomas ampliamente reconocidos como desordenes depresivos. Los párrafos están divididos en cuatro columnas encabezadas por: muy pocas veces, algunas veces, la mayor parte del tiempo y casi siempre

9.4 Procedimiento de recolección de datos

Para la recolección de información se ejecutaron las siguientes actividades:

- Coordinación con las coordinadoras de cada CARs. para el permiso y aplicación de la prueba.
- Entrevista con los adolescentes previo consentimiento informado con cada Coordinadora.
- Ejecución del instrumento que se realizó en tres días de 20 minutos cada uno

9.5 Análisis de datos

Los datos fueron codificados y procesados a través del paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) SPSS versión 23.0. El análisis se realizó en dos etapas; en la primera etapa se consideró la descripción y comparación de las variables en estudio usándose medidas de tendencia central y de dispersión.

Se utilizó la estadística descriptiva de frecuencias y porcentajes en tablas y gráficos, se empleó prueba estadística no paramétrica como Chi-cuadrada (χ^2) y el Coeficiente de contingencia (C.C.)

9.6 Consideración ética

La participación de las unidades de estudio fue en forma voluntaria, asentimiento Informado, previa información de parte del equipo de investigación: el propósito de la investigación, duración esperada y procedimientos, su derecho a negarse a participar una vez iniciada su participación, no se tomó en cuenta la identidad de los adolescentes los mismos que fueron tratados con total discreción.

10. Resultados

10.1 Características sociodemográficas de la población en estudio:

Tabla 1. Características sociodemográficas de adolescentes de centros de atención residencial

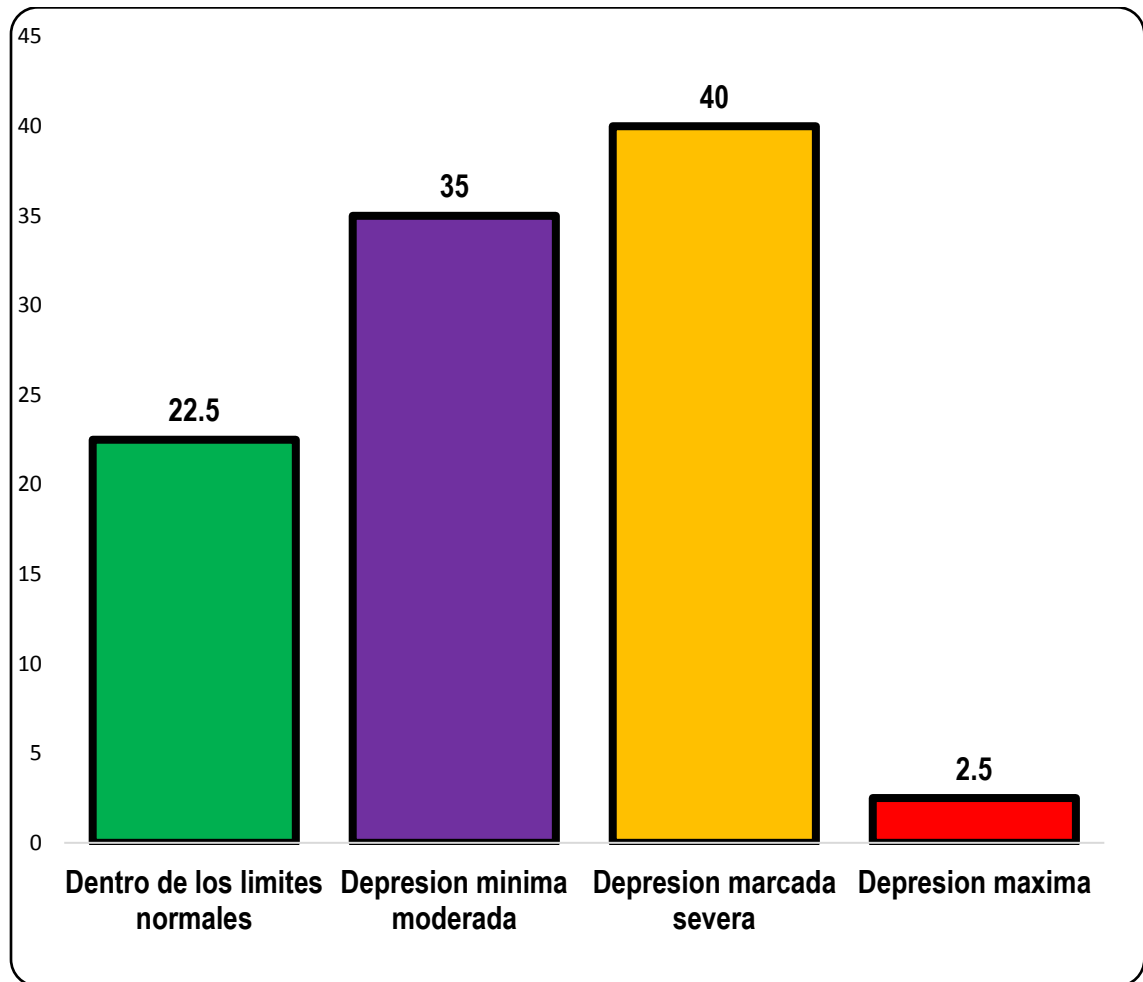
Características sociodemográficas	n	%
Edad		
M (DS)	15.1	(1.6)
11 a 13 años	7	17.5
14 a 16 años	26	65.0
17 años a mas	7	17.5
Total	40	100.0
Sexo		
Masculino	20	50.0
Femenino	20	50.0
Total	40	100.0
Tiempo de Permanencia		
1 a 6 meses	27	67.5
7 a 12 meses	6	15.0
13 meses a mas	7	17.0
Total	40	100.0

M: promedio; DS: desviación estándar

En la tabla 1, se observa que la edad promedio de los adolescentes fue de 15.12 ± 1.65 años siendo 11 años la edad mínima y 18 años la edad máxima. El 65% tenía edades comprendidas entre 14 a 16 años. En cuanto al sexo la mitad de la muestra era de sexo femenino. El 67% tiene un tiempo de 1 a 6 meses de permanencia en el CAR.

10.2 Depresión

Grafico 1. Depresión en adolescentes en centros de atención residencial



En el grafico 1 se muestra el nivel de depresión detectado en los adolescentes de los CARs del 100% que constituyen la muestra de estudio, el 40% mostró un nivel de depresión marcada o severa, el 35% con depresión mínima moderada, el 22.5% presentan depresión en límites normales y un 2.5% depresión en grado máximo.

10.3 Características demográficas y el nivel de Depresión

10.3.1. Medición de edad con niveles de depresión

Tabla 2. Niveles de depresión de los adolescentes de los Centros de Atención Residencial del INABIF- Loreto según la edad

Edad	Dentro de los límites normales		Depresión mínima moderada		Depresión marcada o severa		Depresión en grado máximo		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
11 a 13 años	2	5.0	3	7.5	2	5.0	0	0.0	7	17.5
14 a 16 años	7	17.5	6	15.0	12	30.0	1	2.5	26	65.0
17 a 18 años	0	0.0	5	12.5	2	5.0	0	0.0	7	17.5
Total	9	22.5	14	35.0	16	40.0	1	2.5	40	100.0
$CC=0.386,$ $p=0.322$										

En la tabla N° 2 se observa que los adolescentes que del total que informaron depresión marcada o severa, el 30% de ellos tienen entre 14 a 16 años, destacar que el total de adolescentes que presentaron depresión en grado máximo todos pertenecían a este grupo etáreo. Llama la atención que también se observó depresión severa en distribuciones porcentuales similares entre los adolescentes entre 11 a 13 años y entre 17 a 18 años (5% y 5% respectivamente).

El coeficiente de contingencia demostró que no existe relación estadística significativo entre la edad del adolescente y el nivel de depresión ($p>0.05$).

10.3.2. Sexo respecto al nivel de depresión

Tabla 3. Niveles de depresión de los adolescentes de los Centros de Atención Residencial del INABIF- Loreto según sexo

Sexo	Dentro de los límites normales		Depresión mínima moderada		Depresión Marcada o severa		Depresión en grado máximo		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Femenino	7	17.5	2	5.0	11	27.5	0	0	20	50.0
Masculino	2	5.0	12	30.0	5	12.5	1	2.5	20	50.0
Total	9	22.5	14	35.0	16	40.0	1	2.5	40	100.0
<i>CC=0.498</i>					<i>p=0.004</i>					

En la tabla N° 3 se muestra el nivel de depresión según sexo, apreciándose que las mujeres presentaron un nivel de depresión marcada o severa (27.5%), mientras que los varones presentan un elevado porcentaje en depresión mínima moderada (30%). También destacar que del total de adolescentes que mostraron estado de ánimo dentro de los límites normales, la mayoría de ellos fueron del sexo femenino (17.5%) frente a los de sexo masculino (5%).

El coeficiente de contingencia demostró que existe relación estadística significativa entre nivel de depresión y sexo (C.C= 0.498, p=0.004).

10.3.3. Tiempo de permanencia con nivel de depresión

Tabla 4. Niveles de depresión de los adolescentes de los Centros de Atención Residencial del INABIF- Loreto según tiempo de permanencia dentro del CAR

Tiempo de permanencia	Dentro de los límites normales		Depresión mínima moderada		Depresión Marcada o severa		Depresión en grado máximo		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
0 a 6 meses	7	17.5	10	25.0	9	22.5	1	2.5	27	67.5
7 a 12 meses	0	0.0	2	5.0	4	10.0	0	0.0	6	15.0
13 meses a mas	2	5.0	2	5.0	3	7.5	0	0.0	7	17.5
Total	9	22.5	14	35.0	16	40.0	1	2.5	40	100.0
$CC=0.287, \quad p=0.732$										

En la tabla N° 4 se muestra el nivel de depresión según tiempo de permanencia en el CAR, en donde los NNA que permanecen en el CAR de 0 a 6 meses presentan un nivel de depresión marcada o severa de 22.5%, sin embargo, los adolescentes que están entre 7 a 12 meses y 13 meses a mas no presentan depresión en grado máximo.

El coeficiente de contingencia demostró que no existe relación estadística significativo entre el tiempo de permanencia y el nivel de depresión ($p>0.05$).

11. Discusión

A pesar que todavía no está muy claro las variables sociodemográficas que serían fundamentales en la presencia de depresión durante la adolescencia, la presente investigación pone en evidencia una problemática visible en la población albergada en los centros de atención residencial.

Se ha descrito que, la depresión en la adolescencia es un factor de riesgo para la adquisición de conductas asociadas al consumo de alcohol, sustancias psicoactivas, ideación o comportamiento suicida en la adolescencia, así como para el desarrollo de trastornos clínicos durante este período y la edad adulta (Pardo, Sandoval, & Umbarila, 2004). En este estudio se encontró alta prevalencia de depresión en adolescentes institucionalizados en los centros de atención residencial, el 40% presentó depresión marcada severa y el 35% depresión mínima moderada.

Este hallazgo es similar a los informados por Jiménez, Rivera & Gonzales (2015) en adolescentes en riesgo de calle, este autor indica relación entre la depresión con factores como el nivel socioeconómico, historia familiar con problemas de depresión y de consumo de alcohol, experiencias con la violencia, abuso físico o sexual, así como consumo de tabaco y de drogas ilegales. El alto nivel de depresión marcada severa observada puede deberse a que en su mayoría los residentes provienen de una familia disfuncional al igual que el estudio realizado por González, Macuyama, Silva (2013).

Los resultados son diferentes al informado por Veyta, Gonzales, Andrade y Oudhof (2012) en donde indican que un 15%.6 de los adolescentes presentaron síntomas de depresión de su población de estudio. Esto probablemente a que la población en estudio es institucionalizada. Los niños institucionalizados son producto de la pobreza, el desarraigo, las familias disfuncionales, la orfandad, la carencia de lazos afectivos, el estrato social bajo, el maltrato, la enfermedad, la soledad, nexos familiares inmersos en la desprotección o el abandono

Los mismos datos del presente estudio son discordantes con los estudios realizado por Álvarez, Ramírez, Silva, Coffin y Jiménez (2009) que indica en su estudio que el 52% presentó depresión mínima. Los resultados de Álvarez y otros muestran que no existen diferencias significativas entre los niveles de depresión que obtuvieron las mujeres y los varones evaluados, esto en contraste con los hallazgos reportados por esta investigación.

Los resultados reflejan la existencia de serias repercusiones en la salud mental de las participantes, en el presente estudio se comprobó que las adolescentes mujeres presentaron mayor nivel de depresión que los varones ($p < 0.05$); este resultado tiene semejanza con el estudio informado por Leyva, Hernández, Nava & López (2006) quien demostró que la frecuencia de depresión en las mujeres es de 42.4% y en los varones de 18.7%. También es similar a los hallazgos reportados por Coelho, Crippa, Santos, Pinsky, Zaleski, Caetano & Laranjeira (2013), quienes informaron que el aumento de las tasas de síntomas depresivos se asociaron con ser una mujer, las posibilidades de tener depresión en las mujeres es 2,65 veces más que los hombres. Es el mismo caso de la investigación de Castaños & Sánchez (2015) que las adolescentes mujeres presentan 65.38% síntomas depresivos.

Estos hallazgos son preocupantes porque se ha reportado que la depresión está asociada generalmente a la ansiedad y que esta comorbilidad es más frecuente en las mujeres que en los hombres, tolerar altos niveles de depresión, incrementa la probabilidad de experimentar emociones negativas con mayor frecuencia e intensidad y disminuye la posibilidad de vivenciar emociones positivas e inhibición del desarrollo de conductas asertivas (Castaños & Sánchez, 2015), aspectos que estaría afectando a la población femenina participante de este estudio.

Sin embargo, cabe indicar que si bien los trastornos depresivos son más prevalentes en las mujeres, en los hombres sus consecuencias pueden tener repercusiones de gravedad aún mayores que en las mujeres. El estigma hacia la depresión en los hombres puede conducir a que se intente enmascarar los síntomas mediante conductas de alto riesgo. Las mujeres tienen mayores tasas de intento de suicidio, pero en los hombres los intentos son más letales. Las tasas de suicidio consumado en varones son más altas en la mayoría de los países del mundo (González-Forteza, Hermosillo de la Torre, Vacio-Muro, & Wagner, 2015).

Una de las limitaciones del presente estudio es que solamente se investigó las variables sociodemográficas y no la funcionalidad de la familia y la influencia de otras características como lo hicieron otros autores.

En el estudio de Galicia, Sánchez y Robles (2009) donde ejecuto dos instrumentos que miden depresión (Kovacks y Zung) en lo cual en el test de Zung presentan el sexo femenino un nivel de depresión leve de 20.8% mientras que en este estudio se determinó que un 27.5% en depresión

severa, siendo en los resultados inversos, por lo que en el presente estudio las mujeres presentan una depresión más severa. Sin embargo a través del Kovacs, las mujeres adolescentes obtienen de manera significativa mayores puntajes de depresión que los varones, hecho que concuerda con este estudio realizado, aun cuando hayan empleado otros instrumentos para evaluar la depresión.

Algunos autores han descrito que la prevalencia de trastornos depresivos aumenta con la edad, al parecer los problemas comienzan entre los 12 a 15 años y continúan aumentando entre 15 a 18 años. Es decir que la edad es una variable que puede marcar los cambios en la vida del adolescente, estos cambios, a su vez, pueden ser un factor de estrés que requieren nuevas respuestas adaptativas. Sin embargo, a pesar de que en este estudio se observó que el 47.5% de los adolescentes que presentaban algún grado de depresión tenía entre 14 a 16 años, el estudio reveló que no existe relación estadística significativa entre la edad y la depresión ($p>0.05$).

Como afirma Cunha & Barreyro (2015), este estudio confirma la existencia de factores que influyen en la percepción de los niños y adolescentes en el contexto social en el que viven, los factores que pueden influir en los niveles de depresión como la relación con el sexo encontrada en este estudio; los efectos de la institucionalización reflejan la forma en que los niños y los adolescentes perciben y expresan sus sentimientos. Por ello, los hallazgos proporcionan información importante para los profesionales, la sociedad y el estado, para implementar políticas, programas y servicios en salud mental y ayudar a superar las barreras que dificultan el crecimiento y el desarrollo de los adolescentes.

12. Conclusiones

De acuerdo a los resultados obtenidos en la presente investigación se puede concluir lo siguiente.

- El perfil sociodemográfico de los adolescentes de los Centros de Atención Residencial del INABIF –Loreto: edad promedio de es de 15.1 años de edad, distribuidos en proporción similar según sexo, la mayoría de adolescentes tienen un tiempo de permanencia menor de 6 meses (67.5%)
- El 77.5% presenta algún grado de depresión, siendo las mujeres más afectadas por depresión severa (40%) y los varones por depresión moderada (30%)
- La variable que mostró relación con el nivel de depresión fue el sexo ($p=0.004$)

13. Recomendaciones

- Evaluar de forma periodica el estado de ánimo de los adolescentes de los CARs en forma periódica para diseñar estrategias de intervención en forma individual y colectiva.
- Explorar otras variables como motivo de ingreso, si recibe o no familiares, si cuenta con familiares, ya que por motivos de confidencialidad y permisos no se pudo brindar esas informaciones.
- Ampliar el tamaño de la muestra para generalizar hallazgos.
- Explorar el estado de animo a través de métodos cualitativos

14. Referencias bibliográficas

- Alberca, J. M. L. (1996). Adolescencia: cambios físicos y cognitivos. Ensayos: Revista de la facultad de educación de Albacete, (11), 121-128.
- Artículo 3 del Manual de Operaciones del INABIF.
- Calderón Delgado, L., & Barrera Valencia, M. (2013). Comparación del Perfil Neuropsicológico en una Muestra de Niños, Niñas y Adolescentes con y sin Sintomatología Depresiva. *Revista Colombiana de Psicología*, 22(2), 361-374. Recuperado en 27 de marzo de 2017, de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-
- Campos Josiane R., Del Prette A., Pereira Del Prette Z. Depressão na adolescência: habilidades sociais e variáveis sociodemográficas como fatores de risco/proteção. *Estudos e Pesquisas em Psicologia Rio de Janeiro* v. 14 n. 2 p. 408-428 2014. ISSN 1808-4281
- Castaños C., S., & Sánchez S., J.J. (2015). Niñas y adolescentes en riesgo de calle: Bienestar subjetivo y salud mental. *Revista CES Psicología*, 8(1), 120-133.
- Coelho, Cassiano L.S., Crippa, José Alexandre S., Santos, Jair L.F., Pinsky, Ilana, Zaleski, Marcos, Caetano, Raul, & Laranjeira, Ronaldo. (2013). Higher prevalence of major depressive symptoms in Brazilians aged 14 and older. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 35(2), 142-149. <https://dx.doi.org/10.1590/1516-4446-2012-0875>
- Cunha, R. V. y Barreyro, J. P. (2015). Revisión del estado del arte de la depresión, la ansiedad y el apoyo social en torno del tema de niños y adolescentes Institucionalizados. *Subjetividad y procesos cognitivos*, 19(2), 58-73.
- Defensoría del pueblo- Perú (2017). Niños, niñas y adolescentes- grupos de especial protección. Recuperado de <http://www.defensoria.gob.pe/grupos-eatencion.php?des=19>.
- Defensoría del pueblo. Informe Defensorial N° 140, 2009.
- Del Carmen Ospina, F., Upegui, M. F. H., Irragorri, M. C. P., Guzman, Y. R., & Granados, C. E. (2011). Síntomas de ansiedad y depresión en adolescentes escolarizados de 10 a 17 años en Chía, Colombia. *Revista de Salud Pública= Journal of Public Health*, 13(6), 908.
- Fernández-Daza, M. P. & Fernández-Parra, A. (2013). Problemas de comportamiento y competencias psicosociales en niños y adolescentes institucionalizados. *Universitas Psychologica*, 12(3), 797-810. doi:10.11144/Javeriana.UPSY12-3.pccp
- Flour, E., & Buchanan, A. (2003). The role of mother involvement and father involvement in adolescent bullying behavior. *Journal of Interpersonal Violence*, 18(6), 634-644. Citado en: Pardo G., Sandoval, A., & Umbarila, D. (2004). Adolescencia y depresión. *Revista colombiana de psicología*, 13(1), 13-28.

- Galicia-Moyeda, Iris X., Sánchez-Velasco, Alejandra, & Robles-Ojeda, Francisco J. (2013). Self-efficacy in school age adolescents: its relationship with depression, academic achievement and family relationships. *Anales de Psicología*, 29(2), 491-500. <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.29.2.124691>
- Gonzales-Poves J., Macuyama- Aricari T., Silva Mathews Z. Factores familiares q influyen en las manifestaciones depresivas en adolescentes del 1 al 5 grado de secundaria de un colegio mixto. *Rev enferm Herediana*. 2013; 6(2): 66-77
- González-Forteza, Catalina, Hermosillo de la Torre, Alicia Edith, Vacio-Muro, María de los Ángeles, Peralta, Robert, & Wagner, Fernando A.. (2015). Depresión en adolescentes. Un problema oculto para la salud pública y la práctica clínica. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 72(2), 149-155. <https://dx.doi.org/10.1016/j.bmhmx.2015.05.006>
- Health, 2(1), 1-8. Citado en: Fernández-Parra, A. (2013). Problemas de comportamiento y competencias psicosociales en niños y adolescentes institucionalizados. *Universitas Psychologica*, 12(3), 797-810. doi:10.11144/Javeriana. UPSY12-3.pccp
- Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Sierra Rural 2008. Informe General *Anales de Salud Mental* Vol. XXV. Año 2009, Número 1 y 2. Lima
- Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Niños y Adolescentes en Lima Metropolitana y Callao 2007. Informe General. *Anales de Salud Mental* Año 2012; Vol. XXVIII, Suplemento 1. Lima
- Jiménez Tapia, Alberto, Wagner, Fernando, Rivera Heredia, María Elena, & González-Forteza, Catalina. (2015). 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 mental*, 38(2), 103-107. Recuperado en 27 de marzo de 2017, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252015000200004&lng=es&tlng=es.
- María, A. (2007). Depresión en adolescentes y funcionamiento familiar. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 45(3), 225-232.
- Ministerio de Salud del Perú. Boletín de la unidad de investigación epidemiológica y análisis situacional de servicios de salud (ASIS) / Oficina de epidemiología / INSN. *Salud Mental en Adolescentes*. No 3 / Diciembre 2014
- Ministerio de salud. Estudio de Carga de Enfermedad en el Perú -2004. Lima, 2006.
- Muñoz, M., Gómez, P. & Santamaría, C. (2008). Pensamientos y sentimientos reportados por los niños ante la separación de sus padres. *Universitas Psychologica*, 7(2), 347-356.

- Najman, J. M., Heron, M. A., Hayatbakhsh, M. R., Dingle, K., Jamrozik, K., Bor, W., Williams, G. M. (2008). Screening in early childhood for risk of later mental health problems: A longitudinal study. *Journal of Psychiatric Research*, 42, 694-700. doi:10.1016/j.jpsychires.2007.08.002
- Organización Mundial de la Salud (2014), WHO/FWC/MCA/14.05. Salud para los adolescentes del mundo-Una segunda oportunidad en la segunda década. <http://www.who.int/adolescent/second-decade>
- Organización Mundial de la Salud, «epression: A Global Crisis World Mental Health Day, October 10 2012.,» 10 10 2012. [En línea]. Available: http://www.who.int/mental_health/management/depression/wfmh_paper_depression_wmhd_2012.pdf. [Último acceso: 1 04 2017].
- Palumno J. (2013). La situación de niños, niñas y adolescentes en las instituciones de protección y cuidado de América Latina y el Caribe. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Oficina Regional para América Latina y el Caribe. www.unicef.org/lac
- Pardo G., Sandoval, A., & Umbarila, D. (2004). Adolescencia y depresión. *Revista colombiana de psicología*, 13(1), 13-28.
- Quiceno, Japcy Margarita, & Vinaccia, Stefano. (2014). Quality of life in adolescents: analysis from personal strengths and negative emotions. *Terapia psicológica*, 32(3), 185-200. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082014000300002>
- Schmid, M., Goldbeck, L., Nutz, J. & Fegert, J. M. (2008). Prevalence of mental disorders among adolescents in German youth welfare institutions. *BMC. Child and Adolescent Psychiatry and Mental*
- Veytia López, M., González Arratia López Fuentes, N. I., Andrade Palos, P., & Oudhof, H. (2012). Depresión en adolescentes: El papel de los sucesos vitales estresantes. *Salud mental*, 35(1), 37-43.
- Zúñiga, M. Á., Jacobo, B. R., Rodríguez, A. S., Cabrera, N. C., & Rentería, M. L. J. (2009). La relación entre depresión y conflictos familiares en adolescentes. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 9(2), 205-216.

15. Anexos

ANEXO 1

SEXO : EDAD TIEMPO DE PERMANENCIA:

N°	SITUACION QUE ME DESCRIBE	NUNCA O RARAS VECES	ALGUNAS VECES	BUEN NUMERO DE VECES	LA MAYORIA DE VECES	PUNTOS
01	Me siento triste y decaído					
02	Por las mañanas me siento mejor					
03	Tengo ganas de llorar y a veces lloro					
04	Me cuesta mucho dormir en las noches					
05	Como igual que antes					
06	Aún tengo deseos sexuales					
07	Noto que estoy adelgazando					
08	Estoy estreñado (a)					
09	El corazón me late más rápido que antes					
10	Me canso sin motivo					
11	Mi mente esta tan despejada como antes					
12	Hago las cosas con la misma facilidad					
13	Me siento intranquilo y no puedo respirar					
14	Tengo confianza en el futuro					
15	Estoy más triste que antes					
16	Encuentro fácil tomar decisiones					
17	Siento que soy útil y necesario(a)					
18	Encuentro agradable vivir					
19	Creo que sería mejor para los demás si estuviera muerto (a)					
20	Me gustan las mismas cosas que antes					
PUNTUACION TOTAL						

FICHA TECNICA DEL TEST DE ZUNG

Nombre	: Escala de Auto-Medicación de Depresión EAMD
Autor	: Dr. W Zung
Aplicación	: Individual y colectiva
Duración	: 05 minutos
Finalidad	: Medir Depresión
Material	: Cuestionario de Auto-medición de la Depresión (EAMD), Manual y Parrillas de calificación Zung – Índice EAMD

PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS

Fiabilidad:

Los índices de fiabilidad son buenos (índices de 0,70-0,80 en la fiabilidad dos mitades, índice a de Cronbach entre 0,79 y 0,92) 6,20.

Validez:

Los índices de correlación con otras escalas (escala de depresión de Hamilton, inventario de depresión de Beck) y con el juicio clínico global oscilan entre 0.50 y 0.80 3,6,18,20. Informa sobre la presencia y severidad de la sintomatología depresiva, y es sensible a los cambios en el estado clínico 3,21. La puntuación total no correlaciona significativamente con edad, sexo, estado civil, nivel educacional, económico ni inteligencia.

Si bien esta escala no fue diseñada para cribaje, si muestra unos aceptables índices de sensibilidad (85 %) y especificidad (75%) cuando se aplica para detección de casos en población clínica o en población general 1, y ha sido ampliamente utilizada con esta finalidad.

En población geriátrica disminuye su validez, tanto para cuantificar la intensidad / gravedad de la depresión²², como a efectos de cribado o detección de casos ¹⁶, debido al elevado peso relativo que tienen los síntomas somáticos en el puntaje total. Orientadas más hacia el paciente geriátrico, se han desarrollado versiones abreviadas²³⁻²⁴, con menor peso de los síntomas somáticos, que han tenido una difusión muy limitada.

¿Cómo usar la Escala AMD?

La escala para medir la depresión comprende una lista de 20 ítem se refiere a una característica específica y común de la depresión. Los 20 temas esbozan de manera comprensiva, los síntomas ampliamente reconocidos como desordenes depresivos. Los párrafos están divididos en cuatro columnas encabezadas por:

- Muy pocas veces
- Algunas veces
- La mayor parte del tiempo
- Casi siempre

Se entrega al NNA la lista de párrafos y se le invita a marcar el recuadro más aplicable a él, en el momento de la prueba, para obtener el grado de depresión del paciente se coloca la escala, contestada, debajo de la hoja transparente – que contiene la clave - para efectuar el recuento: el valor indicado para cada párrafo se escribe al margen y luego se suman todos los valores parciales. El total de esta suma se convierte entonces en un índice. Basado sobre 100. La escala está construida de tal modo que un índice bajo indica una pequeña depresión, o su ausencia, y un índice alto, indica la presencia de una depresión de significación clínica.

Las categorías de diagnóstico del EAMD son:

- Dentro límites normales
- Presencia Depresión Mínima Moderada
- Depresión Marcada o severa.
- Depresión en grado Máximo