

Universidad Nacional del Nordeste



Facultad de Medicina.

Carrera Licenciatura en Enfermería

Maestría en Ciencias de la Enfermería Comunitaria

*Conductas depresivas en los adolescentes del Impenetrable
Chaqueño. Sauzalito, 2018.*

Maestrando: Mirna L. Rott

CORRIENTES – ARGENTINA

2022

Universidad Nacional del Nordeste



Facultad de Medicina.

Carrera Licenciatura en Enfermería

Maestría en Ciencias de la Enfermería Comunitaria

**Tesi: Conductas depresivas en los adolescentes del Impenetrable Chaqueño.
Sauzalito, 2018.**

Maestrando: Mirna L. Rott

Director: Mg. Lila Almirón

Tribunal Evaluador:

- Mg. Gutiérrez Raina Daniel.
- Mg. Sendra Elva María.
- Mg. Barrios Marcela.

CORRIENTES – ARGENTINA

2022

Lic. Rott, Mirna L.

**RESOLUCIÓN Nº 2177/23-C.D.
CORRIENTES, 26 de julio de 2023.**

VISTO:

El Expte. Nº 10-2023-04028, por el cual la Dirección de la Carrera de Post Grado "Maestría en Ciencias de la Enfermería Comunitaria" de esta Facultad eleva el Acta de la Defensa de Tesis de Mirna Lorena Rott; y

CONSIDERANDO:

Que a fs. 2 del expediente, figura la copia del Acta de Defensa y Aprobación de la Tesis presentada por la maestrando mencionada;

Que correspondería la aprobación del Acta y autorización para el inicio del trámite de otorgamiento del diploma correspondiente;

El Despacho favorable producido por la Comisión de Posgrado de esta Facultad;


Que el H. Cuerpo en su sesión ordinaria del día 6-7-23, ha tomado conocimiento y aprobado sin objeciones el Despacho mencionado precedentemente;

**EL H. CONSEJO DIRECTIVO DE LA FACULTAD DE MEDICINA
DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DEL NORDESTE
EN SU SESIÓN DEL DÍA 6-7-23
RESUELVE:**

ARTÍCULO 1°.- Aprobar el Acta de "DEFENSA Y APROBACIÓN" de la Tesis presentada por la alumna **Mirna Lorena Rott**, maestrando de la Carrera de Posgrado "Maestría en Ciencias de la Enfermería Comunitaria".

ARTÍCULO 2°.- Autorizar el inicio del trámite de otorgamiento del Diploma correspondiente a la maestrando **Mirna Lorena Rott**.

ARTÍCULO 3°.- Regístrese, comuníquese y archívese.


Prof. Diana Inés Cabral
Secretaría Académica


Prof. Mario Germán Pagno
Decano

Libro: N° 01

Folio: N° 12

----- En la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional del Nordeste, siendo las 16:00 horas del día 28 de junio de 2023, en un todo de acuerdo con lo dispuesto según la Reglamentación vigente y con la participación de la Secretaria de Posgrado de la Facultad, Dra. Mónica Cristina Auchter y el Coordinador de la Carrera de Maestría en Ciencias de la Enfermería Comunitaria Mg. Fernando Gómez; se constituye el tribunal examinador, integrado por la Mg. María Marcela Barrios (UNNE); Mg. Elva María Sendra (UNNE) y Dr. Daniel Ernesto Gutiérrez Raina (UAP), oportunamente designados por Resolución N° 831/2023-C.D., quienes asisten por medio de videoconferencia a través de la plataforma ZOOM y son los encargados de evaluar la Tesis presentada por la maestranda Lic. Mirna Lorena Rott (DNI N° 28955416) titulada “**Conductas depresivas en los adolescentes del Impenetrable Chaqueño. Sauzalito, 2018**”, dirigida por la Mg. Lila Mercedes Almirón.-----

-----La tesista abordó en su defensa oral y publica de manera clara y con vocabulario científico la totalidad de la tesis incluyendo las observaciones de adecuación sugeridas por el tribunal. Puso de manifiesto su gran solvencia y conocimiento en el tema investigado, respondiendo a las preguntas del jurado con idoneidad. -----
Finalizado el acto, el jurado emite su juicio considerando por unanimidad que el trabajo de tesis merece la calificación de diez (10) Sobresaliente-----

----- Siendo las 17.30 horas del día 28 de junio de 2023, el Tribunal Evaluador da por terminado su cometido y los integrantes autorizan a las autoridades presentes a que firmen en su nombre y representación este Acta original, renunciando a la interposición de cualquier reclamo relacionada como consecuencia de lo autorizado. -----

-----Por lo antes dicho, este Acta es rubricada por las autoridades presentes en representación de los miembros del jurado.-----

**Prof. Dra. Mónica Cristina
Auchter**
Secretaria de Posgrado
Facultad de Medicina

**Prof. Mg. Fernando
Gómez**
Coordinador
Carrera de Maestría

Lic. Rott, Mirna L.

Dedicatoria

Esta tesis está dedicada especialmente a mi familia, que son el equipo incondicional que me respalda y sostiene día a día, mi esposo Ramón y mis hijas Julieta y Danna, sin ellos no lo hubiese logrado.

Agradecimientos

Agradezco primeramente a Dios por haberme permitido llegar hasta aquí, por nunca soltarme de su mano y sobre todo por haber puesto sobre mí su mirada: (Salmos 32:8).

Seguidamente a mi familia, el sostén diario en todo momento: gracias por estar, acompañar y entender mis ausencias; gracias a mi esposo por ser mi complemento, ayudarme a crecer y nunca cortar mis alas; gracias a mis hijas por ser la luz de mis ojos, porque sin darse cuenta me salvan la vida y me impulsan cada día a ser mejor persona, mejor madre, mejor amiga...con el objetivo de dejarles el mejor ejemplo a seguir.

Al resto del equipo, mi madre a quien tengo el privilegio de disfrutar, quien me enseñó que todo en esta vida se puede lograr con esfuerzo y dedicación, has sido mi gran ejemplo siempre. Y mi padre, quien ya no está físicamente conmigo, pero sé que desde allá arriba lo estás celebrando como siempre te gusto hacerlo. Mis hermanos que siempre están ahí para lo que necesite, atentos, cuidando y velando en todo momento por mi vida y la de mi familia.

Y mi familia política, la que me adopto como una más desde el primer día, ellos también son parte de mis días con todo lo que esto incluye.

Y por supuesto no puedo dejar de agradecer a mi directora de tesis, Dra. Lila Almirón, quien ha acompañado este proceso desde el comienzo, nutriendo este trabajo con excelencia.

En este sentido agradezco también a mis docentes, quienes en el transcurso de mis estudios aportaron el conocimiento necesario para llegar hasta aquí enriqueciendo continuamente a la formación profesional. A todos ellos mi agradecimiento y admiración profunda.

ÍNDICE GENERAL:

Resumen.....	11
Lista de Siglas o Abreviaturas.....	22
Prólogo.....	23
Capítulo I: “Introducción”.....	24
• Situación problemática y fuentes de interés	26
• Formulación del problema.....	29
• Objetivo general y específicos.....	29
• Contextualización.....	31
Capítulo II: “Sustento teórico del tema”	32
• Estado del Arte.....	32
• Marco teórico.....	39
Capítulo III: “Diseño Metodológico”	55
• Material y Métodos.....	55
• Hipótesis.....	56
• Tipo de estudio.....	56
• Diseño.....	56
• Población y muestra.....	57
• Unidad de análisis.....	58
• Criterios de inclusión y exclusión.....	58
• Variables de estudio.....	58

Capítulo IV: “Presentación de resultados”	66
• Resultados	66
• Discusión	83
• Conclusión	85

INDICE DE IMÁGENES, CUADROS Y GRÁFICOS:

Contextualización mapa de localización de la localidad de Sauzalito:

- **Imagen N°1:**33

Conductas de aislamiento social según Sexo y edad:

- **Tabla I:**67
- **Gráfico I:**68

Conductas de ansiedad según Sexo y edad

- **Tabla II:**71
- **Gráfico II:** 71

Conductas de agresividad según Sexo y edad

- **Tabla III:**72
- **Gráfico III:** 73

Conductas de melancolía según Sexo y edad

- **Tabla IV:**74
- **Gráfico IV:**76

Conductas de apatía según Sexo y edad

- **Tabla V:**78
- **Gráfico V:** 79

Conductas suicidas según Sexo y edad

- **Tabla VI:**80
- **Gráfico VI:** 81

Conductas depresivas según cuestionario de Beck.

- **Tabla VII:**82
- **Gráfico VII:**82

Referencias Bibliográficas.....88

INDICE ANEXOS

- I. **Notas de autorizaciones**.....94
- II. **Consentimiento Informado**.....95
- III. **Instrumento de Recolección de Datos**.....96

Resumen

Contrario a lo que se cree, los padecimientos mentales no son un problema poco frecuente. Estudios de la OMS/OPS dan cuenta de que los trastornos mentales están dentro de las cinco primeras causas de enfermedad en América. Reconocer y entender los padecimientos mentales es un importante primer paso para romper con estereotipos y falsas creencias, superando así los prejuicios y la estigmatización hacia las personas con este tipo de enfermedad, sobre todo si de quienes se trata es de adolescentes.

En Argentina, 1 de cada 3 personas presenta un problema de salud mental a partir de los 20 años. Las problemáticas más frecuentes son los trastornos de ansiedad, del estado de ánimo y los problemas por consumo de sustancias (UBA APSA OMS MSAL – 2015). (1)

Entendiendo que la adolescencia es una de las fases de la vida más fascinantes y quizás más complejas, una época en que la gente joven asume nuevas responsabilidades y experimenta una nueva sensación de independencia. Los jóvenes buscan su identidad, aprenden a poner en práctica valores aprendidos en su primera infancia y a desarrollar habilidades que les permitirán convertirse en adultos atentos y responsables. Cuando los adolescentes reciben el apoyo y el aliento de los adultos, se desarrollan de formas inimaginables, convirtiéndose en miembros plenos de sus familias y comunidades y dispuestos a contribuir; sin embargo, existen diversos factores que pueden interrumpir este desarrollo natural como lo son las conductas depresivas que constituyen un grave problema de salud pública y que ha crecido a pasos agigantados en los últimos años. Cuando hacemos referencia a los adolescentes son pocos o nulos tanto los servicios de atención pública destinados a detectar, tratar y/o contener a este grupo poblacional, más aun cuando hablamos de trastornos psicológicos o psiquiátricos, así como también las cifras de jóvenes que presentan síntomas asociados a la depresión, conductas depresivas o un diagnóstico específico; en el Impenetrable Chaqueño al igual que en las grandes ciudades existen

numerosos casos de suicidios de jóvenes en los últimos años, un incremento en las problemáticas sociales y trastornos físicos derivados de alteraciones psíquicas no tratadas, o mal diagnosticadas ya que la mayoría de las localidades no cuentan con centros de ayuda al adolescente y/o profesionales calificados para trabajar en dicha área. Dadas las barreras y escasos recursos en las instituciones de salud y educación.

Los objetivos principales planteados fueron determinar la existencia de conductas depresivas, e indicar cuáles son las prevalentes en los adolescentes de la localidad de Sauzalito en el período de marzo a diciembre del 2018.

Por otra parte, los objetivos específicos se centran en identificar las conductas depresivas propiamente en este grupo poblacional de estudio, como ser: conductas de aislamiento social, conductas de ansiedad, conductas de agresividad, conductas de melancolía, conductas de apatía y conductas suicidas, determinando, además, la mayor prevalencia según sexo y edad, considerando esta última a los dos grupos de adolescencia definidos por la OMS (Organización Mundial de la Salud): adolescencia temprana y adolescencia tardía.

El reto es establecer sistemas de vigilancia epidemiológica para el monitoreo temprano de las necesidades de salud mental, y establecer campañas de atención oportuna, promoción y mantenimiento de la salud mental. También cabe considerar la pertinencia de incorporar cambios en algunas políticas de salud, para ampliar y facilitar el acceso inmediato a los Centros de Salud, el seguimiento de casos, centros comunitarios, entre otros, para recibir tratamiento eficaz.

Los resultados que se obtengan serán considerados para desarrollar las alternativas necesarias que permitan una mejor atención de la problemática de salud mental en la población joven.

Diseño Metodológico: Para alcanzar estos objetivos se utiliza el estudio de tipo exploratorio, descriptivo, y transversal ya que su propósito es hacer un corte en el tiempo y medir las variables: conductas depresivas (variable dependiente) relacionándolas con la edad y el sexo (variables independientes) de los

adolescentes. **Población y muestra:** el Sauzalito cuenta con una población adolescente total de 2100 individuos aproximadamente; se realizó la determinación de la muestra a través de muestreo aleatorio simple. Se considera la muestra representativa de 242 adolescentes a quienes se les aplica una encuesta estructurada donde se incluyen las variables en estudio, se evalúan en partes iguales (50%) a varones y mujeres, de igual manera se toma el 50% de adolescentes entre 10 a 14 años y el 50% de adolescentes de 15 a 19 años.

Para medir estas conductas depresivas se toma como instrumento al Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI) (Beck y cols, 1961) que fue desarrollado inicialmente como una escala hetero aplicada de 21 ítems para evaluar la gravedad (intensidad sintomática) de la depresión, conteniendo cada ítem varias frases auto evaluativas. Con posterioridad su uso se ha generalizado como escala auto aplicada. Esta versión fue adaptada al castellano y validada por Conde y Cols (1975). En 1979 Beck y Cols. dan a conocer una nueva versión revisada de su inventario, adaptada y traducida al castellano por Vázquez y Sanz (1991), siendo esta la más utilizada en la actualidad. Su objetivo es cuantificar la sintomatología, no proporcionar un diagnóstico, motivo por el cual se eligió dicho cuestionario para este estudio.

El rango de la puntuación obtenida es de 0-63 puntos, los que nos permiten graduar la intensidad / severidad en No depresión: 0-9 puntos, Depresión leve: 10-18 puntos, Depresión moderada: 19-29 puntos, Depresión grave: ≥ 30 puntos. Realizando una adaptación se tomaron 18 de los 21 puntos del cuestionario, los cuales fueron algunos agrupados y otros fusionados como dimensiones de las variables tomadas para realizar este estudio. Buscando identificar las Conductas Depresivas presentes en los adolescentes del Sauzalito, no la depresión en sí misma.

Se trabajó sobre 284 encuestas aplicadas, donde los datos obtenidos como resultado total del cuestionario de Beck nos muestra que solo el 26% del total de los adolescentes no presenta ningún tipo de conducta depresiva; mientras que el 73,8% presenta algún tipo de conducta depresiva, las que van desde leve con un resultado de 38,7%, moderada 23,9% y graves 11,2%.

En cuanto a las conductas depresivas de **Aislamiento Social** sólo el 19,3% de las mujeres y el 20,7% de los hombres no presentan ninguna dificultad para tomar decisiones. Teniendo en cuenta la edad también podemos encontrar resultados similares: el 19% de los adolescentes de 10 a 14 años y el 21,8% de los adolescentes de 15 a 19 años son los que no presentan inconvenientes a la hora de tomar decisiones; pudiendo analizar en este caso que en la adolescencia temprana esta conducta es más evidente.

En cuanto al aspecto físico se pudo ver que el 31,8% de las mujeres y 21,3% de los hombres presenta algún problema de conducta relacionado a su aspecto físico. Según la edad, la adolescencia tardía es el grupo más afectado representando el 25,2% de los adolescentes de 15 a 19 años. Y por último tomando la dimensión de “capacidad para hacer algo o trabajar” se pudo observar que en las mujeres aparece con mayor frecuencia (31,9%) que en los hombres (26,2%); y en la adolescencia tardía (26,3%) más que en la adolescencia temprana (25,3%). En promedio la conducta de aislamiento social en los adolescentes está presente en un 53,65%.

En la conducta de **ansiedad** presente en un promedio de 53,8% de los adolescentes de la localidad de Sauzalito, especificando dicho resultado según las dimensiones establecidas para la variable nos muestran que las conductas de insomnio son más frecuentes en mujeres (28,4%), que en hombres (25,2%) y aparece con una frecuencia similar en las dos etapas de la adolescencia: 27% en adolescencia temprana y 26,7% en la adolescencia tardía.

La falta de apetito o pérdida de peso se puede ver que es más común en hombres (29,1%) que en mujeres (26,6%); y según la edad se evidencia un 29% en la adolescencia temprana, y un 26,6% en la adolescencia tardía.

En cuanto a la preocupación por el estado físico el análisis muestra mayor frecuencia en mujeres con un 28,7% que en hombres 23,5%; y de igual manera predomina en la adolescencia temprana con un 27,3% más que en la adolescencia tardía 24,8%.

La conducta de **Agresividad** está presente entre los adolescentes en un promedio de 63,6% del total de los encuestados; presentándose con mayor

frecuencia en mujeres 35,8% que en hombres 28%. Y en este sentido aparece mayormente en la adolescencia tardía 33,7%, que en la adolescencia temprana 29,8%.

En cuanto a la **Melancolía** los resultados obtenidos demuestran que esta conducta está presente en los adolescentes en un promedio de 49,2% del total de los encuestados; siendo las mujeres en la adolescencia tardía el grupo más afectado. Según las dimensiones tomadas en esta variable se determina que el sentimiento de tristeza, el desánimo y el sentimiento de fracaso predomina en mujeres (30,8%, 28,3% y 28,4% respectivamente) y en adolescentes de 15 a 19 años de edad. El llanto, al igual que las demás dimensiones, se presenta mayormente en mujeres (29,5%) y en la adolescencia tardía (25,5%).

En la **Conducta de Apatía** los resultados hallados establecen un promedio de 57% presente según el total de los encuestados. Describiendo que el 33,6% de las mujeres presenta mayor insatisfacción y/o aburrimiento que los hombres 27,3%; mientras que con mayor frecuencia se presenta en la adolescencia tardía en un 31,2%, en relación con la adolescencia temprana 29,8%. En cuanto a la pérdida de interés por los demás también es mayor en mujeres que en hombres: 27,7% y 25,5% respectivamente; y se presenta con mayor frecuencia en la adolescencia tardía siendo el porcentaje en esta de 29,7% y de 23,4% en la adolescencia temprana.

El análisis de la variable **Conductas Suicidas** arroja como resultado un promedio de 38,26% presente entre los adolescentes encuestados. Siendo el sentimiento de culpa es más frecuente en las mujeres que en hombres (19,2%;17,8%) respectivamente, y mayor en la adolescencia temprana que en la tardía (18,2% y 17,8%). En cuanto al sentimiento de vergüenza también es mayor en mujeres (22,4%) que en hombres (19,9%); y más frecuente en la adolescencia tardía que en la temprana. Sin embargo, las conductas suicidas se presentan en ambos sexos en porcentajes similares (17,9% y 17,8%); siendo más frecuente en la adolescencia temprana que en la tardía con, poca diferencia entre ambas (18,9%; 17,5%).

A partir de los datos analizados, se pudo concluir que, en términos generales, la mayoría de los adolescentes de El Sauzalito presentan algún tipo de conducta depresiva, con más del 70% de los encuestados y encuestadas. En particular, la agresividad es la conducta que prevalece en este grupo de estudio, destacándose el sexo femenino con edades comprendidas entre los 15 a 19 años. Estamos siendo testigos del aumento de los trastornos depresivos en los adolescentes. Para no convertirnos en observadores pasivos, debemos plantearnos la necesidad de crear unidades específicas capaces de detectar este tipo de casos evitando su agravamiento o cronificación.

Palabras claves: Adolescencia. Conductas Depresivas.

Abstract

Adolescence is one of the most exciting and perhaps complex phases of life, a time when young people take on new responsibilities and experience a new sense of independence. Young people search for their identity, learn to put into practice values learned in their early childhood and develop skills that will allow them to become caring and responsible adults. When adolescents receive the support and encouragement of adults, they develop in unimaginable ways, becoming full members of their families and communities and willing to contribute; however, there are various factors that can interrupt this natural development, such as depressive behaviors that constitute a serious public health problem and that have grown by leaps and bounds in recent years. When we refer to adolescents, there are few or no public care services designed to detect, treat and/or contain this population group, even more so when we speak of psychological or psychiatric disorders, as well as the numbers of young people who present symptoms associated with depression, depressive behaviors or a specific diagnosis; In the Impenetrable Chaqueño, as in the big cities, there have been numerous cases of youth suicide in recent years, an increase in social problems and physical disorders derived from untreated or misdiagnosed psychic disorders, since most localities do not They have adolescent help centers and/or qualified professionals to work in that area. Given the barriers and scarce resources in health and education institutions.

The main objectives set were to determine the existence of depressive behaviors, and to indicate which ones are prevalent in adolescents from the town of Sauzalito in the period from March to December 2018. On the other hand, the specific objectives focus on identifying depressive behaviors in this study population group, such as: social isolation behaviors, anxiety behaviors, aggressive behaviors, melancholic behaviors, apathetic behaviors, and suicidal behaviors, determining, in addition, the highest prevalence according to sex and

age, considering the latter to the two groups of adolescence defined by the WHO (World Health Organization): early adolescence and late adolescence.

The results obtained will be considered to develop the necessary alternatives that allow better attention to mental health problems in the young population. Methodological Design: To achieve these objectives, the exploratory, descriptive, and cross-sectional study is used, since its purpose is to make a cut in time and measure the variables: depressive behaviors (dependent variable) relating them to age and sex (dependent variables). independent) of adolescents. Population and sample: Sauzalito has a total adolescent population of approximately 2,100 individuals; the determination of the sample was carried out through simple random sampling, it is considered the representative sample of 242 adolescents to whom a structured survey is applied where the variables under study are included, they are evaluated in equal parts (50%) to males and females. women, in the same way 50% of adolescents between 10 to 14 years old and 50% of adolescents between 15 to 19 years old are taken.

To measure these depressive behaviors, the Beck Depression Inventory (BDI) (Beck et al, 1961) was taken as a model, which was initially developed as a 21-item hetero-applied scale to assess the severity (symptom intensity) of depression. depression, each item containing several self-evaluative phrases, later its use has become generalized as a self-applied scale. This version was adapted to Spanish and validated by Conde and Cols (1975). In 1979 Beck et al. they present a new revised version of their inventory, adapted and translated into Spanish by Vázquez and Sanz. (1991), this being the most used today. Its objective is to quantify the symptomatology, not to provide a diagnosis, which is why this questionnaire was chosen for this study. The range of the score obtained is 0-63 points, which allow us to grade the intensity/severity in No depression: 0-9 points, Mild depression: 10-18 points, Moderate depression: 19-29 points, Severe depression: ≥ 30 points.

Carrying out an adaptation, 18 of the 21 points of the questionnaire were taken, some of which were grouped and others merged as dimensions of the variables taken to carry out this study. Seeking to identify the Depressive Behaviors present in the adolescents of Sauzalito, not the depression itself.

We worked on 284 applied surveys, where the data obtained as a total result of the Beck questionnaire shows us that only 26% of all adolescents do not present any type of depressive behavior; while 73.8% present some type of depressive behavior, which range from mild with a result of 38.7%, moderate 23.9% and severe 11.2%.

Regarding depressive behaviors of Social Isolation, only 19.3% of women and 20.7% of men do not present any difficulty in making decisions. Taking into account the age we can also find results similar: 19% of adolescents from 10 to 14 years old and 21.8% of adolescents from 15 to 19 years old are those who do not have problems when making decisions; being able to analyze in this case that in early adolescence this behavior is more evident.

Regarding the physical appearance, it was possible to see that 31.8% of the women and 21.3% of the men presented some behavioral problem related to their physical appearance; According to age, late adolescence is the most affected group, representing 25.2% of adolescents between 15 and 19 years of age. And finally, taking the dimension of ability to do something or work, it was observed that it appears more frequently in women (31.9%) than in men (26.2%); and in late adolescence (26.3%) more than in early adolescence (25.3%). On average, social isolation behavior in adolescents is present in 53.65%.

In the Anxiety behavior present in an average of 53.8% in adolescents in the town of Sauzalito, specifying said result according to the dimensions established for the variable, they show us that insomnia behaviors are more frequent in women (28.4%), than in men (25.2%) and appears with a similar frequency in the two stages of adolescence: 27% in early adolescence and 26.7% in late adolescence.

According to the lack of appetite or weight loss, we can see that it is more common in men (29.1%) than in women (26.6%); and according to age, 29% are evident in early adolescence, and 26.6% in late adolescence.

Regarding concern about physical condition, the analysis shows a higher frequency in women with 28.7% than in men 23.5%; and in the same way it predominates in early adolescence with 27.3% more than in late adolescence 24.8%.

Aggressive behavior gives us as a result that it is present among adolescents in an average of 63.6% of all respondents; presenting more frequently in women 35.8% than in men 28%; and in this sense it appears mostly in late adolescence 33.7%, than in early adolescence 29.8%. Regarding Melancholia, the results obtained show that this behavior is present in adolescents in an average of 49.2% of the total number of respondents; being women in late adolescence the most affected group; According to the dimensions taken in this variable, it is determined that the feeling of sadness, discouragement and the feeling of failure predominate in women (30.8%, 28.3% and 28.4% respectively) and in adolescents from 15 to 19 years old. old; crying, like the other dimensions, occurs mostly in women (29.5%) and in late adolescence (25.5%).

In the Apathy Behavior the results found establish an average of 57% present according to the total of the respondents. Describing that 33.6% of women present greater dissatisfaction and/or boredom than men 27.3%; while it occurs more frequently in late adolescence in 31.2%, than in early adolescence 29.8%. As for the loss of interest in others, it is also greater in women than in men: 27.7% and 25.5% respectively; and occurs more frequently in late adolescence, with the percentage in this of 29.7% and 23.4% in early adolescence.

The analysis of the variable Suicidal Behaviors results in an average of 38.26% present among the adolescents surveyed. Being the feeling of guilt is more frequent in women than in men (19.2%; 17.8%) respectively, and higher in early

adolescence than in late adolescence (18.2% and 17.8%). As for the feeling of shame is also higher in women.

From the analyzed data, it was possible to conclude that, in general terms, the majority of adolescents in El Sauzalito present some type of depressive behavior, with more than 70% of those surveyed. In particular, aggressiveness is the behavior that prevails in this study group, highlighting the female sex with ages between 15 and 19 years. We are witnessing the rise of depressive disorders in adolescents. In order not to become passive observers, we must consider the need to create specific units capable of detecting this type of case, avoiding its aggravation or chronification.

KEY WORDS: Adolescence. depressive behaviors

Listado de siglas o Abreviaturas

- APS: Atención primaria de la salud.
- CDI: Inventario de depresión infantil.
- CIE: Clasificación Internacional de Enfermería.
- DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.
- EDM: Episodio de depresión mayor.
- F: Femenino.
- M: Masculino.
- mhGAP 2.0.: Guía de intervención para los trastornos mentales.
- NANDA: Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería.
- NEA: Noroeste Argentino.
- OMS: Organización mundial de la salud.
- UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

Prólogo

En el presente trabajo, Tesis Maestral “Conductas depresivas en los adolescentes del Impenetrable Chaqueño. Sauzalito, 2018”, estudio y describo la presencia de las conductas depresivas más frecuentes entre los adolescentes de esta zona del país, que por su ubicación geográfica alejada de los grandes centros urbanos esta poco estudiada y por ende existen pocas alternativas de prevención y diagnóstico oportuno en lo que refiere a salud mental.

Considerando este tiempo de cambios de paradigmas en la atención y cuidados de enfermería, donde los adolescentes están tomando protagonismo, es necesario conocer su realidad y abordar las estrategias convenientes para su bienestar; por esto a lo largo de los capítulos se describe el tema desde una revisión bibliográfica intentando acercarme a la realidad de dicha localidad, llevando adelante un estudio exhaustivo y analizando las variables seleccionadas me ha permitido responder a la pregunta formulada al inicio.

El proceso de investigación me demandó ir hasta la localidad de Sauzalito donde pude acercarme a las autoridades del pueblo haciéndolos participe del proyecto ya que los resultados serán de utilidad para la elaboración de estrategias en APS y con su autorización aplicar el instrumento de recolección de datos a los adolescentes.

La experiencia ha sido sumamente gratificante y enriquecedora, me permitió nutrir esta tesis además de mi vida personal y profesional.

CAPÍTULO I.

Introducción

La salud mental es el bienestar emocional, psíquico y social que permite llevar adelante los desafíos de la propia vida y de la comunidad en la que vivimos, reconocer y entender los padecimientos mentales es un importante primer paso para romper con estereotipos y falsas creencias, superando así los prejuicios y la estigmatización hacia las personas con este tipo de enfermedad, sobre todo si de quienes se trata es de adolescentes.

Contrario a lo que se cree, los padecimientos mentales no son un problema poco frecuente. Estudios de la OMS/OPS dan cuenta de que los trastornos mentales están dentro de las cinco primeras causas de enfermedad en América. El alcohol y la depresión son los problemas más frecuentes en salud mental.

En Argentina, 1 de cada 3 personas presenta un problema de salud mental a partir de los 20 años. Las problemáticas más frecuentes son los trastornos de ansiedad, del estado de ánimo y los problemas por consumo de sustancias (UBA APSA OMS MSAL – 2015). (1)

Por ende, las conductas depresivas y la depresión en si misma constituyen un grave problema de salud pública que ha crecido a pasos agigantados en los últimos años. Requiere mayor y mejor atención, sobre todo cuando hacemos referencia a los adolescentes, ya que son pocos o nulos tanto los servicios de atención pública destinados a detectar, tratar y/o contener a este grupo poblacional, más aun cuando hablamos de trastornos psicológicos o psiquiátricos, así como también las cifras de jóvenes que presentan síntomas asociados a la depresión, conductas depresivas o un diagnóstico específico; estos trastornos comúnmente denominados depresivos incluyen un conjunto de entidades clínicas relacionadas con problemas de mayor o menor intensidad y duración, tales como el episodio de depresión mayor (EDM) y la distimia (D) que, de acuerdo con el DSM-5, son trastornos del estado de ánimo. Se refieren a

síndromes conformados por diferentes patrones comportamentales de significación clínica que no obedecen a respuestas convencionales, y cuya característica singular se centra en una alteración del humor asociada al malestar y discapacidad, así como al riesgo de perder la vida, sufrir dolor o perder la libertad. (2)

El Impenetrable Chaqueño no es la excepción, existen numerosos casos de suicidios de jóvenes en los últimos años, un incremento en las problemáticas sociales y trastornos físicos derivados de alteraciones psíquicas no tratadas, o mal diagnosticadas ya que la mayoría de las localidades no cuentan con centros de ayuda al adolescente y/o profesionales calificados para trabajar en dicha área. Este trabajo pretende determinar si existen conductas depresivas en los adolescentes de la localidad de Sauzalito y, en este sentido, cuáles son las prevalentes entre ellas, dado a las barreras y escasos recursos en las instituciones de salud y educación. Utilizando los resultados para desarrollar las alternativas necesarias que permitan una mejor atención de la problemática de salud mental en la población joven, aun cuando sus necesidades no puedan ser expresadas directamente o que los motivos de consulta sean “otros”, frecuentemente enmascarados por conductas problemáticas, como la violencia y las adicciones, el aislamiento social, o conductas de violencia autoinflingidas, entre otras. (2)

El reto es establecer sistemas de vigilancia epidemiológica para el monitoreo temprano de las necesidades de salud mental, y establecer campañas de atención oportuna, promoción y mantenimiento de la salud mental. También cabe considerar la pertinencia de incorporar cambios en algunas políticas de salud, para ampliar y facilitar el acceso inmediato a los Centros de Salud, el seguimiento de casos, centros comunitarios, entre otros, para recibir tratamiento eficaz. Es aquí donde la colaboración multidisciplinaria y el trabajo interinstitucional podrán rendir los mayores frutos.

Planteo del problema:

La adolescencia es la etapa de la vida entre los 10 y 19 años de edad en la que pueden observarse trastornos de la conducta, del aprendizaje y conductas violentas, de aislamiento, periodos de tristeza y apatía prolongados; detectados tardíamente en muchas ocasiones. Diversos estudios poblacionales investigan su prevalencia y otros intentan detectar, a través de la presencia de diversos signos, a los adolescentes con riesgo de padecer algunas de estas situaciones. También se han delimitado patrones o perfiles diferenciados relacionados con estos trastornos y que pudieran ser predictivos de otras patologías en la adolescencia. (3)

La depresión en niños y adolescentes es una enfermedad compleja que tiene múltiples factores de riesgo, que en ocasiones interactúan entre sí y pueden tener un efecto acumulativo. Es improbable que un único factor pueda explicar el desarrollo de la depresión, reducir la ocurrencia o que su control sea suficiente para prevenirla.

En los últimos años hubo un importante aumento de la prevalencia de la depresión a nivel mundial, y de forma paralela, una disminución de su edad de comienzo, de modo que se ha convertido, según la OMS (Organización Mundial de la Salud), en un importante problema de Salud Pública que afecta a unos 120 millones de personas, de las que menos del 25% no tiene acceso a tratamientos efectivos, además, una de cada 5 personas desarrollará un trastorno depresivo en la vida adulta. Por este motivo y según la estimación, la depresión pasará a convertirse en el año 2020 en la segunda causa de discapacidad mundial, después de las enfermedades cardiovasculares. (4)

De aquí la necesidad de estudiar las conductas adolescentes en torno a la depresión, ya que su identificación, análisis, seguimiento y/o tratamiento serían de gran aporte y utilidad para el sistema de salud. De no mediar un diagnóstico precoz y un tratamiento oportuno, estas situaciones perdurarán e incrementarán su sintomatología a lo largo de la adolescencia, provocando dificultades

personales y familiares que pueden mantenerse en la vida adulta. La detección en atención primaria a través de una valoración rutinaria de signos de sospecha de padecer algún trastorno de conducta, permitiría actuaciones diagnósticas y terapéuticas tempranas que redundarían en un mejor pronóstico a corto y largo plazo.

Si bien existen múltiples estudios sobre las conductas depresivas en los adolescentes en diversas regiones del país y el mundo, son escasos o nulos los realizados en la población del Sauzalito y se desconocen casi por completo los datos referentes al tema en esta región Norte Chaqueña.

Una aproximación del problema de las conductas depresivas en la infancia y la adolescencia se puede ver reflejada en España a través de los datos proporcionados por la Encuesta Nacional de Salud (2006), que estima que la prevalencia de depresión es de 1,8% en niños de 9 años, del 2,3% en adolescentes de 13 y 14 años, y del 3,4% en jóvenes de 18 años. Otros trabajos también correlacionan positivamente la depresión con la edad, marcando porcentajes similares entre la población adolescente.(5)

Otro estudio descriptivo realizado en Cantabria, Puerto Rico, mediante encuesta a 2.178 adolescentes de 12 a 16 años (representativos de los adolescentes de dicha localidad), arroja que el 4,2% de los adolescentes presenta signos de alerta de trastornos del aprendizaje, asociados al sexo masculino, a la asistencia a colegios públicos y a repetir curso. El 4,3% y el 10,2% presenta signos de alerta de trastornos de la conducta alimentaria y trastornos depresivos, respectivamente, estando ambos asociados al sexo femenino. El 8,4% tiene signos de alerta de conductas violentas, más frecuente en varones y están asociados de forma estadísticamente significativa con mayor consumo de tabaco, alcohol y drogas ilegales, episodios de embriaguez y con mayor consumo de sustancias adictivas por amigos y familiares.(5)

Mientras que en nuestro país, en la región NEA, existen varios estudios que demuestran la problemática de la depresión en los jóvenes: en una Escuela de Formación Profesional de la ciudad de Resistencia, la frecuencia detectada de adolescentes con severidad depresiva (64,51%) (Czernik y col., 2006), fue

similar a la detectada en una escuela periférica de la ciudad de Corrientes (65,91%) con una población estudiada de edades similares (*Almirón y col. 2005*). Y a diferencia de esta última, los alumnos de la Escuela Técnica Profesional no presentaron severidad depresiva grave, y obtuvieron una menor cifra (22,58%) de depresión con un punto de corte > 18 en la escala de Beck. (5)

Los trastornos depresivos afectan a personas de cualquier edad, condición económica, nivel educativo o cultural y suponen un gran costo económico al individuo, la familia, el sistema sanitario y la comunidad en general, siendo la principal causa de enfermedad y discapacidad de niños/adolescentes de entre 10 y 19 años, así los afirma un estudio presentado por la OMS, en el que además señala q cada año mueren 1,3 millones de adolescentes por causas tratables o prevenibles.(6)

En los niños y adolescentes, la depresión tiene un gran impacto sobre su crecimiento y desarrollo personal, sobre el rendimiento escolar y las relaciones familiares e interpersonales. También existen evidencias sobre la posible continuidad del trastorno depresivo a lo largo de la adolescencia y su prolongación a la etapa adulta.

Por otra parte, estos trastornos se encuentran asociados al abuso de alcohol, drogas, promiscuidad sexual, conductas delictivas y con aumento de la violencia y la agresividad, así como el trastorno de la conducta alimentaria. Por tal motivo, la depresión en la adolescencia, además del propio coste personal, puede llevar a un grave costo social. Cabe mencionar además, que la depresión mayor es uno de los principales factores de riesgo de suicidio en los adolescentes; según las estimaciones de la OMS, el suicidio es la cuarta causa de muerte en edades de 15 a 44 años a nivel mundial, y uno de los datos más preocupantes es el aumento de suicidios en edades jóvenes, sobre todo varones.(6)

Debido a su prevalencia, a su papel como uno de los principales factores de riesgo de suicidio y su repercusión sobre la estructura familiar y social, la depresión infanto/juvenil se considera de gran importancia no solo para el sistema sanitario, sino también para la sociedad por lo cual si se consideraran las conductas adolescentes previas y se trataran con la responsabilidad y

consideración que estas lo ameritan, probablemente se evitarían muchas de sus consecuencias.

Los adolescentes del Sauzalito no están exentos de esta realidad y es deber del Sistema de Salud prestar mayor atención a las necesidades de este grupo buscando adoptar acciones oportunas y efectivas.

Formulación del problema:

¿Existen conductas depresivas en los adolescentes de la localidad de Sauzalito, en el período marzo - diciembre de 2018?

¿Cuáles son las conductas depresivas que predominan en este grupo poblacional de estudio?

- Objetivo General:

Determinar la existencia de conductas depresivas y cuáles son aquellas que predominan, en los adolescentes de la localidad de Sauzalito, en el período marzo a diciembre del 2018.

- Objetivos Específicos:

- Identificar las conductas de aislamiento social en los adolescentes según sexo y edad.
- Identificar las conductas de ansiedad en los adolescentes según sexo y edad.
- Identificar las conductas de agresividad en los adolescentes según sexo y edad.
- Identificar las conductas de melancolía en los adolescentes según sexo y edad.
- Identificar las conductas de apatía en los adolescentes según sexo y edad.
- Identificar las conductas suicidas en los adolescentes según sexo y edad.

Muestra:

Se pretendió encuestar a 242 adolescentes siendo esta la cantidad representativa para el estudio, logrando, gracias al acceso permitido por las autoridades correspondientes encuestar a 284 adolescentes, seleccionando iguales cantidades mujeres y varones 50% cada uno e iguales cantidades en los 2 grupos de adolescentes: tempranos y tardíos respectivamente.

Cuestionario: Se indagó sobre el estado de ánimo en la última semana para lo que se utilizó una adaptación del Inventario de Depresión de Beck.

Inventario de Depresión de Beck (BDI): Es una escala auto aplicada de 21 ítems usado para evaluar presencia y severidad de los síntomas depresivos. Por cada ítem el encuestado puede seleccionar entre cuatro posibles alternativas que mejor refleje su situación durante la última semana. La puntuación total se calcula mediante la suma de todos los ítems y oscila en un rango de 0 a 63 puntos. Posee así mismo una adecuada validez para la detección de casos en la población general. Vázquez y Sanz (1991) traducen, adaptan y validan al español la versión del BDI, siendo esta la más utilizada en la actualidad y adaptada para el presente trabajo. (7) (8)

Procedimiento: Con el consentimiento de las autoridades Municipales correspondientes y de los diferentes establecimientos a los cuales tuve acceso en la localidad de Sauzalito, además del consentimiento informado de los tutores responsables y de los mismos encuestados, obtuve las encuestas de los adolescentes, las cuales fueron voluntarias, no así anónimas ya que debían firmar el consentimiento informado, con el compromiso asumido de no divulgar su identidad.

Se explicó a los encuestados en qué consistía y cuáles eran los motivos del trabajo; en determinados grupos de etnias aborígenes en las cuales se dificultó la realización del cuestionario por cuestiones de lectura y extensión del instrumento, opté por leer en voz alta cada pregunta con sus opciones dejando el tiempo necesario para que pudieran responder a la misma.

Contextualización:

La localidad del Sauzalito se encuentra ubicada al norte de la provincia del Chaco, en el Departamento Güemes, sobre las márgenes del Río Teuco, fue fundada en 1970, y luego refundada en 1979 después de graves inundaciones.

La comunidad Wuichi, por su parte, la rebautizó con el nombre de Zipo - Hi, que significa: "Laguna de pesca del manduré". Habitada por las comunidades Tobas, Wuchi, gringos y criollos. Consta de 7500 habitantes aproximadamente, de los cuales el 28% son adolescentes.

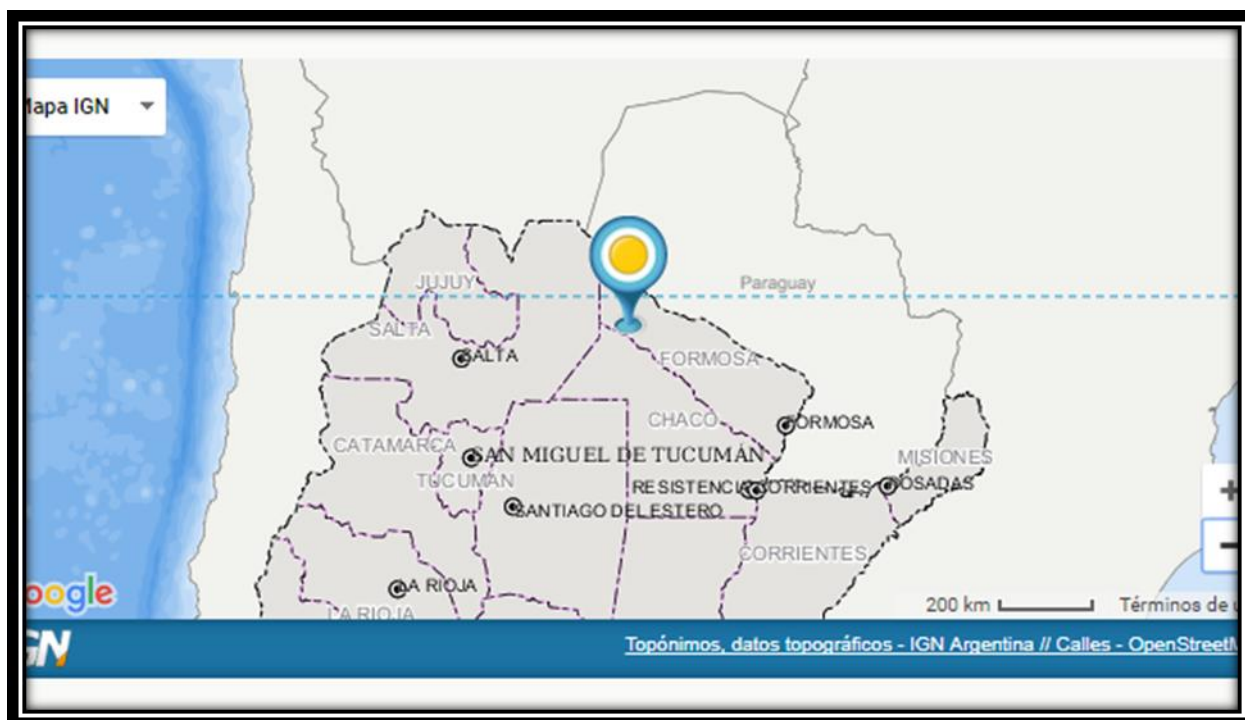


Imagen N^a 1. Fuente Google Maps.

CAPÍTULO II: Sustento teórico del tema

Estado del Arte

El presente Estado del Arte revisa algunos ejemplos relevantes de la bibliografía disponible, que permite identificar a grosso modo la atención investigativa y analítica que está teniendo el tema de la depresión en los adolescentes, a fin de ofrecer un panorama sobre las posibilidades de acción e investigación en el área.

La revista Colombiana de Psicología, publica un artículo en 2004 donde realiza una revisión sobre los principales factores de riesgo asociados al problema de la depresión en jóvenes. Se analizan los principales problemas conceptuales para definir con claridad el término depresión y se examinan las grandes interrelaciones existentes entre conceptos como estrés, ansiedad y depresión. Este artículo concluye en que existe una dificultad teórica para establecer las relaciones que existen entre estrés, ansiedad y depresión. (9)

Un estudio transversal descriptivo sobre los signos de alerta de trastornos alimentarios, de depresión, del aprendizaje y conductas violentas entre adolescentes realizado en Cantabria (Costa Rica), mediante encuesta a 2.178 adolescentes de 12 a 16 años, en donde los signos de alerta se definieron a partir de los criterios de la Asociación Médica Americana y Asociación Americana de Psiquiatría, arroja como resultado que el 4,2% de los adolescentes presenta signos de alerta de trastornos del aprendizaje, asociados al sexo masculino, a la asistencia a colegios públicos y a repetir curso. El 4,3% y el 10,2% presenta signos de alerta de trastornos de la conducta alimentaria y trastornos depresivos, respectivamente, estando ambos asociados al sexo femenino. El 8,4% tiene signos de alerta de conductas

violentas, más frecuente en varones. Los signos investigados fueron distribuidos homogéneamente y se vio que aumentan con la edad. Están asociados de forma significativa con mayor consumo de tabaco, alcohol y drogas ilegales. Llegando a la conclusión que la prevalencia de signos de alerta en la adolescencia y sus consecuencias individuales y familiares, a corto y a largo plazo, justifican la detección en atención primaria.(3)

Otro aporte investigativo realizado por la Universidad Nacional de México, en el año 2009 intenta establecer la relación entre depresión y aprovechamiento escolar en adolescentes, lo que no ha sido totalmente esclarecida dado que se emplean diferentes instrumentos para la evaluación de la depresión y diversos parámetros para estimar el aprovechamiento académico. Por otro lado, se ha analizado la influencia de la dinámica familiar en la depresión y en el rendimiento académico, esto ha sido de manera independiente. Participaron 245 escolares adolescentes para analizar la relación que existe entre su rendimiento escolar y sus niveles de depresión en los que encontraron relaciones diferenciales entre el rendimiento escolar y depresión dependiendo del instrumento con que fue evaluado, no así con las relaciones familiares. La depresión ha afectado por lo menos una vez en su vida a 40% de la población, es decir, a casi tres millones de personas, (de acuerdo a la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica) el trastorno depresivo mayor se encuentra entre los cinco trastornos con mayor presencia en la población mexicana y entre los tres principales en la población femenina. Dicho estudio muestra que la adolescencia y la etapa madura son las dos etapas donde existe un mayor riesgo que se presente, lo que coincide con estudios realizados en otros países de Latinoamérica, que señalan a la adolescencia como una etapa crítica para la aparición de la depresión, que ha aumentado en los últimos años entre un 8 y 10%. (10)

Autores como Rice (2000), señalan la importancia de analizar los problemas de los adolescentes tomando en cuenta la influencia de los principales contextos en donde se desarrollan, entre las que destacan aquellos entornos con los que tiene un contacto inmediato, principalmente la familia, los amigos y la escuela. Sin duda alguna, es la familia la que tiene una mayor importancia en la vida de los adolescentes. De acuerdo a la Encuesta Nacional de la Juventud realizada en México en el año 2000, el tiempo que los jóvenes usan en un día regular para estar con su familia (4.8 hrs. al día) supera a otras actividades importantes para ellos, como convivir con sus novios/as (3.0 hrs.) o amigos (2.2 hrs.), estudiar (2.0 hrs.), oír música (2.5 hrs.) o ver televisión (2.4 hrs.), y el porcentaje de su tiempo libre que los adolescentes entre 15 y 19 años dedican a estar con su familia (53.1%) supera al que invierten en estar con otros grupos de importancia para ellos, como sus amigos (20.2%), o sus novios (7.6%), asimismo, esta investigación encontró que los jóvenes consideran a los padres como su principal influencia en temas como la religión, los derechos o la sexualidad. Estos datos nos estarían hablando de la importancia de la familia en algunos aspectos de la vida de los adolescentes.(10)

La investigación descriptiva realizada en Cantabria Puerto Rico, mediante encuesta a 2.178 adolescentes de 12 a 16 años, representativos de los adolescentes de dicha localidad, arroja que el 4,2% de los adolescentes presenta signos de alerta de trastornos del aprendizaje, asociados al sexo masculino, a la asistencia a colegios públicos y a repetir curso. El 4,3% y el 10,2% presenta signos de alerta de trastornos de la conducta alimentaria y trastornos depresivos, respectivamente, estando ambos asociados al sexo femenino. El 8,4% tiene signos de alerta de conductas violentas, más frecuente en varones y están asociados de forma estadísticamente significativa con mayor consumo de tabaco, alcohol y drogas ilegales, episodios de embriaguez y con mayor consumo de sustancias adictivas por amigos y familiares. (2)

Una aproximación del problema de las conductas depresivas en la infancia y la adolescencia se puede ver reflejada en España a través de los datos proporcionados por la Encuesta Nacional de Salud (2006), que estima que la prevalencia de depresión es de 1,8% en niños de 9 años, del 2,3% en adolescentes de 13 y 14 años, y del 3,4% en jóvenes de 18 años. Otros trabajos también correlacionan positivamente la depresión con la edad, marcando porcentajes similares entre la población adolescente. (4)

Por otra parte, la Revista de Salud Pública de Colombia publica en el 2011 un estudio realizado por Ospina F., y colaboradores que tiene como principal objetivo estimar la prevalencia de síntomas ansiosos y depresivos en adolescentes escolarizados entre los 10-17 años, de la comunidad de Chía Cundinamarca, utilizando las escalas CDI y SCARED, durante los años 2008 a 2010. Es un estudio transversal, realizado en 538 estudiantes donde se identifican variables socio demográfico: edad, sexo, seguridad social y centro educativo de procedencia (público, privado, oficial o urbano) donde se aplicaron las escalas CDI y SCARED. Como resultados se 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. Obteniendo como conclusión que los síntomas ansiosos y depresivos son frecuentes en adolescentes, por lo que se hace indispensable diagnosticarlos tempranamente, con el fin de poder brindar una atención oportuna. Se deben implementar estrategias que permitan detectar factores protectores y de riesgo para evitar que se desarrollen trastornos mayores, diseñando programas de educación encaminados hacia una buena salud mental de niños y adolescentes. (11)

Si bien existen múltiples estudios sobre las conductas depresivas en los adolescentes en diversas regiones del país y el mundo, son escasos o nulos los realizados en la población del Sauzalito y se desconocen casi por completo los datos referentes al tema en esta región Norte Chaqueña.

Mientras que, en nuestro país, en la región NEA, existen varios estudios que demuestran la problemática de la depresión en los jóvenes. Un estudio realizado en una Escuela de Formación Profesional de la ciudad de Resistencia halló la frecuencia detectada de adolescentes con severidad depresiva (64,51%) (Czernik y col., 2006), que fue similar a la detectada en una escuela periférica de la ciudad de Corrientes (65,91%) con una población estudiada de edades similares (Almirón, y col., 2005). Y a diferencia de esta última, los alumnos de la Escuela Técnica Profesional no presentaron severidad depresiva grave, y obtuvieron una menor cifra (22,58%) de depresión con un punto de corte > 18 en la escala de Beck. (12)

Otra investigación realizada en la ciudad de Corrientes denominada “Ansiedad, depresión y comorbilidad en adolescentes de la ciudad de Corrientes” (Czernik y col.) que tuvo como objetivo determinar la prevalencia de ansiedad, depresión y comorbilidad en alumnos del primer año del Polimodal de una Escuela periférica de la Ciudad de Corrientes y analizar variables sociodemográficas como edad, sexo, trabajo y pareja; trabajó con una muestra de 36 alumnos del 1º año y se indagaron variables demográficas en una primera parte y en una segunda se utilizó el Inventario de Depresión de Beck y el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo. Se analizaron las encuestas de 36 adolescentes, de los cuales el 50% (18) corresponde al sexo femenino y el 50% (18) al sexo masculino con una edad media de 16 años. Donde las prevalencias de ansiedad y depresión obtenidas fueron del 11,11% y del 25% respectivamente y la comorbilidad para ambas patologías fue del 27,78%. En el Inventario de Depresión de Beck la severidad de sintomatología depresiva fue: Ninguna, 47,22% (17); Leve, 47,22% (17); Moderada, (0); Grave, 5,55% (2). La media de la puntuación total del BDI

fue de $10,90 + 8,67$ (intervalo = 0-44). Concluyendo en que, si bien la población estudiada es pequeña presenta un elevado porcentaje de ansiedad, depresión y comorbilidad, y si esta fuera representativa de los adolescentes de la ciudad de Corrientes indicaría un problema sanitario. Los problemas de salud mental, tal como los define el Departamento de Salud de New South Wales, Australia, son una disrupción de las interacciones entre el individuo, el grupo y el medio, la cual produce una disminución de la buena salud mental". (13)

Los trastornos depresivos afectan a personas de cualquier edad, condición económica, nivel educativo o cultural y suponen un gran costo económico al individuo, la familia, el sistema sanitario y la comunidad en general, siendo la principal causa de enfermedad y discapacidad de niños/adolescentes de entre 10 y 19 años, así los afirma un estudio presentado por la OMS, en el que además señala q cada año mueren 1,3 millones de adolescentes por causas tratables o prevenibles.

En los niños y adolescentes, la depresión tiene un gran impacto sobre su crecimiento y desarrollo personal, sobre el rendimiento escolar y las relaciones familiares e interpersonales. También existen evidencias sobre la posible continuidad del trastorno depresivo a lo largo de la adolescencia y su prolongación a la etapa adulta.

Por otra parte, estos trastornos se encuentran asociados al abuso de alcohol, drogas, promiscuidad sexual, conductas delictivas y con aumento de la violencia y la agresividad, así como el trastorno de la conducta alimentaria; por lo que la depresión en la adolescencia, además del propio coste personal, puede llevar a un grave costo social. Cabe mencionar, además, que la depresión mayor es uno de los principales factores de riesgo de suicidio en los adolescentes; según las estimaciones de la OMS, el suicidio es la cuarta causa de muerte en edades de 15 a 44 años a nivel mundial, y uno de los datos más preocupantes es el aumento de suicidios en edades jóvenes, sobre todo varones. (6)

Debido a su prevalencia, a su papel como uno de los principales factores de riesgo de suicidio y su repercusión sobre la estructura familiar y social, la depresión infanto / juvenil se considera de gran importancia no solo para el sistema sanitario, sino también para la sociedad por lo cual si se consideraran las conductas adolescentes previas y se trataran con la responsabilidad y consideración que estas lo ameritan, probablemente se evitarían muchas de sus consecuencias. Los adolescentes del Sauzalito no están exentos de esta realidad y es deber del Sistema de Salud prestar mayor atención a las necesidades de este grupo buscando adoptar acciones oportunas y efectivas.

Marco teórico:

La adolescencia como etapa del desarrollo es un periodo exclusivo de la raza humana y ha sido objeto de atención y estudio por parte de profesionales de múltiples especialidades en todo el mundo, quienes han intentado explicar los profundos cambios biológicos, psicológicos y sociales típicos de esta etapa de la vida y que involucran no solo al adolescente sino a su familia, cercanos y sociedad en general.

El término adolescencia es el período de la vida humana que sigue a la niñez y precede a la juventud. Tiene referencia en el latín como *adolescencia*, de lo cual se desprende el prefijo *ad-*, interpretando una dirección hacia adelante, pautando movimiento y progreso, aplicándose sobre una etapa de expansión y cambios que se reflejan perfectamente en el adolescente. Por lo tanto, podremos decir que la adolescencia es una expansión hacia delante, en una dirección en concreto que engloba un proceso de cambios significativos que sufren todas las personas. Un paso inescrutable del tiempo que no tiene fin.(14)

Durante mucho tiempo se consideró solo un tránsito entre la infancia y la adultez. Weissmann (2003) “define este periodo como una etapa de la vida que comienza en la pubertad y culmina cuando el joven alcanza la autonomía y puede asumir la responsabilidad de su propia vida”; pero hoy existen motivos suficientes para considerarla como una etapa dentro del proceso de desarrollo humano, exclusiva de nuestra especie. Este período se caracteriza por ser una de las épocas de mayor transformación que implica crecimiento y maduración corporal, cambios de autodefinición y subjetividad y frecuentes conflictos. Una edad tan compleja y trascendental requiere también una atención consecuente. Padres, educadores y médicos deben conocer las peculiaridades de esta etapa de la vida y cómo orientar al joven a afrontar exitosamente los problemas que se presenten. Con la finalidad de encauzar la adolescencia, nuevas prohibiciones han resultado ineficaces, es decir, es mucho más juicioso preparar a los adolescentes para que hagan uso racional de la amplia libertad de que disfrutaban y no confiar en

prohibiciones impuestas sin razonar, que hoy entrarían en contradicción con los principios que rigen el desarrollo de la personalidad. Se considera que en este período es muy importante la formación desde la familia de actitudes y valores positivos sobre los distintos fenómenos que rodearán al adolescente, porque probablemente las actitudes desarrolladas en esta etapa le acompañarán durante todo este complejo período. Sin embargo, es notorio señalar que, al comenzar la adolescencia temprana, los padres no tienen aún la percepción de los cambios que se inician en ellos y continúan tratando a aquellos como niños escolares, haciendo caso omiso, en muchas ocasiones, a temas relacionados con la etapa. (15)

No obstante, se puede decir que la adolescencia es una de las fases de la vida más fascinantes y quizás más complejas, una época en que la gente joven asume nuevas responsabilidades y experimenta una nueva sensación de independencia. Los jóvenes buscan su identidad, aprenden a poner en práctica valores aprendidos en su primera infancia y a desarrollar habilidades que les permitirán convertirse en adultos atentos y responsables. Cuando los adolescentes reciben el apoyo y el aliento de los adultos, se desarrollan de formas inimaginables, convirtiéndose en miembros plenos de sus familias y comunidades y dispuestos a contribuir. Llenos de energía, curiosidad y de un espíritu que no se extingue fácilmente, los jóvenes tienen en sus manos la capacidad de cambiar los modelos de conducta sociales negativos y romper con el ciclo de la violencia y la discriminación que se transmite de generación en generación. Con su creatividad, energía y entusiasmo, los jóvenes pueden cambiar el mundo de forma impresionante, logrando que sea un lugar mejor, no sólo para ellos mismos sino también para todos. (UNICEF 2005)

“Almas: Sé que sois vosotros, y no yo, quienes levantaréis el futuro. Que vosotros, y no yo, rectificaréis nuestros errores y haréis suma... sigue con las cosas buenas de este mundo”. – (Nelson Mandela)

La adolescencia, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se extiende desde los 10 u 11 años, hasta los 19 años, y se divide, fundamentalmente, dos fases o etapas:

- **Adolescencia temprana:** es el periodo comprendido entre los 10 años niñas y 11 años niños, y los 14-15 años.
- **Adolescencia tardía:** es el periodo comprendido entre los 14 y 15 años hasta los 19 años de edad.

A continuación, le sigue la juventud plena, que es el periodo que se extiende desde los 19 años hasta los 24 o 25 años de edad. Algunos psicólogos la consideran parte de la adolescencia. (16)

Desde el punto de vista físico, los niños pasan, de un día para otro, de ser pequeñas criaturas a convertirse en muchachos de largas piernas y brazos. Maduran sexualmente. También desarrollan la capacidad de razonar con ideas más abstractas, de explorar los conceptos del bien y del mal, de desarrollar hipótesis y de meditar sobre el futuro.

En lo psicológico el adolescente comienza a saber controlar sus emociones, y a sentir y desarrollar las emociones que se identifican con el amor, tanto de pareja como de amigo; puede elegir a qué amigos y compañeros de clase va a querer, y comienza a buscar autoafirmarse, identificar su Yo, y desarrollar su autoestima. Además, empieza a aprender herramientas para conseguir su autonomía individual como un adulto, y continúa desarrollando el pensamiento abstracto y formal.

Por otra parte, es importante tener en cuenta que la adolescencia al ser una etapa de la vida exclusiva de la especie humana. Tiene como característica fundamental la determinación histórico-social de sus eventos y recibe directamente la influencia cultural y generacional. Estos aspectos modulan el tránsito a través del periodo considerado “de gran complejidad” en las relaciones familiares y escolares.

En esta etapa en el ciclo vital, en la cual el individuo va consolidando su personalidad, con el aprendizaje de habilidades y competencias, la

internalización de pautas y modelos culturales, la adquisición de una identidad sexual y la construcción de un proyecto futuro. En este trayecto se producen transformaciones que llevan a la búsqueda de autonomía respecto de las figuras parentales, al tiempo que se produce la identificación con el grupo de pares, que pasa a tener un rol decisivo en la constitución de una red social de apoyo. Existe coincidencia entre numerosos autores en considerar la influencia del contexto sobre el comportamiento adolescente, aportando factores protectores, a través de una red de valores y normas que colaboran en la autoafirmación del Yo, o bien, factores de riesgo, vinculados a la hostilidad, pobreza, exclusión que debilitan al sujeto y potencian la expulsión del grupo social dominante, y cuestiones vinculadas a la salud. (17)

Un manejo inadecuado por parte de los padres puede dificultar la adquisición de los valores necesarios que constituyen la base futura de un correcto desenvolvimiento personal del adolescente. Lo explicado anteriormente justifica el énfasis de estos temas en el trabajo.

Teniendo esto en claro, y tomando las cuestiones vinculadas a la salud, más específicamente a la salud mental, la depresión en adolescentes abarca un espectro amplio de sintomatología, que va desde lo sub-sintomático hasta lo sintomático y para establecer el diagnóstico, el adolescente debe presentar por lo menos durante 2 semanas: a) cambios persistentes en el estado de ánimo o b) pérdida de interés en actividades placenteras practicadas de forma cotidiana. Sumado a otra gran variedad de síntomas como aumento o incremento en el apetito, en el sueño, disminución de la energía, ideas de muerte o suicidas, considerando también los intentos suicidas, estos síntomas deben representar un cambio significativo del nivel de funcionamiento previo a la enfermedad. Por lo tanto este estudio pretende enfocarse en las conductas depresivas definidas como uno de los factores de riesgo al que los adolescentes se encuentran expuestos, y sobre los cuales existen pocos recursos a pesar de la importancia y las medidas que se toman a nivel central con respecto al tema.

En este estudio **se definió las conductas depresivas** como *aquellas maneras de comportarse de una persona en una situación determinada o en general. Es un sinónimo de comportamiento. Donde existe un riesgo para su salud mental y/o física.*

Para medir estas conductas depresivas se toma como modelo al **Inventario de Depresión de Beck** (Beck Depression Inventory, BDI) (Beck y cols, 1961) que fue desarrollado inicialmente como una escala heteroaplicada de 21 ítems para evaluar la gravedad (intensidad sintomática) de la depresión, conteniendo cada ítems varias frases auto evaluativas que el entrevistador leía al paciente para que este seleccionase la que mejor se adaptase a su situación; sin embargo, con posterioridad su uso se ha generalizado como escala auto aplicada. Esta versión fue adaptada al castellano y validada por Conde y Cols (1975). (8)

En 1979 Beck y Cols. dan a conocer una nueva versión revisada de su inventario, adaptada y traducida al castellano por Vázquez y Sanz. (1991), siendo esta la más utilizada en la actualidad. (7)

La persona tiene 4 (cuatro) alternativas de respuesta para cada ítem, debiendo seleccionar la respuesta que mejor refleje su situación durante el momento actual y la última semana. La puntuación total se obtiene sumando los valores de las frases seleccionadas, que van de 0 a 3.

El rango de la puntuación obtenida es de 0-63 puntos. Como otros instrumentos de evaluación de síntomas, su objetivo es cuantificar la sintomatología, no proporcionar un diagnóstico, motivo por el cual se eligió dicho cuestionario para este estudio. Los puntos de corte usualmente aceptados para graduar la intensidad / severidad son los siguientes:

- No depresión: 0 – 9 puntos
- Depresión leve: 10 – 18 puntos.
- Depresión moderada: 19 – 29 puntos.
- Depresión grave: ≥ 30 puntos.

Realizando una adaptación se tomarán 18 de los 21 puntos del cuestionario, los cuales serán algunos agrupados y otros fusionados como dimensiones de las

variables tomadas para realizar este estudio. Buscando **identificar las Conductas Depresivas** presentes en los adolescentes del Sauzalito, no la depresión en sí misma.

Las principales conductas que caracterizan a las depresivas entre los adolescentes, que serán tomadas como variables de estudio en esta tesis definida a continuación son:

Conductas de aislamiento social: El aislamiento social, también conocido como “social withdrawal”, se presenta cuando una persona se aleja totalmente de su entorno de manera involuntaria, aunque pueda pensarse lo contrario. Esta condición se da en personas de todas las edades. Puede ser una consecuencia de hechos traumáticos de su historia, como haber sido víctima de bullying o como parte de alguna condición médica, como la depresión.

En el adolescente es definido por la N.A.N.D.A como la soledad experimentada por el individuo y percibida como negativa o amenazadora e impuesta por otros. (18)

A pesar de que se han llevado a cabo diferentes estudios para identificar las causas específicas del aislamiento social, la realidad es que estas son muy diversas y dependen de cada situación particular, los adolescentes que viven bajo esta condición suelen enfrentarse a diversas situaciones y problemas, siendo el más común y más grave la depresión. Diversos estudios que se han realizado indican que quienes padecen el aislamiento social suelen tener problemas de aprendizaje, la atención y en la toma de decisiones; así mismo, se ha documentado que el aislamiento social puede generar afectaciones en la salud física, derivadas tanto de posibles somatizaciones de los sentimientos de soledad, como de la falta de cuidados y atención cuando se presenta alguna enfermedad leve.

El aislamiento social extremo está facilitado en los jóvenes y adolescentes debido a las nuevas tecnologías, gracias a ellas no necesitan ir a de compras ni salir de casa para absolutamente nada. Todo lo pueden traer a su hogar. Pero esto, no es positivo. (19)

“Acabar con tu aislamiento. Es el anhelo más humano que hay”.

-Un monstruo viene a verme (película)-

Se realiza una adaptación del cuestionario de Beck para medir si existe o no aislamiento en la muestra de adolescentes seleccionada.

Tomando para esta variable 3 dimensiones que corresponden a los ítems 13, 14, y 15 sobre:

- La posibilidad de tomar decisiones.
- El aspecto físico y
- La capacidad de hacer algo respectivamente.

Conductas de ansiedad es una manifestación esencialmente afectiva. Se trata de una vivencia, de un estado subjetivo o de una experiencia interior, que podemos calificar de emoción. La ansiedad es un mecanismo humano de adaptación al medio y ayuda (si su intensidad no es excesiva) a superar ciertas exigencias de la vida. En este sentido podemos considerar a la ansiedad como una *defensa organizada frente a estímulos que rompen el equilibrio fisiológico y psicológico*. La ansiedad necesariamente positiva se entronca con lo cotidiano y entra de lleno en el campo de la motivación que nos hace alcanzar metas. La ansiedad normal y proporcionada, así como sus manifestaciones, no pueden ni deben eliminarse, dado que se trata de un mecanismo funcional y adaptativo. Se trata de saber convivir con la ansiedad, sin perder la operatividad. Ahora bien, la ansiedad neurótica es ya otra cosa y tiene otro significado que hay que situar en la órbita de las enfermedades psíquicas que provoca respuestas de evitación e inhibición, que mantiene un estado de alerta prolongado sin justificación alguna.
(20)

La ansiedad negativa se caracteriza por sentimientos de malestar, preocupación, hipervigilancia, tensión, temor, inseguridad, sensación de pérdida de control, percepción de fuertes cambios fisiológicos. Estos cambios fisiológicos son consecuencia de la activación del sistema nervioso, del sistema

endocrino y del sistema inmunológico. Por lo general sólo percibimos algunos de los desórdenes persistentes que provoca esta activación des adaptativa. La persistencia de estos cambios puede acarrear una serie de desórdenes psicofisiológicos transitorios, como dolores de cabeza, insomnio, disfunción eréctil, anorgasmia femenina, contracturas musculares, disfunciones gástricas, etc. A nivel de nuestro sistema motor la ansiedad se manifiesta con inquietud motora, hiperactividad, movimientos repetitivos, dificultades de comunicación (a veces tartamudez), consumo de sustancias (comida, bebida, tabaco u otras drogas), llanto, tensión en la expresión facial, etc. Es entonces cuando la ansiedad se convierte en un problema de salud. (9)

Considerando para este estudio la **ansiedad negativa** se realiza una adaptación del Cuestionario de Beck tomando los puntos 16, 18 y 20 como dimensiones para dicha variable, los que corresponden a:

- Insomnio.
- Falta de apetito y/o pérdida de peso.
- Preocupación por el estado físico.

Conductas de agresividad es una tendencia a actuar o a responder de forma violenta, es un conjunto de patrones de actividad que pueden manifestarse con intensidad variable, desde las expresiones verbales y gestuales hasta la agresión física. El lenguaje cotidiano asocia la agresividad con la falta de respeto, la ofensa o la provocación. (21)

En concreto a nivel general podemos establecer que existen cuatro tipos claramente delimitados de agresividad. La primera de ellas es la llamada verbal que es la que tiene como principal señal de identidad el hecho de que se basa en que un individuo en cuestión realiza insultos a otra persona.

En segundo lugar, nos encontramos con la agresividad facial que es la que manifiesta a través de gestos que se realiza con la cara. La tercera es la

agresividad física que se traduce en lo que son patadas, arañazos y todo tipo de golpes tanto a personas como a elementos que se encuentre en su alrededor.

Y finalmente está la cuarta, la llamada agresividad indirecta que es la que se produce sobre objetos de la persona que se encuentra afectada. (21)

Existen dos tipos de agresividad: la activa y la pasiva. La agresividad activa se ejecuta a través de una conducta violenta y directa; la agresividad pasiva, en cambio, se ejercita mediante una forma de sabotaje.

Los especialistas también hablan de la agresividad secuencial, que aparece cuando una persona primero se comporta en forma tranquila y parece renunciar a sus derechos, pero después muestra un comportamiento agresivo cuando advierte que no consigue resultados.

Es importante destacar que la agresividad puede originarse por factores internos o externos a la persona. Por ejemplo, la adicción a las drogas es una causa de agresividad. Los cambios emocionales (incluyendo la neurosis y la depresión) también aparecen como generadores de comportamientos agresivos. (21)

Continuando con el Cuestionario de Beck como base del estudio, de toma para esta variable el punto 11 para dimensionarla, correspondientes a:

- Irritabilidad.

Conductas de melancolía: se trata de la tristeza vaga, permanente y profunda, que puede haber nacido por causa física o moral y que hace que el sujeto que la padece no se encuentre a gusto ni disfrute de la vida, pasando fácilmente a un estado de euforia, término proviene de un vocablo griego que significa “fuerza para soportar”. La palabra, por lo tanto, permite hacer referencia a la capacidad para tolerar el dolor y las adversidades en general.

El uso más habitual del concepto, de todos modos, está asociado a la sensación de bienestar. En el caso específico de estas conductas depresivas se caracterizan por pasar de un estado al otro continuamente, provocando así un riesgo para la salud. (22)

En el presente estudio se busca identificar las conductas de melancolía, dando por hecho que al existir una existe también la otra.

Par tal efecto utilizaremos el cuestionario de Beck tomando los puntos 1, 2, 3, y 10 como dimensiones de dicha variable, correspondientes a:

- Sentimiento de tristeza.
- Sentimiento de desánimo.
- Sentimiento de fracaso.
- Llanto. Respectivamente.

Conductas de apatía hace referencia a la desidia, el desgano, la indiferencia y la falta de fuerza. Se trata, en otras palabras, del estado de ánimo imparable que se refleja en la ausencia de ganas o entusiasmo.

La apatía como patología es un término acuñado por la psicología y se trata de un trastorno afectivo que causa indiferencia frente a los acontecimientos, las personas o el medio que rodea al sujeto enfermo. El cual, lo manifiesta a través de una reacción vana frente a los estímulos que le llegan de afuera, o incluso los que nacen de su interior.

Cuando la apatía sólo aparece en casos específicos (dirigida hacia un individuo, una tarea o un contexto), suele tratarse de una respuesta frente al estrés. Tampoco hay que olvidar que, en ocasiones, la apatía no tiene nada de patológico y es, simplemente, desinterés por aquello que una persona piensa que no es relevante o interesante. (23)

Continuando con la adaptación del cuestionario de Beck, en este caso se tomarán las dimensiones de:

- Insatisfacción y/o aburrimiento.
- Perdida de interés por los demás.

Correspondientes a los puntos 4, y 12 respectivamente, uniendo los ítems 5 y 6 en una única dimensión.

Considerando lo más grave de las conductas depresivas debemos destacar a las **Conductas suicidas** donde el adolescente se auto inflige al grado de provocarse la muerte. El suicidio (del latín, etimología sui: sí mismo y cederé: matar) es un hecho humano transcultural y universal, que ha estado presente en todas las épocas desde el origen de la humanidad. Ha sido castigado y perseguido en unas épocas y en otras ha sido tolerado, manteniendo las distintas sociedades actitudes enormemente variables en función de sus principios filosóficos, religiosos e intelectuales (Bobes García, González Seijo y Saiz Martínez, 1997).

Es un fenómeno complejo que incluye componentes biológicos, psicológicos, sociológicos, filosóficos, morales, etc. El acto suicida que la OMS identificó en 1970 como un problema mayor de Salud Pública, ha estado siempre ligado a la humanidad y sus costumbres. (14)

En este caso se tomará el punto 5 y 6 fusionados en un ítem, además del punto 7 y 9 del cuestionario de Beck para identificar dicha conducta. Estos puntos hacen mención específica al:

- Sentimiento de culpa y/o castigo.
- Vergüenza de sí mismo.
- Deseo de quitarse la vida.

Implicancia de la depresión en los adolescentes:

La depresión es un trastorno del humor, constituido por un conjunto de síntomas, entre los que predomina el de tipo afectivo (tristeza patológica, desesperanza, apatía, anhedonia irritabilidad, sensación subjetiva de malestar) y se pueden presentar también síntomas de tipo cognitivo, volitivos y físicos. Podría decirse que es una afectación global del funcionamiento personal, con especial énfasis en la esfera afectiva. La depresión puede ser de larga duración o recurrente, y afecta considerablemente a la capacidad de llevar a cabo las actividades laborales y académicas y de afrontar la vida cotidiana. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. (15)

Los criterios diagnósticos de depresión más utilizados, tanto en la clínica como en estudios de investigación son las Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), la gravedad de los episodios se basa en el número, tipo e intensidad de los síntomas y en el grado de deterioro funcional, utilizando una lista de 10 síntomas depresivos y divide el cuadro en leve, moderado y grave; en cualquiera de estos casos siempre deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas considerados típicos de la depresión: ánimo depresivo, pérdida de interés y de la capacidad para disfrutar y aumento de la fatigabilidad, cuando la duración del episodio sea al menos dos semanas.(4)

Los Episodios de Depresión Mayor (EDM) pueden presentarse con otros trastornos, quienes lo padecieron en la niñez y/o adolescencia tuvieron mayor probabilidad de presentar agorafobia, fobia social, trastorno negativista desafiante, trastorno disocial y dependencia a las drogas, en comparación con los deprimidos con inicio en la etapa adulta. Además, quienes padecieron depresión desde edades tempranas, tuvieron el 50% más probabilidades de haber intentado suicidarse. Ahora bien, es importante entender las diferencias en las tasas de depresión por sexo. El sexo, en sentido biológico, es distinto que el género, que corresponde más bien a la socialización del rol y se refiere a las conductas, actitudes, emociones, conocimientos y valores socialmente definidos y, en ese sentido, a los estereotipos que definen la masculinidad y la femineidad. Por ejemplo, el rol social masculino se asocia con conductas instrumentales (expresar enojo, pero no tristeza) mientras que en las mujeres se asocia con aspectos emocionales (expresar tristeza, pero no enojo). Una de las áreas de gran interés contemporáneo es cómo se intersectan las características de sexo biológico con el rol socializado de género, ya sea exacerbando o mitigando el riesgo de depresión y sus síntomas asociados. (2)

Cabe señalar que los niños y adolescentes no suelen buscar ayuda por sí mismos, es requisito que esté acompañado de, al menos, el padre/madre o tutor(a) adulto para recibir atención en problemas de la salud, incluidos los emocionales. A diferencia de los trastornos de la conducta o del déficit de

atención con hiperactividad, que suelen provocar molestias a los padres de familia y/o a los maestros, los niños y adolescentes con conductas depresivas muchas veces pasan desapercibidos.

En cuanto a la depresión y diferencia de sexo, un número considerable de investigaciones, coinciden en que la depresión es más frecuente en las mujeres. La proporción varía de 2:1 a 1,5:1. 6-12 Algunos consideran que estas diferencias varían con la edad; que antes de la pubertad la presentación es 1:1 entre niños y niñas; sin embargo, a partir de esta, la relación se modifica a un patrón similar al adulto. 2, 6, 13-16 (Gómez, 2005). Algunos autores señalan que, aunque tanto los hombres como las mujeres pueden desarrollar los síntomas de depresión, la experimentan de diferentes maneras y muestran diferencias a la hora de expresar sus síntomas depresivos, las mujeres buscan más ayuda médica y expresan más fácilmente sus síntomas emocionales; mientras a los hombres les resulta difícil expresar sus emociones y tienden más a la somatización, por lo que consultan a médicos generales, también frecuentemente tienen un problema de abuso de sustancias que a veces enmascara el cuadro depresivo lo que trae como consecuencia que en muchas ocasiones no se realiza el diagnóstico de depresión. (Kaplan G, et al, 2010) Al medir sintomatología depresiva en las diferentes investigaciones (Kaplan G, et al, 2010) no se encontraron diferencias significativas en términos de género y edad. ya que tanto para las niñas, niños y adolescentes los promedios se mantuvieron prácticamente iguales.

En términos de la variable de género. Este hallazgo es corroborado por el estudio de Nieves. et al. (1993). el cual fue realizado con una muestra similar y en el cual no se encontraron diferencias significativas. Algunos estudios demuestran que se deprimen más los niños que las niñas (Blehar & Oren, 1995), aunque esta tendencia se invierte durante la adultez. No se sabe si el fracaso escolar es una causa de la depresión, una consecuencia de la misma o ambas cosas a la vez. También se señalan factores precipitantes de la depresión infantil, como una excesiva exigencia, la competitividad, el entorno hostil, la presión psicológica y

cualquier suceso vital que tenga una repercusión negativa sobre el niño. De los desórdenes afectivos existentes, afecta al 20% a mujeres y 12 % a hombres en algún período de su vida, siendo las mujeres doblemente susceptibles a sufrir depresión; en discrepancia mueren más hombres por suicidio que mujeres (Guadarrama, Escobar & Zhang, 2006). El grupo etario femenino mostró riesgo doble de depresión mayor en comparación con los hombres (Kessler & Bromet, 2013). La investigación realizada por Bhat, Wani, Ara y Saidulla (2015) indicaron que en el año 2010 los trastornos depresivos fueron la segunda causa de enfermedades mentales. El desorden depresivo mayor constituyó el 8.2% (5.9% –10.8%) de enfermedades mentales globales y la distimia en 1.4% (0.9% –2.0%). Con valores 34 más altos en mujeres y adultos en edad de trabajar. Si bien la estadística aumentó en un 37,5% entre 1990 y 2010, se debió al crecimiento de la población y al envejecimiento (Ferrari et al., 2013).

Dada la importancia que tiene este periodo en el ciclo vital con respecto al desarrollo físico, social, educativo y vocacional, la aparición de un trastorno afectivo durante la adolescencia puede ocasionar dificultades en la trayectoria del desarrollo normal. Esta disrupción y sus efectos adversos pueden persistir hasta la vida adulta. El tratamiento por Sí mismo puede resultar muy poco eficiente para modificar el impacto de la depresión, es imperativo prevenir la aparición de los síntomas para reducir la carga por enfermedad de estos trastornos. Existe una gran variedad de consecuencias negativas a largo plazo de la depresión reconocida, como dificultades en la convivencia y socialización, pobre desempeño escolar y un incremento en el riesgo de autolesionarse o suicidarse.

En tanto como respuesta de la OMS trabaja para desarrollar estrategias, programas y herramientas dirigidos a ayudar a los gobiernos a dar respuesta a las necesidades de salud de los adolescentes. Por ejemplo, la Iniciativa para Ayudar a los Adolescentes a Prosperar (HAT, por sus siglas en inglés) es una medida que llevan a cabo conjuntamente la OMS y el UNICEF para fortalecer las

políticas y programas para la salud mental de los adolescentes. Más concretamente, las medidas que se llevan a cabo en el marco de la Iniciativa son para promover la salud mental y para prevenir trastornos de esa índole. También están destinadas a ayudar en la prevención de autolesiones y otros comportamientos de riesgo, como el uso nocivo de alcohol y el consumo de drogas, que afectan negativamente a la salud mental y física de los jóvenes.

La OMS también ha elaborado un módulo sobre trastornos mentales y del comportamiento en niños y adolescentes como parte de la guía de intervención del mhGAP 2.0. En ella figuran protocolos clínicos basados en pruebas para evaluar y tratar diversos trastornos mentales en entornos de atención no especializada. (24)

En nuestro país contamos con la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 fue sancionada en Argentina en diciembre de 2010 donde se plantea la asistencia primaria en salud mental. Entendiendo que estas son estrategias de salud basada en procedimientos de baja complejidad y alta efectividad, con el propósito de evitar el desencadenamiento de la enfermedad mental.

En cuanto a los adolescentes, la ley establece que se debe garantizar el acceso a los servicios de salud mental para los adolescentes y jóvenes en el marco de la atención integral de su salud.

Las intervenciones de promoción de la salud mental de los adolescentes van orientadas a fortalecer su capacidad para regular sus emociones, potenciar las alternativas a los comportamientos de riesgo, desarrollar la resiliencia para gestionar situaciones difíciles o adversas, y promover entornos y redes sociales favorables. (25)

Es crucial abordar las necesidades de los adolescentes que padecen trastornos de salud mental. En este caso es clave evitar la institucionalización y la medicalización excesiva, priorizar las soluciones no farmacológicas y respetar los derechos de los niños recogidos en la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño y otros instrumentos de derechos humanos. (26)

Las intervenciones de promoción de la salud mental de los adolescentes van orientadas a fortalecer su capacidad para regular sus emociones, potenciar las

alternativas a los comportamientos de riesgo, desarrollar la resiliencia para gestionar situaciones difíciles o adversas, y promover entornos y redes sociales favorables.

Esos programas requieren un planteamiento que abarque múltiples niveles y varias plataformas de difusión —por ejemplo, medios digitales, entornos de atención médica o social, escuelas o la comunidad—, así como diversas estrategias para llegar a los adolescentes, en especial a los más vulnerables.

CAPÍTULO III: “Diseño Metodológico”

Materiales y Métodos:

La adolescencia es la etapa de la vida entre los 10 y 19 años de edad en la que pueden observarse trastornos de la conducta, del aprendizaje y conductas violentas, de aislamiento, periodos de tristeza y apatía prolongados; detectados tardíamente en muchas ocasiones. Diversos estudios poblacionales investigan su prevalencia y otros intentan detectar, a través de la presencia de diversos signos, a los adolescentes con riesgo de padecer algunas de estas situaciones. También se han delimitado patrones o perfiles diferenciados relacionados con estos trastornos y que pudieran ser predictivos de otras patologías en la adolescencia. (3)

La depresión en niños y adolescentes es una enfermedad compleja que tiene múltiples factores de riesgo, que en ocasiones interactúan entre sí y pueden tener un efecto acumulativo. Es improbable que un único factor pueda explicar el desarrollo de la depresión, reducir la ocurrencia o que su control sea suficiente para prevenirla.

En los últimos años hubo un importante aumento de la prevalencia de la depresión a nivel mundial, y de forma paralela, una disminución de su edad de comienzo, de modo que se ha convertido, según la OMS (Organización Mundial de la Salud), en un importante problema de Salud Pública que afecta a unos 120 millones de personas, de las que menos del 25% no tienen acceso a tratamientos efectivos, además, una de cada 5 personas desarrollará un trastorno depresivo en la vida adulta. Por este motivo y según la estimación, la depresión pasará a convertirse en el año 2020 en la segunda causa de discapacidad mundial, después de las enfermedades cardiovasculares. (4)

De aquí la necesidad de estudiar las conductas adolescentes en torno a la depresión, ya que su identificación, análisis, seguimiento y/o tratamiento serían de gran aporte y utilidad para el sistema de salud. De no mediar un diagnóstico precoz y un tratamiento oportuno, estas situaciones perdurarán e incrementarán su sintomatología a lo largo de la adolescencia, provocando dificultades personales y familiares que pueden mantenerse en la vida adulta. La detección en atención primaria a través de una valoración rutinaria de signos de sospecha de padecer algún trastorno de conducta. Le permitiría actuaciones diagnósticas y terapéuticas tempranas que redundarían en un mejor pronóstico a corto y largo plazo.

Hipótesis:

Los adolescentes presentan conductas depresivas. Siendo la adolescencia tardía (de 15 a 19 años) el grupo con mayor incidencia.

Tipo de estudio:

La investigación es cuantitativa, de naturaleza descriptiva y correlacional porque en primer lugar se ha descrito y caracterizado la dinámica de cada una de las variables de estudio. Seguidamente se medirá la relación de las variables conductas depresivas y edad del adolescente.

Diseño:

El diseño de la investigación será de tipo no experimental: correlacional-transversal que ya no se manipulará ni se someterá a prueba las variables de estudio. Es transversal ya que su propósito es hacer un corte en el tiempo y medir las variables a través de una encuesta estructurada realizada mediante escalas que miden conductas y rasgos depresivos ya existentes y validados, adaptadas a este estudio en particular y aplicada a los adolescentes seleccionados.

Población y muestra:

La localidad de Sauzalito cuenta con 7500 habitantes, de los cuales aproximadamente 2100 (28%) son adolescentes; de los cuales se tomará una muestra representativa según la fórmula dada donde se tiene en cuenta el tamaño del universo, la heterogeneidad, el margen de error y el nivel de confianza para establecer la muestra que formará parte del estudio.

Se ha realizado el cálculo del tamaño muestral tomando en cuenta una población adolescente total de la localidad de 2100, con un nivel de confianza del 90% y un margen de error de 5%. Se obtuvo una muestra representativa de 242 adolescentes. La muestra estará conformada por adolescentes de la localidad, tomando en partes iguales (50%) varones y mujeres, de igual manera se tomará el 50% de adolescentes entre 10 a 14 años y el 50% de adolescentes de 15 a 19 años; para lo cual se aplicará un muestreo aleatorio simple.

- Cálculo muestral:

$$n = \frac{N \times Z_a^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z_a^2 \times p \times q}$$

En donde:

N = tamaño de la población o universo (número total de posibles encuestados).

Z = nivel de confianza. El nivel de confianza indica la probabilidad de que los resultados de nuestra investigación sean ciertos: un 95,5 % de confianza es lo mismo que decir que nos podemos equivocar con una probabilidad del 4,5%.

p = probabilidad de éxito, o proporción esperada. Es la proporción de individuos que poseen en la población la característica de estudio. Este dato es generalmente desconocido y se suele suponer que $p=q=0.5$ que es la opción más segura.

q = probabilidad de fracaso.

d = precisión (Error máximo admisible en términos de proporción).

n = es el tamaño de la muestra (número de encuestas que vamos a hacer).

Unidad de Análisis:

- Cada uno de los adolescentes de la localidad de Sauzalito.

Criterios de Inclusión:

- Todos los adolescentes de entre 10 y 19 años de edad, de ambos sexos de la localidad de Sauzalito.

Criterios de Exclusión:

- Adolescentes que no sepan leer o escribir.
- Adolescentes que no deseen participar de la investigación.
- Adolescentes cuyos padres no los autoricen a través del consentimiento informado.

Variabes:

Variabes	
Variabes Dependientes	Variabes Independientes
<ul style="list-style-type: none"> • Conductas depresivas: • Aislamiento Social. • Ansiedad. • Agresividad. • Melancolía. • Apatía. • Suicidas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sexo y Edad.

Operacionalización de variables:

- I. **Variable Sexo:** Condición orgánica que distingue a los machos de las hembras.

Definición Operacional: Conjunto de características biológicas, físicas, fisiológicas y anatómicas que definen a los seres humanos como hombre y mujer, y a los animales como macho y hembra

Valores:

- Femenino.
- Masculino.

Indicadores:

- F
- M

- II. **Variable Edad:** Tiempo que ha vivido una persona contando desde su nacimiento.

Definición Operacional: La adolescencia, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se extiende desde los 10 u 11 años, hasta los 19 años, y se divide, fundamentalmente, dos fases o etapas:

- Adolescencia temprana: es el periodo comprendido entre los 10 años (niñas) u 11 años (niños), y los 14-15 años.
- Adolescencia tardía: es el periodo comprendido entre los 14 y 15 años hasta los 19 años de edad.

Valores:

- 10 a 14 años.
- 15 a 19 años.

Indicadores:

- Si.
- No.

III. Variable Conducta de Aislamiento Social: soledad

experimentada por el individuo y percibida como negativa o amenazadora.

Definición Operacional: Se realiza una adaptación del cuestionario de Beck, tomando los ítems 13, 14, y 15 sobre la posibilidad de tomar decisiones, el aspecto físico y la capacidad de hacer algo respectivamente.

Dimensiones	Valores	Indicadores
1)-Toma de decisiones por sí mismo.	Imposible tomar decisiones	Si No
	Difícil tomar decisiones	Si No
	Evito tomar decisiones	Si No
	Tomo decisiones.	Si No
2)- Aspecto físico.	Tengo un aspecto físico horrible.	Si No
	Soy poco atractivo.	Si No
	Parezco viejo.	Si No
	Mi aspecto es igual que antes.	Si No
3)- Capacidad de hacer algo y/o trabajar.	No puedo hacer nada.	Si No
	Me obligo para hacer algo.	Si No
	Me cuesta esfuerzo comenzar a hacer algo.	Si No
	Trabajo igual que antes	Si No

IV. Variable Conducta de Ansiedad: Es una manifestación

esencialmente afectiva. Se trata de una vivencia, de un estado subjetivo o de una experiencia interior, que podemos calificar de emoción.

La ansiedad negativa se caracteriza por sentimientos de malestar, preocupación, hipervigilancia, tensión, temor, inseguridad, percepción de fuertes cambios fisiológicos.

Definición Operacional: Considerando la ansiedad negativa se realiza una adaptación del Cuestionario de Beck tomando los siguientes parámetros:

Insomnio, falta de apetito y/o pérdida de peso, Preocupación por el estado físico; correspondientes a los puntos 16, 18 y 20 respectivamente.

Dimensiones.	Valores	Indica dolores.
1)- Insomnio.	Me despierto varias veces en la noche.	Si No
	Me despierto 1 o 2 hs antes de lo habitual.	Si No
	No duermo tan bien como antes.	Si No
	Duermo bien como siempre.	Si No
2)- Falta de apetito y/o pérdida de peso.	He perdido completamente el apetito y más de 7 kg.	Si No
	Ahora tengo mucho menos apetito, y perdí más de 4 kg.	Si No
	No tengo tan buen apetito como antes, perdí más de 2 kg.	Si No
	Mi apetito no ha disminuido y casi no perdí peso.	Si No
3)- Preocupación por el estado físico.	Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.	Si No
	Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en algo más.	Si No
	Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, malestar de estómago o estreñimiento.	Si No
	No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.	Si No

V. Variable Conducta de Agresividad: Es una tendencia a actuar o a responder de forma violenta, que puede manifestarse con intensidad variable, desde las expresiones verbales y gestuales hasta la agresión física.

Definición Operacional: Es importante destacar que la agresividad puede originarse por factores internos o externos a la persona. Continuando con el Cuestionario de Beck como base del estudio. Se toma para esta variable el punto 11, correspondiente a Irritabilidad.

Dimensiones.	Valores.	Indicadores.
1)- Irritabilidad.	No me irrito por las cosas que antes solían irritarme.	Si No
	Me siento irritado todo el tiempo.	Si No
	Me molesto o irrito más fácilmente que antes.	Si No
	No estoy más irritado ahora de lo que puedo estar.	Si No

VI. Variable Conducta de Melancolía: Se trata de la tristeza vaga, permanente y profunda, que puede haber nacido por causa física o moral y que hace que el sujeto que la padece no se encuentre a gusto ni disfrute de la vida.

Definición Operacional: Par tal efecto utilizaremos el cuestionario de Beck tomando los puntos 1, 2, 3, y 10 como dimensiones de dicha variable, correspondientes a: Sentimiento de tristeza, Sentimiento de desánimo, Sentimiento de fracaso, Llanto. Respectivamente.

Dimensiones.	Valores.	Indicadores.
1)-Sentimiento de tristeza.	Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.	Si No
	Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.	Si No
	Me siento triste.	Si No
	No me siento triste.	Si No
2)-Sentimiento de desánimo	Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.	Si No
	Siento que no tengo que esperar nada.	Si No
	Me siento desanimado respecto al futuro.	Si No
	No me siento especialmente desanimado con respecto al futuro.	Si No
3)-Sentimiento de fracaso.	Me siento una persona totalmente fracasada.	Si No
	Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.	Si No
	Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.	Si No
	No me siento fracasado.	Si No
4)- Llanto	Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.	Si No
	Lloro continuamente.	Si No
	Ahora llora más que antes.	Si No
	No lloro más de lo que solía.	Si No

- VII. Variable Conducta de Apatía:** Hace referencia a la desidia, el desgano, la indiferencia y la falta de fuerza. Se trata, en otras palabras, del estado de ánimo impasible que se refleja en la ausencia de ganas o entusiasmo.

Definición Operacional: Continuando con la adaptación del cuestionario de Beck, en este caso se tomarán las dimensiones de: Insatisfacción y/o aburrimiento; Pérdida de interés por los demás. Correspondientes a los puntos 4, y 12 respectivamente.

Dimensiones	Valores	Indicadores
1)-Insatisfacción y/o aburrimiento.	Estoy insatisfecho o aburrido de todo.	Si No
	Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.	Si No
	No disfruto de las cosas tanto como antes.	Si No
	Las cosas me satisfacen tanto como antes	Si No
2)- Pérdida de interés por los demás.	He perdido todo el interés por los demás.	Si No
	He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.	Si No
	Estoy interesado en los demás menos que antes.	Si No
	No he perdido el interés por los demás.	Si No

VIII. Variable Conductas Suicidas: Hecho donde el adolescente se auto inflige al grado de provocarse la muerte.

Definición Operacional: El acto suicida que la OMS identificó en 1970 como un problema mayor de Salud Pública, ha estado siempre ligado a la humanidad y sus costumbres. En este caso se tomará el punto 5 y 6 fusionados en un ítem, además del punto 7 y 9 del cuestionario de Beck para identificar dicha conducta. Estos puntos hacen mención específica al: Sentimiento de culpa y/o castigo; Vergüenza de sí mismo; Deseo de quitarse la vida.

Dimensiones	Valores	Indicadores
1)-Sentimiento de culpa y/o castigo	Me siento culpable constantemente.	Si No
	Espero ser castigado.	Si No
	Siento que estoy siendo castigado	Si No
	No me siento especialmente culpable, ni creo que esté siendo castigado.	Si No
2)-Vergüenza de sí mismo.	Me detesto.	Si No
	Me da vergüenza de mi mismo.	Si No
	Estoy decepcionado de mi mismo.	Si No
	No estoy decepcionado de mi mismo.	Si No
3)-Deseo de quitarse la vida.	Me suicidaría si tuviese la oportunidad.	Si No
	Desearía suicidarme.	Si No
	A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.	Si No
	No tengo ningún pensamiento de suicidio.	Si No

CAPITULO IV: “Procesamiento y Análisis de Datos”

Los datos se volcaron en un software para procesarlos y arribar a conclusiones, las cuales se expresan a través de gráficos y tablas representativas, ilustrando y describiendo de manera concreta la problemática en cuestión.

Resultados:

Se recolectaron un total de 284 cuestionarios completos, superándose de tal forma el tamaño muestral representativo.

- **Conducta de Aislamiento Social:**

Soledad experimentada por el individuo y percibida como negativa o amenazadora.

Se realizó una adaptación del cuestionario de Beck, tomando los ítems 13, 14, y 15 sobre la posibilidad de tomar decisiones, el aspecto físico y la capacidad de hacer algo respectivamente. Según el análisis de los datos obtenidos, podemos observar que sólo el 19,3% de las mujeres y el 20,7% de los hombres no presenta ninguna dificultad para tomar decisiones; mientras que el 32,3% de las mujeres y el 26,7% de los hombres presenta algún nivel de dificultad al tener que tomar decisiones. Dando como resultado que las mujeres presentan con mayor frecuencia esta conducta. Teniendo en cuenta la edad también podemos encontrar resultados similares: el 19% de los adolescentes de 10 a 14 años y el 21,8% de los adolescentes de 15 a 19 años son los que no presentan inconvenientes a la hora de tomar decisiones; pudiendo analizar en este caso que en la adolescencia temprana esta conducta es más evidente.

En cuanto al aspecto físico se pudo ver que el 31,8% de las mujeres y 21,3% de los hombres presenta algún problema de conducta relacionados a su aspecto

físico, dentro de los cuales se tomó el verse viejo, ser poco atractivo o tener un aspecto horrible; los resultados muestran que las mujeres son el grupo que evidencia con mayor frecuencia esta conducta. Según la edad el 21% de los adolescentes de 10 a 14 años y el 25,2% de los adolescentes de 15 a 19 años presenta dificultades en cuanto su aspecto físico; quedando en evidencia que la adolescencia tardía es el grupo más afectado.

Y por último tomando la dimensión de capacidad para hacer algo o trabajar se pudo observar que en las mujeres aparece con mayor frecuencia (31,9%) que en los hombres (26,2%); y en la adolescencia tardía (26,3%) más que en la adolescencia temprana (25,3%).

Tomando el total de los encuestados podemos concluir que la conducta de aislamiento social en los adolescentes está presente en un promedio de 53,65%.

Tabla I: Conductas de aislamiento social en los adolescentes según Sexo y edad en la localidad de Sauzalito, marzo a diciembre del 2018.

Dimensiones	Valores.	Sexo M n - %	Sexo H n - %	10 a 14 años	15 a 19 años
1)-Toma de decisiones por sí mismo.	Imposible tomar decisiones	(36) 12,6%	(22) 7,7%	(48) 16,9%	(13) 4,5%
	Difícil tomar decisiones	(39) 13,7%	(27) 9,5%	(28) 9,8%	(41) 14,4%
	Evito tomar decisiones	(19) 6,6%	(27) 9,5%	(15) 5,2%	(22) 7,7%
	Tomo decisiones	(55) 19,3%	(59) 20,7%	(54) 19%	(62) 21,8%
2)Aspecto físico.	Tengo un aspecto físico horrible.	(32) 11,2%	(16) 5,6%	(23) 8%	(27) 9,5%
	Soy poco atractivo.	(25) 8,8%	(32) 11,2%	(25) 8,8%	(30) 10,5%

	Parezco viejo.	(19) 6,6%	(13) 4,5%	(14) 4,9 %	(15) 5,2 %
	Mi aspecto es igual que antes.	(79) 27,8 %	(68) 23,9 %	(83) 29, 2%	(66) 23,2%
3) Capacidad de hacer algo y/o trabajar.	No puedo hacer nada.	(13) 4,5%	(11) 3,8%	(10) 3,5 %	(10) 3,5 %
	Me obligo para hacer algo.	(44) 5,4%	(21) 7,3%	(35) 12, 3%	(33) 11, 6%
	Me cuesta esfuerzo comenzar a hacer algo.	(34) 11,9 %	(43) 5,1%	(27) 9,5 %	(32) 11,2%
	Trabajo igual que antes,	(46) 16,1 %	(72) 25,3 %	(73) 25,7%	(63) 22,1%

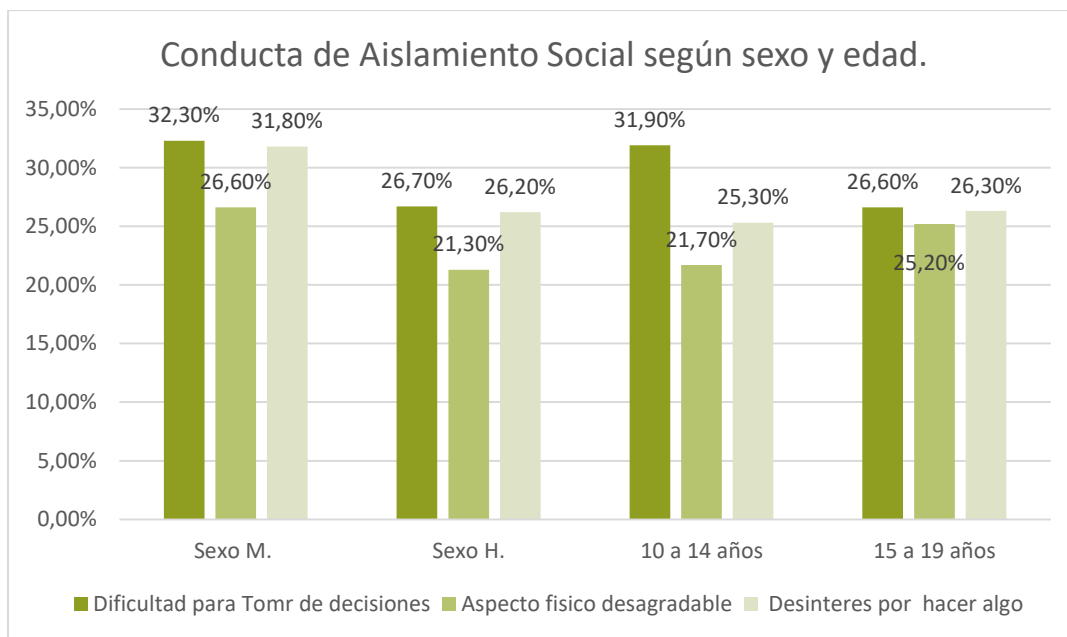


Gráfico N° 1. Fuente elaboración propia.

Conducta de Ansiedad:

Manifestación esencialmente afectiva. Se trata de una vivencia, de un estado subjetivo o de una experiencia interior, que podemos calificar de emoción. La ansiedad negativa se caracteriza por sentimientos de malestar, preocupación, hiper vigilancia, tensión, temor, inseguridad, percepción de fuertes cambios fisiológicos.

Considerando la ansiedad negativa se realiza una adaptación del Cuestionario de Beck sobre el insomnio, la falta de apetito y/o pérdida de peso, y preocupación por los estados físicos; correspondientes a los puntos 16, 18 y 20 respectivamente.

Los resultados obtenidos arrojan que las conductas de insomnio son más frecuentes en mujeres (28,4%), que en hombres (25,2%) y aparece con una frecuencia similar en las dos etapas de la adolescencia: 27% en adolescencia temprana y 26,7% en la adolescencia tardía.

Por otra parte, de acuerdo a la falta de apetito o pérdida de peso, podemos ver que es más común en hombres (29,1%) que en mujeres (26,6%); y según la edad se evidencia un 29% en la adolescencia temprana, y un 26,6% en la adolescencia tardía.

En cuanto a la preocupación por el estado físico el análisis muestra mayor frecuencia en mujeres con un 28,7% que en hombres 23,5%; y de igual manera predomina en la adolescencia temprana con un 27,3% mas que en la adolescencia tardía 24,8%.

Obteniendo como resultado que la conducta depresiva de ansiedad aparece en un promedio de 53,8% en los adolescentes de la localidad de Sauzalito.

Tabla II: Conductas de ansiedad en los adolescentes según sexo y edad en la localidad de Sauzalito, marzo a diciembre del 2018.

Dimensiones	Valores	Sexo M n - %	Sexo H n - %	10 a 14 Años	15 a 19 Años
1)- Insomnio.	Me despierto varias veces en la noche	(34) 11,9%	(21) 7,3%	(33) 11,6%	(22) 7,7%
	Me despierto 1 o 2 hs antes de lo habitual	(22) 7,7%	(20) 7%	(17) 5,9%	(25) 8,8%
	No duermo tan bien como antes.	(25) 8,8%	(31) 10,9%	(27) 9,5%	(29) 10,2%
	Duermo bien como siempre.	(70) 24,6%	(60) 21,1%	(68) 23,9%	(62) 21,8%
2)- Falta de apetito y/o pérdida de peso.	He perdido completamente el apetito y más de 7 kg.	(16) 5,6%	(17) 5,9%	(19) 6,6%	(14) 4,9%
	Ahora tengo mucho menos apetito, y perdí más de 4 kg.	(40) 14%	(48) 16,9%	(49) 17,2%	(39) 13,7%
	No tengo tan buen apetito como antes, perdí más de 2 kg.	(20) 7%	(18) 6,3%	(15) 5,2%	(23) 8%
	Mi apetito no ha disminuido y casi no perdí peso.	(75) 26,4%	(49) 17,2%	(62) 21,8%	(62) 21,8%
3)Preocupación por el estado físico.	Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy	(30) 10,5%	(31) 10,9%	(35) 12,3%	(26) 9,1%

incapaz de pensar en cualquier cosa.				
Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en algo más.	(17) 5,9%	(20) 7%	(20) 7%	(17) 5,9%
Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, malestar de estómago o estreñimiento. -	(35) 12,3%	(16) 5,6%	(23) 8%	(28) 9,8%
No estoy preocupado por mi salud más de lo normal. -	(69) 24,2%	(65) 22,8%	(67) 23,5%	(67) 23,5%

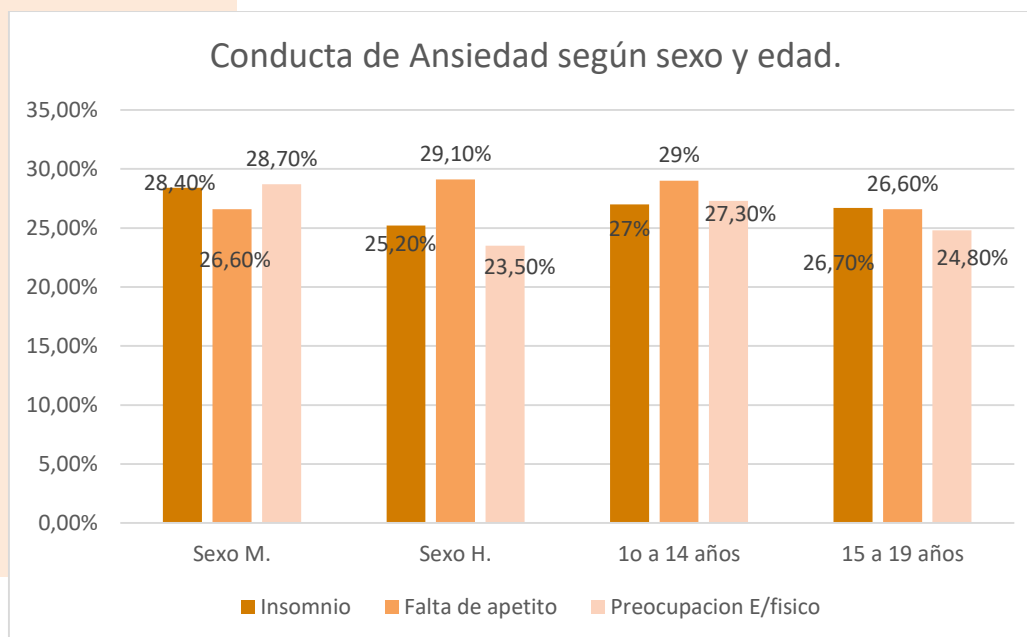


Gráfico N° 2. Fuente elaboración propia.

Conducta de Agresividad:

Es una tendencia a actuar o a responder de forma violenta, que puede manifestarse con intensidad variable, desde las expresiones verbales y gestuales hasta la agresión física. La agresividad puede originarse por factores internos o externos a la persona.

Continuando con el Cuestionario de Beck como base del estudio. Se ha tomado para esta variable el punto 11, correspondiente a Irritabilidad; lo que nos da como resultado que esta es una conducta presente entre los adolescentes en un promedio de 63,6% del total de los encuestados; presentándose con mayor frecuencia en mujeres 35,8% que en hombres 28%; y en este sentido aparece mayormente en la adolescencia tardía 33,7%, que en la adolescencia temprana 29,8%.

Tabla III: Conductas de agresividad en los adolescentes según sexo y edad en la localidad de Sauzalito, marzo a diciembre del 2018.

Dimensiones	Valores	Sexo M n - %	Sexo H n - %	10 a 14 años	15 a 19 años
1)- Irritabilidad.	No me irrito por las cosas que antes solían irritarme.	(48) 16,9%	(46) 16,1%	(45) 15,8%	(49) 17,2%
	Me siento irritado todo el tiempo.-	(23) 8%	(7) 2,4%	(14) 4,9%	(16) 5,6%
	Me molesto o irrito más fácilmente que antes.-	(31) 10,9%	(26) 9,1%	(26) 9,1%	(31) 10,9%
	No estoy más irritado ahora de lo que puedo estar.-	(49) 17,2%	(53) 18,6%	(62) 21,8%	(40) 14%

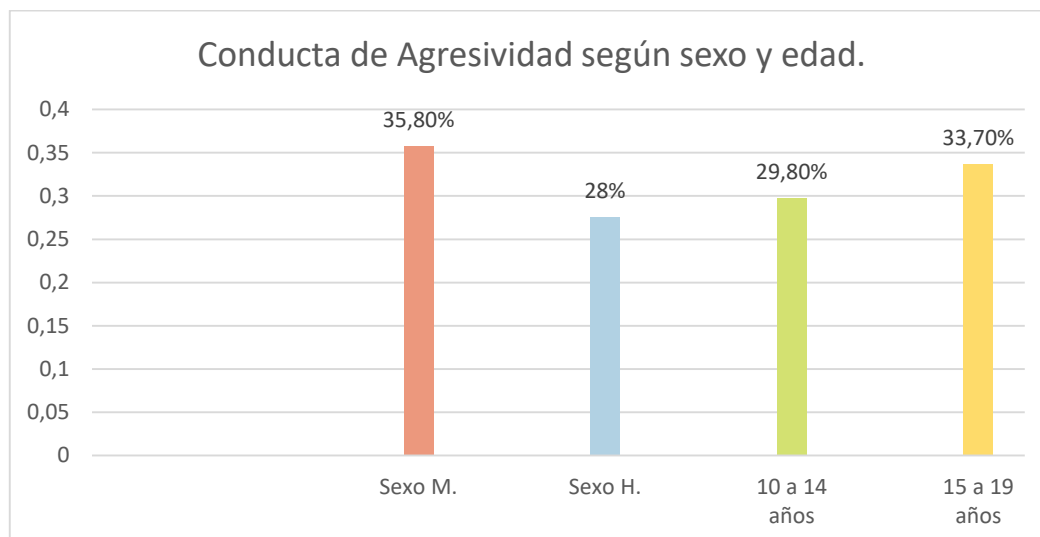


Gráfico N° 3: Fuente elaboración propia.

Conducta de Melancolía:

Se trata de la tristeza vaga, permanente y profunda, que puede haber nacido por causa física o moral y que hace que el sujeto que la padece no se encuentre a gusto ni disfrute de la vida.

Par tal efecto utilizamos el cuestionario de Beck tomando los puntos 1, 2, 3, y 10 como dimensiones de dicha variable, correspondientes a:

- Sentimiento de tristeza.
- Sentimiento de desánimo.
- Sentimiento de fracaso.
- Llanto.

Luego del análisis de los datos podemos observar que el sentimiento de tristeza predomina en mujeres (30,8%) y en adolescentes de 15 a 19 años de edad (27,7%); al igual que el sentimiento de desánimo visto en mayor porcentaje en las mujeres (28,3%), que en los hombres (26,2%), aunque en este caso el porcentaje más alto puede observarse en la adolescencia temprana (28,3%.); en cuanto al sentimiento de fracaso también es mayor el porcentaje observado en

mujeres (28,4%) que en hombre (17,8%) y así mismo mayor en la adolescencia tardía (26,3%); el llanto, al igual que las demás dimensiones, se presenta mayormente en mujeres (29,5%) y en la adolescencia tardía (25,5%).

Se obtiene como resultado final que la conducta depresiva de melancolía está presente en los adolescentes en un promedio de 49,2% del total de los encuestados; siendo las mujeres en la adolescencia tardía el grupo más afectado.

Tabla IV: Conductas de melancolía en los adolescentes según sexo y edad en la localidad de Sauzalito, marzo a diciembre del 2018.

Dimensiones	Valores	Sexo M n - %	Sexo H n - %	10 a 14 años	15 a 19 años
1)- Sentimiento de tristeza.	Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.-	(27) 9,5%	(17) 5,9%	(24) 8,4 %	(20) 7%
	Me siento triste continuament e y no puedo dejar de estarlo.-	(38) 13,3%	(17) 5,9 %	(22) 7,7%	(33) 11,6 %
	Me siento triste.-	(23) 8%	(18) 6,3%	(15) 5,2%	(26) 9,1%
	No me siento triste.-	(63) 22,1%	(80) 28,1 %	(86) 30,2%	(57) 20%



2)- Sentimiento de desánimo.	Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.-	(34) 11,9%	(24) 8,4%	(38) 13,3%	(20) 7%
	Siento que no tengo que esperar nada.-	(21) 7,3%	(23) 8%	(23) 8%	(21) 7,3%
	Me siento desanimado respecto al futuro.-	(26) 9,1%	(28) 9,8%	(20) 7%	(34) 11,9%
	No me siento especialmente desanimado con respecto al futuro.-	(70) 24,6%	(57) 20%	(66) 23,2%	(61) 21,4%
3)- Sentimiento de fracaso.	Me siento una persona totalmente fracasada.-	(23) 8%	(13) 4,5%	(22) 7,7%	(14) 4,9%
	Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.	(33) 11,6%	(20) 7%	(21) 7,3%	(32) 11,2%
	Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.	(25) 8,8%	(18) 6,3%	(14) 4,9%	(29) 10,2%
	No me siento fracasado.-	(70) 24,6%	(81) 28,5%	(90) 31,6%	(61) 21,4%

4)- Llanto.	Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.-	(27) 9,5%	(27) 9,5%	(28) 9,8%	(26) 9,1%
	Lloro continuamente.-	(30) 10,5%	(8) 2,8%	(19) 6,6%	(19) 6,6%
	Ahora llora más que antes.-	(27) 9,5%	(16) 5,6%	(15) 5,2%	(28) 9,8%
	No lloro más de lo que solía.-	(67) 23,5%	(81) 28,5%	(85) 29,9%	(63) 22,1%
			%		%

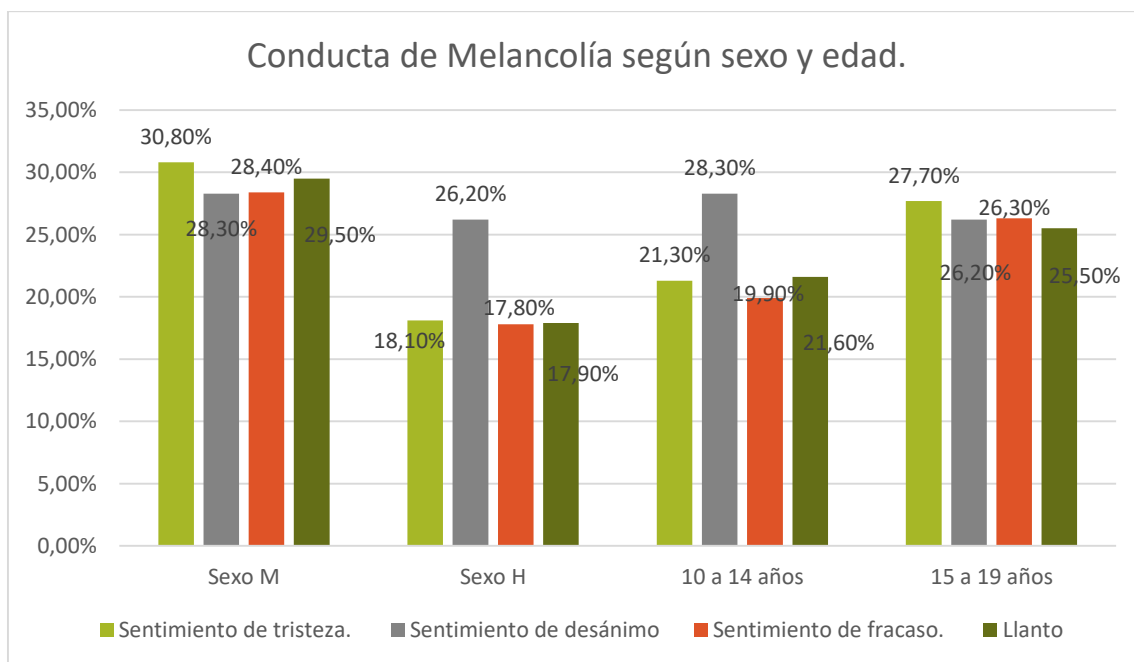


Gráfico N° 4: Fuente elaboración propia.

Conducta de Apatía.

Hace referencia a la desidia, el desgano, la indiferencia y la falta de fuerza. Se trata, en otras palabras, del estado de ánimo impasible que se refleja en la ausencia de ganas o entusiasmo; trata, en otras palabras, del estado de ánimo impasible que se refleja en la ausencia de ganas o entusiasmo.

Continuando con la adaptación del cuestionario de Beck, en este caso se tomaron las dimensiones de:

- Insatisfacción y/o aburrimiento.
- Pérdida de interés por los demás.

Correspondientes a los puntos 4, y 12 respectivamente.

Los resultados hallados establecen que el 33,6% de las mujeres presenta mayor insatisfacción y/o aburrimiento que los hombres 27,3%; mientras que con mayor frecuencia se presenta en la adolescencia tardía en un 31,2%, que en la adolescencia temprana 29,8%. En cuanto a la pérdida de interés por los demás también es mayor en mujeres que en hombres: 27,7% y 25,5% respectivamente; y se presenta con mayor frecuencia en la adolescencia tardía siendo el porcentaje en esta de 29,7% y de 23,4% en la adolescencia temprana.

En promedio la apatía se encuentra presente en un 57% del total de los adolescentes encuestados.

Tabla V: Conductas de apatía en los adolescentes según sexo y edad en la localidad de Sauzalito, marzo a diciembre del 2018.

Dimensiones.	Valores.	Sexo M N - %	Sexo H N - %	10 a 14 años	15 a 19 años
1)- Insatisfacción y/o aburrimiento.	Estoy insatisfecho o aburrido de todo.	(36) 12,6 %	(27) 9,5 %	(31) 10,9 %	(32) 11, 2%
	Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.	(11) 3,8%	(7) 2,4 %	(12) 4,2 %	(6) 2,1 %
	No disfruto de las cosas tanto como antes.	(49) 17,2%	(44) 15,4%	(42) 14,7%	(51) 17,9%
	Las cosas me satisfacen tanto como antes	(55) 19,3%	(54) 19%	(62) 21,8%	47 16,5%
2)- Pérdida de interés por los demás.	He perdido todo el interés por los demás.	(26) 9,1%	(21) 7,3%	(24) 8,4%	(23) 8 %
	He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.	(26) 9,1%	(22) 7,7%	(20) 7 %	(28) 9,8%
	Estoy interesado en los demás menos que antes	(27) 9,5%	(30) 10,5%	(23) 8 %	(34) 11,9%
	No he perdido el interés por los demás	(68) 23,9%	(63) 22,1%	80 28,1%	(51) 17,9%

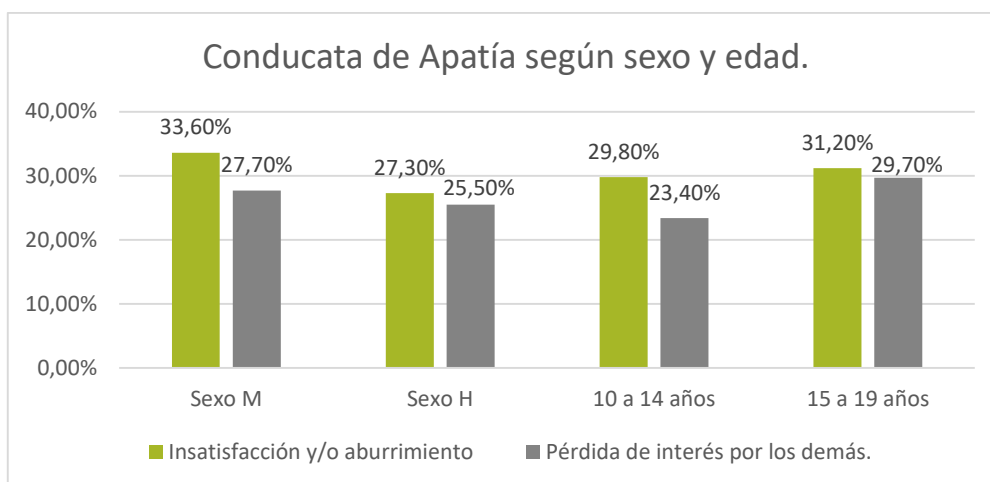


Gráfico N°5. Fuente: Elaboración propia.

Conductas Suicidas:

Hecho donde el adolescente se auto inflige al grado de provocarse la muerte. El acto suicida que la OMS identificó en 1970 como un problema mayor de Salud Pública, ha estado siempre ligado a la humanidad y sus costumbres.

En este caso se tomará el punto 5 y 6 fusionados en un ítem, además del punto 7 y 9 del cuestionario de Beck para identificar dicha conducta. Estos puntos hacen mención específica al:

- Sentimiento de culpa y/o castigo.
- Vergüenza de sí mismo.
- Deseo de quitarse la vida.

El análisis de esta variable arroja como resultado que el sentimiento de culpa es más frecuente en las mujeres con un (19,2%) que en los hombre (17,8%), y mayor en la adolescencia temprana que en la tardía 18,2% y 17,8% respectivamente. En cuanto al sentimiento de vergüenza también es mayor en mujeres (22,4%) que en hombres (19,9%); y más frecuente en la adolescencia tardía que en la temprana. Sin embargo, las conductas suicidas se presentan en

ambos sexos en porcentajes similares (17,9% y 17,8%); presentándose en mayor porcentaje en la adolescencia temprana con un 18,9%, que en la tardía 17,5%, siendo muy poca la diferencia entre ambas.

Concluyendo que el promedio de conductas suicidas presentes en el total de los encuestados es de 38,26%.

Tabla VI Conductas suicidas en los adolescentes según sexo y edad en la localidad de Sauzalito, marzo a diciembre del 2018.

Dimensiones.	Valores.	Sexo M N%	Sexo H N%	10 a 14 años	15 a 19 años
1)-Sentimiento de culpa y/o castigo.	Me siento culpable constantemente.	(34) 11,9 %	(16) 5,6%	(26) 9,1 %	(24) 8,4 %
	Espero ser castigado.	(2) 0,7%	(10) 3,5%	(6) 2,1 %	(6) 2,1%
	Siento que estoy siendo castigado.	(19) 6,6 %	(22) 7,7 %	(2) 7,0 %	(21) 7,3 %
	No me siento especialmente culpable, ni creo que esté siendo castigado.	(86) 30,2 %	(94) 33,0 %	(96) 33,8 %	(84) 29,5 %
2)-Vergüenza de sí mismo.	Me detesto.	(29) 10,2%	(11) 3,8 %	(23) 8,0 %	(17) 5,9 %
	Me da vergüenza de mi mismo.	(12) 4,2 %	(18) 6,3 %	(18) 6,3 %	(12) 4,2 %
	Estoy decepcionado de mi mismo.	(23) 8,0 %	(28) 9,8 %	(17) 5,9 %	(34) 11,9 %
	No estoy decepcionado de mi mismo.	(77) 27,1 %	(85) 29,9 %	(90) 31,6 %	(72) 25,3 %
3)-Deseo de quitarse la vida.	Me suicidaría si tuviese la oportunidad.	(12) 4,2 %	(13) 4,5 %	(17) 5,9 %	(8) 2,8 %

Desearía suicidarme.	(10)	(9)	(8)	(11)
	3,5 %	3,1 %	2,8 %	3,8 %
A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.	(31)	(29)	(29)	(31)
	10,9 %	10,2 %	10,2 %	10,9 %
No tengo ningún pensamiento de suicidio.	(88)	(92)	(95)	(85)
	30,9 %	32,3 %	33,4 %	29,9 %

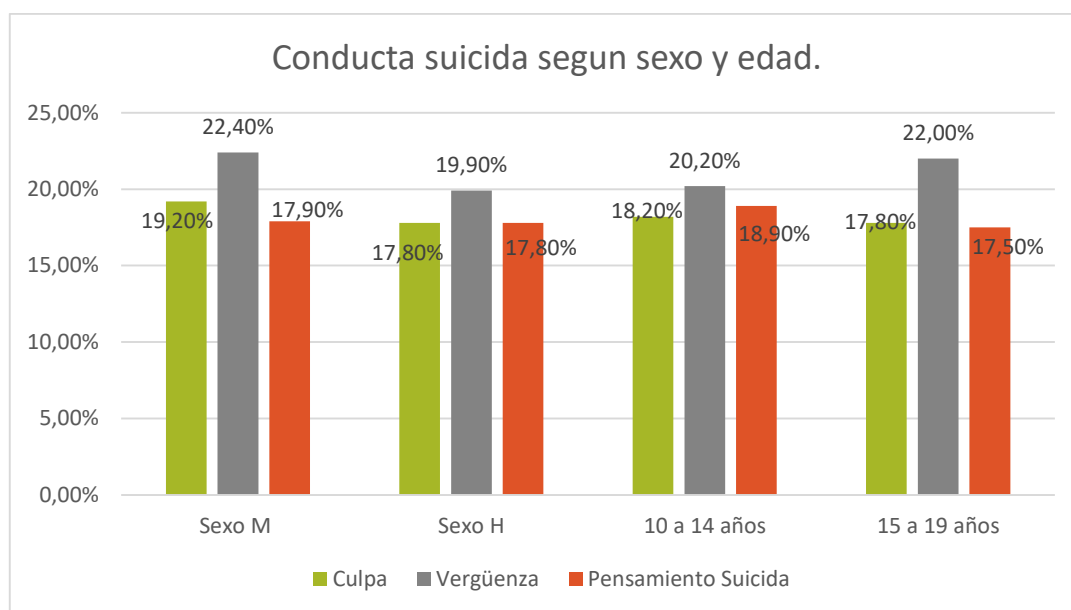


Gráfico N° 6. Fuente: Elaboración propia.

Por último podemos ver en la siguiente tabla el resultado total de Beck, el cual nos muestra que solo el 26% del total de los adolescentes no presenta ningún tipo de conducta depresiva; mientras que el 73,8% presenta algún tipo de conducta depresiva, las que van desde leve con un resultado de 38,7%, moderada 23,9% y graves 11,2%.

Tabla VII: Conductas depresivas en los adolescentes en la localidad de Sauzalito, marzo a diciembre del 2018.

Resultados de Beck	
No depresión: 0 - 9 puntos	26% (74)
Depresión leve: 10 - 18 puntos	38,7% (110)
Depresión moderada: 19 - 29 puntos.	23,9% (68)
Depresión grave: =/+ 30 puntos.	11,2% (32)

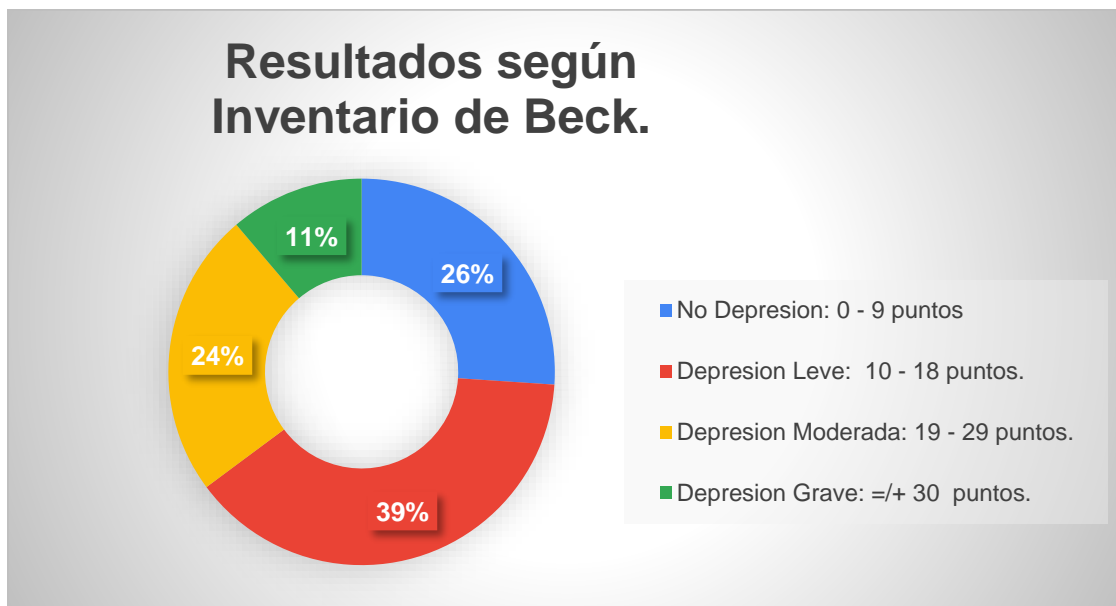


Grafico N° 7. Fuente: Elaboración propia

Capítulo V:

“Discusión”

Los antecedentes investigativos revisados para este estudio, como el realizado en Cantabria, Costa Rica, reflejaron que los signos de alerta de trastornos alimentarios, del aprendizaje, conductas violentas y depresión se observan mayoritariamente en esta última variable, con predominio del sexo femenino, último dato que difiere con el encontrado en esta investigación, donde se observa un mayor porcentaje en el grupo masculino, en la etapa adolescente, aunque no discrimina a la misma por edades. Sin embargo, destaca que la adolescencia y la madurez, son las etapas donde existen un mayor riesgo de aparición de depresión. (2)

En España una aproximación del problema de las conductas depresivas en la infancia y la adolescencia según datos proporcionados por la Encuesta Nacional de Salud (2006), estima que la prevalencia de depresión es de 1,8% en niños de 9 años, del 2,3% en adolescentes de 13 y 14 años, y del 3,4% en jóvenes de 18 años. Datos inferiores a los hallados en Sauzalito pero que evidencian la problemática de las conductas depresivas a nivel mundial. (4)

Por otra parte, la Revista de Salud Pública de Colombia, en el año 2011, determinó una mayor prevalencia de síntomas ansiosos versus depresivos en adolescentes escolarizados, evidenciándose un predominio del sexo masculino, resultados que difieren y se asemejan con los hallados en los adolescentes de El Sauzalito. (9)

Otro aporte investigativo realizado por la Universidad Nacional de México, en el año 2009 intenta establecer la relación entre depresión y aprovechamiento escolar en adolescentes y por otro lado, se ha analizado la influencia de la dinámica familiar en la depresión y en el rendimiento académico, donde participaron 245 escolares adolescentes, muestra similar a la empleada en este trabajo, para analizar la relación que existe entre su rendimiento escolar y sus

niveles de depresión en los que encontraron relaciones diferenciales entre el rendimiento escolar y depresión dependiendo del instrumento con que fue evaluado, no así con las relaciones familiares; si bien estos resultados no representan los objetivos planteados en este estudio, podemos ver como la depresión en los adolescentes afecta e interpela sus diferentes ámbitos de vida.(10)

Otra Revisión realizada en el año 2018, que analizan artículos de investigación sobre problemas de ideaciones y comportamientos suicidas en jóvenes, en diferentes países del mundo como ser Brasil, Chile, Colombia, Cuba, España, EE. UU., México, entre otros. Indica que la ideación suicida en el mundo oscila entre el 10% y el 35% y los intentos de suicidio entre el 5% y el 15%. Aunque esta revisión no hace referencias específicas a la edad, los Resultados son similares a los hallados en este estudio con respecto a las conductas suicidas de los adolescentes, concluyendo que la depresión, la ansiedad junto a otros trastornos mentales son factores asociados a las ideaciones y comportamientos suicidas, es fundamental considerar estos factores para la prevención e intervención de estas problemáticas. (27)

En esta revisión y comparación con otros autores, se destaca que no existen antecedentes claros que puedan contraponer o asemejar con este trabajo de investigación ya que no se han realizado en la región seleccionada, o al menos no se han hallado, estudios que tomen como referencia el grupo poblacional analizado. Solo se evidenció 2 investigaciones que tuvo como población de estudio a adolescentes de las provincias de Chaco y Corrientes: 1) Severidad depresiva en adolescentes de una escuela de formación profesional de la ciudad de Resistencia. Chaco, argentina. Y otros denominado ansiedad, 2) Depresión y comorbilidad en adolescentes de la ciudad de Corrientes, en los cual se evidenció que más del 60% de los adolescentes analizados presentaban depresión, no encontrándose diferencias significativas entre los grupos etarios de ambas provincias, y sus resultados son similares a los encontrados en la localidad de Sauzalito.(12) (13)

Capítulo VI:

“Conclusión”

Este trabajo concluye en que un alto porcentaje de adolescentes presenta conductas depresivas, de categoría leve a moderada principalmente.

Sin embargo, no se hallaron datos significativos en relación al sexo, obteniendo datos muy similares en ambas categorías, y aunque el porcentaje de diferencia es pequeño son las mujeres las más afectadas.

En cuanto a la edad, y a partir de esta investigación se puede comprobar que, a medida que se acrecienta la edad, mayores son los indicadores de las conductas de depresión, ya que los resultados muestran los mas altos porcentajes en la adolescencia tardía. Quedando abierta una línea de investigación futura para conocer cómo varían los resultados en una muestra que abarque un mayor rango de edad.

A demás, podemos concluir que si bien, la conducta depresiva que se evidencia con mayor frecuencia en altos porcentajes es la Agresividad, lo cual hasta es evidente en la sociedad, sobre lo que es imperioso trabajar de manera inmediata para contrarrestar sus efectos, tanto personales como sociales, ya que sus consecuencias pueden provocar graves daños, incluso muchas veces irreversibles como lo es el hecho de causar la muerte a terceros, por lo que es importante poder observarla para intentar al menos redirigir ese sentimiento hacia acciones productivas para los jóvenes.

De igual manera es imperioso hacer visible en esta conclusión la conducta suicida, que si bien aparece en menor porcentaje según este estudio, sus consecuencia son de gran relevancia para el sistema de salud, para la sociedad y las familias afectadas.

Se considera que este estudio ha sido novedoso al examinar una población no clínica, explorando indicadores, por lo cual se concluye que uno de los aportes

de la investigación circunda en la importancia de contar con estrategias de salud pública, realización de otras investigaciones que involucren ámbitos centralizados de estudio, por ejemplo las escuelas, los antecedentes de conductas depresivas en la infancia, conductas depresivas presentes en los padres de los adolescentes y su influencia durante el crecimiento de los mismos, etc. Realizar un seguimiento de los niños permitiría acompañar las diferentes conductas que en ellos se presenten, o no, para poder atender a tiempo a dificultades identificando y apuntalando a aquellos niños que más ayuda necesitan para disminuir las posibilidades de desarrollar posibles patologías.

Para esto será pertinente, en primer lugar, normalizar la adolescencia; esto es, entre otros, reconocer sus características, liberar a los adolescentes de estereotipos y prejuicios, ser empáticos y comprensivos, aunque exigentes y capaces de contenerlos. Y, en segundo lugar, asumir la responsabilidad que se tiene como adultos pertenecientes a un sistema de salud donde podamos acompañar y guiar los procesos formativos y de desarrollo de los adolescentes, donde tenemos a disposición la ciencia y diversas disciplinas que nos permiten comprender las necesidades y los riesgos de esta etapa. Deberíamos poder contribuir al desarrollo de adultos mentalmente saludables.

- De acuerdo a lo anterior y como propuesta de acciones para llegar a los adolescentes, en especial a los más vulnerables. Se plantea establecer sistemas de vigilancia epidemiológica para el monitoreo temprano de las necesidades de salud mental, y establecer campañas de atención oportuna, promoción y mantenimiento de la salud mental; lo que básicamente sería la incorporación de profesionales de salud mental y especialistas en adolescencia, a los centros ya existentes: como ser las escuelas, centros deportivos, además de APS y hospitales lo que permita al equipo de salud un acercamiento a ellos y a sus problemáticas para lograr, tanto la identificación, el seguimiento y de ser necesario el tratamiento temprano y oportuno.

Otra acción indispensable sería contar con centros de derivación adecuados a salud mental y del adolescente en las localidades de referencia, ya que de lo contrario la derivación al hospital central se realizan solo para ser tratadas

las sintomatología presentes como algo meramente clínico.

Referencias bibliográficas:

1. OMS/OPS. Salud Mental. Ministerio de Salud Publica Argentina [Internet]. 2018; Available from: <https://www.argentina.gob.ar/salud/mental-y-adicciones/que-es>
2. González-Forteza C, Torre AEH de la, Vacio-Muro M de los Á, Peralta R, Wagner FA. Depresión en adolescentes. Un problema oculto para la salud pública y la práctica clínica. Bol Med Hosp Infant Mex [Internet]. 2015 [cited 2017 May 9];72(2):149–55. Available from: www.elsevier.es/bmhim
3. Spain. Ministerio de Sanidad y Consumo. H, García Calatayud S. Revista española de salud pública. [Internet]. Vol. 77, Revista Española de Salud Pública. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2003 [cited 2017 Jun 30]. 411–422 p. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272003000300011&script=sci_arttext&tlng=pt
4. España-Ministerio de Sanidad y Política Social. Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia [Internet]. 2009 [cited 2017 May 12]. p. 1–214. Available from: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_456_depresion_inf_adol_avaliat_compl.pdf
5. Federación Latinoamericana de Sociedades Científicas de Estudiantes de Medicina GE. ASA. GEI. ALM. CIMEL. Ciencia e Investigación Médica Estudiantil Latinoamericana. [Internet]. Vol. 11, CIMEL Ciencia e Investigación Médica Estudiantil Latinoamericana. Federación Latinoamericana de Sociedades Científicas de Estudiantes de Medicina; 2006 [cited 2018 Feb 1]. Available from: <http://www.redalyc.org/html/717/717111106/>

6. OMS | Adolescentes: riesgos para la salud y soluciones. WHO [Internet]. 2016 [cited 2017 May 12]; Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/>
7. Sanz J, Vazques C. FIABILIDAD, VALIDEZ Y DATOS NORMATIVOS DEL INVENTARIO PARA LA DEPRESIÓN DE BECK. *Psicothema* [Internet]. 1998;10. Available from: <https://www.psicothema.com/pdf/167.pdf>
8. Vazquez C, Zaens J. Fiabilidad y validez de la versión española del Inventario para la Depresión de Beck de 1978 en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y Salud* [Internet]. 1999;10 n°. 1:59–81. Available from: <https://journals.copmadrid.org/clysa/archivos/46715.pdf>
9. Pardo A. G, Sandoval D. A, Umbarila Z. D. Adolescencia y depresión. *Rev Colomb Psicol.* 2004;(13):13–28.
10. Xóchitl I, Moyeda G, Velasco AS, Javier F, Ojeda R. Factores asociados a la depresión en adolescentes: Rendimiento escolar y dinámica familiar. [cited 2017 May 13];25(2):227–40. Available from: <http://revistas.um.es/analesps>
11. Ospina F, Hineirosa M, Paredes MC, Guzmán Y, Granados C. Síntomas de ansiedad y depresión en adolescentes escolarizados de 10 a 17 años en Chía, Colombia. *Rev Salud Pública* [Internet]. 2011 Dec [cited 2017 May 9];13(6):908–20. Available from: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642011000600004&lng=es&nrm=iso&tlng=es
12. Gabriela E. Czernik¹, Sergio A. Almeida¹, Eva I. Godoy¹ LMA, Sociedad Científica de Estudiantes de Medicina de la Universidad Nacional del Nordeste (Socem UNNE. Severidad depresiva en adolescentes¹⁶ CIMEL 2006 VOL. 11 N° 1 SEVERIDAD DEPRESIVA EN ADOLESCENTES DE UNA ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE LA CIUDAD DE

- RESISTENCIA. CHACO, ARGENTINA. 11 N° 1. Available from: https://www.researchgate.net/publication/26504830_Severidad_depresiva_en_adolescentes_de_una_escuela_de_formacion_profesional_de_la_Ciudad_de_Resistencia_Chaco_Argentina
13. Gabriela E. Czernik, Dra. Mirian F. Dabski, Dr. Javier D. Canteros DLMA. Results for “ANSIEDAD, DEPRESION Y COMORBILIDAD EN ADOLESCENTES DE LA CIUDAD DE CORRIENTES.” Rev Posgrado la Vía Cátedra Med [Internet]. 2006;162. Available from: https://www.researchgate.net/publication/242190505_ANSIEDAD_DEPRESION_Y_COMORBILIDAD_EN_ADOLESCENTES_DE_LA_CIUDAD_DE_CORRIENTES
 14. La conducta suicida y su prevención - Concepto y términos de la conducta suicida anexo [Internet]. [cited 2017 Dec 18]. Available from: <http://www.psicologia-online.com/monografias/9/conducta1.shtml>
 15. OMS | ¿Preocupado por el futuro? Prevenir la depresión durante la adolescencia y los primeros años de la adultez. WHO [Internet]. 2016 [cited 2017 May 12]; Available from: <http://www.who.int/campaigns/world-health-day/2017/handouts-depression/adolescents/es/>
 16. Salud y Bienestar de los Adolescentes y Jóvenes: Una Mirada Integral [Internet]. [cited 2017 May 14]. Available from: http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/publicaciones_virtuales/libroVirtualAdolescentes/ejesTematicos/losylasAdolescentes/cap2.html
 17. Adolescentes EM, Contextos EM. Habilidades sociales, aislamiento y comportamiento antisocial en adolescentes en contextos de pobreza. 2012;15(1):11–20.
 18. [Http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0239.pdf](http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0239.pdf). Manuela LB. Aislamiento social. Aisl Soc. 2010;0:1–10. Available from:

<http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0239.pdf>

19. Clínica P. El aislamiento social [Internet]. La mente es maravillosa. Available from: <https://lamenteesmaravillosa.com/el-aislamiento-social/>
20. ANSIEDAD: Definición y Características. « PsicoSitio [Internet]. [cited 2017 Dec 18]. Available from: <https://psicositio.wordpress.com/dr-ramon-blai-psicologo-y-nutricionista/la-ansiedad-definicion-y-caracteristicas/>
21. Definición de agresividad - Qué es, Significado y Concepto [Internet]. [cited 2017 Dec 18]. Available from: <https://definicion.de/agresividad/>
22. Definición de euforia - Qué es, Significado y Concepto [Internet]. [cited 2017 Dec 18]. Available from: <https://definicion.de/euforia/>
23. Definición de apatía - Qué es, Significado y Concepto [Internet]. [cited 2017 Dec 18]. Available from: <https://definicion.de/apatia/>
24. Organización Mundial de la Salud. Salud mental del adolescente [Internet]. 2021. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
25. Ley 26657/2010 | Argentina.gob.ar [Internet]. [cited 2023 Sep 5]. Available from: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26657-175977>
26. UNICEF. Convención sobre los Derechos del Niño [Internet]. 1990. Available from: <https://www.unicef.org/es/convencion-derechos-nino/texto-convencion>
27. Ideación y conductas suicidas en adolescentes y jóvenes [Internet]. [cited 2023 Sep 5]. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1139-76322018000400014&script=sci_arttext&tlng=pt
28. Adolescencia: ¿una etapa problemática del desarrollo humano? [Internet]. [cited 2023 Sep 5]. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-

72732019000100005

ANEXOS

Anexo I: Notas de autorizaciones.

Anexo II: Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TUTOR

Sauzalito 20 de diciembre de 2018

Invitamos a su hijo/a participar de un estudio de investigación denominado: “**Conductas depresivas en los adolescentes, Sauzalito 2018**”

Este estudio nos permitirá conocer sobre la existencia o no, de conductas depresivas entre los adolescentes de la localidad, como ser la ansiedad, el aislamiento social, la melancolía o euforia e incluso las conductas suicidas. El objetivo es identificarlas para actuar de manera precoz y efectiva, crear herramientas útiles para los jóvenes y evitar consecuencias graves como lo son la depresión en si misma.

Su participación en el mismo es **Voluntaria y Anónima**. Los datos obtenidos en este estudio son **confidenciales**, en ningún lugar figurará su nombre ni su apellido, sino un solamente un código numérico.

Los resultados del trabajo serán publicados y presentados en congresos científicos de Enfermería y Medicina, y ante las autoridades de Salud Pública municipales para la puesta en marcha de futuros proyectos.

Si hay algún aspecto del mismo que no comprenda o sobre el que desee solicitar mayor información no dude en comunicarse con la Lic. Rott, Mirna Lorena, al Tel N° 379-4096288, o por correo electrónico: mirnarott@live.com.ar

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TUTOR:

Manifiesto que he sido informado y que comprendo lo expresado más arriba, y autorizo a mi hijo/a que sea parte del estudio y utilicen los datos que brinda, comprometiéndose a colaborar en responder las preguntas que se le realicen.

.....
Firma y Aclaración

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL ENCUESTADO

Lic. Rott, Mirna L.

Sauzalito 20 de diciembre de 2018

Lo Invitamos a participar de un estudio de investigación denominado: “**Conductas depresivas en los adolescentes, Sauzalito 2018**”

Este estudio nos permitirá conocer sobre la existencia o no, de conductas depresivas entre los adolescentes de la localidad, como ser la ansiedad, el aislamiento social, la melancolía o euforia e incluso las conductas suicidas. El objetivo es identificarlas para actuar de manera precoz y efectiva, crear herramientas útiles para los jóvenes y evitar consecuencias graves como lo son la depresión en si misma.

Su participación en el mismo es **Voluntaria y Anónima**. Los datos obtenidos en este estudio son **confidenciales**, en ningún lugar figurará su nombre ni su apellido, sino un solamente un código numérico.

Los resultados del trabajo serán publicados y presentados en congresos científicos de Enfermería y Medicina, y ante las autoridades de Salud Pública municipales para la puesta en marcha de futuros proyectos.

Si hay algún aspecto del mismo que no comprenda o sobre el que desee solicitar mayor información no dude en comunicarse con la Lic. Rott, Mirna Lorena, al Tel N° 379-4096288, o por correo electrónico: mirnarott@live.com.ar

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Manifiesto que he sido informado y que comprendo lo expresado más arriba, y autorizo a mi hijo/a que sea parte del estudio y utilicen los datos que brinda, comprometiéndose a colaborar en responder las preguntas que se le realicen.

.....
Firma y Aclaración

Anexo III: Instrumento de recolección de datos.

Lic. Rott, Mirna L.

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

- En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una.
- A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido el día de hoy.
- Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también.
- Asegúrese de leer todas las afirmaciones.

Edad: Entre 10 y 14 años:

Sexo: Femenino:

Entre 15 y 19 años:

Masculino:

Conductas de Aislamiento Social.

1.

a. Ya me es imposible tomar decisiones. -

f b. Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes. -

c. Evito tomar decisiones más que antes. -

f d. Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho. -

2.

f a. Creo que tengo un aspecto horrible. -

f b. Se han producido cambios en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo. -

f c. Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo. -

f d. No creo tener peor aspecto que antes. -

3.

*f*a. No puedo hacer nada en absoluto. -

f b. Tengo que obligarme mucho para hacer algo. -

f c. Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo. -

f d. Trabajo igual que antes. -

Conductas de Ansiedad.

4.

f a. Me despierto varias horas antes de lo habitual y no

5.

a. He perdido completamente el apetito y más de 7 kg.

b. Ahora tengo mucho menos apetito, y perdí más de 4 kg.

c. No tengo tan buen apetito como antes, perdí más de 2 kg.

d. Mi apetito no ha disminuido y casi no perdí peso

Estoy a dieta para adelgazar:

NO SI

6.

a. Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.-

b. Estoy preocupado por mis problemas físico y me resulta difícil pensar en algo más. -

puedo volverme a dormir. -

f b. Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.-

f c. No duermo tan bien como antes.-

f d. Duermo tan bien como siempre

c. Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento. -

d. No estoy preocupado por mi salud más de lo normal. -

Conductas de Agresividad.

7.

a. No me irrito por las cosas que antes solían irritarme. -

b. Me siento irritado todo el tiempo. -

c. Me molesto o irrito más fácilmente que antes.-

d. No estoy más irritado ahora de lo que puedo estar.-

Conductas de Melancolía.

8.

- a.** Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo. -
- b.** Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo. -
- c.** Me siento triste. -
- d.** No me siento triste. -

9.

- a.** Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán. -
- b.** Siento que no tengo que esperar nada. -
- c.** Me siento desanimado respecto al futuro. -
- d.** No me siento especialmente desanimado con respecto al futuro. -

10.

- a.** Me siento una persona totalmente fracasada. -
- b.** Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso. -
- c.** Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas. -
- d.** No me siento fracasado. -

11.

- a.** Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera. -
- b.** Llora continuamente. -
- c.** Ahora llora más que antes. -
- d.** No llora más de lo que solía. -

Conductas de Apatía.

12.

- a.** Estoy insatisfecho o aburrido de todo. -
- b.** Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas. -
- c.** No disfruto de las cosas tanto como antes. -
- d.** Las cosas me satisfacen tanto como antes. -

13.

- a.** He perdido todo el interés por los demás. -
- b.** He perdido la mayor parte de mi interés por los demás. -
- c.** Estoy interesado en los demás menos que antes. -
- d.** No he perdido el interés por los demás. -

Conductas de Suicidas.

14.

- a. Me siento culpable constantemente. -
- b. Espero ser castigado. -
- c. Siento que estoy siendo castigado.-
- d. No me siento especialmente culpable, ni creo que esté siendo castigado.-

15.

- a. Me detesto.-
- b. Me da vergüenza de mi mismo.-
- c. Estoy decepcionado de mi mismo.-
- d. **No estoy decepcionado de mi mismo. -**

16.

- a. Me suicidaría si tuviese la oportunidad.-
- b. Desearía suicidarme.-
- c. A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.-
- d. No tengo ningún pensamiento de suicidio