

**SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN ADOLESCENTES
Y SU RELACIÓN CON FACTORES PERSONALES Y SOCIALES**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR AL
GRADO DE LICENCIADA(O) EN ENFERMERÍA**

Autores:

Fernanda Arancibia Fuentes

Janara Miranda Estay

Catalina Naveas Vargas

Andrea Ortiz Rodríguez

Natalia Urrutia Ulloa

María-Jesús Zardoya Johnson

Docente guía:

Angélica Mosqueda Díaz

Viña del Mar, 2019

I. AGRADECIMIENTOS

A nuestra querida docente guía, la Dra. Angélica Mosqueda Díaz, por su apoyo, paciencia y dedicación, por cada detalle y momento entregado que permitió hacer de este trabajo un proceso de crecimiento en un ambiente grato y de confianza. Gracias por transmitir su amor por la enfermería y la investigación, amenizando cada momento difícil con sus palabras comprensivas y buen humor.

A los estudiantes de los establecimientos participantes y sus respectivos funcionarios, por su gran disposición y cooperación para desarrollar este estudio.

Al Centro de Atención Psicológica y Salud Integral (CAPSI) de la Universidad de Valparaíso, por disponer de ayuda psicológica a los estudiantes que la requerían.

A nuestras familias y amigos por su compañía y cariño incondicional que nos entregaron a diario y por su apoyo durante todos estos años de formación profesional.

Y finalmente, a todos aquellos que nos ayudaron de una u otra forma, y que involuntariamente, no hayan sido nombrados.

Esperamos que los hallazgos obtenidos en esta investigación sean un aporte para la salud mental y bienestar de todos los niños y adolescentes que muchas veces son invisibilizados por esta sociedad.

Como futuras profesionales enfermeras anhelamos que se logren los cambios necesarios para poder ejercer nuestra disciplina en un contexto de salud digna y de calidad para todos y todas.

ÍNDICE

ELEMENTOS PRELIMINARES

I. AGRADECIMIENTOS	2
II. RESUMEN	9
III. ABSTRACT	10

CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN

1. Introducción	12
1.1 Objetivos	15

CAPÍTULO 2: MARCO REFERENCIAL

2.1 Marco empírico	17
2.1.1 Prevalencia y nivel de sintomatología depresiva en adolescentes	18
2.1.2 Factores relacionados a la sintomatología depresiva en adolescentes	25
2.2 Marco teórico	29
2.2.1 Sintomatología depresiva y factores relacionados	29
2.2.2 Adolescencia y salud mental	33
2.2.3 Modelo de Promoción de la Salud aplicado a la salud mental en adolescentes	36
2.2.4 Operacionalización de variables	45

CAPÍTULO 3: MATERIAL Y MÉTODOS

3.1 Diseño de investigación	52
3.2 Población en estudio	52
3.3 Selección de la muestra	52
3.4 Criterios de inclusión y exclusión	53
3.5 Descripción de los instrumentos	54
3.6 Prueba piloto	59
3.7 Procedimiento de recolección de datos	60
3.8 Procesamiento y análisis de datos	60
3.9 Consideraciones éticas	62

CAPÍTULO 4: RESULTADOS

4.1 Caracterización de la muestra	67
4.2 Prevalencia y nivel de sintomatología depresiva	73
4.3 Relación entre sintomatología depresiva y variables personales	75
4.4 Relación entre sintomatología depresiva y variables sociales	79

CAPÍTULO 5: DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

5.1 Discusión	82
5.1.1 Prevalencia y nivel de sintomatología depresiva	82
5.1.2 Relación entre sintomatología depresiva y variables personales	84
5.1.3 Relación entre sintomatología depresiva y variables sociales	88
5.2 Conclusiones	91
5.3 Limitaciones	92
5.4 Sugerencias	93
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	98
ANEXOS	110

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N°1	Prevalencia de sintomatología depresiva en adolescentes a nivel internacional	19
Tabla N°2	Prevalencia de sintomatología depresiva en adolescentes a nivel latinoamericano	20
Tabla N°3	Prevalencia de sintomatología depresiva en adolescentes a nivel nacional	22
Tabla N°4	Nivel de sintomatología depresiva en adolescentes	23
Tabla N°5	Definición conceptual y operacionalización de variable principal	46
Tabla N°6	Definición conceptual y operacionalización de variables personales	47
Tabla N°7	Definición conceptual y operacionalización de variables sociales	50
Tabla N°8	Análisis de datos bivariado	61
Tabla N°9	Características demográficas de los adolescentes en estudio	67
Tabla N°10	Características personales de los adolescentes en estudio	68
Tabla N°11	Característica personal de consumo de alcohol y drogas	69
Tabla N°12	Características sociales de los adolescentes en estudio	72
Tabla N°13	Prevalencia de sintomatología depresiva de los adolescentes en estudio	73
Tabla N°14	Relación entre sintomatología depresiva y consumo de alcohol y drogas	78

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura N°1	Síntesis marco referencial	44
Figura N°2	Cálculo de tamaño muestral	53
Figura N°3	Valoración de factores relacionados con la sintomatología depresiva en adolescentes según el Modelo de Promoción de Salud de Nola J. Pender	90

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N°1	Nivel de sintomatología depresiva de los adolescentes en estudio	74
Gráfico N°2	Relación entre sintomatología depresiva y sexo	75
Gráfico N°3	Relación entre sintomatología depresiva y tratamiento de salud mental	76
Gráfico N°4	Relación entre sintomatología depresiva y autoestima	77
Gráfico N°5	Relación entre sintomatología depresiva y funcionalidad familiar	79
Gráfico N°6	Relación entre sintomatología depresiva y apoyo social	80

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo N°1	Instrumento recolector de datos	109
Anexo N°2	Factura de compra manual BDI-II	119
Anexo N°3	Consentimientos y asentimiento informados	120
Anexo N°4	Acta de evaluación del Comité de Bioética de la Facultad de Medicina	129
Anexo N°5	Flujograma de contención emocional	130
Anexo N°6	Capacitación sobre contención emocional de estudiantes investigadoras	131
Anexo N°7	Carta de resultados “Cuestionario sintomatología depresiva en adolescentes”	137

II. RESUMEN

Introducción. La sintomatología depresiva ha aumentado mundialmente en los últimos años, situación asociada a características personales y sociales, el Modelo de Promoción de Salud de Nola J. Pender puede aportar a valorar este fenómeno. El objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia y nivel de sintomatología depresiva en adolescentes de enseñanza media de liceos municipalizados mixtos de Viña del Mar y su relación con factores personales y sociales, durante el segundo semestre del año 2019.

Metodología. Cuantitativa, descriptiva y correlacional. Se utilizó muestreo por conglomerado polietápico, conformado por 309 estudiantes. El instrumento estuvo constituido por: Caracterización demográfica, Inventario de Depresión de Beck, Escala de Autoestima de Rosenberg, Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias, APGAR Familiar y Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido. Se utilizó análisis descriptivo univariado con frecuencias absolutas y relativas, medidas de tendencia central y dispersión. Para el análisis bivariado se aplicó correlación de Spearman y U de Mann-Whitney.

Resultados. 53,1% de los estudiantes presentaron sintomatología depresiva, media de 16,7 puntos (DE 11,8). Los niveles fueron mayores en mujeres (Mediana 17 v/s 11, $p < 0,05$) y en adolescentes en tratamiento de salud mental (Mediana 26 v/s 13, $p < 0,05$). Existió relación inversa con autoestima ($r: -0,680$, $p < 0,05$), relación directa con consumo de alcohol ($r: 0,127$, $p < 0,05$) y la mayoría de las drogas, excepto cannabis y cocaína. No se encontró relación con funcionalidad familiar y apoyo social.

Conclusiones. Los adolescentes presentan alta prevalencia de sintomatología depresiva y relación con variables personales, aplicables al Modelo de Promoción de Salud. El adolescente con sintomatología depresiva se caracteriza por ser mujer, estar en tratamiento de salud mental, tener baja autoestima y consumir alcohol y drogas.

Palabras claves: Depresión, adolescente, factores de riesgo (DeCS).

III. ABSTRACT

Introduction: Depressive symptoms have increased worldwide in the last few years, this situation can be associated to personal and social characteristics, the Nola J. Pender's Health Promotion Model can contribute to study this issue. The purpose of this study was to determine the prevalence and level of depressive symptoms in adolescents from public mixed secondary school from Viña del Mar and its relation with personal and social factors, during the second semester of the year 2019.

Method: Quantitative, descriptive and correlational study. A sampling by multi-stage conglomerate was used, conformed by 309 students. The instrument used was constituted by: demographic characterization, Beck's Inventory for Depression, Rosenberg's Self-esteem Scale, The alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test, APGAR-family and the Multidimensional Scale of Perceived Social Support. A univariate descriptive analysis with absolute and relative frequencies, measures of central tendency and dispersion was used. For the bivariate analysis, correlation of Spearman and Mann-Whitney U was applied.

Results: 53,1% of the students presented depressive symptoms, average of 16,7 points (SD 11,8). Levels were higher in women (Median 17 v/s 11, $p < 0,05$) and in adolescents under mental health treatment (Median 26 v/s 13, $p < 0,05$). There was an inverse relationship with self-esteem ($r: -0.680$, $p < 0.05$), direct relationship with alcohol consumption ($r: 0.127$, $p < 0.05$) and most drugs, except cannabis and cocaine. There was no relationship found with family functionality and social support.

Conclusions: The participants presented high prevalence of depressive symptoms and relationship with personal factors which can be applicable to the Nola J. Pender's Health Promotion Model. The adolescent with depressive symptoms stands for being women, being in mental health treatment, having low self-esteem and consuming alcohol and drugs.

Keywords: Depression, adolescent, risk factors (DeCS).

CAPÍTULO 1
INTRODUCCIÓN

1. INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud es definida como un completo estado de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (1). Para mantener una salud integral y óptima, es esencial poseer una adecuada salud mental, la cual es considerada como un estado de bienestar donde el individuo es consciente de sus propias habilidades, con capacidad para afrontar las tensiones de la vida y de contribuir a su comunidad (2). Muchas veces se producen situaciones adversas que alteran el curso normal de la vida diaria de una persona, las que pueden variar según las características personales y sociales de cada uno. Frente a ellas, el ser humano reacciona con respuestas temporales de hasta dos semanas como tristeza, irritabilidad, pérdida de interés en actividades habituales, entre otras, lo que corresponde a sintomatología depresiva (3).

La prevalencia de sintomatología depresiva, así como los diagnósticos de depresión, han tenido un importante aumento en los últimos 10 años, tanto a nivel internacional como nacional (4). Un aspecto relevante de considerar según la OMS, es que la mitad de las alteraciones de salud mental se inician alrededor de los 14 años, sin embargo, la mayoría no se detecta ni se trata a tiempo. No afrontar los trastornos mentales en esta etapa genera su extensión a la edad adulta, perjudicando la salud física y mental de las personas, limitando las oportunidades de mantener una vida satisfactoria como adultos (5).

La presencia de sintomatología depresiva en adolescentes es un fenómeno relevante en todo el mundo, sobre todo por su notable incremento en esta etapa del ciclo vital (5). Así, estudios internacionales muestran que a lo menos 1 de cada 10 adolescentes europeos presenta sintomatología depresiva (6, 7). A nivel latinoamericano los datos son más alarmantes, afectando entre 2 y 8 de cada 10 adolescentes (8, 9).

En Chile, se ha informado que el 5% de las personas mayores de 15 años presenta depresión (4) e investigaciones en estudiantes de enseñanza media han encontrado que 2 de cada 10 adolescentes presentan sintomatología depresiva (10). En la región de

Valparaíso se rescató un estudio en colegios municipalizados, donde se encontró que en 3 de cada 10 estudiantes se observa esta sintomatología (11).

Investigar sobre este tema permitiría visualizar el problema de salud mental que enfrentan los adolescentes y conocer la magnitud de este fenómeno a nivel local, ya que existen escasos estudios que proporcionen esta información y que se encuentren actualizados. Esto se hace relevante para la disciplina de enfermería, puesto que su rol considera la pesquisa de estas alteraciones para intervenir de manera precoz y prevenir complicaciones mayores a largo plazo, como trastorno depresivo mayor y/o suicidio (5). En abril de 2019, se dio a conocer que el suicidio es la segunda causa de muerte entre adolescentes chilenos y que las atenciones del programa de salud mental se incrementaron entre 2014 y 2018 en un 24,9% en el grupo etario de 15 a 19 años (12).

Además, tan importante como establecer la envergadura de este problema de salud, es analizar los distintos factores que se relacionan con este fenómeno, ya que conocerlos permite realizar una intervención focalizada. Según la bibliografía especializada, los factores que mayormente se relacionaron con la sintomatología depresiva pueden clasificarse en dos grupos: personales y sociales. Entre los factores personales se presenta el sexo, siendo en general las mujeres las más afectadas (7), tratamiento de salud mental, ya que algunos investigadores han observado que los adolescentes que se encuentran en algún tipo de tratamiento o apoyo psicológico o psiquiátrico aprenden estrategias de enfrentamiento a situaciones generadoras de síntomas depresivos (13), autoestima que actúa como factor protector (14) y consumo de alcohol y drogas que se potencia mutuamente con la presencia de sintomatología depresiva (15). En cuanto a los factores sociales destaca la funcionalidad familiar, como un componente que disminuye la aparición de sintomatología depresiva (16) y apoyo social, como un agente que protege la salud mental de los adolescentes (17). Aunque diversos estudios han demostrado una relación entre la sintomatología depresiva y los factores mencionados, esta relación no siempre ha mostrado el mismo comportamiento (7, 13-17), lo que motiva el estudio de estas variables en la presente investigación, con el fin de analizar la existencia y características de las

asociaciones que se puedan observar en el contexto de los adolescentes de Viña del Mar.

Para la disciplina de enfermería se hace relevante abordar e investigar este tema con el fin de realizar un diagnóstico sobre la magnitud de este fenómeno y así proponer estrategias de promoción en el bienestar de la salud mental y prevención o detección temprana de síntomas depresivos.

Por lo anterior, se propone utilizar el Modelo de Promoción de Salud (MPS) de Nola J. Pender, para valorar esta situación que puede afectar la salud mental de los adolescentes, ya que esta teoría también ha sido utilizada para promover cambios de comportamientos más saludables en diversos contextos de salud y enfermedad. Según este modelo, existen tres pilares fundamentales en la promoción de la salud. El primero se refiere a las experiencias anteriores que pueden afectar el compromiso con las conductas de promoción de la salud y las características personales del individuo. El segundo pilar es el central del modelo y se relaciona con los sentimientos, creencias y emociones específicas de la conducta, los cuales influyen en el compromiso para un plan de acción. Es en este segundo pilar donde el profesional enfermero/a puede intervenir de forma preventiva, por ello es importante determinar los factores que están relacionados a la sintomatología depresiva en adolescentes, con el fin de plantear una valoración temprana y generar un plan de acción frente a ellos, evidenciable en el tercer pilar del modelo (18).

Se espera que este estudio sea un aporte y sustento teórico para próximas investigaciones relacionadas con la salud mental de los adolescentes, y pretende también concientizar sobre este fenómeno para que se tomen medidas necesarias, favoreciendo la salud mental de este grupo etario con un enfoque biopsicosocial.

Con todo lo anterior, se plantea la siguiente pregunta de investigación: **¿Cuál es la prevalencia y nivel de sintomatología depresiva en adolescentes de enseñanza media de liceos municipalizados mixtos de Viña del Mar y su relación con factores personales y sociales, durante el segundo semestre del año 2019?**

1.1 Objetivos

Objetivo general: Determinar la prevalencia y nivel de sintomatología depresiva en adolescentes de enseñanza media de liceos municipalizados mixtos de Viña del Mar y su relación con factores personales y sociales, durante el segundo semestre del año 2019.

Objetivos específicos:

1. Establecer la prevalencia y nivel de sintomatología depresiva en los adolescentes participantes del estudio.
2. Identificar la presencia de relación entre sintomatología depresiva y factores personales en los adolescentes participantes del estudio (sexo, tratamiento de salud mental, autoestima y consumo de alcohol y drogas).
3. Identificar la presencia de relación entre sintomatología depresiva y factores sociales en los adolescentes participantes del estudio (funcionalidad familiar y apoyo social).

CAPÍTULO 2
MARCO REFERENCIAL

2.1 Marco empírico

Con el objetivo de otorgar un sustento empírico a esta investigación, se realizó una exhaustiva búsqueda bibliográfica relacionada con la sintomatología depresiva en la población adolescente. Para ello se revisaron las siguientes bases de datos: Biblioteca Virtual de Salud (BVS) (19), Base de datos de Fundación Index (CUIDEN) (20), Elton Bryson Stephens Company (EBSCO) (21), Librería Latinoamericana de Ciencias de la Salud (LILACS) (22), Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal (REDALYC) (23), Scientific Electronic Library Online (SciELO) (24), Base de Datos de la Editorial Elsevier (SCOPUS) (25) y Web Of Science (WOS) (26).

Para las bases de datos en idioma español se utilizaron los descriptores normalizados “Depresión” y “Adolescente”. En el caso de las bases de datos en inglés se ocuparon los descriptores “Depression” y “Adolescent”, en conjunto con el operador booleano “AND” para una búsqueda centrada en el fenómeno de estudio.

Además, con la finalidad de enfocar la información recolectada de las bases de datos a estudios actualizados y aptos para esta investigación, se aplicaron los filtros: artículo original, idioma español, inglés y portugués, seleccionando estudios con un máximo de 5 años de antigüedad, exceptuando cinco artículos que fueron considerados relevantes de usar en esta investigación por los aportes e información que entregan.

Para obtener información a nivel regional, se realizó una búsqueda presencial en el Sistema Integrado de Bibliotecas de la Universidad de Valparaíso, en su sede del Campus de la Salud, donde se encontró una tesis de pregrado que proporciona información sobre la problemática de investigación.

A partir del levantamiento bibliográfico realizado, se seleccionaron 32 documentos relacionados con la temática estudiada, que permitieron fundamentar el problema de investigación que se presenta a continuación.

2.1.1 Prevalencia y nivel de sintomatología depresiva en adolescentes

La adolescencia es un largo periodo caracterizado por una transición del desarrollo entre la niñez y la adultez que implica importantes cambios físicos, cognoscitivos, emocionales y psicosociales. Este grupo etario se caracteriza por ser una población vulnerable, considerándose susceptible a riesgos sociales y a situaciones del entorno, debido a los cambios que sufren en ámbitos psicológicos, fisiológicos, socioculturales y biológicos, los que influyen en la toma de decisiones y en la resolución de conflictos (27).

Según la OMS, la mitad de las alteraciones de salud mental se inician alrededor de los 14 años, sin embargo, la mayoría no se detecta ni se trata a tiempo. No afrontar los trastornos mentales en esta etapa genera su extensión a la edad adulta, perjudicando la salud física y mental de las personas aumentando el riesgo de suicidio o limitando las oportunidades de mantener una vida satisfactoria como adultos (5).

Con la finalidad de contextualizar este fenómeno se presentará un resumen de la evidencia encontrada a nivel internacional, latinoamericano y nacional.

Tabla N°1. Prevalencia de sintomatología depresiva en adolescentes a nivel internacional

País	Año	Participantes	Instrumento	Prevalencia de sintomatología
Alemania (7)	2018	1.001 adolescentes entre 12 y 17 años	The Depression Screener for Teenagers (DesTeen)	8,2%
Portugal (28)	2016	741 adolescentes edad media de 13,85 años	Inventario de depresión de Beck (BDI-II)	31,2%
España (14)	2015	1.285 adolescentes edad media de 13,73 años	Children's Depression Scale (CDS)	3,8% sintomatología grave
Portugal (6)	2013	117 alumnos entre 16 a 20 años	Inventario BDI-II	9,4%

La tabla N°1 muestra que solo se encontraron cuatro artículos europeos que dan cuenta de la investigación de este fenómeno a nivel internacional. La prevalencia más alta de sintomatología depresiva se observa en Portugal con un 31,2% (28), mientras que la más baja se presenta en Alemania afectando al 8,2% de los adolescentes (7).

En base a la información recolectada se puede concluir que entre 1 y 3 de cada 10 adolescentes europeos presentan sintomatología depresiva (6, 7, 14, 28), situación que hace de este fenómeno un problema de salud relevante.

Pese a que los instrumentos utilizados son disímiles, estos dan a conocer la envergadura del fenómeno. No obstante, dos estudios utilizaron el Inventario de Depresión de Beck

(BDI-II) (6, 14, 28), instrumento que se ha decidido utilizar en la presente investigación, para generar una mejor comparación de los resultados.

Complementando la contextualización de este fenómeno, a continuación, se presenta la prevalencia a nivel latinoamericano.

Tabla N°2. Prevalencia de sintomatología depresiva en adolescentes a nivel latinoamericano

País	Año	Participantes	Instrumento	Prevalencia de sintomatología
Perú (16)	2018	1.225 estudiantes entre 11 a 18 años	Inventario BDI-II	22,4%
Perú (29)	2016	117 estudiantes de cuarto año de secundaria	Inventario BDI-II	53,9%
México (30)	2016	930 estudiantes entre 15 a 19 años	Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D)	17,3%
México (31)	2016	419 estudiantes entre 15 a 19 años	Escala CES-D	16,7%
México (32)	2015	2.127 estudiantes edad media de 14 años	Escala revisada CESD-R	39,7%

México (8)	2015	9.982 estudiantes entre 14 a 19 años	Escala CES-D	27,0%
Ecuador (9)	2015	132 estudiantes entre 15 a 19 años	Escala de Hamilton	56,8%
Colombia (33)	2015	242 estudiantes entre 13 a 19 años	Inventario BDI-II	16,0%
Ecuador (34)	2014	200 adolescentes entre 14 a 18 años	Test de Hamilton	64,5%
Ecuador (35)	2014	546 estudiantes entre 12 a 18 años	Inventario BDI-II	39,6%
Colombia (36)	2014	140 alumnos entre 14 a 19 años	Escala Auto aplicada de Depresión de Zung	86,0% presenta síntomas moderados

La tabla N°2 muestra que la prevalencia de sintomatología depresiva en adolescentes latinoamericanos presenta datos alarmantes, donde los países con las cifras más bajas duplican lo observado en países europeos.

La información recolectada indica que en Latinoamérica entre 2 y 8 de cada 10 adolescentes presentan síntomas depresivos. Las investigaciones que destacan por registrar las prevalencias más altas de sintomatología depresiva son estudios realizados en Colombia con un 86,0% (36) y Ecuador con un 64,5% (34), mientras que aquellos con los datos más bajos son estudios realizados en adolescentes mexicanos con un 16,7% (31) y colombianos con un 16,0% (33).

A continuación, se presenta la prevalencia del fenómeno encontrada a nivel nacional.

Tabla N°3. Prevalencia de sintomatología depresiva en adolescentes a nivel nacional

Lugar	Año	Participantes	Instrumento	Prevalencia de sintomatología
Valparaíso (11)	2014	290 estudiantes de entre 15 a 19 años	Cuestionario general de salud de Goldberg (GHQ-12)	25,8%
Santiago (37)	2012	2597 escolares entre 12 a 18 años	Inventario BDI-II	39,8%

La tabla N°3 refleja que el fenómeno ha sido escasamente estudiado a nivel nacional en los últimos años, ya que se encontraron solo dos artículos nacionales que proporcionan información relevante para el estudio. Estas cifras son importantes y muestran valores intermedios entre la realidad latinoamericana y la europea, es decir, en Chile entre 3 y 4 de cada 10 estudiantes presentan sintomatología depresiva.

Cabe destacar que, en Chile, el 13,6% de la población corresponde a adolescentes y a inicios del presente año se dio a conocer que el suicidio es la segunda causa de muerte en esta población. Además, entre 2014 y 2018 se ha presentado un incremento del 24,9% en las atenciones del programa de salud mental en adolescentes entre 15 y 19 años (12).

A continuación, la siguiente tabla muestra el nivel de sintomatología depresiva alcanzada por los adolescentes, esto es, el puntaje obtenido en la escala que mide esta problemática, para lo cual se presentan los artículos que utilizan el Inventario BDI-II, con la finalidad de entregar información relevante para comparar con esta investigación. Cabe destacar, que este instrumento presenta puntajes que oscilan entre 0 y 63 puntos (16).

Tabla N°4. Nivel de sintomatología depresiva en adolescentes

Lugar	Año	Participantes	Instrumento	Nivel de sintomatología
Perú (16)	2018	1.225 estudiantes entre 11 a 18 años	Inventario BDI-II	Media: 10,9
Portugal (28)	2016	741 adolescentes edad media de 13,85 años	Inventario BDI-II	Media: 12,0
Portugal (6)	2013	117 alumnos entre 16 a 20 años	Inventario BDI-II	Media: 6,4

La tabla N°4 evidencia que existen escasos estudios que informan el nivel de sintomatología depresiva en adolescentes. En las investigaciones encontradas, los puntajes medios oscilan entre 6 y 12, ubicándolos en el primer cuartil de la escala, lo que indica la existencia de síntomas depresivos en la categoría mínima, es decir, que el nivel de síntomas depresivos no es mayor a los presentados por la población general (16) o, dicho de otra forma, existe una ausencia de síntomas depresivos.

Al analizar la información obtenida en la búsqueda bibliográfica, es posible concluir lo siguiente:

- Un porcentaje relevante de la población adolescente se ve afectada por esta situación de salud mental.
- El fenómeno de sintomatología depresiva ha sido escasamente estudiado a nivel nacional. Se encontró solo un estudio nacional y otro regional que indaga este fenómeno, lo cual reafirma la necesidad de realizar estudios locales para conocer la prevalencia y nivel de esta problemática que afecta a los adolescentes.

- Aunque las metodologías utilizadas por las investigaciones no siempre son comparables, se evidencia la alta prevalencia de sintomatología depresiva en los estudios realizados a nivel internacional, latinoamericano y nacional, afectando en promedio hasta un tercio de la población adolescente.
- Un importante número de estudios utilizaron como instrumento de evaluación de sintomatología depresiva, el Inventario BDI-II. Por lo que se puede considerar como un instrumento adecuado para aplicar en la población adolescente y comparar resultados, en relación a este fenómeno de salud mental.
- Los escasos estudios que valoran el nivel de sintomatología depresiva han reportado puntajes bajos.

Es fundamental considerar que el Control de Salud Integral de Adolescentes (Control de Joven Sano) es el único examen orientado a la promoción y prevención en salud de este grupo etario. Este control contempla la aplicación de la ficha CLAP donde se pregunta sobre la situación psicoemocional del adolescente con respuestas predeterminadas que requieren de una preparación del profesional para una mayor profundización del tema. Cabe destacar que esta prestación solo cubre el 7,12% de los adolescentes entre 10 a 19 años (38).

Todos los aspectos mencionados apuntan a la necesidad de investigar la sintomatología depresiva, con el fin de establecer un diagnóstico local y utilizar la información recopilada para proponer una intervención precoz basada en los resultados obtenidos y disminuir complicaciones como trastorno depresivo mayor y/o suicidio (5).

2.1.2 Factores relacionados a la sintomatología depresiva en adolescentes

Tan importante como establecer la envergadura de este problema de salud mental en la población adolescente, es analizar los factores que se relacionan con el fenómeno en este periodo específico del ciclo vital, ya que al conocerlos se pueden realizar actividades de promoción, intervenir de forma preventiva o realizar un seguimiento en aquellos adolescentes ya diagnosticados.

Según la bibliografía especializada, los factores que mayormente se relacionaron con la sintomatología depresiva en adolescentes pueden clasificarse en dos grupos: factores personales (sexo, tratamiento de salud mental, autoestima y consumo de alcohol y drogas) y factores sociales (funcionalidad familiar y apoyo social). A continuación, se presentan las características de la relación entre la sintomatología depresiva y las variables propuestas.

a) Factores personales

- **Sexo**

Variados estudios internacionales realizados en Europa (6, 7, 14, 28) y Latinoamérica (8, 9, 16, 31, 32, 34, 35), además de las investigaciones nacionales (11, 37), han mostrado diferencias significativas en la proporción de sintomatología depresiva en función al sexo, siendo mayor en mujeres. Sin embargo, estudios realizados en Colombia (33) y México (30) mostraron resultados diferentes, observando la misma prevalencia tanto en hombres como mujeres, indicando que no existe una relación entre el sexo y las manifestaciones depresivas mostradas por los adolescentes.

Estas diferencias señaladas en la relación entre sintomatología depresiva y el sexo de los adolescentes hace relevante determinar su comportamiento a nivel local.

- **Tratamiento de salud mental**

Estudios internacionales avalan la existencia de relación entre la sintomatología depresiva y el tratamiento de salud mental, tales como psicoterapia y manejo farmacológico. Estos

señalan que cuando los adolescentes se encuentran en alguno de estos tratamientos, existe menor sintomatología depresiva (39-42).

Un estudio alemán señala que la sintomatología depresiva requiere de un tratamiento que abarque psicoeducación y psicoterapia (39). A su vez, tres investigaciones realizadas a adolescentes norteamericanos indican que este tratamiento tiene como finalidad la resolución del trastorno de salud mental, fundamentándose en terapias de apoyo, cognitivo conductuales, regulación emocional, social y farmacológica (40, 41, 43). Por lo que estar en un tratamiento les proporciona herramientas para enfrentar situaciones generadoras de síntomas depresivos.

Por otro lado, a nivel latinoamericano, se encontró un estudio mexicano que refuerza el uso de ambas modalidades, tanto psicoterapéuticas y farmacológicas, para lograr resultados más eficaces en el tratamiento de estas alteraciones (13).

De esta forma, estar en tratamiento de salud mental podría afectar el curso de la sintomatología depresiva, por lo que resulta necesario incluir esta variable en el presente estudio.

- **Autoestima**

Cinco investigaciones realizadas en adolescentes españoles (14, 44), colombianos (33, 36) y mexicanos (8), demuestran que existe una correlación negativa y estadísticamente significativa entre sintomatología depresiva y autoestima, es decir, los adolescentes presentan menos síntomas depresivos cuando tienen mayor autoestima.

Además, la autoestima se ha considerado como un factor protector frente a la sintomatología depresiva, destacando que estudiantes con baja autoestima tienen casi tres veces más posibilidades de presentar síntomas depresivos (8).

También, cabe destacar que tres de los estudios señalados utilizaron la escala de autoestima de Rosenberg para evaluar esta característica en los adolescentes (33, 36, 44), por lo que en el presente estudio se optó por utilizar esta misma escala para la medición de esta variable.

- **Consumo de alcohol y drogas**

A nivel internacional, un estudio español concluye que la sintomatología depresiva es un factor de riesgo tanto para el inicio del consumo de sustancias como para incrementar su frecuencia (15). A su vez, otro estudio español reveló que los adolescentes con bajo estado de ánimo tienen un mayor consumo de cigarrillos y paralelamente el estado de ánimo depresivo es un factor de riesgo para iniciar el consumo de tabaco (45).

A nivel latinoamericano, un estudio realizado en México observó que existe una relación directa entre los síntomas depresivos y el consumo de alcohol. Además, encontró que el consumo de sustancias incrementa al doble las posibilidades de presentar sintomatología depresiva (8).

Por su parte, una investigación nacional también mostró que existe mayor probabilidad de presentar sintomatología depresiva cuando hay mayor consumo de alcohol, tabaco o marihuana (37).

En conclusión, en los diferentes estudios revisados se observa que la sintomatología depresiva se relaciona con el consumo de alcohol y diferentes drogas, por lo que resulta importante incluir esta variable en la presente investigación.

b) Factores sociales

- **Funcionalidad familiar**

Diversos estudios internacionales, tanto europeos como latinoamericanos, establecen que existe una relación directa y significativa entre la presencia de sintomatología depresiva y disfunción familiar (16, 29, 34, 46-48). Así también, otros estudios sugieren que la

satisfacción en torno a la funcionalidad familiar se correlaciona negativamente con la presencia de dicha sintomatología, lo que se traduce en que una adecuada funcionalidad familiar podría considerarse como un factor protector de síntomas depresivos (49, 50).

Del mismo modo, un estudio realizado en Alemania concluye que una buena relación y convivencia con los padres es un factor protector en la aparición de sintomatología depresiva (7).

Por otro lado, existe un estudio ecuatoriano que establece que no existe relación entre las variables anteriormente nombradas (35).

Estas diferencias mostradas en la relación entre la variable principal y funcionalidad familiar hacen énfasis en la necesidad de investigar este fenómeno a nivel local, para así obtener conclusiones concretas respecto a ellas.

- **Apoyo social**

Diversos estudios internacionales realizados en México (17), España (44) y Argentina (50), revelaron que un sólido apoyo de las personas significativas (padres, amigos, parejas, etc.) disminuye la prevalencia de sintomatología depresiva, ya que actúan como factor protector en la salud mental de los adolescentes. Además, el estudio argentino, concluyó que la satisfacción con los lazos íntimos constituye un agente que protege de problemas emocionales (50). Junto a esto, un estudio nacional realizado en Valparaíso, sugiere que el apoyo de pares sería un componente que disminuye la presencia de síntomas ansiosos y depresivos (11).

En resumen, toda la evidencia encontrada indica que la sintomatología depresiva presenta relaciones significativas con los factores personales y sociales expuestos anteriormente, dejando en claro la multifactorialidad del fenómeno estudiado. No obstante, llama la atención que la naturaleza de estas relaciones ha mostrado diversos comportamientos en

las distintas investigaciones, por lo que resulta interesante considerarlas en este estudio, con el fin de analizar su proceder en la población adolescente de Viña del Mar.

2.2 Marco teórico

2.2.1 Sintomatología depresiva y factores relacionados

La Salud es considerada como un “completo estado de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (1). Como parte de esta definición es importante considerar el bienestar mental, lo que involucra un estado de salud en el cual el individuo es consciente de sus capacidades para afrontar situaciones tensas de la vida, logrando trabajar y produciendo aportes a su comunidad (2).

Cuando se altera este bienestar se impacta el aspecto emocional, cognitivo y/o del comportamiento, influyendo en los procesos psicológicos básicos como la emoción, motivación, cognición, conciencia, conducta, percepción, aprendizaje y lenguaje (51). Estas alteraciones afectan la capacidad de la persona para relacionarse con los demás y su funcionamiento en la vida diaria, desarrollando así alguna forma de malestar subjetivo (52).

Entre las alteraciones de salud mental más frecuentes se encuentra la sintomatología depresiva, la cual corresponde a aquellas respuestas temporales en un periodo no mayor a dos semanas, tales como tristeza, irritabilidad y pérdida de interés en las actividades habituales, que se desarrollan frente a situaciones adversas. Según la Clasificación Internacional de Enfermedades Décima Edición (CIE-10), la gran diferencia entre sintomatología depresiva con la depresión está dada por la intensidad, duración y cantidad de síntomas, además de la discapacidad funcional y el sufrimiento vivenciado por la persona (53). Es decir, la sintomatología depresiva solo podría ser considerada depresión cuando se prolonga en el tiempo por más de dos semanas o cuando es desproporcionada respecto al evento causante (3).

Los diferentes grados de insatisfacción del bienestar mental, repercuten en el crecimiento y desarrollo personal de niños y adolescentes, principalmente sobre el rendimiento escolar y las relaciones sociales. Asimismo, es posible evidenciar que la persistencia de estos síntomas puede llegar incluso a depresión y extenderse hasta la adultez, lo que se manifiesta en los altos índices de consultas y hospitalizaciones psiquiátricas y en los problemas laborales y de relaciones sociales que se originan (54).

Cabe destacar que los trastornos depresivos se consideran como la segunda causa específica de años de vida perdidos por discapacidad (AVISA) en la población chilena (55), lo que evidencia la necesidad de un manejo precoz de la sintomatología depresiva, ya que evitaría un daño a largo plazo por el impacto en la calidad de vida y productividad de la sociedad.

En consideración con los factores enunciados en el marco empírico, existen aspectos teóricos que explican su efecto en la sintomatología depresiva. Estos se relacionan con la variable principal en estudio y se pueden clasificar en factores personales y sociales:

Factores personales:

- **Sexo:** La literatura indica que existe una variedad de factores únicos en la vida de las mujeres que juegan un rol fundamental en su salud mental. Estos pueden ser reproductivos, hormonales, genéticos, biológicos e interpersonales. Investigadores han confirmado que hay hormonas que afectan la bioquímica del cerebro que controla las emociones y estados de ánimo, como el estrógeno y la progesterona, hormonas que aumentan durante la adolescencia femenina y hacen más vulnerable a la mujer a la acción estresante de factores externos. Cabe destacar que también hay ciertas características psicológicas y de personalidad, tales como pesimismo, sensación de falta de control sobre circunstancias de la vida y tendencia a la preocupación excesiva. Estas características generalmente son fomentadas en las mujeres durante una crianza patriarcal, las cuales se intensifican alrededor de los 15 años, donde los roles y

expectativas generan estrés debido a la formación de identidad, sexualidad en desarrollo y toma de decisiones por primera vez (56).

- **Tratamiento de salud mental:** Las alteraciones de salud mental, al igual que cualquier otro problema de salud, mientras más pronto se inicie el tratamiento, mejor resultado puede tener con menor probabilidad de presentar recaídas. Aunque el tratamiento no elimina los factores estresantes o situaciones adversas de la vida, ayuda a desarrollar la capacidad de enfrentarlos. Los tratamientos más comúnmente utilizados son la psicoterapia, farmacoterapia o una combinación de ambos, la elección de este va a depender de la naturaleza y severidad de la alteración y en cierta parte de la preferencia individual (56). La psicoterapia hace que el paciente evidencie interpretaciones acerca de su enfermedad, la entienda y sobre todo la acepte, ayudándolo a definir objetivos y enseñándole a aplicar técnicas psicológicas que contribuyan a disminuir dicho malestar (57). Por otro lado, los tratamientos farmacológicos más usados en las alteraciones de salud mental actúan en la regulación de la serotonina, dopamina, noradrenalina, entre otras sustancias, mejorando el estado de ánimo del paciente e influyendo en su bienestar (40).
- **Autoestima:** La autoestima se define como la disposición a considerarse competente frente a los desafíos básicos de la vida, influyendo en la autorregulación de la conducta y mediando la toma de decisiones (33). Una autoestima sana no es la solución a todos los problemas, pero constituye una gran ayuda para resolverlos de la mejor forma posible. Por el contrario, una autoestima baja se asocia con la manera en que las personas se perciben a sí mismas, creando un conjunto de creencias negativas que generan un estado de desesperanza frente a sus logros actuales y proyectos de vida, pudiendo incidir en la presencia de sintomatología depresiva (8).

Factores sociales:

- **Consumo de alcohol y drogas:** Según la OMS, las drogas son las sustancias que actúan sobre el sistema nervioso central provocando alteraciones físicas y/o

psicológicas, experimentación de nuevas sensaciones o modificación de un estado psíquico, por lo que pueden cambiar la percepción, emociones, juicio o comportamiento (58). Por lo anterior, el consumo de sustancias muchas veces es utilizado por los jóvenes para atenuar emociones resultantes de situaciones adversas de la vida y como una manera de evadir la realidad en la que se enfrentan (8). Las drogas se clasifican en depresoras, estimulantes y alucinógenas, aunque todas tienen diferentes efectos en el sistema nervioso central, son capaces de generar daños en el funcionamiento cerebral, tales como, alteración de la cognición, desequilibrios en el estado de ánimo, afectando las funciones propias de la corteza prefrontal, como la capacidad de planificación, de trabajo con propósito y control e inhibición de respuestas (59).

- **Funcionalidad familiar:** La familia es considerada el núcleo de la sociedad, siendo la suma de diferentes elementos que determinan una organización psicosocial que se mantiene en constante cambio y crecimiento. La funcionalidad familiar se caracteriza por ser la capacidad para enfrentar y superar los desafíos y crisis de cada una de las etapas del ciclo vital (46). Por lo anterior, es que una inadecuada funcionalidad familiar basada en a la escasa o excesiva cercanía afectiva con los padres, inconsistencias en la aplicación de las normas disciplinarias en el hogar, confusión en los roles y funciones familiares hace que el adolescente sea más propenso a presentar desequilibrios en su bienestar emocional (16).
- **Apoyo social:** El apoyo es un componente social para el desarrollo del bienestar individual y colectivo, permitiendo responder frente a necesidades y situaciones adversas en el transcurso del ciclo vital. Las relaciones que se establecen entre las personas permiten minimizar las consecuencias negativas, físicas y psicológicas de situaciones tensionantes (17). Es por esto que, un apoyo inestable de las personas significativas (padres, amigos, parejas, etc.) e insatisfacción de lazos íntimos podría generar en el adolescente sensaciones de soledad y falta de afectividad, influyendo así en su bienestar biopsicosocial (44, 50).

Por todo lo expuesto, resulta importante investigar respecto a este tema, debido a que es una problemática que irrumpe el desarrollo normal de un adolescente, lo que significa que existan consecuencias de salud en la etapa adulta. Por tanto, una adolescencia “sana” implica poder disfrutar de este periodo del ciclo vital en todos sus aspectos, tanto positivos como negativos, constituyendo así una base sólida para la siguiente etapa (53).

2.2.2 Adolescencia y salud mental

La adolescencia corresponde a aquel periodo entre los 10 y 19 años caracterizado por la maduración física y sexual, comprende también la transformación hacia la independencia social y económica, el desarrollo de la identidad, la adquisición de las aptitudes necesarias para establecer relaciones y asumir funciones adultas y, la capacidad de razonamiento abstracto. A pesar de este crecimiento potencial, constituye además un período de riesgos considerables, debido a la inmadurez del lóbulo frontal, lo que limita las funciones ejecutivas y los hace más vulnerables a distintas situaciones (60).

Durante esta etapa de vida existen cambios a nivel cerebral que afectan fundamentalmente a la corteza prefrontal, cuya estructura es esencial en variados procesos cognitivos y que experimenta un importante desarrollo que comienza en la pubertad y termina aproximadamente en los primeros años de la adultez temprana. Otros cambios durante esta etapa de vida son los que afectan el circuito mesolímbico, relacionado con la motivación y la búsqueda de recompensa que se ve influido por las alteraciones hormonales propias de este período. Como consecuencia de estas modificaciones, en este periodo se produce un desequilibrio entre ambos circuitos cerebrales lo que puede generar cierta vulnerabilidad, aumentando la impulsividad y las conductas de riesgo durante esta etapa de vida (61).

La OMS plantea la división de la adolescencia en tres etapas: adolescencia temprana desde los 10 a 14 años, media desde los 14 a 17 años y tardía desde los 17 a 19 años. Esta clasificación no significa que haya una progresión paralela en todas las áreas, si no que puede existir mayor desarrollo de un área y menos progresión de otra dependiendo de las experiencias previas, el desarrollo psicológico, emocional, cognitivo y del ambiente

sociocultural (62). Esta fase del ciclo vital constituye un proceso cambiante según el crecimiento y desarrollo biológico, psicológico y social de los diferentes seres humanos. Además, existen diferencias respecto a la edad de inicio y término de esta etapa, por lo que puede ser asincrónico en sus distintos aspectos, con la posibilidad de ser discontinuo o regresivo de acuerdo con factores estresantes (63).

Durante esta etapa ocurre un desarrollo de la propia identidad, buscando ser coherente, personalmente aceptable y distinta de todas las demás identidades. Esta búsqueda de saber quién es, cómo es visto por los otros y cuál será su lugar en el mundo atrae y abstrae al adolescente, pudiendo presentar indecisión, soledad y ansiedad. Lo que, sumado a los cambios hormonales, puede estar relacionado con el aumento de la emocionalidad, labilidad y cambios en el estado de ánimo (27).

En Chile, según el Instituto Nacional de Estadísticas (INE), el 13,6% de la población corresponde a adolescentes entre los 10 y 19 años (64). Cabe destacar que este grupo etario es un importante porcentaje de la población y ha sido escasamente investigado e intervenido en temas de salud mental. Es por todo lo anterior, que es relevante conocer la envergadura de esta problemática a nivel local para conocer la prevalencia y nivel de este fenómeno y así visualizar la magnitud del problema al que se enfrentan los adolescentes.

Debido a todos estos cambios, propios de la edad y del desarrollo, y al importante número que constituye esta población a nivel nacional, la adolescencia se considera un periodo susceptible a la aparición de situaciones que alteran la salud mental, tales como la sintomatología depresiva, las cuales puede estar relacionadas a un aumento de conductas impulsivas y afectividad negativa que se presenta en esta etapa.

Considerando lo susceptibles que son los adolescentes frente a este fenómeno se hace relevante destacar que a nivel nacional existe el Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes tiene como objetivo fortalecer y optimizar la oferta y el acceso a servicios de salud integrales, otorgando prestaciones de salud que respondan a sus

necesidades. Dentro de las diversas prestaciones que este programa contempla, se encuentran: consultas por médico tanto general como especialista y otros profesionales, consulta de transición, consulta multidisciplinaria, consulta niños y adolescentes con necesidades especiales de atención en salud (NANEAS), consejería individual, intervención en crisis, educación en salud individual y/o familiar, intervención psicosocial individual, intervención psicosocial grupal y visita domiciliaria integral (65). Es importante mencionar que existen escasas prestaciones que se encuentren orientadas explícitamente a la promoción y prevención de salud mental, sin embargo, el programa incluye los “Espacios Amigables” que tienen como objetivo contribuir al bienestar y resolver necesidades de salud a los adolescentes enfocándose en temas de salud nutricional, reproductiva y mental. Cabe destacar que actualmente, de los diez Centros de Salud Familiar (CESFAM) pertenecientes a la Corporación Municipal de Viña del Mar, sólo uno mantiene activa esta prestación que se realiza una o dos veces a la semana, en horario de 16:00 a 20:00 hrs y de marzo a diciembre, lo que resulta insuficiente para dar atención al número de adolescentes de Viña del Mar (66).

También, existe el Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025 que incorpora programas y prestaciones enfocados a este grupo etario, sin embargo, como declara el propio Plan Nacional, los centros de salud mental comunitaria son insuficientes para dar una respuesta satisfactoria en cuanto al acceso, oportunidad y calidad de atención a la población adolescente. Este plan contempla dos programas enfocados a esta etapa del ciclo vital, uno dirigido a niños y adolescentes pertenecientes al Servicio Nacional de Menores (SENAME) y otro a jóvenes con familias de alto riesgo psicosocial (65). Por lo anterior es posible destacar que muchos adolescentes que no se encuentran en estos grupos de vulnerabilidad no tienen la posibilidad de adherirse a algún programa o prestación que le otorgue herramientas de resolución para situaciones que repercutan la salud mental.

2.2.3 Modelo de Promoción de la Salud aplicado a la salud mental en adolescentes

La promoción de salud se define como un proceso cuyo objetivo es fortalecer las habilidades y capacidades de las personas y comunidades, con el fin de realizar acciones que ejerzan control sobre los diversos determinantes de la salud (67). Así, este concepto abarca una extensa gama de intervenciones de tipo social, ambiental y sanitarias, que buscan beneficiar y proteger la salud y calidad de vida de los individuos (68).

El antecedente más remoto del que se tiene registro sobre la utilización del concepto de promoción de la salud corresponde a la Carta de Ottawa, firmada en la Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud en el año 1986. Esta conferencia se realizó debido a la creciente demanda y expectativas de la población y la necesidad de un nuevo enfoque de salud, realizando una llamada a la OMS y otras organizaciones, para establecer estrategias y programas internacionales con el fin de promover la salud (69). Distintas disciplinas generan propuestas conceptuales que permiten orientar su ejercicio profesional, ya sea para dar respuesta a necesidades o generar fundamentos del quehacer. Así, desde enfermería surge el MPS, propuesto por Nola J. Pender, que expone cómo las características y experiencias individuales, así como los conocimientos y afectos específicos de la conducta, llevan al individuo a participar o no en acciones que promuevan su salud (18). Este modelo corresponde a una teoría de enfermería de nivel o rango medio debido a que su bajo nivel de abstracción permite responder a situaciones de la práctica de cuidado, considerándose aplicable en el área de salud (70).

Nola J. Pender es una reconocida enfermera que nació en Michigan, Estados Unidos en el año 1941. Obtuvo su título en Ciencias de Enfermería en la Universidad del Estado de Michigan en 1964, posteriormente realizó un doctorado que la motivó a centrarse en conocimientos sobre la optimización de la salud humana. Producto de sus estudios, propuso un modelo de enfermería que permite valorar una situación de salud y comprender la forma en que las personas adoptan decisiones relacionadas con su cuidado, dando así origen al MPS (18).

Este modelo se basa en diversos sustentos teóricos, entre ellos se encuentra la teoría de aprendizaje social de Bandura, denominada actualmente como teoría cognitiva social, que sustenta la importancia de los procesos cognitivos en el cambio de la conducta promotora de salud, tomando en cuenta distintos elementos como la atribución, autoevaluación y autoeficacia. Por otro lado, el MPS se basa en el modelo de valoración de expectativas de la motivación humana propuesta por Feather, el cual indica que la conducta es racional y económica. Pender, basada en las teorías anteriores, considera que los aspectos del aprendizaje cognitivo y conductual son factores psicológicos que influyen en los comportamientos de las personas (71).

El MPS identifica factores cognitivos-perceptuales de los individuos, permitiendo comprender los comportamientos que asumen con su salud. También, constituye una herramienta valiosa para la disciplina de enfermería, ya que permite entender la percepción de los usuarios, promover actitudes, motivaciones y acciones de las personas a partir de sus propias capacidades (71).

A través de la utilización de este modelo, se pretende promover que las personas regulen por sí mismas su conducta, identificando sus propios factores protectores y de riesgo, y motivándolos a desarrollar una conducta promotora de salud (71).

Si bien el modelo busca promover conductas saludables, también es posible aplicarlo en situaciones específicas donde ya existen alteraciones y se necesita la adquisición de conductas que permitan mejorar el bienestar biopsicosocial de las personas. Esto se evidencia en investigaciones realizadas por la propia Nola J. Pender, donde el MPS fue aplicado a personas con diversas patologías, generalmente crónicas (72, 73).

Este modelo de enfermería propone tres pilares fundamentales, los dos primeros centrados en la valoración de un aspecto de la salud de las personas y el tercero en la concreción de una conducta promotora que mejore la situación de salud valorada. A continuación, se analizan cada uno de ellos (71):

Primer pilar: Características y experiencias individuales. Abarca dos conceptos, la conducta previa relacionada y los factores personales, categorizados como biológicos, psicológicos y socioculturales (71).

- **Conducta previa relacionada:** Se refiere a aquellas experiencias anteriores que pueden influir de manera directa o indirecta en el compromiso de las conductas promotoras de salud (18). En el caso de la sintomatología depresiva se podrían valorar las respuestas previas de los adolescentes ante situaciones adversas, que podrían desencadenar este fenómeno, observando sus mecanismos de afrontamiento, emociones a partir de estos sucesos y si utilizaron o acudieron a alguna red de apoyo. Esto permitiría valorar el tipo de respuesta generada por el adolescente frente a estímulos estresantes, determinando si presentó una adaptación adecuada o inadecuada (74).

- **Factores personales:** Son todas las características propias que afectan cómo la persona se relaciona con su entorno para generar diversas conductas promotoras en salud. Se consideran como predictivos de cierta conducta y se encuentran marcados por la naturaleza de la consideración de la meta de las conductas (75).
 - Factores biológicos: Comprende distintas variables como sexo, edad, índice de masa corporal, entre otros (71). En el caso de la sintomatología depresiva en adolescentes, el sexo es considerado un factor biológico de importancia, ya que según estudios europeos (6, 7, 14, 28), latinoamericanos (8, 9, 14, 31, 32, 34, 35) y nacionales (37), afecta predominantemente a mujeres. Por ello resulta relevante valorar esta variable en la población estudiada y proponer intervenciones diferenciadas según sexo.

 - Factores psicológicos: Comprende aspectos como la automotivación, competencia personal, estado de salud percibido y la definición de salud (71). En el caso de este estudio, se considerará la autopercepción de salud mental valorando aspectos como tristeza, pesimismo, sentimientos de fracaso, pérdida de placer, entre otros, los cuales pueden repercutir en el bienestar psicológico del adolescente. Asimismo, se

considerará la variable tratamiento de salud mental dentro de esta categoría, ya que la preexistencia de alteraciones de salud mental juega un papel importante en el desarrollo y en el afrontamiento de estos síntomas (76).

- Factores socioculturales: Abarca diversas características como la etnia, aculturación, formación y el nivel socioeconómico (71). Es posible considerar la funcionalidad familiar como una variable sociocultural, ya que los adolescentes se encuentran influenciados por su entorno social y cultura familiar. En relación a la sintomatología depresiva, un entorno familiar estable, sólido y cercano ha sido reconocido como beneficioso para el equilibrio mental y emocional de los adolescentes, es decir, que una funcionalidad familiar adecuada constituye un factor protector para evitar los síntomas depresivos (49).

Segundo pilar: Cogniciones y afectos específicos de la conducta. Los componentes del segundo pilar son los centrales del modelo y se relacionan con las cogniciones y afectos relativos de la conducta promotora de salud. Se hace énfasis, además, que en este pilar es donde más se puede intervenir desde la enfermería, puesto que se consideran factores modificables de la conducta con intervención especializada (18).

- **Beneficios percibidos de la acción:** Son los resultados positivos anticipados que se producirán como expresión de la conducta promotora de salud (18). En el caso de los adolescentes, si estos reconocen el apoyo social como un beneficio para su salud emocional, y acuden a sus redes de apoyo frente a situaciones complejas, la evidencia ha señalado que se podría producir una ausencia o disminución de sintomatología depresiva (17).
- **Barreras percibidas de la acción:** Según Pender corresponde a las apreciaciones negativas o desventajas de la propia persona que pueden dificultar un compromiso con el cambio conductual (18). Dentro de este componente y relacionándolo a la sintomatología depresiva en adolescentes, es posible vincular el factor personal de

autoestima (71) puesto que, una mala percepción de sí mismo dificultaría un cambio conductual que promueva la salud, influyendo así, en la aparición de síntomas depresivos (8, 14, 33, 36, 44). También, se hace relevante mencionar el apoyo social, ya que, según diversos estudios, actúa como factor protector en la salud mental de los adolescentes (17, 44, 50). De esta forma, si el adolescente no cuenta con redes de apoyo a las cuales acudir en situaciones adversas, habrá un mayor riesgo de vivenciar sintomatología depresiva.

- **Autoeficacia percibida:** Representa la percepción de la capacidad de uno mismo de adquirir o no cierta conducta (18). En base a la sintomatología depresiva este aspecto puede influir de manera positiva o negativa, ya que, si el adolescente se siente capaz de realizar cambios para generar una conducta promotora de salud, será beneficioso para su bienestar psicológico. Por el contrario, si el adolescente sobrevalúa sus capacidades y los resultados de salud obtenidos no son los esperados, esto podría repercutir de manera negativa en la generación de la conducta. No obstante, este factor no será evaluado en la presente investigación, debido a que la bibliografía especializada señala un alto porcentaje de autoeficacia en la población adolescente como una característica de la etapa de vida, más que por el autoconocimiento de sus capacidades (77), lo cual podría alterar la relación con la sintomatología depresiva.
- **Afecto relacionado con la actividad:** Corresponde a las emociones o reacciones directamente relacionadas con los pensamientos positivos o negativos, favorables o desfavorables hacia una conducta (18). Este aspecto se puede relacionar con la sintomatología depresiva en los adolescentes, puesto que, si estos logran generar una conducta promotora de salud, habrá respuestas que, sí se perciben favorables, motivarán al adolescente a mantener esta conducta. Por otro lado, si los resultados obtenidos no son los esperados, las reacciones podrían ser percibidas como negativas por el adolescente y podría no seguir buscando estrategias para realizar un cambio conductual, manteniendo la sintomatología depresiva.

- **Influencias interpersonales:** Hace referencia a la mayor probabilidad de que las personas se comprometan a adoptar conductas de promoción de salud cuando los individuos importantes para ellos esperan que se den estos cambios e incluso ofrecen ayuda o apoyo para permitirlo (18). En relación con la sintomatología depresiva en adolescentes, se podría considerar la variable apoyo social, puesto que la percepción de un individuo de poseer redes de apoyo a las cuales acudir y que existen personas preocupadas por su bienestar, actuaría como un factor protector del bienestar psicológico, disminuyendo así la presencia de sintomatología depresiva (17, 44, 50).
- **Influencias situacionales:** Son las percepciones de alguna situación o contexto que pueden facilitar o dificultar la conducta de salud (71). En este componente se hace relevante mencionar el consumo de alcohol y drogas. Estudios han demostrado su relación directa con la sintomatología depresiva, ya que el consumo de sustancias aumentaría este fenómeno y de manera inversa, la sintomatología depresiva aumentaría el consumo de alcohol y drogas (37, 45). En ambos casos, las variables tendrían repercusiones negativas en la salud de los adolescentes, por lo que realizar intervenciones con el objetivo de disminuir el consumo de sustancias tendría como resultado una disminución de sintomatología depresiva y, por ende, una mejora en su bienestar psicológico. Además, se podría considerar en este componente la funcionalidad familiar, debido a que se sugiere que una satisfacción de las relaciones y comunicación con los padres sería una influencia psicosocial de gran importancia para la salud mental de los adolescentes, actuando como factor protector frente a la sintomatología depresiva (49, 50).

Tercer pilar: Resultado conductual. Este pilar corresponde al compromiso con un plan de acción y del desarrollo de una conducta promotora de salud en base a los componentes anteriormente mencionados (18).

- **Compromiso con un plan de acción:** Es el precedente de un resultado final deseado, en el cual hay una disposición de generar un plan para lograr una conducta promotora

de salud (18). En relación con la sintomatología depresiva en adolescentes, se hace relevante fortalecer las acciones que promuevan un bienestar psicológico, identificando aquellas características del adolescente que actúen como un factor protector de su salud, con el fin de fomentarlas y generar estrategias que dispongan al conocimiento de las debilidades y fortalezas que influyen en el desarrollo de síntomas depresivos (71).

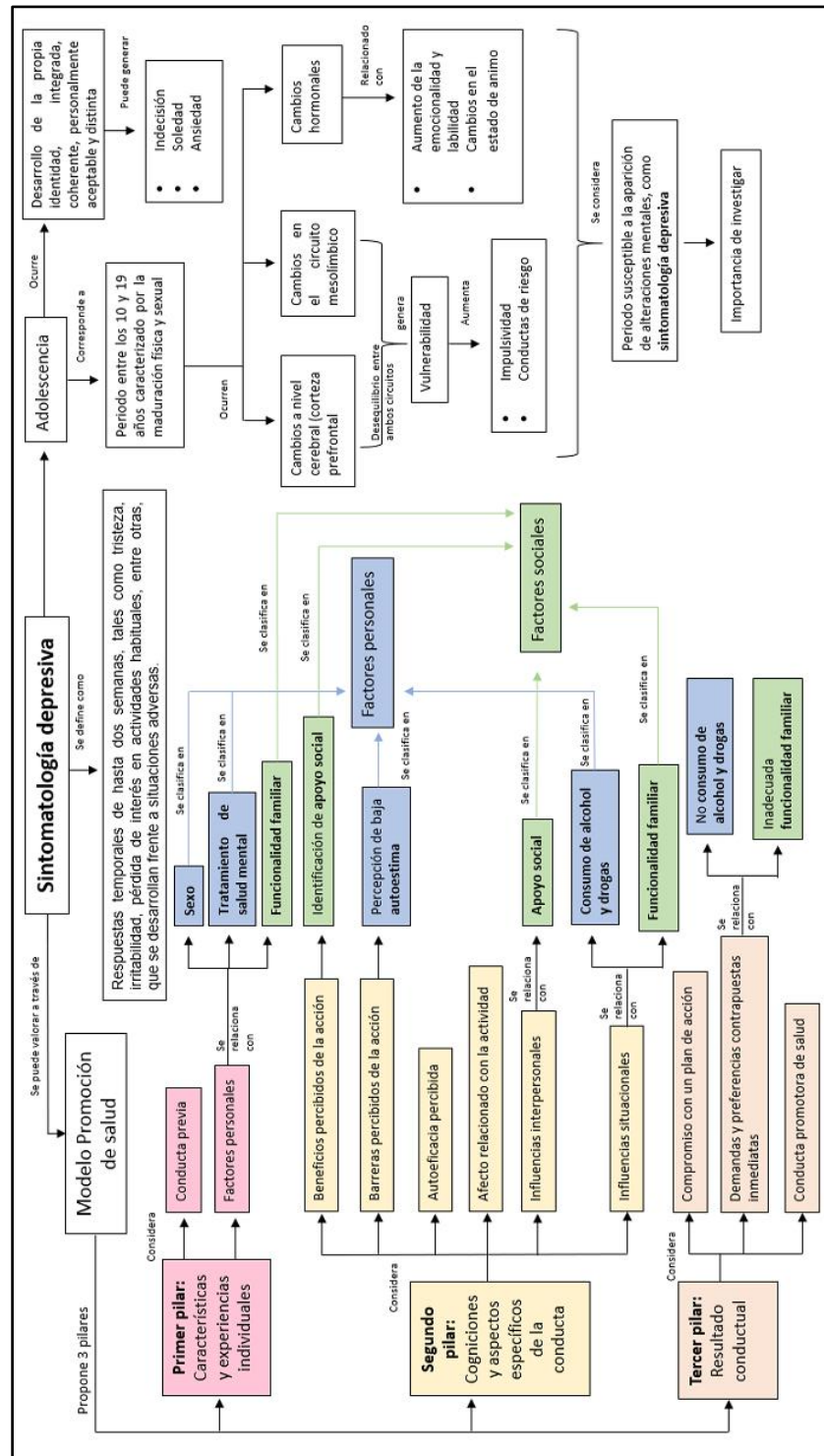
- **Demandas y preferencias contrapuestas inmediatas:** Las demandas contrapuestas son aquellas conductas donde existe un bajo control por parte del individuo debido a influencias del entorno (18). Por otro lado, las preferencias personales permiten un mayor control de las acciones debido a que el individuo tiene la posibilidad de elegir (71). En relación a la sintomatología depresiva, dentro de las demandas contrapuestas que podrían influir de manera negativa en la salud mental de los adolescentes, es posible encontrar una inadecuada funcionalidad familiar, ya que sería un componente de difícil manejo. Por otro lado, un factor que se podría utilizar como preferencia contrapuesta y que actuaría como factor protector de la salud mental, podría ser decidir no consumir alcohol ni drogas por parte del grupo en estudio.
- **Conducta promotora de salud:** Son los resultados de salud positivos en base a las acciones realizadas. Entre estos, se puede destacar el bienestar óptimo, el cumplimiento personal y la vida productiva (71). Al aplicar las conductas promotoras de salud en la sintomatología depresiva, sería importante que el adolescente realice actividades que fomenten los factores que la evidencia señala como protectores para su bienestar mental, tales como aumento de autoestima (33, 36, 44) y fortalecimiento del apoyo social (17, 44, 50) y funcionalidad familiar (49). Por otro lado, reconocer aquellos factores de riesgo como consumo de alcohol y drogas permitiría realizar acciones que tengan como objetivo disminuir su influencia en la salud mental (37, 45).

El presente estudio buscó determinar cuáles son los factores más importantes que se deben incorporar en la valoración de los adolescentes de Viña del Mar, llevando a cabo una anamnesis profunda al momento de realizar el Control de salud integral del adolescente,

debido a la relación existente entre sintomatología depresiva y los factores indicados por la literatura. La mayoría de estas variables pueden encontrarse tanto en el primer como segundo pilar del MPS. Sin embargo, se debe considerar que las estrategias de intervención se deben orientar a los factores modificables a través de intervenciones, las cuales se ubican en el segundo pilar.

A continuación, se presenta un esquema conceptual que busca destacar aquellos aspectos relevantes del marco teórico anteriormente expuesto, con el fin de resumir y generar una mayor comprensión de lo presentado en esta investigación.

Figura N°1. Síntesis marco referencial



2.2.4 Operacionalización de variables

Definir las variables de un estudio permite que tanto el investigador como cualquier persona que consulte la investigación otorguen el mismo significado a los términos, características o variables que se están estudiando. Además, es útil para comparar los resultados obtenidos con otras investigaciones similares y así evaluar más adecuadamente los resultados de la investigación (78).

Las variables deben ser definidas de dos formas: conceptual y operacionalmente. Por un lado, la definición conceptual significa enunciar con exactitud la significación de la variable y describir sus características. A su vez, la definición operacional especifica qué actividades u operaciones deben realizarse para medir una variable e interpretar los datos obtenidos (78).

A continuación, se presenta una tabla con la definición conceptual y operacional de cada una de las variables incorporadas en la presente investigación.

Tabla N°5. Definición conceptual y operacionalización de variable principal

Definición conceptual	Definición operacional
<p>Sintomatología depresiva</p> <p>Considera aspectos como tristeza, pesimismo, sentimientos de fracaso, pérdida de placer, sentimientos de culpa, sentimientos de castigo, insatisfacción con uno mismo, autocríticas, pensamientos o deseos suicidas, llanto, agitación, pérdida de interés, indecisión, inutilidad, pérdida de energía, cambios en el patrón de sueño, irritabilidad, cambios en el apetito, dificultad de concentración, cansancio o fatiga y pérdida de interés por el sexo, que se presentan de forma temporal frente a situaciones adversas (79).</p>	<p>Esta variable se midió utilizando el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II), el cual está compuesto por 21 ítems con respuestas tipo Likert con puntajes que varían de 0 a 3 puntos, los cuales finalmente se suman obteniendo una puntuación total.</p> <p>El resultado se analizó desde dos perspectivas: El nivel de sintomatología depresiva se establece numéricamente entre 0 y 63 puntos, donde el puntaje más alto significa mayor sintomatología depresiva (79).</p> <p>Además, para caracterizar a los adolescentes participantes, la puntuación final se categorizó en (79):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Depresión mínima: 0 a 13 puntos. • Depresión leve: 14 a 19 puntos. • Depresión moderada: 20 a 28 puntos. • Depresión grave: 29 a 63 puntos.

Tabla N°6. Definición conceptual y operacionalización de variables personales

Definición conceptual	Definición operacional
<p>Sexo Conjunto de características biológicas que diferencian a los humanos como hombres o mujeres (80).</p>	<p>La medición de esta variable se realizó a través de una pregunta del cuestionario de características demográficas, creado por las estudiantes investigadoras, donde se les pregunta cuál es tu sexo. Los participantes debieron marcar una de las dos categorías de respuestas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mujer. • Hombre.
<p>Tratamiento de salud mental Se refiere a si el estudiante se encuentra actualmente en cualquier tipo de tratamiento psicológico o psiquiátrico por cualquier diagnóstico relacionado con salud mental.</p>	<p>La variable se midió mediante la aplicación de una pregunta del cuestionario de características demográficas elaborado por las estudiantes investigadoras, donde se les pregunta si en el momento de contestar el cuestionario se encuentran con algún tipo de tratamiento con psicólogo o psiquiatra. Los participantes debieron marcar una de las dos categorías de respuesta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si. • No.

<p>Autoestima</p> <p>Visión que una persona tiene de sí misma, basada en los sentimientos hacia su propia persona (81).</p>	<p>Esta variable se midió mediante la aplicación de la Escala de Autoestima de Rosenberg, instrumento unidimensional de 10 ítems con afirmaciones positivas y negativas y respuesta de tipo Likert con puntajes que varían entre 1 a 4 puntos (82).</p> <p>El resultado final se obtiene a partir de dos tipos de respuestas (83):</p> <p>Puntaje numérico que varía entre 10 y 40 puntos, donde a mayor puntaje se observa mayor autoestima.</p> <p>También, el puntaje se categoriza en los siguientes grupos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Autoestima baja: 10 a 25 puntos.• Autoestima media: 26 a 29 puntos.• Autoestima elevada: 30 a 40 puntos.
--	---

<p>Consumo de alcohol y drogas</p> <p>Ingesta autoadministrada de bebidas alcohólicas y/o consumo de sustancias psicoactivas como marihuana, cocaína, estimulantes, sustancias inhalantes, alucinógenos y opiáceos (84).</p>	<p>Esta variable se evaluó a través de la aplicación de la Prueba de Detección de Consumo de Alcohol, Tabaco y Sustancias (ASSIST), la cual consta de 8 preguntas que indican el nivel de riesgo y dependencia del consumo, calificándose con respuesta de tipo Likert con puntajes que varían según la pregunta realizada y con variaciones en el tipo de respuestas (0 a 8 puntos) (85).</p> <p>El instrumento no cuenta con puntaje máximo, ya que no existe un límite de drogas que se evalúan.</p> <p>Finalmente se obtiene una puntuación total, donde a mayor puntaje se muestra mayor riesgo respecto al consumo.</p> <p>Además, es posible clasificar al adolescente en las siguientes categorías (85):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Riesgo bajo: 0 a 10 puntos para alcohol y 0 a 3 puntos para las otras sustancias. • Riesgo moderado: 11 a 26 puntos para alcohol y de 4 a 26 puntos para las otras sustancias. • Riesgo alto: Mayor a 27 puntos en todas las sustancias.
---	---

Tabla N°7. Definición conceptual y operacionalización de variables sociales

Definición conceptual	Definición operacional
<p>Funcionalidad familiar</p> <p>Interacción de vínculos entre miembros de una organización psicosocial (familia) otorgando la capacidad de cambiar su estructura para superar las dificultades evolutivas familiares (46, 86).</p>	<p>Esta variable se midió mediante la aplicación de APGAR Familiar. Este instrumento consiste en 5 preguntas cerradas, con respuestas de tipo Likert que van de 0 a 2 puntos (87).</p> <p>La puntuación total varía desde 0 a 10 puntos, donde un mayor puntaje significa mayor funcionalidad familiar. Además, se puede clasificar en las siguientes categorías (87):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Familia severamente disfuncional: 0 a 3 puntos. • Familia moderadamente funcional: 4 a 6 puntos. • Familia altamente funcional: 7 a 10 puntos.
<p>Apoyo social</p> <p>Red constituida por familia, amigos, vecinos y miembros de la comunidad los cuales se encuentran disponibles para brindar ayuda psicológica, física y financiera en los momentos de necesidad (88).</p>	<p>La medición de esta variable se realizó a través de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (MSPSS), la cual consta de 12 ítems, con respuesta tipo Likert con puntajes que varían de 1 a 4 puntos (89).</p> <p>El puntaje total varía desde 12 a 48 puntos y refiere que, a mayor puntuación, mayor es el apoyo social percibido (89). Además, es posible clasificar en las siguientes categorías (90):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bajo apoyo: 12 a 24 puntos. • Moderado apoyo: 25 a 36 puntos. • Alto apoyo: 37 a 48 puntos.

CAPÍTULO 3
MATERIAL Y MÉTODOS

3.1 Diseño de investigación

Se realizó un estudio con enfoque cuantitativo, no experimental y transversal, con análisis de tipo descriptivo y correlacional.

3.2 Población en estudio

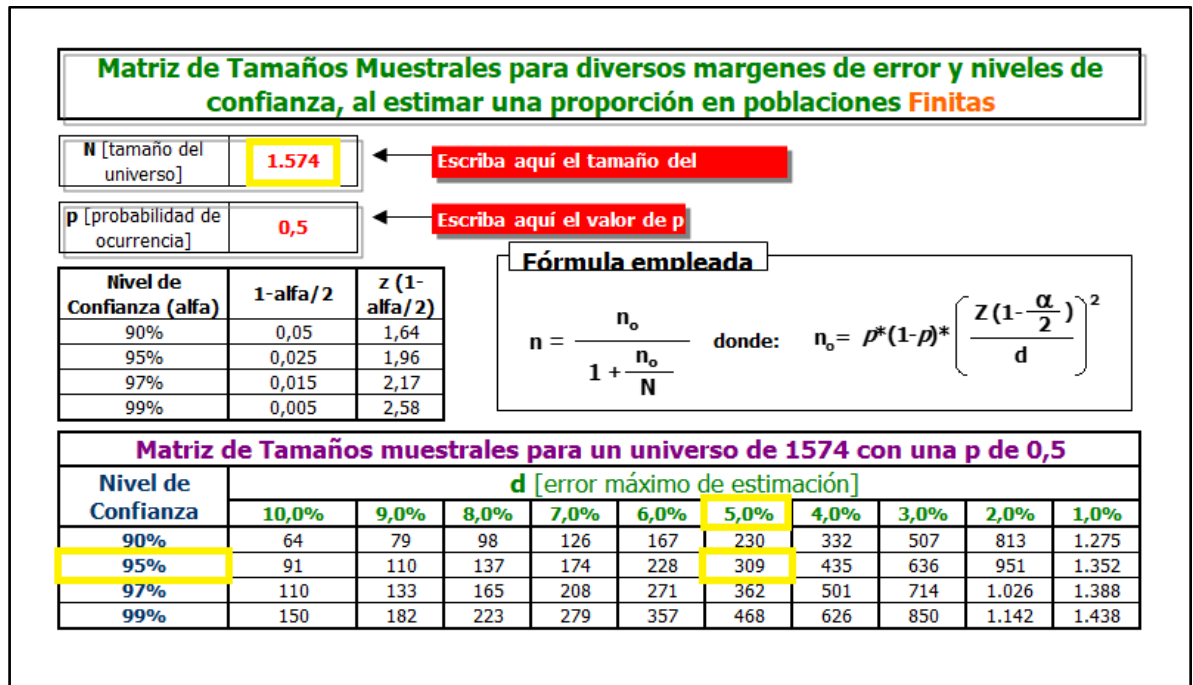
La población estuvo constituida por 1574 estudiantes de enseñanza media, matriculados en los liceos municipalizados mixtos de Viña del Mar, durante el segundo semestre del año 2019. Esta población fue seleccionada por ser el grupo etario donde se inician diversos cambios, tanto físicos como psicológicos, haciendo que los adolescentes sean más vulnerables frente a alteraciones de salud mental como la presencia de sintomatología depresiva (61).

3.3 Selección de la muestra

El muestreo fue de tipo probabilístico por conglomerado polietápica. En una primera etapa, se seleccionaron al azar 2 de los 6 liceos mixtos pertenecientes a la Corporación Municipal de Viña del Mar. En una segunda etapa, se seleccionaron en promedio 7 cursos por cada nivel según disposición de los establecimientos, para finalmente censar a los estudiantes de los cursos seleccionados, completando el muestreo teórico calculado.

Para el cálculo de la muestra se utilizó un nivel de confianza del 95%, considerando un error máximo estimado del 5%, una prevalencia estimada del fenómeno del 50% en la población antes señalada, así se obtuvo un tamaño muestral de 309 estudiantes, como se observa en la figura que se presenta a continuación:

Figura N°2. Cálculo de tamaño muestral



3.4 Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios utilizados para determinar las unidades muestrales que participaron en este estudio se presentan a continuación.

Inclusión:

- Alumnos regulares de enseñanza media de liceos municipalizados mixtos de Viña del Mar.
- Adolescentes que asisten a jornada diurna.

Exclusión:

- Alumnos que no sean regulares de enseñanza media de liceos municipalizados mixtos de Viña del Mar.
- Adolescentes que asisten a jornada vespertina.
- Adolescentes que asisten a sistemas de dos cursos en un año.

3.5 Descripción de los instrumentos

Para cumplir los objetivos de la presente investigación, se utilizó un instrumento compuesto por seis partes (Ver Anexo N°1), las cuales son:

Parte 1: Datos personales

Instrumento elaborado por las investigadoras, orientado a recolectar información sobre los estudiantes. Dentro de las preguntas de este cuestionario se encuentra edad, sexo y tratamiento de salud mental, además de características de identificación personal como los últimos 3 dígitos del RUT más dígito verificador, nacionalidad y curso, con el fin de preservar la identidad y a la vez obtener información en caso de detección de sintomatología depresiva que requiera ser derivada.

Parte 2: Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II)

Es una escala unidimensional creada por Aaron Beck, Robert Ster y Gregory Brown en el año 1996 en Estados Unidos. Se utiliza para detectar y evaluar el nivel de gravedad de los síntomas depresivos en adultos o adolescentes de 13 años o más. Dentro de los síntomas que evalúa se encuentran: tristeza, pesimismo, sentimientos de fracaso, pérdida de placer, sentimientos de culpa, sentimientos de castigo, insatisfacción con uno mismo, autocríticas, pensamientos o deseos suicidas, llanto, agitación, pérdida de interés, indecisión, inutilidad, pérdida de energía, cambios en el patrón de sueño, irritabilidad, cambios en el apetito, dificultad de concentración, cansancio o fatiga y pérdida de interés por el sexo (79).

Este instrumento es auto aplicado y consta de 21 ítems con respuestas tipo Likert, con puntajes que varían entre 0 y 3 puntos, con algunas variaciones de respuestas según la afirmación descrita. El resultado final se obtiene al sumar los puntajes de cada ítem, obteniendo entre 0 y 63 puntos, donde el puntaje más alto indica mayor sintomatología depresiva (79).

Además, los autores han propuesto categorizar la puntuación final en (79):

- Depresión mínima: De 0 a 13 puntos.
- Depresión leve: De 14 a 19 puntos.
- Depresión moderada: De 20 a 28 puntos.
- Depresión grave: De 29 a 63 puntos.

Cabe destacar que el manual del instrumento señala que, para la interpretación de los resultados, se considera la categoría “depresión mínima” como ausencia de sintomatología depresiva y las demás categorías como sugerentes de este fenómeno. Además, sugiere prestar especial atención a la pregunta N°9 referida a pensamientos o deseos suicidas (91).

Este instrumento fue validado en el año 2008 a nivel nacional, en Concepción, por Melipillán, Cova, Rincón y Valdivia, en población adolescente de 14 a 20 años, obteniendo un alfa de Cronbach de 0,91 (92), considerándose excelente en relación con su confiabilidad y concluyendo que es válido por replicar una única dimensión.

Parte 3: Escala de Autoestima de Rosenberg

Fue creada por el sociólogo Morris Rosenberg en Estados Unidos en el año 1965 (93). Es una escala auto aplicada que sirve para explorar la autoestima personal, entendida como los sentimientos personales y de respeto a sí mismo (83).

Consta de 10 ítems, con respuestas tipo Likert, que son afirmaciones sobre los sentimientos que tiene la persona sobre ella, 5 están direccionadas positivamente (ítems 1, 2, 3, 4 y 5) y 5 negativamente (ítems 6, 7, 8, 9 y 10). Es una escala unidimensional y la graduación de las respuestas tiene 4 puntos, desde 1= muy en desacuerdo, hasta 4= muy de acuerdo y se asigna el puntaje inverso a las afirmaciones direccionadas negativamente (82). El puntaje total varía de 10 a 40 puntos, donde a mayor puntaje se presenta mayor autoestima.

También, el resultado se clasifica en las siguientes categorías (83):

- Autoestima baja: De 10 a 25 puntos.
- Autoestima media: De 26 a 29 puntos.
- Autoestima elevada: De 30 a 40 puntos.

En un principio la escala fue dirigida a adolescentes, pero además en Chile, durante el año 2009 en la región metropolitana se validó para jóvenes, adultos y adultos mayores por Rojas-Barahona, Zegers y Förster, quienes encontraron una confiabilidad por alfa de Cronbach aceptable de 0,75, y la validación mostró dos factores (afirmaciones negativas y positivas), pero la naturaleza de las respuestas hace suponer que la escala igualmente mide solo una dimensión conceptual (82).

Parte 4: APGAR Familiar

Corresponde a un cuestionario auto aplicado creado en Estados Unidos en el año 1978 por el Dr. Gabriel Smilkstein (94). Este instrumento evalúa 5 áreas de funcionamiento familiar tales como adaptabilidad, participación, desarrollo o gradiente de crecimiento, afectividad y capacidad de resolución (87).

Está compuesta por 5 preguntas cerradas con respuestas tipo Likert que van de 0 a 2 puntos, desde 0= casi nunca, hasta 2= casi siempre. La puntuación total varía desde 0 a 10 puntos, donde un mayor puntaje significa mayor funcionalidad familiar (87).

Además, se puede clasificar en las siguientes categorías (87):

- Familia severamente disfuncional: De 0 a 3 puntos.
- Familia moderadamente funcional: De 4 a 6 puntos.
- Familia altamente funcional: De 7 a 10 puntos.

Este instrumento fue traducido y validado en Chile en el año 1987 por Maddaleno, Horwitz, Jara, Florenzano y Salazar, indicando que este instrumento es apto para ser utilizado en

población chilena (95).

Parte 5: Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (MSPSS)

Es una escala creada por Zimet, Dahlem, Zimet y Farley en Estados Unidos el año 1988, que tiene por finalidad medir el apoyo percibido desde tres fuentes: familia, amigos y pareja u otras personas significativas. Es una escala tridimensional basada en: apoyo instrumental, apoyo cognitivo y apoyo emocional (90).

Corresponde originalmente a una escala compuesta por 12 afirmaciones, con respuestas tipo Likert entre 1 y 7 puntos. No obstante, fue traducida y adaptada el año 2002 para su uso en Chile, por Arechavala y Miranda, donde el principal cambio consideró la reducción de la escala de frecuencia a 4 niveles, desde 1= casi nunca, hasta 4= siempre o casi siempre, de esta forma el puntaje total varía entre 12 y 48 puntos (96), el cual refiere que, a mayor puntuación, mayor es el apoyo social percibido. Además, es posible clasificar en las siguientes categorías (90):

- Bajo apoyo: De 12 a 24 puntos.
- Moderado apoyo: De 25 a 36 puntos.
- Alto apoyo: De 37 a 48 puntos.

Esta escala con niveles modificados fue validada en población adolescente de Valparaíso, en el año 2015 por Mosqueda-Díaz, Mendoza, Jofré y Barriga, obteniendo un alfa de Cronbach de 0,88, considerándose bueno en relación a su análisis de confiabilidad y concluyendo que es válido por replicar las tres dimensiones originales de manera óptima (96).

Parte 6: Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST)

Fue creada en 1997 por un grupo internacional de investigadores y médicos especialistas en adicciones bajo el auspicio de la OMS. Consiste en un cuestionario de 8 preguntas que permiten identificar el consumo y su frecuencia y con ello, el nivel de riesgo relacionado con cada sustancia consumida y otros problemas asociados al consumo de ellas, indagando

respecto a la frecuencia y patrones de uso (58).

La versión 3.0 abarca diez sustancias: tabaco, bebidas alcohólicas, cannabis, cocaína, estimulantes, inhalantes, sedantes, alucinógenos, opiáceos y otras drogas (97). Sus respuestas son tipo Likert con puntajes que varían según la pregunta realizada y con variaciones en el tipo de respuestas. El instrumento no cuenta con puntaje máximo puesto que no existe un límite de drogas que se evalúan. Finalmente, se obtiene una puntuación total donde un mayor puntaje demuestra mayor riesgo respecto al consumo (85).

Además, es posible clasificar a los adolescentes en las siguientes categorías (85):

- Riesgo bajo: De 0 a 10 puntos para alcohol y de 0 a 3 puntos para las otras sustancias.
- Riesgo moderado: De 11 a 26 puntos para alcohol y 4 a 26 puntos para las otras sustancias.
- Riesgo alto: Mayor a 27 puntos en todas las sustancias.

Este instrumento fue validado en Chile en el año 2014 por Soto-Brandt, Portilla, Huepe, Rivera, Escobar, Salas, et al., obteniendo un alfa de Cronbach de 0,91 lo que implica una excelente consistencia interna (97).

A pesar de que el instrumento establece su aplicación en población mayor a 18 años, el manual de ASSIST para el uso en atención primaria, asegura que la edad apropiada para iniciar las pruebas de detección para el consumo de sustancias varía según la prevalencia local y los hábitos de consumo (58). En este sentido, el décimo segundo estudio de drogas en población escolar establece que dicha población, en la región de Valparaíso, presenta un consumo en el último año de un 57,2% de alcohol, un 32,0% de tabaco y un 31,3% de marihuana, cifras alarmantes que demuestran la importancia de la aplicación del presente instrumento en población adolescente (98).

Cabe destacar que los instrumentos utilizados en este estudio: Escala de Autoestima de Rosenberg (99), APGAR Familiar (94), Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido

(MSPSS) (96) y Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) (58) son de uso libre para investigación. Por otro lado, el Inventario de Depresión de Beck-II debe ser comprado para su utilización (91), lo cual fue realizado directamente en España por una de las estudiantes investigadoras (Ver Anexo N°2).

3.6 Prueba piloto

Se realizó un plan piloto a un curso de enseñanza media de un colegio de Viña del Mar. Esto con el objetivo de conocer el grado de comprensión de las instrucciones del instrumento por parte de los estudiantes, evaluar de manera objetiva el tiempo requerido para responder y determinar las dudas que pudieran surgir en su aplicación, lo que permitió generar un plan de respuesta a los posibles imprevistos durante la investigación.

A raíz de la aplicación del plan piloto, fue posible observar dificultad por parte de los adolescentes para seguir las instrucciones y responder adecuadamente la parte 6 del instrumento, es decir, la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST). Es por esto, que se decidió realizar cambios en las instrucciones para responderlo y agregar un ejemplo de cómo contestar. A su vez, se estableció la necesidad que dos investigadoras apliquen la encuesta en cada curso, con la finalidad de guiar a los adolescentes para responder de forma correcta y explicar las instrucciones nuevamente en caso de ser necesario.

Además, se logró conocer el tiempo que demoraba la aplicación del instrumento, el cual fue de aproximadamente 20 minutos, desde la presentación del grupo investigador y firma de los respectivos consentimientos o asentimiento informados (Ver Anexo N°3), hasta la aplicación del instrumento.

3.7 Procedimiento de recolección de datos

La recolección de datos se realizó después de la autorización del Comité de Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso y de obtener los consentimientos informados firmados por parte de los apoderados, los que fueron recolectados en la reunión de apoderados mediante coordinación con las autoridades de cada establecimiento.

Las investigadoras estudiantes se organizaron para aplicar el instrumento, explicando en cada curso seleccionado en qué consistía la investigación, para luego requerir su participación solicitando la firma del consentimiento o asentimiento informado según correspondía a la edad de los adolescentes.

La aplicación del instrumento tuvo una duración de 20 minutos aproximadamente y las estudiantes investigadoras estuvieron en todo momento para resolver preguntas y dudas. Cabe destacar que al momento de recibir los instrumentos respondidos se revisó la respuesta a la pregunta N°9 del cuestionario BDI-II, puesto que esta señala ideación suicida. En el caso que esta pregunta tuviera puntaje máximo (3 puntos), se realizó contención y consejería emocional a los adolescentes, con la posterior derivación al Centro de Atención Psicológica de la Universidad de Valparaíso (CAPSI) para recibir una atención especializada y oportuna.

3.8 Procesamiento y análisis de datos

En primer lugar, se creó una base de datos utilizando el programa Microsoft Excel para ingresar la información codificada. También, para llevar a cabo el análisis de los resultados se utilizó el programa IBM SPSS Software.

Para realizar una caracterización demográfica de la muestra y resolver el primer objetivo específico de establecer la prevalencia y nivel de sintomatología depresiva, se realizó un análisis descriptivo. En el caso de las variables categóricas (sexo y tratamiento de salud mental), se calculó frecuencias absolutas y relativas porcentuales. Para las variables numéricas (sintomatología depresiva, autoestima, consumo de alcohol y drogas,

funcionalidad familiar y apoyo social) se utilizaron medidas de tendencia central (media y mediana) y medidas de dispersión (desviación estándar y rango). Todo esto con el fin de determinar la prevalencia y nivel de adolescentes afectados por sintomatología depresiva y sus características.

El análisis bivariado fue de tipo no paramétrico, ya que la distribución de la variable principal fue no normal. A continuación, se presenta la tabla N°8 que muestra los estadígrafos utilizados para cada uno de los análisis.

Tabla N°8. Análisis de datos bivariado

Variable principal (numérica) Sintomatología depresiva	Estadígrafos utilizados
Variables categóricas con 2 grupos: <ul style="list-style-type: none"> - Sexo - Tratamiento de salud mental 	Prueba U de Mann Whitney
Variables numéricas: <ul style="list-style-type: none"> - Autoestima - Consumo de alcohol y drogas - Funcionalidad familiar - Apoyo social 	Coeficiente de correlación Rho de Spearman

3.9 Consideraciones éticas

Esta investigación fue sometida a evaluación externa por parte del Comité de Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso, donde fue aprobada el 26 de agosto del presente año, según consta en el acta de aprobación N°32/2019 (Ver Anexo N°4).

Cabe destacar que para la realización de la presente investigación se tomaron en cuenta los requisitos éticos planteados por Ezekiel Emanuel (100), al analizarlos se desprende lo siguiente:

- **Valor**

El proyecto de investigación se centró en conocer la prevalencia y nivel de sintomatología depresiva en adolescentes a nivel local, ya que es una problemática poco estudiada. Según estadísticas y artículos científicos, tanto internacionales como nacionales, existe una problemática respecto a temas de salud mental, donde se muestra que los adolescentes son vulnerables por los diferentes cambios que se producen en esta etapa de vida. El desarrollo de esta investigación tuvo el propósito de realizar un diagnóstico de la sintomatología depresiva que presentan los adolescentes y que hasta ahora no se ha objetivado. Lo anterior ayudó a visibilizar y generar conocimiento respecto a la prevalencia de síntomas depresivos y los factores que están relacionados, con la finalidad de hacer una propuesta de promoción y prevención precoz de salud mental en adolescentes de la localidad de Viña del Mar.

Respecto a los recursos, estos fueron financiados por las propias estudiantes investigadoras y fueron priorizados para ser productivos y utilizados de la mejor forma posible.

- **Validez científica**

El presente proyecto de investigación integró los aspectos metodológicos necesarios para cumplir con la validez científica, se basó principalmente en la aplicación de un instrumento,

cada una de sus partes está validado para la población chilena y presentan una confiabilidad por alfa de Cronbach que fluctúa entre aceptable y excelente.

Cabe destacar que la investigación se centró en el MPS de Nola J. Pender que consiste principalmente en comprender los comportamientos que los individuos asumen frente a su salud. La importancia de utilizar esta teoría de rango medio es comprobar el aporte para la práctica basada en datos científicos, facilitando, por tanto, la traslación de la investigación a la práctica (71). Lo anterior permitió establecer factores importantes para valorar esta problemática y proponer actividades de promoción y prevención precoz de salud mental, como, por ejemplo, la coordinación y gestión que se realizó para la atención de los participantes que presentaron resultados sugerentes de sintomatología depresiva.

Es importante mencionar que los resultados obtenidos en esta investigación son de total veracidad.

- **Selección equitativa del sujeto**

Este requisito ético se cumplió debido a que la identificación y selección de los sujetos que participaron de la investigación fue de manera probabilística. La razón por la cual se decidió realizar este estudio en la población adolescente es debido a que, según la bibliografía especializada, las alteraciones de salud mental se inician con frecuencia en este grupo etario (5), es decir, que la selección se realizó en base a referentes teóricos y aplicando métodos estadísticos.

La selección de los participantes se realizó en liceos municipalizados, a través de un muestreo probabilístico por conglomerado polietápico, debido a su aplicabilidad en este tipo de establecimientos. Además, se realizó una selección al azar de los liceos municipalizados de Viña del Mar, para que todos tuvieran la misma probabilidad de ser elegidos y así realizar una selección equitativa de los sujetos, resguardando este requisito ético.

- **Proporción favorable de riesgo-beneficio**

En esta investigación, los beneficios excedieron los riesgos potenciales que podían surgir a lo largo del estudio. Considerando que entre los adolescentes podían existir sujetos vulnerables, se desarrolló un flujograma de contención emocional (Ver Anexo N°5), ya que se estableció como riesgo potencial el malestar o alteraciones emocionales que se podría generar en participantes susceptibles a esta temática. En estos casos el beneficio fue el manejo de la situación con la capacitación previa por parte de las estudiantes investigadoras (Ver Anexo N°6). Además, se consideró como un riesgo que los adolescentes presentaran una actitud negativa hacia los puntajes alterados, frente a lo cual se realizaron las medidas pertinentes informándoles a través de una carta (Ver Anexo N°7) con las acciones oportunas a seguir según cada caso, accediendo al apoyo necesario como beneficio. También, es un beneficio para los establecimientos educacionales seleccionados, conocer la información de prevalencia y nivel de sintomatología depresiva y sus factores relacionados, porque así podrán establecer medidas adecuadas a partir de los resultados del estudio, mejorando el abordaje de esta problemática.

- **Evaluación independiente**

Con el fin de evitar un conflicto de intereses por parte de las investigadoras estudiantes, realizar una buena investigación y tener un correcto compromiso ético con los participantes del estudio, el presente proyecto fue evaluado y aprobado por el Comité de Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso. Este comité es independiente, es decir, no tiene ningún tipo de afiliación al grupo de estudiantes investigadoras y tiene la autoridad para aprobar, enmendar o, en casos extremos, cancelar la investigación (101).

- **Consentimiento informado**

La participación de los adolescentes estuvo determinada en una primera instancia por la explicación del proyecto en las reuniones de apoderados, para posteriormente solicitar la firma del consentimiento informado a los apoderados de adolescentes menores de 18 años. Posteriormente, se explicó la investigación a los estudiantes en una instancia dentro de su horario de clases para obtener el consentimiento o asentimiento informado firmado según

la edad del participante. Cabe destacar que en todo momento se enfatizó en el carácter voluntario y confidencial de la participación de los adolescentes en este estudio.

- **Respeto a los sujetos inscritos**

El respeto a los participantes se cumplió durante todo el estudio, en una primera instancia explicando a los adolescentes la posibilidad de cambiar de opinión y retirarse si lo estimaban conveniente. Además, se procuró la confidencialidad de los datos en todo momento, puesto que el instrumento fue reconocido a través de los últimos 3 dígitos de su RUT más el dígito verificador, solo con el fin de informar los resultados a cada estudiante. Al finalizar la aplicación de la encuesta, los participantes entregaron de manera personal los instrumentos respondidos a una de las investigadoras estudiantes, los cuales fueron guardados en un sobre sellado. Posteriormente, los resultados fueron revisados en la oficina de la investigadora principal, donde la información fue solo manipulada por las investigadoras.

Otro aspecto considerado para procurar respeto frente a los adolescentes fue el manejo de la labilidad emocional. Las investigadoras realizaron contención emocional para proporcionar seguridad, tanto física como emocional, a cada participante que lo requirió, respetando su ritmo y espacio a través de la expresión de sentimientos y escucha activa libre de prejuicios.

Por último, se entregaron los resultados de manera personal y confidencial a cada participante, en el caso de aquellos que presentaron alguna alteración en su puntaje, fueron derivados según flujograma de contención. Además, los resultados fueron entregados de forma global a las instituciones educacionales para que estas tuviesen conocimiento de la información encontrada.

CAPÍTULO 4
RESULTADOS

4.1 Caracterización de la muestra

A continuación, se presentan las características demográficas, personales y sociales de los 309 adolescentes que participaron en esta investigación.

Tabla N°9. Características demográficas de los adolescentes en estudio

Variables	Media	Desviación estándar	Frecuencia	Porcentaje
Edad				
Ambos sexos	16,9	1,4		
Curso				
1° medio			64	20,7%
2° medio			56	18,2%
3° medio			90	29,1%
4° medio			99	32,0%
				n= 309

La tabla N°9 presenta que la edad promedio de los adolescentes es de 16,9 años (DE= 1,4), donde la edad mínima fue de 14 años y la máxima de 20 años. Respecto al curso, el mayor porcentaje de los estudiantes se encuentra cursando 4° medio (32,0%).

Tabla N°10. Características personales de los adolescentes en estudio

Variables	Frecuencia	Porcentaje
Sexo		
Hombre	131	42,4%
Mujer	178	57,6%
Tratamiento de salud mental		
Si	41	13,2%
No	265	85,8%
No responde	3	1,0%
Autoestima		
Baja	120	38,8%
Media	59	19,1%
Elevada	130	42,1%
		n= 309

La tabla N°10 indica que existe un predominio de participantes del sexo femenino (57,6%). En relación al tratamiento de salud mental, se destaca que un 13,2% de los adolescentes se encuentran en algún tipo de tratamiento psicológico o psiquiátrico. Finalmente, es posible observar que la mayoría de los encuestados presentan una elevada autoestima (42,1%), sin embargo, existe una diferencia de solo 3 puntos porcentuales con la autoestima baja que alcanza un 38,8%.

Continuando con las características personales de los adolescentes en estudio, se presentan las categorías de riesgo de consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias.

Tabla N°11. Característica personal de consumo de alcohol y drogas

Variable		Frecuencia	Porcentaje
Bebidas alcohólicas	Riesgo bajo	233	75,4%
	Riesgo moderado	71	23,0%
	Riesgo alto	5	1,6%
Tabaco	Riesgo bajo	208	67,3%
	Riesgo moderado	93	30,1%
	Riesgo alto	8	2,6%
Cannabis	Riesgo bajo	216	69,9%
	Riesgo moderado	83	26,9%
	Riesgo alto	10	3,2%
Cocaína	Riesgo bajo	297	96,1%
	Riesgo moderado	12	3,9%
	Riesgo alto	0	0,0%

Estimulantes	Riesgo bajo	297	96,1%
	Riesgo moderado	12	3,9%
	Riesgo alto	0	0,0%
Inhalantes	Riesgo bajo	302	97,7%
	Riesgo moderado	7	2,3%
	Riesgo alto	0	0,0%
Sedantes o pastillas para dormir	Riesgo bajo	288	93,2%
	Riesgo moderado	20	6,5%
	Riesgo alto	1	0,3%
Alucinógenos	Riesgo bajo	299	96,8%
	Riesgo moderado	8	2,6%
	Riesgo alto	2	0,6%
Opiáceos	Riesgo bajo	302	97,7%
	Riesgo moderado	7	2,3%
	Riesgo alto	0	0,0%

Otros	Riesgo bajo	304	98,4%
	Riesgo moderado	5	1,6%
	Riesgo alto	0	0,0%
			n= 309

En la tabla N°11 se evidencia que para todas las sustancias predomina el bajo riesgo de consumo, es importante clarificar que esta categoría incluye a aquellos adolescentes que no consumen las sustancias.

Sin embargo, es importante destacar que, en el caso de las bebidas alcohólicas, tabaco y cannabis, los adolescentes que se ubican en la categoría de riesgo moderado de consumo corresponden a un 23,0%, 30,1% y 26,9% respectivamente.

Tabla N°12. Características sociales de los adolescentes en estudio

Variables	Frecuencia	Porcentaje
Funcionalidad familiar		
Familia severamente disfuncional	61	19,7%
Familia moderadamente funcional	79	25,6%
Familia altamente funcional	169	54,7%
Apoyo social		
Bajo apoyo	39	12,6%
Moderado apoyo	122	39,5%
Alto apoyo	148	47,9%
		n= 309

En la tabla N°12 es posible observar que más de la mitad de los adolescentes participantes en el estudio refieren pertenecer a una familia altamente funcional (54,7%). Respecto a la variable de apoyo social, la mayoría de los jóvenes perciben alto apoyo (47,9%) seguido cercanamente por un 39,5% que advierte un moderado apoyo.

4.2 Prevalencia y nivel de sintomatología depresiva

A continuación, se presentan los resultados que dan respuesta al primer objetivo específico planteado en esta investigación, que corresponde a establecer la prevalencia y nivel de sintomatología depresiva en los adolescentes participantes del estudio.

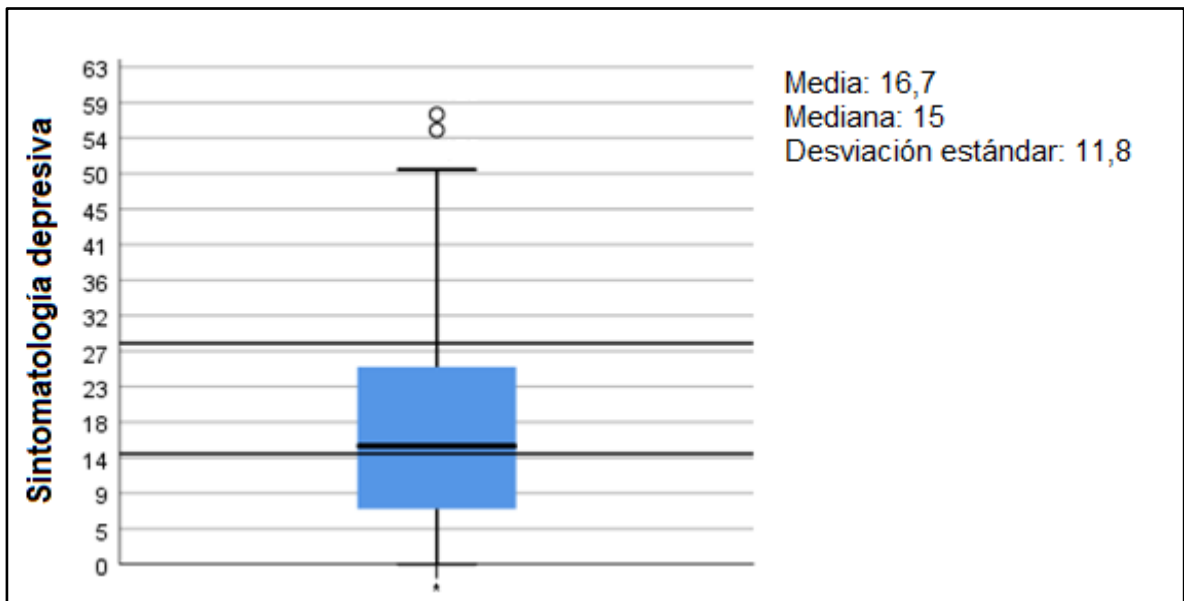
Tabla N°13. Prevalencia de sintomatología depresiva de los adolescentes en estudio

	Frecuencia	Porcentaje
Depresión mínima	144	46,6%
Depresión leve	54	17,5%
Depresión moderada	59	19,1%
Depresión grave	52	16,8%
		n= 309

La tabla N°13 muestra que la mayor prevalencia del fenómeno estudiado corresponde a la categoría de depresión mínima (46,6%), lo cual indica ausencia de sintomatología depresiva. Es importante destacar que las demás categorías se distribuyen de forma bastante uniforme con porcentajes que sumados corresponden al 53,1%, lo que quiere decir, que más de la mitad de los adolescentes en estudio presentan resultados sugerentes de sintomatología depresiva.

Además, es importante destacar que la pregunta N°9 del Inventario BDI-II (91), que hace referencia a pensamientos o deseos suicidas fue contestada por 11 adolescentes con el puntaje máximo, lo que equivale a un 4% de la muestra. Esta respuesta corresponde a " Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo". Para manejar esta situación se siguió con el flujograma de contención emocional establecido.

Gráfico N°1. Nivel de sintomatología depresiva de los adolescentes en estudio



Debido a la distribución no normal de los datos entregados por la variable principal, se utilizó la mediana para el análisis de estos resultados.

En el gráfico N°1 se observa que el nivel de sintomatología depresiva en los adolescentes participantes según la mediana es de 15 puntos, indicando que el nivel de síntomas depresivos correspondiente es leve. No obstante, la desviación estándar fue de 11,8 puntos, lo que evidencia una amplia variabilidad de los datos obtenidos, señalando que los puntajes se distribuyen entre depresión mínima, leve y moderada, que corresponde a 3 de las 4 categorías definidas en la escala.

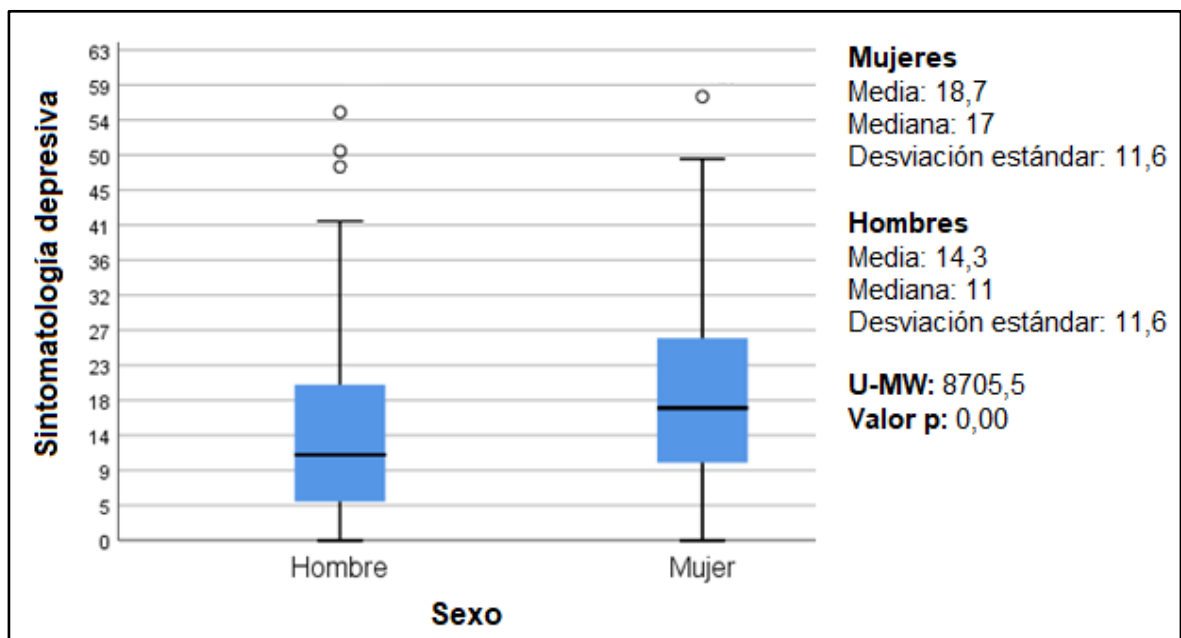
Con la información presentada es posible responder al primer objetivo específico de la investigación, encontrándose que más de la mitad de los adolescentes presentan sintomatología depresiva, alcanzando una mediana de 15 puntos (DE 11,8) que corresponde a la categoría de sintomatología depresiva leve.

4.3 Relación entre sintomatología depresiva y variables personales

A continuación, se presentan los resultados que dan respuesta al segundo objetivo específico de la investigación, que corresponde a identificar la presencia de relación entre sintomatología depresiva y factores personales en los adolescentes participantes (sexo, tratamiento de salud mental, autoestima y consumo de alcohol y drogas).

- **Relación entre sintomatología depresiva y sexo**

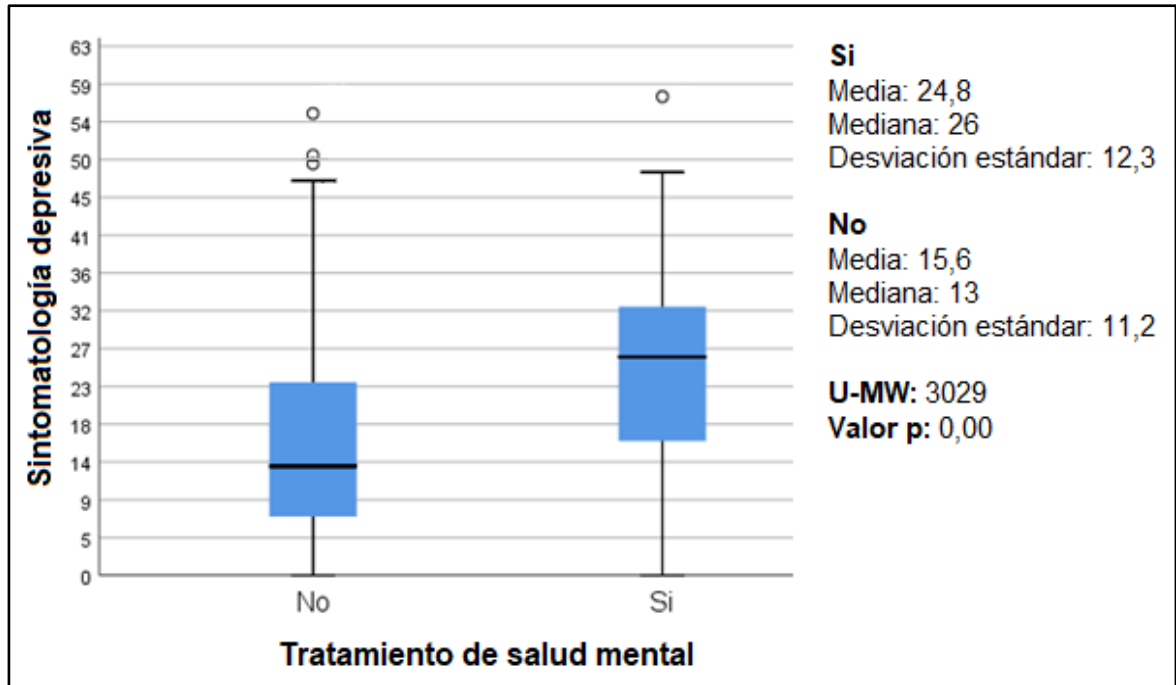
Gráfico N°2. Relación entre sintomatología depresiva y sexo



El gráfico N°2 muestra que la mediana de sintomatología depresiva en mujeres es 6 puntos superior a la informada por varones, esta diferencia mostrada en el nivel de sintomatología depresiva en favor de las mujeres es estadísticamente significativa.

- **Relación entre sintomatología depresiva y tratamiento de salud mental**

Gráfico N°3. Relación entre sintomatología depresiva y tratamiento de salud mental

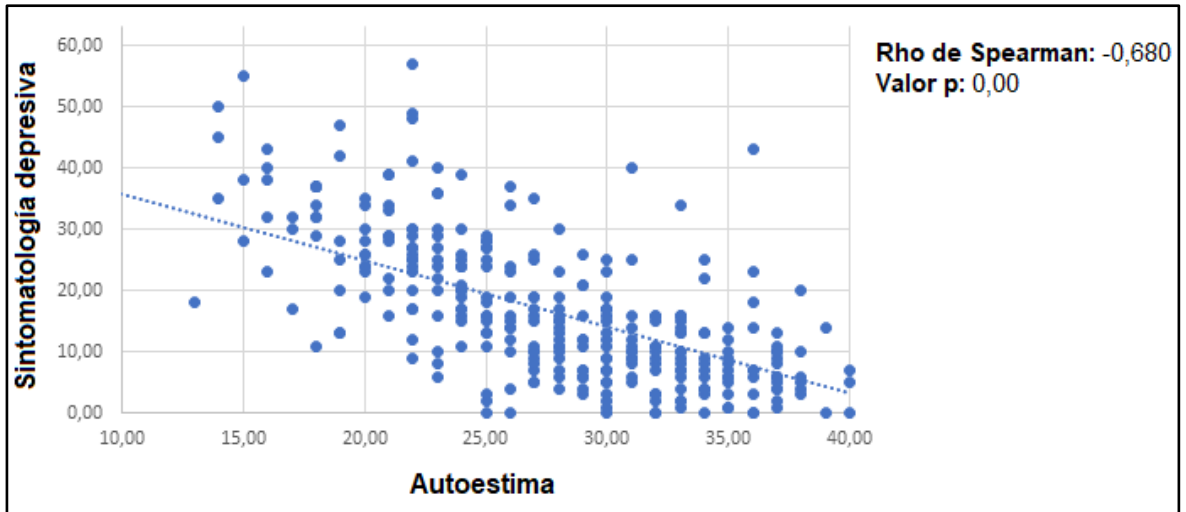


El gráfico N°3 muestra que la mediana de puntaje de sintomatología depresiva es mayor en aquellos adolescentes que se encuentran en tratamiento de salud mental comparados con los que no están bajo tratamiento. La mediana de los adolescentes que están en tratamiento es superior en 13 puntos respecto de los que no lo están, mientras que sus desviaciones estándar no presentan diferencias importantes.

El valor de la prueba de U de Mann-Whitney y su respectiva significancia, indican que existen diferencias de relevancia estadística entre el puntaje obtenido por los estudiantes que están en tratamiento de salud mental y aquellos que no lo están.

- **Relación entre sintomatología depresiva y autoestima**

Gráfico N°4. Relación entre sintomatología depresiva y autoestima



El gráfico N°4 evidencia que existe una relación inversa, moderada y estadísticamente significativa entre la sintomatología depresiva y la autoestima de los adolescentes. Esto significa que cuando el puntaje de síntomas depresivos disminuye el puntaje de la escala de autoestima aumenta.

- **Relación entre sintomatología depresiva y consumo de alcohol y drogas**

Tabla N°14. Relación entre sintomatología depresiva y consumo de alcohol y drogas

Sustancia	Coefficiente de correlación de Spearman	Valor p
Bebidas alcohólicas	0,127	0,025
Tabaco	0,191	0,001
Cannabis	0,057	0,317
Cocaína	0,049	0,392
Estimulantes	0,113	0,048
Inhalantes	0,148	0,009
Sedantes	0,271	0,000
Alucinógenos	0,112	0,049
Opiáceos	0,135	0,017
Otros	0,093	0,104

La tabla N°14 muestra que la mayor parte de las sustancias presentan una relación directa y baja, aunque estadísticamente significativa con la variable principal. Lo que significa que, a mayor puntaje en la escala de sintomatología depresiva, mayor es el consumo de bebidas alcohólicas, tabaco, estimulantes, inhalantes, sedantes, alucinógenos y opiáceos. Sin embargo, también destaca que el consumo de cannabis y cocaína no evidenció relación con la sintomatología depresiva.

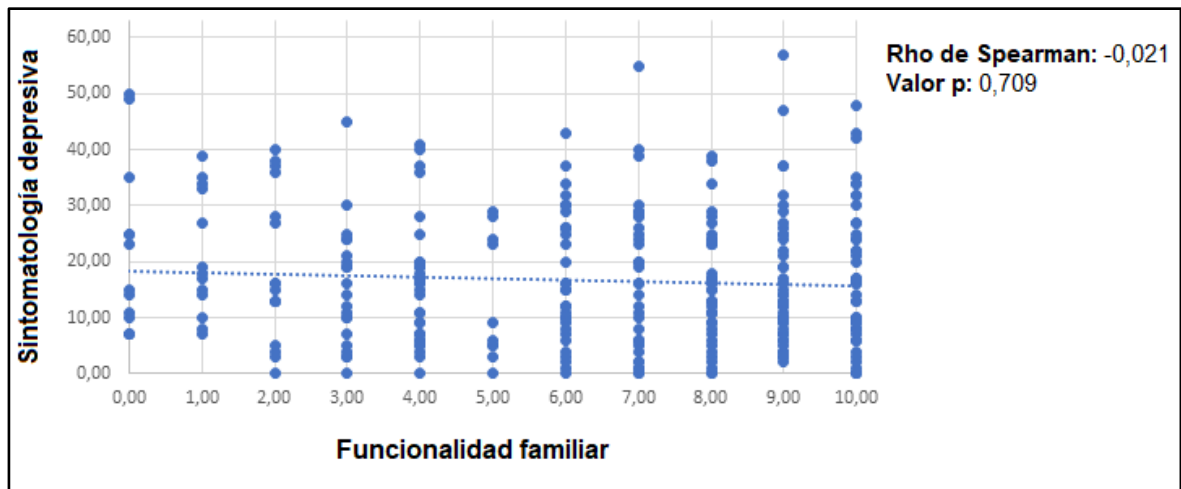
Con los resultados presentados, es posible responder al segundo objetivo específico planteado, indicando que la sintomatología depresiva en los adolescentes del estudio se relaciona con las variables personales sexo, tratamiento de salud mental, autoestima y consumo de alcohol y la mayoría de las drogas.

4.4 Relación entre sintomatología depresiva y variables sociales

A continuación, se presentan las relaciones entre sintomatología depresiva y las variables sociales: funcionalidad familiar y apoyo social, dando respuesta al tercer objetivo específico del estudio.

- Relación entre sintomatología depresiva y funcionalidad familiar

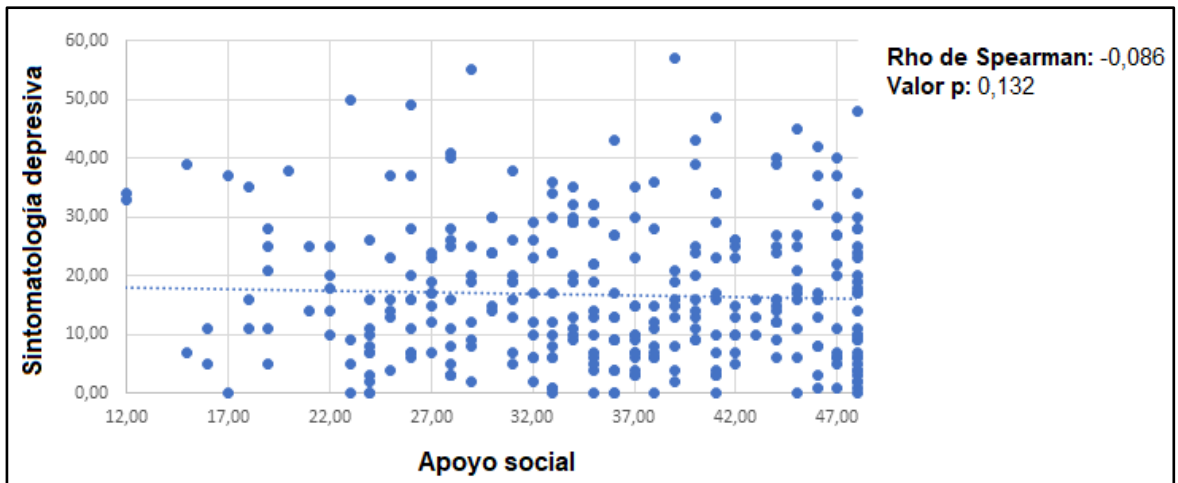
Gráfico N°5. Relación entre sintomatología depresiva y funcionalidad familiar



El gráfico N°5 muestra que no existe relación entre sintomatología depresiva y funcionalidad familiar.

- **Relación entre sintomatología depresiva y apoyo social**

Gráfico N°6. Relación entre sintomatología depresiva y apoyo social



Según el gráfico N°6, no existe relación entre la sintomatología depresiva y apoyo social en los adolescentes de Viña del Mar.

Según los resultados obtenidos, es posible responder al tercer objetivo específico planteado, indicando que la sintomatología depresiva no presenta relación con las variables sociales investigadas.

CAPÍTULO 5
DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

5.1 Discusión

5.1.1 Prevalencia y nivel de sintomatología depresiva

El análisis de resultados indicó que la prevalencia de sintomatología depresiva en adolescentes que asisten a liceos municipalizados de Viña del Mar es de un 53,1%, es decir, un poco más de la mitad de la muestra. Esta cifra es similar a lo encontrado por investigaciones realizadas en Perú con un 53,9% (29) y en Ecuador con un 56,8% (9). La similitud puede deberse a que los estudios utilizan muestras de similares características sociodemográficas como la edad, establecimiento educacional y sexo.

No obstante, los resultados de este estudio presentan una mayor prevalencia de sintomatología depresiva que investigaciones realizadas en: Alemania 8,2% (7), Portugal 9,4% (6) y 31,2% (28), Colombia 16,0% (33), México 16,7% (31), 17,3% (30) 27% y 39,7% (32), Perú 22,4% (16), Ecuador 39,6% (35) e incluso que los estudios previos realizados a nivel nacional en Valparaíso 25,8% (11) y Santiago 39,8% (37) .

Estas discrepancias podrían fundamentarse en lo siguiente:

- En relación a los estudios europeos (6, 7, 28), estos países presentan un índice de calidad de vida superior a la realidad chilena (102), con un aumento en servicios psicosociales ambulatorios, atención de psicoterapeutas médicos y hospitales psiquiátricos, fortaleciendo los programas que buscan velar por la salud mental de sus habitantes (103).
- Por otro lado, en algunas de las investigaciones latinoamericanas (16, 33, 35) y en una chilena (37), las muestras seleccionadas incluyen adolescentes menores a 14 años, lo que podría explicar la menor prevalencia de sintomatología depresiva que presentan esos estudios. Como señala la OMS, las alteraciones de salud mental se iniciarían a partir de los 14 años (5), además un menor nivel académico cursado a esta edad hace que los adolescentes estén más lejanos a enfrentar la vida adulta, con menos preocupación respecto al futuro, siendo menos susceptibles a presentar sintomatología depresiva (104).

- Otro aspecto a considerar es que varios estudios, tanto nacionales (11) como latinoamericanos (30-32), utilizan distintas escalas para establecer la prevalencia de este fenómeno, lo que podría influir en las diferencias mostradas por los resultados.

Por otro lado, este estudio presentó una prevalencia de sintomatología depresiva menor a lo obtenido en una investigación realizada en Ecuador con un 64,5% (34). Esta elevada cifra podría deberse a que para evaluar los síntomas depresivos se utilizó el test de Hamilton, el cual evalúa principalmente la gravedad de síntomas depresivos en pacientes previamente diagnosticados y en casos particulares, lo cual podría otorgar resultados distintos a los obtenidos por el instrumento utilizado en la presente investigación (105).

La comparación del nivel de sintomatología depresiva se realizó a través de las medias, que es la información que entregan las investigaciones publicadas. La media obtenida en el presente estudio es de 16,7 puntos, lo que se puede categorizar como sintomatología depresiva leve. Este nivel se encuentra por sobre las medias de dos estudios realizados en Portugal (6, 28) las cuales fueron de 6,4 y 12,0 puntos, y una investigación realizada en Perú (16) con 10,9 puntos, puntajes que se pueden categorizar en nivel de sintomatología depresiva mínima.

Esta discordancia puede deberse a que las muestras de adolescentes participantes de estas investigaciones presentan características distintas a las del presente estudio, como estudiar en colegios privados y ser de menor edad. También, puede estar relacionado a que ambos países presentan avances respecto a la atención de salud mental, ya que sus políticas de salud pública incluyen estrategias y planes enfocados a fortalecer la red de atención continua en la salud mental de sus habitantes (106, 107).

5.1.2 Relación entre sintomatología depresiva y variables personales

En relación a la variable sexo, la presente investigación reveló que las mujeres presentan un mayor nivel de síntomas depresivos que los hombres. Esto concuerda con la mayoría de los estudios revisados (6-9, 14, 16, 28, 31, 32, 34, 35), los que concluyen que existe mayor sintomatología depresiva en el sexo femenino.

Lo anterior puede deberse a diversos factores hormonales y biológicos, pues la literatura sugiere que la bioquímica del cerebro y el desequilibrio de ciertas sustancias químicas, como la serotonina, se desempeñan en la aparición de este fenómeno. A la vez, los cambios hormonales, principalmente de estrógeno y progesterona, tienen efectos en el estado anímico de las mujeres, ya que están relacionados con la llegada del ciclo menstrual, natalidad y periodos de estrés (9).

Junto con lo anterior, diversos factores psicosociales también pueden contribuir en la mayor prevalencia de este fenómeno en las mujeres. Se ha evidenciado que el sexo femenino experimenta más sucesos que repercuten de manera negativa en su salud mental tales como, estereotipos y cánones de belleza impuestos por la sociedad, embarazo no planificado, mayor cantidad de infidelidades por parte de sus parejas, de agresiones o de violencia física y/o sexual a lo largo de la vida (108).

También, la presente investigación reveló una relación significativa entre la variable principal y el tratamiento de salud mental, donde los síntomas depresivos son mayores en aquellos adolescentes que se encuentran bajo algún tipo de tratamiento. Esto difiere de las investigaciones encontradas (39-42), las cuales indican una menor sintomatología depresiva frente a la presencia de tratamiento.

La evidencia sugiere que la psicoterapia en conjunto con manejo farmacológico obtiene resultados más eficaces que cuando solo se utiliza una de estas modalidades (13). No obstante, existen casos en donde solo se utiliza farmacoterapia, la cual puede presentar efectos adversos tales como sedación, trastornos del sueño y aumento del riesgo suicida

(40, 41, 43). Es por esto, que existe la posibilidad de que los adolescentes abandonen el consumo de los fármacos o presenten una inadecuada adherencia a este tipo de manejo monomodal al no contar con refuerzo psicoterapéutico.

Cabe destacar que se suele considerar a la psicoterapia como el tratamiento de primera línea, pues terapeutas y usuarios señalan que es inofensivo en comparación con el manejo farmacológico. A pesar de ello, existen evidencias que indican que la psicoterapia también puede tener consecuencias negativas, como, por ejemplo, surgimiento o agravamiento de síntomas, tensión en la relación paciente-psicoterapeuta, estigmatización, entre otros (109).

Todo anterior, sumado a que en esta investigación solo se conoce si los adolescentes participantes reciben o no algún tipo de tratamiento, desconociéndose el diagnóstico, tipo específico de tratamiento, duración y adherencia a este, podría fundamentar que existan diferencias con los estudios encontrados.

Cualquiera de los aspectos analizados o el conjunto de ellos podrían explicar el aumento de síntomas depresivos en los adolescentes que siguen estas terapias y los resultados obtenidos en esta investigación.

Además de lo planteado, es importante mencionar que, en Chile, según establece el propio Plan Nacional de Salud Mental vigente, existen nudos críticos en relación a la salud mental en atención primaria, como una baja cobertura y financiamiento, prestaciones de promoción, prevención y manejo insuficientes por persona atendida, consultorías de salud mental irregulares y disminución en el porcentaje profesionales de atención primaria capacitados en salud mental (65, 110). Todo lo anterior reafirma una falta de actividades de promoción y prevención enfocadas en la salud mental no pudiendo asegurar que el tratamiento de salud mental recibido por los adolescentes tengan las características que les permitan obtener las herramientas para hacer frente a las situaciones adversas.

En cuanto a la variable autoestima, esta investigación evidenció que la sintomatología depresiva es menor en aquellos adolescentes que presentan mayores niveles de esta variable. Esto concuerda con diversos estudios (8, 14, 33, 36, 44) que concluyen que la autoestima es un factor protector para el bienestar mental de los adolescentes, puesto que potenciaría la capacidad de desarrollar sus habilidades y aumentar el nivel de seguridad personal frente a situaciones adversas (8). Por el contrario, una baja autoestima generaría en el adolescente dificultades en la expresión de emociones, en el afrontamiento de situaciones y sentimientos de incapacidad (36).

En lo concerniente al consumo de alcohol y drogas por parte de los adolescentes, los resultados de la presente investigación evidenciaron que, a mayor presencia de síntomas depresivos, mayor es el consumo de sustancias. Situación similar a lo expuesto por investigaciones de diversos contextos (8, 15, 37, 45) que indican que el consumo de alcohol y drogas actuaría como un factor de riesgo para la presencia de síntomas depresivos. Además, algunos autores indican que estas sustancias se consumen con el objetivo de atenuar este fenómeno, siendo estas posibles precursoras para el inicio y desarrollo de sintomatología depresiva (8, 45).

Es importante mencionar que este estudio reveló que no existía relación entre la sintomatología depresiva y el consumo de marihuana. Sin embargo, esto difiere de lo propuesto por la evidencia científica, ya que se menciona que a mayor consumo de marihuana existe mayor probabilidad de presentar sintomatología depresiva (37, 111). Aunque, señalan que los consumidores más afectados por esta sustancia serían aquellos adolescentes entre los 14 y 15 años (111), edades que son menores a la media del presente estudio (16,9 años).

Junto con lo anterior, el consumo de cocaína tampoco mostró relación con la presencia de síntomas depresivos en la presente investigación. Lo anterior es discordante con lo presentado por la literatura, debido a que se propone que el consumo de esta sustancia empeora todo cuadro de sintomatología depresiva (112). Asimismo, otros estudios señalan

que los síntomas depresivos se asocian con deseos más intensos de consumir esta droga (113). Es importante mencionar, que el costo de la cocaína es elevado en comparación a otras drogas que son más accesibles para los adolescentes, por lo que se podría pensar en una razón económica para el escaso consumo de esta sustancia (114), lo que podría haber influido en la inexistencia de relación entre las variables estudiadas.

Aplicando el análisis de la relación entre la sintomatología depresiva y las variables personales al MPS de Nola J. Pender, se puede establecer que estas tienen una importante relación con la presencia de síntomas depresivos, y valorar su existencia permitiría intervenir y promover una salud mental positiva. En cuanto a los resultados obtenidos en el presente estudio, es posible evidenciar que las variables personales se ubican en los tres pilares de este modelo:

- En el primer pilar “Características y experiencias individuales”, se puede destacar el sexo como un factor personal biológico relacionado con síntomas depresivos. Es por esto que en la valoración de enfermería es necesario considerar que las mujeres presentan mayor prevalencia y nivel de sintomatología depresiva.
- También, dentro del primer pilar resalta la importancia de encontrarse en tratamiento de salud mental, el cual se considera un factor personal psicológico relacionado con la presencia de síntomas depresivos. Es por esto que es importante, para la disciplina de enfermería, valorar su existencia y los distintos aspectos del tratamiento tales como sus características, adherencia y percepción por parte del adolescente que lo recibe.
- Respecto al segundo pilar “Cogniciones y afectos específicos de la conducta”, la baja autoestima se relaciona con la sintomatología depresiva, correspondiendo a una barrera percibida para la acción. Debido a esto, la valoración de enfermería debe considerar este aspecto, ya que una mala percepción de sí mismo dificultaría un cambio conductual que promueva la salud, influyendo así, en la aparición o mantención de síntomas depresivos.
- Asimismo, el consumo de alcohol y drogas se puede ubicar dentro de este pilar, siendo una influencia situacional para el desarrollo de síntomas depresivos. Por lo anterior, es fundamental indagar respecto al consumo de sustancias tales como, bebidas

alcohólicas, tabaco, estimulantes, inhalantes, sedantes, alucinógenos y opiáceos por parte del adolescente, su frecuencia y cantidad, además del contexto en el que este se desenvuelve y la apreciación sobre su consumo.

- De esta misma forma, el consumo de alcohol y drogas se puede clasificar también en el tercer pilar “Resultado conductual”. En este sentido, el no consumir sustancias se puede incluir en las preferencias contrapuestas inmediatas, ya que se convertiría en un factor protector de evitar la presencia de sintomatología depresiva. Así, es fundamental que el profesional enfermero/a fomente esta conducta, potenciando una vida saludable que evite este tipo de riesgos en los adolescentes.

De acuerdo con lo expuesto anteriormente, se demostró que las cuatro variables personales incorporadas en esta investigación son relevantes de incluir dentro de la valoración de enfermería, indagando sobre su comportamiento en los adolescentes con el fin de poder intervenirlos.

5.1.3 Relación entre sintomatología depresiva y variables sociales

Esta investigación mostró la inexistencia de relación entre la variable principal y funcionalidad familiar, lo que concuerda con un estudio realizado en Ecuador (35). Sin embargo, la mayoría de la evidencia científica (16, 29, 34, 46-48) indica que existiría una relación inversa entre la variable sintomatología depresiva y funcionalidad familiar. Esta diferencia podría fundamentarse en que, dentro de las características de la adolescencia, se encuentra la lucha por pasar de la dependencia de las figuras parentales, a la independencia. El adolescente, poco a poco se va separando del soporte familiar, para plegarse a nuevos ideales y consolidar su identidad con el propósito de definir la manera en la que participará dentro de su contexto (115).

Respecto al apoyo social, tampoco se encontró relación con la sintomatología depresiva. Esto resulta discordante con la bibliografía especializada (11, 44, 50, 83) la cual sugiere una relación inversa entre ambas variables. Además, caracteriza el apoyo de personas

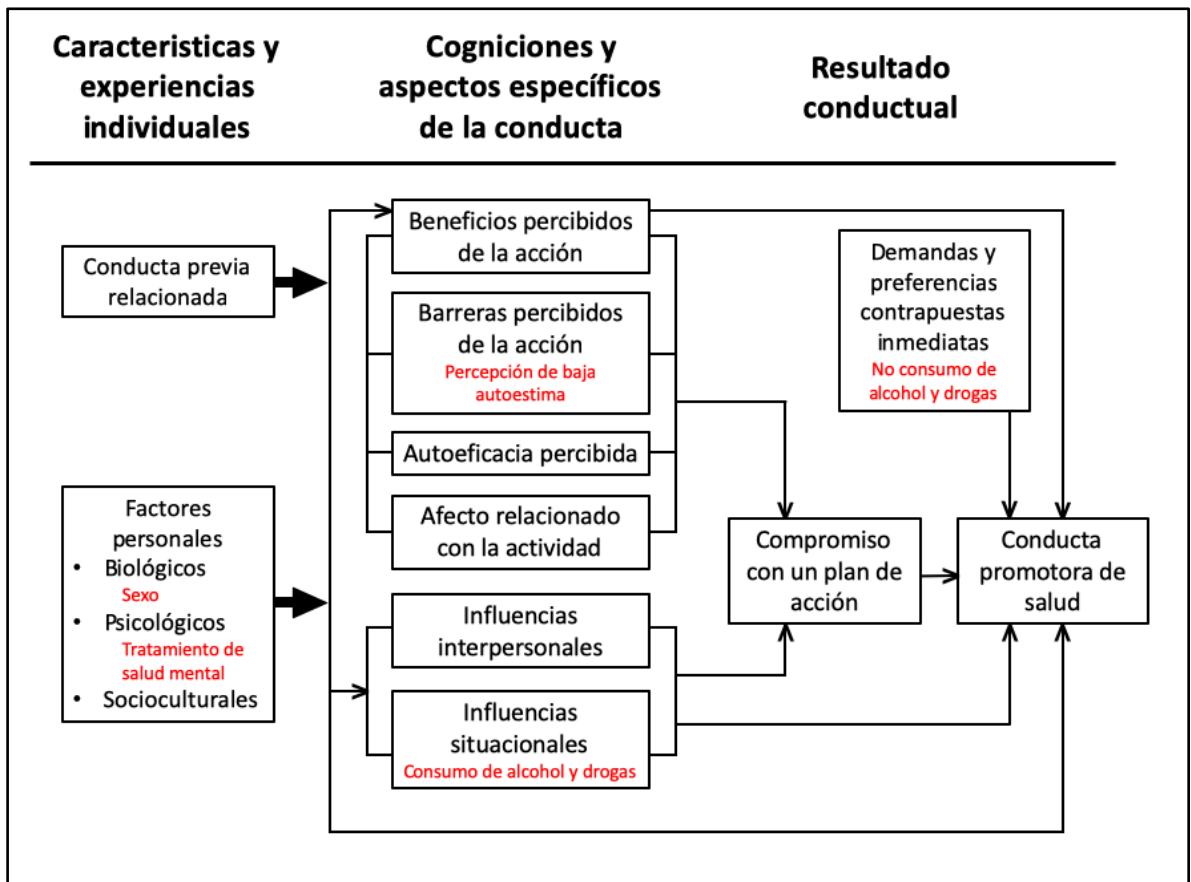
significativas, de pares y de lazos íntimos como un factor protector de este fenómeno de salud mental (11).

La inexistencia de relación podría fundamentarse en que el adolescente tiende a alejarse de su entorno familiar, formando lazos más fuertes con su grupo de pares (115), priorizando relaciones más íntimas para compartir sus pensamientos y sentimientos (116). Dependiendo de las características del grupo de pares, este puede actuar como factor protector o de riesgo en la salud mental del adolescente (11). Debido a que más de la mitad de los participantes de este estudio presentan síntomas depresivos, estos no podrían comportarse como factor protector, por el contrario, podrían considerarse un factor de riesgo e incidir en el bienestar mental de sus pares.

Los resultados obtenidos en la presente investigación mostraron que no existe relación entre la sintomatología depresiva y las variables sociales descritas, y debido a la falta de evidencias no se han incluido las variables sociales en la valoración de enfermería aplicada al MPS de Nola J. Pender en adolescentes.

A continuación, se presenta un diagrama a modo resumen de la aplicación del MPS de Nola J. Pender, donde es posible observar cómo las variables personales del estudio aportan en la valoración de la sintomatología depresiva en adolescentes.

Figura N°3. Valoración de factores relacionados con la sintomatología depresiva en adolescentes según el Modelo de Promoción de Salud de Nola J. Pender



5.2 Conclusiones

Con los hallazgos obtenidos en el presente estudio, es posible dar respuesta a los objetivos que originaron esta investigación.

Respecto al primer objetivo específico, se evidenció que la prevalencia de sintomatología depresiva alcanza a más de la mitad de los adolescentes (53,1%). En cuanto al nivel de sintomatología depresiva, se hace relevante destacar que la mediana de los puntajes obtenidos fue de 15 puntos, lo cual se categoriza como sintomatología depresiva leve, lo que puede dar cuenta de un evidente problema de salud mental que afecta a los adolescentes y que la mayoría de las veces pasa desapercibido (5).

Debido a la envergadura de este fenómeno, se hace relevante establecer la asociación entre el área de la educación y salud, asegurando así una atención continua y cercana entre los adolescentes y un profesional de la salud que promueva acciones de autocuidado y prevenga factores de riesgo que pudiesen influenciar en su bienestar biopsicosocial.

Dando respuesta al segundo objetivo específico planteado, se estableció que la sintomatología depresiva mostró relación con las variables personales estudiadas. Respecto a los resultados, se obtuvo un mayor nivel de síntomas depresivos en las mujeres y en aquellos adolescentes bajo algún tipo de tratamiento de salud mental. Además, se presentó una relación inversa y significativa con la autoestima y una relación directa y baja con el consumo de alcohol y la mayor parte de las drogas. Por tanto, es importante incorporar estos aspectos en la valoración de los adolescentes en relación a esta problemática de salud mental.

En relación al tercer objetivo específico planteado en la presente investigación, fue posible concluir que la sintomatología depresiva no presentó relación estadísticamente significativa con las variables sociales estudiadas, funcionalidad familiar y apoyo social. Por lo anterior, al realizar la valoración, se sugiere considerar que estas variables no se relacionan con la presencia de síntomas depresivos.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, en esta investigación fue posible determinar que el adolescente más susceptible a desarrollar sintomatología depresiva se caracteriza por ser de sexo femenino, estar bajo algún tipo de tratamiento de salud mental, presentar niveles de autoestima baja y ser consumidor de bebidas alcohólicas, tabaco, estimulantes, inhalantes, sedantes, alucinógenos y opiáceos. Esta información es fundamental al momento de seleccionar intervenciones en aquellos estudiantes que pueden ser más propensos a desarrollar este fenómeno de salud mental.

5.3 Limitaciones

Respecto a las limitaciones metodológicas más importantes presentes en el estudio se destacan:

- Existieron dificultades en la recopilación de bibliografía nacional y de países europeos relacionada al tema, por lo que la mayor parte de las investigaciones utilizadas fueron de países latinoamericanos.
- No fue posible observar el comportamiento de las diversas variables estudiadas a través del tiempo, puesto que la metodología utilizada tiene como objetivo entregar información de un fenómeno en un momento específico.
- Se desconocía el diagnóstico de los adolescentes que se encontraban en algún tipo de tratamiento psicológico o psiquiátrico, sin contar tampoco con las características o adherencia a este.
- Fue complejo comparar los resultados obtenidos en esta investigación con otros estudios, ya que estos utilizan diferentes instrumentos para medir las mismas variables.

En relación a las limitaciones de implementación más importantes de la investigación se encuentran:

- Dificultad en la comprensión de las instrucciones para responder la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST), por lo que resultó necesario realizar cambios en las instrucciones luego de la aplicación del plan piloto.

- Obstaculización en la entrega de resultados a los participantes debido a que algunos adolescentes se identificaron de manera incorrecta, no presentaban su RUT o sus datos no se encontraban actualizados en la información entregada por los establecimientos. Es por esto que se recurrió a una búsqueda exhaustiva para cumplir con los compromisos acordados respecto a la investigación.
- Entorpecimiento al ubicar a los estudiantes para la aplicación del instrumento, ya que los establecimientos presentaban alta inasistencia, de modo que fue preciso acudir en reiteradas ocasiones para lograr que todos los adolescentes interesados tuviesen la posibilidad de participar en la investigación.

5.4 Sugerencias

En base al MPS de Nola J. Pender, se sugieren las siguientes intervenciones de acuerdo a las distintas áreas de la práctica de enfermería:

Área asistencial:

- Fomentar la prevención de sintomatología depresiva en adolescentes mediante el manejo e intervención de las variables personales que presentaron relación con la variable principal, realizando actividades como talleres de estimulación de autoestima, consejería de prevención de consumo de alcohol y drogas, talleres diferenciados para mujeres que tienen mayor susceptibilidad y generar mayor apoyo y seguimiento a aquellos adolescentes que estén bajo tratamiento de salud mental.
- Exponer a los docentes de los establecimientos educacionales los diferentes tipos de relaciones entre sintomatología depresiva y las variables personales estudiadas, con el fin de que puedan reconocer aquellos factores que podrían predisponer a los adolescentes a presentar síntomas depresivos.
- Contar con un profesional enfermero/a que se inserte en los establecimientos educacionales debe contar con las habilidades para emplear un enfoque integral y multidimensional impulsando un desarrollo positivo de los adolescentes en todas sus aristas, tal como lo propone la Guía de Buenas Prácticas de la RNAO: Fomento de un Desarrollo Saludable en los Adolescentes (117). Esto permitiría aumentar la cobertura

del Control de Joven Sano, y así pesquisar e intervenir aquellos factores de riesgo que pudiesen afectar su salud y fortalecer aquellos factores que protejan su bienestar. Además, el profesional sería el encargado de realizar talleres de temáticas como comunicación efectiva, expresión y reconocimiento de emociones, afrontamiento de situaciones estresantes, resolución de problemas, fomento de autoestima, prevención del consumo de alcohol y drogas, entre otros.

- Realizar actividades de promoción de la salud mental en los establecimientos educacionales como musicoterapia, talleres de danza, actividades deportivas variadas y pintura (118, 119), con el propósito de fomentar conductas positivas para el bienestar psicosocial.

Área de gestión:

- Exponer los resultados obtenidos en esta investigación a los profesionales del área educativa de la corporación municipal para que tengan conocimientos actualizados sobre la magnitud de este fenómeno de salud mental y se puedan tomar decisiones que aporten a mejorar esta problemática.
- Incluir un profesional enfermero/a en los equipos interdisciplinarios de los establecimientos educacionales, con la finalidad de participar en la programación y aplicación del plan de salud escolar integral, trabajando en colaboración con educadores, familias, organismos asociados, entre otros, promoviendo la salud mental de los adolescentes, esto debido a la baja cobertura actual de estas prestaciones.
- Generar un sistema de derivación desde los establecimientos educacionales a los CESFAM con el fin de brindar apoyo y manejo oportuno de los adolescentes con sospecha diagnóstica de sintomatología depresiva.

Área de educación:

Educación en la formación profesional:

- Reforzar en las mallas curriculares de las distintas disciplinas de la salud y educación, los conocimientos y cuidados de salud mental enfocados en las distintas etapas del ciclo vital.

- Realizar jornadas de reflexión entre los estudiantes de diversas carreras del área de la salud, para generar instancias interdisciplinarias donde se compartan conocimientos relacionados a la salud mental.
- Capacitar al cuerpo docente y funcionarios de los establecimientos educacionales respecto a salud mental con el fin de que puedan detectar de manera precoz síntomas depresivos en sus estudiantes y derivar según nivel de sintomatología depresiva, con énfasis en la contención emocional para intervenir en caso de ser necesario.

Educación para la salud:

- Realizar actividades de promoción de la salud a los adolescentes con énfasis en la importancia del autocuidado, mediante el fomento de la asistencia a CESFAM para la realización del Control de Joven Sano con los respectivos beneficios que esto otorga.
- Entregar material educativo con información precisa y sencilla de comprender sobre la salud mental a los establecimientos educacionales, CESFAM y de manera personalizada a los adolescentes, con el fin de disminuir la normalización que existe actualmente respecto al malestar emocional presente en la sociedad, y así reconocer cuando es necesario consultar y buscar ayuda profesional.
- Utilizar las redes sociales como mecanismo de comunicación fluido y cercano a la etapa adolescente para dar a conocer el contexto de la salud mental en Chile, opciones de resolución en caso de dificultades y conductas que ayudan a promoverla tales como, actividades deportivas, danza, musicoterapia y pintura (118, 119).

Área de investigación:

- Investigar la relación de sintomatología depresiva con otras variables tales como: nivel socioeconómico, rendimiento académico y/o ubicación geográfica.
- Realizar un estudio similar en población de menor edad con el fin de conocer en qué edad se inicia la aparición de sintomatología depresiva.
- Realizar una investigación con análisis predictivo utilizando las variables sexo, tratamiento de salud mental, autoestima y consumo de alcohol y drogas, con el fin de medir el riesgo relativo de presentar sintomatología depresiva.

- Desarrollar una investigación experimental que permita evaluar la eficacia del tratamiento de salud mental en adolescentes que presentan sintomatología depresiva.
- Realizar una investigación cualitativa con el fin de profundizar los factores relacionados de la presente investigación.
- Exponer los resultados de la investigación a los diversos profesionales de la salud con el fin de generar un conocimiento colectivo y actualizado sobre esta temática, fortaleciendo la comunicación y continuidad de los cuidados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Organización Mundial de la Salud (OMS). ¿Cómo define la OMS la salud? Ginebra, Suiza; 2019.
- 2) Organización Mundial de la Salud (OMS). Salud mental: un estado de bienestar. Ginebra, Suiza; 2013.
- 3) Ministerio de salud (MINSAL). Guía clínica depresión en personas de 15 años y más. Santiago, Chile; 2013.
- 4) Organización Panamericana de la Salud (OPS). Depresión y otros trastornos mentales comunes. Washington D.C, Estados Unidos; 2017.
- 5) Organización Mundial de la Salud (OMS). Salud mental del adolescente. Ginebra, Suiza; 2018.
- 6) Resende C, Ferrao A. La presencia de síntomas depresivos en adolescentes en el último año de escolaridad. Rev Pediatr Aten Primaria. 2013; 15(1): 127-33.
- 7) Wartberg L, Kriston L, Thomasius R. Prevalence and associated psychosocial features in a representative sample. Dtsch Arztebl Int. 2018; 115: 549-55.
- 8) Rivera-Rivera L, Rivera-Hernández P, Pérez-Amezcu B, Leyva-López A, De Castro F. Factores individuales y familiares asociados con sintomatología depresiva en adolescentes de escuelas públicas de México. Salud Públ Méx. 2015; 57(3): 219-26.
- 9) Lazo V. Manifestaciones de la depresión y rendimiento académico de los adolescentes de 15 a 19 años. [Tesis de Pregrado] Cuenca, Ecuador: Universidad de Cuenca, 2015.
- 10) Ministerio de Salud (MINSAL). Encuesta Nacional de Salud ENS Chile 2009-2010. Santiago, Chile; 2009.
- 11) Cornejo C, Cortez C, Espinoza N, Herrera N, Muñoz J, Piwonka D. Malestar psicológico autopercebido según algunas características personales y familiares en adolescentes de colegios municipalizados. [Tesis de Pregrado]. Valparaíso, Chile: Universidad de Valparaíso, 2014.
- 12) Cofré P. Deudas desafíos y medidas radiografía a la salud mental en Chile. Vidamédica. 2019; 71(1): 19-21.
- 13) Espinosa I. Abordaje clínico de polaridades y la toma de consciencia reflexiva y responsable en un caso de síndrome depresivo persistente. [Tesis de Postgrado]. Puebla, México: Universidad Iberoamericana Puebla, 2018.

- 14) Jaureguizar J, Bernaras E, Soroa M, Sarasa M, Garaigordobil M. Sintomatología depresiva en adolescentes y variables asociadas al contexto escolar y clínico. *Psicol conduct.* 2015; 23(2): 245-64.
- 15) Espada J, González M, Orgilés M. Substance use in spanish adolescents: the relationship between depression and social support seeking. *Health and Addictions.* 2017; 18(2): 27-33.
- 16) Rivera R, Arias-Gallegos W, Cahuana-Cuentas M. Perfil familiar de adolescentes con sintomatología depresiva en la ciudad de Arequipa, Perú. *Rev chil neuro-psiquiat.* 2018; 56(2): 117-26.
- 17) González S, Pineda A, Gaxiola J. Depresión adolescente: factores de riesgo y apoyo social como factor protector. *Univ Psychol.* 2018; 17(3): 63-73.
- 18) Aristizábal G, Blanco D, Sánchez A, Ostiguín R. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. *Enferm univ.* 2011; 8(4): 16-23.
- 19) *Descriptores en Ciencias de la Salud: DeCS* [Internet]. ed. 2017. Sao Paulo (SP): Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud (BIREME) / Organización Panamericana de la Salud (OPS) / Organización Mundial de la Salud (OMS). 2017 [actualizado 18 may 2017; citado 23 mar 2018]. Disponible en: <http://decs.bvsalud.org/E/homepagee.htm>.
- 20) *CUIDEN* [Internet]. Granada. Fundación Index. 1987. [citado 23 mar 2018]. Disponible en: <http://cuiden.fundacionindex.com/cuiden/>.
- 21) *EBSCOhost* [Internet]. Massachusetts. EBSCO industries. 1984 [citado 23 mar 2018]. Disponible en: <https://search.ebscohost.com/Login.aspx?lp=login.asp&ref=&authtype=ip,uid>.
- 22) *LILACS* [Internet]. São Paulo. Biblioteca Virtual en Salud. 1982. [citado 23 mar 2018]. Disponible en: <http://lilacs.bvsalud.org/es/>.
- 23) *REDALYC* [Internet]. México. Universidad Autónoma del Estado de México. 2002. [citado 23 mar 2018]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/home.oa>.
- 24) *SCIELO* [Internet]. São Paulo. Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo FAPESP. 1997. [citado 23 mar 2018]. Disponible en: <https://scielo.org/es>.

- 25) SCOPUS [Internet]. Amsterdam. Elsevier. 1880. [citado 23 mar 2018]. Disponible en: <https://www.scopus.com>.
- 26) Web of Science (WOS) [Internet]. Jersey. Clarivate Analytics. 2016. [citado 23 mar 2018]. Disponible en: https://apps.webofknowledge.com/WOS_GeneralSearch_input.do?product=WOS&search_mode=GeneralSearch&SID=5AmEQFAGCSkpx4QeDPB&preferencesSaved=.
- 27) Papalia D, Olds S, Feldman R. Psicología del desarrollo. 11va ed. Ciudad de México (Mx): Mc Graw Hill; 2009. 547 p.
- 28) Queiros M, Pereira R, Neto J, Fernandes L, Exposto C, Sampaio M, et al. Depressão em adolescentes em meio escolar: Projeto + Contigo. Rev Enf Ref. 2016; 4(9): 37-45.
- 29) Mamani B, Quispe C. Depresión y disfunción familiar en estudiantes del cuarto año de secundaria de la Institución Educativa Secundaria Industrial Perú Birf, Juliaca – 2015. [Tesis de Pregrado]. Juliaca: Universidad Peruana Unión, 2016.
- 30) Veytia M, Guadarrama R, Márquez O, Fajardo R. Mindfulness y síntomas de depresión en adolescentes mexicanos estudiantes de bachillerato. Actual psicol. 2016; 30(121): 39-48.
- 31) Veytia M, Fajardo R, Guadarrama R, Escutia N. Inteligencia emocional: factor positivo ante la depresión en adolescentes de bachillerato. Informes Psicológicos. 2016; 16(1): 35-50.
- 32) Jimenez A, Wagner F, Rivera M, González-Forteza C. Estudio de la depresión en estudiantes de la Ciudad de México y del Estado de Michoacán por medio de la versión revisada de la CES-D. Salud Ment. 2015; 38(2): 103-7.
- 33) Ceballos-Ospino G, Suescún-Arregocés J, Gamarra-Vega L, González K, Sotelo-Manjarres A. Ideación suicida, depresión y autoestima en adolescentes escolares de Santa Marta. Duazary. 2015; 12(1): 15-22.
- 34) Rivera A, Sánchez S. Disfuncionalidad familiar y su relación con la depresión en los adolescentes del ciclo diversificado en la unidad educativa Herlinda Toral. [Tesis de Pregrado]. Cuenca, Ecuador: Universidad de Cuenca; 2014.

- 35) Ortiz D. Depresión y relación con funcionalidad familiar en adolescentes del Instituto Superior Tecnológico “Daniel Álvarez Burneo” de Loja. [Tesis de Pregrado]. Loja, Ecuador: Universidad Nacional de Loja, 2014.
- 36) Ferrel F, Vélez J, Ferrel L. Factores psicológicos en adolescentes escolarizados con bajo rendimiento académico: depresión y autoestima. Encuentros. 2014; 12(2): 35-47.
- 37) Rojas G, Gaete J, Guajardo V, Martínez V, Barroihet S, Meneses J, et al. Consumo de sustancias y síntomas depresivos en escolares de liceos municipales de Santiago. Rev Med Chile. 2012; 140: 184-91.
- 38) Ministerio de Salud (MINSAL). Programa de Control Joven Sano. Santiago, Chile; 2014.
- 39) Taurines R, Gerlach M, Warnke A, Thome J, Wewetzer C. Pharmacotherapy in depressed children and adolescents. World J Biol Psychia. [internet]. 2011. [citado 25 jun 2019]; 12(1). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21905988>.
- 40) Sakolsky D, Birmaher B. Developmentally Informed Pharmacotherapy for Child and Adolescent Depressive Disorders. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2012; 21(2): 313-25.
- 41) Choe C, Emslie G, Mayes T. Depression. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. [internet]. 2012. [citado 25 jun 2019]; 21(4). Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1056499312000715?via%3Dihub>.
- 42) Berenzon S, Lara M, Robles R, Medina-Mora M. Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. Salud pública Mex. 2013; 55(1): 74-80.
- 43) Smiga SM, Elliot GR. Psychopharmacology of depression in children and adolescents. Pediatr Clin North Am. [internet]. 2011. [citado 25 jun 2019]; 58(1). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21281854>
- 44) Rosa-Alcázar AI, Parada-Navas J, Rosa-Alcázar A. Síntomas psicopatológicos en adolescentes españoles: relación con los estilos parentales percibidos y la autoestima. Anales de psicología. 2014; 30(1): 133-42.
- 45) González M, Espada J, Orgilés M. Estado de ánimo y consumo de tabaco en una muestra de adolescentes españoles. Rev Latinoam Psicol. 2015; 47(2): 86-92.

- 46) Gonzáles-Poves J, Macuyama-Aricari T, Silva-Mathews Z. Factores familiares que influyen en las manifestaciones depresivas en adolescentes del 1° al 5° de secundaria de un colegio nacional mixto. Rev enferm Herediana. 2013; 6(2): 66-77.
- 47) Gómez-Bustamante E, Castillo-Ávila I, Cogollo Z. Predictores de disfunción familiar en adolescentes escolarizados. Rev Colomb Psiquiatr. 2013; 42(1): 72-80.
- 48) Vargas H. Tipo de familia y ansiedad y depresión. Rev Med Hered. 2014; 25(2): 57-9.
- 49) García J, Lacalle M, Valbuena M, Polaino A. Educación y relaciones familiares: ansiedad, depresión y otras variables. Rev int juríd empres. 2018; 1: 21-44.
- 50) Ressel S. Relación percibida con padres y pares y su asociación con ansiedad y depresión en adolescentes de Entre Ríos. RACC. 2016; 8(1): 18-26.
- 51) Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES). Salud Mental y Medios de Comunicación Guía de Estilo. 2da ed. Madrid (Es): FEAFES; 2008. 39 p.
- 52) Medline Plus, Biblioteca nacional de medicina. [Internet]. Enfermedades mentales. Bethesda, EE UU; s/f. [Actualizado 27 ago 2019; citado 6 Sep 2019]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/mentaldisorders.html>.
- 53) Ministerio de Salud (MINSAL). Guía clínica para el tratamiento de adolescentes de 10 a 14 años con depresión. Santiago, Chile; 2013.
- 54) Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad. Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia Actualización. España; 2018.
- 55) Ministerio de Salud (MINSAL). Informe Final Estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible. Santiago, Chile; 2008.
- 56) National institute of mental health. Depresión: Lo que toda mujer debe saber. Maryland, Estados Unidos; 2001.
- 57) Londoño M. La importancia de la psicoterapia cognitiva-conductual en el tratamiento de los trastornos mentales. Poiésis. [Internet]. 2017. [acceso 21 ene 2020]; 33. Disponible en: <https://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/poiesis/article/view/2504>
- 58) Organización Mundial de la Salud (OMS). La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) - Manual para uso en la atención primaria. Washington DC, Estados Unidos; 2011.

- 59) Mena I, Dörr A, Viani S, Neubauer A, Gorostegui M, et al. Efectos del consumo de marihuana en escolares sobre funciones cerebrales demostrados mediante pruebas neurológicas e imágenes de neuro-SPECT. *Salud Mental*. 2013; 36: 367-74.
- 60) Organización Mundial de la Salud (OMS). *Desarrollo en la Adolescencia*. Ginebra, Suiza; 2018.
- 61) Oliva A. Desarrollo cerebral y asunción de riesgos durante la adolescencia. *Apuntes de Psicología*. 2007; 25(3): 239-54.
- 62) Zubarew T, Romero M, Pobrete F. *Adolescencia: promoción, prevención y atención de salud*. Santiago, Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile; 2003. 608 p.
- 63) Gaete V. Desarrollo psicosocial del adolescente. *Rev Chil Pediatr*. 2015; 86(6): 436-43.
- 64) Instituto Nacional de Estadísticas (INE). [Internet]. Santiago, Chile. CELADE. c-2018. [citado 6 jun 2019]. Disponible en: https://redatam-ine.ine.cl/redbin/RpWebEngine.exe/Portal?BASE=CENSO_2017&lang=esp.
- 65) Ministerio de Salud (MINSAL). *Plan nacional de salud mental 2017-2025*. Santiago, Chile; 2017.
- 66) Ministerio de Salud (MINSAL). *Información a la Comunidad Programa Salud Integral Adolescentes y Jóvenes*. Santiago, Chile; 2020.
- 67) Ministerio de Salud (MINSAL). *Promoción de salud*. Santiago, Chile; 2015.
- 68) Organización Mundial de la Salud (OMS). *¿Qué es la promoción de la salud?* Ginebra, Suiza; 2016.
- 69) World Health Organization (WHO). *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Geneva, Switzerland; 1986.
- 70) Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. *Unidad III: Teorías y modelos de enfermería*. Hidalgo, México; s/f.
- 71) Sakraida T. Modelo de promoción de la salud. En: Alligood MR, Tomey A. *Modelos y teorías de enfermería*. 7ma ed. Madrid, España: Elsevier-Mosby; 2011. p. 434-53.
- 72) Shin Y, Yun S, Pender NJ, Jang H. Test of the health promotion model as a causal model of commitment to a plan for exercise among Korean adults with chronic disease. *Res Nurs Health*. 2005; 28(2): 117-25.

- 73) Frank-Stromborg M, Pender N, Walker S, Sechrist K. Determinants of health-promoting lifestyle in ambulatory cancer patients. *Soc Sci Med*. [Internet]. 1990. [acceso 15 ene 2020]; 31(10). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2274804n>
- 74) Carvajal C. Estrés y depresión: una mirada desde la clínica a la neurobiología. *Rev Med Clin Condes*. 2005; 16(4): 210-9.
- 75) Trejo F. Aplicación del modelo de Nola Pender a un adolescente con sedentarismo. *Enf Neurol*. 2010; 9(1): 39-44.
- 76) Arrarás J, Manrique E. La percepción de la depresión y de su tratamiento. *An Sist Sanit*. 2019; 42(1): 5-8.
- 77) Arce Godoy C, Herrera Mazzon G, Jorquera Guerrero M, Montaña Troncoso V, Reyes Vicencio S, Rojas Slier C, et al. Conflicto decisional frente al uso de métodos anticonceptivos según algunas características clínicas, demográficas, psicosociales y académicas en adolescentes pertenecientes a liceos municipalizados de Valparaíso, durante el segundo semestre de 2015. [Tesis de Pregrado]. Valparaíso: Universidad de Valparaíso; 2015.
- 78) Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la investigación. 6ta ed. Ciudad de México, México: McGraw-Hill; 2014. 634 p.
- 79) Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. Evaluación del inventario BDI-II. Madrid, España. 2013.
- 80) Organización Mundial de la Salud (OMS). La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo. Ginebra, Suiza; 2018.
- 81) Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS). [Internet]. Sao Paulo, Brasil: Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud (BIREME) / Organización Panamericana de la Salud (OPS) / Organización Mundial de la Salud (OMS). 2017. Autoestima; [citado 12 may 2019]. Disponible en: <http://decs.bvsalud.org/cgi-bin/wxis1660.exe/decserver/>
- 82) Rojas-Barahona C, Zegers B, Förster C. La escala de autoestima de Rosenberg: Validación para Chile en una muestra de jóvenes adultos, adultos y adultos mayores. *Rev méd Chile*. 2009; 137(6): 791-800.

- 83) Consejo General de la Psicología de España. Escala de autoestima de Rosenberg. España; s/f.
- 84) Organización Mundial de la Salud (OMS). Glosario de términos de alcohol y drogas. España: Ministerio de Sanidad y Consumo Centro de Publicaciones; 1994. 64 p.
- 85) Marín J. El uso de la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) en entrevistas telefónicas asistidas: resultados y propiedades psicométricas. Boletín Observatorio Chileno de drogas. 2016; 27: 1-7.
- 86) Ferrer-Honores P, Miscán-Reyes A, Pino-Jesús M, Pérez-Saavedra V. Funcionamiento familiar según el modelo Circumplejo de Olson en familias con un niño que presenta retardo mental. Rev enferm Herediana. 2013; 6(2): 51-8.
- 87) Ministerio de Salud (MINSAL). Orientaciones para la Implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria Dirigido a Equipos de Salud. Santiago de Chile; 2013.
- 88) Instituto Nacional del Cáncer (NIH). Diccionario de cáncer [Internet]. NIH; s/f [Actualizado 13 sep 2018; citado 23 may 2019]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario/def/apoyo-social>
- 89) Pinto C, Lara R, Espinoza E, Montoya P. Propiedades psicométricas de la escala de apoyo social percibido de Zimet. Index Enferm. 2014; 23(1-2): 85-9.
- 90) Arechavala MC, Miranda C. Validación de una escala de apoyo social percibido en un grupo de adultos mayores adscritos a un programa de hipertensión de la región metropolitana. Cienc enferm. 2002; 8(1): 49-55.
- 91) Beck A, Steer R, Brown G. Inventario de Depresión de Beck – II. 2da ed. Madrid, España: Pearson Educación; 2011. 101 p.
- 92) Melipillán R, Cova F, Rincón P, Valdivia M. Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión de Beck-II en adolescentes Chilenos. Ter Psicol. 2008; 26(1): 59-69.
- 93) Rosenberg M. Society and the adolescent self-image. Science. 1965; 148(3671): 804.
- 94) Suárez M, Alcalá M. APGAR Familiar: Una herramienta para detectar disfunción familiar. Rev Méd La Paz. 2014; 20(1): 53-7.

- 95) Maddaleno M, Horwitz N, Jara C, Florenzano R, Salazar D. Aplicación de un instrumento para calificar el funcionamiento familiar en la atención de adolescentes. *Rev Chil Pediatr.* 1987; 58(3): 246-9.
- 96) Mosqueda-Díaz A, Mendoza S, Jofré V, Barriga OA. Validez y confiabilidad de una escala de apoyo social percibido en población adolescente. *Enf Global.* [Internet] 2015. [citado 30 Ago 2019]; 14(3). Disponible en: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/200551>
- 97) Soto-Brandt G, Portilla R, Huepe D, Rivera A, Escobar MJ, Salas N, et al. Evidencia de validez en Chile del Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST). *Adicciones.* 2014; 26(4): 291-302.
- 98) Ministerio del Interior y Seguridad Pública. Décimo Segundo Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar de Chile. Santiago, Chile; 2017.
- 99) Ceballos-Ospino G, Paba-Barbosa C, Suescún J, Oviedo H, Herazo E, Campo-Arias A. Validez y dimensionalidad de la escala de autoestima de Rosenberg en estudiantes universitarios. *Pensamiento Psicológico.* 2017; 15(2): 29-39.
- 100) Ezequiel E. ¿Qué hace que la investigación clínica sea ética? Siete requisitos éticos. Santiago (Chile): Programa Regional de Bioética OPS/OMS; 2003. p. 83-95.
- 101) Lolas F, Quezada A. Pautas éticas de investigación en sujetos humanos: nuevas perspectivas. Santiago (CL): Programa Regional de Bioética OPS/OMS; 2003. 151 p.
- 102) Numbeo. Índice de Calidad de Vida por País 2019 Mitad de año [internet]. Numbeo. c-2019. [citado 25 nov 2019]. Disponible en: <https://es.numbeo.com/calidad-de-vida/clasificaciones-por-pa%C3%As>
- 103) Knapp D, McDaid D, Mossialos E, Thornicroft G. Salud mental en Europa: políticas y práctica. España: Serveis; 2007. 532 p.
- 104) Moreno A, López A, Sánchez-Cabezudo S. La transición de los jóvenes a la vida adulta. Barcelona (Es): Obra social "La caixa"; 2012. 151 p.
- 105) Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 1960; 23: 56-62.
- 106) Ministerio de Salud de Perú. Lineamientos de Política Sectorial en Salud Mental. Perú; 2018.

- 107) Servicio Nacional de Saúde de Portugal. Programas de Saúde Prioritários Metas de Saúde 2020. Portugal; 2018.
- 108) Vásquez A. Depresión. Diferencias de género. *Multimed.* 2013; 17(3): 1-14.
- 109) Linden M, Schermuly-Haurt ML. Definición, evaluación y frecuencia de efectos secundarios de la psicoterapia. *World Psychiatry.* 2014; 13(3): 306-9.
- 110) Errázuriz P, Valdés C, Vöhringer P, Calvo E. Financiamiento de la salud mental en Chile: una deuda pendiente. *Rev Med Chile.* 2015; 143(9): 1179-86.
- 111) Scoppetta O, Pérez A, Muñoz H. Sobre la supuesta inocuidad del consumo de marihuana: diferencia entre consumidores y no consumidores en encuestas nacionales en Colombia. *Liberabit.* 2013; 19(1): 55-66.
- 112) González I, Tumuluru S, González-Torres MA, Gaviria M. Cocaína: una revisión de la adicción y el tratamiento. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* [internet]. 2015 (sep) [citado 28 nov 2019]; 35(127). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352015000300008&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352015000300008>
- 113) Vázquez A, La Rosa Y, Teresa Anaya. Sintomatología depresiva en adictos a drogas ilegales. *Rev Multimed.* [Internet]. 2018. [citado 26 nov 2019]; 22(1). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/multimed/mul-2018/mul181m.pdf>
- 114) Donoso M. Precios y gasto para drogas ilícitas en Chile. *Boletín Observatorio Chileno de drogas.* 2015; 8: 1-5.
- 115) Medina P, Álvarez A, Hernández V. Comunicación entre padres e hijos adolescentes. *Jóvenes en la Ciencia.* 2017; 3(2): 432-6.
- 116) Ives E. La identidad del adolescente: como se construye. *Rev Adolescere.* [Internet]. 2014. [citado 27 nov 2019]; 2(2). Disponible en: <https://www.adolescenciasema.org/usuario/documentos/02-01%20Mesa%20debate%20-%20Eddy.pdf>
- 117) Registered Nurses Association of Ontario (RNAO). Guía de buenas prácticas clínicas: Fomento de un Desarrollo Saludable en los Adolescentes. Toronto, Canadá, 2010.
- 118) Barbosa S, Urrea A. Influencias del deporte y la actividad física en el estado de salud físico y mental: una revisión bibliográfica. *Revista Katharsis.* 2018; 1(25): 171-86.

119) Padilla C, Coterón J. ¿Podemos mejorar nuestra salud mental a través de la danza?: una revisión sistemática. Retos. 2013; 1(24); 167-70.

ANEXOS

4. Pérdida de Placer	
0	Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
1	No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
2	Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
3	No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de culpa	
0	No me siento particularmente culpable.
1	Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
2	Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
3	Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo	
0	No siento que este siendo castigado .
1	Siento que tal vez pueda ser castigado.
2	Espero ser castigado.
3	Siento que estoy siendo castigado.

7. Insatisfacción con uno mismo	
0	Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
1	He perdido la confianza en mí mismo.
2	Estoy decepcionado conmigo mismo.
3	No me gusto a mí mismo.

8. Autocríticas	
0	No me critico ni me culpo más de lo habitual.
1	Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo.
2	Me critico a mí mismo por todos mis errores.
3	Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos suicidas	
0	No tengo ningún pensamiento de matarme.
1	He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría.
2	Querría matarme.
3	Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto	
0	No lloro más de lo que solía hacerlo.
1	Lloro más de lo que solía hacerlo.
2	Lloro por cualquier pequeñez.
3	Siento ganas de llorar pero no puedo.

11. Agitación	
0	No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
1	Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
2	Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto.
3	Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12. Pérdida de Interés	
0	No he perdido el interés en otras actividades o personas.
1	Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
2	He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
3	Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión	
0	Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
1	Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones.
2	Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
3	Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Inutilidad	
0	No siento que yo no sea valioso.
1	No me considero a mi mismo tan valioso y útil como solía considerarme.
2	Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
3	Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía	
0	Tengo tanta energía como siempre.
1	Tengo menos energía que la que solía tener.
2	No tengo suficiente energía para hacer demasiado.
3	No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en el patrón de sueño	
0	No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
1	Duermo un poco más que lo habitual.
1	Duermo un poco menos que lo habitual.
2	Duermo mucho más que lo habitual.
2	Duermo mucho menos que lo habitual.
3	Duermo la mayor parte del día.
3	Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.

17. Irritabilidad	
0	No estoy tan irritable que lo habitual.
1	Estoy más irritable que lo habitual.
2	Estoy mucho más irritable que lo habitual.
3	Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito	
0	No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
1	Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
1	Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
2	Mi apetito es mucho menor que antes.
2	Mi apetito es mucho mayor que lo habitual.
3	No tengo apetito en absoluto.
3	Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración	
0	Puedo concentrarme tan bien como siempre.
1	No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.
2	Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
3	Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga	
0	No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
1	Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
2	Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
3	Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de Interés por el Sexo	
0	No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
1	Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
2	Estoy mucho menos interesado en el sexo.
3	He perdido completamente el interés en el sexo.

III. **ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG:** Morris Rosenberg, 1965.

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

IV. **APGAR FAMILIAR:** Gabriel Smilkstein, 1978.

	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca
1. ¿Estás satisfecho con la ayuda que recibes de tu familia cuando tienes un problema?	2	1	0
2. ¿Conversan entre Uds. los problemas que tienen en la casa?	2	1	0
3. ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la familia?	2	1	0
4. ¿Los fines de semana son compartidos por todos en la casa?	2	1	0
5. ¿Sientes que tu familia te quiere?	2	1	0

V. ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE APOYO SOCIAL PERCIBIDO: Gregory Zimet, Nancy Dahlem, Sara Zimet y Gordon Farley, 1988.

	Siempre o casi siempre	Con frecuencia	A veces	Casi nunca
1. Cuando necesito algo, sé que hay alguien que me puede ayudar.	4	3	2	1
2. Cuando tengo penas o alegrías, hay alguien que me puede ayudar.	4	3	2	1
3. Tengo la seguridad que mi familia trata de ayudarme.	4	3	2	1
4. Mi familia me da la ayuda y apoyo social que requiero.	4	3	2	1
5. Hay una persona que me ofrece consuelo cuando lo necesito.	4	3	2	1
6. Tengo la seguridad de que mis amigos tratan de ayudarme.	4	3	2	1
7. Puedo contar con mis amigos cuando tengo problemas.	4	3	2	1
8. Puedo conversar de mis problemas con mi familia.	4	3	2	1
9. Cuando tengo alegrías o penas puedo compartirlas con mis amigos.	4	3	2	1
10. Hay una persona que se interesa por lo que yo siento,	4	3	2	1
11. Mi familia me ayuda a tomar decisiones.	4	3	2	1
12. Puedo conversar de mis problemas con mis amigos.	4	3	2	1

VI. PRUEBA DE DETECCIÓN DE CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y SUSTANCIAS: OMS, 1997.

Responde si has consumido alcohol, tabaco y otras sustancias **ALGUNA VEZ EN LA VIDA**.

No registres las medicinas que han sido recetadas por un médico a menos que las hayas tomado por otros motivos, en dosis más altas o con mayor frecuencia que lo recetado.

1. A LO LARGO DE LA VIDA, ¿cuál de las siguientes sustancias has consumido alguna vez? (solo las que consumiste sin receta médica)	SI	NO
a) Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	1	0
b) Bebidas alcohólicas (cervezas, vinos, licores, etc.)	1	0
c) Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachis, etc.)	1	0
d) Cocaína (coca, crack, etc.)	1	0
e) Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	1	0
f) Inhalantes (óxido nítrico, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	1	0
g) Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	1	0
h) Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	1	0
i) Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	1	0
j) Otras, especifique:	1	0

Para responder las siguientes preguntas observa el siguiente ejemplo: Pepa marcó tabaco, bebidas alcohólicas, cannabis y alucinógenos en la pregunta 1. Por lo tanto, para responder las preguntas de la 2 a la 7 ella SÓLO seguirá respondiendo para tabaco, bebidas alcohólicas, cannabis y alucinógenos.

1. A lo largo de la vida, ¿cuál de las siguientes sustancias has consumido al menos una vez? (solo las que consumiste en forma médica)		SI	NO	2. En los ÚLTIMOS TRES MESES, ¿con qué frecuencia has consumido las sustancias que mencionaste (primera droga, segunda droga, etc.)?				
				Nunca	Una o dos veces	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente o casi diariamente
a) Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)		X					X	
b) Bebidas alcohólicas (cervezas, vinos, licores, etc.)		X					X	
c) Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)		X					X	
d) Cocaína (coca, crack, etc.)			X					
e) Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)			X					
f) Inhalantes (óxido nítrico, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)			X					
g) Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)			X					
h) Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)		X						
i) Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)			X					
j) Otras, especifique:			X					

SI CON EL EJEMPLO AÚN NO TE QUEDA CLARO, LLAMA A ALGUNA DE LAS INVESTIGADORAS LEVANTANDO TU MANO.

Responde las siguientes preguntas considerando las SUSTANCIAS MARCADAS EN LA PREGUNTA 1.

2. En los ÚLTIMOS 3 MESES, ¿con qué frecuencia has consumido las sustancias que mencionaste (primera droga, segunda droga, etc.)?	Nunca	Una o dos veces	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente o casi diariamente
a) Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	2	3	4	6
b) Bebidas alcohólicas (cervezas, vinos, licores, etc.)	0	2	3	4	6
c) Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	0	2	3	4	6
d) Cocaína (coca, crack, etc.)	0	2	3	4	6
e) Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	2	3	4	6
f) Inhalantes (óxido nítrico, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	2	3	4	6
g) Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, midazolam, etc.)	0	2	3	4	6
h) Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	2	3	4	6
i) Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	2	3	4	6
j) Otras, especifique:	0	2	3	4	6

3. En los ÚLTIMOS 3 MESES, ¿con qué frecuencia has sentido un fuerte deseo o ansias de consumir (primera droga, segunda droga, etc.)?	Nunca	Una o dos veces	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente o casi diariamente
a) Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	3	4	5	6
b) Bebidas alcohólicas (cervezas, vinos, licores, etc.)	0	3	4	5	6
c) Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachis, etc.)	0	3	4	5	6
d) Cocaína (coca, crack, etc.)	0	3	4	5	6
e) Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	3	4	5	6
f) Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	3	4	5	6
g) Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, midazolam, etc.)	0	3	4	5	6
h) Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	3	4	5	6
i) Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	3	4	5	6
j) Otras, especifique:	0	3	4	5	6

4. En los ÚLTIMOS 3 MESES ¿con qué frecuencia el consumo de (primera droga, segunda droga, etc.) te ha causado problemas de salud, sociales, legales o económicos?	Nunca	Una o dos veces	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente o casi diariamente
a) Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	4	5	6	7
b) Bebidas alcohólicas (cervezas, vinos, licores, etc.)	0	4	5	6	7
c) Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachis, etc.)	0	4	5	6	7
d) Cocaína (coca, crack, etc.)	0	4	5	6	7
e) Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	4	5	6	7
f) Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	4	5	6	7
g) Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, midazolam, etc.)	0	4	5	6	7
h) Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	4	5	6	7
i) Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	4	5	6	7
j) Otras, especifique:	0	4	5	6	7

5. En los ÚLTIMOS TRES MESES, ¿con qué frecuencia dejaste de hacer lo que habitualmente se esperaba de ti por el consumo de (primera droga, segunda droga, etc.)?	Nunca	Una o dos veces	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente o casi diariamente
a) Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	5	6	7	8
b) Bebidas alcohólicas (cervezas, vinos, licores, etc.)	0	5	6	7	8
c) Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachis, etc.)	0	5	6	7	8
d) Cocaína (coca, crack, etc.)	0	5	6	7	8
e) Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	5	6	7	8
f) Inhalantes (óxido nítrico, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	5	6	7	8
g) Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, midazolam, etc.)	0	5	6	7	8
h) Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	5	6	7	8
i) Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	5	6	7	8
j) Otras, especifique:	0	4	5	6	7


6. ¿Un amigo, un familiar o alguien más alguna vez ha mostrado preocupación por tus hábitos de consumo de (primera droga, segunda droga, etc.)?	No, nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, pero no en los últimos 3 meses
a) Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	6	3
b) Bebidas alcohólicas (cervezas, vinos, licores, etc.)	0	6	3
c) Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachis, etc.)	0	6	3
d) Cocaína (coca, crack, etc.)	0	6	3
e) Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	6	3
f) Inhalantes (óxido nítrico, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	6	3
g) Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, midazolam, etc.)	0	6	3
h) Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	6	3
i) Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	6	3
j) Otras, especifique:	0	6	3

7. ¿Has intentado alguna vez reducir o eliminar el consumo de (primera droga, segunda droga) y no lo has logrado?	No, nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, pero no en los últimos 3 meses
a) Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	6	3
b) Bebidas alcohólicas (cervezas, vinos, licores, etc.)	0	6	3
c) Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachis, etc.)	0	6	3
d) Cocaína (coca, crack, etc.)	0	6	3
e) Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	6	3
f) Inhalantes (óxido nítrico, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	6	3
g) Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, midazolam, etc.)	0	6	3
h) Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	6	3
i) Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	6	3
j) Otras, especifique:	0	6	3

8. ¿Alguna vez has consumido alguna droga por vía inyectada? (solo las que consumiste sin receta médica)	No nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, pero no en los últimos 3 meses
(Marque la casilla correspondiente)	0	1	1

¡Has terminado de contestar este cuestionario, agradecemos tu tiempo y valiosa participación!🙏

Anexo Nº2. Factura de compra manual BDI-II



PSIKOLAN
CENTRO DE TRABAJO PSICOLOGICO


CATALINA NAVEAS
C.I.F: P05719768
CL BLAS DE OTERO 25 - 3º D
48014 - BILBAO
VIZCAYA - ESPAÑA

Nº Documento	Referencia	Fecha	Cliente
A / 5.343	17.796	29/04/2019	501.586

Página 1 de 1

FACTURA DE CONTADO

Artículo	Cnt.	Descripción	Autorías	PVP	% IVA	Precio	Importe
978-84-939315-1-3	1	BECK BDI II - MANUAL		51,64	4,00	49,85	51,64



PSIKOLAN
CENTRO DE TRABAJO PSICOLOGICO
Versión Normal Psicología y Psicopedagogía
Luis Power, 4
Teléfono: 94 447 57 92
Fax: 94 447 57 93
48014 DEUSTO (Bilbao)

Base Imponible	% IVA	Imp. IVA	% ICI	Imp. ICI	Dto.	Vencimientos	Ejemplares	TOTAL
49,65	4,00	1,99			0,00		1	51,64 €

OBSERVACIONES

Nuevo Psikolan Berná, S.L. - Luis Power, 4 48014 Deusto - Bilbao - N.I.F B95051154 - Email: psikolan@psikolan.net - http://www.psikolan.es - Tfno. 944475792 - Fax: 944475795

Anexo N°3. Consentimientos y asentimiento informados



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Información para padres o tutores de estudiantes menores de edad de enseñanza media de instituciones educacionales municipalizadas de Viña del Mar

El propósito del presente documento es solicitarle autorización para que su pupilo participe en el estudio "Síntomatología depresiva en adolescentes de enseñanza media y su relación con factores personales y sociales". Su pupilo(a) ha sido elegido(a) por estar cursando enseñanza media en un establecimiento educacional municipalizado, mixto, que ha sido seleccionado para formar parte de esta investigación. La investigadora principal es la Dra. Angélica Mosqueda Díaz, académico de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Valparaíso, ubicada en Ángamos 655, Reñaca, Viña del Mar. Con ella trabajarán las estudiantes tesisistas: Fernanda Arancibia Fuentes, Janara Miranda Estay, Catalina Naveas Vargas, Andrea Ortiz Rodríguez, Natalia Urrutia Ulloa y María Jesús Zardoya Johnson, todas estudiantes de Enfermería de la misma Escuela. Para que usted pueda tomar una decisión informada, le explicaremos a continuación cuáles serán los procedimientos involucrados en la ejecución de la investigación, así como en qué consistiría la participación de su hijo/a o representado:

1. La investigación se realizará en el mismo establecimiento donde estudia su pupilo(a), durante el segundo semestre del año 2019.
2. La frecuencia de sintomatología depresiva, así como los diagnósticos de depresión han tenido un importante aumento en los últimos 10 años, tanto a nivel internacional como nacional. Según la Organización Mundial de la Salud, la mitad de las alteraciones de salud mental se inician alrededor de los 14 años, sin embargo, la mayoría no se detecta ni se trata a tiempo. No afrontar estos problemas durante la adolescencia genera su extensión a la edad adulta, perjudicando la salud física y mental de las personas. Existen escasos estudios locales, por ello, esta investigación se propone como objetivo principal determinar la prevalencia (número de afectados) de sintomatología depresiva en adolescentes de enseñanza media de liceos municipalizados mixtos de Viña del Mar y su relación con factores personales y sociales durante el segundo semestre del año 2019.
3. La participación de su pupilo(a) es voluntaria y consiste en responder un cuestionario sobre sintomatología depresiva y algunos factores que podrían estar relacionados, lo cual le tomará alrededor de 20 minutos y se realizará al finalizar alguna clase, en el mismo establecimiento educacional al que asiste regularmente. El cuestionario sólo se aplicará si usted autoriza a su pupilo(a) mediante la firma del consentimiento. Además, su pupilo/a también deberá dar su autorización para participar.
4. **Riesgos**
Este estudio no debería generar riesgos para su pupilo(a), pero en el caso de que se produzca algún malestar emocional o incomodidad al aplicar el cuestionario, las investigadoras están capacitadas para responder preguntas y entregar contención emocional inicial. Además, se coordinará el acompañamiento de su profesor jefe o un funcionario que el liceo determine para supervisar este proceso. También se podrá contar con el apoyo profesional del Centro de Atención Psicológica de la Universidad de Valparaíso (CAPSI) si se requiere atención urgente o ser derivado al Centro de Atención Primaria correspondiente, de obtener un puntaje sugerente de sintomatología depresiva.
5. **Beneficios**
Esta investigación permitirá detectar algunos aspectos sugerentes de sintomatología depresiva y factores que podrían estar relacionados; la información obtenida será utilizada para proponer actividades de promoción de salud mental para estudiantes adolescentes. Además, existirán beneficios directos para los estudiantes que alcancen resultados sugerentes de sintomatología depresiva, como ser derivados al Centro de Atención Psicológica de la Universidad de Valparaíso o a su Centro de Atención Primaria para recibir apoyo profesional.



6. Esta es una buena forma de conocer cuántos adolescentes presentan sintomatología depresiva y cuáles son los principales factores que pueden estar relacionados; en tanto, aplicar cuestionarios ha sido una medida efectiva en otros lugares. Los datos aportados por su pupilo(a) serán relevantes para obtener información actualizada y el análisis de los datos recolectados será entregado a finales del segundo semestre 2019.
7. La participación de su hijo(a) o representado(a) en este estudio es de carácter gratuito, por lo cual no presenta ningún gasto asociado. De la misma forma, los participantes no obtendrán ningún pago o reembolso por formar parte de este estudio. Es importante aclarar que las investigadoras tampoco recibirán beneficios económicos por realizar esta investigación.
8. **Usted y su pupilo(a) como participante tendrán derecho a:**
 - a. Manifiestar sus dudas en cualquier momento de la investigación. Ante cualquier consulta, el participante o su padre o apoderado se podrá contactar con la investigadora principal Angélica Mosqueda Díaz a través de vía telefónica: 322603820 o al email: angelica.mosqueda@uv.cl
 - b. **A la participación voluntaria y a la revocación del consentimiento**

En el caso de que el participante presente deseos de retirarse del estudio, podrá hacerlo en cualquier momento de la aplicación del cuestionario, comunicándose con cualquiera de las estudiantes investigadoras o con la investigadora principal. Cabe destacar que su eventual retiro no lo(a) perjudicará en ningún caso, es decir, no existirán consecuencias negativas de ningún tipo para usted o para su familia.
 - c. **A la atención y derivación oportunas en casos identificados de hallazgos a consecuencia de la investigación.**

En caso de que el participante presente alteraciones sugerentes de sintomatología depresiva, se le comunicará a través de una carta sellada junto con las recomendaciones pertinentes para la intervención oportuna. Existirá apoyo profesional del Centro de Atención Psicológica de la Universidad de Valparaíso (CAPSI), si es necesaria una atención de urgencia y, se derivará al Centro de Atención Primaria si los resultados son sugerentes de sintomatología depresiva.
 - d. El liceo, sus estudiantes y apoderados tendrán derecho a conocer los resultados generales de la investigación, es decir, sin las especificaciones de resultados de cada liceo o estudiante adolescente. Esta información se entregará a través de un disco compacto que tendrá adjunta la investigación final, el cual será entregado de manera personal por las investigadoras estudiantes en cada establecimiento.
9. **Confidencialidad**
 - a. **Reserva de la identidad del participante**

El cuestionario que se aplicará se identificará con los últimos 3 dígitos del RUT más dígito verificador y curso del estudiante, para resguardar su identidad. Al finalizar la encuesta, cada estudiante podrá depositar, de forma personal, los instrumentos contestados en una caja sellada.
 - b. **De los datos personales y sensibles**

La información recolectada será físicamente guardada por 5 años en la oficina de la investigadora principal en la Escuela de Enfermería de la Universidad de Valparaíso, ubicada en Angamos 655, Reñaca, Viña del Mar, en un estante bajo llave, para su posterior eliminación.
10. Los datos y hallazgos obtenidos sólo podrán ser divulgados en publicaciones de carácter académico científico o utilizadas en otras investigaciones relacionadas a los objetivos del presente estudio, siempre resguardando la identidad de su pupilo(a).
11. Esta investigación ha sido evaluada y aprobada por el Comité de Bioética de Investigación (CBI) de la Facultad de Medicina (FAMED), de la Universidad de Valparaíso. Si usted lo requiera, en caso de tener alguna duda acerca de este estudio o respecto de sus derechos como participante en esta investigación puede contactar a su presidente en el teléfono 32-260 30 02 o E-mail: etica.facultadmedicina@uv.cl



ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

De padre o tutor de estudiante menor de edad de establecimiento educacional municipalizado de Viña del Mar

Yo,....., C.I....., padre o tutor legal de..... DECLARO que la investigadora principal, Dra. Angélica Mosqueda Díaz, y las estudiantes investigadoras: Fernanda Arancibia Fuentes, Janara Miranda Estay, Catalina Naveas Vargas, Andrea Ortiz Rodríguez, Natalia Urrutia Ulloa y María Jesús Zardoya Johnson, de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Valparaíso, ubicada en la calle Angamos 655, Reñaca, Viña del Mar, me han informado en forma completa en qué consiste la investigación "Síntomatología depresiva en adolescentes de enseñanza media y su relación con factores personales y sociales" que se llevará a cabo en los establecimientos educacionales seleccionados de la ciudad de Viña del Mar. He leído completamente la información proporcionada en este documento acerca de la participación de mi hijo/a o representado(a). Me han informado y explicado que mi hijo(a) o pupilo(a) tendrá que responder un cuestionario sobre sintomatología depresiva y factores asociados, lo que le tomará aproximadamente 20 minutos; este procedimiento se realizará en el establecimiento educacional, al finalizar alguna clase. Asimismo, he tenido la oportunidad de hacer preguntas y aclarar todas mis dudas con las investigadoras. Entiendo que poseo el derecho de revocar mi consentimiento sin que esta decisión pueda ocasionarnos algún perjuicio. De acuerdo a lo declarado por mí en este documento, firmo aceptando voluntariamente la participación de mi hijo(a) o pupilo(a) en esta investigación. Recibo una copia completa de este documento.

Nombre y Firma padre o tutor de participante menor de edad

C.I.:

Fecha:

Nombre y Firma Investigador Responsable

C.I.: 14.289.607-K.

Fecha: 27/08/2019.

Nombre y Firma Director del Establecimiento o su delegado

C.I.:

Fecha:

Viña del Mar, de de 2019



CONSENTIMIENTO INFORMADO
Información para estudiantes mayores de edad de Enseñanza Media de instituciones municipalizadas de Viña del Mar

El propósito del presente documento es invitarte a participar en el estudio “**Sintomatología depresiva en adolescentes de enseñanza media y su relación con factores personales y sociales**”. Has sido elegido(a) por estar cursando enseñanza media en este establecimiento educacional que ha sido seleccionado para formar parte de esta investigación. La investigadora principal es la Dra. Angélica Mosqueda Díaz, académico de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Valparaíso, ubicada en Angamos 655, Reñaca, Viña del Mar. Con ella trabajarán las estudiantes investigadoras Fernanda Arancibia Fuentes, Janara Miranda Estay, Catalina Naveas Vargas, Andrea Ortiz Rodríguez, Natalia Urrutia Ulloa y María Jesús Zardoya Johnson, todas estudiantes de Enfermería de la misma Escuela. Para que puedas tomar una decisión informado(a) y, por tanto, autorizar tu participación, te explicaremos a continuación cuáles serán los procedimientos involucrados en la ejecución de la investigación, así como en qué consistiría tu participación:

1. La investigación se realizará en el mismo establecimiento educacional donde estudias, durante el segundo semestre del año 2019.
2. La frecuencia de sintomatología depresiva, así como los diagnósticos de depresión han tenido un importante aumento en los últimos 10 años, tanto a nivel internacional como nacional. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la mitad de las alteraciones de salud mental se inician alrededor de los 14 años, sin embargo, la mayoría no se detecta ni se trata a tiempo. No afrontar estos problemas durante la adolescencia genera su extensión a la edad adulta, perjudicando la salud física y mental de las personas. Existen escasos estudios locales, por ello, esta investigación se propone como objetivo principal determinar la prevalencia (número de afectados) de sintomatología depresiva en adolescentes de enseñanza media de liceos municipalizados mixtos de Viña del Mar y su relación con factores personales y sociales durante el segundo semestre del año 2019.
3. Tu participación es voluntaria y consiste en responder un cuestionario sobre sintomatología depresiva y algunos factores que podrían estar relacionados, lo cual te tomará alrededor de 20 minutos, y se realizará al finalizar alguna clase, en el mismo establecimiento educacional al que asistes regularmente. El cuestionario sólo se aplicará si lo autorizas mediante la firma del consentimiento.
4. **Riesgos**
Este estudio no presenta riesgos para ti, pero en el caso de que te produzca algún malestar emocional o incomodidad al aplicar el cuestionario, las investigadoras están capacitadas para responder preguntas y entregar contención emocional inicial. Además, se coordinará el acompañamiento de tu profesor jefe o un funcionario que el liceo determine para supervisar este proceso. También se podrá contar con el apoyo profesional del Centro de Atención Psicológica de la Universidad de Valparaíso (C.APSI) si se requiere atención urgente o ser derivado al Centro de Atención Primaria correspondiente de obtener un puntaje sugerente de sintomatología depresiva.
5. **Beneficios**
Esta investigación permitirá detectar algunos aspectos sugerentes de sintomatología depresiva y factores que podrían estar relacionados; la información obtenida será utilizada para proponer actividades de promoción de salud mental para estudiantes adolescentes. Además, existirán beneficios directos para los estudiantes que alcancen resultados sugerentes de sintomatología depresiva como ser derivados al Centro de Atención Psicológica de la Universidad de Valparaíso o a al Centro de Atención Primaria para recibir apoyo profesional.



6. Esta es una buena forma de conocer cuántos adolescentes presentan sintomatología depresiva y cuáles son los principales factores que pueden estar relacionados, en tanto, aplicar cuestionarios ha sido una medida efectiva en otros lugares. Los datos que aportes serán relevantes para obtener información actualizada y el análisis de los datos recolectados será entregado a finales del segundo semestre 2019.
7. La participación en este estudio es de carácter gratuito, por lo cual no presenta ningún gasto asociado para ti. De la misma forma, no obtendrás ningún pago o reembolso por formar parte de este estudio. Es importante aclarar que las investigadoras tampoco recibirán beneficios económicos por realizar esta investigación.
8. **Como participante tendrás derecho a:**
 - a. Manifestar tus dudas en cualquier momento de la investigación. Ante cualquier consulta, podrás contactarte con la investigadora principal Angélica Mosqueda Díaz a través de vía telefónica: 322603820 o al email: angelica.mosqueda@uv.cl
 - b. **A la participación voluntaria y a la revocación del consentimiento**
En el caso de que presentes deseos de retirarte del estudio, podrás hacerlo en cualquier momento de la aplicación del cuestionario, comunicándote con la investigadora principal o con cualquiera de las estudiantes investigadoras. Cabe destacar que tu eventual retiro no te perjudica en ningún caso, es decir, no existirán consecuencias negativas para ti.
 - c. **A la atención y derivación oportunas en casos identificados de hallazgos a consecuencia de la investigación.**
En caso de que presentes alteraciones sugerentes de sintomatología depresiva, se te comunicará a través de una carta sellada junto con las recomendaciones pertinentes para la intervención oportuna. Existirá apoyo profesional del Centro de Atención Psicológica de la Universidad de Valparaíso (CAPSI), si es necesaria una atención de urgencia y, se derivará al Centro de Atención Primaria si los resultados son sugerentes de sintomatología depresiva.
 - d. El liceo, sus estudiantes y apoderados tendrán derecho a conocer los resultados generales de la investigación, es decir, sin las especificaciones de resultados de cada liceo o estudiante adolescente. Esta información se entregará a través de un disco compacto que tendrá adjunta la investigación final, el cual será entregado de manera personal por las investigadoras estudiantes en cada establecimiento.
9. **Confidencialidad**
 - a. **Reserva de la identidad del participante**
El instrumento a aplicar se identificará con tus últimos 3 dígitos del RUT más dígito verificador y curso, para resguardar tu identidad. Al finalizar la encuesta, podrás depositar, de forma personal, los instrumentos contestados en una caja sellada.
 - b. **De los datos personales y sensibles**
La información recolectada será físicamente guardada por 5 años en la oficina de la investigadora principal en la Escuela de Enfermería de la Universidad de Valparaíso, ubicada en Angamos 655, Reñaca, Viña del Mar, en un estante bajo llave, para su posterior eliminación.
10. Los datos y hallazgos obtenidos sólo podrán ser divulgados en publicaciones de carácter académico científico o utilizadas en otras investigaciones relacionadas a los objetivos del presente estudio, siempre resguardando tu identidad.
11. Esta investigación ha sido evaluada y aprobada por el Comité de Bioética de Investigación (CBI) de la Facultad de Medicina (FAMED), de la Universidad de Valparaíso. Si usted lo requiriera, en caso de tener alguna duda acerca de este estudio o respecto de sus derechos como participante en esta investigación, puede contactar a su presidente en el teléfono 3226030 02 o E-mail: etica.facultadmedicina@uv.cl.



ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
De estudiante mayor de edad de Enseñanza Media de institución municipalizada
de Viña del Mar

Yo,....., C.I....., DECLARO que la investigadora principal, la Dra. Angélica Mosqueda Díaz, y las estudiantes investigadoras, Fernanda Arancibia Fuentes, Janara Miranda Estay, Catalina Naveas Vargas, Andrea Ortiz Rodríguez, Natalia Urrutia Ulloa y María Jesús Zardoya Johnson de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Valparaíso, ubicada en la calle Angamos 655, Reñaca, de la ciudad de Viña del Mar, me han informado en forma completa en qué consiste la investigación "Síntomatología depresiva en adolescentes de enseñanza media y su relación con factores personales y sociales" que se llevará a cabo durante el año 2019 en los establecimientos educacionales seleccionados, de la ciudad de Viña del Mar. He leído completamente la información proporcionada en este documento acerca de mi participación. Me han informado y explicado que tendré que responder un cuestionario sobre sintomatología depresiva y factores asociados, lo que me tomará aproximadamente 20 minutos; este procedimiento se realizará en el establecimiento educacional, al finalizar alguna clase. Asimismo, he tenido la oportunidad de hacer preguntas y aclarar todas mis dudas con las investigadoras. Entiendo que poseo el derecho de revocar mi consentimiento sin que esta decisión pueda ocasionarme algún perjuicio. De acuerdo a lo declarado por mí en este documento, firmo aceptando voluntariamente mi participación en esta investigación. Recibo una copia completa de este documento.

Nombre y Firma participante

C.I.:

Fecha:

Nombre y Firma Investigador Responsable

C.I.: 14.289.601-K.

Fecha: 27/08/2019.

Nombre y Firma Director del Establecimiento o su delegado

C.I.:

Fecha:

Viña del Mar, de..... de 2019



ASENTIMIENTO INFORMADO

Información para estudiantes menores de edad de Enseñanza Media de establecimientos educacionales municipalizados de Viña del Mar

El propósito del presente documento es invitarte a participar en el estudio "Sintomatología depresiva en adolescentes de enseñanza media y su relación con factores personales y sociales". Has sido elegido(a) por estar cursando enseñanza media en este establecimiento educacional que ha sido seleccionado para formar parte de esta investigación. La investigadora principal es la Dra. Angélica Mosqueda Díaz, académico de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Valparaíso, ubicada en Angamos 655, Reñaca, Viña del Mar. Con ella trabajarán las estudiantes investigadoras Fernanda Arancibia Fuentes, Janara Miranda Estay, Catalina Naveas Vargas, Andrea Ortiz Rodríguez, Natalia Urrutia Ulloa y María Jesús Zardoya Johnson, todas estudiantes de Enfermería de la misma Escuela. Para que puedas tomar una decisión informada y, por tanto, autorizar tu participación, te explicaremos a continuación cuáles serán los procedimientos involucrados en la ejecución de la investigación, así como en qué consistiría tu participación:

1. La investigación se realizará en el mismo establecimiento educacional donde estudias, durante el segundo semestre del año 2019.
2. La frecuencia de sintomatología depresiva, así como los diagnósticos de depresión han tenido un importante aumento en los últimos 10 años, tanto a nivel internacional como nacional. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la mitad de las alteraciones de salud mental se inician alrededor de los 14 años, sin embargo, la mayoría no se detecta ni se trata a tiempo. No afrontar estos problemas durante la adolescencia genera su extensión a la edad adulta, perjudicando la salud física y mental de las personas. Existen escasos estudios locales, por ello, esta investigación se propone como objetivo principal determinar la prevalencia (número de afectados) de sintomatología depresiva en adolescentes de enseñanza media de liceos municipalizados mixtos de Viña del Mar y su relación con factores personales y sociales durante el segundo semestre del año 2019.
3. Tu participación es voluntaria y consiste en responder un cuestionario sobre sintomatología depresiva y algunos factores que podrían estar relacionados, lo cual te tomará alrededor de 20 minutos y se realizará al finalizar alguna clase, en el mismo establecimiento educacional al que asistes regularmente. El cuestionario sólo se aplicará si lo autorizas mediante la firma del asentimiento. Además, tus padres o tutores legales también deberán dar su autorización mediante la firma del consentimiento.
4. **Riesgos**
Este estudio no presenta riesgos para ti, pero en el caso que te produzca algún malestar emocional o incomodidad al aplicar el cuestionario las investigadoras están capacitadas para responder preguntas y entregar contención emocional inicial. Además, se coordinará el acompañamiento del profesor jefe o un funcionario que el Liceo determine para supervisar este proceso. También se podrá contar con el apoyo profesional del Centro de Atención Psicológica de la Universidad de Valparaíso (CAPSI) si se requiere atención urgente o ser derivado al Centro de Atención Primaria correspondiente de obtener un puntaje sugerente de sintomatología depresiva.
5. **Beneficios**
Esta investigación permitirá detectar algunos aspectos sugerentes de sintomatología depresiva y factores que podrían estar relacionados; la información obtenida será utilizada para proponer actividades de promoción de salud mental para estudiantes adolescentes. Además, existirán beneficios directos para los estudiantes que alcancen resultados sugerentes de sintomatología depresiva, como ser derivados al Centro de Atención Psicológica de la Universidad de Valparaíso o a su Centro de Atención Primaria para recibir apoyo profesional.



6. Esta es una buena forma de conocer cuántos adolescentes presentan sintomatología depresiva y cuáles son los principales factores que pueden estar relacionados, en tanto, aplicar cuestionarios ha sido una medida efectiva en otros lugares. Los datos que aportes serán relevantes para obtener información actualizada y el análisis de los datos recolectados será entregado a finales del segundo semestre 2019.
7. Tu participación en este estudio es de carácter gratuito, por lo cual no presenta ningún gasto asociado para ti. De la misma forma, no obtendrás ningún pago o reembolso por formar parte de este estudio. Es importante aclarar que las investigadoras tampoco recibirán beneficios económicos por realizar esta investigación.
8. **Como participante tendrás derecho a:**
 - a. Manifiestar tus dudas en cualquier momento de la investigación. Ante cualquier consulta, podrás contactarte con la investigadora principal Angélica Mosqueda Díaz a través de vía telefónica: 322603820 o al email: angelica.mosqueda@uv.cl
 - b. **A la participación voluntaria y a la revocación del consentimiento**
En el caso de que presentes deseos de retirarte del estudio, podrás hacerlo en cualquier momento de la aplicación del cuestionario, comunicándote con la investigadora principal o con alguna de las tesis investigadoras. Cabe destacar que tu eventual retiro no te perjudica en ningún caso, es decir, no existirán consecuencias negativas para ti.
 - c. **A la atención y derivación oportunas en casos identificados de hallazgos a consecuencia de la investigación.**
En caso de que presentes alteraciones sugerentes de sintomatología depresiva, se te comunicará a través de una carta sellada junto con las recomendaciones pertinentes para la intervención oportuna. Existirá apoyo profesional del Centro de Atención Psicológica de la Universidad de Valparaíso (CAPSI), si es necesaria una atención de urgencia y, se derivará al Centro de Atención Primaria si los resultados son sugerentes de sintomatología depresiva.
 - d. El liceo, sus estudiantes y apoderados tendrán derecho a conocer los resultados generales de la investigación, es decir, sin las especificaciones de resultados de cada liceo o estudiante adolescente. Esta información se entregará a través de un disco compacto que tendrá adjunta la investigación final, el cual será entregado de manera personal por las investigadoras estudiantes en cada establecimiento.
9. **Confidencialidad**
 - a. **Reserva de la identidad del participante**
El cuestionario a aplicar se identificará con tus últimos 3 dígitos del RUT más dígito verificador y curso, para resguardar tu identidad. Al finalizar la encuesta, podrás depositar, de forma personal, los instrumentos contestados en una caja sellada.
 - b. **De los datos personales y sensibles**
La información recolectada será físicamente guardada por 5 años en la oficina de la investigadora principal en la Escuela de Enfermería de la Universidad de Valparaíso ubicada en Angamos 655, Reñaca, Viña del Mar, en un estante bajo llave, para su posterior eliminación.
10. Los datos y hallazgos obtenidos sólo podrán ser divulgados en publicaciones de carácter académico científico o utilizadas en otras investigaciones relacionadas a los objetivos del presente estudio, siempre resguardando tu identidad.
11. Esta investigación ha sido evaluada y aprobada por el Comité de Bioética de Investigación (CBI) de la Facultad de Medicina (FAMED), de la Universidad de Valparaíso. Si lo requirieras, en caso de tener alguna duda acerca de este estudio o respecto de tus derechos como participante en esta investigación, puedes contactar a su presidente en el teléfono 32-260 30 02 o etica.facultadmedicina@uv.cl.



ACTA DE ASENTIMIENTO INFORMADO

Estudiante menor de edad de Enseñanza Media de Institución Municipalizada de Viña del Mar

Yo,....., C.I.....,
DECLARO que la investigadora principal, la Dra. Angélica Mosqueda Díaz, y las estudiantes investigadoras Fernanda Arancibia Fuentes, Janara Miranda Estay, Catalina Naveas Vargas, Andrea Ortiz Rodríguez, Natalia Urrutia Ulloa y María Jesús Zardoya Johnson, de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Valparaíso, ubicada en la calle Angamos 655, Reñaca, de la ciudad de Viña del Mar, me han informado en forma completa en qué consiste la investigación "Síntomatología depresiva en adolescentes de enseñanza media y su relación con factores personales y sociales" que se llevará a cabo durante el año 2019 en los establecimientos educacionales seleccionados de la ciudad de Viña del Mar. He leído completamente la información proporcionada en este documento acerca de mi participación. Me han informado que tendré que responder un cuestionario sobre sintomatología depresiva y factores asociados, lo que me tomará aproximadamente 20 minutos; este procedimiento se realizará en el establecimiento educacional, al finalizar alguna clase. Asimismo, he tenido la oportunidad de hacer preguntas y aclarar todas mis dudas con las investigadoras. Entiendo que poseo el derecho de revocar mi asentimiento sin que esta decisión pueda ocasionarme algún perjuicio. De acuerdo a lo declarado por mí en este documento, firmo aceptando voluntariamente mi participación en esta investigación. Recibo una copia completa de este documento.

Nombre y Firma participante menor de edad

C.I.:

Fecha:

Nombre y Firma Investigador Responsable

C.I.: 14.289.607-K.

Fecha: 27/08/2019.

Nombre y Firma Director del Establecimiento o su delegado


C.I.:

Fecha:

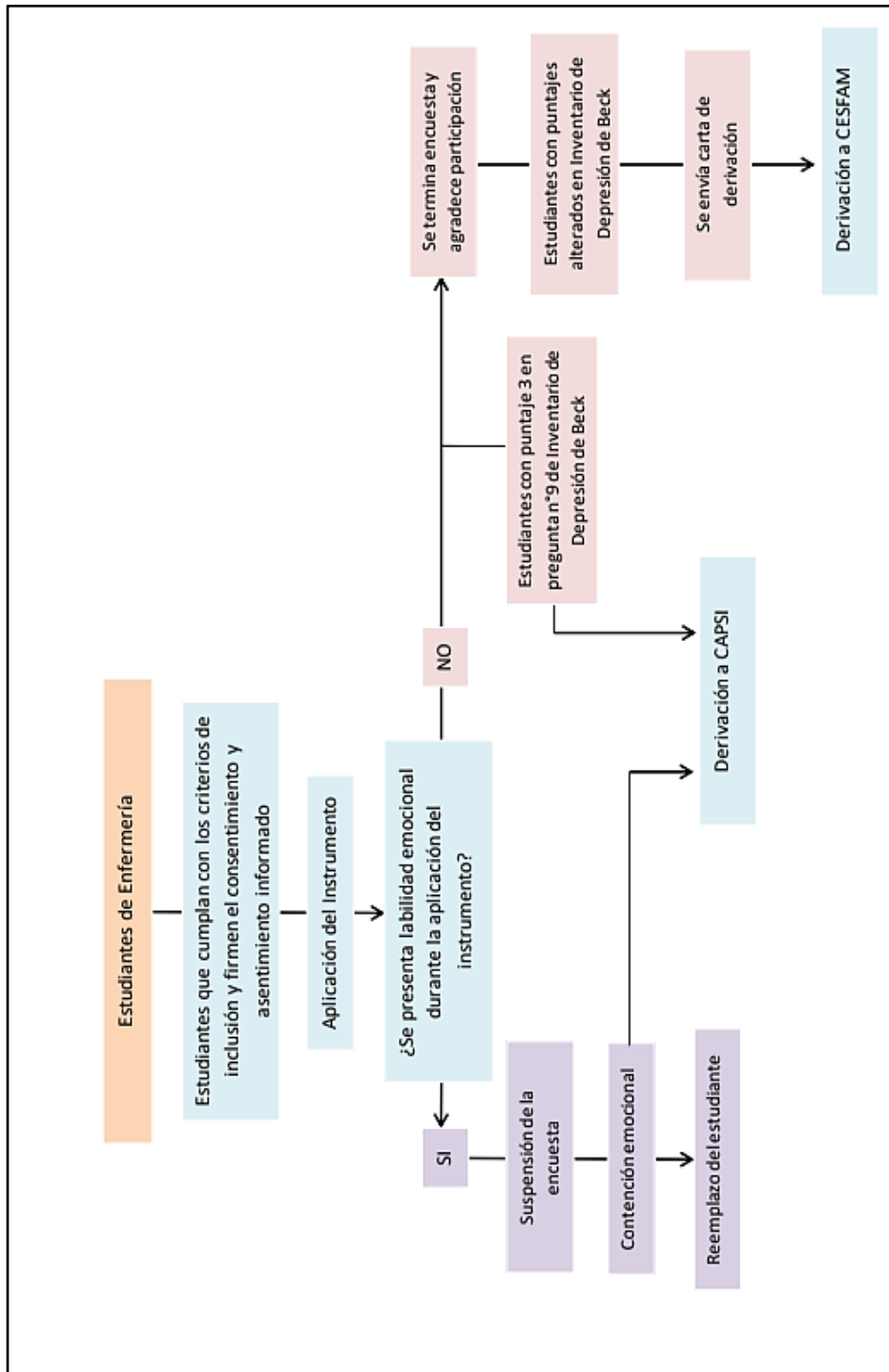
Viña del Mar, de..... de 2019



Anexo N°4. Acta de evaluación del Comité de Bioética de la Facultad de Medicina

 <p>Universidad de Valparaíso CHILE</p>	<p>FACULTAD DE MEDICINA Comité de Bioética para la Investigación</p>
<p>ACTA DE EVALUACIÓN BIOÉTICA No. 32/2019</p>	
<p>I. El Comité de Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso, con la asistencia de Eva Sotelo, profesora de Castellano, Presidenta; Angelo Bartsch, kinesiólogo, Secretario Ejecutivo; Daniela López, tecnólogo médico; Patricia Herrera, educadora de párvulos; y Paula Eherenfeld, matrona, en su sesión del día 23 de agosto de 2019 declara haber evaluado el protocolo de investigación "Sintomatología depresiva en adolescentes de enseñanza media y su relación con factores personales y sociales", presentado por la investigadora principal, Angélica Mosqueda Díaz, de profesión enfermera matrona, adscrita a la Facultad de Medicina.</p>	
<p>II. Para su evaluación, el Comité de Bioética revisó los siguientes antecedentes:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Protocolo N° 027/2019, versión en español.2. Hoja Informativa y Acta de Consentimiento Informado, versión en español, cuyos destinatarios son padres o tutores de estudiantes menores de edad de enseñanza media, establecimientos educacionales municipalizados de Viña del Mar.3. Hoja Informativa y Acta de Consentimiento Informado, versión en español, cuyos destinatarios son estudiantes mayores de edad de enseñanza media, establecimientos educacionales municipalizados de Viña del Mar.4. Hoja Informativa y Acta de Asentimiento Informado, versión en español, cuyos destinatarios son estudiantes menores de edad de enseñanza media, establecimientos educacionales municipalizados de Viña del Mar.5. Currículum Vitae de la investigadora responsable.6. Carta de autorización de: Director Liceo Guillermo Riva, Sr. Jorge Gaete S.; y Directora Liceo Bicentenario José Francisco Vergara, Sra. Claudia Arévalo González.7. Carta de autorización aplicación plan piloto cuestionario: Director Colegio Saint Paul School, Sr. Eduardo del Pino.8. Carta compromiso Sr. Javier Morán Kneer, Coordinador CAPSI, Escuela Psicología, Universidad de Valparaíso.9. Flujograma de contención.10. Cuestionario "Sintomatología depresiva en adolescentes", BDI-II.	
<p>III. En la valoración bioética del proyecto, el Comité consideró que dicha propuesta cumple con los principios éticos necesarios para su realización, entre otros, los de beneficencia y atención a potenciales riesgos; se concluyó que su pertinencia fundamental radica en:</p> <ol style="list-style-type: none">1. El diseño se ajusta a las Normas de Investigación en Seres Humanos.2. El estudio propuesto podrá aportar a la detección de sintomatología depresiva en una población de estudiantes de enseñanza media de instituciones educacionales municipalizadas de Viña del Mar y al conocimiento de algunos factores personales y sociales que podrían estar asociados a ello. Asimismo, esta información podrá ser utilizada para proponer a futuro actividades de promoción de salud mental para estudiantes adolescentes.	
<p>COMITÉ DE BIOÉTICA PARA LA INVESTIGACIÓN - FACULTAD DE MEDICINA Angamos #655 Reñaca, Viña del Mar Teléfono: 32 260 30 02 E-mail: etica.facultadmedicina@uv.cl</p>	

Anexo N°5. Flujoograma de contención emocional



Anexo N°6. Capacitación sobre contención emocional de estudiantes investigadoras

 <p>Universidad de Valparaíso CHILE</p>	<p>Escuela de Enfermería, Angamos 655-Reñaca, Tel. +56 (32)2603825</p>	
<p>CERTIFICADO DE ASISTENCIA TALLER VIVENCIAL DE CONTENCIÓN EMOCIONAL</p>		
<p>FERNANDA PAZ ARANCIBIA FUENTES</p>		
<p>Participó en el taller realizado en la Escuela de Enfermería el día 26 de marzo de 2019, con una duración de (1.5 horas)</p>		
<p>El taller abordó aspectos teóricos relacionados con las emociones y sus manifestaciones, modelos de intervención en crisis, análisis del alcance de intervención para enfermeras/os y la técnica step-out para el manejo de emociones.</p>		
<p>La modalidad vivencial se llevó a cabo primero en escenarios simulados, posteriormente el estudiante pudo aplicar sus conocimientos en las prácticas clínicas de asignaturas profesionales, durante el cuidado de niños, adolescentes, adultos, adultos mayores y familias vulnerables, adquiriendo las competencias requeridas que lo capacitan para realizar "contención emocional".</p>		
 <p>Lorena Bettancourt C. Jefe Asignatura Proyecto Investigación I</p>	 <p>María Marcela Morella A. Coordinadora del Taller Vivencial «Contención Emocional»</p>	 <p>Paulina Gundelach G. Secretaría Académica Escuela de Enfermería</p>
<p>Viña del Mar, Abril de 2019.-</p>		



**Universidad
de Valparaíso**
CHILE

Escuela de Enfermería, Angamos 655-Reñaca, Tel.+56 (32)2603825

CERTIFICADO DE ASISTENCIA

TALLER VIVENCIAL DE CONTENCIÓN EMOCIONAL



JANARA JULIA CONSUELO MIRANDA ESTAY

Participó en el taller realizado en la Escuela de Enfermería
el día 26 de marzo de 2019,
con una duración de (1.5 horas)

El taller abordó aspectos teóricos relacionados con las emociones y sus manifestaciones, modelos de intervención en crisis, análisis del alcance de intervención para enfermeras/os y la técnica step-out para el manejo de emociones.

La modalidad vivencial se llevó a cabo primero en escenarios simulados, posteriormente el estudiante pudo aplicar sus conocimientos en las prácticas clínicas de asignaturas profesionales, durante el cuidado de niños, adolescentes, adultos, adultos mayores y familias vulnerables, adquiriendo las competencias requeridas que lo capacitan para realizar "contención emocional".



Lorena Bettancourt C.
Jefe Asignatura
Proyecto Investigación I



María Marcela Morella A.
Coordinadora del Taller Vivencial
«Contención Emocional»



Paulina Gundelach G.
Secretaria Académica
Escuela de Enfermería

Viña del Mar, Abril de 2019.-

CERTIFICADO DE ASISTENCIA

TALLER VIVENCIAL DE CONTENCIÓN EMOCIONAL



CATALINA PAZ NAVEAS VARGAS

**Participó en el taller realizado en la Escuela de Enfermería
el día 26 de marzo de 2019,
con una duración de (1.5 horas)**

El taller abordó aspectos teóricos relacionados con las emociones y sus manifestaciones, modelos de intervención en crisis, análisis del alcance de intervención para enfermeras/os y la técnica step-out para el manejo de emociones.

La modalidad vivencial se llevó a cabo primero en escenarios simulados, posteriormente el estudiante pudo aplicar sus conocimientos en las prácticas clínicas de asignaturas profesionales, durante el cuidado de niños, adolescentes, adultos, adultos mayores y familias vulnerables, adquiriendo las competencias requeridas que lo capacitan para realizar "contención emocional".


Lorena Bettancourt O.
Jefe Asignatura
Proyecto Investigación I


María Marcela Morella A.
Coordinadora del Taller Vivencial
«Contención Emocional»


Paulina Gundelach G.
Secretaría Académica
Escuela de Enfermería

Viña del Mar, Abril de 2019.-

CERTIFICADO DE ASISTENCIA

TALLER VIVENCIAL DE CONTENCIÓN EMOCIONAL



ANDREA CECILIA ORTIZ RODRIGUEZ

**Participó en el taller realizado en la Escuela de Enfermería
el día 26 de marzo 2019,
con una duración de (1.5 horas)**

El taller abordó aspectos teóricos relacionados con las emociones y sus manifestaciones, modelos de intervención en crisis, análisis del alcance de intervención para enfermeras/os y la técnica step-out para el manejo de emociones.

La modalidad vivencial se llevó a cabo primero en escenarios simulados, posteriormente el estudiante pudo aplicar sus conocimientos en las prácticas clínicas de asignaturas profesionales, durante el cuidado de niños, adolescentes, adultos, adultos mayores y familias vulnerables, adquiriendo las competencias requeridas que lo capacitan para realizar "contención emocional".



Lorena Bettancourt O.
Jefe Asignatura
Proyecto Investigación I



María Marcela Morella A.
Coordinadora del Taller Vivencial
«Contención Emocional»



Paulina Gundelach G.
Secretaria Académica
Escuela de Enfermería

Viña del Mar, Abril de 2019.-

CERTIFICADO DE ASISTENCIA

TALLER VIVENCIAL DE CONTENCIÓN EMOCIONAL



NATALIA JOSEFA URRUTIA ULLOA

**Participó en el taller realizado en la Escuela de Enfermería
el día 26 de marzo de 2019,
con una duración de (1.5 horas)**

El taller abordó aspectos teóricos relacionados con las emociones y sus manifestaciones, modelos de intervención en crisis, análisis del alcance de intervención para enfermeras/os y la técnica step-out para el manejo de emociones.

La modalidad vivencial se llevó a cabo primero en escenarios simulados, posteriormente el estudiante pudo aplicar sus conocimientos en las prácticas clínicas de asignaturas profesionales, durante el cuidado de niños, adolescentes, adultos, adultos mayores y familias vulnerables, adquiriendo las competencias requeridas que lo capacitan para realizar "contención emocional".



Lorena Bettancourt C.
Jefe Asignatura
Proyecto Investigación I



María Marcela Morella A.
Coordinadora del Taller Vivencial
«Contención Emocional»



Paulina Gundelach G.
Secretaría Académica
Escuela de Enfermería

Viña del Mar, Abril de 2019.-

CERTIFICADO DE ASISTENCIA

TALLER VIVENCIAL DE CONTENCIÓN EMOCIONAL



MARIA JESUS ZARDOYA JOHNSON

**Participó en el taller realizado en la Escuela de Enfermería
el día 26 de marzo de 2019,
con una duración de (1.5 horas)**

El taller abordó aspectos teóricos relacionados con las emociones y sus manifestaciones, modelos de intervención en crisis, análisis del alcance de intervención para enfermeras/os y la técnica step-out para el manejo de emociones.

La modalidad vivencial se llevó a cabo primero en escenarios simulados, posteriormente el estudiante pudo aplicar sus conocimientos en las prácticas clínicas de asignaturas profesionales, durante el cuidado de niños, adolescentes, adultos, adultos mayores y familias vulnerables, adquiriendo las competencias requeridas que lo capacitan para realizar "contención emocional".



Lorena Bettancourt O.
Jefe Asignatura
Proyecto Investigación I



María Marcela Morella A.
Coordinadora del Taller Vivencial
«Contención Emocional»



Paulina Gundelach G.
Secretaría Académica
Escuela de Enfermería

Viña del Mar, Abril de 2019.-

Anexo N°7. Carta de resultados “Cuestionario sintomatología depresiva en adolescentes”



Código _____ - ____

Resultado “Cuestionario sintomatología depresiva en adolescentes”

Estimado(a) estudiante:


Cumpliendo con lo acordado, respecto a informarte acerca de cualquier eventualidad en los resultados del Cuestionario “SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN ADOLESCENTES”, te comunicamos que obtuviste un puntaje de _____ puntos en el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II).

Esto significa que tus resultados son **sugerentes de sintomatología depresiva**. Por ello es importante que asistas al **Centro de Salud Familiar (CESFAM)** que te corresponda, para que puedas acceder al apoyo necesario.

En la actualidad no todos los CESFAM se encuentran realizando atención, por lo que es necesario que te asegures que está en funcionamiento antes de ir a pedir tu atención.

Ante cualquier duda de cómo acceder al Centro de Salud, estoy a tu disposición al mail angelica.mosqueda@uv.cl o al fono 32-2603820 para realizar una coordinación.

Te recordamos que todos los datos y resultados son de carácter confidencial y sólo tú tienes el derecho a compartirlos.



Dra. Angélica Mosqueda Díaz
Investigadora principal

Viña del mar, _____, de _____, 2019.


Código _____ - ____

Resultado "Cuestionario sintomatología depresiva en adolescentes"

Cumpliendo con lo acordado, respecto a informarte acerca de cualquier eventualidad en los resultados del Cuestionario "SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN ADOLESCENTES", te comunicamos que obtuviste un puntaje de _____ puntos en el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II).

Esto significa que actualmente **NO presentas síntomas depresivos**.

Te recordamos que todos los datos y resultados son de carácter confidencial y sólo tú tienes el derecho a compartirlos.



Angélica Mosqueda Díaz
Investigadora principal

Viña del mar, _____, de _____, 2019.