

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y SÍNTOMAS ANSIOSOS Y
DEPRESIVOS EN ADOLESCENTES ENTRE 14 Y 16 AÑOS QUE SE
ENCUENTRAN ESCOLARIZADOS EN EL MUNICIPIO DE PUERTO BERRIO

PRESENTADO POR

JUAN DAVID OCHOA MUÑOZ

SAÚL ALEJANDRO OROZCO MARÍN

TRABAJO DE GRADO PARA OBTENER EL TÍTULO DE
PSICÓLOGOS

ASESOR

ROBINSON DARÍO ORTIZ SÁNCHEZ
Mg. EN PSICOLOGÍA

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA
SECCIONAL MAGDALENA MEDIO
PUERTO BERRÍO - ANTIOQUIA
2017

DEDICATORIAS

A mi adorable Madre, Doris Marín; Por darme el don de la vida y criarme con principios y valores. A mi padre, Saúl Alberto Orozco; por siempre inculcarme una visión crítica frente al mundo. A mi abuela, Cruz Elena Rodríguez; por ser mi cuidadora y segunda madre. A mi tía, Ledy Rodríguez; por ser un pilar fundamental de la familia.

A mi hermana, Carolina Orozco; por ser una guerrera y ser un modelo por seguir. Al resto de mi familia; por siempre ser un respaldo para mí. A mi gran amigo y compañero de trabajo de grados, Juan David Ochoa; por compartir momentos académicos alegres y algunos de discordia, pero siempre de enriquecimiento mutuo. A mis otros amigos; por siempre mostrar firmeza y siempre querer lo mejor para uno. A la Universidad de Antioquia; por brindarme una educación de calidad y siempre recalcar la importancia de la humanidad en sus estudiantes. Al profesor, Robinson Ortiz; por mostrarme la luz de la ciencia e ir disipando las tinieblas de la ignorancia. A todos los demás profesores; Por dejar en mí las semillas del conocimiento. A mi mentor, Esteban Arias; por enseñarme como aplicar la psicología a la realidad. A mis compañeros y futuros colegas; gracias por derrumbarme prejuicios y hacerme crecer a diario. A la vida; por permitirme llegar hasta este punto, el cual está que termina. Pero, que cuando culmine lo asumiré con más madurez y fortaleza.

Saúl Alejandro Orozco Marín

RESUMEN

El objetivo principal de este trabajo de grados es comparar los síntomas de ansiedad y depresión en adolescentes entre 14 y 16 años que se encuentran escolarizados en el municipio de Puerto Berrio, teniendo en cuenta algunas variables sociodemográficas. Esta investigación, tiene un enfoque cuantitativo, pues parte de la recolección de datos que serán contrastados con hipótesis. Además, tiene un alcance descriptivo-comparativo debido, a que pretende describir la sintomatología de la depresión y la ansiedad en los adolescentes a partir de los datos (variables) sociodemográficos como: rangos de edad, sexo, estrato socioeconómico, nivel académico, población urbana y rural, entre otros. Todo esto a partir de la aplicación de dos instrumentos, que son: el Beck Anxiety Inventory, el Beck Depression Inventory y una encuesta sociodemográfica.

PALABRAS CLAVES: Variables sociodemográficas, epidemiología, salud mental, adolescencia, ansiedad y depresión.

ABSTRACT:

The main objective of this degree work, is to compare the symptoms of anxiety and depression in adolescents between 14 and 16 years of age who are enrolled in the municipality of Puerto Berrio, taking into account some sociodemographic variables. This research has a quantitative approach, as part of the collection of data that will be contrasted with hypotheses. In addition, it has a descriptive-comparative scope because it aims to describe the symptomatology of depression and anxiety in adolescents from sociodemographic data (variables) such as: age ranges, sex, socioeconomic stratum, academic level, urban population and rural, among others. All this from the application of two instruments, which are: Beck Anxiety Inventory, Beck Depression Inventory and a sociodemographic survey.

KEYWORDS: Sociodemographic variables, epidemiology, mental health, adolescence, anxiety and depression.

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	III
TABLA DE GRÁFICOS	IX
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	XII
2. JUSTIFICACIÓN.....	XXVIII
3. OBJETIVOS	XXX
3.1 Objetivo General	XXX
3.2 Objetivos específicos.....	XXX
4. ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN	XXXI
5. MARCO TEÓRICO	XXXV
5.1 La salud mental	XXXV
5.2 Depresión	XXXVIII
5.2.1 Depresión y aspectos biológicos.....	XLI
5.2.2 Depresión y aspectos Cognitivos	XLII
5.2.3 Depresión y aspectos sociales.....	XLIV
5.3 Ansiedad.....	XLIV
5.3.1 Ansiedad y aspectos biológicos	XLVI
5.3.2 Ansiedad y aspectos cognitivos	XLVII
5.3.3 Ansiedad y aspectos sociales	XLVII
5.4 Adolescencia	XLVIII
5.5 Epidemiología	XLIX
6. METODOLOGIA	L
6.1 Tipo y alcance de la investigación.....	L

6.2 Diseño de investigación.....	L
6.3 Población y muestra	LI
6.4 Variables de estudio	LI
6.5 Instrumentos de recolección de información	LIX
6.5.1 Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II).....	LX
6.5.2 Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).....	LX
6.6 Procedimiento de recolección de la información y plan de análisis.....	LXI
6.7 Consideraciones éticas	LXIV
7. RESULTADOS.....	LXVI
7.1 Análisis de confiabilidad de los instrumentos BAI y BDI-2.....	LXVI
7.2 Frecuencias según variables sociodemográficas	LXX
7.2.1 Frecuencias de estudiantes según institución educativa.....	LXX
7.2.2 Frecuencia de estudiantes según edad en meses	LXXI
7.2.3 Frecuencia de estudiantes según Grado escolar	LXXIII
7.2.4 Frecuencia de estudiantes según Estrato	LXXIV
7.2.5 Frecuencia de estudiantes según Residencia.....	LXXV
7.2.6 Frecuencia de estudiantes según consumo de sustancias	LXXVI
7.2.7 Frecuencia de estudiantes según situación de desplazamiento.....	LXXVIII
7.2.8 Frecuencia de estudiantes según originario del Municipio de Puerto Berrio	LXXIX
7.2.9 Frecuencia de estudiantes según tipo de vivienda.....	LXXX
7.2.10 Frecuencia de estudiantes según material de la vivienda	LXXXII
7.2.11 Frecuencia de estudiantes según disponibilidad de servicios	LXXXIII
7.2.12 Frecuencia de estudiantes según forma de eliminar basuras	LXXXV

7.2.13 Frecuencia de estudiantes según condición del barrio	LXXXVI
7.2.14 Frecuencia de estudiantes según escolaridad de sus padres	LXXXVIII
7.2.15 Frecuencia de estudiantes según situación marital de los padres	XC
7.2.16 Frecuencia de estudiantes según número de personas con las que vive	XCII
7.2.17 Frecuencia de estudiantes según con qué frecuencia se ve con sus cuidadores..	XCIII
7.2.18 Frecuencia de estudiantes según responsables del hogar	XCIV
7.2.19 Frecuencia de estudiantes según tipo de trabajo de las personas de quien depende	XCVII
7.2.20 Frecuencia de estudiantes según tiempo que dedican sus cuidadores al trabajo diarias.	XCIX
7.2.21 Frecuencia de estudiantes según personas que conforman el núcleo familiar dónde vives.	CI
7.2.22 Frecuencia de estudiantes según estabilidad laboral de las personas de quien usted depende.	CIII
7.2.23 Frecuencia de estudiantes según situación jurídica de los cuidadores.	CV
7.2.24 Frecuencia de estudiantes según usted o alguno de los familiares con quienes vive ha sido víctima.	CVI
7.2.25 Frecuencia de estudiantes según antecedentes de enfermedades de salud mental en su familia.	CVIII
7.2.26 Frecuencia de estudiantes según religión que práctica su núcleo familiar.	CX
7.2.27 Frecuencia de estudiantes según simpatiza y práctica esta religión.	CXII
7.3 Descriptivos comparativos de la ansiedad y depresión a partir del BAI y BDI-2	CXIV
7.3.1 Descriptivos comparativos de BAI y BDI-2 según institución educativa	CXIV
7.3.2 Descriptivos comparativos de BAI y BDI-2 según la edad en meses	CXX

7.3.5 Descriptivos comparativos de BAI y BDI-2 según sexo.....	CXXV
7.3.6 Descriptivos comparativos de BAI y BDI-2 según consumo de sustancias	CXXX
7.3.7 Descriptivos comparativos de BAI y BDI-2 según situación de desplazamiento	CXXXIII
7.3.8 Descriptivos comparativos de BAI y BDI-2 según forma de eliminar las basuras.	CXXXVIII
7.3.9 Descriptivos comparativos de BAI y BDI-2 según responsables del hogar	CXLI
7.3.10 Descriptivos comparativos de BAI y BDI-2 según tipo de trabajo de las personas de quien depende.....	CXLV
7.3.11 Descriptivos comparativos de BAI y BDI-2 según Tiempo que dedican sus cuidadores al trabajo diarias.	CXLIX
7.4 Correlaciones entre la ansiedad (BAI) y la depresión (BDI-2)	CLIII
8. DISCUSIÓN	CLVII
9. CONCLUSIONES	CLX
10. BIBLIOGRAFIA.....	CLXV
ANEXOS	CLXX
Anexo A. Encuesta Sociodemográfica	CLXX
Anexo B. Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)	174
Anexo C. Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)	177

TABLA DE GRÁFICOS

Tabla 1. Operacionalización de variables.....	LI
Tabla 2. Coeficiente de confiabilidad de los instrumentos BAI y BDI-2.....	¡Error!
Marcador no definido.	
Tabla 3. Coeficiente de confiabilidad del BDI-2 de acuerdo a los diferentes reactivos.	LXVII
Tabla 4. Coeficiente de confiabilidad del BAI de acuerdo a los diferentes reactivos	LXVIII
Tabla 5. Frecuencia estudiantes según institución educativa	LXXI
Tabla 6. Frecuencia de estudiantes según edad en meses.....	LXXII
Tabla 7. Frecuencia de estudiantes según Grado escolar	LXXIV
Tabla 8. Frecuencia de estudiantes según Estrato	LXXV
Tabla 9. Frecuencia de estudiantes según Residencia	LXXVI
Tabla 10. Frecuencia de estudiantes según consumo de sustancias.	LXXVIII
Tabla 11. Frecuencia de estudiantes según situación de desplazamiento.....	LXXIX
Tabla 12. Frecuencia de estudiantes según originario del Municipio de Puerto Berrio	LXXX
Tabla 13. Frecuencia de estudiantes según tipo de vivienda.....	LXXXI
Tabla 14. Frecuencia de estudiantes según material de la vivienda	LXXXIII
Tabla 15. Frecuencia de estudiantes según disponibilidad de servicios.....	LXXXV
Tabla 16. Frecuencia de estudiantes según forma de eliminar basuras	LXXXVI
Tabla 17. Frecuencia de estudiantes según condición del barrio	LXXXVII
Tabla 18. Frecuencia de estudiantes según escolaridad de sus padres	LXXXIX
Tabla 19. Frecuencia de estudiantes según situación marital de los padres	XCI
Tabla 20. Frecuencia de estudiantes según número de personas con las que vive....	XCIII

Tabla 21. Frecuencia de estudiantes según con qué frecuencia se ve con sus cuidadores.	XCV
Tabla 22. Frecuencia de estudiantes según responsables del hogar.	XCVII
Tabla 23. Frecuencia de estudiantes según estabilidad laboral de las personas de quien usted depende.	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 24. Frecuencia de estudiantes según situación jurídica de los cuidadores. ...	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 25. Frecuencia de estudiantes según usted o alguno de los familiares con quiénes vive ha sido víctima.	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 26. Frecuencia de estudiantes según antecedentes de enfermedades de salud mental en su familia.	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 27. Frecuencia de estudiantes según religión que practica su núcleo familiar .	CXII
Tabla 28. Frecuencia de estudiantes según simpatiza y practica esta religión.	CXIII
Tabla 29. Descriptivos comparativos de la ansiedad y depresión a partir del BAI y BDI-2	CXIV
Tabla 30. Análisis comparativo del BAI y BDI2 según Institución Educativa	CXVII
Tabla 31. Significatividad de las diferencias del BAI y BDI2 según Institución Educativa	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 32. Descriptivos comparativos de BAI y BDI-2 según la edad en meses	CXXII
Tabla 33. Descriptivos comparativos de BAI y BDI-2 según sexo	CXXVII
Tabla 34. Anova que muestra la significatividad en los descriptivos comparativos de BAI y BDI-2 según sexo.	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 35. Descriptivos comparativos de BAI y BDI-2 según consumo de sustancias	CXXXI

Tabla 36. Descriptivos comparativos de BAI y BDI-2 según situación de desplazamiento	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 37. Descriptivos comparativos de BAI y BDI-2 según forma de eliminar las basuras	CXXXVIII
Tabla 38. Descriptivos comparativos de BAI y BDI-2 según responsables del hogar	CXLII
Tabla 39. Descriptivos comparativos de BAI y BDI-2 según tipo de trabajo de las personas de quien depende	CXLVI
Tabla 40. Descriptivos comparativos de BAI y BDI-2 según tiempo que dedican sus cuidadores al trabajo diarias	CL
Tabla 41. Correlación entre el BAI Y el BDI-2	CLV

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A lo largo de la historia ha habido muchos paradigmas o explicaciones que intentan comprender o explicar la naturaleza humana y cómo funciona el cuerpo y la mente. En este sentido, es importante mencionar que todo el mundo tiene una teoría sobre dicha naturaleza intentando establecer causas subyacentes a las conductas/comportamiento observado. Algunos autores proponen que:

Todos debemos de prever la conducta de los demás, lo cual significa que todos los seres humanos necesitan unas teorías sobre qué es lo que mueve a las personas. En la propia manera de pensar sobre la gente subyace una teoría tacita de la naturaleza humana- a saber, que son los pensamientos y los sentimientos los causantes de la conducta-. Damos cuerpo a esta teoría analizando nuestra mente y suponiendo que nuestros semejantes son como nosotros, así como observando el comportamiento de las personas y formulando generalizaciones. Además, absorbemos otras ideas de nuestro ambiente intelectual: de la experiencia de expertos y la sabiduría convencional del momento. (Pinker, 2014. Pág. 21)

En este sentido, las teorías o ideas sobre naturaleza humana tienen repercusión en la forma de comprender al ser humano y las posibles formas de intervenir su comportamiento. Algunas de estas teorías proponen puntos de vista dualistas, atribuyendo que el comportamiento es guiado por una parte en aspectos biológicos que se contraponen a los intereses culturales; otros realizan una división entre la mente y el cuerpo indicando que la primera no tiene explicaciones naturalistas y no se encuentra supeditada a leyes de funcionamiento; y otras ideas que proponen una división entre las emociones como un proceso automático y la razón como algo calculado. Estas

explicaciones dualistas han tenido amplia aceptación popular, y en gran parte de las ciencias, por lo cual, se han vuelto transversales al momento de dar explicaciones sobre el comportamiento humano. Básicamente, estas teorías se han adaptado para hablar de aspectos de la cultura, la sociedad, las enfermedades, la biología, las preferencias sexuales, las artes y por supuesto la salud mental.

Estos dualismos han tenido como consecuencia que el ser humano se vea desde perspectivas separadas que actúan como islas, unas independientes de las otras, convirtiéndose esto en sesgos deterministas y reduccionistas. Estas ideas ampliamente aceptadas presentan inconvenientes debido a que se alejan de una perspectiva científica, racional y holística que pretende comprender al ser humano como un ser biopsicosocial. En este sentido, esta perspectiva presenta dificultades en el tema de la salud al considerar una división entre salud mental y la salud física, siendo esta última el mayor objeto de relevancia dentro las políticas sanitarias que se aplicaron en distintos momentos históricos.

Para entender esto, es preciso hacer un breve recuento histórico frente al tema de la salud mental, así mismo, de algunos tipos de inversión que las naciones le han dado a esta en los diversos momentos:

Inicialmente hay que decir que el concepto de salud mental es algo nuevo, ya que la salud históricamente estuvo relacionada a las dolencias del cuerpo, es decir, todo aquello que pueda tener una explicación orgánica y que se manifieste en el soma. De este modo, durante gran parte de la historia de la humanidad hubo un desconocimiento profundo de la locura, las sociedades carecían de tratamientos y por tanto de inversiones significativas para tal. A pesar de ello, en cada contexto y en cada tiempo se intentó entender lo que estaba afectando a los locos.

Según Salaverry, O. Durante la edad media, se usaron explicaciones naturalistas, tales interpretaciones suponían que la locura era el producto del desequilibrio en alguno de los cuatro humores que conformaban el cuerpo humano (la bilis negra, la bilis amarilla, la flema o pituita y la sangre) (2012, Pág. 2).

Asimismo, este autor plantea que hubo otras explicaciones que se acercaban más a lo que hoy se conoce como ciencia, como por ejemplo las ideas de Galeno en siglo II D.C, quien enmarcaba al igual que los griegos las enfermedades mentales de una forma naturalista y las clasificaba en dos partes la manía y la melancolía siendo estas alteraciones en el humor las que afectaban el cuerpo (2012, Pág. 2).

“Estas interpretaciones somatistas de la enfermedad debieron luchar contra la ampliamente difundida y hegemónica interpretación de la posesión demoníaca, la cual por cierto había tomado también en la cultura griega la forma más sofisticada de “entusiasmo”, una posesión por los dioses o “inspiración” que llevaba a profetizar, hablar en lenguas o hacer extrañas contorsiones a quienes eran así poseídos”.

Es preciso resaltar, que los primeros momentos en los que las explicaciones frente a la locura no tuvieron una base espiritual y se empieza a sospechar de la existencia de la mente se dan durante el siglo XVII. Anterior a esto, las explicaciones para los trastornos mentales eran atribuidas al demonio por las autoridades religiosas; desconociendo así la existencia de las enfermedades mentales por cual los médicos estaban limitados solo a atender las afecciones físicas (OMS 2003).

Pero durante el siglo XVIII, ya con algunos razonamientos médicos sobre la locura se empezó a dar una connotación distinta a esta, sin embargo, a pesar de que ya

se sabía que la locura era el producto de una enfermedad mental; las personas que padecían algún tipo de trastorno eran consideradas como personas inferiores, incurables e inservibles para la sociedad lo cual significó para tales, una constante de tratos inhumanos incluida la reclusión en lugares totalmente desagradables y aterradores.

“La presión para una reforma de estas instituciones coincidió con la aparición de movimientos humanitarios durante el siglo XVIII, y en muchas instituciones se introdujo el tratamiento moral”. Hay que decir, que el éxito que tuvo este tratamiento moral potenció la creación de centros de reclusión para enfermos mentales que tenían como premisa el trato humanizado. Así mismo, se fueron desarrollando nuevas teorías y conceptos que permitieron comprender en mayor medida las enfermedades de la mente.

De este modo, tales avances permitieron que las naciones le dieran mayor prioridad aquellas personas que padecían de trastornos mentales y con esto las políticas de los distintos gobiernos fueron cambiando hasta tener dentro de sus planes presupuestos destinados específicamente para atender y prevenir los trastornos mentales.

Partiendo de lo mencionado anteriormente, es preciso hacer énfasis frente algunas inversiones en salud mental en diferentes momentos históricos. Aunque las estimaciones de los costos en salud mental no están disponibles para todos los trastornos mentales ni para todos los países, mostraremos algunos datos relevantes que demuestran cuánto se ha destinado para la enfermedad mental tomando datos de las últimas 3 décadas.

Inicialmente como referentes se puede tomar a Gran Bretaña y a los Estados Unidos (EE. UU.). En estos países, de acuerdo con los precios vigentes en el año de 1990 para todos los trastornos mentales), e invirtió un 2,5% del Producto Nacional Bruto (PNB) -Lo que significa que Estados Unidos destino alrededor de US\$ 148.000 millones-. Por otro lado, el costo de los problemas de salud mental para los países que hacen parte de la unión europea (Francia, Grecia, Hungría, Irlanda, Italia, Polonia, Portugal, Rumanía, Suecia...) durante el año 2000 fue estimado entre 3% y el 4% del PNB a (Organización Internacional del Trabajo (OIT, 2000)

Otro dato refleja que en el año de 1997 EE. UU. tuvo un gasto per cápita de 85.300 millones de dólares (precios de la época) para los trastornos mentales y el abuso de sustancias. Por otra parte, Gran Bretaña en este mismo año orientó más de 32.000 millones de libras esterlinas para el mismo fin. Otros países como Canadá destinaron Can\$ alrededor de 14.400 millones, de los cuales sólo 6.600 millones fueron gastados en intervenciones y los otros 8.100 millones se gastaron en concepto de productividad pérdida (Stephen y Jouders, 2001)

Todos estos datos resaltados, finalmente reflejan un patrón que se repitió en gran parte del globo y que significaron grandes cambios para la enfermedad mental, pasando así de un rotundo desconocimiento y desentendimiento durante gran parte de la historia a una determinante inclusión dentro de las políticas mundiales de salud; reconociendo con ello el papel que juega la salud mental para el bienestar general del individuo.

No obstante, los esfuerzos aun no son suficientes y si bien se han logrado dar pasos de gigante para el tratamiento y el apoyo a las personas que padecen

enfermedades mentales la prioridad de los gobiernos está en atender las enfermedades médicas y los recursos que se invierten en salud mental no son suficientes.

Según el atlas de salud mental 2014 de la OMS, el gasto público para las enfermedades mentales es muy reducido, este informe señala que el gasto mundial para la atención de estas afecciones es de US\$ 2 por persona, mientras que el gasto público en salud per cápita es de 1.058,518, una diferencia abismal que deja claro que hay una desproporcionalidad entre la inversión en un tema y en otro; cabe resaltar que los procedimientos son distintos y que si bien la inversión para las enfermedades médicas es pertinente y de hecho debería ser mayor, el gasto para atender los trastornos mentales también requiere de mayor importancia y de necesarios ajustes que garanticen la salud integral.

Para profundizar un poco más en esto, se puede hacer énfasis en la cantidad de profesionales per cápita que existen para la atención tanto de las enfermedades mentales como de las médicas, por ejemplo: la OMS resalta que a nivel del globo existe un Psiquiatra por cada 10000 habitantes y en aquellos países con ingresos medios o bajos existe un profesional de la mente por cada 100000 habitantes así también en los países con ingresos altos la proporción es de 1 por cada 2000. Por el contrario, sin contar los demás profesionales de la salud en el mundo la proporción de médicos por habitante es de 1,537 por cada 1000 personas.

Todos estos datos, permiten comprender que la salud es un estado integral donde no puede haber una separación entre el soma y la mente; si se está aliviado del cuerpo, pero se está enfermo de la mente no hay salud y viceversa. Es por esto mismo que partir de la década de los cincuenta, la Organización Mundial de la Salud (OMS) revisó la definición de enfermedad y salud, indicando que la enfermedad “es la alteración leve o

grave del funcionamiento normal de un organismo o de alguna de sus partes debido a una causa interna o externa”; y la salud “es el estado completo de bienestar físico, mental y social que tiene una persona; lo que permite integrar aspectos que antes estaban separados y en algunos casos subordinados” (OMS, 1946), lo cual presenta un precedente en el que se resalta que el bienestar humano no solo puede reducirse a la salud física.

En consonancia con lo anterior y con base a lo propuesto en el plan de acción de la OMS para el periodo 2013-2020, es claro que la salud mental cumple un papel fundamental a nivel mundial, ya que las investigaciones realizadas en los últimos años han reflejado que esta afecta intrínsecamente a la salud física y que la salud física afecta la salud mental, por tanto, ambas son inseparables. Esta información ha sido tenida en cuenta y además adoptada dentro de muchas políticas estatales para el desarrollo de planes de salud integral (OMS, 2008. Pág. 1). La OMS resalta que la humanidad debe estar sujeta a un estado de bienestar que le permita materializar su potencial, superar el estrés normal de la vida, trabajar de forma productiva y hacer aportaciones a su comunidad.

Conviene subrayar, que la importancia que posee la salud mental ha generado que muchos países implementen importantes planes para que esta sea una realidad dentro sus territorios. En los países europeos, por ejemplo, se destina el 5.8% de los recursos financiados al sector de la salud (Jarne y Talarn, 2012) Sin embargo, países como España invierte menos en salud mental que la media de la Unión Europea. Esta nación, por ejemplo:

“invierte en salud mental 5,5 euros por cada 100 que destina al gasto total sanitario, una cifra inferior a la media de la UE, que alcanza los siete euros, lo que origina falta de recursos y repercute en las personas con trastorno mental, quienes no tienen cubiertas varias de sus necesidades” (El Mundo, 2016).

De acuerdo a los datos recogidos por el Mapa de Recursos asistenciales neurológicos realizado por la Sociedad Española de Neurología (SEN), esta nación “dispone de un total de 1.607 neurólogos en activo de los cuales 1.390 corresponderían a la asistencia pública y 217 a la dedicación exclusiva al sector privado, lo que supone un promedio de 3,40 neurólogos por cada 100.000 habitantes” (Gaceta Médica, 2013). Se trata por tanto de una cifra que no alcanza los 5 neurólogos por cada 100.000 habitantes que recomienda la Federación Europea de Sociedades Neurológicas (EFNS) como nivel óptimo.

Asimismo, la cantidad de Médicos psiquiatras españoles era de 4.900 para el año 2014 una cifra muy superior a los 2.600 que había en el año 2004 (Statista, 2017). Por otra parte, “La media europea es de 18 psicólogos por cada 100.000 habitantes. En Alemania son más de 50 psicólogos por cada 100.000 habitantes. Sin embargo, en España no se llega ni siquiera a la media: 4,5 por cada 100 habitantes” (República, 2015).

Todo esto, es importante saberlo ya que si en uno de los países europeos en los que más se destinan recursos para la salud mental la cantidad es baja, esto tiene implicaciones en el tema de cobertura, intervenciones, eficacia de estas mismas y por supuesto hay una correlación directa entre la cantidad de recursos destinados a este ámbito con la cantidad de profesionales que trabajan con el tema de la salud mental per cápita como lo son: neurólogos, psicólogos y Médicos Psiquiatras. Además, esto

también demuestra que, si en países europeos de ingresos medios-altos sucede, en países de ingresos medio-bajos como Colombia las problemáticas referentes al tema de salud mental tienden a ser peores.

Por otra parte, EE. UU, “tiene muy buenos resultados en muchas medidas de bienestar general en comparación con la mayoría de los demás países incluidos en el *“Índice para una Vida Mejor”*. Estados Unidos tiene un alto desempeño en vivienda y en ingresos y patrimonio. Se ubica por arriba del promedio en estado de la salud, empleo y remuneración, educación y competencias, sentido de comunidad, seguridad personal, satisfacción, calidad medioambiental y compromiso cívico” (Better Life).

Pero, en otros aspectos EE.UU pese a ser la potencia Mundial también se queda corto en cuanto al tema de cobertura y eficacia de las intervenciones, un claro ejemplo de esto es que de los 311.6 millones de habitantes Estadounidenses 44 millones de personas poseen algún tipo de psicopatología y sólo un tercio de esta población recibe tratamiento, lo que equivale a que sólo un 14.6 millones de personas afectadas por alguna enfermedad mental está siendo tratada y la otra población no está siendo intervenida, es importante mencionar que esta problemática puede tener un origen multicausal (APA, 2004).

México por su parte, es uno de los países de nuestro continente que se pueden referenciar ya que permite profundizar frente a las grandes falencias y la gran necesidad que tienen las poblaciones en salud mental. Según Medina Mora, una de cada 3 personas de país centro americano, presentaran algún desorden psiquiátrico. Estos datos resaltan además que la depresión es el trastorno que más padecen los mexicanos, siendo

así que más de 4.9 millones de personas en el año 2015 fueron diagnosticados con depresión; cifra que representa el 4.2% de la población nacional.

No obstante, el gasto de salud mental en este territorio no dista mucho de la realidad en otras naciones del mundo donde el presupuesto que se destina a la salud mental no obedece ni es directamente proporcional a la necesidad y a las cifras de personas que padecen o padecerán algún tipo de afección mental. Por ejemplo: para el periodo 2010–2015, el presupuesto aprobado para salud mental presentó un comportamiento creciente. Sin embargo, en 2016 se redujo en 4% y el recorte en 2017 fue de 5%: esto se puede apreciar en la siguiente tabla:

Ilustración 1. Gastos en Salud mental en México

Cuadro 1: Gasto en salud mental por programa (Millones de Pesos, Base: 2017)

Programa	2013	2014	2015	2016	2017
Prevención y atención contra las adicciones	1,433	1484	1,498	1373	1,274
Atención a la salud	1,013	1,057	1,126	1,158	1,127
Prevención y control de enfermedades	85	112	105	96	92
Formación y capacitación de RH	29	33	57	54	53
Actividades de apoyo administrativo	56	88	63	42	41
Salud materna, sexual y reproductiva	-	-	-	0.36	0.13
Mantenimiento de infraestructura	8.29	-	-	-	-
GASTO TOTAL EN SALUD MENTAL	2,626	2,775	2,850	2,725	2,586

Fuentes: Elaboración por el CIEP, con datos de la SHCP (2016, 2015, 2014, 2013, 2012).

Notas: RH: Recursos Humanos.

Sumando a las falencias que ya se han mencionado, es irrefutable la insipiente presencia de profesionales de la mente. Se calcula que en México existen 12 psicólogos por cada 100 mil habitantes, un número bastante bajo si se tiene en cuenta el informe *“Policies and practices for mental health in Europe – meeting the challenges”* elaborado por la Organización Mundial de la Salud y difundido en el 2008

y también el estudio “La psicología en Argentina. “Aspectos cuantitativos de su evolución y de su situación actual” elaborado por investigadores de la universidad de Buenos Aires; donde queda claro que países como Argentina tienen 145 psicólogos por cada 100.000 habitantes siendo el país del mundo con mayor índice - casi el doble que Dinamarca que es el segundo en la lista- y además ciudades con saturación como Buenos Aires, donde el índice llegaba a 789 psicólogos por cada 100,000 habitantes. Otros países como Austria tienen 63 psicólogos por cada 100,000 habitantes, 47.2 en Finlandia. No obstante, la situación es aún más preocupante en países como Azerbaiyán, Bosnia y Herzegovina o Georgia, había menos de 1 por el mismo índice de población. (Campus, 2015)

Partiendo de las ideas anteriores, es evidente que los trastornos mentales afectan a millones de personas a nivel mundial, así mismo, es claro los presupuestos que se destinan para atender estos trastornos en muchos de los territorios son irrisorios y no abarcan la totalidad del inconveniente, llegando en muchos casos a ser presupuestos tan mínimos que es imposible que haya un impacto notable en la calidad de vida y en la salud de las personas.

Pero las enormes cifras de personas con enfermedades mentales al igual que las insipientes inversiones frente a ellas no solo afectan a los países europeos y centro americanos, sino también a América Latina. En esta región del continente se presentan altos índices de afecciones mentales, por ejemplo: el trastorno depresivo es considerado como la psicopatología más común (en América el 5% de la población adulta la padece); sin embargo en pocos casos se busca ayuda profesional, y en otros suele recurrirse a otras prácticas cuestionables que se enfocan en las creencias personales y carecen de evidencia, por lo cual se estima que cada año en América unas 63.000 personas se quitan la vida debido a que poseen una depresión severa (OMS, 2015).

Colombia por su parte, no ha sido ajena a lo que muestra la evidencia en comparación con el resto de Latinoamérica:

“Según la última encuesta de salud mental realizada por el Ministerio de Salud en 2015, el 80 por ciento de los colombianos han presentado entre uno y tres síntomas de depresión en algún momento de su vida. Asimismo, Bogotá posee la mayor frecuencia de síntomas de trastornos mentales en personas entre los 18 y 48 años: ansiedad, depresión y psicosis” (Revista Semana, 2017).

Estos datos presentan una impresión diagnóstica sobre la situación de la salud mental de los colombianos. Además, es preciso tener presente que la realidad de la salud mental en del país no puede desligarse del contexto histórico de violencia y las problemáticas sociales a las que ha estado expuesta la población, las cuales representan factores de riesgo que predisponen el padecimiento de algunos trastornos psicopatológicos.

De acuerdo con los resultados del Tamizaje en Salud Mental del Departamento realizado en los años 2009-2010 por la Secretaría de Salud y Protección Social de Antioquia. En la subregión del Magdalena Medio se tomó una muestra de 2.128 personas adultas entrevistadas y 769 personas menores de ambos sexos, esta cantidad de personas fueron quienes constituyeron la muestra de esta subregión compuesta por 6 municipios (Yondó, Maceo, Caracolí, Puerto Nare, Puerto Triunfo y Puerto Berrío). Los resultados de este estudio encontraron síntomas de depresión y ansiedad que afectan al 14.3% de la población adulta, cifra similar a la del promedio departamental (14.4%); los municipios de Caracolí, Puerto Berrío, y Puerto Triunfo tienen cifras más elevadas con respecto a la media subregional, siendo Puerto Berrío el municipio con mayor

afectación: síntomas en 21% de las personas adultas, contrastado con Puerto Nare que reportó el 6.7% de las personas adultas afectadas (Pág 112-113).

Estas estadísticas, permiten hacer un análisis comparativo acerca de cómo se encuentra el municipio de Puerto Berrío en cuanto al tema de sintomatología ansiosa y depresiva, en comparación con el resto de la subregión del Magdalena Medio y el resto del departamento de Antioquia. En estos resultados, se puede evidenciar que los índices de dichos síntomas son más elevados en este municipio que en otras zonas departamentales.

Teniendo claras las necesidades de las naciones, el país y sin duda alguna la región sobre las cuestiones relacionadas con la salud mental; es importante recopilar información que permita entender que factores se encuentran asociados con algunos aspectos de los trastornos mentales tal como lo señalan Torres de Galvis (2012. Pág., 35).

No obstante, en la actualidad hay una necesidad de que se desarrollen estudios de salud mental para las distintas poblaciones, si bien existen, hay que decir que muchos territorios y regiones carecen de información que permita comprender y dar mayor claridad de las particularidades en las enfermedades mentales. Ya que, en muchos casos los programas en salud mental no cuentan con el respaldo de investigaciones y la rigurosidad, adaptada a los contextos (Ley 1616 del 21 de enero de 2013).

Esta falta de estudios y de evidencia, ocasiona que los municipios deban imitar o llevar a cabo acciones basándose en las políticas y planes que no son diseñados para ellos y por tanto, no son acordes con las necesidades y a las particularidades de cada lugar. (Torres de Galvis. Y. y otros. 2009. P, 19).

No obstante, estudiar la salud mental de poblaciones resulta complicado ya que los estudios generalmente requieren de recursos materiales e inmateriales y en muchas ocasiones los costos impiden que se den verdaderos procesos de investigación que aporten frente a la comprensión de las necesidades de las comunidades, lo cual se vuelve un limitante para el desarrollo de estos. Por ello, en muchas ocasiones a los gobiernos les resulta más sencillo y económico hacer intervenciones basándose en las experiencias y las investigaciones de otros territorios, que invertir recursos y tiempo en estudios.

Por esto, resulta ser una constante que en los municipios haya un gran desconocimiento de los problemas mentales. Un caso particular, es el del municipio de Puerto Berrio, si bien en este se implementan los programas de salud mental que la normatividad colombiana les exige a las secretarías de salud y a los gobiernos municipales, están limitados a cumplir indicadores, mas no a un verdadero proceso de prevención y de apoyo a los pacientes. Por lo cual, no existen bases de datos, ni estudios, ni investigaciones sobre estados mentales y los trastornos incluyendo algunos de los más comunes como la ansiedad y la depresión que serán el centro de esta tesis.

Según Elena Requena “los trastornos del humor son los trastornos mentales más frecuentes tanto en la población general como en la clínica. Se calcula que aproximadamente un 15% de la población adulta sufrirá en algún momento de su vida algún episodio depresivo. La tasa de prevalencia estimada por la OMS en la población mundial es entre un 3% y un 5%” (2012).

Se ha constatado diversos factores de riesgo psicosocial, que están relacionados con la sintomatología depresiva: sexo, edad, antecedentes familiares, presencia de acontecimientos vitales, disponibilidad de recursos personales y características de

personalidad” (Requena, E. año). También se ha podido observar, que “atendiendo al sexo, la proporción es de 2 mujeres por cada hombre deprimido, a excepción del periodo de la infancia, en que no se observan diferencias” (Requena, E. año).

En segundo lugar, se encuentran los trastornos de ansiedad los cuales, generalmente se presentan en proporciones elevadas en los distintos contextos y que tienen niveles de prevalencia que generalmente varían según los grupos poblacionales.

Los trastornos de ansiedad resultan ser algunos de los más comunes, por lo tanto, a nivel general muchas personas han padecido, padecen o padecerán algún trastorno de este tipo. Según el DSM V algunos trastornos como la fobia específica, representan del 7 al 9% de toda la población de Estados Unidos. Así mismo, la prevalencia en los países europeos es similar; aunque en África Asia y América Latina estas tasas son más bajas siendo estas de 2-4%. Hay que decir, además, que es precisamente la adolescencia en donde mayor prevalencia se presenta teniendo como dato el 16% de la población entre 13 y 17 años, siendo las mujeres las que más casos arrojan (pág. 199).

Así mismo podemos referenciar el trastorno de ansiedad social (fobia social) donde anualmente, la prevalecía en Estados Unidos es del 7% y en Europa representa el 2,3% en la que niños y adolescentes presentan tasas que varían entre el 2 y el 5% (Pág. 204). Otro trastorno que permite dimensionar y facilita cuantificar el impacto que tienen este tipo de trastornos, es el de ansiedad generalizada el cual en Estados Unidos se presenta en un 2,9% de la población y en otros países varía entre el 0,4 a 3,6%. Siendo las mujeres las más propensas a padecer esta situación (pág. 223).

Hay que resaltar, que los síntomas depresivos y ansiosos están frecuentemente asociados; algunos estudios, por ejemplo: plantean que entre el 40 y el 80% de los pacientes con ansiedad presentan depresión mayor y que alrededor del 25% de los

deprimidos experimentan en alguna ocasión una crisis de angustia (Katun y Roy- Byrne, 1991).

Después de revisar las condiciones de la ansiedad y la depresión, y la problemática que este tipo de trastornos genera, es importante realizar la siguiente pregunta de investigación: ¿Es posible que los síntomas ansiosos y depresivos en adolescentes entre los 14 y 16 años escolarizados presenten diferencias según algunas variables sociodemográficas de la población?

2. JUSTIFICACIÓN

Es de resaltar que la importancia de desarrollar estudios no solo es fundamental para entender un poco mejor las afecciones de la mente, sino también cómo se presentan u originan en las personas y además, como estos pueden tener diferencias entre un contexto y otro. Así mismo, la recopilación de datos que reflejen cuáles se presentan en mayor proporción, cuáles son los estratos socioeconómicos en los que se dan más casos, cuál es el género, cuál es la edad en las que los distintos trastornos tienen mayor prevalencia.

Este estudio se va a realizar teniendo en cuenta las pocas investigaciones que hay en el municipio de Puerto Berrio sobre la caracterización de síntomas de ansiedad y depresión. Ya que al dirigirse a la secretaría de salud del municipio de Puerto Berrío los funcionarios manifiestan que no hay información o estudios relacionados con las temáticas que interesan en este proyecto. Lo cual es preocupante, no sólo porque estamos hablando de un municipio de más de 50.000 habitantes, sino también porque este mismo ha estado atravesado durante su historia por muchos fenómenos y problemáticas que pueden ser factores predisponentes y disparadores de la sintomatología ansiosa y la depresiva.

También, porque tales síntomas, generalmente son muy comunes en la adolescencia y se hace pertinente generar conocimiento contextualizado que permita explorar y conocer a cerca de estos estados Tener conocimiento acerca de estos fenómenos puede permitir que se desarrollen programas adecuados para conocer, entender, promover y crear posibles programas que permitan proteger a la población estudiada dentro de esta investigación.

Desde otra perspectiva la realización de este estudio sirve de base para que los entes municipales, principalmente aquellos que son responsables de la salud, se enteren de la realidad objetiva, de las necesidades de sus habitantes y así tengan información que lo respalde y no se basen en especulaciones o el sentido común. En este orden, es indispensable y pertinente que se genere conocimiento para que tales entes puedan reconocer y tener mayor claridad en cuanto a lo que a síntomas depresivos y ansiosos se refiere en la población resaltada.

Pero este estudio no se hace solamente con el fin de describir y analizar; sino, que también sirva para una posible intervención, en caso de que los resultados obtenidos, arrojen datos significativos. Es decir, que le puedan servir a las instancias de salud de la municipalidad para que los programas y las políticas de salud pública puedan ser más acertadas frente a lo que salud mental se refiere.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo General

Comparar los síntomas de ansiedad y depresión en adolescentes entre 14 y 16 años que se encuentran escolarizados en el municipio de Puerto Berrio teniendo en cuenta algunas variables sociodemográficas.

3.2 Objetivos específicos

- Caracterizar algunas variables sociodemográficas asociadas con síntomas de ansiedad y depresión en adolescentes entre 14 y 16 años que se encuentran escolarizados en el municipio de Puerto Berrio.
- Describir la prevalencia de síntomas ansiosos en adolescentes escolarizados entre 14 y 16 años del municipio de Puerto Berrio.
- Describir la prevalencia de síntomas depresivos en adolescentes escolarizados entre 14 y 16 años del municipio de Puerto Berrio.
- Analizar los síntomas de ansiedad y depresión que presentan los adolescentes teniendo en cuenta las variables sociodemográficas.

4. ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN

Para realizar este trabajo se utilizaron varias fuentes de información: tales como el sistema de bibliotecas, y las bases de datos de la universidad de Antioquia, también se utilizó Dialnet, Scielo y Google académico, además de ello, se usó el diccionario virtual Word Reference para identificar el significado de algunas palabras desconocidas. En esta búsqueda, fue fundamental el uso de algunas palabras claves tales como: perfil, epidemiológico, salud mental, adolescencia, ansiedad y depresión. Pues el uso de tales, facilitó la búsqueda de artículos acordes con la necesidad de esta investigación.

De este modo, se revisaron gran cantidad de documentos de los cuales se descartaron algunos porque no llenaban las expectativas o se alejaban de las necesidades de este trabajo. Finalmente, se tuvieron en cuenta una serie de artículos y estudios, totalmente enfocados y direccionados hacia lo que se pretende en esta investigación.

Uno de los referentes que se encontró al realizar la búsqueda, fue el “primer estudio poblacional de salud mental Medellín, 2011-2012” el cual corresponde a un convenio realizado en la capital de Antioquia por la secretaria de salud de la ciudad y un grupo de investigación en salud mental del CES. Este, se realizó con el propósito de conseguir información que deje en evidencia la realidad en salud mental y así conocer cuáles son las principales necesidades de los ciudadanos.

Este documento resulta relevante, ya que comparte datos valiosos para el propósito de esta investigación, por ejemplo, muestra como en el continente de América más de 400 millones de personas sufren de algún trastorno mental y solo en Colombia, 8 de cada 20 personas presentaron algún tipo de trastorno psiquiátrico alguna vez en la vida, refleja también, que los trastornos de ansiedad (19,3% alguna vez), seguidos por los del estado de ánimo (15%) y los de uso de sustancias (10,6%) son los más frecuentes.

Datos significativos ya que esta tesis se centra en los mismos. Por otro lado, permite ver la prevalencia de estos trastornos en diferentes contextos y las grandes falencias para ayudar a quienes padecen de ellos. (Secretaría de Salud de Medellín – CES. 2009. Pág 10)

Estos datos, no se apartan mucho de los arrojados por otro de los artículos que se revisaron, el “segundo estudio de salud mental en adolescentes de Medellín. Este, permite ver que el gasto de muchos de los países frente a las necesidades en salud mental es insignificante, por lo cual, una quinta parte de los más de 100 países que facilitaron datos para este estudio con adolescentes, invierte tan solo un 1% de su presupuesto sanitario en salud mental. Más preocupante aun, postula que más del 20% de la población mundial de niños y adolescentes sufren de trastornos mentales que los incapacitan. Contrario al pensamiento común de que los niños y adolescentes llevan vidas tranquilas e inmunes a cualquier afección de la mente. (Secretaría de Salud de Medellín – CES. 2009. Pág. 34)

Otros autores, corroboran estas tendencias y lo vulnerables que son los niños y los adolescentes frente a los trastornos mentales, Pardo, G. Sandoval, A y Umbarila, D en su trabajo “adolescencia y depresión” argumentan claramente que los jóvenes son uno de los grupos etarios que presenta mayor probabilidad de sufrir trastornos y específicamente depresivos ya que en la etapa de la adolescencia se presentan gran cantidad de cambios físicos, psicológicos, socioculturales y cognitivos que demandan el aprendizaje de estrategias de afrontamiento para desarrollar su propia identidad, autonomía y éxito personal y social.

Por ello, existe una gran vulnerabilidad en las primeras etapas de la vida frente a los trastornos mentales que incluso en sus condiciones más severas pueden llegar a generar síntomas peligrosos hasta el punto de imposibilitar la vida normal de un sujeto tal y como lo plantean Dahab, J. Rivadeneira, C Y Minici, A para los casos de depresión. Según estos en su estado patológico es mucho más acentuada y grave que una tristeza normal, y se caracteriza por sentimientos de preocupación, pérdida del interés, pensamientos negativos, culpa, indecisión, ideas suicidas, retraso o agitación, psicomotriz, aislamiento, relaciones de dependencia, llanto, insomnio, aumento o disminución del apetito, falta de deseo sexual que se prolongan en el tiempo. Tales autores, en la revista “la depresión desde la perspectiva cognitivo-conductual” argumentan, que el paciente con depresión en su estado anormal, va a presentar un esquema que involucra una visión negativa del sí mismo, del entorno y del futuro; lo que se conoce como la traída cognitiva. (2002, Pág. 2)

Por ello, el tratamiento cognitivo está orientado a cambiar las contingencias que mantienen el estado del ánimo depresivo, pues es frecuente que el paciente no reciba reforzamiento ambiental ni por las tareas que lleva a cabo, ni en sus relaciones interpersonales. Comúnmente, el paciente ni siente deseos de llevar a cabo actividades por lo cual se establecen objetivos pequeños al principio que se transforman progresivamente en otros de mayor complejidad. (2002, Pág. 3)

No obstante, otros enfoques se basan en ideas distintas y argumentan que la enfermedad mental, incluyendo los trastornos del estado del ánimo si bien existen y se dan por componentes biopsicosociales, también son usados como una forma de control y poder para aquello que se sale le a la norma. Pero, además, que gran parte de la carga de enfermedades mentales son debido a la falta de protección del estado y con ello la prevención de los factores de riesgo. A ello hace referencia la autora Carranza, V en el

texto “El concepto de salud mental en la psicología humanista; el cual es otro de los artículos referentes de este trabajo”. *“La atención de la salud se ha centrado más en la recuperación y/o rehabilitación de la enfermedad, que, en la prevención de los factores de riesgo y la promoción de conocimientos, hábitos y estilos de vida que permitan y condicionen un desarrollo más saludable de las personas.”* (2002, Pág., 1)

Esta idea se relaciona, con lo que plantea Herrera, E, Brocal, D y otros... en su texto “Relación entre actividad física, depresión y ansiedad en adolescentes”, si bien estos autores reconocen que existen unos factores de riesgo que pueden contribuir en la aparición de las enfermedades mentales especialmente en adolescentes, son claros en que así mismo existen factores protectores los cuales son fundamentales para desarrollar estrategias de afrontamiento para soportar la tensiones normales de la vida.

De este modo, desde este estudio y en concordancia con el anterior, la actividad física se convierte en una forma de prevenir, ya que representa grandes beneficios biopsicosociales y reduce la posibilidad de que el sujeto presente un estado psicopatológico, especialmente aquellos como la ansiedad y la depresión característicos de la adolescencia.

Asimismo, el texto “incidencia de la práctica de actividad física sobre la ansiedad y depresión en mujeres: perfiles de riesgo”. Resalta la relación positiva entre la realización de ejercicio físico y la mejora en diferentes aspectos psicológicos, como la ansiedad y la depresión. Resalta también la influencia de variables sociodemográficas en la aparición de los trastornos mentales.

5. MARCO TEÓRICO

El objetivo de este trabajo es recoger información que permita comparar los síntomas de ansiedad y depresión en adolescentes entre 14 y 16 años que se encuentran escolarizados en el municipio de Puerto Berrío teniendo en cuenta algunas variables sociodemográficas. En este sentido, es importante considerar algunos aspectos relacionados con la salud mental, sintomatología de la depresión y la ansiedad, abordaje de la adolescencia y otros aspectos relacionados con la epidemiología:

5.1 La salud mental

“No hay salud sin salud mental. Para todos los individuos, la salud mental, la salud física y la salud social son componentes esenciales de la vida, estrechamente relacionados e interdependientes. Cuanto mayores son nuestros conocimientos sobre esta relación, más evidente resulta la importancia básica de la salud mental para el bienestar general de los individuos, las sociedades y los países” (Torres de Galvis, Y. 2012. P, 63).

Actualmente, la salud mental juega un papel fundamental a nivel mundial, esta se ha convertido en un factor de gran importancia dentro de las políticas de estado en cada una de las naciones que han adoptado los modelos propuestos por la OMS que define la salud mental:

“Estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”. El gobierno de Argentina, por ejemplo, dentro de sus prioridades, incluye el tema salud mental, incluso, tiene esta como una parte de la canasta familiar”.

Sin embargo, la importancia que posee el bienestar psicológico de los seres humanos en la actualidad contrasta con el desconocimiento que se tuvo de la mente en otros momentos de la historia. Lo que significa, que esa necesidad o prioridad que es la salud mental en algunos países en la actualidad, en algún momento no tenía relevancia. En

consecuencia, las sociedades desentendían los fenómenos de la mente y con ellos la repercusión de estos en el bienestar, en la salud y en la sociedad.

Por su parte las personas que poseían trastornos mentales generalmente se entendían desde los recursos que ofrecía el contexto. Por lo cual y debido a la influencia que tenían los asuntos religiosos y espirituales las afecciones de la mente eran entendidas desde estas ideologías. En otras palabras, aquellos individuos que por efectos mentales se salían de lo normal establecido por las sociedades, eran considerados como endemoniados, como poseídos y generalmente eran sometidos a la muerte, o a prácticas dolorosas, o eran aislados del resto de la colectividad; generalmente en lugares totalmente aterradores. (Leahey, T. 2005. 11)

Empero, los descubrimientos relacionados sobre la mente y su relación con el comportamiento de los seres humanos, contribuyó para establecer y así mismo replantear la idea que se tenía de salud antes de ello, ya que esta se concebía básicamente, como la ausencia de la enfermedad. Sin embargo, como lo plantea Carrazana:

“El concepto de salud estaba perdido, porque no puede ser utilizado como único ni como uniforme, se lo debe relacionar con los aspectos individuales de cada persona. De igual manera “La salud no es solamente la ausencia de enfermedades sino lo resultante de un complejo proceso donde interactúan factores biológicos, económicos, sociales, políticos y ambientales en la generación de las condiciones que permiten el desarrollo pleno de las capacidades y potencialidades humanas, entendiendo al hombre como un ser individual y social” (2002. P, 1).

Por otro lado, reconocer la existencia de la mente y así mismo su relación con la salud, propició conocimientos indispensables para comprender el desarrollo de los trastornos mentales. De igual modo, el crecimiento de otras ciencias, disciplinas y áreas del conocimiento (Biología, medicina, neurociencia) han sido relevantes para dilucidar

poco a poco las afecciones del aparato psíquico. (Torres de Galvis, Y. 2011-2012. P, 64).

Dichas afecciones generalmente están asociadas con grandes fenómenos sociales como son: los embarazos en adolescentes, el consumo de sustancias psicoactivas, el suicidio... por ejemplo: “Cada año mueren en el mundo por causa del suicidio alrededor de un millón de personas, de las cuales unas 63.000 corresponden a las Américas, lo que representa una tasa de mortalidad ajustada según la edad (2000-2004) de 7,4 por 100.000 habitantes. Las enfermedades mentales están vinculadas a la mortalidad por suicidio. Las principales causas de mortalidad para los adolescentes son las externas, que incluyen accidentes, homicidios y suicidios” (Torres de Galvis, Y.2011-2012. P, 64).

Existen además variables que son significativamente importantes para entender el desarrollo de los trastornos mentales, ya que, estas generan una mayor propensión a padecerlos; por ejemplo, estrato socio-económico, factores genéticos, problemas del desarrollo, la edad, el sexo. Por lo general, se ha observado relación entre diversos trastornos y dichas variables.

Partiendo entonces de la idea de que existen unas variables que por lo general tienen relación con los trastornos mentales se hará énfasis en la edad y el sexo y su relación el trastorno depresivo y de ansiedad.

5.2 Depresión

Elena Requena plantea que

“el ser humano a lo largo del día mantiene un cierto tono vital que en situación de normalidad se denomina *eutimia*. Si representamos la eutimia, raramente observamos un estado plano; por el contrario, el gráfico real de la eutimia tiene constantes subidas y bajadas. Las subidas se denominan *euforia* y las bajadas *tristeza*. Cuando la euforia se convierte en patológica, la eutimia se transforma en *manía* y cuando la tristeza es patológica hablamos de *depresión*” (2012. pág. 498).

Luego de conocer cómo funciona el estado de ánimo de los seres humanos, es importante hacer una aproximación histórica acerca de este mismo para poder entender la forma como se concebía en el pasado y como se entiende en la actualidad. De acuerdo con lo anterior, los trastornos de la esfera del estado de ánimo son unas de las clasificaciones que más han sido abordados a lo largo de la historia y su alta prevalencia los sitúa como una de las patologías más comunes en el presente.

Así, por ejemplo, los primeros registros de los trastornos del estado de ánimo datan del (siglo IV a.c). El primer autor en hacer una aproximación a esta sintomatología fue Hipócrates, este hizo un análisis desde la perspectiva médica en su libro *el Corpus Hippocraticum* describió *el tipus melancholicus* relacionado con un exceso de bilis negra (melanos [negro] y colia [hiel]) (Requena, E. 2012. Pág. 499).

En el siglo II, Galeno (siguiendo las directrices marcadas por la medicina hipocrática) relaciona los síntomas depresivos con la afectación del cerebro por el humor negro (Requena, E. 2012. Pág. 499).

En la edad media, Alejandro de Tralles (525-605) aprecia que no siempre la tristeza y el temor son las notas dominantes, sino que hay ocasiones en las que domina la hilaridad, la ira y la ansiedad. En este sentido, diferencia tres formas de melancolía: la etiología biliar negra, la debida a un exceso de sangre y la producida por sangre acre y biliosa (Requena, E. 2012. Pág. 499).

A lo largo de los siglos siguientes, diferentes autores vinieron con un sinfín de pretensiones de comprender, de hacer cuadros clínicos y con múltiples esmeros por tratar de explicar lo que eran los trastornos del estado de ánimo. Sin embargo, es hasta el siglo XIX que no se dan cambios significativos en los paradigmas o en las formas de entender dichas patologías. De esta forma, Pinel (1745-1826) fue uno de los autores que hizo grandes aportaciones a la comprensión de estos fenómenos. Este planteaba, que “hay cuatro formas de enfermedades mentales: manía, melancolía, demencia e idiocia” (Requena, E. 2012. Pág. 500).

En el año 1860, debido a los notables cambios que se estaban dando en la medicina hizo que a partir de este momento en los diccionarios médicos se empezaran a replantear algunos conceptos que se tenían en ese entonces, es por eso, que el concepto de melancolía fue perfilándose para ser cambiado por el concepto de depresión (Requena, E. 2012. Pág. 500).

En 1899, “Emil Kraepelin (1856-1926) en su *Tratado de Psiquiatría*, describe por primera vez la demencia precoz y la psicosis maniaco-depresiva. La asociación de un cuadro de euforia en la psicosis maniaco-depresiva tiene importancia por tres motivos. Primero, porque Kraepelin intuye la asociación de dos cuadros muy diferentes como polos de una misma entidad. Segundo, el autor diferencia estas psicosis de la demencia precoz (esquizofrenia) y de la paranoia. Por último, considera que demencia precoz,

paranoia y psicosis maniaco-depresiva tienen una base biológica común y engloba a las tres enfermedades en el grupo de las psicosis (Requena, E. 2012. Pág. 500).

En el siglo actual,

“se diferencian las formas *bipolares* de la depresión de las *unipolares*, se aportan interesantes hipótesis bioquímicas, se avanza en el campo de la terapéutica y se aborda el tema de las depresiones enmascaradas, reconociendo su importancia en el ámbito de la medicina general”
(Requena, E. 2012. Pág. 500)

La depresión, es básicamente o un conjunto de reacciones físicas, del comportamiento e intelectuales las cuales son normales o anormales dependiendo de la intensidad, la duración, el número de síntomas presentes, la edad, la incapacidad generada. Generalmente, en su estado anormal, afecta el estado del ánimo en diferentes grados, y en su máxima expresión puede ser de riesgo vital (Angarita, G. P., Sandoval, A., y Umbarila, D. 2004. P, 12)

Este es uno de los trastornos más comunes de la actualidad “y según el Banco Mundial (citado por Ministerio de Salud, 1998), es una afección mental de complejidad alta por la gran cantidad de casos que se presentan, se estima que para el año 2020 será la segunda causa de carga de enfermedad en el mundo (Angarita, G. P., Sandoval, A., y Umbarila, D. 2004. P. 1)

Existen además muchos factores que pueden ser determinantes para que la depresión tenga unos índices tan elevados en las distintas poblaciones; Angarita, G y sus compañeros, en el texto de adolescencia y depresión, resaltan factores como: “las condiciones socioeconómicas y políticas actuales, caracterizadas por altos índices de desempleo, violencia y pobreza, incertidumbre laboral y pocas expectativas ocupacionales”. De igual modo, argumentan que son los países del tercer mundo en los

que los índices son más elevados, y que en muchas ocasiones se debe a que no todas las personas tienen un acceso real a programas de salud mental o al desconocimiento que existe de las afecciones de la psique (2004. P, 2).

Hay que decir, además, que la población joven, es uno de los grupos en los que los trastornos depresivos presentan mayor prevalencia, por lo cual durante esta etapa hay una mayor probabilidad de que se presenten dichos trastornos, principalmente por los cambios significativos, a nivel físico, psicológico, socio cultural y cognitivo. En este sentido, resulta fundamental el desarrollo de estrategias de afrontamiento que disminuyan el riesgo y así mismo que permitan un desarrollo integral del sujeto.

Algunos estudios también señalan, que la depresión en esta etapa está asociada a problemáticas como el bajo rendimiento académico, deserción escolar, consumo de sustancias psicoactivas, alcoholismo, conflictos interpersonales. Además de esto, se debe resaltar que esta afección en muchas ocasiones está asociada con otros trastornos, es decir existe una gran probabilidad de que esta tenga comorbilidad con diversidad de estos como por ejemplo el de ansiedad.

5.2.1 Depresión y aspectos biológicos

Con respecto a la etiología que puede tener los síntomas y trastornos del estado de ánimo en los aspectos biológicos, hay que decir que son muchos los factores orgánicos que pueden predisponer para que se presenten este tipo de patologías mentales. Se van a destacar dos del orden bioquímico:

En Primer lugar, la hipótesis catecolaminérgica formulada por Schildkraudt en 1965,

“considera que existe un déficit central de catecolaminas, en especial de noradrenalina, en las vías del sistema límbico. Por tanto, la depresión sería el resultado de un déficit central de

noradrenalina debido a alguna alteración en la síntesis de este neurotransmisor. En el caso de la euforia habría un exceso del mismo neurotransmisor” (Requena, E. Pág. 520).

En segunda medida, está la hipótesis serotoninérgica la cual fue planteada por Coppen (1969). Según este autor, existirían bajos niveles de serotonina en los pacientes con trastornos depresivos como en los pacientes maníacos, pero en vías del sistema nervioso diferentes, ya sea en la síntesis o en su transmisión. Se ha comprobado que los niveles de serotonina se hallan bajos en pacientes depresivos y aumentan con la administración de fármacos antidepresivos (Requena, E. Pág. 520).

Es posible que ambas hipótesis se complementen. No obstante, no hay una correlación perfecta entre la administración del psicofármaco y la mejora de la conducta. Es cierto que la administración de antidepresivos que potencian la acción de la noradrenalina incide en una mejoría del ánimo, pero estas mejorías pueden suceder antes de que los niveles de serotoninérgicos se encuentren en normalidad (Requena, E. Pág. 520).

5.2.2 Depresión y aspectos Cognitivos

Desde los modelos cognitivos la depresión deja de considerarse un trastorno del estado de ánimo para entenderse como un trastorno producido por los pensamientos: los procesos y estilos cognitivos juegan un papel relevante en la etiología, mantenimiento y recuperación de la depresión. Destaca la teoría del esquema propuesta por Aarón Beck de la cual se va a hablar a continuación:

La teoría del esquema, es originaria de 1967; posteriormente, Beck reformularía su teoría, que es la que se comentará a continuación (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979).

“Beck apoya en tres constructos el sustrato psicológico de la depresión: esquema cognitivo, errores cognitivos y triada cognitiva. Los esquemas cognitivos se pueden

considerar que forman la estructura cognitiva, las distorsiones son procesos cognitivos y la triada cognitiva es un producto cognitivo” (Requena, E. Pág. 523).

Un *esquema cognitivo* es la unidad básica de conocimiento formado por suposiciones, actitudes y creencias. Su efecto sobre el procesamiento de la información consiste en determinar que estímulos han de procesarse (Requena, E. Pág. 523).

“En la depresión, determinados esquemas (disfuncionales) se hacen preponderantes en la organización cognitiva del sujeto, generalizándose su activación a una gran cantidad de situaciones, incluso a aquellas que no tienen ninguna relación lógica con esos esquemas. Esta independencia entre pensamientos y estímulos permite explicar por qué el depresivo no modifica su estado, aunque en su entorno se produzcan cambios. Se considera que los esquemas disfuncionales asociados a la depresión se han originado en la infancia como consecuencia de experiencias traumáticas, o en la adultez del individuo como consecuencia de crisis personales en las que fueron asimiladas informaciones falsas o se realizaron comprobaciones inadecuadas consigo mismo y el mundo. Así, los esquemas tienen un contenido negativo que consiste en actitudes disfuncionales absolutistas e inmaduras en relación al *Self* y el mundo. Estos esquemas se han formado durante la infancia debido a algunas experiencias de carácter estresante y se activan posteriormente con la ocurrencia de acontecimientos ambientales parecidos. El suceso más característico asociado a la depresión es el de pérdida” (Requena, E. Pág. 523).

“Los *errores cognitivos* son distorsiones sistemáticas que se dan en los procesos del pensamiento del depresivo que mantienen la creencia del paciente en la validez de sus conceptos negativos, incluso a partir de la evidencia contraria” (Requena, E. Pág. 523).

Los errores cognitivos más comunes en la depresión son la inferencia arbitraria, la abstracción selectiva, la sobregeneralización, la magnificación y minimización, personalización, y el pensamiento dicotómico.

5.2.3 Depresión y aspectos sociales

Los síntomas de depresión como ya se ha mencionado, son totalmente distintos a los de una tristeza normal, fundamentalmente, por que esta se prolonga en el tiempo y esta cronicidad altera el funcionamiento normal del sujeto, yendo desde estados leves de tristeza, hasta estados profundos que pueden incapacitar e impedirle desenvolverse de manera normal en las distintas esferas.

De este modo, estos síntomas pueden hacer que un sujeto, se aíse, pierda el interés, el deseo sexual, las ganas de realizar actividades que antes ejecutaba con normalidad y placer

5.3 Ansiedad.

“la ansiedad es considerada un estado emocional displacentero, vinculado a pensamientos negativos, que involucra la evaluación cognitiva que el individuo hace acerca de la situación que percibe como amenazadora” (Contreras, F., Espinosa, J. C., Esguerra, G., Haikal, A., Polanía, A., y Rodríguez, A. 2005. P, 2). Se presenta generalmente por la presión que el medio ejerce y depende fundamentalmente de las capacidades de afrontamiento y la interpretación de las situaciones o eventos.

Sin embargo, hay que resaltar, que la ansiedad no es del todo negativa y significa para los seres humanos una brecha muy corta entre la vida y la muerte. Esta se genera por una reacción fisiológica y adaptativa que posee gran importancia para la integridad humana. Está en su estado normal, representa un recurso fundamental para que las personas puedan tener precauciones y cuidados ante aquellas situaciones que pueden generar algún tipo de amenaza. No obstante, en su estado patológico se presenta como una experiencia emocional desagradable y desadaptativa y se puede generar por

situaciones tanto externas como internas (Pensamientos, creencias, expectativas, atribuciones) (Contreras, F y otros. 2005. P, 2).

Es importante mencionar, que la ansiedad es un estado neurofisiológico que es natural y “normal” en todos los seres humanos y que le ha permitido adaptarse a la especie Homo Sapiens durante miles de años a las diferencias situaciones o contextos en los que se ha desenvuelto. En la actualidad, la ansiedad sigue cumpliendo la misma función que cumplió en la vida de nuestros antepasados; sin embargo, debido a que el contexto actual es muy distinto en comparación con el ambiente en el que se desarrollaron nuestros parientes lejanos. La ansiedad en tiempos contemporáneos en muchas ocasiones se vuelve patológica, es por esta razón que se hace importante comprender su sintomatología para prevenir e intervenir posibles patologías a futuro.

Debido a esto, durante las últimas dos décadas ha habido notables avances y estudios empíricos acerca de la ansiedad. Dentro de estos estudios destacan dos figuras importantes, una es el fundador de la terapia Cognitiva Aaron Beck y la otra figura representativa es su colega y eminencia actual David Clark. Estos autores plantean que hay algunas circunstancias y criterios para identificar cuando la ansiedad pasa de ser un estado “normal” a un estado “anormal”.

Pero, antes de examinar los criterios para que una ansiedad sea considerada como anómala es importante conocer el concepto de vulnerabilidad, este es definido como “una percepción de sí mismo como objeto de peligros internos o externos sobre los que no se tiene control, o este no es suficiente para dar seguridad” (Beck, A; y Clark, D. 2010). Luego de conocer este concepto es pertinente hablar acerca de los criterios elementales que los teóricos emplean. Primero, el sujeto aumenta la percepción de amenaza del evento o situación (sobreestimación de posible daño) y Segundo, Se

subestima la capacidad para afrontar la situación, y no se perciben las señales de seguridad.

En consonancia con lo anterior es relevante decir que “la ansiedad es un tópico central en la psicopatología. Estará presente en la inmensa mayoría de los pacientes que consultan debido a un trastorno mental. Podemos, entonces, verla en muchos cuadros diferentes: esquizofrenia, fobias, como reacción a una enfermedad somática, ante situaciones de estrés, pérdida, depresión, etc.” (Talarn, A. 2012. Pág. 237).

“Pero hay un tipo de trastornos a los clasifica bajo el epígrafe de “trastornos de ansiedad”. Se trata de un grupo de trastornos (demasiado extenso a nuestro parecer) en los cuales la ansiedad es primaria, es decir, no determinada por ningún otro trastorno, y principal dentro de la sintomatología del sujeto” (Talarn, A. 2012. Pág. 237).

Por esta razón, es que es vital conocer las particularidades de los síntomas ansiosos ya que estos cuando no son moderados o controlados en su etapa más temprana o primaria pueden derivar en problemáticas mayores como serían los trastornos de ansiedad. De modo que conocer la caracterización de los síntomas de ansiedad a cabalidad es crucial para poder plantear posibles intervenciones por parte de las administraciones municipales para que esto no se convierta en un problema de salud pública.

5.3.1 Ansiedad y aspectos biológicos

Los aspectos biológicos de la ansiedad se presentan fundamentalmente cuando el sujeto percibe una amenaza o un peligro, y con ello se da la activación de respuestas defensivas en aras de la supervivencia. Estas respuestas generalmente provocan miedo y provocan una activación autónoma que prepara al organismo para afrontar el peligro

huyendo o confrontando directamente el peligro, un proceso conocido como respuesta de “lucha o huida”.

5.3.2 Ansiedad y aspectos cognitivos

Según la Terapia cognitiva desde la perspectiva de Beck, la ansiedad es un sistema complejo de respuesta conductual, fisiológica, afectiva y cognitiva (es decir, a modo de amenaza) que se activa al anticipar sucesos o circunstancias que se juzgan como muy aversivas porque se perciben como acontecimientos imprevisibles, incontrolables que potencialmente podrían amenazar los intereses vitales de un individuo.

Así pues, la ansiedad es definida:

“como un estado subjetivo de incomodidad, malestar, tensión, displacer, alarma, que hace que el sujeto se sienta molesto. La respuesta ante esta situación es evitar la ansiedad mediante diversos procedimientos. La ansiedad es una emoción que aparece cuando el sujeto se siente amenazado por un peligro, ya sea externo o interno” (Talarn, A. Pág. 236).

5.3.3 Ansiedad y aspectos sociales

Si bien la ansiedad en su estado normal representa una necesidad de vital importancia para la supervivencia del sujeto, en su estado patológico repercute en el funcionamiento normal, por ello, las personas que padecen este tipo de síntomas, generalmente suelen presentar conductas irritables, displacer, inquietud, discusiones, tensión familiar y en las distintas esferas un deterioro y disminución en el rendimiento y en las relaciones interpersonales

5.4 Adolescencia

La adolescencia corresponde a una etapa de la vida que se caracteriza por la diversidad de cambios biológicos, psicológicos y sociales que se dan en el individuo, durante dicha etapa, se da una especie de crisis en la que básicamente se abandona la niñez y se inicia un recorrido hacia la adultez. Generalmente, dicha crisis que en otras palabras son cambios significativos que generalmente se asocian más desde los aspectos físicos, ya que tanto hombres como mujeres tienen por decirlo así una metamorfosis, por ejemplo, ambos, desarrollan sus órganos genitales, desarrollan vello púbico, en ambos hay un aumento significativo a nivel hormonal. Asimismo, en las mujeres crecen los senos, hay un ensanchamiento de las caderas y se da inicio a la menarquia, en los hombres por su parte, se dan cambios en la voz, se ensanchan los hombros, se inicia la torarquía... normalmente tales cambios físicos, corresponden a una preparación de los individuos hacia la vida sexual y reproductiva

No obstante, la adolescencia representa un momento donde el individuo tiene grandes dilemas, como, por ejemplo, encontrar un lugar en el mundo, encontrar un espacio donde ser aceptado y así mismo con quien identificarse. Durante esta etapa, los pares se vuelven fundamentales, así como los modelos de identificación y la sexualidad. Todo esto, sumado a un sinnúmero de cambios, que finalmente se ven expresados no solo en lo físico sino también en el comportamiento y la forma de relación de los sujetos.

No obstante, la adolescencia representa, un momento crucial de la vida, ya que todos los cambios o la gran crisis que se presenta durante esta, también constituyen uno de los momentos donde existe mayor predisposición para que se desarrollen trastornos o afecciones de la mente como por ejemplo los trastornos de ansiedad o de depresión que en muchos casos derivan en fenómenos como el suicidio, consumo de sustancias

psicoactivas, embarazos en adolescentes. De igual manera, hay que decir que existen muchos factores de riesgo durante esta etapa que pueden desencadenar en trastornos: la presión familiar, la presión social, la aceptación de los pares, ambientes inadecuados, entre otras.

5.5 Epidemiología

“Es el estudio de la distribución y los determinantes de estados o eventos (en particular de enfermedades) relacionados con la salud y la aplicación de esos estudios al control de enfermedades y otros problemas de salud. Hay diversos métodos para llevar a cabo investigaciones epidemiológicas: la vigilancia y los estudios descriptivos se pueden utilizar para analizar la distribución, y los estudios analíticos permiten analizar los factores determinantes” (OMS).

6. METODOLOGIA

6.1 Tipo y alcance de la investigación

Este estudio tiene un enfoque cuantitativo, debido a que parte de la recolección de datos, los cuales permiten ser contrastados con las hipótesis y teorías subyacentes que se proponen en el marco teórico, además considera la medición numérica y el análisis estadístico con el fin de indicar tendencias del comportamiento (Hernández Sampieri, R. 2012. Pág. 37). En este sentido, se pretende describir y comparar los síntomas depresivos y de ansiedad en los adolescentes entre 14 y 16 años que se encuentran escolarizados del municipio de Puerto Berrio, con las variables que se encuentran en la tabla 1.

Por otra parte, el alcance de la investigación es descriptivo comparativo, debido a que pretende describir la sintomatología de la depresión y la ansiedad en los adolescentes a partir de los datos (variables) sociodemográficos como: rangos de edad, género, estrato socioeconómico, nivel académico, población urbana y rural, entre otros.

6.2 Diseño de investigación

Esta investigación presenta un diseño no experimental, el cual se caracteriza por ser estudios en los que no se manipulan variables y se trata de observar los fenómenos tal y como se presentan. Además, este diseño contempla un corte transversal-transeccional, es decir, que es una investigación en la que se recopilan datos en un momento único respecto a los síntomas ansiosos y depresivos (Hernández Sampieri, R. 2012).

6.3 Población y muestra

La población a la cual se dirige el estudio se conforma por 1.754 estudiantes que se encuentran en el rango de edad entre los 14 a los 16 años. Esta población es numerosa respecto al total de jóvenes entre los 14 y 28 años que para el año 2013 contaba con 13.154 jóvenes en proporción con la población municipal que es de aproximadamente 52.000 habitantes

El estudio contempló una muestra intencionada de 112 estudiantes distribuidos por las diferentes instituciones educativas del área urbana a excepción del Antonio Nariño, teniendo en cuenta que en esta deberían incluirse características de las variables sociodemográficas. Esta muestra equivale al 8% total de la población que se encuentra en este rango de edad, por lo cual puede indicarse que es una muestra significativa.

6.4 Variables de estudio

En la tabla 1, se presenta una relación de las variables contempladas en la investigación y su forma operacionalizada.

Tabla 1. Operacionalización de variables

	VARIABLE	SUB VARIABLE	OPERACI ONALIZA CIÓN
1	INSTITUCION EDUCATIVA	Alfonso López	Asignación número 1
		Bombona	Asignación número 2
		I.E América	Asignación

		número 3
	Inmaculada	Asignación número 4
	Normal	Asignación número 5
	Superior	número 5
2	EDAD EN MESES	14 años 6 meses a 14 años 11 meses Asignación número 6
		14 años a 14 años 5 meses Asignación número 7
		15 años a 15 años y 5 meses Asignación número 8
		15 años y 6 meses a 15 años y 11 meses Asignación número 9
		16 años a 16 años y 5 meses Asignación número 10
		16 años y 6 meses en adelante Asignación número 11
3	GRADO ESCOLAR	8 Asignación número 12
		9 Asignación

			número 13
		10	Asignación
			número 14
		11	Asignación
			número 15
4	SEXO	F	Asignación
			número 16
		M	Asignación
			número 17
5	ESTRATO	1	Asignación
			número 18
		2	Asignación
			número 19
		3	Asignación
			número 20
6	RESIDENCIA	Zona rural	Asignación
			número 21
		Zona urbana	Asignación
			número 22
7	CONSUMO DE SUSTANCIAS	Alcohol	Asignación
			número 23
		Más de una sustancia	Asignación
			número 24
		No	Asignación

			número 25
8	SITUACION DE DESPLAZAMIENTO	No	Asignación número 26
		Si	Asignación número 27
9	NACIO EN BERRIO	No	Asignación número 28
		Si	Asignación número 29
10	TIPO DE VIVIENDA	Arrendada	Asignación número 30
		Interés Social	Asignación número 31
		Propia	Asignación número 32
11	MATERIAL DE LA VIVIENDA	Condición de vivienda 1	Asignación número 33
		Condición de vivienda 2	Asignación número 34
		Condición de vivienda 3	Asignación número 35
12	DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS	Servicios básicos	Asignación número 36
		Servicios	Asignación

		complementari os	número 37
13	FORMA DE ELIMINAR LAS BASURAS	Dejarla lotes baldíos	en Asignación número 38
		Recolección de basura	Asignación número 39
14	CONDICION DEL BARRIO	Invasión	Asignación número 40
		Legalmente constituidos	Asignación número 41
15	ESCOLARIDAD DE SUS PADRES	Estudios básicos completos	Asignación número 42
		Estudios básicos incompletos	Asignación número 43
		Estudios técnicos	Asignación número 44
		Profesionales	Asignación número 45
16	SITUACION MARITAL DE SUS PADRES	Casados	Asignación número 46
		Divorciados	Asignación número 47

		Unión libre	Asignación número 48
		Viudos	Asignación número 48
17	NUMERO DE PERSONAS CON LAS QUE VIVE	5 o mas	Asignación número 49
		Entre 1 y 2	Asignación número 50
		Entre 3 y 4	Asignación número 51
18	CON QUE FRECUENCIA SE VE CONS SUS CUIDADORES	Algunas veces (cada 8 días)	Asignación número 52
		Esporádica- mente (1 vez al mes o más)	Asignación número 53
		Frecuentement e (todos los días)	Asignación número 54
19	RESPOSABLES DEL HOGAR	Ambos padres	Asignación número 55
		Cuidadores distintos a los padres	Asignación número 56
			Asignación número

		Madre	Asignación número 57
		Padre	Asignación número 58
20	TIPO DE TRABAJO DE LAS PERSONAS DE QUIEN DEPENDE	Desempleados	Asignación número 59
		Formal	Asignación número 60
		Informal	Asignación número 61
21	TIEMPO QUE DEDICAN SUS CUIDADORES AL TRABAJO	4 a 6 horas	Asignación número 62
		4 o menos horas	Asignación número 63
		7 a 8 horas	Asignación número 64
		8 horas en adelante	Asignación número 65
22	PERSONAS QUE CONFORMAN EL NUCLEO FAMILIAR DONDE VIVE	Extensa	Asignación número 66
		Monoparental	Asignación número 67
		Nuclear	Asignación número 68

23	ESTABILIDAD LABORAL DE LAS PERSONAS DE QUIEN USTED DEPENDE	Desempleado	Asignación número 69
		Inestable	Asignación número 70
		Pensionado	Asignación número 71
		Trabajo fijo	Asignación número 72
24	SITUACION JURIDICA DE LOS CUIDADORES	Con problemas jurídicos	Asignación número 73
		Sin problemas jurídicos	Asignación número 74
25	USTED O ALGUNO DE LOS FAMILIARES CON QUIÉNES VIVE HA SIDO VÍCTIMA DEL CONFLICTO INTERNO ARMADO	No	Asignación número 75
		Si	Asignación número 76
26	ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES DE SALUD MENTAL EN SU FAMILIA	No	Asignación número 77
		Primer grado	Asignación número 78
		Segundo grado	Asignación número 79
		Tercer grado	Asignación número 80

27	RELIGIÓN QUE PRÁCTICA SU NÚCLEO FAMILIAR	Ateísmo	Asignación número 81
		Catolicismo	Asignación número 82
		Cristianismo	Asignación número 83
28	SIMPATIZA Y PRÁCTICA ESTA RELIGIÓN	No	Asignación número 84
		Si	Asignación número

Fuente de elaboración propia.

6.5 Instrumentos de recolección de información

La información se recolecto por medio de los instrumentos que evalúan la depresión y la ansiedad y permiten identificar si se presenta sintomatología relacionada con estas. La prueba utilizada para medir los síntomas de la ansiedad se recurrió al el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) y para medir los síntomas depresivos fue el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II). La decisión de usar ambos instrumentos radica en que presentan un constructo teórico similar e indican correlaciones altas entre los síntomas que se pretenden estudiar. Asimismo, se realizó una encuesta sociodemográfica con el propósito de recopilar información acerca de los estudiantes.

6.5.1 Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II)

A continuación, se hará una breve presentación del instrumento: en primer lugar, este consta de 21 ítems, un manual de aplicación y una hoja de respuestas, Además, de 4 escalas de gravedad representadas por números del 0 al 4, donde 0 significa nada en absoluto, 1 representa que la gravedad es leve, 2 que esta es moderada y 3 que la valoración es grave.

El objetivo del instrumento es medir la gravedad de la depresión en adolescentes y en adultos y se puede aplicar de manera individual o colectiva a personas que superen la edad de 13 años. Para esto, se destina un tiempo de 5 a 10 minutos ya que sus preguntas son de fácil entendimiento. Finalmente es preciso resaltar, que a diferencia del BAI este instrumento de ansiedad no posee subescalas.

6.5.2 Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

A continuación, se hará una breve presentación del instrumento: en primer lugar, este consta de 21 ítems y 4 sub escalas de síntomas (Neurofisiológicos, subjetivo, de pánico, Autónomos) un manual de aplicación y una hoja de respuestas, Además, de 4 escalas de gravedad representadas por números del 0 al 4, donde 0 significa nada en absoluto, 1 representa que la gravedad es leve, 2 que esta es moderada y 3 que la valoración es grave.

El objetivo del instrumento es medir la gravedad de la ansiedad en adolescentes y en adultos y se puede aplicar de manera individual o colectiva a personas que superen la edad de 13 años. Para esto, se destina un tiempo de 5 a 10 minutos ya que sus preguntas son de fácil entendimiento.

Ilustración 2. Subescalas de síntomas del BAI

Subescalas de síntomas del BAI	
Neurofisiológicos	1. Hormigueo o entumecimiento 3. Debilidad en las piernas 6. Mareos o vértigos 8. Sensación de inestabilidad 12. Temblor de manos 13. Temblor generalizado o estremecimiento 14. Sensación de irme a desmayar
Subjetivos	4. Incapacidad para relajarme 5. Miedo a que suceda lo peor 9. Sensación de estar aterrorizado 10. Nerviosismo 14. Miedo a perder el control 17. Estar asustado
De pánico	7. Palpitaciones o taquicardia 11. Sensación de ahogo 15. Dificultad para respirar 16. Miedo a morir
Autonómicos	2. Sensación de calor 18. Indigestión o molestias en el abdomen 20. Rubor facial 21. Sudoración (no debida al calor)

6.6 Procedimiento de recolección de la información y plan de análisis

Toda la información recopilada a través de la encuesta y los dos instrumentos pasó a ser tabulada en una base de datos en una matriz de Excel, todo con el fin de poder exportar toda esta información al programa SPSS versión 21 y realizar los análisis estadísticos correspondientes. Dentro de estos procesos se encuentran:

La distribución de frecuencias “es un conjunto de puntuaciones respecto de una variable ordenadas en sus respectivas categorías y generalmente se presenta como una tabla” (Hernández Sampieri, R. Pág. 282). Esto se realizó con la intención de saber cuál era la cantidad de individuos que hacían parte de las diferentes variables y subvariables contempladas en el estudio. Para posteriormente poder hacer el análisis de las tablas estadísticas y hacer las comparaciones en las frecuencias.

Además, las distribuciones de frecuencias pueden completarse agregando los porcentajes de casos en cada categoría, los porcentajes válidos excluyendo los valores perdidos (Hernández Sampieri, R. Pág. 283). Esto significa, que cada variable o subvariable tuvo una proporción la cual facilitaba el análisis de las frecuencias y la realización de las comparaciones, pero también que, reducía en gran medida el número de valores perdidos, o sea, de sujetos que no respondían a las preguntas o los ítems elaborados.

Por otro lado, en este trabajo también se tienen en cuenta medidas de tendencia central como las puntuaciones medias. Esta es definida como

“Promedio aritmético de una distribución. Es la medida de tendencia central más utilizada. Se simboliza como \bar{X} , y es la suma de todos los valores dividida entre el número de casos. Es una medida solamente aplicable a mediciones por intervalos o de razón” (Hernández Sampieri, R. Pág 287).

Este tipo medida se tiene en cuenta para saber cómo algunos grupos poblaciones tenían puntuaciones medias más elevadas de acuerdo a la variable y los síntomas ansiosos y depresivos en paralelo con otros grupos, a partir de ello se hizo las respectivas comparaciones y descripciones.

Por otra parte, es importante decir que, para poder realizar las descripciones, las comparaciones y las correlaciones fue necesario demostrar que los instrumentos de ansiedad y depresión poseían las propiedades psicométricas de fiabilidad y validez. Así pues, la primera es definida

“como el grado en que las medidas de los constructos son repetibles y cualquier influencia aleatoria que pudiese hacer las medidas diferentes de una medición a otra es una fuente de error de medida Indica una consistencia de la medida del constructo” (Frías- Navarro, D. 2014. Pág 1).

La segunda es “el grado en que el instrumento mide aquello que pretende medir” (Frías- Navarro, D. 2014. Pág. 1). Esta propiedad psicométrica, se tuvo en cuenta en el estudio, para demostrar que los inventarios utilizados no sólo tenían consistencia interna (fiabilidad) sino que los diferentes reactivos si midieran los constructos (ansiedad y depresión. Ambas propiedades son necesarias para que los posteriores procesos a realizar tuvieran significatividad estadística y rigurosidad metodológica.

Para el caso de los inventarios de ansiedad y depresión empleados para la recolección de los datos necesarios para este estudio, se usó el programa SPSS, el cual permitió ampliar la información estadística incluyendo el análisis Alpha de Cronbach; desde el cual, se pudo analizar la información arrojada por ambos instrumentos. Es de resaltar que dicha información es de carácter confiable, toda vez, que los resultados no variaron mucho en comparación con los que se han obtenido en otras poblaciones. En este orden de ideas, las puntuaciones de los inventarios de Beck son las siguientes a nivel global: ($\alpha=0,90$) que, por cierto, son excelentes. Hay que mencionar, aunque las puntuaciones de fiabilidad del BAI y el BDI-2 en esta investigación no fueron excelente, sí poseen coeficientes buenos y por tanto son datos significativos y relevantes para el estudio.

Finalmente, es importante destacar el concepto de correlación, ya que, este fue fundamental para que desde este estudio se pudiese establecer la asociación entre variables, tales como: Ansiedad y Depresión. Pero, además con otras variables sociodemográficas como el sexo, la edad en meses, el estrato socioeconómico, la institución educativa, entre otras que se podrán encontrar en los anexos, específicamente en la entrevista sociodemográfica. Es importante decir, que a través de esas asociaciones se obtendrán todos los datos estadísticos que le darán cuerpo a esta investigación (Hernández Sampieri, R. Pág. 93).

6.7 Consideraciones éticas

Antes de realizar el estudio a las personas se les va a mencionar todos los aspectos jurídicos que rigen a la disciplina psicológica en Colombia. Dentro de estas leyes se encuentra la ley 1090 de 2006 (en la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de psicología). También, el capítulo 7 de la investigación científica, la propiedad intelectual y las publicaciones. Además, es importante resaltar, que todo este estudio está amparado por la resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud, quien establece los aspectos éticos de la investigación con seres humanos.

Precedentemente de realizar los cuestionarios a los estudiantes de las diferentes instituciones, a los rectores de los colegios se les envió una carta para que se enteraran del propósito de la investigación, con la intención que respaldaran la participación de sus educandos dentro de su estudio. Es importante resaltar, que se tenía la intención de entregar consentimiento informado a cada de los padres para que avalaran la participación de sus hijos dentro del proyecto, teniendo en cuenta que al ser menores de edad los permisos para realizar este tipo de test deben ser brindados por sus acudientes. Pero, no se pudo realizar en primer lugar porque tomaba mucho tiempo la devolución de estos consentimientos y segundo porque hubiese salido más costoso la realización del proyecto. Tercero porque se corría el riesgo de tener que cambiar el rango de edad del muestreo, por estas razones se decidió proseguir sin realizar consentimiento informado.

También, es importante resaltar que la información que se encontró en estos cuestionarios no será divulgada en lugares sin el permiso o autorización tanto de los padres de familia como de los sujetos encuestados. Asimismo, que las personas que

participen de esta investigación no tendrán efectos colaterales, tanto a nivel físico ni psicológico. Por otra parte, que esta información sólo va ser utilizada solamente con fines netamente académicos y con el propósito de adquirir y transmitir conocimiento.

Para concluir, las personas que tuvieron puntuaciones altas en sus resultados, ya sea en el inventario de ansiedad o de depresión, se le hará una devolución acerca de sus resultados y se indagará acerca del estado de salud mental del individuo. Todo esto, con el propósito de brindar una atención primaria en salud e informar al adolescente acerca de las rutas de atención en salud mental.

7. RESULTADOS

7.1 Análisis de confiabilidad de los instrumentos BAI y BDI-2

El BDI-2 y el BAI son dos instrumentos que cotidianamente son usados por psicólogos en todo el globo, estos, se usan para evaluar los síntomas de ansiedad y depresión, los cuales son de los más comunes y se pueden presentar en cualquier lugar o personas. Tales instrumentos, han logrado obtener credibilidad por parte de los investigadores principalmente por sus elevados niveles de confiabilidad los cuales se observan en la consistencia interna que tienen cada una de las pruebas la cual es de ($\alpha=0,90$). Esto indica que su fiabilidad es excelente. Asimismo, estos inventarios presentan niveles altos de validez, es decir, que las diferentes sintomatologías o ítems que se utilizan dentro de ellos evalúan los constructos que se pretenden medir.

A continuación, se hará un breve análisis de algunos de los resultados correspondientes a la confiabilidad de estas pruebas, teniendo en cuenta los datos encontrados en los análisis de fiabilidad de las puntuaciones de acuerdo al coeficiente: Alfa de Cronbach y a la fusión de variables realizada en el programa estadístico SPSS. Posteriormente, se resaltarán los resultados de confiabilidad obtenidos en este estudio. Tal como lo indica la tabla número 2

De acuerdo a lo anterior, los resultados arrojados por el coeficiente de fiabilidad alfa de Cronbach, el instrumento BDI-2 el cual se utilizó para medir los síntomas depresivos presento un coeficiente alfa bueno ($\alpha= ,892$).

Por otra parte, el BAI el cual fue el instrumento para medir los síntomas ansiosos presento un coeficiente alfa bueno, lo cual significa que tiene una Confiabilidad considerable de ($\alpha= ,868$).

Tabla 2. Coeficiente de confiabilidad de los instrumentos BAI y BDI-2.

Instrumento	Alfa de Cronbach	N de elementos
BDI-2	,892	21
BAI	,868	21

Fuente de elaboración propia.

Al realizar el análisis de todos los ítems que hacen parte de los instrumentos BDI-2 y BAI como se puede observar en las tablas 3 y 4, se presenta que no es necesario eliminar ninguno de los cuarenta y dos reactivos que hacen parte del total de los dos instrumentos debido a que no hay diferencias en los coeficientes individuales por sí mismos con los resultados globales. Es decir, que al realizar el análisis comparativo de la fiabilidad de los instrumentos eliminando ítems, se llega a la conclusión de que ninguno de los ítems hace que la fiabilidad de los instrumentos aumente si es eliminado.

Tabla 3. Coeficiente de confiabilidad del BDI-2 de acuerdo con los diferentes reactivos.

Ítems instrumento	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
BDI1	8,71	74,839	,615	,885
BDI2	8,78	75,618	,539	,887
BDI3	8,71	71,672	,738	,880
BDI4	8,51	76,141	,458	,889
BDI5	8,62	73,792	,654	,883

BDI6	8,69	77,217	,360	,891
BDI7	8,71	72,320	,749	,880
BDI8	8,61	71,204	,751	,880
BDI9	8,83	76,090	,552	,886
BDI10	8,65	74,600	,509	,887
BDI11	8,33	72,834	,514	,888
BDI12	8,47	72,436	,633	,883
BDI13	8,51	72,604	,569	,885
BDI14	8,67	74,297	,479	,888
BDI15	8,50	75,660	,444	,889
BDI16	8,56	73,878	,598	,885
BDI17	8,62	75,311	,516	,887
BDI18	8,57	76,933	,369	,891
BDI19	8,75	78,466	,275	,893
BDI20	8,57	82,710	-,055	,899
BDI21	8,92	80,669	,148	,895

Fuente de elaboración propia.

Tabla 4. Coeficiente de confiabilidad del BAI de acuerdo a los diferentes reactivos

Ítems	instrumento	Media de la escala	Varianza de	Correlación	Alfa	de
BAI		si se elimina el elemento	la escala si se elimina el elemento	si elemento-total corregida	Cronbach si elimina el elemento	

BAI1	10,12	63,868	,500	,860
BAI2	10,16	63,155	,513	,860
BAI3	10,26	64,031	,552	,859
BAI4	10,04	62,126	,529	,859
BAI5	9,79	63,148	,393	,865
BAI6	9,98	63,418	,430	,863
BAI7	10,26	65,140	,378	,864
BAI8	10,26	63,304	,531	,859
BAI9	10,14	62,597	,531	,859
BAI10	9,79	61,566	,571	,857
BAI11	10,30	64,193	,435	,862
BAI12	10,17	63,689	,475	,861
BAI13	10,39	65,985	,405	,864
BAI14	9,85	60,222	,588	,856
BAI15	10,32	66,112	,281	,867
BAI16	9,96	66,053	,184	,873
BAI17	9,89	60,715	,640	,855
BAI18	10,14	62,870	,538	,859
BAI19	10,36	65,342	,425	,863
BAI20	10,20	66,033	,304	,866
BAI21	10,04	62,690	,429	,863

Fuente de elaboración propia.

7.2 Frecuencias según variables sociodemográficas

7.2.1 Frecuencias de estudiantes según institución educativa

Como se puede observar, en la tabla 5 se presenta que la mayoría de los estudiantes que hicieron parte del muestreo de la investigación corresponde a la Institución Educativa Alfonso López Pumarejo con un total de 30 individuos, de los cuales 15 son mujeres y 15 son hombres. Por el contrario, el colegio con un número más bajo de individuos fue la Institución educativa Bomboná con un total de 10 estudiantes, de los cuales 7 son mujeres y 3 son hombres.

Es importante mencionar, que en algunos colegios el muestreo fue mucho más reducido debido a la cantidad de estudiantes que hay en el colegio, por esto la proporción del muestreo fue mucho más baja. También, por la complejidad que fue recopilar la información dentro de estas instituciones educativas. Además, que el número de mujeres en el muestreo es mayor al de los hombres puesto que ellas mostraron más disposición para participar del estudio.

Se debe agregar que, la mayoría de mujeres que hicieron parte del muestreo de la investigación hacen parte de la Institución Educativa Normal Superior con un total de 17 individuos que tienen una proporción de (27,9%). No obstante, el colegio con un número de mujeres más bajo es la Institución educativa Bomboná con un total de 7 estudiantes que tienen una proporción de (11,5%).

Por otra parte, la mayoría de los varones que hicieron parte del muestreo de la investigación hacen parte de la Institución Educativa Alfonso López Pumarejo y de la Institución Educativa América cada una con un total de 15 sujetos que equivalen a (29,4%) del total de la muestra. Sin embargo, el colegio con un número de caballeros

más bajo es la Institución educativa Bomboná con un total de 3 estudiantes que tienen una proporción de (5,9%).

Tabla 5. Frecuencia de estudiantes según institución educativa

Sexo		Frecuencia	Porcentaje
Femenino	Alfonso López	15	24,6
	Bombona	7	11,5
	I.E América	14	23,0
	Inmaculada	8	13,1
	Normal superior	17	27,9
	Total	61	100,0
Masculino	Alfonso López	15	29,4
	Bombona	3	5,9
	I.E América	15	29,4
	Inmaculada	6	11,8
	Normal superior	12	23,5
	Total	51	100,0

Fuente de elaboración propia.

7.2.2 Frecuencia de estudiantes según edad en meses

Como se puede observar, en la tabla 6 se presenta que la mayoría de los estudiantes que hicieron parte del muestreo de la investigación, se encuentra en el rango de edad de 14 años y 6 meses a 14 años 11 meses con un total de 27 individuos, de los cuales 15 son mujeres y 12 son hombres. Por el contrario, el rango de edad con un número más bajo de estudiantes fue de 16 años y 6 meses en adelante con un total de 7 jóvenes, de los cuales 3 son mujeres y 4 son hombres.

Hay que decir también, que la mayoría de las mujeres que hicieron parte del muestreo de la investigación se encuentran en el rango de edad de 15 años y 6 meses a 15 años y 11 meses con un total de 16 individuos que tienen una proporción de (26,2%). No obstante, el rango de edad con un número de mujeres más bajo es el de 16 años y 6 meses en adelante con un total de 3 estudiantes que tienen una proporción de (4,9%).

Por otra parte, la mayoría de los varones que hicieron parte del muestreo de la investigación se encuentran en el rango de edad entre los 14 años 6 meses a 14 años 11 meses, con un total de 12 sujetos que equivalen a (23,5%) del total de la muestra. Sin embargo, el rango de edad con un número de caballeros más bajo es entre los 16 años y 6 meses en adelante con un total de 4 estudiantes que tienen una proporción de (7,8%).

Tabla 6. Frecuencia de estudiantes según edad en meses

Sexo		Frecuencia	Porcentaje
F	14 años 6 meses a 14 años 11 meses	15	24,6
	14 años a 14 años 5 meses	11	18,0
	15 años a 15 años y 5 meses	6	9,8
	15 años y 6 meses a 15 años y 11 meses	16	26,2
	16 años a 16 años y 5 meses	10	16,4
	16 años y 6 meses en adelante	3	4,9
	Total	61	100,0
M	14 años 6 meses a 14 años 11 meses	12	23,5

meses		
14 años a 14 años 5 meses	11	21,6
15 años a 15 años y 5 meses	7	13,7
15 años y 6 meses a 15 años y	8	15,7
11 meses		
16 años a 16 años y 5 meses	9	17,6
16 años y 6 meses en adelante	4	7,8
Total	51	100,0

Fuente de elaboración propia.

7.2.3 Frecuencia de estudiantes según Grado escolar

Como se evidencia en la tabla 7, se presenta que la mayoría de los estudiantes que hicieron parte del muestreo de la investigación se encuentra en el grado noveno con un total de 41 individuos, de los cuales 26 son mujeres y 15 son hombres. Por el contrario, el grado con un número más bajo de estudiantes fue once con un total de 14 jóvenes, de los cuales 8 son mujeres y 6 son hombres.

Se puede recalcar, que la mayoría de las mujeres que hicieron parte del muestreo de la investigación se encuentran en el grado noveno, con un total de 26 individuos que tienen una proporción de (42,6%). Al contrario, el grado con un número de mujeres más bajo es once con un total de 8 estudiantes que tienen una proporción de (13,1%).

Por otro lado, la mayoría de los varones que hicieron parte del muestreo de la investigación se encuentran en el grado decimo, con un total de 16 sujetos que equivalen a (31,4%) del total de la muestra. Sin embargo, el grado con un número de caballeros más bajo es once con un total de 6 estudiantes que tienen una proporción de (11,8%).

Tabla 7. Frecuencia de estudiantes según Grado escolar

Sexo		Frecuencia	Porcentaje
F	8	13	21,3
	9	26	42,6
	10	14	23,0
	11	8	13,1
	Total	61	100,0
M	8	14	27,5
	9	15	29,4
	10	16	31,4
	11	6	11,8
	Total	51	100,0

Fuente de elaboración propia.

7.2.4 Frecuencia de estudiantes según Estrato

Como se puede observar en la tabla 8, se presenta que la mayoría de los estudiantes que hicieron parte de la investigación, viven en un barrio el cual su estrato económico es 2, con un total de 50 individuos, de los cuales 26 son mujeres y 24 son hombres. Por el contrario, se encontró que el estrato socioeconómico menos frecuente fue el 3, con un total de 14 jóvenes, de los cuales 7 son mujeres y 7 son hombres.

Cabe señalar, que la mayoría de las mujeres que hicieron parte de la investigación viven en un barrio el cual su estrato económico es 1, con un total de 28 individuos que tienen una proporción de (45,9%). No obstante, se evidenció que el estrato socioeconómico menos frecuente fue el 3, con un total de 7 alumnas que tienen una proporción de (11,5%).

Por otra parte, la mayoría de los varones que hicieron parte del estudio viven en un barrio el cual su estrato económico es 2, con un total de 24 sujetos que equivalen a (47,1%) del total de la muestra. Sin embargo, se evidenció que el estrato socioeconómico menos frecuente fue el 3, con un total de 7 educandos que tienen una proporción de (13,7%).

Tabla 8. Frecuencia de estudiantes según Estrato

Sexo		Frecuencia	Porcentaje
F	1	28	45,9
	2	26	42,6
	3	7	11,5
	Total	61	100,0
M	1	20	39,2
	2	24	47,1
	3	7	13,7
	Total	51	100,0

Fuente de elaboración propia.

7.2.5 Frecuencia de estudiantes según Residencia

Como se puede observar en la tabla 9, se presenta que la mayoría de los estudiantes que hicieron parte del estudio, viven en un barrio el cual se encuentra en el área urbana de municipio, con un total de 105 individuos, de los cuales 60 son mujeres y 45 son hombres. Por el contrario, se encontró que el lugar de residencia menos frecuente es el área rural, con un total de 7 jóvenes, de los cuales una es mujer y 6 son hombres.

A su vez, la mayoría de las mujeres que hicieron parte de la investigación viven en un barrio el cual queda en el casco urbano del municipio, con un total de 60

individuos que tienen una proporción del (98,4%). En contraste con lo anterior, se evidenció que el lugar de residencia menos frecuente es el área rural, con un total de una alumna que tiene una proporción de 1,6 (%).

Así mismo, la mayoría de los varones que hicieron parte del estudio viven en un barrio el cual queda en el área urbana del municipio, con un total de 45 sujetos que equivalen a (88,2%) del total de la muestra. Sin embargo, se evidenció que el lugar de residencia menos frecuente es el área rural, con un total de 6 estudiantes que tienen una proporción de (11,8%).

Tabla 9. Frecuencia de estudiantes según Residencia

Sexo		Frecuencia	Porcentaje
F	Zona Rural	1	1,6
	Zona Urbana	60	98,4
	Total	61	100,0
M	Zona Rural	6	11,8
	Zona Urbana	45	88,2
	Total	51	100,0

Fuente de elaboración propia.

7.2.6 Frecuencia de estudiantes según consumo de sustancias

Como se puede observar, en la tabla 10 se presenta que la mayoría de los estudiantes que hicieron parte de la investigación, manifiestan que no consumen ningún tipo de sustancias psicoactivas (SPA) con un total de 57 individuos, de los cuales 31 son mujeres y 26 son hombres. Por el contrario, la variable con un número más bajo de individuos fue la de más de una sustancia con un total de 14 estudiantes, de los cuales 6 son mujeres y 8 son hombres.

Así mismo se puede ver, que contrario a lo que se cree que los hombres son más consumidores de sustancias psicoactivas que las mujeres, en este estudio se observa todo lo contrario. Así pues, las mujeres tienen una proporción de consumo de alcohol de (39,3%) en comparación con los hombres que tienen un porcentaje de (33,3%). Además, la proporción de mujeres que dicen que no consumen ninguna sustancia psicoactiva es de (50,8%) siendo esta inferior al porcentaje de hombres que no consumen drogas que es de (51,0%).

Sin embargo, en cuanto a la variable que mide el consumo de más de una sustancia esta proporción cambia, ya que los hombres tienen un porcentaje de (15,7%), mientras las mujeres tienen una proporción de (9,8%). Esto refleja que los caballeros, aunque consumen menos alcohol y tienen un porcentaje más alto de no consumo de drogas que las damas, estos consumen más variedad de SPA como: marihuana, Popper, Tusi, éxtasis, cocaína, entre otras.

Se debe agregar que, la mayoría de las mujeres que hicieron parte del estudio dicen que no consumen ninguna sustancia psicoactiva con un total de 31 individuos que tienen una proporción de (50,8%). No obstante, la variable menos frecuente es la de mujeres que consumen más de una sustancia con un total de 6 alumnas que tienen una proporción de (9,8%).

Por otra parte, la mayoría de varones que hicieron parte del muestreo de la investigación dice no consumir ninguna droga, con un total de 26 sujetos que equivalen a (51,0%) del total de la muestra. Sin embargo, la variable menos frecuente entre caballeros es la de más de una sustancia con un total de 8 estudiantes que tienen una proporción de (15,7%).

Tabla 10. Frecuencia de estudiantes según consumo de sustancias.

Sexo		Frecuencia	Porcentaje
F	Alcohol	24	39,3
	Más de una sustancia	6	9,8
	No	31	50,8
	Total	61	100,0
M	Alcohol	17	33,3
	Más de una sustancia	8	15,7
	No	26	51,0
	Total	51	100,0

Fuente de elaboración propia.

7.2.7 Frecuencia de estudiantes según situación de desplazamiento

Como se puede observar, en la tabla 11 se presenta que la mayoría de los estudiantes que hicieron parte de la investigación, manifiestan que no han sido víctimas de desplazamiento forzado, con un total de 101 individuos, de los cuales 55 son mujeres y 46 son hombres. Por el contrario, la variable con un número más bajo de individuos fue la de los que han sido víctimas del flagelo del desplazamiento forzado, con un total de 11 estudiantes, de los cuales 6 son mujeres y 5 son hombres.

Es importante mencionar, que la mayoría de las mujeres que hicieron parte del estudio dicen que no han sido desplazadas por la violencia, con un total de 55 individuos que tienen una proporción de (90,2%). No obstante, la variable menos frecuente es la de mujeres que han sido víctimas del desplazamiento con un total de 6 alumnas que tienen una proporción de (9,8%).

Por otra parte, la mayoría de los varones que hicieron parte del estudio dicen que no han sido víctimas del desplazamiento forzoso, con un total de 46 sujetos que equivalen a (90,2%) del total de la muestra. Sin embargo, la variable menos frecuente entre caballeros es los que han sido víctimas del desplazamiento con un total de 5 estudiantes que tienen una proporción de (9,8%).

Es llamativo, como a pesar de que ambos sexos tienen una cantidad de sujetos diferentes, siendo mayor la de mujeres que la de hombres, ambos sexos tuvieron una proporción idéntica en el resultado final de esta variable.

Tabla 11. Frecuencia de estudiantes según situación de desplazamiento

Sexo		Frecuencia	Porcentaje
F	No	55	90,2
	Sí	6	9,8
	Total	61	100,0
M	No	46	90,2
	Sí	5	9,8
	Total	51	100,0

Fuente de elaboración propia.

7.2.8 Frecuencia de estudiantes según originario del Municipio de Puerto Berrio

Como se puede observar, en la tabla 12 se presenta que la mayoría de los estudiantes que hicieron parte del estudio, manifiestan que nacieron en el municipio de Puerto Berrio con un total de 88 individuos, de los cuales 47 son mujeres y 41 son hombres. Por el contrario, la variable con un número más bajo de individuos fue los que no son oriundos del municipio con un total de 24 estudiantes, de los cuales 14 son mujeres y 10 son hombres.

Hay que decir también, que la mayoría de las mujeres que hicieron parte del estudio dicen que son nacidas en el municipio porteño, con un total de 47 individuos que tienen una proporción de (77,0%). No obstante, la variable menos común es la de mujeres que no nacieron en Puerto Berrio, con un total de 14 alumnas que tienen una proporción de (23,0%).

Por otro lado, la mayoría de los varones que hicieron parte del muestreo de la investigación dicen que nacieron en territorio porteño, con un total de 41 sujetos que equivalen a (80,4%) del total de la muestra. Al igual que con las mujeres, la variable menos frecuente entre caballeros es la de los que no son nacidos en Puerto Berrio con un total de 10 estudiantes que tienen una proporción de (19,6%).

Tabla 12. Frecuencia de estudiantes según originario del Municipio de Puerto Berrio

Sexo		Frecuencia	Porcentaje
F	No	14	23,0
	Sí	47	77,0
	Total	61	100,0
M	No	10	19,6
	Sí	41	80,4
	Total	51	100,0

Fuente de elaboración propia.

7.2.9 Frecuencia de estudiantes según tipo de vivienda

Como se puede evidenciar, en la tabla 13 se presenta que la mayoría de los estudiantes que hicieron parte de la investigación, manifiestan que viven en una casa la cual es propia, con un total de 82 individuos, de los cuales 45 son mujeres y 37 son hombres. Por el contrario, la variable con un número más bajo de individuos fue los que viven en

una casa de interés social, con un total de un estudiante, la cual es mujer. Lo que indica que ninguno de los hombres que hizo parte del estudio vive en una casa que sea de interés social.

Es relevante decir, que la mayoría de las mujeres que hicieron parte del estudio viven en casa propia, con un total de 45 damas que tienen una proporción de (73,8%). No obstante, la variable menos frecuente es la de mujeres que viven en una casa de interés social con un total de una alumna que tiene una proporción de (1,6%).

Por otra parte, la mayoría de los varones que hicieron parte del estudio sus cuidadores viven en una casa propia, con un total de 37 sujetos que equivalen a (72,5%) del total de la muestra. A diferencia de las mujeres, la variable menos frecuente entre caballeros es los que viven en una casa arrendada con un total de 14 educandos que tienen una proporción de (27,5%).

Es llamativo, como a pesar de que ambos sexos tienen una cantidad de sujetos diferentes, siendo mayor la de mujeres que la de hombres, ambos sexos tuvieron una proporción similar en el resultado final de esta variable.

Tabla 13. Frecuencia de estudiantes según tipo de vivienda

Sexo		Frecuencia	Porcentaje
F	Arrendada	15	24,6
	Interés Social	1	1,6
	Propia	45	73,8
	Total	61	100,0
M	Arrendada	14	27,5

Propia	37	72,5
Total	51	100,0

Fuente de elaboración propia.

7.2.10 Frecuencia de estudiantes según material de la vivienda

Como se percibe, en la tabla 14 se presenta que la mayoría de los estudiantes que hicieron parte de la investigación, manifiestan que viven en un hogar con una condición de vivienda tipo 3 (Paredes: Ladrillo, revocadas y pintadas, Piso: Baldosa, Techo: Machimbre y terraza), con un total de 69 individuos, de los cuales 30 son mujeres y 39 son hombres. En contraste, la variable con un número más bajo de individuos fue los que viven en un hogar con una condición de vivienda tipo 1 (Paredes: de tablas o de ladrillo y pintadas, Piso: Cemento, Techo: Zinc), con un total de 15 estudiantes, de los cuales 12 son mujeres y 3 son hombres.

Cabe señalar, que la mayoría de las mujeres que hicieron parte del estudio viven en un hogar con una condición de vivienda tipo 3 (Paredes: Ladrillo, revocadas y pintadas, Piso: Baldosa, Techo: Machimbre y terraza), con un total de 30 damas que tienen una proporción de (49,2%). No obstante, la variable menos frecuente es la de mujeres que viven en un hogar con una condición de vivienda tipo 1 (Paredes: de tablas o de ladrillo y pintadas, Piso: Cemento, Techo: Zinc), con un total de 12 estudiantes que tiene una proporción de (19,7%).

Por otra parte, la mayoría de los varones que hicieron parte del estudio sus cuidadores tienen un hogar con una condición de vivienda tipo 3 (Paredes: Ladrillo, revocadas y pintadas, Piso: Baldosa, Techo: Machimbre y terraza), con un total de 39 sujetos que equivalen a (76,5%) del total de la muestra. Sin embargo, la variable menos frecuente entre caballeros es los que tienen un hogar con una condición de vivienda tipo

1 (Paredes: de tablas o de ladrillo y pintadas, Piso: Cemento, Techo: Zinc) con un total de 3 educandos que tienen una proporción de (5,9%).

Es interesante, como a pesar de que ambos sexos tienen una cantidad de sujetos diferentes, siendo mayor la de mujeres que la de hombres, ambos sexos tuvieron como variable más común la condición de vivienda tipo 3. Sin embargo, aunque la condición de vivienda menos frecuente fue el tipo 1, los porcentajes de diferenciación entre ambos sexos fueron significativos. Por ejemplo, las mujeres tuvieron un porcentaje de (19,7%), mientras que los hombres tuvieron un porcentaje (5,9%), lo que indica que hubo casi el triple de mujeres viviendo bajo estas condiciones que caballeros.

Tabla 14. Frecuencia de estudiantes según material de la vivienda

Sexo		Frecuencia	Porcentaje
F	Condición de vivienda 1	12	19,7
	Condición de vivienda 2	19	31,1
	Condición de vivienda 3	30	49,2
	Total	61	100,0
M	Condición de vivienda 1	3	5,9
	Condición de vivienda 2	9	17,6
	Condición de vivienda 3	39	76,5
	Total	51	100,0

Fuente de elaboración propia.

7.2.11 Frecuencia de estudiantes según disponibilidad de servicios

Como se puede evidenciar, en la tabla 15 se presenta que la mayoría de los estudiantes que hicieron parte de la investigación, manifiestan que viven en una casa con

disponibilidad de servicios complementarios (Energía, Alcantarillado, Gas, Agua, internet, teléfono), con un total de 94 individuos, de los cuales 53 son mujeres y 41 son hombres. Por el contrario, la variable con un número más bajo de individuos fue la de servicios básicos (Energía, Alcantarillado, Gas, Agua), con un total de 18 estudiantes, de los cuales 8 son mujeres y 10 son hombres.

Esto refleja que la mayoría de las familias porteñas cuentan en sus hogares no solamente con los servicios básicos sino con algunos complementarios como, por ejemplo: disponibilidad de internet o poseen teléfono fijo en la casa. Además, hay familias que además de tener estos servicios complementarios también tienen otros como: aire acondicionado, NETFLIX, DIRECTV o los tres juntos.

Prosiguiendo con este análisis, se observa que la mayoría de las mujeres que hicieron parte del estudio viven en una casa con disponibilidad de servicios complementarios, con un total de 53 damas que tienen una proporción de (86,9%). No obstante, la variable menos frecuente es la de mujeres que viven en una casa con disponibilidad de servicios básicos, con un total de 8 adolescentes que tiene una proporción de (13,1%).

Por otro lado, la mayoría de los varones que hicieron parte del estudio sus cuidadores viven en una casa con disponibilidad de servicios complementarios, con un total de 41 sujetos que equivalen a (80,4%) del total de la muestra. En contraste, la variable menos frecuente entre caballeros es los que viven en una casa con disponibilidad de servicios básicos, con un total de 10 muchachos que tienen una proporción de (19,6%).

Tabla 15. Frecuencia de estudiantes según disponibilidad de servicios

Sexo		Frecuencia	Porcentaje
F	Servicios Básicos	8	13,1
	Servicios complementarios	53	86,9
	Total	61	100,0
M	Servicios Básicos	10	19,6
	Servicios complementarios	41	80,4
	Total	51	100,0

Fuente de elaboración propia.

7.2.12 Frecuencia de estudiantes según forma de eliminar basuras

Como se puede observar, en la tabla 16 se presenta que la mayoría de los estudiantes que hicieron parte del muestreo corresponde a jóvenes que viven en un hogar que su forma de eliminar las basuras es a través de la recolección, o sea, por medio de canecas y posteriormente es entregada a los carros encargados de llevarla a el relleno sanitario, con un total de 109 individuos, de los cuales 59 son mujeres y 50 son hombres. Por el contrario, la variable con un número más bajo de individuos fue la de jóvenes que eliminan las basuras dejándola en lotes baldíos, es decir, que depositan la basura en sitios abandonados o lo dejan a la intemperie, con un total de 3 estudiantes, de los cuales 2 son mujeres y uno es hombre.

Es importante mencionar, que, aunque la tabla muestra que las mujeres tienen una proporción de (3,3%) y que dejan más en lotes baldíos las basuras que los hombres, los cuales tienen una proporción de (2,0%). En el resultado total, se debe tener en cuenta que la cantidad de mujeres son 61 y que la de hombres son 51, esto refleja que esas dos mujeres tienen una significatividad más baja que la de ese hombre en el resultado final.

Se debe agregar que, la mayoría de las mujeres que hicieron parte de la investigación su forma de eliminar las basuras es mediante la recolección, con un total de 59 individuos que tienen una proporción de (96,7%). No obstante, la variable con un número de mujeres más bajo es las que eliminan las basuras en lotes baldíos con un total de 2 alumnas que tienen una proporción de (3,3%).

Por otra parte, la mayoría de los varones que hicieron parte del estudio su forma de eliminar las basuras es a través de la recolección, con un total de 50 sujetos que equivalen a (98,0%) del total de la muestra. Sin embargo, la variable con un número de caballeros más bajo es la de los que eliminan las basuras dejándola en lotes baldíos, con un total de un estudiante que tiene una proporción de (2,0%).

Tabla 16. Frecuencia de estudiantes según forma de eliminar basuras

Sexo		Frecuencia	Porcentaje
F	Dejarla en lotes baldíos	2	3,3
	Recolección de Basura	59	96,7
	Total	61	100,0
M	Dejarla en lotes baldíos	1	2,0
	Recolección de Basura	50	98,0
	Total	51	100,0

Fuente de elaboración propia.

7.2.13 Frecuencia de estudiantes según condición del barrio

Como se puede evidenciar, en la tabla 17 se presenta que la mayoría de los estudiantes que hicieron parte de la investigación, manifiestan que viven en un barrio que está legalmente constituido, con un total de 98 individuos, de los cuales 52 son mujeres con una proporción de (85,2%) y 26 son hombres con un porcentaje de (85,2%). Por el

contrario, la variable con un número más bajo de individuos fue la de adolescentes que viven en una casa que la condición de su barrio es invasión, con un total de 14 estudiantes, de los cuales 9 son mujeres con una proporción de (14,7%) y 5 son hombres con una proporción de (9,8%).

Esto refleja que según las personas que hicieron parte de este estudio, la mayoría de las familias porteñas viven en barrios que se encuentran legalmente constituidos. Además, que sólo en un porcentaje bajo las familias porteñas habitan en barrios en condición de invasión.

Prosiguiendo con este análisis, se observa que la mayoría de mujeres que hicieron parte del estudio viven en un barrio legalmente constituido, con un total de 52 damas que tienen una proporción de (85,2%). En contraste, la variable menos frecuente es la de mujeres que viven en un barrio en condición de invasión, con un total de 9 adolescentes que tiene una proporción de (14,7%).

Al igual que las mujeres, la mayoría de los varones que hicieron parte del estudio viven en un barrio legalmente constituido, con un total de 46 sujetos que equivalen a (90,2%) del total de la muestra. En contraparte, la variable menos frecuente entre caballeros es los que viven en un barrio en condición de invasión, con un total de 5 muchachos que tienen una proporción de (9,8%).

Tabla 17. Frecuencia de estudiantes según condición del barrio

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
F		
	Invasión	9 14,7
	Legalmente constituidos	52 85,2

	Total	61	100,0
M	Invasión	5	9,8
	Legalmente constituidos	46	90,2
	Total	51	100,0

Fuente de elaboración propia.

7.2.14 Frecuencia de estudiantes según escolaridad de sus padres

Como se puede percibir, en la tabla 18 se presenta que la mayoría de los estudiantes que hicieron parte de la investigación, manifiestan que tienen padres con estudios básicos completos, es decir, que al menos se pudieron graduar de la primaria o la secundaria, con un total de 48 individuos, de los cuales 26 son mujeres con una proporción de (42,6%) y 22 son hombres con un porcentaje de (43,1%). Seguida por los que tienen padres con estudios básicos incompletos, o sea, que no terminaron la primaria o la secundaria, con un total de 28 individuos, de los cuales 18 son mujeres con una proporción de (29,5%) y 10 son hombres con una proporción de (19,6%).

Luego siguen los jóvenes con padres profesionales, es decir, que se graduaron de un pregrado en alguna universidad o institución de educación superior, con un total de 23 sujetos, de los cuales 10 son mujeres con una proporción de (16,4%) y 13 son hombres con una proporción de (25,5%).

Por el contrario, la variable con un número más bajo de individuos fue la de adolescentes que tienen padres con estudios técnicos, es decir, con técnicos o tecnólogos del SENA u otras instituciones de educación superior, con un total de 13 estudiantes, de los cuales 7 son mujeres con una proporción de (11,5%) y 6 son hombres con una proporción de (11,8%).

Esto refleja que según las personas que hicieron parte de este estudio, la mayoría de padres porteños tienen terminados sus estudios básicos completos. Además, que hay más cantidad de adolescentes con padres que no terminaron sus estudios básicos que los que tienen padres profesionales o con alguna educación técnica.

Prosiguiendo con este análisis, se observa que la mayoría de las mujeres que hicieron parte del estudio tienen padres con sus estudios básicos completos, con un total de 26 damas que tienen una proporción de (42,6%). En contraste, la variable menos frecuente es la de mujeres con padres que tienen estudios técnicos, con un total de 7 adolescentes que tiene una proporción de (11,5%).

Al igual que las mujeres, la mayoría de los varones que hicieron parte del estudio tienen padres con sus estudios básicos terminados, con un total de 22 sujetos que equivalen a (43,1%) del total de la muestra. En contraparte, la variable menos frecuente entre caballeros es los que tienen padres con estudios técnicos, con un total de 6 muchachos que tienen una proporción de (11,8%).

Tabla 18. Frecuencia de estudiantes según escolaridad de sus padres

Sexo		Frecuencia	Porcentaje
F	Estudios básicos completos	26	42,6
	Estudios básicos incompletos	18	29,5
	Estudios Técnicos	7	11,5
	Profesionales	10	16,4
	Total	61	100,0
M	Estudios básicos completos	22	43,1
	Estudios básicos incompletos	10	19,6

Estudios Técnicos	6	11,8
Profesionales	13	25,5
Total	51	100,0

Fuente de elaboración propia.

7.2.15 Frecuencia de estudiantes según situación marital de los padres

Como se puede observar, en la tabla 19 se presenta que la mayoría de los estudiantes que hicieron parte de la investigación, manifiestan que tienen padres cuya situación marital es unión libre, es decir, que sus padres llevan conviviendo más de dos años juntos, pero estos no son casados, con un total de 45 individuos, de los cuales 28 son mujeres con una proporción de (45,9%) y 17 son hombres con un porcentaje de (33,3%). Seguidos por los que tienen padres casados, con un total de 34 individuos, de los cuales 14 son mujeres con una proporción de (23,0%) y 20 son hombres con una proporción de (39,3%). Luego siguen los jóvenes con padres divorciados o separados, con un total de 30 sujetos, de los cuales 17 son mujeres con una proporción de (27,9%) y 13 son hombres con una proporción de (25,5%).

Por el contrario, la variable con un número más bajo de individuos fue la de adolescentes con padres viudos, con un total de 3 estudiantes, de los cuales 2 son mujeres con una proporción de (3,3%) y uno es hombre con una proporción de (2,0%).

Esto refleja que según las personas que hicieron parte de este estudio, la mayoría de los padres porteños viven en unión libre. Además, que hay más cantidad de adolescentes con padres casados y divorciados-separados que los que tienen padres viudos.

Siguiendo esta misma línea, se observa que la mayoría de las mujeres que hicieron parte del estudio tienen padres cuya situación marital es unión libre, con un

total de 28 damas que tienen una proporción de (45,9%). En contraste, la variable menos frecuente es la de mujeres con padres viudos, con un total de 2 alumnas que tiene una proporción de (3,3%).

A diferencia de las mujeres, la mayoría de los varones que hicieron parte del estudio tienen padres cuya situación marital son casados, con un total de 20 sujetos que equivalen a (39,3%) del total de la muestra. En contraparte, la variable menos frecuente entre caballeros es los que tienen padres viudos, con un total de u muchacho que tienen una proporción de (2,0%).

Tabla 19. Frecuencia de estudiantes según situación marital de los padres

Sexo		Frecuencia	Porcentaje
F	Casados	14	23,0
	Divorciados	17	27,9
	Unión Libre	28	45,9
	Viudos	2	3,3
	Total	61	100,0
M	Casados	20	39,3
	Divorciados	13	25,5
	Unión Libre	17	33,3
	Viudos	1	2,0
	Total	51	100,0

Fuente de elaboración propia.

7.2.16 Frecuencia de estudiantes según número de personas con las que vive

Como se puede observar, en la tabla 20 se presenta que la mayoría de los estudiantes que hicieron parte de la investigación, conviven entre 3 y 4 personas en su hogar, con un total de 61 individuos, de los cuales 32 son mujeres con una proporción de (52,5%) y 29 son hombres con un porcentaje de (56,9%). Seguidos por los que viven con 5 o más personas en su hogar, con un total de 27 individuos, de los cuales 16 son mujeres con una proporción de (26,2%) y 11 son hombres con una proporción de (21,6%).

Por el contrario, la variable con un número más bajo de individuos fue la de adolescentes que viven con una o dos personas en su hogar, con un total de 24 estudiantes, de los cuales 13 son mujeres con una proporción de (21,3%) y 11 son hombres con una proporción de (21,6%).

Esto refleja que según las personas que hicieron parte de este estudio, la mayoría de los adolescentes del municipio conviven en su casa entre 3 y 4 personas. Además, que hay más cantidad de estudiantes que viven con 5 o más personas que los que viven con una o dos. Esto muestra que los hogares porteños tienen una tendencia a tener familias numerosas.

Continuando con los análisis, se observa que la mayoría de las mujeres que hicieron parte del estudio viven entre 3 y 4 personas en su hogar, con un total de 32 damas que tienen una proporción de (52,5%). Sin embargo, la variable menos frecuente es la de mujeres que viven entre una y dos personas en su casa, con un total de 13 alumnas que tiene una proporción de (21,3%).

Por otra parte, la mayoría de los varones que hicieron parte del estudio viven en familias con entre 3 y 4 personas, con un total de 29 sujetos que equivalen a (56,9%) del total de la muestra. No obstante, las variables menos frecuentes entre los caballeros es

los que viven con 5 o más personas, con un total de 11 muchachos que tienen una proporción de (21,6%), junto con los que conviven entre 1 y 2 personas que tienen esta misma proporción.

Tabla 20. Frecuencia de estudiantes según número de personas con las que vive.

Sexo		Frecuencia	Porcentaje
F	5 o más	16	26,2
	Entre 1 y 2	13	21,3
	Entre 3 y 4	32	52,5
	Total	61	100,0
M	5 o más	11	21,6
	Entre 1 y 2	11	21,6
	Entre 3 y 4	29	56,9
	Total	51	100,0

Fuente de elaboración propia.

7.2.17 Frecuencia de estudiantes según con qué frecuencia se ve con sus cuidadores

Como se puede observar, en la tabla 21 se presenta que la mayoría de los estudiantes que hicieron parte del estudio se ven con sus cuidadores frecuentemente, es decir, todos los días; con un total de 96 individuos, de los cuales 53 son mujeres con una proporción de (86,9%) y 43 son hombres con un porcentaje de (84,3%). Después, siguen los que se ven con sus cuidadores esporádicamente (1 vez al mes o más), con un total de 10 individuos, de los cuales 6 son mujeres con una proporción de (9,8%) y 4 son hombres con una proporción de (7,8%).

En contraste, la variable con un número más bajo de individuos fue la de adolescentes que se ven con sus cuidadores algunas veces (Cada 8 días), con un total de

6 estudiantes, de los cuales 2 son mujeres con una proporción de (3,3%) y 4 son hombres con una proporción de (7,8%).

Esto refleja que según las personas que hicieron parte de este muestreo, la mayoría de adolescentes del municipio se ve con sus cuidadores frecuentemente (todos los días). Además, que hay más cantidad de estudiantes que se ven con sus responsables legales esporádicamente (1 vez al mes o más) que los que se ven algunas veces (Cada 8 días). Esto indica que los hogares porteños tienen una tendencia a tener familias donde los cuidadores se ven constantemente con sus jóvenes, pero también, que hay más cuidadores que se ven con sus hijos 1 vez al mes o más, que los que comparten con sus hijos cada semana.

De manera semejante, se observa que la mayoría de mujeres que hicieron parte del estudio se ven con sus cuidadores frecuentemente (todos los días), con un total de 53 damas que tienen una proporción de (86,9%). Sin embargo, la variable menos frecuente es la de mujeres que comparten con sus cuidadores algunas veces (Cada 8 días), con un total de 2 alumnas que tiene una proporción de (3,3%).

Por otra parte, la mayoría de varones que hicieron parte del estudio se ven con sus cuidadores frecuentemente (todos los días), con un total de 43 sujetos que equivalen a (84,3%) del total de la muestra. No obstante, las variables menos frecuentes entre los caballeros es los que se ven con sus cuidadores algunas veces (cada 8 días), con un total de 4 muchachos que tienen una proporción de (7,8%), junto con los que se ven con sus cuidadores esporádicamente (1 vez al mes o más) personas que tienen esta misma proporción.

Tabla 21. Frecuencia de estudiantes según con qué frecuencia se ve con sus cuidadores.

Sexo		Frecuencia	Porcentaje
F	Algunas Veces (Cada 8 días)	2	3,3
	Esporádicamente (1 vez al mes o más)	6	9,8
	Frecuentemente (Todos los días)	53	86,9
	Total	61	100,0
M	Algunas Veces (Cada 8 días)	4	7,8
	Esporádicamente (1 vez al mes o más)	4	7,8
	Frecuentemente (Todos los días)	43	84,3
	Total	51	100,0

Fuente de elaboración propia.

7.2.18 Frecuencia de estudiantes según responsables del hogar

Como se puede observar, en la tabla 22 se presenta que la mayoría de los estudiantes que hicieron parte de la investigación, el responsable del hogar es su padre, es decir, la persona encargada de cubrir los gastos económicos, con un total de 78 individuos, de los cuales 35 son mujeres con una proporción de (57,4%) y 43 son hombres con un porcentaje de (84,3%). Seguidos por los que el responsable del hogar es la madre, con un total de 21 individuos, de los cuales 16 son mujeres con una proporción de (26,2%) y 5 son hombres con una proporción de (9,8%). Luego siguen los jóvenes quienes los responsables del hogar son ambos padres, con un total de 8 sujetos, de los cuales 6 son mujeres con una proporción de (9,8%) y 2 son hombres con una proporción de (3,9%).

Por el contrario, la variable con un número más bajo de individuos fue la de adolescentes cuyos responsables del hogar son cuidadores distintos a los padres como: primos, tíos, abuelos, hermanos, padrastros, padrinos u otros allegados; con un total de 5 estudiantes, de los cuales 4 son mujeres con una proporción de (6,6%) y uno es hombre con una proporción de (2,0%).

Esto significa que según las personas que hicieron parte de este estudio, la mayoría de los padres porteños son los encargados de cubrir los gastos económicos del hogar. Además, que hay más cantidad de adolescentes quien el responsable del hogar es alguno de los dos padres, que los que viven en un hogar el cual sea sostenido por ambos padres. También, se evidencia que en menor medida los adolescentes son mantenidos por cuidadores distintos a los padres.

En cuanto a las mujeres, se observa que en su mayoría el responsable del hogar es el padre, con un total de 35 damas que tienen una proporción de (57,4%). En contraste, la variable menos frecuente es la de mujeres cuyos responsables de la casa son cuidadores distintos a los padres, con un total de 4 alumnas que tiene una proporción de (6,6%).

Por su parte, la mayoría de los varones que hicieron parte del estudio el responsable de su hogar es el padre, con un total de 43 sujetos que equivalen a (84,3%) del total de la muestra. No obstante, la variable menos frecuente entre caballeros es los que son sostenidos por cuidadores distintos a los padres, con un total de un muchacho que tiene una proporción de (2,0%).

Tabla 22. Frecuencia de estudiantes según responsables del hogar.

Sexo		Frecuencia	Porcentaje
F	Ambos padres	6	9,8
	Cuidadores distintos a los padres	4	6,6
	Madre	16	26,2
	Padre	35	57,4
	Total	61	100,0
M	Ambos padres	2	3,9
	Cuidadores distintos a los padres	1	2,0
	Madre	5	9,8
	Padre	43	84,3
	Total	51	100,0

Fuente de elaboración propia.

7.2.19 Frecuencia de estudiantes según tipo de trabajo de las personas de quien depende

Como se puede observar, en la tabla 23 se presenta que la mayoría de los estudiantes que hicieron parte de la investigación, el responsable del hogar posee un trabajo formal, con un total de 84 individuos, de los cuales 42 son mujeres con una proporción de (68,9%) y 42 son hombres con un porcentaje de (82,4%). Luego siguen, los que las personas de quien depende tienen un trabajo informal, con un total de 27 individuos, de los cuales 19 son mujeres con una proporción de (31,1%) y 8 son hombres con una proporción de (15,7%).

Por el contrario, la variable con un número más bajo de individuos fue la de adolescentes cuyos responsables del hogar se encuentran desempleados; con un total de un sólo un hombre con una proporción de (2,0%).

Esto significa que según las personas que hicieron parte del muestreo, la mayoría de personas que sostienen los hogares porteños tienen trabajos formales. Además, que hay más cantidad de adolescentes quien el responsable del hogar tiene un trabajo informal, que los que viven en un hogar en el cual estos se encuentran desempleados. También, se evidencia que no hay ni una sola mujer cuyos cuidadores se encuentren desempleados, en comparación con los hombres en donde sí se reportó un caso de una familia donde las personas que sostienen el hogar se encuentran cesantes. Así mismo, esta tabla refleja que en la mayoría de los hogares porteños los encargados de sostener económicamente a las familias poseen algún tipo de trabajo, ya sea formal o informal y que el porcentaje de personas desempleadas fue poco significativo.

En cuanto a las mujeres, se observa que en su mayoría el responsable del hogar tiene un trabajo formal, con un total de 41 señoritas que tienen una proporción de (68,9%). En contraste, la variable menos frecuente es la de mujeres cuyos responsables de la casa tienen un trabajo informal, con un total de 19 alumnas que tienen una proporción de (31,1%).

Por otra parte, la mayoría de varones que hicieron parte del estudio el responsable de su hogar tiene un trabajo formal, con un total de 42 sujetos que equivalen a (82,4%) del total de la muestra. No obstante, la variable menos frecuente entre caballeros es los que son sostenidos por cuidadores que se encuentran cesantes, con un total de un muchacho que tiene una proporción de (2,0%).

Tabla 23. Frecuencia de estudiantes según tipo de trabajo de las personas de quien depende.

Sexo		Frecuencia	Porcentaje
F	Formal	42	68,9
	Informal	19	31,1
	Total	61	100,0
M	Desempleados	1	2,0
	Formal	42	82,4
	Informal	8	15,7
	Total	51	100,0

Fuente de elaboración propia.

7.2.20 Frecuencia de estudiantes según tiempo que dedican sus cuidadores al trabajo diarias.

Como se puede observar, en la tabla 24 se presenta que la mayoría de los estudiantes que hicieron parte de la investigación, los responsables del hogar tienen un empleo en el cual laboran de a 8 horas en adelante al día, con un total de 45 individuos, de los cuales 22 son mujeres con una proporción de (36,1%) y 23 son hombres con un porcentaje de (45,1%). En segundo lugar, se encuentran los adolescentes cuyos responsables del hogar trabajan de 7 a 8 horas, con un total de 34 individuos, de los cuales 17 son mujeres con una proporción de (27,9%) y 17 son hombres con una proporción de (33,3%). En tercera medida, siguen los jóvenes quienes los responsables del hogar trabajan 4 o menos horas diarias, con un total de 20 sujetos, de los cuales 12 son mujeres con una proporción de (19,6%) y 8 son hombres con una proporción de (15,7%).

Contrariamente, la variable con un número más bajo de individuos fue la de adolescentes cuyos responsables trabajan de 4 a 6 horas diarias; con un total de 13 estudiantes, de los cuales 10 son mujeres con una proporción de (16,4%) y 3 son hombres con una proporción de (5,9%).

Esto significa que según las personas que hicieron parte del proyecto, la mayoría de cuidadores porteños tienen trabajos en los cuales les toca laborar 8 o más horas. Es importante decir, que esto es algo que debe tener un análisis multifactorial y que en este proyecto de grados no se pretende hacer una relación causal completa de por qué los padres deben laborar tantas horas diarias. Sin embargo, se van a mencionar algunos efectos que puede traer que los padres mantengan tanto tiempo ocupados en sus oficios laborales.

En primer lugar, que el hecho que los cuidadores trabajen tantas horas diarias tiene que ver con la economía del pueblo, muchos de esos cuidadores deben tener varios empleos o tener horarios extensos para poder tener los suficientes recursos para sacar adelante a sus hijos. En segundo lugar, a estos cuidadores tener que trabajar tantas horas diarias, hace que sus hijos estén muchos más expuestos a factores de riesgo como el consumo de sustancias psicoactivas, al embarazo adolescente, o a sufrir síntomas depresivos y ansiosos.

Tabla 24. Frecuencia de estudiantes según tiempo que dedican sus cuidadores al trabajo diarias.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
F	4 a 6 horas	10 16,4
	4 o menos horas	12 19,6
	7 a 8 horas	17 27,9

	8 horas en adelante	22	36,1
	Total	61	100,0
M	4 a 6 horas	3	5,9
	4 o menos horas	8	15,7
	7 a 8 horas	17	33,3
	8 horas en adelante	23	45,1
	Total	51	100,0

Fuente de elaboración propia.

7.2.21 Frecuencia de estudiantes según personas que conforman el núcleo familiar dónde vives.

En la tabla 25, se puede evidenciar que la mayoría de los estudiantes hacen parte de una familia nuclear, es decir, que conviven con sus dos padres y uno o más hermanos. Para especificar esto, se puede resaltar frente a la muestra, que la proporción de mujeres que hacen parte de este tipo de familia es de 27 mujeres lo que equivale a un (44,3%), por el contrario, la cantidad de hombres es de 28 con una proporción de (54,9%). Luego siguen los adolescentes que hacen parte de una familia extensa, o sea, que viven padres, hijos, primos, abuelos, tíos o allegados; con un total de 41 estudiantes, de los cuales 20 son mujeres con una proporción de (32,8%) y 21 son hombres con una proporción de (41,2%).

Pero, la variable con un número más bajo de individuos fue para los casos de familias monoparentales, es decir, que hay un adulto con varios hijos, de este modo, al analizar la muestra de los 16 sujetos evaluados 14 son mujeres que equivale (22,9%) y 2 son hombres que equivale a (3,9%).

Así mismo, se observa que la mayoría de mujeres que hicieron parte del estudio viven en una familia nuclear, con un total de 27 damas que tienen una proporción de (44,3%). Sin embargo, la variable menos frecuente es la de mujeres que hacen parte de una familia monoparental, con un total de 14 alumnas que tiene una proporción de (22,9%).

Por otra parte, la mayoría de varones que hicieron parte del estudio viven en una familia nuclear, con una cantidad de 28 sujetos que equivalen a (54,9%) del total de la muestra. No obstante, la variable menos frecuente es la de caballeros que hacen parte de una familia monoparental, con un total de 2 muchachos que tienen una proporción de (3,9%).

Tabla 25. Frecuencia de estudiantes según personas que conforman el núcleo familiar dónde vives

Sexo		Frecuencia	Porcentaje
F	Extensa	20	32,8
	Monoparental	14	22,9
	Nuclear	27	44,3
	Total	61	100,0
M	Extensa	21	41,2
	Monoparental	2	3,9
	Nuclear	28	54,9
	Total	51	100,0

Fuente de elaboración propia.

7.2.22 Frecuencia de estudiantes según estabilidad laboral de las personas de quien usted depende.

En la tabla X, se puede percibir que la mayoría de los estudiantes tienen unos cuidadores con un trabajo fijo, es decir, tienen un trabajo en el cual laboran hace bastante tiempo. Para explicar esto, se puede decir frente a la muestra, que la proporción de mujeres que tienen cuidadores con este tipo de empleo es de 41 mujeres lo que equivale a un (67,2%), por el contrario, la cantidad de hombres es de 38 con una proporción de (74,5%). Luego siguen los adolescentes con cuidadores con un trabajo inestable, o sea, que tienen trabajo actualmente pero que en cualquier momento pueden quedar cesantes; con un total de 29 estudiantes, de los cuales 18 son mujeres con una proporción de (29,5%) y 11 son hombres con una proporción de (21,6%).

Posteriormente, siguen los jóvenes con cuidadores desempleados; con un total de 3 estudiantes, de los cuales 2 son mujeres con una proporción de (3,3%) y uno es hombre con una proporción de (2,0%). Finalmente, la variable con un número más bajo de individuos fue para los casos de cuidadores pensionados, con un total de un hombre que equivale a (2,0%).

Esto significa que según las personas que hicieron parte del proyecto, la mayoría de cuidadores porteños tienen trabajos estables, ya sean formales o informales, pero que les permiten sostener sus hogares de manera continua. Es importante decir, que es significativo que no haya ni una sola mujer que posea cuidadores que se encuentren pensionados y que en el caso de los hombres apenas haya un alumno que cumpla con este criterio. Al final, esta tabla termina siendo un respaldo a la creencia que se tiene en el país que acceder a una pensión en Colombia es algo sumamente complejo.

Por otro lado, se observa que la mayoría de mujeres que hicieron parte del estudio tienen cuidadores con un trabajo fijo, con un total de 41 señoritas que tienen una proporción de (67,2%). Por el contrario, la variable menos frecuente es la de mujeres cuyos cuidadores se encuentran desempleados, con un total de 2 alumnas que tiene una proporción de (3,3%).

Para terminar con el análisis, hay que decir que la mayoría de varones que hicieron parte del estudio tienen cuidadores con trabajos fijos, con una cantidad de 38 sujetos que equivalen a (74,5%) del total de la muestra. No obstante, la variable menos frecuente es la de caballeros cuyos padres se encuentran pensionados, con un total de un adolescente que tiene una proporción de (2,0%).

Tabla 26. Frecuencia de estudiantes según estabilidad laboral de las personas de quien usted depende.

Sexo		Frecuencia	Porcentaje
F	Desempleado	2	3,3
	Inestable	18	29,5
	Trabajo fijo	41	67,2
	Total	61	100,0
M	Desempleado	1	2,0
	Inestable	11	21,6
	Pensionado	1	2,0
	Trabajo fijo	38	74,5
	Total	51	100,0

Fuente de elaboración propia.

7.2.23 Frecuencia de estudiantes según situación jurídica de los cuidadores.

Como se puede observar, en la tabla 27 se presenta que la mayoría de los estudiantes que hicieron parte de la investigación, manifiestan que sus padres no tienen problemas jurídicos, es decir, que no están reportados al data crédito, no han estado presos, no han sido demandados o no tienen ningún tipo de denuncia legal en su contra; con un total de 97 individuos, de los cuales 53 son mujeres con una proporción de (86,9%) y 44 son hombres con una proporción de (86,3%). Por el contrario, la variable con un número más bajo de individuos fue la de cuidadores que tienen problemas jurídicos, es decir que en alguna ocasión o en la actualidad han tenido algún lío legal; con un total de 15 estudiantes, de los cuales 8 son mujeres con un porcentaje de (13,1%) y 7 son hombres con una proporción de (13,7%).

Esto significa que según las personas que hicieron parte del proyecto, la mayoría de los cuidadores porteños no tienen inconvenientes jurídicos y que los que sí tienen problemas son pocos en comparación con los que llevan una vida cívica sin ningún tipo de conflictos legales. Sin embargo, se debe tener en cuenta que en este tipo de preguntas los adolescentes tienden a ocultar en ocasiones la verdad, debido a la vergüenza que les genera contestar las preguntas al lado de otros compañeros.

Habría que decir también, que la mayoría de mujeres que hicieron parte del estudio dicen que sus cuidadores no tienen problemas legales, con un total de 53 señoritas que tienen una proporción de (86,9%). En contraste, la variable menos frecuente es la de mujeres con cuidadores con algún tipo de conflicto legal, con un total de 8 alumnas que tienen una proporción de (13,1%).

Al igual que las mujeres, la mayoría de los varones que hicieron parte del muestreo dicen que sus cuidadores no tienen problemas jurídicos, con un total de 44 sujetos que equivalen a (86,3%) del total de la muestra. Sin embargo, la variable menos frecuente entre caballeros es la de los casos en los que los cuidadores si tienen problemas jurídicos, con un total de 7 estudiantes que tienen una proporción de (13,7%).

Tabla 27. Frecuencia de estudiantes según situación jurídica de los cuidadores.

Sexo		Frecuencia	Porcentaje
F	Con problemas jurídicos	8	13,1
	Sin problemas jurídicos	53	86,9
	Total	61	100,0
	M	Con problemas jurídicos	7
	Sin problemas jurídicos	44	86,3
	Total	51	100,0

Fuente de elaboración propia.

7.2.24 Frecuencia de estudiantes según usted o alguno de los familiares con quienes vive ha sido víctima.

Como se puede observar, en la tabla 28 se presenta que la mayoría de los estudiantes que hicieron parte de la investigación, manifiestan que no hay víctimas del conflicto armado en su familia, con un total de 94 individuos, de los cuales 53 son mujeres con una proporción de (86,9%) y 41 son hombres con un porcentaje de (80,4%). Por el contrario, la variable con un número más bajo de individuos, fue la de los jóvenes que tienen algún familiar que ha sido víctima, con un total de 18 estudiantes, de los cuales 8

son mujeres con una proporción de (13,1%) y 10 son hombres con un porcentaje de (19,6%).

Esto indica, que la mayoría de los adolescentes porteños no tienen dentro de sus familias algún allegado que haya sido víctima del conflicto armado interno (CAI). Este resultado es contundente, porque es incoherente con la forma como se ha desarrollado la guerra en el territorio nacional, en donde el Magdalena Medio ha sido una de las zonas más afectadas por el enfrentamiento entre los diferentes actores armados. Con esto se quiere decir, que quizás hay otras razones por las cuales se pudo haber alterado el resultado dentro de esta variable, como, por ejemplo, la poca claridad en el concepto de víctima y la estigmatización que puede generar serlo dentro del imaginario de los adolescentes.

Además, la mayoría de mujeres que hicieron parte del estudio dicen que no tienen familiares que hayan sido víctimas del CAI, con un total de 53 individuos que tienen una proporción de (86,9%). Sin embargo, la variable menos frecuente es la de mujeres que tienen algún familiar que sí ha sido víctima, con un total de 8 alumnas que tienen una proporción de (13,1%).

Por otra parte, la mayoría de varones que hicieron parte del estudio dicen que no tienen familiares víctimas del CAI, con un total de 41 sujetos que equivalen a (80,4%) del total de la muestra. Aunque, la variable menos común entre caballeros es los que sí tienen familiares víctimas, con un total de 10 muchachos que tienen una proporción de (19,6%).

Tabla 28.. Frecuencia de estudiantes según usted o alguno de los familiares con quiénes vive ha sido víctima.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
-------------	-------------------	-------------------

F	No	53	86,9
	Sí	8	13,1
	Total	61	100,0
M	No	41	80,4
	Sí	10	19,6
	Total	51	100,0

Fuente de elaboración propia.

7.2.25 Frecuencia de estudiantes según antecedentes de enfermedades de salud mental en su familia.

En la tabla 29, se puede observar que la mayoría de los estudiantes dicen que no tienen antecedentes de enfermedades mentales en su familia, es decir, que, dentro de su familia en las generaciones anteriores, nadie tuvo alguna psicopatología. Para explicar esto, se puede decir frente a la muestra, que la proporción de personas que no tienen este tipo de antecedentes es de 98, de las cuales 51 mujeres lo que equivale a un (83,6%), por el contrario, la cantidad de hombres es de 47 con una proporción de (92,2%). Luego, siguen los adolescentes que tienen antecedentes de enfermedad mental en su familia en segundo grado de consanguinidad, o sea, que tuvieron o tienen un hermano/a o un abuelo/a con alguna enfermedad mental; con un total de 7 estudiantes, de los cuales 5 son mujeres con una proporción de (8,2%) y 2 son hombres con una proporción de (4,0%).

Posteriormente, siguen los jóvenes con un pariente que ha tenido alguna enfermedad mental en el primer grado de consanguinidad, es decir, que alguno de los padres a padecido algún trastorno mental; con un total de 4 estudiantes, de los cuales 2 son mujeres con una proporción de (3,3%) y 2 son hombres con una proporción de (4,0%). Finalmente, la variable con un número más bajo de individuos fue para los

casos de jóvenes que tienen familiares con antecedentes de enfermedad mental en el tercer grado de consanguinidad, es decir, que tienen uno o más familiares (bisabuelo/a, un tío/a o un sobrino/a) que padeció o actualmente tiene una enfermedad mental, con un total de 3 mujeres que equivalen a (4,9%).

Esto indica que según las personas que hicieron parte del proyecto, la mayoría de jóvenes porteños no tienen dentro de su familia parientes que hayan tenido o que tengan alguna psicopatología. Es importante decir, que es significativo que no haya ni un solo hombre que posea antecedentes de enfermedades mentales en el tercer grado de consanguinidad en su familia, en comparación con las damas en las que se reportaron 3 casos en los que se cumple con este criterio.

Por otro lado, se observa que la mayoría de mujeres que hicieron parte del estudio no tienen antecedentes de enfermedades mentales en su familia, con un total de 51 señoritas que tienen una proporción de (83,6%). Por el contrario, la variable menos frecuente es la de mujeres que sí tienen antecedentes de algún trastorno mental en el primer grado de consanguinidad en su familia, con un total de 2 alumnas que tiene una proporción de (3,3%).

Culminando con este análisis, hay que decir que la mayoría de varones que hicieron parte del estudio no tienen antecedentes de trastornos mentales en la familia, con una cantidad de 47 sujetos que equivalen a (92,0%) del total de la muestra. En contraste, las variables menos frecuentes son las de caballeros cuyos familiares han padecido alguna psicopatología en primer grado de consanguinidad, con un total de 2 adolescentes que tienen una proporción de (4,0%); así mismo, la cantidad de sujetos que tienen antecedentes en segundo grado de consanguinidad es de 2 con esta misma proporción que los anteriores.

Tabla 29. Frecuencia de estudiantes según antecedentes de enfermedades de salud mental en su familia.

Sexo		Frecuencia	Porcentaje
F	No	51	83,6
	Primer grado	2	3,3
	Segundo grado	5	8,2
	Tercer grado	3	4,9
	Total	61	100,0
M	No	47	92,0
	Primer grado	2	4,0
	Segundo grado	2	4,0
	Total	51	100,0

Fuente de elaboración propia.

7.2.26 Frecuencia de estudiantes según religión que práctica su núcleo familiar.

En la tabla 30, se puede evidenciar que la mayoría de los estudiantes hacen parte de una familia cuya religión que práctica es el catolicismo. Para especificar esto, se puede resaltar frente a la muestra, que la cantidad de personas que profesan esta religión es de 91, de las cuales 49 son mujeres lo que equivale a un (80,3%), en contraste, la cantidad de hombres es de 42 con una proporción de (82,4%). Seguidamente, están los adolescentes que hacen parte de un hogar en el cual su núcleo familiar práctica el cristianismo; con un total de 17 educandos, de los cuales 10 son mujeres con una proporción de (16,4%) y 7 son hombres con una proporción de (13,7%).

Pero, la variable con un número más bajo de individuos fue para los casos de familias que practican el ateísmo, es decir, que niegan la existencia de algún Dios o algún ente sobrenatural, de este modo, al analizar la muestra de los 4 sujetos evaluados, 2 son mujeres que equivalen (3,3%) y 2 son hombres que equivalen a (4,0%).

Esto evidencia, que en la mayoría de hogares porteños la religión que se practica más comúnmente es la católica, Apostólica y Romana. Seguida por las personas que practican el cristianismo; es importante aclarar que la religión católica es una rama del cristianismo, o sea, que es derivada de ella, sin embargo, en este contexto el mencionar que se es cristiano es entendido como que se es evangélico o pentecostal. En último lugar, se encuentran los hogares que no profesan ninguna religión, lo que demuestra que en el contexto municipal sigue teniendo una prevalencia alta que se practique algún tipo de religión independientemente de la que sea.

Así mismo, se observa que la mayoría de mujeres que hicieron parte del estudio viven en una familia que practica el catolicismo, con un total de 49 damas que tienen una proporción de (80,3%). Sin embargo, la variable menos frecuente es la de mujeres que practican el ateísmo, con un total de 2 señoritas que tiene una proporción de (3,3%).

Por otra parte, la mayoría de varones que hicieron parte del estudio viven en una familia que practica el catolicismo, con una cantidad de 42 sujetos que equivalen a (82,4%) del total de la muestra. De manera análoga, la variable menos frecuente es la de caballeros que hacen parte de una familia que es atea, con un total de 2 muchachos que tienen una proporción de (4,0%).

Tabla 30. Frecuencia de estudiantes según religión que práctica su núcleo familiar

Sexo		Frecuencia	Porcentaje
F	Ateísmo	2	3,3
	Catolicismo	49	80,3
	Cristianismo	10	16,4
	Total	61	100,0
M	Ateísmo	2	4,0
	Catolicismo	42	82,4
	Cristianismo	7	13,7
	Total	51	100,0

Fuente de elaboración propia.

7.2.27 Frecuencia de estudiantes según simpatiza y práctica esta religión.

Como se puede observar, en la tabla 31 se presenta que la mayoría de los estudiantes que hicieron parte del estudio, manifiestan que simpatizan con la religión que se practica en su núcleo familiar, con un total de 84 sujetos, de los cuales 53 son mujeres con una proporción de (86,9%) y 31 son hombres con un porcentaje de (60,8%). Por el contrario, la variable con un número más bajo de individuos fue la de los jóvenes que no simpatizan con la religión que se profesa en su familia, con un total de 28 estudiantes, de los cuales 8 son mujeres con una proporción de (13,1%) y 20 son hombres con un porcentaje de (39,2%).

Esto indica, que la mayoría de los adolescentes porteños no está en desacuerdo con la religión que se práctica en su hogar. Este resultado es contundente, porque

demuestra como las pautas de crianza terminan teniendo tanta influencia en las creencias de las personas y en algunas elecciones en la vida, como lo es la fe.

Además, la mayoría de mujeres que hicieron parte del estudio dicen que se sienten angustiadas con la religión que practica su núcleo familiar, con un total de 53 individuos que tienen una proporción de (86,9%). Sin embargo, la variable menos frecuente es la de mujeres que no están en la misma línea con la religión que practican en su casa, con un total de 8 alumnas que tienen una proporción de (13,1%).

Para concluir, la mayoría de varones que hicieron parte del estudio dicen que están de acuerdo con la religión que practican en su núcleo familiar, con un total de 31 sujetos que equivalen a (60,8%) del total de la muestra. Aunque, la variable menos común entre caballeros es los que están en desacuerdo con la religión que practican en su hogar, con un total de 20 muchachos que tienen una proporción de (39,2%).

Tabla 31. Frecuencia de estudiantes según simpatiza y práctica esta religión.

Sexo		Frecuencia	Porcentaje
F	No	8	13,1
	Sí	53	86,9
	Total	61	100,0
M	No	20	39,2
	Sí	31	60,8
	Total	51	100,0

Fuente de elaboración propia.

7.3 Descriptivos comparativos de la ansiedad y depresión a partir del BAI y BDI-2

Como se observa en la tabla 32, al realizar el análisis de las puntuaciones medias respecto a los síntomas de ansiedad (BAI), se encuentra que la puntuación más alta es la correspondiente a la subescala de BAI subjetivos (M=4,19). Por el contrario, la subescala de ansiedad con una puntuación media más baja es la de BAI de Pánico (M=1,63). Asimismo, la puntuación media total del instrumento de ansiedad es (M=10,60). Por otra parte, la puntuación media total del inventario de depresión fue (M=8,96). De esto se puede inferir, que las puntuaciones medias más altas son pertenecientes al instrumento de ansiedad. Por lo tanto, esto indica que son mayores los niveles de síntomas ansiosos que los niveles de síntomas depresivos.

Tabla 32. Descriptivos comparativos de la ansiedad y depresión a partir del BAI y BDI-2

Indicadores de ansiedad y depresión	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Típ.
BAI Neurofisiológicos	0	16	3,33	3,109
BAI Subjetivos	0	15	4,19	3,573
BAI De pánico	0	8	1,63	1,720
BAI Autonómicos	0	9	1,96	1,947
BAI TOTAL Ansiedad	0	40	10,60	8,314
BDI2 TOTAL Depresión	0	44	8,96	9,035

Fuente de elaboración propia.

7.3.1 Descriptivos comparativos de BAI y BDI-2 según institución educativa

Al realizar el análisis comparativo de la ansiedad y la depresión respecto a la institución educativa, puede observarse en la tabla 33 que el colegio América es el que presenta una puntuación más alta en los estados neurofisiológicos (M=3,97) los cuales son:

hormigueo o entumecimiento, debilidad en las piernas, mareo o vértigos, sensación de inestabilidad, temblor de manos, temblor generalizado y sensación de irse a desmayar; por el contrario, el colegio Alfonso López es el que tiene una puntuación media más baja ($M= 2,63$) lo cual es reflejado con una diferencia entre las puntuaciones ($Sig.=,593$). Esto indica que la institución educativa América en los ítems que hacen parte de esta subescala en comparación con los otros colegios como: la Normal Superior, la Alfonso López, la Bomboná o la Inmaculada presentó niveles más elevados de síntomas ansiosos.

También, se puede observar que la institución educativa Bomboná es quien presenta una puntuación más alta en los estados subjetivos ($M=4,50$) los cuales son: incapacidad para relajarme, miedo a que suceda lo peor, sensación de estar aterrorizado, nerviosismo, miedo a perder el control y estar asustado; no obstante, el colegio Alfonso López es el que tiene una puntuación media más baja ($M= 3,90$) lo cual es reflejado con una diferencia entre las puntuaciones ($Sig.=,960$). Esto indica que la institución educativa Bomboná en los ítems que hacen parte de esta subescala en comparación con los otros colegios presentó niveles más elevados de síntomas ansiosos.

Además, se puede observar que la institución educativa Bomboná es quien presenta una puntuación más alta en los estados de Pánico ($M=2,00$) los cuales son: taquicardia y sensación de ahogo; en contraste, el colegio La Inmaculada es el que tiene una puntuación media más baja ($M=,93$) lo cual es reflejado con una diferencia entre las puntuaciones ($Sig.= ,550$). Esto demuestra que la institución educativa Bomboná en los ítems que hacen parte de esta subescala en comparación con los otros colegios presentó niveles más elevados de síntomas ansiosos.

Se debe agregar, que la institución educativa Inmaculada es quien presenta una puntuación más alta en los estados autonómicos ($M=2,86$) los cuales son: sudoración e indigestión y molestias en el abdomen; a su vez, el colegio Bomboná es el que tiene una puntuación media más baja ($M=1,30$) lo cual es reflejado con una diferencia entre las puntuaciones ($Sig.= ,158$). Esto demuestra que la institución educativa Bomboná en los ítems que hacen parte de esta subescala en comparación con los otros colegios presentó niveles más elevados de síntomas ansiosos.

Asimismo, se evidencia que la institución educativa La Inmaculada es quien presenta una puntuación más alta en los resultados totales del instrumento de ansiedad ($M=11,43$); por su parte, el colegio Normal Superior es el que tiene una puntuación media más baja ($M=10,07$), lo cual es reflejado con una diferencia entre las puntuaciones ($Sig.=,971$). Siendo la primera, quien tiene niveles de síntomas ansiosos más elevados en comparación con los otros colegios en los resultados totales del instrumento (BAI). Todo esto es llamativo, porque esta institución es la única de carácter privado del municipio. Por eso, termina refutando la idea que se tiene que los estudiantes de los colegios públicos son más propensos a sufrir de ansiedad.

Por otra parte, se puede percibir que la institución educativa La Inmaculada también es quien presenta una puntuación más alta en los resultados totales del instrumento de depresión ($M=13,64$); por su parte, el colegio Alfonso López es el que tiene una puntuación media más baja ($M=7,53$), lo cual es reflejado con una diferencia entre las puntuaciones ($Sig.=,184$). Así pues, siendo la primera quien tiene niveles más elevados de síntomas depresivos en comparación con los otros colegios en los resultados totales del instrumento (BDI-2). Esto es interesante, porque refleja que este colegio no solamente puntuó más alto en los síntomas ansiosos, sino que también lo hizo en los síntomas depresivos.

Tabla 33. Análisis comparativo del BAI y BDI2 según Institución Educativa

Institución Educativa		BAI Neurofisiológicos	BAI Subjetivos	BAI Depánico	BAI Autonomías	BAIT OTAL	BDI2T OTAL
Alfonso López	Media	2,63	3,90	1,77	2,20	10,10	7,53
	Desv. Típ.	1,956	2,845	1,524	1,495	5,683	5,894
Bombo ná	Media	3,10	4,50	2,00	1,30	10,60	8,40
	Desv. Típ.	4,864	4,116	2,708	2,058	12,721	9,252
I.E. América	Media	3,97	4,48	1,59	2,00	11,24	10,17
	Desv. Típ.	3,190	4,146	1,637	2,000	9,082	9,181
Inmaculada	Media	3,50	4,43	,93	2,86	11,43	13,64
	Desv. Típ.	3,956	4,569	1,685	3,009	10,790	12,774
Normal superior	Media	3,41	3,97	1,72	1,45	10,07	7,17
	Desv. Típ.	2,885	3,099	1,623	1,502	7,121	9,056
Total	Media	3,33	4,19	1,63	1,96	10,60	8,96
	Desv. Típ.	3,109	3,573	1,720	1,947	8,314	9,035

Fuente de elaboración propia.

Es importante mencionar que, aunque la tabla 34 muestra diferencias en las puntuaciones en cuanto a los síntomas de ansiedad y depresión en los diferentes colegios del municipio. Estas diferencias no son significativas estadísticamente, ya que se encuentran por encima de ($,005$) y lo ideal es que estas se encontrasen por debajo de esta misma puntuación. Por lo tanto, la información arrojada por esta tabla, aunque demuestra a simple vista que hay colegios que deberían ser intervenidos en estos tipos de sintomatologías, la significatividad estadística de ANOVA refleja que estos datos son poco confiables.

Tabla 34. Significatividad de ANOVA del BAI y BDI- 2 según Institución Educativa

			Suma de	Gl	Media	F	ANOV
			cuadrad		cuadrátic		A Sig.
			os		a		
BAI	Inter-	(Combinada	27,410	4	6,853	,701	,593
Neurofisiológic	grupo	s)					
os * Institución	s						
Educativa	Intra-grupos		1045,367	10	9,770		
				7			
	Total		1072,777	11			
				1			
BAI Subjetivos	Inter-	(Combinada	8,227	4	2,057	,156	,960
* Institución	grupo	s)					
Educativa	s						
	Intra-grupos		1408,835	10	13,167		
				7			

	Total		1417,063	11			
				1			
BAI De pánico	Inter- (Combinada	9,127	4	2,282	,765	,550	
* Institución	grupo s)						
Educativa	s						
	Intra-grupos	319,123	10	2,982			
			7				
	Total	328,250	11				
			1				
BAI	Inter- (Combinada	24,990	4	6,248	1,68	,158	
Autonómicos *	grupo s)				9		
Institución	s						
Educativa	Intra-grupos	395,787	10	3,699			
			7				
	Total	420,777	11				
			1				
BAI TOTAL *	Inter- (Combinada	37,219	4	9,305	,130	,971	
Institución	grupo s)						
Educativa	s						
	Intra-grupos	7635,701	10	71,362			
			7				
	Total	7672,920	11				
			1				
BDI2 TOTAL *	Inter- (Combinada	506,500	4	126,625	1,58	,184	

Institución	grupo s)			4
Educativa	s			
	Intra-grupos	8555,357	10	79,957
			7	
	Total	9061,857	11	
			1	

Fuente de elaboración propia.

7.3.2 Descriptivos comparativos de BAI y BDI-2 según la edad en meses

Al realizar el análisis comparativo de la ansiedad y la depresión respecto a la edad en meses, puede observarse en la tabla 35, que las edades que presentan unas puntuaciones medias más altas ($M=4,00$) en los estados neurofisiológicos son la de 15 años a 15 años y 5 meses y la de 16 años y 6 meses en adelante, estos síntomas fueron mencionados en la variable anterior; por el contrario, la edad de 16 años a 16 años y 5 meses es quien tiene una puntuación media más baja ($M= 2,74$) lo cual es reflejado con una diferencia entre las puntuaciones ($\text{Sig.} = ,895$). Así pues, las dos primeras edades en los ítems que hacen parte de esta subescala en comparación con los otros rangos de edades presentaron niveles más elevados de síntomas ansiosos.

También, se puede observar que el rango de edad de 15 años a 15 años y 5 meses es quien presenta una puntuación más alta en los estados subjetivos ($M=4,92$) los cuales fueron mencionados en la anterior variable; no obstante, el rango de edad de 16 años a 16 años y 5 meses es el que tiene una puntuación media más baja ($M= 3,79$) lo cual es reflejado con una diferencia entre las puntuaciones ($\text{Sig.} = ,832$). Esto indica que el primer rango de edad en los ítems que hacen parte de esta subescala en comparación con las otras edades presentó niveles más elevados de síntomas ansiosos.

Además, se puede observar que la edad entre 16 años y 6 meses en adelante es quien presenta una puntuación más alta en los estados de Pánico ($M=2,43$) los cuales ya se mencionaron; en contraste, el rango de edad entre 14 años a 14 años 5 meses es el que tiene una puntuación media más baja ($M=1,00$) lo cual es reflejado con una diferencia entre las puntuaciones ($Sig.=,168$). Esto demuestra, que el primer rango de edad mencionado al comienzo del párrafo fue el que presentó niveles más elevados de síntomas ansiosos en comparación con las otras edades.

Se debe agregar, que la edad entre 14 años 6 meses a 14 años 11 meses es quien presenta una puntuación más alta en los estados autonómicos ($M=2,37$) los cuales ya se dijeron en otra ocasión; a su vez, el rango de edad entre 16 años a 16 años y 5 meses es el que tiene una puntuación media más baja ($M=1,47$) lo cual es reflejado con una diferencia entre las puntuaciones ($Sig.=,397$). Esto demuestra que esta primera edad en los ítems que hacen parte de esta subescala en comparación con las otras presentó niveles más elevados de síntomas ansiosos.

Asimismo, se evidencia que la edad entre 16 años y 6 meses en adelante es quien presenta una puntuación más alta en los resultados totales del instrumento de ansiedad ($M=12,14$); por su parte, la edad entre 16 años a 16 años y 5 meses es la que tiene una puntuación media más baja ($M=9,26$), lo cual es reflejado con una diferencia entre las puntuaciones ($Sig.=,886$). Esto significa, que la primera edad es quien tiene niveles de síntomas ansiosos más elevados en comparación con los otros rangos en los resultados totales del instrumento (BAI).

Por otra parte, se puede percibir que el rango de edad entre 14 años a 14 años 5 meses es quien presenta una puntuación más alta en los resultados totales del instrumento de depresión ($M=10,55$); por su parte, el rango de edad entre 16 años a 16

años y 5 meses es el que tiene una puntuación media más baja ($M=7,21$), lo cual es reflejado con una diferencia entre las puntuaciones ($Sig.=,634$). Siendo el primer rango de edad, quien tiene niveles más elevados de síntomas depresivos en comparación con los otros rangos en los resultados totales del instrumento (BDI-2).

Tabla 35. Descriptivos comparativos de BAI y BDI-2 según la edad en meses

Edad	en	BAI	BAI	BAI	BAI	BAI	BDI2
meses		Neurofisiológico	Subjetivos	De pánico	Autonómicos	TOTAL	TOTAL
14 años 6 meses	Medi	3,48	4,33	1,52	2,37	11,19	9,15
a 14 años 11 meses	Desv	3,068	3,552	1,695	1,801	8,072	10,683
	. Típ.						
14 años a a	Medi	3,32	3,86	1,00	2,05	9,73	10,55
14 años 5 meses	Desv	3,315	4,212	1,574	2,126	9,558	11,036
	. Típ.						
15 años a a	Medi	4,00	4,92	1,77	1,77	11,77	9,62
15 años	Desv	2,887	3,904	1,481	1,739	8,126	7,730

años y . Típ.							
5							
meses							
15	Medi	3,08	4,21	1,83	1,88	10,71	8,33
años y a							
6	Desv	2,812	3,092	1,786	2,309	7,590	8,052
meses . Típ.							
a 15							
años y							
11							
meses							
16	Medi	2,74	3,79	1,84	1,47	9,26	7,21
años a a							
16	Desv	2,257	2,879	1,500	1,611	5,782	5,287
años y . Típ.							
5							
meses							
16	Medi	4,00	4,29	2,43	2,00	12,14	9,00
años y a							
6	Desv	5,859	5,024	2,760	2,082	14,416	10,770
meses . Típ.							
en							
adelant							
e							
Total	Medi	3,33	4,19	1,63	1,96	10,60	8,96

a

Desv	3,109	3,573	1,720	1,947	8,314	9,035
------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

. Típ.

Fuente de elaboración propia.

Para concluir, es importante mencionar que si bien la tabla 36 muestra diferencias en las puntuaciones en cuanto a los síntomas de ansiedad y depresión en las diferentes edades. Estas diferencias no son significativas estadísticamente, ya que se encuentran por encima de (.005) y los resultados arrojan significatividad solo cuando se encuentran por debajo de esta puntuación. Por lo tanto, la información arrojada por esta tabla, aunque demuestra a simple vista que hay rangos de edades que son más propensos a sufrir de ansiedad y depresión; la significatividad estadística de ANOVA refleja que estos datos son poco confiables.

Tabla 36. Significatividad de ANOVA del BAI y BDI-2 Según la Edad en Meses

	Suma de cuadrados	Gl	Media cuadrática	F	ANOVA Sig.
BAI Inter- (Combinadas) Neurofisiológicos grupos	2,175	2	1,087	,111	,895
* Edad en meses Intra-grupos	1070,602	109	9,822		
Total	1072,777	111			
BAI Subjetivos * Inter- (Combinadas) Edad en meses grupos	4,762	2	2,381	,184	,832
Intra-grupos	1412,301	109	12,957		
Total	1417,063	111			
BAI De pánico * Inter- (Combinadas)	10,574	2	5,287	1,814	,168

Edad en meses	grupos					
	Intra-grupos	317,676	109	2,914		
	Total	328,250	111			
BAI	Inter- (Combinadas)	7,065	2	3,533	,931	,397
Autonómicos *	grupos					
Edad en meses	Intra-grupos	413,711	109	3,796		
	Total	420,777	111			
BAI TOTAL *	Inter- (Combinadas)	16,997	2	8,499	,121	,886
Edad en meses	grupos					
	Intra-grupos	7655,922	109	70,238		
	Total	7672,920	111			
BDI2 TOTAL *	Inter- (Combinadas)	75,518	2	37,759	,458	,634
Edad en meses	grupos					
	Intra-grupos	8986,339	109	82,443		
	Total	9061,857	111			

Fuente de elaboración propia.

7.3.5 Descriptivos comparativos de BAI y BDI-2 según sexo

Al realizar el análisis comparativo de la ansiedad y la depresión respecto al sexo, puede observarse en la tabla 37 que las mujeres presentan una puntuación más alta en los estados neurofisiológicos ($M=4.15$) los cuales son: mareo o vértigos, sensación de inestabilidad, temblor de manos, temblor generalizado y sensación de irse a desmayar, respecto a la puntuación obtenida por los hombres ($M= 2.35$) lo cual es reflejado con una diferencia significativa entre las puntuaciones ($Sig.=0,02$). Esto indica que las mujeres en los ítems que hacen parte de esta subescala en comparación con los hombres presentaron niveles más elevados de síntomas ansiosos.

También, se puede observar que las mujeres presentan una puntuación más alta en los estados subjetivos ($M=5,20$) los cuales son: Incapacidad para relajarme, miedo a que suceda lo peor, sensación de estar aterrorizado, nerviosismo, miedo a perder el control y estar asustado, respecto a la puntuación obtenida por los hombres ($M= 2,98$), lo cual es reflejado con una diferencia significativa entre las puntuaciones ($Sig.=0,01$). Lo cual significa, que las mujeres en los ítems que hacen parte de esta subescala en comparación con los hombres también presentaron niveles más elevados de síntomas ansiosos.

Asimismo, se puede observar que las mujeres presentan una puntuación más alta en los resultados totales del instrumento de ansiedad ($M=12,74$) respecto a la puntuación obtenida por los hombres ($M= 8,04$), lo cual es reflejado con una diferencia significativa entre las puntuaciones ($Sig.=0,03$). Esto refleja, que las mujeres de acuerdo a los resultados encontrados por la investigación en cuanto a esta variable presentan índices más elevados de ansiedad que los hombres.

Por otra parte, se puede evidenciar de acuerdo a la tabla 37 que las mujeres también presentan una puntuación más alta en los resultados arrojados por el instrumento de depresión ($M=10,97$) respecto a la puntuación obtenida por los hombres ($M= 6,57$), lo cual es reflejado con una diferencia significativa entre las puntuaciones ($Sig.=0,10$). Esto indica que las mujeres de acuerdo a los resultados encontrados por la investigación en cuanto a esta variable presentan índices más elevados de depresión que los hombres.

Tabla 37. Descriptivos comparativos de BAI y BDI-2 según sexo

Sexo		BAI	BAI	BAI	BAI	BAI	BDI2
		Neurofisiológicos	Subjetivos	De pánico	Autonómicos	TOTAL	TOTAL
F	Media	4,15	5,20	1,75	2,25	12,74	10,97
	Desv.						
	Típ.	3,027	3,600	1,886	2,188	8,304	10,205
M	Media	2,35	2,98	1,47	1,61	8,04	6,57
	Desv.						
	Típ.	2,945	3,172	1,501	1,563	7,645	6,748
Total	Media	3,33	4,19	1,63	1,96	10,60	8,96
	Desv.						
	Típ.	3,109	3,573	1,720	1,947	8,314	9,035

Fuente de elaboración propia.

La tabla 38 muestra diferencias en las puntuaciones en cuanto a los síntomas de ansiedad y depresión en ambos sexos. Estas diferencias no son significativas estadísticamente para la subescala BAI de pánico porque esta tuvo una (Sig.=,387), tampoco lo son para la subescala BAI autonómicos con una (Sig.= ,084); ya que se encuentran por encima de (,005) y los resultados arrojan significatividad solo cuando se encuentran por debajo de esta puntuación.

Sin embargo, la información arrojada por esta tabla, demuestra que hay algunas subescalas que, si presentaron significatividad, dentro de estas destacan: la de BAI estados neurofisiológicos con una (Sig.=,002); la de BAI estados subjetivos con una

(Sig.= ,001); los resultados totales del BAI tuvieron una (Sig.= ,003) y los resultados del BDI-2 arrojaron una (Sig.= ,010). Esto indica que, algunos grupos de edades son más vulnerables a sufrir de ansiedad y depresión; debido a que la significatividad estadística de ANOVA refleja que estos datos son representativos.

Tabla 38. Significatividad de ANOVA del BAI y BDI-2 según Sexo

		Suma de		Media		ANOV
		cuadrado	G	cuadrático	F	A Sig.
		s	l	a		
BAI Neurofisiológicos * Sexo	Inter- (Combinadas grupo)	89,458	1	89,458	10,007	,002
	Intra-grupos	983,319	11	8,939		
	Total	1072,777	11			
BAI Subjetivos * Sexo	Inter- (Combinadas grupo)	136,443	1	136,443	11,720	,001
	Intra-grupos	1280,620	11	11,642		
	Total	1417,063	11			
BAI De pánico * Sexo	Inter- (Combinadas grupo)	2,233	1	2,233	,753	,387

	Intra-grupos	326,017	11	2,964		
	Total	328,250	11			
BAI	Inter- (Combinadas					
Autonómicos	* grupo)	11,308	1	11,308	3,038	,084
Sexo	s					
	Intra-grupos	409,468	11	3,722		
	Total	420,777	11			
BAI TOTAL	* Inter- (Combinadas					
Sexo	grupo)	613,195	1	613,195	9,554	,003
	s					
	Intra-grupos	7059,725	11	64,179		
	Total	7672,920	11			
BDI2 TOTAL	* Inter- (Combinadas					
Sexo	grupo)	537,413	1	537,413	6,935	,010
	s					
	Intra-grupos	8524,444	11	77,495		
	Total	9061,857	11			
			1			

Fuente de elaboración propia.

7.3.6 Descriptivos comparativos de BAI y BDI-2 según consumo de sustancias

Al realizar el análisis comparativo de la ansiedad y la depresión respecto a la variable consumo de sustancias. No se encontraron resultados significativos relacionados con los síntomas depresivos.

No obstante, como se puede observar en la tabla 39, frente al consumo de sustancias en los adolescentes hubo unas marcadas diferencias en cuanto a los síntomas ansiosos. Por ello es evidente que los resultados fueron distintos: Los jóvenes que consumen más de una sustancia psicoactiva obtuvieron una puntuación media más alta en la Subescala de estados subjetivos, siendo estos estados los mismos que ya se describieron con anterioridad, de este modo, esta subescala arrojó una puntuación de (M=5,79) que aquellos que sólo consumen alcohol, en contraste, estos tienen una puntuación (M=4,68). Otro dato, muestra como aquellos jóvenes que no consumen drogas obtuvieron las puntuaciones más bajas de ansiedad: (M=3,44) lo cual es reflejado con una diferencia significativa entre las puntuaciones (Sig.= ,046).

Los muchachos que consumen más de una sustancia psicoactiva obtuvieron una puntuación media más alta en la Subescala de estados autonómicos, siendo estos estados los que ya se mencionaron, de igual forma, esta subescala arrojó una puntuación de (M=2,71) que aquellos que sólo consumen alcohol, a su vez, estos tienen una puntuación (M=2,41). Otro dato, muestra como aquellos jóvenes que no consumen drogas obtuvieron las puntuaciones más bajas de ansiedad: (M=1,44) lo cual es reflejado con una diferencia significativa entre las puntuaciones (Sig.= ,014).

Asimismo, los resultados totales del instrumento BAI fueron similares a los que arrojaron las Subescalas; este reflejó una puntuación de (M=14,29) para los casos en los

que los adolescentes consumen más de una sustancia; en contraste, en aquellos casos donde los estudiantes sólo consumen alcohol la puntuación fue (M=12,20). Otro dato, muestra como aquellos jóvenes no consumidores de SPA obtuvieron la puntuación más baja de ansiedad: (M=8,54). De este modo, se puede ver una diferencia significativa entre las puntuaciones (Sig.= ,019).

Tabla 39. Descriptivos comparativos de BAI y BDI-2 según consumo de sustancias

Consumo de sustancias	BAI Neurofisiológico	BAI Subjetivo	BAI De pánico	BAI Autonómico	BAI TOTAL	BDI2 TOTAL	
Alcohol Medi	3,76	4,68	1,93	2,41	12,20	9,02	
Desv. Típ.	2,709	3,460	1,421	2,000	7,029	6,559	
Más de Medi	4,36	5,79	1,86	2,71	14,29	13,79	
una sustanci	Desv. Típ.	3,795	4,264	2,033	2,301	10,171	12,084
No Medi	2,77	3,44	1,35	1,44	8,54	7,74	
Desv. Típ.	3,140	3,338	1,817	1,690	8,255	9,478	
Total Medi	3,33	4,19	1,63	1,96	10,60	8,96	

a						
Desv.						
Típ.	3,109	3,573	1,720	1,947	8,314	9,035

Fuente de elaboración propia.

La tabla 40 muestra diferencias en las puntuaciones en cuanto a los síntomas de ansiedad y depresión en el consumo de sustancias. Estas diferencias no son significativas estadísticamente para la subescala BAI neurofisiológicos porque esta tuvo una (Sig.= ,126), tampoco lo son para la subescala BAI de Pánico con una (Sig.= ,228) y tampoco para los resultados del BDI-2 pues arrojaron una (Sig.= ,079); ya que se encuentran por encima de (,005) y los resultados arrojan significatividad solo cuando se encuentran por debajo de esta puntuación.

No obstante, la información arrojada por esta tabla, demuestra que hay algunas subescalas que, si presentaron significatividad, dentro de estas destacan: la de BAI estados autonómicos con una (Sig.=,014); la de BAI estados subjetivos con una (Sig.= ,046) y los resultados totales del BAI tuvieron una (Sig.=,019). Esto indica que, algunos grupos de adolescentes son más susceptibles más propensos a sufrir de ansiedad; debido a que la significatividad estadística de ANOVA refleja que estos datos son representativos.

Tabla 40. Significatividad de ANOVA del BAI y BDI-2 según Consumo de Sustancias.

	Suma de cuadrados	Gl	Media cuadrática	F	ANOVA Sig.
BAI Inter- (Combinadas) Neurofisiológicos grupos	39,966	2	19,983	2,109	,126
* Consumo de Intra-grupos	1032,810	109	9,475		

sustancias	Total	1072,777	111			
BAI Subjetivos *	Inter- (Combinadas)	77,792	2	38,896	3,166	,046
Consumo de grupos						
sustancias	Intra-grupos	1339,270	109	12,287		
	Total	1417,063	111			
BAI De pánico *	Inter- (Combinadas)	8,773	2	4,386	1,497	,228
Consumo de grupos						
sustancias	Intra-grupos	319,477	109	2,931		
	Total	328,250	111			
BAI Autónomicos *	Inter- (Combinadas)	31,933	2	15,967	4,476	,014
Consumo de grupos						
Consumo de	Intra-grupos	388,843	109	3,567		
sustancias	Total	420,777	111			
BAI TOTAL *	Inter- (Combinadas)	535,483	2	267,742	4,089	,019
Consumo de grupos						
sustancias	Intra-grupos	7137,437	109	65,481		
	Total	7672,920	111			
BDI2 TOTAL *	Inter- (Combinadas)	411,472	2	205,736	2,592	,079
Consumo de grupos						
sustancias	Intra-grupos	8650,385	109	79,361		
	Total	9061,857	111			

Fuente de elaboración propia.

7.3.7 Descriptivos comparativos de BAI y BDI-2 según situación de desplazamiento

Al realizar el análisis comparativo de la ansiedad y la depresión respecto a la variable situación de desplazamiento, como se puede observar en la tabla 41, el instrumento BAI

reflejó una puntuación de (M=15,64) para los casos en los que los adolescentes han sido desplazados por la violencia; por el contrario, aquellos jóvenes que no han sido víctimas del desplazamiento forzado obtuvieron la puntuación más baja de ansiedad: (M=10,05). De esta manera, se puede ver una diferencia significativa entre las puntuaciones (Sig.= ,034).

Por otra parte, los resultados totales del instrumento BDI-2 reflejaron una puntuación de (M=17,36) para los casos en los que los adolescentes han sido desplazados por la violencia; por el contrario, aquellos jóvenes que no han sido víctimas del desplazamiento forzado obtuvieron la puntuación más baja de síntomas depresivos (M=8,05). Por lo tanto, se puede ver una diferencia significativa entre las puntuaciones (Sig.= ,001).

Tabla 41. Descriptivos comparativos de BAI y BDI-2 según situación de desplazamiento

Situación de desplazamiento	BAI Neurofisiológicos	BAI Subjetivos	BAI De pánico	BAI Autonómicos	BAITOTAL	BDI2TOTAL	
No	Mediana	3,12	3,98	1,61	1,81	10,05	8,05
	Desv. Típ.	2,974	3,286	1,703	1,848	7,852	7,705
Sí	Mediana	5,27	6,09	1,73	3,27	15,64	17,36
	Desv	3,771	5,412	1,954	2,412	10,948	15,048

. Típ.						
Total	Medi	3,33	4,19	1,63	1,96	10,60
	a					8,96
	Desv	3,109	3,573	1,720	1,947	8,314
	. Típ.					9,035

Fuente de elaboración propia.

La tabla 42 muestra diferencias en las puntuaciones en cuanto a los síntomas de ansiedad y depresión según la situación de desplazamiento. Estas diferencias no son significativas estadísticamente para la subescala BAI subjetivos porque esta tuvo una (Sig.= ,063), tampoco lo son para la subescala BAI de pánico con una (Sig.= ,837); ya que se encuentran por encima de (.005) y los resultados arrojan significatividad solo cuando se encuentran por debajo de esta puntuación.

En contraste, esta misma tabla arrojó que, hay algunas subescalas que, si presentaron significatividad, dentro de estas destacan: la de BAI estados neurofisiológicos con una (Sig.= ,028); la de BAI estados autonómicos con una (Sig.= ,017); los resultados totales del BAI tuvieron una (Sig.= ,034) y los resultados del BDI-2 arrojaron una (Sig.= ,001). Esto evidencia que, algunos sujetos que han sido víctimas del desplazamiento son más propensos a sufrir de ansiedad y depresión; debido a que la significatividad estadística de ANOVA refleja que tienen índices elevados de ambas sintomatologías.

Tabla 42. Significatividad de ANOVA del BAI y BDI-2 según Situación de Desplazamiento.

	Suma de cuadrados	Gl	Media cuadrática	F	ANOVA Sig.
BAI Inter- (Combinadas Neurofisiológico grupo) s * Situación de s desplazamiento Intra-grupos	46,021	1	46,021	4,930	,028
	1026,756	11	9,334		
Total	1072,777	11			
BAI Subjetivos * Inter- (Combinadas Situación de grupo) desplazamiento s	44,193	1	44,193	3,541	,063
	1372,869	11	12,481		
Total	1417,063	11			
BAI De pánico * Inter- (Combinadas situación de grupo) desplazamiento s	,128	1	,128	,043	,837
	328,122	11	2,983		

			0			
	Total		11			
		328,250	1			
BAI	Inter- (Combinadas					
Autonómicos	* grupo)	21,169	1	21,169	5,827	,017
situación	de s					
desplazamiento	Intra-grupos		11			
		399,608	0	3,633		
	Total		11			
		420,777	1			
BAI TOTAL	* Inter- (Combinadas					
situación	de grupo)	309,622	1	309,622	4,625	,034
desplazamiento	s					
	Intra-grupos		11			
		7363,298	0	66,939		
	Total		11			
		7672,920	1			
BDI2 TOTAL	* Inter- (Combinadas					
situación	de grupo)	860,559	1	860,559	11,54	,001
desplazamiento	s				2	
	Intra-grupos		11			
		8201,298	0	74,557		
	Total		11			
		9061,857	1			

Fuente de elaboración propia.

7.3.8 Descriptivos comparativos de BAI y BDI-2 según forma de eliminar las basuras.

Al realizar el análisis comparativo de la ansiedad y la depresión respecto a la variable forma de eliminar las basuras. No se encontraron resultados significativos relacionados con los síntomas ansiosos. Como se puede observar en la tabla 43, el instrumento BDI-2 reflejó una puntuación de (M=19,33) para los casos en los que los adolescentes dejan la basura en lotes baldíos; por el contrario, aquellos jóvenes cuya forma de eliminar las basuras es a través de la recolección obtuvieron la puntuación más baja de síntomas depresivos (M=8,68). Por lo tanto, se puede ver una diferencia significativa entre las puntuaciones (Sig.= ,043). Esto indica, que el primer grupo de adolescentes es más propenso a padecer síntomas depresivos.

Tabla 43. Descriptivos comparativos de BAI y BDI-2 según forma de eliminar las basuras

Forma de eliminar las Basuras	BAI Neurofisiológicos	BAI Subjetivos	BAI De pánico	BAI Autonómicos	BAI TOTAL	BDI2 TOTAL
Dejarla en Medios baldíos	5,67	8,00	1,33	1,00	15,00	19,33
Desv. Típ.	2,517	3,606	2,309	0,000	2,646	11,719
Recolección Medi	3,27	4,08	1,63	1,98	10,48	8,68

n	de a						
Basura	Desv.	3,108	3,531	1,714	1,967	8,388	8,848
	Típ.						
Total	Medi	3,33	4,19	1,63	1,96	10,60	8,96
	a						
	Desv.	3,109	3,573	1,720	1,947	8,314	9,035
	Típ.						

Fuente de elaboración propia.

La tabla 44 muestra diferencias en las puntuaciones en cuanto a los síntomas de ansiedad y depresión según la forma de eliminar las basuras. Estas diferencias no son significativas estadísticamente para la subescala de BAI estados neurofisiológicos con una (Sig.= ,188), tampoco lo es para del BAI subjetivos porque esta tuvo una (Sig.= ,061), tampoco lo son para la subescala BAI de pánico con una (Sig.=,767); la de BAI estados autonómicos con una (Sig.= ,391); por su parte, los resultados totales del BAI tuvieron una (Sig.= ,355). Teniendo en cuenta que todas estas puntuaciones se encuentran por encima de (,005) y los resultados arrojan significatividad solo cuando se encuentran por debajo de esta puntuación, ninguna de las subescalas de ansiedad tuvo una puntuación que indicara síntomas ansiosos marcados.

Por el contrario, esta misma tabla arrojó que, los resultados del BDI-2 sí presentaron significatividad de (Sig.= ,043). Esto evidencia que, algunos sujetos cuya forma de eliminar las basuras es dejándola en lotes baldíos son más propensos a sufrir depresión; debido a que la significatividad estadística de ANOVA refleja que tienen índices elevados de esta sintomatología.

Tabla 44. Significatividad de ANOVA del BAI y BDI-2 Según Forma de Eliminar las basuras.

			Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	ANOVA Sig.
BAI Neurofisiológicos	Inter- grupos	(Combinadas)	16,826	1	16,826	1,753	,188
* Forma de eliminar las Basuras	Intra-grupos		1055,951	110	9,600		
	Total		1072,777	111			
BAI Subjetivos	* Inter- grupos	(Combinadas)	44,806	1	44,806	3,592	,061
Forma de eliminar las Basuras	Intra-grupos		1372,257	110	12,475		
	Total		1417,063	111			
BAI De pánico	* Inter- grupos	(Combinadas)	,262	1	,262	,088	,767
Forma de eliminar las Basuras	Intra-grupos		327,988	110	2,982		
	Total		328,250	111			
BAI Autonómicos	Inter- grupos	(Combinadas)	2,813	1	2,813	,740	,391
* Forma de eliminar las Basuras	Intra-grupos		417,963	110	3,800		
	Total		420,777	111			
BAI TOTAL	* Inter- grupos	(Combinadas)	59,727	1	59,727	,863	,355
Forma de eliminar las Basuras	Intra-grupos		7613,193	110	69,211		
	Total		7672,920	111			
BDI2 TOTAL	* Inter- grupos	(Combinadas)	331,429	1	331,429	4,176	,043
Forma de eliminar	grupos						

las Basuras	Intra-grupos	8730,428	110	79,368		
	Total	9061,857	111			

Fuente de elaboración propia.

7.3.9 Descriptivos comparativos de BAI y BDI-2 según responsables del hogar

Al realizar el análisis comparativo de la ansiedad y la depresión respecto a la variable responsables del hogar. No se encontraron resultados significativos relacionados con los síntomas ansiosos como se puede observar en la tabla 45.

Sin embargo, en los síntomas depresivos los resultados fueron diferentes, ya que estos arrojaron que los adolescentes quienes los responsables del hogar son sus madres obtuvieron una puntuación media más alta ($M=17,19$) que quienes sus responsables son ambos padres los cuales tienen una puntuación ($M= 9,13$), o quienes sus responsables son cuidadores distintos a los padres los cuales tienen una puntuación ($M= 6,60$), por su parte, quienes sus responsables son los padres los cuales tienen una puntuación ($M= 6,88$) lo cual es reflejado con una diferencia significativa entre las puntuaciones ($Sig.=,000$).

Como se puede observar en la tabla 45 los adolescentes quienes los responsables del hogar son sus madres son casi el doble de propensos a la depresión que quienes sus responsables son ambos padres; asimismo, estos adolescentes también son casi el triple de propensos a sufrir depresión en comparación con quienes sus responsables son cuidadores distintos a los padres o quienes sus responsables son los papás.

Tabla 45. Descriptivos comparativos de BAI y BDI-2 según responsables del hogar

Responsables del hogar		BAI Neurofisiológicos	BAI Subjetivos	BAI Depánico	BAI Autonómicos	BAI TOTAL	BDI2 TOTAL
Ambos padres	Mediana	2,63	3,75	1,13	2,75	9,88	9,13
	Desv. Típ.	1,996	3,655	1,885	2,866	7,827	5,793
Cuidadores distintos a los padres	Mediana	1,60	3,40	1,00	1,40	7,40	6,60
	Desv. Típ.	1,140	3,286	1,414	1,342	5,771	4,037
Madre	Mediana	4,76	5,71	2,00	2,57	14,33	17,19
	Desv. Típ.	4,358	4,766	2,191	2,336	10,841	14,173
Padres	Mediana	3,13	3,87	1,62	1,74	9,87	6,88
	Desv. Típ.	2,779	3,151	1,581	1,724	7,534	6,198
Total	Mediana	3,33	4,19	1,63	1,96	10,60	8,96
	Desv. Típ.	3,109	3,573	1,720	1,947	8,314	9,035

Típ.						
------	--	--	--	--	--	--

Fuente de elaboración propia.

La tabla 46 muestra diferencias en las puntuaciones en cuanto a los síntomas de ansiedad y depresión según los responsables del hogar. Estas diferencias no son significativas estadísticamente para la subescala de BAI estados neurofisiológicos con una (Sig.= ,079), tampoco lo es para del BAI subjetivos porque esta tuvo una (Sig.= 187), tampoco lo son para la subescala BAI de pánico con una (Sig.= ,511); la de BAI estados autonómicos con una (Sig.=,190); por su parte, los resultados totales del BAI tuvieron una (Sig.=,130). Teniendo en cuenta que todas estas puntuaciones se encuentran por encima de (.005) y los resultados arrojan significatividad solo cuando se encuentran por debajo de esta puntuación, ninguna de las subescalas de ansiedad tuvo una puntuación que indicara síntomas ansiosos marcados.

Por el contrario, esta misma tabla arrojó que, los resultados del BDI-2 sí presentaron significatividad de (Sig.= ,000). Esto evidencia que, algunos sujetos cuyos responsables del hogar son sus madres son más susceptibles a sufrir depresión; debido a que la significatividad estadística de ANOVA refleja que tienen índices elevados de esta sintomatología.

Tabla 46. Significatividad de ANOVA del BAI y el BDI-2 Según Responsables del Hogar.

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	ANOVA Sig.
BAI Inter- (Combinada Neurofisiológicos grupos s)	65,174	3	21,725	2,329	,079

os	* Intra-grupos	1007,602	108	9,330		
Responsables	Total	1072,777	111			
del hogar						
BAI Subjetivos	Inter- (Combinada	61,359	3	20,453	1,629	,187
* Responsables	grupos s)					
del hogar	Intra-grupos	1355,704	108	12,553		
	Total	1417,063	111			
BAI De pánico	Inter- (Combinada	6,913	3	2,304	,775	,511
* Responsables	grupos s)					
del hogar	Intra-grupos	321,337	108	2,975		
	Total	328,250	111			
BAI	Inter- (Combinada	18,062	3	6,021	1,615	,190
Autonómicos	* grupos s)					
Responsables	Intra-grupos	402,715	108	3,729		
del hogar	Total	420,777	111			
BAI TOTAL	* Inter- (Combinada	389,460	3	129,820	1,925	,130
Responsables	grupos s)					
del hogar	Intra-grupos	7283,460	108	67,439		
	Total	7672,920	111			
BDI2 TOTAL	* Inter- (Combinada	1786,583	3	595,528	8,840	d
Responsables	grupos s)					
del hogar	Intra-grupos	7275,275	108	67,364		
	Total	9061,857	111			

Fuente de elaboración propia.

7.3.10 Descriptivos comparativos de BAI y BDI-2 según tipo de trabajo de las personas de quien depende.

Al realizar el análisis comparativo de la ansiedad y la depresión respecto a la variable tipo de trabajo de las personas de quien depende. No se encontraron resultados significativos relacionados con los síntomas depresivos.

No obstante, como se puede observar en la tabla 47, frente al tipo de trabajo de las personas de quien dependen en los adolescentes hubo unas marcadas diferencias en cuanto a los síntomas ansiosos. Por ello es evidente que los resultados fueron distintos: Los jóvenes que en el momento dependen de cuidadores con un trabajo informal obtuvieron una puntuación media más alta en la Subescala de estados neurofisiológicos, siendo estos estados los mismos que ya se describieron con anterioridad, de este modo, esta subescala arrojó una puntuación de (M=4,85) que aquellos que tienen un trabajo formal, en contraste, estos tienen una puntuación (M= 2,92). Otro dato, muestra como aquellos jóvenes quienes sus cuidadores se encuentran desempleados obtuvieron las puntuaciones más bajas de ansiedad: (M=1,00) lo cual es reflejado con una diferencia significativa entre las puntuaciones (Sig.=,030).

Asimismo, los resultados totales del instrumento BAI fueron similares a los que arrojó la Subescala de estados neurofisiológicos; este reflejó una puntuación de (M=14,88) para los casos en los que existe un trabajo informal, en contraste, en aquellos casos donde existe un trabajo formal la puntuación fue (M= 9,35). Otro dato, muestra como aquellos jóvenes con cuidadores en condición de desempleo obtuvieron la puntuación más baja de ansiedad: (M=9,00). De este modo, se puede ver una diferencia significativa entre las puntuaciones (Sig.=,025).

De estos datos, inicialmente, se puede hacer énfasis en aquellos estudiantes con cuidadores que laboran y aquellos cesantes. Contrario al pensamiento común de que quienes no laboran son mucho más propensos a sufrir de ansiedad, los resultados de esta investigación muestran algo distinto a tal pensamiento. Por lo cual, en el municipio de Puerto Berrio, esta muestra deja ver lo contrario, puesto que aquellos casos en los que los jóvenes tienen cuidadores con trabajos informales tienen mayor susceptibilidad y por tanto mayor probabilidad de desarrollar síntomas ansiosos.

Desde otra perspectiva, no se encuentran diferencias significativas entre aquellos estudiantes con cuidadores que presentan trabajos formales y los que son cesantes.

Tabla 47. Descriptivos comparativos de BAI y BDI-2 según tipo de trabajo de las personas de quien depende

Tipo de trabajo de las personas de quien depende	BAI Neurofisiológicos	BAI Subjetivos	BAI Depánico	BAI Autonómicos	BAITOTAL	BDI2 TOTAL
Desempleados	1,00	4,00	3,00	1,00	9,00	10,00
Formal	2,92	3,81	1,42	1,71	9,35	7,83
Informal	4,85	5,38	2,31	2,81	14,88	12,38

Total	a						
	Desv						
	. Típ.	4,315	4,041	2,187	2,315	10,760	10,925
	Medi	3,33	4,19	1,63	1,96	10,60	8,96
	a						
	Desv	3,109	3,573	1,720	1,947	8,314	9,035
	. Típ.						

Fuente de elaboración propia.

La tabla 48 muestra diferencias en las puntuaciones en cuanto a los síntomas de ansiedad y depresión según tipo de trabajo de las personas de quien depende. Estas diferencias no son significativas estadísticamente para la subescala BAI subjetivos porque esta tuvo una (Sig.= ,273), tampoco lo son para la subescala BAI de pánico con una (Sig.= ,074), la de BAI estados autonómicos con una (Sig.= ,078); y los resultados del BDI-2 arrojaron una (Sig.= ,146) ya que se encuentran por encima de (,005) y los resultados arrojan significatividad solo cuando se encuentran por debajo de esta puntuación.

A su vez, esta misma tabla arrojó que, hay algunas subescalas y escalas que, si presentaron significatividad, dentro de estas destacan: la de BAI estados neurofisiológicos con una (Sig.=,030) y los resultados totales del BAI tuvieron una (Sig.=,025). Esto evidencia que, los sujetos que tienen cuidadores con trabajos informales son más propensos a sufrir de ansiedad y depresión; debido a que la significatividad estadística de ANOVA refleja que tienen índices elevados de ambas sintomatologías.

Tabla 48. Significatividad de ANOVA del BAI y BDI-2 Según Tipo de Trabajo de las Personas de Quien Depende

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	ANOVA Sig.
BAI Inter- (Combinadas) Neurofisiológicos grupos	84,976	3	28,325	3,097	,030
* Tipo de trabajo Intra-grupos de las personas de Total quien depende	987,801 1072,777	108 111	9,146		
BAI Subjetivos * Inter- (Combinadas) Tipo de trabajo de grupos	49,956	3	16,652	1,315	,273
las personas de Intra-grupos quien depende Total	1367,106 1417,063	108 111	12,658		
BAI De pánico * Inter- (Combinadas) Tipo de trabajo de grupos	20,295	3	6,765	2,372	,074
las personas de Intra-grupos quien depende Total	307,955 328,250	108 111	2,851		
BAI Autonómicos Inter- (Combinadas) * Tipo de trabajo grupos	25,595	3	8,532	2,332	,078
de las personas de Intra-grupos quien depende Total	395,181 420,777	108 111	3,659		
BAITOTAL * Inter- (Combinadas) Tipo de trabajo de grupos	633,278	3	211,093	3,239	,025
las personas de Intra-grupos quien depende Total	7039,642 7672,920	108 111	65,182		

BDI2TOTAL * Inter- (Combinadas)	438,037	3	146,012	1,829	,146
Tipo de trabajo de grupos					
las personas de Intra-grupos	8623,821	108	79,850		
quien depende Total	9061,857	111			

Fuente de elaboración propia.

7.3.11 Descriptivos comparativos de BAI y BDI-2 según Tiempo que dedican sus cuidadores al trabajo diarias.

Al realizar el análisis comparativo de la ansiedad y la depresión respecto a la variable según el tiempo que dedican sus cuidadores al trabajo diarias. No se encontraron resultados significativos relacionados con los síntomas ansiosos.

Como se puede observar, la tabla 49, refleja los síntomas de depresión según la cantidad de tiempo que dedican sus cuidadores al trabajo diarias. En ella, se evidencia que en los adolescentes hubo unas marcadas diferencias en cuanto a este tipo de sintomatología en comparación con la ansiedad.

Los jóvenes que tienen cuidadores que laboran más de 8 horas en adelante obtuvieron una puntuación media más alta, siendo esta la siguiente: (M=11,91); mientras que aquellos que laboran 4 horas o menos horas, estos tienen una puntuación (M=8,21); Otro dato, muestra como aquellos jóvenes quienes sus cuidadores se encuentran trabajando de 4 a 6 horas obtuvieron una puntuación de (M=6,92); asimismo, los estudiantes que sus cuidadores trabajan de 7 a 8 horas diarias tuvieron una puntuación media de (M= 6,12), lo cual es reflejado con una diferencia significativa entre las puntuaciones (Sig.=,052).

Estos datos, indican principalmente que en aquellos casos en los cuales los padres trabajan más de 8 horas diarias, los estudiantes presentaron mayores porcentajes

de síntomas depresivos lo que los hace más vulnerables. Otro resultado del que se puede hablar, es frente a la similitud que presentan en los porcentajes aquellos sujetos que laboran entre 4 a 6 horas y 7 a 8 horas.

Tabla 49. Descriptivos comparativos de BAI y BDI-2 según tiempo que dedican sus cuidadores al trabajo diarias

Tiempo que dedican sus cuidadores al trabajo diarias	BAI Neurofisiológicos	BAI Subjetivos	BAI Depánicos	BAI Autónomos	BAITOT AL	BDI2TOT AL
4 a 6 horas	Med 2,77	4,08	1,62	1,92	10,00	6,92
	Des 2,774	2,957	1,850	1,977	7,927	4,752
	v. Típ.					
4 o menos horas	Med 2,53	3,47	1,58	1,68	9,00	8,21
	Des 2,038	2,875	1,346	1,493	6,446	5,750
	v. Típ.					
7 a 8 horas	Med 3,15	3,76	1,71	1,41	9,44	6,12
	Des 3,154	3,229	1,715	1,520	7,786	6,975
	v. Típ.					

		Típ.					
8	Med	4,02	4,82	1,62	2,51	12,42	11,91
horas	ia						
en	Des	3,480	4,223	1,87	2,292	9,416	11,514
adelan	v.	4					
te	Típ.						
Total	Med	3,33	4,19	1,63	1,96	10,60	8,96
	ia						
	Des	3,109	3,573	1,72	1,947	8,314	9,035
	v.	0					
	Típ.						

Fuente de elaboración propia.

La tabla 50 muestra diferencias en las puntuaciones en cuanto a los síntomas de ansiedad y depresión según el tiempo que dedican sus cuidadores al trabajo diarias. Estas diferencias no son significativas estadísticamente para la subescala de BAI estados neurofisiológicos con una (Sig.=,334), tampoco lo es para del BAI subjetivos porque esta tuvo una (Sig.= ,613), tampoco lo son para la subescala BAI de pánico con una (Sig.= ,916); la de BAI estados autonómicos con una (Sig.= ,138); por su parte, los resultados totales del BAI tuvieron una (Sig.= ,425). Teniendo en cuenta que todas estas puntuaciones se encuentran por encima de (,005) y los resultados arrojan significatividad sólo cuando se encuentran por debajo de esta puntuación, ninguna de las subescalas de ansiedad tuvo una puntuación que indicara síntomas ansiosos marcados.

Por el contrario, esta misma tabla arrojó que, los resultados del BDI-2 sí presentaron significatividad de (Sig.=,052). Esto evidencia que, algunos sujetos cuyos

cuidadores trabajan más de 8 horas diarias tienen un riesgo más alto de padecer depresión; debido a que la significatividad estadística de ANOVA refleja que tienen índices elevados de esta sintomatología.

Tabla 50. Significatividad de ANOVA del BAI Y BDI-2 Según Tiempo que dedican sus cuidadores al trabajo diarias.

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	ANOVA Sig.
BAI Inter- (Combinadas) Neurofisiológicos grupos	44,490	4	11,122	1,157	,334
* Tiempo que Intra-grupos dedican sus Total	1028,287	107	9,610		
cuidadores al trabajo diarias	1072,777	111			
BAI Subjetivos * Inter- (Combinadas) Tiempo que grupos	34,707	4	8,677	,672	,613
dedican sus Intra-grupos	1382,355	107	12,919		
cuidadores al Total trabajo diarias	1417,063	111			
BAI De pánico * Inter- (Combinadas) Tiempo que grupos	2,905	4	,726	,239	,916
dedican sus Intra-grupos	325,345	107	3,041		
cuidadores al Total trabajo diarias	328,250	111			
BAI Autonómicos Inter- (Combinadas) * Tiempo que grupos	26,269	4	6,567	1,781	,138

dedican sus Intra-grupos	394,508	107	3,687		
cuidadores al Total	420,777	111			
trabajo diarias					
BAI TOTAL * Inter- (Combinadas)	269,560	4	67,390	,974	,425
Tiempo que grupos					
dedican sus Intra-grupos	7403,360	107	69,190		
cuidadores al Total	7672,920	111			
trabajo diarias					
BDI2 TOTAL * Inter- (Combinadas)	756,602	4	189,151	2,437	,052
Tiempo que grupos					
dedican sus Intra-grupos	8305,255	107	77,619		
cuidadores al Total	9061,857	111			
trabajo diarias					

Fuente de elaboración propia.

7.4 Correlaciones entre la ansiedad (BAI) y la depresión (BDI-2)

En la tabla 51, se observa el análisis de las correlaciones, este se realizó teniendo como criterio una significatividad a nivel de (0,05 y 0,01) y una fuerza superior a (0,50). Particularmente se encuentra que los estados neurofisiológicos (hormigueo o entumecimiento, debilidad en las piernas, temblor de manos, temblor generalizado y sensación de irse a desmayar) se relacionan con la sintomatología depresiva como la inapetencia o el insomnio (sig.=0,589). Esto significa que la correlación es directamente proporcional, es decir, a mayores niveles de estados neurofisiológicos mayores van a ser los niveles de síntomas depresivos o viceversa.

También se evidencia, que los estados subjetivos (incapacidad para relajarme, miedo a que suceda lo peor, sensación de estar aterrorizado, miedo a perder el control y

estar asustado) se relacionan con los síntomas depresivos ($\text{sig.}=0,632$). Todo esto, es un indicador que la correlación es directamente proporcional, o sea, a mayores niveles de estados subjetivos se van a encontrar mayores niveles de síntomas depresivos o recíprocamente, a mayores síntomas depresivos mayores van a ser los estados subjetivos.

Además, se percibe, que los estados de pánico (taquicardia y miedo a morir) no se relacionan con la sintomatología depresiva como: fatiga o pérdida de energía ($\text{sig.}=0,279$). Esto refleja que la correlación no es directamente proporcional, es decir, que no necesariamente, aunque haya mayores niveles de estados de pánico, van a haber mayores niveles de síntomas depresivos o a la inversa, puede que haya síntomas depresivos elevados, pero esto no significa que se van a encontrar estados de pánico presentes.

Asimismo, no se puede perder de vista que los estados autonómicos (rubor facial y sensación de calor) no presentan correlación con los síntomas depresivos como: tristeza profunda o sentimientos de inutilidad ($\text{sig.}=0,03$). Esto indica que la correlación no es directamente proporcional, es decir, puede haber mayores niveles de estados autonómicos, pero esto no es prueba que se van a encontrar mayores niveles de síntomas depresivos o viceversa.

Por otra parte, también se puede observar como los resultados totales del inventario de ansiedad se correlacionan con el inventario de depresión ($\text{sig.}=0,617$). Lo que demuestra, que la correlación es directamente proporcional, es decir, a mayores niveles de síntomas ansiosos como (mareo o vértigos, sensación de inestabilidad y nerviosismo) mayores van a ser los niveles de síntomas depresivos como (estado de ánimo triste la mayor parte del día, casi todos los días; pérdida importante de peso sin

hacer dieta o aumento de peso; insomnio o hipersomnias casi todos los días) o ante presencia de signos depresivos lo más probable es que haya comorbilidad de síntomas ansiosos.

Los resultados de estas correlaciones son coherentes con lo que diferentes autores han planteado acerca de la comorbilidad de ambas sintomatologías; sin embargo, es llamativo como las relaciones no fueron significativas entre los estados de pánico y autonómicos cuando se correlacionaron con la depresión, ya que la fuerza entre estas estuvo por debajo de (0,50) y el coeficiente de fiabilidad Alpha de Cronbach sugiere que esté por encima de esta proporción.

Tabla 51. Correlación entre el BAI Y el BDI-2

		BDI2TOTAL
BAI Neurofisiológicos	Correlación	de ,589 ^{**}
	Pearson	
	Sig. (bilateral)	,000
BAI Subjetivos	Correlación	de ,632 ^{**}
	Pearson	
	Sig. (bilateral)	,000
BAI De pánico	Correlación	de ,279 ^{**}
	Pearson	
	Sig. (bilateral)	,003
BAI Autonómicos	Correlación	de ,481 ^{**}
	Pearson	
	Sig. (bilateral)	,000

BAI TOTAL	Correlación	de	,617 ^{**}
	Pearson		
	Sig. (bilateral)		,000

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Fuente de elaboración propia.

8. DISCUSIÓN

Como se pudo observar, los resultados presentan que existen diferencias de las características de la ansiedad y la depresión según el sexo. Así pues, se pudo encontrar que las mujeres presentaron puntuaciones más altas en cuanto a los síntomas ansiosos respecto a las puntuaciones obtenidas por los hombres. Estos datos son interesantes, porque corroboran lo que plantea el DSM-V acerca de que se encuentran diferencias significativas en la prevalencia del trastorno de ansiedad por separación entre hombres y mujeres (2015. Pág. 192).

Así mismo, se pudo evidenciar que las mujeres también presentan una puntuación más alta en los síntomas depresivos que los hombres. Estos resultados, son congruentes con lo que plantea el DSM-V acerca de que las mujeres presentan tasas mayores en cuanto al trastorno de depresión mayor que los varones (2015. Pág. 165).

En este estudio también se encontró, que existen diferencias de las características de la ansiedad y la depresión según el consumo de sustancias. De esta forma, se pudo encontrar que los adolescentes que consumen más de una sustancia psicoactiva tienen niveles más elevados de síntomas ansiosos, en comparación con los que sólo consumen alcohol o no consumen ninguna sustancia. Todo esto demuestra, que las personas que consumen más de una droga son más susceptibles a sufrir trastornos del estado de ánimo o de ansiedad. Sin embargo, otros autores argumentan que para sacar esas conclusiones se tiene que tener en cuenta el contexto y la cultura. Según Antonio Cano-Vindel, Juan J. Miguel-Tobal, Héctor González e Iciar Iruarrizaga:

“Salvando las diferencias individuales, determinadas situaciones, especialmente de carácter social, están asociadas con el consumo de algunas sustancias que cumplen la función de reducir el nivel de ansiedad, mejorar el estado de ánimo, etc. Así, por ejemplo, una fiesta o reunión social,

salir de copas, estar con una persona del otro sexo, etc., conlleva muchas veces un consumo alto de alcohol y tabaco, o de otras sustancias, como derivados del cannabis y cocaína” (1994. Pág. 6).

Por otro lado, se pudo encontrar diferencias en los niveles de ansiedad y depresión según la situación de desplazamiento forzado. Los resultados reflejan, que los adolescentes que han padecido el desplazamiento forzado son más propensos a sufrir ansiedad y depresión que los que no han sido víctimas de este flagelo. De acuerdo a estos datos, los autores Nohelia Hewitt Ramírez, Fernando Juárez y Arturo José Parada dicen que las personas que han sido víctimas del conflicto armado son más propensas a sufrir Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), esta información es congruente con los niveles de síntomas ansiosos encontrados en los resultados de esta investigación (2016. Pág. 9).

Los resultados arrojados por el programa SPSS, también muestran que hay diferencias en las características de la ansiedad y la depresión según los responsables del hogar. Así pues, se pudo encontrar que los adolescentes quienes los responsables del hogar son sus madres son casi el doble de propensos a la depresión que quienes sus responsables son ambos padres; asimismo, estos adolescentes también son casi el triple de propensos a sufrir estos síntomas en comparación con quienes sus responsables son cuidadores distintos a los padres o quienes sus responsables son los papás.

Siguiendo esta misma línea, Montalbán Sánchez, encontró relación entre el tamaño de la familia (especialmente más de 5 miembros) y la presencia de ansiedad, pero no con el tipo de familia. Pero, Pérez Milena encontró que la estructura familiar no influía en la presencia de síntomas indicativos de malestar psíquico (2014. Pág. 1). A partir de esto, se puede concluir que, aunque los resultados de esta investigación muestran que de acuerdo a el responsable del hogar puede haber una predisposición para sufrir de ansiedad o depresión, otras investigaciones arrojan lo contrario.

Para concluir, los resultados presentan que existen diferencias de las características de la ansiedad y la depresión según el tipo de trabajo de las personas de quien depende. De estos datos, inicialmente, se puede hacer énfasis que contrario al pensamiento común de que quienes no laboran son mucho más propensos a sufrir de ansiedad, los resultados de esta investigación muestran algo distinto a tal pensamiento. En el municipio de Puerto Berrio, esta muestra deja ver lo contrario, puesto que aquellos casos en los que los jóvenes tienen cuidadores con trabajos informales, tienen mayor susceptibilidad y por tanto mayor probabilidad de desarrollar síntomas ansiosos. Desde otra perspectiva, no se encuentran diferencias significativas entre aquellos estudiantes con cuidadores que presentan trabajos formales y los que son cesantes.

En contraste, autores mexicanos como Fernanda Acosta-Rodríguez, Mabel Rivera-Martínez y Marco Antonio Pulido-Rull recalcan que las personas desempleadas son mucho más vulnerables a padecer síndromes de ansiedad y depresión. Este planteamiento es contradictorio con los resultados encontrados en este estudio. Por lo tanto, hace que sea mucho más necesario indagar las razones por lo cual las familias porteñas con trabajos informales son mucho más vulnerables a padecer ansiedad y depresión que los que se encuentran cesantes (2011. Pág. 1).

9. CONCLUSIONES

Los resultados de la presente investigación permiten inferir algunos aspectos relacionados con la ansiedad y la depresión. En este sentido, es importante nombrar que la institución educativa La Inmaculada es quien presenta una puntuación más alta de síntomas ansiosos; por su parte, el colegio Normal Superior es el que tiene unos niveles de ansiedad más bajos en comparación con los otros colegios municipales. Todo esto es llamativo, porque esta institución es la única de carácter privado del municipio. Por eso, termina refutando la idea que se tiene que los estudiantes de los colegios públicos son más propensos a sufrir de ansiedad al tener menos recursos económicos.

Así mismo, este mismo colegio es quien presenta síntomas depresivos más marcados; por el contrario, el colegio Alfonso López es el que tiene menos niveles de depresión. Esto es interesante, porque refleja que La Inmaculada no solamente puntuó más alto en los síntomas ansiosos, sino que también lo hizo en los síntomas depresivos. Esto, puede deberse a que en esta institución se estudian más horas que en los colegios públicos y hay mayor cantidad de cuidadores con empleos fijos, lo que provoca que los estudiantes compartan menos tiempo con sus cuidadores, volviéndolos vulnerables a padecer estas dos sintomatologías.

Continuando con lo anterior, es importante mencionar que, aunque la tabla muestra diferencias en las puntuaciones medias en cuanto a los síntomas de ansiedad y depresión en los diferentes colegios del municipio. Estas diferencias no son significativas estadísticamente, ya que se encuentran por encima de ($,005$). Por lo tanto, la información arrojada por esta variable, aunque demuestra a simple vista que hay

colegios que deberían ser intervenidos en estos tipos de sintomatologías, la significatividad estadística de ANOVA refleja que estos datos son poco confiables.

Por otra parte, al realizar el análisis comparativo de la ansiedad y la depresión respecto a la edad en meses, puedo observarse que la edad entre 16 años y 6 meses en adelante es quien presenta unos niveles más altos de ansiedad; por su parte, la edad entre 16 años a 16 años y 5 meses es la que tiene unos niveles de ansiedad más bajos. También, se puede percibir que el rango de edad entre 14 años a 14 años 5 meses es quien presenta una puntuación más alta de sintomatología depresiva; a su vez, el rango de edad entre 16 años a 16 años y 5 meses es el que tiene niveles más bajos de esta sintomatología en comparación con las otras edades.

Hay que decir, que si bien la tabla 35 muestra diferencias en las puntuaciones medias en cuanto a los síntomas de ansiedad y depresión en las diferentes edades. Estas diferencias no son significativas estadísticamente, ya que se encuentran por encima de (.005) y coeficiente Alpha de Cronbach sugiere que se encuentren por debajo de esta proporción. Esto significa, que en el municipio de Puerto Berrio el rango de edad entre 14 y 16 años no presenta muchas diferencias en cuanto la predisposición a padecer estas sintomatologías.

En cuanto al sexo, se pudo encontrar que las mujeres presentan índices más elevados de ansiedad y depresión que los hombres. Por ende, son más propensas a sufrir estas sintomatologías. Esto puede deberse, principalmente por las características fisiológicas que diferencian a ambos sexos, puesto que hay una relación entre el sistema endocrino, las emociones y los pensamientos. Las mujeres al tener más cambios hormonales que los hombres, son más propensas a sufrir de este tipo de síndromes.

Por otro lado, también se pudo encontrar que los adolescentes que consumen más de una sustancia psicoactiva son más propensos a sufrir de ansiedad en comparación con los que no consumen ninguna sustancia o los que solo consumen alcohol. También, que las mujeres consumen más alcohol que los hombres, pero, que los hombres tienen más apertura a consumir varias sustancias a la vez.

También, se pudo evidenciar que los adolescentes que han sido víctimas del desplazamiento forzado presentan niveles más elevados de ansiedad y depresión que los que no han sido víctimas de este flagelo. Lo que convierte este tipo delito en un factor de riesgo para sufrir estas problemáticas. Todo esto es debido, a que las personas que han tenido que padecer esas violaciones de sus derechos, normalmente tienen que pasar por un conjunto de experiencias traumáticas las cuales terminan teniendo repercusiones en su salud mental.

Con respecto a la variable forma de eliminar las basuras, se pudo inferir que tienen más propensión a la depresión los adolescentes que botan la basura en lotes baldíos que los que eliminan las basuras por medio de la recolección. Es importante recalcar, que no se encontraron investigaciones en las que se encuentre un sustento sólido acerca de cómo la forma de eliminar las basuras puede ser un factor de riesgo para padecer síntomas depresivos; no obstante, no deja de ser llamativo los resultados arrojados por este estudio, ya que es novedoso y muestra un factor predisponente que no se ha tenido en cuenta para entender la evolución de los síntomas depresivos.

Se encontró principalmente que en aquellos casos en los cuales los padres trabajan más de 8 horas diarias, los estudiantes presentaron mayores porcentajes de síntomas depresivos lo que los hace más vulnerables a sufrir estas sintomatologías; puesto que, si cuidadores trabajan más de ocho horas diarias, a estos les queda poco

tiempo para compartir con sus hijos, por ende, sus proles pueden tener más tiempo a solas para consumir alguna sustancia psicoactiva.

Al realizar el análisis comparativo de la ansiedad y la depresión respecto a la variable responsables del hogar, también se pudo encontrar que, los adolescentes quienes los responsables del hogar son sus madres son casi el doble de propensos a la depresión que quienes sus responsables son ambos padres; asimismo, estos adolescentes también son casi el triple de propensos a sufrir depresión en comparación con quienes sus responsables son cuidadores distintos a los padres o quienes sus responsables son los papás. Hay que decir, que no se sabe con certeza cuál es la verdadera razón por la que estos adolescentes muestran más susceptibilidad a sufrir estos síntomas.

Otro resultado que se pudo encontrar es que, en el municipio de Puerto Berrio, aquellos casos en los que los jóvenes tienen cuidadores con trabajos informales tienen mayor susceptibilidad y por tanto mayor probabilidad de desarrollar síntomas ansiosos que los que tienen cuidadores con empleos formales o que se encuentran desempleados. Es relevante mencionar que, esto puede deberse a que la mayoría de los cuidadores en el municipio que tienen trabajos informales terminan trabajando muchas horas diarias y la soledad que pueden sentir los jóvenes que se quedan en casa solos, es un factor de riesgo para sufrir estas psicopatologías.

En consonancia con lo anterior, se pudo encontrar que los educandos que tienen cuidadores que laboran de 8 horas en adelante son más propensos a sufrir depresión en comparación con los que sus padres trabajan menos horas. Al igual que en el párrafo anterior, la soledad termina siendo un factor de riesgo para desarrollar trastornos del estado de ánimo.

Para culminar, se pudo constatar que los resultados totales del inventario de ansiedad se correlacionan con el inventario de depresión ($\text{sig.}=0,617$). Lo que demuestra, que la correlación es directamente proporcional, es decir, a mayores niveles de síntomas ansiosos como (mareo o vértigos, sensación de inestabilidad y nerviosismo) mayores van a ser los niveles de síntomas depresivos como (estado de ánimo triste la mayor parte del día, pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso; insomnio o hipersomnia casi todos los días). Los resultados de estas correlaciones son coherentes con lo que diferentes autores han planteado acerca de la comorbilidad de ambas sintomatologías.

10. BIBLIOGRAFIA

- Albornoz, patricia., y Matos, L. (2013). Perfil clínico epidemiológico de la anorexia nerviosa. Pacientes atendidos en el Instituto Nacional de Salud Mental" Honorio Delgado-Hideyo Noguchi" entre 1982 y 1998. *Revista de Neuro-psiquiatria*, 64(2), 133-146.
- Angarita, G. P., Sandoval, A., y Umbarila, D. (2004). Adolescencia y depresión. *Revista colombiana de psicología*, 13(1), 13-28.
- Antioquia, S. S. (2009-2010). Resultados del Tamizaje en Salud Mental del Departamento de Antioquia.
- Antonio Cano-Vindel, J. J.-T. (1994). El afrontamiento de la ansiedad en las drogodependencias. En U. C. Madrid. Madrid: *anales de psicología*, 1994, 10(2).
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2015). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V)* (5 Edición ed.). Bogotá: Médica Panamericana.
- Bonilla Sepúlveda, O. A. (2013). Madres adolescentes: perfil epidemiológico y asociación con trastornos de depresión, ansiedad y adaptativo (Doctoral dissertation).
- Borges, G., Orozco, R., Benjet, C., y Medina-Mora, M. E. (2010). Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. *Salud pública de México*, 52(4), 292-304.
- Caraveo, A. J., Martínez, N., y Rivera, E. (1998). Un modelo para estudios epidemiológicos sobre la salud mental y la morbilidad psiquiátrica. *Salud Mental*, 21(1), 48-57.

- Caraveo-Anduaga, J., Colmenares, E., Saldívar, G., y Saldívar, G. (1999). Estudio clínico-epidemiológico de los trastornos depresivos. *Salud mental*, 22(2), 7-17.
- Carrazana, V. (2003). El concepto de salud mental en psicología humanista-existencial. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBSP*, 1(1), 1-19.
- Contreras, F., Espinosa, J. C., Esguerra, G., Haikal, A., Polanía, A., y Rodríguez, A. (2005). Autoeficacia, ansiedad y rendimiento académico en adolescentes. *Diversitas: perspectivas en psicología*, 1(2), 183-194.
- Cruzado, L; Matos, L; y Kendall, R. (2006). Adicción a internet: Perfil clínico y epidemiológico de pacientes hospitalizados en un instituto nacional de salud mental. *Rev Med Hered* [online]. Vol.17, Num.4, Pág. 196-205. ISSN 1729-214X.
- De la Barra, F. (2009). Epidemiología de trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes: Estudios de prevalencia. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 47(4), 303-314.
- El Blog de la Salud. Definición de enfermedad según la OMS y concepto de salud.* (24 de 11 de 2014). Obtenido de <http://www.elblogdelasalud.es/definicion-enfermedad-segun-oms-concepto-salud/>
- Fernanda Acosta-Rodríguez, M. R.-M.-R. (2011). Depresión y Ansiedad en una Muestra de Individuos Mexicanos Desempleados. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*.
- Gómez-Maquet, Y. (2007). (U. d. Antioquia, Ed.) *Revista Latinoamericana de psicología*, 39(3).

Hernández Sampieri, R. C. F. (2014). *Metodología de la Investigación Sexta Edición*.

México: Mcgraw-Hill / Interamericana Editores, S.A. De C.V.

Hewitt Ramírez, N., Juárez, F., Parada Baños, A. J., Guerrero Luzardo, J., Romero

Chávez, Y. M., Salgado Castilla, A. M., & Vargas Amaya, M. V. (2016).

Afectaciones psicológicas, estrategias de afrontamiento y niveles de resiliencia de adultos expuestos al conflicto armado en Colombia. *Revista Colombiana de Psicología*, 25(1), 125-140. doi: 10.15446/rcp. v25n1.49966

Jarne, A; y Talam, A. (2012). *Manual de psicopatología clínica*. España: Herder.

Leahey, T. H. (2005). *Historia de la psicología*. Pearson Education Secretaría de Salud de Medellín y Facultad de Medicina – Universidad CES. (2009). Segundo Estudio De Salud. En O. d.-C. Grupos: Salud Mental (Ed.), (págs. 1-165). Medellín.

Levav, I., Lima, B. R., Somoza Lennon, M., Kramer, M., y Salvatierra-González, R. (1989). Salud mental para todos en América Latina y el Caribe: bases epidemiológicas para la acción.

Medina-Mora, Ma. Elena. G. B. (agosto 2003). Prevalencia De Trastornos Mentales Y Uso De Servicios: Resultados De La Encuesta Nacional De Epidemiología Psiquiátrica En México. En Medigraphic (Ed.). 26, págs. 1-16. Ciudad De México: Medigraphic.

Navarro, D. F. (2014). Apuntes de SPSS, Alpha de Cronbach. Valencia: Universidad de Valencia.

Organización Mundial de la *El Blog de la Salud. Definición de enfermedad según la OMS y concepto de salud.* (24 de 11 de 2014). Obtenido de <http://www.elblogdelasalud.es/definicion-enfermedad-segun-oms-concepto-salud/>

Salud, O. M. (2008). *Mejora y Ampliación de la Atención a los Trastornos Mentales, Neurológicos y por Abuso de Sustancias. Programa de Acción para Mejorar las Brechas en Salud Mental.*

Pinker, S. (2014). *La tabla rasa. La negación moderna de la naturaleza humana.* Barcelona: Paidós transiciones.

Rodríguez, J. O., Caballo, V. E., García-López, L. J., Alcázar, A. I. R., y López-Gollonet, C. (2003). Una revisión de los estudios epidemiológicos sobre fobia social en población infantil, adolescente y adulta. *Psicología Conductual*, 11(3), 405-427.

Secretaría de Salud de Medellín y Facultad de Medicina – Universidad CES. (2009). *Segundo Estudio De Salud. En O. d.-C. Grupos: Salud Mental (Ed.).* (págs. 1-165). Medellín.

Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia. (2011). *Resultados del Tamizaje en Salud Mental Departamento de Antioquia 2009-2010.* Medellín.

Torres de Galvis, Y. J. P. (2011-2012). *Primer estudio poblacional de salud mental Medellín, 2011-2012.* 1-352. Medellín, Colombia: Yolanda torres de Galvis.

Vargas, H. (2014). *Tipo de familia y ansiedad y depresión.* Edición ed.). *Rev Med Hered.* 2014; 25:57-59

Vicente, B., Saldivia, S., Rioseco, P., de la Barra, Flora., Valdivia, M., Melipillán, R., y Pihan, R. (2010). Epidemiología de trastornos mentales infanto juveniles en la Provincia de Cautín. *Revista médica de Chile*, 138(8), 965-973.

ANEXOS

Anexo A. Encuesta Sociodemográfica

Encuesta sociodemográfica

Esta encuesta se realiza con la finalidad de recolectar algunos datos sociodemográficos que puedan estar asociados a la ansiedad y la depresión en adolescentes entre los 14 y 16 años de colegios urbanos del municipio de Puerto Berrio.

1. Nombre completo: _____

2. Identificación: _____

3. Edad exacta incluidos meses (ejemplo 14 años y 6 meses): _____

- 1 Entre 14 años y 6 meses.
- 2 14 años y 7 meses a 15 años.
- 3 Entre 15 años y 1 mes a 15 años y 6 meses.
- 4 Entre 15 años y 7 meses a 16 años.
- 5 Entre 16 años y 16 años y 7 meses.

4. ¿En qué grado se encuentra en este momento?: _____

5. Sexo: Femenino ___ Masculino ___

6. Estrato Socio-económico: 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___ 6 ___

7. Residencia: zona rural ___ Zona urbana: _____

8. Te identificas como: blanco ___ negro ___ mestizo ___ Indígena ___ Otro ___

9. ¿Consume usted algún tipo de sustancia psicoactiva (drogas)?

Alcohol ___ Marihuana ___ Perico ___ Popper ___ Otras _____

10. ¿En su núcleo familiar se presentaron situaciones de desplazamiento forzado?

Sí___ No___

11. ¿Es originario del municipio de Puerto Berrio?: Sí___ No___

12. ¿En qué barrio vive? (Posteriormente transformar por zona) _____

13. ¿En qué tipo de vivienda vive? Arrendada _____ Propia _____ Interés social _____

14. Material de la vivienda Paredes _____ Piso _____
Techo _____

15. Disponibilidad de servicios. Energía _____ Alcantarillado _____ Gas _____ Agua _____
Internet _____ Teléfono _____

16. Forma de eliminar las basuras Recolección de basura _____ Enterrarla _____
Dejarla en lotes baldíos _____ Tirarla a una fuente de agua _____

17. Condición del barrio Invasión _____ Legalmente constituidos _____

18. Escolaridad de sus padres: Primaria completa _____ Primaria incompleta _____
Secundaria completa _____ Secundaria incompleta _____ Técnico _____ Profesional _____

19. Situación marital de sus padres: Casados _____ Divorciados _____ Viudos _____
Unión libre _____

20. ¿Cuál es el número de personas con quién convive?: 1__ 2__ 3 __ 4__ 5 o mas
__

21. ¿si vive con sus padres con qué frecuencia se ve con ellos o convives con ellos?:
Frecuentemente (todos los días) _____ Algunas veces (cada 8 días) _____ Esporádicamente
(1 vez al mes o más) _____

22. ¿Quiénes asumen los gastos económicos del hogar?: _____

23. Edad de las personas de quién depende _____

24. Tipo de trabajo de las personas de quien depende: Formal _____ Informal _____

25. Número de personas con quién convive: 1__ 2__ 3__ 4__ 5 o más __

26. Tiempo que dedican sus cuidadores al trabajo (Diarias): 4 o menos _____ 4 a 6 horas 7 a 8 horas _____ 8 en adelante _____

27. ¿Quiénes conforman el núcleo familiar dónde vives? (primos, tíos, abuelos, amigos, _____ padres, _____ etc.):

28. Estabilidad laboral de las personas de quien usted depende:

Trabajo fijo _____ inestable _____ desempleado _____

29. Situación Jurídica de los Cuidadores. Problemas jurídicos _____ Sin problemas jurídicos _____

30. ¿Usted o alguno de los familiares con quienes vive ha sido víctima del conflicto interno armado?: Sí _____ No _____

31. ¿Hay antecedentes de enfermedades de salud mental en su familia?:

Sí _____ No _____

Primer grado (mamá, papá, hermanos): _____

Segundo grado (abuelos, tíos): _____

Tercer grado (otros): _____

32. Religión que práctica su núcleo familiar: _____

33. Usted simpatiza y práctica esta religión? Sí ____ No ____

Anexo B. Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

		Fecha			
Nombre					
Edad					
Sexo					
Estado Civil					
Profesión					
Estudios					
<p>INSTRUCCIONES: A continuación, encontrará una lista de síntomas frecuentes de ansiedad. Léalos atentamente e indique el grado en que se ha visto afectado por cada uno de ellos DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA, INCLUIDO EL DÍA DE HOY, marcando una X en el espacio correspondiente de la columna de cada síntoma.</p>					
		NADA EN ABSOLUTO	LEVEMENTE, no me molestó mucho	MODERADAMENTE, fue muy desagradable, pero podía soportarlo	GRAVEMENTE, casi no podía soportarlo
1	Hormigueo o entumecimiento				
2	Sensación de calor				
3	Debilidad en las piernas				
4	Incapacidad para relajarme				

5	Miedo a que suceda lo peor				
6	Mareos o vértigos				
7	Palpitaciones o taquicardia				
8	Sensación de inestabilidad				
9	Sensación de estar aterrorizado				
10	Nerviosismo				
11	Sensación de ahogo				
12	Temblor de manos				
13	Temblor generalizado o estremecimiento				
14	Miedo a perder el control				
15	Dificultad para respirar				
16	Miedo a morir				
17	Estar asustado				

18	Indigestión o molestias en el abdomen				
19	Sensación de irme a desmayar				
20	Rubor facial (sonrojarse, ponerse colorado)				
21	Sudoración (no debida al calor)				

Resultados de Evaluación

Anexo C. Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)

BDI-II

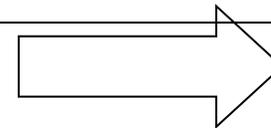
Nombre: _____ Estado Civil: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Ocupación: _____ Educación: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de enunciados. Por favor lea cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija **uno** de cada grupo, el que mejor describa el modo como se sintió las **últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (Cambio en los Hábitos de Sueño) y el ítem 18 (Cambios en el Apetito).

<p>1. Tristeza</p> <p>0. No me siento triste.</p> <p>1. Me siento triste gran parte del tiempo.</p> <p>2. Estoy triste todo el tiempo.</p> <p>3. Estoy tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.</p> <p>2. Pesimismo</p> <p>0. No estoy desalentado respecto de mi futuro.</p> <p>1. Me siento desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.</p> <p>2. No espero que las cosas funcionen para mí.</p> <p>3. Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.</p>	<p>6. Sentimientos de castigo</p> <p>0. No siento que estoy siendo castigado.</p> <p>1. Siento que tal vez pueda ser castigado.</p> <p>2. Espero ser castigado.</p> <p>3. Siento que estoy siendo castigado.</p> <p>7. Disconformidad con Uno Mismo</p> <p>0. Siento acerca de mí lo mismo que siempre.</p> <p>1. He perdido la confianza en mí mismo.</p> <p>2. Estoy decepcionado conmigo mismo.</p> <p>3. No me gusto a mí mismo.</p>
---	--

<p>3. Fracaso</p> <ul style="list-style-type: none"> 0. No me siento como un fracasado. 1. He fracasado más que la mayoría de lo que hubiera debido. 2. Cuando miro hacia atrás veo muchos fracasos. 3. Siento que como persona soy un fracaso total. <p>4. Pérdida de Placer</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 de las que solía disfrutar. 3. No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar. <p>5. Sentimientos de Culpa</p> <ul style="list-style-type: none"> 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. 	<p>8. Autocrítica</p> <ul style="list-style-type: none"> 0. No me considero peor que cualquier otro. 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. <p>9. Pensamientos o Deseos suicidas</p> <ul style="list-style-type: none"> 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. <p>10. Llanto</p> <ul style="list-style-type: none"> 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.
--	--



Subtotal Página 1 Continúa Atrás

<p>11. Agitación</p> <ul style="list-style-type: none"> 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. <p>12. Pérdida de Interés</p> <ul style="list-style-type: none"> 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. <p>13. Indecisión</p> <ul style="list-style-type: none"> 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. <p>14. Desvalorización</p> <ul style="list-style-type: none"> 0. No siento que yo no sea valioso. 1. No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme. 2. Me siento menos valioso cuando me comparto con otros. 3. Siento que no valgo nada. 	<p>17. Irritabilidad</p> <ul style="list-style-type: none"> 0. No estoy más 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. <p>18. Cambios en el Apetito</p> <ul style="list-style-type: none"> 0. No he experimentado ningún cambio en mi <u>apetito</u>. 1a Mi apetito es un poco menor que lo habitual. 1b <u>Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.</u> 2a Mi apetito es mucho menor que antes. 2b <u>Mi apetito es mucho mayor que lo habitual.</u> 3a No tengo apetito en absoluto. 3b Quiero comer todo el tiempo. <p>19. Dificultad de Concentración</p> <ul style="list-style-type: none"> 0. Puedo concentrarme tan bien como siempre. 1. No puedo concentrarme tan bien como habitualmente. 2. Me difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo. 3. Encuentro que no puedo concentrarme en nada. <p>20. Cansancio o Fatiga</p> <ul style="list-style-type: none"> 0. No estoy más cansado o fatigado que lo habitual. 1. Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
---	--

<p>15. Pérdida de energía</p> <p>0. Tengo tanta energía como siempre.</p> <p>1. Tengo menos energía que la que solía tener.</p> <p>2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado.</p> <p>3. No tengo energía suficiente para hacer nada.</p> <p>16. Cambios en los Hábitos de Sueño</p> <p>0. No he experimentado ningún cambio en mis <u>hábitos de sueño</u>.</p> <p>1a Duermo un poco más que lo habitual.</p> <p>1b <u>Duermo un poco menos que lo habitual.</u></p> <p>2a Duermo mucho más que lo habitual.</p> <p>2b <u>Duermo mucho menos que lo habitual.</u></p> <p>3a Duermo la mayor parte del día.</p> <p>3b Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.</p>	<p>2. Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.</p> <p>3. Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.</p> <p>21. Perdida de Interés en el Sexo</p> <p>0. No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.</p> <p>1. Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.</p> <p>2. Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.</p> <p>3. He perdido completamente el interés en el sexo.</p>
---	--

