

**Salud Mental, referida a los rasgos de depresión y ansiedad de adolescentes
de la Institución Educativa Federico Ángel**

**Luis Fernando Cañas Villada
Cristian Sánchez Usuga
Xiomara Vélez Estrada**

Trabajo de Grado para Optar al Título de Psicólogo

**Asesor
Luis Felipe Navarro Arboleda**

**Corporación Universitaria Lasallista
Facultad de Ciencias Sociales y Educación
Caldas (Antioquia)
2018**

Tabla de contenido

Planteamiento del problema	8
Pregunta de investigación	14
Justificación	15
Objetivos.....	19
Objetivo general	19
Objetivos específicos	19
Marco jurídico	20
Ley 1090 de 2006 (Código Deontológico y Bioético del Ejercicio de la Psicología en Colombia).....	20
Ley 1616 de 2013 (Ley de Salud Mental en Colombia)	20
Ley 1098 de 2006 (Código de Infancia y Adolescencia)	21
Antecedentes.....	23
Marco teórico	27
Salud Mental	27
Ansiedad	30
Depresión.....	32
Adolescencia.....	38
Definición de adolescencia	38
Consideraciones fisiológicas, psicológicas y sociales en el adolescente	39
Adolescencia temprana (11-13 años).....	40

Adolescencia media (14-17 años).....	40
Adolescencia tardía (17-21 años).....	41
Diseño Metodológico	44
Enfoque.....	44
Diseño.....	45
Nivel	46
Instrumentos	47
Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado (IDARE).....	47
Cuestionario de Depresión para Niños (CDS).....	49
Población	51
Muestra	51
Criterios de inclusión.....	52
Criterios de exclusión.....	52
Consideraciones éticas.....	53
Resultados Sociodemográficos	56
Resultados.....	60
Confiabilidad	60
Resultados Descriptivos Comparativos del Cuestionario de Depresión para Niños (CDS).....	61
Resultados CDS según sexo.....	61
Resultados CDS según edad	63
Resultados CDS según grado	66

Resultados CDS según estrado	67
Resultados Descriptivos Comparativos del Inventario de Ansiedad: Rasgo- Estado (IDARE)	70
Resultados IDARE según sexo	71
Resultados IDARE según edad	72
Resultados IDARE según grado	74
Resultados IDARE según estrado	75
Resultados correlacionales entre las escalas del CDS e IDARE	77
Análisis de los resultados	79
Cronograma de actividades	81
Presupuesto	82
Conclusiones	83
Discusión	84
Referencias	85
Apéndices	91

Tabla de gráficas

Gráfica 1. <i>Distribución del sexo de la muestra</i>	56
Gráfica 2. <i>Distribución por edad de la muestra</i>	57
Gráfica 3. <i>Distribución de la muestra según el grado escolar</i>	58
Gráfica 4. <i>Distribución de la muestra según el estrato socioeconómico</i>	59

Tabla de tablas

Tabla 1. <i>Alfa de Cronbach CDS e IDARE</i>	60
Tabla 2. <i>Resultados comparativos CDS según sexo</i>	63
Tabla 3. <i>Resultados comparativos CDS según edad</i>	65
Tabla 4. <i>Resultados comparativos CDS según grado</i>	67
Tabla 5. <i>Resultados comparativos CDS según estrato</i>	69
Tabla 6. <i>Resultados comparativos CDS según estrato (MANOVA)</i>	70
Tabla 7. <i>Resultados comparativos IDARE según sexo</i>	72
Tabla 8. <i>Resultados comparativos IDARE según edad</i>	73
Tabla 9. <i>Resultados comparativos IDARE según grado</i>	75
Tabla 10. <i>Resultados comparativos IDARE según estrato</i>	76
Tabla 11. <i>Tabla de correlaciones entre las escalas del CDS e IDARE</i>	78
Tabla 12. <i>Cronograma de actividades</i>	81
Tabla 13. <i>Presupuesto</i>	82

Tabla de apéndices

Apéndice A. <i>Formato de asentimiento informado</i>	91
Apéndice B. <i>Formato de consentimiento informado</i>	92
Apéndice C. <i>Formato de encuesta sociodemográfica</i>	92
Apéndice D. <i>Hoja de respuesta IDARE (cara frontal)</i>	94
Apéndice E. <i>Hoja de respuesta IDARE (cara trasera)</i>	95
Apéndice F. <i>Hoja de respuesta CDS (cara frontal)</i>	95

Planteamiento del problema

La Salud Mental es un tema abarcado ampliamente dentro de la psicología y otros campos sociales y referentes a la salud. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la Salud Mental como un 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 (World Health Organization, 2013).

Además, Torres, et al. (2012) aseguran que la Salud Mental comprende diferentes factores que se interrelacionan, dichos factores se clasifican en factores biológicos (edad, sexo y genética), los factores psicológicos y los factores sociales. Debido a dicha interrelación de factores un estudio sobre Salud Mental se enfoca sobre una gran variedad de enfermedades (trastornos de ansiedad, del estado de ánimo, por uso de sustancias, del inicio de la infancia, niñez y adolescencia, de alimentación, comportamiento suicida, entre otros). Además, exponen que en América 400 millones de personas aproximadamente sufren de trastornos psiquiátricos y neurológicos, siendo estos la causa de sufrimientos y discapacidades, representando así un 28% total de discapacidades por enfermedades y siendo el 11,5% de la carga global de las enfermedades. Esta tasa epidemiológica representa un riesgo y reto para la comunidad y la institucionalidad dedicada a la salud y exige constante estudio y valoración. De esta forma los diferentes estudios enfocados en la Salud Mental se han dedicado a revisar los diversos temas relacionados con los diferentes elementos que influyen tanto de forma positiva, como negativa en la Salud Mental, es por ello por lo que se debe de hacer foco en los trastornos mentales en este caso en los más prevalentes de nuestro contexto.

De acuerdo con Posada, Gómez y Gómez (2003) alrededor de ocho de cada 20 colombianos han padecido de un trastorno psiquiátrico alguna vez de la vida, tres de cada 20 lo ha padecido en los últimos 12 meses y uno de cada 20 lo ha sufrido durante los últimos 30 días; siendo los trastornos de ansiedad, los trastornos del estado de ánimo y los trastornos por el consumo de sustancias los más frecuentes.

La ansiedad se puede definir como una reacción emocional que consiste en sentimientos de tensión, aprensión, nerviosismo y preocupación, así como la activación o de descarga del sistema nervioso autónomo (Spielberger, Pollans y Worden, 1984. Como se citó en Belloch, Sandín y Ramos, 2009. p.45). En un inicio, la ansiedad representa una función adaptativa. Sin embargo, esta se vuelve desadaptativa (o patológica) cuando dichos sentimientos se manifiestan ante una problemática que no representa un peligro real (Belloch, et al. 2009).

Belloch, et al (2009), afirman que los trastornos ansiedad representan el problema mental más frecuente entre todos los trastornos psiquiátricos, siendo este una de las principales causas de atención primaria y, por otro lado, la depresión es el diagnóstico clínico que más frecuentemente se emplea y que tiene más peligro potencial de mortalidad, debido a las conductas suicidas que este conlleva.

Así mismo Torres, et al. (2012) afirman que la depresión se puede entender como un trastorno caracterizado por anormalidades en la regulación del afecto o el estado de ánimo, siendo este generalmente acompañado de alteraciones del funcionamiento cognitivo, del sueño, del apetito y del equilibrio interno, es decir, de la capacidad de homeostasis. De acuerdo con el *Segundo Estudio Nacional de y Consumo de Sustancias Psicoactivas* (Santacruz, Gómez, Posada y Viracachá. 1995. Como se citó en Pardo, Sandoval y Umbarila. 2004.) sugiere que los

colombianos entre 16 y 21 años presentan los índices más altos de depresión a comparación de los demás rangos de edad abordados.

En Latinoamérica la enfermedad mental actualmente es responsable del 8,2% de la carga de los DALY (*disability adjusted life years*), es decir, los años de vida ajustados por discapacidad, y del 33,2% de los YLD (*years lived with disability*), los años vividos con discapacidad (Vicente, et al. 2005). Perales, Sogi y Morales (2003), exponen que, de acuerdo con el estudio realizado sobre depresión y ansiedad, uno de cada tres estudiantes de la UNMSM y uno de cada cinco de la UNT presentan síntomas depresivos, coincidiendo con las observaciones epidemiológicas realizadas en población general y que, con respecto a la ansiedad clínicamente significativa, aunque su frecuencia fue menor, esta se asocia y complica la depresión. Por otra parte, en Colombia las tasas más altas de prevalencia corresponden a trastornos como la depresión mayor, la ansiedad generalizada y cualquier fobia (Vicente, et al. 2005). Con forme un reporte de la Revista Semana (2015) aseguró que los adolescentes entre los 12 y los 17 años encabezan la lista de problemas mentales en el país. El 12,2% sufre de ellos y la mayoría son mujeres, revelando que, en los últimos doce meses, 1 de cada 25 adolescentes ha sufrido un trastorno mental. Es decir, el 4%, en donde el 13% de los encuestados expreso tener tres o cuatro síntomas de ansiedad y 16% más de cuatro síntomas de depresión.

Siendo así, este tema es de suma importancia para los diferentes planes y proyectos guiados a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad que se ejecutan en las comunidades por parte de los organismos gubernamentales o por las mismas instituciones (ya sean de la salud, comunitarias o educativas). Sin embargo, la Salud Mental es un tema que puede generar cierta pasividad en cuanto

a su constante evaluación, ya sea por el costo que tenga la realización de dicho estudio, ignorar los planes de desarrollo o porque no se ha visto como una prioridad. Por ejemplo, en el municipio de Caldas (Antioquia) la última estadística realizada de acuerdo al sistema SIMAT (2014) describe que los estudiantes en situación de vulnerabilidad son en total 470, de los cuales el 89% son atendidos por la Unidad de Atención Integral (UAI), dentro de dicha descripción se tienen en cuenta fenómenos como autismo (7), baja visión diagnosticada (86), ceguera (2), deficiencia cognitiva (262), enanismo (1), hipoacusia o baja audición (5), lesión neuromuscular (9), limitación física (2), múltiple (11), otra (56), parálisis cerebral (5), síndrome de Down (6) y sordera profunda (18) (Raigoza y Castañeda, 2015).

Lo anterior supone un obstáculo en los proyectos enfocados a la Salud Mental y en este caso la población más afectada son las del inicio de la infancia y la adolescencia, ya que los trastornos más comunes se dan entre los 10 y 29 años, de los cuales los más frecuentes suelen ser los trastornos de ansiedad y los trastornos del estado de ánimo (Arias, 2015).

Es importante resaltar que las personas que sufren de depresión durante la adolescencia tienden a desarrollar problemas psiquiátricos en su adultez, en donde se destaca que jóvenes con episodios de depresión severos tienden a tener un mayor número de intentos suicidas (Pardo, et al. 2004). El Ministerio de Salud Protección Social en el 2014 afirmó que en promedio se suicidan 1.833 personas en el país (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014) y en 2017 revelo que en Colombia los síntomas depresivos representan el 35,4% de factores relacionados con el intento de suicidio, así mismo, el trastorno depresivo es la principal patología relacionada con dicho fenómeno, en donde el 6,6% de los adolescentes colombianos ha presentado ideación suicida, el 1,8% planeación suicida y el 2,5%

intento de suicidio (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017), a pesar de que dichas cifras son un poco más altas en la población adulta, esta información no puede pasar por alto ante la problemática explorada a nivel nacional.

En la adolescencia como es bien sabido, se dan unos numerosos cambios tanto biológicos; debido al crecimiento, la composición corporal, en el ámbito sexual y también notables modificaciones en su desarrollo desde las áreas motrices, cognitivas, psicológicas y sociales (Posada, Gómez, y Ramírez. 1998). Dichas modificaciones son susceptibles a generar diferentes productos en el adolescente, además de la influencia del contexto. Pardo, et al. (2004) aseguran que dentro del contexto colombiano algunas de las condiciones relacionadas con trastornos como los depresivos se podrían deber a la alta tasa de migración (desplazamiento), las alteraciones de las redes sociales y de las relaciones personales y/o familiares.

Dentro de la Institución Educativa Federico Ángel del municipio de Caldas, Antioquia, cuenta con una población estudiantil que va desde el preescolar, la básica primaria, la básica secundaria, hasta la educación media. Dicha institución posee dos sedes (Sede primaria, Los Cerezos y Sede principal Ciro Mendiá). Esta institución pública lleva funcionando desde hace 50 años y dentro de sus diferentes proyectos institucionales se incluyen, programas sobre sexualidad, escuela de padres, emisora institucional, hasta bienestar institucional. Se nota que hay un interés constante por parte de los directivos y el cuerpo docente para que sus futuros egresados logren continuar con un proceso académico o laboral productivo y es por eso por lo que se hace la realización de los talleres de orientación vocacional por parte de la docente orientadora institucional y diferentes proyectos para el bienestar de la población académica. Sin embargo, como se ha mencionado en otros apartados, existen vacíos en cuanto a una valoración general de la Salud

Mental, y mucho menos resultados o descripciones sobre depresión y ansiedad en la población estudiantil del municipio de Caldas, y específicamente en sus diferentes instituciones educativas, incluyendo el establecimiento en donde se encuentra enfocado el estudio. Sin tener claro lo anterior para la implementación de nuevos proyectos para así ampliar mucho más la gama de herramientas utilizadas por dicho centro educativo.

Siendo esto una problemática que no es ajena al municipio de Caldas (Antioquia), y que los datos explorados anteriormente nos muestran que los índices de ansiedad y depresión se dan a lo largo del país y que la adolescencia es la población más afectada por dichos fenómenos. Cabe subrayar que la mayoría de los datos obtenidos se hacen por medio de investigaciones de planes educativos y gubernamentales alineados a la salud, por eso abordar una institución educativa permitiría una exploración de dichos datos y en especial en un municipio en donde no hay una precisión clara de ellos, referidos a la ansiedad y la depresión.

De esta manera surgen interrogantes respecto al tema originado en esta problemática y puesto que la prevalencia más frecuente en el país son los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo.

Pregunta de investigación

¿Cuáles son las características de la Salud Mental, referidas a los rasgos y estados de ansiedad y síntomas de depresión de los adolescentes entre los 14 y 16 años de los grados noveno (9°) y decimo (10°) de la Institución Educativa Federico Ángel del municipio de Caldas (Antioquia)?

Justificación

La OMS manifiesta que una buena Salud Mental le permite a las personas desarrollar sus potencialidades, permite enfrentar las situaciones estresantes, trabajar de forma productiva y contribuir a la comunidad (Ministerio Nacional de Salud, 2015). Es por ello, que la Salud Mental es un tema vital dentro de las instituciones y no tener claro conocimiento de ello, podría dificultar el desarrollo de los procesos que las personas llevan a cabo en sus diferentes áreas, ya sea laboral, personal, social o académica.

Se considera que de acuerdo con Maddaleno, Morello e Infante (2003). El estudio de la Salud Mental en adolescentes es importante porque según la OMS el 70% de las muertes prematuras en el adulto se debe a conductas iniciadas en la adolescencia. Igualmente, con regularidad las necesidades y los derechos de los adolescentes no figuran en las políticas públicas, ni en la agenda del sector de la salud, excepto cuando su conducta es inadecuada.

Además de esto, es igualmente importante hablar de depresión y ansiedad en cuanto a Salud Mental debido a que Ospina, et al. (2011) plantean que:

Existe desconocimiento y desinterés por parte de los profesionales de la salud, padres y profesores, en la identificación temprana de alteraciones mentales y del comportamiento en niños y adolescentes, causando detección tardía de síntomas como ansiedad y depresión que pueden terminar en desenlaces como el fracaso académico, conductas suicidas consumo de sustancias psicoactivas (Ospina, et al. 2011. p.909).

Debido a lo mencionado en páginas anteriores esta investigación permitirá tener un panorama general sobre Salud Mental en cuanto a las áreas de ansiedad y

depresión de la población abordada, ya que estos dos trastornos son los que más se han visto dentro de la población colombiana (Como se mostró en el planteamiento del problema del presente estudio). De esta manera dicha población y la institución educativa tendrán acceso a información y datos que no habían obtenido anteriormente, los cuales podrían servir como base para la implementación de nuevos proyectos de intervención, estudios o investigaciones realizadas por la institución educativa propiamente dicha o como por agentes externos a la población.

Consecuentemente a lo anterior, los posibles proyectos futuros que terceros realicen con la población involucrada podrían ser más efectivos, ya que no se trabajaría solo con las necesidades manifestadas explícitamente por la población, sino también con los fenómenos implícitos latentes, los cuales se podrían abarcar teniendo resultados más generales y beneficiosos, pues se tienen en cuenta los elementos ya mencionados.

Con respecto al valor teórico este estudio permite una actualización de la información existente en cuanto a Salud Mental de la población adolescente del municipio de Caldas, Antioquia, como se mencionó en el problema, el sistema SIMAT (2014), reporta que los estudiantes en situación de vulnerabilidad son en total 470, de los cuales el 89% son atendidos por la Unidad de Atención Integral (UAI) (Raigoza y Castañeda 2015), sin embargo, no hay una categoría exclusiva para población estudiantil adolescente referida a ansiedad y depresión, los cuales son el objetivo de esta investigación.

De acuerdo con los elementos mencionados en las páginas anteriores las líneas de investigación a trabajar se perfilan dentro de las categorías de fenómenos sociales y bienestar psicológico. Según Arias, et al. (2014) los fenómenos sociales se entienden como hechos, situaciones o dinámicas de la vida cotidiana que,

aunque no necesariamente se consideran problemáticos, también pueden ser objeto de investigación o intervención psicológica. Igualmente, estos autores plantean que el propósito de la psicología aplicada es indagar las realidades o los retos identificados por diversas instituciones; en este caso la OMS da a conocer la siguiente problemática, relacionada con nuestro tema de investigación pues el 70% de las muertes prematuras en el adulto se debe a conductas iniciadas en la adolescencia. De acuerdo con lo anterior se plantea este proyecto de investigación que facilite la realización de posteriores intervenciones con los adolescentes.

Por otro lado, la línea en bienestar psicológico según Ragel y Alonso (2010. Como se citó en Arias et al. 2014), está asociado a la felicidad, pues se considera que una persona feliz tiene mejor funcionamiento psicológico, vive mayor cantidad de años, tiene una mejor salud física, obtiene mejores trabajos y establece relaciones interpersonales de alta calidad. De acuerdo con lo anterior se hace indispensable trabajar en esta línea ya que según la OMS la Salud Mental está orientada a la promoción de bienestar, la prevención de trastornos mentales, el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por dichos trastornos. Igualmente Villagrán (2014) refiere que autores como Leslie, Newman, Chesney y Perrin, indican que la Salud Mental puede además referirse a la salud emocional, por lo menos uno de cada diez niños y adolescentes tienen un trastorno mental diagnosticado bastante grave como para producir cierto obstáculo, la importancia del diagnóstico es trascendental de lo contrario puede desencadenar en la etapa adulta trastornos psiquiátricos, refieren que el cincuenta por ciento de los trastornos mentales tienen un inicio aproximado a los 14 años de edad, también describen que las familias con frecuentes episodios de enojos, agresión y educación fría en la que no se brinda confianza, apoyo o se es negligente, pueden producir en la persona

vulnerabilidad a largo plazo en la salud física y mental manifestadas en la conducta antisocial, delincuencia, ansiedad, depresión y suicidio, los niños pueden ser deficientes para controlar las emociones y en la competencia social, son influidos además por el entorno y por las predisposiciones genéticas a tener temperamentos demasiado reactivos o inhibidos.

Cabe resaltar que los participantes del estudio se seleccionan debido a la prevalencia de trastornos mentales de ansiedad y depresión en dicha población, ya que en Colombia las tasas más altas de prevalencia de trastornos mentales corresponden a la depresión mayor y la ansiedad generalizada (Vicente, et al. 2005). Igualmente, la Revista Semana (2015) aseguró que los adolescentes entre los 12 y los 17 años encabezan la lista de problemas mentales en el país. El 12,2% sufre de ellos y la mayoría son mujeres, revelando que, en los últimos doce meses, 1 de cada 25 adolescentes ha sufrido un trastorno mental. Es decir, el 4%, en donde el 13% de los encuestados expreso tener tres o cuatro síntomas de ansiedad y 16% más de cuatro síntomas de depresión. Además de lo anterior se escoge dicha población debido a que es la población adecuada para los instrumentos de recolección de datos.

Objetivos

Objetivo general

Caracterizar la Salud Mental con relación a los rasgos y estados de ansiedad y síntomas de depresión de los adolescentes de los grados noveno (9°) y decimo (10°) de la Institución Educativa Federico Ángel de Caldas (Antioquia).

Objetivos específicos

Identificar los síntomas de depresión de los adolescentes de los grados noveno (9°) y decimo (10°).

Describir los Rasgos-Estados de ansiedad de los estudiantes de los grados noveno (9°) y decimo (10°).

Indagar el tipo de correlación entre los síntomas depresivos y los rasgos y estados de ansiedad de los estudiantes de los grados noveno (9°) y decimo (10°).

Describir las puntuaciones más altas de los rasgos y estados de ansiedad y síntomas de depresión obtenidos en los estudiantes de los grados noveno (9°) y decimo (10°).

Marco jurídico

Ley 1090 de 2006 (Código Deontológico y Bioético del Ejercicio de la Psicología en Colombia)

Esta propone que:

Parágrafo: la definición de salud por parte de la OMS; en la que se subraya la naturaleza biopsicosocial del individuo, que el bienestar y la prevención son parte esencial del sistema de valores que conduce a la sanidad física y mental, que la psicología estudia el comportamiento en general de la persona sana o enferma (Colegio colombiano de psicólogos, 2006).

Ley 1616 de 2013 (Ley de Salud Mental en Colombia)

Está enfocada exclusivamente a la salud mental, de la cual la investigación no puede estar al margen para así cumplir de forma correcta con los parámetros legales para su correcta ejecución. Teniendo en cuenta que gracias a dicha ley se debe garantizar el derecho a la salud mental puesto que plantea en el

Artículo 1: el objeto de la presente ley es garantizar el ejercicio pleno del Derecho a la Salud Mental a la población colombiana, priorizando a los niños, niñas y adolescentes mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental (Ley 1616, 2013. p.1).

Lo cual se pretende con la aplicación de esta investigación (más allá de los objetivos generales y específicos) es decir, que una vez se obtengan los resultados, éstos puedan ser útiles a la hora de la promoción de la salud y la prevención de trastornos mentales por parte de la institución educativa a fin de que ésta contribuya en la garantía del derecho a la salud mental.

Ley 1098 de 2006 (Código de Infancia y Adolescencia)

Resaltando la importancia de la salud mental en los y las adolescentes, se toma como referencia las siguientes leyes:

Primera: Ley de infancia y adolescencia artículo 27 (derecho a la salud). Este estipula que todos los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a la salud integral. La salud es un estado de bienestar físico, psíquico y fisiológico y no solo la ausencia de enfermedad.

De igual forma se entenderá como salud integral la garantía de la prestación de todos los servicios, bienes y acciones, conducentes a la conservación o la recuperación de la salud de los niños, niñas y adolescentes. (Ley 1098, 2006. P p.11).

Igualmente, la Ley de infancia y adolescencia en el artículo 46, estipula lo siguiente: son Obligaciones especiales del Sistema de Seguridad Social en Salud para asegurar el derecho a la salud de los niños, las niñas y los adolescentes, entre otras, las siguientes:

Diseñar y desarrollar programas especializados para asegurar la detección temprana y adecuada de las alteraciones físicas, mentales, emocionales y sensoriales en el desarrollo de los niños, las niñas y los adolescentes; para lo cual capacitará al personal de salud en el manejo y aplicación de técnicas específicas para su prevención, detección y manejo, y establecerá mecanismos de seguimiento, control y vigilancia de los casos. (Ley 1098, 2006. p.29).

Segunda: Por la Ley 1616 de 2013, la salud mental se constituye en una prioridad nacional, un derecho fundamental, tema obligado de

salud pública, bien de interés común y componente esencial del bienestar general. Obliga, así, a garantizar el ejercicio pleno del derecho a la salud mental a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y los adolescentes, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, la atención integral e integrada en salud mental en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud, con fundamento en el enfoque promocional de calidad de vida y la estrategia y principios de la atención primaria en salud.

Antecedentes

La Salud Mental a nivel internacional es un tema de suma importancia pues la OMS asegura que una de cada cuatro personas en algún momento de la vida sufre al menos algún tipo de trastorno mental y en la actualidad existen 450 millones de personas (es decir, el 25% de la población) con trastornos mentales en países tanto desarrollados como en desarrollo, siendo los problemas de Salud Mental los causantes de cinco de las diez principales causas de discapacidad en todo el mundo, lo que supone casi un tercio del total de la discapacidad mundial (Rodríguez, Kohn y Aguilar, 2009). Debido a esto cada continente, país, estado y ciudad procura en controlar o tener la información necesaria para abordar la problemática o para tener una descripción del fenómeno.

Rodríguez, et al. (2009) aseguran que en el caso de América y el Caribe los trastornos mentales y neurológicos representan 22% de la carga total de las enfermedades, lo cual impacta de forma directa con factores como la mortalidad, morbilidad y discapacidad de las diferentes etapas de la vida.

Así mismo, Mari, García, Silva y Levav (2009. Como se citó en Rodríguez, et al. 2009. p.4), describen las diferentes fases (primera y segunda) y tipos de estudios (estudio de caso y controles, estudios transversales y pruebas aleatorias controladas) epidemiológicos realizados en América y el Caribe, en una primera fase atribuyen las primeras investigaciones epidemiológicas a Perú. Ya que en la década de los cincuenta estos describieron el “Síndrome Psicossomático de Desadaptación”. Posteriormente a los estudios realizados en Perú en esta primera fase también se efectuaron estudios en México, Colombia, Costa Rica y Uruguay. Los estudios realizados en Argentina y Chile fueron un intermedio entre esta primera

fase y la segunda, siendo un proceso mucho más complejo y con el uso de datos validados y operativos para los trastornos psiquiátricos.

En la segunda fase de estos estudios se basaron en la creación de instrumentos estandarizados, entrevistas psiquiátricas y cuestionarios de tamizaje validados para la población americana y del caribe. Estos bajo los datos desarrollados en la Universidad de Washington, el Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos y al *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-III). Siendo este último una herramienta que permitió la ampliación de dichos estudios a lo largo del continente.

En los últimos años en Colombia se han realizado dos grandes estudios de Salud Mental, el primero lo realizó el Ministerio de Protección Social en el 2003, bajo la denominación de Estudio Nacional de Salud Mental Colombia (Posada, et al. 2003) y en el 2015 se realizó la Encuesta de Salud Mental con la participación del Ministerio de Salud y Protección Social, Colciencias, la Pontificia Universidad Javeriana y Datos, Procesos y Tecnología S.A.S (Gómez, et al. 2015).

El Estudio Nacional de Salud Mental Colombia (Posada, et al. 2003) se utiliza la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta, en su versión computarizada, suministrada por la Universidad de Harvard. Los objetivos del estudio fueron estimar la prevalencia de trastornos mentales en adultos de 18 a 65 años en Colombia, estimar la edad de aparición de los trastornos mentales en adultos de 18 a 65 años en Colombia e identificar los factores asociados a los trastornos mentales. Teniendo como población personas civiles no institucionalizadas entre los 18 y 65 años, de zonas urbanas de 1.070 municipios de 25 departamentos del país, para un total de 4.544 participantes. En donde se encontró que alrededor de ocho de cada 20 colombianos presentaron trastornos psiquiátricos alguna vez en la vida, tres de cada

20 en los últimos 12 meses y uno de cada 20 en los últimos 30 días. Siendo los trastornos más frecuentes los trastornos de ansiedad (19.3% alguna vez), seguidos por los trastornos del estado de ánimo (15%) y los trastornos de uso de sustancias psicoactivas (10.6%).

La Encuesta de Salud Mental de 2015 (Gómez, et al. 2015). Se realizó con el objetivo de brindar información actualizada acerca de la Salud Mental, los problemas, los trastornos mentales y el acceso a los servicios en población colombiana mayor de 7 años, privilegiando su comprensión desde los determinantes sociales y la equidad. Se utilizaron los criterios del DSM-IV para la creación de la encuesta teniendo en cuenta los diferentes factores sociodemográficos. El estudio se llevó a cabo con una población de grupos etarios de 7 a 11 años, de 12 a 17 años, de 18 a 44 años y de 45 años en adelante, para cada uno de estos por sexo y región con un total de 13.555 hogares que brindaron información al estudio. Se encontró que en la población adolescente los trastornos más prevalentes en dicha población son los trastornos de ansiedad.

A nivel regional en la ciudad de Medellín, Antioquia se realizó entre el 2011 y el 2012 el Primer Estudio Poblacional de Salud Mental Medellín, gracias al trabajo conjunto de la Alcaldía de Medellín, la Universidad CES y la asesoría de la Universidad de Harvard (Torres, et al. 2012). El objetivo del estudio fue contar con la información y conocimientos suficientes, actualizados y pertinentes para facilitar la formulación de políticas, la toma de decisiones y orientar el diseño e implementación de las acciones en Salud Mental en el municipio. El estudio se realizó con una población de 4.176 personas. Dentro de los resultados se expone que los trastornos de ansiedad presentaron el primer lugar en cuanto a prevalencia anual del 10,3% y en segundo lugar los trastornos del estado de ánimo con una prevalencia del 4,9%.

En el municipio de Caldas, Antioquia, no existe ningún tipo de registro que describa el estado de Salud Mental de los habitantes del municipio, no obstante, el antecedente más cercano a ello es una Caracterización de Salud Mental en los Estudiantes de la Corporación Universitaria Lasallista en 2011 (Higueta, Pérez y Vélez. 2011). Se realiza esta investigación con el objetivo de caracterizar la Salud Mental en los estudiantes de la Corporación Universitaria Lasallista, en donde se abarca una muestra poblacional de 240 estudiantes y en donde se utilizaron como instrumentos de recolección de datos el Inventario de Ansiedad Rasgo Estado (STAI) y el Inventario de Depresión de Beck.

Marco teórico

Salud Mental

En general los diferentes estudios e investigaciones que abarcan el tema se aborda el término Salud Mental de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) donde la Salud Mental como un 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 (World Health Organization, 2013). A pesar de ello se debe profundizar más en dicho tema, sin deshacernos de la anterior definición. Alcántara (2008) refiere que dicha definición la propone la OMS para difundirla creando una delimitación homogénea de alcance global, además de ello indica que la OMS trata de considerar la salud como un tema holístico, pues no solo lo enfoca en términos somáticos o psicológicos, sino que considera la Salud Mental como un fenómeno complejo que debe ser abordado a través de la interdisciplinariedad, pues para poder comprenderla en su multidimensionalidad es necesario que concurren diversas disciplinas que interactúen y se integren entre sí.

La definición propuesta por la OMS ha alcanzado una amplia difusión en la literatura académica y ha sido demasiado útil como fundamento para la formulación de políticas públicas, planes y programas de Salud Mental. No obstante, esta definición difícilmente constituye un soporte operativo para el ámbito investigativo y la intervención en Salud Mental dentro del campo de la salud pública” (Restrepo y Jaramillo, 2012).

Con respecto a la complejidad e integración de las diferentes áreas involucradas en el tema, en la Cumbre de Río de Janeiro en el año de 1992 se expone que los elementos que tienen impacto o relación con la Salud Mental no se

encuentran aislados ni son independientes, sino que se solapan unos con otros, por lo que la salud depende en último término de la capacidad de controlar la interacción entre el medio físico, el espiritual, el biológico y el económico y social (Alcántara, 2008).

Debido a la complejidad que trae consigo este tópico en la ciencia, se hace foco en su investigación a lo largo del mundo. En Colombia, durante el periodo de 1974 hasta el 2004 (treinta años), los estudios nacionales realizados con respecto a la Salud Mental suponían una concepción predominante de Salud como ausencia de enfermedad, en donde los enfoques de investigación se delimitaron en determinar indicadores relacionados con la presencia o ausencia de enfermedades, de factores de riesgo o factores protectores para desarrollarlas, o de servicios de atención en salud para tratarlas (Urrego, 2007), esto supone una visión poco holística, aunque no significa que no sean relevantes dichos descubrimientos, pues con un panorama general de dichos ítems investigativos sirven como faro a nuevos estudios cada vez más integradores.

Una vez abordado de forma general la Salud Mental desde la OMS y la situación investigativa de dicho tópico, se deben de considerar algunos de los posibles factores que influyen en el tema. Brundtland (Como se citó en Prieto, 2002. p.75) explica que existen tres aspectos que son determinantes en las condiciones de salud, el primero está relacionado con la velocidad propia del mundo actual, ya que constantemente genera cambios, tanto en la vida de las personas en los ámbitos cultural, laboral, y tecnológico, como el desarrollo mundial, respecto a la urbanización, el rápido crecimiento económico y en el declive medioambiental. El segundo se relaciona con la pobreza, pues a pesar del crecimiento económico, en el mundo hay tres billones de personas que aún permanecen pobres y el tercer factor

determinante, se encuentra relacionado con el proceso de envejecimiento, el cual se identifica como un problema constante, desde hace unas décadas para los países desarrollados e industrializados; debido a que existen, en ellos, cerca de 6.000 millones de personas con más de 60 años, con una expectativa de aumento, en los próximos veinte años, a 1.020 millones y así para el año 2020, aproximadamente el 70% de la población anciana estará viviendo en los países desarrollados. Por supuesto, ya en estos existe incremento de desórdenes mentales derivados del envejecimiento, es decir, el índice de dichos desordenes se verá en aumento debido al incremento de longevidad en los países con más desarrollo.

Volviendo a retomar la importancia que la OMS le da a la Salud Mental en cuanto a sus diferentes planes y proyectos, esta reconoce la Salud Mental como un aspecto primordial del bienestar y el desarrollo de las personas, las sociedades y los países, esta importancia que ha adquirido se ha relacionado no solo con la magnitud de los diferentes problemas asociados con la enfermedad mental y por los costos que esta conlleva, sino, también, por su impacto individual, familiar, comunitario y social, en términos de un sufrimiento que va mucho más allá de las cifras y de la discapacidad que genera” (Restrepo y Jaramillo, 2012).

Rodríguez (2007) resalta que la OMS ha producido una serie de guías sobre Políticas y Servicios de Salud Mental, las cuales se encuentran a total disposición de los interesados y estas pueden constituir una importante herramienta práctica de trabajo para los diferentes países que desean profundizar en los procesos de reestructuración o fortalecimiento de sus sistemas nacionales de Salud Mental. De esa misma manera este autor menciona las recomendaciones del “Informe Mundial de Salud” (OMS, 2001. Como se citó en Rodríguez, 2007), las cuales son de utilidad como una guía de acción la cual consta de los siguientes numerales: 1. Dispensar

tratamiento en la Atención Primaria, 2. Asegurar la disponibilidad de medicamentos psicotrópicos, 3. Prestar asistencia en la comunidad, 4. Educar al público, 5. Involucrar a las comunidades, las familias y los consumidores, 6. Establecer políticas, programas y legislación a escala nacional, 7. Desarrollar los recursos humanos, 8. Establecer vínculos con otros sectores, 9. Vigilar la Salud Mental de las comunidades y 10. Apoyar nuevas investigaciones.

Ansiedad

Haciendo un rastreo detallado del término ansiedad se puede encontrar una asociación con la neurosis; este término fue planteado por el profesor escocés William Cullen en 1769. Debido a que esta explicación estaba enfocada a lo biológico, Freud vio la necesidad de orientarla a lo psicológico, y explico su etiología basado en el modelo estructural. (Belloch, et al. 2009). De esta manera la ansiedad era considerada como una reacción del yo a las fuerzas instintivas procedentes del ello que no podían ser controladas. Igualmente fue entendida como una “señal de peligro”, esto es, un peligro procedente de los impulsos reprimidos del individuo (Sandín y Chorot, 1991. Como se citó en Belloch, et al. 2009. p.94).

Sin embargo, el modelo estructural manifestó ciertas dificultades respecto al tratamiento de la ansiedad, por lo tanto, aparecen nuevas teorías sobre la adquisición y mantenimiento de la ansiedad basadas en el condicionamiento clásico y/o operante y en la asunción de que la ansiedad es una respuesta aprendida de naturaleza anticipatoria. Un aspecto importante de estas teorías es que están respaldadas experimentalmente y han resultado ser de utilidad para la terapia de los trastornos de ansiedad (Belloch, et al. 2009. p.95).

Además de las teorías conductuales y cognitivas sobre la ansiedad, existen otros enfoques de tipo biológico que revisten particular relevancia. Los estudios

psicofisiológicos, neurofisiológicos y neuroendocrinos, así como también los datos sobre predisposición genética y familiar, han aportado en algunos casos información complementaria para delimitar la etiología y naturaleza de los diferentes tipos de trastornos de ansiedad (Belloch, et al. 2009. p.95).

De este modo la definición y tratamiento de la ansiedad ha ido cambiando significativamente; en la actualidad, según la OMS, la ansiedad se define como una anticipación de un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de disforia (desagradable) y/o de síntomas somáticos de tensión. El objetivo del daño anticipado puede ser interno o externo. Es una señal de alerta que advierte sobre un peligro inminente y permite a la persona que adopte las medidas necesarias para enfrentarse a una amenaza (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008).

Por otro lado, se hace pertinente mencionar algunos datos estadísticos relacionados con la ansiedad en Colombia. De acuerdo con el estudio de Salud Mental en el 2003, los trastornos por ansiedad son los más prevalentes en la población colombiana, el porcentaje evidenciado fue de 19,3%. Igualmente, un estudio realizado en adolescentes escolarizados de Chía detectó que un 40,5% de síntomas ansiosos y depresivos. Se detectaron síntomas ansiosos o depresivos en el 40,5 % de la población estudiada (538 personas participantes), de los cuales el 28,3% presentó síntomas sugestivos de ansiedad exclusivamente, con síntomas depresivos exclusivamente en 3,3% y síntomas tanto de ansiedad, como de depresión en 8,9%. Los síntomas relacionados con la ansiedad fueron más frecuentes en las mujeres, mientras que los síntomas depresivos y mixtos se presentaron más frecuentemente en hombres. Se encontró mayor prevalencia de síntomas depresivos 6,9% en hombres versus 5,4% en mujeres, dato que no fue estadísticamente significativo (Ospina, et al. 2011. p.918).

Finalmente, en la investigación se hace pertinente indagar como se manifiesta la ansiedad en los adolescentes. Según Mardomingo (2005. Como se citó en Fernández y Gutiérrez. 2009. p.31), la prevalencia de ansiedad en esta población es de 9 y 21%. Esta se encuentra asociada a factores estresantes del ámbito relacional y académico, entre estos se encuentra: la realización de exámenes, el autoritarismo pedagógico, los problemas de adaptación al centro, los fracasos académicos y dificultades a la hora de cumplir las expectativas sobre su rendimiento, las pérdidas afectivas, etc. (Pardo, et al. 2004. Citado por Herrera, Brocal, Sánchez y Rodríguez. 2012. p.31).

Por otro lado, es pertinente profundizar la influencia de la ansiedad en el ámbito educativo, pues según Von Ameringen, Mancini y Farvolden (2003. Como se citó en Fernández y Gutiérrez. 2009. p.55), los niños y adolescentes con problemas de ansiedad sufren un mayor riesgo de fracasar académicamente, de abandonar la escuela y de no aspirar a realizar una educación superior. Este aspecto es de gran importancia para nuestra investigación porque esta se pretende ejecutar en un contexto educativo.

Depresión

Para hablar del apartado de depresión en este trabajo, se podría decir que no está de más hacer una breve reseña histórica del concepto, saber qué se consideraba depresión antes de que existiera el concepto como tal y quién lo acuñó. “La depresión es tan vieja como la humanidad y durante muchos siglos fue manejada por amigos, brujos, sacerdotes, etc. y tratada con todo tipo de pócimas, brebajes, baños, cambios de ambiente etcétera” (Díaz, et al. 2006). Es decir, que en sus inicios fue un concepto sumamente mal interpretado e intervenido por así

decirlo, posiblemente por la época y la falta de información. Aunque posteriormente se fue tomando el concepto de una manera más científica, pues:

La historia del concepto de la enfermedad de los desórdenes del afecto comenzó en la medicina occidental con la formulación de la melancolía, se le consideró como una perturbación de la mente caracterizada por una gran tristeza sin causa aparente y se le atribuyó a un exceso de la bilis negra. Este término hipocrático sufrió diversos cambios de significado dentro del cuerpo doctrinario de la teoría de Hipócrates, para emerger posteriormente en los escritos de Celso en latín como la "Atrabilis", específicamente en su obra "De Medicina" (Díaz, et al., 2006. p.1).

Por lo cual se podría decir que no se lograba un consenso frente al establecimiento de la depresión como tal, sin embargo,

Samuel Jonhson durante toda su vida sostuvo una gran lucha por hacer cambiar el término desorden melancólico por el de depresión, y a él se le debe la popularidad de este término. A partir de este momento se comenzaron a ver desplazados los términos de: "El bazo", "La enfermedad inglesa", "Los vapores" y "La locura melancólica". Hacia el final del siglo XIX el término depresión había desplazado virtualmente a la melancolía en la mayoría de las nomenclaturas (Díaz, et al., 2006. p.2).

Es evidente pues, el proceso de transformación por el cual pasó la depresión y su nombre como tal. Sin embargo, se podría plantear que en la actualidad el concepto ha seguido sufriendo transformaciones o modificaciones debido a todos los avances de la comunidad científica. Pues a pesar de que a finales del siglo XIX

se acuñó el término (relativamente hace poco) se podría decir que hoy en día su definición en un poco diferente de hecho la Organización Mundial de la Salud propone que:

La depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, y se calcula que afecta a más de 300 millones de personas. La depresión es distinta de las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana. Puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, y puede causar gran sufrimiento y alterar las actividades laborales, escolares y familiares. En el peor de los casos puede llevar al suicidio. Cada año se suicidan cerca de 800.000 personas, y el suicidio es la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años (World Health Organization, 2017. Parr.1).

Es evidente entonces el cambio que ha tenido la depresión hasta la fecha, incluso pasó a ser una enfermedad que afecta a millones de personas alrededor del mundo y, llama aún más la atención la elevada tasa de mortalidad a nivel mundial a causa de esta. Por ello no es gratuito que a pesar de que el enfoque de este trabajo sea sobre Salud Mental, se haya centrado también en la depresión, pues según las evidencias actualmente esta enfermedad afecta todo tipo de población. Aunque dentro de la literatura revisada no se ha logrado encontrar una explicación de por qué este fenómeno se ha convertido en uno de los grandes problemas de salud a nivel mundial.

Una vez visto un panorama general a cerca de la depresión y las consecuencias que esta acarrea a nivel mundial, es pertinente ser un poco más

específicos acerca de cómo está ese panorama en el contexto colombiano. Donde al parecer ha habido cierto nivel de prevalencia. Pues la Primera Encuesta Nacional de Salud Mental realizada en 1993 cuyos resultados fueron procesados en 1997, mostró que el 11.8% de la población que se encuestó padecía depresión leve y el 4% padecía depresión mayor lo cual indicó que para la época la prevalencia era elevada (Gómez, et al. 2004). Lo que significa que, aunque ese primer estudio sea un poco antiguo con respecto a una enfermedad que al parecer aumenta cada vez más, da importantes indicios. No obstante, un estudio más reciente realizado a través de una entrevista estructurada muestra que la prevalencia de depresión actualmente es menor en comparación con la revelada en 1997 (Gómez, et al. 2004).

Como no se tiene evidencia de que se realicen estudios cada determinado periodo de tiempo (no quiere decir que tal vez no se hagan o no existan) se puede plantear que en al menos en Colombia la prevalencia tiende a fluctuar significativamente pues de hecho un estudio un poco más reciente realizado en la ciudad de Bucaramanga en comparación con otros estudios nacionales e internacionales muestra que la prevalencia es alta (Blazer y Cols como se citó en Rueda, et al. 2008). Esto no quiere decir que alrededor del mundo dicha fluctuación posiblemente no se dé.

Además de lo anterior en dicho estudio “se asociaron los síntomas depresivos con el sexo femenino, con la escolaridad (como factor protector), con el intento suicida previo, con problemas psicosociales recientes” (Blazer y Cols como se citó en Rueda, et al. 2008). Lo que pone en evidencia que el contexto como tal (colombiano) influye en la aparición de síntomas depresivos. No obstante, algo que cabe resaltar es el hecho de que la prevalencia de la depresión es mayor en

mujeres que en hombres, pues un estudio de depresión en estudiantes de enseñanza media publica “con respecto al género, se confirmó la existencia de puntuaciones más altas en las chicas, tanto en la Puntuación Global como en la mayoría de las otras dimensiones. Esta asociación entre depresión y sexo femenino es consistente con la literatura” (Cajigas, Kahan y Luzardo. 2010. p.155-156).

Otro aspecto para tomar en cuenta en respecto a la depresión son los adolescentes pues es en ellos en quienes se basa esta investigación. Además de ello anteriormente “se consideraba poco posible que niños y adolescentes experimentaran sentimientos depresivos. Esta posición ha cambiado y se cree que durante estas etapas del desarrollo ellos pueden ocurrir con características similares que en la adultez” (Cumsille y Lotero. 1997. p.74). Lo cual es importante tener en cuenta, pues si la depresión es detectada y tratada a tiempo o incluso se lograra prevenir por así decirlo en la adolescencia. Se podría decir que por ende la prevalencia en la adultez tendería a disminuir. Por otra parte (aunque no es un tema por tratar profundamente en la investigación) está el tema del suicidio, ya mencionado en un principio. Debido a su relación con la depresión y su aumento en la adolescencia. Razón por la cual el estudio de la depresión en niños y adolescentes ha cobrado especial atención en los últimos años (Cumsille y Lotero. 1997. p.74). Lo cual no quiere decir que el suicidio en la adultez haya que restare importancia, sin embargo, como ya se mencionó, lo idóneo sería trabajar la depresión desde una etapa más temprana a fin de reducir tanto prevalencia como suicidio y demás consecuencias.

Ahora bien, del mismo modo en que resulta importante hablar de depresión en adolescentes, es importante saber cómo esta se da.

En la adolescencia la depresión del tono del humor se presenta con aspectos extremadamente variables: a veces con expresiones comportamentales particularmente impactantes (crisis de llanto, desesperación, rabia), otras veces con actitudes marcadamente inhibidas (cierre relacional, mutismo, retiro de las inversiones emocionales); en otros casos, puede estar “enmascarada” por trastornos psicósomáticos o por una serie de conductas riesgosas (tóxico dependencia, búsqueda del peligro como una forma de desafío divino al destino) (Nardi, 2004. p.95).

Sin embargo, cabe resaltar que dichas manifestaciones son a nivel general, y no de un tipo específico de depresión. Igualmente cabe mencionar que dichas manifestaciones pueden evolucionar de una manera falaz (por ejemplo, a través del decaimiento en rendimiento escolar, o una modificación en el apetito). Sin embargo, se presentan de una manera sorpresiva y se caracterizan por fluctuaciones intensas y rápidas (Nardi, 2004). Por lo que se podría decir que debido a la etapa en la que se encuentran los adolescentes también dichas manifestaciones podrían ser confundidas con comportamientos subyacentes a llamar la atención. Además,

Estos aspectos, por su relevancia clínica, nunca deben ser subestimados, ya sea por su potencial invalidante, como por el riesgo de comportamientos autodestructivos. Es necesario tener presente que la incidencia de las expresiones clínicas de la depresión es evaluada entre el 1,8% y el 3%, pero, seguramente, está subestimada por la tendencia de los adolescentes a esconder y a disimular los problemas propios a los adultos y por su falta de confianza para acceder en las

estructuras terapéuticas” “oficiales” (Nardi y Pannelli. Como se citó en Nardi, 2004. p.96).

Adolescencia

Definición de adolescencia

Según Martínez (2005), la adolescencia es la edad que sucede a la niñez; el periodo del desarrollo humano comprendido entre la niñez y la edad adulta, durante el cual se presentan los cambios más significativos en la vida de las personas, en el orden físico y psíquico. De acuerdo con este autor, existen definiciones de matiz psicológico como la planteada por Evans, de la cual destacan dos ideas: A) el adolescente trata de conquistar el acabado de su independencia y B) la búsqueda de una identidad aceptable para sí mismo. Además de la ya clásica la definición de Hollingshead que es de un matiz sociológico: “Periodo de la vida de una persona durante el cual, la sociedad deja de considerarla como un niño, pero no le concede ni el estatus, ni los roles, ni las funciones del adulto”.

Además de lo anterior Martínez (2005) la importancia de este tipo de estudios se desprende del siguiente dato demográfico: En el mundo de nuestra época, hemos alcanzado las cotas históricas más altas de población en el segundo decenio de la vida (uno de cada 5 individuos tiene esa edad) (Pichrell, 2004. Como se citó en Martínez. 2005. p.2). De acuerdo con Mead (Como se citó en Martínez. 2005. p.2) La adolescencia es un estadio propio de la especie humana: no se han descubierto en el animal conductas específicas de la adolescencia. Y es necesario aclarar que pubertad y adolescencia, no son sinónimos. Llamamos pubertad al conjunto de cambios físicos que a lo largo de la segunda década de la vida transforman el cuerpo infantil en cuerpo adulto con capacidad para la reproducción. La pubertad es un fenómeno universal para todos los miembros de nuestra especie y la

adolescencia, por su parte, es un hecho psicosociológico que no adopta en todas las culturas el patrón de características que adopta en la nuestra.

A continuación, se exponen algunas consideraciones fisiológicas, psicológicas y sociales del adolescente, algunos aspectos sobre la adolescencia temprana, media y tardía, de acuerdo con lo propuesto por Iglesias (2013).

Consideraciones fisiológicas, psicológicas y sociales en el adolescente

El desarrollo fisiológico del adolescente inicia por una serie de cambios neurohormonales, cuyo fin último es conseguir la capacidad reproductiva propia de cada sexo. Esto ocurre fundamentalmente gracias a la interacción entre sistema nervioso central, hipotálamo, hipófisis y gónadas. La edad de aparición de la pubertad es muy variable con un amplio rango de la normalidad. El 95% de las niñas inicia la pubertad entre los 8,5 y los 13 años y el 95% de los niños entre los 9,5 y los 14 años. Desde hace unos 150 años, la pubertad se ha ido iniciando a edades cada vez más tempranas, habiéndose adelantado 3 a 4 meses por decenio.

El desarrollo sexual femenino suele iniciarse con la aparición de botón mamario. El tiempo en el que completan la pubertad las niñas es de unos 4 años, pero puede variar entre 1,5 a 8 años. La menarquia ocurre en el 56% de las niñas en el estadio 4 de Tanner y en el 20% en el 3. Actualmente, la edad media de la menarquia está en los 12,4 años. El desarrollo sexual masculino se inicia en el estadio 2 de Tanner, cuando los testículos alcanzan un volumen de 4cc. La espermaquía o inicio de emisión del esperma se produce en el estadio 3 de Tanner, con un volumen testicular de 12cc. Con frecuencia, ocurre sobre los 13,5 años.

De acuerdo con Iglesias (2013) el desarrollo madurativo del adolescente, se establecen las siguientes etapas:

Adolescencia temprana (11-13 años).

La característica fundamental de esta fase es el rápido crecimiento somático, con la aparición de los caracteres sexuales secundarios. La clasificación de las distintas fases de maduración puberal es de gran utilidad para poder utilizar un lenguaje común entre todos los profesionales. Estos cambios hacen que se pierda la imagen corporal previa, creando una gran preocupación y curiosidad por los cambios físicos. El grupo de amigos, normalmente del mismo sexo, sirve para contrarrestar la inestabilidad producida por estos cambios, en él se compara la propia normalidad con la de los demás y la aceptación por sus compañeros de la misma edad y sexo. Los contactos con el sexo contrario se inician de forma "exploratoria". También, se inician los primeros intentos de modular los límites de la independencia y de reclamar su propia intimidad, pero sin crear grandes conflictos familiares.

Adolescencia media (14-17 años).

El crecimiento y la maduración sexual prácticamente han finalizado adquiriendo alrededor del 95% de la talla adulta y siendo los cambios mucho más lentos, lo que permite restablecer la imagen corporal. La capacidad cognitiva va siendo capaz de utilizar el pensamiento abstracto, aunque este vuelve a ser completamente concreto durante períodos variables y sobre todo con el estrés. Esta nueva capacidad les permite disfrutar con sus habilidades cognitivas empezándose a interesar por temas idealistas y gozando de la discusión de ideas por el mero placer de la discusión. Son capaces de percibir las implicaciones futuras de sus actos y decisiones, aunque su aplicación sea variable.

Adolescencia tardía (17-21 años).

El crecimiento ha terminado y ya son físicamente maduros. El pensamiento abstracto está plenamente establecido, aunque no necesariamente todo el mundo lo consigue. Están orientados al futuro y son capaces de percibir y actuar según las implicaciones futuras de sus actos. Es una fase estable que puede estar alterada por la "crisis de los 21", cuando teóricamente empiezan a enfrentarse a las exigencias reales del mundo adulto. Esto parece estar retrasándose cada vez más y podríamos hablar de las crisis de los estadios de maduración. Las relaciones familiares son de adulto a adulto y el grupo pierde importancia para ganar las relaciones individuales de amistad. Las relaciones son estables y capaces de reciprocidad y cariño y se empieza a planificar una vida en común, familia, matrimonio y proyectos.

Según Casas y González (2005), otros factores importantes en el adolescente es el aspecto corporal, pues los cambios físicos y psicológicos que acompañan la aparición de la pubertad generan una gran preocupación en los adolescentes, sobre todo en los primeros años, con extrañamiento y rechazo del propio cuerpo, inseguridad respecto a su atractivo, al mismo tiempo que crece el interés por la sexualidad. En la adolescencia media, se produce una mejor aceptación del cuerpo, pero sigue preocupándoles mucho la apariencia externa. Las relaciones sexuales son más frecuentes. Entre los 18 y 21 años el aspecto externo tiene ya una menor importancia, con mayor aceptación de la propia corporalidad.

Según Adrián y Rangel (2006) también están algunas consideraciones sociales pues los rasgos distintivos de la adolescencia en sociedades como la nuestra, es el desfase temporal que se produce entre la maduración sexual de los individuos y la consecución plena del estatus adulto. Es así como, nuestros jóvenes

quinceaños son ya, en lo fundamental, individuos adultos biológicamente, pero no psicológica y socialmente. Este desfase, que puede prolongarse al menos entre 5 y 10 años, implica necesariamente una dinámica de cambio problemática, contradictoria y no exenta de tensiones, en las que el sujeto se mueve permanente en un área indefinida entre la madurez, en ciertos aspectos, y la inmadurez, en otros. Esta perspectiva resulta útil para interpretar, en términos generales, la naturaleza de diversos fenómenos típicos en estas edades, como, por ejemplo, los embarazos no deseados y su afrontamiento, los conflictos de oposición con las figuras de autoridad, el consumo de drogas legales o ilegales, o las vicisitudes de las primeras experiencias en la incorporación al mundo laboral". Además de esto dichos autores también afirman que los procesos de cambio y construcción adolescente están sujetos a la variabilidad de un amplio abanico de factores económicos, sociales e individuales. En este sentido se puede considerar la adolescencia como una construcción social. La adolescencia, tal como documentó la antropóloga Margaret Mead (1928) respecto a los jóvenes de Samoa, puede tener perfiles distintos cuando la sociedad en la que crecen los jóvenes es muy diferente. Así, en la sociedad samoana, en aquel momento, no se producía una separación tan tajante como en las sociedades occidentales entre niños y adultos. Igualmente, los jóvenes tenían acceso a una serie de experiencias (presenciar con naturalidad las relaciones sexuales, cómo nacen los bebés, la muerte, realización de tareas importantes para la comunidad, participación en juegos sexuales, definición clara del rol adulto, etc.) no tan comunes en nuestro contexto".

“Dentro de una misma sociedad, el momento histórico, las diferencias económicas, étnicas, y culturales condicionan asimismo las particularidades del periodo de transición hacia la edad adulta. De

hecho, se considera que la adolescencia, tal como hoy día la entendemos, es la consecuencia colateral de un conjunto de cambios producidos a finales del siglo XIX y principios del XX derivados principalmente de la Revolución Industrial (aumento de la demanda de mano de obra cualificada, división especializada del trabajo, separación entre el trabajo y la vida familiar, etc.)” (Adrián y Rangel, 2006. p.4).

Diseño Metodológico

Enfoque

La presente investigación se dirige de forma puntual hacia la Salud Mental, haciendo énfasis en la ansiedad y la depresión, teniendo como objetivo principal caracterizar la Salud Mental en relación con los rasgos de la depresión y a los Rasgos-Estados ansiedad de los adolescentes de los grados noveno (9°) y decimo (10°) de la Institución Educativa Federico Ángel de Caldas (Antioquia). Para llegar a suplir en su totalidad dicho objetivo es necesario tener en cuenta ciertas pautas y características de la investigación cuantitativa propuestas por Hernández, Fernández y Baptista (2014) tales como: la necesidad de medir la magnitud del problema de investigación, la elaboración delimitada y concreta de un problema específico, la revisión de literatura, elaboración de marco teórico, en donde la problemática es sometida a prueba por medio de la comprobación mediante el uso de diseños de investigación y la recolección de datos se encuentra bajo el fundamento de la medición de variables, la cual se lleva a cabo por medio de procesos estandarizados, demostrándose los procesos ejecutados y así poder hacer una referencia al fenómeno en el mundo real.

Lo anterior es necesario describir, debido a que el fenómeno abordado (Salud Mental enfocada en ansiedad y depresión) dentro de este proyecto va a ser descrito, por medio de resultados obtenidos de pruebas estandarizadas, realizados bajo un procedimiento específico, comprobando si los resultados pueden coincidir con otros estudios similares y en especial el fenómeno ha sido delimitado y concretado hacia la problemática propuesta anteriormente.

Diseño

De acuerdo con Hernández, et al. (2014), el diseño de investigación hace referencia a la estrategia que se desarrolla para obtener la información requerida en una investigación, para así responder al planteamiento del problema de esta. Así mismo, se aclara que dentro de la investigación cuantitativa existen diversos diseños para llevar a cabo la investigación, entre ellos se encuentran los diseños experimentales y los diseños no experimentales. Siendo el último el más adecuado para la ejecución y desarrollo del presente estudio.

Los autores mencionados anteriormente definen los diseños no experimentales como estudios que se realizan sin tener manipulación alguna sobre las variables del fenómeno, por el contrario, solo se observa el fenómeno en su ambiente natural, para su posterior análisis. Este tipo de diseño se clasifica en transeccionales (transversales) y longitudinales, de los cuales el diseño transversal resulta ser el más adecuado para el estudio, ya que este se refiere a la recolección de datos en un único momento, teniendo como propósito describir las variables del estudio en un momento dado (Hernández, et al. 2014).

El diseño de investigación no experimental resulta ser el más adecuado para este estudio, pues no se va a manipular ninguna variable, sino que se pretende evaluar las diferentes manifestaciones del fenómeno por medio de pruebas estandarizadas sin tener ninguna influencia en el proceso de recolección de datos, además de la modalidad transversal, pues los datos se recolectaron en solo un momento del proceso de investigación para describir la problemática del fenómeno abordado.

Nivel

Con respecto al nivel de investigación del presente estudio, cabe resaltar que encaja dentro de un nivel descriptivo ya que en primer lugar Lerma (2016), sostiene que las investigaciones cuantitativas de tipo descriptivo tienen como objetivo principal describir el estado, características, factores y procedimientos que están presentes en los fenómenos que se dan de forma natural, sin explicaciones relacionales. Briones (como se citó en Lerma, 2016. p.44) afirma que una investigación de este tipo de alcance no permite la elaboración de hipótesis, ni la predicción de resultados, sin embargo, aclara que se puede caracterizar el objeto de estudio, identificar el o los objetos con ciertas características, describir el contexto en el que ocurre el fenómeno, cuantificar la magnitud del fenómeno, identificar las posibles diferencias entre sujetos o grupos, entre otros.

Hernández, et al. (2014) definen los diseños transversales descriptivos como métodos que permiten indagar la incidencia de las modalidades, categorías o niveles de una o más variables en una población, siendo estos descriptivos en su totalidad.

Basados en lo anterior, se alcanza un nivel descriptivo dentro del estudio, debido a que el interés de la investigación se centra en la caracterización de Salud Mental referida a los Rasgos-Estados de ansiedad y síntomas depresivos de la población abordada. Además de lo mencionado, durante el análisis de resultados se alcanza un nivel correlacional, el cual se caracteriza por conocer la relación o asociación que pueda existir entre dos o más variables, en donde se realiza una medición de cada una de dichas variables, cuantificando y analizando su vinculación (Hernández, et al. 2014). Esto se da debido a la verificación de posibles

correlaciones entre los Rasgos-Estados de ansiedad y síntomas de depresión que se dan en las escalas de los instrumentos usados en el estudio.

Instrumentos

A continuación, se procederá a describir los instrumentos de recolección de datos que se consideran más adecuados para el objetivo del estudio.

Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado (IDARE).

Spielberger y Díaz (1975). State-Trait-Anxiety Inventory STAI.

Esta prueba es la versión en español del STAI (*State-Trait-Anxiety Inventory*), se encuentra constituido por dos escalas de autoevaluación separadas que se utilizan para medir dos dimensiones distintas de la ansiedad: 1) La llamada **Ansiedad-Rasgo** (A-Rasgo) y 2) la denominada **Ansiedad-Estado** (A-Estado), Se ha demostrado que esta prueba se puede utilizar para la medición de ansiedad en estudiantes de secundaria y bachillerato.

Escala A-Rasgo.

Consta de veinte afirmaciones en las que se pide a los participantes describir cómo se sienten generalmente. Esta escala puede ser utilizada como instrumento de investigación en la selección de sujetos que varíen en su disposición a responder a la tensión psicológica con niveles de intensidad distintos. Se utiliza para la identificación de estudiantes de bachillerato y profesional, que sean propensos a la ansiedad y para evaluar su grado.

Escala A-Estado.

Al igual que la anterior, también posee veinte afirmaciones, pero las instrucciones requieren que los participantes indiquen cómo se sienten en un momento dado. Se puede utilizar esta escala para determinar los niveles reales de intensidad de A-Estado inducidos por procedimientos experimentales de tensión.

Esta escala es un indicador sensitivo del nivel de ansiedad transitoria experimentada por el evaluado. Se involucran sentimientos de tensión, nerviosismo, preocupación y aprensión.

Aplicación.

Prueba diseñada para ser autoaplicable, ya sea de carácter individual o colectivo. Las instrucciones de aplicación se encuentran impresas en el protocolo de ambas escalas. No hay límite de tiempo para la aplicación (aunque su tiempo de ejecución se encuentra entre 6 a 20 minutos, dependiendo del nivel educativo o de salud).

Los evaluadores no deben utilizar el término “ansiedad”, durante la aplicación, el evaluador debe referirse al inventario y a sus escalas como “Inventario de autoevaluación”, ya que es expresamente el título que se encuentra impreso en el protocolo.

La validez de la prueba se fundamenta en el supuesto de que el evaluado comprenda de manera clara las instrucciones de cada una de las escalas, por ello es recomendable que antes de que el evaluado responda el protocolo lea por sí mismo las instrucciones, mientras que el evaluador las lee en voz alta, dando así la oportunidad de responder las dudas de los participantes, sin influir las respuestas. Se debe advertir a los evaluados que no omitan ninguno de los ítems del protocolo, los cuales responde llenando el círculo del número apropiado que se encuentran a la derecha de cada uno de los reactivos del protocolo.

Calificación.

La dispersión de las posibles calificaciones para el “Inventario de autoevaluación” del IDARE varía desde una puntuación mínima de 20, hasta una puntuación máxima de 80, tanto en la escala A-Estado como en la escala A-Rasgo.

El valor numérico de la calificación para los reactivos en los cuales las valoraciones altas indican gran ansiedad son los mismos representados por el número que se haya sombreado. Para aquellos reactivos en los cuales una valoración alta indica poca ansiedad, el valor numérico de la calificación es inverso.

La calificación se puede hacer de forma manual, utilizando plantillas de calificación, la cual se pone sobre el cuestionario resuelto y se dan valores numéricos de la respuesta que aparecen impresos en la clave de cada reactivo. Las calificaciones finales de cada escala pueden ser registradas en cualquier lugar conveniente del protocolo.

Cuestionario de Depresión para Niños (CDS).

Lang y Tisher (2003). Children's Depression Scale (CDS).

Este cuestionario se diseñó específicamente para niños y tiene en cuenta la importancia las observaciones de las personas que rodean y conocen al niño (otros significativos), tales como los padres y los profesores; aunque el CDS es destinado hacia los niños. El cuestionario es una escala con 66 elementos, entre los que hay 18 positivos (como "Me siento alegre la mayor parte del tiempo") y 48 depresivos (como "Me siento solo muchas veces"). Estos elementos se encuentran mezclados entre sí para reducir la tendencia al tipo de respuesta y para medir la "incapacidad para experimentar placer o diversión" como un componente de la depresión.

Escalas.

El CDS contiene 66 elementos positivos y 48 negativos, los cuales se mantienen separados y permiten dos subescalas generales e independientes **Total Depresivo** (TD) y **Total Positivo** (TP).

Total Depresivo (seis subescalas):

Respuesta Afectiva (RA - ocho elementos): alude al estado de humor de los sentimientos del sujeto, de tal modo que a mayor puntuación mayor número de respuestas negativas.

Problemas sociales (PS - ocho elementos): se refiere a las dificultades en la interacción social, aislamiento y soledad del niño.

Autoestima (AE - ocho elementos): se relaciona con la intensidad de sentimientos, conceptos y actitudes de tipo negativo del niño en relación con su propia estima y valor.

Preocupación por la Muerte/Salud (PM - siete elementos): alude a los sueños y fantasías del niño en relación con su enfermedad y muerte.

Sentimiento de Culpabilidad (SC - ocho elementos): se refiere a la autopunición del niño.

Depresivos Varios (DV - nueve elementos): incluye las cuestiones de tipo depresivo que no pudieron agruparse para formar una entidad.

Total positivo (dos subescalas):

Ánimo-Alegría (AA - ocho elementos, puntuados en el polo opuesto): alude a la ausencia de alegría, diversión y felicidad en la vida del niño, o su incapacidad para experimentarlas. Así, a mayor puntuación en la escala (de tipo inverso) mayor carencia de dichos sentimientos existe en la vida emocional del niño.

Positivos Varios (PV - diez elementos, puntuados en el polo opuesto): incluye aquellas cuestiones de tipo positivo que no pudieron agruparse para formar una entidad y cuya ausencia (puntuación alta) puede suponer importantes manifestaciones depresivas en el niño.

Aplicación.

El CDS es aplicable a niños comprendidos entre los ocho y dieciséis años. No presenta problemas la falta de una buena capacidad lectora. Puede ser aplicada individual como colectivamente. Para la aplicación grupal, se debe procurar que sea un grupo homogéneo y poco numeroso. Se deben de dar las instrucciones sobre

cómo responder cada uno de los ítems y utilizar un ejemplo, para así responder las dudas sin alterar el tipo de respuesta que pueda tener el evaluado.

Calificación.

Cada elemento se puntúa en una escala de 1 a 5 puntos en la dirección del rasgo de la depresión, desde **Muy en desacuerdo** a **Muy de acuerdo** en los elementos de tipo depresivo, y desde **Muy de acuerdo** con **Muy en desacuerdo** en los de tipo positivo. Con esta inversión en los positivos (subescalas AA y PV) se logra que todos ellos apunten hacia el rasgo de la depresión.

Población

La institución Educativa Federico Ángel del municipio de Caldas, Antioquia. El grado noveno (9°) cuenta con una cantidad de 94 estudiantes entre las edades de 14 a 18 años. Mientras que el grado decimo (10°) cuenta con 113 estudiantes entre los 14 a los 19 años. Para un total de 207 estudiantes entre los 14 y 19 años.

Muestra

Para la realización del estudio se tomará una muestra del 10% del total de estudiantes que conforman los grados novenos (9°) y decimo (10°) de la Institución Educativa Federico Ángel de Caldas, Antioquia, que cumplan con los criterios de inclusión. De esta forma se obtendría un total de 16 participantes. Debido a esto es necesario tomar de la población total de la institución un subgrupo de forma aleatoria, de acuerdo a Hernández, et al. (2014), este tipo de muestra se denomina muestra probabilística, en la cual se escoge un sub grupo de la población, en donde cada uno de los participantes tienen la misma probabilidad de ser elegidos, cuya metodología de selección de muestra es el ideal para los estudios descriptivos transeccionales, en donde se pretende hacer mediciones de las variables a estudiar.

Criterios de inclusión.

Para poder incluir a una persona como participante de la investigación debe cumplir los siguientes ítems:

Ser estudiante de los grados noveno (9°) y decimo (10°).

Ser estudiante de la Institución Educativa Federico Ángel de Caldas, Antioquia.

Debe tener entre 14 y 16 años.

Vivir en el municipio de Caldas, Antioquia.

Criterios de exclusión.

Para denegar la participación de una persona dentro del estudio debe:

No ser estudiante de alguno de los grados noveno (9°) y decimo (10°).

No ser estudiante de la Institución Educativa Federico Ángel de Caldas, Antioquia.

No encontrarse entre 14 y 16 años.

No vivir en el municipio de Caldas, Antioquia.

Estar actualmente diagnosticado con una enfermedad médica o trastorno psicológico, cuya comorbilidad produzca sintomatología depresiva o ansiosa, como por ejemplo: cáncer, enfermedades coronarias, diabetes, epilepsia, esclerosis, vértigo, tumores, alzheimer, VIH, parkinson, reumatismo, artritis, lupus, Huntington, epilepsia, esclerosis, sífilis cerebral, encefalitis, traumatismo craneoencefálico, hipoxia, gastritis, jaqueca, síndrome premenstrual, fobias, trastornos del estado de ánimo, accidentes cerebrovasculares, etc.

Consideraciones éticas

Es bien sabido que para la futura aplicación de esta investigación se deben tomar en cuenta ciertas consideraciones éticas a fin de actuar responsablemente con lo que se va a realizar, pues se debe considerar que se va a trabajar con personas y específicamente con menores de edad. Además de ello, se tiene acceso a información de dichos menores, la cual debe ser manejada de una manera sumamente responsable y siempre velando por la confidencialidad de dicha información. Por lo cual se ha decidido incluir en este estudio puntualmente aquellas normas que se consideran pertinentes para la correcta realización de este. Las cuales son propuestas por el Colegio Colombiano de Psicólogos el cual:

Reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología (Títulos I - VI) y establece el correspondiente Código Deontológico y Bioético (Título VII), dentro del cual se crean y reglamentan el Tribunal Nacional y los Tribunales Regionales Deontológicos y Bioéticos (Capítulos IX y X), además se definen pautas relativas a los procesos disciplinarios para los profesionales de la psicología” (Colegio colombiano de psicólogos 2006).

Entre las cuales tenemos:

Confidencialidad: Los psicólogos tienen una obligación básica respecto a la confidencialidad de la información obtenida de las personas en el desarrollo de su trabajo como psicólogos. Revelarán tal información a los demás solo con el consentimiento de la persona o del representante legal de la persona, excepto en aquellas circunstancias particulares en que no hacerlo llevaría a un evidente daño a la persona u a otros. Los psicólogos informarán a sus usuarios de las limitaciones

legales de la confidencialidad (Colegio colombiano de psicólogos 2006).

Como ya se mencionó la información obtenida a través de la aplicación de esta investigación será manejada con absoluta confidencialidad y solo será revelada en este caso, a los directivos de la institución, pues son ellos quienes la solicitan para saber cómo se encuentran sus estudiantes en cuanto a Salud Mental.

Investigación con participantes humanos: Investigación con participantes humanos. La decisión de acometer una investigación descansa sobre el juicio que hace cada psicólogo sobre cómo contribuir mejor al desarrollo de la Psicología y al bienestar humano. Tomada la decisión, para desarrollar la investigación el psicólogo considera las diferentes alternativas hacia las cuales puede dirigir los esfuerzos y los recursos. Sobre la base de esta consideración, el psicólogo aborda la investigación respetando la dignidad y el bienestar de las personas que participan y con pleno conocimiento de las normas legales y de los estándares profesionales que regulan la conducta de la investigación con participantes humanos (Colegio colombiano de psicólogos 2006)

Es bien sabido con qué tipo de población se va a realizar la investigación, por lo cual, toda ocasión en la que se esté trabajando con los adolescentes e independientemente de los resultados, no se les va a estigmatizar, catalogar, etiquetar juzgar y demás actos que denigren o menosprecien su humanidad.

Artículo 26: Los informes psicológicos realizados a petición de instituciones u organizaciones en general, estarán sometidos al mismo deber y derecho general de confidencialidad antes establecido,

quedando tanto el profesional como la correspondiente instancia solicitante obligados a no darles difusión fuera del estricto marco para el que fueron recabados (Colegio colombiano de psicólogos 2006).

Como ya se mencionó, una vez finalizada la investigación se tiene el deber de darle absoluta confidencialidad a la información obtenida, al igual que el deber de hacer la respectiva devolución de esta a la institución, pues es la forma de dar una importante retribución por hacer posible la ejecución de la investigación. Estando igualmente en la obligación de mantener la confidencialidad de dicha información recibida claro está.

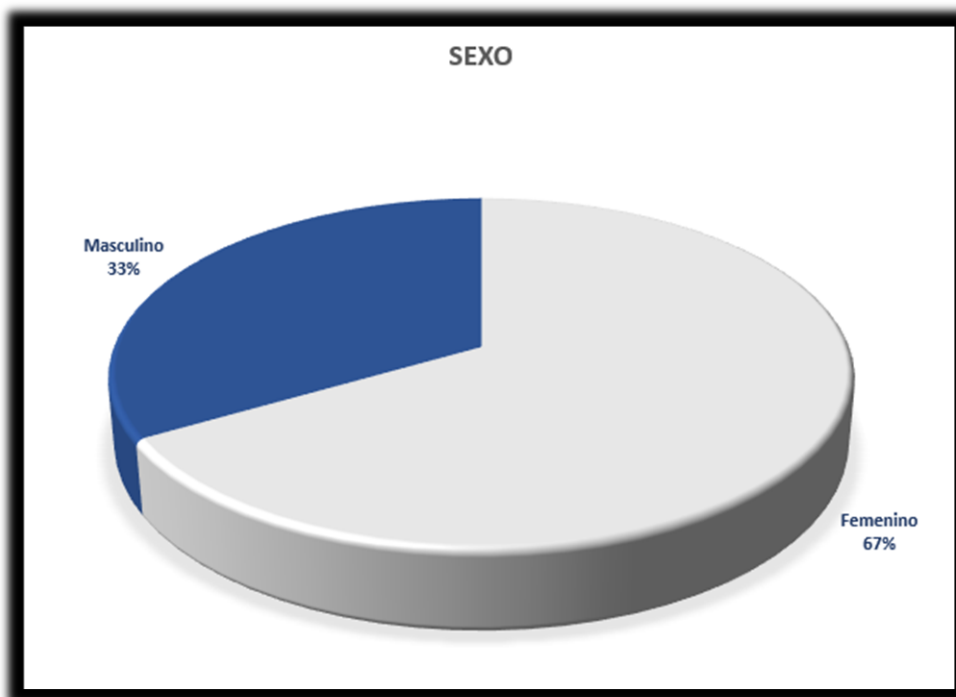
i) “No practicar intervenciones sin consentimiento autorizado del usuario, o en casos de menores de edad o dependientes, del consentimiento del acudiente” (Colegio colombiano de psicólogos 2006). Como ya se mencionó, la población con la cual se piensa llevar a cabo la investigación es adolescente. Por lo cual es claro que hay que tener en cuenta el consentimiento informado, sin embargo, en este caso lo que se pretende hacer, es la implementación de un asentimiento el cual sea debidamente diligenciado por el rector de la institución educativa, a fin de agilizar dicho proceso, ya que con los padres de los adolescentes se tomaría un tanto complicado.

Resultados Sociodemográficos

Los participantes del presente estudio fueron un total de 16 estudiantes entre los 14 y 16 años, pertenecientes a los grados noveno (9°) y décimo (10°) de la Institución Educativa Federico Ángel, no obstante, se excluyó a uno de los participantes debido a enfermedad física crónica, con posible comorbilidad de rasgos ansiosos y síntomas depresivos. Los siguientes datos fueron obtenidos a partir de una encuesta sociodemográfica aplicada a los participantes.

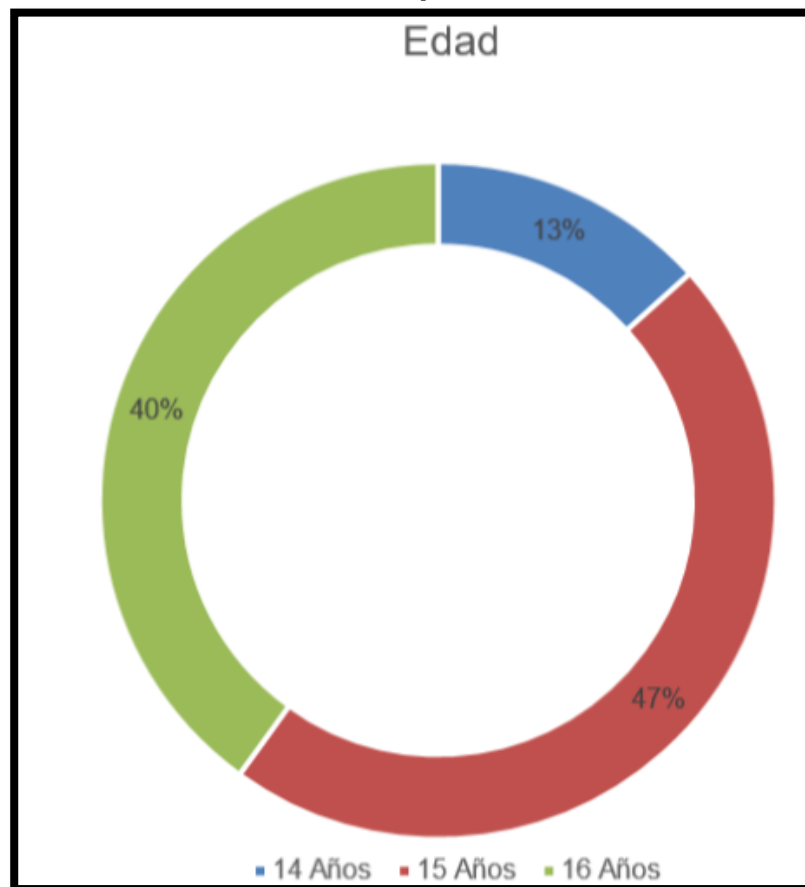
En la Gráfica 1 se puede observar que de los estudiantes participantes el 67% corresponde al sexo femenino, mientras que el 33% restante corresponde al sexo masculino.

Gráfica 1. Distribución del sexo de la muestra



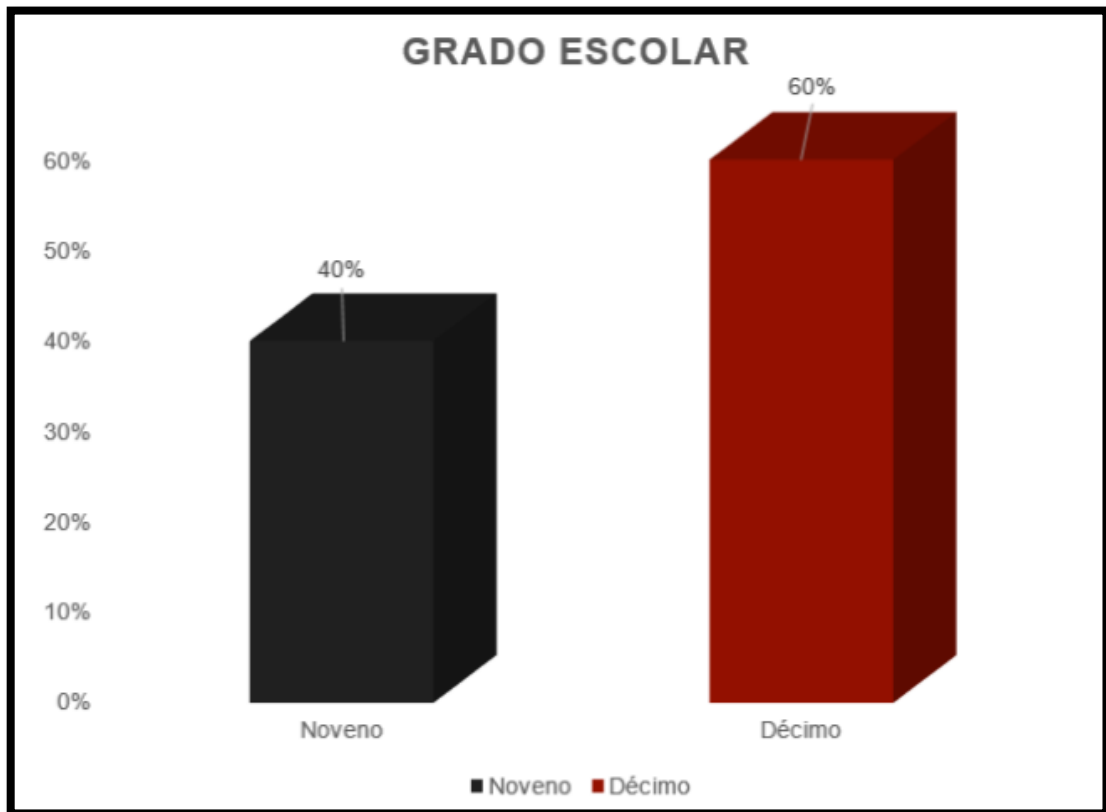
Las edades de los estudiantes participantes oscilan entre 14 y 16 años, donde 15 años es el porcentaje más alto con un 47%, en segundo lugar, se encuentra un 40% de la muestra que tiene 16 años. Y por último hay un 13% que corresponde a 14 años, los cuales se muestran en la Gráfica 2.

Gráfica 2. Distribución por edad de la muestra



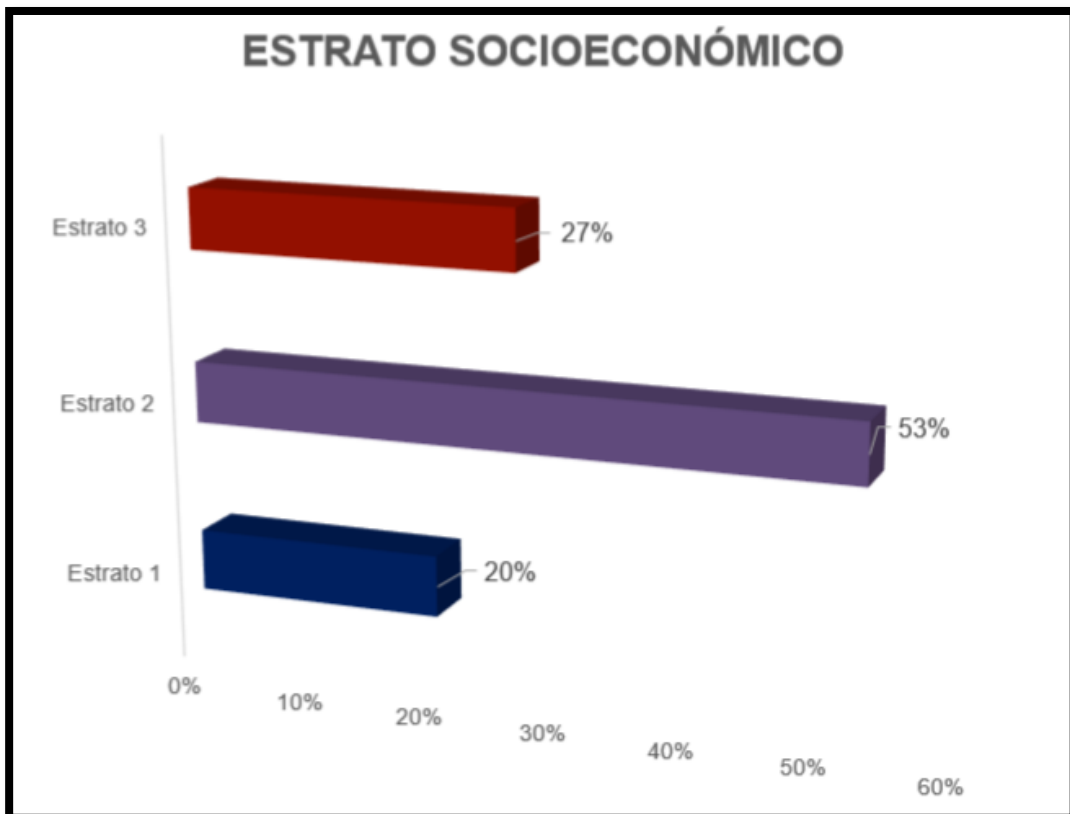
El porcentaje de estudiantes según los grados escolares participantes se puede ver en la Gráfica 3, en donde estos corresponden a un 40% del grado noveno y un 60% del grado décimo. Esto corresponde a 6 estudiantes y a 9 estudiantes respectivamente.

Gráfica 3. Distribución de la muestra según el grado escolar



Los estratos socioeconómicos de los participantes se pueden observar en la Gráfica 4, en donde estos se dan así, un 53% de participantes pertenecientes al estrato 2, y un 27% perteneciente al estrato 3 y por último un 20% del estrato 1.

Gráfica 4. Distribución de la muestra según el estrato socioeconómico



Resultados

Confiabilidad

Para empezar, se realizó el cálculo del Alfa de Cronbach, el cual es un índice que sirve para medir la confiabilidad de consistencia interna de una escala, es decir, para evaluar la magnitud de correlación de los ítems de un instrumento (Oviedo y Campo, 2005). Para la valoración de las escalas del índice de confiabilidad se recomiendan las siguientes escalas según Vellis (Barraza, 2007):

Por debajo de .60..... inaceptable.

De .60 a .65..... indeseable.

Entre .65 y .70..... aceptable (mínimamente).

De .70 a .80..... respetable.

De .80 a .90..... índice de confiabilidad es muy bueno.

De esta manera los índices de confiabilidad arrojados por el SPSS con respecto a las pruebas usadas en el estudio se pueden observar en la Tabla 1. En donde encontramos que la puntuación del alfa de Cronbach del CDS corresponde a un 0.955, mientras que la del IDARE a un 0.957, es decir, que en ambas pruebas se obtuvo un índice de confiabilidad alto el cual hace posible continuar con este estudio, ya que la correlación mayor entre los ítems hace que los instrumentos utilizados sean consistentes (Frías, 2014).

Tabla 1. Alfa de Cronbach CDS e IDARE

Estadísticos de fiabilidad CDS	Estadísticos de fiabilidad IDARE
--------------------------------	----------------------------------

Número de elementos	66	40
Alfa de Cronbach	0.955	0.957

Resultados Descriptivos Comparativos del Cuestionario de Depresión para Niños (CDS).

Para la interpretación de los resultados de los datos comparativos es imprescindible resaltar que esta se hace a partir de los análisis de varianza (ANOVA), el cual es un factor que sirve para comparar variables cuantitativas permitiendo una generalización del contraste de las medias. Cabe aclarar que la puntuación ANOVA debe ser inferior a 0.05 ($< .05$) para considerarla como diferencia significativa entre dos variables (Bakieva, González y Jornet. 2012). Además, para la interpretación de las puntuaciones de las escalas de forma particular las puntuaciones que se encuentran por encima de la media indican manifestaciones depresivas moderadas o altas, mientras que las puntuaciones bajas o medias indican manifestaciones depresivas normales o bajas.

Resultados CDS según sexo

Los resultados obtenidos del CDS según el sexo se pueden observar en la Tabla 4, en donde se puede ver que, en todas las escalas, excepto en la escala de Positivos Varios (PV) se presentan diferencias estadísticamente significativas entre sí. En donde destacan las escalas de Respuesta Afectiva (RA) (.009), Autoestima (AE) (.005) y Animo-Alegría (.001) entre hombre y mujeres. Estas diferencias significativas se deben a que los hombres a diferencia de las mujeres obtuvieron puntuaciones medias, o una o dos desviaciones estándar de la media, lo cual indica que las manifestaciones depresivas en dicha población se encuentran dentro de la norma, según la prueba. Mientras que en la población femenina dichas

puntuaciones si bien algunas se encuentran dentro de la media, hay una constante en las puntuaciones por encima de ella, indicando una mayor manifestación depresiva en dichas áreas.

Tabla 2. Resultados comparativos CDS según sexo

Factores CDS según sexo		Media	Desviación típica	ANOVA Sig.
Respuesta Afectiva (RA)	Hombres	21.90	8.595	
	Mujeres	9.80	2.049	.009
	Total:	17.87	9.141	
Problemas Sociales (PS)	Hombres	23.40	8.972	
	Mujeres	11.80	4.494	.019
	Total:	19.53	9.463	
Autoestima (AE)	Hombres	23.60	8.235	
	Mujeres	10.60	2.702	.005
	Total:	19.27	9.270	
Preocupación por Muerte/Salud (PM)	Hombres	20.70	7.334	
	Mujeres	12.20	1.924	.026
	Total:	17.87	7.269	
Sentimiento de Culpabilidad (SC)	Hombres	26.30	8.028	
	Mujeres	14.80	7.563	.020
	Total:	22.47	9.448	
Depresivos Varios (DV)	Hombres	31.60	8.383	
	Mujeres	20.20	4.324	.014
	Total:	27.80	9.025	
Total Depresivo:	Hombres	147.50	46.812	
	Mujeres	79.40	18.783	.009
	Total:	124.80	51.125	
Animo-Alegría (AA)	Hombres	18.20	3.676	
	Mujeres	10.40	1.517	.001
	Total:	15.60	4.881	
Positivos Varios (PV)	Hombres	27.30	6.255	
	Mujeres	20.80	4.868	.064
	Total:	25.13	6.479	
Total Positivo:	Hombres	45.50	7.920	
	Mujeres	31.20	3.701	.002
	Total:	40.73	9.640	

Resultados CDS según edad

Los resultados obtenidos del CDS de acuerdo con la edad se pueden observar en la Tabla 2, en donde no se evidenciaron diferencias significativas en ninguna de las escalas entre las edades de la población. A pesar de ello, podemos encontrar que en los participantes de 14 años en las diferentes escalas sus puntajes

se encuentran en la media o por debajo de ella, lo cual indica que no existen manifestaciones depresivas altas, en los participantes de 15 años se encontró que tres de ellos obtuvieron puntuaciones altas en las escalas de RA, PS, PM, SC, DV, TD, AA, PV y TD, mientras que los demás se encuentran en la media o por debajo de ella. Por último, los participantes de 16 años, tres de ellos obtuvieron puntajes altos, en particular una de ellas obtuvo puntuaciones altas en todas las escalas.

Tabla 3. Resultados comparativos CDS según edad

Factores CDS según edad		Media	Desviación típica	ANOVA Sig.
Respuesta Afectiva (RA)	14	12.50	3.536	.700
	15	18.43	8.580	
	16	19.00	11.384	
	Total:	17.87	9.141	
Problemas Sociales (PS)	14	17.00	7.071	.644
	15	17.71	8.460	
	16	22.50	11.709	
	Total:	19.53	9.463	
Autoestima (AE)	14	16.50	3.536	.444
	15	16.71	7.566	
	16	23.17	11.788	
	Total:	19.27	9.270	
Preocupación por Muerte/Salud (PM)	14	12.50	6.364	.478
	15	17.57	5.192	
	16	20.00	9.508	
	Total:	17.87	7.269	
Sentimiento de Culpabilidad (SC)	14	17.50	.707	.430
	15	20.57	8.463	
	16	26.33	11.448	
	Total:	22.47	9.448	
Depresivos Varios (DV)	14	21.00	1.414	.281
	15	26.14	7.883	
	16	32.00	10.469	
	Total:	27.80	9.025	
Total Depresivo:	14	97.00	21.213	.505
	15	117.14	43.698	
	16	143.00	64.408	
	Total:	124.80	51.125	
Animo-Alegría (AA)	14	18.50	2.121	.604
	15	15.86	5.928	
	16	14.33	4.274	
	Total:	15.60	4.881	
Positivos Varios (PV)	14	26.50	13.435	.950
	15	24.71	3.988	
	16	25.17	7.834	
	Total:	25.13	6.479	
Total Positivo:	14	45.00	11.314	.807
	15	40.57	8.960	
	16	39.50	11.362	
	Total:	40.73	9.640	

Resultados CDS según grado

Con respecto a los datos obtenidos en el CDS según el grado escolar (Tabla 3) se encontró solo una diferencia significativa en la escala de Depresivos Varios (DV) (.036), esta se debe a que en los puntajes de dicha escala entre los estudiantes de los grados 9° y 10° cuatro de los participantes obtuvieron puntuaciones altas, uno puntuación moderada, uno en la media y los demás participantes puntuaciones bajas. De forma general los estudiantes del grado 9° en su mayoría obtuvieron puntuaciones bajas y medias, aunque se encontró que dos de ellos obtuvieron puntuaciones altas en las escalas RA, PM, SC, TD, PV y TP y tres estudiantes puntuaron resultados moderados en las escalas TP, PV y AA. En cuanto al grado 10°, cinco de los estudiantes obtuvieron puntuaciones altas en escalas como RA, PS, AE, PM SC, DV, TD, AA, PV y TP, particularmente dentro de este grupo se encuentra la única estudiante que obtuvo una puntuación alta a lo largo de todas las escalas de la prueba.

Tabla 4. Resultados comparativos CDS según grado

Factores CDS según grado		Media	Desviación típica	ANOVA Sig.
Respuesta Afectiva (RA)	9	13.50	7.583	
	10	20.78	9.298	.136
	Total:	17.87	9.141	
Problemas Sociales (PS)	9	14.83	6.145	
	10	22.67	10.271	.119
	Total:	19.53	9.463	
Autoestima (AE)	9	14.50	5.891	
	10	22.44	10.014	.105
	Total:	19.27	9.270	
Preocupación por Muerte/Salud (PM)	9	14.33	5.750	
	10	20.22	7.496	.128
	Total:	17.87	7.269	
Sentimiento de Culpabilidad (SC)	9	17.17	8.773	
	10	26.00	8.544	.074
	Total:	22.47	9.448	
Depresivos Varios (DV)	9	22.00	6.450	
	10	31.67	8.631	.036
	Total:	27.80	9.025	
Total Depresivo:	9	96.33	38.093	
	10	143.78	51.519	.077
	Total:	124.80	51.125	
Animo-Alegría (AA)	9	14.00	4.336	
	10	16.67	5.172	.318
	Total:	15.60	4.881	
Positivos Varios (PV)	9	23.50	8.313	
	10	26.22	5.191	.446
	Total:	25.13	6.479	
Total Positivo:	9	37.50	10.075	
	10	42.89	9.280	.306
	Total:	40.73	9.640	

Resultados CDS según estrato

En la Tabla 5 se muestran los resultados obtenidos del CDS según el estrato, en donde se encontró que la escala Preocupación por la Muerte/Salud (PM) (.042) es la única escala que muestra una diferencia significativa, a pesar de ello, con el análisis de varianza ANOVA no se logra identificar entre que variables se da dicha

diferencia, lo cual hace que sea necesario usar un análisis multivariado de la varianza (MANOVA) el cual permite contrastar las diferencias entre las medias de dos o más variables (Camacho, 1990), de esta forma se puede ver en la Tabla 6 gracias al análisis multivariado la diferencia significativa se encuentra entre los estratos 1 y 3 con respecto a la escala de Preocupación por Muerte/Salud (PM) (.043). De esta manera se observa que en los participantes correspondientes al estrato socioeconómico 1, dos de las participantes obtuvieron puntuaciones significativamente altas, mientras que una de ellas tiene puntuaciones bajas en las diferentes escalas, excepto la escala de PV que se encuentra dentro de la media y TP que se encuentra una desviación estándar por encima. Con respecto al estrato 2 observamos que la población en general obtuvo puntuaciones variadas, en donde tres de los participantes puntuaron alto en escalas como RA, PS, AE, PM, SC, DV, TD, AA, PV y TD, no obstante, cuatro de los participantes obtuvieron puntuaciones medias en más de una de las escalas, además, la mayoría de las demás puntuaciones se encontraron por debajo de la media, lo cual no es signo de manifestaciones depresivas significativas. Por último, los estudiantes correspondientes al estrato obtuvieron las puntuaciones más bajas con excepción en las escalas PV y TP en donde dos de los estudiantes obtuvieron puntajes moderadamente altos.

Tabla 5. Resultados comparativos CDS según estrato

Factores CDS según estrato		Media	Desviación típica	ANOVA Sig.
Respuesta Afectiva (RA)	1	23.67	12.503	.086
	2	19.75	8.067	
	3	9.75	1.708	
	Total:	17.87	9.141	
Problemas Sociales (PS)	1	24.33	15.503	.328
	2	20.63	8.651	
	3	13.75	3.500	
	Total:	19.53	9.463	
Autoestima (AE)	1	27.67	13.650	.092
	2	19.50	7.728	
	3	12.50	2.380	
	Total:	19.27	9.270	
Preocupación por Muerte/Salud (PM)	1	24.67	10.693	.042
	2	18.50	5.043	
	3	11.50	3.109	
	Total:	17.87	7.269	
Sentimiento de Culpabilidad (SC)	1	29.00	11.358	.318
	2	22.38	9.349	
	3	17.75	7.365	
	Total:	22.47	9.448	
Depresivos Varios (DV)	1	36.00	11.533	.123
	2	27.63	8.684	
	3	22.00	1.826	
	Total:	27.80	9.025	
Total Depresivo:	1	165.33	74.447	.126
	2	128.38	44.963	
	3	87.25	15.108	
	Total:	124.80	51.125	
Animo-Alegría (AA)	1	16.00	4.583	.411
	2	16.88	4.941	
	3	12.75	4.992	
	Total:	15.60	4.881	
Positivos Varios (PV)	1	28.00	8.660	.057
	2	27.25	4.621	
	3	18.75	4.646	
	Total:	25.13	6.479	
Total Positivo:	1	44.00	13.077	.070
	2	44.13	7.754	
	3	31.50	4.933	
	Total:	40.73	9.640	

Tabla 6. Resultados comparativos CDS según estrato (MANOVA)

Factores CDS según estrato			MANOVA Sig.
Preocupación por Muerte/Salud (PM)	1	3	.043
	1	2	1.000
		3	.145
Positivos Varios (PV)	2	1	1.000
		3	.081
	3	1	.145
		2	.081

*. La diferencia de medias es significativa al nivel 0.05.

Resultados Descriptivos Comparativos del Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado (IDARE)

Al igual que en los resultados del CDS, en este apartado se realiza la interpretación de los resultados de los datos comparativos a partir de los análisis de varianza (ANOVA). Cabe aclarar que la puntuación ANOVA debe ser inferior a 0.05 ($< .05$) para considerarla como diferencia significativa entre dos variables (Bakieva, González y Jornet. 2012), sin embargo, las escalas de Rasgo-Estado de la prueba se correlación directamente de la siguiente forma Escala A-Rasgo con Percentil Rasgo y Escala A-Estado con Percentil Estado, ya que las primeras indican las puntuaciones en bruto y las segundas nos muestran las puntuaciones convertidas a percentil. Además, se hace una descripción general de los resultados de los Rasgos y Estados de ansiedad de la muestra de acuerdo con las variables, en donde las puntuaciones de los participantes pueden caer dentro de la media (50), también existen desviaciones estándar de 15 y luego de 10, en el caso de las desviaciones superiores estas indican una mayor presencia de Rasgos o Estados de ansiedad, mientras que las desviaciones inferiores indican por el contrario una mayor ausencia de dichos sentimientos.

Resultados IDARE según sexo

En la Tabla 7 se muestran los resultados comparativos del IDARE según el sexo, además, se puede observar diferencias significativas en todas las escalas, ya que dichas puntuaciones ANOVA son inferiores a 0.05. En general, en cuanto a los Estados de ansiedad, el 50% de las participantes obtuvieron puntuaciones medias, el 40% obtuvo puntuaciones una desviación estándar por debajo, lo cual significa que poseen menos estados ansiosos que la media y solo un 10% obtuvo puntuaciones una desviación estándar por encima, lo que quiere decir que existen estados ansiosos mucho más frecuentes, pero no patológicos. En los hombres los resultados se dieron de forma en que el 60% de los participantes puntuaron dos desviaciones estándar por debajo de la media, mientras que el 40% obtuvieron puntuaciones una desviación estándar, lo cual quiere decir que participantes hombres manifiestan mucho menos estados de ansiedad que las mujeres. Con respecto a los rasgos de ansiedad, el 60% de las mujeres se encuentran dentro de la media, es decir que manifiestan rasgos de ansiedad normales con respecto a las puntuaciones estandarizadas, el 20% de las mujeres manifiestan rasgo de ansiedad más altos de lo normal, pero sin ser de carácter mórbido y el último 20% manifiestan menos rasgos ansiosos que la media poblacional estandarizada. Por otro lado, el 60% de los hombres manifiestan los niveles más bajos en cuanto a rasgos de ansiedad, mientras que el otro 40% obtuvieron puntuaciones una desviación estándar por debajo de la media, lo cual indica que manifiestan menos rasgos ansiosos que la media.

Tabla 7. Resultados comparativos IDARE según sexo

Factores IDARE según sexo		Media	Desviación típica	ANOVA Sig.
Escala A-Estado	Hombres	38.20	8.244	
	Mujeres	24.60	4.722	.005
	Total:	33.67	9.700	
Escala A-Rasgo	Hombres	44.30	12.365	
	Mujeres	25.00	3.082	.005
	Total:	37.87	13.773	
Percentil Estado	Hombres	56.70	22.051	
	Mujeres	9.60	12.818	.001
	Total:	41.00	29.795	
Percentil Rasgo	Hombres	56.50	29.722	
	Mujeres	4.40	6.066	.002
	Total:	39.13	34.996	

Resultados IDARE según edad

Con respecto a la edad no se encuentran diferencias significativas en ninguna de las variables, ya que todas las puntuaciones ANOVA se encuentran por encima de 0.05 plasmadas en la Tabla 8. En los participantes de 14 años, se encontró que el 100% de dicha muestra obtuvo puntajes una desviación estándar por debajo en los Estados ansiosos, con respecto a los rasgos de ansiedad el 50% obtuvo puntuaciones medias y el otro 50% al igual que en los Estados obtuvo puntuaciones una desviación estándar por debajo, lo cual quiere decir que esta parte de la población tiene manifestaciones ansiosas normales y en su mayoría bajas. En cuanto a las puntuaciones obtenidas por los participantes de 15 años observamos que 42,8% obtuvo puntuaciones medias en los Estados y rasgos de ansiedad, el 42,8% de la población obtuvo las puntuaciones más bajas en cuanto a los Estados y Rasgos de Ansiedad, ya que estas se encuentran dos desviaciones estándar por debajo de la media en dichas escalas, excepto un participante que en la escala de Rasgo de Ansiedad obtuvo una calificación una desviación estándar por debajo, de igual forma estos son representados los niveles más bajos de ansiedad de dicho grupo

poblacional y por último, el 14,2% obtuvo puntajes una desviación estándar por encima de la media en las escalas de Rasgo y Estado de ansiedad, lo cual indica que dicho porcentaje de la población tiene mayores manifestaciones ansiosas en dichas tablas, pero que no indican un trastorno o alteración mórbida. Por último, los puntajes obtenidos por los estudiantes de 16 años en la escala Estado fueron los siguientes, el 66,6% obtuvo puntuaciones que indican una manifestación de estados ansiosos más baja que la media, mientras que el 33,3% obtuvo puntuaciones medias en dicha escala y referente a los rasgos de ansiedad el 33,3% obtuvo también puntuaciones medias, mientras que otro 33,3% obtuvo los niveles bajos de manifestaciones ansiosas respecto a los rasgos, un 16,6% indican los niveles más bajos y el último 16,6% describe puntuaciones una desviación estándar por encima de la muestra poblacional, siendo este último el porcentaje en donde más manifestaciones ansiosas se da, sin ser de carácter patológico.

Tabla 8. Resultados comparativos IDARE según edad

Factores IDARE según edad		Media	Desviación típica	ANOVA Sig.
Escala A-Estado	14	30.50	3.536	.801
	15	35.43	14.022	
	16	32.67	3.933	
	Total:	33.67	9.700	
Escala A-Rasgo	14	31.50	6.364	.801
	15	38.43	14.374	
	16	39.33	15.996	
	Total:	37.87	13.773	
Percentil Estado	14	31.50	16.263	.866
	15	44.86	40.957	
	16	39.67	18.991	
	Total:	41.00	29.795	
Percentil Rasgo	14	22.50	21.920	.792
	15	42.71	39.710	
	16	40.50	36.193	
	Total:	39.13	34.996	

Resultados IDARE según grado

En la Tabla 9, en donde se describen las diferencias significativas de las puntuaciones según los grados escolares, al igual que en la anterior no se muestran diferencias significativas, sin embargo, se halló que con respecto a los Estados de ansiedad en el grado 9° el 50% de los estudiantes manifiesta estados ansiosos bajos, el 16,6% se encuentra dentro de la media y un 33,3% manifiesta los niveles más bajos de los estados de ansiedad. En cuanto a los rasgos de ansiedad el 50% de los participantes se obtuvieron las puntuaciones más bajas en manifestaciones ansiosas referidas a los rasgos, 33,3% se encuentran en la media y un 16,6% obtuvo puntuaciones una desviación estándar por debajo de la media. En los estudiantes de los grados 10° se encontró que en los estados de ansiedad un 44,4% de los estudiantes se encuentra en la media, un 33,3% obtuvo puntuaciones una desviación estándar por debajo de la media, es decir que poseen una menor manifestación de rasgos ansiosos, un 11,1% obtuvo puntuaciones dos desviaciones estándar por debajo de la media, indicando de esta forma las puntuaciones y manifestaciones más bajas de rasgos ansiosos y por último solo un 11,1% obtuvo puntuaciones por encima de la media, siendo este porcentaje de la población el que más rasgos ansiosos manifiesta.

Tabla 9. Resultados comparativos IDARE según grado

Factores IDARE según grado		Media	Desviación típica	ANOVA Sig.
Escala A-Estado	9	28.83	9.368	
	10	36.89	8.978	.118
	Total:	33.67	9.700	
Escala A-Rasgo	9	29.83	9.806	
	10	43.22	13.827	.062
	Total:	37.87	13.773	
Percentil Estado	9	25.50	30.690	
	10	51.33	25.778	.101
	Total:	41.00	29.795	
Percentil Rasgo	9	19.50	28.198	
	10	52.22	34.124	.074
	Total:	39.13	34.996	

Resultados IDARE según estrado

En la Tabla 10 se muestran los resultados comparativos entre los estratos socioeconómicos de la muestra poblacional abarcada, en ellos no encontramos ninguna diferencia significativa con respecto a las puntuaciones ANOVA obtenidas. Los resultados obtenidos sobre estados de ansiedad en los participantes pertenecientes al estrato 1 correspondieron de la siguiente forma, el 33,3% obtuvo puntuaciones medias, mientras que el 66% puntuaron una desviación estándar por debajo de la media. Con respecto al estrato 2 el 50% de los participantes se encuentran dentro de la media, el 12,5% calificaron una desviación estándar por debajo de la media, un 25% obtuvieron puntuaciones dos desviaciones estándar por debajo, es decir, que dicho porcentaje es el que menos estados ansiosos manifiestan y por último un 12,5% obtuvo puntuaciones una desviación estándar por encima de la media, siendo este porcentaje de la población el que mayores estados de ansiedad presenta. Por último, en el estrato 3 se logra evidenciar que el 75% de los participantes obtuvieron puntajes una desviación estándar por debajo y el 25%

restante califico dos desviaciones estándar debajo de la media. Ahora, en cuanto a los resultados relacionados con los rasgos de ansiedad se encontró que en el estrato 1 un 33,3% se ubica en la media de manifestación de rasgos ansiosos, un 33,3% obtuvo puntuaciones por encima de la media y el ultimo 33,3% puntuó una desviación estándar por debajo de la media. En el estrato 2 se encontró que el 50% obtuvo puntuaciones medias, un 25% puntuó una desviación estándar por debajo, el 12,5% obtuvo la puntuación correspondiente a los niveles más bajos de manifestación de rasgos ansiosos y un último 12,5% obtuvo puntuaciones una desviación estándar por encima. Para finalizar en el estrato 3 se identificó que un 50% puntuó los niveles más bajos de manifestación de rasgos ansiosos, un 25% puntuó una desviación estándar por debajo de la media y el último 25% se encuentra dentro de la media poblacional.

Tabla 10. Resultados comparativos IDARE según estrato

Factores IDARE según estrato		Media	Desviación típica	ANOVA Sig.
Escala A-Estado	1	33.67	3.215	.353
	2	36.63	11.880	
	3	27.75	5.737	
	Total:	33.67	9.700	
Escala A-Rasgo	1	45.67	19.502	.213
	2	39.88	12.944	
	3	28.00	6.272	
	Total:	37.87	13.773	
Percentil Estado	1	45.67	14.572	.319
	2	49.13	35.305	
	3	21.25	19.363	
	Total:	41.00	29.795	
Percentil Rasgo	1	53.67	39.804	.240
	2	46.38	36.707	
	3	13.75	17.462	
	Total:	39.13	34.996	

Resultados correlacionales entre las escalas del CDS e IDARE

Para la interpretación de las correlaciones entre las variables del CDS e IDARE se utilizó el coeficiente Pearson, el cual mide el grado de asociación lineal entre dos variables (Díaz y Fernández, 2002). Para la interpretación de las correlaciones entre las escalas de los instrumentos usados es preciso tener claridad de las escalas de interpretación, las cuales se expresan de la siguiente manera (Martínez, Tuya, Martínez, Pérez y Cánovas, 2009):

Correlación negativa perfecta	-1
Correlación negativa fuerte, moderada o débil	-0.5
Ninguna correlación	0
Correlación positiva moderada fuerte	0.5
Correlación positiva perfecta	1

Como se puede observar en la Tabla 11 todas las correlaciones suelen estar por encima de 0.05, lo cual indica que existe una correlación directamente proporcional entre sí, sin embargo, en este punto el principal foco de atención cae sobre las correlaciones lineales significativas más fuertes, las cuales se dan entre Respuesta Afectiva (RA) en relación con la Escala A-Rasgo ($0,895 > 0,05$), Problemas Sociales (PS) en relación con la Escala A-Rasgo ($0,857 > 0,05$), Autoestima (AE) en relación con la Escala A-Rasgo ($0,853 > 0,05$) y Depresivos Varios (DV) con respecto a la Escala A-Rasgo ($0,822 > 0,05$).

Tabla 11. Tabla de correlaciones entre las escalas del CDS e IDARE

Correlaciones entre factores del CDS e IDARE	Escala A-Estado	Escala A-Rasgo	Percentil Estado	Percentil Rasgo
Respuesta Afectiva (RA)	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) ,719**	,895**	,759**	,881**
		.003	.000	.001
Problemas Sociales (PS)	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) ,640*	,857**	,694**	,826**
		.010	.000	.004
Autoestima (AE)	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) ,587*	,853**	,693**	,833**
		.022	.000	.004
Preocupación por Muerte/Salud (PM)	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) ,601*	,770**	,606*	,742**
		.052	.001	.017
Sentimiento de Culpabilidad (SC)	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) ,605*	,765**	,729**	,777**
		.018	.001	.002
Depresivos Varios (DV)	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) ,644**	,822**	,710**	,821**
		.017	.000	.003
Total Depresivo:	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) ,668**	,869**	,736**	,855**
		.010	.000	.002
Animo-Alegría (AA)	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) ,264	,714**	,718**	,741**
		.006	.003	.003
Positivos Varios (PV)	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) ,341	,541*	.334	.472
		.037	.224	.075
Total Positivo:	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) ,516*	,725**	,588*	,693**
		.049	.002	.021

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

* . La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).

Análisis de los resultados

El estudio fue llevado a cabo en la Institución Educativa Federico Ángel del municipio de Caldas, Antioquia, con estudiantes de los grados noveno y décimo matriculados en el año 2017. La población total en dicho año era de 207 estudiantes entre los 14 y 19 años de los cuales se trabajó con estudiantes entre los 14 y 16 años, en donde participaron 16 estudiantes en total, no obstante, uno de ellos fue excluido por poseer un diagnóstico médico con posible comorbilidad de síntomas ansiosos y depresivos, para un total de 15 estudiantes, tanto hombres como mujeres para una muestra representativa final del 10.1%. Una vez delimitada la muestra representativa de la investigación se busca responder ¿cuáles son las características de la Salud Mental, referidas a los rasgos y estados de ansiedad y síntomas de depresión de los adolescentes entre los 14 y 16 años de los grados noveno (9°) y decimo (10°) de la Institución Educativa Federico Ángel del municipio de Caldas (Antioquia)? Para ello se tuvo en cuenta variables como sexo, edad, estrato socioeconómico y grado de estudio. Teniendo clara la información anterior se implementa un enfoque de investigación cuantitativa, con un diseño no experimental de carácter transversal a nivel descriptivo usando instrumentos de medición estandarizados como el Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado (IDARE) adaptado por Spielberger y Díaz (1975) y el Cuestionario de Depresión para Niños (CDS) de Lang y Tisher (2003).

En cuanto a ansiedad la investigación busca describir sus rasgos en los participantes, los cuales se refieren a como se sienten generalmente y sus estados, estos apuntan a los sentimientos de ansiedad en momentos específicos o a causa de una situación. De esta manera se encontró que existe una mayor tendencia a los rasgos y estados ansiosos en mujeres a diferencia de los hombres esto debido a

que en las puntuaciones obtenidas, las mujeres se encontraron dentro o por encima de la media, con respecto a los hombres. En cuanto a la variable edad, los estudiantes de 16 años poseen una mayor tendencia a rasgos y estados ansiosos, seguidos por los participantes de 15 años y por último los de 14 años. Así mismo, los grados decimos presentan mayores puntuaciones de ansiedad que los grados novenos y los estudiantes pertenecientes al estrato 2 poseen más tendencia a dichas escalas de ansiedad, seguidos por los estudiantes pertenecientes al estrato 1 y finalmente al 3.

De acuerdo con los resultados obtenidos en el trabajo de investigación se pudo observar que existe una mayor tendencia a los síntomas depresivos en mujeres a diferencia de los hombres, de igual forma los participantes pertenecientes al estrato socioeconómico 2 tienen una mayor tendencia a síntomas depresivos, seguidos del estrato 1 y por último el 3. Con respecto a la edad la mayor tendencia en síntomas depresivos se ubica en los participantes de 16 años, luego en los de 15 años y los de menos manifestaciones depresivas del estado de ánimo se da en los estudiantes de 14 años. Por último, se logra evidenciar una mayor tendencia de síntomas depresivos en los grados décimos que en los grados novenos de la institución.

Para finalizar, en el estudio se evidencian correlaciones entre Respuesta Afectiva (RA) en relación con la Escala A-Rasgo, Problemas Sociales (PS) en relación con la Escala A-Rasgo, Autoestima (AE) en relación con la Escala A-Rasgo y Depresivos Varios (DV) con respecto a la Escala A-Rasgo.

Cronograma de actividades

Tabla 12. Cronograma de actividades

Mes:	Agosto (2017)	Septiembre (2017)	Octubre (2017)	Noviembre (2017)	Febrero (2018)	Marzo (2018)	Abril (2018)	Mayo (2018)
Actividades:								
Revisión y correcciones del anteproyecto de investigación:	X							
Diseño de consentimientos informados, asentimientos informados y encuestas sociodemográficas:	X	X						
Ampliación del marco jurídico:		X						
Recolección del material de aplicación de pruebas:		X						
Realización de prueba piloto:		X						
Recolección de datos:			X					
Tabulación de datos y elaboración de bases de datos:			X					
Análisis estadístico SPSS:				X				
Asesoría #1 sobre interpretación de datos arrojados por el SPSS:					X			
Asesoría #2 sobre interpretación de datos arrojados por el SPSS:					X			
Asesoría sobre interpretación de las pruebas CDS e IDARE:						X		
Interpretación de resultados:						X	X	
Elaboración de conclusiones, discusión, anexos y presentación final del trabajo:								X

Presupuesto

Tabla 13. Presupuesto

Producto:	Cantidad:	Valor Unitario:	Valor Total:
Hojas de Respuesta CDS:	20 unidades	\$200	\$4.000
Hojas de Respuesta IDARE:	20 unidades	\$200	\$4.000
Asentimientos Informados:	20 unidades	\$200	\$4.000
Consentimientos Informados:	1 unidad	\$200	\$200
Encuestas Sociodemográficas:	20 unidades	\$200	\$4.000
Transporte:	4 viajes	\$6.000	\$24.000
		TOTAL:	\$40.200

Conclusiones

Teniendo como referencia el Primer Estudio Poblacional de Salud Mental en Medellín (Torres, et al. 2012), se encuentra que en cuanto a los trastornos de ansiedad existe una prevalencia anual del 12% en las mujeres de la ciudad y un 7,3% en los hombres. Mientras que en los trastornos del estado de ánimo existe una prevalencia anual del 6,3% y el 2,5% para la población femenina y masculina respectivamente. Lo cual indica que los resultados obtenidos en el presente estudio confirman una mayor tendencia a la ansiedad y a la depresión en mujeres que en hombres, ya que en este estudio se muestra que las mujeres participantes poseen una tendencia más alta a síntomas depresivos, a rasgos y estados ansiosos en comparación con los hombres.

Con respecto a la edad, los participantes de 16 años poseen una mayor tendencia a rasgos y estados ansiosos y a síntomas depresivos, seguidos por los estudiantes de 15 años y por último los de 14 años. De igual manera los grados decimos presentan mayores puntuaciones de ansiedad y depresión que los grados novenos y los estudiantes pertenecientes al estrato 2 poseen mayor tendencia a dichas escalas de ansiedad y depresión, seguidos por los estudiantes pertenecientes al estrato 1 y finalmente al 3.

Asimismo, se encontró que existen correlaciones significativamente importantes entre las escalas de depresión descritas en el CDS y los rasgos y estados de ansiedad establecidos en el IDARE, lo cual confirma una brecha muy delgada en la comorbilidad entre ansiedad y depresión.

Discusión

A lo largo del estudio se manifiesta una preocupación por la Salud Mental de los jóvenes del municipio de Caldas (Antioquia) en donde se ha problematizado el tema, se explica su importancia y la necesidad que se tiene en el municipio por ejecutar muchas más acciones promotoras de la salud. De esta manera se deben puntualizar las diferentes acciones para tener en cuenta en un posible próximo estudio sobre el tema.

Una vez finalizado todo el trabajo de investigación es preciso aclarar que debido al tamaño de la muestra utilizada esta es únicamente representativa para los dos grados noveno y décimo de la Institución Educativa Federico Ángel y así mismo los resultados obtenidos no pueden ser generalizables en todos los adolescentes entre los 14 y 16 años de la institución o del municipio. Además, es importante diseñar una encuesta sociodemográfica mucho más completa, para poder realizar una mejor descripción de los fenómenos relacionados con salud mental.

Con base en lo anterior, se plantea que la presente investigación podría servir como una prueba piloto que da los primeros pasos para la realización de un próximo estudio de salud mental, bien sea a nivel institucional o municipal. No obstante, es necesario incluir otros trastornos de salud mental, como también aumentar el tamaño de la muestra poblacional e incluso la utilización de más instrumentos de medición estandarizados. Todo esto a fin de realizar un estudio mucho más amplio y contundente que permita abarcar muchas más características que afectan la salud mental de la población.

Referencias

- Adrián, J. & Rangel, E. (2006). La transición adolescente y la educación. aprendizaje y desarrollo de la personalidad. p.1-16. Recuperado de URL: <http://www3.uji.es/~betoret/Instruccion/Aprendizaje%20y%20DPersonalidad/Curso%2012-13/Apuntes%20Tema%201%20La%20transicion%20adolescente%20y%20la%20educacion.pdf>
- Alcántara, G. (2008). La definición de salud mental de la organización mundial de la salud y la interdisciplinariedad. *Sapiens*. 9 (1). p.93-107. Recuperado de URL: <http://www.redalyc.org/pdf/410/41011135004.pdf>
- Arias, A., Gómez, L., Londoño, L. y Restrepo, J. (2014). *Tendencias de la producción académica y científica: análisis desde los grupos de investigación de la Corporación Universitaria Lasallista*. Caldas: Editorial Lasallista.
- Arias, M. (2015). Salud mental, asunto crítico en Antioquia. *El colombiano*. Recuperado de URL: <http://www.elcolombiano.com/antioquia/salud-mental-asunto-critico-en-antioquia-FF3315979>
- Ávila, J., Escobar, F. y Chica, H. (2005). Prevalencia de ansiedad y depresión en alcohólicos hospitalizados para desintoxicación en Bogotá. *Revista de la facultad de medicina*. 53 (4). p.219-225. Recuperado de URL: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-00112005000400003&script=sci_abstract&tlng=es
- Bakieva, M., González, J. y Jornet, J. (2012). SPSS: ANOVA de un factor. *Grupo de innovación educativa*. Universitat de Valencia. Recuperado de URL: <https://www.uv.es/innovamide/spss/0702b.wiki>
- Barraza, A. (2007). Apuntes sobre metodología de la investigación. Confiabilidad. *Investigación educativa duranguense*. 6. p.6-10. Recuperado de URL: <http://www.upd.edu.mx/PDF/Revistas/InvestigacionEducativaDuranguense6.pdf>
- Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2009). *Manual de psicopatología. Volumen II*. Madrid: McGraw-Hill interamericana de España, S.A.U.
- Cajigas, N., Kahan, E., Luzardo, M. y Ugo, M. (2010). Depresión en estudiantes de enseñanza media pública, severidad, género y edad. *Ciencias psicológicas*. 4 (2). p.149-163. Recuperado de URL: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=459545426003>

- Camacho, J. (1990). Interpretación del MANOVA: Análisis de la importancia de las variables dependientes. *QURRICULUM*. (1). p.107-120. Recuperado de URL: https://qurriculum.webs.ull.es/0_materiales/articulos/numero1/6.juan%20camacho.PDF
- Casas, J. y González, M. (2005). Desarrollo del adolescente. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatría Integral*. 9 (1). p.20-24. Recuperado de URL: [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/puericultura/desarrollo_adolescente\(2\).pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/puericultura/desarrollo_adolescente(2).pdf)
- Congreso de la Republica de Colombia (2006). *Ley 1090 de septiembre 06 de 2006, por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de psicología, se dicta el código deontológico y bioético y otras disposiciones*. Bogotá D.C.: Ministerio de protección social.
- Congreso de la Republica de Colombia (2006). *Ley 1098 de noviembre 08 de 2006, por la cual se expide el código de la infancia y la adolescencia*. Bogotá D.C.: Ministerio de protección social y ministerio del interior y justicia.
- Congreso de la Republica de Colombia (2013). *Ley 1616 de enero 21 de 2013, por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones*. Bogotá D.C.: Ministerio de salud y protección social.
- Cumsille, P. y Lotero, M. (1997). Síntomas de depresión en estudiantes de enseñanza media de Santiago. *Rev chil pediatr*. 68 (2). p.74-77. Recuperado de URL: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rcp/v68n2/art03.pdf>
- Díaz, S. y Fernández, P. (2002). Determinación del tamaño muestral para calcular la significación de coeficiente de correlación lineal. *Fisterra*. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. p.1-5. Recuperado de URL: <https://www.fisterra.com/mbe/investiga/pearson/pearson.asp>
- Díaz, L., Torres, V., Urrutia, E., Moreno, R. y Font, I. Cardona, M. (2006). Factores psicosociales de la depresión. *Rev. Cubana Med Milit*. 35 (3). p.1-7. Recuperado de URL: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572006000300009
- Fernández, A. y Gutiérrez, M. (2009). Atención selectiva, ansiedad, sintomatología depresiva y rendimiento académico en adolescentes. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*. 7 (17). p.49-76. Recuperado de URL: <http://www.redalyc.org/pdf/2931/293121936004.pdf>
- Gómez, C., Bohórquez, A., Pinto, D., Gil, J., Rondón, M. y Díaz, N. (2004). Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población

- colombiana. *Rev Panam Salud Pública*. 16 (6). p.378-86. Recuperado de URL: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/8150>
- Gómez, C. et al. (2015). *Encuesta nacional de salud mental 2015. Tomo I*. Bogotá: Ministerio de salud y protección social. Recuperado de URL: https://www.javerianacali.edu.co/sites/ujc/files/node/field-documents/field_document_file/saludmental_final_tomoi_color.pdf
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación*. Sexta edición. México D.F.: McGraw-Hill interamericana de editores.
- Herrera, E., Brocal, D., Sánchez, D. y Rodríguez, J. (2012). Relación entre actividad física, depresión y ansiedad en adolescentes. *Cuadernos de psicología del deporte*. 12 (2). p.31-37. Recuperado de URL: <http://www.redalyc.org/pdf/2270/227028254005.pdf>
- Higuita, E., Pérez, L. y Vélez, M. (2011). *Caracterización de salud mental en los estudiantes de la Corporación Universitaria Lasallista* (Tesis de pregrado). Corporación Universitaria Lasallista, Caldas (Antioquia). Recuperado de URL: http://repository.lasallista.edu.co/dspace/bitstream/10567/661/1/Caracterizacion_salud_mental_estudiantes_CUL.pdf
- Iglesias, D. (2013). Desarrollo del adolescente: Aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatría Integral*. Chile. 17 (2). p.88-93. Recuperado de URL: <https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2013/xvii02/01/88-93%20Desarrollo.pdf>
- Lang, M. y Tisher, M. (2003). *Children's Depression Scale (CDS)*. Madrid: TEA
- Lerma, H. (2016). *Metodología de la investigación. Propuesta, anteproyecto y proyecto*. Quinta edición. Bogotá: ECOE.
- Maddaleno, M., Morello, P. y Infante, F. (2003). Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y el Caribe: desafíos para la próxima década. *Salud pública Méx online*. 45 (1). p.132-139. Recuperado de URL: <http://www.redalyc.org/pdf/106/10609517.pdf>
- Martínez, J. (2005). La adolescencia: una etapa en la historia natural del hombre. *Biología, desafíos y derechos de los adolescentes*. p.1-5. Recuperado de URL: <https://scp.com.co/descargasmedicinaadolescentes/La%20adolescencia,%20una%20etapa%20en%20la%20historia%20natural%20del%20hombre.pdf>

- Martínez, R., Tuya, L., Martínez, M., Pérez, A. y Cánovas, A. (2009). El coeficiente de correlación de los rangos Spearman caracterización. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*. 8 (2). Recuperado de URL: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180414044017>
- Ministerio de salud y protección social (2014). *Tasa de suicidios en Colombia permanece estable*. Bogotá DC.: Minsalud. Recuperado de URL: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Tasa-de-suicidios-en-Colombia-permanece-estable.aspx>
- Ministerio de salud y protección social (2015). *ABC, Encuesta nacional de salud mental 2015*. Minsalud. Recuperado de URL: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/abc-encuesta-nacional-salud-mental-2015.pdf>
- Ministerio de salud y protección social (2017). *Boletín de salud mental. Conducta suicida*. Bogotá DC.: Minsalud. Subdirección de enfermedades no transmisibles. Recuperado de URL: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-conducta-suicida.pdf>
- Ministerio de sanidad y consumo (2008). *Guía de práctica clínica para el manejo de pacientes con trastornos de ansiedad en atención primaria*. Madrid: Ministerio de sanidad y consumo. Recuperado de URL: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_430_Ansiedad_Lain_Entr_compl.pdf
- Nardi, B. (2004). La depresión adolescente. *Rev. Psicoperspectivas*. 2 (1). p.95-127. Recuperado de URL: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=171017841006>
- Ospina, F., Hinestrosa, M., Paredes, M., Guzmán, Y. y Granados, C. (2011). Síntomas de ansiedad y depresión en adolescentes escolarizados de 10 a 17 años en Chía, Colombia. *Revista salud pública*. 13 (6). p.908-920. Recuperado de URL: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v13n6/v13n6a04.pdf>
- Oviedo, H. y Campo, A. (2005). Metodología de la investigación y lectura crítica de estudios. Aproximación al uso del alfa de Cronbach. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 34 (4). p.572-580. Recuperado de URL: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v34n4/v34n4a09.pdf>
- Pardo, G., Sandoval, A. y Umbarila, D. (2004). Adolescencia y depresión. *Revista Colombiana de Psicología*. (13). p.13-28. Recuperado de URL: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3246301>

- Perales, A., Sogi, C. y Morales, R. (2003). Estudio comparativo de salud mental en estudiantes de medicina de dos universidades estatales peruanas. *Anales de la Facultad de Medicina*. 64 (4). p.239-246. Recuperado de URL: http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/anales/v64_n4/enPDF/salud.pdf
- Posada, Á., Gómez, J. y Ramírez, H. (1998). *El niño sano*. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia.
- Posada, J., Gómez, L. y Gómez, L. (2003). Estudio nacional de salud mental Colombia 2003. *Ministerio de salud y protección social*. Recuperado de URL: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/ESTUDIO%20NACIONAL%20DE%20SALUD%20MENTAL%20EN%20COLOMBIA.pdf>
- Prieto, A. (2002). Salud mental: situación y tendencias. *Revista de Salud Pública*. 4 (1). p.74-88. Recuperado de URL: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v4n1/v4n1a05.pdf>
- Raigoza, M. y Castañeda, M. (2015). Plan educativo municipal Caldas 2015-2024: "Caldas, municipio educado y educador". *Alcaldía municipal de Caldas, Antioquia*. Recuperado de URL: <https://www.caldasantioquia.gov.co/uploads/entidad/control/e7e21-3.-plan-educativo-municipal-2015-2024-.pdf>
- Restrepo, D. y Jaramillo, J. (2012). Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública. *Revista de la facultad nacional de salud pública*. 30 (2). p.202-211. Recuperado de URL: <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/fnsp/article/view/10764/11759>
- Rodríguez, J. (2007). La atención de salud mental en América Latina y el Caribe. *Revista de Psiquiatría Urug*. 71 (2). p.117-124. Recuperado de URL: http://spu.org.uy/revista/dic2007/04_asm.pdf
- Rodríguez, J., Kohn, R. y Aguilar, S. (2009). *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud. Recuperado de URL: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/166275/9789275316320.pdf;jsessionid=2DA0D666403F0FCF6CDA7475A36A97CD?sequence=1>
- Rueda, M., Díaz, L. y Rueda, G. (2008). Prevalencia del trastorno depresivo mayor y factores asociados: un estudio poblacional en Bucaramanga (Colombia). *Rev. Colombiana de Psiquiatría*. 37 (2). p.159-168. Recuperado de URL: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502008000200002

- Semana. (2015). Adolescentes encabezan la lista de problemas mentales en el país. *Revista Semana*. p.1. Recuperado de URL: <https://www.semana.com/educacion/articulo/ultimo-informe-de-salud-mental-en-colombia/442869-3>
- Spielberger, C. y Díaz, R. (1975). *State-Trait-Anxiety Inventory STAI*. México D.F.: Manual Moderno.
- Torres, Y. et al. (2012). *Primer estudio poblacional de salud mental Medellín, 2011-2012*. Medellín: Editorial CES.
- Urrego, Z. (2007). Reflexiones en torno al análisis de la situación de salud mental en Colombia, 1974-2004. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 36 (2). p.307-319. Recuperado URL: https://www.researchgate.net/publication/261474190_Reflexiones_en_torno_a_analisis_de_la_situacion_de_salud_mental_en_Colombia_1974_-_2004
- Vicente, B., Rioseco, P., Saldivia, S., Kohn, R. y Torres, S. (2005). Prevalencia de trastornos psiquiátricos en Latinoamérica: Revisión crítica. *Revista Colombiana de psiquiatría*. 34 (4). p.506-514. Recuperado de URL: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v34n4/v34n4a04.pdf>
- Villagrán, W. (2014). *Bienestar psicológico y asertividad en el adolescente* (Tesis de pregrado). Universidad Rafael Landívar. Quetzaltenango, Guatemala. Recuperado de URL: <http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2014/05/22/Villagran-Wendy.pdf>
- World Health Organization (2017). Depresión. *Organización Mundial de la Salud*. Febrero de 2017. Recuperado de URL: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- World Health Organization (2013). Salud Mental: un estado de bienestar. *Organización Mundial de la Salud*. Diciembre de 2013. Recuperado de URL: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/

Apéndices

Apéndice A. Formato de asentimiento informado

ASENTIMIENTO INFORMADO



Solicitud

Yo _____, Con documento de identidad T.I: _____ Nro.: _____, como estudiante de la Institución Educativa Federico Ángel del municipio de Caldas, Antioquia certifico que he sido informado con la claridad y la veracidad debida con respeto al proyecto de investigación que será llevado a cabo por los estudiantes del programa de psicología de la Corporación Universitaria Lasallista de Caldas, Antioquia, Luis Fernando Cañas Villada (CC. 1.026.153.377), Cristian de Jesús Sánchez Usuga (CC. 1.036.645.967) y Xiomara Vélez Estrada (CC. 1.026.153.214), asesorados por el docente Luis Felipe Navarro Arboleda (CC. 71.745.481), el proceso de evaluación que se llevará a cabo y la utilización de la información que será obtenida, además de comprender y aceptar el objetivo del proyecto de investigación llamado "*Salud Mental, referida a los rasgos de depresión y ansiedad de adolescentes de la Institución Educativa Federico Ángel*". En donde se llevarán a cabo procesos de evaluación y procesamiento de resultados, los cuales no ponen en riesgo ni la salud física y ni la salud mental.

La información obtenida en el proceso será utilizada solo con fines académicos e investigativos, cuidando rigurosamente la exposición de la identidad de los participantes; de acuerdo a las leyes: 1090 de 2006 Código Deontológico de Psicología, 1581 de 2012 ley de Protección de Datos Personales y ley 1098 de 2006 Código de la Infancia y de la Adolescencia en Colombia.

PROFESIONALES EN FORMACIÓN:

_____ C.C. _____
 _____ C.C. _____
 _____ C.C. _____

ASESOR DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN:

_____ C.C. _____

PARTICIPANTE:

_____ T.I. _____



Apéndice B. Formato de consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO



Solicitud

Yo _____, Con documento de identidad C.C: __ Otro: __ Cual: ____ Nro.: _____, en calidad de representante legal de la Institución Educativa Federico Ángel del municipio de Caldas, Antioquia certifico que he sido informado con la claridad y la veracidad debida con respeto al proyecto de investigación que será llevado a cabo por los estudiantes del programa de psicología de la Corporación Universitaria Lasallista de Caldas, Antioquia, Luis Fernando Cañas Villada (CC. 1.026.153.377), Cristian de Jesús Sánchez Usuga (CC. 1.036.645.967) y Xiomara Vélez Estrada (CC. 1.026.153.214), asesorados por el docente Luis Felipe Navarro (CC. 71.745.481), el proceso de evaluación que se llevará a cabo y la utilización de la información que será obtenida, además de comprender y aceptar el objetivo del proyecto de investigación llamado *“Salud Mental, referida a los rasgos de depresión y ansiedad de adolescentes de la Institución Educativa Federico Ángel”*. En donde se llevarán a cabo procesos de evaluación y procesamiento de resultados.

La información obtenida en el proceso será utilizada solo con fines académicos e investigativos, cuidando rigurosamente la exposición de la identidad de los participantes; de acuerdo a las leyes: 1090 de 2006 Código Deontológico de Psicología, 1581 de 2012 ley de Protección de Datos Personales y ley 1098 de 2006 Código de la Infancia y de la Adolescencia en Colombia.

PROFESIONALES EN FORMACIÓN:

_____ C.C. _____

_____ C.C. _____

_____ C.C. _____

ASESOR DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN:

_____ C.C. _____

REPRESENTANTE LEGAL DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA FEDERICO ÁNGEL (CALDAS, ANTIOQUIA):

_____ C.C. _____



Apéndice C. Formato de encuesta sociodemográfica

Datos Sociodemográficos

Nombre: _____

Apellidos: _____

Grado/Grupo: _____

Edad: ____

Sexo/Género: _____

Municipio donde vive: _____

Estrato socioeconómico: _____



Actualmente ha sido usted diagnosticado de alguna enfermedad física o trastorno psicológico (Por ejemplo: diabetes, depresión, cáncer, enfermedades coronarias, epilepsia, esclerosis, vértigo, tumores, alzheimer, VIH, parkinson, reumatismo, artritis, lupus, huntington, epilepsia, esclerosis, sífilis cerebral, encefalitis, traumatismo craneoencefálico, hipoxia, gastritis, jaqueca, síndrome premenstrual, fobias, trastornos del estado de ánimo, entre otras), si su respuesta es positiva especifique cual:

NOTA: la información recolectada es de carácter confidencial y con uso exclusivamente académico.

Apéndice D. Hoja de respuesta IDARE (cara frontal)



IDARE

Inventario de Autoevaluación
por

SXE

C.D. Spielberger, A. Martínez-Urrutia, F. González-Reigosa, L. Natalicio y R. Díaz-Guerrero

Nombre: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo numerado que indique cómo se *siente ahora mismo*, o sea, en *este momento*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos *ahora*.

	NO EN LO ABSOLUTO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
1. Me siento calmado(a)	①	②	③	④
2. Me siento seguro(a)	①	②	③	④
3. Estoy tenso(a)	①	②	③	④
4. Estoy contrariado(a)	①	②	③	④
5. Estoy a gusto	①	②	③	④
6. Me siento alterado(a)	①	②	③	④
7. Estoy preocupado(a) actualmente por algún posible contratiempo	①	②	③	④
8. Me siento descansado(a)	①	②	③	④
9. Me siento ansioso(a)	①	②	③	④
10. Me siento cómodo(a)	①	②	③	④
11. Me siento con confianza en mí mismo(a)	①	②	③	④
12. Me siento nervioso(a)	①	②	③	④
13. Me siento agitado(a)	①	②	③	④
14. Me siento "a punto de explotar"	①	②	③	④
15. Me siento reposado(a)	①	②	③	④
16. Me siento satisfecho(a)	①	②	③	④
17. Estoy preocupado(a)	①	②	③	④
18. Me siento muy agitado(a) y aturdido(a)	①	②	③	④
19. Me siento alegre	①	②	③	④
20. Me siento bien	①	②	③	④

D.R. © 1980 por
EDITORIAL EL MANUAL MODERNO, S.A. DE C.V.
Miembro de la Cámara Nacional
de la Industria Editorial Mexicana, Reg. núm. 39

Nota: Este Inventario está impreso en verde y negro. **NO LO ACEPTE SI ES DE UN SOLO COLOR.** 0507

Apéndice E. Hoja de respuesta IDARE (cara trasera)

IDARE		SXR			
Inventario de Autoevaluación					
Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo numerado que indique cómo se siente <i>generalmente</i> . No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa cómo se siente <i>generalmente</i> .					
	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE	
21. Me siento bien	①	②	③	④	
22. Me canso rápidamente	①	②	③	④	
23. Siento ganas de llorar	①	②	③	④	
24. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo	①	②	③	④	
25. Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente	①	②	③	④	
26. Me siento descansado(a)	①	②	③	④	
27. Soy una persona "tranquila, serena y sosegada"	①	②	③	④	
28. Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas	①	②	③	④	
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	①	②	③	④	
30. Soy feliz	①	②	③	④	
31. Tomo las cosas muy a pecho	①	②	③	④	
32. Me falta confianza en mí mismo(a)	①	②	③	④	
33. Me siento seguro(a)	①	②	③	④	
34. Procuero evitar enfrentarme a las crisis y dificultades	①	②	③	④	
35. Me siento melancólico(a)	①	②	③	④	
36. Me siento satisfecho(a)	①	②	③	④	
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan	①	②	③	④	
38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza	①	②	③	④	
39. Soy una persona estable	①	②	③	④	
40. Cuando pienso en mis preocupaciones actuales me pongo tenso(a) y alterado(a)	①	②	③	④	

EDITORIAL
EL MANUAL MODERNO, S.A. DE C.V.
Av. Sonora núm. 206, Col. Hipódromo, Deleg. Cuauhtémoc
06100 México, D.F.

Nota: Este Inventario está impreso en verde y negro. **NO LO ACEPTE SI ES DE UN SOLO COLOR.**

Apéndice F. Hoja de respuesta CDS (cara frontal)

N.º 122

CDS Hoja de respuestas

Apellidos y nombre
 Curso Edad Sexo (V. o M.) Fecha
 Centro

- ++ Muy de acuerdo
- + De acuerdo
- +/- No estoy seguro
- En desacuerdo
- Muy en desacuerdo

SEÑALA SOLO UNA RESPUESTA

	++	+	+/-	-	--		++	+	+/-	-	--		PD
1...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	33...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	AA	<input type="checkbox"/>
2...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	34...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	RA	<input type="checkbox"/>
3...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	35...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	PS	<input type="checkbox"/>
4...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	36...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	AE	<input type="checkbox"/>
5...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	37...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	PM	<input type="checkbox"/>
6...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	38...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	SC	<input type="checkbox"/>
7...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	39...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	DV	<input type="checkbox"/>
8...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	40...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	PV	<input type="checkbox"/>
												TP	<input type="checkbox"/>
												TD	<input type="checkbox"/>
9...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	41...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
10...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	42...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
11...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	43...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
12...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	44...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
13...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	45...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
14...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	46...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
15...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	47...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
16...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	48...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
17...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	49...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
18...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	50...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
19...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	51...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
20...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	52...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
21...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	53...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
22...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	54...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
23...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	55...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
24...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	56...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
25...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	57...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
26...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	58...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
27...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	59...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
28...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	60...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
29...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	61...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
30...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	62...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
31...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	63...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
32...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	64...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
						65...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
						66...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		



Copyright © 1978 by A.C.E.R., Victoria (Australia).
 Copyright © 1982 by TEA Ediciones, S.A. - Adaptación con permiso - Edita: TEA Ediciones, S.A.; Fray Bernardino de Sahagún, 24; 28036 MADRID - Prohibida la reproducción total o parcial. Todos los derechos reservados - Este ejemplar está impreso en tinta azul. Si lo presentan otro en tinta negra, es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio, NO LA UTILICE - Printed in Spain. Impreso en España por Aguirre Campano, Daganzo, 15 dpto.; 28002 MADRID - Depósito legal: M - 5.513 - 1982.