



Universidad del Azuay

Facultad de Psicología

Carrera de Psicología Clínica

**NIVELES DE DEPRESIÓN EN
ESTUDIANTES ENTRE 14 Y 17 AÑOS DE
LA CIUDAD DE GUAYAQUIL Y CUENCA**

Autoras:

Jessica Karina Anguisaca Criollo

Tiffany Lesley Cano Mite

Directora:

PhD. Ana Lucía Pacurucu

Cuenca – Ecuador

2022

DEDICATORIA

Este trabajo de investigación primeramente me lo dedico a mí misma por tener la fortaleza, valentía y tenacidad, que a pesar de las adversidades y tiempos difíciles durante la carrera he podido cumplir una meta que me propuse hace cinco años.

A Rodrigo que ha sido incondicional, que con su aliento de cariño me ha apoyado siempre para culminar con esta carrera.

A mi mejor amigo, por siempre alentarme a seguir adelante a pesar de los tropiezos.

- Jessica Karina Anguisaca Criollo

DEDICATORIA

*A mi madre por ser un pilar fundamental en mi vida, quien me acompañó y fue
mi guía durante estos años de estudios.*

*A mi padre, su esposa e hija quienes estuvieron pendiente por mi bienestar y me
brindaron un espacio en sus vidas.*

A mi mejor amiga y hermana que lograban encontrarme una sonrisa.

*A mis abuelitos por cuidarme desde lejos y darme sus cariño y palabras de
alientos.*

*Y por último a todos esos jóvenes que batallan cada día deseando una mejor
vida.*

- ***Tiffany Cano Mite***

AGRADECIMIENTO

A mis padres quienes me han brindado el apoyo para convertirme en una profesional y a culminar con éxito mi carrera, a mi terapeuta gracias por su paciencia y presencia durante todo este proceso.

A mi mascota Rockly por acompañarme todas esas noches de desvelo.

A mis profesores quienes amablemente me compartieron sus conocimientos y experiencias, los cuales los llevaré en mi memoria, en especial a mi directora de tesis PhD. Ana Lucía Pacurucu, por guiarme en todo el proceso de elaboración de la tesis.

A las autoridades del Colegio Bilingüe Interamericano por permitirme realizar mi trabajo de titulación, así como a los estudiantes quienes voluntariamente colaboraron en esta investigación.

También, agradezco a todas las personas que fueron participes en esta travesía y que han dejado su huella en mi corazón.

- Jessica Karina Anguisaca Criollo

AGRADECIMIENTO

*A Dios por cuidarme y protegerme en cada paso que di.
A mi grupo de música favorito por ser una fuente más de alegría y mi modelo de
perseverancia y tenacidad.
A mis profesores por compartir sus experiencias y conocimientos, en especial a
PhD. Ana Lucía Pacurucu por guiarnos durante nuestra tesis y por último a la
universidad por permitirme crecer como persona.*

- Tiffany Cano Mite

ÍNDICE DE CONTENIDOS

DEDICATORIA.....	2
AGRADECIMIENTO.....	4
RESUMEN.....	10
ABSTRACT.....	11
INTRODUCCIÓN.....	12
CAPÍTULO I.....	14
1.1 DEPRESIÓN.....	14
1.2 Depresión y adolescencia.....	15
1.2.1 Suicidio en la adolescencia.....	15
1.3 Causas de la depresión.....	17
1.3.1 Teorías psicológicas.....	18
1.4 Señales de alerta.....	19
1.5 Factores de riesgo.....	20
1.6 Clasificación de los trastornos depresivos según el manual DSM – V.....	21
1.6.1 Trastorno depresivo mayor.....	21
1.6.2 Trastorno depresivo persistente.....	23
1.6.3 Trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo.....	23
1.6.4 Criterios de gravedad de los trastornos depresivos.....	23
1.6.5 Diagnóstico diferencial de la depresión.....	24
1.7 Relación de la depresión con los factores sociodemográficos.....	25
1.8 Prevención de la depresión.....	26
1.9 Tratamiento de la depresión.....	29
1.9.1 Tratamiento Farmacológico y Cognitivo Conductual.....	29
1.9.2 Terapia Interpersonal.....	30
1.9.3 Terapia Activación Conductual.....	30
1.9.4 Terapia de Aceptación y Compromiso con adolescentes.....	30

1.9.5 Terapia de Conducta.....	31
1.9.6 Telepsicoterapia.....	32
1.10 Conclusión.....	33
CAPÍTULO II.....	35
2.1 METODOLOGÍA.....	35
2.1.1 Tipo de estudio	35
2.1.2 Población	35
2.1.3 Muestra	36
2.1.4 Criterios de inclusión:.....	36
2.1.5 Criterios de exclusión:	36
2.2 Instrumentos	36
2.2.1 Ficha sociodemográfica.....	36
2.2.2 Cuestionario de depresión infantil (Kovacs)	37
2.3 Objetivos.....	38
2.3.1 Objetivo general	38
2.3.2 Objetivos específicos.....	38
2.3.3 Procedimiento.....	38
CAPÍTULO III	40
3.1 RESULTADOS	40
3.2 Análisis inferencial del problema estudiado.....	43
4. DISCUSIÓN.....	50
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	52
5.1 Conclusiones.....	52
5.2 Recomendaciones	54
6. BIBLIOGRAFÍA.....	55
7. ANEXOS.....	64

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Prevalencia de Depresión de Guayaquil y Cuenca.....	40
Tabla 2. Prevalencia de Depresión según el sexo de los Adolescentes de Guayaquil y Cuenca	41
Tabla 3. Prevalencia de Depresión según la edad de los Adolescentes de Guayaquil y Cuenca	42
Tabla 4. Relación entre el nivel de Instrucción y la presencia de Depresión en los Estudiantes de Cuenca	43
Tabla 5. Relación entre el nivel de Instrucción y la presencia de Depresión en los Estudiantes de Guayaquil	44
Tabla 6. Relación entre el Estado Civil de los Padres y la Presencia de Depresión en los Estudiantes de Cuenca	44
Tabla 7. Relación entre el Estado Civil de los Padres y la Presencia de Depresión en los Estudiantes de Guayaquil.....	45
Tabla 8. Relación entre los Ingresos Familiares y la presencia de Depresión en Estudiantes de Cuenca	46
Tabla 9. Relación entre los Ingresos Familiares y la presencia de Depresión en Estudiantes de Guayaquil	47
Tabla 10. Relación entre los Hábitos de Recreación y la Presencia de Depresión en los Estudiantes de Cuenca	48
Tabla 11. Relación entre los Hábitos de Recreación y la Presencia de Depresión en los Estudiantes de Guayaquil	49
Tabla 12. Prueba Chi-Cuadrado de la relación entre el nivel de instrucción y la presencia de depresión en los estudiantes de Cuenca.....	69
Tabla 13. Prueba Chi-Cuadrado de la relación entre el nivel de instrucción y la presencia de depresión en los estudiantes de Guayaquil	69
Tabla 14. Prueba Chi-Cuadrado de la relación entre el Estado Civil de los Padres y la Presencia de Depresión en los Estudiantes de Cuenca	69
Tabla 15. Prueba Chi-Cuadrado de la relación entre el Estado Civil de los Padres y la Presencia de Depresión en los Estudiantes de Guayaquil	70
Tabla 16. Prueba Chi-Cuadrado de la relación entre los Ingresos Familiares y la presencia de Depresión en Estudiantes de Cuenca	70

Tabla 17. Prueba Chi-Cuadrado de la relación entre los Ingresos Familiares y la presencia de Depresión en Estudiantes de Guayaquil	70
Tabla 18. Prueba Chi-Cuadrado de la relación entre los Hábitos de Recreación y la Presencia de Depresión en los Estudiantes de Cuenca	71
Tabla 19. Prueba Chi-Cuadrado de la relación entre los Hábitos de Recreación y la Presencia de Depresión en los Estudiantes de Guayaquil	71

RESUMEN

La depresión es un trastorno caracterizado por la presencia de tristeza profunda, pérdida del apetito, falta de concentración, con pensamientos recurrentes de muerte. Según la OMS, el suicidio debido a depresión es la cuarta causa de muerte en adolescentes. La presente investigación es de corte no experimental, con enfoque cuantitativo y de alcance descriptivo, tiene como objetivo determinar y comparar los niveles de depresión en estudiantes de un colegio de Guayaquil y uno de Cuenca. La población estuvo compuesta por 91 estudiantes, entre 14 y 17 años de colegios particulares y mixtos. Se utilizó el test Kovacs y la ficha sociodemográfica. Los resultados indican mayor presencia de depresión en los estudiantes de Guayaquil (44%), y es mayor en aquellos que son hijos de padres divorciados(35%). En Cuenca el mayor porcentaje estuvo en la edad de 16 años (58%) y en aquellos que eran hijos de padres casados (64,7%).

Palabras claves: Depresión, adolescentes, estudiantes, género.



PhD. Ana Lucía Pacurucu

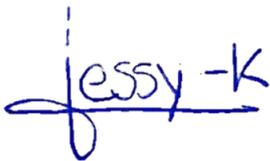
Directora de Tesis

ABSTRACT

Depression is a mental disease characterized by the presence of deep sadness, loss of appetite, lack of concentration, and recurrent thoughts of death. According to the WHO, suicide due to depression is the fourth leading cause of death in adolescents. This study is non-experimental research, with a quantitative and descriptive approach; it aims to determine and compare the levels of depression in students of a school in Guayaquil and one in Cuenca. The population consisted of 91 students between 14 and 17 years of age from private and coeducational schools. The Kovacs test and the sociodemographic record were used. The results indicate a greater presence of depression in students from Guayaquil (44%), and it is greater in those who are children of divorced parents (35%). In Cuenca, the highest percentage was at the age of 16 years (58%) and in those who were children of married parents (64.7%).

Key words: Depression, teenagers, students, gender.

Translated by:



Jessica Anguisaca Criollo



Tiffany Cano Mite



INTRODUCCIÓN

Es importante considerar que el adolescente es una persona difícil de abordar por lo que la detección temprana de síntomas depresivos, mediante la interacción con los adolescentes, a través de test, constituye una oportunidad de ayudar a disminuir el índice de depresión y a su vez evitar su complicación, aplicando estrategias adecuadas que orienten y permitan que los padres y docentes identifiquen rápidamente este trastorno.

La adolescencia es una etapa vital para el desarrollo tanto de hábitos sociales como emocionales de una persona a lo largo de la vida, que transcurre entre los 10 y los 19 años, etapa en la cual se experimentan diversos cambios físicos, emocionales y sociales. Por ello, los adolescentes que están expuestos a factores de riesgo como el maltrato físico, psicológico o abuso sexual hacen que sean más vulnerables a desarrollar problemas de salud mental, como la depresión (Piñar, 2021)

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020) en promedio los trastornos mentales inician a los 14 años o antes. De hecho, según estudios “entre el 10% y el 20% de los adolescentes experimentan trastornos mentales, sin embargo, no son diagnosticados ni tratados y el no abordarlos trae consigo consecuencias que pueden extenderse hasta la adultez afectando de esa manera la salud física y mental”.

El interés de esta investigación radica en que la depresión en la actualidad representa un grave problema de salud mental. Según la OMS, “aproximadamente 280 millones de personas a nivel mundial padecen de depresión”; afectando principalmente al adolescente; según la UNICEF “el 20% de los adolescentes de todo el mundo sufren trastornos mentales” (UNICEF, 2019). En otra investigación realizada en Cuba por Guerra et al. (2011) se encontraron prevalencia de depresión en un 21.7% en adolescentes entre 12 y 19 años.

La investigación cuenta con cuatro capítulos, en donde en el primer capítulo se detalla el concepto de depresión y se explora su impacto en la vida del adolescente desde las causas hasta los factores de riesgo y protección. Además, se describe como la depresión puede conllevar a un posible suicidio en la adolescencia, por lo tanto, se detalla los criterios diagnósticos de los trastornos depresivos con su respectivo diagnóstico diferencial para posteriormente señalar los diferentes programas de prevención y opciones de tratamiento existentes.

El capítulo dos está conformado por los aspectos metodológicos de la investigación, la cual pretende ser no experimental, con enfoque metodológico

cuantitativo y alcance descriptivo. Se llevó a cabo en el colegio Vida Nueva y Bilingüe de la Inmaculada en Guayaquil y el colegio Bilingüe Interamericano de Cuenca. La muestra estaba conformada por 91 estudiantes (46 de Cuenca y 45 de Guayaquil) entre edades de 14 y 17 años, para posteriormente realizar el respectivo análisis de datos en el tercer capítulo, los cuales fueron obtenidos mediante la aplicación del Inventario de Kovacs y la respectiva relación con los datos sociodemográficos.

CAPÍTULO I

1.1 Depresión

Según el National Institute of Mental Health (2021), la depresión refiere a un estado de ánimo el cual manifiesta síntomas graves que van a afectar diversas áreas principalmente la forma de pensar, sentir y actuar del individuo en su vida cotidiana, como una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades diarias como trabajar, estudiar o comer.

La depresión, según la Organización Mundial de la Salud (2021), es un trastorno mental común a nivel mundial, la cual si no es tratada adecuadamente puede llegar a convertirse en un grave problema de salud mental, provocando alteraciones del sueño, cambios en el apetito o en el peso, sentimientos de culpa o desesperanza, autoestima baja y astenia.

La tristeza y depresión tienden a confundirse o ser considerados sinónimos, por lo tanto, es de gran relevancia realizar la diferenciación entre ambas palabras. La tristeza es una emoción humana normal que se suele presentar ante la pérdida de un ser querido, un divorcio o problemas familiares, afectando principalmente el estado de ánimo de manera negativa. La tristeza es momentánea, que dura un corto periodo de tiempo. En cambio, la depresión es un trastorno mental que trae consigo alteraciones en el comportamiento y actitudes de la persona, y en casos graves, la depresión afecta a tal grado que llega incapacitar a la persona para realizar sus actividades diarias como el asistir al trabajo o a la escuela. Los síntomas de la depresión están presentes durante dos o más semanas seguidas y representa un cambio clínicamente significativo en el funcionamiento y el estado de ánimo de la persona (Fitzgerald, 2021).

Algunos de estos síntomas pueden considerarse como indicadores de la depresión: desesperanza, frustración, sentimientos de culpabilidad, inutilidad o impotencia, pérdida de interés en las actividades diarias, dificultad para concentrarse, fatiga, alteraciones del sueño, cambios en el apetito, pensamientos o intentos autolíticos (National Institute of Mental Health, 2021).

1.2 Depresión y Adolescencia

La adolescencia implica un periodo de transición entre la niñez y la edad adulta, en donde existirán diversos cambios biológicos, psicológicos y sociales; por lo tanto, el adolescente debe enfrentar obstáculos y retos dentro de su proceso evolutivo, tales como el cumplimiento de tareas del desarrollo, la adaptación a los nuevos cambios fisiológicos y anatómicos relacionados con el incremento hormonal (Alzuri et al., 2017). El adolescente al estar envuelto en una etapa de cambios, es mucho más vulnerable y expuesto a estar involucrado a situaciones, las cuales pueden afectar su salud mental, dentro de las cuales se encuentra la presión social entre sus pares, conflictos familiares, dificultades académicas, abusos físicos, violencia, etc.

En la CIE-10 los criterios diagnósticos para la depresión en los adolescentes son los mismos que los de los adultos. Sin embargo, la depresión en adolescentes puede ser un diagnóstico difícil de realizar porque los jóvenes pueden presentar síntomas diferentes a los de los adultos. El DSM-5 amplía los criterios diagnósticos para incluir el estado de ánimo irritable como síntoma depresivo principal en niños y adolescentes. Bennet et al. (2018) nos menciona que la depresión adolescente también puede presentarse con problemas inespecíficos, como una disminución de la asistencia o el rendimiento escolar, cambios de comportamiento o abuso de sustancias y dificultades físicas

La depresión durante la adolescencia resulta ser un problema común de salud pública, es altamente prevalente con una oscilación entre el 4 y 5% y se encuentra asociada a altas tasas de recaídas en la adolescencia y recurrencias en la adultez (Genisse, 2020). Leyva et al (2001) en su investigación nos menciona que los adolescentes deprimidos son poco identificados, estos no buscan la ayuda necesaria y con reticentes al consultar con un profesional de la salud, por lo tanto, cuando buscan la ayuda que necesitan, tienden a expresarla mediante síntomas físicos, lo que lleva a una incomprensión de la verdadera causa de su malestar, dificultando su desarrollo espiritual y psíquico normal en la adolescencia y su vida adulta.

1.2.1 Suicidio en la adolescencia

El suicidio se define como el resultado de comportamientos autoinfligidos que tienen como intención la propia muerte. Cada año mueren alrededor de 800 000 personas

en el mundo por esta causa, pese a que se considera prevenible. En el grupo de edad de 15 a 24 años de edad se encuentra que es una población vulnerable debido a que es la segunda causa de muerte, además se ha encontrado un incremento de muertes en las últimas décadas (Gerstner et al, 2018).

Según Dávila (2019) señala que el intento de suicidio es el principal factor de riesgo del suicidio consumado y constituye una enorme carga social y económica por la utilización de servicios de salud para tratar las lesiones, el impacto psicológico y social y que, en ocasiones, derivan en una discapacidad a largo plazo.

Fonseca et al (2018) por su parte señala en su estudio que la conducta e ideación suicida parecen variar en función de los variables sociodemográficas como el género y la edad, por lo tanto, se encontró que en las muestras adolescentes tanto la ideación como la tentación suicida parecen ser mayores en mujeres que en hombres y aumentan en medida que se hacen mayores.

Las posibles razones que pueden explicar un mayor riesgo de suicidio en los hombres se deben a la falta de búsqueda de ayuda, el aumento de consumo de sustancias, comportamientos agresivos y acceso a medios mortales. Por otro lado, se ha encontrado que en América las principales formas de suicidio son el ahorcamiento, las armas de fuego y envenenamiento (Araneda et al., 2022).

El riesgo de suicidio en adolescentes está relacionado con diversos factores que incrementan la probabilidad de culminar la conducta suicida. Dentro de ellos está la vulnerabilidad biológica que está relacionado a la depresión, esquizofrenia, consumo de sustancias psicoactivas, etc.

Por otro lado, se encuentran factores psicológicos como el aislamiento, la desesperanza, el bajo apoyo familiar y sociocultural. Por último, están los factores sociodemográficos en los que existe mayor riesgo al haber estado expuesto a situaciones adversas como la violencia, el abuso, fracaso escolar o la muerte de un familiar o amigo (Bahamon et al., 2019).

En el adolescente con conductas suicidas, por lo general proviene de familias desestructuradas, con dificultades financieras, sociales y culturales; además dentro de los rasgos o atributos de la personalidad hay ciertos factores de riesgo que lo predisponen a

formar parte de un grupo vulnerable como la poca tolerancia a la frustración, actitudes hiper – perfeccionistas, rígidos intelectualmente y por último, la misma adolescencia media y tardía van a constituir un factor de riesgo (Cortés et al., 2021).

No obstante, a pesar de que estos factores indican una señal de advertencia con relación a la salud mental de esta población, debe tenerse en cuenta la naturaleza multifactorial de este evento, sin incurrir en el error de exponer la cuestión atribuyendo una única causa a un fenómeno tan complejo (Silva, 2019).

En la conducta suicida se encuentran diversas etapas que llevan a la culminación de tal acto, las cuales son: ideación, planificación, intento y suicidio consumado. La ideación suicida consiste en una variedad de pensamientos de diferente gravedad que van desde desear dejar de vivir, fantasías autodestructivas, evaluar la posibilidad de quitarse la vida, pensar en la oportunidad, el modo y las consecuencias del suicidio (Llosa et al., 2021).

Silva (2019) menciona que, en los niños, estos pensamientos se pueden revelar de forma menos específica y sin planificación debido a los esquemas mentales elaborados con respecto al concepto de muerte correspondientes de la edad. Sin embargo, en la adolescencia se encuentra el factor de la impulsividad que puede ser un factor para llevar a cabo el plan de su propia muerte.

Por su parte, Rangel et al (2022) define el plan o planificación suicida como una formulación sistemática de un plan de acción que lleva a realizar comportamientos relacionados con el suicidio. Existe dos subcategorías el cual una es con intención en donde ha existido previamente lesiones, en cambio sin intención suicida indeterminada, en donde no se ha podido decretar el acto de suicidio debido a la ausencia de lesiones. Estos factores son muy importantes para orientar la creación de programas destinados a prevenir y controlar el riesgo, de manera que la tasa de conducta suicida entre los jóvenes puede reducirse.

1.3 Causas de la Depresión

Según Carrobles (2014), diferentes elementos pueden intervenir en la explicación de la causa de la depresión, sin embargo, cabe mencionar que la depresión es multicausal y las teorías que intentan explicar son igual de complejas y multifactoriales. Empezando

por algunas teorías más organicistas, tenemos la depresión endógena (orgánico – médicas) que según los teóricos que apoyan este postulado, indican que la causa puede ser genética, bioquímica y otras patologías médicas u orgánicas. En cambio, los que apoyan la depresión exógena (reactivas o psicógenas) mencionan que las causas podrían estar en acontecimientos ocurridos en la vida de la persona y la manera de afrontamiento de parte del mismo. Por consiguiente, la cuestión está en explicar si la causa es interna o externa.

1.3.1 Teorías Psicológicas

De acuerdo a la teoría psicoanalítica Sidney Blatt menciona que existen dos tipos de personalidades: la primera es la introyectiva, que se caracteriza porque los sujetos suelen ser perfeccionistas en lo que hacen y a su vez competitivos, por lo cual se esfuerzan excesivamente en alcanzar sus metas, por lo tanto, cuando se deprimen experimentan sentimientos de fracaso, culpa, inseguridad e inferioridad. En cambio, un sujeto con una personalidad anaclítica, se caracteriza por depender de la aceptación y los cuidados de los demás. La depresión en estos individuos se manifiesta con síntomas somáticos (Flores, 2014).

Desde una perspectiva conductual que fue propuesta inicialmente por Skinner y Ferster, se enfoca en que, la disminución de la conducta de una persona depresiva es por la falta de reforzamientos positivos, que causa en el sujeto esa falta de interés y motivación, y por consiguiente disminuye la frecuencia con la que solía realizar sus actividades cotidianas. Esta falta de reforzadores se debe a factores ambientales, intrapersonales o interpersonales sucedidos en la vida del sujeto. Por otra parte, menciona que la teoría cognitiva de Beck se centra en las distorsiones cognitivas que llevan al sujeto a interpretar su entorno, su vida y su futuro de manera negativa, lo cual esta forma distorsionada de pensar lleva a la persona a un estado depresivo y de desesperanza (Carrobbles, 2014).

Finalmente, la Tríada Cognitiva de Beck es fundamental para analizar, identificar y establecer los diversos pensamientos que se manifiestan durante la depresión. Está compuesta por tres elementos que son:

- **Pensamientos negativos sobre uno mismo:** la persona presenta una distorsión negativa sobre su autoconcepto, acompañado de sentimientos de inseguridad, inferioridad y fracaso.
- **Pensamientos negativos sobre el mundo que le rodea:** un sujeto con sintomatología depresiva tiene una percepción del mundo como hostil y exigente, un mundo en el cual no encaja y no es comprendido por los demás, por lo cual lleva a la persona a aislarse de la sociedad para protegerse de ese mundo hostil.
- **Pensamientos negativos sobre el futuro:** el individuo percibe su futuro como catastrófico, por lo cual piensa que no existe una solución que pueda cambiar su presente, esto provoca en el sujeto angustia al pensar que no existe un futuro prometedor (Velasco, 2021).

1.4 Señales de Alerta

La depresión tiene diversas formas de manifestación presentando signos, señales o síntomas los cuales incluyen pérdida del interés en las actividades que usualmente se hacía, dejar de comer, pérdida del sueño o dormir mucho más de lo normal, falta de motivación, irritabilidad, cambios de peso o apetito, etc. (Gómez et al., 2019).

Además, los adolescentes que sufren depresión tienden a manifestar problemas conductuales o físicos, como irritabilidad, mal humor, pérdida de interés en actividades, retraimiento social, rechazo a asistir a clases, bajo rendimiento académico, cambios en el sueño, frecuentes quejas somáticas y problemas conductuales como desafiar a la autoridad y abuso de alcohol y/o sustancias, debiendo estar muy atentos los profesionales de la salud a estos síntomas identificando si esta sintomatología se debe a un cambio en cuanto al nivel de funcionamiento o carácter previo (Montenegro et al., 2019).

No obstante, la US Preventive Services Task Force (2009) recomienda la detección de los trastornos depresivos en todos los adolescentes, aunque señala que existen factores que ayudan a identificar a los que corren mayor riesgo, aunque las causas no se comprenden completamente, existe la posibilidad de involucrar una combinación de factores genéticos, biológicos y ambientales.

1.5 Factores de Riesgo

La depresión en los adolescentes está relacionada con múltiples factores de riesgo, ya que por ser una población vulnerable está expuesta a distintas situaciones complejas, algunas de estas situaciones pueden ser factores predisponentes al trastorno depresivo, otras pueden actuar como factores desencadenantes o mantenedores (Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia. Actualización, 2018).

Entre los factores personales que se relacionan con la depresión nos encontramos que el sexo femenino predispone al mismo. Asimismo, la poca participación en las actividades diarias y los hábitos de vida poco saludables, se encuentran altamente relacionados con este padecimiento (Agudelo et al., 2017). Por otro lado, algunos de los factores sociales que están asociados con los síntomas depresivos en la adolescencia son las dificultades económicas, desempleo de los padres y separación de los mismos. De igual manera tenemos el acoso escolar, conflictos interpersonales, aislamiento social y adolescentes con pocos amigos tienen mayor posibilidad de desarrollar esta sintomatología (Borja-Delgado et al., 2019).

Rivadeneira & Dahab (2013), mencionan que la persona que padece depresión, tiene una visión negativa de sí mismo, de los demás y del futuro, donde resalta solo los aspectos negativos y no percibe nada bueno de sí mismo. Asimismo, tiene sentimientos de infravaloración, pensamientos pesimistas de su vida, cree que su futuro estará lleno de desgracias y sufrimiento. Esta visión negativa del futuro, se conoce como desesperanza, lo cual incrementa el riesgo de suicidio.

Además, la exposición de los adolescentes a conflictos familiares, donde los progenitores son autoritarios o sobreprotectores, los relaciona con diversos desajustes emocionales y cognitivos, en la cual aparece la depresión, “debido a que la construcción de la personalidad de los jóvenes está relacionada con los modelos parentales de crianza y educación” (Olivera et al., 2019, p. 190). De igual manera “varios estudios han evidenciado que el afecto inseguro y la crianza de los hijos caracterizados por el rechazo, la disciplina severa se relaciona efectivamente con los indicios depresivos de los adolescentes” (Borja-Delgado et al., 2019, p. 166).

De acuerdo a la literatura los resultados obtenidos hasta el momento respecto al riesgo genético para la depresión no son lo suficientemente concluyentes como para generar predicciones (Rivadeneira et al., 2013).

Por último, un estudio realizado en Lima sobre los factores de riesgo asociados con trastorno depresivo en adolescentes entre 12 y 17 años, indica que un 38,6% de los estudiantes tuvieron antecedentes de depresión. El 32,1% de esta patología fue encontrada en adolescentes cuya madre presentaba un diagnóstico de trastorno depresivo. De igual manera, un 34,8% de este grupo etario presentaba episodios depresivos, debido a la separación de sus padres. Asimismo, un 11% por consumo de sustancias, violencia intrafamiliar, teniendo mayor incidencia la violencia psicológica, y el factor más relevante fue por conflictos con sus compañeros de clase, obteniendo un 39% (Zavaleta, 2015).

1.6 Clasificación de los Trastornos Depresivos Según el Manual DSM – V

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (5ta edición) fue diseñado para facilitar la actualización del conocimiento relevante que se acumula en neurociencia, ciencias cognitivas, genética y en la práctica clínica. (Muñoz et al., 2015).

El manual cuenta de tres secciones, la primera contiene sus pautas para el uso clínico y forense, la segunda sección incluye los criterios y códigos diagnósticos y la tercera incluye todas las medidas dimensionales para la evaluación de los síntomas, criterios y una propuesta alternativa sobre la conceptualización de los trastornos. (Echeburúa et al., 2014). El DSM – V es una herramienta útil dentro de la práctica clínica, debido a que sirve como guía en la práctica clínica, en especial en el diagnóstico del paciente, puesto que mediante los síntomas y su sistema de clasificación permiten identificar la evolución, intensidad y deterioro que provoca el malestar de la persona.

Según el DSM-V (APA, 2013) los siguientes trastornos forman parte de los trastornos depresivos, los cuales aparecen tanto en adultos como adolescentes:

1.6.1 Trastorno Depresivo Mayor

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes, presentes durante el período de dos semanas y que representan un cambio del funcionamiento previo

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (se le ve lloroso).
2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso o disminución o aumento del apetito casi todos los días.
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días.
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada casi todos los días.
8. Disminución de la capacidad de pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días.
9. Pensamientos de muerte recurrentes, ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan especificado para llevarlo a cabo.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia u otra afección médica.

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco (APA, 2013, p. 104 - 106).

1.6.2 Trastorno Depresivo Persistente

El trastorno depresivo persistente o también llamado distimia, es un tipo de depresión que se caracteriza porque sus síntomas afectan el estado de ánimo del individuo y están presentes durante un periodo mínimo de dos años (un año en niños y adolescentes). Asimismo, el individuo nunca ha estado sin los síntomas durante más de dos meses consecutivos.

Los síntomas de este trastorno depresivo llegan a afectar las áreas vitales del individuo y pueden incluir una falta de energía, baja autoestima, poco apetito, dificultades para concentrarse, todo esto acompañado con sentimientos de tristeza, desesperanza y culpa. En los niños, los síntomas pueden incluir un estado de ánimo deprimido o irritabilidad (APA, 2013, p. 108 -110).

Especificar si:

- Inicio temprano: Inicio antes de los 21 años.
- Inicio tardío: Inicio a partir de los 21 años.

1.6.3 Trastorno de Desregulación Destructiva del Estado de Ánimo

El trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo, se presenta en la etapa infantil o adolescente y su sintomatología se manifiesta durante 12 o más meses, con una frecuencia de tres o más veces por semana. De igual manera, durante este tiempo el individuo no ha tenido un periodo que durará tres o más meses seguidos.

Los síntomas van más allá que una simple rabieta, el sujeto tiende a golpear, gritar e incluso insultar de manera agresiva. Este comportamiento irritable que ellos presentan se da al menos en dos de tres contextos (casa, escuela, compañeros). El diagnóstico no se lo debe hacer antes de los 6 años o después de los 18 años (APA, 2013, p. 103 -104).

1.6.4 Criterios de Gravedad de los Trastornos Depresivos

De acuerdo al DSM-V (APA, 2013, p. 126 - 127) la gravedad de un trastorno depresivo se basa en el número de síntomas, la gravedad y el grado de discapacidad funcional significativa.

- **Leve:** “Pocos o ningún síntoma más que los necesarios para cumplir los criterios diagnósticos, la intensidad de los síntomas causa malestar, pero es manejable y los síntomas producen poco deterioro en el funcionamiento social y laboral.
- **Moderado:** “El número de síntomas, la intensidad de los síntomas y/o deterioro funcional están entre los especificadoras para leve y grave”.
- **Grave:** “El número de síntomas supera notablemente a los necesarios para hacer el diagnóstico, la intensidad de los síntomas causa gran malestar y no es manejable, y los síntomas interfieren notablemente en el funcionamiento social y laboral”.

1.6.5 Diagnóstico diferencial de la depresión

Según el DSM – V (2015) el diagnóstico diferencial de los trastornos depresivos a considerar antes de un diagnóstico definitivo es:

Trastorno bipolar I y bipolar II: En este tipo de trastorno se manifiestan uno o más episodios maníacos o hipomaníacos, mientras que un trastorno depresivo provoca un estado de ánimo bajo, sentimientos de desesperanza o vacío y sobretodo no se manifiestan episodios maníacos o hipomaníacos. Sin embargo, en el trastorno depresivo mayor se puede presentar características mixtas, pero estas son en menor frecuencia, intensidad y duración.

Trastorno depresivo debido a otra afección médica: En este trastorno todos los síntomas depresivos son consecuencia de algún padecimiento médico, por lo tanto, no se puede diagnosticar un trastorno depresivo mayor si los síntomas se deben a alguna condición médica.

Trastorno depresivo inducido por sustancias/medicamentos: Se diferencia porque todos sus síntomas fisiológicos se deben a algún tipo de sustancia o medicamento.

Duelo: se debe a la pérdida de un ser querido, donde se manifiestan sentimientos de vacío y pérdida, mientras que un trastorno depresivo su etiología puede estar relacionada a diversos factores, donde el estado de ánimo es persistente y existe una disminución de placer por las actividades cotidianas.

Períodos de tristeza no patológicos: la intensidad, duración y frecuencia de los síntomas son bajos, y no existe un deterioro del funcionamiento significativo.

Trastorno de ansiedad: el estado de ánimo irritable en los niños solo se manifiesta en situaciones estresantes que le provocan ansiedad, mientras que en el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo ese estado irritable, de enojo se encuentran dentro de los episodios depresivos.

1.7 Relación de la Depresión con los Factores Sociodemográficos

Carballo & Figueroa mencionan que algunos de los factores sociodemográficos que incrementan el desarrollo de un trastorno depresivo son la pobreza, un nivel socioeconómico bajo y vivir en áreas rurales o urbanas. De igual manera, la falta de una red de apoyo es otro factor que incide en este padecimiento. La cultura influye en el rol que se les atribuye a las mujeres adolescentes, como el de ser dependientes, emocionales, sumisas y sacrificadas, estas características son factores de riesgo de depresión (Soutullo y Mardomingo, 2010, Capítulo 9, p.153).

Por otro lado, en base a un estudio realizado en Guayaquil sobre depresión en adolescentes y desestructuración familiar, se encontró que el 22,9% de los jóvenes que presentaban diferentes formas de depresión provenían de familias monoparentales, lo cual provoca alteraciones en la psique del adolescente que llegan a afectar la manera en que perciben su realidad, generando crisis psicológicas y emocionales en ellos. La edad que presentaban los adolescentes al momento del estudio era de 16,5 años, donde el sexo femenino predominaba sobre el sexo masculino en cuanto a mayor porcentaje de trastornos depresivos (Morla et al., 2006).

En otro estudio realizado por Quiroz (2020), señala que la mayor prevalencia de trastornos depresivos se presenta en los hombres adolescentes. De igual manera, las prevalencias de depresión moderada y severa fueron entre 13 y 14 años. También se menciona que existe mayor incidencia de depresión en adolescentes que viven con ambos padres y hermanos, y que a su vez no reciben ningún tipo de motivación por parte de sus maestros (Quiroz, 2020).

Finalmente, algunos estudios señalan que la mayor prevalencia de trastorno depresivo se presenta en las mujeres, así también como en el sedentarismo, antecedentes

familiares con depresión y el haber experimentado situaciones traumáticas en la vida. Asimismo, se menciona como influye el bajo nivel económico en el desarrollo de la depresión (Estupiñán et al., 2014).

1.8 Prevención de la Depresión

El Instituto de Calidad y Eficiencia en Salud (2020) menciona que los padres y otros adultos debería a los jóvenes a desarrollar una personalidad estable que los ayude a enfrentar los desafíos. Por lo tanto, Suttie (2016) propone a los padres los siguientes consejos:

Proveer continuo cariño, calidez y apoyo: es la mejor guía para ayudar a los adolescentes, mediante la empatía, realizar preguntas abiertas, buscar el entendimiento más que el castigo y mostrar apoyo durante su crecimiento, de tal manera que sea una combinación de calidez y apropiados límites

Enseñar y moldear fuerza social y habilidades emocionales: Igual que los adultos los jóvenes se deben enfrentar a las dificultades sociales y situaciones emocionales que pueden ser fuente de decepción, estrés o tristeza debido a que sus cerebros están destinados para percibir las emociones de manera intensa. Por lo tanto, la mejor forma de ayudar es comenzar a aceptar y validar sus sentimientos

Fomentar positivas relaciones entre sus pares: Debido a que todos los adolescentes buscan la aprobación y estatus entre sus compañeros, al no conseguirlos pueden llevar al desarrollo de sentimientos negativos que son un camino a la depresión. Al mantener por lo menos un amigo cercano, el adolescente se hace más resiliente debido a que los ayuda afrontar con sus crisis emocionales de manera más sana. Por consiguiente, el padre de familia no ejerce presión a sus hijos al no preguntar por qué tiene muchos amigos o por qué no tiene tantos amigos, puesto que se debe ser comprensivo que las relaciones interpersonales son un riesgo más en el proceso del crecimiento.

Alentar a los jóvenes a buscar su propósito de vida: Como los adolescentes ponen gran parte de esfuerzo en sobresalir en su colegio, en actividades extracurriculares, es importante que todas esas actividades tengan un significado personal.

En cambio, el Centro de adolescentes Polaris (2019), menciona consejos dirigidos a los adolescentes:

Promover la salud integral: Es necesario seguir hábitos de sanos de salud como descansar apropiadamente, tener una dieta sana, realizar caminatas cada día, interactuar con amigos y familiares.

Abrirse con amigos: Si considera que alguno de tus amigos puede estar padeciendo con depresión, está bien preguntar. Además, si se ha padecido de alguna enfermedad mental puede ser beneficioso compartir tu experiencia personal, ya que ayuda a calmar lo que tu amigo está padeciendo

Ser cuidadoso de mantener secretos: A pesar que uno de los pilares fundamentales de la amistad es la confianza, hay excepciones las que incluye situaciones en las que tu amigo comparta pensamientos suicidas o tenga conductas autolesivas.

Identificar red de apoyo: Reflexionar acerca de las personas que se mantienen en tu vida, quienes te brindan su apoyo y quienes te hacen sentir peor. Trata de pasar mucho más tiempo con aquellos que amas y deja ir a quienes no te aprecian.

Por otro lado, Bennett et al (2019) se enfoca en programas de prevención de la depresión en adolescentes debido a que estas pueden estar enfocada en diferentes niveles; el primer nivel de prevención busca evitar la ocurrencia de la depresión en una población no afectada; en cambio el segundo nivel de prevención está enfocado en la detección y tratamiento temprano de la depresión y por último el tercer nivel trata de minimizar los síntomas que surgen de la depresión. De tal manera, que las intervenciones universales por lo general suelen adoptar programas dentro de las escuelas o comunidades donde haya áreas específicas con individuos con altos niveles de depresión.

Las intervenciones de prevención suelen ser educativas o psicológicas; las primeras proporcionan información por medio de la literatura o lecturas relacionadas particularmente a la presentación de la depresión, las causas, factores y enfoques de autoayuda. Este tipo de enfoque ayuda a los adolescentes a reconocer sus propios síntomas y el de sus compañeros (Merry, 2011). Dentro de los programas de intervención psicológicas, la mayoría se basa en la terapia cognitiva conductual (TCC) y en el modelo interpersonal, los cuales buscan que los adolescentes se equipen de estrategias como el

manejo de estrés, obtener una positiva autoestima y ayudarles con la interacción social (Gladstone, 2011). Dentro de los diversos programas de prevención se encuentra:

The Beyond Blue Schools Research Initiative (Iniciativa de investigación de escuelas más allá del azul). Corresponde a un programa que se está realizando en 50 escuelas de Australia como parte de la iniciativa nacional de depresión. Participan profesionales de salud y de educación, fortaleciendo tanto los factores protectores individuales como los ambientales, incluyendo a la familia. El programa de la sala de clases se desarrolla en modalidad de prevención universal con el mismo grupo de estudiantes por un periodo de 3 años a partir de 8º grado, realizándose 10 sesiones semanales en cada año, de 30 a 45 minutos de duración. Incluye técnicas para favorecer la educación emocional, reducción del estrés, habilidades sociales, aumento de las redes de apoyo, resolución de conflictos y asertividad. Aún no se han publicado los resultados de esta iniciativa (Martínez et al., 2008).

Programa Estrategias para Mantener un Ánimo Saludable (EMAS). El Programa EMAS nace de una adaptación del Manual de Prevención de la Depresión: Cómo Fomentar un Ánimo Saludable, la intervención tiene como objetivo prevenir o reducir factores de riesgo e incrementar los factores de protección. El Programa EMAS combina estrategias cognitivas, conductuales e interpersonales, en donde se les enseña a los adolescentes a lidiar con obstáculos en la vida, al mismo tiempo procurar mantener un estado de ánimo agradable. Este tipo de programa consiste de 14 sesiones que se dividen en tres módulos: pensamientos, actividades y relaciones interpersonales (Sáez et al., 2013).

Coping with Stress Course (Curso para Lidiar con el Estrés). Programa de intervención psicoeducativa y cognitivo conductual, dirigida a adolescentes entre 14 - 17 años el cual cuenta de 15 sesiones de 45 minutos en donde se tiene por objetivo refutar los pensamientos desadaptados, afrontar acuerdos con los padres y compañeros, vencer la pasividad y desarrollar las habilidades sociales (Sánchez - Hernández et al., 2014).

Terapia interpersonal de adolescentes para el entrenamiento de habilidades (IPT). Se basa en una terapia de 8 sesiones de 90 minutos en un grupo de adolescentes con síntomas depresivos. Dentro de la terapia se discute de los sentimientos personales y

de las reacciones interpersonales, además aprenden varias formas de comunicación y estrategias interpersonales para aplicar en su vida diaria, los cuales le permiten resolver conflictos y promover positivas relaciones (Young et al., 2010).

1.9 Tratamiento de la Depresión

1.9.1 Tratamiento Farmacológico y Cognitivo Conductual

El tratamiento de la depresión en adolescentes difiere según la gravedad de la sintomatología puesto que, en depresión leve, va estar enfocada en dar terapia de apoyo con vigilancia de la respuesta durante las primeras 6-8 semanas. En la depresión moderada se utiliza la terapia cognitivo-conductual y un antidepresivo. Por otro lado, en la depresión severa, recomienda antidepresivos inicialmente siempre asociado con algún tipo de psicoterapia (Pacheco et al., 2020).

Alzuri (2017) menciona que el tratamiento toma enfoque en tres pilares los cuales son el biológico, psicológico y social. Con respecto al tratamiento biológico se basa en la medicación antidepresiva que es efectiva para el control inicial de síntomas; no obstante, la mayoría no está autorizado para menores de 18 años, por lo tanto, se debe evaluar los riesgos y beneficios según la persona.

El tratamiento psicológico, el cual debe ser considerado en primer lugar antes de recurrir al tratamiento farmacológico. Un plan de intervención no está fijamente establecido puesto que la tendencia actual es aplicar programas diversos que incluyan componentes conductuales, cognitivos y de autocontrol (Cabello et al., 2013). Sin embargo, la terapia que muestra más reportes de eficiencia y eficacia en adolescentes es la psicoterapia cognitiva conductual, en la que se basa en estrategias cognitivas y conductuales, la modificación de pensamientos negativos o disfuncionales y actitudes desadaptativas que estarían vinculadas al origen de la sintomatología depresiva (Pacheco et al., 2020).

1.9.2 Terapia Interpersonal

Dentro del abordaje de la depresión desde el enfoque social se encuentra que la terapia interpersonal ha tenido grandes avances con respecto a adolescentes con depresión moderada o con ideación suicida, siendo mucho más efectiva que el tratamiento habitual en la disminución de la depresión, ideación suicida, ansiedad y desesperanza (MSP, 2017). La eficiencia de la terapia interpersonal es que está centrada en las relaciones sociales del individuo, personalidad y sintomatología depresiva, en el abordaje con los adolescentes es correspondiente abordar temas como la individualización, estrategias de afrontamiento, autonomía y manejo de la influencia de los compañeros (Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia. Actualización, 2018).

1.9.3 Terapia Activación Conductual

Esta terapia se basa en buscar los factores ambientales y las conductas negativas que están desencadenando o manteniendo la depresión. Las técnicas que se utilizan dentro de esta terapia son: la programación de actividades que el adolescente solía realizar, extinción de las conductas de evitación por falta de motivación, incrementar los reforzadores positivos con la intención de motivar al sujeto a realizar ciertas actividades cotidianas que ha dejado de hacer. Por último, disminuir el pensamiento negativo que comúnmente esta presenta en la sintomatología depresiva y que impide al sujeto tener una visión de vida más esperanzadora (Barraca, 2016).

Asimismo, Bianchi y Henao (2015) demuestra la evidencia empírica que existe de la Activación Conductual a partir de varios estudios y metaanálisis realizados en diferentes países. En cuanto a la población adolescente se demuestra eficacia en la disminución de la sintomatología depresiva y el incremento de reforzadores positivos. De igual manera un estudio realizado en Colombia muestra la eficacia de la Activación Conductual en la reducción de las conductas depresivas y el aumento de actividades agradables.

1.9.4 Terapia de Aceptación y Compromiso con Adolescentes

Esta terapia se basa en disminuir el malestar presente en los adolescentes que interfiere con su vida diaria. Para esto se identifica los factores mantenedores de cierto

comportamiento que está presentando el sujeto y patrones de conducta que refuerzan la evitación de recuerdos traumáticos. Asimismo, los objetivos a trabajar en esta terapia son: identificación de valores de manera que se actúe en base a lo que se quiere lograr en la vida, promover la aceptación de los pensamientos, sentimientos que generan malestar, disminuir los pensamientos negativos y construcción de nuevos patrones de conducta (Riaño y Perea, 2019).

En base a investigaciones se ha logrado demostrar la eficacia de la intervención desde Terapia de Aceptación y Compromiso, en la cual se ha evidenciado un mejoramiento funcionamiento y calidad de vida del adolescente (Riaño y Perea, 2019).

1.9.5 Terapia de Conducta

Dentro de esta terapia se encuentra dos de las formas de tratamiento terapéutico más eficaces para la depresión, la disminución de la conducta reforzada positivamente y el reforzamiento de habilidades.

- **Terapia de Solución de Problemas**

La falta de habilidades para la solución de problemas es un factor de riesgo para la depresión. Los adolescentes con de estas habilidades tiene un bajo nivel de afrontamiento a situaciones estresantes o vitales de su día a día, que tiene relación con el humor depresivo que puede presentar el sujeto a corto o a largo plazo (Vázquez, 2002).

Es por esto, que el entrenamiento en solución de problemas ayuda a la disminución del humor depresivo en el sujeto. Este tipo de terapia consiste en ayudar a desarrollar al individuo cinco habilidades. La primera, orientar al sujeto hacia su problema, para visualizar como la persona maneja el evento estresante. La segunda, se enseña a la persona a que pueda darle una definición a su problema o a lo que le está sucediendo en ese momento y plantearse metas realistas frente a su problema a solucionar. La tercera, se brinda estrategias o soluciones alternativas que ayuden a resolver el problema. La cuarta, se basa en ayudar al sujeto a tomar la mejor decisión para solucionar los problemas que puede estar atravesando en ese momento o que se presenten a futuro. La quinta, es la habilidad que adquiere la persona para la planificación, ejecución y evaluación de solución de problemas (Vázquez, 2002).

Finalmente, de acuerdo a varios estudios se ha demostrado la efectividad de la terapia de solución de problemas para la disminución de la sintomatología depresiva e incremento de habilidades de solución de problemas tanto en niños como en adultos (Vázquez, 2002).

- **Terapia Familiar**

Es importante considerar el rol de la familia durante la terapia, por lo tanto, Bunge et al., (2011) en su investigación menciona que la terapia familiar basada en el apego desarrollada por Diamonds y Cols (2002) tenía evidencia significativa en la reducción de los niveles de depresión. Esta terapia consiste en reducir las actitudes negativas de los padres de adolescentes depresivos; puesto que se tiene como meta que el padre mejore la comprensión con respecto al dolor que padece sus hijo/a y modifique las creencias negativas mediante la adquisición de una nueva perspectiva del padecimiento; ya que esta puede estar asociada a los factores precipitantes y mantenedores de la sintomatología depresiva.

1.9.6 Telepsicoterapia

Debido al avance de la tecnología se han presentado nuevas propuestas de programas de intervención que van desde formatos CD – ROOM hasta aplicaciones para teléfono móvil. De la Rosa Gómez et al (2020) en su estudio de intervenciones eficaces vía internet presentó diferentes propuestas tales como:

- **Yo Pienso, Siento, Actúo (YPSA).** Programa semanal de 11 sesiones de 90 minutos cada una, en donde se integra aspectos de la TCC tales como identificación de pensamientos negativos automáticos, regulación emocional y resolución de problemas. Está contenido en formato CD-ROM multimedia que incluye cortos de películas, contenidos humorísticos de televisión y videos creados ex profeso para el programa (Martínez et al., 2014).
- **Tratamiento para la ansiedad infantil vía teléfonos inteligentes (Smart CAT).** Pramana et al. (2014) explica que la aplicación para teléfonos Android incluye cinco componentes principales:

1. Notificaciones dirigidas al participante/adolescente durante ciertas horas como recordatorio para cuando debe realizar ciertas tareas y la entrega de estrategias psicoeducativas
2. Preparación en habilidades para el manejo de emociones, pensamientos automáticos, estrategias de afrontamiento, resolución de problemas y el programa envía alertas cuando los participantes experimenten episodios de ansiedad aguda.
3. Banco de recompensas: los adolescentes se les entrega reconocimientos por completar los módulos a través de un sistema de puntos.
4. Biblioteca de medios: fotos, videos, audios que contribuyen como recordatorio acerca de las habilidades adquiridas en el tratamiento.
5. Mensajes seguros: refuerzan la alianza terapéutica entre terapeuta y paciente dentro de la aplicación.

1.10 Conclusión

La depresión va estar definida para algunos autores como un estado de ánimo el cual presenta síntomas graves en la forma de pensar, sentir y actuar, además que puede llegar a convertirse en un grave problema de salud mental. Por lo tanto, es necesario realizar la diferenciación entre la depresión y el estado de tristeza, ya que su principal disimilitud radica en que la tristeza debe estar relacionada al factor desencadenante que lo ocasiona y no debe durar más de unas horas o pocos días.

Es así que la depresión, al ser uno de los principales padecimientos de salud mental según la OMS, esta puede afectar a diferentes grupos de edad. La adolescencia va a estar caracterizada por cambios emocionales, personales y sociales, lo cual lo convierte en un grupo vulnerable para presentar depresión y en situaciones graves puede llevar al suicidio. La depresión en la adolescencia, en los manuales diagnósticos presentan los mismos criterios, sin embargo, hay cambios que suelen pasar desapercibidos y deben ser tomados como señales de alerta.

Las señales de alerta más comunes son manifestaciones de problemas conductuales, ya que esto representa un cambio significativo en el funcionamiento previo

del adolescente, además que dentro de los principales síntomas se encuentra la irritabilidad y el bajo rendimiento académico. No hay un factor específico que causa la aparición de la depresión, ya que esta debe ser tomada como multicausal, por lo tanto, se ha evidenciado que mediante los programas de prevención contribuyen en la disminución de su aparición; no obstante, en el caso de que el niño/adolescente presente las terapias psicológicas son una ayuda en el manejo del padecimiento, recalcando la importancia del interés de los padres por entender y comprender el dolor de su hijo.

CAPÍTULO II

2.1 Metodología

2.1.1 Tipo de Estudio

El presente trabajo es de tipo estratificada, mediante una investigación no experimental, con enfoque metodológico cuantitativo y con alcance descriptivo. Se realizó en el colegio Bilingüe Interamericano de la ciudad de Cuenca, ubicado en la parroquia Sucre en la Av. 27 de febrero y Av. Fray Vicente Solano, en el periodo septiembre 2021 a Julio 2022.

Para la investigación en Guayaquil, se realizó en la Unidad Educativa Bilingüe de la Inmaculada, ubicado en Eloy Alfaro 210 y Camilo Destruge, también formó parte la Unidad Educativa Vida Nueva, ubicado en Gral. Tomas Wright Montgomery 648 y Arguello; ambos colegios corresponden al periodo abril 2022 a enero 2022.

2.1.2 Población

La población de interés comprende a estudiantes de bachillerato de instituciones educativas mixtas y privadas de la ciudad de Cuenca y Guayaquil, que se encuentren en una edad entre 14 a 17 años.

En la ciudad de Cuenca el universo del presente estudio fue de 1400 estudiantes matriculados en los años de octavo a tercero de bachillerato, donde 127 estudiantes fueron de décimo, 130 de primero de bachillerato, 118 de segundo de bachillerato y 110 de tercero de bachillerato de la Unidad Educativa Bilingüe Interamericano.

En la ciudad de Guayaquil, la muestra del presente estudio fue de 424 estudiantes matriculado en los años desde octavo a tercero de bachillerato; en donde 99 estudiantes corresponden a la Unidad Educativa Vida Nueva y 325 de la Unidad Educativa Bilingüe La Inmaculada.

2.1.3 Muestra

La muestra está conformada por 91 estudiantes que desearon participar voluntariamente en el estudio y que contaron con el consentimiento informado de sus padres. En la ciudad de Cuenca se tomó como muestra 46 alumnos que se encontraban entre las edades de 14 y 17 años correspondientes a los cursos de décimo a tercero de bachillerato de la Unidad Educativa Bilingüe Interamericano, en el periodo septiembre 2021 a julio 2022.

En la ciudad de Guayaquil la muestra estuvo conformada por a 45 alumnos que se encontraban entre las edades de 14 y 17 años correspondientes a los cursos de décimo a tercero de bachillerato de la Unidad Educativa Bilingüe de la Inmaculada y Unidad Educativa Vida Nueva, en el periodo mayo 2022 a enero 2023.

2.1.4 Criterios de Inclusión:

- Edad entre 14 a 17 años
- Adolescentes que acepten participar voluntariamente
- Padres de adolescentes que firmen el consentimiento informado y completen la ficha sociodemográfica

2.1.5 Criterios de Exclusión:

- Cuestionarios incompletos
- Reticencia de los padres de familia.
- Deserción de los participantes
- Estudiantes menores de 13 años y mayores de 17 años

2.2 Instrumentos

2.2.1 Ficha Sociodemográfica

Mediante la implementación de la ficha sociodemográfica se obtendrá información específica de los estudiantes para la recopilación y tabulación de los datos relevantes, la ficha estará compuesta por: datos de identificación del estudiante y del entorno familiar,

condiciones de vivienda, situación económica familiar, situación de salud del estudiante y hábitos de recreación (véase Anexo B).

2.2.2 Cuestionario de Depresión Infantil (Kovacs)

El instrumento que se utilizará consta de 27 ítems, cada uno de ellos enunciado en tres frases que recogen la distinta intensidad o frecuencia de su presencia en el niño o adolescente. El contenido de los ítems cubre la mayor parte de los criterios para el diagnóstico de la depresión infantil.

El CDI evalúa dos escalas: **Disforia** (humor depresivo, tristeza, preocupación, etc.) y **Autoestima negativa** (juicios de ineficacia, fealdad, maldad, etc.) y proporciona una puntuación total de Depresión ((Kovacs, 2004) La valoración de cada ítem esta entre de 0 a 2 puntos.

- 0: intensidad o frecuencia de depresión bajo
- 1: intensidad o frecuencia de depresión media
- 2: mayor intensidad o frecuencia de depresión

Se menciona por diversos expertos que las diferencias significativas de medias entre grupos deprimidos y normales constituyen una prueba de la validez criterial del CDI. No obstante, es difícil encontrar diferencias de medias significativas entre grupos de niños y adolescentes deprimidos y los que sufren otro tipo de trastorno psicológico como físico, por lo tanto, ese dato apunta a una fuerte comorbilidad de la depresión (Kovacs, 2004).

Por otro lado, en muestras de población general se encontraron valores de alfa de Cronbach entre 0.75 y 0.94 y la fiabilidad test-retest osciló entre 0.83 en un intervalo de una semana y 0.84 para un intervalo de dos semanas (Cibersam, 2015). Asimismo, en otros estudios de validez donde se realizó una estandarización del test CDI en Medellín se encontró una validez interna positiva, el que la población obtuvo una media de 7,9 y una tendencia a ser más discriminativo por la variable anhedonia en comparación a las otras variables (Segura et al., 2011).

La valoración de cada ítem se hace con una escala de 0 a 2 puntos. El cero corresponde a aquella opción que representa la intensidad o frecuencia de aparición del

ítem masa bajo, el 1 corresponde a una intensidad o frecuencia media y el 2 a una mayor frecuencia de intensidad. El punto de corte es de 19 puntos (Kovacs, 2004).

Según Sanchis (2008) las puntuaciones del CDI pueden interpretarse en base a varios criterios de medida:

- a) Interpretación de las puntuaciones directas (puntuación total obtenida en las 27 preguntas).
- b) Interpretación de las puntuaciones directas y sus equivalentes en la escala de percentiles para diferentes grupos de edad y género.
- c) Interpretación de las 5 escalas o subdimensiones. La interpretación sigue el criterio de puntuaciones directas y su equivalente en percentiles para cada escala (véase Anexo A).

2.3 Objetivos

2.3.1 Objetivo General

Determinar y comparar los niveles de depresión de los estudiantes de bachillerato de Cuenca y Guayaquil.

2.3.2 Objetivos Específicos

- Identificar los niveles de depresión en los estudiantes de bachillerato.
- Comparar los resultados de la investigación entre los estudiantes de bachillerato de Guayaquil y Cuenca.
- Relacionar los niveles de depresión con los datos sociodemográficos.

2.3.3 Procedimiento

Para realizar la respectiva evaluación a los adolescentes se solicitó mediante un oficio al rector de la Unidad Educativa Bilingüe Interamericano de la ciudad de Cuenca y a la rectora de la Unidad Educativa Bilingüe de la Inmaculada y Unidad Educativa Vida Nueva de la ciudad de Guayaquil, quienes nos aprobaron la entrada a la institución en donde se realizó la aplicación del test CDI mediante la supervisión del departamento psicológico de la institución.

Se le entrego a los tutores de cada curso, los documentos correspondientes dirigidos a los padres el cual consistía el consentimiento informado y la ficha sociodemográfica, asimismo se les brindó toda la información correspondiente a los profesores acerca del objetivo de información. De tal manera, que aquellos representantes que estén de acuerdo con la participación de su hijo nos brindaban la autorización firmada, en conjunto de la ficha sociodemográfica llena. Posteriormente, se recolectaron los documentos y se concordó con los profesores un día para realizar la aplicación de los test a los estudiantes

Se realizó el análisis de cada uno de los test, utilizando la hoja de corrección y la ficha sociodemográfica. A continuación, con los datos recolectados se llevó a cabo la tabulación de las variables planteadas mediante el software SPSS V.21, para los estadísticos descriptivos y las tablas de frecuencia. Luego con los datos obtenidos se procedió a realizar el respectivo análisis de las tablas, conclusiones y recomendaciones. Para cumplir con el segundo objetivo se analizó y comparo los resultados obtenidos en el test de los adolescentes de Guayaquil y Cuenca.

Análisis de datos. Los datos obtenidos fueron ingresados al programa Microsoft Excel 2013, posterior a ello se exportaron al software estadístico SPSS versión 25, a través del cual se hizo el análisis estadístico utilizando tablas cruzadas con un intervalo de confianza de 95% para los estadísticos de frecuencia, prueba de Chi-Cuadrado, V-Cramer para determinar el nivel de asociación que existe entre dos variables y Odds Ratio que indica si las variables dependientes o independientes son factores de riesgo o protectores.

CAPÍTULO III

3.1 Resultados

Prevalencia de depresión en el colegio Bilingüe Interamericano de Cuenca y en los colegios Vida Nueva y Bilingüe de La Inmaculada de Guayaquil.

Tabla 1

Prevalencia de Depresión de Guayaquil y Cuenca

Ciudad	Depresión		Depresión		Total	%
	Ausencia de depresión	%	Presencia de depresión	%		
Guayaquil	25	55,6	20	44,4	45	100,0
Cuenca	29	63,0	17	37,0	46	100,0
Total	54	59,3	37	40,7	91	100,0

En la tabla 1, se puede observar que de 91 estudiantes encuestados casi un 44,4% (20) de estudiantes de la ciudad de Guayaquil presentan sintomatología depresiva, siendo uno de los porcentajes más altos en comparación con la ciudad de Cuenca que indica un 37,0% (17) de estudiantes de la Unidad Educativa Bilingüe Interamericana que presentan sintomatología depresiva. De tal manera que el 63,0 % (29) de estudiantes no presentan niveles de depresión en la ciudad de Cuenca.

Prevalencia de depresión de acuerdo al sexo y edad de los adolescentes entre 14 a 17 años del colegio Bilingüe Interamericano de Cuenca y en los colegios Vida Nueva y Bilingüe de La Inmaculada de Guayaquil.

Tabla 2

Prevalencia de Depresión según el sexo de los Adolescentes de Guayaquil y Cuenca

Ciudad	Depresión									
	Ausencia de depresión					Presencia de depresión				
	Mujeres	%	Hombres	%	Total	Mujeres	%	Hombres	%	Total
Cuenca	15	51,7	14	48,3	29	12	70,6	5	29,4	17
Guayaquil	20	80,0	5	20,0	25	14	70,0	6	30,0	20
Total	35	64,8	19	35,2	54	26	70,3	11	29,7	37

En la tabla 2, se observa que en la ciudad de Cuenca de los 17 adolescentes que presentaron depresión, el 70,6% (12) fueron estudiantes mujeres y el 29,4% (5) fueron hombres.

Por otro lado, la ciudad de Guayaquil se observa un 70% (14) el cual corresponde a la presencia de sintomatología depresiva en mujeres, no obstante, en este mismo grupo hay un 80% (20) de mujeres que no presentan sintomatología depresiva. Por último, es relevante señalar la presencia de sintomatología depresiva en hombres que corresponde a un 30% (6).

Tabla 3*Prevalencia de Depresión según la edad de los Adolescentes de Guayaquil y Cuenca*

Depresión									
Ciudad	Ausencia de depresión								
	14 años	%	15 años	%	16 años	%	17 años	%	Total
Cuenca	3	10,3	11	37,9	12	41,4	3	10,3	29
Guayaquil	7	28,0	4	16,0	11	44,0	3	12,0	25
Total	10	18,5	15	27,8	23	42,6	6	11,1	54

Ciudad	Presencia de depresión								
	14 años	%	15 años	%	16 años	%	17 años	%	Total
Cuenca	3	17,6	1	5,9	10	58,8	3	17,6	17
Guayaquil	7	35,0	4	20,0	6	30,0	3	15,0	20
Total	10	27,0	5	13,5	16	43,2	6	16,2	37

En la tabla 3, referente a los grupos de edad y su relación con la presencia de depresión. Tenemos en la ciudad de Cuenca una prevalencia en el grupo etario de 16 años del 58,8% (10), siendo uno de los porcentajes más altos en comparación a los estudiantes de 15 años con un 5,9%.

En la ciudad de Guayaquil se encontró que la edad de prevalencia está en los estudiantes de 14 años con un 35,0% (7) y la edad con menor prevalencia sintomatológica se encuentre entre los 17 años con un 15,0%.

3.2 Análisis inferencial del problema estudiado

En base a los objetivos planteados en la investigación, se procedió a la elaboración de tablas cruzadas para establecer si existe o no relación entre depresión con factores familiares, sociodemográficos y hábitos recreacionales de los estudiantes de Guayaquil y Cuenca, para ello ha sido necesario calcular el valor de Chi-Cuadrado y V-Cramer para determinar el nivel de asociación que existe entre dos variables, con el fin de determinar estas variables son factores de riesgo o protectores de la depresión. Los resultados del cruce de variables se detallan en las tablas siguientes:

Tabla 4

Relación entre el nivel de Instrucción y la presencia de Depresión en los Estudiantes de Cuenca

Instrucción	Depresión					
	Ausencia de depresión		Presencia de depresión		Total	%
		%		%		
Décimo	3	10,3	3	17,6	6	13,0
1ero de Bachillerato	18	62,1	1	5,9	19	41,3
2do de Bachillerato	5	17,2	10	58,8	15	32,6
3ero de Bachillerato	3	10,3	3	17,6	6	13,0
Total	29	100,0	17	100,0	46	100,0

En relación a los datos de la tabla 4, sobre el nivel de estudio del adolescente, se puede evidenciar que se tiene mayor presencia de depresión en los estudiantes de segundo de bachillerato con un 58,8%, comparado con los de primero de bachillerato donde la presencia de sintomatología depresiva es solo del 5,9%. Por otro lado, calculando el valor de Chi cuadrado, se encontró un valor de $p < 0,05$ (0,002), lo cual indica que existe una relación estadísticamente significativa entre el nivel de instrucción de segundo de bachillerato y la presencia de depresión.

Tabla 5

Relación entre el nivel de Instrucción y la presencia de Depresión en los Estudiantes de Guayaquil

Instrucción	Depresión		Depresión		Total	%
	Ausencia de depresión	%	Presencia de depresión	%		
Décimo	7	28,0	6	30,0	13	28,9
1ero de Bachillerato	1	4	3	15,0	4	8,9
2do de Bachillerato	10	40	6	30,0	16	35,6
3ero de Bachillerato	7	28	5	25,0	11	26,7
Total	25	100,0	20	100,0	45	100,0

A partir de los datos obtenidos de la tabla 5, se puede señalar que existe un 30% de estudiantes que presentan sintomatología depresiva, los cuales se encuentran en décimo (13) y segundo de bachillerato (16), a comparación de los estudiantes de primero de bachillerato quienes se encontró un 15% (4) de sintomatología depresiva. Por otro lado, en el análisis del Chi cuadrado, se encontró un valor de $p < 0,05$ (0,598), lo cual indica que no existe una relación estadísticamente significativa entre los estudiantes de décimo y segundo de bachillerato y la presencia de depresión.

Tabla 6

Relación entre el Estado Civil de los Padres y la Presencia de Depresión en los Estudiantes de Cuenca

Estado civil de los padres	Depresión		Depresión		Total	%
	Ausencia de depresión	%	Presencia de depresión	%		
Casados	24	82,8	11	64,7	35	76,1
Divorciados	5	17,2	3	17,6	8	17,4
Separados	0	0,0	3	17,6	3	6,5
Total	29	100,0	17	100,0	46	100,0

A partir de los datos de la tabla 6, sobre el estado civil de los padres del adolescente, se encontró que el 64,7% (11) de los estudiantes que presentan depresión provienen de padres casados, así también el 17,6% (3) provienen de padres divorciados y

separados. En esta variable calculando el valor de Chi cuadrado, se encontró un valor de $p < 0,05$ (0,061), lo cual determina que no existe una relación estadísticamente significativa entre el estado civil de los padres y la presencia de depresión en los estudiantes.

Tabla 7

Relación entre el Estado Civil de los Padres y la Presencia de Depresión en los Estudiantes de Guayaquil

Estado civil de los padres	Depresión				Total	%
	Ausencia de depresión	%	Presencia de depresión	%		
Casados	14	56,0	6	30,0	20	44,4
Divorciados	3	12,0	7	35,0	10	22,2
Separados	6	14,0	4	20,0	10	22,2
Unión Libre	2	8,0	3	15,0	5	11,1
Total	25	100,0	20	100,0	46	100,0

En lo referente a los datos mostrados en la tabla 7, sobre la relación entre el estado civil de los padres y la presencia de depresión en estudiantes de Guayaquil se encontró que el 56,0% (14) de estudiantes cuyos padres se encuentran casados no presentan sintomatología depresiva. Por otra parte, se obtiene un 35,0% el cual corresponde a estudiantes con padres divorciados los cuales presentan indicios de depresión. Por último, se observa un 8% (2) de estudiantes con padres en unión libre que no presentan sintomatología depresiva. Además, al analizar el valor de Chi cuadrado, se obtiene un valor de $p < 0,05$ (0,179), por lo cual determina que no existe una relación estadísticamente significativa entre el estado civil de los padres y la presencia de depresión.

Tabla 8

Relación entre los Ingresos Familiares y la presencia de Depresión en Estudiantes de Cuenca

Ingresos Familiares	Depresión					
	Ausencia de depresión		Presencia de depresión		Total	%
		%		%		
Entre 400 a 600 dólares	8	27,6	4	23,5	12	100,0
Entre 600 a 800 dólares	6	20,7	4	23,5	10	100,0
Más de 800 dólares	15	51,7	9	52,9	24	100,0
Total	29	100,0	17	100,0	46	100,0

Los datos obtenidos en la tabla 8, muestra que hay un 23,5% (10) de estudiantes que presentan sintomatología depresiva correspondiente los ingresos familiares entre 600 a 800 dólares. Por otro lado, estudiantes sin sintomatología depresiva que tienen ingresos más de 800 dólares, se observa un porcentaje de 51,7% (15). En el análisis del valor de Chi cuadrado $p < 0,05$ (0,946), muestra que no existe una relación estadísticamente significativa entre los ingresos familiares y los niveles de depresión en los estudiantes de Cuenca.

Tabla 9

Relación entre los Ingresos Familiares y la presencia de Depresión en Estudiantes de Guayaquil

Ingresos Familiares	Depresión					
	Ausencia de depresión		Presencia de depresión		Total	%
		%		%		
Entre 100 a 200 dólares	1	4,0	0	0	1	2,2
Entre 200 a 400 dólares	0	0	3	15	3	6,7
Entre 400 a 600 dólares	4	16,0	3	15,0	7	15,6
Entre 600 a 800 dólares	4	16,0	2	10,0	6	13,3
Más de 800 dólares	16	64,0	12	60,0	28	62,2
Total	29	100,0	17	100,0	45	100,0

En la tabla 9, se muestran los datos obtenidos de la relación de los ingresos familiares y los niveles de depresión, en donde el 64% (16) corresponde a estudiantes cuyos ingresos familiares son más de 800 dólares y no presentan niveles de depresión, en comparación con el 60% de estudiantes que presenta sintomatología depresiva y tiene ingresos de más de 800 dólares. Por otro lado, el 10% (2) presenta sintomatología depresiva en el grupo de estudiantes con ingresos entre 600 a 800 dólares, además se obtiene se encuentra 4% (1) correspondiente a los ingresos entre 100 a 200 dólares, los cuales registran estudiantes sin presencia de niveles de depresión. En el análisis del valor de Chi cuadrado $p < 0,05$ (0,299), muestra que no existe una relación estadísticamente significativa entre los ingresos familiares y los niveles de depresión en los estudiantes de Guayaquil.

Tabla 10

Relación entre los Hábitos de Recreación y la Presencia de Depresión en los Estudiantes de Cuenca

Hábitos recreacionales	Depresión					
	Ausencia de depresión		Presencia de depresión		Total	
		%		%		%
Bailar	2	6,9	0	0,0	2	4,3
Dibujar	1	3,4	1	5,9	2	4,3
Hacer deporte	16	55,2	7	41,2	23	50,0
Leer	0	0,0	2	11,8	2	4,3
Música	4	13,8	2	11,8	6	13,0
Ninguno	6	20,7	5	29,4	11	23,9
Total	29	100,0	17	100,0	46	100,0

En lo concerniente a los datos de la tabla 10 sobre los hábitos de recreación y la presencia de depresión en los adolescentes, no se encontró asociación relevante entre estas variables, esto se determinó calculando el valor de Chi cuadrado, donde se encontró un valor de $p < 0,05$ (0,355), lo cual determina que no existe una relación estadísticamente significativa entre los hábitos recreacionales y la presencia de depresión. Sin embargo, se puede destacar que el practicar algún deporte puede tener un impacto positivo en la salud mental de los adolescentes.

Tabla 11

Relación entre los Hábitos de Recreación y la Presencia de Depresión en los Estudiantes de Guayaquil

Hábitos recreacionales	Depresión					
	Ausencia de depresión		Presencia de depresión		Total	%
		%		%		
Bailar	1	4,0	0	0,0	1	2,2
Dibujar	0	0,0	1	5,0	1	2,2
Hacer deporte	12	48,0	12	60,0	24	53,3
Leer	1	4,0	0	0,0	1	2,2
Música	8	32,0	4	20,0	12	26,7
Teatro	1	4	0	0,0	1	2,2
Videos de internet	2	8,0	3	15,0	5	11,1
Total	29	100,0	17	100,0	45	100,0

Los datos obtenidos en la tabla 11 con respecto a la relación en los hábitos recreacionales y los niveles de depresión en los estudiantes de Guayaquil, se muestra un 60,0% (24) de estudiantes que practica deporte y presentan sintomatología depresiva, no obstante en el mismo grupo se obtiene un 48,0% (12) de estudiantes que no presentan niveles de depresión. Por otro lado, el 5,9% (2) de estudiantes con sintomatología depresiva prefiere dibujar y solo el 4,0 % (1) de estudiantes sin depresión está interesado en el teatro y el baile. En lo referente al análisis del valor de Chi Cuadrado (Anexo 8) $p < 0,05$ (0,446) que no existe una relación estadísticamente significativa entre los hábitos recreacionales y los niveles de depresión en estudiantes de Guayaquil.

4. DISCUSIÓN

La prevalencia de depresión en este trabajo investigativo fue de 40,7% en la ciudad de Guayaquil y Cuenca, mientras que en un estudio realizado por Roque y Torres (2016), en Huara – Perú sobre la “Prevalencia de depresión y Factores asociados en los Adolescentes del tercer, cuarto y quinto año de secundaria en la Institución educativa Coronel Pedro Portillo Silva” a estudiantes de 13 a 19 años, a quienes se les aplicó el Inventario de Depresión de Beck, se obtuvo una prevalencia de depresión del 55,8%. Asimismo, un estudio realizado por Guerra et al (2011) en Cuba para identificar los niveles de depresión del adolescente. La muestra de la investigación correspondía 46 a adolescentes entre 12 a 19 años, se utilizó el Inventario de Depresión de Beck y el Inventario de Problemas Juveniles. Los resultados mostraron prevalencia de depresión del 21.7%.

En cuanto al género, se encontró en el presente estudio una mayor prevalencia de depresión en mujeres 70,3% con relación a los hombres 29,7%, esto tiene correlación con lo que menciona Muñoz et al (2021) en su investigación de “Prevalencia de depresión y factores asociados en adolescentes” realizado en Cuenca-Ecuador, donde se seleccionaron 262 estudiantes de 14 a 18 años, a los cuales se les aplicó la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD), los resultados indicaron mayor incidencia de depresión en mujeres 14,1% y en hombres fue el 11,8%. Otro estudio realizado por Estupiñán y Pinzón (2014), acerca de la “Prevalencia de depresión y factores asociados en estudiantes de secundaria de una comuna – Medellín 2014” a estudiantes de entre 10 a 19 años a quienes se les aplicó la Escala de Depresión de Zung, la prevalencia de depresión fue predominante en las mujeres 20,6%.

En la presente investigación la edad de riesgo de depresión en los estudiantes de la ciudad de Cuenca son los 16 años, lo cual tiene relación con un estudio realizado por asociados en adolescentes entre 13 y 17 años en Colombia año 2003”, se encontró que las edades de mayor riesgo de depresión son entre los 16 y 17 años.

Monasterio et al (2019) utilizó Patient Health Questionnaire como instrumento para medir la depresión en adolescentes entre 13 y 17 años, se encontró que aquellos alumnos que conviven solamente con la madre presentan sintomatología depresiva

correspondiente a un 80.7% y quienes viven con ambos padres muestran niveles de depresión en un 71.9%. Estos resultados son similares a los obtenidos en la ciudad de Cuenca con respecto a los estudiantes que presentan sintomatología depresiva y tienen padres casados en un 64,7%, a diferencia de la ciudad de Guayaquil donde solo el 30,0% presentaba sintomatología depresiva con padres casados. No obstante, hay una pequeña similitud con respecto al 80.7% de estudiantes con niveles de depresión que viven con la madre, ya que en la ciudad de Guayaquil el 55,0% de estudiantes con presencia de depresión tienen sus padres divorciados o separados, siendo este el valor más relevante entre los resultados obtenidos dentro de la relación entre estado civil y niveles de depresión.

En relación a la práctica de deporte, en la presente investigación se obtienen un 60% y 41,2% correspondiente a Guayaquil y Cuenca de los estudiantes que presentan niveles de depresión y practican deporte, en donde se observa relación entre la presencia de depresión y la práctica del ejercicio. De tal manera, que Cornejo (2022) en su estudio sobre la relación entre actividad física, autoestima y depresión del adolescente en una institución educativa, en una población de estudiantes de 17 años menciona que hay una relación significativa entre las tres variables y obtiene un resultados de 3,8 donde estudiantes presentan nivel de depresión media y actividad física media, asimismo un 7,4% de estudiantes que presentan depresión de nivel alto y a su vez la actividad física es de nivel alto.

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

En la realización de la investigación se tiene como objetivo principal determinar y comparar los niveles de depresión en los estudiantes de Guayaquil y Cuenca, mediante la aplicación del Test de Kovacs se encontró mayor presencia de depresión en la ciudad de Guayaquil con un 44,4% a comparación de los estudiantes de la ciudad de Cuenca, quienes presentaron un 37,0%.

La prevalencia de depresión de acuerdo al sexo se observa mayor presencia en las mujeres 70,6% en Cuenca, no obstante, la diferencia entre ciudades es mínima con un 70,0% correspondiente a las estudiantes de sexo femenino de la ciudad de Guayaquil. Por otro lado, en los estudiantes masculinos se muestra presencia de niveles de depresión en un 30% en Guayaquil y 29,4% en Cuenca. Se presume que los niveles elevados de depresión en el sexo femenino se pueden atribuir a los factores hormonales característico de esta etapa, los cuales juegan un papel importante durante el desarrollo humano, además de factores sociales como el rol de la mujer y ciertas cualidades asociadas tales como la sumisión, ser sacrificadas o dependientes.

Los datos obtenidos al comparar la prevalencia de depresión según la edad de los adolescentes, se observa que en el grupo de 16 años de la ciudad de Cuenca hay mayor presencia de sintomatología depresiva con un 58,8%, a diferencia de la ciudad de Guayaquil en donde hay mayor presencia de niveles depresivos en el grupo de 14 años correspondiente a un 35,0%. En ambos grupos etarios, se sospecha que las decisiones que deben tomar con respecto a su futuro escolar van a generar frustración, lo cual puede incrementar los niveles de estrés debido a las presiones y expectativas sociales/familiares. De tal manera, que a la edad de 14 años los adolescentes comienzan a orientarse sobre su posible vida estudiantil al ser segregados entre diferentes especialidades dentro del colegio; en cambio los estudiantes de 16 años se encuentran más próximos hacia la vida universitaria o laboral, en donde pueden replantearse las decisiones tomadas o que van a tomar.

En el análisis inferencial del problema estudiado se obtiene una relación significativa con el nivel de instrucción de segundo de bachillerato 58,8% y la presencia de depresión en los adolescentes de la ciudad de Cuenca.

Examinando la depresión de acuerdo con los hábitos recreacionales, se pudo evidenciar que, pese a que no existe una relación estadísticamente significativa entre esta variable y la depresión, hay un cierto porcentaje de estudiantes 60% y 41,2% correspondiente a Cuenca y Guayaquil que presentan síntomas depresivos y practican deporte. Sin embargo, también se destaca como factor protector que la actividad física, la música, bailar, leer y dibujar ayuda y provoca un impacto positivo en la salud mental de los adolescentes.

En el análisis de la depresión según con quienes vive el adolescente en este estudio se concluye que no existe una relación estadísticamente significativa. Sin embargo, se evidencia que existen niveles altos de depresión en estudiantes que viven con padres casados 64,7% en la ciudad de Cuenca y un 55 % de estudiantes que conviven con padres divorciados y separados en la ciudad de Guayaquil.

5.2 Recomendaciones

- Dentro de los resultados obtenidos, debido a los niveles elevados de depresión se recomienda que las instituciones educativas brinden mayor atención a la salud mental de los estudiantes mediante la implementación de programas de prevención como charlas psicoeducativas acerca de los síntomas de cada uno de los padecimientos. Además, se puede involucrar a los padres de familia con el fin de brindar mayor información acerca de los trastornos y modificar ciertas creencias erróneas.
- Asimismo, es de gran importancia que el DECE capacite a los maestros/as, personal administrativo y demás, acerca de estrategias de primeros auxilios psicológicos (PFA), con el fin de que el personal de la escuela independientemente de su cargo dentro de la institución, pueda ser una guía y brindar ayuda eficaz y oportuna a los estudiantes que estén pasando por una crisis emocional dentro el aula.
- También, se recomienda a las instituciones implementar un club de adolescentes, donde los jóvenes puedan tener un espacio de confianza para dialogar acerca de las experiencias y dificultades que están afrontando. Así también, promover el bienestar psicológico de cada uno de los estudiantes, convirtiéndose así en un programa preventivo de la salud mental.
- En relación a los padres de familia, se recomienda fortalecer el lazo familiar con cada uno de sus hijos adolescentes mediante la comunicación debido a que, durante esta etapa se encuentran explorando nuevas áreas de sus vidas y enfrentando cambios emocionales, físicos y sociales.
- Se les debe dar a conocer a los adolescentes que buscar ayuda o recurrir a alguien para quien los escuche, es necesario y fundamental para su salud mental. En conjunto con los menores se recomienda trabajar en su autoestima y autoimagen debido a que la opinión que tienen los demás sobre sí ellos mismos, durante este periodo se intensifica. Asimismo, se recomienda fomentar relaciones interpersonales sanas e invertir tiempo en realizar actividades de ocio que sean agradables y contribuyan a su crecimiento personal.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Agudelo Martínez, A., Ante Chaves, C., & Torres De Galvis, Y. (2017). Factores personales y sociales asociados al trastorno de depresión mayor, Medellín (Colombia), 2012. *CES Psicología*, 21–34. <https://doi.org/10.21615/cesp.10.1.2>.
- Alzuri, M., Hernández, N., & Calzada, Y. (2017). Depresión en la adolescencia: consideraciones necesarias para su diagnóstico y tratamiento. *Revista Finlay*, 7(3), 152–154. <https://www.medigraphic.com/pdfs/finlay/fi-2017/fi173a.pdf>
- American Psychiatric Association - APA. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5* (5a. ed.). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- American Psychiatric Association - APA. (2015). *Manual de diagnóstico diferencial DSM-5* (5ª. Ed). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Araneda, N., Sanhueza, P., Pacheco, G., & Sanhueza, A. (2021). Suicidio en adolescentes y jóvenes en Chile: riesgos relativos, tendencias y desigualdades. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 45, 1–9. <https://doi.org/10.26633/rpsp.2021.4>
- Bahamón, M. J., Alarcón-Vásquez, Y., Trejos-Herrera, A. M., Vinaccia Alpi, S., Cabezas, A., & Sepúlveda, J. (2019). Efectos del programa CIPRES sobre el riesgo suicida en adolescentes. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 24(2), 83. <https://doi.org/10.5944/rppc.23667>
- Barraca, J. (2016). La Activación Conductual en la práctica: técnicas, organización de la intervención, dificultades y variantes. *Análisis y Modificación de Conducta*, 2(165-166), 15-33. <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:8CBDhWTe6dAJ:www.uhu.es/publicaciones/ojs/index.php/amc/article/view/2792/2538+&cd=13&hl=es&ct=clnk&gl=ec&client=firefox-b-d>
- Bennett, C., Jones, R. B., & Smith, D. (2014). Prevention strategies for adolescent depression. *Advances in Psychiatric Treatment*, 20(2), 116–124. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.112.010314>

- Bianchi, J., & Henao, N. (2015). Activación conductual y depresión: Conceptualización, evidencia y aplicaciones en Iberoamérica. *Terapia psicológica*, 33(2), 69–80. <https://doi.org/10.4067/s0718-48082015000200002>
- Borja-Delgado, C. A., Ruilova-Mera, E. C., García-Intriago, D. M., Sánchez -Sánchez, S. A., Guevara-Suárez, K. E., & Morales-Tipan, A. P. (2019). Factores que inciden en la presencia de la depresión en adolescentes. *Polo del Conocimiento*, 4(2), 165. <https://doi.org/10.23857/pc.v4i2.900>.
- Bunge, E., Carrea, G., Molina, M. T., & Soto, N. (2011). Tratamientos de la depresión en la niñez y adolescencia basados en la evidencia. *Revista Argentina de Psiquiatría*, 22, 253–261. https://www.researchgate.net/profile/Eduardo-Bunge/publication/262375660_Depression_Treatment_Review/links/0deec537771ec749ec000000/Depression-Treatment-Review.pdf
- Caballo, V., & Simón, M. (2013). Manual de Psicología Clínica Infantil y del Adolescente. En *Manual de Psicología Clínica Infantil y del Adolescente* (pp. 162–169). Ediciones Pirámide.
- Carrobes, J. (2014). Trastornos depresivos. Grupo Anaya S.A (E.d.), *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos 2da edición* (pp. 355 - 359). Ediciones Pirámide.
- Cornejo, Y. (2022). Relación entre actividad física, autoestima y depresión del adolescente en una institución educativa en tiempos de Covid – 19 [Tesis de Doctorado, Universidad Cesar Vallejo]. <https://bit.ly/3dXbtA9>
- Cortés, A., Román, M., Suárez, R., & Alonso, R. M. (2021). Conducta suicida, adolescencia y riesgo. *Ciencias Biomédicas*, 11(2). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-01062021000200029
- Dávila, C. A., & Luna, M. (2019). Intento de suicidio en adolescentes: factores asociados. *Andes Pediátrica*, 90(6), 606–616. <https://doi.org/10.32641/andespediatr.v90i6.1012>

- De la Rosa Gómez, A., Moreyra Jiménez, L., & de la Rosa Montealvo, N. G. (2020). Intervenciones eficaces vía internet para la salud emocional en adolescentes: una propuesta ante la pandemia por COVID-19. *HAMUT'AY*, 7(2), 18. <https://doi.org/10.21503/hamu.v7i2.2128>
- Diamond GS, Reis BF, Diamond GM, Siqueland L, Isaacs L. (2002) Attachment-based family therapy for depressed adolescents: A treatment development study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 41: 1190-1196.
- Estupiñán, N. y Pinzón, I. (2014). Prevalencia de Depresión y Factores Asociados en estudiantes de secundaria de una comuna- Medellín -2014 (Trabajo de grado, Universidad CES). Repositorio institucional de la Universidad del Rosario <https://repository.urosario.edu.co/handle/10336/13345>
- Fitzgerald, J. (2021, 15 noviembre). *Depresión vs. tristeza: Cómo identificar la diferencia*. Medical News Today. <https://www.medicalnewstoday.com/articles/es/depression-versus-tristeza#conocer-la-diferencia>
- Flores, C. (2014). Las personalidades que influyen en la depresión. *El Mercurio S.A.P.* <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:v5wSoLuBP28J:www.ufro.cl/docs-ufro-prensa/2014/8-14septiembre/09septiembre3.pdf&cd=17&hl=es&ct=clnk&gl=ec&client=firefox-b-d>.
- Fonseca, E., Inchausti, F., Pérez-Gutiérrez, L., Aritio Solana, R., Ortuño-Sierra, J., Sánchez-García, M. N., Lucas-Molina, B., Domínguez, C., Foncea, D., Espinosa, V., Gorriá, A., Urbiola-Merina, E., Fernández, M., Merina Díaz, C., Gutiérrez, C., Aures, M., Campos, M. S., Domínguez-Garrido, E., & Pérez De Albéniz Iturriaga, A. (2018). Ideación suicida en una muestra representativa de adolescentes españoles. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 11(2), 76–85. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2017.07.004>
- Genise, G. (2020). ¿Se puede implementar la activación conductual para la depresión en la adolescencia? Una revisión sistemática de la literatura. *Revista Calidad de vida y salud*, 13, 30–41. <http://revistacdvs.uflo.edu.ar/index.php/CdVUFLO>

- Gerstner, R. M. F., Soriano, I., Sanhueza, A., Caffè, S., & Kestel, D. (2018). Epidemiología del suicidio en adolescentes y jóvenes en Ecuador. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42. <https://doi.org/10.26633/rpsp.2018.100>
- Gladstone, TRG, Beardslee, WR, O'Connor, EE (2011) The Prevention of adolescent depression. *Psychiatric Clinics of North America*, 34: 35–52. [CrossRefGoogle ScholarPubMed](#)
- Gómez, L., García, R., & Pineda, J. (2019). Desarrollo de un sistema de identificación de tendencia a la depresión utilizando técnicas de minería de texto en redes sociales. Asociación Colombiana de Facultades de Ingeniería. <https://acofipapers.org/index.php/eiei/article/view/255/250>
- Guerra, E., Morales, I., Fernández, K., Miranda, N., & Fombellida, M. (2011). La depresión del Adolescente. Policlínico Universitario Jimmy Hirtzel. *Revista Multimed*, 15(1), 1-11. <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/1513>
- Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y la Adolescencia. Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y la Adolescencia. Actualización. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Unidad de Asesoramiento Científico - técnico Avalia-t; 2018. Guías de Práctica Clínica en el SNS.
- Instituto de Calidad y Eficiencia en Salud. (2020, 18 Junio). *National Library of Medicine*. National Center for Biotechnology Information. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK279290/>
- Kovacs, M. (2004). *Inventario de depresión infantil*. Tea Ediciones.
- Leyva, R., Hernández - Juárez, A. M., Nava, G., & López, V. (2007). Depresión en adolescentes y funcionamiento familiar. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 45(3), 225–232. <https://www.redalyc.org/pdf/4577/457745527004.pdf>

- Llosa, S., & Canetti, A. (2019). Depresión e ideación suicida en mujeres víctimas de violencia de pareja. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 9(1), 178–204. <https://doi.org/10.26864/pcs.v9.n1.1>
- Martínez, V., Martínez, P., Vöhringer, P., Araya, R., & Rojas, G. (2014). Computer-assisted cognitive-behavioral therapy for adolescent depression in primary care clinics in Santiago, Chile (YPSA-M): study protocol for a randomized controlled trial. *BMC Family Practice*. <https://doi.org/10.1186/1745-6215-15-309> (2) (PDF) *Intervenciones eficaces vía internet para la salud emocional en adolescentes: una propuesta ante la pandemia por COVID-19*. Available from: https://www.researchgate.net/publication/348721036_Intervenciones_eficaces_via_internet_para_la_salud_emocional_en_adolescentes_una_propuesta_ante_la_pandemia_por_COVID-19.
- Martínez, V., Rojas, G., & Fritsch, R. (2008). Programas de prevención de la depresión en adolescentes en el sistema escolar: Una revisión de la literatura. *Revista Psiquiatría Universitaria*, 4(2), 206–213. <https://www.researchgate.net/publication/264497217>
- Merry, SN, Stasiak, K, Shepherd, M. (2012) The effectiveness of SPARX, a computerised self-help intervention for adolescents seeking help for depression: randomised controlled non-inferiority trial. *BMJ*, 344: e2598. CrossRefGoogle ScholarPubMed.
- Ministerio de Salud Pública. Diagnóstico y tratamiento del episodio depresivo y del trastorno depresivo recurrente en adultos. Guía de Práctica Clínica (GPC). Quito: Dirección Nacional de Normatización; 2017. Disponible en: <http://salud.gob.ec>
- Monasterio, A. (2019). Depresión en adolescentes de una institución educativa pública de Lima Metropolitana [Tesis de licenciatura, Universidad San Ignacio de Loyola]. <https://bit.ly/3vpCQYL>
- Montenegro, B. F., & Yumiseva, S. G. (2016). Aplicación de la escala DASS- 21 para valorar depresión, ansiedad y estrés en los profesionales de salud del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo en los meses de Julio-agosto del 2016 [Tesis de licenciatura, Pontificia Universidad Católica del Ecuador]. <https://bit.ly/3rAoZxD>

- Morla, R., Saad, E. y Saad J. (2006). Depresión en adolescentes y desestructuración familiar en la ciudad de Guayaquil, Ecuador. *Revista Colombiana Psiquiátrica*, 35(2), 149-165.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502006000200003
- Muñoz, L., & Jaramillo, L. E. (2015). DSM-5: ¿Cambios significativos? *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35(125), 111–121.
<https://doi.org/10.4321/s0211-57352015000100008>
- Muñoz, K., Arévalo, C., Tipán, J, y Morocho, M. (2021). *Prevalencia de depresión y factores asociados en adolescentes*. *Revista Ecuatoriana de Pediatría*, 22(1), 1-8.
<https://doi.org/10.52011/0008>
- National Institute of Mental Health (NIMH) (2021). *Depresión*
<https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depression-sp>
- Olivera N., Rivera G., Gutiérrez M., & Méndez, J. (2019). Funcionalidad familiar en la depresión de adolescentes de la Institución Educativa Particular “Gran Amauta de Motupe” Lima, 2018. *Revista Estomatológica Herediana*, 29(3), 189–195.
<https://doi.org/10.20453/reh.v29i3.3602>.
- Organización Mundial de la Salud (2021). *Depresión*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>.
- Ossa, A., Sánchez, A., Mejía, C, y Bareño, J. (2016). *Prevalencia de depresión y sus factores asociados en adolescentes entre 13 y 17 años en Colombia año 2003*. *Revista CES Salud Pública*, 7(1), 37-48.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5644791>
- Pacheco, P., & Chaskel, R. (2020). *Depresión en niños y adolescentes*. Sociedad Colombiana de Pediatría. Recuperado 17 de abril de 2022, de <https://scp.com.co/wp-content/uploads/2016/04/3.-Depresi%C3%B3n.pdf>
- Piñar, A. (2021). *La salud mental en la adolescencia: ¿por qué es tan importante?* La vanguardia
<https://www.lavanguardia.com/vida/junior-report/20210301/6257926/salud-mental-adolescencia-importante.html>

- Polaris Teen Center. (2019, 27 marzo). *Prevention of Teen Depression: Parent, Friend, and Support Tips*. Polaris Teen Center: Premier Adolescent Treatment Center in Los Angeles. <https://polaristeen.com/articles/preventing-teen-depression/>
- Pramana, G., Parmanto, B., Kendall, P. C., & Silk, J., S. (2014). The Smart CAT: An m-Health Platform for Ecolo-gical Momentary Intervention in Child Anxiety Treatment. *Telemedicine and e-Health*, 20(5), 419-427. <https://doi.org/10.1089/tmj.2013.0214>
- (2) (PDF) *Intervenciones eficaces vía internet para la salud emocional en adolescentes: una propuesta ante la pandemia por COVID-19*. Available from: https://www.researchgate.net/publication/348721036_Intervenciones_eficaces_via_internet_para_la_salud_emocional_en_adolescentes_una_propuesta_ante_la_pandemia_por_COVID-19 [accessed Jul 03 2022].
- Puello, D. (2010). La depresión como el trastorno psicológico más frecuente en los adolescentes. *Revista Pensando Psicología*, 6(11), 133-141.
- Quiroz, A. (2020). Características Sociodemográficas y Depresión en Adolescentes de Escuelas Secundarias Públicas del Municipio Camerino Z. Mendoza, Veracruz. *European Scientific Journal ESJ*, 16(2). <https://doi.org/10.19044/esj.2020.v16n2p1>
- Rangel, J. N., & Jurado, S. (2021). Definición de suicidio y de los pensamientos y conductas relacionadas con el mismo: una revisión. *Psicología y Salud*, 32(1), 39–48. <https://doi.org/10.25009/pys.v32i1.2709>
- Riaño, D. y Perea, L (2019). Abordaje de la terapia de Aceptación y Compromiso con adolescentes. En Iodice, R, & H, Aguirre-Loaiza (Eds.), *Salud Mental y Física. Tendencias y Perspectivas Investigativas* (pp. 55-77). Pereira: Editorial Universidad Católica de Pereira.
- Rivadeneira, C., & Dahab, J. (2013). El modelo cognitivo de la depresión. *Revista de terapia cognitivo conductual*, volumen 22.
- Roque, J y Torres, M. (2016). *Prevalencia de depresión y Factores asociados en los Adolescentes del tercer, cuarto y quinto año de secundaria en la Institución educativa Coronel Pedro Portillo Silva – Huara, 2016* [Tesis de Pregrado,

Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión].
<https://repositorio.unjfsc.edu.pe/handle/20.500.14067/2279>.

Sáez, E., Rodríguez, G., & Rodríguez, N. (2013). Aceptación del programa Estrategias para Mantener un Ánimo Saludable (EMAS): Un programa de prevención de la depresión para adolescentes. *Interamerican Journal of Psychology*, 47(2), 329–337. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28430082016>

Salud mental del adolescente. (2020, 28 septiembre). OMS.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

Sánchez-Hernández, S., Méndez, F. X., & Garber, J. (2014). Prevención de la depresión en niños y adolescentes: Revisión y reflexión [Prevention of depression in Children and adolescents: Review and reflection]. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 19(1), 63–76.
<https://doi.org/10.5944/rppc.vol.19.num.1.2014.12983>

Sanchis Cordellat, F. (2008). Apego, acontecimientos vitales y depresión en una muestra de adolescentes. [Tesis doctoral, Universitat Ramon Llull de España].
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=81233>.

Segura Camacho, S., Posada Gómez, S., Ospina, M.L., Ospina Gómez, H. (2010). Estandarización del Inventario CDI en niños y adolescente entre 12 y 17 años de edad, del Municipio de Sabaneta del Departamento de Antioquia-Colombia. *International Journal of Psychological Research*, 3(2), 63-73.

Silva, L. (2019). Suicidio de niños y adolescentes: una advertencia para el cumplimiento del imperativo global. *Acta Paulista de Enfermagem*, 32(3), 3–16.
<https://doi.org/10.1590/1982-0194201900033>

Soutullo, C. y Mardomingo, M. (2010). *Manual de Psiquiatría del niño y del adolescente*. Médica Panamericana. <https://bit.ly/3JPdUPh>

Suttie, J. (2016, 14 Junio). *Five Ways Parents Can Help Prevent Teen Depression*. Greater Good.

https://greatergood.berkeley.edu/article/item/five_ways_parents_can_help_prevent_teen_depression

UNICEF. (2019). *Más del 20% de los adolescentes de todo el mundo sufren trastornos mentales*. <https://www.unicef.org/mexico/comunicados-prensa/m%C3%A1s-del-20-de-los-adolescentes-de-todo-el-mundo-sufren-trastornos-mentales>

US Preventive Services Task Force (2009). Screening and treatment for major depressive disorder in children and adolescents: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Pediatrics*, 123(4), 1223-1228

Vásquez, F. (2002). La técnica de solución de problemas aplicada a la depresión mayor. *Psicothema*, 14(3), 516 – 522. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72714302>

Velasco, C. (2021). *Tríada cognitiva de Beck: el modelo teórico más famoso sobre la depresión*. Canal Educación y Sociedad. <https://www.inesem.es/revistadigital/educacion-sociedad/triada-cognitiva-de-beck/>

Young, JF, Mufson, L, Gallop, R (2010) Preventing depression: a randomized trial of interpersonal psychotherapy-adolescent skills training. *Depression and Anxiety*, 27: 426–33.

Zavaleta, J. (2015). Factores de riesgo asociados con trastorno depresivo en estudiantes adolescentes de la I.E. Manuel González Prada de Ate en el 2015 un colegio estatal de Lima [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. *Cybertesis*. <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/4063>

7. ANEXOS

ANEXO A: Inventario de depresión infantil (CDI)

CDI



Marca con un aspa (X) el círculo de la frase que describa mejor cómo te has encontrado últimamente.

<p style="text-align: center;">1</p> <p><input type="radio"/> Estoy triste de vez en cuando.</p> <p><input type="radio"/> Estoy triste muchas veces.</p> <p><input type="radio"/> Estoy triste siempre.</p>	<p style="text-align: center;">8</p> <p><input type="radio"/> Todas las cosas malas son culpa mía.</p> <p><input type="radio"/> Muchas cosas malas son culpa mía.</p> <p><input type="radio"/> Generalmente no tengo la culpa de que ocurran cosas malas.</p>	<p style="text-align: center;">14</p> <p><input type="radio"/> Tengo buen aspecto.</p> <p><input type="radio"/> Hay algunas cosas de mi aspecto que no me gustan.</p> <p><input type="radio"/> Soy feo o fea.</p>
<p style="text-align: center;">2</p> <p><input type="radio"/> Nunca me saldrá nada bien.</p> <p><input type="radio"/> No estoy seguro de si las cosas me saldrán bien.</p> <p><input type="radio"/> Las cosas me saldrán bien.</p>	<p style="text-align: center;">9</p> <p><input type="radio"/> No pienso en matarme.</p> <p><input type="radio"/> Pienso en matarme pero no lo haría.</p> <p><input type="radio"/> Quiero matarme.</p>	<p style="text-align: center;">15</p> <p><input type="radio"/> Siempre me cuesta ponerme a hacer los deberes.</p> <p><input type="radio"/> Muchas veces me cuesta ponerme a hacer los deberes.</p> <p><input type="radio"/> No me cuesta ponerme a hacer los deberes.</p>
<p style="text-align: center;">3</p> <p><input type="radio"/> Hago bien la mayoría de las cosas.</p> <p><input type="radio"/> Hago mal muchas cosas.</p> <p><input type="radio"/> Todo lo hago mal.</p>	<p style="text-align: center;">10</p> <p><input type="radio"/> Tengo ganas de llorar todos los días.</p> <p><input type="radio"/> Tengo ganas de llorar muchos días.</p> <p><input type="radio"/> Tengo ganas de llorar de vez en cuando.</p>	<p style="text-align: center;">16</p> <p><input type="radio"/> Todas las noches me cuesta dormirme.</p> <p><input type="radio"/> Muchas veces me cuesta dormirme.</p> <p><input type="radio"/> Duermo muy bien.</p>
<p style="text-align: center;">4</p> <p><input type="radio"/> Me divierten muchas cosas.</p> <p><input type="radio"/> Me divierten algunas cosas.</p> <p><input type="radio"/> Nada me divierte.</p>	<p style="text-align: center;">11</p> <p><input type="radio"/> Las cosas me preocupan siempre.</p> <p><input type="radio"/> Las cosas me preocupan muchas veces.</p> <p><input type="radio"/> Las cosas me preocupan de vez en cuando.</p>	<p style="text-align: center;">17</p> <p><input type="radio"/> Estoy cansado de vez en cuando.</p> <p><input type="radio"/> Estoy cansado muchos días.</p> <p><input type="radio"/> Estoy cansado siempre.</p>
<p style="text-align: center;">5</p> <p><input type="radio"/> Soy malo siempre.</p> <p><input type="radio"/> Soy malo muchas veces.</p> <p><input type="radio"/> Soy malo algunas veces.</p>	<p style="text-align: center;">12</p> <p><input type="radio"/> Me gusta estar con la gente.</p> <p><input type="radio"/> Muy a menudo no me gusta estar con la gente.</p> <p><input type="radio"/> No quiero en absoluto estar con la gente.</p>	<p style="text-align: center;">18</p> <p><input type="radio"/> La mayoría de los días no tengo ganas de comer.</p> <p><input type="radio"/> Muchos días no tengo ganas de comer.</p> <p><input type="radio"/> Como muy bien.</p>
<p style="text-align: center;">6</p> <p><input type="radio"/> A veces pienso que me pueden ocurrir cosas malas.</p> <p><input type="radio"/> Me preocupa que me ocurran cosas malas.</p> <p><input type="radio"/> Estoy seguro de que van a ocurrir cosas terribles.</p>	<p style="text-align: center;">13</p> <p><input type="radio"/> No puedo decidirme.</p> <p><input type="radio"/> Me cuesta decidirme.</p> <p><input type="radio"/> Me decido fácilmente.</p>	<div style="background-color: #8B4513; color: white; padding: 10px; text-align: center; font-weight: bold;"> No te detengas, continúa en la página siguiente. </div>
<p style="text-align: center;">7</p> <p><input type="radio"/> Me odio.</p> <p><input type="radio"/> No me gusta como soy.</p> <p><input type="radio"/> Me gusta como soy.</p>		



Autora: Marla Kovacs - Copyright © 1992 by Multi-Health Systems, Toronto, Canadá.
 Adaptadores de la edición española: M^o V. del Barrio Gándara y Miguel Ángel Carrasco Ortiz (UNED).
 Copyright de la edición española © 2004 by TEA Ediciones, S.A., Madrid, España - Todos los derechos reservados - Prohibida la reproducción total o parcial - Este ejemplar está impreso en **DOS TINTAS**. Si le presentan un ejemplar en negro es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio **NO LA UTILICE** - Impreso en España.

19

- No me preocupa el dolor ni la enfermedad.
- Muchas veces me preocupa el dolor y la enfermedad.
- Siempre me preocupa el dolor y la enfermedad.

20

- Nunca me siento solo.
- Me siento solo muchas veces.
- Me siento solo siempre.

21

- Nunca me divierto en el colegio.
- Me divierto en el colegio sólo de vez en cuando.
- Me divierto en el colegio muchas veces.

22

- Tengo muchos amigos.
- Tengo algunos amigos, pero me gustaría tener más.
- No tengo amigos.

23

- Mi trabajo en el colegio es bueno.
- Mi trabajo en el colegio no es tan bueno como antes.
- Llevo muy mal las asignaturas que antes llevaba muy bien.

24

- Nunca podré ser tan bueno como otros niños.
- Si quiero, puedo ser tan bueno como otros niños.
- Soy tan bueno como otros niños.

25

- Nadie me quiere.
- No estoy seguro de que alguien me quiera.
- Estoy seguro de que alguien me quiere.

26

- Generalmente hago lo que me dicen.
- Muchas veces no hago lo que me dicen.
- Nunca hago lo que me dicen.

27

- Me llevo bien con la gente.
- Me peleo muchas veces.
- Me peleo siempre.

Fin de la prueba.

Si has terminado antes del tiempo, repasa tus contestaciones.

¡MUY IMPORTANTE!

NO HAGA NINGUNA ANOTACION O MARCA EN ESTA ZONA YA QUE PODRÍA INVALIDAR SU APLICACION.

¡MUY IMPORTANTE!

NO HAGA NINGUNA ANOTACIÓN O MARCA EN ESTA ZONA YA QUE PODRÍA INVALIDAR SU APLICACIÓN.

ANEXO B: Ficha Sociodemográfica

1. Datos de identificación del estudiante

Nombre y Apellido: _____

Lugar y fecha de nacimiento _____ Curso: _____

Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Nombre del representante: _____

2. Datos del entorno familiar

- Los padres actualmente se encuentran:
Casados Unión libre Divorciados Separados
- ¿Se encuentra algún padre fuera del país? Si No
- Desde cuándo: _____ Motivo: _____
- ¿Cuántos hermanos tiene el estudiante? _____
- ¿Con quién vive el estudiante?: _____

Nombre y apellido	Parentesco	Edad	Estado civil	Profesión/Ocupación	Nivel de instrucción

- Miembros del grupo familiar (persona que viven con el estudiante)

3. Condiciones de vivienda

- **Tipo de vivienda:** Casa Cuarto Departamento
- **Tenencia:** Propia Alquilada Con préstamo
Familiar/compartida
- **Servicios básicos:** Luz eléctrica Agua potable Teléfono
Internet Tv cable

4. Situación económica familiar

- Nombres del soporte económico familiar: _____
- N° de personas que aportan económicamente en el hogar: _____
- N° de personas que depende económicamente:

- Ingresos
Menos de \$100
Entre \$100 a \$200
Entre \$200 a \$400

Entre \$400 a \$600
 Entre \$600 a \$800
 Mas de \$800
 Otro: _____

5. Situación de salud del estudiante

¿El estudiante tiene algún tipo de enfermedad? Si No

¿El estudiante tiene alergias? Si No

¿El estudiante tiene algún tipo de discapacidad? Si No

Indicar cuál y el porcentaje de discapacidad:

Número del carnet del conadis: _____

¿Dónde recibe atención? MSP EES Clínica ada

No recibe

Recibe tratamientos médicos Si ¿Cuáles? _____ No

6. Recreación

El estudiante practica algún deporte Si No

Indicar cual: _____

¿Qué realiza el estudiante en sus momentos libres?

Jugar Videos en internet Deporte Música Otro: _____

¿Por qué? _____

¿Con quién frecuentemente se relaciona el estudiante?

Amigos del barrio Familiares Amigos del colegio

Otros: _____

Muchas gracias por su colaboración.

 Firma del representante

C-I

ANEXO C: CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

Yo, _____, padre, madre o apoderado del menor _____ de _____ años de edad, acepto de manera voluntaria que mi hijo(a) participe en el proceso de evaluación psicológica que será realizada por las estudiantes *JESSICA KARINA ANGUISCA CRIOLLO* y *TIFFANY LESLEY CANO MITE* con código 84569 y 84689 correspondiente a la Universidad del Azuay. La evaluación se realizará como parte del trabajo de tesis y tiene como finalidad determinar los niveles de depresión en los estudiantes de Guayaquil y Cuenca.

Me han informado que las condiciones del proceso de evaluación son las siguientes:

- La evaluación implicará 2 sesiones de entrevista con el padre y/o madre para consignar los datos de la historia.
- Se considerarán, de acuerdo a las necesidades del caso, 2 sesiones de evaluación con el menor.
- El proceso de evaluación no perjudicará la integridad del evaluado(a).
- El estudiante responsable del proceso de evaluación se compromete a no revelar la identidad del evaluado en ningún momento del proceso, ni después de finalizado el mismo.
- Se informará sobre los resultados y estos se manejarán con estricta confidencialidad y solo con el consentimiento del padre o madre le podrán presentar a otra persona y o institución pública o privada.
- El padre, madre o apoderado, al autorizar la participación del menor, se compromete a que el evaluado culmine el proceso de evaluación, dada su importancia para la formación profesional del estudiante a cargo. Sin embargo, el padre, madre o apoderado del evaluado(a) podrán solicitar que el menor no continúe con el proceso, previa comunicación con el alumno(a), para que éste no se perjudique.
- El estudiante responsable del proceso de evaluación podrá a dar información oral al padre y/o madre del evaluado(a), una vez terminado el proceso de evaluación, siempre y cuando cuenta con la autorización y asesoría del profesor del curso.

Guayaquil/Cuenca, _____ de _____ del 20XX

Firma del padre, madre o apoderado

Firma del estudiante

Firma de responsabilidad (estudiante)

Firma de responsabilidad
(director sugerido)

Fecha de entrega: MM / DD / AÑO

ANEXO D: Tablas de la prueba Chi-Cuadrado

Tabla 12

Prueba Chi-Cuadrado de la relación entre el nivel de instrucción y la presencia de depresión en los estudiantes de Cuenca

Prueba Chi-Cuadrado		
	Valor	Significación asintótica (bilateral)
Chi cuadrado de Pearson	14, 751 ^a	0,002
N° de casos válidos	46	

Tabla 13

Prueba Chi-Cuadrado de la relación entre el nivel de instrucción y la presencia de depresión en los estudiantes de Guayaquil

Prueba Chi-Cuadrado		
	Valor	Significación asintótica (bilateral)
Chi cuadrado de Pearson	1, 878 ^a	0,598
N° de casos válidos	45	

Tabla 14

Prueba Chi-Cuadrado de la relación entre el Estado Civil de los Padres y la Presencia de Depresión en los Estudiantes de Cuenca

Prueba Chi-Cuadrado		
	Valor	Significación asintótica (bilateral)
Chi cuadrado de Pearson	5, 578 ^a	0,061
N° de casos válidos	46	

Tabla 15

Prueba Chi-Cuadrado de la relación entre el Estado Civil de los Padres y la Presencia de Depresión en los Estudiantes de Guayaquil

Prueba Chi-Cuadrado		
	Valor	Significación asintótica (bilateral)
Chi cuadrado de Pearson	4,905 ^a	0,179
N° de casos válidos	45	

Tabla 16

Prueba Chi-Cuadrado de la relación entre los Ingresos Familiares y la presencia de Depresión en Estudiantes de Cuenca

Prueba Chi-Cuadrado		
	Valor	Significación asintótica (bilateral)
Chi cuadrado de Pearson	0,110 ^a	0,946
N° de casos válidos	46	

Tabla 17

Prueba Chi-Cuadrado de la relación entre los Ingresos Familiares y la presencia de Depresión en Estudiantes de Guayaquil

Prueba Chi-Cuadrado		
	Valor	Significación asintótica (bilateral)
Chi cuadrado de Pearson	4,886 ^a	0,299
N° de casos válidos	45	

Tabla 18

Prueba Chi-Cuadrado de la relación entre los Hábitos de Recreación y la Presencia de Depresión en los Estudiantes de Cuenca

Prueba Chi-Cuadrado		
	Valor	Significación asintótica (bilateral)
Chi cuadrado de Pearson	5, 525 ^a	0,355
N° de casos válidos	46	

Tabla 19

Prueba Chi-Cuadrado de la relación entre los Hábitos de Recreación y la Presencia de Depresión en los Estudiantes de Guayaquil

Prueba Chi-Cuadrado		
	Valor	Significación asintótica (bilateral)
Chi cuadrado de Pearson	6, 840 ^a	0,446
N° de casos válidos	45	