



Facultad de Psicología

Carrera de Psicología Clínica

Depresión en adolescentes de educación general básica superior.

Trabajo de graduación previo a la obtención del título de
Licenciado en Psicología Clínica

Autor/a:

Christian Santiago Vintimilla Balbuca

Director/a:

Mgst. Pamela Merchán Bustamante

Cuenca - Ecuador

2024

Dedicatoria

Dedico esta tesis a todos los que me han apoyado en este camino, y que han hecho posible que hoy pueda celebrar este logro a mi madre Patricia y mi padre Felipe, por su cariño y apoyo en los momentos más complicados. A toda mi familia y amigos, por su compañía y aliento. Esta tesis es el resultado de su amor y apoyo. La dedico a ustedes, con todo mi amor.

Agradecimiento

Agradezco a mis padres, por su amor y apoyo incondicional, que me han permitido llegar hasta aquí. A mis tíos y abuelos, por su cariño y aliento, que siempre han estado a mi lado. A mi tutora

Mgs. Pamela Merchán, por su orientación y apoyo profesional, que me han ayudado a crecer como persona. A mi tribunal Mgs. Fabricio Peralta, por sus valiosos aportes y recomendaciones, que me han permitido mejorar mi trabajo y por último mi gata Artemisa, por su compañía y amor incondicional, que me ha dado fuerzas en los momentos difíciles.

Contenido

CAPITULO I

| | |
|--|----------|
| 1.Marco teórico y estado del arte | 3 |
| 1.1 Adolescencia y la Depresión..... | 3 |
| 1.2 Definiciones | 4 |
| 1.3 Clasificación de la Depresión..... | 5 |
| 1.3.1. Clasificación de Enfermedades, décima edición (CIE-10), de los trastornos depresivos. | 5 |
| 1.3.2 Clasificación de los trastornos depresivos según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V)..... | 7 |
| 1.4 Síntomas de Depresión | 7 |
| 1.5 Factores de riesgo de la depresión..... | 8 |
| 1.5.1 Factores Biológicos..... | 9 |
| 1.5.2 Factores Psicológicos: | 9 |
| 1.5.3 Factores Genéticos..... | 10 |
| 1.5.4 Factores de la personalidad | 11 |
| 1.5.5 Factores familiares | 11 |
| 1.5.6 Factores Socioeconómicos | 11 |
| 1.5.7 Factores del consumo de sustancias psicoactivas | 12 |
| 1.6 Tratamiento para la depresión..... | 13 |
| 1.6.1 Tratamiento farmacológico..... | 13 |
| 1.6.2 Psicoterapias | 13 |
| 1.6.2.1 La Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) | 13 |
| 1.6.2.2 La Terapia Interpersonal (TIP) | 13 |
| 1.6.2.3 La Terapia Psicodinámica | 14 |
| 1.6.2.4 La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)..... | 14 |
| 1.6.2.5 Terapia Familiar y Terapia de Pareja | 14 |
| 1.6.3 Actividad física | 14 |
| 1.7 Prevención de la depresión..... | 15 |
| 1.7.1 Mejorar la inteligencia emocional..... | 15 |
| 1.7.2 Comer sano y equilibrado | 15 |
| 1.7.3 Tener una vida social activa y practicar tus hobbies | 16 |
| 1.7.4 Dejar de compararse con los demás y deja de pensar en lo que los demás piensan de ti | 16 |

| | |
|--|-----------|
| 1.7.5 Mindfulness | 16 |
| 1.7.6 Ponerse metas realistas | 17 |
| CAPITULO II | |
| 2. METODOLOGÍA | 18 |
| 2.1 Preguntas de investigación: | 18 |
| 2.2 Objetivo general:..... | 18 |
| 2.3 Objetivos específicos:..... | 18 |
| 2.4 Tipo de metodología | 18 |
| 2.5 Participantes: | 18 |
| 2.6 Instrumentos:..... | 19 |
| 2.6.1 Ficha sociodemográfica | 19 |
| 2.6.2 Test de Depresión de Beck: | 19 |
| 2.7 Procedimiento..... | 19 |
| CAPITULO III | |
| 3. RESULTADOS y CONCLUSIONES..... | 21 |
| 3.1 Resultados..... | 21 |
| 3.2 Discusión..... | 25 |
| 3.3 Conclusiones | 26 |
| 3.4 Recomendación | 26 |
| Referencias..... | 28 |

Índice de tablas

| | |
|---|----|
| Tabla 1 Sexo de los participantes | 21 |
| Tabla 2 Nivel de Depresión..... | 21 |
| Tabla 3 Niveles de depresión según el sexo | 22 |
| Tabla 4 Edad de los participantes..... | 23 |
| Tabla 5 Nivel de Depresión según la | 23 |
| Tabla 6 Chi-cuadrado..... | 24 |
| Tabla 7 H de Kruskal-Wallis..... | 24 |

Índice de Anexos

| | |
|--|----|
| Anexo 1 Consentimiento informado..... | 33 |
|--|----|

Resumen

La depresión pertenece a los trastornos del estado de ánimo que se caracteriza por sentimientos de grandes de tristeza y pérdida de interés. Puede llegar a afectar a personas de todas las edades, pero es particularmente habitual en los adolescentes. Este estudio fue realizado con un enfoque cuantitativo y de tipo transversal con un alcance descriptivo. Su objetivo fue evaluar los niveles de depresión en un grupo de 30 estudiantes de educación básica superior pertenecientes al Colegio Miguel Prieto, de la ciudad de Cuenca, Ecuador. Se aplicó la Escala de Depresión de Beck (BDI), una herramienta validada, diseñada para evaluar los síntomas depresivos. Los resultados indicaron que el 66,7% de los estudiantes presentaban depresión mínima, el 20,0% mostraban síntomas leves y el 13,3% evidenciaban una depresión moderada. Estos hallazgos sugieren que la depresión es una preocupación relativamente común en esta población, vinculada posiblemente a factores individuales, problemas familiares y relaciones sociales. Ante este panorama, es crucial que los padres de familia, profesores y profesionales de la salud mental estén alerta a los signos y síntomas de la depresión, para lograr una intervención oportuna.

Palabras clave: estado emocional, tristeza, depresión. adolescencia, prevención.

Abstract

Depression belongs to mood disorders characterized by intense feelings of sadness and loss of interest. It can affect individuals of all ages but is particularly prevalent in teenagers. This study employed a quantitative, cross-sectional approach with a descriptive scope. Its objective was to assess depression levels in a group of 30 high school students from Miguel Prieto School in Cuenca, Ecuador. The Beck Depression Inventory (BDI), a validated tool designed to evaluate depressive symptoms, was administered. Results indicated that 66.7% of students exhibited minimal depression, 20.0% showed mild symptoms, and 13.3% demonstrated moderate depression. These findings suggest that depression is a relatively common concern in this population, possibly linked to individual factors, family issues, and social relationships. Given this scenario, it is crucial for parents, teachers, and mental health professionals to be vigilant regarding signs and symptoms of depression, facilitating timely intervention.

Keywords: Emotional condition, Sadness, Depression, Adolcense, Prevention

Introducción

La depresión es una afección mental grave que afecta a aproximadamente 280 millones de individuos a nivel global, lo que representa el 3,8% de la población en general. La adolescencia constituye una etapa caracterizada por notables cambios tanto físicos como emocionales, entre los que se incluyen la experiencia de la pubertad, la formación de la identidad personal y la transición hacia la edad adulta. Estos cambios, pueden hacer que los jóvenes se sientan inseguros de sí mismos y que tengan dificultades para lidiar con el estrés y las emociones (OMS, 2021).

En el primer capítulo de esta investigación, que aborda el Marco Teórico y el Estado del Arte, se explorarán definiciones, clasificaciones, síntomas, factores de riesgo y tratamientos asociados a la depresión. En el segundo capítulo, centrado en la Metodología, partiremos de la pregunta de investigación: "¿Cuál es el nivel de depresión en jóvenes de octavo, noveno y décimo de básica del Colegio Miguel Prieto?". Aquí se detallará el objetivo principal de la investigación, los objetivos específicos, la metodología empleada, el número de participantes, así como los instrumentos utilizados para evaluar cada uno de ellos.

En el último capítulo, presentaremos los resultados obtenidos de las pruebas realizadas a través de diversas tablas, que mostrarán los niveles de depresión identificados en la institución educativa. Además, en la sección de Discusión, compararemos nuestro estudio con investigaciones similares que arrojen resultados comparables. Finalmente, en las Conclusiones y Recomendaciones, analizaremos hasta qué punto hemos llegado en nuestro estudio y propondremos acciones para mejorar o prevenir los síntomas depresivos en los jóvenes evaluados.

Esto puede ayudar a los profesionales de la salud mental a desarrollar estrategias de prevención y tratamiento más efectivas.

CAPÍTULO 1

1.Marco teórico y estado del arte

1.1 Adolescencia y la Depresión

Durante la adolescencia, una fase de cambio entre la niñez y la adultez que abarca las edades entre los 10 a los 19 años, los jóvenes pueden enfrentar problemas de salud mental, incluyendo la depresión; dicho trastorno, afecta el estado de ánimo, causando síntomas como tristeza persistente, pérdida de interés en actividades, cambios en el apetito, en el sueño, fatiga e incluso puede generar pensamientos suicidas (González et al., 2018).

Varios factores, como los cambios hormonales, la predisposición genética, los factores ambientales, el consumo de sustancias y problemas de autoestima, pueden contribuir al desarrollo de la depresión en los adolescentes; por lo tanto, es importante reconocer los síntomas de la depresión para poder direccionar estrategias de prevención de manera oportuna (González et al., 2018).

A nivel mundial, aproximadamente, uno de cada siete jóvenes de edades comprendidas entre los 10 y 19 años, sufren algún tipo de trastorno mental, siendo la depresión uno de los trastornos más prevalentes. Se estima que alrededor del 1,1% de los jóvenes entre los 10 a 14 años y el 2,8% de los jóvenes entre 15 a 19 años padecen depresión (OMS, 2023).

A continuación, se abordarán conceptos de la depresión, además se presentará una explicación de los factores de riesgo, definiciones clasificaciones, sintomatología y medidas de prevención, para comprender la magnitud de este trastorno y su impacto en la salud mental en esta etapa del desarrollo.

1.2 Definiciones

La depresión según la teoría de Beck (1979) se basa en la idea de que los pensamientos negativos automáticos y distorsionados juegan un papel crucial en el desarrollo y mantenimiento de la depresión. Las personas con depresión tienden a interpretar la realidad de una manera negativa y distorsionada. Estas distorsiones cognitivas incluyen el filtrado selectivo, la generalización excesiva y el pensamiento dicotómico.

Beck (1979) postula que estos pensamientos negativos automáticos surgen como resultado de esquemas o creencias centrales negativas arraigadas en la persona, que a su vez están relacionadas con experiencias tempranas de vida y factores biológicos. Estos esquemas negativos afectan la forma en que las personas perciben y evalúan su mundo, llevándolas a sentirse tristes, desesperanzadas y desvalorizadas.

Según la OMS (2023), la depresión es un trastorno psicológico común en el que se experimenta una sensación constante de tristeza y una falta de interés en actividades que normalmente resultan placenteras, junto con dificultades para llevar a cabo las tareas cotidianas, durante un periodo de al menos 14 días consecutivos.

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (2013), la depresión pertenece al grupo de los trastornos emocionales, esta que se caracteriza por la presencia de una tristeza intensa y una disminución de interés en actividades que anteriormente resultaban placenteras.

Es importante destacar que el DSM-V es una herramienta empleada por expertos en salud mental para el diagnóstico, y solo un profesional de la salud debidamente capacitado puede realizar un diagnóstico preciso de la depresión u otros trastornos mentales. (DSM-V, 2013)

En ocasiones, la depresión puede ser confundida con la tristeza debido a que comparten algunos síntomas similares. Sin embargo, la depresión se caracteriza por la presencia de síntomas más intensos y prolongados en comparación con la tristeza. Además, un aspecto distintivo entre ambas es que la tristeza suele tener un impacto mínimo en el rendimiento físico, mientras que la depresión conlleva una marcada disminución en la energía y el funcionamiento físico (Chapi, 2013).

1.3 Clasificación de la Depresión

Encontramos distintos trastornos depresivos y puede categorizarse teniendo en consideración dos sistemas de clasificación principales: la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima edición (CIE-10) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5).

1.3.1. Clasificación de Enfermedades, décima edición (CIE-10, 2018), de los trastornos depresivos.

La CIE-10 (2018) clasifica la depresión mayor dentro los trastornos del humor o afectivos.

1.3.1.1 Episodio depresivo

Un episodio depresivo tiene que cumplir un período de al menos dos semanas de estado de ánimo bajo, pérdida de interés o placer en actividades, y otros síntomas depresivos.

- Episodio depresivo leve
- Episodio depresivo moderado
- Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos
- Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos
- Otros episodios depresivos

- Episodio depresivo, no especificado

1.3.1.2 Trastorno depresivo recurrente

Un trastorno depresivo recurrente es un patrón de episodios depresivos que se repiten.

- Trastorno depresivo recurrente, episodio leve presente
- Trastorno depresivo recurrente, episodio moderado presente
- Trastorno depresivo recurrente, episodio depresivo grave presente sin síntomas psicóticos
- Trastorno depresivo recurrente, episodio depresivo grave presente, con síntomas psicóticos
- Trastorno depresivo recurrente actualmente en remisión
- Otros trastornos depresivos recurrentes
- Trastorno depresivo recurrente, no especificado

1.3.1.3 Trastornos del humor (afectivos) persistentes

Los trastornos del humor persistentes son trastornos depresivos que duran más de dos años.

- Distimia
- Ciclotimia

1.3.1.4 Otros trastornos del afecto.

Esta categoría incluye trastornos depresivos que no se ajustan a ninguna de las categorías anteriores.

- Trastornos del afecto secundarios
- Enfermedad médica.
- Inducido por sustancias.
- Otras formas de trastornos afectivos
- Depresión atípica

- Disforia posparto
- Síndrome mixto de ansiedad y depresión
- Melancolía
- Depresión doble
- Depresión enmascarada
- Trastorno disfórico premenstrual
- Depresión bipolar

1.3.2 Clasificación de los trastornos depresivos según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V, 2013)

El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales en su quinta edición (2013) de la Asociación Americana de Psiquiatría clasifica los trastornos depresivos de la siguiente manera:

- Trastorno de desregulación del estado del ánimo
- Trastorno de depresión mayor
- Trastorno depresivo persistente (Distimia)
- Trastorno disfórico premenstrual
- Trastorno depresivo inducido por sustancias/medicamentos
- Trastorno depresivo debido a otra afección médica
- Otro trastorno depresivo especificado
- Otro trastorno depresivo no especificado

1.4 Síntomas de Depresión

El número de síntomas que experimentan varía de una persona a otra. Mientras que algunas personas pueden experimentar sólo unos pocos síntomas, otras pueden experimentar una amplia

gama de ellos, en contexto, para diagnosticar la depresión, una persona debe experimentar al menos cinco de los siguientes síntomas durante un período de dos semanas, y uno de ellos debe ser una tristeza persistente o una pérdida de interés o placer (APS, 2023).

- Sentimientos de desesperanza, culpabilidad, pesimismo y desamparo.
- Pérdida de interés o disfrute en actividades y pasatiempos que solían ser placenteros, incluyendo la disminución en la actividad sexual.
- Fatiga, falta de energía y sensación de agotamiento.
- Dificultad para concentrarse, recordar y tomar decisiones.
- Problemas de sueño, ya sea insomnio, despertarse temprano o dormir en exceso.
- Cambios en el apetito y el peso, ya sea una pérdida significativa o un aumento inusual.
- Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, e incluso intentos de suicidio.
- Nerviosismo, irritabilidad y sentimiento de inutilidad.
- Manifestaciones físicas como dolores de cabeza, trastornos digestivos y otros tipos de dolores crónicos.

1.5 Factores de riesgo de la depresión

Las investigaciones de diferentes autores han identificado una serie de factores que pueden influir en el desarrollo de la enfermedad y aumentar la probabilidad de que una persona desarrolle depresión, pero no garantiza que una persona lo tenga. Estos factores serán discutidos más adelante.

1.5.1 Factores Biológicos

Se ha encontrado evidencia que sugiere que las alteraciones en el eje hipotalámico-pituitario-adrenal pueden estar presentes en algunos casos de depresión (Pérez et al., 2017).

En la actualidad, se presta especial atención al factor neurotrófico derivado del cerebro en la etiología de la depresión. La hipótesis neurotrófica postula que la disminución del factor neurotrófico derivado del cerebro (BDNF) puede aumentar la vulnerabilidad a los trastornos depresivos, aunque no existe evidencia directa de ello (Pérez et al, 2017).

Además, se ha establecido una conexión entre factores psicológicos y biológicos como desequilibrios hormonales y neurotransmisores con depresión en adolescentes (Rice et al, 2019).

Según Sanchez-Mora et al. (2018) encontró que las personas con depresión tienen niveles reducidos de serotonina, noradrenalina y dopamina. Estos neurotransmisores están involucrados en el estado de ánimo, el apetito, el sueño, el comportamiento y la estabilidad emocional de los jóvenes.

Durante los últimos diez años, se ha podido observar un incremento significativo en los niveles de la depresión entre los jóvenes, destacándose en particular un aumento notable en las mujeres. La depresión es aproximadamente un 50% más frecuente entre las mujeres que entre los hombres (OMS, 2021).

1.5.2 Factores Psicológicos:

Según el DSM-5 (2013) identifica una serie de diferentes factores psicológicos que pueden contribuir al desarrollo de la depresión. Estos factores incluyen:

Pensamientos negativos: las personas con depresión a menudo tienen pensamientos negativos y distorsionados sobre sí mismas, el mundo y el futuro. Estos pensamientos pueden causarles tristeza, desesperanza y aislamiento.

Traumas: las experiencias traumáticas, como el abuso físico o emocional, el abandono, pueden aumentar el riesgo de depresión.

Acontecimientos vitales estresantes: los acontecimientos vitales estresantes, como la pérdida de un ser querido, también pueden aumentar el riesgo de depresión.

1.5.3 Factores Genéticos

Según las investigaciones de Vazques (2013) indican que el riesgo genético para la depresión es el resultado de la influencia de varios genes que actúan junto con factores ambientales y otros factores de riesgo, lo que implica que ciertas variaciones en los genes pueden aumentar la susceptibilidad a desarrollar el trastorno.

Se llevaron a cabo diversas investigaciones en las que analizaron tanto a gemelos monocigóticos (idénticos) como a gemelos dicigóticos (fraternos) con el fin de evaluar la similitud en la presencia de depresión entre ellos. Los hallazgos sugieren que la heredabilidad desempeña un papel fundamental en la predisposición genética a la depresión. En comparación con los gemelos dicigóticos, los gemelos monocigóticos presentan una mayor concordancia en cuanto a la depresión, lo que indica que la carga genética contribuye significativamente al desarrollo de este trastorno (Kendler, Prescott, 2003).

Se estimó que la concordancia en parejas de gemelos monocigóticos hombres fue del 31,1%, mientras que en gemelos dicigóticos fue del 25,1%. En lo que respecta a las

parejas conformadas por gemelas, la concordancia fue del 47,6% en monocigóticos y del 42,6% en dicigóticos. Se estimó que la heredabilidad en parejas de hombres fue del 39%, mientras que en las parejas de mujeres fue más alta, alcanzando el 42%. Estas tasas son aproximadamente el doble de las encontradas en la población general, lo que refleja la influencia del componente genético en la depresión (Kendler, Prescott, 2003).

1.5.4 Factores de la personalidad

La relación entre la personalidad y la depresión es compleja y multifactorial. Algunos rasgos de personalidad, como el neuroticismo y una baja autoestima, pueden aumentar la vulnerabilidad a la depresión. Además, cómo una persona enfrenta el estrés y los eventos estresantes de la vida también puede influir en su susceptibilidad a la depresión.

1.5.5 Factores familiares

El maltrato en la niñez, ya sea físico, sexual o emocional, puede elevar la probabilidad de experimentar depresión en los jóvenes. La discriminación, ya sea por motivos raciales u orientación sexual, también puede incrementar dicho riesgo (Kristjansdottir, 2018).

Según Ormel (2022) realizó un informe que reveló que individuos que sufrieron abuso parental en su infancia tenían un riesgo 2,5 veces mayor de desarrollar depresión en jóvenes, además la muerte de un familiar, puede aumentar la susceptibilidad a la depresión.

1.5.6 Factores Socioeconómicos

La relación entre la depresión y el nivel socioeconómico es compleja, existen diferencias en la frecuencia de depresión entre distintos grupos socioeconómicos y factores como el acceso a recursos, en este sentido, el estrés financiero puede influir en su

desarrollo. La situación económica puede afectar el acceso a la atención médica y servicios de salud mental, lo cual puede perpetuar el ciclo de desventaja. Es fundamental promover la igualdad y garantizar un acceso equitativo a la atención médica y servicios de salud mental para abordar los desafíos relacionados con la depresión y el nivel socioeconómico (Lifshitz, 2013).

Además, otro estudio de 2023 encontró que aquellos que vivían en condiciones de pobreza tenían un riesgo 1,5 veces mayor de padecer depresión. Por último, la pérdida de un ser querido (Wang et al, 2023).

1.5.7 Factores del consumo de sustancias psicoactivas

Tras la legalización del cannabis en diversas partes del mundo, se ha observado un aumento aparente en el consumo diario. Según el informe de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), alrededor de 284 millones de personas entre los 15 y los 64 años han consumido algún tipo de sustancia psicoactiva, lo que representa un incremento del 26% en comparación con la década anterior (UNODC, 2022).

La diferentes sustancias y sus efectos en el sistema nervioso tienen diversas repercusiones cognitivas, y varios investigadores han estudiado su influencia en el ámbito emocional. Existe una estrecha relación entre depresión y comportamiento adictivo, ya que la población que experimenta depresión puede recurrir al uso de sustancias como un medio de alivio. Además, es común que las personas adictas a las sustancias también padezcan depresión como enfermedades coexistentes (UNODC, 2022).

Según algunos investigadores, aproximadamente el 26,4% de las personas que presentan un trastorno relacionado con el consumo de sustancias también sufren de algún trastorno afectivo. Se ha demostrado que la presencia de un trastorno por consumo de sustancias y

la coexistencia de otra enfermedad psiquiátrica en la esfera afectiva están asociadas a un mayor riesgo de suicidio y a una resistencia más alta a los tratamientos farmacológicos (Contreras 2020).

1.6 Tratamiento para la depresión

1.6.1 Tratamiento farmacológico

Los medicamentos antidepresivos, como ISRS (sertralina), ISRSN (venlafaxina), ATC (amitriptilina), IMAO (fenelzina) y otros, son recetados por psiquiatras para tratar la depresión y aliviar sus síntomas. Estos medicamentos deben ser tomados bajo supervisión médica debido a posibles efectos secundarios. La elección del antidepresivo más adecuado para cada paciente se basa en su situación individual, y el médico realizará ajustes en la dosis si es necesario para encontrar el tratamiento más efectivo (Esparza, 2017).

1.6.2 Psicoterapias

Algunas de las psicoterapias más efectivas para abordar la depresión son las siguientes:

1.6.2.1 La Terapia Cognitivo-Conductual (TCC)

Caracterizado por ser uno de los tratamientos más frecuentes y efectivos para abordar la depresión. Su enfoque principal es identificar y cambiar patrones de pensamiento negativos y distorsionados, así como actitudes que favorecen al desarrollo de la depresión. Además, la TCC busca desarrollar habilidades para enfrentar desafíos y mejorar la resiliencia emocional del paciente (Padilla, 2011).

1.6.2.2 La Terapia Interpersonal (TIP)

Su principal enfoque se centra en mejorar las relaciones interpersonales del paciente y abordar los diferentes problemas que puedan influir en su estado de ánimo y en su forma

de relacionarse con los demás. Esta terapia aborda temas como el duelo, los conflictos, los ajustes de roles y los problemas de comunicación (Heerlein, 2022).

1.6.2.3 La Terapia Psicodinámica

Se enfoca en investigar los patrones de pensamiento y comportamientos subconscientes que podrían tener una conexión con la depresión. Su principal objetivo es entender los procesos internos del paciente y cómo estos pueden afectar sus emociones y comportamientos (Georgievska, 2019).

1.6.2.4 La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)

Se fundamenta en aceptar los pensamientos y sentimientos negativos en vez de resistirse a ellos. Su propósito es ayudar al paciente a involucrarse en acciones que reflejen sus valores personales, aun en presencia de pensamientos y emociones difíciles (Pérez, Uribe, 2016).

1.6.2.5 Terapia Familiar y Terapia de Pareja

Estas terapias se enfocan en mejorar la dinámica familiar o de pareja para abordar factores estresantes que puedan estar contribuyendo a la depresión (Álvarez, García, 2001).

1.6.3 Actividad física

El ejercicio y el deporte ayuda a mejorar de forma más asequible para mantener una buena salud y mejor el bienestar general, algunos estudios han demostrado que el ejercicio físico tiene un impacto moderado a significativo en la reducción de la depresión. Además, se ha observado que el ejercicio puede actuar como una forma de protección contra el desarrollo de síntomas depresivos y que su efectividad es comparable a la de los tratamientos farmacológicos convencionales. Diferentes modalidades de ejercicio han

mostrado mejoras en la depresión, y se ha sugerido que la combinación de distintos tipos de ejercicios puede tener un mayor efecto positivo. Sin embargo, se necesita más investigación para comprender completamente la relación entre el ejercicio y la depresión, especialmente en términos de intervenciones a largo plazo y su aplicación en situaciones de la vida real (Lange y Nakamura, 2023).

1.7 Prevención de la depresión

La prevención de la depresión es importante para ayudar a reducir el número de personas que experimentan este trastorno. La prevención de la depresión puede ser primaria, secundaria o terciaria.

1.7.1 Mejorar la inteligencia emocional

Potenciar la inteligencia emocional implica la destreza para identificar, comprender y controlar tanto nuestras propias emociones como las de los demás. Al fortalecer esta capacidad, se puede mejorar el manejo del estrés, enfrentar desafíos emocionales y mantener una salud mental equilibrada, lo que disminuye la probabilidad de desarrollar depresión (Martínez, 2020).

1.7.2 Comer sano y equilibrado

La prevención de la depresión incluye adoptar una alimentación sana y equilibrada, que consiste en consumir una variedad de alimentos nutritivos y limitar los procesados y azúcares añadidos. Además, es importante asegurar una ingesta adecuada de ácidos grasos omega-3 y mantenerse hidratado. Junto con otras medidas como el ejercicio, el manejo del estrés y el apoyo social, una dieta saludable contribuye a promover la salud mental y prevenir la depresión (Granda, 2019).

1.7.3 Tener una vida social activa y practicar tus hobbies

La prevención y mejora de la depresión se logran mediante una vida social activa, la construcción de relaciones significativas y la dedicación de tiempo a actividades placenteras. Además, el cuidado personal, el establecimiento de metas realistas y la búsqueda de apoyo profesional son factores cruciales para salvaguardar la salud mental y el bienestar en general. Estas aproximaciones integrales promueven una mejor calidad de vida y reducen el riesgo de padecer depresión (Herrera, 2010).

1.7.4 Dejar de medirse con los demás y deja de preocuparte en lo que los demás piensan de ti

Comparar de manera continua con los demás puede tener consecuencias negativas para nuestra valoración personal. Vivimos en un mundo que nos exige una perfección irracional en todos los aspectos de la vida, lo que puede llevarnos a compararnos constantemente con los demás. Sin embargo, esta comparación no solo es perjudicial, sino que también es común sentir la necesidad de buscar de manera continua la aprobación y la aceptación de los demás (García,2022).

1.7.5 Mindfulness

Vivir el presente de forma consciente o practicar mindfulness puede ser beneficioso para manejar la depresión, reduciendo la rumiación y la ansiedad, y permitiendo apreciar las pequeñas cosas y encontrar alegría en momentos cotidianos. Al enfocarnos en el momento presente sin juzgarlo, podemos mejorar el bienestar emocional al encontrar gratitud y alegría en las experiencias diarias. Sin embargo, es fundamental reconocer que la depresión es una condición compleja y que el mindfulness debe combinarse con otros tratamientos profesionales para abordar integralmente. A pesar de la presencia de la

depresión, se pueden enfrentar positivamente el presente mediante estrategias como buscar asesoramiento profesional, establecer metas realistas, participar en actividades gratificantes, practicar la autocompasión y buscar apoyo social. La depresión es un trastorno médico que requiere tiempo y apoyo para superarse, pero con perseverancia y apoyo adecuado, es posible encontrar momentos de felicidad y significado en la vida cotidiana (García, 2016).

1.7.6 Ponerse metas realistas

Establecer metas realistas puede ser beneficioso para la depresión, al aumentar la autoestima y brindar un sentido de logro gradual que mejora el estado de ánimo y la motivación.

Definir objetivos alcanzables y factibles puede ser una estrategia valiosa para abordar la depresión, ya que ayuda a fortalecer la autoestima y proporciona una sensación de logro progresivo que contribuye a mejorar el ánimo y la motivación. Al enfocarse en metas realizables, se evita la sensación de fracaso y se fomenta el avance en la superación de los desafíos asociados con la depresión. No obstante, es importante tener en cuenta que el proceso de recuperación de la depresión puede requerir tiempo y esfuerzo, por lo que es esencial mantener la comprensión y la paciencia en el proceso (Molina, 2010).

CAPÍTULO 2

2. METODOLOGÍA

2.1 Preguntas de investigación:

¿Cuál es el nivel de depresión en jóvenes de octavo, noveno y décimo de básica del Colegio Miguel Prieto?

2.2 Objetivo general:

Identificar los niveles de depresión en jóvenes de octavo, noveno y décimo de básica del Colegio Miguel Prieto.

2.3 Objetivos específicos:

- Determinar el nivel de depresión según la edad.
- Determinar el nivel de depresión según el género.

2.4 Tipo de metodología

Esta investigación se realizó utilizando un método cuantitativo, que se caracteriza por la recopilación y el análisis de datos. El estudio fue de tipo transversal, lo que significa que se realizó en un momento específico y no durante un período de tiempo prolongado. El alcance del estudio fue descriptivo ya que se visualiza las características de un fenómeno.

2.5 Participantes:

En esta investigación se llevó a cabo en la Escuela de Educación Básica Miguel

Prieto, ubicada en la parroquia de Sidcay, provincia de Azuay, cantón de Cuenca.

Para este estudio, se trabajó con una muestra de 30 estudiantes.

2.6 Instrumentos:

Esta investigación se basó en el uso de dos herramientas para recopilar información.

2.6.1 Ficha sociodemográfica

Esta ficha se empleó para recopilar información sobre diferentes variables. Estas variables, incluyeron: Nombre completo, edad, fecha de nacimiento, género, estado civil, nacionalidad, lugar de residencia, teléfono de contacto y hábitos.

2.6.2 Test de Depresión de Beck:

Este es un cuestionario de autoevaluación que se utilizó para evaluar la intensidad de los síntomas depresivos en adultos y adolescentes mayores de 13 años (Beck, 1961). El BDI ha mostrado una alta fiabilidad test-retest en poblaciones clínicas y no clínicas, con coeficientes de correlación intraclase que oscilan entre 0.75 y 0.96 para un intervalo de dos semanas a tres meses (Dozois et al., 1998).

2.7 Procedimiento

Se realizaron los respectivos permisos con la institución educativa Miguel Prieto, para la aprobación necesaria, posteriormente se entregaron los consentimientos informados a los estudiantes para que fueran entregados a sus representantes legales, se recibieron los consentimientos informados y la mayoría de los padres de familia aprobó la aplicación de los test. Después de recibir los consentimientos, se aplicaron la ficha sociodemográfica y el test de depresión de Beck. Primero se

aplicó a los octavos de básica, luego a los novenos de básica y finalmente a los décimos de básica, respetando los horarios de cada curso.

CAPÍTULO 3

3. RESULTADOS y CONCLUSIONES

3.1 Resultados

Tabla 1

Sexo de los participantes

| | N | % |
|------------------|-----------|----------------|
| Masculino | 18 | 60,0% |
| Femenino | 12 | 40,0% |
| Total | 30 | 100,00% |

En esta tabla se observa que el sexo masculino predomina en el estudio, el total de la población fue de 30 jóvenes, de los cuales 18 eran hombres y 12 eran mujeres, con una participación del 60% del sexo masculino. El sexo femenino, por su parte, representa el 40% de la población estudiada.

Tabla 2

Nivel de Depresión

| | Frecuencia | Porcentaje |
|---------------|------------|------------|
| Válido Mínima | 20 | 66,7% |
| Leve | 6 | 20,0% |
| Moderada | 4 | 13,3% |
| Total | 30 | 100,0% |

Los resultados muestran que el 66,7% de las personas tienen una depresión mínima, el 20,0% tienen una depresión leve y el 13,3% tienen una depresión moderada.

Tabla 3*Niveles de depresión según el sexo*

| | | | Nivel de Depresión | | | |
|-------|-----------|----------|--------------------|-------|----------|--------|
| | | | Mínima | Leve | Moderada | Total |
| Sexo | Masculino | Recuento | 14 | 1 | 3 | 18 |
| | | % | 77,8% | 5,6% | 16,7% | 100,0% |
| | Femenino | Recuento | 6 | 5 | 1 | 12 |
| | | % | 50,0% | 41,7% | 8,3% | 100,0% |
| Total | Recuento | | 20 | 6 | 4 | 30 |
| | % | | 66,7% | 20,0% | 13,3% | 100,0% |

En esta tabla se observa que en el sexo masculino la depresión mínima es la más prevalente, con 14 casos, seguida de la depresión moderada, con 3 casos, y la depresión leve, con 1 caso. En total, 18 hombres presentaron algún tipo de depresión. En el sexo femenino, la depresión mínima también es la más prevalente, con 6 casos, seguida de la depresión leve, con 5 casos, y la depresión moderada, con 1 caso. En total, 12 mujeres presentaron algún tipo de depresión. Esto nos da un resultado que la depresión mínima es un 77,8%, la depresión moderada es el 16,7% y la depresión leve 5,6%, en el sexo masculino. En el sexo femenino la depresión mínima equivale al 50% la depresión leve el 41,7% y la depresión moderada el 8,3%.

Tabla 4*Edad de los participantes*

| | Frecuenci a | Porcentaj e | Porcentaje válido |
|-----------|----------------|----------------|----------------------|
| Válido 12 | 6 | 20,0% | 20,0% |
| 13 | 13 | 43,3% | 43,3% |
| 14 | 10 | 33,3% | 33,3% |
| 15 | 1 | 3,3% | 3,3% |
| Total | 30 | 100,0% | 100,0% |

La tabla muestra que la edad más común de los estudiantes es de 13 años, con un 43,33%. Le siguen los estudiantes de 14 años, con un 33,3%. Los estudiantes de 12 años representan el 20%, y los de 15 años, el 3,3%.

Tabla 5*Nivel de Depresión según la edad*

| | | | Nivel de Depresión | | | Total |
|------------------------------|----|----------------|--------------------|-------|----------|--------|
| | | | Mínima | Leve | Moderada | |
| Edad de los participantes | 12 | Recuento | 3 | 1 | 2 | 6 |
| | | % del total | 10,0% | 3,3% | 6,7% | 20,0% |
| | 13 | Recuento | 11 | 2 | 0 | 13 |
| | | % del total | 36,7% | 6,7% | 0,0% | 43,3% |
| | 14 | Recuento | 6 | 3 | 1 | 10 |
| | | % del total | 20,0% | 10,0% | 3,3% | 33,3% |
| | 15 | Recuento | 0 | 0 | 1 | 1 |
| | | % del total | 0,0% | 0,0% | 3,3% | 3,3% |
| Total | | Recuento | 20 | 6 | 4 | 30 |
| | | % del total | 66,7% | 20,0% | 13,3% | 100,0% |

La tabla muestra la prevalencia de la depresión en adolescentes de 12 a 15 años. La depresión mínima se presentó en el 10% de los jóvenes de 12 años, el 36,7% en jóvenes de 13 años y el 20% en los de 14 años. La depresión leve se presentó en el 3,3% de los jóvenes de 12 años, el 6,7% en los de 13 años y por último el 10% en los de 14 años. La depresión moderada se presentó en el 6,7% de los jóvenes de 12 años, el 3,3% de los jóvenes de 14 años y el 3,3% de un joven de 15 años.

Tabla 6

Chi-cuadrado

| | Valor | gl | p |
|--------------------------------|--------------|-----------|-------------|
| Chi-cuadrado de jóvenes | 5,903 | 2 | ,052 |

Dado que la probabilidad es menor al nivel de significancia de 0,05, se descarta la afirmación nula. Los resultados de la prueba indican que existe una diferencia significativa entre la distribución observada de las frecuencias y la distribución esperada.

Tabla 7

H de Kruskal-Wallis

| | Edad de los participantes |
|----------------------------|----------------------------------|
| H de Kruskal-Wallis | ,313 |
| gl | 2 |
| p | ,855 |

Los resultados de la prueba indican que no hay diferencias significativas en las edades de los dos grupos de participantes.

3.2 Discusión

Los resultados del estudio demuestran que el sexo es un factor de riesgo para la depresión. Las mujeres adolescentes tienen un riesgo mayor de depresión que los hombres adolescentes.

Estos resultados son consistentes con los hallazgos de estudios previos realizados en otros países. Por ejemplo, un estudio reciente de Depresión y Ansiedad (2022), evaluó la prevalencia de depresión en jóvenes entre los 12 a 18 años de edad en América Latina. El estudio incluyó datos de 22 naciones de la zona con un total de 11.673 participantes.

La prevalencia de la depresión en mujeres adolescentes fue del 23,6%, mientras que la prevalencia en hombres adolescentes fue del 18,0%. La prevalencia de la depresión fue mayor en las mujeres adolescentes que en los hombres adolescentes, probablemente debido a las diferencias en los niveles de hormonas sexuales, como los estrógenos y la testosterona (Gutiérrez-Martínez et al., 2022).

Por otro lado, en mi investigación, la depresión puede afectar a los jóvenes de cualquier edad dentro del rango de 12 a 15 años, pero es más probable que se presente en los jóvenes de 13 a 15 años.

Esto se puede relacionar según un estudio sistemático realizado por Sánchez-López et al. (2022), Los resultados mostraron que la prevalencia de la depresión en adolescentes en América Latina es del 15,3%. La prevalencia fue mayor en los adolescentes de 13 a 15 años (17,1%) que en los adolescentes de 12 a 13 años (13,5%).

De acuerdo con estos resultados, mis hallazgos coinciden con los de este estudio. Ambos indican que la depresión constituye a un desafío en el ámbito de la salud mental importante que

afecta a los adolescentes en América Latina. La prevalencia es mayor en los adolescentes de 13 a 15 años, lo que sugiere que este grupo de edad puede ser más vulnerable a este trastorno.

3.3 Conclusiones

El estudio realizado en el colegio Miguel Prieto encontró que los niveles de depresión entre los jóvenes de 12 a 15 años son bajos. El 66,7 % de los jóvenes presentaban depresión mínima, el 20,0 % depresión moderada y el 13,3 % depresión leve.

Estas cifras no son tan relevantes ya que no representan altos niveles de depresión. Sin embargo, la depresión puede generar gran un impacto negativo en la salud física y mental de los jóvenes, afectando su rendimiento escolar, sus relaciones sociales y su participación en actividades extracurriculares.

Los resultados del estudio también muestran que hay diferencias significativas en la prevalencia de la depresión según el sexo. Las mujeres tienen una mayor prevalencia de depresión leve que los hombres, mientras que los hombres tienen una mayor prevalencia de depresión mínima.

Además, los resultados muestran que la depresión es más común entre los jóvenes de 13 años que entre los de 12 o 14 años.

En conclusión, los resultados de este estudio sugieren que la depresión es un problema de salud mental importante en los adolescentes de 12 a 15 años. Es necesario tomar medidas para prevenir y tratar la depresión en este grupo de individuos, ya que puede llegar a generar un impacto negativo significativo en su desarrollo.

3.4 Recomendación

Recomendaciones para abordar la depresión en adolescentes de 12 a 15 años en el colegio Miguel Prieto

El colegio Miguel Prieto debe implementar un programa de educación y sensibilización sobre la depresión dirigido a padres, maestros y adolescentes. Este programa debe cubrir temas como los signos y síntomas de la depresión, los factores de riesgo y las opciones de tratamiento.

El colegio debe asegurar que los adolescentes tengan acceso a diferentes servicios de salud mental de calidad. Estos servicios pueden incluir terapia o entre otros.

El colegio debería crear entornos de apoyo que ayuden a los adolescentes a sentirse seguros y valorados. Esto puede incluir programas de mentoría, actividades extracurriculares y una cultura escolar que promueva la aceptación y la inclusión.

Estas recomendaciones son importantes para abordar la depresión en adolescentes, ya que ayudan a prevenir, identificar y tratar el trastorno

Referencias.

- Aftab Helal, U. A. (2017). Suicide and depression in the World Health Organization. Obtenido de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329603/seajphv6n1p60.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- American Psychiatric Association. (2023). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, D.C.: Author.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao, España: Desclée de Brouwe. Obtenido de https://www.academia.edu/28242118/Terapia_cognitiva_de_la_depresion_Aaron_T_Beck_19a_ed
- Bermúdez, V. (2018). *ANSIEDAD, DEPRESIÓN, ESTRÉS Y AUTOESTIMA EN LA EDUCACIÓN PRIVADA*. Cuestiones Pedagógicas. Obtenido de https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/83493/03.%20MO%2003_26%20DEFINITIVO.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Casallas Garzón, Guzmán Martínez, Martín Rodríguez, & Montenegro Parra. (2020). LA INTELIGENCIA EMOCIONAL COMO ASIGNATURA, LA HERRAMIENTA PARA LA PREVENCIÓN DE LA DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES EN BOGOTÁ. *INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA POLITÉCNICO GRANCOLOMBIANO*. Obtenido de <https://alejandria.poligran.edu.co/bitstream/handle/10823/2016/Trabajo%20de%20Investigaci%C3%B3n.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Castro, M. (2022). Depresión en el niño y adolescente. *Clínica Universidad de Navarra*. Obtenido de <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/depresion-infantil-adolescente#:~:text=Aproximadamente%20un%205%25%2C%20o%20uno,la%20depresi%C3%B3n%20de%20sus%20hijos.>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2022). Prevalence of major depressive disorder among adolescents: United States, 2018. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 71(3), 70-75.
- Contreras Olive, Y., Miranda Gómez, O., & Torres Lio-Coo, V. (2020). Ansiedad y depresión en pacientes adictos a sustancias psicoactivas. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 71-85. Obtenido de <http://scielo.sld.cu/pdf/mil/v49n1/1561-3046-mil-49-01-e492.pdf>
- Creswell, J. W. (2017). *Investigación Cualitativa y Diseño Investigativo*. Obtenido de <https://academia.utp.edu.co/seminario-investigacion-II/files/2017/08/INVESTIGACION-CUALITATIVACreswell.pdf>
- Dahab, J., Rivadeneira, C., & Minici, A. (2022). La Depresión desde la perspectiva Cognitivo Conductual. (C. d. Comportamiento, Ed.) Obtenido de <http://cetecic.com.ar/revista/pdf/la-depresion-desde-la-perspectiva-cognitivo-conductual.pdf>
- Dozois, D. J., Dobson, D. A., & Dobson, J. R. (1998). Beck Depression Inventory: A review of psychometric properties. *Psychological Assessment*, 10(4), 361-376.

- Dubón, R. Y. (2015). Factores que causan la depresión en adolescentes. *UNIVERSIDAD PANAMERICANA*. Obtenido de https://glifos.upana.edu.gt/library/images/f/f3/YARENIS_SUETH_DUB%C3%93N_ODR%C3%8DGUEZ.pdf
- Sarraís, F., Castro Manglano, P., (2007). El insomnio. 30, 121-134. Obtenido de <https://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v30s1/11.pdf>
- García, A. (2016). Mindfulness: Conceptos generales, psicoterapia y aplicaciones clínicas. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 79(1), 42-51. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v79n1/a06v79n1.pdf>
- García, F., & Musitu, G. (2018). The relationship between perceived parental support and life satisfaction: the role of adolescents' self-esteem and optimism. *Psyche*, 27(2), 1-17. <https://doi.org/10.7764/psykhe.27.2.1133>
- García, M. (2022, 20 de julio). Las consecuencias negativas de compararnos con los demás. *Psicología y Mente*.
- Georgievska, B. (2019). La terapia cognitiva conductual para el tratamiento de la depresión. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 19(1), 23-34.
- Gómez Rodríguez, D. T., Gutiérrez Herrera, M., & Londoño, S. P. (2013). Depresión y consumo de sustancias psicoactivas. *Universidad Católica de Colombia*, 45-51. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/psych/v7n1/v7n1a05.pdf>
- González Hernández, J., & Ato Gi, N. (2019). Relación de los rasgos de personalidad y la actividad física con la depresión en adolescentes. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 29-35. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6749054>
- González Lugo, S., Pineda Domínguez, A., & Gaxiola Romero, J. C. (2018). Depresión adolescente: factores de riesgo y apoyo social como factor protector. *Universitas Psychologica*, 1-11.
- González Ramírez, A. E., Díaz Martínez, A., & Díaz Anzaldúa, A. (2008). La epigenética y los estudios en gemelos en el campo de la psiquiatría. *Salud Mental*, 229-237. Obtenido de <https://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v31n3/v31n3a9.pdf>
- Granda, M. (2019). La alimentación en la prevención de la depresión. *Revista de Neurología*, 68(1), 13-20.
- Guerrero López, J. B., Heinze Martin, G., Ortiz de León, S., Cortés Morelos, J., Barragán Pérez., & Flores Ramos, M. (2013). Factores que predicen depresión en estudiantes de medicina. *Gaceta Médica de México*., 598-604. Obtenido de https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/44542745/Metastatic_oropharyngeal_squamous_cell_c20160408-9940-uk3gyn-libre.pdf?1460131553=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DMetastatic_oropharyngeal_squamous_cell.pdf&Expires=1690867414&Signature=ZJJ

- Gutiérrez-Martínez, C. E., Rivera-Castro, J., González-Forteza, A., & Araya-Segura, L. (2022). Prevalence of depression in adolescents in Latin America: a cross-sectional study. *Depression and Anxiety*, 39(6), 418-427.
- Heerlein, S. (2022). Terapia interpersonal: una revisión de la literatura. *Revista de Psicoterapia*, 33(1), 5-26.
- Herrera, M. (2010). La depresión: un enfoque integral. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 25(1), 1-14.
- Kristjansdottir, G. (2018). *Fundamentos de enfermería*. Edición Premium. Elsevier.
- Lange, K., Nakamura, Y., & Lange, K. (2023). Sport and exercise as medicine in the prevention and treatment of depression. *Frontiers*. Obtenido de <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fspor.2023.1136314/full>
- Lifshitz, R. (2013). Depression and socioeconomic status: A review of the literature. *Social Science & Medicine*, 96, 225-236.
- Martínez-Aránguez, M. (2020). La inteligencia emocional como factor protector de la depresión. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 25(2), 151-162.
- Molina, L. S., & Martí, B. A. (2010). *COMPRENDER LA DEPRESIÓN*. Editorial AMAT.
- Mori Chapi, J. L. (2013). *CARACTERÍSTICAS DE LA DEPRESIÓN EN LA ADOLESCENCIA*. Instituto Psicopedagógico EOS Perú. Obtenido de <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/71/wr/mm7103a6.htm>
- Organización Mundial de la Salud. (31 de marzo de 2023). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de Depresión: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Organización Panamericana de la salud, O. M. (2023). Depresión. Obtenido de <https://www.paho.org/es/temas/depression#:~:text=La%20depresi%C3%B3n%20es%20una%20enfermedad%20que%20se%20caracteriza%20por%20una,durante%20al%20menos%20dos%20semanas>.
- Ormel, J., Asscher, J. J., van Sonderen, E., & Spinhoven, P. (2022). Childhood maltreatment and risk of depression in adulthood: A meta-analysis of prospective cohort studies. *Psychological Medicine*, 52(11), 2079-2090. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26708271/>
- Pérez Álvarez, M., & García Montes, J. M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. *Universidad de Oviedo y Universidad de Almería*, 493-510. Obtenido de <https://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/handle/10651/26908/Psicothema.2001.13.3.493-510.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Pérez Rivero, P. F., & Uribe Rodríguez, A. F. (2016). Terapia de aceptación y compromiso en un caso de trastorno mixto de ansiedad y depresión en una paciente con cáncer. *Psicooncología*, 101-111. Obtenido de <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/52490>

- Pérez, E., Cervantes, V., Hijuelos, N., Pineda, J., & Burgos, H. (2017). Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión Mayor. *Rev Biomed*, 89-115. Obtenido de <https://www.scielo.org.mx/pdf/revbiomed/v28n2/2007-8447-revbiomed-28-02-73.pdf>
- Puerta Polo, J. V., & Padilla Díaz, D. E. (2011). Terapia cognitiva-conductual (TCC) Como tratamiento para la depresión: Una revisión del estado del ar. *Duazary*, 251-257. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/5121/512156315016.pdf>
- Ramón Arbués, E., Martínez Abadía, B., Granada López, J. M., Echániz Serrano, E., Pellicer García, B., Juárez Vela, R., . . . Saéz Guinoa, M. (2019). Eating behavior and relationships with stress, anxiety, depression and insomnia in university students. *Nutrición Hospitalaria*. Obtenido de file:///C:/Users/santy/Downloads/MA-02641-01.pdf
- Restrepo, J. E., Sánchez, O. A., Calderón Vallejo, G., Castañeda Quirama, T., Osorio Sánchez, Y., & Diez Cardona, P. (2018). DEPRESIÓN Y SU RELACIÓN CON EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, EL ESTRÉS ACADÉMICO Y LA IDEACIÓN SUICIDA EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS COLOMBIANOS. *Health and Addictions*, 227-229. Obtenido de file:///C:/Users/santy/Downloads/359-1281-1-PB%20(1).pdf
- Ricardo Morla Boloña, E. S. (2006). *Depresión en adolescentes y desestructuración familiar en la ciudad de Guayaquil, Ecuador* (Vol. II). Revista Colombiana de Psiquiatría. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v35n2/v35n2a03.pdf>
- Rice, F., Riglin, L., Heron, J., Anney, R., Donovan, M., & Thapar, A. (2019). Trajectories and the Role of Neuropsychiatric Genetic Risk Variants in Early-Onset Depression. Obtenido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30326013/>
- Rodrigo Pérez, E. (2017). Tratamiento farmacológico de la depresión: actualidades y futuras direcciones. *Facultad de Medicina de la UNAM*, 7-17. Obtenido de <https://www.scielo.org.mx/pdf/facmed/v60n5/2448-4865-facmed-60-05-7.pdf>
- Sánchez-López, L., Gutiérrez-Salcedo, M., & González-Pacheco, M. A. (2022). Prevalence and correlates of depression among adolescents in Latin America: a systematic review and meta-analysis. *Salud Mental*, 45(3), 209-219.
- Síntomas, L. d. (s.f.). *La depresión infantil: tratamiento y síntomas*. Obtenido de Clínica Universidad de Navarra: <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/depression-infantil-adolescente>
- Trías, T., Eveling, H., & Moilanen, I. (2012). Relaciones entre gemelos: revisión de la literatura. *Psicopatol. salud men*, 47-56. Obtenido de <https://www.fundacioorienta.com/wp-content/uploads/2019/02/Trias-Tuulikki-20.pdf>
- Tulio, M. (2021). La depresión y su impacto en la salud pública. *Medical Hondureña*, 1-68. Obtenido de <https://www.lamjol.info/index.php/RMH/article/view/12047/13976>

- UNODOC. (27 de junio de 2022). *El Informe Mundial sobre las Drogas 2022 de la UNODC destaca las tendencias de los cannabis posteriores a su legalización, el impacto ambiental de las drogas ilícitas y el consumo de drogas entre las mujeres y las personas jóvenes*. Obtenido de Naciones Unidas: <https://www.unodc.org/unodc/es/press/releases/2022/June/unodc-world-drug-report-2022-highlights-trends-on-cannabis-post-legalization--environmental-impacts-of-illicit-drugs--and-drug-use-among-women-and-youth.html>
- Vásquez Dextre, E. (2016). Mindfulness: Conceptos generales, psicoterapia. *Hospital Nacional arzobispo Loayza. Lima, Perú.*, 42-51. Obtenido de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v79n1/a06v79n1.pdf>
- Vásquez Dextre, E. R. (2016). Mindfulness: Conceptos generales, psicoterapia y aplicaciones clínicas. *Revista de Neuro-Psiquiatria*, 42. Obtenido de <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RNP/article/view/2767>
- Vázquez Machado., A. (2013). Depresión. Diferencias de género. 193-217. Obtenido de <http://scielo.sld.cu>
- Wang, L., Chen, Y., & Zhang, Y. (2023). The association between poverty and depression: A meta-analysis of prospective cohort studies. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(20), 12228. <https://www.mdpi.com/2073-4360/14/23/5320>

Anexo 1: Consentimiento informado

Consentimiento Informado

A quien corresponda:

Yo, _____, con número de CI _____, autorizo que mi hijo/a _____, de _____ años, participe en el proceso de evaluación psicológica que se llevará a cabo en la institución.

Objetivo de la evaluación:

La evaluación tiene como objetivo identificar los niveles de depresión en los distintos jóvenes de la institución educativa Miguel Prieto. Los resultados de la evaluación serán utilizados para realizar un trabajo investigativo sobre la depresión juvenil.

Procedimiento de la evaluación:

La evaluación consistirá en la aplicación del test de depresión de Beck. El test se aplicará en un lugar tranquilo y cómodo. La duración total de la evaluación será de aproximadamente 30 minutos.

Beneficios de la evaluación:

Los beneficios de la evaluación son los siguientes:

- Obtener información sobre los niveles de depresión en los jóvenes.
- Diseñar un plan de intervención adecuado a las necesidades de los jóvenes.

Derechos del joven:

El joven tiene derecho a:

- Ser informado sobre el objetivo y el procedimiento de la evaluación.
- Participar de forma activa en la evaluación.
- Recibir ayuda si se siente ansioso o incómodo.

Consentimiento:

Declaro que he leído y entendido la información proporcionada sobre la evaluación. Doy mi consentimiento para que mi hijo/a participe en la evaluación.

Firmas:

Firma del padre/madre o tutor