



UNIVERSIDAD POLITÉCNICA SALESIANA
SEDE CUENCA
CARRERA DE PSICOLOGÍA

PROGRAMA DE PSICOEDUCACIÓN PARA LA PREVENCIÓN DE LA
DEPRESIÓN EN LOS ESTUDIANTES DE PRIMERO, SEGUNDO Y TERCERO DE
BACHILLERATO DE LA UNIDAD EDUCATIVA SANTA MARIANITA DE JESÚS
DE LA CIUDAD DE CUENCA DEL PERÍODO 2022-2023

Trabajo de titulación previo a la obtención del
título de Licenciada en Psicología

AUTORAS: MARÍA FERNANDA BARBECHO BELTRÁN
TATIANA ESTEFANÍA TENECELA VÉLEZ
TUTORA: PS. CL. JESSICA VANESSA QUITO CALLE, MGS.

Cuenca - Ecuador
2023

CERTIFICADO DE RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Nosotras, María Fernanda Barbecho Beltrán con documento de identificación N° 0107346744 y Tatiana Estefanía Tenecela Vélez con documento de identificación N° 0150329860; manifestamos que:

Somos las autoras y responsables del presente trabajo; y, autorizamos a que sin fines de lucro la Universidad Politécnica Salesiana pueda usar, difundir, reproducir o publicar de manera total o parcial el presente trabajo de titulación.

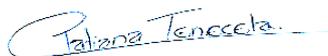
Cuenca, 14 de abril del 2023.

Atentamente,



María Fernanda Barbecho Beltrán

0107346744



Tatiana Estefanía Tenecela Vélez

0150329860

CERTIFICADO DE CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN A LA UNIVERSIDAD POLITÉCNICA SALESIANA

Nosotras, María Fernanda Barbecho Beltrán con documento de identificación N° 0107346744 y Tatiana Estefanía Tenecela Vélez con documento de identificación N° 0150329860, expresamos nuestra voluntad y por medio del presente documento cedemos a la Universidad Politécnica Salesiana la titularidad sobre los derechos patrimoniales en virtud de que somos autoras de la Sistematización de experiencias prácticas de investigación: “Programa de psicoeducación para la prevención de la depresión en los estudiantes de primero, segundo y tercero de bachillerato de la Unidad Educativa Santa Marianita de Jesús de la ciudad de Cuenca del período 2022-2023”, la cual ha sido desarrollada para optar por el título de: Licenciada en Psicología, en la Universidad Politécnica Salesiana, quedando la Universidad facultada para ejercer plenamente los derechos cedidos anteriormente.

En concordancia con lo manifestado, suscribimos este documento en el momento que hacemos la entrega del trabajo final en formato digital a la Biblioteca de la Universidad Politécnica Salesiana.

Cuenca, 14 de abril del 2023.

Atentamente,



María Fernanda Barbecho Beltrán

0107346744



Tatiana Estefanía Tenecela Vélez

0150329860

CERTIFICADO DE DIRECCIÓN DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Yo, Jessica Vanessa Quito Calle con documento de identificación N° 0103741385, docente de la Universidad Politécnica Salesiana, declaro que bajo mi tutoría fue desarrollado el trabajo de titulación: PROGRAMA DE PSICOEDUCACIÓN PARA LA PREVENCIÓN DE LA DEPRESIÓN EN LOS ESTUDIANTES DE PRIMERO, SEGUNDO Y TERCERO DE BACHILLERATO DE LA UNIDAD EDUCATIVA SANTA MARIANITA DE JESÚS DE LA CIUDAD DE CUENCA DEL PERÍODO 2022-2023, realizado por María Fernanda Barbecho Beltrán con documento de identificación N° 0107346744 y por Tatiana Estefanía Tenecela Vélez con documento de identificación N° 0150329860, obteniendo como resultado final el trabajo de titulación bajo la opción Sistematización de experiencias prácticas de investigación que cumple con todos los requisitos determinados por la Universidad Politécnica Salesiana.

Cuenca, 14 de abril del 2023.

Atentamente,



Ps. Cl. Jessica Vanessa Quito Calle, Mgs.

0103741385

DEDICATORIA

Esta dedicatoria es para todas aquellas personas que me apoyaron emocionalmente y mentalmente como mis padres, mi pareja, mis amistades más cercanas que han estado ahí brindándome su tiempo para escucharme. También va dedicado a mi tutora de tesis Vanessa Quito, por ser parte fundamental para la culminación de este proyecto. Es para mí una gran satisfacción poder dedicarles mi trabajo, que, con mucho esfuerzo, espero y dedicación me lo he ganado.

María Fernanda Barbecho Beltrán

AGRADECIMIENTO

No es difícil pensar en quienes me han acompañado durante este período de aprendizaje y espero dejar en estas líneas expresado lo importante que han sido, son y seguirán siendo para mí. En primer lugar, quiero agradecer a mis padres que me brindaron su sabiduría, fortaleza, su incondicional amor y su apoyo; especialmente en mis estudios universitarios. También quiero agradecer a mi pareja por apoyarme emocionalmente en los momentos más difíciles que se han atravesado en todo este camino. Quiero agradecer a mi tutora de tesis por brindarme su tiempo y los conocimientos esenciales para lograr desarrollar un buen trabajo de titulación.

María Fernanda Barbecho Beltrán

DEDICATORIA

Dedicado para todas las personas que creyeron en mí y me apoyaron en el camino que a pesar de los altos y bajos que se presentaron en mi camino no dejaron de apoyarme como mis padres el pilar fundamental en mi vida en especial a mi papá por apoyarme en todo este proceso, a mi abuelita que estuvo conmigo en los buenos y malos momentos y me ayudó a superar muchos obstáculos en mi vida y jamás me dejó sola y por sobre todo a mi madre que jamás me dejó tirar la toalla cual ya no podía más gracias y esto este trabajo va dedicado a ustedes.

Tatiana Estefanía Tenecela Vélez

AGRADECIMIENTO

Lo primero que quiero agradecer es a mi querida universidad politécnica salesiana por la oportunidad tan grande de ofrecerme tantos recuerdos, tantos aprendizajes que me lleve en todo este proceso de formación y por sobre todo a los maravillosos docentes que tuve en toda mi carrera que aparte de docentes fueron amigos, agradezco a mi padre por la oportunidad de dejarme una herencia muy importante que me servirá para toda la vida los estudios , agradezco a mi tutora de tesis por hacerme mejorar cada día por si tiempo y paciencia

Tatiana Estefanía Tenecela Vélez

VI. Resumen

La depresión en la adolescencia genera un gran sentimiento de tristeza, desánimo, falta de interés en hacer actividades o plantear metas a futuro, afectando notablemente la manera en cómo el adolescente piensa, siente y actúa, provocándole un malestar mental, emocional y físico. El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo de diseñar un programa de psicoeducación para la prevención de la depresión en los estudiantes de primero, segundo y tercero de bachillerato de la Unidad Educativa Santa Marianita de Jesús de la ciudad de Cuenca del periodo 2022-2023.

La investigación parte de un enfoque cuantitativo, con un diseño no experimental de corte transversal y de tipo descriptiva, se contó con la participación de 311 estudiantes. Para la recolección de datos se aplicó el instrumento de la escala de depresión de Beck II para detectar el nivel de depresión en los estudiantes mediante el uso del programa de Software SPSS, brindando resultados totalmente confiables.

Finalmente, en los resultados obtenidos se destaca la prevalencia del nivel de depresión grave correspondiente al 30.54% de la población, seguido del 26% de la población se encuentra en el nivel de depresión moderada, continuando con el 24,11% de la población presenta un nivel de depresión leve, por último, el 19,29% de la población presenta un nivel de depresión mínima. Por tal razón se diseñó un programa de psicoeducación diseñado para la prevención de la depresión, el cual está basado en la Terapia Cognitivo Conductual en adolescentes.

Palabras claves: Depresión, prevención, terapia cognitivo conductual, síntomas de la depresión.

VII. Abstract

Depression in adolescence generates a great feeling of sadness, discouragement, lack of interest in doing activities or setting goals for the future, significantly affecting the way in which the adolescent thinks, feels and acts, causing mental, emotional and physical discomfort. The objective of this research work is to design a psychoeducation program for the prevention of depression in first, second and third year high school students of the Santa Marianita de Jesús Educational Unit in the city of Cuenca for the period 2022-2023.

The research starts from a quantitative approach, with a non-experimental cross-sectional and descriptive design, with the participation of 311 students. For data collection, the Beck II Depression Scale instrument was used to detect the level of depression in students through the use of the SPSS Software program, providing totally reliable results. Finally, the results obtained highlight the prevalence of the level of severe depression corresponding to 30.54% of the population, followed by 26% of the population is at the level of moderate depression, continuing with 24.11% of the population has a level of mild depression, finally 19.29% of the population has a minimum level of depression. For this reason a psychoeducation program designed for the prevention of depression was designed, which is based on Cognitive Behavioral Therapy in adolescent.

Keywords: Depression, prevention, cognitive behavioral therapy, symptoms of depression.

Índice

Certificado de responsabilidad y autoridad del trabajo de titulación	2
Certificado de cesión de derechos de autor del trabajo de titulación a la universidad politécnica salesiana	3
Certificado de dirección del trabajo de titulación	4
Introducción	16
VIII. Problema de investigación	18
IX. Justificación y relevancia	21
X. Objetivos	23
4.1 <i>Objetivo General</i>	23
4.2 <i>Objetivo específico</i>	24
XI. Marco teórico	24
La depresión	24
Depresión en adolescentes	25
Características de la depresión en los adolescentes	27
La tristeza	27
Sentimiento de culpa	28
Autocrítica	29
Pesimismo	29
Cansancio	29
Dificultad para concentrarse	30
Cambios en el horario de sueño	30
Llanto	30
	11

Programa de Psicoeducación para la prevención de la depresión en adolescentes	30
El Modelo cognitivo conductual como estrategia para la prevención de la depresión en los adolescentes	31
Eficacia del modelo cognitivo conductual	33
Terapia cognitiva de Beck para la depresión en adolescentes	33
Técnicas Cognitivo-Conductuales para la depresión según Aaron Beck.	37
XII. Preguntas de investigación	39
XIII. Hipótesis	39
XIV. Marco metodológico	40
Perspectiva metodológica	40
Diseño de investigación	40
Tipo de investigación	40
Instrumentos y técnicas de producción de datos	41
Plan de análisis	41
XV. Población y Muestra	42
Población	42
<i>Muestra</i>	42
Criterios de Muestra	42
XVII. Descripción de los datos producidos	45
XVIII. Programa de psicoeducación para la prevención de la depresión en los estudiantes de primero, segundo y tercero de bachillerato de la Unidad Educativa Santa Marianita de Jesús.	58
XIX. Análisis de resultados	74
XX. Interpretación de resultados	76
XXII. Referencias	79
Bibliografía	79
XXIII. Anexos	86
Anexo 1. Consentimiento Informado	86
Anexo 2. Escala de depresión de Beck II	87
Anexo 3 Registro de emociones	95
	12

Anexo 4	96
Informe sobre análisis de similitud o antiplagio a través de turniting	96
Anexo 5 Solicitud para exposición del trabajo de titulación	97

Índice de Tablas

<i>Tabla 1</i>	35
Tabla 2	42
Tabla 3	44
Tabla 4	46
Tabla 5	46
Tabla 6	47
Tabla 7	49
Tabla 8	50
Tabla 9	51
Tabla 10	51
Tabla 11	52
Tabla 12	53
Tabla 13	53
Tabla 14	54
Tabla 15	55
Tabla 16	55
Tabla 17	56
Tabla 18	56
Tabla 19	57
	13

Tabla 20

59

Tabla 21

95

Introducción

El presente estudio realizado a los estudiantes de primero, segundo y tercero de bachillerato de la Unidad Educativa Santa Marianita de Jesús de la ciudad de Cuenca es una respuesta a la petición de las autoridades de la Institución debido a que la población se encuentra en una etapa de la adolescencia donde se empieza a tener una percepción de sí mismo e ignora que la depresión es un trastorno mental que afecta a nivel biológico, psicológico, social, familiar y cultural. Dentro de este contexto, la investigación detalla el planteamiento de una problemática que ya ha sido estudiada por varios investigadores y profesionales en el área de la salud mental quienes con varios datos estadísticos demuestran cómo la depresión en la edad de la adolescencia llega a generar consecuencias graves en la persona, pero ningún estudio muestra datos en una población más joven.

La OPS, (2020) define a la salud mental como “un estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, poder aprender y trabajar adecuadamente y contribuir a la mejora de su comunidad es un proceso complejo, que cada persona experimenta de una manera diferente, con diversos grados de dificultad y angustia y resultados sociales y clínicos que pueden ser muy diferentes, pero si llega a existir un desequilibrio en este proceso mental generando un malestar en la persona se puede catalogar que existe un problema en la salud mental y llegar a padecer una depresión.

La depresión es uno de los trastornos que afecta con gran frecuencia a todas las personas del mundo, varios estudios han evidenciado que aproximadamente 280 millones de personas tienen depresión, en total equivale a un 3,8 % de la población incluidos un 5% de los adultos y un 5,7% de los adultos de más de 60 años. Las mujeres tienen más del

doble de probabilidades que el hombre de tener depresión, y esto se ve ya desde los 12 años. Mientras que la depresión afecta al 7,1% de las mujeres, en los hombres afecta al 3,5%. (OMS, 2021)

La depresión actualmente empieza desde una edad más temprana que en décadas pasadas, y frecuentemente coexiste con otros problemas de salud mental como ansiedad crónica y trastornos de comportamiento destructivo. Es de gran importancia mencionar que los adolescentes durante la etapa de la pubertad llegan a ser más propensos a adquirir con frecuencia problemas psicológicos y psiquiátricos (Jadan, 2017). Es por este motivo que se consideró de importancia dar respuesta a las siguientes preguntas de investigación ¿Hay la presencia de depresión en los estudiantes de primero, segundo y tercero de bachillerato de la Unidad Educativa Santa Marianita de Jesús? y ¿Cuál es el nivel de depresión más frecuente en los estudiantes de primero, segundo y terceros de bachillerato de la Unidad Educativa Santa Marianita de Jesús?

Estas preguntas son una base para obtener una mirada más amplia sobre cómo la depresión les ha llegado a afectar y en qué nivel se encuentran y así basarnos en los datos que se obtuvieron para construir el programa de prevención de la depresión en los estudiantes adaptado a las necesidades que demanda la Institución educativa.

La presente investigación se caracteriza por desarrollar un programa de psicoeducación en base a los resultados obtenidos respecto a la depresión dentro de la Institución Educativa Santa Mariana de Jesús según los resultados existe una gran cantidad de estudiantes con depresión grave y moderada.

Por lo tanto, la propuesta que se plantea en el programa de psicoeducación que será de gran utilidad para los docentes, autoridades y estudiantes de la Unidad Educativa Santa Mariana de Jesús que se encuentran con depresión y puedan saber cómo actuar frente

a esta situación debido a que dentro del programa de psicoeducación para la prevención de la depresión, mediante el cual se brindará la información sobre la depresión, cómo detectarla, la forma más adecuada de sobrellevarla, para que así sea el inicio de la creación más programas enfocados en el bienestar y la salud mental de los alumnos.

VIII. Problema de investigación

La Organización Mundial de la Salud, define a la depresión como un trastorno del estado de ánimo, que se caracteriza por la pérdida de la capacidad del individuo para interesarse y disfrutar de las cosas. Alteración que afecta de manera significativa la funcionalidad del individuo en sus principales áreas de actividad. La depresión se acompaña también de cambios en el sueño, apetito y psicomotricidad, disminución de la atención, concentración y capacidad para tomar decisiones, pérdida de la confianza en sí mismo, sentimientos de inferioridad o inutilidad y culpa, así como de desesperanza, y pensamientos de muerte recurrentes con ideación, planeación y/o actos suicidas (OMS, 2021).

El Mental, (2020) en EEUU indica que todas las personas pasan por momentos donde se sienten tristes o decaídas, pero estos sentimientos suelen desaparecer en un lapso de tiempo. La depresión es diferente puede causar síntomas graves que afecta cómo se siente, piensa y coordina las actividades diarias. Este es un trastorno que puede afectar a cualquier persona sin importar la edad, la raza, los ingresos, la cultura o el nivel educativo. También hay investigaciones que sugieren que los factores genéticos, biológicos, ambientales y psicológicos desempeñan una función en la depresión. En la etapa de la adolescencia, las mujeres comienzan a tener depresión con mayor frecuencia en comparación de los varones. Es probable que esto se deba a factores biológicos, hormonales y de ciclo vital que son únicos en las mujeres (p.2).

El estado de depresión se encuentra clasificado en un nivel, leve, moderado y grave. Las personas con depresión leve pueden mejorar por sí mismas, sin tratamiento o con asesoría sobre cómo afrontar el problema. La terapia psicológica y el uso de algunos fármacos pueden ayudar. Para la depresión moderada, las terapias psicológicas y los fármacos antidepresivos son las opciones de tratamiento. En el caso de la depresión grave, lo más recomendable es el uso de fármacos combinados con la terapia psicológica (Mental, 2020) Varias son las investigaciones que giran en torno al tema, a continuación, citamos algunas.

Un estudio realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que la depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, pues se estima que afecta a un 3,8% de la población, incluidos un 5% de los adultos y un 5,7% de los adultos de más de 60 años. Las mujeres tienen más del doble de probabilidades que el hombre de tener depresión, y esto se ve ya desde los 12 años. Mientras que la depresión afecta al 7,1% de las mujeres, en los hombres afecta al 3,5%. A escala mundial, aproximadamente 280 millones de personas tienen depresión” (OMS, 2021).

La depresión es distinta de las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana. Puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es recurrente y de intensidad moderada a grave. Puede causar gran sufrimiento a la persona afectada y alterar sus actividades laborales, escolares y familiares. En el peor de los casos, puede llevar al suicidio. Se resalta que cada año se suicidan más de 700 000 personas. El suicidio es la cuarta causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años (OMS, 2021).

Según los estudios de la Organización Panamericana de la Salud (2020), ha revelado que el trastorno depresivo es una de las principales causas de discapacidad y, se

considera a este problema junto con la mortalidad, representa el 3,4 %. Dentro de Latinoamérica la depresión es la primera causa de discapacidad, con el 7,8 por ciento de la discapacidad total. Asimismo, se evidencia un patrón subregional de mayor discapacidad en América del Sur: Paraguay, Brasil, Perú, Ecuador y Colombia, son los cinco primeros países en la tabla clasificatoria de la discapacidad por depresión (OPS, 2020)

Lezcano y Col (2020), en Ecuador, concluyen que el 50% de encuestados no tienen depresión, pero, un 36.1% si presentan depresión moderada y un 13.9% con depresión grave, cabe resaltar que el predominio fue en mujeres con el 68,1% y según el recuerdo autobiográfico extendido es el que predomina en los distintos niveles de depresión con un 41,7% (25).

Un estudio realizado en la ciudad de Cuenca dentro de una institución educativa demostró que el índice de prevalencia de depresión según el género es del 23.8% en mujeres con depresión grave y un 8% en los hombres. Dentro de la escala de Hamilton se evidenció que el 36.27% de los estudiantes presentaban síntomas depresivos distribuyéndose de acuerdo con la severidad en: el 25.5%, moderada 6.52%, severa 2.55% y muy severa 1.17%. en relación con el sexo el 26.59% corresponde al sexo masculino y el 45%55% al sexo femenino (Burca, 2015).

Dentro de la Unidad Educativa Santa Marianita de Jesús, advierten la necesidad de buscar el proceso de un programa de psicoeducación para prevenir el desarrollo de la depresión en los estudiantes de Bachillerato. Las autoridades y docentes advierten que han denotado la presencia de posibles rasgos de depresión en las estudiantes mujeres pues detectan la presencia de tristeza, irritabilidad, cansancio, dificultad para concentrarse y llanto, mientras que en los hombres se presenta irritabilidad y dificultad para concentrarse.

Todos estos síntomas se han visto reflejados en su desenvolvimiento académico y social. Por esta razón, el programa de psicoeducación se basará en desarrollar diversas actividades informativas para la prevención y el correcto manejo de la depresión en caso de que se detecte la presencia de esta.

IX. Justificación y relevancia

Diversos estudios han demostrado que los adolescentes se encuentran influenciados por varios aspectos que determinan su estado de ánimo y la formación de su personalidad. Se resaltan varios factores predisponentes al desarrollo del síndrome y variables que lo precipitan como, los factores genéticos, metas poco realistas, enfermedades físicas, problemas con las sustancias, problemas familiares, estrés, rechazo, entre otros (Ontaneda, 2019).

Una de las consecuencias que trae la depresión cuando no llega a ser detectada a tiempo y no se recibe un tratamiento adecuado, pues ésta causa que los adolescentes busquen alternativas más rápidas para salir de su problema, en este caso, los síntomas de la depresión se ven agravados y es más probable que la persona que se encuentra en esta situación recurra al suicidio o los intentos de suicidio (Molero, 2019).

Por lo tanto, el presente estudio tendrá un gran impacto a nivel social, científico y académico. Dentro del nivel social, luego de aplicar la escala de Beck que mide la depresión a los estudiantes, se obtendrá el respectivo resultado que evidenciara la presencia de la depresión y el nivel en el que se encuentran para tener un conocimiento de cuántos alumnos se encuentran dentro de esta afección, partiendo de este diagnóstico se logrará realizar el programa de psicoeducación para la prevención de la depresión dentro del cual se llevarán a cabo diversas actividades centradas en fortalecer constantemente el desarrollo del conocimiento, capacidades sociales, emocionales,

comunicativas, autoestima, autoconcepto y definición de metas. A partir de aquello, los estudiantes podrán desenvolverse de una mejor manera dentro de su entorno social y llegarán a ser referentes de la información que recibieron para que su entorno tenga un mayor conocimiento sobre el tema de la depresión. Las autoridades de la Institución llegarán a obtener el conocimiento necesario para que transmitan la información a todos los docentes y sepan cómo actuar frente a esta situación.

Respecto al impacto del estudio a nivel científico, se propondrá el desarrollo de un programa de psicoeducación basado en fuentes teóricas del modelo cognitivo conductual, dentro del cual las actividades basadas en este modelo fomentarán la modificación de los pensamientos y conductas desfavorables que se encuentran afectando a los estudiantes. Por otra parte, los conocimientos de los miembros participantes aumentarán notablemente sobre el significado de la depresión, la manera que esta llega a afectar y la forma adecuada de enfrentarla. Sin olvidar en resaltar la importancia de trabajar en conjunto con un profesional en la salud mental.

En cuanto al impacto académico, con la información recabada se logrará que los estudiantes, docentes y autoridades de la Unidad Educativa Santa Marianita de Jesús, puedan hacer uso de esta para que puedan desarrollar actividades informativas y recreativas sobre la importancia de la salud mental y así el índice de el porcentaje de depresión descienda dentro de la Institución Educativa.

Se pretende que el desarrollo del programa de psicoeducación para la prevención de la depresión llegue a ampliar el conocimiento sobre la importancia que tiene el buen manejo de la depresión en los estudiantes, pues el contenido que se ejecutará estará basado en un diagnóstico previo donde se identificara los niveles de depresión presentes para que las actividades se encuentren adaptadas a la población participante. En caso de que se

llegue a detectar un alto nivel de depresión grave se dará a conocer el valor que tiene el acompañamiento profesional especializado en estos temas y así evitará que las conductas y comportamientos lleguen a transformarse en comportamientos inadaptados o patológicos.

X. Objetivos

4.1 Objetivo General

Elaborar un programa de psicoeducación para la prevención de la depresión en los estudiantes de primero, segundo y tercero de bachillerato de la Unidad Educativa Santa Marianita de Jesús de la ciudad de Cuenca del periodo 2022-2023.

4.2 Objetivo específico

1. Identificar los niveles de depresión a nivel general, por sexo, edad y curso en los estudiantes de primero, segundo y tercero de bachillerato de la Unidad Educativa Santa Marianita de Jesús.
2. Crear un programa de psicoeducación para la prevención de la depresión en los estudiantes de primero, segundo y tercero de bachillerato de la Unidad Educativa Santa Marianita de Jesús de la ciudad de Cuenca del periodo 2022-2023.

XI. Marco teórico

Para entender de una mejor manera la depresión, es importante conocer alguno de los fundamentos teóricos que nos exponen algunos autores.

La depresión

La depresión es un trastorno emocional que causa un sentimiento de tristeza y pérdida de interés en realizar las actividades cotidianas, también llega a afectar el comportamiento, pensamientos, provoca problemas físicos o emocionales, que finalmente

termina afectando a varias áreas de la persona, generando un gran impacto negativo en el desenvolvimiento social, académico, familiar y psicológico.

La depresión es una enfermedad común pero grave que interfiere con la vida diaria, con la capacidad para trabajar, dormir, estudiar, comer y disfrutar de la vida. La depresión es causada por una combinación de factores genéticos, biológicos, ambientales y psicológicos. Algunas investigaciones 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 (OPS, 2020)

Algunos tipos de depresión tienden a darse en familias. Sin embargo, la depresión también puede ocurrir en personas sin antecedentes familiares de depresión. No todas las personas con enfermedades depresivas experimentan los mismos síntomas. La gravedad, frecuencia y duración de los síntomas varían dependiendo de la persona y su enfermedad en particular.

Para el Instituto Nacional de la Salud (2021), la depresión afecta a las personas de diferente manera, con mayor frecuencia las mujeres padecen de este trastorno y llega a estar relacionado con factores biológicos, del ciclo de vida u hormonales. En el caso de los hombres pueden manifestarlo a través de la irritabilidad y es poco común que lleguen a aceptar que tienen esta enfermedad por tal razón evitan buscar ayuda profesional. La depresión afecta a una gran cantidad de adolescentes ya sea por diversos cambios hormonales que se encuentran atravesando, problemas académicos, familiares y sociales.

Depresión en adolescentes

La depresión es un estado de abatimiento e infelicidad, que puede ser transitorio o permanente. En la mayoría de los casos las personas que padecen depresión lo describen de esa manera, y los demás lo ven como derribado, debilitada su base de sustentación

afectiva, desganado, triste, apenado, cajoneado. Se puede considerar como uno de los más importantes depreadores de la felicidad humana (Jadan, 2017)

Según la Organización Panamericana de la Salud (2020) resalta que la adolescencia es una etapa de cambios significativos tanto físicos como psicológicos, es una población de alta vulnerabilidad, los adolescentes con depresión pueden tener problemas en el colegio, una baja autoestima, pueden estar callados la mayor parte del tiempo, frustrarse fácilmente, o sentirse intranquilo. También pueden tener síntomas de otros trastornos, como ansiedad y trastornos de la alimentación, déficit de atención con hiperactividad, o consumo de sustancias. Los adolescentes tienen una mayor probabilidad de sufrir de somnolencia excesiva (llamada hipersomnia) y un mayor apetito (llamado hiperfagia) (p.4).

Según datos de investigaciones sobre el trastorno depresivo han reportado que existe una mayor prevalencia de depresión en las mujeres que en los hombres. Esta diferencia por sexo aparece en el inicio de la adolescencia, alcanzando una razón de 2 a 1 en la adolescencia media y persiste al menos hasta al final de la etapa adulta.

Algunos modelos psicológicos proponen que existen determinados factores de vulnerabilidad, aquellos llegan a permanecer latentes en el individuo, y que en su interacción con sucesos estresantes o negativos aumentan la probabilidad de aparición o mantenimiento del trastorno depresivo. Dentro de esta aproximación, el modelo cognitivo es el que más investigación ha generado, ya que señala que la depresión está relacionada con los factores ambientales, a los que se les ha definido como sucesos vitales estresantes, éstos incluyen situaciones de pérdida y fracaso, así como la muerte de un ser querido (López, 2012).

Respecto a los tipos de sucesos vitales estresantes que experimentan los adolescentes se encuentran dentro de una naturaleza muy distinta como el cambio de clase (evento relativo al contexto escolar), muerte de un familiar (acontecimiento estresante familiar) y ruptura de la relación de pareja (estresor relativo al grupo de iguales). Estos sucesos se han relacionado con síntomas de depresión en los adolescentes. Por otra parte, los que presentaban depresión de larga duración habían experimentado sucesos de vida estresantes relacionados con problemas familiares, mientras que los que tenían episodios depresivos más cortos presentaron sucesos estresantes relacionados con el grupo de pares (López, 2012).

Tipos de depresión

Depresión leve

La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), define el diagnóstico definitivo del episodio de depresión leve, se requieren dos de estos tres síntomas: ánimo depresivo, pérdida de interés y la capacidad de disfrutar (anhedonia), aumento de la fatigabilidad, además de al menos uno de los siguientes síntomas: disminución de la atención y concentración, pérdida de la confianza en sí mismo y sentirse inferior, ideas de culpa, pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones, agitación, trastornos del sueño y pérdida del apetito (Goena, 2019).

La depresión leve es muy notable y la más difícil de diagnosticar debido a que es sencillo destacar los síntomas y evitar discutirlos con el médico. A pesar de la complejidad del diagnóstico, es la más sencilla de tratar. Con la modificación del estilo de vida de la persona se logra generar una mayor producción de serotonina en el cerebro, lo que puede llegar a combatir los síntomas depresivos (Hasan, 2022). En algunos casos se llegan a emplear el consumo de algún antidepresivo como los inhibidores selectivos de la

recaptación de serotonina y suplementos de melatonina en conjunto con una buena intervención terapéutica y el cambio de estilo de vida (Hasan, 2022).

Depresión moderada

La depresión moderada es el siguiente nivel de la depresión y llega a compartir una sintomatología similar a la depresión leve, pues la persona suele presentar problemas en la autoestima, aumento de las sensibilidades, preocupación excesiva, sentimientos de inutilidad. Esta sintomatología usualmente llega a causar problemas graves en el hogar, social y laboral (Jadan, 2017).

Es mucho más complicada de diagnosticar debido a que los síntomas afectan significativamente su vida diaria. Para su tratamiento es importante llevar terapia psicológica basada en un modelo cognitivo conductual y en algunos casos el consumo de medicación (González, 2019).

Depresión grave

La depresión grave en los adolescentes se presenta con síntomas severos y notables que interfieren con la capacidad de trabajar, dormir, estudiar, comer y disfrutar de los aspectos de la vida, mayormente los episodios se presentan de manera intensa con una durabilidad de semanas o meses, también pueden desaparecer por un lapso o ser recurrentes. En este caso puede causar ilusiones, sentimiento de estupor, alucinaciones o pensamientos suicidas. Para la depresión severa se requiere el tratamiento médico lo antes posible (González, 2019). Por lo tanto, es indispensable resaltar las características más notables en la depresión.

Características de la depresión en los adolescentes

La tristeza

La tristeza es uno de los sentimientos básicos del ser humano, forma parte de la subjetividad y por lo tanto es la parte inherente de la vida tanto como los otros sentimientos básicos. La tristeza en los adolescentes genera un malestar ocasionado por algún evento negativo. La tristeza funge como catalizador de un proceso de reestructuración o de readaptación en el individuo, siendo esta función muy útil, funciona de manera distinta en cada individuo, ya sea por la carga genética más la herencia ambiental que recibe, básicamente de su entorno primario, por lo tanto, cada adolescente vive la tristeza de manera distinta, la emoción de la tristeza con el tiempo se convierte en un síntoma más fuerte que poco a poco comienza a tomar un mayor dominio en el adolescente (Goena, 2019).

Irritabilidad

El estado de irritabilidad en los adolescentes se presenta de una manera mucho más notoria debido a que las reacciones de ira, enojo e irritación se manifiestan fuertemente frente a alguna situación estresante. Según la Real Academia Española, esta palabra está relacionada con las sensaciones corporales que generan en la persona muchos cambios corporales. La irritabilidad manifiesta síntomas muy puntuales como: las palpitaciones, aumento de la frecuencia cardíaca, sudoración, temblores, gritos, angustia, ansiedad, depresión, etc. Cuando se padece de irritabilidad en la adolescencia, existen causas principales que la ocasionan, dentro de estas tenemos los factores genéticos, que se trata básicamente de los genes transmitidos de padres a hijos y esto vincula a las reacciones de enojo o rabia. Y los factores ambientales, los cuales son los momentos

ocurridos en el pasado que fueron los disparadores de la ira que no se pudo liberar en el momento adecuado (Migroñe, 2021)

Sentimiento de culpa

El sentimiento de culpa es una emoción que mantiene a la persona atada a una situación, persona o actitudes que la limitan. Este sentimiento aparece cuando se ha dicho o pensado en algo que va en contra de los valores y creencias aprendidas. Sentir culpa en la edad de la pubertad es algo normal ya que cumple una función adaptativa pues esta regula el comportamiento social aceptable y ayuda al autocontrol. Pero se la puede considerar perjudicial cuando aparece en situaciones que aún no han ocurrido porque anticipa a algo que se va a hacer mal o dañar a alguien, está se encuentra relacionada con el bajo autoestima, sentimientos de no valoración, que originalmente se desarrollan en la infancia y sobre cómo se ha aprendido a relacionarse con uno mismo (Pavel, 2022).

Autocrítica

La autocrítica hace referencia al juicio crítico que se plantea sobre el comportamiento propio, pues el adolescente tiene constantemente un diálogo interno con él mismo en el que muchas veces se critica de forma inconsciente sobre los errores que han cometido y los comentarios de otras personas los toman con gran importancia. Por otra parte, también existe la autocrítica positiva que se centra en mejorar la autoestima y la autocrítica negativa hace que el adolescente se sienta mal sobre sí mismo afectando así su autoestima (Pavel, 2022).

Pesimismo

Dentro de la filosofía se define al pesimismo como la caracterización por ciertos fenómenos, creencias, experiencias, ideas, cosmovisiones asociadas a la pérdida de la esperanza, la falta de alegría, al desánimo o incluso la discapacidad anímica y conductual

para sonreírle a la vida. Aunque las aceptaciones denotativas del pesimismo parten de una base determinada por la condición humana (Moya, 2018)

Cansancio

Para algunos investigadores el cansancio es denominado como algo que ocurre a lo largo de diversas actividades realizadas por el ser humano. El estrés prolongado suele ser el efecto detonante y genera así el cansancio o fatiga. Dependiendo del individuo y sus circunstancias. Para otros investigadores, el cansancio en la adolescencia es un síntoma que se presenta como antelación o acompañamiento a otros eventos patológicos que constituyen una fase para muchas enfermedades mentales, en este caso a la depresión (Guere, 2019).

Dificultad para concentrarse

Se define como un problema que afecta a la capacidad de fijar la atención en una determinada actividad, estímulo, persona o cosa. Este problema en la etapa de la adolescencia puede tener varias causas y usualmente se presenta con una durabilidad muy diversa en relación con el caso. Entre estas se encuentra la depresión, ya que esta enfermedad (Jadan, 2017).

Cambios en el horario de sueño

Los adolescentes cuando se encuentran con depresión suelen mostrar cambios muy obvios y constantes en la fase del sueño y presentan un umbral más bajo de activación, principalmente se desarrollan varias alteraciones en el sueño dentro de la fase REM, lo que produce que la persona duerma más de lo debido conocido como un estado de somnolencia o menos de lo normal a lo cual se lo denomina insomnio (Jadan, 2017).

Llanto

Muchos científicos afirman que el llanto es una función biológica. Está relacionado con un tipo de comunicación no verbal que describe a un estado del ánimo en particular. La acción de llorar ayuda al organismo a eliminar toxinas y estrés. Por ende, se puede definir que el llanto es una válvula liberadora de estrés, esto explica ciertas sensaciones que se presentan una vez caemos en llanto, realmente es como una acción liberadora del organismo. En la adolescencia muchos adolescentes presentan este síntoma o tienen la gran necesidad de llorar pues son mucho más sensibles emocionalmente, pero hay una resistencia en ellos que les impide liberar la tensión acumulada (Cruz, 2012).

Programa de Psicoeducación para la prevención de la depresión en adolescentes

La psicoeducación es la base o guía para que los adolescentes logren sobrellevar una situación de depresión o evitar su desarrollo, las cuales se centran en generar conocimiento informativo sobre los esfuerzos cognitivos y conductuales encaminados a manejar el sentimiento de tristeza. Dentro de la depresión es necesaria la implementación de una psicoeducación que describa los conceptos fundamentales para comprender claramente a la enfermedad, acompañado con una serie de actividades enfocadas en el modelo cognitivo conductual, ya que, estas son las herramientas que se necesita para el mejoramiento del paciente y le ayudan a la superación de las situaciones o sentimientos que éstos no puedan sobrellevar por sí solos (Vergara, 2011).

Por lo tanto, la psicoeducación estará basada en la escuela psicológica del cognitivismo con un enfoque cognitivo conductual el cual servirá para el manejo de la depresión contribuyendo con varios factores positivos como el mejoramiento de la calidad de vida de los adolescentes, la percepción sobre la depresión, encontrar nuevas alternativas, fortalecer la autoestima, entre otras. Centrándose en que él/la estudiante

pueda adquirir diferentes recursos y herramientas personales para lograr afrontar los retos y circunstancias que surjan en la vida. (González, Ríos, Ruiz & Solórzano, 2019).

El Modelo cognitivo conductual como estrategia para la prevención de la depresión en los adolescentes

El modelo cognitivo conductual combina las teorías de aprendizaje con los aspectos fundamentales del procesamiento de la información, con la finalidad de integrar los factores internos y externos de la persona. Entonces, plantea la resolución de los problemas actuales y con ellos atenuar los síntomas por medio de la intervención de cogniciones para alcanzar la modificación de comportamientos, es decir, primero se centra en los pensamientos y a continuación en las conductas que se originan a partir de ideas irracionales (Roca, 2020).

Este modelo trabaja con las respuestas físicas, emocionales, cognitivas y conductuales desadaptadas, buscando que el individuo tome la responsabilidad y ejerza el control sobre ellas, ya sea mediante intervención individual o grupal (Roca, 2020).

En el siglo XX Aron Beck desarrolló un sistema de psicoterapia denominado “terapia cognitiva”, y con el paso del tiempo se modificó a “terapia cognitiva conductual” esta fue basada en diversos estudios sobre la depresión enfocándose en la resolución del problema mediante la modificación de los pensamientos y conductas disfuncionales. La terapia cognitiva tiene el propósito de agrupar los aspectos emocionales y conductuales basados en la cognición, permitiendo así también conocer cuáles son los aspectos biológicos e históricos del paciente adolescente (Ochoa, 2015),

Dentro de este tipo de terapia se propone que los pensamientos disfuncionales de los adolescentes son bastante comunes en todos los trastornos psicológicos, lo importante

de esto es lograr evaluarlos de forma adaptativa, la cual mejorará el estado emocional y comportamental de la persona.

La terapia cognitiva conductual principalmente se centra en el modelo donde se plantea que las emociones, y los comportamientos están influenciados por la percepción de los eventos, por lo tanto; no es el evento el causante de la reacción o emoción de la persona sino la manera en cómo ésta construye la situación para sí misma. Pues la forma en cómo se siente y comporta la persona está asociada a la interpretación de la situación, la respuesta emocional está medida por la percepción (Areal, 2020).

Existen varios modelos para tratar la depresión en adolescentes, pero nos centraremos en desarrollar el modelo cognitivo de Beck.

Eficacia del modelo cognitivo conductual

La terapia cognitivo conductual puede llegar a parecer un modelo de un tratamiento simple y unitario, pero en realidad es una estructura compleja de intervenciones terapéuticas las cuales deben ser ejecutadas con gran eficacia y adaptadas al trastorno o problema que presenta la persona. Mediante la aplicación de las técnicas cognitivo-conductuales llegarán a incentivar al paciente a rechazar los procesos de pensamientos, mediante la adquisición de nuevos pensamientos más pertinentes (Roca, 2020)

Se resaltarán la relevancia de trabajar con la terapia cognitiva de Beck con los adolescentes que presentan un cuadro depresivo, debido a que esta terapia ha sido desarrollada para que los adolescentes descubran diversas formas positivas de interpretar la realidad, las ideas negativas hacia el entorno y del futuro, modificando a los esquemas depresores y las distorsiones cognitivas de la depresión. Tomando en cuenta estos puntos la persona desarrollará un mayor equilibrio en sus pensamientos e ideas sobre sí misma y el entorno.

Por lo tanto, dentro del programa de psicoeducación para la prevención de la depresión en los adolescentes, estaba planteado mediante el modelo de la terapia cognitiva de Beck.

Terapia cognitiva de Beck para la depresión en adolescentes

Originalmente Aron Beck propuso un modelo de terapia cognitiva para los problemas de depresión, con el pasar del tiempo la terapia cognitiva se llegó a emplear en otras variedades de problemáticas. La base teórica y los fundamentos de la terapia cognitiva de Beck se describen en la tríada cognitiva, los esquemas y los errores cognitivos (Pardo, 2019)

La tríada cognitiva se refiere a la visión negativa que tiene el paciente con depresión en relación con su entorno, usualmente tiene una interpretación negativa de este, llegando a verlo como un lugar lleno de problemas y obstáculos para conseguir los objetivos y acerca del futuro la persona genera la anticipación de las dificultades y el sufrimiento. El resto de los síntomas que se presentan como la falta desmotivación, apatía, culpa, etc., están relacionados a los pensamientos negativos (Pardo, 2019)

La modalidad depresiva es el conjunto de esquemas relacionados con la depresión y presenta una serie de distorsiones sistemáticas en el procesamiento de la información, entre los que destaca: Sobre generalización, pensamiento dicotómico, inferencias arbitrarias, magnificación, minimización, personalización. Estos sesgos sistemáticos en el procesamiento de la información, junto a la tríada cognitiva producen una alteración en el procesamiento de la información que se manifiesta en la depresión. En ella, el paciente tiende a mantener su visión negativa sobre sí mismo, el mundo y del futuro (Beck J. , 2011)

Los esquemas son la estructura y organización del pensamiento depresivo. Beck los define como patrones cognitivos estables para transformar los datos o hechos en cogniciones. Estos establecen la forma en que la persona interpreta sus experiencias y

provocan distorsiones de la realidad y errores de pensamiento. La terapia cognitiva se centra más en los aspectos cognitivos de los trastornos psicológicos y de la psicoterapia. Esta mantiene que los trastornos provienen de maneras erróneas de pensar debido a que son concretas y habituales generando así esquemas Situación/ Evento Pensamiento automático Reacción (emoción, comportamiento) dando la forma en que la persona elabora el sentido y significado a sus experiencias (Pardo, 2019)

Están también las creencias centrales las cuales son los contenidos de los esquemas, es decir son el resultado directo de la relación realidad y esquemas, lo que percibimos de la realidad y lo filtramos como cierto en los pensamientos. Las creencias centrales al ser parte de los contenidos de los esquemas se desarrollan en la niñez y se puede definir como todo aquello que se cree, son aquellos mapas internos que le dan un sentido al mundo y se forman a través de experiencias construidas por las creencias rígidas y profundas las cuales son consideradas como verdades absolutas por lo que en muchas ocasiones se generalizan y no se cuestionan (Beck J. , 2011)

Cuando las creencias centrales son negativas los estados de ánimo frente a esta van a ser previsivos y cambiantes, y si la persona se encuentra en la etapa de la adolescencia hay más asimilación y son más estables debido a que el ser humano filtra la información para que sea congruente con las creencias, por esta razón es complicado modificar un pensamiento que ya fue reforzado por el paso del tiempo y ya son parte de una red. Muchas veces las creencias centrales hacen que la persona filtre la información para poder mantener sus creencias, generando así creencias centrales negativas como podrían ser “todo es mi culpa”, “siempre debo tener el control”, “soy débil”, “no valgo la pena”, “soy inaceptable” (Risso, 2019)

Beck define a los errores de pensamiento a partir de que el paciente depresivo sistemáticamente comete errores sistemáticos en el procesamiento de la información, dentro de esto se encuentra la personalización, inferencia arbitraria, generalización excesiva, pensamiento absolutista, abstracción selectiva (Pardo, 2019). Para comprender de una manera más clara sobre cómo se manifiestan los errores del pensamiento, se mostrarán algunos ejemplos.

Tabla 1

Ejemplos sobre los errores del pensamiento según Beck

Creencias irracionales	Ejemplo
Personalización: Es la tendencia y facilidad de la persona para atribuirse a sí mismo fenómenos externos cuando no existe una base firme para hacer tal conexión.	El adolescente piensa en ¡soy un fracaso! Pero los demás no lo ven de esa manera.
Inferencia arbitraria: Proceso de adelantar una determinada conclusión en ausencia de la evidencia que la apoye o cuando la evidencia es contraria a la conclusión.	Juan va caminando en la calle y tiene el pensamiento de “que todas las personas que están a su alrededor piensan que camina feo” pero en realidad las personas están concentradas en sus propios asuntos.
Generalización excesiva: Consiste en sacar una conclusión sobre su capacidad, desempeño o valor sobre la base de un incidente.	María saca una mala nota en una prueba y piensa que va a seguir sacando malas notas en todas las materias.

Pensamiento absolutista: Es la tendencia a colocar todas las experiencias en una de dos categorías opuestas. Soy perfecta o imperfecta, exitosa o fracasada.

Abstracción selectiva: Es el proceso de centrarse en el detalle sacado de contexto, ignorando otras características más destacadas que presenta la situación y conceptualizando la experiencia sobre la base de este elemento. José brinda una exposición en clases y al final recibe varios aplausos y comentarios positivos pero un compañero le dice un comentario negativo sobre su exposición. José no dejaba de pensar en ese comentario y pensó que la exposición fue un completo desastre.

Nota: Elaboración propia

Técnicas Cognitivo-Conductuales para la depresión según Aaron Beck.

Las técnicas que se desarrollarán dentro del programa de psicoeducación para la depresión están basadas en la terapia cognitivo conductual según el modelo de la terapia cognitiva de Beck. Según el autor (Beck A, 2002) menciona que “La terapia cognitiva está basada sobre una teoría de la personalidad que destaca el papel del procesamiento de la información para activar las respuestas cognitivas, afectivas, motivacionales y conductuales de una persona a los ambientes físicos y sociales” (p. 12). Se vio de vital importancia trabajar con las técnicas cognitivo-conductuales por su gran efectividad en el tratamiento de la depresión en los adolescentes, ya que, se centra en modificar los pensamientos, creencias, hábitos y conductas que son destructivas, y así, instaurar nuevos pensamientos y conductas que favorecen a la persona para que alcance sus las metas y propósitos. A continuación, se describirán las técnicas del modelo de la terapia cognitiva de Beck para trabajar con la depresión en los adolescentes.

Entrenamiento en asertividad: El asertividad hace referencia a la habilidad que tiene cada persona para comunicarse de manera armoniosa para dar a conocer a los demás sobre cuáles son sus sentimientos, emociones y necesidades sin llegar a lastimar u ofender. El respeto hacia los demás y sobre todo hacia uno mismo es la clave para lograr comprender a las personas que nos rodean sin recurrir a la agresividad.

Entrenamiento en habilidades sociales: Las habilidades sociales son el conjunto de conductas y actitudes que realiza una persona ante la interacción con otros; están constituidas por la expresión de deseos, sentimientos, puntos de vista u opiniones. Las habilidades sociales forman parte del ser humano pues son seres sociales por esta razón siente la necesidad de relacionarse con otros.

Distracción: esta técnica sirve para cambiar el foco de atención de forma voluntaria a partir de los pensamientos que provocan un malestar en la persona debido a alguna situación externa para después generar un alivio en la sensación de tensión o ansiedad. Consiste en enseñarle a la persona a tener un mayor control sobre los pensamientos negativos.

Relajación: Es una técnica conductual que usualmente se aplica a una serie de problemas, mediante la relajación muscular progresiva consiste en tensar y relajar alternativamente grupos musculares concretos. Favorece a una relajación profunda sin ejercer mucho esfuerzo, permitiendo establecer un control voluntario de la tensión que alcanza más allá del logro de la relajación en un momento establecido. Este método crea un estado corporal más energético debido a que permite reconocer la unión entre la tensión muscular y el estado mental, mostrando la forma de como liberar el malestar. Esta técnica consta en tres fases:

- La primera fase se denomina Tensión - Relajación. Primeramente, se trata de tensar los músculos de todo el cuerpo para luego relajarlos lentamente, con la finalidad de que aprenda a reconocer la diferencia que hay entre un estado de tensión muscular y el estado de relajación muscular.
- La segunda fase consiste en revisar mentalmente los grupos musculares comprobando que se hayan relajado por completo.
- La tercera fase se denomina Relajación Mental. Aquí se debe pensar en una escena mental agradable y positiva para la persona o también se puede mantener la mente en blanco, el propósito es que la mente se relaje en coordinación con el cuerpo. En total el proceso suele durar entre unos 10 a 20 minutos (Del Río, 2022).

Visualización: La técnica de visualización se emplea comúnmente dentro de la terapia psicológica para disminuir los síntomas de ansiedad o estrés para lograr que el cuerpo y la mente entren en un estado de relajación. Se aplica el uso de imágenes imaginarias relacionadas con emociones que provocan un bienestar, las cuales sirven para cambiar los pensamientos negativos y conseguir una sensación estable en la persona (Bastida, 2018).

Solución de problemas: Las técnicas de solución de problemas trata de facilitar una conducta eficaz debido a la generación de consecuencias positivas y refuerzos positivos. La solución de problemas es el proceso en que la persona identifica y descubre alternativas para enfrentarse a la situación problemática. Este proceso conlleva la creación de soluciones y la toma de decisiones (Camus, 2019).

XII. Preguntas de investigación

P1. ¿Cuál es el nivel de depresión en los estudiantes de primero, segundo y tercero de bachillerato de la Unidad Educativa Santa Marianita de Jesús?

P2. ¿Cuál es el nivel de depresión más común entre el género femenino y masculino?

XIII. Hipótesis

H1. Se evidencia la presencia de depresión en los/las estudiantes de bachillerato de la Unidad Educativa Santa Marianita de Jesús

XIV. Marco metodológico

Perspectiva metodológica

El presente trabajo investigativo se basa en un enfoque cuantitativo descriptivo, ya que permite unificar y analizar los resultados numéricos a partir de las variables previamente determinadas con exactitud, aquella información cuantificable es utilizada para realizar un análisis estadístico de la población, en este caso en los estudiantes de bachillerato. La presente metodología aparte de recolectar y analizar los datos, sirve para contestar preguntas de investigación y probar hipótesis establecidas previamente. (López, 2012).

Diseño de investigación

El estudio se encuentra basado en un diseño de tipo transversal no experimental. El diseño transversal es un tipo de investigación observacional que analiza y estudia datos de variables recogidas en un lapso sobre una muestra de población o conjunto ya predefinido. Las recopilaciones de datos se hacen en el presente, es decir, al momento de iniciar la investigación. En cuanto al diseño no experimental consiste en realizar el estudio sin manipular deliberadamente la variable. Se basa fundamentalmente en la observación de fenómenos tal y como se dan en su contexto natural para después analizarlos (Vergara, 2011).

XV. Muestra y Población.

Muestra

Para el desarrollo del proceso de investigación se ejecutó el muestreo no probabilístico, mediante esta técnica de muestreo se recogen a los participantes en un proceso que no brinda a todos los individuos de la población iguales oportunidades de ser seleccionados ya que generalmente son seleccionados en función de su accesibilidad o a criterio personal e intencional del investigador. La selección de los estudiantes que, si deseaban participar en el proyecto de investigación y los cuales cumplían con los criterios de investigación.

Para este estudio participaron 311 estudiantes, 63 varones y 248 mujeres, entre la edad de 14 a 18 años. Para recolectar los datos estadísticos se aplicó la escala de depresión de Beck II, es un instrumento utilizado dentro de la psicología para detectar los niveles de la depresión. Esta prueba tiene una alta fiabilidad, debido a que en el inventario se puede diferenciar el caso de una persona con trastorno depresivo, de alguien que presenta un estado de ánimo bajo. Las puntuaciones que refleja la escala van desde 0 a 63 puntos, donde se clasifica para la puntuación de 0 a 13 como depresión mínima, de 14 a 19 como depresión leve, de 20 a 28 como depresión moderada y de 29 a 63 como depresión grave. (Sanz, 2014)

Criterios de Muestra

Tabla 2

Nómina de estudiantes de la Institución según el género correspondiente al periodo 2022-2023 de primero, segundo y tercero de bachillerato

Curso	Mujeres	Hombres	Total
--------------	----------------	----------------	--------------

Primero "A"	40	4	44
Primero "B"	20	8	28
Primero Técnico	27	8	35
TOTAL	87	20	107
Segundo "A"	24	7	31
Segundo "B"	23	8	31
Segundo "C"	25	5	30
Segundo Técnico	16	7	23
TOTAL	88	27	115
Tercero "A"	25	5	30
Tercero "B"	20	7	27
Tercero Técnico	28	4	32
TOTAL	73	16	89
Total final	248	63	90

Nota: Fuente Unidad Educativa Santa Marianita de Jesús

Población

Los participantes de la investigación son los estudiantes de primero, segundo y tercero de bachillerato de Ciencias Básicas y Técnico de la Unidad Educativa Santa

Marianitas, teniendo como un total de 311 estudiantes matriculados en la institución descrita en la muestra visualizada anteriormente.

Instrumentos y técnicas de producción de datos

Escala de depresión de Beck II: La escala de depresión de Beck II, es un instrumento utilizado dentro de la psicología para detectar los niveles de la depresión. Esta prueba tiene una alta fiabilidad, debido a que en el inventario se puede diferenciar el caso de una persona con trastorno depresivo, de alguien que presenta un estado de ánimo bajo. La escala de depresión de Beck tiene como objetivo detectar la depresión y en qué nivel se encuentra. Esta escala se puede aplicar tanto en pacientes adultos como en pacientes adolescentes desde la edad de los 13 años. La escala tiene una forma de autoinforme debido a que se deben de responder 21 preguntas, dentro de estas preguntas se evalúa la presencia de la tristeza, irritabilidad, culpa, autocrítica, pesimismo, sentimiento de culpa, cansancio, dificultad para concentrarse, cambios en el horario de sueño, llanto, entre otros aspectos importantes para un diagnóstico (Rodríguez, 2021)

Las puntuaciones que refleja la escala van desde 0 a 63 puntos, donde se clasifica para la puntuación de 0 a 13 como depresión mínima, de 14 a 19 como depresión leve, de 20 a 28 como depresión moderada y de 29 a 63 como depresión grave (Sanz, 2014).

Plan de análisis

Para la obtención y análisis de la información recopilada, se realizará un análisis de datos, para este proceso se utilizará el programa de Software SPSS, este programa ofrece un exclusivo SPSS para realizar correcciones a todos los test psicológicos, consta de un sistema computacional único y experto muy avanzado. este programa realiza un análisis completo y relaciona todas las variables involucradas. Tal como lo haría un psicólogo, pero de una manera mucho más rápida, generando así resultados confiables y profesionales.

XVI. Consideraciones éticas

La presente investigación se desarrolló con todos los principios éticos fundamentales para el desarrollo del estudio en el cual se involucran personas. Se siguió los lineamientos de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, siendo esto la base fundamental para proteger los derechos de todos los participantes que participarán en este proceso de investigación.

En primer lugar, se pidió la autorización a las autoridades de la institución educativa en donde se va a realizar el estudio y se elaborará un consentimiento informado a los padres de familia de los estudiantes para que les permitan su participación. El consentimiento informado se encuentra en el Anexo 1. En segundo lugar, todos los participantes recibieron una explicación de los procesos y objetivos del estudio, resaltando que su participación no les causara algún riesgo de integridad o salud. Se les informo que todos los datos que se obtengan de la escala que se aplicará serán mantenidos de manera reservada y confidencial. Estos datos informativos sirvieron únicamente como una base de sustento para el desarrollo del estudio y en beneficio propio de los participantes.

XVII. Descripción de los datos producidos

La población que se estableció para realizar la investigación fue de 311 estudiantes debidamente matriculados en la Unidad Educativa Santa Marianita de Jesús de la ciudad de Cuenca, aquellos estudiantes participaron dentro del estudio de manera libre y voluntaria, aquellos cumplieron con todos los criterios de inclusión y los representantes firmaron el consentimiento informado para proceder con la aplicación del instrumento de medición.

Para la recolección de los datos de los participantes en este caso la edad, cursos y género, se solicitó información a la directora de la Institución educativa, con el fin de

contrastarlos con los resultados. Para realizar la evaluación para conocer el nivel de depresión se aplicó el test de la Escala de Depresión de Beck, la cual estuvo adaptada para la población.

En primer lugar, se caracteriza a la población según la variable de género de los participantes. Se denota que hay una mayor predominancia de estudiantes mujeres, con un 79,74%, sobre los estudiantes varones que representan a un 20,25%, así se aprecia en la tabla 4.

Tabla 4

Distribución según el género

	Total	Porcentaje
Mujeres	248	79,74%
Hombres	63	20,25%

Nota: Elaboración propia.

A continuación, se plasmará la distribución sociodemográfica de la población según la variable de edad. En el presente estudio prevalecen los estudiantes de 15 años correspondiente al 32,47% del total de la población investigada, en cuanto a los estudiantes de 16 años corresponden al 28,61%, respecto a los estudiantes de 14 años corresponden al 25,40%, seguido de los estudiantes de 17 años correspondientes al 12,86%, por último, los estudiantes de 18 años correspondiendo al 1,6%. Así se logra apreciar en la tabla 5.

Tabla 5

Distribución según la edad de los estudiantes.

Universidad	Frecuencia	Porcentaje
14 años	79	25,40%
15 años	101	32,47%
16 años	89	28,61%
17 años	40	12,86%
18 años	5	1,6%
Total	311	100%

Nota: Elaboración propia

De acuerdo con la distribución de los estudiantes según el curso al que pertenecen. Se evidencia en el estudio que la mayoría de los participantes corresponden al segundo de bachillerato con un **36,97%**, seguido del Primero de bachillerato con el 34,40% y el tercero de bachillerato con el 28,6%. Así se logra apreciar en la tabla 6.

Tabla 6

Distribución de la población según el curso

Curso	Estudiantes	Porcentaje
Primero "A"	44	14%
Primero "B"	28	9%
Primero Técnico	35	11%

TOTAL	107	34,40%
Segundo "A"	31	10%
Segundo "B"	31	10%
Segundo "C"	30	9,6%
Segundo Técnico	23	7%
TOTAL	115	36,97%
Tercero "A"	30	9,6%
Tercero "B"	27	8,6%
Tercero Técnico	32	10,28%
TOTAL	89	28,6%
Total final	248	100%

Nota: Elaboración propia

Presentación de los resultados

A continuación, ante el cumplimiento del objetivo específico uno, el cual se enfoca en identificar los niveles de depresión en los estudiantes de primero, segundo y tercero de bachillerato de la Unidad Educativa Santa Marianita de Jesús. Se logró evidenciar que la depresión grave prevalece con un 30,54%, seguido de la depresión moderada con un 26% de la población, a continuación, tenemos a la depresión leve con un 24,11% de la población y por último la depresión leve con un 19,29%. Así se puede visualizar en la tabla 7.

Tabla 7

Clasificación de los niveles de depresión de los estudiantes de la Unidad Educativa Santa Marianita de Jesús

Estudiantes con depresión		
	Total	Porcentaje %
Depresión mínima	60	19,29%
Depresión leve	75	24,11%,
Depresión moderada	81	26%
Depresión grave	95	30,54%.

Nota: Elaboración propia

En relación a la variable de género, se observa los porcentajes de depresión según el sexo, el 33,33% de hombres tiene depresión mínima; el 25,39% se encuentra dentro del nivel leve; seguido del 25,39% con un nivel moderado y el 15,87% presenta un nivel grave. Por otro lado, el 15,72% de mujeres están dentro de un nivel mínimo de depresión; el 23,79% manifestaron un nivel leve; el 26,20% presenta un nivel moderado; y, por último, el 34,27% se ubicaron en un nivel grave. Así se lo puede visualizar en la tabla 8.

Tabla 8

Distribución del nivel de depresión según la variable de genero dentro de la Institución Educativa.

Estudiantes con depresión					
	Mujeres	Hombres	Total	% M	% H
Mínima	39	21	60	15,72%	33,33%
Leve	59	16	75	23,79%	25,39%
Moderada	65	16	81	26,20%	25,39%
grave	85	10	95	34,27%	15,87%

Nota: Elaboración propia

En cuanto a la variable de la edad de los adolescentes, se observa que el porcentaje más alto se encuentra en el nivel de depresión grave en todas las edades, la edad que sobresale es la de los estudiantes de 14 años con un puntaje máximo de 9,6%, seguido del nivel de depresión moderada con la edad más sobresaliente de 16 años con un 8,3%, luego tenemos al nivel de depresión leve con la edad de dominancia de 14 años con un 7,7%, finalmente el nivel de depresión mínima con mayor predominancia en la edad de 14 años con un 6,4%. Así se evidencia en la tabla 9.

Tabla 9

Niveles de depresión según la edad de los estudiantes

Datos de los niveles de depresión según la edad
--

Edades	N/%	Mínima	Leve	Moderada	Grave
14 años	N	20	24	20	30
	%	6,4%	7,7%	6,4%	9,6%
15 años	N	13	15	12	16
	%	4,18%	4,82%	3,8%	5,1%
16 años	N	14	17	26	21
	%	4,5%	5,4%	8,3%	6,7%
17 años	N	11	18	23	26
	%	3,5%	5,7%	7,3%	8,3%
18 años	N	2	1	0	2
	%	0,6%	0,3%	0%	0,2%

Nota: Elaboración propia

Respecto a la variable de los cursos a los que pertenecen los estudiantes se puede visualizar en cada tabla los niveles de depresión de cada uno de los cursos de la Institución Educativa. A continuación, en las siguientes tablas se evidencian los resultados obtenidos en cada uno de los cursos.

Tabla 10

Niveles de depresión en los estudiantes del Primero "A" de bachillerato

Primero "A"				
	Mujeres	Hombres	Total	%
Mínima	2	2	4	1,28%

Leve	8	1	9	2,89%
Moderada	12	1	13	4,82%
grave	19	0	19	3,21%

Nota: Elaboración propia

Resultados: Un total de 45 estudiantes, 41 son Mujeres y 4 hombres. Prevalciendo la depresión moderada con un porcentaje del 4,82%, seguido de la depresión grave con un 3,21%, a continuación, la depresión leve por el 2,89% y finalmente la depresión mínima por el 1,28% de la población del curso.

Tabla 11

Niveles de depresión en los estudiantes del Primero "B" de bachillerato

Primero "B"				
	Mujeres	Hombres	Total	%
Mínima	3	2	5	1,60%
Leve	5	4	9	2,89%
Moderada	4	1	5	1,60%
grave	8	1	9	2,89%

Nota: Elaboración propia

Resultados: Un total de 28 estudiantes, 20 son mujeres, 8 hombres. Prevalciendo la depresión grave con un porcentaje del 2,89%, seguido de la depresión leve con un 2,89%, a continuación, la depresión mínima por el 1,60% y finalmente la depresión moderada por el 1,60% de la población del curso.

Tabla 12

Niveles de depresión en los estudiantes del Primero “Técnico” de bachillerato

Primero “técnico”				
	Mujeres	Hombres	Total	%
Mínima	2	2	4	1,28%
Leve	10	0	10	3,21%
Moderada	9	3	12	3,85%
grave	6	3	9	2,89%

Nota: Elaboración propia

Resultados: Total de 35 estudiantes, 27 son mujeres y 8 hombres. Prevalciendo la depresión moderada con un porcentaje del 3,85%, seguido de la depresión leve con un 3,21%, a continuación la depresión grave por el 2,89% y finalmente la depresión mínima por el 1,28% de la población del curso.

Tabla 13

Niveles de depresión en los estudiantes del Segundo “A” de bachillerato

Segundo “A”				
--------------------	--	--	--	--

	Mujeres	Hombres	Total	%
Mínima	3	2	5	1,60%
Leve	7	2	9	2,89%
Moderada	5	2	7	2,57%
grave	9	1	10	3,21%

Nota: Elaboración propia

Resultados: Total de 31 estudiantes, 24 son mujeres y 7 hombres. Prevalciendo la depresión grave con un porcentaje del 3,21%, seguido de la depresión leve con un 2,89%, a continuación, la depresión moderada con un 2,57% y finalmente la depresión mínima por el 1,60% de la población del curso.

Tabla 14

Niveles de depresión en los estudiantes del Segundo “B” de bachillerato

Segundo “B”				
	Mujeres	Hombres	Total	%
Mínima	7	2	9	2,89%
Leve	5	5	10	3,21%
Moderada	7	1	8	2,57%
grave	4	0	4	1,28%

Nota: Elaboración propia

Resultados: Total de 31 estudiantes, 23 son mujeres y 8 hombres. Prevalciendo la depresión leve con un porcentaje del 3,21%, seguido de la depresión mínima con un 2,86%, a continuación, la depresión moderada por el 2,57% y finalmente la depresión grave por el 1,28% de la población del curso.

Tabla 15

Niveles de depresión en los estudiantes del Segundo “C” de bachillerato

Segundo “C”				
	Mujeres	Hombres	Total	%
Mínima	3	1	4	1,28%
Leve	6	2	8	2,57%
Moderada	4	2	6	2,25%
grave	12	0	12	4,18%

Nota. Elaboración propia

Resultados: Total de 30 estudiantes, 25 son mujeres y 5 hombres. Prevalciendo la depresión grave con un porcentaje del 4,18%, seguido de la depresión leve con un 2,57%, a continuación, la depresión moderada por el 2,25% y finalmente la depresión mínima por el 1,28% de la población del curso.

Tabla 16

Niveles de depresión en los estudiantes del Segundo “Técnico” de bachillerato

Segundo “Técnico”				
	Mujeres	Hombres	Total	%
Mínima	0	4	4	1,28%
Leve	4	0	4	1,28%
Moderada	3	2	5	1,60%
grave	9	1	10	3,53%

Nota: Elaboración propia

Resultados: Total de 23 estudiantes. 16 son mujeres y 7 hombres. Prevalciendo la depresión grave con un porcentaje del 3,52%, seguido de la depresión moderada con un 1,60%, a continuación, la depresión leve con un 1,28% y finalmente la depresión mínima por el 1,28% de la población del curso.

Tabla 17

Niveles de depresión en los estudiantes del Tercero “A” de bachillerato

Tercero “A”				
	Mujeres	Hombres	Total	%
Mínima	5	2	7	2,25%
Leve	5	0	5	1,60%

Moderada	4	2	6	1,92%
grave	11	1	12	3,85%

Nota: Elaboración propia

Resultados: Total de 30 estudiantes, 25 son mujeres y 5 hombres, prevaleciendo la depresión grave con un porcentaje del 3,85%, seguido de la depresión mínima con un 2,25%, a continuación, la depresión moderada por el 1,92% y finalmente la depresión leve por el 1,60% de la población del curso.

Tabla 18

Niveles de depresión en los estudiantes del Tercero “B” de bachillerato

Tercero “B”				
	Mujeres	Hombres	Total	%
Mínima	2	3	5	1,60%
Leve	5	1	6	1,92%
Moderada	9	1	10	3,21%
grave	4	2	6	2,25%

Nota: Elaboración propia

Resultados: En total 27 estudiantes, 20 son mujeres y 7 hombres. Prevalciendo la depresión moderada con un porcentaje del 3,21%, seguido de la depresión grave con un 2,25%, a continuación, la depresión leve por el 1,92% y finalmente la depresión mínima por el 1,60% de la población del curso.

Tabla 19

Niveles de depresión en estudiantes del Tercero “Técnico” de bachillerato

Tercero Técnico				
	Mujeres	Hombres	Total	%
Mínima	3	1	4	1,28%
Leve	4	1	5	1,60%
Moderada	8	1	9	2,89%
grave	13	1	14	4,82%

Nota: Elaboración propia

Resultados: En total 32 estudiantes, 28 son mujeres y 4 hombres. Prevalciendo la depresión grave con un porcentaje del 4,82%, seguido de la depresión moderada con un 2,89%, a continuación, la depresión leve por el 1,60% y finalmente la depresión mínima por el 1,28% de la población del curso.

Finalmente, para el cumplimiento del objetivo específico dos, el cual consiste en elaborar un programa de psicoeducación para la prevención de la depresión en los

estudiantes de primero, segundo y tercero de bachillerato de la Unidad Educativa Santa Marianita de Jesús, a continuación, se explicará en qué consiste el programa.

XIX. Análisis de resultados

La muestra estuvo conformada por 311 estudiantes de la Unidad Educativa Santa Marianita de Jesús, los datos obtenidos se encuentran agrupados mediante las siguientes variables; según la variable el sexo, el 20,25% son hombres; mientras el 79,74% pertenecen al sexo femenino.

Para el cumplimiento del primer objetivo específico: identificar los niveles de depresión a nivel general, género y edad en los estudiantes de primero, segundo y tercero de bachillerato de la Unidad Educativa Santa Marianita de Jesús, se logró evidenciar a través de la aplicación del instrumento de la Escala de Beck II para identificar el nivel de depresión entre los adolescentes, prevalece la depresión grave correspondiendo al 30,54% de la población, seguido de la depresión moderada correspondiente al 26% de la población, seguida de la depresión leve correspondiendo al 24,11% de la población, finalmente la depresión mínima correspondiente al 19,29% de la población..

A continuación, se explicarán los porcentajes de depresión según la variable de género. Entre la población de mujeres sobresale la depresión grave correspondiendo al 34,27%, seguida de la depresión moderada con el 26,20%, después tenemos el nivel de depresión leve representada por el 23,79% de la población, por último, la depresión mínima representada por el 15,72% de la población. Por otra parte, entre la población masculina se evidencia que existe un mayor nivel de depresión mínima con un 33,33%, seguido del 25,39% se encuentra en un nivel leve, el 25,39% presenta un nivel moderado y el 15,87% de los participantes tienen depresión grave.

Respecto a la variable de edad, se pudo observar que el porcentaje más alto se encuentra en el nivel de depresión grave entre todas las edades, pero en este caso la edad de 14 años es la que prevalece entre los estudiantes con depresión grave correspondiendo al 9,6%, seguido del nivel de depresión moderada con la edad más sobresaliente de 16 años con un 8,3%, luego tenemos al nivel de depresión leve con la edad de dominancia de 14 años correspondiente al 7,7%, finalmente el nivel de depresión mínima con mayor predominancia en la edad de 14 años correspondiendo al 6,4% de la población.

Para finalizar, de acuerdo al segundo objetivo específico: Crear un programa de psicoeducación para la prevención de la depresión en los estudiantes de primero, segundo y tercero de bachillerato de la Unidad Educativa Santa Marianita de Jesús de la ciudad de Cuenca del periodo 2022-2023, para su desarrollo se tomó en cuenta las pautas del marco teórico que fue adaptado acorde a las necesidades de la población, por esta razón se utilizó el modelo de la terapia cognitivo conductual para la depresión basado en la terapia cognitiva de Beck, la cual es necesaria para cambiar los pensamientos e ideas distorsionadas de los adolescentes y así garantizar un mejoramiento en su estilo de vida. El programa de psicoeducación también cuenta con información relevante sobre la depresión para crear conciencia sobre esta enfermedad y a su vez se mandarían tareas para la casa para lograr reforzar los aprendizajes. Es necesario resaltar que las sesiones planificadas se ejecutan acorde a la evolución que tenga el paciente, debido a que no se puede avanzar si el estudiante no muestra un cambio positivo.

XX. Interpretación de resultados

Se pudo observar a lo largo del estudio con datos arrojados del test de depresión (Beck) que el índice de depresión en los estudiantes total de bachillerato a nivel grave con el 30,54% es alto en los estudiantes seguido del 26% presente nivel moderada

continuamente con un 24,11% a nivel leve y con un 19,29% a nivel mínima, podemos observar que existe la presencia de la depresión en los estudiantes con un porcentaje mayor en los terceros de bachillerato. Por lo tanto, la hipótesis descrita anteriormente, la cual trata de demostrar la evidencia de la presencia de depresión en los y las estudiantes de bachillerato de la Unidad Educativa Santa Marianita de Jesús se cumple pues se demuestra mediante la investigación que la existencia de depresión entre la población participante se encuentra presente; afectando a una notable cantidad de estudiantes.

Mediante el análisis de los resultados se logró corroborar con un dato muy relevante sobre la depresión, debido a que las mujeres tienen el doble de probabilidades que el hombre de tener depresión reflejándose desde los 12 años. Mientras que la depresión afecta al 7,1% de las mujeres, en los hombres afecta al 3,5% (Mental, 2020). Y dentro de la investigación se pudo comprobar que las mujeres tienen un nivel mucho más alto de depresión. Representando a un total de la población femenina la prevalencia de la depresión grave con un 34,27% de la población de mujeres, seguida por la presencia de la depresión moderada que corresponde al 26,20%, luego la depresión leve que corresponde al 23,79%, por último, la depresión mínima correspondiendo al 15,72% de la población. tras estos datos se refleja que entre las estudiantes de bachillerato sobresalen los niveles de depresión grave. solo las estudiantes de bachillerato como se puede observar son altos los niveles de porcentajes de depresión en las estudiantes. Por otra parte, los hombres también presentan un nivel alto de depresión a nivel grave de depresión prevaleciendo con un total de 15,87%, seguido del nivel moderado de depresión que representa al 25,39%, luego el nivel de depresión leve respectivo al 25,39%, por último, el nivel mínimo de depresión correspondiente al 33,33% de la población masculina.

Podemos observar que los índices de depresión en las mujeres son más altos a nivel de depresión grave y moderada; en comparación con los varones pues en ellos existe un mayor porcentaje de depresión mínima y leve.

XXI. Conclusión

En conclusión, se logró observar que, ante el primer objetivo específico planteado dentro del proyecto de investigación, el cual trata de identificar los niveles de depresión en los estudiantes de primero, segundo y tercero de bachillerato de la Unidad Educativa Santa Marianita de Jesús. Se encontró que existe un mayor nivel de depresión mayor entre todos los estudiantes de la institución.

Respecto a la variable de género, se pudo denotar un mayor nivel de depresión grave en las estudiantes mujeres, pero a comparación con la cantidad de hombres que existen en la institución también se identifica un alto riesgo de depresión moderada. Y en la variable de edad, sobresale la depresión grave entre todas las edades de los estudiantes.

En cuanto, para el cumplimiento del objetivo específico dos, se planteó el diseño de un programa de psicoeducación para la prevención de la depresión en los estudiantes de la unidad educativa Santa Marianita de Jesús el cual consta con el desarrollo de diversas técnicas cognitivo conductuales basadas en la terapia cognitiva de Beck, teniendo como finalidad la modificación de los pensamientos y conductas disruptivas que presentan los adolescentes con el propósito de para mejorar su salud mental y emocional de la población, también se encontrará dividido por sesiones individuales para los casos de depresión grave y moderada y sesiones grupales, es decir se desarrollarán actividades enfocadas en brindar información sobre la depresión y así prevenir que el nivel de depresión siga en aumento entre los estudiantes. Este programa será llevado a cabo únicamente por la psicóloga de la Institución para que los resultados sean eficaces.

Se recomienda realizar otros estudios de tipo homogéneo con la población planteada, para prevenir que el nivel de depresión siga en aumento puesto que con todos los datos recogidos dan una señal alarmante sobre cómo la depresión está afectado a una gran parte de la población adolescente. Por último, todos los datos que se vayan recolectando a futuro será de gran utilidad para la comunidad científica para el desarrollo nuevos programas actualizados para la prevención de la depresión.

XXII. Referencias

Organización Panamericana de la salud. (2020). La depresión en la adolescencia:

<https://www.paho.org/es/temas/depresion>

Pilar, A. (2019). *Estrategias terapéuticas para el manejo de la depresión en pacientes crónicos desde tres paradigmas de la psicología. Psicología Científica.*

<https://www.psicologiacientifica.com/estrategias-manejo-depresion-pacientes-cronicos-paradigmas-psicologia/>

Arean, P. (2020). La técnica de la reatribución en psicoterapia: qué es y cómo se usa.

Psicología Conductual, Vol. 8(Nº3), https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/08.Arean_8-3oa.pdf

Bastida, M. (2018). Estrés y ansiedad: Técnica de visualización. Psicología online.

<https://www.psicologia-online.com/estres-y-ansiedad-tecnica-de-visualizacion-2337.html>

Beck, A. (2002). Terapia Cognitiva de la depresión.

https://books.google.com.ec/books/about/Terapia_cognitiva_de_la_depresi%C3%B3n.html?id=z0hTPAAACAAJ&redir_esc=y

Beck, J. (2011). *Cognitive Behavior Therapy Second Edition Basics and Beyond.*

Cognitive Behavior Therapy, Second Edition: Basics and Beyond

- Beltrán, M. H.-1. ((2015).). El Inventario de Depresión de Beck: Su validez en población adolescente. *Sociedad Clínica de Psicología Clínica*. Vol. 30, (1).
<https://scielo.conicyt.cl/pdf/terpsicol/v30n1/art%2001.pdf>
- Camus, A. (2019). Técnicas de resolución de problemas.
<https://artpsycho.webnode.es/metodos-y-tecnicas/tecnicas-de-resolucion-de-problemas/>
- Castillero, O. (2019). La técnica de la reatribución en psicoterapia: qué es y cómo se usa, Esta técnica es muy utilizada en terapia cognitiva-conductual en diferentes trastornos psicológicos. *Psicología y Mente*. https://psicologia_y_mente.com/clínica/técnica-de-reatribución
- Cruz, G. (2012). De la tristeza a la depresión. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. Vol.15,(4).<https://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol15num4/Vol15No4Art8.pdf>
- Del Río. (2022). Técnica de Relajación Progresiva del Dr Edmund Jacobson. Scribd.
<https://www.slideshare.net/LDRD/tecnicade-relajacion-progresiva-del-dr-jacobsonpdf>
- Pérez, E. (2017). *Prevalencia, causas y tratamientos de la depresión mayor*. Yucatán: Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Yucatán, Centro de investigaciones regionales. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revbio/bio-2017/bio172c.pdf>

Goena, J. (octubre de 2019). Distimia. *ResearchGate*:
https://www.researchgate.net/publication/336189831_Distimia

González, A. (2019). *Estrategias terapéuticas para el manejo de la depresión en pacientes crónicos desde tres paradigmas de la psicología*. Editorial F. U. Libertadores. Psicología Científica. <https://www.psicologiacientifica.com/estrategias-manejo-depresion-pacientes-cronicos-paradigmas-psicologia/>

Guere, J. (2019). Funcionalidad familiar y depresión en adolescentes de una institución educativa de Huancayo. Huancayo, Perú.
https://scholar.google.com/scholar?q=niveles+de+depresi%C3%B3n+en+adolescentes&hl=es&as_sdt=0%2C5&as_ylo=2019&as_yhi=2022#d=gs_cit&t=1657675563290&u=%

Hasan, A. (2022). *Depression*. National Library of medicine.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430847/>

Jadan, C. (2017). *Depresión en adolescentes de 14 a 16 años del Colegio 27 de febrero de la ciudad de Loja*.
<https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/19702/1/Cristina%20Yasmin%20Jadán%20López.pdf>

López, A. (2012). Política fiscal y estrategias como factor de desarrollo de la mediana empresa comercial Sinaloense un estudio de

caso.<https://us05web.zoom.us/j/83922273520?pwd=Q2hKaVRKbmw2aExLdkJHRUI4aDBoUT09>

Mental Instituto Nacional de la Salud. (2016). Depresión información básica. INSM.
doi:<https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depresion-sp>

Mental Instituto Nacional de la Salud. (2020). La depresión. INSM.
https://www.academia.edu/38074549/depresi%C3%B3n_Instituto_Nacional_de_la_Salud_Mental#:~:text=La%20depresi%C3%B3n%20es%20una%20enfermedad%20com%C3%BAn%20pero%20grave.,el%20trastorno%20depresivo%20grave%20y%20el%20trastorno%20dist%C3%ADnico.

Migroñe, A. (2021). *Irritabilidad: qué es, causas, síntomas y cómo controlarla*. Psicología-Online. <https://www.psicologia-online.com/irritabilidad-que-es-causas-sintomas-y-como-controlarla-6092.html>

Moya, I. (2018). *Pesimismo Profundo*. Editorial Libros Dementira Ltda.
https://www.academia.edu/37129994/Pesimismo_profundo

Ochoa, A. (2015). Origen histórico de la psicología. Universidad Popular del Cesar.
<https://adrianaboterochoa.files.wordpress.com/2015/03/cognitivismo-1.pdf>

OPS. (2020). Depresión. *Organización Mundial de la Salud*.
<https://www.paho.org/es/temas/depresion>

Organización Mundial de la Salud. (2021). Depresión. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Organización Mundial de la Salud. (2021). Salud mental del adolescente. <https://www.paho.org/es/temas/depresion>

Pardo, R. (2019). *TESIS DOCTORAL EL DEBATE EN REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA: ANÁLISIS DE LOS MECANISMOS TERAPÉUTICOS DE CAMBIO CLÍNICO*. Universidad Autónoma de Madrid: FACULTAD DE PSICOLOGÍA. https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/689733/pardo_cebrian_rebeca.pdf

Pavel, M. (2022). *CONCORDANCIA DIAGNÓSTICA ENTRE 4 DIFERENTES FORMAS DE DEFINIR DEPRESIÓN (PHQ-2, PHQ -9, DSM-5 Y CIE-10) EN UNA POBLACIÓN ADULTA BASADA EN LA ENDES 2019 -PERÚ*. LIMA - PERÚ: Universidad peruana CAYETANO HEREDIA (Facultad de Medicina).

Risso, W. (2019). *TERAPIA COGNITIVA: Fundamentos teóricos y conceptualización del caso clínico*. IDOCPUB. Paidós Ibérica, S.A. https://books.google.com.ec/books/about/Terapia_cognitiva_Fundamentos_te%C3%B3ricos.html?id=zu2BjSmdtwUC&redir_esc=y

Roca, E. (2020). *Terapia cognitiva para la depresión, según Beck*. Hospital Clinico-USM Malvarrosa. <http://www.cop.es/colegiados/pv00520/Guia%20Beck%20depresion.pdf>

Rodríguez, V. P. (2021). Beck Depression Inventory (BDI-IA) adapted for HIV: Psychometric properties, sensitivity & specificity in depressive episodes, adjustment. *Revista disorder & without symptomatology*. Vol.44,(6).
[file:///C:/Users/m/Downloads/Beck Depression Inventory BDI-IA adapted for HIV P.pdf](file:///C:/Users/m/Downloads/Beck%20Depression%20Inventory%20BDI-IA%20adapted%20for%20HIV%20P.pdf)

salud, O. P. (2018). *La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas*.
https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49578/9789275320280_spa.pdf?sequence=9&isAllowed=y

Sánchez, M. y. (2020). La ansiedad y depresión en niños y adolescentes. *Adolescere*. Vol. 8, (1). <https://www.adolescere.es/ansiedad-y-depresion-en-ninos-y-adolescentes/>

Sanz, J. G. (2014). Criterios y Baremos para interpretar el “Inventario de depresión de Beck- II. *behavioral psycho*. Vol. 22, (1). https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2019/08/03.Sanz_22-1oa.pdf

Sophia. (2019). El árbol de los logros. IDOCPUB. <https://idoc.pub/documents/idocpub-jlk9591y3z45>

UNIDOS DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE LOS ESTADOS. (2021). *Depresión*. Psicología Científica.
<https://www.psicologiacientifica.com/estrategias-manejo-depresion-pacientes-chronicos-paradigmas-psicologia/>

Vergara, C. (2011). Los diseños de método mixto en la investigación en la educación: una experiencia completa. *Revista Electrónica Educae*. Vol.15.(1).
https://www.academia.edu/18639569/Estudios_descriptivos

World Health Organization. (2000) . *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Editorial Medica Panamericana. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42326>

Anexos

Anexo 1.

Programa de psicoeducación para la prevención de la depresión en los estudiantes de primero, segundo y tercero de bachillerato de la Unidad Educativa Santa Marianita de Jesús.

La unidad educativa Santa Marianita de Jesús de la ciudad de Cuenca, es una institución privada ubicada en la provincia del Azuay, cuenta con la formación desde educación General Básica hasta Bachillerato. Para la realización de la investigación se tomó en cuenta a los adolescentes de primero, segundo y tercero de bachillerato.

Ante los resultados obtenidos en el estudio se evidencia que la población se encontraba en un 19,29% con depresión mínima, el 24,11% presenta depresión leve, el 26% tiene depresión moderada y el 30,54% presenta depresión grave. La población indica un alto nivel de depresión grave pero también existe una gran cantidad de estudiantes que se encuentra dentro de cuadro depresivo mínimo por esta razón se ve la necesidad de diseñar un programa de prevención basado en la Terapia Cognitivo Conductual a fin de evitar que a futuro la situación de la depresión llegue a afectar a más estudiantes de manera alarmante, fomentando un óptimo nivel de conciencia sobre la importancia de la salud mental. El programa está adaptado a las necesidades que presenta la población y teniendo en cuenta el enfoque con el que se desarrollarán las estrategias de prevención, a fin de

fortalecer ciertas áreas importantes para el bienestar psicológico con el fin de alcanzar un equilibrio mental y emocional en los estudiantes.

El programa estará organizado por sesiones el cual servirá como una guía para psicoeducar a los estudiantes de manera individual, se planifica que se desarrollaran unas 9 sesiones, pero, el número puede cambiar de acuerdo con la evolución que tenga el estudiante, debido a que cada una de las técnicas generan respuestas diferentes en cada participante, se utilizarán varias técnicas, herramientas y estrategias para contribuir a la disminución de la depresión. El material está diseñado para que sea utilizado únicamente por el profesional de la salud mental de la Institución Educativa, debido a la complejidad de los temas que se ejecutan en cada sesión y solo una persona con los conocimientos en el área psicológica podrá emplearlos de la forma más adecuada.

Programa de psicoeducación para la prevención de la depresión en los estudiantes de primero, segundo y tercero de bachillerato de la Unidad Educativa Santa Marianita de Jesús de la ciudad de Cuenca, periodo 2022 – 2023. 2023

sesión 1.

Tiempo de duración: 1 hora con 30 minutos.

Técnica: bienvenida

Objetivo: Generar un ambiente agradable con el paciente para desarrollar la alianza terapéutica.

Aplicación:

Se da la bienvenida al estudiante, estableciendo un clima de confianza, se mencionan cuáles van a ser los honorarios que se deben cumplir en cada sesión como: el valor del cumplimiento de las sesiones y las tareas asignadas.

Sesión 2.

Tiempo de duración: 1 hora.

Técnica: Técnica de identificación y detención de pensamientos. Modelo cognitivo de Beck.

Objetivo: Ejecutar la técnica de identificación y detención de pensamientos, para entrenar a la persona para que acabe excluyendo los pensamientos indeseables.

Aplicación de la técnica:

Ejecutar la técnica de identificación y detención de pensamientos.

1. Primeramente, se explica al paciente la forma en que los pensamientos se llegan a manifestar y cómo influyen en la mente y el comportamiento.
2. Luego se identifica cuáles son los pensamientos distorsionados que tiene el paciente sobre la realidad.
3. Una vez realizada esta acción se pide al paciente que se centre en él en lugar de evitarlo.
4. También se brindarán estrategias para reconocer las manifestaciones negativas que la persona tiene hacia algún suceso o situación específica.

Tarea:

Se pide al estudiante que durante una semana haga un registro de los pensamientos que tengan contenidos comunes y las emociones que le provoca cada uno de los pensamientos. Una vez que el paciente aprende reconocer sus pensamientos se tomará un momento del día para examinar los pensamientos para modificar el foco de atención hacia los pensamientos negativos y crear en él una sensación de alivio.

Observaciones:

Se observa la manera en que el paciente reconoce los pensamientos. Si llega a presentar alguna dificultad en el reconocimiento de estos se lo guía con ejemplos para que se le haga más sencillo realizar la actividad.

Sesión 3

Tiempo de duración: 1 hora.

Objetivo: La técnica de entrenamiento en habilidades sociales se basa en trabajar el fortalecimiento de las habilidades sociales del paciente.

Técnica: Técnica de entrenamiento en habilidades sociales. Modelo cognitivo de Beck.

Aplicación de la técnica:

Aplicar la técnica del desarrollo de habilidades sociales.

1. Generar un diálogo sobre las normas y pautas del funcionamiento social y sus diferentes entornos.
2. Para su desarrollo el profesional debe interpretar la forma en que el paciente debe desenvolverse dentro del ambiente, indicando la manera de hablar adecuada de expresarse, la postura correcta, la mirada hacia los ojos de la persona que está hablando, la expresión no verbal debe demostrar que se le está prestando atención a la otra persona, etc.
3. Después, se desarrollará la práctica en el desarrollo de habilidades sociales adecuadas.
4. El paciente aprenderá la manera correcta para comunicar con los demás sobre sus pensamientos y emociones, ya sean positivos o negativos, aplicando la escucha activa.

5. Finalmente se indicará la forma de reconocer las emociones y cómo reconocerlas en las demás personas, para esto, el terapeuta debe mostrarle al paciente un video que haga referencia a la identificación y comunicación de las emociones.

Tarea:

Se pedirá al paciente que lleve un registro de emociones y describa qué sensación le causan y en qué situaciones se presenta cada una de las emociones que siente. El modelo del registro se encuentra en el **anexo 3**.

Mediante lo aprendido el paciente tendrá que participar más en clases o en las actividades grupales que se desarrollan dentro del aula con el fin de que genere un diálogo con sus compañeros.

Por último, se le mandará a que genere un pequeño diálogo con su familia y les comunique lo que siente de una forma asertiva.

Observaciones:

En caso de que al paciente se le dificulte trabajar en el área social, se implicarán más sesiones para trabajar en esta área.

Sesión 4

Tiempo de duración: 1 hora 15 minutos.

Técnica: Técnica de solución de problemas. Modelo cognitivo de Beck.

Objetivo: Emplear la técnica de resolución de problemas para que el paciente aprenda la forma adecuada para identificar el problema y encontrar las soluciones.

Aplicación de la técnica:

1. Primera fase: Orientación hacia el problema. Aquí el paciente debe reconocer que los problemas forman parte de la vida y no sirve escapar de ellos.
2. Segunda fase: Definición y formulación del problema. Una vez que el paciente reconoce la existencia de los problemas se le pide que identifique su problema y el por qué.
3. Tercera fase: Generación de soluciones alternativas. Una vez que ya tenga claro el problema se pide al paciente que pase a desarrollar un gran número de posibles soluciones al problema. cualquier solución es válida y mientras más soluciones tiene es mucho mejor.

Tarea:

El estudiante mediante la información que se le brinda en la sesión tendrá que anotar en una hoja los factores que reconoció en los problemas que se encuentra atravesando en su vida. Luego el terapeuta le indicará la forma más adecuada para solucionar un problema sin sentir el sentimiento de culpa. Finalmente le pide que escriba cuáles serían las mejores soluciones hacia su el problema. Este proceso lo puede aplicar cada vez que el paciente lo vea necesario.

Recomendación:

Tomar en cuenta la manera en que el sujeto describe las soluciones al problema para evitar que se lleve a cabo alguna acción desfavorable para su evolución en el tratamiento.

Sesión 5

Tiempo: 1 hora.

Técnica: Técnica de relajación. Modelo cognitivo de Beck.

Objetivo:

Brindar conocimiento sobre la importancia de los ejercicios de respiración mediante la aplicación de la relajación.

Aplicación de la técnica:

Durante la sesión se enseñará al paciente la técnica de relajación para que así logre controlar su respiración, cuerpo y mente ante alguna situación que le genere estrés o tensión.

1. Para su aplicación, el lugar debe ser totalmente tranquilo.
2. Luego se pide al paciente que se acueste o se siente de la manera que más cómoda se le haga.
3. Después se le pide que haga largas y profundas respiraciones hasta que su cuerpo y mente se relaje.

Tarea:

El estudiante deberá seguir practicando la técnica de relajación en su día a día para que adquiera un mayor control de las emociones en las situaciones que le generan un malestar.

Recomendaciones:

Indicarle la forma correcta de respirar (respiración diafragmática) y relajar el cuerpo para liberar la tensión.

Sesión 6

Tiempo de duración: 1 hora

Técnica: Técnica de reestructuración cognitiva. Modelo cognitivo de Beck

Objetivo: Modificar los pensamientos distorsionados que provocan malestar a la persona.

La técnica tiene la finalidad de identificar, analizar y modificar los pensamientos distorsionados que la persona tiene hacia algo, para así construir en función de la experiencia una nueva visión hacia los pensamientos. Los pensamientos negativos son sustituidos por otros más apropiados para disminuir la preocupación o emociones que le generan un malestar.

Aplicación de la Técnica:

Modelo cognitivo de Beck. Se desarrollará la técnica de reestructuración cognitiva, la cual se ve en los pensamientos automáticos o ideas inconscientes.

Para su desarrollo se pondrá un ejemplo:

1. El terapeuta le dice al paciente que imagine que está caminando por la calle y ve a un viejo amigo.
 - Su amigo lo ignora completamente, pese a que él lo saludo.
 - Empiezas a preguntarte ¿le caigo mal? ¿acaso hice algo que no les gusto? ¿no le importo a nadie? En mayor o menor medida te sientes enojado.
2. Después se le pregunta al paciente ¿de dónde vienen esos pensamientos negativos?
3. Se le menciona que la causa de su malestar está en sus pensamientos y la interpretación que ha hecho sobre el hecho.
4. Finalmente, el terapeuta le dice que en lugar de tomarlo como algo personal hubiera pensando en otras cosas como: tal vez está ocupado y no tuvo tiempo para saludarme o quizás no me reconoció porque estaba algo lejos.

De esta manera se le enseña que los pensamientos juegan un papel muy importante en la manera de sentirnos y comportarnos.

Tarea:

Se pedirá al paciente que ejecute la técnica de reestructuración cognitiva cada vez que se encuentre en una situación que le provoca una preocupación sobre sí mismo, y cree pensamientos que le provocan un alivio hacia la situación problemática.

Observaciones:

El proceso se debe llevar a cabo al tiempo disponible. Si se desarrolla rápidamente se puede disminuir la ansiedad o estrés en la persona. En caso de que la persona se sienta ansiosa se debe recurrir a la técnica de relajación.

sesión 7

Tiempo de duración: 1 hora

Técnica: Técnica de visualización. Modelo cognitivo de Beck.

Objetivo: Trabajar en el planteamiento de metas, objetivos que ha alcanzado y los que desea cumplir.

Aplicación de la técnica:

Aplicar en el paciente la Técnica de visualización para aumentar la autoestima mediante el planteamiento de metas a futuro y generando en el paciente una visión positiva sobre sí mismo. Se utilizará el método del árbol de logros.

Tarea:

Para la siguiente sesión la persona debe traer el dibujo del árbol donde describa sus capacidades, cualidades positivas y logros que se han alcanzado. En las raíces se colocan los valores positivos. En los frutos se colocan los logros y metas que ha alcanzado. Una vez que lo haya terminado se realiza una reflexión.

Observaciones:

Esta técnica del árbol de los logros es muy valiosa para poder reflejar cada conquista personal, por muy pequeña o grande que sea, y ayudar a fortalecer la autoestima o evaluar qué tan alta o baja está.

sesión 8

Tiempo de duración: 1 hora

Técnica: Cierre de terapia

Objetivo: Crear un espacio para brindar un resumen de todo lo que el paciente ha aprendido en todo este tiempo y finalmente se realiza la reflexión.

Aplicación de la técnica:

Por medio de un ejercicio de recapitulación el estudiante dará a conocer todo lo que ha ido aprendiendo y empleando en su vida para generar un cambio positivo, luego se dará un momento para reflexionar.

Tarea:

La persona tiene que seguir practicando en su día a día las técnicas que se le han enseñado.

Observaciones:

No olvidar en emplear las técnicas aprendidas. Realizar un proceso de seguimiento al paciente por parte del psicólogo de la institución educativa.

Anexo 2. Consentimiento Informado

Consentimiento Informado

Cuenca _____ de _____ del 2022

Señores padres de familia: Por medio de la presente solicitud, Las Srtas. Fernanda Barbecho y Srta. Tatiana Tenecela estudiantes de psicología de la Universidad Politécnica Salesiana, solicitamos su autorización para que a su hijo (a) del plantel educativo Santa Mariana de Jesús sea participe dentro del proyecto de investigación para la elaboración de un Programa de psicoeducación para la prevención de la depresión, tema tratado en nuestra tesis.

La información obtenida en el estudio, será netamente con fines educativos y de carácter confidencial. El estudio que se realizará será muy provechoso para todos los estudiantes y no interferirá en sus horas de clases. Sin más por el momento, quedamos a la espera de su respuesta agradeciendo su confianza.

Atentamente: Srta. Fernanda Barbecho

Srta. Tatiana Tenecela

Firma del representante:

Anexo 2. Escala de depresión de Beck II

Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

Nombre:.....Estado Civil..... Edad:.....

Sexo.....

Ocupación Educación:.....Fecha:.....

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy.

Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

1. Tristeza

0 No me siento triste.

1 Me siento triste gran parte del tiempo 2 Me siento triste todo el tiempo.

3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.

1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.

2 No espero que las cosas funcionen para mí.

3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

0 No me siento como un fracasado.

1 He fracasado más de lo que hubiera debido.

2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.

3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.

1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.

2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.

3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

0 No me siento particularmente culpable.

1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.

2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.

3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo 0 No siento

que este siendo castigado 1 Siento que

tal vez pueda ser castigado.

2 Espero ser castigado.

3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.

1 He perdido la confianza en mí mismo.

2 Estoy decepcionado conmigo mismo.

3 No me gusto a mí mismo.

8. Autocrítica

0 No me critico ni me culpo más de lo habitual

1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo

2 Me critico a mí mismo por todos mis errores

3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

0 No tengo ningún pensamiento de matarme.

1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría

2 Querría matarme

3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

0 No lloro más de lo que solía hacerlo.

1 Lloro más de lo que solía hacerlo 2 Lloro por cualquier

pequeñez.

3 Siento ganas de llorar, pero no puedo.

11 Agitación

0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.

1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.

2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12 Pérdida de Interés

0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.

1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.

2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.

3. Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.

1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones 2

Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.

3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

0 No siento que yo no sea valioso

1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme 2 Me

siento menos valioso cuando me comparo con otros.

3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

0 Tengo tanta energía como siempre.

1. Tengo menos energía que la que solía tener.

2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado

3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.

1^a. Duermo un poco más que lo habitual.

1b. Duermo un poco menos que lo habitual.

2a Duermo mucho más que lo habitual.

2b. Duermo mucho menos que lo habitual

3^a. Duermo la mayor parte del día

3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

0 No estoy tan irritable que lo habitual.

1 Estoy más irritable que lo habitual.

2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.

3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.

1^a. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.

1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.

2a. Mi apetito es mucho menor que antes.

2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual 3^a

. No tengo apetito en absoluto.

3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.

1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente 2 Me es difícil

mantener la mente en algo por mucho tiempo.

3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.

1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.

2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer. hacer.

3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía

21. Pérdida de Interés en el Sexo

0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.

1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.

2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.

3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total:

Anexo 3 Registro de emociones

Tabla 21

Registro de emociones

Mi Registro de Emociones
Nombre: Fecha:
Subraya de la lista las emociones que mejor describen cómo te sientes hoy. ¿No encuentras tus emociones ahí? Puedes utilizar otras palabras.
Lista de Emociones Entusiasmado, Optimista, Orgullosa, Feliz, Bien, Amoroso, Agradecido, Tranquilo, Confundido, Cansado, Inseguro, Aburrido, Triste, Irritable, Dolido, Estresado, Avergonzado, Culpable, Enojado, Asustado, Deprimido, Ansioso, Abrumado.
Me siento así porque.....

Nota: Elaboración propia

Anexo 4

INFORME SOBRE ANÁLISIS DE SIMILITUD O ANTIPLAGIO A TRAVÉS DE TURNITING

Cuenca, 06 de enero de 2023

Señora.

Ps. Cl. Lorena Cañizares Jarrín, Mgs.

DIRECTORA DE CARRERA DE PSICOLOGÍA

Presente,

Por medio del presente como profesora encargada del informe de similitud o antiplagio del trabajo de titulación denominado: **“PROGRAMA DE PSICOEDUCACIÓN PARA LA PREVENCIÓN DE LA DEPRESIÓN EN LOS ESTUDIANTES DE PRIMERO, SEGUNDO Y TERCERO DE BACHILLERATO DE LA UNIDAD EDUCATIVA SANTA MARIANITA DE JESÚS DE LA CIUDAD DE CUENCA DEL PERIODO 2022-2023”**, que ha sido desarrollado por las estudiantes **Barbecho Beltrán María Fernanda y Tenecela Vélez Tatiana** Estefanía bajo la opción de titulación **SISTEMATIZACIÓN DE EXPERIENCIAS PRÁCTICAS DE INVESTIGACIÓN**, informo que, de acuerdo con el informe de similitud o antiplagio del sistema TURNITING el documento presenta un 10% de similitud a otros documentos publicados.

De antemano agradezco por la gentil atención brindada a la presente.

Atentamente,



Firmado digitalmente por JESSICA VANESSA QUITO

CALLE

Fecha: 2023.01.06

11:56:40 -05'00'

Ps. Cl. Vanessa Quito Calle, Mgs.

C.I. 0103741385

Cel. 0983092885

CUENCA, 06 de enero de 2023

Señor (a)

MARIA LORENA CAÑIZARES JARRIN DIRECTOR(A) DE LA CARRERA DE
PSICOLOGÍA

Ciudad

De mi consideración:

Yo, MARIA FERNANDA BARBECHO BELTRAN, con documento de identificación No. 0107346744, solicito a Usted autorice la exposición del Trabajo de Titulación intitulado PROGRAMA DE PSICOEDUCACIÓN PARA LA PREVENCIÓN DE LA DEPRESIÓN EN LOS ESTUDIANTES DE PRIMERO, SEGUNDO Y TERCERO DE BACHILLERATO DE LA UNIDAD EDUCATIVA SANTA MARIANITA DE JESÚS DE LA CIUDAD DE CUENCA DEL PERÍODO 2022-2023.

Se adjunta el Trabajo de Titulación, Informe antiplagio del docente tutor y Reporte generado por el software antiplagio establecido institucionalmente.

Cabe mencionar que luego de revisar la normativa vigente institucional, acepto cumplir íntegramente con los procesos establecidos a la fecha, para aplicar la presente solicitud.

Atentamente



Firma del Solicitante

Teléfono: 0984085704

Correo Electrónico: mbarbechob@est.ups.edu.ec

ferbarbechobel@gmail.com

**SOLICITUD PARA EXPOSICIÓN DEL TRABAJO DE TITULACIÓN 001198781
Nro.**

CUENCA, 06 de enero de 2023

Señor (a)

MARIA LORENA CAÑIZARES JARRIN DIRECTOR(A) DE LA CARRERA DE
PSICOLOGÍA

Ciudad

De mi consideración:

Yo, TATIANA ESTEFANIA TENECELA VELEZ, con documento de identificación No. 0150329860, solicito a Usted autorice la exposición del Trabajo de Titulación intitulado PROGRAMA DE PSICOEDUCACIÓN PARA LA PREVENCIÓN DE LA DEPRESIÓN EN LOS ESTUDIANTES DE PRIMERO, SEGUNDO Y TERCERO DE BACHILLERATO DE LA UNIDAD EDUCATIVA SANTA MARIANITA DE JESÚS DE LA CIUDAD DE CUENCA DEL PERÍODO 2022-2023.

Se adjunta el Trabajo de Titulación, Informe antiplagio del docente tutor y Reporte generado por el software antiplagio establecido institucionalmente.

Cabe mencionar que luego de revisar la normativa vigente institucional, acepto cumplir íntegramente con los procesos establecidos a la fecha, para aplicar la presente solicitud

Atentamente

Firma del Solicitante

Teléfono: 2880298

Correo Electrónico: ttenecela@est.ups.edu.ec tatianatenecela@hotmail.com

