



**UNIVERSIDAD POLITÉCNICA SALESIANA**

**SEDE GIRÓN**

**CARRERA DE PSICOLOGÍA**

**NIVELES DE DEPRESIÓN EN ESTUDIANTES DE BACHILLERATO GENERAL**

**UNIFICADO DE UN COLEGIO PARTICULAR EN LA CIUDAD DE QUITO –**

**ECUADOR 2024**

Trabajo de titulación previo a la obtención del

Título de Título de Licenciatura en Psicología General

AUTOR: KIMBERLLY PAOLA CRUZ GALARZA

TUTOR: CRISTHIAN FABRICIO MORALES

FONSECA

Quito-Ecuador

**CERTIFICADO DE RESPONSABILIDAD Y AUTORÍA DEL TRABAJO DE  
TITULACIÓN**

Yo, Kimberlly Paola Cruz Galarza con documento de identificación N° 1756151427 manifiesto que:

Soy el autor y responsable del presente trabajo; y, autorizo 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.

Quito, 05 de agosto del 2024

Atentamente,



---

Kimberlly Paola Cruz Galarza

1756151427

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

Yo, Kimberlly Paola Cruz Galarza con documento de identificación No. 1756151427, expreso mi voluntad y por medio del presente documento cedo a la Universidad Politécnica Salesiana la titularidad sobre los derechos patrimoniales en virtud de que soy autor del trabajo de investigación “Niveles de depresión en estudiantes de bachillerato general unificado de un colegio particular en la ciudad de Quito – Ecuador 2024” el cual ha sido desarrollado para optar por el título de Licenciatura en Psicología General en la Universidad Politécnica Salesiana, quedando la Universidad facultada para ejercer plenamente los derechos cedidos anteriormente.

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

Quito, 05 de agosto del 2024

Atentamente,



---

Kimberlly Paola Cruz Galarza  
1756151427

## **CERTIFICADO DE DIRECCIÓN DEL TRABAJO DE TITULACIÓN**

Yo, Cristhian Fabricio Morales Fonseca con documento de identificación N° 1724253875, docente de la Universidad Politécnica Salesiana declaro que bajo mi tutoría fue desarrollado el trabajo de titulación: “Niveles de depresión en estudiantes de bachillerato general unificado de un colegio particular en la ciudad de Quito – Ecuador 2024” realizado por Kimberlly Paola Cruz Galarza con documento de identificación N° 1756151427 obteniendo como resultado final el trabajo de titulación bajo la opción Investigación que cumple con todos los requisitos determinados por la Universidad Politécnica Salesiana.

Quito, 05 de agosto del 2024

Atentamente,



---

Cristhian Fabricio Morales Fonseca  
1724253875

## Índice

Datos informativos del proyecto.....	1
Objetivo.....	1
Objetivo general: .....	1
Objetivos específicos:.....	1
Eje de la intervención o investigación.....	2
Capítulo 1: Depresión .....	3
Antecedentes históricos de la depresión.....	3
Clasificación de Trastornos depresivos.....	4
Trastorno depresivo mayor.....	4
Trastorno depresivo persistente .....	4
Trastorno disfórico premenstrual.....	5
Trastorno depresivo debido a otra enfermedad .....	5
Trastorno depresivo inducido por fármacos u otras sustancias .....	5
Episodios afectivos.....	6
Episodio depresivo mayor .....	6
Episodio maniaco .....	8
Episodio mixto.....	9
Factores de riesgo asociado con la depresión.....	10
Factores Genéticos:.....	10
Factores Demográficos, Socioeconómicos y Culturales: .....	10

Factores Psicológicos: .....	11
Factores Relacionados con el Estilo de Vida: .....	11
Causas De Depresión .....	12
Causas Genéticas .....	13
Familia.....	13
Relación con el género: .....	13
Estilo de pensamiento:.....	13
Sucesos vitales estresantes: .....	14
Administración de fármacos.....	14
Consecuencias De La Depresión.....	14
Signos y síntomas de la depresión.....	16
Según el CIE- 10.....	16
Segun el DSM-5 .....	19
Tratamiento de los trastornos depresivos .....	20
Psicoterapia.....	20
Psicoeducación .....	21
Farmacoterapia .....	21
Depresión desde el modelo cognitivo conductual.....	22
Depresión Según Beck .....	23
Esquemas cognitivos .....	25

Creencias .....	26
Dinámica entre Esquemas y Creencias.....	27
Pensamientos Automáticos.....	27
Capítulo 2: Adolescencia .....	28
Conceptualización de la adolescencia: .....	28
Vivencia de la pubertad.....	29
Características generales de la adolescencia .....	30
Problemas asociados a la adolescencia .....	32
Problemas relacionados a la salud.....	32
Estado del sueño .....	33
Imagen corporal.....	34
Antecedentes históricos de la adolescencia dentro de la psicología .....	35
Teorías de la adolescencia.....	38
Teorías cognitivas.....	38
Teorías psicoanalíticas.....	39
Teorías conductuales .....	41
Depresión en adolescentes .....	42
Objeto de la intervención o de la práctica de investigación/intervención. ....	44
Metodología .....	47
Instrumentos .....	49

Preguntas clave .....	50
Organización y procesamiento de la información .....	50
Población Estudiada .....	50
Variables de estudio .....	51
Variables sociodemográficas .....	51
Variables medidas por el instrumento aplicado.....	51
Instrumentos de recolección de datos.....	52
Inventario de Depresión de Beck-II.....	52
Análisis de la información .....	52
Justificación .....	53
Caracterización de los beneficiarios .....	57
Interpretación .....	59
Nivel de educación de los participantes .....	59
Edad de los Participantes.....	59
Genero de los participantes .....	61
Niveles de depresión en sujetos femeninos.....	62
Niveles de depresión en sujetos masculinos .....	64
Niveles de depresión generales .....	65
Principales logros del aprendizaje .....	69
Conclusiones.....	70

Recomendaciones ..... 72

Bibliografía ..... 74

## Índice de Tablas

<b>Tabla 1</b>	Consecuencias de la Depresión.....	15
<b>Tabla 2</b>	Signos y Síntomas de la Depresión Según el CIE 10 .....	16
<b>Tabla 3</b>	Signos y Síntomas de la Depresión Según el DSM-5.....	19
<b>Tabla 4</b>	Distorsiones en el Procesamiento de la Información.....	23
<b>Tabla 5</b>	Teorías Cognitivas de la Adolescencia.....	38
<b>Tabla 6</b>	Teorías Psicoanalíticas de la Adolescencia.....	39
<b>Tabla 7</b>	Teorías Conductuales de la Adolescencia.....	41
<b>Tabla 8</b>	Instrumento BDI-2 .....	49

## Índice de Figuras

Figura 1: Nivel de educación de los participantes .....	59
Figura 2: Edad de los participantes .....	59
Figura 3: Genero de los participantes .....	61
Figura 4: Niveles de depresión en participantes femeninos.....	62
Figura 5: Niveles de depresión en sujetos masculinos.....	64
Figura 6: Niveles de depresión generales .....	65

## Índice de gráficos

Gráfico 1 .....	24
Gráfico 2 .....	25



## **Resumen**

El presente proyecto de investigación realizado en estudiantes de bachillerato general unificado de un colegio privado en Quito, Ecuador, tuvo como objetivo principal identificar los niveles de depresión en esta población durante el año 2024. Para ello, se aplicó el Test de Beck (BDI-2), una herramienta ampliamente reconocida para evaluar la depresión. La investigación reveló hallazgos significativos y aportó valiosas lecciones sobre la prevalencia y características de la depresión en adolescentes. La investigación se llevó a cabo con una muestra representativa de estudiantes, y los datos recolectados se analizaron detalladamente para proporcionar una comprensión integral de la situación. Se identificó que la depresión es una condición prevalente y significativa en este grupo etario, afectando el rendimiento escolar, las relaciones sociales y la calidad de vida. Los resultados mostraron que el 29% de los participantes presentó síntomas mínimos de depresión, el 21% tenía depresión leve, el 28% experimentaba depresión moderada, y el 22% sufría de depresión grave. Estos hallazgos subrayan la necesidad de implementar programas de apoyo efectivos y de psicoeducación dentro de la comunidad educativa.

La investigación destacó la alta prevalencia de la depresión en adolescentes y la importancia de abordar esta problemática de manera integral. Además, se subrayó la necesidad de programas de apoyo y psicoeducación para prevenir y tratar la depresión en este grupo. Las recomendaciones incluyen la implementación de fases preliminares de sensibilización, el uso de tecnología avanzada para la recolección y análisis de datos, y la adopción de enfoques mixtos que combinen métodos cuantitativos y cualitativos

### **Palabras clave:**

Depresión, adolescencia, Test BDI-II

## **Abstract**

This research project, conducted with high school students from a private school in Quito, Ecuador, aimed to identify the levels of depression in this population during 2024. The Beck Depression Inventory (BDI-2), a widely recognized tool for assessing depression, was utilized. The study revealed significant findings and provided valuable insights into the prevalence and characteristics of depression in adolescents.

The research was carried out with a representative sample of students, and the collected data were analyzed in detail to offer a comprehensive understanding of the situation. It was found that depression is a prevalent and significant condition in this age group, affecting academic performance, social relationships, and quality of life. The results showed that 29% of participants exhibited minimal symptoms of depression, 21% had mild depression, 28% experienced moderate depression, and 22% suffered from severe depression.

These findings highlight the need for effective support programs and psychoeducation within the educational community. The research emphasized the high prevalence of depression in adolescents and the importance of addressing this issue comprehensively. Additionally, the necessity for support programs and psychoeducation to prevent and treat depression in this group was underscored. The recommendations include the implementation of preliminary awareness phases, the use of advanced technology for data collection and analysis, and the adoption of mixed approaches combining quantitative and qualitative methods.

### **Keys words**

Depression, adolescents, BDI-II Test

## **Datos informativos del proyecto**

Niveles de depresión en estudiantes de bachillerato general unificado de un colegio particular en la ciudad de Quito – Ecuador 2024

Sistematización por Investigación:

Psicología Clínica

- Qué: Niveles de depresión
- Con quiénes: Adolescentes escolarizados de bachillerato
- Dónde: Dentro de una institución educativa particular de nivel medio.
- Cuando: Periodo académico 2024

### **Objetivo**

#### ***Objetivo general:***

Identificar los niveles de depresión en estudiantes de bachillerato general unificado de un colegio particular en la ciudad de Quito - Ecuador, 2024.

#### ***Objetivos específicos:***

- i. Describir los niveles de depresión en estudiantes de bachillerato general unificado de un colegio particular en la ciudad de Quito, Ecuador durante el año 2024.

- ii. Aplicar el Test de Beck (BDI) en la población de estudiantes de bachillerato general unificado de un colegio particular en la ciudad de Quito - Ecuador, en el año 2024.
- iii. Analizar las posibles causas subyacentes de los niveles de depresión identificados en estudiantes de bachillerato general unificado de un colegio particular en la ciudad de Quito, Ecuador, 2024.

### ***Eje de la intervención o investigación***

En el contexto acerca del estudio sobre los niveles de depresión en adolescentes, resulta primordial realizar una búsqueda de información clave que se centre en la exploración de este fenómeno. Este enfoque inicial permite enmarcar los conceptos y variables centrales que serán objeto de estudio, al explorar estas relaciones teorías se abre la puerta a una comprensión profunda del bienestar psicológico en esta etapa crucial de la vida.

## **Capítulo 1: Depresión**

### **Antecedentes históricos de la depresión**

La historia de la depresión se remonta a los tiempos de Hipócrates en el siglo IV A.C., quien describió a las víctimas de melancolía como personas delgadas, agitadas y con deseos de morir. Los griegos y romanos la asociaban frecuentemente con problemas amorosos. Posteriormente, durante la Edad Media, las ciencias médicas resurgieron con la influencia de la medicina árabe, quienes continuaron la tradición greco-romana.

A finales del siglo X y principios del XI, se documentaron casos de depresión agitada que son similares a los observados en la actualidad. Con el advenimiento de la época humanística de la psiquiatría en el siglo XVIII, se buscó reemplazar la crueldad con la bondad y comprensión en el tratamiento de los enfermos mentales. Autores como Falret y Kraepelin introdujeron términos como "locura maniaco-depresiva" para describir estas condiciones. Incluso en las culturas indígenas de América, se reconocía y trataba la depresión de forma empírica. En el Manuscrito Badiano del siglo XVI se ofrecían recomendaciones para el tratamiento de la melancolía, que incluían actividades alegres y distracciones.

En la actualidad, la importancia de los trastornos depresivos se destaca por su relación con el suicidio. En Estados Unidos, anualmente, se registran miles de suicidios, convirtiéndose en una de las principales causas de muerte entre los jóvenes.. En Japón, la incidencia de suicidios es aún mayor. En México, aunque la frecuencia de suicidios es menor que en otros países, los trastornos depresivos siguen siendo una preocupación. La depresión enmascarada, donde los síntomas depresivos se ocultan detrás de síntomas somáticos, es un desafío diagnóstico común. El

reconocimiento y comprensión de la depresión a lo largo de la historia ha evolucionado, pero sigue siendo un desafío médico y social importante en la actualidad (Narváez, págs. 80-81).

### **Clasificación de Trastornos depresivos**

Según el DSM-5, los trastornos depresivos se distinguen por la persistencia de sentimientos de tristeza que duran lo suficiente como para afectar la funcionalidad diaria de una persona, destacando la disminución del interés o placer (anhedonia). Aunque el término depresión se emplea para referirse en general a los trastornos depresivos, existen varias clasificaciones específicas:

#### ***Trastorno depresivo mayor***

Se caracteriza por episodios depresivos profundos que afectan la vida cotidiana, entre sus principales síntomas se incluyen: sentimientos persistentes de tristeza, falta de interés o placer en actividades habituales, cambios significativos en el apetito y el sueño, baja energía, dificultades en la concentración y pensamientos de muerte o suicidio. La duración de estos síntomas implica episodios de al menos dos semanas (Association, American Psychiatric, 2014).

#### ***Trastorno depresivo persistente***

También conocido como distimia, es un trastorno depresivo crónico y de larga duración, se caracteriza por síntomas relativamente menos intensos que los de la depresión mayor, pero persisten al menos dos años en adultos, un año en niños o adolescentes. Incluye síntomas como cambios en el apetito y sueño, falta de energía, baja autoestima, dificultades para tomar decisiones, etc. (Association, American Psychiatric, 2014).

### ***Trastorno disfórico premenstrual***

Se presenta en algunas mujeres y se manifiesta con síntomas emocionales y físicos graves en la fase lútea del ciclo menstrual, los síntomas pueden incluir cambios de humor, irritabilidad, ansiedad, fatiga, cambios en el apetito y problemas para concentrarse. Los síntomas deben ser graves como para interferir en la vida cotidiana (Association, American Psychiatric, 2014).

### ***Trastorno depresivo debido a otra enfermedad***

Este trastorno hace referencia a la presencia de síntomas depresivos consecuencia directa de una condición médica específica, puede ser causado por enfermedades crónicas u otras condiciones médicas graves, en este caso el trastorno depresivo se considera una respuesta psicológica y fisiológica a la enfermedad física (Association, American Psychiatric, 2014).

### ***Trastorno depresivo inducido por fármacos u otras sustancias***

Este trastorno se manifiesta cuando los síntomas depresivos son causados por la ingesta de sustancias o medicamentos, debido a que algunas de estas como el alcohol o drogas ilícitas, pueden tener efectos depresores en el sistema nervioso central (Association, American Psychiatric, 2014).

Por otro lado, datos de la Organización Mundial de la Salud revelan que el 3,8% de la población experimenta depresión, lo cual abarca un 5% de adultos y se resalta la prevalencia del trastorno en mujeres, a nivel global existen alrededor de 280 millones de personas diagnosticadas con depresión y anualmente más de 700,000 personas pierden la vida a causa del suicidio, situándose actualmente como la cuarta causa de muerte en un grupo etario que abarca a adolescentes desde los 15 años hasta adultos jóvenes de 29 años (Organización Mundial de la

Salud, 2023).

Aunque los datos son revelan situaciones catastróficas referentes a los trastornos depresivos, “estos no tienen una teoría dominante que la explique si no que esta condición está reconocida como un trastorno resultado de interacción bio-psico-sociales, lo cual representa una prevalencia en individuos que se han visto en la necesidad de enfrentarse a eventos adversos” (González González, Fernández Rodríguez, Pérez Rodríguez, & Amigo, 2006). Así como Solís, señala que estudiar las cifras de ideación suicida y de suicidio como tal es de suma importancia entre muchas razones, porque permiten la identificación de factores protectores y de riesgo, lo cual podría sumar en las estrategias de intervención y prevención por lo que la sintomatología depresiva esta fuerte mente asociada a estos factores (Solís Cámara Reséndiz, Meda Lara, Moreno Jiménez, & Palomera Chávez, 2018)

### **Episodios afectivos**

El DSM-V establece criterios claros y detallados para diagnosticar un episodio depresivo mayor, enfatizando la duración, la naturaleza de los síntomas, su persistencia, y el impacto en la vida del individuo. El diagnóstico no solo se basa en la presencia de ciertos síntomas, sino también en la evaluación de su severidad y el grado en que afectan el bienestar general y la funcionalidad del paciente.

#### ***Episodio depresivo mayor***

- Período de al menos 2 semanas: El diagnóstico requiere un período mínimo durante el cual los síntomas están presentes.
- Pérdida de interés/placer o estado de ánimo deprimido: Estos son síntomas centrales,

esenciales para el diagnóstico, el estado de ánimo puede ser irritable en lugar de triste en adolescentes y niños .

- Novedad o empeoramiento: Los síntomas deben ser de nueva aparición o un claro empeoramiento en comparación con el estado previo del individuo.

Para un diagnóstico, además del estado de ánimo deprimido o la anhedonia, deben estar presentes al menos cuatro de los siguientes síntomas:

- Cambios en apetito o peso: Esto puede incluir aumento o disminución significativos.
- Alteraciones del sueño: Insomnio o hipersomnia.
- Actividad psicomotora: Agitación o enlentecimiento psicomotor.
- Falta de energía: Sentimientos persistentes de fatiga o agotamiento.
- Sentimientos de infravaloración o culpa: Pueden ser inapropiados o excesivos.
- Dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones: Incluye problemas de concentración y toma de decisiones.
- Pensamientos de muerte o suicidio: Incluye ideación suicida recurrente, planes o intentos suicidas.

Datos sugieren que la manifestación de los síntomas puede cambiar con la edad, las quejas somáticas como cefaleas, dolores abdominales, etc. son habituales en niños, el enlentecimiento psicomotor, hipersomnia son frecuentes antes de la pubertad, en el periodo de la pubertad se presentan de manera simultánea con trastornos pudiendo ser de comportamiento perturbador, trastornos por déficit de atención y trastornos de ansiedad. Finalmente, en los adolescentes los episodios depresivos mayores suelen ir asociados a trastornos disociales, trastornos por déficit de atención, trastornos de ansiedad, trastornos relacionados con sustancias

y trastornos de la conducta alimentaria (Amores, 2012).

### ***Episodio maniaco***

- Estado de ánimo anormal: El episodio maníaco esta caracterizado por un estado de ánimo anormalmente elevado, expansivo o irritable.
- Duración: Este estado de ánimo debe durar al menos una semana, a menos que se requiera hospitalización, lo que podría acortar el período de observación necesario para el diagnóstico.

### **Comportamientos y consecuencias**

- Negación y resistencia al tratamiento: Los individuos frecuentemente no reconocen su condición y pueden resistirse al tratamiento.
- Cambios impulsivos y llamativos: Cambios impulsivos en apariencia personal y comportamiento, como vestimenta llamativa o viajes impulsivos, son comunes.
- Comportamientos desorganizados: Participación en actividades desorganizadas o raras, y comportamientos antisociales como el juego patológico.
- Consecuencias adversas: La hiperactividad y el empobrecimiento del juicio pueden llevar a hospitalizaciones involuntarias, problemas legales o económicos graves.
- Deterioro de consideraciones éticas: Incluso individuos habitualmente responsables pueden olvidar sus consideraciones éticas durante un episodio maníaco.
- Hostilidad y agresión: Algunos sujetos pueden volverse hostiles, amenazantes, físicamente agresivos o suicidas, especialmente si hay síntomas psicóticos presentes.

### **Síntomas adicionales**

Para diagnosticar un episodio maníaco, además del estado de ánimo anormal, es necesaria la presencia de al menos tres de los siguientes síntomas:

- Aumento del autoconcepto o grandiosidad: El individuo puede tener una autoestima inflada, llegando a niveles delirantes.
- Disminución de la necesidad de dormir: Las personas pueden sentirse descansadas después de pocas horas de sueño.
- Lenguaje verborreico: El habla puede ser rápida, continua y difícil de interrumpir.
- Fuga de ideas: Los pensamientos pueden saltar rápidamente de un tema a otro.
- Distraibilidad: La atención del individuo se desvía fácilmente por estímulos irrelevantes.
- Aumento de las actividades intencionadas o agitación psicomotora: Puede haber una mayor participación en actividades dirigidas a un objetivo o agitación sin propósito.
- Implicación excesiva en actividades placenteras con potencial de consecuencias graves: Esto incluye comportamientos impulsivos como gastar dinero irresponsablemente, comportamientos sexuales riesgosos, o inversiones arriesgadas.

Los episodios maníacos en adolescentes tienden a presentar síntomas psicóticos y pueden estar vinculados a problemas de conducta en la escuela, comportamiento antisocial, fracaso académico o consumo de sustancias.

### ***Episodio mixto***

- Período mínimo: Un episodio mixto se define como un período de al menos una semana.
- Cumplimiento de criterios: Durante este tiempo los síntomas estarán presentes la

mayoría de días y se cumplen los criterios tanto para un episodio maníaco como para un episodio depresivo mayor.

- Estado de ánimo: Los estados de ánimo pueden alternar rápidamente entre tristeza, irritabilidad y euforia.
- Disforia predominante: Los episodios mixtos suelen acompañarse de más disforia (malestar emocional) en comparación con los episodios maníacos, lo que puede hacer que los sujetos sean más proclives a buscar ayuda médica.

### **Factores de riesgo asociado con la depresión**

Existe un consenso en el hecho de que los trastornos depresivos pueden aparecer por la interacción de distintos factores que resultan predisponentes, entre los cuales se encuentran:

#### ***Factores Genéticos:***

Existen pruebas sustanciales que respaldan la contribución genética en los trastornos afectivos, aunque persisten interrogantes sobre el modelo de transmisión y su relevancia patogénica indican que los estudios de asociación del genoma humano han identificado diversos genes involucrados que interactúan con el entorno. En algunos casos, el impacto de los factores genéticos está influenciado por los factores ambientales. Por ejemplo, el gen que codifica el promotor del transportador de serotonina se ha asociado con un mayor riesgo de depresión, pero esta predisposición solo se manifiesta en presencia de factores estresantes (Alvarez de Mon, Vidal, Ortuno, & Llaveró Valero, 2019).

#### ***Factores Demográficos, Socioeconómicos y Culturales:***

La prevalencia de la depresión es aproximadamente el doble en mujeres que, en hombres,

la mayor susceptibilidad femenina se atribuye a factores psicológicos, socioeconómicos y culturales, incluyendo roles de género que favorecen la discriminación o violencia contra la mujer. El bajo nivel socioeconómico y educativo están vinculados consistentemente con un mayor riesgo de mantener trastornos depresivos, con un patrón gradual de dosis-respuesta. La relación entre enfermedad y pobreza, el aislamiento y la exclusión social igualmente favorecen el desarrollo de trastornos mentales, especialmente la depresión. La calidad de las relaciones sociales y familiares, junto con el capital social, se asocian a un menor riesgo de depresión (Alvarez de Mon, Vidal, Ortuno, & Llaveró Valero, 2019).

#### ***Factores Psicológicos:***

Desde el modelo cognitivo de Beck, se entiende que la depresión está caracterizada por un procesamiento negativo que distorsiona la realidad, manifestado en la tríada cognitiva. Factores que afectan el desarrollo psicológico de adolescentes y niños, el suicidio o divorcio de los padres, la presencia de morbilidad psiquiátrica y el número de cambios en la estructura familiar, se pueden asociar con efectos adversos a largo plazo, incrementando el riesgo de depresión en la edad adulta. Entre los factores de personalidad, el neuroticismo, la tendencia a la ansiedad o la baja autoestima se relacionan con un mayor riesgo de depresión (Beck, Emery, & Greenberg, 1985).

#### ***Factores Relacionados con el Estilo de Vida:***

El tabaquismo, el consumo problemático de alcohol y el uso de cannabis se asocian con un mayor riesgo de depresión. La actividad física regular tiene efectos preventivos frente al desarrollo de depresión o síntomas depresivos. Un estudio en EE. UU. Realizado reveló que aquellos que realizaban actividad física regular tenían mejores niveles de bienestar mental (Molero, y otros,

2017). En otros casos como “En el caso de los estudiantes factores serían relaciones familiares y sociales, cantidad de actividades extracurriculares y el nivel de presión que soportan” (Ayala Servín, y otros, 2021).

### **Causas De Depresión**

La depresión es un trastorno complejo con múltiples factores implicados, existen factores relacionados con la personalidad del paciente como la inseguridad, la dependencia o el perfeccionismo que pueden llegar a predisponer al individuo a sufrir este trastorno, además de factores ambientales como problemas económicos, familiares o de salud. Desde una perspectiva biológica se destacan alteraciones cerebrales como el mal funcionamiento de áreas como el área frontal y límbica, así como alteraciones en neurotransmisores como la serotonina, noradrenalina y dopamina cuya comunicación defectuosa o incorrecta entre neuronas se asocia a la depresión (Fundación BBVA, s.f.).

En estudios sobre los orígenes de la depresión endógena se destacan las disfunciones monoaminérgicas, que comprueban las teorías biológicas, ya que estas implican bajos niveles de neurotransmisión de aminas en el cerebro, como la serotonina y la noradrenalina. También mencionan las alteraciones neuroendocrinas, que señalan una disminución en la secreción de ciertas hormonas, como el cortisol, en el eje hipotálamo-hipofisario-suprarrenal y finalmente, se refieren a las alteraciones neuroanatómicas, relacionadas con disfunciones en circuitos cerebrales como el circuito límbico-talámico-cortical, así como en estructuras específicas como el hipocampo y la amígdala. Estos tres tipos de alteraciones, según los autores, contribuyen al panorama complejo de la depresión (Matos & Manzano, 2021).

### ***Causas Genéticas***

Se sugiere la existencia de factores genéticos y hereditarios, sin embargo la importancia de los genes es distinta para los respectivos tipos de depresión. Por ejemplo, dentro de la depresión grave existe más prevalencia que en la leve, en el trastorno bipolar y en la depresión de personas de un grupo etario más joven (San Molina & Arranz Martí, 2010).

### ***Familia***

Cualquier tipo de pérdida o duelo influye en la aparición del trastorno, ya sea pérdidas familiares de padres, hijos, abuelos y hermanos, así como de conyugues (San Molina & Arranz Martí, 2010).

### ***Relación con el género:***

Para el lado femenino la depresión se manifiesta con una frecuencia casi del doble en comparación a los hombres, siendo este grupo el menos problemático en la toma de consciencia del sufrimiento del trastorno, existen presiones sociales que pueden ser la causa, así como también, factores hormonales. Por otra parte, los hombres tienen una tendencia de negación ante el padecimiento del trastorno por lo que suelen ocultar los síntomas del trastorno. Son más propensos a cometer suicidio con un índice cuatro veces mayor al de las mujeres, además el alcohol y las drogas son de uso frecuente, y la manifestación de esta se centra en la irritabilidad, ira y desaliento más que en la desesperanza o desamparo (San Molina & Arranz Martí, 2010).

### ***Estilo de pensamiento:***

Las personas con depresión presentan una minimización de sus éxitos y la recreación de

sus errores al contrario del pensamiento positivo habitual (San Molina & Arranz Martí, 2010).

### ***Sucesos vitales estresantes:***

La depresión es más frecuente en los 6 meses posteriores a alguno de los siguientes eventos: Muerte de un ser querido, divorcio, matrimonio, pérdida empleo, encarcelamiento, jubilación, aparición de enfermedades físicas (San Molina & Arranz Martí, 2010).

### ***Administración de fármacos:***

Algunos fármacos pueden estar implicados en la aparición del trastorno, así como las drogas y el alcohol (San Molina & Arranz Martí, 2010).

## **Consecuencias De La Depresión**

La Asociación Nacional de Medicina Mental señala que un aproximado de 1 de cada 5 adolescentes experimenta un episodio depresivo antes de cumplir a los 18 años, observando que su tasa de depresión aumenta entre los 13 y 18 años, siendo de esta manera que el suicidio constituye la tercera causa de muerte entre jóvenes de 15 y 25 años. Las tasas de prevalencia de depresión en adolescentes y adultos jóvenes se sitúan alrededor del 5.7%, con altas tasas de recaída, las consecuencias negativas a largo plazo en este grupo etario oscilan entre dificultades en la convivencia y socialización, bajo rendimiento escolar y un aumento en el riesgo de autolesiones y suicidio (Asociación Nacional de Medicina Mental [ANMM], 2017).

Entre las consecuencias más comunes en la población que padece de este trastorno podemos encontrar:

**Tabla 1***Consecuencias de la Depresión*

<b>Categoría</b>	<b>Consecuencia</b>
<b>Adicciones</b>	Automedicación con sustancias como alcohol y drogas
<b>Comportamientos de riesgo</b>	Comportamientos poco saludables, como conducir bajo la influencia del alcohol, debido a la falta de cuidado y la dificultad para pensar con claridad
<b>Rendimiento deficiente</b>	Afectaciones negativas en el rendimiento laboral o académico debido a la disminución de las capacidades cognitivas, la falta de concentración y la dificultad para cumplir con responsabilidades
<b>Problemas sociales o de pareja</b>	Causa aislamiento social y conflictos en las relaciones personales debido a la falta de gestión emocional y la tendencia a alejarse de los seres queridos.
<b>Problemas de salud física</b>	Afectaciones en el apetito, el sueño y la energía, debilitando el sistema inmunitario y aumentando el

	riesgo de enfermedades físicas.
<b>Autolesiones</b>	Se recurre a la autolesión como una forma de hacer frente al sufrimiento psicológico, lo que puede resultar en lesiones graves.
<b>Suicidio</b>	Aumento del riesgo de ideación y comportamientos suicidas

Fuente: (Fernández, 2023).

### **Signos y síntomas de la depresión**

*Según el CIE- 10*

**Tabla 2**

#### *Signos y Síntomas de la Depresión Según el CIE-10*

<b>Criterios de Gravedad</b>	<b>Adultos</b>	<b>Niños y Adolescentes</b>
<b>Duración del episodio</b>	-Mínimo dos semanas.  -No se puede atribuir al abuso de sustancias psicoactivas o a trastornos mentales orgánicos.	Mínimo dos semanas.
<b>Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas:</b>		

<b>Humor depresivo</b>	Presente la mayor parte del tiempo y casi todos los días, con poca variación debido a las circunstancias ambientales.	Similar a adultos, pero los niños más pequeños o con desarrollo lingüístico o cognitivo inmaduro presentan quejas físicas vagas o expresión facial triste.
<b>Intereses perdidos</b>	Marcada pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar de actividades placenteras.	Pérdida de interés en el juego, en el ocio en general o en las actividades escolares.
<b>Falta de vitalidad</b>	Falta de vitalidad o aumento de la fatigabilidad.	Falta de juego con los compañeros, rechazo del colegio o frecuentes ausencias al mismo.
<b>Síntomas de la lista para suma total de al menos cuatro:</b>		
<b>Auto-desvalorización</b>	Pérdida de confianza y autoestima, acompañada de sentimientos de inferioridad.	Puede manifestarse como auto-desvalorización, similar a lo que se observa en los adultos.
<b>Pensamientos suicidas</b>	Pensamientos periódicos de muerte o suicidio, o cualquier tipo de conducta suicida.	Señales no verbales de conducta suicida, incluyendo comportamientos de riesgo repetidos.
<b>Dificultades de concentración</b>	Disminución o quejas sobre la capacidad de concentrarse y de pensar.	Dificultades con la atención y la concentración que se manifiestan en problemas de comportamiento o

		bajo rendimiento escolar.
<b>Cambios de actividad psicomotriz</b>	Cambios de actividad psicomotriz, con agitación o inhibición.	Puede observarse comportamiento hiperactivo junto al cambio en el estado de ánimo,
<b>Alteraciones del sueño</b>	Alteraciones del sueño de cualquier tipo.	Similar a adultos.
<b>Cambios de apetito</b>	Cambios del apetito (disminución o aumento) con correspondiente modificación del peso.	Los niños pueden dejar de ganar peso más que perderlo.
<b>Síndrome somático</b>	Puede existir o no síndrome somático.	Síntomas físicos y quejas somáticas, son frecuentes en niños.
<b>Criterios de Gravedad</b>	<b>Episodio Depresivo Leve</b>	<b>Episodio Depresivo Moderado</b>
<b>Adultos y Niños/Adolescentes</b>	Están presentes dos o tres síntomas del criterio B. Es probable que una persona con un episodio leve pueda continuar con la mayoría de sus actividades.	Están presentes al menos dos síntomas del criterio B junto con síntomas del criterio C, sumando un mínimo de 6 síntomas. Una persona con un episodio moderado probablemente tendrá dificultades para continuar con sus actividades.

Fuente: ( World Health Organization, 2010).

*Segun el DSM-5*

**Tabla 3**

***Signos y Síntomas de la Depresión Según el DSM-5***

<b>Criterios Diagnósticos de Trastorno de Depresión Mayor según DSM-5</b>
<p><b>A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio de funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de placer.</b></p> <p>1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas. (Nota: en niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable).</p> <p>2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).</p> <p>3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso, o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: en los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado).</p> <p>4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.</p> <p>5. Agitación o enlentecimiento psicomotor casi todos los días.</p> <p>6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.</p> <p>7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).</p> <p>8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).</p> <p>9. Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.</p>

<b>B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.</b>
<b>C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.</b>
<b>D. El episodio de depresión mayor no se comprende mejor si se atribuye a un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado dentro del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.</b>
<b>E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.</b>

Fuente: (Association, American Psychiatric, 2014).

### **Tratamiento de los trastornos depresivos**

La psicoterapia se considera la opción principal para tratar la depresión leve y moderada, sin embargo, la terapia cognitivo-conductual la más empleada, así mismo, la farmacoterapia se elige para casos de depresión moderada a severa, depresión psicótica o cuando la psicoterapia no ha sido efectiva en la depresión leve a moderada. Por lo tanto, el tratamiento es multimodal, involucrando intervenciones individuales, familiares, grupales y farmacológicas (Harrison, Beck, & Buceta, 1984).

#### ***Psicoterapia***

Las intervenciones psicoterapéuticas son una parte fundamental en el tratamiento de la depresión. Las terapias más comunes incluyen:

**Terapias cognitivo-conductuales**, incluyen entrenamientos en habilidades sociales, resolución de problemas (a veces acompañado de relajación), y terapia racional emotiva, entre otros. Estas terapias se enfocan en que el paciente adquiera nuevas habilidades para percibir, comprender y reaccionar ante las dificultades, reduciendo así la duración y gravedad de la

enfermedad. Su duración es generalmente corta, alrededor de 12-20 sesiones, por otra parte, las **Terapias de grupo**, buscan desarrollar habilidades sociales y reducir el aislamiento social en adolescentes con depresión, así también las **Intervenciones sociofamiliares** involucran a padres y familiares, quienes deben conocer los síntomas de sus hijos, comprender sus actitudes, aceptar la enfermedad y evitar reforzar conductas negativas (Caro, 2006).

### ***Psicoeducación***

Esta intervención tiene como objetivo educar a los padres, educadores y adolescentes sobre la depresión como una condición biológica que no está completamente bajo el control del individuo. Se enfatiza la importancia de enseñar habilidades para manejar adecuadamente las emociones, resolver conflictos y desarrollar hábitos saludables en cuanto a nutrición, ejercicio y sueño. La anhedonia y la inexactitud de interés, junto con sentimientos de desesperanza, llevan a evitar responsabilidades académicas y sociales, agravando la depresión y favoreciendo el desarrollo de trastornos comórbidos como la fobia escolar. Es crucial estimular a los pacientes con depresión para que participen en actividades diarias normales (Amores, 2012).

### ***Farmacoterapia***

Los psicofármacos complementan y facilitan la psicoterapia, las medidas educativas y las intervenciones familiares y sociales. Hay pocos estudios que analicen el uso de antidepresivos en niños y adolescentes. El uso de medicamentos se recomienda en casos de depresión moderada a severa cuando: La psicoterapia no logra una mejoría adecuada, hay síntomas psicóticos presentes, existe un alto riesgo de suicidio, o el paciente rechaza la psicoterapia. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) son los medicamentos preferidos por su eficacia en tratar el trastorno depresivo, pocos efectos secundarios, fácil administración y baja

letalidad (Amores, 2012).

### **Depresión desde el modelo cognitivo conductual**

La terapia cognitivo-conductual abarca diversos enfoques terapéuticos que combinan intervenciones conductuales, las cuales buscan reducir conductas y emociones disfuncionales mediante la modificación del comportamiento, e intervenciones cognitivas, que pretenden disminuir esas conductas y emociones mediante la alteración de las evaluaciones y patrones de pensamiento del individuo. Estas intervenciones parten de la premisa de que las conductas desadaptativas son el resultado de aprendizajes previos. El objetivo principal de la terapia es reducir el malestar o la conducta no deseada desaprendiendo los comportamientos adquiridos y proporcionando nuevas experiencias más adaptativas (Sanz, 1996).

La perspectiva cognitivo-conductual postula que la cognición se entiende mejor en términos de estructuras cognitivas (organización interna de la información, memoria a corto y largo plazo, almacenamiento sensorial, etc.), contenido cognitivo (el contenido real que se almacena, conocimiento semántico, información generada internamente, creencias almacenadas, etc.), procesos cognitivos (cómo el sistema recibe, almacena, transforma y gestiona la salida de información, atención, elaboración cognitiva, codificación, recuperación, etc.) y productos cognitivos (resultados de la manipulación del sistema cognitivo, atribuciones, imágenes, creencias accedidas, decisiones, pensamientos, etc.) (Caro, 2006).

El modelo cognitivo-conductual en psicoterapia se sintetiza en el concepto de mediación cognitiva, que sostiene que la respuesta emocional o conductual a los estímulos depende en gran medida de la evaluación de dichos estímulos. Por ejemplo, las personas no se deprimen por el abandono de una pareja o por no aprobar un examen, sino por lo que piensan sobre esas

situaciones y sobre sí mismas en relación con sus objetivos y deseos, así como por la percepción que creen causar en los demás y en el mundo (Obst, 2008).

En la actualidad, la terapia cognitiva se distingue por su diversidad, variedad, amplio rango de aplicación y eficacia. Los problemas humanos se interpretan como conflictos de conocimiento y significado. Los terapeutas abordan los supuestos, premisas y actitudes de las personas, así como el impacto de los aspectos cognitivos en su bienestar. Las terapias cognitivas proporcionan diferentes soluciones al problema del significado y los mecanismos de cambio necesarios. Por ejemplo, para Ellis, el objetivo es desarrollar una filosofía de vida más racional, mientras que para Beck, es corregir el procesamiento distorsionado de la información.

### **Depresión Según Beck**

A partir de modelo cognitivo para la depresión se ha postulado que sus raíces se dan principalmente en el procesamiento de información, ya que, durante los episodios depresivos, ciertos esquemas mentales (representaciones duraderas del conocimiento y la experiencia previa) adquiridos en la infancia pero latentes se activan ante situaciones estresantes similares a aquellas en las que pudieron formarse, una vez activados estos esquemas influyen en la percepción y recuerdo de estímulos congruentes con ellos, lo que lleva a la persona a interpretar de manera negativa la realidad (Roca).

### **Tabla 4**

*Distorsiones en el Procesamiento de la Información*

<b>Distorsión en el Procesamiento de la Información</b>	<b>Definición</b>
---	-------------------

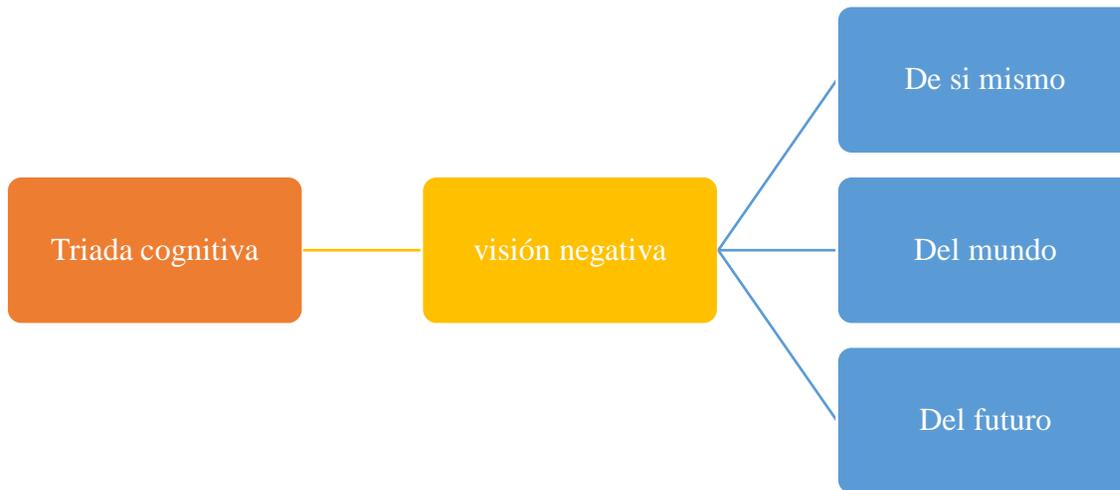
<b>Sobregeneralización</b>	Tendencia a sacar conclusiones generales a partir de un único incidente o prueba mínima.
<b>Pensamiento dicotómico</b>	Ver las situaciones en términos extremos, como todo o nada, bien o mal, sin matices intermedios.
<b>Inferencias arbitrarias</b>	Sacar conclusiones sin evidencia suficiente o con pruebas insuficientes, generalmente negativas.
<b>Magnificación-minimización</b>	Exagerar la importancia de los aspectos negativos de una situación (magnificación) y minimizar los positivos (minimización).
<b>Abstracción selectiva</b>	Centrarse únicamente en ciertos detalles negativos de una situación mientras se ignoran los positivos.
<b>Personalización</b>	Atribuir el fracaso o los eventos negativos a uno mismo, sin considerar factores externos

Fuete: (Roca).

Según Beck, el contenido de estos esquemas depresógenos se encuentra constituido por la “triada cognitiva” que es la visión negativa de sí mismo, el mundo y el futuro produciendo de esta manera distorsiones en el procesamiento de la información, generando alteraciones características de la depresión, como la tendencia a mantener una visión negativa de sí mismo y del mundo, a pesar de que existan interpretaciones alternativas más plausibles, que no son capaces de reconocerse en la realidad, estos procesos cognitivos distorsionados contribuyen a los s La terapia cognitiva se enfoca en identificar y cuestionar estas ideas y creencias desadaptativas para promover un cambio en la percepción y el procesamiento de la información del individuo deprimido. síntomas afectivos, conductuales, motivacionales y fisiológicos (Sanz, 1996).

### Gráfico 1

## *Triada cognitiva de Beck*



Nota. Elaborado por: Kimberlly Cruz, 2024

Las estructuras cognitivas, fundamentales en la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), se asocian intrínsecamente con los esquemas y las creencias. Los esquemas son patrones cognitivos estables utilizados para procesar información y atribuir sentido a la realidad, mientras que las creencias son los contenidos derivados de estos esquemas y la interacción con el mundo real.

### ***Esquemas cognitivos***

El concepto de esquemas, introducido por Bartlett (1932) y ampliado por Piaget (1951) y Neisser (1967), se refiere a las estructuras responsables de la atención selectiva y la percepción. Beck (1979) redefinió los esquemas como patrones cognitivos relativamente estables que permiten a los individuos localizar, codificar, y dar sentido a los datos del mundo. Los esquemas, adaptativos por naturaleza, se desarrollan a través de las interacciones con el entorno y están influenciados por factores genéticos. Aunque originalmente tienen una función adaptativa,

pueden volverse rígidos y desadaptativos, causando trastornos psicológicos “Todas las personas contamos con una serie de esquemas que nos permiten

seleccionar, organizar y categorizar los estímulos de tal forma que sean accesibles y tengan un sentido para nosotros, a su vez también posibilitan identificar y seleccionar las estrategias de afrontamiento que llevaremos a la acción” (Camacho, 2003).

### *Creencias*

Las creencias cognitivas son elementos centrales en la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) y desempeñan un papel crucial en la formación y el mantenimiento de los pensamientos, emociones y comportamientos de un individuo, se definen como las convicciones o juicios que una persona sostiene sobre sí misma, los demás y el mundo en general. Estas creencias se desarrollan a lo largo de la vida, influenciadas por las experiencias personales, la educación, la cultura y las interacciones sociales. Actúan como "mapas internos" que guían la interpretación y la respuesta a los eventos.

Existen dos tipos de creencias cognitivas, en primer lugar, las **Creencias Nucleares o centrales**: las cuales son creencias profundas y fundamentales que constituyen el núcleo del self de una persona. Estas creencias son difíciles de cambiar debido a su profundidad y la forma en que están integradas en la identidad del individuo. Entre sus características principales apreciamos que son estables y resistentes al cambio, proporcionan un sentido de identidad y pertenencia e influyen fuertemente en la interpretación de las experiencias y en la formación de otras creencias. Por otra parte, las **Creencias periféricas o secundarias**: son creencias menos fundamentales que se derivan de las creencias nucleares. Son más específicas y contextuales, y,

por lo tanto, más fáciles de cambiar pueden variar con distintas situaciones y experiencias (Camacho, 2003).

### *Dinámica entre Esquemas y Creencias*

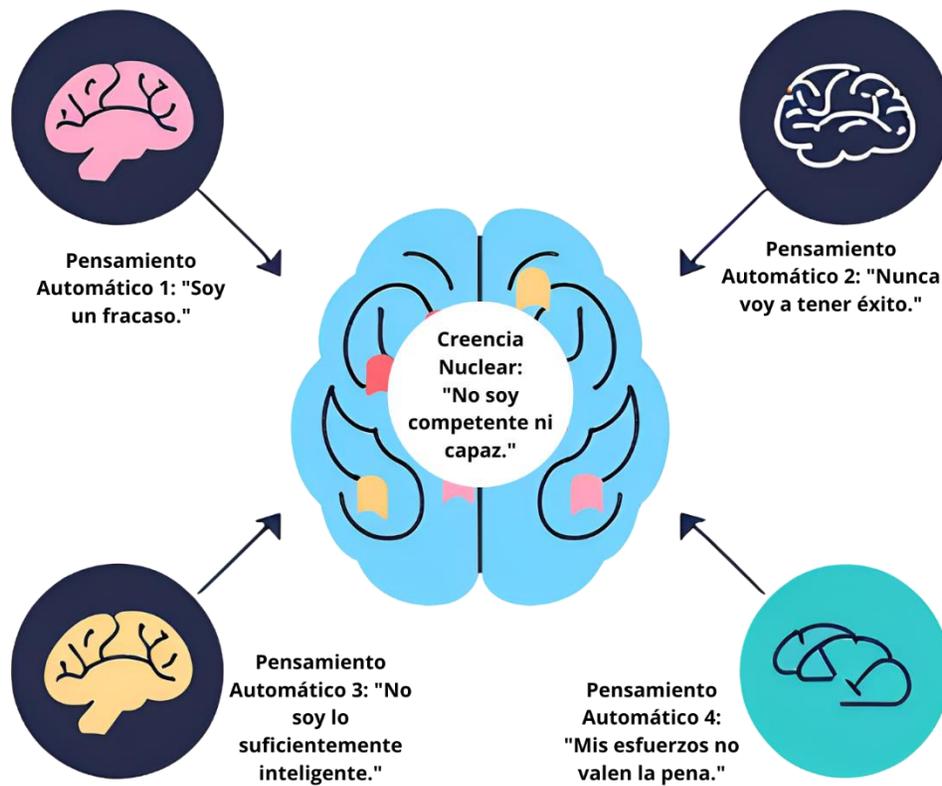
La relación dinámica entre esquemas y creencias es fundamental en la TCC. Los esquemas seleccionan y organizan la información, mientras que las creencias resultantes guían las interpretaciones y respuestas del individuo. La estabilidad y valencia de los esquemas influyen en su activación y adaptabilidad. Cuando los esquemas y creencias se vuelven desadaptativos, pueden generar trastornos psicológicos. La TCC se centra en modificar estas estructuras cognitivas para aliviar el malestar y mejorar el funcionamiento psicológico.

### *Pensamientos Automáticos*

El pensamiento humano se asocia generalmente con el flujo de la conciencia y consta de tres elementos principales: **La direccionalidad**, es la orientación hacia la cual se dirige el pensamiento. **El Curso** se refiere a la velocidad o ritmo del pensamiento y **El Contenido**: Referente a la sustancia o el tema específico del pensamiento. Los pensamientos automáticos se caracterizan por su naturaleza impositiva; emergen espontáneamente dentro del flujo del pensamiento normal y condicionan tanto su dirección como su curso. Estos pensamientos se aceptan con certeza absoluta, lo que impide su cuestionamiento y, a su vez, influye en la conducta y el estado afectivo de la persona. Generalmente son breves, telegráficos, y pueden manifestarse verbalmente o a través de imágenes. Su imposición sobre el individuo es lo que los convierte en automáticos (Camacho, 2003).

## **Gráfico 2**

*Pensamientos automáticos y creencia nuclear*



Nota. Elaborado por: Kimberlly Cruz, 2024

La psicoterapia cognitiva se centra en trabajar con estos diálogos internos que todos tenemos. Una gran parte de nuestra vida la pasamos hablándonos a nosotros mismos, un fenómeno que ya sorprendía a los filósofos griegos y que es responsable de muchas de nuestras experiencias, tanto positivas como negativas. Al repetirnos constantemente los mismos contenidos, terminamos creyendo en ellos con un alto nivel de certeza, sin someterlos a un juicio crítico.

## Capítulo 2: Adolescencia

### Conceptualización de la adolescencia:

La adolescencia es una etapa intermedia entre la niñez y la adultez, que comienza con los

cambios puberales y se distingue por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales. Estas transformaciones pueden generar crisis, conflictos y contradicciones, pero son fundamentalmente positivas. No es solamente un período de adaptación a los cambios corporales, sino una fase de grandes determinaciones hacia una mayor independencia psicológica y social para (Pineda Pérez & Aliño Santiago, 2002).

Y señalan que, de acuerdo con los conceptos convencionalmente aceptados por la Organización Mundial de la Salud, la adolescencia es la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, considerándose dos fases: la adolescencia temprana (10 a 14 años) y la adolescencia tardía (15 a 19 años) (Organización Mundial de la Salud, 2021).

### **Vivencia de la pubertad**

Al hablar de adolescencia se requiere incluir a la pubertad, término que hace referencia a la etapa en la que el individuo experimenta una serie de cambios en diferentes áreas, suele ocurrir entre los 10 y 13 años de edad, en los cuales el individuo experimenta en primer lugar, en el plano biológico se producen modificaciones endocrinas que desencadenan la aparición de características físicas como vello púbico y axilar, caracteres sexuales secundarios, la primera menarquia en las niñas y eyaculación seminal en los varones, por otra parte, los factores psicológicos y sociales se vinculan estrechamente en esta etapa desempeñando un papel crucial en la que el individuo experimenta y procesa cambios físicos y emocionales en la etapa (Pineda Pérez & Aliño Santiago, 2002)

En el plano psicológico, se dan transformaciones en el desarrollo libidinal, aumenta el

egocentrismo, se descubre la vida interna y la percepción de vivencias sexuales, el pensamiento sigue centrado en lo concreto, pero se observan avances hacia el pensamiento lógico-formal, además de la necesidad de distanciamiento de los padres. En ámbitos sociales las niñas comienzan a ensayar experiencias grupales mientras los varones se enfocan en actividades concretas como jugar fútbol, les resulta atractivo formar parte de grupos mixtos, pero les cuesta lograrlo y manifiestan comportamientos como burlas, desafíos y cuestionamientos unos a otros, la opinión de los amigos y compañeros adquiere gran importancia, así como el interés por temas como la justicia (Urquijo & Gonzalez, 1997).

### **Características generales de la adolescencia**

La adolescencia se caracteriza por eventos universales

- Crecimiento corporal dado por aumento de peso, aumento de estatura y cambios de las dimensiones y formas corporales. Al momento de mayor aceleración de la velocidad de crecimiento en esta etapa, se le denomina estirón puberal (Pineda Pérez & Aliño Santiago, 2002).
- Se produce un aumento de la masa muscular y de la fuerza muscular, más marcado en el varón, acompañado de un aumento en la capacidad de transportación de oxígeno, incremento de los mecanismos amortiguadores de la sangre, que permiten neutralizar de manera más eficiente los productos químicos derivados de la actividad muscular, también se produce un incremento y maduración de los pulmones y el corazón, teniendo por tanto un mayor rendimiento y recuperación más rápida frente al ejercicio físico (Pineda Pérez &

Aliño Santiago, 2002).

- El incremento de la velocidad de crecimiento, los cambios en la forma y dimensiones corporales, los procesos endocrino-metabólicos y la correspondiente maduración no siempre ocurren de manera armónica, por lo que es común que presenten torpeza motora, incoordinación, fatiga, trastornos del sueño, que pueden generar trastornos emocionales y conductuales de manera transitoria (Pineda Pérez & Aliño Santiago, 2002).
  
- El desarrollo sexual se caracteriza por la maduración de los órganos sexuales, la aparición de los caracteres sexuales secundarios y el inicio de la capacidad reproductiva. Los aspectos psicosociales se integran en una serie de características y comportamientos que, en mayor o menor grado, están presentes durante esta etapa:
  - Búsqueda de sí mismos y de su identidad, necesidad de independencia. ·
  
  - Tendencia grupal.
  
  - Evolución del pensamiento concreto al abstracto. Las necesidades intelectuales y la capacidad de utilizar el conocimiento alcanzan su máxima eficiencia (Pineda Pérez & Aliño Santiago, 2002).
  
  - Manifestaciones y conductas sexuales con desarrollo de la identidad sexual. ·  
Contradicciones en las manifestaciones de su conducta y constantes fluctuaciones de su estado anímico (Pineda Pérez & Aliño Santiago, 2002).

- Relaciones conflictivas con los padres que oscilan entre la dependencia y la necesidad de separación de los mismos (Pineda Pérez & Aliño Santiago, 2002).
- Actitud social reivindicativa: Durante este período, los jóvenes se vuelven más analíticos, empiezan a pensar de manera simbólica, formular hipótesis, corregir conceptos erróneos, explorar alternativas y llegar a conclusiones propias. Desarrollan una escala de valores que se ajusta a su percepción del mundo (Pineda Pérez & Aliño Santiago, 2002).
- La elección de una ocupación y la necesidad de adiestramiento y capacitación para su desempeño. Necesidad de formulación y respuesta para un proyecto de vida (Pineda Pérez & Aliño Santiago, 2002, págs. 17-18) .

## **Problemas asociados a la adolescencia**

### ***Problemas relacionados a la salud***

Este tipo de problemas en la adolescencia se consideran prevenibles, y se derivan del estilo de vida o la clase social, en el 2008 la OMS realizó una encuesta en la cual los resultados revelaron que adolescentes con mayores recursos económicos tienden a seguir dietas más saludables y a ser más activos físicamente. La actividad física o la falta de la misma tiene un gran impacto en la esfera de la salud tanto física como mental, ya que, participar activamente de estas actividades mejora la fortaleza, la resistencia, reduce la ansiedad, el estrés, aumenta la autoestima, las calificaciones escolares y el bienestar general, por ello, se recomienda que los adolescentes realicen al menos 60 minutos de actividad física diaria, con una intensidad

moderada a alta. La mayor parte de esta actividad debe ser aeróbica, complementada con ejercicios de fuerza que deben practicarse al menos tres veces por semana (García-Páramo Bernáldez, 2023).

### ***Estado del sueño***

Para comprender el problema del sueño en la adolescencia, es crucial conocer su fisiología. Durante más de 30 años, diversos estudios han examinado el sueño en niños y adolescentes, revelando que la necesidad de sueño no disminuye, sino que aumenta durante la pubertad, requiriendo entre 9 y 10 horas de sueño nocturno. La estructura del sueño también cambia significativamente, incluyendo una disminución del 40% en el sueño de ondas lentas, un aumento del sueño en estadio 2, y una reducción en la latencia para el primer episodio de sueño REM. La cantidad de sueño REM se correlaciona con el tiempo total de sueño, y reducir el sueño total implica reducir el sueño REM, crucial para el aprendizaje y la consolidación de la memoria (Monge Zamorano, Méndez Abad, Ferrández Gomáriz, Viota Puerta, & Pin Arboledas, 2017).

Los adolescentes tienden a retrasar sus horarios de acostarse y levantarse debido a cambios en la secreción de melatonina y mayor sensibilidad a la luz en la tarde-noche. La exposición a la luz durante este período, a menudo debido al uso de dispositivos electrónicos, afecta negativamente la regulación del sueño. Estudios muestran que más de la mitad de los adolescentes permanecen en línea o usan el móvil después de las 9:00 pm (Monge Zamorano, Méndez Abad, Ferrández Gomáriz, Viota Puerta, & Pin Arboledas, 2017).

Los trastornos del sueño, que afectan la capacidad para dormir adecuadamente, son especialmente prevalentes en adolescentes debido a su estilo de vida. Entre los principales trastornos se encuentran el insomnio y la fase retrasada del sueño, los cuales alteran los horarios

de alimentación y actividades diurnas, causando irritabilidad, deterioro cognitivo y bajo desempeño escolar. Es crucial que los padres estén atentos a los síntomas de trastornos del sueño en sus hijos, como bajo rendimiento escolar e irritabilidad. Para mejorar la calidad del sueño, los adolescentes deben dormir entre ocho y diez horas diarias, establecer una rutina de sueño, reducir la exposición a la luz antes de dormir y evitar el uso de dispositivos electrónicos y sustancias estimulantes. Además, realizar ejercicio físico en horarios adecuados y fomentar una cultura de sueño saludable en la familia contribuyen a un descanso adecuado. El sueño es fundamental para el crecimiento y desarrollo de los adolescentes, permitiendo un mejor rendimiento y bienestar general (Huerta Mendoza, 2023).

### ***Imagen corporal***

La imagen corporal es la representación mental y consciente que cada individuo construye y percibe de su cuerpo, influenciada por factores perceptivos, cognitivos, conductuales, emocionales y culturales. Esta imagen se forma a partir de la historia psicosocial, el autoconcepto y la autoestima del individuo, y es considerada variable a lo largo de la vida.

La adolescencia es una etapa crítica donde la apariencia física es de gran preocupación, determinada por factores internos y externos, género y normas de belleza sociales. Durante esta etapa, la imagen corporal es vital debido a los cambios físicos y puede tener repercusiones psicológicas como insatisfacción o distorsión corporal, especialmente en adolescentes con baja autoestima. La percepción corporal varía entre sexos: los varones desean mayor volumen corporal, mientras que las mujeres prefieren menor volumen, coincidiendo con algunos estudios, pero diferenciándose de otros que reportan ambos sexos deseando menor volumen corporal (Duno & Acosta, 2019).

La preocupación excesiva por el peso y la imagen corporal está provocando trastornos alimentarios como la anorexia y la bulimia nerviosa. Estos trastornos implican patrones anormales de ingesta de alimentos, como alimentación irregular, autoimposición de inanición o atracones de comida seguidos de vómitos autoinducidos o uso de laxantes para purgar el sistema digestivo. Estos trastornos crónicos afectan principalmente a adolescentes mujeres. La anorexia nerviosa, que generalmente comienza en la adolescencia, se caracteriza por una preocupación obsesiva por mantenerse delgado. Las personas con anorexia tienen una imagen corporal distorsionada y, a pesar de estar al menos un 15% por debajo de su peso corporal ideal, creen que están demasiado gordas. En la **bulimia**, una persona realiza atracones de comida regularmente en un corto periodo de tiempo, generalmente dos horas o menos, y luego intenta contrarrestar la alta ingesta calórica con vómito autoinducido (Amores, 2012).

### **Antecedentes históricos de la adolescencia dentro de la psicología**

Gérard Lutte (1991), nos presenta una revisión detallada sobre la manera de concebir la adolescencia a través del tiempo en su obra “Liberar la adolescencia”, tomando como primera parte del recorrido la historia antes de la segunda guerra mundial:

En la prehistoria se señala la existencia de menciones negativas sobre la juventud en tablillas talladas hace 4000 años atrás, por otro lado, filósofos como Platón y Aristóteles destacaron percepciones sobre la adolescencia describiéndola como una etapa de excitabilidad excesiva, discusiones interminables y desarrollo de la inteligencia y la razón. Uno de los autores que influye notablemente en las primeras teorías sobre la adolescencia fue Jean-Jacques Rousseau quien destaca este periodo de la vida como un segundo nacimiento, ya que aparecen los primeros rastros

de emotividad, conciencia moral y sentido social, estas primeras aproximaciones dan comienzo a la psicología científica de la adolescencia que terminan de consolidarse con la obra de Staley Hall (1904) llamada “Adolescencia” en donde se resalta que la adolescencia está marcada por cambios drásticos y tormentosos, así también es una etapa dominada por fuerzas meramente instintivas (Lutte, 1991).

Se dan las primeras teorías psicoanalíticas sobre la adolescencia por Freud abordando la adolescencia desde la perspectiva del desarrollo psicosexual y la recapitulación de experiencia pregenitales, seguido a ello Anna Freud amplía el enfoque psicoanalítico, destacando los conflictos, mecanismos de defensa y síntomas neuróticos en la etapa. Por otro lado surgen diversas investigaciones que desafían la concepción naturalista de la adolescencia enfatizando su variabilidad cultural y cuestionando la idea de una crisis universal, así surgiendo una perspectiva cultural que considera la adolescencia como una fase de preparación para la vida adulta que se encuentra influida por la formación burocrática y técnica en sociedades complejas, es así como autores como Vygotsky y otros teóricos destacan el papel de la cultura en el desarrollo psíquico, sugiriendo una comprensión más contextualizada de la adolescencia (Lutte, 1991, págs. 11- 22).

Al ocurrir la segunda guerra mundial el mundo da un giro de 360 grados nuevamente por lo cual el análisis de la adolescencia desde este acontecimiento se reanuda, ya que, se multiplican las investigaciones sociológicas sobre los jóvenes:

La influencia estadounidense en la psicología se vio sobre todo en la formación de profesionales en el área dentro de este territorio, así como también la traducción de varios libros

de psicología, el uso de pruebas de inteligencia y personalidad y el predominio de métodos experimentales, en este contexto autores como Blos y Erikson enfatizaron en la importancia del entorno social en la formación de la identidad durante la etapa que comprende la adolescencia, Blos sugirió la existencia de una adolescencia eterna, mientras que Erikson concibió el desarrollo como una interacción biopsicosocial en la que es necesario el reconocimiento social de la identidad. También se destacaron investigaciones sobre la socialización de los jóvenes y su integración o desviación de la sociedad (Lutte, 1991, págs. 23- 28).

Este contexto impulsa a Ausubel en el progreso de una teoría del desarrollo que se centraba en la evolución de “yo”, propuso que el desarrollo psíquico comienza con una fase de omnipotencia que se enfrenta a una crisis en el periodo de la adolescencia donde el individuo busca autonomía, este proceso es fundamental para el desarrollo adolescente, finalmente en los años 70 renace el termino de generación lo cual destaca el impacto de los movimientos sociales en la consciencia histórica de nuevas generaciones, se potencian movimientos como el de las mujeres, jóvenes trabajadores que ayudan a comprender la realidad de las clases populares, los homosexuales influyen el enfoque hacia los jóvenes diferentes, etc. considerando sus trayectorias de desarrollo durante la adolescencia (Lutte, 1991, págs. 23- 28).

## Teorías de la adolescencia

### *Teorías cognitivas*

**Tabla 5**

#### *Teorías Cognitivas de la Adolescencia*

Teoría	Principios	Enfoque	Aportaciones	Críticas
<b>Piaget</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Los niños construyen activamente su comprensión del mundo.</li><li>- La construcción cognitiva implica la organización y la adaptación.</li><li>- Cuatro estadios de desarrollo cognitivo: sensoriomotor, preoperacional, operaciones concretas y operaciones formales.</li></ul>	Desarrollo cognitivo	<ul style="list-style-type: none"><li>- Visión positiva del desarrollo.</li><li>- Énfasis en la construcción activa de la comprensión.</li><li>- Destaca la importancia de examinar los cambios evolutivos en el pensamiento.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Escepticismo sobre la exactitud de los estadios de Piaget.</li><li>- No presta suficiente atención a las variaciones individuales en el desarrollo cognitivo.</li></ul>

<b>Vygotsky</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Las habilidades cognitivas se entienden mejor evolutivamente.</li> <li>- Las habilidades cognitivas están mediadas por el lenguaje y las relaciones sociales.</li> <li>- Las habilidades cognitivas tienen su origen en las relaciones sociales y culturales.</li> </ul>	Sociocultural	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfoque evolutivo.</li> <li>- Énfasis en el papel del lenguaje y las relaciones sociales.</li> <li>- Importancia de las relaciones sociales y culturales en el desarrollo cognitivo.</li> </ul>	
<b>Procesamiento de la información</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La cognición implica manipular y procesar información.</li> <li>- Desarrollo gradual de la capacidad de procesamiento de información.</li> <li>- No se describe el desarrollo como una secuencia de estadios.</li> </ul>	Procesamiento de la información	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Detalladas descripciones de los procesos cognitivos.</li> <li>- Enfoque en el desarrollo gradual de la capacidad cognitiva.</li> <li>- No se adhiere a una secuencia de estadios de desarrollo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No describe el desarrollo como una secuencia de estadios.</li> </ul>

Fuente: (Santrock , 2004).

### *Teorías psicoanalíticas*

**Tabla 6**

#### *Teorías Psicoanalíticas de la Adolescencia*

<b>Teórico</b>	<b>Concepto Central</b>	<b>Descripción</b>	<b>Implicaciones para la Adolescencia</b>
----------------	-------------------------	--------------------	---

<b>Sigmund Freud</b>	Fase Genital	La adolescencia es la etapa en la que se reactivan los impulsos sexuales latentes y se orientan hacia la madurez sexual.	Conflictos con los padres, establecimiento de la identidad sexual, y resolución del complejo de Edipo.
<b>Anna Freud</b>	Duelo Adolescente	Los adolescentes experimentan un duelo por la pérdida de la simplicidad de la infancia y el enfrentamiento de nuevas responsabilidades.	Comportamientos contradictorios y fluctuantes, desarrollo de mecanismos de defensa.
<b>Erik Erikson</b>	Identidad vs. Confusión de Roles	La principal tarea del adolescente es desarrollar una identidad coherente y estable.	Crisis de identidad, búsqueda de sentido y propósito, experimentación con diferentes roles y valores.
<b>Peter Blos</b>	Segundo Proceso de Individuación	La adolescencia es una segunda etapa de separación-individuación, similar a la que ocurre en la infancia temprana.	Separación emocional de los padres, mayor autonomía, y establecimiento de una identidad independiente.
<b>Melanie Klein</b>	Relaciones Objétales	La adolescencia implica la reintegración de objetos buenos y malos internalizados durante la infancia.	Conflictos internos relacionados con las percepciones de uno mismo y de los demás, y desarrollo de relaciones más maduras.
<b>Donald Winnicott</b>	Espacio Transicional	Los adolescentes utilizan actividades y relaciones como espacios transicionales para explorar y consolidar su identidad.	Uso de hobbies, intereses y relaciones para manejar la ansiedad y el estrés del desarrollo.

<b>Jacques Lacan</b>	Estadio del Espejo y la Fase del Nombre-del-Padre	La adolescencia es una fase en la que se revisitan las estructuras del lenguaje y el deseo, influenciadas por la simbolización paterna.	Búsqueda de reconocimiento y validación, reinterpretación de la autoridad paterna y la estructura simbólica del lenguaje.
----------------------	---	---	---

Fuente: (Santrock , 2004).

### *Teorías conductuales*

**Tabla 7**

### *Teorías Conductuales de la Adolescencia*

<b>Teórico</b>	<b>Concepto Central</b>	<b>Descripción</b>	<b>Implicaciones para la Adolescencia</b>
<b>B.F. Skinner</b>	Condicionamiento Operante	Comportamiento moldeado por las consecuencias; refuerzos y castigos influyen en la conducta futura.	Reforzadores positivos y negativos pueden moldear el comportamiento adolescente en la escuela y el hogar.
<b>Albert Bandura</b>	Aprendizaje Social (o Aprendizaje Observacional)	Comportamiento aprendido a través de la observación y la imitación de modelos.	Los adolescentes imitan comportamientos de padres, pares y figuras mediáticas.
<b>Julian Rotter</b>	Teoría del Locus de Control	La percepción de control interno o externo sobre los eventos influye en la motivación y el comportamiento.	Adolescentes con un locus de control interno son más propensos a tomar decisiones autónomas.

<b>Edward Thorndike</b>	Ley del Efecto	Comportamientos seguidos de consecuencias satisfactorias tienden a repetirse; los seguidos de consecuencias insatisfactorias tienden a no repetirse.	Las experiencias positivas y negativas en la escuela y con los pares afectan la conducta adolescente.
<b>John Watson</b>	Condicionamiento Clásico	Aprendizaje de respuestas emocionales y fisiológicas a través de asociaciones repetidas entre estímulos.	Fobias y respuestas emocionales pueden desarrollarse en los adolescentes por experiencias previas.
<b>Clark Hull</b>	Teoría del Impulso	El comportamiento es una respuesta a las necesidades biológicas; la reducción de impulsos refuerza el comportamiento.	Las necesidades fisiológicas y la reducción de tensiones influyen en la conducta adolescente.
<b>Iván Pávlov</b>	Condicionamiento Clásico	Aprendizaje de respuestas automáticas a estímulos que previamente no provocaban dicha respuesta.	Respuestas emocionales y comportamentales pueden ser condicionadas por experiencias en la adolescencia.

Fuente: (Santrock , 2004).

### **Depresión en adolescentes**

La depresión infanto-juvenil es una afección significativa, aunque a menudo infradiagnosticada, con aproximadamente dos tercios de los adolescentes con depresión clínica no reconocidos ni tratados, por ejemplo, un estudio realizado por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos revela que cuatro de cada diez adolescentes en algún momento han

experimentado una tristeza tan intensa que han llorado y deseado aislarse de todo y de todos. Durante la adolescencia, uno de cada cinco jóvenes llega a considerar que la vida no merece ser vivida y contempla el suicidio como una opción. Por ello, es crucial realizar una evaluación diagnóstica que incluya una historia clínica detallada, considerando el desarrollo evolutivo y los factores culturales, e involucrando entrevistas con el adolescente, sus padres, profesores y pediatras para un tratamiento oportuno (Amores, 2012).

Los jóvenes son especialmente propensos a la depresión debido a los cambios físicos, psicológicos, socioculturales y cognitivos que ocurren durante la adolescencia. Estos cambios requieren el desarrollo de estrategias de afrontamiento para construir un sentido de identidad, autonomía y éxito tanto personal como social. La etapa de transformaciones significativas, lo generan un aumento de la emotividad debido a la necesidad de abandonar viejos hábitos y establecer nuevos. Este periodo está marcado por la búsqueda de identidad y la presión por adaptarse a nuevos roles y expectativas, lo que puede conducir a un estado depresivo no siempre evidente para los demás. Cambios en la alimentación, agresividad, bajo rendimiento escolar, somnolencia y excesiva preocupación por la apariencia física son signos de malestar emocional en los adolescentes (Blum, 2000).

La depresión en la adolescencia es comparable en severidad a la de los adultos, pero es más autodestructiva y presenta características propias del desarrollo adolescente, donde el joven puede sentir que todo está perdido y no tiene redención, llevando a una profunda depresión. Además, la falta de moderación del pensamiento en los adolescentes, que tienden a ver el mundo en términos absolutos, puede contribuir significativamente a la depresión. Este pensamiento extremo lleva a los adolescentes a dar una importancia desmedida a hechos triviales y reaccionar

dramáticamente, un fenómeno observado por Anna Freud, quien sugirió que todos los adolescentes experimentan un estado de duelo y nostalgia por la simplicidad de la infancia (Grinberg, 1963).

### **Objeto de la intervención o de la práctica de investigación/intervención.**

La investigación sobre la depresión adolescente en la ciudad de Quito – Ecuador, propone explorar y entender la complejidad entre la interacción de factores de riesgo y factores de protección asociados a esta problemática en adolescentes escolarizados, la sistematización de esta investigación no solo busca identificar los niveles de depresión en este grupo demográfico, si no también tiene el fin de comprender como promover y prevenir la salud mental en adolescentes.

El problema de investigación se construyó a partir de la creciente preocupación por este tema, ya que esta etapa refiere una época que resulta determinante para el desarrollo y modula la formación del ser humano adulto, por lo que se considera un periodo de alto riesgo debido al impacto de los comportamientos y experiencias que se dan en esta etapa, se estima que uno de cada cinco adolescentes en el mundo tiene algún problema de salud mental y en Latinoamérica la depresión ocupa el segundo lugar dentro de la lista de trastornos mentales más comunes (Moreno Gordillo, Trujillo Olivera, García Chong, & Tapia Garduño, 2019); Esta preocupación llega a trascender las barreras de la salud mental para convertirse en un desafío social y educativo, este periodo tan importante de la vida es al mismo nivel bastante vulnerable en el cual los factores de riesgo pueden tener un impacto significativo en la salud mental hasta edades avanzadas.

La sistematización de investigación se enfocará en un periodo específico de 6 meses respecto a un periodo o ciclo académico regular completo, esta delimitación temporal permitirá

capturar las dinámicas estacionales, académicas y sociales que pueden influir en esta experiencia en los adolescentes, por otra parte, el contexto específico de la ciudad de Quito, Ecuador agrega una cierta complejidad a la investigación, la diversidad cultural y socioeconómica de la ciudad, junto con las dinámicas institucionales de los institutos y escuelas secundarias son aspectos cruciales a considerar, la encuesta nacional “Tu Voz, Tus Derechos” reveló el estado de salud mental de más de 274 mil infantes y adolescentes en 24 provincias de Ecuador de los cuales el 20% presentan síntomas de depresión o ansiedad y el 10% han considerado o han intentado suicidarse (World Vision Ecuador, 2023).

En términos de factores de riesgo, la literatura destaca varios elementos clave. Por ejemplo, en la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión mayor en la infancia y adolescencia se señala que los antecedentes familiares de trastornos depresivos han sido identificados como un factor significativo, sugiriendo una predisposición genética. Además, el entorno familiar desfavorable, como la falta de apoyo emocional, la presencia de conflictos familiares y la negligencia, se asocia consistentemente con un mayor riesgo de depresión en adolescentes. La exposición a experiencias traumáticas, como el abuso físico o sexual, también se ha identificado como un factor de riesgo importante (Ayala Servín, y otros, 2021).

El estudio de “Depresión adolescente: factores de riesgo y apoyo social como factor protector” subraya la relevancia del apoyo proveniente de diversas fuentes como un elemento protector, pone énfasis en la promoción de competencias individuales, como las estrategias de afrontamiento, Además, propone recomendaciones para la elaboración de programas sociales y políticas públicas apuntan a la necesidad de abordar factores ambientales y estructurales así como

propone programas de intervención que fomenten grupos de apoyo dentro de los centros escolares destaca la importancia de crear micro contextos protectores, situando al apoyo social como un factor protector influyente (González Lugo, Pineda Domingues, & Gaxiola Romero, 2018).

Por otro lado, los factores de protección desempeñan un papel crucial en la prevención de la depresión adolescente. El apoyo social, tanto de amigos como de la familia, ha demostrado ser un factor protector significativo. La comunicación abierta y la calidad de las relaciones familiares pueden mitigar los efectos de otros factores de riesgo. La promoción de habilidades de afrontamiento efectivas, la resiliencia emocional y el desarrollo de una autoestima positiva son elementos clave en la prevención de la depresión, además, se llega a considerar que la religiosidad y relaciones sociales positivas son otros de los factores protectores pues se ha demostrado que los jóvenes con los mismos son menos propensos a mantener pensamientos o ideación suicida (Fernández Diez, 2019).

La revisión bibliográfica y documental puede proporcionar una visión general de la naturaleza multifactorial del fenómeno, a nivel mundial global, es necesario reconocer que la investigación de contextos específicos para adaptar las estrategias de intervención, actualmente en Ecuador se identifican brechas en la comprensión de como esta condición interactúa en nuestro contexto, lo que resalta la necesidad de una investigación más detallada y localizada más específicamente en Quito. Por otra parte, la elección de este tema de investigación surge de la inquietud por comprender y abordar la complejidad de la salud mental en la etapa de la adolescencia, motivada por la convicción de que la investigación puede ser un aporte hacia el mejoramiento de la prevención y el tratamiento de la depresión en este grupo demográfico en

particular, más allá del significado académico existe en mi un interés en particular ya que considero que los adolescentes y niños han sido poco abordados y olvidados para este tipo de investigaciones, agregando que mantengo una inclinación por especializar mi carrera en psicología entorno a los mismos.

### **Metodología**

Mediante el análisis documental se analizará informes institucionales, estudios previos y documentos relacionados con la salud mental en adolescentes, con estos antecedentes contextuales y datos complementarios podemos decir que la perspectiva metodológica de esta investigación está situada en un enfoque cuantitativo lo cual refiere que se recopilaran datos medibles numéricamente para confirmar o a su vez desmentir los niveles de depresión mediante el análisis estadístico mediante un análisis sistémico. “Usa la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías” (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2014, pág. 4).

Por otro lado, este estudio se considera de alcance descriptivo ya que, con el objetivo de detallar y describir algunos fenómenos, situaciones, contextos o eventos subyacentes sin relacionar con variables particulares, el valor del alcance descriptivo muestra con precisión los ángulos o dimensiones de un fenómeno, centrados en especificar las propiedades, características y perfiles de los elementos analizados. “Investigación descriptiva: Busca especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice. Describe tendencias de un grupo o población” (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2014, pág. 4).

Y finalmente el diseño de esta investigación es de carácter transversal o transeccional, es decir, esta investigación está orientada a la recolección de datos en un momento específico y único para la investigación de su incidencia e interacción con aquel momento. “Diseños transeccionales (transversales): Investigaciones que recopilan datos en un momento único” (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2014, pág. 151).

También es necesario mencionar que la investigación se realizará con consideraciones éticas estrictas, incluyendo la obtención del consentimiento informado de los participantes, el análisis de riesgos y beneficios de la investigación misma, la no obligatoriedad de participación, la garantía de la confidencialidad y el anonimato, así como también establecerán protocolos para el manejo ético de los datos obtenidos. Esta investigación busca abrir o ser parte de un conjunto de estudios que se relacionen con la salud mental de los jóvenes y adolescentes de la ciudad de Quito, Ecuador.

En cuanto a las técnicas psicométricas: son puntos clave dentro de los estudios relacionados con la psicología ya que estas están creadas específicamente para la medición de ciertas características mentales. “Más conocidas como test psicológicos, han sido y son una herramienta fundamental para la labor del profesional psicólogo en cualquier ámbito laboral en el que se desempeñe. Dichas herramientas abarcan una gran variedad de campos de trabajo, algunos más aplicativos, como lo son la psicología clínica, la organizacional, la educativa, entre otras, y en especial para la investigación psicológica” (Vargas, 2016).

## Instrumentos

**Tabla 8**

*Instrumento BDI-2*

Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II)	Escala de autoevaluación para medir la gravedad de la depresión en adolescentes y adultos.	Beck, Steer, & Brown (1996)
---	--	-----------------------------

Fuente: Elaborado por Kimberlly Cruz, 2024

La teoría de la depresión de Beck, centrada en las explicaciones cognitivas de la depresión, proporciona un marco conceptual para comprender la relación entre los esquemas de pensamiento distorsionado y la manifestación de síntomas depresivos. Este modelo sostiene que ciertos patrones de pensamiento negativo contribuyen a la percepción negativa del individuo sobre sí mismo, el mundo y el futuro, desencadenando y manteniendo los síntomas depresivos (Beck Aaron, Steer, & Brown, 1996).

El Inventario de Depresión de Beck (BDI) se ha convertido en una herramienta crucial para evaluar la presencia y gravedad de los síntomas depresivos en adolescentes y adultos. Desarrollado originalmente en 1961, el BDI ha demostrado su validez psicométrica a lo largo de numerosos estudios en población clínica y no clínica, así como su utilidad transcultural en investigaciones.

El BDI se estructura en 21 ítems que abordan seis de los nueve criterios diagnósticos del DSM-III, medidos en una escala de cuatro puntos, con una puntuación total que varía entre 0 y 63 puntos. Estudios recientes han identificado dos dimensiones principales en el BDI-IA,

denominadas cognitivo-afectiva y somático-vegetativa, que explican diferentes aspectos de la experiencia depresiva. Hay que considerar que, aunque el BDI-IA se actualizó en 1996 para dar paso al BDI-II, que evalúa los últimos dos semanas y refleja los nueve síntomas depresivos del DSM-IV, la traducción y estandarización del BDI-II aún no se ha difundido ni estudiado en comparación con su predecesora. (Beltrán, Freyre, & Hernández Guzmán, 2012).

La comprensión detallada de la estructura y las propiedades psicométricas del BDI proporciona un contexto valioso para su aplicación en la evaluación de los niveles de depresión en estudiantes de bachillerato en la ciudad de Quito, Ecuador, en 2024.

### **Preguntas clave**

- ¿Cuáles son los niveles de depresión presentes en los estudiantes de bachillerato general unificado de un colegio particular en la ciudad de Quito, Ecuador, ¿durante el año 2024?
- ¿Existe una diferencia significativa en los niveles de depresión entre los estudiantes de diferentes edades dentro de la muestra estudiada?
- ¿Existen diferencias significativas en los niveles de depresión entre estudiantes masculinos y femeninos en el colegio particular en Quito?

### **Organización y procesamiento de la información**

#### **Población Estudiada**

La población estudiada se concentró en el distrito metropolitano de Quito, específicamente dentro de un colegio particular, abarcando una población de 186 estudiantes de

bachillerato de un colegio particular, de los cuales se ha seleccionado los cursos de primero de bachillerato hasta tercero, cada curso está dividido en cuatro paralelos a partir del paralelo “A” hasta el paralelo “D” de manera que se ha seleccionado un grupo de estudiantes de manera sistemática que comprende edades desde los 14 hasta los 18 años de esta manera aplicando el test BDI-2 para identificar los niveles de depresión.

### **Variables de estudio**

Siguiendo el marco del estudio propuesto, las variables seleccionadas para la presente investigación son:

#### ***Variables sociodemográficas***

##### **1. Rango de edad**

Delimitado por la edad de cada participante cursando bachillerato, comprendida entre los 14 a 18 años de edad.

##### **2. Genero**

Delimitado entre masculino y femenino.

##### **3. Nivel de educación**

Comprendido con el nivel de bachillerato general unificado (BGU).

#### ***Variables medidas por el instrumento aplicado***

##### **4. Niveles de depresión según Beck**

Delimitados por el establecimiento de cuatro grupos en función de la puntuación total:

- Puntuación de 0-13, mínima depresión.
- Puntuación de 14-19, depresión leve.

- Puntuación de 20-28, depresión moderada.
- Puntuación de 29-63, depresión grave.

### **Instrumentos de recolección de datos**

A partir de la recolección y validación de consentimientos informados, como punto de inicio los participantes respondieron el apartado de incisos sociodemográficos correspondientes a la edad, genero y nivel de educación, recalcando que la información proporcionada se utilizara con fines únicamente académicos y asegurando la confidencialidad de datos de los participantes.

#### ***Inventario de Depresión de Beck-II***

El Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) es un instrumento de evaluación el cual se encuentra compuesto por 21 ítems de tipo Likert los cuales analizan indicaciones tales como tristeza, pérdida de placer, pensamientos o deseos de suicidio, sentimientos de fracaso y de culpa, pensamientos o deseos de suicidio, llanto, pesimismo, etc. Sus ítems no están basados en ninguna teoría específica sobre el constructo medido, sino que describen los síntomas clínicos más comunes en pacientes psiquiátricos con depresión. La prueba debe ser recomendada principalmente para uso clínico, como una herramienta para evaluar la gravedad de la depresión en pacientes adultos y adolescentes de 13 años en adelante.

### **Análisis de la información**

El análisis de la información recolectada se lleva a cabo mediante un enfoque sistemático y estructurado, con el fin de garantizar la validez y confiabilidad de los resultados obtenidos. En primer lugar, se procede a la revisión y organización de los datos recogidos a través del Test de Beck (BDI-2), asegurando que cada cuestionario esté debidamente calificado y clasificado según los niveles de depresión identificados: mínima, leve, moderada y grave. Esta organización se

realiza utilizando una hoja de cálculo de Excel, lo que permite una manipulación eficiente de los datos.

La interpretación de la información se enfoca en identificar patrones y tendencias significativas en los niveles de depresión entre los estudiantes, considerando variables como la edad y el sexo. A través de esta interpretación, se busca establecer relaciones entre los niveles de depresión y los factores demográficos, lo que contribuye a una comprensión más integral de la problemática

El tipo de análisis que se realiza es predominantemente estadístico. Se emplean métodos descriptivos para resumir los datos y calcular porcentajes que reflejan la prevalencia de cada nivel de depresión en la muestra estudiada. Adicionalmente, se utilizan análisis comparativos entre grupos (por ejemplo, por edad y sexo) para identificar diferencias significativas en los niveles de depresión.

### **Justificación**

La adolescencia presenta una serie de desafíos únicos en términos de salud mental ya que es una etapa crucial en el desarrollo humano, datos estadísticos y estudios previos, como la encuesta nacional “Tu Voz, Tus Derechos” revelan que existe una preocupante prevalencia de síntomas depresivos y pensamientos suicidas alrededor de los adolescentes ecuatorianos. Se señala la necesidad urgente de comprender y abordar esta problemática en el contexto latinoamericano, ya que la depresión ocupa el segundo lugar entre los trastornos más comunes en Latinoamérica, por tanto, abordar este fenómeno en el contexto específico de Quito Ecuador es una manera de

comprender que está sucediendo en nuestra sociedad enfocándonos en el eje fundamental de la misma como lo son los jóvenes y adolescentes.

Realizando una revisión macro de la problemática, se puede destacar el informe sobre el "Estado Mundial de la Infancia" publicado en 2021 por el Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Este informe, en su resumen regional para América Latina y el Caribe, reveló que aproximadamente 16 millones de adolescentes, con edades comprendidas entre los 10 y los 19 años, padecen algún trastorno mental en la región, siendo el suicidio la tercera causa de muerte más frecuente en esta población. Además, se informa que la ansiedad y la depresión afectan al 47.7% de niños y niñas en este rango de edad (Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas [UNICEF], 2021).

El estudio colaborativo entre el Área de Salud de la Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador, y la Fundación Unión Latinoamericana de Líderes Estudiantiles por el Futuro presentó los hallazgos de la investigación titulada "Impactos psicosociales de la pandemia del COVID-19 en jóvenes estudiantes en Ecuador", llevada a cabo en conjunto en el año 2021. Este estudio involucró a más de 500 participantes, con edades comprendidas entre los 15 y 22 años, quienes completaron una encuesta diseñada para identificar síntomas de estrés, ansiedad y depresión como consecuencia de la pandemia. Los resultados indicaron que el 65% de los participantes presentaron síntomas de depresión de severos a moderados, mientras que el 61% mostró síntomas de ansiedad, especialmente en grupos de adolescentes y mujeres (Universidad Andina Simón Bolívar [UASB], 2022).

La revisión bibliográfica y documental meso y micro revelan que la depresión adolescente no se puede abordar de manera aislada, dado que está interconectada con una serie de factores, este fenómeno se caracteriza por ser complejo, en el cual convergen factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales, por ejemplo, en la investigación “Factores de riesgo psicosociales y depresión en adolescentes. Unidad educativa Roberto Alejandro Narvaez.” realizada en Santa Elena a un grupo de 91 estudiantes entre 12 y 15 años demostró que las alteraciones perceptivas constituyen un 96% de riesgos psicológicos que impactan en la salud mental, el uso de redes sociales contribuye al cambio de mentalidad en un 71%, las relaciones familiares representan un 41% ejerciendo una influencia significativa, etc. mostrando que el 56% de adolescentes muestra indicios de depresión moderada (Figueroa Garcés, 2023).

Por otro lado, según el trabajo investigativo sobre los "Niveles de depresión en estudiantes entre 14 y 17 años de la ciudad de Guayaquil y Cuenca", se observó una prevalencia de depresión del 40,7% en las ciudades mencionadas. Esta investigación, realizada en colegios particulares y mixtos, empleó el test Kovacs y una ficha sociodemográfica como instrumentos de evaluación. Los resultados señalan una mayor incidencia de depresión en los estudiantes de Guayaquil (44%), especialmente en aquellos que son hijos de padres divorciados (35%). En Cuenca, el porcentaje más alto se encontró en estudiantes de 16 años (58%) y en aquellos cuyos padres están casados (64,7%) según (Anguisaca Criollo & Cano Mite, 2022).

En el estudio sobre "Depresión en adolescentes y desestructuración familiar en la ciudad de Guayaquil, Ecuador", se examinaron pacientes con edades comprendidas entre los 12 y los 18 años. Se analizaron un total de 1.045 historias clínicas de pacientes atendidos en el Pabellón de

Adolescentes del Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce de Guayaquil. Los resultados revelaron que las patologías más comunes se encontraron en adolescentes procedentes de familias desestructuradas, siendo los trastornos depresivos los más frecuentes (22,9%). Además, se observó una relación de estos trastornos según el género de 3:1 a favor de los adolescentes de sexo femenino. Asimismo, se encontró que variables como el sexo y la escolaridad están prácticamente relacionadas de manera significativa en todos los niveles estadísticos según (Morla Boloña, Saad de Janon, & Saad, 2006).

La ejecución de este proyecto de investigación tiene como objetivo identificar las posibles causas asociadas a la depresión en adolescentes y contribuirá al ámbito de la salud mental en varias dimensiones, en el área clínica proporcionara información detallada sobre los factores tanto positivos como negativos que influyen en la depresión en jóvenes permitiendo abordar intervenciones más efectivas, en el área educativa por otro lado ofrecerá datos relevantes para el diseño de programas de intervención y apoyo dentro de instituciones educativas ya que se considerara y se promoverá un ambiente que favorezca a la salud mental, permitiendo a las instituciones educativas adaptar políticas y prácticas en pro de las mismas. Sin embargo, en el ámbito social y comunitario puede contribuir a la sensibilización sobre la importancia de abordar este fenómeno para la creación de redes de apoyo.

La investigación propuesta plantea contribuir al cuerpo de conocimientos existente al explorar las interrelaciones entre estos factores, al contextualizar los hallazgos en este marco sociocultural específico, así se estima que los resultados sean transferibles a poblaciones en situaciones similares, sobre todo este proyecto está interesado en la generación de conocimientos

específicos y esenciales para informar sobre el estado de este grupo demográfico en el año a ser estudiado.

### **Caracterización de los beneficiarios**

La población por investigar incluye a adolescentes escolarizados de bachillerato en ciudad de Quito, Ecuador, se considerará la diversidad en términos de género, niveles socioeconómicos y contextos educativos, abarcando escuelas secundarias, lo cual permitiría una representación más compleja y completa de la realidad adolescente en distintos entornos.

En la unidad educativa, seleccionada para el proyecto de investigación, hay un número considerable de estudiantes de bachillerato, con 360 estudiantes en total. Cada uno de los cursos desde primero de bachillerato hasta tercero BGU cuentan con alrededor de 120 estudiantes cada uno y están divididos por paralelos desglosados desde la "A" hasta la "C", por lo tanto, se ha aplicado una ecuación de muestreo simple, con el fin de seleccionar una cantidad adecuada y representativa de la población mencionada

Realizado el proceso respectivo se delimitó que la muestra planificada constará de 186 adolescentes distribuidos de manera equitativa entre géneros y niveles socio económicos.

La cantidad planificada se seleccionó a través de la siguiente ecuación de muestreo simple:

$$n = \frac{Z^2 * P * q * N}{e^2(N - 1) + Z^2 * P * q}$$
$$n = \frac{1.96^2 * 0.5 * 0.5 * 360}{0.05^2(360 - 1) + 1.96^2 * 0.5 * 0.5}$$

$$n = \frac{90 * 1.96^2}{0.05^2(360 - 1) + 1.96^2 * 0.5 * 0.5}$$

$$n = \frac{90 * 1.96^2}{0.8975 + 0.9604}$$

$$n = \frac{345.744}{1.8579}$$

$$n = 186$$

## Interpretación

### Nivel de educación de los participantes

**Figura 1: Nivel de educación de los participantes**

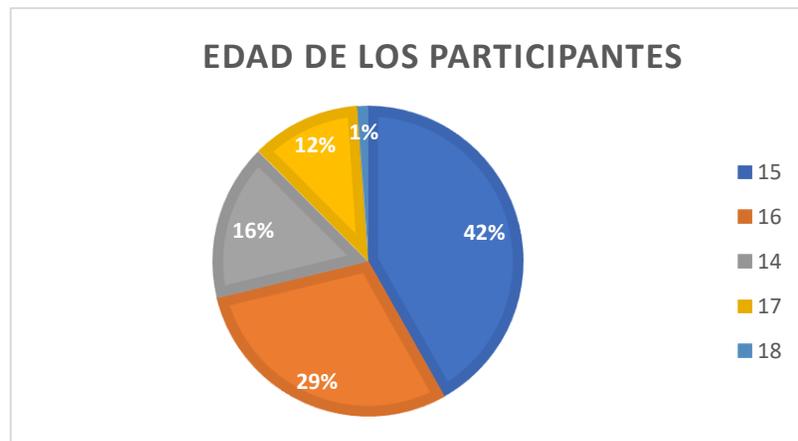


Elaborado por: Kimberlly Cruz, 2024

El tamaño de la muestra consta de 186 participantes encuestados, de los cuales el 100% cuentan con un nivel educativo Básico superior, cursando sus últimos años de bachillerato general unificado a partir de primero de bachillerato a tercero de bachillerato respectivamente.

### Edad de los Participantes

**Figura 2: Edad de los participantes**



Elaborado por: Kimberlly Cruz, 2024

La mayor proporción de los participantes se encuentra en la edad de 15 años, lo que representa un 42% de la muestra, seguido por los participantes de 16 años quienes representan el 29% de la muestra por lo cual conjuntamente simbolizan el 71% de los sujetos investigados, dato importante para considerar la ponderación de los siguientes resultados de esta investigación. Los participantes de 14 años representan el 16 % de la muestra y aquellos que tienen 17 años reflejan el 11% de la muestra. La baja representación de participantes de 18 años (1%) sugiere que parte de los adolescentes investigados están próximos a culminar sus estudios y pasar a una nueva etapa como lo es la juventud. Es fundamental considerar si la edad de los participantes influye en los resultados del estudio, ya que diferentes edades pueden experimentar y reportar síntomas de depresión de manera diferente.

Tomando en cuenta que “1 a adolescencia es la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, considerándose dos fases: la adolescencia temprana (10 a 14 años) y la adolescencia tardía (15 a 19 años)” (Organización Mundial de la Salud, 2021).

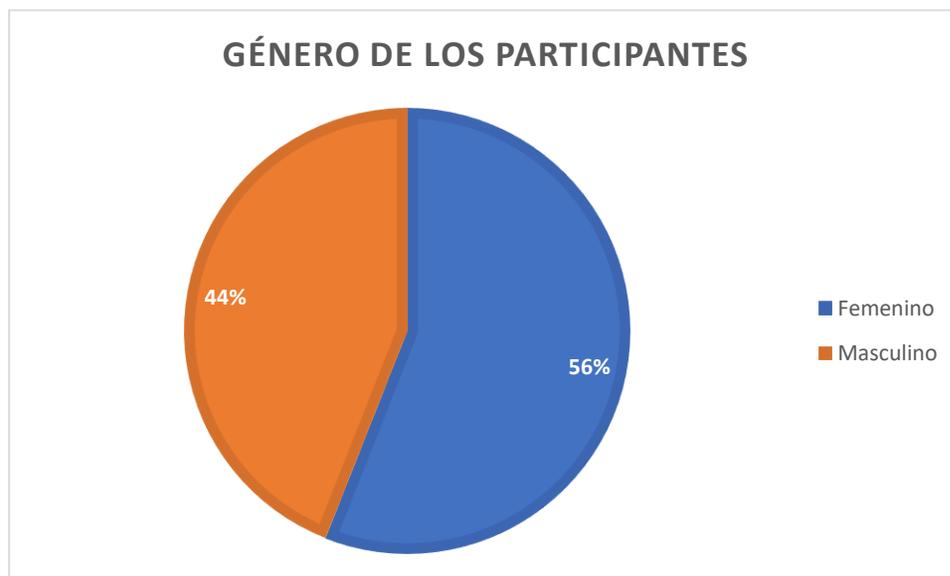
Los adolescentes entre 15 y 17 años que representan el 71% de la muestra se encuentran en pleno desarrollo adolescente, etapa que se caracteriza por una mayor independencia y el desarrollo del pensamiento abstracto, es por ello que debemos tomar en cuenta que pueden experimentar una amplia gama de emociones y enfrentar desafíos relacionados con la identidad, autoimagen y relaciones sociales. La combinación de cambios hormonales, presión social y académica, así como su búsqueda de identidad puede aumentar la vulnerabilidad ante la depresión. Por otro lado, el 16% de la muestra correspondiente a adolescentes de 14 años comienzan a experimentar conflictos internos y sociales por lo cual la presión para adaptarse a estos cambios pueden ser generadores de estrés y síntomas depresivos relacionados a su cambio

en el pensamiento concreto.

Señala Pineda & Aliño (2002) “La adolescencia es una etapa entre la niñez y la edad adulta, que cronológicamente se inicia por los cambios puberales y que se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones, pero esencialmente positivos. No es solamente un período de adaptación a los cambios corporales, sino una fase de grandes determinaciones hacia una mayor independencia psicológica y social”.

### **Genero de los participantes**

**Figura 3: Genero de los participantes**



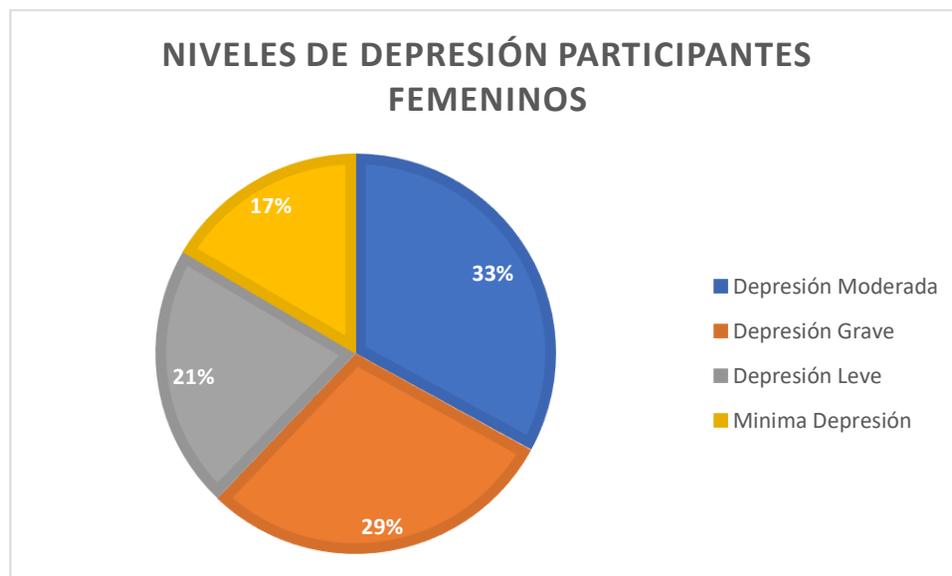
Elaborado por: Kimberlly Cruz, 2024

La muestra presenta una ligera mayoría de participantes femeninos (56%) en comparación con los masculinos (44%) por lo tanto, esta distribución puede reflejar una mayor disposición de las mujeres a participar en estudios de salud mental o la existencia de más féminas dentro de la población estudiantil, lo que es consistente con la literatura existente que sugiere que

las mujeres son más propensas a buscar ayuda para problemas de salud mental y que las mismas son más propensas a desarrollar este tipo de trastornos. Es importante considerar cómo esta distribución de género puede influir en los resultados, especialmente en la interpretación de los niveles de depresión, así como es importante conocer que Según el Instituto Nacional de Estadística y Censos “la población total que reside en Ecuador alcanzó 16.938.986 personas, 51.3% mujeres, lo que equivale a un total de 8.686.463, mientras que el 48.7% o 8.252.523 son hombres” (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2023).

### Niveles de depresión en sujetos femeninos

**Figura 4: Niveles de depresión en participantes femeninos**



Elaborado por: Kimberlly Cruz, 2024

Un tercio de las participantes femeninas experimenta síntomas de depresión moderada. Esto sugiere que una proporción significativa de las adolescentes en la muestra enfrenta desafíos emocionales que son más que leves, pero no tan severos como los de la depresión grave. La depresión moderada puede afectar el rendimiento escolar, las relaciones sociales y la calidad de

vida, indicando la necesidad de intervenciones terapéuticas. La muestra refleja que el 33% de participantes femeninos mantiene un nivel moderado de depresión, lo cual resulta en un vistazo alarmante ya que al estar rodeados de varios factores de riesgo estos niveles pueden transformarse negativamente hacia depresión grave. Cerca del 29% de las participantes sufre de depresión grave.

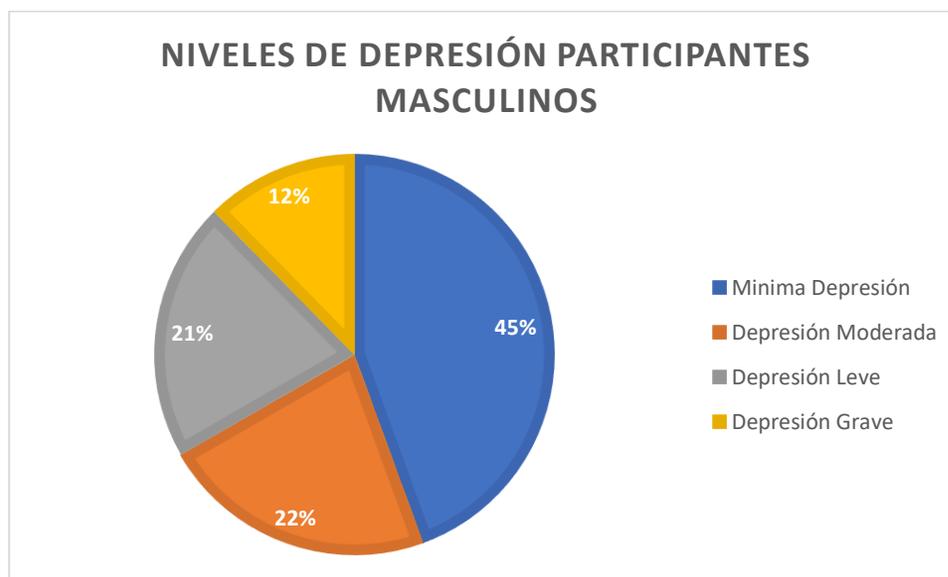
La depresión grave puede estar asociada con un mayor riesgo de pensamientos suicidas, autolesiones y otros problemas graves de salud mental. Este grupo requiere atención inmediata y posiblemente intervención clínica para manejar los síntomas severos y prevenir consecuencias a largo plazo. El 21% de las participantes presenta síntomas de depresión leve. Aunque menos severos, estos síntomas no deben ser ignorados, ya que la depresión leve puede progresar a formas más graves si no se trata. Finalmente, el 17% muestra niveles de depresión mínimos o dentro de la norma.

Los valores resultantes del estudio se posicionan como preocupantes en términos de niveles de depresión moderada y grave, esto apoya a la literatura revisada anteriormente ya que se señala que la prevalencia de la depresión es aproximadamente el doble en mujeres que en hombres (Organización Mundial de la Salud, 2023), la mayor susceptibilidad femenina se atribuye a factores psicológicos, socioeconómicos y culturales, incluyendo roles de género que favorecen la discriminación o violencia contra la mujer. (Alvarez de Mon, Vidal, Ortuno, & Llaveró Valero, 2019). La depresión equivale y es aproximadamente el doble mujeres que en hombres, por ejemplo en este estudio refleja que la depresión grave en participantes del sexo femenino es del 29% mientras que en los hombres este índice equivale al 12%, estos resultados se pueden atribuir a que la presión de los roles de género y posibles experiencias de

discriminación o violencia aumentan la vulnerabilidad a la depresión en adolescentes femeninas, así como también el número de participantes femeninas es mayor al de participantes masculinos.

### Niveles de depresión en sujetos masculinos

Figura 5: Niveles de depresión en sujetos masculinos



Elaborado por: Kimberlly Cruz (2024)

Por parte de la muestra de participantes masculinos, casi la mitad (45% de encuestados) de los participantes masculinos experimenta síntomas mínimos de depresión. Este es el nivel de depresión más común entre los participantes masculinos, lo cual es positivo en el sentido de que una gran parte de esta población no presenta síntomas severos, sin embargo, más de la mitad de los participantes masculinos (55%) experimenta algún nivel de depresión que va desde leve hasta grave. Un 12% de los participantes masculinos sufre de depresión grave. El 21% de participantes reflejan niveles de depresión leve y el 22% presentan síntomas de depresión moderada.

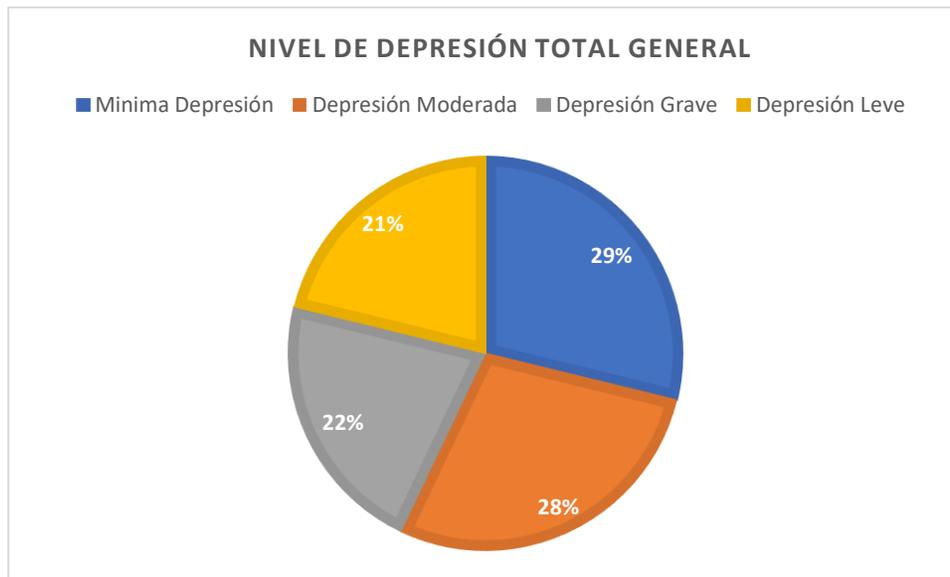
Al interpretar esta serie de datos obtenidos de los participantes masculinos es necesario tener en cuenta algunos aspectos, según San Molina y Arranz Martí (2010), los hombres tienen

una tendencia a negar el padecimiento del trastorno y a ocultar los síntomas, son más propensos a cometer suicidio, con un índice cuatro veces mayor al de las mujeres, el uso frecuente de alcohol y drogas es más común y los síntomas se manifiestan más en forma de irritabilidad, ira y desaliento, más que en desesperanza o desamparo, Por lo que es posible que algunos adolescentes masculinos que reportan depresión mínima realmente estén ocultando o minimizando sus síntomas debido a la tendencia de negar el trastorno. Esto puede llevar a una subestimación de la prevalencia real de la depresión en esta población.

Anualmente más de 700,000 personas pierden la vida a causa del suicidio, situándose actualmente como la cuarta causa de muerte en un grupo etario que abarca a adolescentes desde los 15 años hasta adultos jóvenes de 29 años (Organización Mundial de la Salud, 2023), la mayor propensión de los hombres a cometer suicidio subraya la urgencia de intervenir en casos de depresión moderada y grave. La alta tasa de suicidios en hombres puede estar relacionada con la manifestación de síntomas más severos y la falta de búsqueda de ayuda.

### **Niveles de depresión generales**

#### **Figura 6: Niveles de depresión generales**



Elaborado por: Kimberlly Cruz, 2024

Los resultados generales de los niveles de depresión se pueden evidenciar que existen brechas casi mínimas entre resultados siendo la severidad mínima de depresión aquel resultado que predomina con un 29%, este resultado es positivo en el sentido de que más de una cuarta parte de los participantes tiene un nivel de depresión que podría considerarse menos severo, sin embargo, el 21% de los participantes muestran un nivel de depresión mínima. La proporción de participantes con depresión moderada 28%, indica que un número considerable de adolescentes experimentan síntomas de depresión que requieren atención pero que no son los más graves. Es crucial implementar programas de apoyo y tratamiento temprano para este grupo. La depresión grave afecta a más de una quinta parte de los participantes (22%), este es un hallazgo alarmante que resalta la necesidad de intervenciones inmediatas y robustas para ayudar a estos adolescentes a gestionar y superar los síntomas más severos de la depresión.

Si bien los resultados reflejan un 50/50 entre síntomas de depresión que requieren atención y las que se mantienen en niveles “aceptables” esto nos indica que la depresión en

adolescentes, tanto en colegios privados de Quito, Ecuador, como en otras partes del mundo, es una preocupación significativa. Los criterios de diagnóstico para episodios depresivos en adultos y adolescentes incluyen una duración mínima de dos semanas de síntomas que no se pueden atribuir al abuso de sustancias psicoactivas o a un trastorno mental orgánico. Los síntomas incluyen humor depresivo, pérdida de intereses, falta de vitalidad, auto-desvalorización, pensamientos suicidas, dificultades de concentración, cambios de actividad psicomotriz, alteraciones del sueño, cambios de apetito y la presencia de un síndrome somático.

Para los adolescentes, estos síntomas pueden manifestarse de manera diferente en comparación con los adultos. Por ejemplo, los adolescentes pueden mostrar quejas físicas vagas o expresiones faciales tristes en lugar de verbalizar un humor depresivo, y pueden perder interés en el juego o en actividades escolares en lugar de en actividades placenteras en general. Además, los adolescentes pueden rechazar la escuela o ausentarse con frecuencia debido a la falta de vitalidad y pueden mostrar indicios no verbales de conductas suicidas, como comportamientos de riesgo repetidos.

La depresión leve en adolescentes se caracteriza por la presencia de dos o tres síntomas del criterio B, lo que les permite continuar con la mayoría de sus actividades diarias. En contraste, un episodio depresivo moderado incluye al menos dos síntomas del criterio B y suficientes síntomas del criterio C para sumar un mínimo de seis síntomas, lo que probablemente dificulte la capacidad del adolescente para continuar con sus actividades normales. La depresión grave, por otro lado, implica un mayor número y severidad de síntomas, requiriendo una intervención inmediata y robusta para manejar y superar estos síntomas severos.

Según la OMS la depresión afecta al 3.8% de la población mundial, con una prevalencia

del 5% entre los adultos. La depresión es aproximadamente el doble de común en mujeres que, en hombres, y los factores psicológicos, socioeconómicos y culturales, incluyendo roles de género, contribuyen a esta mayor susceptibilidad en las mujeres. En Ecuador, las mujeres representan el 51.3% de la población total, y esta mayor representación femenina se refleja también en la muestra del estudio, donde el 56% de los participantes son mujeres.

Los resultados de la muestra muestran que el 29% de los participantes experimentan síntomas mínimos de depresión, lo cual es positivo ya que una gran parte de la población estudiada no presenta síntomas severos. Sin embargo, el 21% de los participantes muestran un nivel de depresión leve, el 28% presentan síntomas de depresión moderada y el 22% sufren de depresión grave. Estos resultados indican que, aunque una parte significativa de los adolescentes no presenta síntomas graves, hay una proporción considerable que experimenta síntomas moderados y graves que requieren atención y tratamiento.

Los adolescentes son particularmente vulnerables a la depresión debido a los cambios físicos, psicológicos, socioculturales y cognitivos propios de esta etapa de la vida. Estos procesos demandan el desarrollo de estrategias de afrontamiento para establecer un sentido de identidad, autonomía y éxito personal y social. Durante la adolescencia, uno de cada cinco jóvenes considera que la vida no merece ser vivida y contempla el suicidio como una opción, lo que resalta la necesidad de realizar evaluaciones diagnósticas detalladas y de implementar intervenciones tempranas y adecuadas.

La comparación entre los niveles de depresión en adolescentes y adultos muestra que, aunque los síntomas pueden ser similares, los adolescentes a menudo presentan características propias de su desarrollo. La falta de moderación del pensamiento en los adolescentes, que

tienden a ver el mundo en términos absolutos, puede contribuir significativamente a la depresión. Este pensamiento extremo lleva a los adolescentes a dar una importancia desmedida a hechos triviales y reaccionar dramáticamente, un fenómeno observado por Anna Freud, quien sugirió que todos los adolescentes experimentan un estado de duelo y nostalgia por la simplicidad de la infancia

### **Principales logros del aprendizaje**

El proyecto de investigación realizado a estudiantes de un colegio privado en la ciudad de Quito para medir sus niveles de depresión a través del test BDI-2 reveló varias lecciones importantes, en primer lugar, se detectó que la depresión es una condición que prevalece y es significativa en el ciclo de la adolescencia, lo cual afecta el rendimiento escolar, relaciones sociales y calidad de vida en este grupo etario, esto permitió la identificación de síntomas depresivos lo cual se podría utilizar para realizar e implementar programas de apoyo efectivo para aquellos estudiantes que lo requieren y psicoeducar a aquellos que son propensos a sufrir de este trastorno y toda la comunidad educativa.

Durante el proceso de investigación se encontraron algunas dificultades como el ambiente por sí mismo, ya que muchos estudiantes se distraían fácilmente o al pensar que los resultados de los test serían de conocimiento público o sinónimo de burla se mostraban reacios o con actitud burlesca al llenar el cuestionario. Así como también se evidenció la resistencia tanto de padres como de estudiantes para entregar el consentimiento informado para ser parte del proyecto.

Es importante señalar que el objetivo general de identificar los niveles de depresión en estudiantes de bachillerato general unificado de un colegio particular en Quito se cumplió de

manera efectiva. La investigación logró recoger datos relevantes sobre la prevalencia de la depresión en la población estudiantil, identificando diferentes niveles de severidad que permiten una comprensión integral de la problemática. En el apartado de objetivos específicos existen algunas observaciones:

- **Describir los niveles de depresión:**

Este objetivo se cumplió al proporcionar una descripción detallada de los niveles de depresión entre los estudiantes. Se identificó que el 29% de los participantes presentó síntomas mínimos de depresión, un 21% con depresión leve, un 28% con depresión moderada y un 22% con depresión grave. Estos hallazgos ofrecieron una visión clara de la situación emocional de los estudiantes.

- **Aplicar el Test de Beck (BDI):**

La aplicación del Test de Beck se realizó según lo previsto, permitiendo medir y clasificar los niveles de depresión en los estudiantes. Esto fue fundamental para obtener resultados objetivos y cuantificables, contribuyendo así a la validez de la investigación.

- **Analizar las posibles causas subyacentes:**

Este objetivo fue parcialmente cumplido. Aunque se lograron identificar ciertos factores de riesgo asociados, como el contexto familiar y social, la investigación podría haber profundizado más en la exploración de las causas subyacentes a través de entrevistas o grupos focales. La falta de recursos o tiempo podría haber limitado un análisis más exhaustivo.

## **Conclusiones**

La investigación realizada en estudiantes de un colegio privado en Quito revela una prevalencia significativa de depresión en el ciclo de la adolescencia, con un 29% de los

participantes presentando síntomas mínimos, un 21% con depresión leve, un 28% moderada y un alarmante 22% con depresión grave. Estos resultados son indicadores de que una proporción considerable de la población estudiantil enfrenta serios desafíos emocionales que no solo afectan su bienestar individual, sino que también impactan negativamente en su rendimiento académico y en la calidad de sus relaciones sociales, además, se destaca la importancia del contexto familiar en la salud mental de los estudiantes. Los hallazgos sugieren que factores como el apoyo familiar y la comunicación efectiva son concluyentes en el desarrollo de síntomas depresivos, por lo cual existe necesidad de involucrar a las familias en cualquier programa de intervención destinado a abordar la salud mental en el entorno escolar.

Por otro lado, durante el proceso de investigación, se evidenció una notable resistencia por parte de los estudiantes a participar en el estudio, en parte debido a preocupaciones sobre la privacidad y el temor a ser objeto de burlas. Esta situación pone de manifiesto la falta de confianza en el ambiente escolar y la necesidad de fomentar un clima de respeto y apoyo dentro de la comunidad educativa, por lo cual se podía optar por sesiones de psicoeducación y charlas sobre el tema respectivo para que la comunidad disminuya sus resistencias e inseguridades ante esto.

Finalmente, los hallazgos de esta investigación subrayan la necesidad de una atención integral a la salud mental en el ámbito escolar. La identificación de síntomas depresivos no solo permite implementar acciones inmediatas, sino que también sienta las bases para la creación de un entorno educativo que priorice el bienestar emocional de todos los estudiantes, contribuyendo así a una comunidad más saludable y resiliente.

## **Recomendaciones**

Es crucial fomentar una cultura escolar que reconozca la importancia de los problemas de salud mental y promueva el bienestar emocional. Se pueden organizar talleres y campañas de sensibilización para psicoeducar a estudiantes y padres sobre la depresión y la trascendencia de buscar ayuda. Se sugiere establecer grupos de apoyo dirigidos por profesionales de la salud mental en contribución con el área de DECE, donde los estudiantes puedan comunicar sus experiencias y recibir apoyo mutuo en un entorno seguro, estos grupos pueden ayudar a reducir el sentimiento de aislamiento y proporcionar estrategias prácticas para manejar el estrés y las emociones negativas.

Para fortalecer el bienestar emocional de los estudiantes, se invita a desarrollar un programa de intervención temprana que identifique a los estudiantes en riesgo de depresión antes de que los síntomas se vuelvan graves, se pueden realizar evaluaciones periódicas para monitorear el progreso de los estudiantes y la efectividad de las intervenciones realizadas, esto permitirá ajustar los programas de apoyo según sea necesario y asegurar que se aborden apropiadamente las necesidades cambiantes de los estudiantes. El programa puede incluir la disposición de servicios de consejería accesibles para todos los estudiantes, Además, se recomienda la capacitación continua de los docentes y el personal escolar en la identificación y manejo de los signos de depresión, para que puedan actuar como primeros puntos de contacto y ser una red de apoyo inicial.

Por otro lado, para aumentar la colaboración y cooperación de los padres, se recomienda organizar talleres y sesiones informativas sobre la importancia de la salud mental en adolescentes, los signos de depresión en adolescentes y las estrategias posiblemente utilizables

para apoyar a sus hijos.

Para perfeccionar el proceso de investigación en futuros estudios sobre la depresión en adolescentes, se recomienda implementar una serie de mejoras estratégicas. En primer lugar, se debe establecer una fase preliminar de sensibilización y educación tanto para los estudiantes como para sus familias. Esto ayudará a mitigar la resistencia y desconfianza respecto a la participación en el estudio, asegurando que todos comprendan la importancia y confidencialidad de la investigación. Otra recomendación es asegurar la diversidad y representatividad de la muestra. Asegurarse de incluir estudiantes de diferentes edades, géneros, contextos socioeconómicos y antecedentes culturales permitirá que los hallazgos sean más generalizables y relevantes para una amplia gama de estudiantes

## Bibliografía

- World Health Organization. (2010). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10 : clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Editorial Médica Panamericana.
- Alvarez de Mon, M., Vidal, C., Ortuno, F., & Llaveró Valero, M. (2019). Actualización clínica de los trastornos depresivos. *Medicine*, 5041 - 5051.
- Amores, A. C. (2012). *Repositorio UIDE*. Obtenido de Aplicación de la terapia cognitiva de Beck para el tratamiento de depresión en un grupo de adolescentes de 12 a 15 años del instituto técnico superior Gran Colombia de la ciudad de Quito de Octubre del 2011 a Enero del 2012: <https://repositorio.uide.edu.ec/handle/37000/485>
- Anguisaca Criollo, J. K., & Cano Mite, T. L. (2022). *Niveles de depresión en estudiantes entre 14 y 17 años de Guayaquil y Cuenca*. Obtenido de Dspace: <http://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/12448>
- Asociación Nacional de Medicina Mental [ANMM]. (octubre de 2017). Depresión en adolescentes: diagnóstico y tratamiento. *Revista de la Facultad de Medicina* , 52-55.
- Association, American Psychiatric. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. American Psychiatric Association.
- Ayala Servín, N., Duré Martínez, M., Urizar González, C., Insaurrealde Alviso, A., Castaldelli Maia, J., Ventriglio, A., . . . Torales, J. C. (Agosto de 2021). *Scielo*. Obtenido de Scielo: [http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1816-89492021000200051&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1816-89492021000200051&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
- Beck Aaron, Steer, & Brown. (1996). *Psycnet*. Obtenido de Psycnet: <https://doi.org/10.1037/t00742-000>

- Beck, A., Emery, G., & Greenberg, R. (1985). *Anxiety Disorders and Phobias*. New York.
- Beltrán, M., Freyre, M., & Hernández Guzmán, L. (2012). Obtenido de Scielo:  
[https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-48082012000100001&lng=en&nrm=iso&tlng=en](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082012000100001&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
- Blum, R. (2000). *Un mundo conceptual de salud del adolescente*. México.
- Camacho, J. M. (2003). *fundacionforo*. Obtenido de El ABC de la Terapia Cognitiva:  
<https://www.fundacionforo.com/pdfs/archivo23.pdf>
- Caro, I. (2006). *Manual teórico práctico de Psicoterapias Cognitivas* (segunda ed.). Desclee.
- Duno, M., & Acosta, E. (2019). *Scielo*. Obtenido de percepción de la imagen corporal en adolescentes universitarios: <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182019000500545>
- Fernández Diez, A. (2019). *Religión y relaciones sociales como factores de protección contra la ideación suicida en adolescentes de bachilleratos privados de la CDMX*. Obtenido de Scripta: <https://scripta.up.edu.mx/handle/20.500.12552/5422>
- Fernández, B. (20 de Abril de 2023). *Cuáles son las consecuencias de la depresión*. Obtenido de psynthesis: <https://psynthesispsicologia.es/depresion/consecuencias-de-la-depresion/>
- Figueroa Garcés, W. (14 de noviembre de 2023). Obtenido de Repositorio Universidad Estatal Peninsula de Sanra Elena: <https://repositorio.upse.edu.ec/handle/46000/10494>
- Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas [UNICEF]. (2021). *ESTADO MUNDIAL DE LA INFANCIA 2021*. UNICEF. Obtenido de [https://familiasenpositivo.org/system/files/sowc2021\\_execsum\\_sp\\_print\\_0.pdf](https://familiasenpositivo.org/system/files/sowc2021_execsum_sp_print_0.pdf)
- Fundación BBVA. (s.f.). *La depresión- GUÍA INTERACTIVA PARA PACIENTES CON ENFERMEDADES DE LARGA DURACIÓN*. Obtenido de Consaludmental.org:

<https://consaludmental.org/publicaciones/DvdDepresion.pdf>

García-Páramo Bernáldez, A. (Mayo de 2023). *UVaDOC*. Obtenido de Estudio sobre actividad física en adolescentes de la localidad Fuensalida:

<https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/60406/TFG-M2927.pdf?sequence=1>

González Lugo, S., Pineda Domingues, A., & Gaxiola Romero, J. (2018). Depresión adolescente: factores de riesgo y apoyo social como factor protector. *Universitas Psychologica*, 1-11.

Obtenido de [https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/UPSY/17-](https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/UPSY/17-3%20(2018)/64755358008/)

[3%20\(2018\)/64755358008/](https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/UPSY/17-3%20(2018)/64755358008/)

González González, S., Fernández Rodríguez, C., Pérez Rodríguez, J., & Amigo, I. (2006).

Prevención secundaria de la depresión en atención primaria. *PSICOTHEMA*, 471-477.

Grinberg, L. (1963). *Culpa y depresión : estudio psicoanalítico*. Buenos Aires: Paidós.

Harrison, R., Beck, A., & Buceta, J. (1984). Terapia cognitiva de la depresión: Una. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 623-647.

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, M. (2014). *Metodología de la Investigación*. Mexico: McGraw-Hill.

Huerta Mendoza, L. (2023). ¿Cómo afecta la mala calidad de sueño a los adolescentes? *UNAM Gobal*.

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (01 de noviembre de 2023). *En Ecuador hay 95*

*hombres por cada 100 mujeres*. Obtenido de INEC:

<https://www.ecuadorencifras.gob.ec/en-ecuador-hay-95-hombres-por-cada-100->

[mujeres/#:~:text=La%20poblaci%C3%B3n%20total%20que%20reside,0%208.252.523%20son%20hombres.](https://www.ecuadorencifras.gob.ec/en-ecuador-hay-95-hombres-por-cada-100-mujeres/#:~:text=La%20poblaci%C3%B3n%20total%20que%20reside,0%208.252.523%20son%20hombres.)

Lutte, G. (1991). Liberar la adolescencia. En G. Lutte, *Liberar la adolescencia* (págs. 11-28).

HERDER.

Matos, A., & Manzano, G. (2021). *Bases neurológicas de la depresión*. Obtenido de Analogías del comportamiento:

<https://revistasenlinea.saber.ucab.edu.ve/index.php/analogias/article/view/5165>

Molero, P., Martinez Gonzalez, M., Ruiz Canela, M., Lahortiga, F., Sánchez Villegas, A., Perez Cornago, A., & Gea, A. (Febrero de 2017). Obtenido de Pubmed:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28127930/>

Monge Zamorano, M., Méndez Abad, M., Ferrández Gomáriz, C., Viota Puerta, E., & Pin Arboledas, G. (2017). *Dialnet*. Obtenido de La falta de sueño en adolescentes, un

problema de salud pública: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5968141>

Moreno Gordillo, G., Trujillo Olivera, L., García Chong, N., & Tapia Garduño, F. (2019).

Suicidio y depresión en adolescentes: una revisión de la literatura. *Revista Chilena de Salud Pública*, 31-41.

Morla Boloña, R., Saad de Janon, E., & Saad, J. (2006). Depresión en adolescentes y

desestructuración familiar en la ciudad de Guayaquil, Ecuador. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 149-166.

Narváez, G. C. (s.f.). *Revistas UNAM*. Obtenido de Revistas UNAM:

<https://www.revistas.unam.mx/index.php/rfm/article/download/73378/64756>

Obst, J. (2008). *La Terapia Cognitiva Integrada y Actualizada*. Buenos: CATREC.

Organización Mundial de la Salud. (17 de Noviembre de 2021). Obtenido de Salud mental del adolescente: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental->

health?gad\_source=1&gclid=Cj0KCQiA5rGuBhCnARIsAN11vgSL1y3j8mRI8Fn8aigd0  
nOiwS7DNv39cihh0t8afgZEb0K036aaRJgaArBdEALw\_wcB

Organización Mundial de la Salud. (31 de Marzo de 2023). Obtenido de Depresión:

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Pineda Pérez, S., & Aliño Santiago, M. (2002). El concepto de adolescencia. En *Manual de prácticas clínicas para la atención integral a la salud en la adolescencia* (págs. 15-23).

Minsap. Obtenido de <https://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/adolescencia/Capitulo%20I.pdf>

Roca, E. (s.f.). *Consejo general de la psicología de España*. Obtenido de

<https://www.cop.es/colegiados/PV00520/depresion6.pdf>

San Molina, L., & Arranz Martí, B. (2010). *Comprender la Depresión*. Barcelona: Amat.

Santrock, J. (2004). *Adolescencia psicológica del desarrollo*. McGraw-Hill Interamericana de España S.L.

Sanz, J. (1996). REVISIÓN DE LA HIPÓTESIS DE LA ESPECIFICIDAD DE CONTENIDO DE BECK. *Annals of Psychology*, 133-170. Obtenido de REVISIÓN DE LA HIPÓTESIS DE LA ESPECIFICIDAD DE CONTENIDO DE BECK.:

<https://revistas.um.es/analesps/article/view/29211>

Solís Cámara Reséndiz, P., Meda Lara, R., Moreno Jiménez, B., & Palomera Chávez, A. (2018).

*Depresión e ideación suicida*. Obtenido de Dialnet:

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6598581>

Universidad Andina Simón Bolívar [UASB] . (22 de Noviembre de 2022). *Investigación / Jóvenes y adolescentes presentan depresión a causa de la pandemia, según estudio realizado por la Universidad Andina y Unión Estudiantil*. Obtenido de

<https://www.uasb.edu.ec/investigacion-jovenes-y-adolescentes-presentan-depresion-a-causa-de-la-pandemia-segun-estudio-realizado-por-la-universidad-andina-y-union-estudiantil/>

Urquijo, S., & Gonzalez, G. (1997). *Adolescencia y Teorías del Aprendizaje. Fundamentos*.

Obtenido de Acta Académica: <https://www.aacademica.org/sebastian.urquijo/57>

Vargas, L. (2016). Construcción de pruebas psicométricas: aplicaciones a las ciencias sociales y de la salud. *Revista Digital de Investigación en Docencia Universitaria*, 92-94.

World Vision Ecuador. (30 de Junio de 2023). *Salud mental en niños, niñas y adolescentes en Ecuador: 7 de cada 10 se sienten felices, pero el 20% enfrenta dificultades para identificar tristeza y estrés*. Obtenido de <https://worldvisionamericalatina.org/ec/sala-de-prensa/salud-mental-en-ninos-ninas-y-adolescentes-en-ecuador-7-de-cada-10-se-sienten-felices-pero-el-20-enfrenta-dificultades-para-identificar-tristeza-y-estres>