



Universidad
Nacional
de Loja

Universidad Nacional de Loja

Facultad de la Salud Humana

Carrera de Psicología Clínica

Prevalencia y factores de riesgo de la depresión en adolescentes

**Trabajo de Integración Curricular
previo a la obtención del título de
Licenciada en Psicología Clínica**

AUTORA:

Lucila Anahí Gutiérrez Morocho

DIRECTORA:

Psc. Cl. Mayra Daniela Medina Ayala Mg. Sc.

Loja-Ecuador

2023

Certificación

Loja, 21 de septiembre de 2023

Psicóloga Clínica

Psc. Cl. Mayra Daniela Medina Ayala. Mg. Sc.

DIRECTORA DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

CERTIFICO:

Haber revisado, dirigido y orientado con pertinencia todo el proceso de la elaboración del Trabajo de Integración Curricular: **Prevalencia y factores de riesgo de la depresión en adolescentes** de autoría de la estudiante **Lucila Anahí Gutiérrez Morocho** con **cédula de identidad Nro. 1150507307**; previo a la obtención del título de **Licenciada en Psicóloga Clínica**; el mismo cumple con las disposiciones institucionales metodológicas y técnicas, que regulan esta actividad académica; consecuentemente, dicho Trabajo de Integración Curricular se encuentra culminado y aprobado, por lo que autorizo la presentación para la respectiva sustentación y defensa.



Psc. Cl. Mayra Daniela Medina Ayala. Mg. Sc.

DIRECTORA DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

Autoría

Yo, **Lucila Anahí Gutiérrez Morocho**, declaro ser autora del presente Trabajo de Integración Curricular y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos y acciones legales, por el contenido del mismo. Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja la publicación de mi Trabajo de Integración Curricular, en el Repositorio Digital Institucional – Biblioteca Virtual.



Firma: Lucila Anahí Gutiérrez Morocho

Cédula de Identidad: 1150507307

Fecha: 24 de octubre del 2023

Correo Electrónico: lucila.gutierrez@unl.edu.ec

Teléfono o Celular: 0994917412

Carta de autorización

Yo, **Lucila Anahí Gutiérrez Morocho** declaro ser autora del Trabajo de Integración Curricular denominado: **Prevalencia y factores de riesgo de la depresión en adolescentes** como requisito para optar el título de **Licenciada en Psicología Clínica** autorizo al sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que, con fines académicos, muestre la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido en el Repositorio Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el Repositorio Institucional, en las redes de información del país y del exterior con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia del Trabajo de Integración Curricular que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los veinticuatro días de octubre del dos mil veintitres.



Firma: Lucila Anahí Gutiérrez Morocho

Cédula de Identidad: 1150507307

Dirección: Av. 8 de diciembre y Pablo Palacios. Barrio las Pitas

Correo Electrónico: lucila.gutierrez@unl.edu.ec

Teléfono o Celular: 0994917412

DATOS COMPLEMENTARIOS

Psc. Cl. Mayra Daniela Medina Ayala. Mg. Sc.

Directora del Trabajo de Integración Curricular

Dedicatoria

Se lo dedico a Dios por guiar mis pasos y brindarme sabiduría durante todo el proceso, siendo mi fortaleza día con día. Para mis padres Fausto Gutiérrez y Amelia Morocho que han sido mi apoyo y motivación durante toda mi formación académica y personal. A mis hermanos que me han brindado su apoyo incondicional.

Para mis amigos Luis Córdova, Anahí Reyes, Jannara Rojas, Clarisa Ortiz, Oscar Calderón y Eduardo Sandoval por brindarme su mano, cariño, sonrisas y ánimos durante toda mi preparación profesional y mi día a día. A Kevin por ser mi inspiración e impulso durante todo este camino. Por último, por el recuerdo de mi abuela que siempre confió en mí y mis capacidades.

Lucila Anahí Gutiérrez Morocho

Agradecimiento

Gracias a los autores de los artículos científicos que me permitieron a través de su producción científica llevar a cabo todo el proceso de mi trabajo de integración curricular.

Mis más sinceros agradecimientos a mi directora de trabajo de integración curricular, la Psicóloga Clínica Mayra Daniela Medina Ayala por su dedicación, tiempo, sabiduría y acompañamiento durante todo este proceso.

Por último, a mi licenciada de la materia de Trabajo de Integración Curricular la Psicóloga Clínica Karina Flores por brindar sus conocimientos en las aulas para el desarrollo del mismo.

Lucila Anahí Gutiérrez Morocho

Índice de contenidos

Portada.....	i
Certificación	ii
Autoría.....	iii
Carta de autorización.....	iii
Dedicatoria	v
Agradecimiento	vi
Índice de contenidos.....	vii
Índice de Tablas.....	ix
Índice de Cuadros.....	x
Índice de Figuras	x
Índice de Anexos	x
1. Título.....	1
2. Resumen.....	2
Abstract	3
3. Introducción	4
4. Marco Teórico	8
4.1 Capítulo I: Depresión.....	8
4.1.1 Epidemiología.....	8
4.1.2 Definición	8
4.1.3 Teorías y modelos explicativos de la depresión.....	9
4.1.4 Tipos de depresión	10
4.1.5 Depresión en los adolescentes	18
4.1.6 Causas de la depresión del adolescente.....	19
4.1.7 Factores protectores	20
4.1.8 Factores de riesgo	20
4.1.8 Evaluación de la depresión en adolescentes.....	22

4.1.9 Estrategias de intervención.....	22
5. Metodología.....	26
6. Resultados.....	30
7. Discusión.....	45
8. Conclusiones.....	48
9. Recomendaciones.....	49
10. Bibliografía.....	50
11. Anexos.....	56

Índice de Tablas

Tabla 1. Evidencia científica de la depresión en adolescentes del continente americano en los últimos 10 años.....	34
Tabla 2. Evidencia científica de la depresión en adolescentes del continente americano por países.....	39
Tabla 3. Evidencia científica de la depresión en adolescentes del continente americano por años.....	39
Tabla 4. Prevalencia de la depresión en adolescentes del continente americano.....	40
Tabla 5. Prevalencia por países de la depresión en adolescentes del continente americano.....	40
Tabla 6. Prevalencia de acuerdo al género de la depresión en adolescentes del continente americano.....	41
Tabla 7. Prevalencia de depresión por años en adolescentes del continente americano.....	41
Tabla 8. Factores de riesgo de la depresión en adolescentes del continente americano.....	42
Tabla 9. Resultado factores de riesgo más frecuentes de la depresión en adolescentes.....	45

Índice de Cuadros

Cuadro 1. Tratamiento basado en el logro de objetivos	25
Cuadro 2. Enfoques psicológicos para el abordaje de situaciones en crisis de pacientes deprimidos.....	25

Índice de Figuras

Figura 1. Países analizados sobre la depresión en adolescentes del continente americano.....	27
---	----

Índice de Anexos

Anexo 1. Informe de coherencia y pertinencia del proyecto de investigación.....	58
Anexo 2. Designación de dirección de trabajo de integración curricular.....	59
Anexo 3. Diagrama de Flujo Prisma.....	60
Anexo 4. Base de datos en Word.....	61
Anexo 5. Base de datos en Excel.....	82
Anexo 6. Depresión en adolescentes del continente americano.....	84
Anexo 7. Certificado traducción del resumen.....	87

1. Título

Prevalencia y factores de riesgo de la depresión en adolescentes.

2. Resumen

La depresión es una enfermedad que altera el estado emocional de una persona, en la adolescencia se la considera como un problema de atención prioritaria debido a su gran prevalencia, llegándola a establecerse como la segunda causa de muerte a nivel mundial. Es por todo ello que este trabajo de investigación tiene objetivo establecer la prevalencia e identificar los factores de riesgo más frecuentes de la depresión en adolescentes del continente americano en los últimos diez años y a su vez permitir describir la evidencia científica sobre este problema de salud mental. Para la ejecución se empleó un diseño no experimental de corte transversal, con enfoque mixto de tipo descriptivo y documental a partir de la sistematización bibliográfica. La población de estudio fue toda aquella evidencia científica publicada en las bases de datos Dialnet, Scielo, Science Direct, Redalyc y Elsevier durante el periodo 2013-2023, a través de los criterios de selección la muestra se delimitó a 32 artículos científicos, de los cuales se obtuvo los siguientes resultados: una alta prevalencia de depresión en este grupo de edad que pertenecen al continente americano, siendo frecuente el sexo femenino y entre los factores de riesgo asociados se identificaron los personales, familiares, sociales y académicos, teniendo como más frecuentes a la baja autoestima, consumo de sustancias, disfuncionalidad familiar, violencia, entre otros. Para finalizar, es evidente la existencia de producción científica sobre esta enfermedad mental, convirtiéndose en un precedente importante que permite a los profesionales de salud implementar estrategias de atención primaria y secundaria ante el desarrollo y mantenimiento de esta patología.

***Palabras clave:** Episodio depresivo, inestabilidad emocional, alteración del estado de ánimo, grupo de atención prioritaria.*

Abstract

Depression is a disease that alters a person's emotional state, and in adolescence, it is considered a priority attention problem due to its high prevalence, becoming the second leading cause of death worldwide; it is for all these reasons that this research work aims to establish the prevalence of the pathology and identify the most frequent risk factors of depression in adolescents in the American continent in the last ten years, and at the same time to describe the scientific evidence on this mental health problem, a non-experimental cross-sectional design was used, with a mixed descriptive and documentary approach based on bibliographic systematization. The study population was all that scientific evidence published in the databases Dialnet, Scielo, Science Direct, Redalyc and Elsevier during 2013-2023. Through the selection criteria, we delimited the sample to 32 scientific articles we obtained from which the following results: a high prevalence of depression in this age group belonging to the American continent, we identified being the female sex and among the associated risk factors personal, family, social and academic, having as most frequent low self-esteem, substance use, family dysfunctionality, violence, among others. To conclude, we evidenced the existence of scientific production on this mental illness, becoming an important precedent that allows health professionals to implement preventive strategies of primary and secondary care to their patients in the progression and maintenance of this pathology.

Keywords: *Depressive episode, emotional instability, mood disturbance, priority care group*

3. Introducción

La salud mental del adolescente es un problema de atención prioritaria debido a que, en esta etapa se pueden encontrar comúnmente patologías mentales como ansiedad, depresión, trastornos obsesivos compulsivos y de agresividad, en donde, los sentimientos y emociones forman un pilar fundamental en el desarrollo moral, psicológico y físico del adolescente (Iriarte et al., 2018). En ocasiones estos trastornos no son detectados a tiempo, en donde, la estigmatización de la adolescencia como una etapa complicada y de cambios de humor bruscos son uno de los principales obstáculos, siendo esto importante debido a que, la salud mental forma parte de la salud en general en donde esta comprende un estado completo de bienestar físico, mental y social, y partir de ello, el individuo es consciente de sus capacidades, afronta las tensiones normales, trabaja de manera productiva y contribuye a su comunidad (Vázquez, 2021).

En la Región de las Américas una de las principales causas de discapacidad en los adolescentes son trastornos mentales en los cuales están incluidos los trastornos depresivos, bipolares, ansiedad, entre otros (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2021). Una de las patologías más frecuentes es la depresión, en donde, se recalca que el 5% de la población en todo el mundo la experimenta, asimismo, se estima que 50 millones de personas de la Región de las Américas la padece, es decir un 17% más que en el año 2005, y se destaca que más del 80% se da en los países con recursos bajos y medios (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2023). García (2012) expresa que la depresión se presenta esporádicamente en las primeras etapas del ciclo vital, pero, se va notando un incremento desde la pubertad, debido a la presencia de cambios hormonales los mismos que están ligados a la morfología cerebral, el procesamiento de la información social y otros factores de riesgo.

La depresión durante la adolescencia se caracteriza principalmente por falta de interés, tristeza profunda y la incapacidad de llevar a cabo actividades cotidianas por al menos dos semanas, en donde, se presenta sintomatología a nivel emocional, físico, cognitivo y comportamental (American Psychological Association [APA], 2017). Cabe mencionar, que con el paso de los años cada vez diagnostican a más personas con esta patología, siendo un grupo de riesgo adolescentes y jóvenes, lo que representa un problema de salud pública debido a su gran prevalencia (Corea, 2021). Según la OMS y otros estudios enmarcan que los problemas de salud mental de los adolescentes aumentaron durante la pandemia Covid-19, en donde la falta de socialización, el aislamiento, cambios de hábitos, problemas económicos, laborales y la interrupción de las actividades educativas afectaron a dicha población (Vázquez, 2021).

Se ha evidenciado que existen diversos factores de riesgo para el desarrollo de esta patología, entre los cuales podemos destacar la disposición genética, acontecimientos vitales adversos, problemas económicos, enfermedades crónicas, abuso de sustancias, disfuncionalidad familiar, entre otros (Mosquera et al., 2022). Asimismo, American Psychological Association (2017) afirma que, es multicausal, es decir, que es provocada por una combinación de factores genéticos, sociales, psicológicos, biológicos y ambientales; igualmente, determina que los cambios importantes vitales, traumas y estrés pueden ser considerados factores de riesgo en el desarrollo y mantenimiento de esta patología. En el estudio denominado Prevalencia y factores asociados a la depresión mayor en Andalucía, Porras (2019) menciona que la depresión está significativamente asociada con los factores psicosociales, antecedentes psiquiátricos familiares, acontecimientos vitales estresantes y dependencia a sustancias.

La Organización Mundial de la Salud (2021) indica que, uno de cada siete de los adolescentes (14%) padece de algún trastorno mental como depresión, ansiedad y trastornos del comportamiento siendo esta causa de enfermedad y discapacidad, mostrando la importancia de estar inmerso en un ambiente de protección, siendo así, se calcula que de la depresión el 1,1% corresponde a adolescentes de 10 a 14 años y el 2,8% de los de 15 a 19 años. López et al. (2012) en su estudio Depresión en adolescentes: El papel de los sucesos vitales estresantes llevado a cabo en México encontró que 15,6% de los adolescentes presentaron síntomas de depresión, en donde, se destacó mayor prevalencia en mujeres que en hombres.

De acuerdo al estudio VoCes-19 desarrollado en México en la población de 15 a 24 años se observó que el 64% de los adolescentes presentan sintomatología depresiva (ONU, 2021). Según el estudio del Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades llevado a cabo en Chile en 2021 mostró que el 44% de los estudiantes de secundaria presentaron sintomatología depresiva en el 2020, indicando que estaban vinculados a experiencias de racismo, estigma social en relación al género, identidad y violencia sexual (CDC, 2022). Asimismo, en Colombia, mediante el estudio Depresión y Riesgo Suicida en Adolescentes de 10-17 años pertenecientes a una Institución Educativa de la Ciudad de Barranquilla se destaca que su prevalencia de la depresión en adolescentes es del 14,54% (Rodríguez, 2021). En un contexto más próximo, en Ecuador investigaciones como la realizada por Carrasco (2023) denominada Prevalencia de depresión, ansiedad y estrés indica que el 28% de los adolescentes padecen de depresión entre los niveles leve, moderada y severa.

Por ello, según los estudios realizados a nivel mundial, se constata que la depresión se presenta en personas de forma global, en donde los grupos de riesgo son los jóvenes y adolescentes, por tal motivo esta investigación permitió establecer la prevalencia de este problema de salud mental brindándonos un panorama más amplio de lo que viene sucediendo desde hace 10 años hasta la actualidad a través de la producción científica en la cual se ha rescatado los posibles factores de riesgo asociados a su desarrollo permitiendo de esta manera actuar de forma temprana y oportuna frente a esta situación. Por lo antes mencionado, la investigación brindará información relevante al mundo científico – académico de la variable con la finalidad de predisponer conocimiento y entendimiento para los demás y generar interés en profundizar en investigaciones de campo y documentales, adicional a ello, datos estadísticos enfocados para visualizar ampliamente la magnitud de la problemática, incentivando a futuros investigadores a intervenir.

La metodología utilizada en la investigación fue el enfoque mixto de tipo descriptivo, asimismo de diseño no experimental con corte transversal y de sistematización bibliográfica, en el cual, se realizó la recolección y análisis de datos en un determinado y único tiempo. La población estuvo conformada de toda aquella evidencia científica que mostró resultados sobre esta enfermedad mental expuesta por las bases de datos Dialnet, Scielo, Science Direct, Redalyc y Elsevier, y, mediante la utilización del diagrama de flujo y los criterios de inclusión y exclusión se obtuvo una muestra representativa de 32 artículos científicos de nueve países. Por consiguiente, para dar respuesta a los objetivos planteados, se analizaron dichos artículos con enfoque cuantitativo expuestos por revistas científicas, los mismo que permitieron establecer la prevalencia e identificar los factores de riesgo más frecuentes de la depresión en adolescentes, en donde, para la recolección y tabulación de datos se utilizó Excel.

Esta investigación adquirió una estructura teniendo como base un marco teórico en el que se recopilan cada uno de los aportes de diversos autores en relación sobre la depresión en el que se aborda epidemiología, definición, teorías y modelos explicativos, tipos, causas, factores de protectores, factores de riesgo, evaluación y estrategias de intervención. Adicional, se brinda información sobre la metodología utilizada teniendo en cuenta el tipo de investigación, unidad de estudio, el procesamiento de datos, y en su sección final una exposición de los resultados obtenidos, la discusión observando las posturas de diversos autores, conclusiones y recomendaciones.

Sin embargo, se recalcan ciertas limitaciones de la investigación, primeramente, la evidencia científica obtenida de los diversos países generalmente son de América Latina lo cual se sesgaría al generalizarla a otros países del continente americano. Como segundo punto, la obtención de los datos estadísticos es únicamente de los que constan en los artículos científicos en el que se dejan de lado las estadísticas de las entidades de Salud Pública u otros organismos. Y finalmente, no se tomaron en cuenta otros contextos en los que se desenvuelven los adolescentes ni otras variables como la cultura, disposición genética y enfermedades orgánicas, los cuales pueden ser considerados factores de riesgo para el desarrollo o mantenimiento de la depresión. Es por ello que, estos componentes pueden ser considerados para los futuros investigadores.

4. Marco Teórico

4.1 Capítulo I: Depresión

4.1.1 Epidemiología

López et al. (2012) en su estudio Depresión en adolescentes: El papel de los sucesos vitales estresantes encontró que 15,6% de los adolescentes presentaron síntomas de depresión, en donde, se destacó la mayor prevalencia en mujeres con el 21,3% a diferencia de los hombres en un 8,8%. Además, en el estudio denominado Epidemiología de los Trastornos de Ansiedad y Depresión en Adolescentes de una Población Rural realizado en Argentina se determinó la prevalencia del 24% de depresión en los adolescentes (Acosta et al., 2008).

La depresión es considerada como uno de los trastornos mentales más comunes, en donde, se estima que el 5% de la población en todo el mundo la experimenta. (OMS, 2023), determinando que alrededor de 280 millones de personas son afectadas globalmente, convirtiéndose en una causa de discapacidad funcional, sobre todo si es de larga duración e intensidad moderada o severa, en donde, el individuo pudiera llegar al punto de ser incapaz de cubrir sus propias necesidades básicas de autocuidado, disminuyendo así el funcionamiento físico, social y personal (Mosquera et al., 2022).

4.1.2 Definición

Todas las personas se han sentido tristes o decaídas de vez en cuando, pero estos sentimientos en poco tiempo suelen desaparecer, sin embargo, cuando estos síntomas se intensifican e interfieren en cómo se siente, piensa y coordina sus actividades cotidianas se denomina como depresión, considerada como una enfermedad que puede afectar a cualquier persona sin importar la edad, raza, situación económica, cultural o nivel educativo en donde los factores genéticos, biológicos ambientales y psicológicos influyen en la aparición de la sintomatología (Instituto Nacional de la Salud Mental, 2021).

El término depresión hace referencia a una tristeza aumentada en duración y/o intensidad y afecta en la vida de quien lo sufre, teniendo por un lado el estado psicopatológico definido o denominado depresión mayor recurrente y, por otro lado, un grupo de síntomas que pertenecen a esta enfermedad denominado síndrome depresivo; principalmente se caracteriza porque invade a la persona y hace que su reacción sea negativa ante diversos acontecimientos (Zoch, 2002).

Porras (2019) afirma que la depresión es una de los principales problemas de salud pública a nivel mundial por las elevadas cifras de discapacidad, prevalencia, comorbilidad y mortalidad, siendo así, se estima que la prevalencia a nivel mundial es entre 10% y 15%, en donde se ha evidenciado que la esperanza de vida de las personas con depresión es 15 años menos en relación a la población en general.

4.1.3 Teorías y modelos explicativos de la depresión

La depresión es un problema de múltiples facetas caracterizado por un amplio número de síntomas que pueden, o no, estar presentes en cada paciente en particular. Por eso es importante conocer a que teoría o modelo explicativo se atribuye....

- Teorías conductuales de la depresión: sugiere que la depresión se considera principalmente como un fenómeno aprendido que surge de interacciones negativas entre una persona y su entorno, como relaciones sociales desfavorables o una falta de recompensas, esto puede influir en el pensamiento, emociones, conductas y las relaciones.
- La disminución del refuerzo positivo: los elementos cognitivos de la depresión, como la baja autoestima, la culpa, el pesimismo, entre otros, son consecuencia de las interpretaciones que el individuo realiza acerca de su experiencia de malestar emocional.
- Teoría cognitiva de Beck: Gira en torno a tres conceptos principales: la cognición, el contenido cognitivo y los esquemas. Por un lado, la cognición, que hace referencia al contenido, proceso y estructura de la percepción, del pensamiento y de las representaciones mentales; por otro lado, el contenido cognitivo se refiere al significado que el individuo le da a los pensamientos e imágenes (Vázquez & Muñoz, s. f.).

La depresión desde la psicología evolucionista: muchos de los síntomas perjudiciales de algunas patologías de la salud mental son considerados como una evolución de los mecanismos de defensa ante algún peligro, dentro de ello, la depresión podría ser considerada como una alteración de un mecanismo de defensa adaptativo, en donde la depresión bien podría ser considerado como una falla en el funcionamiento normal o como un subproducto desadaptativo de algún rasgo adaptativo (Poo et al., 2007).

El modelo estrés-recompensa-mentalización de la depresión: destaca que la depresión especialmente la infantil y adolescente, se explica como el resultado de una interacción disfuncional de tres sistemas biocomportamentales básicos; primero, el sistema que

maneja el estrés; segundo, es el sistema con funciones de recompensa los cuales están asociados a factores ambientales tanto relaciones familiares como interpersonales; y, el tercer sistema es la cognición social que se centra en la capacidad para comprenderse a si mismo y a los otros, haciendo referencia a los valores, actitudes, sentimientos, deseos, entre otros; indicando que estos podrían estar desregulado tanto por factores internos como externos (Jiménez, 2021).

4.1.4 Tipos de depresión

Según el Instituto Nacional de la Salud Mental (2021) ratifica que existen dos tipos de depresión más frecuentes los cuales son: depresión mayor y trastorno depresivo persistente o distimia, sin embargo, existen otros tipos de depresión tales como: depresión perinatal, trastorno afectivo estacional y depresión con síntomas de psicosis.

La Asociación Americana de psiquiatría estipuló criterios específicos a existencia de: humor disfórico, incluyendo, cuatro o más de los siguientes síntomas: mal apetito o aumento del apetito, dificultades de sueño, falta de energía, agitación o retardo psicomotor, pérdida del interés, tendencia al reproche o exceso de culpas, disminución de la capacidad de concentración y pensamientos o ideas de muerte (García, 2012).

Brevemente el DSM-5 define los siguientes tipos de trastornos depresivos es:

Trastorno depresivo mayor. Se caracteriza por presentar episodios determinados por al menos dos semanas de duración, en los que implican cambios en la afectividad, m, cognición, y las funciones neurovegetativas.

Trastorno depresivo persistente (distimia). se caracteriza por sintomatología depresiva menos severa en comparación con la de un episodio depresivo mayor, pero puede ser igual de discapacitante. Por al menos dos años en adultos y un año en niños.

Trastorno disfórico premenstrual. en la cual una mujer tiene síntomas de depresión graves, irritabilidad y tensión antes de la menstruación y que remite posterior a su culminación.

Trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento. Se da en consecuencia del consumo de sustancias, en donde, los síntomas persisten más tiempo de lo que se espera que duren de los efectos fisiológicos o del periodo de intoxicación o abstinencia.

De acuerdo al DSM-5 los criterios diagnósticos de los trastornos depresivos son:

Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo 296.99 (F34.8)

A continuación, se describirá textualmente los criterios y especificadores (APA, 2014).

- A. Accesos de cólera graves y recurrentes que se manifiestan verbalmente (p. ej. rabietas verbales) y/o con el comportamiento (p. ej., agresión física a personas o propiedades) cuya intensidad o duración son desproporcionadas a la situación o provocación.
- B. Los accesos de cólera no concuerdan con el grado de desarrollo.
- C. Los accesos de cólera se producen, en término medio, tres o más veces por semana.
- D. El estado de ánimo entre los accesos de cólera es persistentemente irritable o irascible la mayor parte del día, casi todos los días, y es observable por parte de otras personas (p. ej, padres, maestros, compañeros).
- E. Los Criterios A-D han estado presentes durante 12 o más meses. En todo este tiempo, el individuo no ha tenido un período que durara tres o más meses consecutivos sin todos los síntomas de los Criterios A-D.
- F. Los Criterios A y D están presentes al menos en dos de tres contextos (es decir, en casa, en la escuela, con los compañeros) y son graves al menos en uno de ellos.
- G. El primer diagnóstico no se debe hacer antes de los 6 años o después de los 18 años.
- H. Por la historia o la observación, los Criterios A-E comienzan antes de los 10 años.
- I. Nunca ha habido un periodo bien definido de más de un día durante el cual se hayan cumplido todos los criterios sintomáticos, excepto la duración, para un episodio maniaco o hipomaniaco.

Nota: La elevación del estado de ánimo apropiada al desarrollo, como sucede en el contexto de un acontecimiento muy positivo o a la espera del mismo, no se ha de considerar un síntoma de manía o hipomanía.

- J. Los comportamientos no se producen exclusivamente durante un episodio de trastorno de depresión mayor y no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno del espectro autista, trastorno por estrés postraumático, trastorno por ansiedad de separación, trastorno depresivo persistente (distimia)

Nota: Este diagnóstico no puede coexistir con el trastorno negativista desafiante, el trastorno explosivo intermitente o el trastorno bipolar, aunque puede coexistir con otros, como el trastorno de depresión mayor, el trastorno de déficit de atención/hiperactividad, el trastorno de conducta y los trastornos por consumo de sustancias. En individuos cuyos síntomas cumplen los criterios para el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo y el trastorno negativista desafiante, solamente se debe hacer el diagnóstico

de trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo. Si un individuo no ha tenido nunca un episodio maníaco o hipomaníaco, no se debe hacer el diagnóstico de trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo.

- K. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica o neurológica.

Trastorno de depresión mayor

A continuación, se describirá textualmente los criterios y especificadores (APA, 2014).

- A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.

Nota: No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)
2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más de un 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.)
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros, no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
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).

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).
 9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.
- B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

Nota: Los Criterios A-C constituyen un episodio de depresión mayor.

Nota: Las respuestas a una pérdida significativa (p. ej., duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o discapacidad grave) pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, pérdida del apetito y pérdida de peso que figuran en el Criterio A, y pueden simular un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería pensar atentamente en la presencia de un episodio de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa. Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida.

- D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
- E. Nunca ha habido un episodio maniaco o hipomaniaco.

Nota: Esta exclusión no se aplica si todos los episodios de tipo maníaco o hipomaniaco son inducidos por sustancias o se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica.

Trastorno depresivo persistente (distimia) 300.4 (F34.1)

A continuación, se describirá textualmente los criterios y especificadores (APA, 2014).

En este trastorno se agrupan el trastorno de depresión mayor crónico y el trastorno distímico del DSM-IV.

A. Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, presente más días que los que está ausente, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas, durante un mínimo de dos años.

Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable y la duración ha de ser como mínimo de un año.

B. Presencia, durante la depresión, de dos (o más) de los síntomas siguientes:

1. Poco apetito o sobrealimentación.
2. Insomnio o hipersomnia.
3. Poca energía o fatiga.
4. Baja autoestima.
5. Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones.
6. Sentimientos de desesperanza.

C. Durante el período de dos años (un año en niños y adolescentes) de la alteración, el individuo nunca ha estado sin los síntomas de los Criterios A y B durante más de dos meses seguidos.

D. Los criterios para un trastorno de depresión mayor pueden estar continuamente presentes durante dos años.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o un episodio hipomaníaco, y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.

F. La alteración no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo persistente, esquizofrenia, un trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otro trastorno psicótico.

G. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a otra afección médica (p. ej., hipotiroidismo).

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

Nota: Como los criterios para un episodio de depresión mayor incluyen cuatro síntomas que no están en la lista de síntomas del trastorno depresivo persistente (distimia), un número muy limitado de individuos tendrá síntomas depresivos que han persistido durante más de dos años, pero no cumplirán los criterios para el trastorno depresivo persistente. Si en algún momento durante el episodio actual de la enfermedad se han cumplido todos los

criterios para un episodio de depresión mayor, se hará un diagnóstico de trastorno de depresión mayor. De no ser así, está justificado un diagnóstico de otro trastorno depresivo especificado o de un trastorno depresivo no especificado.

Trastorno disfórico premenstrual 625.4 (N94.3)

A continuación, se describirá textualmente los criterios y especificadores (APA, 2014).

- A. En la mayoría de los ciclos menstruales, al menos cinco síntomas han de estar presentes en la última semana antes del inicio de la menstruación, empezar a mejorar unos días después del inicio de la menstruación y hacerse mínimos o desaparecer en la semana después de la menstruación.
- B. Uno (o más) de los síntomas siguientes han de estar presentes:
 - 1. Labilidad afectiva intensa (p. ej., cambios de humor, de repente está triste o llorosa, o aumento de la sensibilidad al rechazo).
 - 2. Irritabilidad intensa, o enfado, o aumento de los conflictos interpersonales.
 - 3. Estado de ánimo intensamente deprimido, sentimiento de desesperanza o ideas de autodesprecio.
 - 4. Ansiedad, tensión y/o sensación intensa de estar excitada o con los nervios de punta.
- C. Uno (o más) de los síntomas siguientes también han de estar presentes, hasta llegar a un total de cinco síntomas cuando se combinan con los síntomas del Criterio B.
 - 1. Disminución del interés por las actividades habituales (p. ej. trabajo, escuela, amigos, aficiones).
 - 2. Dificultad subjetiva de concentración.
 - 3. Letargo, fatigabilidad fácil o intensa falta de energía.
 - 4. Cambio importante del apetito, sobrealimentación o anhelo de alimentos específicos.
 - 5. Hipersomnias o insomnio.
 - 6. Sensación de estar agobiada o sin control.
 - 7. Síntomas físicos como dolor o tumefacción mamaria, dolor articular o muscular, sensación de "hinchazón" o aumento de peso.

Nota: Los síntomas de los Criterios A-C se han de haber cumplido durante la mayoría de los ciclos menstruales del año anterior.

- D. Los síntomas se asocian a malestar clínicamente significativo o interferencia en el trabajo, la escuela, las actividades sociales habituales o la relación con otras personas (p. ej., evitación de actividades sociales; disminución de la productividad y la eficiencia en el trabajo, la escuela o en casa).
- E. La alteración no es simplemente una exacerbación de los síntomas de otro trastorno, como el trastorno de depresión mayor, el trastorno de pánico, el trastorno depresivo persistente (distimia) o un trastorno de la personalidad (aunque puede coexistir con cualquiera de estos).
- F. El Criterio A se ha de confirmar mediante evaluaciones diarias prospectivas durante al menos dos ciclos sintomáticos (Nota: El diagnóstico se puede hacer de forma provisional antes de esta confirmación.)
- G. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej. una droga un medicamento, otro tratamiento) o a otra afección médica (p. ej. hipertiroidismo).

Trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento

A continuación, se describirá textualmente los criterios y especificadores (APA, 2014).

- A. Alteración importante y persistente del estado de ánimo que predomina en el cuadro clínico y que se caracteriza por estado de ánimo deprimido, disminución notable del interés o placer por todas o casi todas las actividades.
- B. Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de (1) y (2):
 - 1. Síntomas del Criterio A desarrollados durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de una sustancia o después de la exposición a un medicamento.
 - 2. La sustancia/medicamento implicado puede producir los síntomas del Criterio A.
- C. El trastorno no se explica mejor por un trastorno depresivo no inducido por una sustancia/medicamento. La evidencia de un trastorno depresivo independiente puede incluir lo siguiente:

Los síntomas fueron anteriores al inicio del uso de la sustancia/medicamento; los síntomas persisten durante un período importante (p. ej., aproximadamente un mes) después del cese de la abstinencia aguda o la intoxicación grave; o existen otras pruebas que sugieren la existencia de un trastorno depresivo independiente no inducido por

sustancias/medicamentos (p. ej., antecedentes de episodios recurrentes no relacionados con sustancias/medicamentos).

D. El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un delirium.

E. El trastorno causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Nota: Sólo se hará este diagnóstico en lugar de un diagnóstico de intoxicación por una sustancia o abstinencia de una sustancia cuando los síntomas del Criterio A predominen en el cuadro clínico y cuando sean suficientemente graves para justificar la atención clínica.

Nota de codificación: Los códigos CIE-9-MC y CIE-10-MC para los trastornos depresivos por [sustancia/medicamento específico] se indican en la tabla siguiente. Obsérvese que el código CIE-10-MC depende de si existe o no algún trastorno concomitante por uso de sustancias de la misma clase. Si un trastorno leve por consumo de sustancias coincide con el trastorno depresivo inducido por sustancias, el carácter en 4ª posición es "1", y el clínico registrará "trastorno leve por consumo de [sustancia]" antes de trastorno depresivo inducido por sustancias (p. ej., trastorno leve por consumo de cocaína con trastorno depresivo inducido por cocaína"). Si un trastorno moderado o grave por consumo de sustancias coincide con el trastorno depresivo inducido por una sustancia el carácter en 4ª posición es "2" el clínico hará constar "trastorno moderado por consumo de [sustancia]" o "trastorno grave por consumo de [sustancia]" según la gravedad del trastorno concurrente por consumo de esa sustancia. Si no existe un trastorno concurrente por consumo de una sustancia (p. ej., después de un consumo importante puntual de la sustancia), el carácter en 4ª posición es "9", y el clínico sólo hará constar el trastorno depresivo inducido por sustancias.

Otro trastorno depresivo especificado 311 (F32.8)

A continuación, se describirá textualmente los criterios y especificadores (APA, 2014).

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno depresivo que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos depresivos. La categoría de otro trastorno depresivo especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios de un trastorno depresivo específico. Esto se hace

registrando otro trastorno depresivo especificado" y a continuación el motivo específico (p. ej., "episodio depresivo de corta duración").

Algunos ejemplos de presentaciones que se pueden especificar utilizando la designación "otro especificado" son los siguientes:

1. **Depresión breve recurrente:** Presencia concurrente de estado de ánimo deprimido y al menos otros cuatro síntomas de depresión durante 2-13 días por lo menos una vez al mes (no asociados al ciclo menstrual) durante un mínimo de doce meses consecutivos en un individuo cuya presentación no ha cumplido nunca los criterios para ningún otro trastorno depresivo o bipolar y que actualmente no cumple los criterios activos o residuales para un trastorno psicótico.
2. **Episodio depresivo de corta duración (4-13 días):** Afecto deprimido y al menos cuatro de los otros ocho síntomas de un episodio de depresión mayor asociados a malestar clínicamente significativo o deterioro que persiste durante más de cuatro días, pero menos de catorce días, en un individuo cuya presentación nunca ha cumplido los criterios para otro trastorno depresivo o bipolar, no cumple actualmente los criterios activos o residuales para un trastorno psicótico y no cumple los criterios para una depresión breve recurrente.
3. **Episodio depresivo con síntomas insuficientes:** Afecto deprimido y al menos cuatro de los otros ocho síntomas de un episodio de depresión mayor asociado a malestar clínicamente significativo o deterioro que persiste durante un mínimo de dos semanas en un individuo cuya presentación nunca ha cumplido los criterios para otro trastorno depresivo o bipolar, no cumple actualmente los criterios activos o residuales para un trastorno psicótico y no cumple los criterios para trastorno mixto de ansiedad y depresión.

4.1.5 Depresión en los adolescentes

Alzuri, Hernández y Calzada (2017) enfatiza que en la adolescencia la depresión presenta diversas particularidades, tales como:

- La identificación y tratamiento de la depresión se ven dificultados debido a la presencia de cambios emocionales normales, variaciones típicas en el estado de ánimo y trastornos del desarrollo, que generan confusión y complicaciones.
- A menudo, los síntomas de la depresión se pueden ocultar en la agresividad o irritabilidad. Los rasgos más característicos como la tristeza, bajo autoestima o

dificultades en el sueño pueden estar encubiertos en comportamientos inadecuados, discusiones, consumo de sustancias, entre otros.

- La depresión en los adolescentes presenta una complejidad mayor y coloca al individuo en una situación de mayor riesgo de suicidio en comparación con los adultos.
- Debido a la plasticidad del sistema nervioso central (SNC) en estas etapas de desarrollo, es posible notar una pronta mejoría en los síntomas depresivos al alejar al adolescente de la fuente de conflictos, pudiendo generar la existencia de la misma.

La depresión es poco común en los primeros años, sin embargo, se incrementa de manera notoria en la pubertad, esto está posiblemente asociada con los cambios de morfología cerebral, procesamiento de la información social y la correlación genes-ambiente; asimismo, muchos de los cuadros depresivos vienen antepuestos por cuadros de ansiedad durante la infancia y se puede complicar a diversos grados de discapacidad y comorbilidad con otros trastornos (García, 2012).

4.1.6 Causas de la depresión del adolescente

Rosillo (2005) cita a Calderón (1984) y menciona que la depresión tiene una etiología multicausal, en donde existen fallas en los componentes biopsicosocial del individuo, y recalca la necesidad de determinar las causas desde diferentes componentes, los cuales son:

- Causas biológicas: dentro de la endocrinología se resalta la relación entre la producción de sustancias químicas y el control de los procesos psicológicos del individuo, en donde, juega un papel importante las alteraciones de estas sustancias y de los mecanismos cerebrales, asimismo, se han descubierto alteraciones biológicas en relación al sueño.
- Causas psicológicas: Intervienen en el desarrollo de la depresión, debido a que, desempeñan un papel primordial desde los primeros años del individuo, en donde se determinan rasgos de personalidad, recalcando que no son heredados sino se van aprendiendo dentro del entorno familiar a través de la estrecha relación y dependencia. La psicología cognoscitiva considera que los pensamientos intervienen en el comportamiento de las personas e incluso en la manifestación del estado de ánimo.
- Causas socioculturales: el ambiente en el que se desenvuelve la persona determina los valores en donde pueden llegar a generar una tensión entre el individuo y lo que se espera de él de acuerdo a los estándares establecidos culturalmente. En ciertos entornos en donde lo primordial es lo estético y material, los adolescentes pueden entrar en un

conflicto interno al estar en constantes exigencias que no se encuentran dentro de sí, siendo así, más expuestos a la aparición de alteraciones del ánimo (13-16).

Navarro (2007) considera recalcar que hay diversos factores implicados en la presencia de la depresión, por un lado, los factores relacionados con la personalidad, puesto que contar con alguna cualidad extrema tales como: inseguridad, dependencia y baja autoestima predispone a padecer depresión; asimismo, factores ambientales en donde, sufrir de algún problema económico, familiar o de salud predispone a la presencia de la depresión; y, factores biológicos en donde destaca las alteraciones cerebrales específicamente en el área frontal y área límbica, las alteraciones en los neurotransmisores como la serotonina, noradrenalina y la dopamina y las alteraciones genéticas, debido a que es más fácil la presencia de depresión en personas que tengan familiares con antecedentes de dicha patología (p.12).

Actualmente, no se conoce con exactitud las causas de la presencia de la enfermedad depresiva, sin embargo, los estudios y avances en el conocimiento de la neurociencia han enfatizado en la vulnerabilidad biológica sobre la cual interactúan factores ambientales como factores desencadenantes; en donde se estima que del 40% al 65% es por heredabilidad y entre 35% y 60% factores ambientales tales como: dificultades familiares (García, 2012).

4.1.7 Factores protectores

Páramo (2011) cita a Donas Burak (2001) en dónde plantea hay dos tipos de factores protectores: por un lado, de amplio espectro, estas favorecen a evitar el acontecer de daños o riesgos, entre los cuales podemos destacar: alta autoestima, familia funcional, buena comunicación interpersonal, sentido de la vida elaborado y alto nivel de resiliencia; y factores protectores específicos a ciertas conductas de riesgo.

4.1.8 Factores de riesgo

Algunos determinantes que marcan la personalidad de un adolescente son: la migración, disfunción familiar, embarazos prematuros, desórdenes alimenticios, conflictos familiares, falta de habilidades sociales, enamoramientos, etc., en estos efectos incitan constantes cuadros de depresivos, tristeza, baja autoestima, síntomas alarmantes que se evidencian en diferentes áreas tales como: académicas y sociales (Basantes et al., 2020).

Siendo así, se evidencia que mientras mayor sea el número de factores de riesgo hay mayor vulnerabilidad emocional, la etapa de la adolescencia se caracteriza por contar con varias desventajas importantes, relacionado la depresión con factores tales como: bajo ingreso

económico, vivir en medio suburbano y rural o que sus padres tengan sólo educación básica; siendo así que, la respuesta depresiva se da de acuerdo a las limitaciones que la sociedad impone y así, impactando la calidad de vida del individuo (O-Vizcarra et al., 2009).

La depresión en los adolescentes suele estar relacionada con múltiples factores de riesgo dentro de estos factores encontramos los genéticos, cognitivos familiares y personales:

- Personales y sociales: Los adolescentes son más propensos a padecer algún tipo de enfermedad mental, debido a que, aquí se desarrollan y potencian tanto los cambios físicos y psicológicos, demarcados por modificaciones cognitivas, con implicaciones socioculturales, estos cambios que influyen en el desenvolvimiento dentro de la sociedad y la aceptación de sí mismo.
- Cognitivos: en esta etapa se empiezan a desarrollar una serie de bosquejos mentales, es decir, la manera en cómo el individuo percibe la realidad tales como: creencias y emociones, lo cual esto favorece a su aparición. Estas estructuras cognitivas se van formando de acuerdo a la educación y la cultura en el que está inmerso la persona desde su nacimiento en su proceso de formación física y psicológica, en donde estos esquemas pueden estar inactivos o activarse influyendo en la aparición de la enfermedad.
- Familiares y genéticos: un factor de mayor relevancia se ha identificado que si uno de los padres del individuo presenta antecedentes los hijos son más propensos a padecer de enfermedad o a la aparición de la depresión en algún momento de su vida, además, están ligados a la crianza y al desarrollo intelectual y de acompañamiento generado por los padres (Rodríguez et al., 2019 cita a Rivadeneira y Dahab, 2013).

Dentro de los factores de riesgo se resalta la alta percepción de mal funcionamiento familiar para el desarrollo de trastornos ansiosos, afectivos y disruptivos; además, menciona la psicopatología parental sobre todo para los trastornos afectivos en donde si la madre tenía psicopatología el riesgo de los hijos a padecer era mayor; y, destaca que el abuso de sustancias puede ser un factor desencadenante de la depresión (García, 2012).

Dentro de los factores de riesgo a nivel familiar, académico, social e individual del adolescente, interviniendo de la siguiente manera: por un lado, el entorno familiar debido a que, si el ambiente familiar es hostil es muy probable que se desarrolle un trastorno depresivo, en donde la familia debería ser el primer factor protector de cada uno de sus miembros; en el ámbito escolar en su relación de pares en donde las principales practicas son el bullying y el ciber-acoso poniendo en peligro la salud física y mental del adolescente; y la experiencia y los

sucesos vitales del adolescente en donde el entorno social juega un papel fundamental, ya que, si se encuentra en un ambiente peligroso u hostil y en una situación precaria tiende a tener mayor probabilidad de que la sintomatología aparezca (Ortega, 2020).

4.1.8 Evaluación de la depresión en adolescentes

Para la evaluación y diagnóstico de la depresión en adolescentes, se destacan dos aspectos importantes, detallados a continuación:

- Identificación del adolescente con riesgo de depresión: con frecuencia el primer contacto con el adolescente es el personal de atención primaria, siendo ellos, un pilar fundamental para identificar, diagnosticar, tratar y monitorear dicha patología. En donde identificar e intervenir de forma temprana es significativo, disminuyendo los riesgos. El profesional de salud de manera breve debe realizar una evaluación para identificar una probable depresión, en situaciones específicas tales como: antecedentes personales patológicos y familiares y, situación actual.
- Métodos útiles para la evaluación y el diagnóstico: en este aspecto es necesario recalcar que el adolescente no llega directamente a los servicios de salud mental, sin embargo, luego de la identificación se puede utilizar instrumentos psicológicos tales como Escala de Depresión Adolescente Kutcher, la 6-EDAK y CDI. Posterior al análisis de la sintomatología presente en los adolescentes se utiliza manuales de diagnóstico que pueden ser el DSM-5 o CIE-10 (Kutcher et al., 2012).

El estar deprimido se da bajo el entendimiento de tres niveles, en donde cada uno de ellos brinda una aproximación diferente sobre su evaluación, en el primer nivel se encuentra la sintomatología, que hace referencia al estado de ánimo; el segundo nivel es el sindrómico, el mismo que se incluye al conjunto de síntomas recurrentes con la depresión tales como: cambio de apetito, dificultad del sueño, pérdida del placer, etc.) tomando en cuenta un grado de gravedad y duración; y, finalmente, el tercer nivel que es el nosológico, en donde destaca que los síntomas de un episodio depresivo no se le atribuye a otra condición o trastorno (2005, como se citó en Sarmiento, 2020).

4.1.9 Estrategias de intervención

Según National Institute of Mental Health (2021) el tratamiento de la depresión incluye a nivel farmacológico, psicoterapia o ambos; en casos leves se empieza con la psicoterapia y en casos moderados o graves se recomienda una combinación de medicamentos y psicoterapia;

cada tratamiento va acorde las necesidades y la situación de salud de la persona, los tratamientos son:

- Farmacológico: los antidepresivos son los que se utilizan con mayor frecuencia, se ven los efectos a partir de las 4 a 8 semanas, aquí, las dificultades de sueño, apetito y concentración van mejorando antes que el estado de ánimo. También, pueden tener efectos secundarios.
- Psicoterapia: la finalidad es brindar las herramientas adecuadas para que el paciente aprenda nuevas maneras de pensar, comportamientos y hábitos que contribuyen al mantenimiento de la depresión. Aquí, encontramos dos terapias eficaces en tratar la depresión las cuales son: la terapia cognitivo conductual en donde los individuos aprenden a cambiar y desafiar los patrones de pensamientos y conductas inadecuadas y así disminuir la sintomatología; y la terapia interpersonal, la cual está centrada en los acontecimientos del individuo que crean gran impacto en el estado de ánimo.
- Terapia de estimulación cerebral: se refiere a la inhibición del cerebro a través de electricidad u ondas magnéticas, este se da cuando los otros tratamientos para la depresión no han sido efectivos o no han funcionado. Los más frecuentes se incluyen terapia electroconvulsiva y estimulación magnética transcraneal repetitiva (3-4).

Chamorro (2004), señala como parte del tratamiento psicológico de la depresión en atención primaria a la psicoterapia breve de apoyo la cual se destaca por contar con características esenciales, tales como: el establecimiento de una relación empática con el paciente, ser comprensivos, brindar soporte emocional, asociar como parte de la patología a los síntomas emocionales, cognitivos y biológicos, conseguir apoyo familiar y social, establecimiento de objetivos reales y recalcar la importancia temporal y cíclica de estos procesos. Para la intervención, Navas y Vargas, hace referencia al tratamiento basado en el logro de objetivos y los enfoques psicológicos para el abordaje de situaciones en crisis de pacientes deprimidos, detallados a continuación:

Cuadro 1. Tratamiento basado en el logro de objetivos

Tratamiento basado en el logro de objetivos
1. Detener la caída. Los pacientes en enfermedades son susceptibles a una sensación y agravamiento de síntomas, para lo cual el principal objetivo es detener ese proceso de caída, en donde el paciente se sienta comprendido, el entendimiento de lo que le sucede, creación de un vínculo paciente-terapeuta y la intervención de la estructura familiar.
2. Remisión de la sintomatología. La interpretación que realiza el paciente de lo que le sucede conlleva a la comprensión y por ende la modificación de las interpretaciones que interfieren en la presencia de su sintomatología depresiva, posibilitando a la modificación de su estado anímico. En donde implica el pensar y sentir de una manera distinta.
3. Fortalecimiento y mantenimiento del estado anímico. La finalidad está dirigida a fortalecer la correcta interpretación de la realidad y motivar al paciente al mantenimiento de esta perspectiva que le permite sentirse bien.

Elaboración: Gutiérrez, 2023

Fuente: (Navas y Vargas, 2012).

Cuadro 2. Enfoques psicológicos para el abordaje de situaciones en crisis de pacientes deprimidos.

Enfoques psicológicos para el abordaje de situaciones en crisis de pacientes deprimidos
Psicoterapia de apoyo: Se caracteriza por la presencia de espacio de escucha y dialogo, creando una atmosfera favorable para que el paciente pueda expresarse y hablar libremente. Se indagan posibles soluciones y se ofrecen sugerencias y estrategias para la toma de decisiones del paciente en el ámbito personal, familiar y/o académico.
Psicoterapia interpersonal: Está dirigida a la identificación de la sintomatología depresiva y los factores que la precipitan, abordando las relaciones interpersonales y centrándose en el contexto social inmediato del individuo.
Psicoterapia cognitivo-conductual: Se ejecuta para poder identificar creencias y las actitudes y pensamientos distorsionados del individuo. Dirigida principalmente a la modificación del comportamiento y pensamientos, orientada al presente y funcionamiento actual. Tienda a fomentar la independencia del paciente enfatizándose en el aprendizaje, modificación de conducta, tareas de autoayuda y potenciar habilidades.

Psicoterapia dinámica: Se indagan sobre los posibles conflictos en etapas anteriores del desarrollo, que podrían interferir como factores precipitantes. Teniendo como objetivo la autonomía del paciente.

Elaboración: Gutiérrez, 2023

Fuente: (Navas y Vargas, 2012).

Modelos de tercera generación

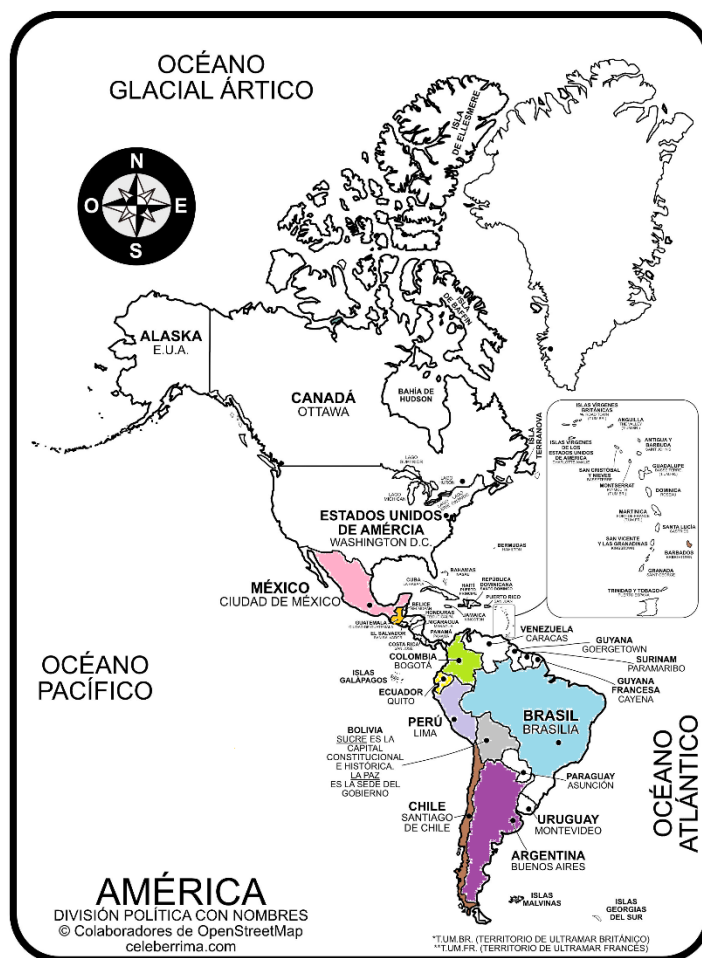
Chávez (2020) menciona que con terapias de tercera generación nos referimos a: Terapia de Aceptación y Compromiso, Psicoterapia Analítica Funcional, Terapia Dialéctica Conductual y Activación Conductual, teniendo como las más efectivas dentro de la depresión a la Aceptación y Compromiso y Activación Conductual, las mismas que se caracterizan por: en primer lugar, en la Terapia de aceptación y compromiso se busca que el individuo se distancie psicológicamente del sufrimiento y sea más flexible ante la presencia de la sintomatología, y así, aceptándolos y rigiendo sus comportamientos hacia sus propios valores; y como segundo tenemos la intervención de activación conductual, en este se toma en cuenta el contexto y ambiente, haciendo referencia al cambio del ambiente mas no en la cognición, desde un enfoque contextual y promover reforzadores de manera natural más que impuestos.

5. Metodología

5.1 Área de Estudio

El área de estudio a ser analizada es el continente americano, considerado de gran diversidad conformado por 35 países y comprende una extensión aproximada de 42.262.142 km². Esta investigación se desarrolló con toda la producción de artículos científicos encontrados en la base de datos especificadas del continente americano, teniendo como países de análisis México, Ecuador, Bolivia, Argentina, Brasil, Perú, Colombia, Chile y Guatemala, como se muestra en el *Figura 1*.

Figura 1. Países analizados sobre la depresión en adolescentes del continente americano



5.2 Enfoque y Diseño de Investigación

La investigación tuvo un enfoque mixto, es decir cuantitativo y cualitativo en donde la información fue seleccionada y tabulada (frecuencia y prevalencia de la depresión), este enfoque utilizó la recolección de datos a partir de una medición numérica y también se identificó cualidades (factores de riesgo) para ser descritas (Hernández, 2014). Además, fue de diseño no experimental y de corte transversal en el que ninguna variable fue manipulada y los

datos recolectados se establecieron en un tiempo determinado (Sousa et al., 2007). Es importante mencionar que el tipo de investigación fue documental utilizando la sistematización bibliográfica en la que se recopilará de información y análisis de documentos, puesto que se seleccionará, filtrará y categorizará la información extraída de los resúmenes, resultados y discusión de los de los documentos encontrados.

5.3 Alcance de la investigación

La investigación fue de un alcance descriptivo, la cual consiste en describir una situación o fenómeno real mediante la sistematización bibliográfica, con la finalidad de dar respuesta a la pregunta de investigación, puesto a que el objetivo general se centra en describir una situación o fenómeno (García y García, 2012).

5.4 Unidad de Estudio

5.4.1. Población

La población estuvo conformada por toda aquella producción científica que brinden información de la depresión en Adolescentes de América durante el periodo 2013-2023, en donde se incluyen fuentes primarias (libros) y fuentes secundarias (trabajos de investigación y artículos científicos) expuestos por bases de datos científicas tales como: Science Direct, Dialnet, Redalyc, Elsevier, con la utilización de los buscadores: Google Académico, Pubmed, Google Libros, Scielo, Dialnet, Redalyc y Google Scholar. Asimismo, a través de datos emitidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS), Instituto Nacional de la Salud Mental (NIHM), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y gestores bibliográficos como Zotero, teniendo una población conformada por 132 fuentes de información.

5.4.2. Muestra

Una vez determinado la base científica se aplicó el muestreo a conveniencia, la utilización del diagrama prisma y los criterios de selección que se detallan a continuación, teniendo como grupo de análisis a 32 artículos científicos:

Criterios de inclusión. En la investigación se incluyeron los artículos publicados dentro de los años 2013 y 2023. Adicional, se tomó en cuenta los documentos en idioma español, portugués e inglés y, se incluyeron documentos que tengan varias variables incluidas las de estudio, que contenga resultados estadísticos, que sean artículos científicos y publicados en el continente americano.

Criterios de exclusión. En el estudio investigativo principalmente se descartó los artículos con enfoque psicométricos y cualitativos, asimismo, no se tomó en cuenta los que no incluyan la población adolescente y se excluirá los documentos que tengan acceso restringido y estudios que no contengan base científica.

5.3 Consideraciones éticas

Los datos utilizados para la investigación serán para conocimiento, la obtención del título y veracidad dentro del procedimiento. Se utilizaron solo artículos científicos para dar una base de conocimiento científica y sólida.

5.4 Técnicas de estudio e instrumentos empleados

Se usó la síntesis bibliográfica, conocido como el proceso por el cual recopilamos información con la finalidad de obtener un conocimiento sistematizado (Méndez, 2008). La técnica que se empleará será la sistematización bibliográfica, en la que se recopilará de información y análisis de documentos, puesto que se seleccionará, filtrará y categorizará la información extraída de los resúmenes, resultados y discusión de los de los documentos encontrados.

La estrategia de búsqueda y selección de información incluyó aspectos referentes al año de creación y/o publicación, tipo y diseño de la investigación, características de la población y muestra, resultados de los estudios y el país en el que se desarrolló la investigación. Para ello, se utilizará el instrumento PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses) el cual tiene como objetivo ayudar a las personas que realizan investigaciones de carácter bibliográfico a evidenciar de manera transparente el porqué, qué hicieron los autores y qué encontraron ahí (Page et al., 2020).

5.5 Procesamiento y análisis de datos por objetivos

Para el desarrollo se llevó a cabo en diferentes fases las cuales permitieron dar respuesta a los objetivos, las cuales a continuación se detallan:

Fase 1.

Previo a la elección del tema, se realizó una revisión bibliográfica sobre estudios realizados por otros investigadores que permitió observar fenómenos que se presentan en la actualidad como impacto social, permitiendo plantear un problema de investigación, plasmado en la realización de un proyecto de investigación el cual pasó por un proceso administrativo

para su aprobación (*Anexo 1*), posteriormente, se solicitó la asignación del director para el desarrollo del trabajo de integración curricular (*Anexo 2*).

Para establecer la población de estudio se realizó la búsqueda de producción científica, siendo así, se seleccionó los artículos científicos mediante el diagrama de flujo PRISMA, en donde, en la primera fase de búsqueda realizada se llevó a cabo en las siguientes bases de datos: Dialnet = 42, Redalyc = 43, Science Direct = 17, Elsevier = 12 y Scielo = 18, en donde se obtuvo un total de 132 artículos; durante el proceso se tuvieron que exceptuar los documentos que no contaban con los criterios de inclusión y se concluyó con la unidad básica de análisis necesaria, con la finalidad de dar cumplimiento con los objetivos de estudio (*Anexo 3*).

Fase 2.

Se desarrolló una base de datos en Word (*Anexo 4*) de los artículos científicos, los cuales tienen información sobre autor, metodología, resultados y conclusiones que permitió seleccionar la información para la obtención de los resultados.

Se procedió a dar cumplimiento al objetivo general planteado mediante la extracción y ordenar por países y años la evidencia científica de la depresión en adolescentes del continente americano mediante una base de datos en Word (*Anexo 4*). De esta forma, se logró describir la existencia de la evidencia científica.

Fase 3.

Por consiguiente, se pasó al primer objetivo específico para el cual se extrajo los porcentajes de los individuos con y sin depresión de acuerdo a los países, género, años y en general. De igual forma, se continuó el procesamiento de datos del objetivo específico dos, en el cual se extrajo los factores de riesgo con sus respectivos porcentajes para ser tabulados de acuerdo a cuatro categorías factores personales, familiares, sociales y académicos para ser tabulados mediante Excel y tablas de frecuencia (*Anexo 5*).

Fase 4.

Una vez recopilada la información, se realizaron los procedimientos de estadística descriptiva para sacar la prevalencia y los factores de riesgo más frecuentes de la depresión. Además, para contrastar y llevar a cabo la discusión se tomaron artículos científicos de las bases de datos Dialnet, Redalyc, PubMed, Google académico y Scielo y datos oficiales de la OMS, OPS y NHM para dar respuesta a los objetivos planteados. Finalmente, se establecieron conclusiones y recomendaciones enfocados a los objetivos específicos planteados.

6. Resultados

La depresión en los últimos años ha sido considerada como un problema de salud pública que interfiere en la vida diaria de quienes la padecen, constituyendo ser la principal causa de problemas de salud y discapacidad como resultado de problemas a nivel personal, social, familiar y académico, los cuales no han sido tratados adecuadamente. A continuación, se muestran resultados fiables sobre la presencia de la depresión y factores asociados que permiten brindar un amplio panorama de lo que sucede en el continente americano sobre todo en los países de análisis y dar cumplimiento a los objetivos planteados.

6.1 Para dar respuesta al objetivo general: describir la evidencia científica de la depresión en adolescentes del continente americano en los últimos 10 años, se utilizó 32 artículos científicos seleccionados de las diferentes bases de datos de los nueve países que brindaron producción científica sobre el tema.

Depresión identificada en los últimos 10 años

De acuerdo a los 32 artículos científicos de nueve países analizados de los últimos diez años, se muestra que la depresión en adolescentes en el 2013 se presentó en un 26,28% representando 1269 casos identificados de 4828; en el 2014 se dio en un 42,50% indicando un aumento del 16,22% pero, se han identificado 221 casos de 520 adolescentes siendo un valor inferior al año anterior; el 2015 indicó un 26,38% (2983) de 11308 individuos estudiados exponiendo una disminución en la prevalencia del 16,12% pero un incremento de casos identificados; en el 2016 se presentó la depresión en un 11,11% siendo un valor menor con la diferencia del 15,27% y a su vez reduciéndose los casos identificados a 619 de 5572 adolescentes; en el 2017 con un 16,88% (211) de 1250 indicando un valor superior de 5,77% y una disminución de casos identificados; en el 2018 el 12,58% (59) de 469 adolescentes, siendo un valor inferior al año anterior con un 4,3% y una reducción de casos de depresión; el 2019 indicó un 27,73% (71) de 256 individuos dando una diferencia del 15,15% adicional pero una disminución de casos pero no de manera significativa; a partir del 2020 se declaró pandemia Covid-19 en este año se identificó el 23% (366) de 1591 adolescentes indicando un valor inferior pero poco significativo a diferencia del año anterior; en el 2021 hubo un incremento al 24,19% (104) de 430 siendo un valor inferior los casos identificados con menor población estudiada; y, en el 2022 se mostró un 35,20% (201) de 571 adolescentes, mostrando un incremento significativo del 11,01% y un aumento poco significativo de la muestra estudiada, como se muestra en la *Tabla 1* y *Tabla 7*.

Factores de riesgo

Dentro de los factores de riesgo para el desarrollo de la depresión se han podido identificar factores de riesgo psicológicos e individuales, familiares, sociales y académicos, siendo algunos de ellos predominantes sobre otros como se muestra en la *Tabla 8*. Los mismos se describen a continuación:

Factores psicológicos e individuales

Los factores más vinculados son los que se encuentran dentro de los factores individuales, teniendo como el más evidenciado el consumo de sustancias (Ossa et al., 2016; Rivera et al., 2015; Flores et al., 2017; Larios et al., 2017; Ninatanta et al., 2017), baja autoestima (Calero et al., 2019; Rivera et al., 2015; Ceballos et al., 2015; Larios et al., 2017; Ferrel et al., 2014), ansiedad (Chávez et al., 2022; Cofré et al., 2022; Pérez et al., 2013; Mellado et al., 2022), estrés (Chávez et al., 2022; Mellado et al., 2022), Sobrepeso (Angulo et al., 2016; Cofré et al., 2022; Ninatanta et al., 2017), imagen corporal distorsionada (Flores et al., 2017; Bustillos et al., 2018), ruptura amorosa (Ossa et al., 2016), eventos traumáticos, violencia, estrés postraumático (Gómez et al., 2016); y, patrones de control de conflicto disfuncionales y resolución de conflictos disfuncionales (Eguiluz, 2014). (Véase *Tabla 1*)

Factores sociales: familiares, sociales y académicos

En el ámbito familiar se identificaron los siguientes factores de riesgo relacionados a la depresión en adolescentes: disfuncionalidad familiar (Bustillos et al., 2018; Calero et al., 2019; Gómez et al., 2016; Gonzáles et al., 2013; Serna et al., 2020; Olivera et al., 2019; Chávez et al., 2022; Carios et al., 2017), violencia intrafamiliar (Muñoz et al., 2021; Ossa et al., 2016; Rivera et al., 2015), antecedentes familiares (Ossa et al., 2016; Flores, 2017), no cohesión familiar (Ossa et al., 2016), familia monoparental (Gonzáles et al., 2013) y patrones de comunicación familiar disfuncional (Eguiluz et al., 2014).

En el ámbito social se identificaron los siguientes factores de riesgo: bullying (Bustillos et al., 2018; Calero et al., 2019; Ninatanta et al., 2017), migración (Calero et al., 2019; Muñoz et al., 2021; Rivera et al., 2013), pobreza y/o nivel socioeconómico bajo (Gómez et al., 2016; Rivera et al., 2015).

En el ámbito académico se destacan los siguientes factores de riesgo: Bajo rendimiento académico (Muñoz et al., 2021) y no escolaridad (Ossa et al., 2016). (Véase *Tabla 1*)

Hallazgos de los estudios encontrados

Durante el año 2016 se llevaron a cabo 6 artículos científicos; en el 2013 se realizaron 5 investigaciones; durante el 2014, 2015, 2017, 2020 y 2022 se desarrollaron 3 investigaciones respectivamente; y, durante el 2018, 2019 y 2021 se realizaron 2 investigaciones por año, teniendo como resultado 32 artículos científicos en el periodo 2013-2023, tal y como se indica en la *Tabla 3*.

La población oscila entre los 10 y 19 años; y la cantidad mínima del tamaño de la muestra fue de 61 y la máxima de 9982, dando un total de 26795 adolescentes.

Los 32 artículos pertenecen a las siguientes revistas Ciencia Tecnología y Salud, Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, Eugenio Espejo, REMA, Ciencias Psicológicas, Revista Brasileira de Psiquiatria, Ciencia e Innovación en Salud, Encuentros, Revista de Investigación Psicológica, Revista de Pediatría en Atención Primaria, Summa Psicológica UST, Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento, Interciencia, Atención Familiar, Salud Mental, Psicogente, Psicología Iberoamericana, Salud Pública Mexicana, Informes Psicológicos, Actualidades en Psicología, CES Salud Pública, Duazary, Revista Colombiana de Psiquiatria, Revista de la Habana Ciencia Médica, Revista Ecuatoriana de Pediatría, IMED, Revista de Enfermería Herediana, Ciencia y Desarrollo, UNHEVAL, Revista Estomatol Herediana, REPIS; de los cuales pertenecen a la base de datos Redalyc, Science Direct, Dialnet, Scielo y Elseiver.

En cuanto al lugar de procedencia en el que se llevaron a cabo las investigaciones que 8 se desarrollaron en México; 7 en Perú; 6 en Colombia; 3 en Brasil; en Argentina, Chile y Ecuador se realizaron 2, respectivamente; y, solo uno en: Guatemala y Bolivia; y así, reportando 32 artículos como muestra representativa, tal y como se indica en la *Tabla 2*. Adicional, en todos los estudios cuentan con instrumentos de medición como escalas y cuestionarios con validez y confiabilidad.

Tabla 1. Evidencia científica de la depresión en adolescentes del continente americano en los últimos 10 años.

Autor	Muestra	Metodología	Resultados
González et al [3] 2013	163 estudiantes de primero a quinto de secundaria	Investigación de tipo descriptivo, de corte transversal	El nivel de disfunción familiar fue muy elevado: 26,4% (43) con disfunción moderada y 24,5% (40) con severa. La relación factor familiar con tipo de familia y manifestaciones depresivas, hizo ver que el 40,7% (27) pertenece a familias extendidas y presentan manifestaciones depresivas definidas, y el 3,1% (1) de familia monoparental presenta depresión. La relación funcionalidad familiar y manifestaciones depresivas mostró que el 50,0% (20) de adolescentes de familias con disfunción severa presentan manifestaciones depresivas bien definidas, y el 46,5% (20) de familias con disfuncionalidad moderada también presenta manifestaciones depresivas bien definidas.
Veytia et al [5] 2013	2 292 adolescentes de 15 a 19 años de edad.	Diseño cualitativo de tipo descriptivo con corte transversal	Los resultados indican que 15.6% de los adolescentes presentaron síntomas de depresión (CES-D-R) y que 80.4% había sufrido algún suceso vital estresante familiar. Además, se encontró que el grado de estrés de las dimensiones de los sucesos vitales predice en 21% la presencia de síntomas de depresión en los adolescentes.
Rivera et al [3] 2013	360 estudiantes del segundo grado de secundaria	Estudio transversal descriptivo	El resultado central fue que el 42% de la varianza de la sintomatología depresiva puede explicarse por los siguientes factores de riesgo. Entre los factores de riesgo se encuentran: ser mujer, las dificultades para manejar la tristeza y el enojo, así como la incapacidad para buscar ayuda con la red de apoyo social y la migración de la madre.
Ruvalcaba [4] 2013	840 adolescentes mexicanos	Estudio de tipo descriptivo correlacional	Se observó una relación negativa entre las variables, y un valor predictivo de las competencias socioemocionales de un 14% para sintomatología ansiosa y de un 39% para sintomatología depresiva.

Pérez et al [2] 2013	1,173 estudiantes 617 mujeres y 556 varones	Estudio transversal correlacional descriptivo	La prevalencia de depresión dio un 24% de adolescentes con indicadores de depresión moderada a severa, y la prevalencia de ansiedad (moderada 42,2%, 6,8% severa y 1,1% en grado máximo).
Mubbia, Marleny 2014	La muestra estuvo conformada por 88 adolescentes entre los 15 y 18 años.	Se utilizó el método hipotético – deductivo, el diseño del estudio fue observacional, transversal, correlacional	En la región Tumbes observamos que el 20,4% presenta depresión, el 29% de adolescentes ha pensado suicidarse en alguna ocasión, el 3,6% lo ha intentado y el 29% lo volvería hacer.
Eguiluz 2014	292 alumnos de secundaria, con edades comprendidas entre 12 y 15 años.	El diseño fue transversal correlacional	Los resultados respecto a la depresión indicaron que 207 jóvenes (70,08%) de la muestra no presentaron síntomas de depresión o ésta fue nula; se ubicaron con depresión leve 52 jóvenes (17.8%), y 22 jóvenes (7.5%) mostraron depresión moderada; por último, se encuentra con depresión severa 3.0% (11 jóvenes). Se encontró que 87% presenta un involucramiento afectivo funcional, mientras 13% no lo presenta; muestra un involucramiento afectivo disfuncional 22%, mientras que 88% no lo presenta; 73% tiene patrones de comunicación funcionales, mientras 27% no los muestra; 45% con patrones de comunicación mayoritariamente disfuncionales, mientras 55% no los presenta; 63% con patrones de control de conflicto funcionales, mientras 37% no los presenta, y 74% con patrones de resolución de conflictos funcionales, en tanto que 26% no los presenta.
Ferrel et al [3] 2014	140 estudiantes del Grado 10° entre 14 y 19 años	Investigación descriptiva y diseño transversal	Se hallaron altos niveles de depresión (86% depresión moderada); baja autoestima (51% autoestima baja) en estos estudiantes. Se concluye que los estudiantes con bajo rendimiento escolar presentan factores psicológicos negativos que los afectan como los altos niveles de depresión y baja autoestima.
Rivera et al [5] 2015	9 982 estudiantes de 14 a 19 años	Estudio transversal	El 27% de los estudiantes presentó sintomatología depresiva; la proporción fue mayor en mujeres (34%) que en hombres (18%). Factores asociados: sexo femenino, consumo de alcohol, consumo de tabaco, consumo de drogas, violencia intrafamiliar y baja comunicación

			padres e hijos.
Ceballos et al [4] 2015	242 estudiantes entre 15 a 19 años.	Estudio de tipo no experimental descriptivo, transversal de tipo correlacional	El 41% de los adolescentes de género femenino presentan ausencia de síntomas depresivos, el 2% refleja depresión leve, el 5% puntúan en depresión moderada, y un 2% en depresión grave. Mientras tanto, el 43% de los adolescentes de género masculino no presentan signos depresivos, el 3% manifiesta depresión leve, un 2% depresión moderada, y otro 2% depresión grave.
Resett 2015	1084 adolescentes entre 12 y 18 años	Estudio transversal descriptivo	Explica 23% los puntajes de depresión. Los resultados indicaron que la satisfacción con la relación con los pares predecía los niveles de depresión.
Gómez et al [7] 2016	1 754 adolescentes entre 12 y 17 años.	Estudio observacional de corte transversal	La prevalencia de los trastornos depresivos es de 2,9%. De los factores asociados a sufrir cualquier trastorno, se encontró: ser mujer, tener poco apoyo familiar, haber presenciado al menos un evento traumático.
Angulo et al [6] 2016	74 adolescentes obesos de 10 a 19 años	Estudio transversal y descriptivo con muestreo no probabilístico.	Se entrevistó a un total de 74 adolescentes, 39 mujeres y 35 hombres; 93,1% presentó obesidad grado I, 5,4% grado II y 1,4% grado III, 59,5% no mostró compatibles con depresión, en el resto de la muestra (40,5%) si los hubo.
Ossa et al [4] 2016	1520 registros correspondientes a la población total de adolescentes entre los 13 y 17 años.		La prevalencia total para Depresión Mayor en adolescentes en el año 2003 de Colombia fue de 7,1 % equivalentes a 108 jóvenes de una muestra total de 1520.
Veytia et al [4] 2016	930 estudiantes de bachillerato entre 15 y 19 años de edad.	Se realizó un estudio transversal, correlacional	Se encontró un 17,3% de prevalencia de síntomas depresivos. Además, el 55.2% de los participantes presentaron niveles bajos de mindfulness; los adolescentes con síntomas depresivos presentaron mayores niveles de mindfulness.
Veytia et al [4] 2016	419 estudiantes de 15 a 19 años de edad	Diseño cualitativo de tipo descriptivo con corte transversal	22,7% de adolescentes presentaron síntomas de depresión. En relación a IE, las mujeres puntuaron alto en el factor atención y los hombres en atención y reparación emocional, mientras que en el factor de claridad ambos sexos obtuvieron bajas puntuaciones.
Flores et al [4] 2016	875 estudiantes de secundaria, de 13 a 17 años, de un colegio de Lima.	Se realizó un estudio transversal	De los 875 adolescentes, el 55,8% eran del sexo masculino. Se observaron síntomas depresivos en el 19,9% de los participantes. El consumo de alcohol y tabaco también se asoció con el resultado de interés.

Arreaga et al [6] 2017	587 adolescentes	Estudio descriptivo transversal	Se obtuvo una participación de 56.4% de sexo femenino y 43.6% del sexo masculino. La prevalencia de síntomas sugestivos de depresión fue de 23.7% y de ansiedad 61.2%, presentándose, ambas, con mayor frecuencia en el sexo femenino.
Ninatanta et al [4] 2017	586 participantes	Se realizó un estudio transversal	La proporción de sobrepeso y obesidad fue de 22,9% y 6,8% de adolescentes, respectivamente. El pertenecer a escuelas públicas resultó un factor protector para sobrepeso independientemente del género, actividad física y síntomas depresivos (24%).
Larios et al [5] 2017	77 estudiantes adolescentes de 12 a 19 años	Estudio descriptivo de corte transversal,	Se encontró un 19,5% con diagnóstico presuntivo de trastorno depresivo, de los cuales un 60% tiene baja autoestima, 80% pertenece a una familia disfuncional y el 20% consume alcohol.
Bustillos y Laguna 2018	169 adolescentes del tercero al quinto grado de secundaria.	Estudio analítico transversal en una muestra aleatoria estratificada	El 18,9% de los estudiantes presentó depresión; la disfunción familiar se encontró en 75,7%; el 68% presentó imagen corporal distorsionada; el 18,9% manifestó Bullying; se evidenció depresión en 5,7% de los varones y en 22,4% de las mujeres.
Vieira et al [5] 2018	300 adolescentes, entre 12 y 18 años	Estudio de campo, transversal, de abordaje cuantitativo.	Las niñas presentaron más indicativos de depresión que los niños. La sintomatología depresiva aún se correlacionó de manera negativa y estadísticamente significativa con la QV ($r_s = -0,69$, $p < 0,001$), afectos positivos ($r_s = -0,50$, $p < 0,01$) y satisfacción con la vida $r_s = -0,62$, $p < 0,001$).
Olivera et al [4] 2019	Compuesta por 91 adolescentes de primero a quinto de secundaria entre 12 y 17 años de edad de nivel secundario.	El diseño utilizado fue no experimental, de corte transversal, correlacional causal	El análisis general mostró un 51,6% de depresión mínima, 28,5% leve, 10,9% moderada y 8.7% severa. Mientras que la funcionalidad familiar mostró 65,9% de funcionalidad intermedia y 34% baja.
Calero et al [3] 2019	400 adolescentes.	Estudio transversal correlacional	De los 165 estudiantes adolescentes, el 16,4% presentaron sintomatología depresiva, el 54,5% fueron de sexo femenino, la media de las edades fue 14,53 años. Además, el 26,1 % provenían de otras regiones, 47,9% había sufrido algún tipo de bullying, el 21,8% presentaban disfuncionalidad familiar y el 39,40% presentaron una baja autoestima.
Serna et al [6] 2020	240 adolescentes, hombres y mujeres, entre 15 y 19 años	Se realizó un estudio observacional - analítico, de	Se identificó algún nivel de depresión en el 45,8 % de los participantes y disfuncionalidad familiar en el 46,3 %. La depresión también se asoció con

		tipo transversal en el periodo comprendido entre 2016-2017.	antecedentes personales y familiares de conducta suicida, relaciones familiares regulares o malas y conflictos familiares.
Resett 2020	532 adolescentes de tres escuelas secundarias	Estudio transversal descriptivo	Se identificó 17% de adolescentes con depresión.
Brito et al [6] 2020	819 participantes	Enfoque transversal, analítico y cuantitativo	Entre los 819 participantes, 166 (20,2%) fueron clasificados como sufriendo de síntomas depresivos. Se encontraron asociaciones de estos síntomas con hembras, grupo de edad de 18 años o más.
Muñoz et al [4] 2021	Conformada por 262 estudiantes de 14 a 18 años del Liceo Luis Cordero	Se realizó una investigación analítica y de corte transversal.	Los estudiantes tenían un índice de depresión del 26%. La prevalencia de depresión en mujeres fue del 14,1%, mientras que en los hombres fue del 11,8%. Estos estudiantes residían en áreas urbanas (21,4%) y no tenían padres migrantes (19,5%). La existencia de violencia intrafamiliar fue del 23,3% y el bajo rendimiento académico fue del 21%.
Coutinho et al [4] 2021	168 estudiantes de secundaria, de 14 a 18 años, de escuelas públicas y privadas	Estudio descriptivo transversal	Los adolescentes presentaron síntomas depresivos en 21,4 %, estos porcentajes se acentuaron en comparación con otros estudios en el área.
Chávez et al [2] 2022	218 estudiantes de entre 12 y 17 años	Estudio no experimental, de alcance explicativo y con corte transversal	Los resultados mostraron que un 17,9% manifestaba estrés moderado, un 17,9% depresión moderada y 30,3% ansiedad extremadamente severa.
Cofré et al [5] 2022	Participaron en el estudio 61 estudiantes con edades entre 13 y 19 años, siendo la media de 16 años. El 26,2% de la investigación corresponde a hombres y el 73,8% mujeres.	Enfoque cuantitativo de tipo correlacional	Los resultados obtenidos mostraron que el 83,6% de los participantes presentó síntomas depresivos. El 88,5% presentó sintomatología ansiosa.
Mellado 2022	292 adolescentes (51,6% mujeres), cuyo rango de edad se encontraba entre 11 y 19 años	Estudio cuantitativo, no experimental de corte transversal	El 38,0% de los adolescentes que vivenciaron el incendio forestal se encuentran en riesgo de problemas asociados a la depresión, el 41,3% se encuentra en riesgo de problemas asociados a la ansiedad y el 46,9% se encuentran en riesgo de problemas asociados al estrés.

Fuente: Redalyc, Science Direct, Dialnet, Scielo y Elseiver
Elaborado por: Gutiérrez, 2023

La *Tabla 2* indica que en los países en donde se han desarrollado mayor número de investigaciones dentro del periodo 2013-2023 es en México con el 25% y Perú con 21,88%. Del cien por ciento Guatemala y Bolivia se han llevado a cabo menos estudios con un 3,13% por cada país. Y, en Ecuador se han realizado artículos científicos en un 6,25%.

Tabla 2. Evidencia científica de la depresión en adolescentes del continente americano por países.

PAÍS	Fi	Porcentaje
México	8	25,00
Guatemala	1	3,13
Argentina	2	6,25
Bolivia	1	3,13
Brasil	3	9,38
Chile	2	6,25
Colombia	6	18,75
Ecuador	2	6,25
Perú	7	21,88
Total	32	100,00

Fuente: Redalyc, Science Direct, Dialnet, Scielo y Elseiver

Elaborado por: Gutiérrez, 2023

En los años en los que hubo más producción de artículos científicos en donde identificaron depresión en adolescentes fue en el 2016 con en el 18,75% y en el 2013 con un 15,63%. Y, los años en los que se desarrollaron menor cantidad de producción científica son en el 2018, 2019 y 2021 con un 6,25% cada año, como se muestra en la *Tabla 3*.

Tabla 3. Evidencia científica de la depresión en adolescentes del continente americano por años.

Año	Número de estudios	Porcentaje
2013	5	15,63
2014	3	9,38
2015	3	9,38
2016	6	18,75
2017	3	9,38
2018	2	6,25
2019	2	6,25
2020	3	9,38
2021	2	6,25
2022	3	9,38
2023	0	0,00

TOTAL	32	100,00
-------	----	--------

Fuente: Redalyc, Science Direct, Dialnet, Scielo y Elseiver

Elaborado por: Gutiérrez, 2023

6.2 Para dar respuesta al objetivo específico uno: establecer la prevalencia de la depresión en adolescentes del continente americano se tomaron en cuenta 32 artículos científicos.

A partir de los resultados de los artículos científicos del periodo 2013-2023 como se plasma en la *Tabla 4*, se estableció que del 100% la prevalencia de la depresión en adolescentes en el continente americano es del 22,78%.

Tabla 4. Prevalencia de la depresión en adolescentes del continente americano.

	Fi	%
Con depresión	6104	22,78
Sin depresión	20691	77,22
Total	26795	100

Fuente: Anexo 6

Elaborado por: Gutiérrez, 2023

Se estableció que los países con mayor prevalencia es Chile con 45,8%, México con el 25,68% y Bolivia con el 24%. En un contexto más próximo, Ecuador se encuentra en el sexto lugar con el 22,29%. Asimismo, se estableció que los países con mayores valores sin depresión son Colombia con el 88,85% y Brasil con el 82,21%. (Véase *Tabla 5*)

Tabla 5. Prevalencia por países de la depresión en adolescentes del continente americano.

	Prevalencia por países %								
	México	Colombia	Perú	Ecuador	Brasil	Guatemala	Chile	Argentina	Bolivia
Con Depresión	25,68	11,15	23,49	22,29	17,79	23,70	45,89	20,98	24
Sin Depresión	74,32	88,85	76,51	77,71	82,21	76,30	54,11	79,02	76
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Fuente: Anexo 6

Elaborado por: Gutiérrez, 2023

De acuerdo a la *Tabla 6*, que pone en relación la depresión y el género se estableció que el femenino tiene mayor prevalencia con un 24,49% a diferencia del género masculino con un 20,14%.

Tabla 6. Prevalencia de acuerdo al género de la depresión en adolescentes del continente americano.

	Femenino		Masculino	
	Fi	%	Fi	%
Sin depresión	8847	75,51%	6761	79,86%
Con depresión	2870	24,49%	1705	20,14%
Total	11717	100%	8466	100%

Fuente: Anexo 6

Elaborado por: Gutiérrez, 2023

En el año 2014 se presenta mayor prevalencia de depresión en adolescentes con un 42,50% y en el 2022 con un 35,20%. Sin embargo, en los años en los que se han reconocido más casos es en el año 2013 con 1269 y el 2015 con 2983 casos de depresión en adolescentes. Por otro lado, los años que se identificó menor prevalencia de depresión es el 2016 y 2018 con un 11,11% y 12,58%, respectivamente. Sin embargo, en los años en los que se determinó menor casos de depresión fueron en el 2018 con 59 casos y en el 2019 con 71, tal como se indica en la *Tabla 7*.

Tabla 7. Prevalencia de depresión por años en adolescentes del continente americano

Años	Con depresión		Sin depresión	
	Fi	%	Fi	%
2013	1269	26,28	3559	73,72
2014	221	42,50	299	57,50
2015	2983	26,38	8325	73,62
2016	619	11,11	4953	88,89
2017	211	16,88	1039	83,12
2018	59	12,58	410	87,42
2019	71	27,73	185	72,27
2020	366	23,00	1225	77,00
2021	104	24,19	326	75,81
2022	201	35,20	370	64,80
Total	6104		20691	

Fuente: Anexo 6

Elaborado por: Gutiérrez, 2023

6.3 Para dar respuesta al objetivo específico dos: Identificar los factores de riesgo más frecuentes de la depresión en adolescentes del continente americano se han tomado en cuenta 21 artículos científicos.

A partir del análisis de los factores de riesgo de la depresión en adolescentes dentro de la evidencia científica se identificó que el tipo de factor de riesgo más frecuente son los factores de riesgo personales como se revela en la *Tabla 8*, el que se encuentran imagen corporal distorsionada, baja autoestima, consumo de sustancias, sobrepeso, ansiedad, estrés, violencia, rupturas amorosas, eventos traumáticos, patrones de control de conflicto disfuncionales y resolución de conflictos disfuncionales (Véase *Tabla 1*).

Tabla 8. Factores de riesgo de la depresión en adolescentes del continente americano.

FACTORES DE RIESGO								
Referencia	N	Personales	N	Familiares	N	Sociales	Académicos	
Bustillos, A et al., UNHEVAL, 2018	16 9	Imagen Corporal distorsionada	11 5	Disfuncionalidad familiar	128	Bullying	32	
Calero, C et al., REPIS, 2019	16 5	Baja autoestima	65	Disfuncionalidad familiar	36	Bullying	79	
						Migración	43	
Muñoz, K et al., Rev. Ecuat. Pediatría, 2021	26 2			Violencia intrafamiliar	61	Migración	21 1	Bajo rendimiento académico
Ossa, A et al., CES Salud Pública, 2016	15 20	Consumo de sustancias	14 21	Antecedentes familiares	295		No escolaridad	4 5 0
		Ruptura amorosa	92 9	Violencia intrafamiliar	133 8			
				No cohesión familiar	152 0			
Gómez, C et al., Rev Colomb	17 54	Eventos traumáticos	64	Disfuncionalidad familiar	417	Pobreza	14	

Psiquiat, 2016		Violencia	45				
		Estrés postraumático	28 0				
Rivera, M et al., Salud Mental, 2013	36 0					Migración	16 4
Angulo, R et al., ATEN FAM, 2016	74	Obesidad	44				
Rivera, L et al., Salud Pública Mex, 2015	99 82	Baja autoestima	44 92	Violencia intrafamiliar	419 2	Nivel socioeco nómico bajo	33 94
		Consumo de alcohol	45 92				
		Consumo de tabaco	13 97	Comunicación parental baja	399 3		
		Consumo de drogas	69 9				
Ceballos, G et al., Duazary, 2015	24 2	Baja autoestima	97				
González, J et al., Rev enferm Heredia, 2013	16 3			Disfuncionalida d familiar	83		
				Familia monoparental	5		
Olivera, A et al., Rev Estomatol Heredia, 2019	91			Disfuncionalida d familiar	31		
Eguiluz, L et al., Psicología Iberoameri cana, 2014	29 2	Patrones de control de conflicto disfuncional es	10 3	Patrones de comunicación familiar disfuncional	131		

		Resolución de conflictos disfuncionales	76		
Serna, D et al., Rev Haban Cienc Med, 2020	240			Disfuncionalidad familiar	111
Chávez, A et al., 2022	218	Ansiedad	77	Disfuncionalidad familiar	58
		Estrés	123		
Cofré, A et al., 2022	61	Ansiedad	53		
		Sobrepeso	26		
Flores, F et al., 2017	875	Consumo de alcohol	117	Historial familiar de depresión	34
		Consumo de tabaco	58		
		Imagen corporal distorsionada	101		
Larios, J et al., 2017	77	Baja autoestima	9	Familia disfuncional	12
		Consumo alcohol	1		
Ferrel, F et al., 2014	140	Baja autoestima	131		
Pérez, C et al., 2013	1173	Ansiedad	587		
Ninatanta, J et al., 2017	586	Consumo tabaco	59	Bullying	435
		Consumo alcohol	261		
		Sobrepeso	57		
Mellado, C, 2022	292	Ansiedad	112		
		Estrés	127		
TOTAL			16318		505
			3145		072
			8		5

Fuente: Anexo 4

Elaborado por: Gutiérrez, 2023

En la *Tabla 9*, se identificó que los factores de riesgo más frecuentes son los factores de riesgo personales con un 48,50% y los factores de riesgo familiares con un 37%. Teniendo a los factores académicos como los menos frecuentes con un 1,50%.

Tabla 9. Resultado factores de riesgo más frecuentes de la depresión en adolescentes

Factores de riesgo	Fi	%
Personales	16318	48,50
Familiares	12445	37
Sociales	4372	13,00
Académicos	505	1,50
Total	33640	100

Fuente: Anexo 4

Elaborado por: Gutiérrez, 2023

7. Discusión

De acuerdo a la literatura expuesta y la investigación realizada se da respuesta a la pregunta planteada ¿Cuál es la prevalencia y factores de riesgo de la depresión en los adolescentes?, en donde, se exponen autores con varias posturas que permiten ratificar o contrastar los resultados obtenidos.

Dentro de los resultados obtenidos se mostró que el año con mayor prevalencia de depresión es en el 2014 con un 42,50%, por el contrario, en el estudio Perfil de los Adolescentes y Jóvenes de la Región de las Américas llevado a cabo por la Organización Panamericana de la Salud mencionan que la prevalencia en el 2014 es del 24% entre adolescentes y jóvenes en la Región de las Américas (OPS, 2018), esta diferencia se da porque la OPS toma los datos obtenidos por centros de atención de salud, y los resultados de esta investigación se obtuvo de los artículos que la comunidad científica decidió publicar. Además, se identificó que el segundo año con mayor prevalencia es el 2022 con un 35,20%, resultado similar al que se realizó Morales en el 2022 en donde identificó en su estudio denominado Depresión y Ansiedad en Adolescentes: El papel de la Implicación Paterna llevada a cabo en el 2022 en donde muestra que el 30% de los adolescentes presentan sintomatología depresiva en diferentes niveles (Morales et al., 2022). Hay que tomar en cuenta que a partir de la pandemia Covid-19 los niveles de depresión aumentaron considerablemente a nivel mundial, en el estudio Cambios en la prevalencia de depresión en Chile y el mundo debido a la pandemia por COVID-19 indica que hubo un aumento del 27,6% en la prevalencia mundial (Celis, 2022). Asimismo, la Organización Mundial de la Salud ratifica que hay un incremento del 17% de la depresión a diferencia del 2005 (OMS, 2023).

Con respecto al primer objetivo específico los resultados obtenidos mostraron que la prevalencia de la depresión en adolescentes del continente americano es del 22,78% en donde, las mujeres presentan mayor prevalencia con un 24,49% a diferencia de los hombres con un 20,14%, con información semejante la Organización Mundial de la Salud mencionó que las mujeres padecen más de depresión que los hombres (OMS, 2023), asimismo, en el estudio denominado Depresión Diferencias de género desarrollado en Cuba determina que la depresión es un trastorno más frecuente en las mujeres que en los hombres debido a factores genéticos y hormonales (Vázquez, 2013).

De acuerdo a los nueve países analizados, se muestra que el país con mayor prevalencia con depresión en adolescentes es Chile con un 45,89%, hay que tomar en cuenta que el número

de artículos analizados en este país fueron dos, por lo que, a pesar de ser pocos artículos se muestran niveles altos de depresión en adolescentes ubicándolo en primer puesto. Semejante a estos resultados se presenta el estudio realizado por la Organización Mundial de la Salud muestra un 17% de toda la población chilena sufre depresión, es decir el porcentaje más alto del mundo ubicándolo en el primer país con mayor prevalencia de depresión (OMS, 2016). Como menciona el psiquiatra Larraín, esta situación en Chile se debe porque hay un bajo presupuesto destinado para la salud mental, que hasta el 2022 no responde a las necesidades del país considerándolo como un financiamiento débil (Paiva y Barriga, 2022).

El segundo país con más prevalencia de depresión en adolescentes es México con un 25,68%, por lo contrario, en el estudio desarrollado en México denominado Sintomatología depresiva en adolescentes y adultos mexicanos en los resultados muestra prevalencia en adolescentes en un 38,2% mostrando mayores niveles de depresión (Vázquez et al., 2022). En el estudio denominado VoCeS-19: Juventudes transformando el país desarrollado por El Population Council de México en colaboración con el Instituto Mexicano de la Juventud (IMJUVE), el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR), la Secretaría de Salud Pública (SEP) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) desarrollado en México en el 2020 indicó que la prevalencia en adolescentes y jóvenes es mayor que en adultos, dando como resultado un 64% en adolescentes y 71% en jóvenes que presentaron síntomas de depresión, mostrando niveles superiores (ONU, 2021).

Por otro lado, tenemos como el país con menos prevalencia depresión en adolescentes a Colombia, con un 11,15% en donde los artículos analizados fueron seis pero en cada uno el nivel de depresión identificada no fue alta, sin embargo, tomando en cuenta a los artículos realizados en otros grupos etarios, los adolescentes no han sido estudiados con la misma importancia, similar con los resultados de la revisión bibliográfica denominada Estudios de la depresión en adolescentes en Colombia y destaca que son pocos los estudios llevados a cabo en Colombia sobre la depresión en adolescentes (Guerra, Llanos y Márquez, 2015). Contrastando con la PAHO (2018) que menciona que los países con mayor carga y años perdidos por algún trastorno depresivo son: Paraguay, Brasil, Perú, Ecuador y Colombia (PAHO, 2018).

En un contexto más próximo la prevalencia en Ecuador es de 22,29%, asimismo, el estudio Prevalencia de depresión, ansiedad y estrés, en una muestra de adolescentes de la ciudad de Cuenca, asociada a características sociodemográficas en época de pandemia por COVID-19 muestra resultados que el 28% de los adolescentes presentan sintomatología entre leve,

moderada y severa (Carrasco, 2023). Por lo contrario, en la investigación Frecuencia de ansiedad y depresión en niñas y adolescentes de la casa de acogida “Miguel León” en el cantón Cuenca muestra que la frecuencia de depresión de 5 a 18 años de edad en la casa de acogida fue de 17,14% mostrando un nivel inferior al encontrado (Inga, 2020).

Con respecto al objetivo específico dos, se identificó los factores de riesgo más frecuentes teniendo factores personales con un 48,50% seguido de los factores familiares 37%, por el contrario en la investigación Prevalencia de Depresión y Condiciones de Riesgo Personales, Familiares, Académicos y Sociales en Futuras Enfermeras desarrollado en Perú, menciona que los factores de riesgo con mayor prevalencia son los factores sociales con un 70%, personales con un 44% y familiares con un 40% , presentando valores similares entre los personales y familiares pero discrepando en los factores sociales (Espinoza, 2022). Por otro lado, en el estudio en donde respondían 690 adolescentes mayores a 11 años, tiene como factores de riesgo los factores familiares con el 47% del cien por ciento especialmente conflictos familiares o de convivencia relacionados a la orientación sexual y/o identidad de género (Movilh, 2020).

8. Conclusiones

A partir del análisis y en base a los objetivos planteados durante el desarrollo de la investigación se concluye que:

- ❖ La producción científica destaca que la depresión es un problema de salud que aqueja considerablemente en la vida del adolescente, en el que se identifican factores de riesgo personales, familiares, sociales y académicos. De tal modo que, la evidencia científica recalca la importancia de analizar la problemática en este grupo etario al ser vulnerables, en donde la difusión del conocimiento en los diversos contextos como el familiar, escolar y comunitario pueden formar parte de una labor preventiva ante el desarrollo y/o mantenimiento de la misma.
- ❖ La prevalencia de la depresión en los adolescentes del continente americano indica que 3 de cada 10 adolescentes sufren de depresión en esta etapa, siendo más prevalente en las mujeres que en los hombres. Adicional, es importante mencionar que después del aislamiento social a causa de la pandemia Covid-19 se puede observar un aumento de los niveles teniendo un gran impacto a nivel educativo, social y familiar, llegando ser un problema de salud de atención prioritaria, debido a su alta prevalencia.
- ❖ Los factores de riesgo más frecuentes de la depresión en adolescentes se destacan los factores personales como: imagen corporal distorsionada, baja autoestima, consumo de sustancias, sobrepeso, ansiedad, estrés, violencia, rupturas amorosas, eventos traumáticos, patrones de control de conflicto disfuncionales y resolución de conflictos disfuncionales; y los factores familiares: disfuncionalidad familiar, historial familiar de depresión, violencia intrafamiliar, comunicación familiar disfuncional y no cohesión familiar. Todo ello, influye en la aparición y mantenimiento de la depresión recalcando la importancia de estar inmerso en un ambiente protector para los adolescentes y así, disminuir el riesgo de padecer esta patología.

9. Recomendaciones

Este es un trabajo investigativo que orientará su accionar a partir del conocimiento; con lo expuesto y producto de la revisión bibliográfica me permito recomendar:

- Que los sectores públicos brinden capacitaciones y psicoeducación tanto a docentes como padres de familia para que estén aptos en la detección temprana de la depresión en adolescentes.
- A los futuros investigadores, realizar trabajos investigativos de campo en contextos diferentes en los que se desenvuelven los adolescentes, no solo en escuelas o colegios también en casas hogares, academias, centro de menores infractores, entre otros. Además, desarrollar estudios más minuciosos de la adolescencia porque es una etapa de crisis en el que necesitamos verificar ampliamente otros factores que inciden en el desarrollo de la depresión.
- A las personas con formación científica, mostrar y escribir mayor producción científica sobre la depresión en adolescentes, en donde muestren al mundo la problemática de manera más amplia y precisa.
- A los Estados de cada país activar medidas preventivas y de atención primaria de la salud mental para reducir la prevalencia y detección temprana de la depresión en este grupo de riesgo.

10. Bibliografía

- Acosta, A. F., Rodríguez, A. L., & Lotero, D. J. A. (2008). *EPIDEMIOLOGIA DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y DEPRESION EN ADOLESCENTES DE UNA POBLACION RURAL*.
- Acosta, A., & Rodriguez, A. (2008). EPIDEMIOLOGIA DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y DEPRESION EN ADOLESCENTES DE UNA POBLACION RURAL. *Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina.*, 4-9.
- Acosta, M., Machilla, T., Correa, J., Saavaedra, M., & Ramos, F. (2011). Depresión en la infancia y adolescencia: enfermedad de nuestro tiempo. *Arch Neurociencia* , 20-25.
- Alzuri-Falcato, M., Hernández-Muñoz, N., & Calzada-Urquiola, Y. (2017). Depresión en la adolescencia: consideraciones necesarias para su diagnóstico y tratamiento. *Revista Finlay*, 152-154.
- Angulo, R., Delgado, E., Urióstegui, L., Del-Río, J., Figueroa, G., & Montalbán, J. (2016). Prevalencia de depresión y dislipidemia en un grupo de adolescentes obesos mexicanos. *ATEN FAM*, 53-56.
- APA. (2017). Depresión. *American Psychological Association* .
- Arreaga, I., Galindo, P., Alfaro, A., Martinez, M., Pivaral, M., & Cho, P. (2017). Depresión y ansiedad en adolescentes de Santa Rosa, Guatemala. *Ciencia, Tecnología y Salu*.
- Astudillo, M., & Méndez, A. (2008). *La investigación en la era de la información*. México: Editorial Trillas. S.A.
- Basantes, D., Villavicencio, L., Alvear, L., Arteño, R., & Valdes, E. (2020). Ansiedad y Depresión en Adolescentes. *Universidad Nacional de Chimborazo*.
- Bermúdez, V. (2018). ANSIEDAD, DEPRESIÓN, ESTRÉS Y AUTOESTIMA EN LA ADOLESCENCIA. RELACIÓN, IMPLICACIONES Y CONSECUENCIAS EN LA EDUCACIÓN PRIVADA. *Cuestiones pedagógicas*, 37-52.
- Brito, M., Lima, C., Messias, R., Brito, A., Pinho, L., & Silveira, M. (2020). Prevalence of depressive symptoms among adolescent students in a municipality in the North of Minas Gerais, Brazil. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 17-24.

- Bustillos, A., & Laguna, E. (2018). Depresión y factores asociados en adolescentes de un colegio de la ciudad de Huánuco, Perú. *Revista Peruana de Investigación en Salud*.
- Calero, C., Palomino, K., & Moro, L. (2018). Depresión en adolescentes asociados a migración familiar, familia disfuncional y bullying en Huánuco 2018. *Revista Peruana de Investigación en Salud*, 180-187.
- Ceballos, G., Suarez, Y., Suescún, J., Gamarra, L., González, K., Sotelo, & Andrea. (2015). Ideación suicida, depresión y autoestima en adolescentes escolares de Santa Marta. *Duazary*, 15-22.
- Chávez, A., & Lima, D. (2022). Depresión, ansiedad, estrés y funcionalidad familiar en adolescentes de una unidad educativa de Guayaquil. *Revista Eugenio Espejo*, 33-45.
- Clavijo Portieles, A. (2011). *Crisis, Familia y Psicoterapia*. Ciudad de La Habana: Editorial Ciencias Médica.
- Cofré, A., Gallardo, G., Maripillán, L., Sepúlveda, L., & Parra, M. (2022). Depresión, ansiedad y estado nutricional en adolescentes de la ciudad de Temuco. *Revista Electrónica de Metodología Aplicada*, 13-25.
- Corea, M. (2021). La depresión y su impacto en la salud pública. *Rev Med Hondur*, 1-68.
- Coutinho, A., Carneiro, S., Vasconcelos, C., & Cabral, J. (2021). Sintomatología depresiva y sus repercusiones en la representación social de la depresión: un estudio con adolescentes. *Ciencias Psicológicas*, 1-14.
- Eguiluz, L., & Ayala, M. (2014). Relación entre ideación suicida, depresión y funcionamiento familiar en adolescentes. *Psicología Iberoamericana*, 72-80.
- Enriquez Ludeña, R. L., Pérez Cabrejos, R. G., Ortiz Gonzales, R., Cornejo Jurado, Y. C., & Chumpitaz Caycho, H. E. (2021). Disfuncionalidad Familiar y depresión del adolescente: una revisión sistemática entre los años 2016-2020. *Revista Conrado*, 277-282.
- Falcato, M., Hernández, N., & Calzada, Y. (2017). Depresión en la adolescencia: consideraciones necesarias para su diagnóstico y tratamiento. *Revista Finlay*, 152-154.

- Fernandez, N., Rodriguez, Y., Tapias, Y., & Fernandez, L. (2019). FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES ENTRE 13 Y 17 AÑOS. *INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA POLITÉCNICO GRANCOLOMBIANO*, 6-9.
- Ferrel, F., Vélez, J., & Ferrel, L. (2014). Factores psicológicos en adolescentes escolarizados con bajo rendimiento académico: depresión y autoestima. *Encuentros*, 35-47.
- Flores, F., Kamego, M., Zapata, M., & Alvarado, G. (2017). Association between body image dissatisfaction and depressive symptoms in adolescents. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 316-322.
- García, M., & Garcia, M. (2012). Los métodos de investigación. En *Guía práctica para la realización de trabajos de fin de grado y trabajos fin de máster*.
- García, R. (2012). Trastornos del estado de ánimo. En M. Abufhele, C. Almonte, C. Almonte, K. Álvarez, E. Arab, A. Briceño, . . . M. Halpern, *Psicopatología infantil y de la adolescencia* (págs. 478-489). Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo Ltda.
- Gastó, C., & Navarro, V. (2007). Guía Interactiva para Pacientes con Enfermedades de Larga Duración. *forum clinic*, 7-31.
- Gómez, C., Bohórquez, A., Tamayo, N., Rondón, M., Bautista, N., Rengifo, H., & Medina, M. (2015). Trastornos depresivos y de ansiedad y factores asociados en la población de adolescentes colombianos, Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. *Revista Colombiana de Psiquiatria*, 50-57.
- Hernández, R. (2014). *Metodología de la investigación*. México, DF: INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V.
- Iriarte, M., Estévez, R., Basset, I., Sánchez, A., & Flores, j. (2018). Estado de salud mental de adolescentes que cursan la educación media superior. *Resvista Iberoamericana de las ciencias de la salud* .
- Kutcher, S., Chehil, S., & García, I. (2012). IDENTIFICACIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN EN EL ADOLESCENTE. *Sun Life Financial Chair in Adolescent Mental Health*, 4-42.
- Larios, J., Laborde, C., Sánchez, M., & Gaviria, G. L. (2017). Caracterización de factores de riesgo psicosociales que inciden en Trastorno depresivo mayor en adolescentes. *Ciencia e Innovación en Salud*, 1-8.

- López, M., González, N., López, A., Andrade, P., & Oudhof, H. (2012). Depresión en adolescentes: El papel de los sucesos vitales estresantes. *Salud Mental*, 37-43.
- Mellado, C. (2022). Indicadores de estrés postraumático, ideación suicida, depresión, ansiedad y estrés en adolescentes afectados por incendios forestales. *Interciencia*.
- Mérida, C., & López, R. (2013). PREVALENCIA DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y SU RELACIÓN CON LA ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES DE SECUNDARIA DE LA CIUDAD DE LA PAZ. *FORTALEZAS PERSONALES Y SOCIALES*, 69-85.
- Morales-Rodríguez, M., & Bedolla-Maldonado, L. C. (2022). Depresión y Ansiedad en Adolescentes: El papel de la Implicación Paterna. *Revista Electrónica sobre Cuerpos Académicos y Grupos de Investigación*.
- Mosquera, E., Picón, J., & Pineida, P. (2022). Tendencias actuales sobre la depresión, factores de riesgo y abuso de sustancias. *Journal of American Health*.
- Muñoz Karla, A. C. (2021). Prevalence of depression and associated factors in adolescents. *Rev. Ecuat. Pediatría*, 1-7.
- NIMH. (2021). Depresión. *Instituto Nacional de la Salud Mental*, 1-5.
- Ninatanta, J., Núñez, L., García, S., & Romaní, F. (2017). Factors associated with overweight and obesity in high school students. *Rev Pediatr Aten Primaria*, 209-221.
- Olivera, A., Rivera, E., Gutiérrez, M., & Mendez, J. (2019). Funcionalidad familiar en la depresión de adolescentes de la Institución Educativa Particular "Gran Amauta de Motupe" Lima, 2018. *Rev. Estomatol. Herediana* , 189-195.
- OMS. (2023). Depresión.
- OPS, & OMS. (2003). La Familia y la Salud. *Consejo Directivo. Sesión del Comité Regional*, 3-15.
- Ossa, A., Sánchez, A., Mejía, C., & Bareño, J. (2013). Prevalence of depression and associated factors in adolescents between 13 and 17 years old in Colombia 2013. *CES Salud Pública*, 37-48.

- Page, M., McKenzie, J., Bossuyt, P., Boutron, I., & Hoffman, T. (2021). Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. *Revista Española Cardiol*, 790-799.
- Panamerican, L. (2022). Salud Mental en América Latina y el Caribe. *PANAMERICAN LIFE INSURANCE GROUP*, 7-16.
- Porras, A. (s.f.). Prevalencia y factores asociados a la depresión mayor en Andalucía. *Universidad de Granada*, 21-26.
- Resett, S., & González, P. (2020). Predicción de autolesiones e ideación suicida en adolescentes partir de la victimización de pares. *Summa Psicológica UST*, 20-29.
- Resset, S. (2016). Relación percibida con padres y pares y su asociación con ansiedad y depresión en Adolescentes de Entre Ríos. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 18-26.
- Rivera, L. (2015). Factores individuales y familiares asociados con sintomatología depresiva en adolescentes de escuelas públicas de México. *Salud pública Méx*, 219-226.
- Rivera, M., Martínez, L., & Obregón, N. (2013). Factores asociados con la sintomatología depresiva en adolescentes michoacanos. El papel de la migración familiar y los recursos individuales, familiares y sociales. *Salud Mental* , 115-121+.
- Rosillo, G. (2005). DEPRESIÓN EN LA ADOLESCENCIA. *Universidad de La Sabana*, 11-18.
- Ruvalcaba, N., Gallegos, J., Flores, A., & Fulquez, S. (2013). Las competencias socioemocionales como factor protector ante la sintomatología de ansiedad y depresión en adolescentes. *Psicogente*, 55-64.
- Serna, D., Terán, C. V., Medina, O., Blandón, O., & Cardona, D. (2020). Depresión y funcionamiento familiar en adolescentes de un municipio de Quindío, Colombia. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 1-17.
- Sousa, V., Driessnack, M., & Costa, I. (2007). AN OVERVIEW OF RESEARCH DESIGNS RELEVANT TO NURSING: PART 1: QUANTITATIVE RESEARCH DESIGNS. *Revista Latinoamericana Enfermagem*, 502-507.

- Torrel, M., & Delgado, M. (2013). Depresión y funcionamiento familiar en adolescentes de un municipio de Quindío, Colombia. *Ciencia y Desarrollo*, 47-54.
- Vázquez, F., Muñoz, R., & Becoña, E. (2000). DEPRESIÓN: DIAGNÓSTICO, MODELOS TEÓRICOS Y TRATAMIENTO A FINALES DEL SIGLO XX. *Psicología Conductual*, 417-449.
- Veytia, M., Fajardo, R., Guadarrama, R., & Escutia, N. (2016). Inteligencia emocional: factor positivo ante la depresión en adolescentes de bachillerato. *Informes Psicológicos*, 35-50.
- Veytia, M., González, N., Palos, P., & Oudhof, H. (2013). Depresión en adolescentes: El papel de los sucesos vitales estresantes. *Salud Mental*, 31-43.
- Veytia, M., Guadarrama, R., Márquez, O., & Fajardo, R. (2016). Mindfulness y síntomas de depresión en adolescentes mexicanos estudiantes de bachillerato. *Actualidades en Psicología*, 39-48.
- Vieira, A., Gomes, J. S., Coutinho, M., & Coutinho, M. (2018). Depresión y Adolescencia: Relación de la Calidad de Vida y Bienestar Subjetivo. *Revista de Psdicológia DA IMED*, 6-21.
- Zoch, C. (2002). DEPRESION. *Universidad de Costa Rica*, 1-70.

11. Anexos

Anexo 1. Informe de coherencia y pertinencia del proyecto de investigación



UNL

Universidad
Nacional
de Loja

CARRERA DE
PSICOLOGÍA
CLÍNICA

Facultad
de la Salud
Humana

Loja, 5 de junio de 2023

Dra.

Ana Puertas Azanza. Mg. Sc.

GESTORA ACADÉMICA DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Ciudad.

De mi consideración:

Reciba un cordial y atento saludo y deseándole éxitos en su importante cargo, en cumplimiento al MEMORANDO Nro. UNL FSH-DCPS.CL 076, recibido en mi correo institucional el 1 de junio del presente año, con asunto de analizar y emitir el Informe de Estructura y Coherencia del Proyecto denominado: **“PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO EN LA DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES”**, autoría de la Señorita. Lucila Anahí Gutiérrez Morocho, con Cl.1150507307, estudiante del VIII ciclo de la Carrera de Psicología Clínica de la Facultad de la Salud Humana, concluyo con lo siguiente:

1. Que el presente proyecto de investigación cuenta con todos los elementos de la estructura propuesta en el Artículo 226 del Capítulo VII de La Graduación y Titulación, Sección I Del Trabajo de Integración Curricular o de Titulación del Régimen académico de la Universidad Nacional de Loja.
2. Que el título del presente proyecto es una buena propuesta, bien elegida, actualizada, clara, novedosa, vigente y apegada a los estudios realizados.
3. Que la problemática del presente proyecto describe y fundamenta adecuadamente la problemática objeto de la investigación.
4. Que la justificación del presente proyecto tiene una buena exposición de sus motivos sociales, académicos, económicos y otros.
5. Que los objetivos del presente proyecto presentan un buen fundamento de su propósito general y específico acorde a su tema de investigación.
6. Que la metodología define aceptablemente métodos, técnicas y procedimientos de investigación y son suficientes para el problema, los objetivos y la justificación.
7. Que la bibliografía tiene una buena revisión de los proyectos afines, tesis, libros básicos y de consulta, Internet, manuales, leyes, reglamentos y otros documentos de apoyo a su investigación (120 fuentes bibliográficas).

Por tal motivo me permito emitir **el Informe favorable de Estructura y Coherencia del Proyecto denominado “PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO EN LA DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES”**.

Información que pongo a su disposición, para los fines pertinentes.

Atentamente,



Psc. Cl. Mayra Daniela Medina Ayala.

Mg.Sc.1104600844

mayra.medina@unl.edu.ec

PERSONAL ACADÉMICO OCASIONAL 1 DE LA UNL

c.c.: Archivo

Anexo 2. Designación de dirección de trabajo de integración curricular



unl

Universidad
Nacional
de Loja

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Facultad
de la Salud
Humana

MEMORANDO. Nro. UNL FSH-DCPS.CL 117
Loja, 16 de junio de 2023

DE: Doctora
Ana Catalina Puertas Azanza
DIRECTORA DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA FSH-UNL

PARA: Psicóloga Clínica
Mayra Daniela Medina Ayala Mgs
DOCENTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA-FSH-UNL

ASUNTO: **DESIGNACIÓN DE DIRECCIÓN DE TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR**

De mi consideración:

Por el presente y dando cumplimiento a lo dispuesto en el “Capítulo II del Proyecto de Tesis, Artículos 133, y 134 del Reglamento de Régimen Académico de la Universidad Nacional de Loja, aprobado el 26 de julio del 2009”, una vez que ha cumplido con todos los requisitos y considerando que el proyecto de Integración Curricular fue aprobado; me permito hacerle conocer que está dirección, la ha designado Directora de del Proyecto de Integración Curricular adjunto, denominado: **“PREVALENCIA Y FACTORES DE LA DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES”**, autoría de: Lucila Anahí Gutiérrez Morocho CI. 1150507307, estudiante del VIII ciclo de la Carrera de Psicología Clínica de la Facultad de la Salud Humana.

En seguridad de contar con su colaboración, le expreso mi agradecimiento

Atentamente,

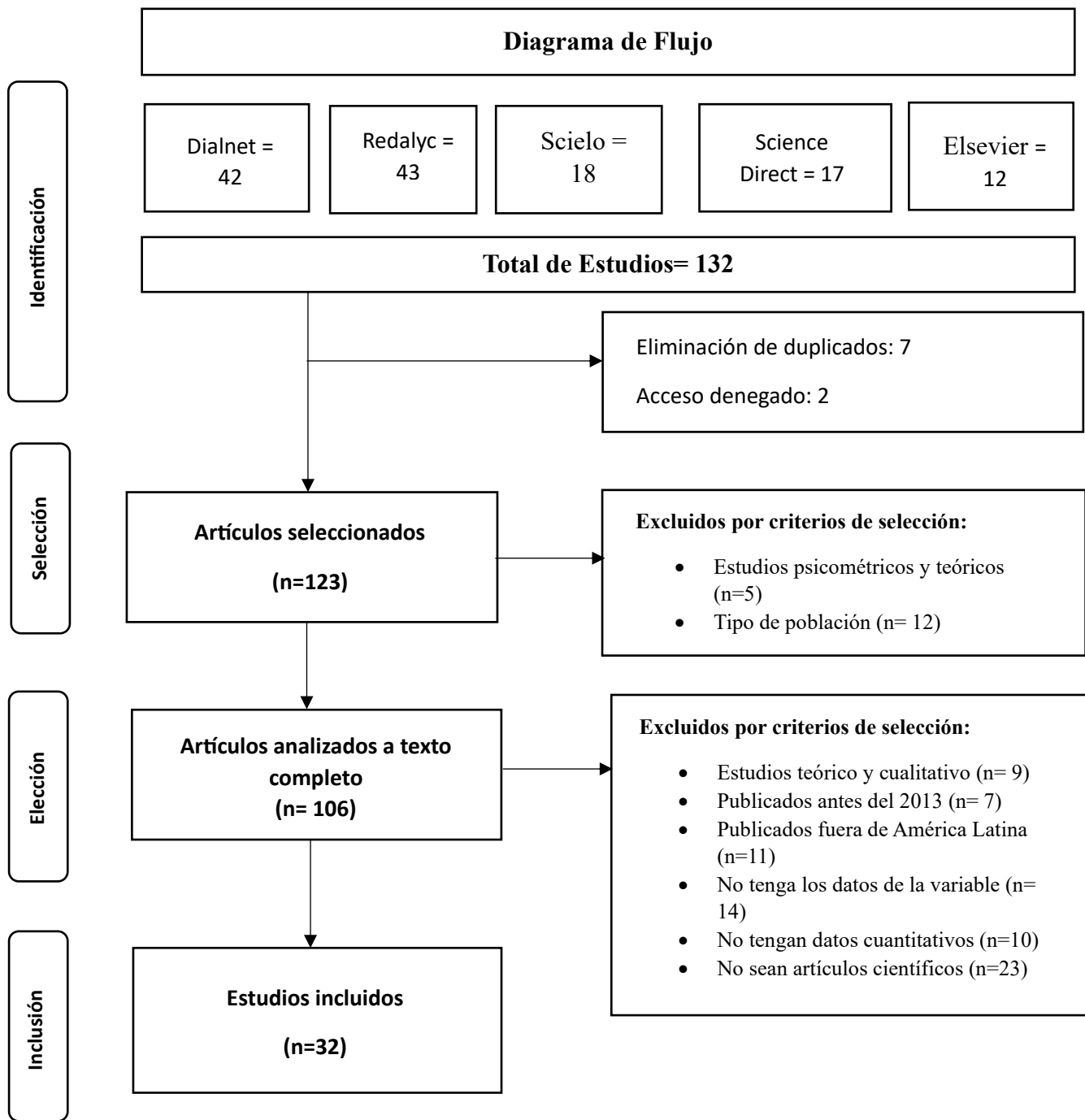


Dra. Ana Catalina Puertas Azanza Mgs
DIRECTORA DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA -UNL

C/c. Lucila Gutiérrez Morocho.
Expediente académico
Archivo
APA/tsc

Calle Manuel Monteros
tras el Hospital Isidro Ayora - Loja - Ecuador
072-57 1379 Ext.102

Anexo 3. Diagrama de Flujo Prisma



Anexo 4. Base de datos en Word

Objetivo General: Describir la evidencia científica de la depresión en adolescentes del continente americano en los últimos 10 años.

Autor	Muestra	Metodología	Resultados	Conclusiones
Angulo et al [6]	74 adolescentes obesos de 10 a 19 años, que acudieron a la unidad de Medicina familiar N°171 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Zapopan, Jalisco, México	Estudio transversal y descriptivo con muestreo no probabilístico.	Se entrevistó a un total de 74 adolescentes, 39 mujeres y 35 hombres; 93,1% presentó obesidad grado I, 5,4% grado II y 1,4% grado III, 59,5% no mostró compatibles con depresión, en el resto de la muestra (40,5%) si los hubo.	La prevalencia de depresión en adolescentes obesos fue de 40,5%; 59% de los adolescentes presentó alteraciones en el colesterol y 41% en los triglicéridos.
Bustillos y Laguna	169/203 adolescentes del tercero al quinto grado de secundaria.	Estudio analítico transversal en una muestra aleatoria estratificada	El 18,9% de los estudiantes presentó depresión; la disfunción familiar se encontró en 75,7%; el 68% presentó imagen corporal distorsionada; el 18,9% manifestó Bullying; se evidenció depresión en 5,7% de los varones y en 22,4% de las mujeres. Los siguientes factores asociados presentaron relación significativa con depresión: disfunción familiar ($p=0,037$), imagen corporal distorsionada ($p=0,020$) y género ($p=0,028$).	El estudio identificó un porcentaje importante de adolescentes que padecen depresión. Sobresalieron la imagen corporal distorsionada y la disfunción familiar como factores asociados. No se encontró ninguna relación entre depresión y acoso Escolar.
Ceballos et al [4]	242 estudiantes entre 15 a 19 años (Media=15 DesvTip=15.3), escogidos a través de un muestreo aleatorio estratificado.	Estudio de tipo no experimental descriptivo, transversal de tipo correlacional	El 41% de los adolescentes de género femenino presentan ausencia de síntomas depresivos, el 2% refleja depresión leve, el 5% puntúan en depresión moderada, y un 2%	Dentro de las principales conclusiones se encuentra que los adolescentes con mejor autoestima y baja depresión poseen menor probabilidad de ideación suicida.

			<p>en depresión grave. Mientras tanto, el 43% de los adolescentes de género masculino no presentan signos depresivos, el 3% manifiesta depresión leve, un 2% depresión moderada, y otro 2% depresión grave. Existe relación entre la ideación suicida y depresión ($r=0.295$ Sig=0.00), así como con la autoestima baja ($r=-0.209$ Sig=0.00).</p>	
Gómez et al [7]	1.754 adolescentes entre 12 y 17 años.	Estudio observacional de corte transversal	<p>La prevalencia de los trastornos depresivos es de 2,9%. De los factores asociados a sufrir cualquier trastorno, se encontró: ser mujer (odds ratio [OR] = 2,1), tener poco apoyo familiar (OR = 2,0), haber presenciado al menos un evento traumático (OR = 2,6) y haber hecho un intento de suicidio (OR = 3,4). Como factor protector, se encontró la participación en por lo menos un grupo (OR = 0,5).</p>	<p>Como factores asociados a la presencia de trastornos del afecto en los últimos 12 meses, los hallazgos son similares que en otros estudios: ser mujer (OR = 2,9), vivir en un hogar con disfunción familiar grave (OR = 15,3), tener un trastorno de ansiedad (OR = 5,9) y haber sufrido por lo menos un evento traumático (OR = 3,2). Como factor que se asocia a menor riesgo, participar por lo menos en un grupo (OR = 0,4).</p>
Muñoz et al [4]	Conformada por 262 estudiantes de 14 a 18 años del Liceo Luis Cordero	Se realizó una investigación analítica y de corte transversal.	<p>Al aplicar el cuestionario HADS se determinó que los estudiantes tenían un índice de depresión del 26%. La prevalencia de depresión en mujeres fue del 14,1%, mientras</p>	<p>La prevalencia de depresión en adolescentes es alta. Los más afectados son las mujeres y aquellos con bajo rendimiento académico. Sin embargo, no hubo</p>

			<p>que en los hombres fue del 11,8%. Estos estudiantes residían en áreas urbanas (21,4%) y no tenían padres migrantes (19,5%). La existencia de violencia intrafamiliar fue del 23,3% y el bajo rendimiento académico fue del 21%. En cuanto a la edad, no se encontraron diferencias con cada grupo de edad correspondiente al 13%.</p>	<p>asociación estadística entre las variables analizadas y la presencia de depresión.</p>
Olivera et al [4]	<p>Compuesta por 91 adolescentes de primero a quinto de secundaria entre 12 y 17 años de edad de nivel secundario.</p>	<p>El diseño utilizado fue no experimental, de corte transversal, correlacional causal</p>	<p>El análisis general mostró un 51.6% de depresión mínima, 28.5% leve, 10.9% moderada y 8.7% severa. Mientras que la funcionalidad familiar mostró 65.9% de funcionalidad intermedia y 34% baja.</p>	<p>Los adolescentes que presentan menor funcionalidad familiar tienden a presentar mayor sintomatología depresiva.</p>
Vieira et al [5]	<p>300 adolescentes, entre 12 y 18 años</p>	<p>Estudio de campo, transversal, de abordaje cuantitativo.</p>	<p>Las niñas (Mediana = 139,87) presentaron más indicativos de depresión que los niños (Mediana = 116,19), $U = 6689$, $p < 0,01$, $r = -0,15$. La sintomatología depresiva aún se correlacionó de manera negativa y estadísticamente significativa con la QV ($r_s = -0,69$, $p < 0,001$), afectos positivos ($r_s = -0,50$, $p < 0,01$) y satisfacción con la vida $r_s = -0,62$, $p < 0,001$).</p>	<p>De esta forma, los hallazgos apuntan a la necesidad de prevenir la incidencia de la depresión por medio de la promoción de la QV y BES de los adolescentes.</p>

Rivera et al [3]	360 estudiantes del segundo grado de secundaria (50.6% mujeres y 49.4% hombres)	Estudio transversal descriptivo	El resultado central fue que el 42% de la varianza de la sintomatología depresiva puede explicarse por los siguientes factores de riesgo y de protección. Entre los factores de riesgo se encuentran: ser mujer, las dificultades para manejar la tristeza y el enojo, así como la incapacidad para buscar ayuda con la red de apoyo social y la migración de la madre. Como factores de protección están: el autocontrol y la expresión en la familia	Por lo tanto, los recursos individuales, familiares y sociales deben fortalecerse para promover un mayor estado de bienestar psicosocial en los adolescentes.
Ruvalcaba [4]	840 adolescentes mexicanos	Estudio de tipo descriptivo correlacional	Se observó una relación negativa entre las variables, y un valor predictivo de las competencias socioemocionales de un 14% para sintomatología ansiosa y de un 39% para sintomatología depresiva.	Estos resultados avalan la importancia de desarrollar programas que, a partir del entrenamiento en competencias socioemocionales, contribuyan a prevenir la aparición temprana de trastornos afectivos.
Eguiluz	292 alumnos de secundaria, con edades comprendidas entre 12 y 15 años.	El diseño fue transversal correlacional	Los resultados respecto a la depresión indicaron que 207 jóvenes (70.08%) de la muestra no presentaron síntomas de depresión o ésta fue nula; se ubicaron con depresión leve 52 jóvenes (17.8%), y 22 jóvenes (7.5%) mostraron depresión	Se encontró una correlación positiva entre ideación suicida y depresión, y entre depresión e involucramiento afectivo funcional. No se encontró correlación entre patrones de comunicación disfuncionales con depresión e

			<p>moderada; por último, se encuentra con depresión severa 3.0% (11 jóvenes). Por su parte, se encontró que 21.21% de la población (62 jóvenes) presenta ideación suicida y 78.7% no la presenta (230 jóvenes). Se encontró que 87% presenta un involucramiento afectivo funcional, mientras 13% no lo presenta; muestra un involucramiento afectivo disfuncional 22%, mientras que 88% no lo presenta; 73% tiene patrones de comunicación funcionales, mientras 27% no los muestra; 45% con patrones de comunicación mayoritariamente disfuncionales, mientras 55% no los presenta; 63% con patrones de control de conflicto funcionales, mientras 37% no los presenta, y 74% con patrones de resolución de conflictos funcionales, en tanto que 26% no los presenta.</p>	<p>ideación suicida, respectivamente.</p>
Serna et al [6]	<p>240 adolescentes, hombres y mujeres, entre 15 y 19 años escolarizados en las instituciones educativas del municipio de Circasia</p>	<p>Se realizó un estudio observacional - analítico, de tipo transversal en el periodo comprendido entre 2016-2017.</p>	<p>se identificó algún nivel de depresión en el 45,8 % de los participantes y disfuncionalidad familiar en el 46,3 %. Se encontró asociación estadísticamente</p>	<p>La disfunción familiar se asocia con síntomas depresivos moderados y graves en los adolescentes. Se requieren estudios posteriores que</p>

			significativa entre depresión moderada/grave y disfunción familiar leve y grave ($p < 0,001$). depresión también se asoció con antecedentes personales y familiares de conducta suicida, relaciones familiares regulares o malas y conflictos familiares.	profundicen el análisis de diferentes variables familiares.
Mubbia, Marleny	La muestra estuvo conformada por 88 adolescentes de la Institución Educativa Mixta Zarumilla con edades comprendidas entre los 15 y 18 años.	Se utilizó el método hipotético – deductivo, el diseño del estudio fue observacional, transversal, correlacional	En la región Tumbes observamos que el 20,4% presenta depresión, el 29% de adolescentes ha pensado suicidarse en alguna ocasión, el 3,6% lo ha intentado y el 29% lo volvería hacer. Sabiendo que existe una posible asociación entre el funcionamiento familiar y la depresión y no existiendo estudios al respecto en nuestra región Tumbes, el propósito del presente estudio es determinar dicha asociación en el departamento.	La percepción de los niveles de funcionalidad familiar y su relación con la presencia o ausencia de depresión en los adolescentes presenta relación significativa en la muestra estudiada.
Veytia et al [4]	419 estudiantes de 15 a 19 años de edad	Diseño cualitativo de tipo descriptivo con corte transversal	22.7% de adolescentes presentaron síntomas de depresión. En relación a IE, las mujeres puntuaron alto en el factor atención y los hombres en atención y reparación emocional, mientras	Estudiar la IE a partir de sus factores nos brinda un punto de vista más específico sobre el comportamiento de esta variable con la depresión.

			que en el factor de claridad ambos sexos obtuvieron bajas puntuaciones.	
Veytia et al [5]	2 292 adolescentes de 15 a 19 años de edad.	Diseño cualitativo de tipo descriptivo con corte transversal	Los resultados indican que 15.6% de los adolescentes presentaron síntomas de depresión (CES-D-R) y que 80.4% había sufrido algún suceso vital estresante familiar. Existen diferencias estadísticamente significativas en los puntajes de grados de estrés de los sucesos vitales cuando se analizó por sexo, encontrando una media más alta en mujeres. Se encontró una relación significativa entre síntomas de depresión y el grado de estrés de los sucesos vitales del área social ($r=0.34$; $p<0.001$). Además, se encontró que el grado de estrés de las dimensiones de los sucesos vitales predice en 21% la presencia de síntomas de depresión en los adolescentes.	El grado de estrés de los sucesos vitales se relaciona con la presencia de síntomas de depresión en los adolescentes. Además, el hecho de ser mujer y haber vivido algún suceso vital estresante se asocia a un mayor puntaje de síntomas de depresión.
Veytia et al [4]	930 estudiantes de bachillerato entre 15 y 19 años de edad.	Se realizó un estudio transversal, correlacional	Se encontró un 17.3% de prevalencia de síntomas depresivos. Además, el 55.2% de los participantes presentaron niveles bajos de mindfulness; los adolescentes con síntomas depresivos	Impulsar el estudio sobre el rasgo de atención plena o mindfulness como un factor psicológico positivo porque se demuestra su efecto reductor en síntomas de depresión.

			<p>presentaron mayores niveles de mindfulness. La asociación entre síntomas de depresión y mindfulness fue negativa ($r = -0.53$; $<.001$).</p>	
Rivera et al [5]	9 982 estudiantes de 14 a 19 años	Estudio transversal	<p>El 27% de los estudiantes presentó sintomatología depresiva; la proporción fue mayor en mujeres (34%) que en hombres (18%). Factores asociados: sexo femenino (RM=2.25 IC95% 1.86-2.71); baja autoestima (RM=2.77 IC95% 2.41-3.19); consumo de alcohol (RM=1.72 IC95% 1.46-2.02); consumo de tabaco (RM=1.57 IC95% 1.31-1.88); consumo de drogas (RM=1.63 IC95% 1.29-2.05); violencia intrafamiliar (RM=2.05 IC95% 1.77-2.39); baja comunicación padres e hijos (RM=1.78 IC95% 1.59-2.00).</p>	La sintomatología depresiva en estudiantes de nivel medio superior es un problema de salud pública en México. Se requiere la implementación de programas de intervención enfocados en el manejo de factores de riesgo asociados.
Calero et al [3]	400 adolescentes de los cuales se seleccionó con un muestreo aleatorio no probabilístico	Estudio transversal correlacional	<p>De los 165 estudiantes adolescentes, el 16,4% presentaron sintomatología depresiva, el 54,5% fueron de sexo femenino, la media de las edades fue 14,53 años. Además, el 26,1 % provenían de otras regiones, 47,9% había sufrido algún</p>	Se determinó un porcentaje importante de depresión en los adolescentes, que fue mayor en el sexo femenino. Así mismo, se obtuvo relación significativa entre depresión - bullying y depresión - autoestima

		<p>tipo de bullying, el 21,8% presentaban disfuncionalidad familiar y el 39,40% presentaron una baja autoestima. El bullying (IC 95%; p=0,003) y autoestima (IC 95%; p=0,00) presentaron una relación significativa con la depresión</p>	<p>(variable interviniente); no se encontró asociación con migración familiar, ni disfunción familiar.</p>
Ossa et al [4]	<p>1520 registros correspondientes a la población total de adolescentes entre los 13 y 17 años.</p>	<p>La prevalencia total para Depresión Mayor en adolescentes en el año 2003 de Colombia fue de 7,1 % equivalentes a 108 jóvenes de una muestra total de 1520. La variable sexo femenino toma fuerza teniendo un resultado de 2,122; por lo que podemos decir que fue dos veces mayor el riesgo de tener Depresión para las mujeres. En cuanto la variable espiritualidad, se encontró que no tener una creencia religiosa se comporta como factor de riesgo. La variable Consumo de sustancias ilegales se puede decir que es la variable con mayor poder explicativo para tener Depresión. Las variables Violencia intrafamiliar y pérdida de una relación se consideran variables explicativas del modelo con OR</p>	<p>Los factores que explican el riesgo de sufrir depresión en el adolescente son: el sexo, la espiritualidad, los antecedentes familiares, el consumo de sustancias ilegales, la violencia intrafamiliar y la pérdida de una relación.</p>

			ajustados mayores a 1	
Cogollo et al [5]	424 estudiantes de séptimo a undécimo grado con edad promedio de 14,7 años	Se diseñó un estudio transversal	Informaron disfuncionalidad familiar el 41% y síntomas depresivos con importancia clínica, el 41% de los estudiantes. Se observó falta de asociación entre disfuncionalidad familiar y síntomas depresivos con importancia clínica (OR=1,4; IC 95%: 0,92-2,1), después de controlar por otras variables.	La presencia de disfuncionalidad familiar y la presencia de síntomas depresivos con importancia clínica no guarda asociación significativa en estudiantes de estrato bajo.
Gonzáles et al [3]	163 estudiantes de primero a quinto de secundaria	Investigación de tipo descriptivo, de corte transversal	El tipo familiar predominante fue el de familia extendida: 40,5% (66) de los adolescentes. El nivel de disfunción familiar fue muy elevado: 26,4% (43) con disfunción moderada y 24,5% (40) con severa. La relación factor familiar con tipo de familia y manifestaciones depresivas, hizo ver que el 40,7% (27) pertenece a familias extendidas y presentan manifestaciones depresivas definidas, y el 3,1% (1) de familia monoparental presenta depresión; aunque las diferencias no resultaron significativas (p=0,712). La relación funcionalidad familiar y manifestaciones	Las manifestaciones depresivas tienen relación directa con el funcionamiento de la familia, siendo este dato significativo (p=0,030). En tanto, las manifestaciones depresivas no guardan relación con el tipo de familia (p=0,712).

			<p>depresivas mostró que el 50,0% (20) de adolescentes de familias con disfunción severa presentan manifestaciones depresivas bien definidas, y el 46,5% (20) de familias con disfuncionalidad moderada también presenta manifestaciones depresivas bien definidas; incluso un 18,4% (7) proveniente de familias con buen funcionamiento presentan manifestaciones depresivas bien definidas. Las diferencias resultaron significativas (p=0,030).</p>	
Arreaga, I et al [6]	Con una muestra aleatoria simple de 587 adolescente	Se realizó un estudio descriptivo transversal.	Se utilizaron los cuestionarios autoaplicables Children's Depression Inventory (CDI) y Screen for Child Anxiety Related Disorders (Scared) para detectar sintomatología depresiva y de ansiedad. Se obtuvo una participación de 56.4% de sexo femenino y 43.6% del sexo masculino.	La prevalencia de síntomas sugestivos de depresión fue de 23.7% y de ansiedad 61.2%, presentándose, ambas, con mayor frecuencia en el sexo femenino.
Brito et al [6]	819 participantes	Se trata de un estudio epidemiológico basado en la escuela con un enfoque transversal, analítico y cuantitativo.	166 (20,2%) fueron clasificados como sufriendo de síntomas depresivos. Se encontraron asociaciones de estos síntomas con hembras (p=0,001),	Hubo una considerable prevalencia de síntomas depresivos entre los adolescentes, con una situación preocupante entre las hembras, que

			grupo de edad de 18 años o más (p=0023) y estudio en el turno nocturno (p=0034).	estudian por la noche y tienen 18 años o más. Las medidas para la identificación precoz de estos síntomas, las estrategias preventivas y la promoción de la salud son imprescindibles.
Chávez y Lima	Participaron 218 estudiantes	El estudio se clasificó como no experimental, de alcance explicativo y con corte transversal.	Los resultados mostraron que un 17,9% manifestaba estrés moderado, un 17,9% depresión moderada y 30,3% ansiedad extremadamente severa.	La correlación de la funcionalidad familiar con respecto a las dimensiones depresión, ansiedad y estrés resultó estadísticamente significativa (p = 0,000), inversamente proporcional y de moderada intensidad; además de establecerse que el estado de la primera resultaba predisponente para el de las tres dimensiones
Cofré et al [5]	61 sujetos pertenecientes a la ciudad de Temuco, Chile	La presente investigación tiene un enfoque cuantitativo de tipo correlacional	Los resultados obtenidos mostraron que el 83,6% de los participantes presentó síntomas depresivos, en el cual, el 58,8% obtuvo un IMC > 24,9. El 88,5% presentó sintomatología ansiosa, donde el 59,3% alcanzó un IMC > 24,9.	Se encontró una alta correlación entre depresión y ansiedad en contraste con las variables de salud mental e IMC donde no se encontraron correlaciones significativas.
Coutinho et al [4]	Participaron 168 estudiantes de secundaria	Transversal descriptivo	Los adolescentes presentaron síntomas depresivos en 21.4 %, estos porcentajes se acentuaron en comparación con	Se espera que este estudio pueda promover acciones preventivas en el contexto escolar y reflexiones sobre formas de crear conciencia sobre

			otros estudios en el área.	la depresión como un trastorno de múltiples causas.
Flores et al [4]	875 estudiantes de secundaria, con edades entre 13 y 17 años	Se realizó un estudio transversal	De los 875 adolescentes, el 55,8% eran varones. La edad media fue de 14.161,5 años. Se observaron síntomas depresivos en el 19,9% de los participantes. Se encontró una asociación entre BID y síntomas depresivos. El consumo de alcohol y tabaco también se asoció con el resultado de interés.	Los adolescentes que tenían BID tenían 3,7 veces más probabilidades de reportar síntomas depresivos. Además, quienes consumían tabaco o alcohol tenían 1,5 y 1,4 veces más probabilidades de tener síntomas depresivos, respectivamente. Se recomiendan más estudios dirigidos a otras poblaciones y que utilicen diseños longitudinales.
Larios et al [5]	120 estudiantes adolescentes de 12 a 19 años	Estudio descriptivo de corte transversal	Se encontró un 19,5% con diagnóstico presuntivo de trastorno depresivo, de los cuales un 60% tiene baja autoestima, 80% pertenece a una familia disfuncional y el 20% consume alcohol.	Como factores psicosociales predisponentes se encontró la baja autoestima y el pertenecer a una familia disfuncional, pero es necesario realizar nuevos estudios para determinar el nivel de asociación de estos factores con el diagnóstico presuntivo de depresión en adolescentes escolares.
Ferrel et al [3]	140 estudiantes del Grado 10° edades entre 14 y 19 años	Transversal descriptivo	Se hallaron altos niveles de depresión (86% depresión moderada); baja autoestima (51% autoestima baja) en estos estudiantes.	Se concluye que los estudiantes con bajo rendimiento escolar presentan factores psicológicos negativos que los afectan como los altos niveles de depresión y baja autoestima, lo que

				exige implementar estrategias de intervención psicológicas e interdisciplinarias para favorecer su óptimo aprendizaje y adecuada socialización.
Mérida y López	1,173 estudiantes	Transversal correlacional	Los resultados mostraron una prevalencia actual de 3% de TCA, con un 6.9 % adicional en situación de riesgo. La prevalencia de depresión dio un 24% de adolescentes con indicadores de depresión moderada a severa, y la prevalencia de ansiedad (moderada 42,2%, 6,8% severa y 1,1% en grado máximo).	La correlación de Pearson entre los TCA y depresión mostro que 66 % de casos con diagnóstico de TCA tenían depresión y 54 % ansiedad. Se proponen recomendaciones para el diagnóstico y detección precoz, así como medidas de psicoeducación sobre TCA dirigidas al ámbito escolar y público general.
Ninatanta et al [4]	586 participantes procedentes de dos distritos de la región de Cajamarca (Perú).	Se realizó un estudio transversal	La proporción de sobrepeso y obesidad fue de 22,9% y 6,8% de adolescentes, respectivamente. El pertenecer a escuelas públicas resultó un factor protector para sobrepeso (odds ratio ajustada: 0,62; intervalo de confianza del 95%: 0,39 a 0,99) independientemente del género, actividad física y síntomas depresivos. El género masculino (odds ratio ajustada: 2,05; intervalo de confianza del 95%: 1,02 a 4,11) y la	El nivel de actividad física es el principal factor asociado con obesidad, por otro lado, los estudiantes de escuelas públicas presentan menor probabilidad de sobrepeso y obesidad. Las escuelas representan entornos para implementar intervenciones de prevención de exceso de peso basadas en el incremento de la actividad física.

			<p>baja actividad física (odds ratio ajustada: 4,14; intervalo de confianza del 95%: 1,65 a 10,35) fueron factores de riesgo para obesidad, mientras que pertenecer a escuelas públicas fue factor protector (odds ratio ajustada: 0,43; intervalo de confianza del 95%: 0,20 a 0,92).</p>	
Resset, S	1151 alumnos de escuelas	Transversal descriptivo	Se presenta 23% depresión.	Los resultados indicaron que la satisfacción con la relación con los pares predecía los niveles de dichos problemas emocionales por encima de los progenitores, pero el efecto de los padres era más significativo.
Mellardo	92 adolescentes (51,6% mujeres), cuyo rango de edad se encontraba entre 11 y 19 años	Un estudio cuantitativo, no experimental de corte transversal.	En la tabla se observa que el 38,0% de los adolescentes que vivenciaron el incendio forestal se encuentran en riesgo de problemas asociados a la depresión, el 41,3% se encuentra en riesgo de problemas asociados a la ansiedad y el 46,9% se encuentran en riesgo de problemas asociados al estrés. Al desglosar dichas cifras por sexo se observa que las mujeres, en promedio, muestran mayor riesgo de problemas asociados a depresión, ansiedad	Se concluye que un importante número de adolescentes que vivenciaron directamente el incendio forestal chileno, caracterizado por su inusual liberación de energía, intensidad y destrucción, muestran problemas de salud mental, siendo el género femenino el afectado en mayor proporción. Si bien, debido al alcance del estudio no se puede concluir que dichos problemas de salud mental se deben al incendio,

y estrés que los
hombres

los datos
empíricos
entregados
permiten describir
el fenómeno en
adolescentes que
vivenciaron ese
desastre y de esta
manera realizar
comparaciones
con prevalencias
que muestran otras
investigaciones.

PAÍS	NÚMERO DE ESTUDIOS
Canadá	-
Estados Unidos	-
México	8
Bélice	-
Costa Rica	-
El Salvador	-
Guatemala	1
Honduras	-
Nicaragua	-
Panamá	-
Argentina	2
Bolivia	1
Brasil	3
Chile	2
Colombia	6
Ecuador	2
Paraguay	-
Perú	7
Surinam	-
Trinidad y Tobago	-
Uruguay	-
Venezuela	-
Antigua y Barbuda	-
Bahamas	-
Barbados	-

Cuba	-
Dominica	-
Granada	-
Guyana	-
Haití	-
Jamaica	-
República Dominicana	-
San Cristóbal y Nieves	-
San Vicente y las Granadinas	-
Santa Lucía	-

Objetivo específico uno: establecer la prevalencia de la depresión en adolescentes del continente americano se tomaron en cuenta 32 artículos científicos.

Autor, revista, año	Sujetos y origen	Muestra	N° sin depresión	Sin depresión (%)	N° con depresión	Con depresión (%)
Angulo, R et al., ATEN FAM, 2016	Adolescentes de 10 a 19 años	74	44	59,5%	30	40,5%
Rivera, M et al., Salud Mental, 2013	Adolescentes edad entre 12 y 16 años	360	209	58%	151	42%
Ruvalcaba, N et al., Psicogente, 2013	Adolescentes entre 12 y 17 años de edad	840	512	61%	328	39%
Eguiluz, L et al., Psicología Iberoamericana, 2014	Adolescentes estudiantes de primero y segundo de secundaria.	292	209	71,7%	83	28,3%
Rivera, L et al., Salud Pública Mex, 2015	Adolescentes estudiantes de 14 a 19 años	9 982	7 287	73%	2 695	27%
Veytia, M et al., Salud Mental, 2013	Adolescentes de 15 a 19 años de edad	2 292	1934	84,4%	358	15,6%
Veytia, M, Informes psicológicos, 2016.	Adolescentes estudiantes inscritos en el (bachillerato)	419	324	77,3%	95	22,7%
Veytia, M et al., Actualidades en Psicología, 2016	Adolescentes estudiantes de bachillerato las	930	769	82,7%	161	17,3%

	edades eran entre 14 y 19 años					
Ossa, A et al., CES Salud Pública Dialnet, 2016	Adolescentes entre los 13 y 17 años.	152 0	1 412	92,9%	108	7,1%
Ceballos, G et al., Duazary, 2015	Adolescentes entre 15 a 19 años.	242	203	84%	39	16%
Gómez, C et al., Rev Colomb Psiquiat, 2016	Adolescentes entre 12 y 17 años	1 754	1 703	97,1%	51	2,9%
Serna, D et al., Rev Haban Cienc Med, 2020	Adolescentes, hombres y mujeres, entre 15 y 19 años	240	130	54,2%	110	45,8%
Larios, J et al., 2017	Adolescentes entre 12 y 19 años	77	62	80,5%	15	19,5%
Ferrel, F et al., 2014	Adolescentes entre 14 y 19 años	140	20	14%	120	86%
Muñoz, et al., Rev. Ecuat. Pediatria, 2021	Estudiantes de 14 a 18 años del Liceo Luis Cordero.	262	194	74%	68	26%
Chpavez, A et al., 2022	Adolescentes	218	179	82,1%	39	17,9%
Vieira, A et al., IMED, 2018	Compuesta por una muestra del tipo no probabilística entre 12 y 18 años	300	273	91%	27	9%
Brito, M et al., 2020	Adolescentes	819	653	79,8%	166	20,2%
Coutinho, A et al., 2021	Adolescentes	168	132	78,6%	36	21,4%
González, J et al., Rev enferm Heredia	Adolescentes estudiantes de secundaria	163	13	8%	150	92%
Mubbia, M, Ciencia y Desarrollo, 2014	Adolescentes entre los 15 y 18 años.	88	70	79,6%	18	20,4%
Bustillos, A et al., UNHEVAL, 2018	169 adolescentes del tercero al quinto grado de secundaria.	169	137	81,1%	32	18,9%
Olivera, A et al., Rev Estomatol Heredia, 2019	Adolescentes de primero a quinto de secundaria entre 12 y 17 años de	91	47	51,9%	44	48,1%

	edad de nivel secundario					
Calero, C et al., REPIS, 2019	Adolescentes de los cuales se seleccionó con un muestreo aleatorio no probabilístico.	165	138	83,6%	27	16,4 %
Flores, F et al., 2016	Adolescentes	875	701	80,1%	174	19,9%
Ninatanta, J et al., 2017	Adolescentes	586	529	90,27%	57	9,73%
Arreaga, I et al., 2017	Adolescentes	587	448	76,3%	139	23,7%
Cofré, A et al., 2022	Adolescentes	61	10	16,4%	51	83,6%
Mellado, C et al., 2022	Adolescentes	292	181	62%	111	38%
Resset, S et al., 2020	Adolescentes	532	442	83	90	17%
Resset, S et al., 2015	Adolescentes	108 4	835	77%	249	23%
Pérez, C et al., 2013	Adolescentes	117 3	891	76%	282	24%
TOTAL		267 95	20691	77,22%	6104	22,78%

Objetivo específico dos: Identificar los factores de riesgo más frecuentes de la depresión en adolescentes del continente americano se han tomado en cuenta 21 artículos científicos.

Autor, revista, año	País	Tipo de estudio	Factores de riesgo	N	Resultados
Bustillos, A et al., UNHEVAL, 2018	Perú	Estudio analítico transversal (169)	1. Disfuncionalidad familiar	128	75,7%
			2. Imagen corporal distorsionada	115	68%
			3. Bullying	32	18,9%
Calero, C et al., REPIS, 2019	Perú	Estudio transversal correlacional (165)	1. Migración	43	26,1%
			2. Bullying	79	47,9%
			3. Disfuncionalidad familiar	36	21,8%
			4. Baja autoestima	65	39,40%
Muñoz, K et al., Rev. Ecuat. Pediatría, 2021	Ecuador	Se realizó una investigación analítica y transversal. (262)	1. Violencia intrafamiliar	61	23,3%
			2. Bajo rendimiento académico	55	21%
			3. Padres migrantes	211	80,5%
Ossa, A et al., CES Salud	Colombia	Se realizó una investigación analítica (1 520)	1. No Escolaridad	450	29,6%
			2. Antecedentes familiares	295	19,4%

Pública, 2016			3. Consumo de sustancias	1421	93,5%
			4. Violencia intrafamiliar	1338	88%
			5. No Cohesión familiar	1520	100%
			6. Ruptura amorosa	929	61,1%
Gómez, C et al., Rev Colomb Psiquiat, 2016	Colombia	Estudio observacional de corte transversal (1 754)	1. Disfunción familiar	417	23,78%
			2. Eventos traumáticos	64	3,63%
			3. Violencia	45	2,54%
			4. Pobreza	14	0,8%
			5. Estrés postraumático	280	16%
Rivera, M et al., Salud Mental, 2013	México	Estudio transversal descriptivo (360)	1. Migración	164	45,6%
Rivera, L et al., Salud Pública Mex, 2015	México	Estudio transversal (9 982)	1. Baja autoestima	4492	45%
			2. Consumo de alcohol	4592	46%
			3. Consumo de tabaco	1397	14%
			4. Consumo de drogas	699	7%
			5. Violencia intrafamiliar	4192	42%
			6. Nivel socioeconómico bajo	3394	34%
			7. Comunicación parental baja	3993	40%
Angulo, R et al., ATEN FAM, 2016	México	Estudio transversal descriptivo (74)	1. Obesidad	44	59,4%
Ceballos, G et al., Duazary, 2015	Colombia	Estudio transversal descriptivo (242)	1. Baja autoestima	97	40%
González, J et al., Rev enferm Herediana, 2013	Perú	Estudio transversal descriptivo (163)	1. Disfuncionalidad familiar	83	51%
			2. Familia monoparental	5	3,06%
Olivera, A et al., Rev Estomatol	Perú	Estudio transversal descriptivo (91)	1. Disfuncionalidad familiar	31	34%

Herediana, 2019					
Eguiluz, L et al., Psicología	México	Estudio transversal descriptivo (292)	1. Patrones de control de conflictos disfuncionales	103	35,27%
			2. Patrones de comunicación disfuncional	131	44,8%
			3. Resolución de conflictos disfuncionales	76	26,02%
Serna, D et al., Rev Haban Cienc Med, 2020	Colombia	Estudio transversal descriptivo (240)	1. Disfuncionalidad familiar	111	46,25%
Chávez, A et al., 2022	Ecuador	Estudio transversal descriptivo (218)	1. Ansiedad	77	35,32%
			2. Estrés	123	56,4%
			3. Disfuncionalidad familiar	58	26,6%
Cofré, A et al., 2022	Chile	Estudio transversal descriptivo (61)	1. Ansiedad	53	86,88%
			2. Sobrepeso	26	42,6%
Flores, F et al., 2017	Perú	Estudio transversal descriptivo (875)	1. Consumo de alcohol	117	13,37%
			2. Consumo de tabaco	58	6,63%
			3. Imagen corporal distorsionada	101	11,54%
			4. Historial familiar de depresión	34	3,88%
Larios, J et al., 2017	Colombia	Estudio transversal descriptivo (77)	1. Baja autoestima	9	11,68%
			2. Consumo de alcohol	1	1,29%
			3. Familia disfuncional	12	15,58%
Ferrel, F et al., 2014	Colombia	Estudio transversal descriptivo (140)	1. Baja autoestima	131	93,57%
Pérez, C et al., 2013	Bolivia	Estudio transversal descriptivo (1173)	1. Ansiedad	587	50,04%
Ninatanta, J et al., 2017	Perú	Estudio transversal descriptivo (586)	1. Consumo de tabaco	59	10,06%
			2. Consumo de alcohol	261	44,54%
			3. Sobrepeso	57	9,73%
			4. Bullying	435	74,23%
Mellado, C, 2022	Chile	Estudio transversal descriptivo (292)	1. Ansiedad	112	38,36%
			2. Estrés	127	43,49%

Anexo 5. Base de datos Excel

País	Sujetos y origen	Muestra	N sin depresión	Sin depresión (%)	N con depresión	Con depresión (%)	Autor	País	Población	N	%	N	%	
Chile	Adolescentes	61	10	16,40%	51	83,60%	Cortés, A et al., 2022	Chile	Adolescentes	61	10	16,40%	51	83,60%
Chile	Adolescentes	292	101	34,60%	191	65,40%	Mellado C et al., 2022	Chile	Adolescentes	292	101	34,60%	191	65,40%
México	Adolescentes entre 10 y 19 años	360	208	58%	152	42%								
México	Adolescentes entre 12 y 17 años de edad	840	512	61%	328	39%	Rosset, S et al., 2020	Argentina	Adolescentes	532	442	83%	90	17%
México	Estudiantes de primer y segundo de secundaria	292	209	71,70%	83	28,30%	Rosset, S et al., 2020	Argentina	Adolescentes	1004	835	77%	249	25%
México	Adolescentes entre 14 y 19 años	9982	7287	73%	2695	27%				1636	1277	78,02%	339	20,98%
México	Adolescentes entre 10 y 19 años de edad	2292	1934	84,40%	358	15,60%								
México	Adolescentes estudiantes sin título (bachillerato)	419	324	77,30%	95	22,70%	Vieira, A et al., INEELI, 2018	Brasil	Compartido por una muestra del tipo de probabilidad simple entre 10 y 19 años	300	273	91%	27	9%

País	Sujetos y origen	Muestra	N sin depresión	Sin depresión (%)	N con depresión	Con depresión (%)	Autor	País	Población	N	%	N	%	
México	Adolescentes entre 10 y 19 años de edad	930	769	82,70%	161	17,30%	Brito, M et al., 2020	Brasil	Adolescentes	819	653	79,70%	166	20,30%
		8589	10288	74,32%	3301	25,68%	Coutinho, A et al., 2021	Brasil	Adolescentes	969	132	13,60%	837	86,40%
Uzbe, A et al., CES Salud Pública, 2019	Adolescentes entre 10 y 17 años	1520	1412	92,90%	108	7,10%				1287	1058	82,20%	229	17,80%
Ceballos, S. E et al., Diazarg, 2019	Adolescentes entre 15 y 19 años	242	203	84%	39	16%								
Edwards, C et al., Flew Colombia, 2019	Adolescentes entre 12 y 17 años	1754	1703	97,20%	51	2,90%								
et al., Flew Habana, 2019	Adolescentes entre 12 y 19 años	240	130	54,20%	110	45,80%								
Larios, J et al., 2017	Adolescentes entre 12 y 19 años	77	62	80,50%	15	19,50%								
Ferre, F et al., 2014	Adolescentes entre 14 y 19 años	140	20	14%	120	86%								
		3973	3530	88,85%	443	11,15%								

Referencia	País	Población	N	%	N	%	Autor	País	Población	N	%	N	%
Bunbury, A et al., UNBETH, 2019	México	Defunciones familiares	110	51	46%	30							
Colera, G et al., 2019	México	Defunciones familiares	14	3	21%	7							
Holme, F et al., Escat, Publica, 2021	México	Defunciones familiares	4	1	25%	3							
Ortiz, A et al., CES Salud Pública, 2019	México	Defunciones familiares	42	13	31%	4							
Gómez, C et al., Flew Colombia, 2019	México	Defunciones familiares	14	4	28%	14							
Rosset, S et al., Flew Colombia, 2020	México	Defunciones familiares	210	47	22%	14							
Ascar, R et al., FAPS, 2014	México	Defunciones familiares	44	1	2%	14							
Rosset, S et al., Flew Colombia, 2020	México	Defunciones familiares	492	492	100%	334							
Rosset, S et al., Flew Colombia, 2020	México	Defunciones familiares	492	492	100%	334							
		110	51	46%	30								
		14	3	21%	7								
		4	1	25%	3								
		42	13	31%	4								
		14	4	28%	14								
		210	47	22%	14								
		44	1	2%	14								
		492	492	100%	334								
		492	492	100%	334								
		110	51	46%	30								
		14	3	21%	7								
		4	1	25%	3								
		42	13	31%	4								
		14	4	28%	14								
		210	47	22%	14								
		44	1	2%	14								
		492	492	100%	334								
		492	492	100%	334								
		110	51	46%	30								
		14	3	21%	7								
		4	1	25%	3								
		42	13	31%	4								
		14	4	28%	14								
		210	47	22%	14								
		44	1	2%	14								
		492	492	100%	334								
		492	492	100%	334								
		110	51	46%	30								
		14	3	21%	7								
		4	1	25%	3								
		42	13	31%	4								
		14	4	28%	14								
		210	47	22%	14								
		44	1	2%	14								
		492	492	100%	334								
		492	492	100%	334								
		110	51	46%	30								
		14	3	21%	7								
		4	1	25%	3								
		42	13	31%	4								
		14	4	28%	14								
		210	47	22%	14								
		44	1	2%	14								
		492	492	100%	334								
		492	492	100%	334								
		110	51	46%	30								
		14	3	21%	7								
		4	1	25%	3								
		42	13	31%	4								
		14	4	28%	14								
		210	47	22%	14								
		44	1	2%	14								
		492	492	100%	334								
		492	492	100%	334								
		110	51	46%	30								
		14	3	21%	7								
		4	1	25%	3								
		42	13	31%	4								
		14	4	28%	14								
		210	47	22%	14								
		44	1	2%	14								
		492	492	100%	334								
		492	492	100%	334								
		110	51	46%	30								
		14	3	21%	7								
		4	1	25%	3								
		42	13	31%	4								
		14	4	28%	14								
		210	47	22%	14								
		44	1	2%	14								
		492	492	100%	334								
		492	492	100%	334								
		110	51	46%	30								
		14	3	21%	7								
		4	1	25%	3								
		42	13	31%	4								
		14	4	28%	14								
		210	47	22%	14								
		44	1	2%	14								
		492	492	100%	334								
		492	492	100%	334								
		110	51	46%	30								
		14	3	21%	7								
		4	1	25%	3								
		42	13	31%	4								
		14	4	28%	14								
		210	47	22%	14								
		44	1	2%	14								
		492	492	100%	334								
		492	492	100%	334								
		110	51	46%	30								
		14	3	21%	7								
		4	1	25%	3								
		42	13	31%	4								
		14	4	28%	14								

Anexo 6. Depresión en adolescentes del continente americano

Autor, revista, año	Sujetos y origen	Muestra	N° sin depresión	Sin depresión (%)	N° con depresión	Con depresión (%)
Angulo, R et al., ATEN FAM, 2016	Adolescentes de 10 a 19 años	74	44	59,5%	30	40,5%
Rivera, M et al., Salud Mental, 2013	Adolescentes edad entre 12 y 16 años	360	209	58%	151	42%
Ruvalcaba, N et al., Psicogente, 2013	Adolescentes entre 12 y 17 años de edad	840	512	61%	328	39%
Eguiluz, L et al., Psicología Iberoamericana, 2014	Adolescentes estudiantes de primero y segundo de secundaria.	292	209	71,7%	83	28,3%
Rivera, L et al., Salud Pública Mex, 2015	Adolescentes estudiantes de 14 a 19 años	9 982	7 287	73%	2 695	27%
Veytia, M et al., Salud Mental, 2013	Adolescentes de 15 a 19 años de edad	2 292	1934	84,4%	358	15,6%
Veytia, M, Informes psicológicos, 2016.	Adolescentes estudiantes inscritos en el (bachillerato)	419	324	77,3%	95	22,7%
Veytia, M et al., Actualidades en Psicología, 2016	Adolescentes estudiantes de bachillerato las edades eran entre 14 y 19 años	930	769	82,7%	161	17,3%
Ossa, A et al., CES Salud Pública Dialnet, 2016	Adolescentes entre los 13 y 17 años.	1520	1 412	92,9%	108	7,1%
Ceballos, G et al., Duazary, 2015	Adolescentes entre 15 a 19 años.	242	203	84%	39	16%
Gómez, C et al., Rev Colomb Psiquiat, 2016	Adolescentes entre 12 y 17 años	1 754	1 703	97,1%	51	2,9%

Serna, D et al., Rev Haban Cienc Med, 2020	Adolescentes, hombres y mujeres, entre 15 y 19 años	240	130	54,2%	110	45,8%
Larios, J et al., 2017	Adolescentes entre 12 y 19 años	77	62	80,5%	15	19,5%
Ferrel, F et al., 2014	Adolescentes entre 14 y 19 años	140	20	14%	120	86%
Muñoz, et al., Rev. Ecuat. Pediatria, 2021	Estudiantes de 14 a 18 años del Liceo Luis Cordero.	262	194	74%	68	26%
Chpavez, A et al., 2022	Adolescentes	218	179	82,1%	39	17,9%
Vieira, A et al., IMED, 2018	Compuesta por una muestra del tipo no probabilística entre 12 y 18 años	300	273	91%	27	9%
Brito, M et al., 2020	Adolescentes	819	653	79,8%	166	20,2%
Coutinho, A et al., 2021	Adolescentes	168	132	78,6%	36	21,4%
González, J et al., Rev enferm Heredia	Adolescentes estudiantes de secundaria	163	13	8%	150	92%
Mubbia, M, Ciencia y Desarrollo, 2014	Adolescentes entre los 15 y 18 años.	88	70	79,6%	18	20,4%
Bustillos, A et al., UNHEVAL, 2018	169 adolescentes del tercero al quinto grado de secundaria.	169	137	81,1%	32	18,9%
Olivera, A et al., Rev Estomatol Heredia, 2019	Adolescentes de primero a quinto de secundaria entre 12 y 17 años de edad de nivel secundario	91	47	51,9%	44	48,1%
Calero, C et al., REPIS, 2019	Adolescentes de los cuales se seleccionó con un	165	138	83,6%	27	16,4 %

	muestreo aleatorio no probabilístico.					
Flores, F et al., 2016	Adolescentes	875	701	80,1%	174	19,9%
Ninatanta, J et al., 2017	Adolescentes	586	529	90,27%	57	9,73%
Arreaga, I et al., 2017	Adolescentes	587	448	76,3%	139	23,7%
Cofré, A et al., 2022	Adolescentes	61	10	16,4%	51	83,6%
Mellado, C et al., 2022	Adolescentes	292	181	62%	111	38%
Resset, S et al., 2020	Adolescentes	532	442	83	90	17%
Resset, S et al., 2015	Adolescentes	1084	835	77%	249	23%
Pérez, C et al., 2013	Adolescentes	1173	891	76%	282	24%
TOTAL		26795	20691	77,22%	6104	22,78%

English Speak Up Center


Nosotros "*English Speak Up Center*"

CERTIFICAMOS que

La traducción del resumen de Trabajo de Integración Curricular titulado "PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO DE LA DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES." documento adjunto solicitado por la señorita Lucila Anahí Gutiérrez Morocho con cédula de ciudadanía número 1150507307 ha sido realizada por el Centro Particular de Enseñanza de Idiomas "*English Speak Up Center*"

Esta es una traducción textual del documento adjunto. El traductor es competente y autorizado para realizar traducciones.

Loja, 21 de septiembre de 2023


Mg. Sc. Elizabeth Sánchez Burneo
DIRECTORA ACADÉMICA



Abstract

Depression is a disease that alters a person's emotional state, and in adolescence, it is considered a priority attention problem due to its high prevalence, becoming the second leading cause of death worldwide; it is for all these reasons that this research work aims to establish the prevalence of the pathology and identify the most frequent risk factors of depression in adolescents in the American continent in the last ten years, and at the same time to describe the scientific evidence on this mental health problem, a non-experimental cross-sectional design was used, with a mixed descriptive and documentary approach based on bibliographic systematization. The study population was all that scientific evidence published in the databases Dialnet, Scielo, Science Direct, Redalyc and Elsevier during 2013-2023. Through the selection criteria, we delimited the sample to 32 scientific articles we obtained from which the following results: a high prevalence of depression in this age group belonging to the American continent, we identified being the female sex and among the associated risk factors personal, family, social and academic, having as most frequent low self-esteem, substance use, family dysfunctionality, violence, among others. To conclude, we evidenced the existence of scientific production on this mental illness, becoming an important precedent that allows health professionals to implement preventive strategies of primary and secondary care to their patients in the progression and maintenance of this pathology.

Keywords: *Depressive episode, emotional instability, mood disturbance, priority care group*

