



unl

Universidad
Nacional
de Loja

Universidad Nacional de Loja

Facultad de la Salud Humana

Carrera de Enfermería

**Nivel de depresión en adolescentes de bachillerato de la Unidad Educativa
Chilla, periodo 2022-2023.**

Trabajo de Integración Curricular
previo a la obtención del título de
Licenciado en Enfermería

AUTOR:

José Alexander Ríos Caiminagua

DIRECTORA:

Lic. Mg. Sc. Betty María Luna Torres

Loja - Ecuador

2024

Certificación del trabajo de integración curricular

Loja, 20 de Junio del 2024

Lic. Betty María Luna Torres Mg. Sc.

DIRECTORA DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

C E R T I F I C O:

Que el Sr. José Alexander Ríos Caiminagua, ha elaborado el trabajo de investigación titulado **Nivel de depresión en adolescentes de bachillerato de la Unidad Educativa Chilla, periodo 2022-2023**, previo a la obtención del Título de Licenciado en Enfermería, mismo que he asesorado, revisado y orientado en todas sus partes, con pertinencia y rigurosidad científica como estipula la normativa vigente de la Universidad Nacional de Loja, razón por la cual certifico la culminación y aprobación del presente trabajo para su respectiva presentación, sustentación y defensa.

Atentamente.

Lic. Mg. Sc. Betty María Luna Torres

DIRECTORA DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

Autoría

Yo, José Alexander Ríos Caiminagua, declaro ser autor 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:

Cédula de identidad: 0705713923

Fecha: 20 de Junio del 2024.

Correo electrónico: jose.a.rios@unl.edu.ec

Teléfono: 0989757587

Carta de autorización por parte del autor, para la consulta, reproducción parcial o total y publicación de texto completo, del Trabajo de Integración Curricular

Yo, José Alexander Ríos Caiminagua, declaro ser autor del Trabajo de Integración Curricular denominado: Nivel de depresión en adolescentes de bachillerato de la Unidad Educativa Chilla, periodo 2022-2023, como requisito para optar por el título de Licenciado en Enfermería, 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 veinte días del mes de Junio del dosmil veinticuatro.

Firma:

Autor: José Alexander Ríos Caiminagua

Cédula: 0705713923

Dirección: Loja / calle Milton Patiño

Correo electrónico: jose.a.rios@unl.edu.ec

Teléfono: 0989757587

DATOS COMPLEMENTARIOS:

Directora del Trabajo de Integración Curricular:

Lic. Betty María Luna Torres Mg.

Dedicatoria

Con mucho entusiasmo dedico este trabajo a Dios y a la virgen de Chilla por brindarme salud, fortaleza y sabiduría en el transcurso de mi carrera, a mi Jushito que hoy no está conmigo, por haber sido el mejor papá del mundo y enseñarme los valores más importantes de la vida e inculcar en mi la necesidad de brindar y cuidar de las personas con el respeto que todos nos merecemos, a mis tres mamás Elsitá, Leonor y Natividad que me cuidaron, protegieron y me brindaron su apoyo, motivación y preocupación durante todo mi formación universitaria; a mis hermanos, primos y demás familiar quienes estuvieron pendientes de mis diversos avances académicos.

De igual forma, a mi querida Adele, quien fue mi apoyo constante a través de sus canciones y frases emotivas que me inspiraron y me acompañaron durante toda mi formación universitaria. A través de su música, logro salvarme del suicido y darme la fuerza para seguir creciendo como persona.

José Alexander Ríos Caiminagua

Agradecimiento

Expreso mi agradecimiento a la prestigiosa Universidad Nacional de Loja, a la carrera de Enfermería por abrirme las puertas de la enseñanza y conocimiento, a mis apreciadas y queridas docentes quienes me brindaron sus conocimientos y confianza durante todos estos años, además de inculcarme los valores éticos y humanísticos necesarios para mi formación y vida profesional.

A la Unidad Educativa Chilla, planta docente y en especial a los estudiantes de bachillerato, quienes me brindaron su colaboración para desarrollo de esta investigación, al aportarme la información necesaria que facilitó el cumplimiento y culminación oportuna del presente trabajo.

José Alexander Ríos Caiminagua

Índice de contenidos

Portada	i
Certificación del trabajo de integración curricular	ii
Autoría	iii
Carta de autorización por parte del autor, para la consulta, reproducción parcial o total y publicación de texto completo, del Trabajo de Integración Curricular	iv
Dedicatoria	v
Agradecimiento	vi
Índice de contenidos	vii
Índice de tablas	ix
Índice de Anexos	x
1. Título	1
2. Resumen	2
2.1. Abstract	3
3. Introducción	4
4. Marco teórico	7
4.1. Adolescencia.....	7
4.1.1. Concepto.....	7
4.2.1. Etapas de la adolescencia	7
4.2.1.1. Adolescencia temprana (entre los 10 y los 13 años).	7
4.2.1.2. Adolescencia media (entre los 14 y los 17 años).	8
4.2.1.3. Adolescencia tardía (18 años y puede extenderse hasta 21 años).	8
4.2.2. Cambios en la adolescencia.	8
4.3. Trastornos mentales	10
4.3.1. Concepto	10
4.3.2. Clasificación de los trastornos mentales	10
4.4. Depresión.....	11
4.4.1. Concepto.	11

4.4.2. Clasificación de la depresión.	12
4.4.2.1. Clasificación internacional de los trastornos depresivos según el CIE 10.....	12
4.4.2.2. Clasificación de los trastornos depresivos según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5).....	12
4.4.2.2.1. Trastorno Depresivo Mayor.....	13
4.4.2.2.2. Trastorno Depresivo Persistente.....	13
4.4.3. Dimensiones de la depresión.....	13
4.4.4. Síntomas de la depresión.....	14
4.4.5. Factores de riesgo	14
4.4.6. Métodos diagnósticos de la depresión.	15
4.4.6.1. Test de Hamilton de depresión y ansiedad.	15
4.4.6.2. Escala de ansiedad y depresión hospitalaria.	16
4.4.6.3. Test de Beck II para depresión.	16
4.4.7. Tratamiento de la depresión.	17
4.4.7.1. Tratamiento complementario	18
4.4.7.2. Psicoterapia.....	18
4.4.7.3. Cuidados de enfermería	18
4.4.7.3.1. Manejo de la Nutrición.	18
4.4.7.3.2. Mejorar el Sueño.	19
4.4.7.3.3. Técnica de Relajación.	19
4.4.8. Prevención de la depresión.	20
5. Metodología.....	21
6. Resultados	23
7. Discusión	25
8. Conclusiones	28
9. Recomendaciones	29
10. Bibliografía.....	30
11. Anexos.....	33

Índice de tablas

Tabla 1. Características sociodemográficas de los participantes	23
Tabla 2. Nivel de depresión: Dimensión somática-motivacional	24
Tabla 3. Nivel de depresión: Dimensión cognitivo- afectiva.....	24
Tabla 4. Nivel general de depresión en adolescentes.....	24

Índice de Anexos

Anexo 1. Asignación de pertinencia	33
Anexo 2. Designación de director.....	34
Anexo 3. Certificación de la traducción del resumen	35

1. Título

Nivel de depresión en adolescentes de bachillerato de la Unidad Educativa Chilla,
periodo 2022 -2023.

2. Resumen

La depresión es una alteración del estado de ánimo que puede ocasionar en la persona desaliento y poca esperanza sobre su futuro; esto puede presentarse en todas las etapas de la vida y con mayor frecuencia en la adolescencia, debido a una serie de cambios físicos y psicológicos que se presentan en esta etapa, lo cual los hace vulnerables a padecerla. La presente investigación tuvo como objetivo caracterizar el nivel de depresión en los adolescentes de bachillerato de la Unidad Educativa Chilla. La metodología de esta investigación fue de tipo descriptivo, cuantitativo, de corte transversal para lo cual se contó con la participación de 60 adolescentes de bachillerato de la Unidad Educativa Chilla, donde se utilizó como instrumento el test de Beck (BDI-2) que evalúa la depresión tomando en cuenta las dimensiones somática-motivacional y cognitivo-afectiva. El análisis de resultados demostró que el 38.3% están en edad de 17 años, el 51.7% son hombres, el 70% pertenecen a la zona urbana, un 100% son de estado civil soltero/a, mientras que el 40% de los participantes cursan el tercero de bachillerato. Con respecto al nivel de depresión en base a la dimensión somática-motivacional, el 40% tiene un nivel mínimo y el 11,7% un nivel grave; así mismo en la dimensión cognitivo-afectiva, el 43,3% presenta un nivel de depresión leve y el 1.7% un nivel grave. En cuanto al nivel general de depresión, se muestra que el 33,3% presentó un nivel mínimo, seguido de un nivel grave de depresión con el 26,7% y el 18.3% con un nivel leve. En conclusión, la depresión es uno de los grandes problemas de salud mental que afecta a la adolescencia, sobre todo genera alteraciones en las dimensiones del ser humano.

Palabras claves: Desaliento, adolescente, trastorno mental, estado de ánimo, salud mental

2.1. Abstract

Depression is a mood alteration that can cause discouragement and little hope for the future; this can occur at all stages of life and more frequently in adolescence, due to a series of physical and psychological changes that occur at this stage, which makes them vulnerable suffering from it. The objective of this research was to characterize the level of depression in adolescents at Unidad Educativa Chilla High School. The methodology of this research was descriptive, quantitative, and cross-sectional, with the participation of 60 high school adolescents from the Unidad Educativa Chilla High School, where the Beck test (BDI-2) was used as an instrument that evaluates depression, taking into account the somatic-motivational and cognitive-affective dimensions. The analysis of the results showed that 38.3% are 17 years old, 51.7% are male, 70% belong to the urban area, 100% are single, while 40% of the participants are in their third year of high school. Concerning the level of depression based on the somatic-motivational dimension, 40% had a minimum level and 11.7% a severe level; likewise, in the cognitive-affective dimension, 43.3% presented a mild level of depression and 1.7% a severe level. Regarding the general level of depression, 33.3% presented a minimum level, followed by a severe level of depression with 26.7% and 18.3% with a mild level. In conclusion, depression is one of the major mental health problems affecting adolescents, especially when it generates alterations in the dimensions of the human being.

Keywords: Discouraging, adolescent, mental disorder, mood, mental health.

3. Introducción

La adolescencia es una etapa única y formativa, pero los cambios físicos, emocionales y sociales que se producen en este periodo, incluida la exposición a la pobreza, los malos tratos o la violencia, pueden hacer que los adolescentes sean vulnerables a problemas de salud mental (OPS, 2020).

En este sentido, la depresión es uno de los trastornos mentales que más afectan a la población en general y particularmente a los adolescentes; además, puede presentarse sola o conjuntamente junto con otros trastornos como la ansiedad o el Trastorno Obsesivo Compulsivo (Rodríguez, 2020). Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2020) la depresión es una enfermedad común y a la vez grave, pues interfiere con la vida diaria y con la capacidad para realizar actividades cotidianas como trabajar, dormir, estudiar, comer y disfrutar, pudiendo ser causada por una combinación de factores genéticos, biológicos, ambientales y psicológicos.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021), en el 2019, 280 millones de personas padecían depresión, de los cuales, un aproximado de 23 millones eran niños y adolescentes; de estos últimos, el 1,1% corresponden a edades entre 10 a 14 años y el 2,8% de 15 a 19 años. Frente a ello, una de las principales consecuencias de la depresión es que puede llevar a ideaciones suicidas, por lo que cada año más de 700 000 personas se suicidan, siendo esta la cuarta causa de muerte, principalmente en los adolescentes.

No obstante, en América Latina y el Caribe las enfermedades mentales afectan a unos 16 millones de adolescentes, siendo las edades entre 10 y 19 las más afectadas con un 15%, convirtiéndose en una de las tasas más altas en esta región del mundo (León, 2021). En Ecuador, durante el año 2015, se registraron 252 casos de depresión en adolescentes de 13 y 18 años (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2017). De igual manera, según Bupa (2020), aproximadamente 2 de cada 100 niños menores de 12 años, sufren depresión y en los adolescentes esta cifra aumentaría a 5 de cada 100.

A nivel de la provincia de El Oro, en el 2020 se registraron 20 casos de suicidio por depresión siendo esta la tercera provincia con mayor número de auto eliminaciones a nivel nacional (Ríos, 2021). Con estos antecedentes, es evidente que la depresión continúa siendo una problemática que va en ascenso y en base a ello, varios estudios se han orientado a caracterizar la problemática en mención.

De igual importancia, Amaral et al. (2020), realizaron un estudio para evaluar la depresión

e ideación suicida en 102 adolescentes que pertenecen una institución educativa en São Luís, Brasil, a través del inventario de Beck, el cual mostró como resultado, que 30 de los estudiantes, es decir, el 29,4% tenían síntomas depresivos e ideación suicida mientras que el 37% presento depresión leve.

De forma similar, en un estudio realizado por Moscoso et al. (2016), el cual evalúa la prevalencia de algunas de las sintomatologías de salud mental y su conexión con las relaciones interpersonales en 10235 adolescentes estudiantes de escuelas públicas y privadas de Puerto Rico, a través de la Consulta Juvenil VII, muestra como resultado que el 13,4% presentó síntomas de depresión, mientras que el 8.3% tuvo una ideación suicida, de igual forma se evidenció una mayor prevalencia de depresión en estudiantes del sexo femenino.

A sí también, en el estudio de Martos (2021), el cual evalúa la ansiedad y depresión en 150 adolescentes pertenecientes a una institución educativa de la ciudad Cajamarca, Perú, a través de inventario de depresión de Beck, mostró como resultado que el 53% de los adolescentes presentan un nivel alto de ansiedad y el 54% de los evaluados un nivel alto de depresión.

A nivel nacional, Urquizo & Vela (2017), realizaron un estudio en el que evaluaron la depresión en 116 adolescentes de la Unidad Educativa Municipal “Quitumbe” de la ciudad de Quito, a través del inventario de depresión de Beck y mostraron como resultado que los adolescentes de 14 años padecen depresión leve en un 14% y depresión moderada en un 8%; mientras que, los de 15 años, mostraron depresión leve en un 27%, finalmente los participantes de 16 años, no presentaron signos de depresión.

Por otro lado, un estudio realizado por Ordoñez (2017), en el cual evalúa la depresión y ansiedad en 179 adolescentes de bachillerato del colegio Adolfo Valarezo de la ciudad de Loja, a través del Test de Hamilton, se mostró como resultado que, el 29,1% presentaron depresión leve, el 5,6% depresión severa; mientras que, el 40,8% presentó ansiedad leve y el 34,1% ansiedad moderada. La prevalencia que se muestra de ansiedad fue del 53,6% y de depresión un 74,9%.

Así también, López (2017), en una investigación que evalúa la depresión en 365 adolescentes de 14 a 16 años del Colegio 27 de febrero de la ciudad de Loja, a través del test de Zung, encontró que el 65.75% de los estudiantes presentaban depresión, además, el estudio reveló que la depresión es más prevalente en el sexo femenino, alcanzando un 92.20%. En el cantón Chilla, lugar donde se efectuará la investigación, no existen estudios previos que hayan abordado la magnitud del problema de la depresión.

Por ello, se ejecutó el presente trabajo investigativo, el cual contribuye con datos estadísticos que muestren cifras sobre los niveles con los que actualmente se viene presentando la depresión en adolescentes, cuyos resultados sirvan como base para que la institución educativa plantee planes y estrategias de prevención e intervención que ayuden a un abordaje integral y colectivo de la problemática expuesta y contribuyan a su solución; de esta forma los principales beneficiarios de este estudio serán, la Unidad Educativa Chilla con sus directivos y docentes y particularmente los adolescentes que allí se forman académicamente.

La investigación contempla como objetivo general: Caracterizar el nivel de depresión en los adolescentes de bachillerato de la Unidad Educativa Chilla y como objetivos específicos: Describir las características sociodemográficas de la población de estudio, identificar el nivel de depresión en función a la dimensión somática-motivacional en los adolescentes de bachillerato y determinar el nivel de depresión en función a la dimensión cognitivo- afectiva en los adolescentes de bachillerato.

4. Marco teórico

4.1. Adolescencia

4.1.1. Concepto

La adolescencia es un periodo de transición que marca el final de la niñez y el inicio de la adultez; en esta etapa se da una serie de cambios físicos, psicológicos y sociales. Según la OMS (2021), la adolescencia es la fase de la vida que comprende las edades desde los 10 hasta los 19 años. Esta etapa representa un proceso vital del desarrollo humano y un momento importante para sentar las bases de la buena salud; además, es donde la persona experimenta un rápido crecimiento físico, cognoscitivo y psicosocial, el cual influye en cómo se sienten, piensan, toman decisiones e interactúan con su entorno.

4.2.1. Etapas de la adolescencia

La adolescencia es una etapa de la vida en la que hombres y mujeres experimentan cambios físicos, sexuales, cognitivos, psicológicos, emocionales y sociales, inicia con la pubertad y concluye cuando estos cambios alcanzan mayor estabilidad alrededor de los 19 años. Según Allen & Waterman (2019) comprende las siguientes etapas:

4.2.1.1. Adolescencia temprana (entre los 10 y los 13 años).

Durante esta etapa, los niños suelen comenzar a crecer más rápido. También empiezan a notar otros cambios corporales, entre los que se incluyen el crecimiento de vello en las axilas y en la zona genital, el desarrollo de los senos en las mujeres y el aumento del tamaño de los testículos en los varones.

Por lo general empieza uno o dos años antes en las niñas que, en los varones, y puede ser normal que algunos cambios comiencen tan pronto como a los 8 años para las niñas y a los 9 años para los varones. Muchas niñas tienen su primera menstruación alrededor de los 12 años, en promedio de 2 a 3 años después del comienzo del desarrollo de los senos.

Los adolescentes más jóvenes tienen ideas concretas y extremistas. En esta etapa es normal que los jóvenes enfoquen su pensamiento en ellos mismos. Además, sienten una mayor necesidad de privacidad y es posible que comiencen a explorar formas de ser independientes de su familia.

4.2.1.2. Adolescencia media (entre los 14 y los 17 años).

Los cambios físicos que comenzaron en la pubertad continúan durante la adolescencia media. La mayoría de los varones comienzan su "crecimiento repentino" y continúan los cambios relacionados con la pubertad. Es posible que se les quiebre la voz a medida que se les va agravando. A algunos le sale acné.

Comienzan a evidenciarse cambios a nivel psicológico y en la construcción de su identidad, cómo se ven y cómo quieren que los vean. La independencia de sus padres es casi obligatoria y es la etapa en la que pueden caer fácilmente en situaciones de riesgo.

A esta edad, a muchos adolescentes les surge el interés en las relaciones románticas y sexuales. Probablemente se cuestionen su identidad sexual y la exploren, lo que podría resultar estresante si no tienen el apoyo de sus pares, de la familia o de la comunidad.

4.2.1.3. Adolescencia tardía (18 años y puede extenderse hasta 21 años).

Desde los 18 y puede extenderse hasta los 21 años. En la adolescencia tardía por lo general ya completaron el desarrollo físico y alcanzaron la altura definitiva que tendrán como adultos. Para esta edad suelen tener más control de sus impulsos y pueden sopesar los riesgos y recompensas mejor y con más precisión.

A demás comienzan a sentirse más cómodos con su cuerpo, buscando la aceptación para definir así su identidad. Se preocupan cada vez más por su futuro y sus decisiones están en concordancia con ello. Los grupos ya no son lo más importante y comienzan a elegir relaciones individuales o grupos más pequeños.

4.2.2. Cambios en la adolescencia.

Los adolescentes experimentan cambios físicos, sociales, personales y emocionales, los procesos cognitivos también empiezan a diferenciarse y, el ritmo en el que experimentan los cambios depende de diversos factores como el género, la genética, el ambiente y el estado de salud.

Según, Iglesias (2013) la adolescencia emerge con la aparición de los primeros signos de la transformación puberal, desde el comienzo de este periodo van a ocurrir cambios hormonales que generan el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios, con la acentuación del dimorfismo sexual, crecimiento en longitud, cambios en la composición corporal y una transformación gradual en el desarrollo psicosocial.

Dentro de los cambios físicos más destacados en esta etapa, se encuentra la presencia de una serie de cambios significativos a nivel de la morfología corporal, como el desarrollo del vello pubiano, el crecimiento de los testículos, pene y el desarrollo de las mamas, además en este periodo incluye el estirón puberal que incrementa la talla en aproximadamente un 25% de la estatura adulta, mientras que el aumento ponderal representa cerca del 50% del peso ideal adulto. Las mujeres experimentan un incremento mayor de tejido graso en comparación con los varones, quienes desarrollan más masa muscular y ven un aumento en el diámetro biacromial, configurando el dimorfismo sexual (Fernández, 2013).

Simultáneamente, la masa ósea se adapta junto con los tejidos blandos, evaluada por la edad ósea a través de radiografías de mano como indicador fisiológico de maduración y crecimiento. Estos cambios físicos tienen un impacto en el ámbito psicosocial, afectando la independencia, la imagen corporal, las relaciones con los pares y el desarrollo de la identidad propia. Además, a nivel psicológico, se observa una transición del pensamiento concreto al abstracto con proyección de futuro, reflejo de la madurez característica de la adolescencia (Fernández, 2013).

Según, Pasqualini & Llorens (2010), manifiesta que los cambios psicológicos más importantes en esta etapa se basan en cambios notables en el estado de ánimo, tales como la irritabilidad, impulsividad, hipersensibilidad y estímulos, apatía y fragilidad psíquica, junto con intentos de autonomía que desafían la autoridad parental y conductas a menudo. Los jóvenes buscan experimentar emociones nuevas y ponderar las normas de los adultos; esto se ve conocido por su apariencia desaliñada o descuidada, que se ve de ajustarse con su nueva imagen física o como una expresión de rebeldía. Estos grupos cruciales durante la transición son los que mantienen vínculos estrechos con amigos de infancia y buscan ser parte de grupos de pares del mismo género.

Además, mantienen vínculos estrechos con amigos de la infancia y buscan pertenecer a grupos de pares del mismo sexo, siendo estos grupos cruciales durante la transición. Al mismo tiempo, desarrollan nociones personales sobre su futuro y profundizan vínculos fraternos y de amistad. Las primeras relaciones de pareja, aunque breves, debilitan temporalmente los lazos con el grupo, aunque este continúa siendo fundamental en su vida. La construcción de la identidad adolescente varía según los valores y contextos socioculturales, familiares y educativos en los que se desenvuelven. En este contexto, la adolescencia se muestra como una etapa de grandes cambios físicos, sociales y psicológicos, donde los jóvenes son particularmente vulnerables a problemas de salud, incluyendo trastornos mentales (Pasqualini & Llorens, 2010).

4.3. Trastornos mentales

4.3.1. Concepto

Los trastornos mentales se caracterizan por generar una alteración clínicamente significativa de la cognición, la regulación de las emociones o el comportamiento de un individuo, por lo general, va asociado a angustia o a discapacidad funcional en otras áreas importantes (OMS, 2022). Además, según Liñan et al. (2019), un trastorno mental es una alteración sostenida en la cual quedan afectados los procesos psicológicos básicos como la emoción, la motivación, la cognición, la conciencia, la conducta, la percepción, la sensación, el aprendizaje, el lenguaje, etc. Estos síntomas dificultan que la persona se adapte al entorno cultural y social en el que vive, lo que puede provocar alguna forma de malestar subjetivo.

4.3.2. Clasificación de los trastornos mentales

Para clasificar los diferentes tipos de enfermedades mentales se requiere de una profunda y concienzuda tarea de investigación. Por consiguiente, según Araluce (2021), reconoce que en la actualidad existen dos sistemas de clasificación de los trastornos mentales ampliamente avalados, estos son: el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) y el Capítulo V de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10).

A continuación, se presenta la clasificación de los trastornos mentales establecidos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (2013):

Los trastornos mentales se clasifican de acuerdo a sus diversas categorías, cada una con características específicas. Los trastornos del neurodesarrollo abarcan el trastorno del espectro

autista, el trastorno por déficit de atención con hiperactividad y los trastornos del aprendizaje. Así también, dentro del espectro de la esquizofrenia, el trastorno más común es la esquizofrenia. Por otra parte, los trastornos bipolares y relacionados se caracterizan por la alternancia entre episodios de manía y depresión. Al igual que los trastornos depresivos, caracterizados por el trastorno depresivo mayor y el trastorno disfórico premenstrual, impactan principalmente el funcionamiento emocional y afectivo.

Los trastornos de ansiedad incluyen el trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno de pánico, así también, en base a su tipología se presenta el trastorno obsesivo-compulsivo que abarca el trastorno obsesivo-compulsivo, el trastorno de acumulación y la tricotilomanía. Los trastornos relacionados con el trauma y el estrés comprenden el trastorno de estrés postraumático y el trastorno de estrés agudo y disociativos incluyen el trastorno de identidad disociativa y la amnesia disociativa. continuando con los trastornos encontramos a los de síntomas somáticos y relacionados quienes también forman parte de esta clasificación (DSM, 2013).

De igual importancia, los trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos incluyen la bulimia y la anorexia nerviosa. Así también, los trastornos del sueño-vigilia, como el insomnio y la apnea del sueño, afectan el ciclo del sueño. Los trastornos de la conducta y control de los impulsos, como la cleptomanía y el trastorno explosivo intermitente, se asocian con problemas de autocontrol emocional y conductual y los trastornos relacionados con las sustancias y adictivos están vinculados al uso excesivo de alcohol, cafeína, tabaco y otras drogas, así como; los trastornos neurocognitivos incluyen problemas cognitivos adquiridos como el delirio y otros trastornos neurocognitivos y finalmente, los trastornos de personalidad abarcan el trastorno límite, el trastorno antisocial y el trastorno narcisista de la personalidad (DSM, 2013).

Como es evidente, los trastornos de la salud mental implican diversas alteraciones en el pensamiento, la conducta y las emociones de la persona, suelen presentarse de diversas formas, siendo una de estas la depresión que es una de las principales enfermedades mentales que afecta en su mayor parte a adolescentes del mundo.

4.4. Depresión

4.4.1. Concepto.

Según la Organización mundial de la Salud (2021), la depresión es un trastorno de salud mental común, caracterizado por una tristeza persistente y una falta de interés o placer en

actividades que previamente eran gratificantes y placenteras. Además, puede alterar el sueño y el apetito, y es frecuente que concurra con cansancio y falta de concentración, siendo las causas de la depresión una serie de complejas interacciones de factores sociales, psicológicos y biológicos.

A sí mismo, se presenta como un conjunto de síntomas de predominio afectivo (tristeza patológica, apatía, anhedonia, desesperanza, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) aunque, en mayor o menor grado, también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo y somático, por lo que podría hablarse de una afectación global psíquica y física, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva (Ministerio de Sanidad, 2014).

4.4.2. Clasificación de la depresión.

Los trastornos depresivos se pueden clasificar teniendo en cuenta la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima edición (CIE-10) o utilizando el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5)

4.4.2.1. Clasificación internacional de los trastornos depresivos según el CIE 10.

Según Organización Panamericana de la Salud (2008), los episodios depresivos se clasifican de la siguiente de acuerdo a la severidad y características sintomáticas. Estos incluyen desde episodios depresivos leves, moderados o graves, con o sin síntomas psicóticos, hasta trastornos depresivos recurrentes con diferentes grados de intensidad y estados de remisión. Además, se consideran trastornos del humor persistente como la distimia y la ciclotimia, junto con otros trastornos afectivos secundarios a condiciones médicas o sustancias. Existen formas específicas como la depresión atípica, la disforia posparto, la melancolía, la depresión doble, entre otros, así como el trastorno disfórico premenstrual y la depresión bipolar, que presentan manifestaciones clínicas distintas y requieren enfoques terapéuticos adecuados según sus características particulares.

4.4.2.2. Clasificación de los trastornos depresivos según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5).

Por otro lado, la Clasificación American Psychiatric Association (APA, 2014), quinta

edición (DSM-V) separa los trastornos del ánimo en depresivos y bipolares. De esta manera los trastornos depresivos quedan conformados por el trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo, trastorno depresivo mayor, trastorno Depresivo persistente (distimia), Trastorno Disfórico Premenstrual, trastorno depresivo inducido por sustancias/medicamentos, trastornos depresivos debido a afección médica, otro trastorno depresivo especificado y otro trastorno depresivo no especificado.

Dentro de los más frecuentes encontramos a:

4.4.2.2.1. Trastorno Depresivo Mayor. El rasgo principal del episodio depresivo mayor es un período de tiempo de al menos dos semanas durante el cual existe ánimo depresivo o pérdida del interés o del placer en casi todas las actividades. En los niños y los adolescentes, el ánimo suele ser irritable más que triste. El paciente debe experimentar además al menos cuatro síntomas adicionales de una lista que incluye cambios en el apetito o el peso y en la actividad psicomotora, energía disminuida, sentimientos de inutilidad o de culpa, dificultades para pensar, para concentrarse o para tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida, o planes o intentos de suicidio.

Para que un síntoma cuente como parte de un trastorno depresivo mayor ha de ser nuevo o debe haber empeorado claramente en comparación con el estado de la persona antes del episodio. Los síntomas deben persistir la mayor parte del día, casi a diario, durante al menos dos semanas consecutivas.

4.4.2.2.2. Trastorno Depresivo Persistente. se caracteriza por la presencia de estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, y debe durar como mínimo dos años. En niños y adolescentes ese estado puede ser irritable y durar un mínimo de un año. Dentro de los síntomas más comunes encontramos: alteraciones en el sueño, en el apetito, fatiga, poca concentración además de baja autoestima y sensación de desesperanza. Según el manual deberá especificarse si se presenta con ansiedad o síntomas psicóticos, si es de remisión total o parcial, de inicio temprano o tardío, si se presenta con depresión mayor o no y la gravedad.

4.4.3. Dimensiones de la depresión

Según Beck et al. (2009), los trastornos depresivos se manifiestan a través de dos dimensiones principales: la somático-motivacional y la cognitivo-afectiva. La primera se caracteriza por síntomas que afectan el cuerpo y la motivación, como alteraciones en el sueño y el apetito, pérdida de energía y falta de interés en actividades cotidianas, a menudo acompañada de

un deseo de evitar situaciones problemáticas. Por otro lado, la dimensión cognitivo-afectiva incluye dificultades en el procesamiento de la información, lo que puede llevar a distorsiones del pensamiento y problemas de concentración. Esta dimensión también involucra emociones como tristeza, irritabilidad (especialmente en niños y adolescentes), sentimientos de culpa, pesimismo y autoinsatisfacción, entre otros síntomas emocionales característicos de la depresión.

4.4.4. Síntomas de la depresión.

En general, la sintomatología de la depresión depende de la gravedad o del tipo en que esta se presente. Según Donnell & Richard (2017), la depresión puede ser de tipo mayor o depresión bipolar, por consiguiente, los síntomas que suelen presentarse en un estado de ánimo persistentemente deprimido o triste, preocupación pesimista, pérdida de interés en actividades habituales, lentitud mental y dificultades de concentración, así como problemas de sueño con insomnio o aumento excesivo del sueño. Pueden observarse cambios significativos en el peso debido a trastornos alimentarios o falta de actividad física, junto con agitación o retraso psicomotor. Los afectados experimentan sentimientos de culpa, baja autoestima, disminución de la energía y la libido, y pensamientos suicidas que se presentan diariamente durante al menos dos semanas. Es fundamental considerar que los síntomas depresivos pueden estar relacionados con otras condiciones médicas como el hipotiroidismo, la enfermedad de Parkinson y trastornos inflamatorios, por lo que un diagnóstico preciso es crucial para la intervención adecuada.

4.4.5. Factores de riesgo

La depresión es el resultado de interacciones complejas entre factores biológicos como los neuroquímicos, genéticos, hormonales y de salud, dentro de los psicológicos se presentan acontecimientos traumáticos en la infancia o en la edad adulta, situaciones adversas y estresantes y sociales producidas por el aislamiento social, o la falta de recursos (Parrilla, 2022).

Según Maset (2015), existen varios factores que contribuyen al desarrollo de la depresión. En primer lugar, el género influye notablemente, siendo las mujeres dos veces más propensas que los hombres, posiblemente debido a diferencias genéticas, hormonales y niveles de estrés emocional, los antecedentes familiares también juegan un papel significativo, ya que duplican el riesgo de depresión severa, sugiriendo un componente genético. Además, eventos estresantes de la vida como pérdidas personales, conflictos familiares, problemas socioeconómicos, los cuales pueden

desencadenar depresión.

A sí mismo, las circunstancias individuales como el cansancio físico y la soledad también pueden contribuir. Enfermedades neurodegenerativas y otras condiciones médicas están asociadas con un mayor riesgo de depresión, al igual que trastornos mentales como ansiedad y trastornos de la alimentación. El abuso de alcohol o sustancias psicotrópicas es otro factor de riesgo significativo, pudiendo tanto aumentar el riesgo de depresión como ser consecuencia de ella, además, ciertos medicamentos pueden inducir depresión como efecto secundario (Maset, 2015).

4.4.6. Métodos diagnósticos de la depresión.

En los trastornos depresivos se utilizan escalas y entrevistas con diferente grado de estructuración como instrumentos que se basan en la gravedad de la depresión y de su respuesta al tratamiento, además tienen como objetivo la evaluación sintomática del paciente en un marco temporal determinado, permitiendo la gradación de cada ítem y obteniendo una puntuación final. Dentro de estos instrumentos encontramos los más utilizados en investigaciones a nivel mundial, como: el test de Hamilton de depresión y ansiedad, la escala de ansiedad y depresión hospitalaria (Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS) y el test de Beck para depresión, que se utilizara en este estudio (Ministerio de Sanidad, 2014).

4.4.6.1. Test de Hamilton de depresión y ansiedad.

De acuerdo a Castellero (2018) este test se trata de una escala planteada inicialmente para ser aplicada de forma externa por un profesional, si bien también es posible de rellenar por el mismo sujeto evaluado, este instrumento consta de un total de 22 ítems, agrupados en seis factores principales; dichos ítems constan de un elemento que el sujeto tiene que valorar en una escala que oscila entre los cero y los cuatro puntos. Entre dichos ítems encontramos principalmente diferentes síntomas de la depresión, como sentimientos de culpa, suicidio, agitación, síntomas genitales o hipocondría, que terminarán por valorarse en los seis factores antes citados.

La puntuación total oscila entre los 0 y los 52 puntos (siendo ésta la puntuación máxima), teniendo la mayoría de los ítems cinco posibles respuestas (del 0 al 4) con la excepción de algunos elementos con menor ponderación (los cuales van del 0 al 2). Dicha puntuación total tiene diferentes puntos de corte, considerándose de 0-7 que el sujeto no presenta depresión, que una puntuación de 8-13 supone la existencia de una depresión ligera, de 14-18 una depresión

moderada, de 91 a 22 una severa y de más de 23 muy severa y con riesgo de suicidio (Castillero, 2018).

4.4.6.2. Escala de ansiedad y depresión hospitalaria.

La HADS es un instrumento autoaplicable de 14 ítems que consta de una subescala de depresión y una subescala de ansiedad con ítems intercalados. Conforme a ello, la anhedonia es el punto central de la valoración de la subescala de depresión ya que es uno de los síntomas primarios para diferenciarla de la ansiedad. Además, los ítems se califican en una escala de frecuencia Likert de 4 puntos (0-3) con un puntaje total que varía de 0 a 21 en cada subescala, en donde un mayor puntaje es indicativo de mayor gravedad de los síntomas (Yamamoto et al., 2018).

4.4.6.3. Test de Beck II para depresión.

El Inventario de Depresión de Beck es la segunda versión del BDI-I de 1996 y su última adaptación española es en el año 2011, por la editora Pearson Educación, S.A.; este test tiene una gran difusión internacional, ha sido empleado en más de 2000 estudios desde su aparición en 1961 y es una de las escalas de depresión más utilizadas en el mundo, habiendo mostrado tener alta consistencia interna y buena capacidad para discriminar entre personas con y sin depresión (Vega et al., 2014).

Según Sanz & García (2013), el inventario de depresión de Beck (BDI, BDI-II), creado por el psiquiatra, investigador y fundador de la Terapia Cognitiva, Aaron T. Beck, es un autoinforme que proporciona una medida de la presencia y de la gravedad de la depresión en adultos y adolescentes de 13 años o más, además se compone de 21 ítems indicativos de síntomas tales como tristeza, llanto, pérdida de placer, sentimientos de fracaso y de culpa, pensamientos o deseos de suicidio, pesimismo, etc.; los cuales se estructuran en 2 dimensiones, somática- motivacional (8 ítems) y Cognitivo-afectiva (13 ítems). También estos síntomas se corresponden con los criterios para el diagnóstico de los trastornos depresivos recogidos en el DSM-IV y CIE-10.

Por consiguiente, el BDI-II, se puede aplicar de forma individual o colectiva, con formato de papel y lápiz o de forma oral. En general, requiere entre 5 y 10 minutos para ser completado; aunque los pacientes con depresión grave o trastornos obsesivos a menudo pueden tardar más tiempo en cumplimentarlo. Las instrucciones para el BDI-II solicitan a las personas evaluadas que elijan las afirmaciones más características que cubren el marco temporal de las últimas dos

semanas, incluido el día de hoy, para ser consistente con los criterios del DSM-IV.

Cada ítem se responde en una escala de 4 puntos, de 0 a 3, excepto los ítems 16 (cambios en el patrón de sueño) y 18 (cambios en el apetito) que contienen 7 categorías. Si una persona ha elegido varias categorías de respuesta en un ítem, se toma la categoría a la que corresponde la puntuación más alta. Las puntuaciones mínima y máxima en el test son 0 y 63. Se han establecido puntos de corte que permiten clasificar a los evaluados en uno de los siguientes cuatro grupos: 0-13, mínima depresión; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; y 29-63, depresión grave.

En cuanto a la dimensión somática- motivacional conformada por 8 ítems, otorga una puntuación mínima de 0 y máxima de 24, clasificada en: mínimo (0-5); leve (6-11); moderado (12-17); grave (18-24), y la dimensión Cognitivo-afectiva correspondiente a 13 ítems, establece una puntuación mínima de 0 y máxima de 39, agrupada en: mínimo (0-9); leve (10-19); moderado (20-29); grave (30-39).

El Proceso de validación del BDI-IIA presenta un índice de alfa de Cronbach de 0.878, lo cual indica que el instrumento presenta una consistencia interna óptima, en cuanto a la validez de contenido del BDI-II es superior a la del BDI-IA y se considera su mayor cercanía a la conceptualización actual de los trastornos depresivos mayores y de la distimia, reflejando sus ítems casi la totalidad de los criterios diagnósticos sintomáticos.

4.4.7. Tratamiento de la depresión.

Para la elección del tratamiento adecuado es necesario el conocer e identificar la gravedad y el tipo de depresión que se esté presentando. Como lo manifiesta, Coryell (2021), para la elección del tratamiento dependerá de la severidad y características específicas de la depresión. En casos de depresión leve, se suele emplear tratamiento complementario junto con psicoterapia para abordar los síntomas. En situaciones de depresión moderada a grave, se recomienda el uso de

medicamentos antidepresivos, psicoterapia o una combinación de ambos y ocasionalmente terapia electroconvulsiva si otras intervenciones no han sido efectivas. Para la depresión estacional, se emplea la fototerapia como tratamiento principal. Estas intervenciones terapéuticas son diseñadas para responder a las necesidades individuales y mejorar la calidad de vida de quienes sufren de este trastorno.

4.4.7.1. Tratamiento complementario

Basada en la visita domiciliaria y la educación al paciente, en esta parte del tratamiento, el médico programara visitas o llamadas telefónicas cada semana o cada dos semanas para las personas con depresión. Además, explicara a la persona afectada y a sus familiares que la depresión tiene causas físicas y que requiere un tratamiento específico, que suele ser eficaz y les tranquiliza diciéndoles que la depresión no refleja un defecto de carácter, como una debilidad. Es importante que los miembros de la familia comprendan el trastorno, participen en el tratamiento y brinden apoyo (Coryell, 2021).

4.4.7.2. Psicoterapia

La psicoterapia es considerada como el único tratamiento que puede ser tan eficaz como la terapia farmacológica en el tratamiento de la depresión leve. Según Coryell (2021), esta al ser combinada, puede ser eficaz contra la depresión grave, además puede ser aplicada de forma individual o de grupo, la cual ayuda a la persona que sufre depresión a hacerse cargo gradualmente de sus anteriores responsabilidades y a adaptarse a las presiones normales de la vida, así mismo, encontramos la terapia cognitivo-conductual la cual otorga un rol activo al terapeuta y recomienda efectuar un trabajo colaborativo o alianza que permite desarticular creencias, hacer distinciones y corregir procesos y estructuras cognitivas disfuncionales. Por otra parte, matiza la terapia como una instancia de reaprendizaje que posibilita un enfrentamiento distinto a las adversidades de la vida (García, 2015).

4.4.7.3. Cuidados de enfermería

Dentro de los cuidados de enfermería descritos en la clasificación de intervenciones de enfermería (NIC), se estable los más prioritarios en base a la sintomatología que pueden presentar (Bulechek et al., 2014).

4.4.7.3.1. Manejo de la Nutrición. Para proporcionar cuidados integrales a pacientes, es fundamental el ofrecer información detallada sobre sus necesidades nutricionales y cómo satisfacerlas, incluyendo la provisión y consumo cuando sea necesario. Se deben acordar y pactar con el paciente una dieta adaptada a sus requerimientos individuales, asegurando que las comidas sean apetecibles. En términos de apoyo emocional, se deben realizar actividades como discutir las experiencias emocionales del paciente, explorar desencadenantes emocionales, y ofrecer

afirmaciones y contacto físico de apoyo, así mismo ayudar al paciente a identificar y gestionar sentimientos como ansiedad, ira o tristeza es crucial, así como discutir las consecuencias de sentimientos de culpa o vergüenza y facilitar que el paciente exprese sus sentimientos y creencias, de igual manera, apoyar durante las fases de negación, ira, negociación y aceptación, también son parte integral del cuidado emocional. En momentos de mayor ansiedad, proporcionar compañía y seguridad es esencial (Bulechek et al., 2014).

4.4.7.3.2. Mejorar el Sueño. Para mejora de la calidad del sueño es fundamental el llevar un registro de su patrón y número de horas de sueño. Con la finalidad de ajustar el ambiente del su entorno para promover condiciones óptimas para el descanso. Es recomendable alentar a la persona a establecer una rutina regular antes de acostarse para facilitar la transición al sueño, así mismo es importante revisar el esquema de sueño del paciente y evaluar cualquier condición física o factores psicológicos (enfermedad mental) que puedan interrumpir el sueño. Se deben abordar y eliminar situaciones estresantes antes de la hora de dormir, además, es beneficioso discutir con el paciente y su familia medidas de confort, técnicas para mejorar el sueño y ajustes en el estilo de vida que promuevan un descanso óptimo (Bulechek et al., 2014).

4.4.7.3.3. Técnica de Relajación. Para el manejo de la ansiedad, es crucial mantener contacto visual y sentarse para hablar con el paciente, creando un ambiente de confianza y apoyo, de igual forma favorecer técnicas de respiración lenta y profunda ayuda a calmar la ansiedad, al igual que reafirmar la seguridad personal del paciente y permanecer junto a él proporciona sostén emocional, mientras que el uso de distracciones puede ser útil según la situación, dependiendo de los casos necesarios, se puede considerar la administración de medicación ansiolítica bajo indicación médica.

Fomento del ejercicio para promover la actividad física en el paciente, es fundamental evaluar sus percepciones sobre los beneficios del ejercicio para la salud. Se debe informar de manera clara sobre los beneficios físicos y psicológicos del ejercicio regular. Es importante proporcionar instrucciones detalladas sobre la frecuencia, duración e intensidad recomendadas para el programa de ejercicios. Además, se deben enseñar al paciente técnicas apropiadas de calentamiento y relajación antes y después del ejercicio. Ayudar al paciente a diseñar un programa de ejercicios personalizado que se ajuste a sus capacidades y necesidades específicas es crucial. Por último, mantener un registro de la actividad física realizada permite monitorizar el progreso y ajustar el programa según sea necesario para alcanzar los objetivos de salud establecidos.

4.4.8. *Prevención de la depresión.*

La depresión afecta la manera de pensar, sentir y actuar de las personas. También puede afectar la salud física y otros aspectos de la vida de una persona. Por lo que, Keles et al. (2020) plantea algunas medidas preventivas que se pueden optar como:

El realizar actividad física por lo menos 150 minutos de intensidad moderada, distribuidos en sesiones de diferentes, además, una dieta saludable puede jugar un papel crucial en la prevención de la depresión y la mejora del bienestar mental, incluyendo alimentos como frutas, verduras, té de infusiones, productos de soja, aceites saludables como el de oliva, granos integrales y pescado, limitando el consumo de carne roja, productos horneados, grasas trans, postres y sodas azucaradas. Es fundamental establecer una rutina de sueño consistente, acostándose y levantándose a la misma hora todos los días, manteniendo un ambiente de descanso silencioso, oscuro y agradable, y evitando comidas copiosas, cafeína y alcohol antes de dormir.

La reducción del uso de dispositivos electrónicos antes de dormir y la aplicación de técnicas relajación son recomendables para promover un sueño reparador, por consiguiente, el evitar el consumo de alcohol y drogas. Así también, el considerar la terapia cognitivo-conductual puede ayudar a adoptar nuevas formas de pensamiento y manejar las emociones de manera más efectiva (Keles et al.,2020)

5. Metodología

El presente trabajo de investigación fue un estudio descriptivo, con enfoque cuantitativo y de corte transversal; desarrollado en la Unidad Educativa Chilla, perteneciente al cantón Chilla de la provincia del Oro. La población de estudio la constituyeron 60 participantes, los cuales cumplieron los siguientes criterios de inclusión: Adolescentes de primero, segundo y tercero de bachillerato que se encuentren legalmente matriculados, adolescentes que sus padres firmen el consentimiento para su participación y adolescentes que deseen participar de forma voluntaria en el estudio. Como criterios de exclusión se ha considerado: adolescentes que no se encuentren cursando el bachillerato, adolescentes cuyos padres no otorguen el consentimiento y aquellos que no deseen participar en el proyecto.

Para la recolección de los datos se utilizó como técnica la encuesta y como instrumento el “Test de Becker II”, mismo que está estructurado por 21 preguntas y se adicionó un apartado que corresponde a los datos sociodemográficos de los participantes, con ello se dará cumplimiento a los objetivos específicos planteados.

El Inventario de Depresión de Beck-Segunda Versión, BDI-II; evalúa la depresión y su nivel de gravedad en adultos y adolescentes de 13 años o más, con una confiabilidad que oscila entre el 90 y 91%, lo cual asegura una consistencia óptima para su aplicación. Este instrumento consta de ítems que exploran síntomas depresivos como tristeza, llanto, pérdida de placer, sentimientos de fracaso, de culpa, pensamientos o deseos de suicidio, pesimismo, etc.; además clasifica los síntomas en dos dimensiones principales: somática-motivacional que comprende de 8 ítems evaluados, donde se otorga una puntuación de (0-5) indicando depresión mínima; leve (6-11); moderado (12-17); grave (18-24); y cognitivo-afectiva, con 13 ítems evaluados, con una puntuación de (0-9) que indica depresión mínima, (10-19) depresión leve, (20-29) depresión moderada y (30-39) depresión grave. Para determinar el nivel total de depresión, se suman las puntuaciones de ambas dimensiones, según el resultado obtenido se otorgarán las siguientes puntuaciones; (0-13) que indica depresión mínima; (14-19) depresión leve, 20-28 depresión moderada y 29-63 depresión grave (Contreras et al., 2015).

El procesamiento de los datos se realizó con el uso de paquete estadístico *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versión 21.0 para Windows y el análisis de la información se lo efectuó mediante la estadística descriptiva y se presenta en tablas de porcentaje y frecuencia. Finalmente, como parte de las consideraciones éticas, previo a la recolección de los datos, se

socializó la propuesta con los participantes y sus padres, mediante un consentimiento y asentimiento informado que garantiza la confidencialidad de la información y el uso de la misma con fines académicos e investigativos.

6. Resultados

En la tabla 1 se muestra las características sociodemográficas (edad, sexo, procedencia, estado civil y curso) de los estudiantes de bachillerato de la Unidad Educativa Chilla.

Tabla 1.
Características sociodemográficas de los participantes.

	Variable	f	%
Edad	15 años	5	8,3
	16 años	22	36,7
	17 años	23	38,3
	18 años	8	13,3
	19 años	2	3,3
	Total	60	100
Sexo	Hombre	31	51,7
	Mujer	29	48,3
	Total	60	100
Procedencia	Urbana	42	70
	Rural	18	30
	Total	60	100
Estado civil	Soltero/a	60	100
	Casado/a	0	0
	Unión Libre	0	0
	Divorciado/a	0	0
	Viudo/a	0	0
	Total	60	100
Curso	Primero de bachillerato	14	23,3
	Segundo de bachillerato	22	36,7
	Tercero de bachillerato	24	40
	Total	60	100

En la tabla 2 se muestra el nivel de depresión en función a la dimensión somática-motivacional.

Tabla 2.

Nivel de depresión: Dimensión somática-motivacional.

Nivel	f	%
Mínimo	24	40
Leve	19	31,7
Moderado	10	16,7
Grave	7	11,7
Total	60	100

En la tabla 3 se muestra el nivel de depresión en función a la dimensión cognitivo- afectiva.

Tabla 3

Nivel de depresión: Dimensión cognitivo- afectiva

Nivel	F	%
Mínimo	22	36,7
Leve	26	43,3
Moderado	11	18,3
Grave	1	1,7
Total	60	100

En la tabla 4 se muestra nivel de depresión general en los adolescentes de bachillerato.

Tabla 4

Nivel general de depresión en adolescentes

Nivel	F	%
Mínimo	20	33,3
Leve	11	18,3
Moderado	13	21,7
Grave	16	26,7
Total	60	100

7. Discusión

La depresión es un trastorno mental, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa, trastornos del sueño o del apetito, además de sensación de cansancio y falta de concentración; por lo que, puede conllevar a complicaciones como sobrepeso u obesidad, consumo inapropiado de alcohol o de droga, ansiedad, conflictos familiares, dificultades en las relaciones, problemas en la escuela o el trabajo, aislamiento social y sentimientos suicidas (intentos o suicidio) (Alzuri et al., 2017).

En la presente investigación denominada Nivel de depresión en adolescentes de bachillerato de la Unidad Educativa Chilla, periodo 2022-2023, se encontraron los siguientes resultados: en relación a las características sociodemográficas, se identificó que el 38,3% de los adolescentes se encuentran en la edad de 17 años, un 36.7% presentan una edad de 16 años y un mínimo porcentaje de 3,3% tienen 19 años. El 51,7% de la población son hombres y el porcentaje restante (48.3%) son mujeres, el 70% de los participantes son del área urbana, el 100% presenta un estado civil soltero/a; además el 40% pertenecen a tercero de bachillerato y un 23,3% son de primero de bachillerato.

Con respecto al análisis de resultados sobre el nivel de depresión en base a la dimensión somática-motivacional, estos permiten evidenciar que un 40% presenta una depresión mínima, el 31,7% depresión leve, el 16,7% depresión moderada y un 11,7% presentan depresión grave. Estos resultados difieren a los del estudio realizado por Martos (2021), en el cual se evaluó el nivel de ansiedad y depresión en 150 adolescentes, a través del inventario de depresión de Beck II; en dicho estudio, el 22% de los participantes presenta depresión baja, el 24% depresión moderada y el 54% depresión grave, siendo esta última, el nivel de depresión con el mayor porcentaje.

En este contexto, la depresión como trastorno psicológico afecta diversas dimensiones del ser humano. En el caso de la dimensión somática – motivacional, la depresión se manifiesta con síntomas relacionados con alteraciones fisiológicas, sobre todo afectación del sueño y el apetito, llanto, agitación, pérdida de energía, cansancio o fatiga, pérdida de interés en el sexo, falta de voluntad, por lo que va reduciendo la motivación en la realización de sus actividades cotidianas (Beck et al., 2009).

En cuanto al nivel de depresión en referencia a la dimensión cognitivo-afectiva, los resultados permiten evidenciar que un 36,7% de los adolescentes presentan una depresión mínima, el 43,3% depresión leve, el 18,3% depresión moderada y un 1,7% depresión grave. Estos resultados son similares al estudio realizado por Torrejón (2020), a través del cual se evaluó la depresión en 148 adolescentes, utilizando el test de Beck II, donde los resultados muestran que un 50.7% presentaron un nivel de depresión mínima, el 28.4% un nivel de depresión leve, mientras que el 14.9% de los adolescentes tuvieron un nivel de depresión moderado y el 6.1% nivel grave de depresión.

Por consiguiente la depresión en la dimensión cognitivo – afectiva, hace referencia a síntomas caracterizados por las dificultades en el procesamiento de la información produciéndose así distorsiones en el pensamiento, así como posibles dificultades de concentración que pueden generar emociones de tristeza que en algunos casos se puede manifestar como irritabilidad sobre todo en niños y adolescentes; así también el malestar es presentado con sentimientos de pesimismo, culpa, fracaso e insatisfacción consigo mismo (Beck et al., 2009).

Otro de los resultados encontrados en el presente estudio, muestran que, con respecto al nivel general de depresión, el 33,3% presentan una depresión mínima, el 18,3% depresión leve, el 21,7% depresión moderada y un 26,7% depresión grave. Estos resultados se asemejan a los de Olivera et al. (2019), en cuyo estudio se evaluó la depresión en adolescentes con relación a la funcionalidad familiar, con un total de 91 participantes y los resultados mostraron que el 51,6% presenta depresión mínima, 28,6% depresión leve, 11% depresión moderada y un 8.8% depresión severa.

Otro estudio realizado en la ciudad de México por Robles Ojeda et al. (2020), en la cual se evaluó la depresión en 50 adolescentes de bachillerato, los resultados reflejan que un 60% de los participantes presentan depresión mínima, el 26% depresión leve, el 12% depresión moderada y un 2% de los participantes presentan depresión grave, lo que determina que un total de 40% de los adolescentes presentan algún nivel de depresión, siendo estos datos difieren a los de la presente investigación.

En este sentido, la depresión es uno de los trastornos de salud mental más comunes que se presentan en la adolescencia, sobre todo en las edades de 15 a 19 años de edad por la serie de cambios físicos, psicológicos y sociales; caracterizada por un conjunto de síntomas de predominio

afectivo (tristeza patológica, apatía, anhedonia, desesperanza, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) aunque, en mayor o menor grado, también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo y somático, por lo que podría hablarse de una afectación global psíquica y física, además puede conllevar consecuencias graves como la ideación suicidada y posterior el suicidio (OMS, 2021).

Por lo tanto, las repercusiones de la depresión son a largo plazo e incluyen dificultades en la convivencia y socialización, bajo desempeño escolar, aislamiento social, síntomas físicos, pérdida de interés por la vida y un incremento en el riesgo de autolesionarse o suicidarse (Rodríguez, 2020).

8. Conclusiones

En lo referente a las características sociodemográficas de los participantes, se logró identificar que existe un mayor porcentaje de hombres en relación a las mujeres, la edad que prevalece en este grupo son los de 17 años, además presentan en su totalidad un estado civil soltero/a, en su mayoría residen en la zona urbana y en cuanto al curso que se encuentran atravesando, predomina los de tercero de bachillerato.

La depresión es uno de los trastornos más comunes que se generan en la adolescencia, pudiendo dar lugar a la aparición de síntomas que alteran diferentes dimensiones del ser humano; tal es el caso de la dimensión somática-motivacional, que, aunque en el presente estudio, el nivel de depresión que mayor predomina es el mínimo; sin embargo, hay un cierto número de adolescentes que presenta un nivel de depresión que va de leve a grave y, en cuanto a la dimensión cognitivo-afectiva, en este estudio resalta el nivel leve de depresión en los adolescentes, manifestando así la presencia de sintomatología depresiva.

Finalmente, los resultados muestran que, de forma global, la mayor parte de los adolescentes participantes del estudio, presentaron niveles mínimos de depresión.

9. Recomendaciones

A la Unidad Educativa Chilla, para que ejecuten planes y estrategias de prevención e intervención con un abordaje integral, dirigido a los adolescentes de la Institución, en donde se priorice la atención, seguimiento y asesoramiento sobre los trastornos de la salud mental, enfatizando la depresión y su sintomatología.

Se sugiere a las autoridades educativas, la capacitación de la planta docente respecto a la depresión en los adolescentes y sus consecuencias, de tal manera que puedan reconocer la sintomatología y actuar asertivamente.

A los padres de familia para que generen espacios de comunicación con sus hijos de tal manera que logren comprender y validar las emociones que se pueden ocasionar por diversas situaciones de la vida tomando en cuenta que en esta etapa se presentan una serie de cambios físicos y psicológicos.

10. Bibliografía

- Allen, B., & Waterman, H. (2019). *Etapas de la adolescencia*. American Academy of Pediatrics. <http://bitly.ws/wIP6>
- Alzuri, M., Hernández, N., & Calzada, Y. (2017). Depresión en la adolescencia: consideraciones necesarias para su diagnóstico y tratamiento. *Revista Finlay*, 7(3), 152–154. <http://bitly.ws/zhEv>
- Amaral, A. P., Sampaio, J. U., Matos, F. R. N., Pocinho, M. T. S., Mesquita, R. F. de, & Sousa, L. R. M. (2020). Depresión e ideación suicida en la adolescencia: implementación y evaluación de un programa de intervención. *Enfermería Global*, 19, 1–35. <https://doi.org/10.6018/EGLOBAL.402951>
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (Editorial Médica Panamericana (ed.)). <http://bitly.ws/x65x%0A>
- Araluce, A. (2021). *Tipos de Trastornos Mentales*. AMAI TLP. <http://bitly.ws/wINU%0A>
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (2009). *Inventario de depresión de Beck* (2nd ed.). Editorial Paidós SAICF. <http://bitly.ws/xmRb>
- Bulechek, G., Butcher, H., Dochterman, J., & Wagner, C. (2014). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)* (6th ed.). Elsevier.
- Bupa. (2020). *La depresión en niños y jóvenes*. Bupa Ecuador. <http://bitly.ws/wIPH%0A>
- Castillero, O. (2018). *Escala de Depresión de Hamilton: qué es y cómo funciona*. Psicología y Mente. <http://bitly.ws/wIPj%0A>
- Contreras, J., Hernández, L., & Freyre, M. (2015). Validez de constructo del Inventario de Depresión de Beck II para adolescentes. *Terapia Psicológica*, 33, 195–203. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082015000300004>
- Coryell, W. (2021). *Depresión - Trastornos de la salud mental*. Manual MSD. <http://bitly.ws/wIPA%0A>
- Donnell, J., & Richard, S. (2012). *Tratamiento farmacológico de la depresión y de los trastornos por ansiedad* (12th ed.). McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES. <http://bitly.ws/zhFk>
- Fernández, M. (2013). *Cambios en la adolescencia: físicos, psicológicos y sociales*. Awen Psicología. <http://bitly.ws/wINS%0A>
- García, F. (2015). *Terapia Sistémica Breve Fundamentos y aplicaciones*. Editorial Ril Editores.
- Iglesias, J. L. (2013). Desarrollo del adolescente: aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatría Integral*, 88–93. <http://bitly.ws/wINy>
- INEC. (2017). *Día Mundial de la Salud*. Instituto Nacional de Estadística y Censos. <http://bitly.ws/vRCf%0A>
- Keles, B., McCrae, N., & Grealish, A. (2020). Como evitar la depresión: Consejos para prevenir

- la recaída. *International Journal of Adolescence and Youth*, 25, 79–93. <https://doi.org/10.1080/02673843.2019.1590851>
- León, A. (2021). *Los trastornos mentales afectan a millones de adolescentes en Latinoamérica*. SWISSINFO. <http://bitly.ws/vRCv%0A>
- Liñan, A., Varela, E., Méndez, I., & García, L. (2019). *¿Qué es la Enfermedad o Trastorno Mental?* Clínic Barcelona. <http://bitly.ws/wINL%0A>
- López, C. (2017). *Depresión en adolescentes de 14 a 16 años del Colegio 27 de febrero de la ciudad de Loja* [Universidad Nacional de Loja Tesis pregrado]. <http://bitly.ws/vRCC%0A>
- Martos, R. (2021). *Ansiedad y depresión en adolescentes de una institución educativa pública de la ciudad de Cajamarca*. [Universidad privada Antonio Guillermo Urrelo Tesis de pregrado]. <http://bitly.ws/zktV>
- Maset, J. (2015). *Depresión*. Cinfa Salud. <http://bitly.ws/wINq>
- Ministerio de Sanidad, S. S. e I. (2014). *Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto*. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t). <http://bitly.ws/wINB>
- Moscoso, M., Rodríguez, L., Reyes, J., & Colón, H. (2016). Adolescentes de puerto rico: una mirada a su salud mental y su asociación con el entorno familiar y escolar. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 27, 320–332. <http://bitly.ws/wINF%0A>
- Olivera, A. N., Rivera, E. G., Gutiérrez-Trevejo, M., & Méndez, J. (2019). Funcionalidad familiar en la depresión de adolescentes de la Institución Educativa Particular “Gran Amauta de Motupe” Lima, 2018. *Revista Estomatológica Herediana*, 29(3), 189–195. <https://doi.org/10.20453/REH.V29I3.3602>
- OMS. (2021a). *Depresión*. Organización Mundial de La Salud. <http://bitly.ws/vRCF%0A>
- OMS. (2021b). *Salud del adolescente*. Organización Mundial de La Salud. <http://bitly.ws/wINv%0A>
- OMS. (2021c). *Salud mental del adolescente*. Organización Mundial de La Salud. <http://bitly.ws/vjKR>
- OMS. (2022). Trastornos mentales. *Organización Mundial de La Salud*. <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PMED.1003901>
- OPS. (2020). *Depresión*. Organización Panamericana de La Salud. <http://bitly.ws/vRCN%0A>
- Ordoñez, L. (2017). *“La depresión y ansiedad en los adolescentes de bachillerato del colegio Adolfo Valarezo de la ciudad de Loja”* [Universidad Nacional de Loja Tesis pregrado]. <http://bitly.ws/vRCy%0A>
- Parrilla, C. (2022). *Causas de la depresión*. Salud Mental 360. <http://bitly.ws/wINs>
- Pasqualini, D., & Llorens, A. (2010). *Salud y Bienestar del Adolescente y Jóvenes: una mirada Integral* (1st ed.). Organización Panamericana de la Salud.
- Ríos, J. (2021). *El Oro es la tercera provincia del país con más suicidios*. Diario Correo.

<http://bitly.ws/x62T>

- Robles Ojeda, F. J., Xóchitl, I., Moyeda, G., Velasco, A. S., Pichardo Hernández, A., Javier, F., Ojeda, R., & Sánchez Velasco, A. (2020). Estilos explicativos optimista-pesimista y depresión en estudiantes de bachillerato. *Alternativas En Psicología*, 43. <http://bitly.ws/zhEB>
- Rodríguez, R. (2020). *¿Qué es la depresión?: Síntomas, consecuencias y tratamiento*. Psiquion. <http://bitly.ws/vRCn%0A>
- Sanz, J., & García, M. (2013). Rendimiento diagnóstico y estructura factorial del Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II). *Anales de Psicología*, 29, 66–75. <https://doi.org/10.6018/ANALESPS.29.1.130532>
- Torrejón Aponte, J. P. (2020). “*Depresión frente a la pandemia en adolescentes – 2020*” [Universidad Autónoma de ICA Tesis de Pregrado]. <http://bitly.ws/vyyI>
- Uribe-Restrepo, J. M., Gómez-Restrepo, C., & García, M. A. (2008). Trastornos afectivos: trastornos depresivos. In *Psiquiatría Clínica*. Bogotá-Colombia: Panamericana. <http://bitly.ws/x66I%0A>
- Urquiza, D., & Vela, S. (2017). *Depresión en los y las adolescentes de décimo año de educación básica en la Unidad Educativa Municipal “Quitumbe”, durante el periodo octubre 2016–febrero 2017* [Universidad Central del Ecuador Tesis de Pregrado]. <http://bitly.ws/w5kj>
- Vega, J. M., Coronado, O., & Mazzotti, G. (2014). Validez de una versión en español del Inventario de Depresión de Beck en pacientes hospitalizados de medicina general. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 77(2), 95–103. <http://bitly.ws/wIPn%0A>
- Yamamoto, J. K., Sarmiento, A., García, M., Gómez, L. E., Toledo, J., Olivares, L., & Fresán, A. (2018). Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria. *Gastroenterología y Hepatología*, 41, 477–482. <https://doi.org/10.1016/J.GASTROHEP.2018.05.009>

11. Anexos

Anexo 1. Asignación de pertinencia



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE SALUD HUMANA
CARRERA DE ENFERMERÍA

Loja 12 de diciembre 2022

Lic. Mg. Sc.
Denny Ayora Apolo
DIRECTORA DE LA CARRERA DE ENFERMERIA- FSH-UNL

De mi consideración:

Con un afectuoso saludo me dirijo a usted deseándole éxitos en sus delicadas funciones administrativas.

El motivo de la presente es dar respuesta al MEMORANDUM Of N° 0673- DCE -FSH-UNL - 07 de diciembre de 2022, en el que se me designa emitir **INFORME DE PERTINENCIA** sobre la Estructura y Coherencia del Proyecto de Tesis del Sr. **JOSÉ ALEXANDER RÍOS CAIMINAGUA**, titulado “**NIVEL DE DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES DE BACHILLERATO DE LA UNIDAD EDUCATIVA CHILLA, PERIODO 2022-203**”, ante el cual puedo manifestar que se ha revisado el proyecto y se han realizado las debidas correcciones.

Cabe mencionar que el estudiante ha acogido todas las observaciones con respecto a su trabajo de Investigación: por lo tanto, me permito conferir la estructura y coherencia al presente proyecto considerándolo PERTINENTE, información que pongo a su consideración para los fines consiguientes.

Por la atención que se digne dar a la presente le anticipo desde ya mi sincero agradecimiento.

Atentamente,

 Firmado electrónicamente por:
**BETTY MARIA
LUNA TORRES**

Lic. Betty María Luna Torres Mg. Sc
DOCENTE DE LA CARRERA DE ENFERMERIA FSH UNL

Anexo 2. Designación de director



**UNIVERSIDAD
NACIONAL DE LOJA**

**FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ENFERMERÍA**

Of N° 0701- DCE –FSH -UNL
Loja, 12 de diciembre de 2022

Lic. Betty Luna Torres. Mg. Sc.
DOCENTE DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA FSH-UNL
Ciudad.

De mi consideración:

Con un cordial y atento saludo, y acogiendo lo establecido en el Art. 228 del Reglamento de Régimen Académico de la Universidad Nacional de Loja, una vez emitido el **INFORME FAVORABLE DE PERTINENCIA** del Proyecto de Tesis titulado: **"NIVEL DE DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES DE BACHILLERATO DE LA UNIDAD EDUCATIVA CHILLA, PERIODO 2022-2023."**; de autoría del Sr. RÍOS CAIMINAGUA JOSÉ ALEXANDER. Me permito designarle **DIRECTORA DE TESIS** y autorizo su ejecución.

Art. 228 en su parte pertinente dice: El director del trabajo de integración curricular o de titulación será responsable de asesorar y monitorear con pertinencia y rigurosidad científico-técnica la ejecución del proyecto y de revisar oportunamente los informes de avance, los cuales serán devueltos al aspirante con las observaciones, sugerencias y recomendaciones necesarias para asegurar la calidad de la investigación. Cuando sea necesario, visitará y monitoreará el escenario donde se desarrolle el trabajo de integración curricular o de titulación

Particular que me permito informar, para los fines consiguientes. Con mis sentimientos de mi especial consideración y estima.

Atentamente,



Firmado electrónicamente por:
**DENNY CARIDAD
AYORA APOLO**

Lic. **Ayora Apolo** Mg. Sc
DIRECTORA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA FSH-UNL
C.c. Archivo
DAA/kiv

Anexo 3. Certificación de la traducción del resumen

Lic. Jordy Christian Granda F., Mgs.
0967352473
Chris-gra1993@hotmail.com
Loja – Ecuador

Loja, 29 de mayo de 2024

El suscrito, Lic. Jordy Christian Granda Feijoo, Mgs., DOCENTE EDUCACIÓN SUPERIOR DEL ÁREA DE INGLÉS - CIS DEL INSTITUTO SUPERIOR TECNOLÓGICO SUDAMERICANO LOJA, a petición de la parte interesada y en forma legal,

CERTIFICA:

Que, la traducción del documento adjunto solicitado por el Sr. José Alexander Ríos Caiminagua, con cedula de ciudadanía No. 0705713923, cuyo tema de investigación se titula: Nivel de depresión en adolescentes de bachillerato de la Unidad Educativa Chilla, periodo 2022-2023., ha sido realizado y aprobado por mi persona, docente de Educación Superior en la enseñanza del inglés como lengua extranjera. El apartado del Abstract es una traducción textual del Resumen aprobado en español.

Particular que comunico en honor a la verdad para los fines académicos, facultando al portador del presente documento, hacer el uso legal pertinente.

English is a piece of cake!



*Lic. Jordy Christian Granda Feijoo, Mgs.
ENGLISH PROFESSOR*