

UNIVERSIDAD CATOLICA DE TRUJILLO

BENEDICTO XVI

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA PROFESIONAL DE PSICOLOGIA



**DEPRESION EN ALUMNOS DE PRIMERO A TERCER AÑO DE
BACHILLERATO DEL TURNO NOCTURNO DEL COLEGIO
JUAN MONTALVO DE MACHALA – ECUADOR, 2018.**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

AUTOR

FELJOO NIEVES, JOSE IGNACIO

ASESOR

JHONS NILTON PISCOYA

ORCID:

TUMBES – PERU

2022

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

Mons. Dr. Héctor Miguel Cabrejos Vidarte, O.F.M.

Gran Canciller y fundador

Mons. Dr. Héctor Miguel Cabrejos Vidarte, O.F.M.

Rector

Dra. Silvia Ana Valverde Zavaleta

Vicerrectora académica

Dra. Mariana Geraldine Silva Balarezo

Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud

Dr. Carlos Alfredo Cerna Muñoz, PhD.

Director del Instituto de Investigación.

R.P. Mg. Hipólito Purizaca Sernaque

Sub Secretario General

Ing. Marco Dávila Cabrejos

Gerente de Administración y finanzas

Mg. José Andrés Cruzado Albarrán

Secretario General

DEDICATORIA

A mi familia por ser eje primordial
En mi proceso y desarrollo dentro de
Mi vida académica y formativa siendo
Una fortaleza para alcanzar mis metas.

A las personas que he conocido que han
Confiado en mí y han apostado por mí, siendo
Factor motivacional y a su vez ejemplar de
Bondades y nobleza.

A todos quienes brindaron su aporte
En esta investigación, depositando su
Confianza en mí por ello todo mi agradecimiento
Y eterna gratitud.

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, agradezco a Dios y a mi familia en especial a mi padre por su apoyo moral y sustento económico brindado durante todo este proceso de aprendizaje que en muchas ocasiones se ha tornado cansado, pero al final ha dado resultados satisfactorios que me han motivado a seguir adelante.

Agradezco también a los diversos docentes que me han aportado y brindado diversas ideas para mi trabajo de investigación los cuales han sido de mucha ayuda durante este largo proceso de trabajo.

Finalizando este agradecimiento a las respectivas autoridades del Colegio Juan Montalvo de la ciudad de Machala por haberme brindado apertura en mencionada institución y darme esa confianza para poder trabajar con los alumnos en mi respectiva investigación.

DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD.

Yo, **FEIJOO NIEVES JOSE IGNACIO**, con **DNI N° 0707045993**, egresado del Programa de Estudios de Psicología de la Universidad Católica de Trujillo Benedicto XVI, doy fe que he seguido rigurosamente los procedimientos académicos y administrativos emanados por la Facultad de Ciencias de la Salud, para la elaboración y sustentación del trabajo de investigación titulado: **DEPRESION EN ALUMNOS DEL PRIMER A TERCER AÑO DE BACHILLERATO DEL TURNO NOCTURNO DEL COLEGIO JUAN MONTALVO DE LA CIUDAD DE MACHALA - ECUADOR, 2018.** el cual consta de un total de 73 páginas, en las que se incluye 05 tablas y 04 figuras, más un total de 81 páginas en apéndices y/o anexos.

Dejo constancia de la originalidad y autenticidad de la mencionada investigación y declaro bajo juramento en razón a los requerimientos éticos, que el contenido de dicho documento, corresponde a mí autoría respecto a redacción, organización, metodología y diagramación. Asimismo, garantizo que los fundamentos teóricos están respaldados por el referencial bibliográfico, asumiendo un mínimo porcentaje de omisión involuntaria respecto al tratamiento de cita de autores, lo cual es de mi entera responsabilidad.

Se declara también que el porcentaje de similitud o coincidencia es de 16.00%, el cual es aceptado por la Universidad Católica de Trujillo.

FEIJOO NIEVES JOSE IGNACIO.

DNI N° 0707045993

1. INTRODUCCION.....	1
2.1. Antecedentes.....	4
2.2. Antecedentes Internacionales	4
2.2.1. Antecedentes Nacionales.....	6
2.2.2. Antecedentes Locales	8
2.2.3. Bases teóricas de la investigación	9
2.2.4. Definición de depresión.....	9
2.2.5. Clasificación de la depresión.....	10
2.2.6. Depresión leve	10
2.2.7. Depresión moderada.....	10
2.2.8. Depresión severa.....	10
2.2.9. Tipos de depresión.....	10
2.3. Trastorno depresivo mayor.....	11
2.3.1. Trastorno Depresivo Persistente (distimia)	11
2.3.2. Depresión primaria y secundaria	12
2.3.3. Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo (TDDEA).....	12
2.3.4. Trastorno disforico premenstrual (TDPM).....	12
2.3.5. Depresión Reactiva.....	13
2.3.6. Trastorno afectivo estacional (TAE)	13
2.3.7. Depresión psicótica.....	13
2.3.8. Enfoque de la depresión	13
2.3.9. Modelo Bioquímico de la depresión.....	14
2.4. Causas de la depresión.....	14
2.4.1. Tratamiento para la depresión	15
2.4.2. Tratamiento farmacológico.....	15
2.4.3. Tratamiento cognitivo conductual	16
2.4.4. La terapia de aceptación y compromiso	17
2.4.6. Farmacología	17
2.4.7. Antidepresivos para niños y adolescentes	18
2.4.8. Terapia de resolución de problemas para la depresión.....	18
2.4.9. Psicoterapia interpersonal para la depresión	18
2.5. Síntomas de la depresión	19
2.5.1. Género y depresión.....	19
2.5.2. Síntomas de depresión en niños y adolescentes	20
2.5.3. Síntomas de depresión en adultos mayores	21
2.5.4. Características de la depresión en adolescentes	21
2.5.5. Características de la depresión	22
2.5.6. Características Conductuales	22
2.5.7. Características Cognitivas	22
2.5.8. Características emocionales y motivacionales	23
2.5.9. Características psicofisiológicas.....	23
2.6. Complicaciones	23
2.6.1. Prevención a la depresión.....	23
2.6.2. Ejercitarse	24
2.6.3. Manejo del estrés	24
2.6.4. Expresión de emociones	24

2.6.5. Compromisos Grupales	24
2.6.6. Realizar escritos.....	24
2.6.7. Sentido de humor.....	25
2.6.8. Factores asociados a la depresión.....	25
2.6.9. Nivel socioeconómico y depresión.....	25
2.7. Acontecimientos traumáticos en la infancia / depresión infantil.....	25
2.7.1. Entorno social y familiar	25
2.7.2. Acontecimientos vitales.....	25
2.7.3. Personalidad	26
2.7.4. Sustancias Psicoactivas	26
2.7.5. Aspectos epidemiológicos	26
2.7.6. Factores de riesgo asociados	27
3.1 Tipo de investigación.....	28
3.1.1. Diseño de investigación.....	28
3.1.2. Población y muestra.....	28
3.1.3. Población	28
3.1.4. Población muestral	29
3.1.5. Definición y Operacionalización de variables.....	30
3.1.6. Depresión definición.....	30
3.1.7. Operacionalización de las Variables.....	30
3.1.8. Técnicas e Instrumentos	31
3.2. Técnicas	31
3.2.1. Instrumento.....	31
3.2.2. Escala de Auto medición de la Depresión (EAMD).....	31
3.2.3. Plan de análisis	35
3.2.4. Matriz de consistencia	36
3.2.4. Principios éticos.....	38
4.1 Resultados.....	39
4.2 Análisis de resultados	45
5.1 Conclusiones.....	46
5.2. Recomendaciones	46
AGRADECIMIENTO	iii
ANEXO 3.- TEST DE ZUNG AUTOVALORACION DEPRESION	53
ANEXO 2.- PARA CONVERTIR LA PUNTUACIÓN TOTAL EN EL ÍNDICE DE VALORACIÓN DE LA DEPRESIÓN	52
ANEXO N1.- INSTRUMENTO ESCALA DE AUTOVALORACIÓN DE LA DEPRESIÓN DE ZUNG	51
<u>DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD.</u>	iv
DEDICATORIA	ii
II. REVISION DE LITERATURA	4
III. METODOLOGIA.....	28
INDICE DE GRAFICOS	viii
INDICE DE TABLAS	vii
IV. RESULTADOS.....	39
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	48
RESUMEN	ix
SUMMARY	x
V. Conclusiones.....	46
VALIDEZ Y CONFIABILIDAD.....	34, 56

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Distribución de población de estudiantes en función al sexo y grado, de primer a tercer año bachillerato de la sección nocturna del Colegio Juan Montalvo de Machala – Ecuador, 2018.....	29
Tabla 2. Distribución de frecuencia y porcentual de la escala de depresión en los alumnos del primero al tercer año bachillerato del turno nocturno del Colegio Juan Montalvo de Machala – Ecuador 2018.....	39
Tabla 3. Distribución de frecuencia y porcentaje de la escala de depresión según edad de los alumnos del primero al tercer año bachillerato del turno nocturno del Colegio Juan Montalvo de Machala – Ecuador, 2018.....	40
Tabla 4. Distribución de frecuencia y porcentaje de la escala de ansiedad según género en los alumnos del primero al tercer año bachillerato del turno nocturno del Colegio Juan Montalvo de Machala – Ecuador, 2018.....	42
Tabla 5. Distribución de frecuencia y porcentaje de la escala de ansiedad según grado en los alumnos del primero al tercer año bachillerato del turno nocturno del Colegio Juan Montalvo de Machala – Ecuador, 2018.....	43

INDICE DE GRAFICOS

Figura 1. Diagrama circular de la distribución porcentual de la escala de depresión en los en los alumnos del primero al tercer año bachillerato del turno nocturno del Colegio Juan Montalvo de Machala – Ecuador, 2018.....	39
Figura 2. Diagrama de barras del Nivel de depresión de en los alumnos del primero al tercer año bachillerato del turno nocturna del Colegio Juan Montalvo de Machala – Ecuador, 2018 – Ecuador, 2018.....	41
Figura 3. Diagrama de barras del Nivel de depresión en los alumnos del primero al tercer año bachillerato del turno nocturno del Colegio Juan Montalvo de Machala – Ecuador, 2018.....	42
Figura 4. Diagrama de barras del Nivel de depresión en alumnos del primero al tercer año bachillerato del turno nocturno del Colegio Juan Montalvo de Machala - Ecuador, 2018.....	44

RESUMEN

El presente trabajo de investigación de tipo cuantitativo con diseño descriptivo que se realizó teniendo como objetivos identificar el nivel de depresión de los estudiantes de primer a tercer año de bachillerato del turno nocturno del Colegio Juan Montalvo de Machala, Ecuador, 2018. Dichos estudiantes atraviesan una serie de dificultades generales tanto: personales y académicas las cuales aparentemente afectan su estado anímico. De allí surge el interés de investigar sus niveles de depresión. El trabajo se realizó con una población muestral que corresponde a 100 estudiantes de ambos géneros. Para recolectar datos se aplicó el instrumento de medición de Zung para medir depresión. El análisis y procesamiento de datos se realizó en el programa SPSS versión 10.8 y Microsoft Excel 2013, con el que se elaboró tablas y gráficos porcentuales para obtener las respectivas conclusiones en función a depresión en alumnos de primer a tercer año de bachillerato del turno nocturno del colegio Juan Montalvo de Machala – Ecuador, 2018; donde la mayoría de estudiantes se encuentran dentro de un límite normal o sin depresión representando un 72% de la población, seguido por un 24% que se encuentra dentro de una depresión moderada intensa y un 4% dentro de una depresión leve moderada.

Palabras claves: Depresión, estudiantes, niveles, genero, descriptivo, bachillerato

SUMMARY

The present quantitative research work with a descriptive design that was carried out with the objective of identifying the level of depression of the students from first to third year of high school of the night shift of the Juan Montalvo School of Machala, Ecuador, 2018. These students go through a series of general difficulties, both personal and academic, which apparently arose from his state of mind. Hence the interest in investigating their levels of depression. The work was carried out with a sample population that corresponds to 100 students of both genders. To collect data, the Zung measurement instrument was applied to measure depression. The analysis and processing of data was carried out in the SPSS program version 10.8 and Microsoft Excel 2013, with which tables and percentage graphs were elaborated to obtain the respective conclusions based on depression in students from the first to the third year of high school of the night shift at the Juan Montalvo school in Machala - Ecuador, 2018; where the majority of students are within a normal limit representing 72% of the population, followed by 24% who are within a situational depression and 4% within an emotional disorder.

Keywords: Depression, students, levels, gender, descriptive, high school

1. INTRODUCCION

El trabajo de estudio el cual proviene de la línea de investigación conflictos sociales relacionados a la salud mental. En dicho trabajo se tomó como variable la depresión. Teniendo en cuenta a lo ya mencionado antes se logró el identificar los diversos niveles de depresión en estudiantes pertenecientes al Colegio Juan Montalvo, se trabajó con estudiantes desde primero a tercer año de bachillerato correspondiente al turno de la noche en la ciudad de Machala, al sur de Ecuador. El trabajo se realizó con alumnos asociados a varios indicadores que en cierto modo les genera vulnerabilidad puesto que están inmersos en dichos factores sociales como por ejemplo: el no contar con un trabajo que sea de manera estable o un sueldo fijo, el no provenir de un hogar de características funcionales y el no tener oportunidades adecuadas en su día a día. Estas causas a muchos de ellos limitan a poseer circunstancias adecuadas de tener una mejor preparación académica, ocasionando impacto emocional que se vienen manifestando en diversas formas como reacciones psicológicas y emocionales: como la irritabilidad, intranquilidad, carencia de energía, desinterés, pérdida sueño. Según Novoa (2002) el cual define la depresión como un período emocional donde la persona entra en un estado de postración, tristeza, conmoción de culpa. Y dicho periodo existen sentimientos de soledad que van acompañados de pérdida de motivación, también se evidencia retraso motor y fatiga. En casos extremos se puede convertir en una dificultad psicótica donde el individuo es inhábil para actuar de manera normal. MINSA (2009) quien mediante diversas investigaciones referente al estado de salud psicológica de los jóvenes, encontró varias dificultades sociales y familiares dentro de los principales indicadores, motivo por el cual la juventud tiene tendencia a suicidarse. Dichos itinerarios tienen semejanza tanto en el litoral, la región andina y la selva y vienen siendo incitación principal los problemas entre adolescentes y padres. El círculo familiar si bien viene siendo en algunas ocasiones factor defensor también se puede convertir en un elemento que genere riesgo o peligro cuando se crean problemas. La depresión fue descrita de manera cualitativa y viene tomando como referencia los diversos problemas en este caso sociales que están relacionados a la salud mental, los cuales generan variedad de síntomas relacionados a la ansiedad, pérdida de control e impulsividad, nervios, pérdida de memoria a corto plazo, irritabilidad, niveles bajos de autoestima, disminución de la libido sexual, problemas en el área familiar, pérdida de moral y valores. En otras situaciones extremas se llega a cometer suicidio. Debido a ello se planteó el siguiente enunciado del problema ¿Cuáles son los niveles de depresión de los estudiantes de primer a tercer año de bachillerato del turno nocturno del Colegio Juan

Montalvo de Machala – Ecuador, 2018? Como objetivo general se planteó el: Determinar los niveles de depresión en los estudiantes de primer a tercer año de bachillerato del turno nocturno del Colegio Juan Montalvo de Machala – Ecuador, 2018. En cuanto a objetivos específicos se planteó los siguientes 1: Identificar el nivel de depresión en función a la edad en los estudiantes de primer a tercer año de Bachillerato del turno nocturno del Colegio Juan Montalvo de Machala – Ecuador 2018, 2: Identificar el nivel de depresión en función al género de los estudiantes de primer a tercer año de Bachillerato del turno nocturno del Colegio Juan Montalvo de Machala – Ecuador, 2018, 3: Identificar el nivel de depresión en función al año de instrucción de los estudiantes de primer a tercer año de Bachillerato del turno nocturno del Colegio Juan Montalvo de Machala – Ecuador,2018. La investigación se justificó en función al interés que tuvo el autor el cual fue de carácter personal, dicho interés es el conocer los diversos niveles depresivos por los cuales pasa cada uno de los alumnos del Colegio Juan Montalvo de la ciudad de Machala, Ecuador, teniendo también como finalidad el obtener diversa información la cual permita el ofrecer implementaciones y soluciones en busca de optimizar el modo de vida de cada uno de los alumnos miembros de dicha institución educativa. También se tomó en cuenta la elaboración de planes de trabajo que proporcionen prevención y generen orientación sobre que se debe hacer y cómo accionar ante el trastorno de la depresión. En esta investigación donde se utilizó el modelo de investigación descriptivo, su nivel es cuantitativo y su diseño es no experimental, transversal. La población se conformó por 100 estudiantes de primer a tercer año de Bachillerato de la sección nocturna. Dentro del procesamiento de datos se utilizó SPSS versión 22 y el programa informático Microsoft Excel 2018, como técnica de recopilación de la respectiva información se utilizó la escala de Depresión de Zung y se crearon tablas frecuencia y distribución en función a cada objetivo, considerando y realizando sus respectivas figuras. Los resultados expresan que los estudiantes de primero a tercer año de bachillerato del colegio Juan Montalvo de Machala del turno nocturno un 72% se encuentran entre un límite normal o con ausencia de depresión, un 24% inmersos en una depresión moderada o intensa y un 4% con depresión leve moderada; en relación a la edad se evidencia un 72% dentro de un límite normal o ausencia de depresión que corresponden a la edad entre 15 y 25 años, seguido un 24% de alumnos con depresión moderada o intensa y un 4% dentro de una depresión leve correspondientes a la edad de 35 a 50 años; según género masculino un 40% se encontró con ausencia de depresión o dentro de un límite normal, un 12% inmerso en una depresión moderada intensa, en cuanto al género femenino un 32% se encuentra dentro de un límite normal o con ausencia de depresión, un 12% en de depresión moderada intensa, finalizando

con un 4% con una depresión leve moderada; En cuanto al año de instrucción se encontró un 32% que pertenece a tercero de bachillerato, seguido por un 28% que corresponde a primero de bachillerato y un 12% correspondiente a segundo de bachillerato, todos dentro de un límite normal o ausencia de depresión, en cuanto a alumnos dentro de una depresión moderada o intensa en tercero de bachillerato se encontró un 12% al igual que en segundo año, finalizando con un 4% de segundo año de bachillerato que presentan una depresión leve moderada.

De acuerdo a los resultados obtenidos se ha llegado a las siguientes conclusiones, - He concluido que la mayoría de estudiantes del turno nocturno del colegio Juan Montalvo de Machala, Ecuador. Se encuentran dentro de un límite normal o ausencia de depresión puesto que representan un 72 % (72) alumnos. Seguido por un 24 % (24) de alumnos que los cuales se encuentran dentro de una Depresión moderada intensa. Finalizando con los alumnos con depresión leve moderada donde podemos encontrar un 4% (4) alumnos. En cuanto al primer objetivo específico: donde concluyo que el 72% de alumnos se encuentran en el límite normal o no presentan depresión, en cuanto a su edad están dentro de los 17 a 25 años de edad. Seguido por un 16% (16) de alumnos que están ubicados en la categoría de 25 a 35 años de edad, luego un 8% (8) alumnos inmersos en la categoría de 15 a 25 años de edad que en totalidad suman un 24 % los cuales pertenecen al nivel de Depresión moderada intensa. Finalizando encontramos un 4% (4) alumnos que están en la categoría de 35 a 50 años de edad cuales se encuentran dentro de una depresión leve moderada. En el segundo objetivo específico se concluye que la mayoría de alumnos están dentro de categorías normales con ausencia de depresión los cuales son hombres con un 40 %, seguido por un 32 % que equivale a género femenino que se encuentran de igual manera dentro de un límite normal. En el tercer objetivo específico se concluye que la mayor parte de estudiantes que se encuentran en límite normal son pertenecientes al tercer Año de bachillerato y su población corresponde a un 32%, seguido por los alumnos de primer año de bachillerato con un 28% y finalizando con segundo de bachillerato con un 12%,

Los resultados se obtuvieron mediante la escala de Zung que sirve para medir depresión. Para finalizar este informe de investigación se estructura de esta manera iniciando con el título, posterior el resumen, luego el contenido, el índice tablas y sus respectivos gráficos estadísticos de la información, también cuenta con introducción, revisión de la literatura, metodología, resultados, análisis de resultados, recomendaciones, conclusiones y sus respectivas referencias bibliográficas de los sitios que se consultó información.

II. REVISION DE LITERATURA

2.1. Antecedentes

2.2. Antecedentes Internacionales

Turcios (2013) En su investigación titulada “niveles de depresión que se presentan en jóvenes víctimas de bullying que cursan la secundaria en un colegio privado de la ciudad capital” – Guatemala que tuvo como objetivo general determinar niveles de depresión que presentan jóvenes víctimas de bullying que cursan la secundaria en un colegio privado de la ciudad capital, la muestra estuvo conformada por 24 alumnos entre los cuales 16 fue sexo masculino y 8 sexo femenino, los resultados indican que el 29% reflejaba ser víctimas de bullying que corresponde a 7 estudiantes, el 71% eran acosadores y observadores. Por otro lado, se refleja que 57% tienen presencia mínima de depresión que corresponde a 4 estudiantes, el 14% muestra tener depresión media que corresponde a 1 estudiante y un 29% depresión moderada corresponde a 2 estudiantes y ninguno de ellos padece de depresión severa. Se concluye que es positiva la implementación de un programa dirigido a los alumnos víctimas de bullying que presentan síntomas de depresión.

Almira, Romero (2005) En su investigación titulada “rasgos de depresión en adolescentes que asisten a clases en una Escuela Técnica de la ciudad de Corrientes “ . La cual tiene como objetivo Determinar la prevalencia de rasgos de depresión en adolescentes que asisten al Polimodal (tercero, cuarto, quinto y sexto curso) en una Escuela Técnica de la ciudad de Corrientes. Este trabajo psicométrico corresponde a un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal. Se lleva a cabo sobre un universo de estudio compuesto por 60 adolescentes que asisten al tercero, cuarto, quinto y sexto año del Polimodal en un establecimiento educacional técnico de la Ciudad de Corrientes. Esta población estudiantil presenta una elevada tasa de sintomatología depresiva (65,91%), si se compara con una encuesta realizada en adolescentes escolarizados de nueve países del Caribe donde se evidencia que el 50% había tenido síntomas de depresión (Estos datos son preocupantes por la influencia sobre la salud mental de estos adolescentes que se han evaluado.

Zevallos (2015) realizó la investigación titulada “bullying en adolescentes escolarizados de primero a cuarto año de secundaria, en las Instituciones Educativas de Atlántida” – Uruguay, tuvo como objetivo general evaluar la incidencia del fenómeno bullying en los adolescentes escolarizados de primero a cuarto año de educación secundaria en los cuatros Instituciones

Educativas de la ciudad de Atlántida, la población de la presente investigación estuvo conformada con los cuatros centros educativos de enseñanza secundaria de la ciudad de Atlántida, canelones, abarcando los tres grados correspondientes a ciclo básico y el primer grado de bachiller 1° a 4°; los resultados encontrados dan a conocer la prevalencia de bullying en las Instituciones Educativas de Atlántida, dar un panorama general de cómo se presenta el bullying en su centro de estudios para que se puedan implementar las estrategias adecuadas para contrarrestar la incidencia de este estaría teniendo. Se concluyó en la investigación las incidencias que el acoso escolar presenta en las Instituciones de educación media del interior del país y que las investigaciones sirvan como insumo en la eventual elaboración del “Protocolo de prevención, detección e intervención físico, psíquico o social” en el caso de que el Consejo Directivo Central ANEP no lo haya confeccionado al momento de la presentación de los resultados.

Morales (2014) realizo una investigación denominada “bullying y su relación con la depresión en adolescentes” – México, que tuvo como objetivo general determinar la relación del bullying con la depresión en los estudiantes de secundaria, la población sujeta al estudio estaba conformada por 286 estudiantes; los resultados encontrados indican que en promedio el 40.91% de los estudiantes muestran presencia de bullying, observándose así mismo que el 57.69% de esta población padecen depresión moderada como porcentaje representativo, sin embargo en 6 porcentajes más bajos se observó depresión grave y leve . En conclusión, si existe relación entre bullying y la depresión en adolescentes.

Díaz (2018) realizo una investigación sobre Depresión y Funcionamiento Familiar en jóvenes universitarios. Tesis para obtener el grado de Licenciada en Psicología. Universidad Autónoma del estado de México. El objetivo general de la presente investigación fue establecer la relación entre depresión y funcionamiento familiar en estudiantes universitarios de la Universidad Autónoma del Estado de México. Para este ello se realizó un estudio de tipo correlacional. La muestra fue por cuotas no probabilística conformada por 147 participantes con edades entre 18 y 24 años de varias áreas de conocimiento, a los cuales se les aplicaron los instrumentos de evaluación conocido como el Inventario de Depresión de Beck (1961) en su versión modificada y adaptada por al español Jurado et al. (1998) y la Escala de Funcionamiento Familiar de Palomar (1998), la cual se llevó a cabo de forma individual en cada uno de los espacios académicos de los participantes. El presente estudio es meramente de tipo cuantitativo, cuyos resultados solo pueden ser generalizados para la

población indagada, los cuales pueden servir para generar interés para futuros estudios más profundos de tipo cualitativo en distintas poblaciones a las analizadas en esta investigación. En los resultados obtenidos en el Inventario de Depresión de Beck se encontró de acuerdo al puntaje de la media de los participantes presentan niveles leves y nulos de depresión.

2.2.1. Antecedentes Nacionales

López (2016) realizó un trabajo de investigación para obtener el título profesional de psicóloga, el cual está titulado como Depresión en estudiantes varones y estudiantes mujeres del primer año de la Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad Peruana Unión Filial Juliaca-2016. Esta investigación tuvo como objetivo determinar si hay diferencia en el nivel de Depresión entre estudiantes varones y estudiantes mujeres, de la misma manera, ver las diferencias en el tipo de síntomas que presentan cada género, en un grupo de adolescentes universitarios, pertenecientes al primer año de la Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad Peruana Unión, en el distrito Juliaca. Se aplicó el Inventario de Depresión de Beck en un grupo de 116 estudiantes matriculados, 29 varones y 87 mujeres, entre 16 y 19 años. La metodología utilizada fue un diseño no experimental transaccional, de tipo descriptivo comparativo. Los resultados evidencian presencia de depresión en mujeres con un 47% en el nivel de depresión leve, a diferencia de los varones que presentan mayor porcentaje con un 51%. Son pocos los estudiantes que presentan un nivel de depresión severa, 3,4% varones y 6,9% mujeres.

Astocondor, Ruiz y Mejía (2019) en su artículo científico titulado Influencia de la Depresión en la Ideación Suicida de los estudiantes de la Selva Peruana. El objetivo de esta investigación fue determinar la influencia de la depresión en la ideación suicida de los estudiantes de la selva peruana. El estudio fue del tipo transversal analítico, realizado en una población universitaria en la selva peruana. La variable dependiente fue la ideación suicida y la independiente fue la depresión, ambas fueron tomadas a través de las escalas modificadas para el Perú de Birlerson y de Beck, respectivamente. Se cruzó estos sistemas y se les ajustó por otras variables. Los resultados a los que se llegaron fueron que existe una fuerte asociación entre la ideación suicida y depresión. Como conclusión final se encontró una asociación entre las variables ideación suicida y depresión, que está caracterizada por algunas percepciones y conductas que develan serios problemas de la esfera mental, lo que debe ser tomado en cuenta por las entidades educativas, para generar programas de detección y ayuda a los jóvenes estudiantes.

Villanueva (2019) realizó una investigación para obtener el grado de Médico Cirujano, el cual está titulado *Relación entre Sintomatología Depresiva y Rendimiento Académico en estudiantes de Medicina Humana de la Universidad de San Martín de Porres en el año 2017*. El objetivo de esta investigación fue determinar la asociación entre síntomas de depresión y rendimiento académico en los estudiantes del primero a sexto año de la facultad de medicina humana de la Universidad de San Martín de Porres en el año 2017. El método de investigación fue estudio observacional analítico transversal prospectivo de casos y controles, la población fue 279 alumnos distribuidos por año académico, se eligió por muestreo estratificado. Se utilizó el Test de Hamilton para determinar la presencia de síntomas de depresión. Se realizó análisis estadístico descriptivo y analítico, utilizando las pruebas estadísticas de Fisher y Odds Ratio. Se encontró asociación estadísticamente significativa entre síntomas de depresión y rendimiento académico solo en el primer año, quinto año y sexto. Como conclusión se encontró que, si existe asociación estadísticamente significativa entre los síntomas de depresión como factor de riesgo para bajo rendimiento académico en el primero, quinto y sexto año de la carrera de medicina humana en la Universidad de San Martín de Porres en el año 2017.

Villacorta (2014) realizó una investigación titulada “situación de acoso escolar y su relación con el rendimiento académico en los estudiantes de secundaria de la I.E. Juan de Espinosa Medrano en el año 2013”, tomando en cuenta como objetivo general determinar las situaciones de acoso escolar y su relación con el rendimiento académico de la I.E. Juan de Espinosa Medrano, su población estuvo conformada por 95 estudiantes del turno mañana que están cursando por el tercero al quinto año de secundaria en la Institución Educativa Nacional Juan de Espinosa Medrano; los resultados encontrados indican que el 88,4% de los adolescentes encuestados presentaron un nivel de acoso escolar “bajo”, el 16,9% experimentaron “muchas veces” el robo de sus cosas, el 27,4% les hacen gestos para generar miedo “pocas veces”, el 10,5% les cambian el significado de lo que dicen “muchas veces”, el 8,4% les ponen apodosos “muchas veces” y al 52,6% “pocas veces”. En conclusión, a la relación de acoso escolar y el rendimiento escolar se aplicó la fórmula de Chi cuadrado que evidencia que no existe relación estadística entre las variables por lo tanto se concluye que no existe relación significativa y las situaciones de acoso escolar más frecuentes son el de robo, el de realizar gestos de intimidación, el de contar mentiras, el de colocar apodosos.

Sáenz (2010) en su estudio titulado “sintomatología depresiva y acoso escolar en un grupo de adolescentes escolares” – Lima, tuvo como objetivo general describir la sintomatología depresiva y la presencia de indicadores de acoso escolar, como el tipo de participación y sus características, en estudiantes de primer a tercer de secundaria de un colegio estatal de administración religiosa de San Martín de Porres, la muestra estuvo conformada de 350 alumnos, entre 11 a 15 años; los resultados encontrados de la investigación con respecto a la sintomatología depresiva se halló que la media para toda la muestra fue de 11.28 con una desviación estándar de 6.2. Adicionalmente, no se hallaron diferencias según edad, grado o sexo, pero sí en función a características familiares e interpersonales. En cuanto al acoso escolar, se halló una incidencia, entre víctimas y agresores, de 5.7% y una participación ocasional en conductas de agresión del 53.2%. Asimismo, no se halló relación entre las características familiares e interpersonales, y la participación en acoso escolar. Siendo las víctimas las más afectadas. En conclusión, de los resultados demuestran que la incidencia en acoso escolar sí está relacionada a la presentación de sintomatología depresiva.

2.2.2. Antecedentes Locales

Cárdenas (2015) realizó un estudio dominado “clima social familiar en adolescentes con depresión del quinto año del nivel secundario de la I.E N° 001 José Lishner Tudela” – Tumbes 2014, tuvo como objetivo general conocer el clima social familiar en adolescentes con depresión del quinto año del nivel secundario de la I.E N° 001 José Lishner Tudela – Tumbes 2014, la población estuvo conformada por 84 estudiantes del quinto año del nivel secundario de la I.E N° 001 José Lishner Tudela, compuesta por 46 mujeres y 38 varones; los resultados encontrados indican que no existe una relación significativa ($p < 0,01$) entre el clima social familiar y el nivel de depresión de los adolescentes de la I.E. N° 001 José Lishner Tudela – Tumbes. En conclusión, no existe relación entre el clima social familiar y nivel de depresión en adolescentes del quinto año del nivel secundario de la I.E N° 001 José Lishner Tudela – Tumbes.

Saavedra (2015) quien realizó esta investigación titulada “relación entre el clima social familiar y el nivel de depresión en los estudiantes del II, IV y V ciclo de la escuela profesional de psicología de la Universidad Católica “Los Ángeles de Chimbote” – Tumbes – 2014, tuvo como objetivo general identificar la relación entre el clima social familiar y el nivel de depresión en los estudiantes de III, IV y V ciclo de la escuela profesional de psicología de la Universidad Católica “Los Ángeles de 11 Chimbote” – Tumbes, 2014, la población estaba

conformada por 86 estudiantes del III, IV y V ciclo de la universidad Católica los Ángeles de Chimbote – Tumbes, 2014; los resultados encontrados indican un porcentaje significativo del 89.53% de los estudiantes de III, IV y V ciclo de la escuela profesional de psicología de la universidad “Católica los Ángeles de Chimbote” – Tumbes. En conclusión, no existe correlación entre el clima social familiar y el nivel de depresión de los estudiantes de III, IV y V ciclo de la escuela profesional de psicología de la universidad “Católica los Ángeles de Chimbote”.

2.2.3. Bases teóricas de la investigación

2.2.4. Definición de depresión

La depresión viene siendo una enfermedad ya catalogada, siendo común y muy grave la cual interrumpe la vida diaria o rutina de muchas personas, incapacitándoles de poder laborar, realizar estudios y disfrutar de su vida. Se dice que es originada por una serie de factores tanto genéticos, sociales, biológicos y psicológicos. También podemos observar información donde indica que la depresión también se produce por principios genéticos, sin embargo se encuentran casos en personas sin antecedentes familiares sobre trastorno depresivo. Los síntomas varían mucho entre cada persona, entre dichas variaciones la gravedad, frecuencia y duración de síntomas, dependiendo de la persona y su enfermedad (OPS, 2021).

La depresión en la actualidad viene siendo un trastorno mental muy común, según estadísticas y estimaciones se deduce que el 5% de personas adultas padecen dicho trastorno. En otras cifras aproximadamente 280 millones de personas tienen este trastorno, es importante resaltar que depresión es totalmente diferente a los cambios de estado de ánimo o emocionales. Por ello debe tomarse como un problema de salud de manera seria y ser tratada de manera oportuna, ya que existe depresión moderada y severa, en el peor escenario podría producirse un suicidio, se conoce que aproximadamente 700.000 personas se suicidan por año, siendo esta causa de muerte la cuarta a nivel mundial en personas que oscilan la edad entre 15 a 29 años. Entre los tratamientos cabe resaltar que en países de bajos recursos de ingreso económico y mediano, las personas no reciben un tratamiento adecuado u oportuno. Debido a los obstáculos y estigmas sobre esta enfermedad así como el personal de salud adecuado para brindar el tratamiento. Es importante resaltar que el trastorno de la depresión es más frecuente y se presenta de manera más común en mujeres que en hombres (OMS, 2021).

Según la clasificación internacional de enfermedades, quien menciona que la depresión es un desorden de carácter afectivo y a su vez hace referencia a la depresión leve, moderada y severa. En episodios leves y moderados los síntomas son algo similares donde el paciente sufre bajones anímicos, pérdida de energía, pérdida de interés, desconcentración, insomnio. El estado de ánimo también es muy variable así como la confianza en sí mismo y en si decae la autoestima (CIE10, 2020).

2.2.5. Clasificación de la depresión

2.2.6. Depresión leve

En la depresión leve se encuentran casi el mismo tipo de manifestaciones pero con menor intensidad. Dentro de dichas manifestaciones encontramos síntomas como obsesión, algunos tipos de fobias, ansiedad. Otras de las dificultades que produce es la interrupción del desenvolvimiento adecuado dentro de sus actividades cotidianas (IMSS, 2021).

2.2.7. Depresión moderada

En cuanto a la depresión moderada se encuentra el pensamiento ligado al pesimismo, afeción a la motricidad, ansiedad, afeción a la rutina y vida cotidiana. Sus síntomas son similares a los de la depresión leve (IMSS, 2021).

2.2.8. Depresión severa

Dentro de la depresión severa se manifiestan síntomas similares a los otros tipos de depresión pero a mayor intensidad y gravedad en algunos pacientes se presenta psicosis y pérdida del contacto con la realidad. Además de otros síntomas como pérdida de energía, molestias fisiológicas, insomnio, pérdida o aumento de peso, afeción a la motricidad. Este nivel de depresión interfiere mucho en el desempeño adecuado de la persona dentro de sus actividades ya sean sociales, escolares o laborales (IMSS, 2021).

2.2.9. Tipos de depresión

La depresión en la actualidad viene siendo un trastorno mental común la cual genera tristeza e irritabilidad en quien lo padece, durante un periodo de tiempo prolongado. Un niño o adolescente con depresión quien está inmerso en dicho trastorno por cualquiera que sea la variable, no se sentiría mejor si las cosas cambian, dichos niños o adolescentes tendrán mayor dificultad en volver a disfrutar de lo que antes gozaban o apreciaban y en casos extremos podrían tener pensamientos sobre suicidio o intentos. La depresión comúnmente aparece en la

adolescencia, sin embargo también se diagnostica en niños pero en ellos se manifiesta de otra manera. Los diagnósticos tienen más frecuencia en niñas que en niños, siendo dos veces mayor. Este trastorno se manifiesta de diversas maneras ya sea de manera unipolar o bipolar. En la depresión bipolar se presentan altas y bajas anímicas en algunos casos es extremo acompañado de episodios de manía (Miller, 2021).

2.3. Trastorno depresivo mayor

Es uno de los diversos tipos de depresión existente y de los más comunes y conocidos, dentro de este tipo de depresión la persona presenta síntomas graves que pueden durar semanas o meses. Puede manifestarse una vez sin embargo en una gran mayoría de casos puede ser en varias ocasiones. Uno de los principales indicadores de depresión es el cambio en el estado de ánimo, en cuanto a un niño se mostrará irritabilidad, enojo por cosas simples y la pérdida de interés por el desarrollo de actividades de normalmente disfruta (Miller, 2021). Otros síntomas:

- Sentir desesperación.
- Pérdida de energía o falta de la misma.
- Bajo rendimiento en actividades cotidianas.
- Autoestima caída, pérdida de confianza en sí mismo.
- Insomnio.
- Pérdida o aumento de peso.
- Pensamiento o ideaciones suicidas.
- Comer poco o demasiado.

En algunos niños con depresión se manifiesta con la pérdida de interés, ya no desean hacer las cosas que solían hacer antes. Esto se conoce como depresión atípica y puede ser un engaño hacia los padres, debido a la falta de conocimiento pensarán que su hijo no desea colaborar o contribuir en su mejora, sin embargo se encuentra deprimido (Miller, 2021).

2.3.1. Trastorno Depresivo Persistente (distimia)

La distimia consiste en una forma de depresión donde se experimentan síntomas similares a los del trastorno depresivo mayor, sin embargo se manifiestan de una manera más leve. En cuanto a su tiempo de duración los síntomas son de un año o más. A veces dichos síntomas pueden tornarse un poco graves, sin embargo es algo momentáneo. Dentro de este trastorno depresivo persistente también encontramos la baja autoestima, irritabilidad (Miller, 2021).

2.3.2. Depresión primaria y secundaria

En la depresión primaria su origen no parte desde alguna enfermedad psiquiátrica o física, más bien por la ingesta de un medicamento o alguna sustancia, en cuanto a la depresión secundaria si tiene origen en alguna enfermedad física o psiquiátrica (Molina, 2010).

2.3.3. Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo (TDDEA)

TDDEA son sus siglas y se caracteriza por ser un diagnostico nuevo que se da en niños quienes tienen rabietas y explosividad, ante situaciones simples o sencillas. También tienen una baja tolerancia y se frustran rápidamente. Entonces este trastorno se caracteriza por parecer más rabietas que depresión. El tddea se manifiesta precedentemente a los 10 años de edad y no se diagnostica antes de los 6, debido a que las rabietas son típicas en niños pequeños, para que se pueda diagnosticar este trastorno el niño deber tener mínimo 3 rabietas en una semana y debe manifestar dicho comportamiento en diversos entornos entre ellos familia, amigos y maestros. De presentarse en un solo entorno probablemente no sea TDDEA. Es importante diferenciar TDDEA con trastorno negativista desafiante, ya que los niños con TDDEA no buscan o intentan desafiar la autoridad, simplemente sienten o experimentan con más intensidad los sentimientos a diferencia de otros niños y su vez carecen de autorregulación (Miller, 2021).

2.3.4. Trastorno disforico premenstrual (TDPM)

Este trastorno afecta algunas niñas y mujeres, en la semana previa a su periodo menstrual, en algunos casos es tan grave que repercute el desempeño de la vida cotidiana. Dentro de los síntomas quien lo padece puede sentirse deprimida, ansiosa o enojada. Pueden llorar por algo mínimo o sin motivo alguno. También tendrán problemas de concentración y ejecución de tareas, abrumación y preocupación de que su entorno este enojado con ellas. La aparición de síntomas se da entre 5 a 8 días antes de la menstruación, en algunos casos empieza antes y desaparecen dichos síntomas una vez que empieza la menstruación. El inicio de dicho trastorno es después de la pubertad (Miller, 2021).

2.3.5. Depresión Reactiva

En este tipo de depresión los síntomas aparecen ante un estímulo interno o externo que genere estrés, por ejemplo pérdida de empleo o paralización del trabajo por pandemia. Su intensidad va desde leve a moderada y su periodo de prevalencia es corto. Por lo general no se requiere tratamiento farmacológico más bien el apoyo emocional. Sin embargo se debe tomar en cuenta

que en personas con predisposición a padecer un trastorno depresivo, se puede tornar una depresión grave (Molina, 2010).

2.3.6. Trastorno afectivo estacional (TAE)

Este trastorno se caracteriza por surgir conjunto a los cambios estacionales, tiene similitud de síntomas que el trastorno depresivo mayor, pero se produce en ciertos meses. En invierno y otoño es donde las personas se deprimen con mayor frecuencia, se dice que debido a la ausencia o disminución de luz solar, lo cual afecta los neurotransmisores en su cerebro y como consecuencia afecta su estado de ánimo y niveles de energía. Para considerar TAE, los síntomas no deben tener relación con algún hecho o acontecimiento que ha ocurrido dentro del periodo de tiempo en el que se presentaron, ya sea en el colegio o el hogar durante el invierno (Miller, 2021).

2.3.7. Depresión psicótica

Este tipo de depresión se asemeja mucho a la severa pero viene acompañada de paranoia, alucinaciones y delirios. Muchos pacientes tienden a escuchar voces o sentir que alguien les quiere ocasionar daño. Los pacientes con este tipo de depresión tienen tendencia al suicidio debido a la frustración ocasionada por no poder controlar sus propios pensamientos (Molina, 2010).

2.3.8. Enfoque de la depresión

Según Rio frio (2017) nos indica que las emociones conjunto a la parte cognitiva pueden alterar la concentración, el tomar decisiones y la memoria ya sea a corto o largo plazo. En cuanto a Ruiz (2015) quien examino la relación entre depresión y procesamiento de información donde no encontró dicha relación. Sin embargo menciona que dicha relación si existe en función con los estados de ánimo y el funcionamiento de la memoria implícita. Debido a que la memoria se encarga de almacenar información de diversos tipos de situaciones. En cuanto a la memoria explícita se dice que si requiere recuperar información de experiencias previamente aprendidas.

2.3.9. Modelo Bioquímico de la depresión

Según Alemán (2015) quien indica que existe una variedad de datos importantes y en función a ello diversos autores sintieron el interés en la década de 1950, donde varios pacientes que padecían problemas de hipertensión empezaron a sufrir de depresión debido a una medicina

llamada reserpina a tal punto que muchos casos eran de depresión severa, por decidieron estudiar dicha droga la cual tiene como efecto secundario reducir monoaminos.

Así mismo Alemán (2015) quien menciona a 1960 Joseph J. de la prestigiosa Universidad de Harvard donde planteo la teoría sobre que la depresión es generada debido a la ausencia de norepinefrina en determinados circuitos cerebrales y es así que acorde a como fue pasando el tiempo y con la obtención de varias evidencias se pudo comprobar que si existe correlación entre la depresión y eminencias de norepinefrina en el cerebro. A más de ello también se logró comprobar la existencia de sujetos que tenían niveles bajos de norepinefrina tienen como tendencia a sufrir de estados anímicos depresivos, por ello existen diversos factores que puedan ocasionar depresión en un individuo. En 1960 donde se comenzó a investigar referente al papel que cumple la serotonina en el trastorno de depresión y a la actualidad se ha descubierto que dicho neurotransmisor controla diversos mecanismos de nuestro cerebro los cuales están asociados a nuestras emociones.

Según la OMS la depresión se define por ser una molestia de carácter psicológico el cual está personificado por ser un estado mental agobiante ya que se genera desgaste de la capacidad cognitiva y de poder valorar ciertas cosas que nos brinda el mundo exterior, acompañado de desaliento y postración que dañan la conformidad o satisfacción personal y crean dificultades ya sea en el área familiar, en la parte social o laboral. En las últimas décadas ha aumentado el interés por realizar investigaciones de diversas partes orgánicas, efectos secundarios y signos ya sean agravantes o de disminución de impulso. Las cuales indican que estas indicaciones neurovegetativas pueden deberse a ciertos cambios en la corteza frontal, el marco límbico y el di encéfalo. En cuanto a la reacción a medicamentos indica que los antidepresivos y los tratamientos de electro compulsividad al igual que la percepción de que el cansancio pueda iniciarse como un indicador producido debido a la ingesta de medicamentos.

2.4. Causas de la depresión

Según este autor no existe una sola causa para el trastorno de depresión ya que esta se puede generar por uno o más causas, también menciona que existen personas con menos probabilidades de padecer de depresión así como otros con mayor probabilidad (Antonini, s/f).

- a) **Herencia:** Existe más probabilidades o mayor riesgo de padecer depresión cuando existen antecedentes familiares ligados a la enfermedad, lo cual correspondería a una herencia de dicha tendencia genética. Dicho riesgo es mayor en personas con T.

bipolar, a pesar de lo mencionado anteriormente no todas las personas con antecedentes familiares ligados a depresión padecerán este trastorno.

- b) Factores Bioquímicos:** A lo largo del tiempo mediante investigaciones se ha demostrado el rol importante que tiene la bioquímica y los neurotransmisores dentro de nuestro estado anímico y comportamiento. Entonces es por ello la afección de los patrones del sueño ya que el organismo no está produciendo los neurotransmisores que permita regular el cuerpo. Es por ello que una de las soluciones a la actualidad es la farmacología que permite aliviar o estabilizar al paciente permitiéndole recibir ayuda terapéutica y de a poco alcanzar su recuperación.
- c) Situaciones de estrés:** Las situaciones de estrés o repentinas como la pérdida de un familiar o ser querido, también por padecer una enfermedad crónica o terminal lo cual puede ocasionar estados depresivos durante determinado periodo esto será acorde a cada caso.
- d) Personalidad:** Dentro de la personalidad existen personas con esquemas mentales negativos las cuales carecen de autoestima y tiene un poco de control referente a circunstancias de vida.

2.4.1. Tratamiento para la depresión

A lo largo de la historia la ciencia ha encontrado y creado diversos tratamientos contra el trastorno de la depresión los cuales han demostrado ser eficaces y una gran mayoría están enfocados a la terapia cognitiva conductual de la mano de la farmacología. Una de las terapias cognitivas conductuales que más resultados buenos ha brindado es la cognitiva conductual (García, 2021).

2.4.2. Tratamiento farmacológico

En este tipo de tratamiento se emplean fármacos antidepresivos entre ellos monoaminooxidasas, tricíclicos y antidepresivos. Pero no solo dependerá de la parte farmacológica también es necesario tratar la parte conductual ya que estas están ligadas al estado de ánimo de las personas. Todo ello debido a los neurotransmisores por ello siempre será importante que ambas vayan de la mano (García, 2021).

2.4.3. Tratamiento cognitivo conductual

Dentro del modelo cognitivo conductual, este modelo ve al hombre como un ordenador el cual procesa información de su entorno para luego dar una respuesta. Procesa, evalúa y clasifica

estímulos y toma como referencia experiencias antiguas que dan como resultado una autovaloración en función a sus creencias, actitudes y expectativas del mundo. En cuanto a los pensamientos irracionales la terapia cognitiva afirma que son el inicio de los trastornos emocionales. Si se analiza cada pensamiento que oculta cada conducta y se lo convierte en lógico y racional, entonces el problema psicológico se resolvería. Entonces dependerá mucho de cómo el sujeto perciba el ambiente y acontecimientos que le rodean para desarrollar distorsiones cognitivas (García, 2021). Es importante dentro de la terapia cognitiva conductual alcanzar los siguientes objetivos:

- Evaluar de forma lógica y realista las situaciones relevantes.
- Es fundamental que tengamos en cuenta también lo positivo y no solo lo negativo que ocurre en su entorno, debido a que en una gran mayoría de ocasiones la depresión solo permite que el paciente se fije en dichos aspectos.
- Es importante que el paciente aprenda a generar explicaciones dentro de la lógica y racionalidad con la finalidad de mejorar su interacción social.
- Dentro de los objetivos también es importante conseguir como que cuando el paciente detecte un pensamiento irracional lo remplace automáticamente por uno racional.
- Otro objetivo y ejercicio el cual consiste en poner a prueba el paciente y sus pensamientos, mediante experimentos conductuales que le permitan demostrar una mejor adaptación con su entorno.

Dentro de cada uno de estos pasos, técnicas u objetivos donde se busca que el paciente tenga un cambio del contenido de pensamiento y comportamiento. En las primeras sesiones se usan técnicas que permitan realizar una introspección y conocer la actividad que tenía el sujeto previo a estar inmerso en la depresión. De manera progresiva el terapeuta va aplicando diversas técnicas que le permitan encontrar distorsiones cognitivas sean negativas o automáticas y a su vez la organización del pensamiento del paciente. Dentro de las técnicas que podemos aplicar: programar actividades, asignación gradual de tareas, habilidades sociales, práctica cognitiva y asertiva. También es importante que el paciente aprenda la relación entre afectividad, comportamiento y pensamiento (García, 2021).

2.4.4. La terapia de aceptación y compromiso

Esta terapia de compromiso y aceptación la cual permite generar mediante pautas activación conductual, va más allá de brindar pautas o estímulos al paciente que actúen como refuerzos. Más bien estímulos que permitan reforzar sus valores y su moral (García, 2021).

2.4.5. La terapia de Rhem para la depresión

Según García (2021) en esta terapia también encontraremos activación conductual y diversas habilidades que permitan al paciente llegar al autocontrol con la finalidad que el sujeto logre refuerzo externos que le permitan reaccionar ante la pérdida o fracaso permitiéndole modificar su conducta en función al objetivo que pretende lograr. Es fundamental que se tome en cuenta que la mayoría de personas con depresión siempre tendrán en mente las situaciones negativas más no las positivas. Entonces la terapia Rhem consiste en generar y trabajar el autocontrol del paciente.

2.4.6. Farmacología

Según Ramírez (2016) dentro de los medicamentos para tratar la depresión se encuentran los medicamentos visuales, individuales o de reunión los cuales son administrados y supervisados por especialistas. Los medicamentos si bien son viables para combatir los síntomas de la depresión también es necesario el apoyo psicoterapéutico y se debe considerar su uso dentro de casos severos. No es recomendable usar en jóvenes como tratamientos de primera línea. Se puede usar otros tratamientos alternativos que son recomendados por expertos como tratamiento psicológico de manera integral, psicoterapia, inhibidores que actúen de manera directa en la recepción de serotonina y antidepresivos.

Otro modelo interesante es el de Aron Beck el cual es muy destacado y se considera uno de los mejores debido a su viabilidad la cual se ha demostrado más de una vez provocando mejorías en diversos casos sin el uso de farmacología. Sin embargo es necesario considerar que a pesar de que la terapia cognitiva conductual tiene diversos puntos de vista su eje gira alrededor de los componentes propuestos por una hipótesis.

2.4.7. Antidepresivos para niños y adolescentes

Los medicamentos antidepresivos a la actualidad son una de las formas de tratar de manera eficaz la depresión y ansiedad en adolescentes siempre y cuando el uso de dichos antidepresivos sea supervisado de manera sigilosa con la finalidad de evitar efectos secundarios graves. A pesar de estar en el recuadro negro de la lista de administración de

alimentos y medicamentos debido a que se advierte sobre el riesgo de conductas suicidas en personas mayores a 25 años. Es por ello que los antidepresivos incluyen dicha advertencia acerca del comportamiento suicida, la FDA informo que mediante un extensivo análisis de diversos ensayos clínicos una pequeña cantidad de niños y adolescentes los antidepresivos generaron pensamientos suicidas o en otros casos empeoraron la situación esto se dio en comparación con otros niños que tomaron un placebo de azúcar. Dentro de este estudio ninguno de los niños se quitó la vida sin embargo la FDA considero de suma importancia el emitir esta advertencia ya que es de interés público y social y a su vez comenzó a exigir a los fabricantes de antidepresivos que empiecen a imprimir conjunto a sus productos la respectiva advertencia acerca de la relación entre su producto y los pensamientos o comportamientos suicidas que puedan manifestarse en niños, adolescentes y adultos jóvenes con un límite de edad de 25 años. Es importante resaltar que muchos investigadores consideran innecesario dichas advertencias puesto que el riesgo es superado por los beneficios de los antidepresivos (Mayo, 2021).

2.4.8. Terapia de resolución de problemas para la depresión

Según García (2021) en la terapia de solución de problemas se educa al sujeto para enfrentar los problemas y no solo a resolverlos, considerando las dificultades como una oportunidad de crecer, ser mejor y mediante la activación actuar para lograr conseguir sus metas y objetivos.

2.4.9. Psicoterapia interpersonal para la depresión

Según García (2021) dentro de la psicoterapia su método es tratar la depresión como enfermedad ligada a la disfunción en los vínculos personales y dichas disfunciones son:

- Malas relaciones de pareja donde se encuentran roles no establecidos, discusiones o problemas entre padres e hijos, falta de entendimiento y comunicación.
- Duelos inconclusos o no resueltos que suele ser muy común ya que en su mayoría no se realiza de forma adecuada.
- También surgen dichas disfunciones dentro de los roles sociales ya sea por un despido, paralización o jubilación en el trabajo.
- Otra disfunción que se toma en cuenta es la falta de habilidades sociales que en muchas ocasiones no permiten una buena interacción y conllevan al aislamiento.

2.5. Síntomas de la depresión

Según Mayo (2021) La depresión en algunas ocasiones se presenta una sola vez en la vida dependiendo del tipo de la misma, sin embargo menciona una variedad de síntomas que se producen en parte del día, gran parte del día, todos los días, entre diversas variaciones. Los cuales consisten en:

- Tristeza, ganas de llorar, crisis existencial, desesperanza.
- Irritabilidad ante situaciones de poco valor y arrebatos.
- Disipado interés por actividades cotidianas o que antes resultaban placenteras como relaciones sexuales o practica de algún deporte.
- Falta de energía o agotamiento.
- Pérdida de apetito o aumento excesivo del mismo.
- Agitación o ansiedad.
- Reducción de capacidad cognitiva, razonamiento, movimientos corporales.
- Afección a la memoria a corto plazo.
- Dolencias físicas ya sean de espalda o cefaleas.

2.5.1. Género y depresión

A nivel mundial la mayor prevalencia de depresión es en el género femenino, la distimia viene siendo uno de las perturbaciones depresivas que se presentan con mayor frecuencia en mujeres debido a diversos factores culturales al igual que el trastorno breve recurrente. En las mujeres el trastorno depresivo surge dentro de la etapa de adolescencia y en hombres en la pubertad. Ocurre debido al papel importante que juegan las hormonas en el desarrollo de la mujer estas hormonas generan diversidad de cambios de estado anímico y juegan un rol importante en la menopausia (Ruiz, 2005)

2.5.2. Síntomas de depresión en niños y adolescentes

Entre los síntomas que son más comunes en la depresión ya sea en niños y jóvenes tienen similitud a los que padece un adulto, pero existen varias diferencias. En niños se manifiesta de la siguiente manera: pérdida de interés por la escuela, pérdida de apetito, rabietas, irritabilidad, tristeza. En cuanto a los adolescentes la tristeza es más notable y así mismo se ve reflejado en el bajo rendimiento escolar o ausencia a la misma, en algunos casos también se da el consumo de drogas o alcohol, autolesiones y evitación de interacción social (Mayo, 2021).

Según Amaya (2014) indica que la depresión es una respuesta que se presenta de manera transitoria ante una situación que genere estrés, dichas situaciones se presentan de manera muy

común en adolescentes ya que va de la mano con varios factores tanto sociales como familiares y estos terminan influyendo en la aparición de la depresión en los adolescentes. Como otro tipo de causa que genera depresión se toma en cuenta dichos acontecimientos que resulten perturbadores para el adolescente ya sea una ruptura amorosa, divorcio de los padres, muerte de un familiar, fracaso académico, entre otros factores. Es importante tomar en cuenta que durante la adolescencia influyen mucho componentes biológicos, mentales, psicosociales y relacionados a la cultura que fusionados con la percepción del adolescente de sí mismo. La depresión viene a ser uno de los trastornos mentales con más frecuencia en jóvenes sin embargo afecta tanto hombres y mujeres sin importar su edad o estrato social, en ciertas etapas de la vida como menopausia o andropausia también aparece.

En la adolescencia según Valadez (2015) es una etapa donde surgen varios cambios significativos ya sean estos físicos o psicológicos. Es por ello que la depresión en la adolescencia ha llamado mucho la atención en investigadores y se ha tomado como objeto de estudio y ha sido asumida como un padecimiento multifactorial.

Según Pérez (2010) el aplicar perspectiva de género a estudios sobre depresión ha permitido obtener como evidencia la importancia de diversos factores como lo es el sociocultural y espacios como familia, comunidad, donde dichos factores tiene mucho que ver en que un sujeto padezca o no depresión tanto para hombres y mujeres.

Según López (2016) más allá de que los hechos puedan presentar en cualquier etapa de la existencia, los adolescentes son aquellos que están obligados a experimentar depresión debido a la variedad de cambios tanto mentales, hormonales, físicos, culturales e intelectuales. Todos y cada uno de ellos genera influencia en la creación de estados depresivos o de sufrir depresión. Cada uno de estos cambios le permitirá establecer autonomía y logros individuales. Una exploración desarrollada por la Universidad Nacional de Salud Mental de Estados Unidos el cual revelo que de 10 adolescentes 4 de ellos se han sentido mal anímicamente que muchos han terminado dentro de un estado depresivo, dichos jóvenes han necesitado una guía u orientación en la vida. Mientras que de cada 5 adolescentes 1 cree que no vale vivir y han tomado en cuenta como una opción suicidarse. Todos los reacomios o pensamientos van a ser generadores de dificultades y cambios dentro: la alimentación, la escolaridad, preocupación o pensamientos obsesivos por su apariencia física.

2.5.3. Síntomas de depresión en adultos mayores

La depresión dentro de la adultez mayor no se considera algo habitual y no debe tomarse a la ligera, lastimosamente esta enfermedad no se determina de manera oportuna un diagnóstico ni trata de manera oportuna en ancianos y los síntomas se pueden manifestar o menos evidentes a diferencia de un adulto o un joven (Mayo, 2021).

- Cambios en la personalidad y deterioro cognitivo.
- Dolencias físicas.
- Ansiedad.
- Llanto.
- Náuseas, ausencia de apetito, insomnio, ausencia de apetito sexual.
- Aislamiento y pérdida de interés por socializar.
- Ideas o pensamientos sobre suicidio, especialmente en hombres.

2.5.4. Características de la depresión en adolescentes

a) Estado de irritabilidad o enojo:

La depresión suele generar irritabilidad o enojo debido a los estados mentales que produce en los jóvenes ya que una persona joven puede sentirse abatido, agobiado y ver de manera antagónica los problemas.

b) Dolores inexplicables

Los jóvenes en ciertas ocasiones sienten diversos dolores de manera inexplicable y a menudo se quejan de cefaleas o dolores estomacales. En muchas ocasiones si quiera un examen físico puede diagnosticar la razón o el porqué de la dolencia y pueden ser consecuencia de un embarazoso desaliento anímico.

c) Pérdida de placer

En la esfera de la sexualidad en el caso del hombre llega la impotencia y en la mujer la frigidez, también se pierde el agrado por el trabajo, deporte o juegos recreativos. Los que anteriormente eran gratificantes. También se puede sentir culpabilidad excesiva o carga de una culpa que en si es inexistente.

d) Pensamiento suicida:

Los pacientes manifiestan preocupación o pensamientos exagerados, sentimientos autodestructivos.

2.5.5. Características de la depresión

La depresión posee diversas características que en muchas ocasiones se desencadena debido a un factor externo al sujeto lo cual lo vuelve endógeno y no existe una causa o motivo claro de la aparición, entonces se deduce que su origen depende de varios factores ya sean biológicos o genéticos y neurofisiológicos (Osorio, 2015).

2.5.6. Características Conductuales

- Llanto.
- Agitación o retardo en la parte psicomotora.
- Conductas o tendencia al suicidio.
- Aislamiento social.
- Falta de aseo e higiene personal.
- Deterioro en la interacción social.
- Apatía.
- Baja autoestima.
- Negación.
- Ira.
- Sensación de inutilidad personal.

2.5.7. Características Cognitivas

- Pensamientos de culpa.
- Creencias o pensamientos irracionales.
- Ideación suicida.
- Dificultad en la toma de decisiones.
- Alto nivel de focalización y atención en sí mismo en función a sus síntomas.
- Dificultad para solucionar problemas.
- Deterioro cognitivo y memoria a corto plazo.

2.5.8. Características emocionales y motivacionales

- Rencor.
- Crisis existenciales.
- Culpabilidad ante el fracaso.
- Fatiga.

- Abulia.
- Vergüenza.
- Tristeza y melancolía.

2.5.9. Características psicofisiológicas

- Insomnio e hiperactividad.
- Apetito excesivo o reducido.
- Pérdida o disminución de la libido sexual.
- Malestar físico.

2.6. Complicaciones

Según Mayo (2021) si no se trata la depresión a tiempo y de manera oportuna puede desencadenar una serie de problemas emocionales los cuales afectaran cada área de la vida del adolescente, entre las complicaciones pueden ser:

- Consumo de drogas y alcohol
- Bajo rendimiento académico o deserción escolar.
- Intentos de suicidio o suicidio.

2.6.1. Prevención a la depresión

Según estudios el día domingo es aquel donde estado depresivo se prioriza y es importante resaltar que la depresión y ansiedad perjudican el cerebro y con ello las diversos pensamientos y emociones que se muestran como sintomatologías a modo de: sudoración, vértigos, jaquecas o vomitas, extenuación mental y física. Todos estas sintomatologías ponen en riesgo al paciente y su salud mental ya que le van a limitar a que lleve una vida normal. Sin embargo es importante resaltar que cuando se logra el control de dichas alteraciones se logra reducir notoriamente los síntomas y a su vez nos permite alcanzar tranquilidad, paz consigo mismo y relajar nuestro cuerpo (Clarín, 2014).

Según Mayo (2021) no existe una forma segura de prevenir el trastorno de la depresión, sin embargo existen estrategias que pueden ayudar a los adolescentes, entre ellas las siguientes:

2.6.2. Ejercitarse

Es importante tomar como medida preventiva el realizar actividad física ya que aumenta las hormonas llamadas “endorfinas” quienes se encuentran encargadas de controlar el estado

ánimico y nos permite poder sentir felicidad e intervienen ante cualquier emoción de tristeza. Se considera recomendable siempre el tomar en cuenta las indicaciones de un médico en salud mental.

2.6.3. Manejo del estrés

Existen muchas formas que nos permiten enfrentar y equilibrar el estrés ya sea mediante yoga, meditación o actividad física. Otra técnica importante es la de control mental interno la cual hace énfasis hacia la imaginación. También se puede mencionar técnicas de relajación progresiva donde el sujeto aprender a controlar los músculos, relajarlos y reducir la tensión y posibles contracturas musculares. Para usar estas técnicas es importante el compromiso y voluntad del paciente.

2.6.4. Expresión de emociones

Como seres humanos siempre será importante el que podamos comunicar nuestras emociones ya sea ante nuestra familia, amigos, entre otras personas con las cuales tengamos vínculos. Sin embargo es importante que tengamos en cuenta a quien comunicamos dichas emociones y conjunto a ello nuestra información.

2.6.5. Compromisos Grupales

Dentro de los compromisos grupales es importante involucrarse en actividades que generen satisfacción y promuevan la búsqueda de resultados positivos mediante la motivación. Ya que dichas actividades colectivas servirán para combatir la ansiedad y depresión.

2.6.6. Realizar escritos

Cuando no se tiene un familiar cercano a quien tener como apoyo ante cualquier tipo de situación que genere inestabilidad emocional como es la depresión se puede usar esta técnica sencilla que consiste en escribir ya que mediante la escritura podemos liberar pensamientos negativos.

2.6.7. Sentido de humor

Siempre es fundamental el mantener un buen estado anímico o buen humor, ya que se considera de carácter terapéutico, puesto que reír permite incrementar el estado anímico.

2.6.8. Factores asociados a la depresión

2.6.9. Nivel socioeconómico y depresión

Diversos estudios realizados han comprobado que el nivel de pobreza o nivel socioeconómico bajo están ligados a la depresión. Algunas de estas variables son la predisposición genética, lo que determinaría que los individuos en función a escalar posiciones altas dentro del estrato social terminan fracasando (Lisdabl, 2013).

2.7. Acontecimientos traumáticos en la infancia / depresión infantil

Según Pérez (2010) considera la pérdida de un padre o ser querido en la niñez viene a ser un factor de predisposición para padecer depresión en la adultez y podría ampliar el riesgo de sufrir. Sin embargo lo anteriormente mencionado no es confirmado.

Se considera también otro de los factores que influyen y fijan la depresión es la baja autoestima infantil, los abusos sexuales y físicos que se dan en la infancia. Menciona que también mediante estudios se ha logrado determinar que los pacientes neuróticos poseen un nivel alto de sensibilidad interpersonal (Lisdabl, 2013).

2.7.1. Entorno social y familiar

Dentro de esta área va a influir mucho el cómo se den las relaciones paternas y acorde a ello existirá o no el riesgo del desarrollo de un trastorno depresivo. En varios estudios realizados los individuos deprimidos manifestaron que por parte de sus padres quienes habían sido sobreprotectores y que usaban o aplicaban estrategias con la finalidad de ejercer control contra ellas (Lisdabl, 2013).

2.7.2. Acontecimientos vitales

Según Rodríguez (2010) indica que los sucesos vitales de carácter estresante poseen la capacidad para generar episodios maníacos y depresivos. Y también presentan acción patogénica la cual está limitada e inicia desde primeras semanas y se extiende hasta más de 5 meses.

2.7.3. Personalidad

Según Moreno (2008) indica que los rasgos de personas caracterizadas por ser neuróticas se relacionan con la depresión, indicando que los sujetos con mayor rigidez y pensamiento obsesivo son aquellos que se encuentran dentro de dicho grupo más vulnerable. Y dicho grupo es predominado más por mujeres que por hombres. A su vez estos resultados demuestran que

existe una diferencia entre ambos géneros y que el neuroticismo juega un rol fundamental como mediador entre el ser hombre y ser mujer, ligado al sufrir de depresión.

2.7.4. Sustancias Psicoactivas

Las diversas manifestaciones del estado mental de las personas pueden estar ligadas a la cultura, los cuales interfieren dentro de la conducta a más de ello a factores genéticos que generan predisposición ya sea al trastorno mental o al bienestar de la misma. Una de varias manifestaciones corresponde a las conductas compulsivas y adictivas al consumo de drogas o sustancias psicotrópicas. Dicho abuso o consumo excesivo de drogas desencadena diversos problemas o consecuencias las cuales se tornan significativas y se vuelven recurrentes ya que pueden llevar al incumplimiento de obligaciones y generar problemas legales, sociales e interpersonales (Lanquin, 2012).

Según Lanquin (2012) las sustancias psicotrópicas las cuales pueden ser legales o ilegales, se caracterizan por tener sustancias exógenas las cuales terminan afectando el sistema nervioso central e inducen a tener respuestas las cuales son de manera subjetiva como placer, calma o energía. El valor o costo para consumirlas se mide en función a los daños que genere a la salud los cuales también se verán reflejados en costos del tratamiento así como la mortalidad de manera prematura, crimen, violencia, programas de tratamiento y rehabilitación integral.

2.7.5. Aspectos epidemiológicos

Normalmente la depresión no elige género o clase social sin embargo tiene más frecuencia en género femenino que en masculino. Los estudios de GBD 2000 que menciona referente a las escenas de abatimientos unipolares el 1,9 % son género masculino y el 3,2% en género femenino, en cuanto a un 5,8 % de los varones y un 9,5% de féminas encontraron una onerosidad. Estas cifras varían entre las diversas poblaciones y en algunos casos pueden ser más elevadas algunas de ellas.

2.7.6. Factores de riesgo asociados

Según Mayo (2021) Existen diversos factores que aumentan los riesgos del desarrollo de depresión, en este caso en adolescentes se puede dar debido a:

- Haber sido víctima de violencia entre pares o bullying y en situaciones más graves abuso físico o sexual.

- Ser parte ya sea de manera involuntaria de problemas que van a generar impacto en su salud mental.
- Tener una enfermedad crónica o catastrófica lo que le genere constantemente expectativas e ideas negativas debido a la preocupación.
- Padecer de enfermedades mentales como anorexia, bulimia, trastorno de personalidad, trastorno de ansiedad, trastorno bipolar.
- Tener una baja autoestima o ser excesivamente dependiente de algo o alguien, ser demasiado pesimista.
- Abuso de sustancias psicotrópicas
- Ser rechazado por su entorno por ser homosexual, bisexual o transexual.

Los antecedentes que se han presentado dentro del área familiar en muchas ocasiones pueden implicar mucho al aumento de riesgo de depresión.

- Haber sido criado en un ambiente conflictivo y disfuncional.
- Tener familiares o un familiar que se suicidó.
- Tener padres o abuelos con parentesco sanguíneo que sufra o sufrió de depresión, alcoholismo o trastorno bipolar.
- Haber experimentado situaciones de estrés ya sea muerte de una familiar, divorcio de padres.

III. METODOLOGIA

3.1 Tipo de investigación

Según Tamayo (2014) en su libro Proceso de Investigación Científica, donde menciona que la investigación descriptiva es aquella que comprende la descripción, reconocimiento, estudio e interpretación de la naturaleza actual y composición o proceso de los fenómenos. El punto de vista se realiza referente a las conclusiones dominantes, sobre un conjunto de personas, grupo o cosas, se conduce o funciona en presente.

3.1.1. Diseño de investigación

Se usó el diseño no experimental, descriptivo y transversal. No experimental porque la investigación se realiza sin manipulación deliberada de variable y en los que solo se observara los fenómenos en su ambiente natural para después estudiarlos, transversal porque recopilan datos en un momento único (Batista2010). Y descriptiva porque se pretende identificar las características, describiendo el comportamiento sin influir de manera alguna en los estudiantes de primero a tercer año de Bachillerato de la sección nocturna del colegio Juan Montalvo de Machala - Ecuador, 2018.

Esquema de diseño no experimental de la investigación

M----- O

Donde:

M: Población muestral

O: Observación de la muestra

3.1.2. Población y muestra

3.1.3. Población

La población estuvo conformada por 100 estudiantes de primero a tercer año de Bachillerato del turno nocturno del Colegio Juan Montalvo de Machala Ecuador, 2018. Según Chávez (2009) manifiesta que la población es el universo de la investigación, sobre la cual se pretende generalizar los resultados, y que está constituida por características que se

deben delimitar con la finalidad de establecer los parámetros muestrales, incluyendo la totalidad de los sujetos, objetivos, fenómenos o situaciones que se desean investigar.

Distribución poblacional de los estudiantes del Colegio Técnico Juan Montalvo de Machala Ecuador, 2018, según grado, genero, edad

Grados	Genero	Edad	Frecuencia	%
Primero	M Y F	15-25	28	28.00
Segundo	M Y F	25-35	28	28.00
Tercero	F Y M	35-50	44	44.00
TOTAL			100	100%

Fuente: Planillón de estudiantes del Colegio Juan Montalvo de Machala –Ecuador.

3.1.4. Población muestral

Para el estudio se utilizó una población muestral de 100 estudiantes que están distribuidos de la siguiente manera: estudiantes de primer a tercer año de Bachillerato de la sección nocturna del colegio Juan Montalvo de Machala - Ecuador, 2018.

A) Criterios de inclusión

- Estudiantes que aceptaron participar en la investigación
- Estudiantes que evidencian facultades físicas y mentales para brindar información
- Estudiantes que estudian de primer a tercer año de Bachillerato del turno nocturno del colegio Técnico Juan Montalvo de Machala – Ecuador.

B) Criterios de exclusión

- Estudiantes que no contestaron todos los ítems
- Estudiantes que no estudian en el colegio Técnico Juan Montalvo de Machala

3.1.5. Definición y Operacionalización de variables

3.1.6. Depresión definición

Definición conceptual

La depresión es una enfermedad que altera la forma de los sentimientos y los sentimientos, pensamientos. La forma más frecuente de manifestarse es como tristeza, decaimiento, sensación de ser incapaz de enfrentar las actividades y actividades, y la pérdida de interés en actividades que previamente resultaban placenteras

Definición Operacional

Según (Zung 1965) La depresión es una enfermedad que se manifiesta en función a su nivel ya sea leve, moderado o severo, en función a ello la sintomatología que sentirá el paciente y la afección a su vida cotidiana. La depresión será medida mediante la escala de depresión de Zung.

3.1.7. Operacionalización de las Variables.

VARIABLES	DIMENSIONES	VALORES O CATEGORIAS	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION
Depresión	Dimensiones	No hay depresión presente menos de 40 41-60 leve moderada 61 a 70 depresión moderada intensa 71 o más depresión intensa	Categórica	Ordinal

3.1.8. Técnicas e Instrumentos

3.2. Técnicas

Se utilizó la técnica de la encuesta: Según Grasso (2006) es un medio que admite explorar puntos que hacen a la subjetividad y al mismo tiempo obtener esa información de un número considerable de personas, así por ejemplo: permite explorar la opinión pública y los valores vigentes de una sociedad, temas de significación científica y de importancia en las sociedades democráticas.

3.2.1. Instrumento

En la presente investigación se utilizó la escala de autoevaluación para depresión de Zung.

3.2.2. Escala de Auto medición de la Depresión (EAMD)

La Escala de Auto medición de la Depresión (EAMD) de William Zung y Zung, también conocido como Escala de Depresión de Zung; el mismo que establece un marco de referencia de las conductas ansiosas, basado en un cuestionario de 20 frases o relatos referidos por el paciente a manifestaciones de características de depresión como signo significativo en relación a trastornos emocionales.

La Escala de Depresión de Zung consiste en un cuestionario de 20 frases, informes o relatos. Cada uno de los cuales se refieren a un síntoma o signo característico de la depresión. En conjunto las 20 frases abarcan síntomas depresivos, como expresión de trastornos emocionales y se presenta en una ficha con cuatro columnas de elección tituladas: Así mismo se observa que en el lado izquierdo de la tabla de evaluación, comprende cuatro columnas en blanco encabezado por las respuestas: "Muy pocas veces", "Algunas veces", "Muchas veces" y "Casi siempre".

A los examinados les es imposible falsificar tendencias en sus respuestas, porque la mitad de los ítems están redactados como síntomas positivos y la otra mitad como síntomas negativos. La aplicación puede ser individual o colectiva.

Forma de evaluación:

Para su aplicación se le pide al sujeto que ponga una marca en el recuadro que el considere más adecuado a como se ha sentido en la última semana.

Calificación del Instrumento:

Para obtener la calificación, se coloca la hoja de respuestas bajo la guía de puntuación y se escribe el valor de cada respuesta en la columna de la derecha y la suma de todas ellas al pie de la página.

Para obtener el grado de depresión se compara la Escala obtenida con la escala clave para efectuar el recuento, con un valor de 1, 2, 3, 4 en orden variable según si la pregunta está formulada en sentido positivo o negativo. Luego se suman todos los valores parciales. A continuación, se convierte la puntuación total en un índice basado en 100. En este sentido, con la Escala EAMD, se intenta estimar el estado de depresión presente en términos de medición cuantitativa de niveles de depresión, al margen de la causa. Por otro lado, esta Escala nos permite relacionar los síntomas depresivos y las frases de la EAMD. Aunque estas frases están escritas en el lenguaje común del paciente con depresión. Cada una de ellas identifica un síntoma reconocido de la depresión. Entonces se tiene una lista de dichos síntomas y las frases que los expresan. Siendo descrito de la siguiente manera:

NIVELES DE DEPRESION QUE CONSIDERA EL INSTRUMENTO

1. Estado afectivo persistente N° de la Frase	
Deprimido, triste, melancólico	(1)
Accesos de llanto	(2)
2. Trastornos fisiológicos	
Variación diurna, los síntomas son mayores por la mañana y disminuye algo a medida que avanza el día	(3)
Sueños: se despierta demasiado temprano o varias veces durante la noche	(4)
Apetito: disminución de ingestión de alimentos	(5)
Pérdida de peso: con disminución de la ingestión de alimentos o con aumento del metabolismo y disminución del reposo	(7)

Función sexual: disminución de la libido	(6)
Gastrointestinales: estreñimiento	(8)
Cardiovasculares: taquicardia	(9)
Músculos esqueléticos: fatiga	(10)
3. Trastornos psicomotores	
Agitación psicomotora	(13)
Astenia psicomotora	(12)
4. Trastornos psíquicos	
Confusión	(11)
Sensación de Vacío	(18)
Desesperanza	(14)
Indecisión	(16)
Irritabilidad	(15)
Insatisfacción	(20)
Desvalorización personal	(17)
Ideas suicidas	(19)

ÍNDICE EAMD INTERPRETACIÓN

Menos de 40.....	Dentro de los límites normales.
De 41 - 60.....	Desorden Emocional.
De 61 - 70.....	Depresión Situacional

De 71 o más.....	Depresión Ambulatoria (Tratamiento).
------------------	--------------------------------------

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD.

Zung (1965) valida las escalas (EAA y EAMD) aplicándola, en primer lugar, a un grupo de pacientes de Consultorio Externo en el DUKE PSYCRHIASTYK HOSPITAL, con diagnóstico de depresión, ansiedad y otros desórdenes de la personalidad. Los diagnósticos fueron establecidos separadamente por otros clínicos, obteniendo puntuaciones con escalas psicométricas standard, antes de la aplicación de ambas escalas. En todos los pacientes se encontró una alta correlación entre las puntuaciones obtenidas, y las recogidas con otras pruebas, se encontró así mismo diferencias significativas en relación con la edad, nivel educativo e ingresos económicos. La Escala Auto aplicada de Depresión de Zung fue desarrollada por W. W. Zung en 1965 para evaluar el nivel de depresión en pacientes diagnosticados con algún desorden depresivo, es una escala de cuantificación de síntomas de base empírica y derivada en cierto modo de la escala de depresión de Hamilton, ya que al igual que ella da mayor peso al componente somático-conductual del trastorno depresivo. Fue probablemente una de las primeras en validarse en países de habla hispana y ha tenido una amplia difusión.

En 1968 se realizó la validación de tipo transcultural, aplicando las escalas en Japón, Inglaterra, Checoslovaquia, Australia y Alemania. Las autovaloraciones en dichos países eran comparables, encontrando que existen diferencias significativas en un grupo de pacientes con diagnóstico de Depresión Aparente y Pacientes deprimidos. Se obtuvo un índice promedio de 74 pacientes con Diagnóstico de Depresión y en sujetos normales, un promedio de 33. En este mismo trabajo Zung delimitó sus niveles de cuantificación de la Ansiedad y la Depresión.

Utilizando la Escala de Síntomas Depresivos de Zung (1975) va a encontrar en Estados Unidos, que el 13% de los sujetos de su muestra van a presentar muchos síntomas depresivos. Al igual que en Zaragoza (1983). Se encuentra un 6.8% de sujetos con fuertes síntomas. La prevalencia de síntomas depresivos oscila entre 13 y 20 % de la población, según BOYD Y NEISSMAN (1982). Así mismo en España con la Escala de Síntomas de Zung, se encontró una prevalencia del 7%. Esto equivalía a una cifra de dos millones de adultos.

3.2.3. Plan de análisis

El procesamiento de los datos se realizó utilizando el programa informático Microsoft Excel 2010. Para el análisis de los datos se utilizó la estadística descriptiva, como tablas de distribución de frecuencia y porcentuales. Se usó el SPSS versión 2019.

3.2.4. Matriz de consistencia

Problema	Variable	Indicadores	Objetivos	Metodología	Técnicas
¿Cual es el nivel de depresión de los estudiantes de primer a tercer año de bachillerato del turno nocturno del Colegio Juan Montalvo de Machala- Ecuador, 2018?	Depresión	Sexo Edad Grado de instrucción	Objetivo general Determinar los niveles de depresión en los estudiantes de primer a tercer año de bachillerato del turno nocturno del Colegio Juan Montalvo de Machala- Ecuador, 2018.	Tipo de investigación Cuantitativo	Test de Zung escala Zung definición Según (Zung 1965) La depresión es una enfermedad que se manifiesta en función a su nivel ya sea leve, moderado o
			Objetivos Específicos	Diseño	
			Identificar el nivel de depresión en función a la edad en estudiantes de primer a tercer año de bachillerato del turno nocturno del Colegio Juan Montalvo de Machala- Ecuador, 2018.	No experimental Descriptivo Transversal Población Se utilizó una población muestral de 100 estudiantes	

			<p>Identificar el nivel de depresión en función al género en estudiantes de primer a tercer año de bachillerato del turno nocturno del Colegio Juan Montalvo de Machala- Ecuador, 2018.</p> <p>Identificar el nivel de depresión en función al año de instrucción de los estudiantes de primer a tercer año de bachillerato del turno nocturno del Colegio Juan Montalvo de Machala- Ecuador, 2018.</p>	<p>de primer a tercer año de bachillerato del turno nocturno del colegio Juan Montalvo de Machala- Ecuador, 2018.</p>	<p>severo, en función a ello la sintomatología que sentirá el paciente y la afección a su vida cotidiana.</p>
--	--	--	---	---	---

3.2.4. Principios éticos

En el presente trabajo de investigación el investigador valoro los aspectos éticos como:

- **Anonimato:** Se aplicaron los cuestionarios a los estudiantes (100 miembros) indicándoles que fue anónima y que la información obtenida es solo para fines del trabajo de la investigación

- **Privacidad:** Toda la información que se obtuvo por el evaluador se mantendrá en secreto y se evitará ser expuesto respetando la intimidad de los alumnos, siendo útil solo para fines de la investigación.

- **Consentimiento:** Solo se trabajó con los estudiantes que aceptaron voluntariamente participar en el presente trabajo.

IV. RESULTADOS

4.1 Resultados

Tabla 2

Nivel de depresión y porcentaje de los estudiantes de primer a tercer año de bachillerato del turno nocturno del colegio Juan Montalvo de la ciudad de Machala, Ecuador, 2018.

	F	%
Limite Normal	72	72,0
Depresión leve moderada	4	4,0
Depresión moderada intensa	24	24,0
Depresión intensa	0	0,0
Total	100	100,0

Fuente: Feijoo, I. Escala de depresión de William Zung.

NIVEL DE DEPRESION

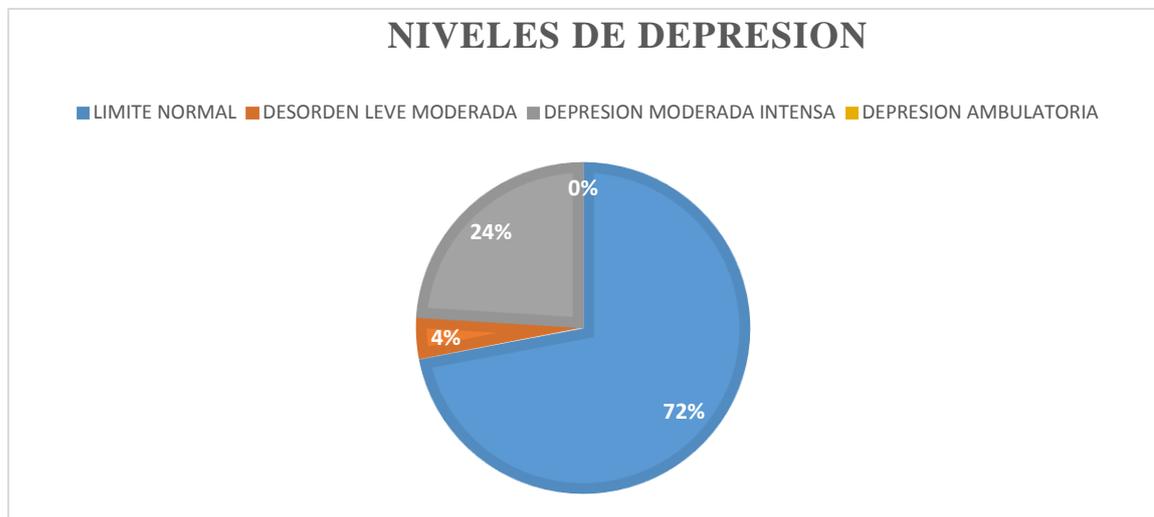


Figura 1. Grafico redondo de repartición porcentual del nivel de depresión en los estudiantes de primer a tercer año de bachillerato del turno nocturno del colegio Juan Montalvo de la ciudad de Machala – Ecuador, 2018.

Fuente: Tabla 2

La tabla 2 y grafico número uno donde se observa que el 72 % de estudiantes se encuentran dentro del Límite Normal, seguido por un 24% (24) alumnos que se encuentran en una depresión moderada intensa y para finalizar con un 4% (4) estudiantes dentro de una depresión leve moderada.

Tabla 3

Repartición de niveles de frecuencia y porcentajes de depresión en función a la edad de los alumnos de primero a tercer año bachillerato del colegio Juan Montalvo de la ciudad de Machala Ecuador, 2018.

	NIVEL DE DEPRESION EN FUNCION A LA EDAD							
	15_A 25 AÑOS		25_A 35 AÑOS		35_A 50 AÑOS		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Límite Normal	72	72%	0	0%	0	0%	72	72%
Depresión leve moderada	0	0%	4	4%	0	0%	4	4%
Depresión moderada intensa	8	8%	16	16%	0	0%	24	24%
Depresión intensa	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Total	80	80%	20	20%	0	0%	100	100%

Fuente: Feijoo, I. *Escala de depresión de William Zung.*

Figura 2

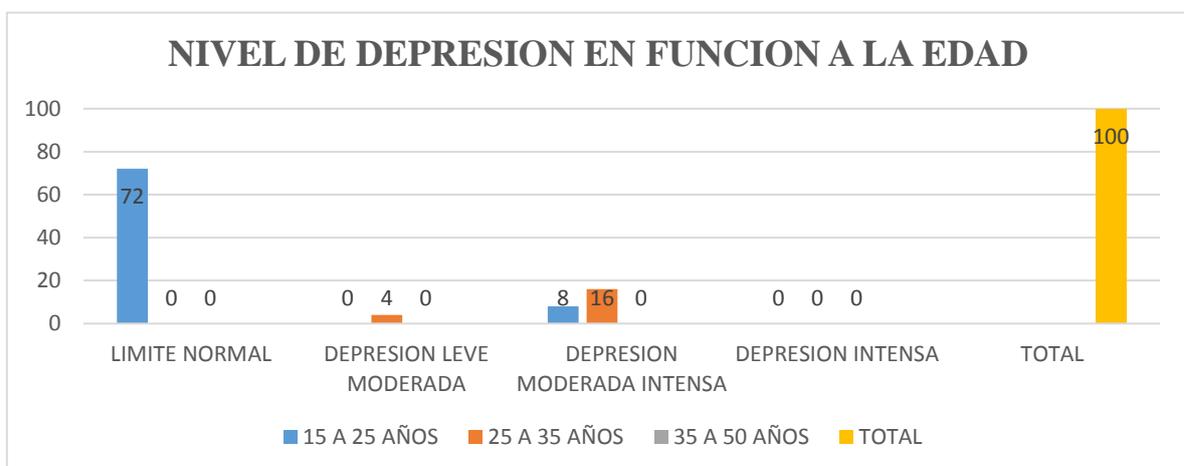


Figura 2. Figura de barras de distribución porcentual referente al nivel de depresión en función a la edad de los estudiantes de primer a tercer año de bachillerato del turno nocturno del colegio Juan Montalvo de la ciudad de Machala – Ecuador, 2018.

Fuente: Tabla 3

En tabla 3 y grafico 2 se puede apreciar que alumnos entre 15 a 25 años de edad que equivalen al 72% (72sujetos) pertenecientes a la población se ubican en límites Normales o presentan ausencia de depresión, luego un 16% (16) alumnos que pertenecen a la edad de 25 a 35 años y un 8% (8) alumnos en categoría de 15 a 25 años de edad que en su totalidad suman un 24 % se encuentran ubicados en una depresión moderada intensa. Finalizando con un 4% (4) alumnos que se encuentran dentro de una depresión leve moderada los cuales están en la categoría de 25 a 35 años de edad.

Tabla 4

Distribución de nivel de depresión en función a género en los estudiantes de primer a tercer año de bachillerato del turno nocturno del colegio Juan Montalvo de Machala – Ecuador, 2018.

	Genero					
	Masculino		Femenino		Total	
	F	%	F	%	F	%
Limite Normal	40	40%	32	32%	72	72%
Depresión leve moderada	0	0%	4	4%	4	4%
Depresión moderada intensa	12	12%	12	12%	24	24%
Depresión intensa	0	0%	0	0%	0	0%
TOTAL	52	52%	48	48%	100	100%

Fuente: Feijoo, I. escala de depresión de William Zung

Figura 3

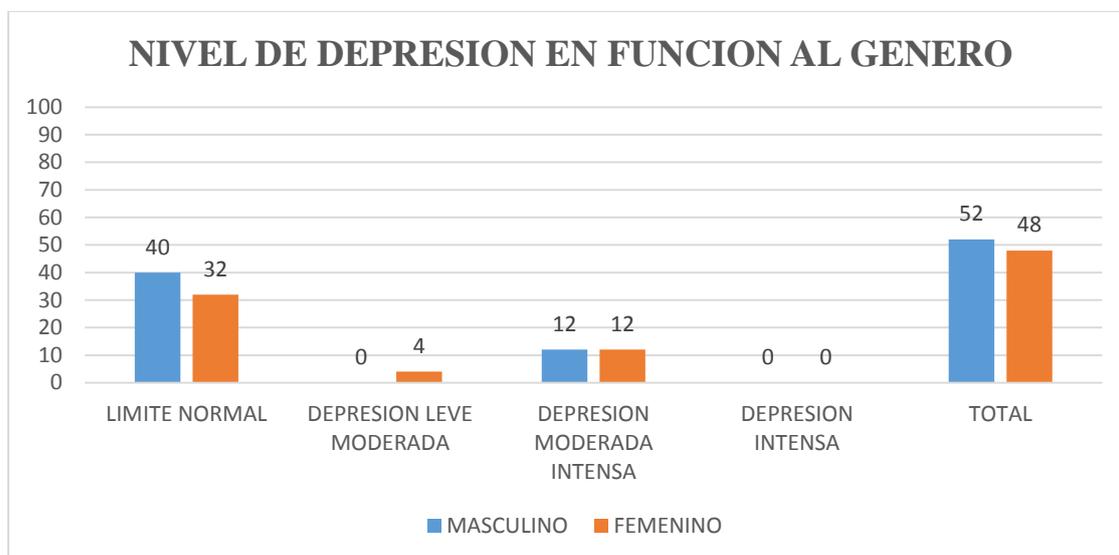


Figura 3. Barra de distribución porcentual del nivel de depresión en función al género en los estudiantes de primer a tercer año de bachillerato del turno nocturno del colegio Juan Montalvo de la ciudad de Machala – Ecuador, 2018 .

Fuente: Tabla 4

La tabla 4 y figura 3 donde se aprecia que los alumnos de género masculino ocupan un 40% (40 estudiantes) los cuales se encuentran inmersos dentro de un Limite Normal es decir con ausencia de depresión, mientras que un 12% (12) se ubican en el nivel depresión moderada intensa; así mismo suman una totalidad un 52% de la población. En cuanto al género femenino se obtuvieron los siguientes resultados un 32% (32 sujetos) quienes se ubican dentro de un Limite Normal, un 12% (12) dentro de una depresión moderada intensa, mientras que un 4% (4) alumnos en una depresión leve moderada, que en su totalidad suman un 48 % del total de la población.

Tabla 5

"Distribución porcentual del nivel de depresión en función al año de instrucción en los estudiantes de primer a tercer año de bachillerato del turno nocturno del colegio Juan Montalvo de Machala – Ecuador, 2018.

NIVEL DE DEPRESION EN FUNCION AL AÑO DE INSTRUCCIÓN								
	1ER AÑO		2DO AÑO		3ER AÑO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Limite normal	28	28%	12	12%	32	32%	72	72%
Depresión leve moderada	0	0%	4	4%	0	0%	4	4%
Depresión moderada intensa	0	0%	12	12%	12	12%	24	24%
Depresión intensa	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Total	28	28%	28	28%	44	44%	100	100%

Fuente: Feijoo, I. Escala de depresión de William Zung.

Figura 4

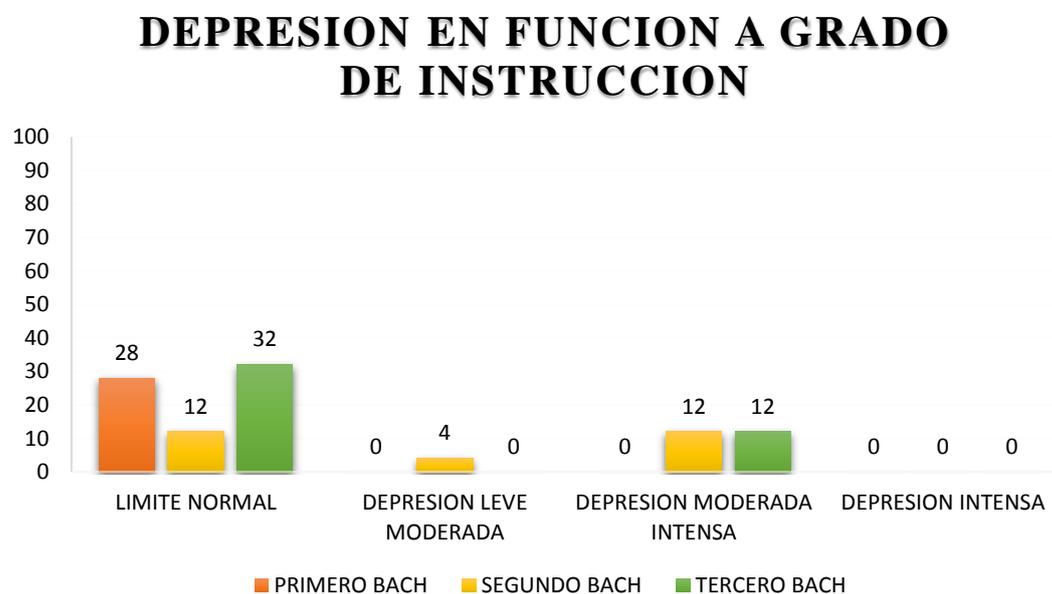


Figura 4. Gráfico en forma de barra que representa la distribución porcentual del nivel de depresión en función al año de instrucción en los estudiantes de primer a tercer

año de bachillerato del turno nocturno del colegio Juan Montalvo de la ciudad de Machala – Ecuador, 2018.

En cuanto al año de instrucción se encontró un 32% que pertenece a tercero de bachillerato, seguido por un 28% que corresponde a primero de bachillerato y un 12% correspondiente a segundo de bachillerato, todos dentro de un límite normal o ausencia de depresión, en cuanto a alumnos dentro de una depresión moderada intensa en tercero de bachillerato se encontró un 12%, al igual que en segundo año, finalizando con un 4% de segundo año de bachillerato que presentan una depresión leve moderada.

4.2 Análisis de resultados

Los resultados que fueron obtenidos en el presente trabajo de investigación que tuvieron como objetivo el determinar los niveles de Depresión en estudiantes de primer a tercer año de bachillerato del turno nocturno del colegio Juan Montalvo de Machala, Ecuador. Y en función a los objetivos específicos planteados en la investigación se procede a realizar el análisis de resultados correspondiente.

Una vez concluida la interpretación de resultados se procedió a realizar el análisis de resultados: En el objetivo 1: Donde se encontró los siguientes resultados, un 72% de los estudiantes que se encuentran entre los 15 a 25 años de edad se ubican en un límite normal o ausencia de depresión, este resultado no se asemeja ni contradice a ninguna investigación realizada con anterioridad.

En el objetivo 2: Donde se encontró los siguientes resultados en estudiantes de género femenino se obtuvo el 32% (32) que están en un límite normal o ausencia de depresión, mientras que un 12% (12) en una depresión moderada intensa, un 4% (4) en una depresión leve moderada. Sumando en su totalidad un 48 %; en cuanto al género masculino un 40% (40) dentro de un límite normal o ausencia de depresión, un 12% (12) en una depresión moderada intensa; sumando un 52% en su totalidad, estos resultados no tienen semejanza a la investigación de Fajardo (2017) que se titula “Depresión en adolescentes escolarizados de décimo año, de la Unidad Educativa Municipal “ Sebastián de Benalcazar”, de la ciudad de Quito, Provincia de Pichincha, en el periodo octubre de 2016 a marzo 2017. En donde menciono que dichos niveles de depresión son de 65,2% en mujeres, mientras que en los hombres existe una menor frecuencia correspondiente a un 34,8%.

En el objetivo 3: Donde los resultados encontrados fueron los siguientes: los estudiantes de tercer año de bachillerato obtuvieron el porcentaje de 44%, donde 32 se encuentran en límites normales o ausencia de depresión y 12 dentro de una depresión moderada intensa, en cuanto los de segundo año de bachillerato obtuvieron 28%, 12 de ellos en limite normal, 12 con depresión moderada intensa y 4 con depresión leve moderada. Finalizando con primero de bachillerato que obtuvo el porcentaje de 28 % que en su totalidad están dentro del el límite normal o ausencia de depresión, este resultado no tiene semejanza ni contradicción a ninguna otra investigación realizada con anterioridad.

V. Conclusiones

5.1 Conclusiones

- He concluido que la mayoría de estudiantes del turno nocturno del colegio Juan Montalvo de Machala, Ecuador. Se encuentran dentro de un límite normal puesto que representan un 72 % alumnos. Seguido por un 24 % de alumnos que los cuales se encuentran dentro de una depresión moderada intensa y finalizando con los alumnos que están dentro de una depresión leve moderada con un 4%.

- En cuanto al primer objetivo específico: donde concluyo que el 72% de alumnos se encuentran en un límite normal o no presentan depresión, en cuanto a su edad están dentro de los 17 a 25 años de edad. Seguido por un 16% de alumnos que están ubicados en la categoría de 25 a 35 años de edad, luego un 8% alumnos inmersos en la categoría de 15 a 25 años de edad que en totalidad suman un 24 % los cuales se encuentran dentro de una depresión moderada intensa. Para finalizar dentro de una depresión leve moderada encontramos un 4% alumnos que están en la categoría de 35 a 50 años de edad.

- En el segundo objetivo específico se concluye que la mayoría de alumnos están dentro de un límite normal o con ausencia de depresión los cuales son hombres con un 40 %, seguido por un 32 % que equivale a género femenino que se encuentran de igual manera dentro de un límite normal.

- En cuanto al tercer objetivo específico: se concluye que la mayor parte de estudiantes que se encuentran en límite normal son pertenecientes al tercer Año de bachillerato y su población corresponde a un 32%, seguido por los alumnos de primer año de bachillerato con un 28% y finalizando con segundo de bachillerato con un 12%.

5.2. Recomendaciones

- Como recomendación hacia la máxima autoridad de la institución el rector, el elaborar un plan de trabajo el cual debe hacerse de manera urgente y de manera coordinada. Ya que el trabajo en equipo tanto de psicólogos, tutores, inspectores y todos los miembros de la institución va a permitir trabajar la problemática de depresión de mejor manera en los diversos estudiantes que se ubican dentro de una depresión moderada intensa y depresión leve moderada.

-Se recomienda a los miembros del departamento de consejería estudiantil el sensibilizar y capacitar a los miembros de la institución educativa puesto que dichos miembros estarán inmersos en las actividades que se planteen en el ya mencionado plan de trabajo. Puesto que las capacitaciones y el sensibilizar les permitirá a los tutores con mayor facilidad el identificar los alumnos con niveles de depresión y permitir el accionar de los psicólogos de forma más eficaz. Para ello también será importante el capacitarles a dichos docentes tutores.

- Se recomienda a los psicólogos de la institución el realizar la apertura de espacios de atención individual. También el realizar actividades de prevención ante el suicidio y romper estigmas que muchos alumnos tienen ante la psicología y la salud mental, teniendo como objetivo el evitar que dichos alumnos que se encuentran en niveles se consideran adecuados “normales” o situacionales, caigan o ahonden en niveles depresivos más complicados o graves.

- También se brinda como recomendación a la segunda autoridad a cargo del plantel, la Vice Rectora del área académica la coordinación y la obtención del compromiso de todos los profesores tutores y los psicólogos miembros del departamento de consejería estudiantil con la finalidad de coordinar tiempo y espacio para aperturas talleres de psicodrama y vivenciales que permitan conocer más a fondo la realidad que vive cada uno de ellos y el despertar de la empatía entre sí mismos. En dichos talleres se debe incluir toda la comunidad estudiantil, con la finalidad de que el trabajo llegue a todos de manera adecuada para poder lograr buenos resultados al finalizar las actividades programadas.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Astocondor Altamirano, J. V., Universidad Nacional de Ucayali, Facultad de Medicina. Ucayali, Perú, Ruiz Solsol, L. E., Mejia, C. R., Universidad Nacional de Ucayali, Facultad de Medicina. Ucayali, Perú, & Universidad Continental. Huancayo, Perú. (2019). Influencia de la depresión en la ideación suicida de los estudiantes de la selva peruana. *Horizonte médico*, 19(1), 53–58. <https://doi.org/10.24265/horizmed.2019.v19n1.09>

Almirón, Lila M.-Romero, Patricia E. - López, Ana M. - Czernik, Gabriela E. (2005). *Rasgos de depresión en adolescentes que asisten a clases en una Escuela Técnica de la ciudad de Corrientes* [Universidad Nacional Nordeste]. file:///C:/Users/2021/Downloads/fdocuments.ec_rasgos-de-depresion-en-adolescentes-que-asisten-a-clases-en-una-escuela-tecnica.pdf

Blum, R. (2000). *Un mundo Conceptual de salud del adolescente*. México: Mc Graw Hill.

Campuzano, J. (2013). *Depresión, estrés y ansiedad y su relación con el desempeño académico: Una visión transversal, en los estudiantes de la Universidad latino americana*, Cuernavaca, Morelos 2013. Cuernavaca.

Cárdenas, Á. (2014). *Clima social familiar en adolescentes con depresión del quinto año del nivel secundario de la I.E N° 001 José Lishner Tudela Tumbes 2014*. Recuperado de: [file:///C:/Users/USER/Downloads/Uladech_Biblioteca_virtual%20\(8\).pdf](file:///C:/Users/USER/Downloads/Uladech_Biblioteca_virtual%20(8).pdf)

Clínica, M. (2022). *Trastorno depresivo mayor* [Blog]. Recuperado el 3 de enero de 2022, de <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/depression/symptoms-causes/syc-20356007>.

(S/f-c). Uaemex.mx. Recuperado el 3 de marzo de 2022, de <https://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/98730/TESIS%20%20e2%80>

%9cDEPRESI%c3%93N%20Y%20FUNCIONAMIENTO%20FAMILIAR%20EN%
20J%c3%93VENES%20UNIVERSITARIOS%e2%80%9d%20%20JAQUELINE%2
0DIAZ%20ENRIQUEZ.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Amaya, L. (2014). "La depresión y su relación con la hipertensión arterial en pacientes que asisten a la clínica interna del hospital nacional de escuintla [Universidad San Carlos de Guatemala].<http://www.repositorio.usac.edu.gt/9499/1/T13%20%282730.pdf>

DEPRESIÓN. IMSS. (2022). Recuperado el 15 de febrero de 2016 de <https://www.imss.gob.mx/saludenlinea/depresion#:~:text=Se%20diferencia%20de%20la%20depresi%C3%B3n,actividades%20de%20la%20vida%20diaria.&text=Presentan%20baja%20del%20estado%20de,inter%C3%A9s%20en%20todas%20sus%20actividades.>

García, A. (2014). Trastornos y problemas. Psicólogo Madrid. Disponible en: <http://psicologomadrid.org/trastornos-y-problemas-psicologicos.php>

García, J. (2021). Tratamientos de la depresión [Blog]. Recuperado el 6 de enero de 2022, de http://www.psicoterapeutas.com/trastornos/depresion/tratamientos_depresion.html.

Gonzales, A. (2015). Relación entre el clima social familiar y la depresión en los estudiantes del 2do , 3ro, 4to y 5to año del nivel secundario de la institución educativa N°011 "César Vallejo" Tumbes, en el año 2014. Recuperado de: <http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/?ejemplar=00000040400>

Lanquin Espinosa, (2012). *Crecimiento y comportamiento en la adolescencia*. Madrid, España. Martinsen, E.W. (2007) Physical activity and depression: clinical experience. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 23-27.

López, D. (2016). Depresión en estudiantes varones y estudiantes mujeres del primer año de la Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad Peruana Unión Filial Juliaca-2016. Recuperado de: <http://repositorio.upeu.edu.pe/handle/UPEU/643>

Romina, Z. (2015). *Bullying en adolescentes escolarizados de primero a cuarto año de secundaria, en las instituciones educativas de Atlántida*. Universidad de la República de Uruguay.

(S/f-d). Recuperado el 3 de marzo de 2022, de http://file:///C:/Users/2021/Downloads/silo.tips_universidad-autonoma-de-queretaro-facultad-de-enfermeria-licenciatura-en-enfermeria-bullying-y-su-relacion-con-la-depresion-en-adolescentes.pdf

Mindinstitute, C. (2022). Tipos de depresión [Blog]. Recuperado el 12 de enero de 2022, de <https://childmind.org/es/articulo/cuales-son-los-tipos-de-depresion/>.

Molina, L. (2022). *Comprender la depresión* [Ebook]. Editorial Barcelona. Recuperado el 4 de febrero del 2022 de https://books.google.com.ec/books?id=yC_1xY4jzNUC&pg=PA51&dq=tipos+de+depresion&hl=es419&sa=X&ved=2ahUKEwju2pz58qr1AhVfSDABHXINBBIQ6AF6BAgGEAI#v=onepage&q=tipos%20de%20depresion&ffal

Depresion. (s/f). <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Osorio, G. (2007). [Libro electrónico]. Recuperado el 3 de enero de 2022, de <http://dgsa.uaeh.edu.mx:8080/bibliotecadigital/bitstream/handle/231104/230/Abandono%20del%20adulto%20mayor%20en%20la%20casa.pdf?sequence=1>.

Perez-Olmos I, Rodríguez- Sandoval E, Dussan- Buitrago MM. & Ayala-Aguilera JR. (2016) Organización Mundial de la Salud (OMS). (2012). *Día Mundial de la salud mental*. *Rev.de Medicina dello Sport*, 27 (8) 272-274.

Riofrio, E. (2017). Relación entre bullying y la depresión en los estudiantes de tercero al quinto año de secundaria de la institución educativa San Jacinto del distrito de San Jacinto Tumbes, 2017. Recuperado de: <http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/?ejemplar=00000044905>

Ruiz Alfaro, D. (2015). Adaptación de la segunda versión del inventario de depresión de Beck a la gran área metropolitana de Costa Rica. Costa Rica, Costa Rica. *Sintomatología*

depresiva y ansiosa en estudiantes de enseñanza media. Rev, Chilena Pediátricas; 151-159.

Sáenz González, M.-P. (2011). *Sintomatología depresiva y acoso escolar en un grupo de adolescentes escolares*. Pontificia Universidad Católica del Perú.

Tatiana Quezada (2014) “Comparación entre el test de Hamilton y Beck para determinar mayor eficacia diagnóstica de depresión, aplicado a estudiantes de medicina de la Universidad nacional de Loja” Obtenido: <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/19346/1/TESIS%20LUIS%20ORDO%20c3%.pdf>

Uladech. (2019). *Clima social familiar y depresion* Obtenido de http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/4517/CLIMA_SOCIAL_FAMILIAR_DEPRESION_GARCIA_ORDINOLA_MELANIE_STEISY.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Valadez-Figueroa I, Amescua- Fernandez R, Quintanilla-Montoya R. & González- Gallegos N. (2005) *Archivo de Medicina Familiar*; 69.

Villacorta, N. (2014). Situaciones de acoso escolar y su relación con el rendimiento académico en los estudiantes de secundaria de la IE Juan de Espinosa Medrano en el año 2013 [Ebook]. Recuperado el 3 de marzo de 2022, de https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/3529/Villacorta_pn.pdf?sequence=3&isAllowed=y.

Villanueva, A. (2017). Relación entre sintomatología depresiva y rendimiento académico en estudiantes de medicina humana de la universidad de san Martín de Porres en el año 2017 [Ebook]. Recuperado el 3 de marzo de 2022, de https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/4437/villanueva_tam.pdf?sequence=3&isAllowed=y#:~:text=Conclusiones%3A%20Se%20encontr%C3%B3%20que%20si,Porres%20en%20el%20a%C3%B1o%202017.

ANEXO N1.- INSTRUMENTO ESCALA DE AUTOVALORACIÓN DE LA DEPRESIÓN DE ZUNG

		Nunca o casi nunca	A veces	Con bastante frecuencia	Siempre o casi siempre
1	Me siento abatido y melancólico	1	2	3	4
2	Por las mañanas es cuando me siento mejor	4	3	2	1
3	Tengo accesos de llanto o ganas de llorar	1	2	3	4
4	Tengo problemas para dormir en la noche	1	2	3	4
5	Tengo tanto apetito como antes	4	3	2	1
6	Aun me atraen las personas del sexo opuesto	4	3	2	1
7	Noto que estoy perdiendo peso	1	2	3	4
8	Tengo trastornos intestinales y estreñimiento	1	2	3	4
9	Me late el corazón mas a prisa que de costumbre	1	2	3	4
10	Me canso sin motivo	1	2	3	4
11	Tengo la mente tan clara como antes	4	3	2	1
12	Hago las cosas con la misma facilidad que antes	4	3	2	1
13	Me siento nervioso y no puedo estar quieto	1	2	3	4
14	Tengo esperanza en el futuro	4	3	2	1
15	Estoy más irritable que antes	1	2	3	4
16	Me es fácil tomar decisiones	4	3	2	1
17	Me siento útil y necesario	4	3	2	1
18	Me satisface mi vida actual	4	3	2	1
19	Creo que los demás estuvieran mejor si yo muriera	1	2	3	4
20	Disfruto de las mismas cosas que antes	4	3	2	1

**ANEXO N 2.- PARA CONVERTIR LA PUNTAJACIÓN TOTAL EN EL
ÍNDICE DE VALORACIÓN DE LA DEPRESIÓN**

NTUACION	DICE EAD	NTUACION	DICE EAD	NTUACION	DICE EAD
20	25	40	50	60	75
21	26	41	51	61	76
22	28	42	53	62	78
23	29	43	54	63	79
24	30	44	55	64	80
25	31	45	56	65	81
26	33	46	58	66	83
27	34	47	59	67	84
28	35	48	60	68	85
29	36	49	61	69	86
30	38	50	63	70	88
31	39	51	64	71	89
32	40	52	65	72	90
33	41	53	66	73	91
34	43	54	68	74	93
35	44	55	69	75	94
36	45	56	70	76	95
37	46	57	71	77	96
38	48	58	73	78	98
39	49	59	74	79	99
				80	100

ÍNDICE EED

INTERPRETACIÓN

MENOS DE 50

DENTRO DE LOS LÍMITES NORMALES

50 A 59

DEPRESIÓN LEVE MODERADA

60 A 69

DEPRESIÓN MODERADA INTENSA

70 A MAS

DEPRESIÓN INTENSA

ANEXO 3.- TEST DE ZUNG AUTOVALORACION DEPRESION Escala de Auto medición de la Depresión (EAMD)

La Escala de Auto medición de la Depresión (EAMD) de William Zung y Zung, también conocido como Escala de Depresión de Zung; el mismo que establece un marco de referencia de las conductas ansiosas, basado en un cuestionario de 20 frases o relatos referidos por el paciente a manifestaciones de características de depresión como signos significativos en relación a trastornos emocionales.

La Escala de Depresión de Zung consiste en un cuestionario de 20 frases, informes o relatos. Cada uno de los cuales se refieren a un síntoma o signo característico de la depresión. En conjunto las 20 frases abarcan síntomas depresivos, como expresión de trastornos emocionales y se presenta en una ficha con cuatro columnas de elección tituladas:

Así mismo se observa que en el lado izquierdo de la tabla de evaluación, comprende cuatro columnas en blanco encabezado por las respuestas: "Muy pocas veces", "Algunas veces", "Muchas veces" y "Casi siempre".

A los examinados les es imposible falsificar tendencias en sus respuestas, porque la mitad de los ítems están redactados como síntomas positivos y la otra mitad como síntomas negativos

La aplicación puede ser individual o colectiva.

Forma de evaluación:

Para su aplicación se le pide al sujeto que ponga una marca en el recuadro que el considere más adecuado a como se ha sentido en la última semana.

Calificación del Instrumento:

Para obtener la calificación, se coloca la hoja de respuestas bajo la guía de puntuación y se escribe el valor de cada respuesta en la columna de la derecha y la suma de todas ellas al pie de la página.

Para obtener el grado de depresión se compara la Escala obtenida con la escala clave para efectuar el recuento, con un valor de 1, 2, 3, 4 en orden variable según si la

pregunta está formulada en sentido positivo o negativo. Luego se suman todos los valores parciales. A continuación, se convierte la puntuación total en un índice basado en 100.

En este sentido, con la Escala EAMD, se intenta estimar el estado de depresión presente en términos de medición cuantitativa de niveles de depresión, al margen de la causa. Por otro lado, esta Escala nos permite relacionar los síntomas depresivos y las frases de la EAMD. Aunque estas frases están escritas en el lenguaje común del paciente con depresión. Cada una de ellas identifica un síntoma reconocido de la depresión. Entonces se tiene una lista de dichos síntomas y las frases que los expresan. Siendo descrito de la siguiente manera:

1. Estado afectivo persistente N° de la Frase	
Deprimido, triste, melancólico	(1)
Accesos de llanto	(2)
2. Trastornos fisiológicos	
Variación diurna, los síntomas son mayores por la mañana y disminuye algo a medida que avanza el día	(3)
Sueños: se despierta demasiado temprano o varias veces durante la noche	(4)
Apetito: disminución de ingestión de alimentos	(5)
Pérdida de peso: con disminución de la ingestión de alimentos o con aumento del metabolismo y disminución del reposo	(7)
Función sexual: disminución de la libido	(6)
Gastrointestinales: estreñimiento	(8)
Cardiovasculares: taquicardia	(9)
Músculos esqueléticos: fatiga	(10)
3. Trastornos psicomotores	

Agitación psicomotora	(13)
Astenia psicomotora	(12)
4. Trastornos psíquicos	
Confusión	(11)
Sensación de Vacío	(18)
Desesperanza	(14)
Indecisión	(16)
Irritabilidad	(15)
Insatisfacción	(20)
Desvalorización personal	(17)
Ideas suicidas	(19)

NIVELES DE DEPRESION QUE CONSIDERA EL INSTRUMENTO

ÍNDICE EAMD INTERPRETACIÓN

Menos de 40.....	Dentro de los límites normales. No hay Depresión presente.
De 41 - 60.....	Desorden Emocional.
De 61 - 70.....	Depresión Situacional
De 71 o más.....	Depresión Ambulatoria (Tratamiento).

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD.

Zung (1965) valida las escalas (EAA y EAMD) aplicándola, en primer lugar, a un

Grupo de pacientes de Consultorio Externo en el DUKE PSYCRHIASTYK HOSPITAL, con diagnóstico de depresión, ansiedad y otros desórdenes de la personalidad. Los diagnósticos fueron establecidos separadamente por otros clínicos, obteniendo puntuaciones con escalas psicométricas standard, antes de la aplicación de ambas escalas. En todos los pacientes se encontró una alta correlación entre las puntuaciones obtenidas, y las recogidas con otras pruebas, se encontró así mismo diferencias significativas en relación con la edad, nivel educativo e ingresos económicos. La Escala Auto aplicada de Depresión de Zung fue desarrollada por W. W. Zung en 1965 para evaluar el nivel de depresión en pacientes diagnosticados con algún desorden depresivo, es una escala de cuantificación de síntomas de base empírica y derivada en cierto modo de la escala de depresión de Hamilton, ya que al igual que ella da mayor peso al componente somático-conductual del trastorno depresivo. Fue probablemente una de las primeras en validarse en países de habla hispana y ha tenido una amplia difusión. En 1968 se realizó la validación de tipo transcultural, aplicando las escalas en Japón, Inglaterra, Checoslovaquia, Australia y Alemania.

Las autovaloraciones en dichos países eran comparables, encontrando que existen diferencias significativas en un grupo de pacientes con diagnóstico de Depresión Aparente y Pacientes deprimidos. Se obtuvo un índice promedio de 74 pacientes con Diagnóstico de Depresión y en sujetos normales, un promedio de 33. En este mismo trabajo Zung delimitó sus niveles de cuantificación de la Ansiedad y la Depresión. Utilizando la Escala de Síntomas Depresivos de Zung (1975) va a encontrar en Estados Unidos, que el 13% de los sujetos de su muestra van a presentar muchos síntomas depresivos. Al igual que en Zaragoza (1983). Se encuentra un 6.8% de sujetos con fuertes síntomas. La prevalencia de síntomas depresivos oscila entre 13 y 20 % de la población, según BOYD Y NEISSMAN (1982). Así mismo en España con la Escala de Síntomas de Zung, se encontró una prevalencia del 7%. Esto equivalía a una cifra de dos millones de adultos.

Problema	Variable	Indicadores	Objetivos	Metodología	Técnicas
¿Cuál es el nivel de depresión de los estudiantes de primer a tercer año de bachillerato del turno nocturno del Colegio Juan Montalvo de Machala- Ecuador, 2018?	Depresión	Sexo Edad Grado de instrucción	Objetivo general Determinar los niveles de depresión en los estudiantes de primer a tercer año de bachillerato del turno nocturno del Colegio Juan Montalvo de Machala- Ecuador, 2018.	Tipo de investigación Cuantitativo	Test de Zung escala Zung definición Según (Zung 1965) La depresión es una enfermedad que se manifiesta en función a su nivel ya sea leve, moderado o severo, en función
			Objetivos Específicos	Diseño	
			Identificar el nivel de depresión en función a la edad en estudiantes de primer a tercer año de bachillerato del turno nocturno del Colegio Juan Montalvo de Machala- Ecuador, 2018. Identificar el nivel de depresión en	No experimental Descriptivo Transversal Población Se utilizó una población muestral de 100 estudiantes de primer a tercer año de bachillerato	

			<p>función al género en estudiantes de primer a tercer año de bachillerato del turno nocturno del Colegio Juan Montalvo de Machala- Ecuador, 2018.</p> <p>Identificar el nivel de depresión en función al año de instrucción de los estudiantes de primer a tercer año de bachillerato del turno nocturno del Colegio Juan Montalvo de Machala- Ecuador, 2018.</p>	<p>del turno nocturno del colegio Juan Montalvo de Machala- Ecuador, 2018.</p>	<p>a ello la sintomatología que sentirá el paciente y la afección a su vida cotidiana.</p>
--	--	--	--	--	--