



**UNIVERSIDAD DE LOS ANDES**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**ESCUELA DE ENFERMERIA**

**DEPRESIÓN EN LOS ADOLESCENTES CURSANTES DEL  
TERCER AÑO EN LA UNIDAD EDUCATIVA RAMÓN IGNACIO  
GUERRA DEL MUNICIPIO LIBERTADOR DEL ESTADO  
MÉRIDA. NOVIEMBRE 2019-2020**

**Tutora:** Rosalía Uzcátegui

**Autora:** Bustamante Ramírez Yamilet

Mérida, febrero del 2020.

CC-Reconocimiento



**UNIVERSIDAD DE LOS ANDES**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**ESCUELA DE ENFERMERIA**

**DEPRESIÓN EN LOS ADOLESCENTES CURSANTES DEL TERCER AÑO  
EN LA UNIDAD EDUCATIVA RAMÓN IGNACIO GUERRA DEL  
MUNICIPIO LIBERTADOR DEL ESTADO MÉRIDA. NOVIEMBRE 2019-  
2020**

Trabajo de Grado como requisito para optar al Grado de Licenciado en Enfermería

**Tutora:** Rosalía Uzcátegui

**Autora:** Bustamante Ramírez Yamilet

*C.I. V-20.435.067*

Mérida, febrero del 2020.

## APROBACIÓN

JURADO PRINCIPAL: FIRMA: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_

C.I: \_\_\_\_\_

JURADO PRINCIPAL: FIRMA: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_

C.I: \_\_\_\_\_

JURADO PRINCIPAL: FIRMA: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_

C.I: \_\_\_\_\_

FECHA DE APROBACIÓN: \_\_\_\_\_

DIA

MES

AÑO

III

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE ENFERMERÍA

**ACEPTACIÓN DEL TUTOR**

Yo, Rosalía Uzcátegui C.I.V.-8.048.995 , hago constar que he leído el Proyecto, titulado: Depresión en los adolescentes cursantes del tercer año en la Unidad Educativa Ramón Ignacio Guerra del Municipio Libertador del Estado Mérida. Noviembre 2019-2020. Presentado por la ciudadana: Yamilet Bustamante Ramírez C.I. 20.465.067, para optar al Grado de licenciatura en enfermería. Acepto asesorar al participante en calidad de tutor, durante la etapa de desarrollo y presentación del Trabajo de Grado.

En Mérida a los días \_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ del 20 \_\_\_\_

Tutor: \_\_\_\_\_

C.I.: \_\_\_\_\_

## DEDICATORIA

La presente Tesis está dedicada primeramente a Dios, la Virgen y mi ángel de la Guarda por la vida y salud ya que sin ellos no hubiera podido culminar mi carrera profesional.

A mis padres Lucia Ramírez y Luis Omar Bustamante, gracias por su dedicación, trabajo y ejemplos de múltiples virtudes siempre apoyándome en todo momentos de mi vida. Los amo.

A mis hermanos (Yamary, Yajaira y Luis Gerardo) agradecida por sus apoyos, por cada grano de arena que suma un saco grande para conseguir el éxito. Los quiero.

A mis tías (Virginia y Anaís), a mis primos William, Jesús, Humberto, María Virginia y Yoselis, gracias por su apoyo incondicional en todo momento. Bendiciones.

A Anthony Alarcón Porcelli: por ser mi inspiración, buenas ideas, esfuerzo constante, generosidad y disposición, eres maravilloso. Te quiero inmensamente.

A mis amigas en especial a: Katuska Antequera, Francis Araque, Lina Porcelli, Gisela Zerpa, gracias por su apoyo en todo.

Yamilet Bustamante Ramírez.

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios Todopoderoso, a la Virgen y a mi Ángel de la Guarda por siempre estar conmigo en todo momento y darme siempre fuerza y sabiduría.

A la Escuela de Enfermería de la Ilustre Universidad de los Andes, en especial a cada uno de los profesores por impartirme sus valiosos conocimientos en especial a mi Tutora “Rosalía Uzcátegui”, por su apoyo y sabiduría para guiarme en todo momento y poder culminar el presente trabajo.

Al IAHULA, institución que me ha brindado conocimientos de suma importancia que sin duda marca las bases de mi vida profesional.

www.bdigital.ula.ve

## INDICE GENERAL

Dedicatoria	Pág. V
Agradecimiento	VI
Índice General	VII
Índice de Tablas	IX
RESUMEN	X
INTRODUCCIÓN	11
<b>CAPÍTULO I. EL PROBLEMA</b>	14
Planteamiento del problema	14
Contextualización del Problema	14
Formulación del Problema	18
Objetivos de la Investigación	18
Objetivo General	18
Objetivos Específicos	18
Justificación e Importancia de la Investigación	19
Alcances	
Limitaciones	
Consideraciones Éticas	
<b>CAPÍTULO II. MARCO DE REFERENCIA</b>	23
Antecedentes de la Investigación	23
Reseña Histórica	28
Bases Teóricas	29
Bases Legales	43
Definición de Términos Básicos	47
Operacionalización de Variables	50
<b>CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO</b>	52
Enfoque de la investigación	52
Tipo de investigación	52
Diseño de la investigación	53
Población y Muestra	53
Técnicas e instrumentos de recolección de datos	54

<b>CAPÍTULO IV. PRESENTACIÓN Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS</b>	57
<b>CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	66
Conclusiones	66
Recomendaciones	67
<b>REFERENCIAS</b>	69
<b>ANEXOS</b>	76
1. Instrumento Aplicado	78
2. Instrumento Aplicado Beck	79
3. Parte Final del Instrumento Aplicado	80
4. Declaración de Consentimiento Informado Grupo A	81
5. Firmas del Grupo A	82
6. Declaración de Consentimiento Informado Grupo B	83
7. Firmas del Grupo B	84
8. Aprobación de la Aplicación en la Unidad Educativa	85
9. Actividad Recreacional	86
10. Actividad Recreacional Parte 2	86
11. Aplicación del Instrumento Parte 1	87
12. Aplicación del Instrumento Parte 2	88
13. Aplicación del Instrumento Parte 3	88
14. Aplicación del Instrumento Parte 4	89
15. Aplicación del Instrumento Parte 5	89
16. Anexo Ejemplo Con Leyenda del Inventario de Beck	90

## INDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1 Diferencia entre depresión y melancolía	77
Tabla 2 Operalización de variables	51
Tabla 3.1 Datos personales de los alumnos del tercer año, parte I	58
Tabla 3.2 Datos personales de los alumnos del tercer año, parte II	59
Tabla 4 Indicadores. Distribución de frecuencia del estado Fisiológico	61
Tabla 5 Indicadores. Distribución de frecuencia del estado Emocional y conductual	62
Tabla 6 Tipos de depresión detectada en los adolescentes según Inventario de Beck	63
Tabla 7 Resultados Individuales	65

[www.bdigital.ula.ve](http://www.bdigital.ula.ve)

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE ENFERMERIA

## **Depresión en los adolescentes cursantes del tercer año en la Unidad Educativa Ramón Ignacio Guerra del Municipio Libertador del Estado Mérida. Noviembre 2019-2020**

Autora: Bustamante Ramírez Yamilet  
Tutora: Prof. Rosalía Uzcátegui

Mérida, febrero 2020.

### **RESUMEN**

La depresión es una enfermedad psicosomática que ha tenido una gran influencia en los adolescentes de hoy en día, y una de las principales causas de esto se debe a la falta de información en el ambiente tanto familiar hasta escolar. El presente estudio tuvo como finalidad Determinar estadísticamente la depresión en los adolescentes cursantes del tercer año de educación media diversificada en la Unidad Educativa Ramón Ignacio Guerra del Municipio Libertador del Estado Mérida. Se aplicó un cuestionario y el inventario de depresión de Beck para el diagnóstico de treinta y dos estudiantes de tercer año, en los que se obtuvieron resultados bastante contundentes. La ausencia de depresión fue la frecuencia predominante, sin embargo, fue visible la presencia de depresión leve o intermitente en un 9,4% de los adolescentes, depresión moderada en un 6.2% y depresión severa un 6,2%, lo cual dio mucho que reflexionar respecto a la falta de motivación y estimulación en el ambiente en que se desenvuelven. Se concluyó que la situación actual del país también tiene una parte considerable en cuanto a la influencia de esta patología. La falta de motivación por parte de las condiciones precarias que se viven hoy en día no permiten una calidad de vida óptima además que hace falta mucha atención por parte de los padres para una mayor toma de conciencia en estos momentos de inestabilidad social. Por lo tanto, es importante mantener al margen la actitud con que se va a tratar a los adolescentes respecto a su futuro, ya que en su mayoría presentan síntomas de indecisión lo que demuestra una falta grave en la planificación de su proyecto de vida.

**PALABRAS CLAVE:** Depresión, Adolescente, Escolaridad, Inventario de Beck

X

## INTRODUCCIÓN

La tristeza y la melancolía son dos sentimientos completamente ordinarios en la naturaleza del ser humano, al igual que la alegría, el enojo o el placer. Todas estas emociones son componentes de una lista aún más larga, las cuales forman parte de la vida cotidiana de una persona común. Las dos primeras nombradas, aunque se les puede asemejar con un estado de recaída emocional, no son efectos patológicos en sí, ya que, se adquieren congénitamente, al igual que las demás. Sin embargo, en algunas situaciones pueden llegar a serlo (Jackson, 1989).

Cuando el estado de ánimo de un individuo comienza a presentar sentimientos recurrentes, prolongados y/o graves de tristeza en momentos concretos de su vida, estos no le permiten realizar con facilidad actividades habituales, como la comunicación o simplemente el afrontar el transcurso de sus días con una visión menos pesimista de su entorno, y allí es cuando la tristeza se convierte en una enfermedad, a la cual se le llama “depresión” (Jackson, 1989).

Ésta inicialmente fue denominada “melancolía”, cuya etimología proviene del griego (*melancholía*), siendo ahora definida por la Real Academia Española (2018) como “Tristeza vaga, profunda, sosegada y permanente, nacida de causas físicas o morales, que hace que quien la padece no encuentre gusto ni diversión en nada.”. La estrecha relación entre ambos elementos cambió cuando, en 1725, el británico Richard Blackmore rebautizó el término del cuadro clínico a lo que ahora es conocido como depresión. Según los estudios de Jackson, los tratamientos más arcaicos para el control y prevención de la condición se basaban principalmente en magia y métodos empíricos, es decir, la distracción mediante actividades comunes. Pero con la llegada de la psiquiatría científica, la biopsiquiatría y la farmacología en el siglo XIX, pasa a ser una enfermedad más. (Rosado, 2017).

En el mismo orden de ideas, varios estudios científicos explican a la depresión como un trastorno psicológico producido a base de una gran variedad de factores desde biológicos, hasta psicosociales. La bioquímica puede ayudar con la explicación de estos fenómenos y procesos que ocurren dentro de la mente humana cuando se encuentra en un estado depresivo. Entre ellos se puede mencionar: el aumento de la secreción de cortisol (hormona) o la aparición de varios agentes que actúan en el cerebro, como los neurotransmisores (serotonina, dopamina y noradrenalina); lo niveles de producción de estas sustancias pueden ser hereditarios, aunque sin duda, el incremento de estos proceso bioquímicos son consecuencia del entorno en el cual un individuo se desenvuelve, que puede ir desde el ambiente familiar, el escolar o incluso desde el punto de vista social en general (Núñez, 2015) .

En este sentido se puede incluir también la generación de sentimientos negativos a partir de ocurrencias importantes que permanecen en la mente.

Como esta enfermedad mental puede ser clasificada según varias escalas y cuadros clínicos, hasta entrar en la posibilidad de convertirse en un problema crítico, también son destacables una cantidad considerable de síntomas: disminución exaltante del interés o de la capacidad para el placer en casi todas las actividades, pérdida o aumento de peso, insomnio o hipersomnia, agitación o enlentecimiento psicomotor, fatiga o pérdida de energía casi total, sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos y exagerados, disminución de la capacidad para pensar o concentrarse; y por último y más importante a mencionar: pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida sin un plan específico o con él. Éste es muy importante y delicado de tratar, en especial en lo refiere a la mentalidad de un adolescente. Debido a que la tasa anual de suicidios de personas entre los 15 a los 29 años ha aumentado excesivamente desde mediados del siglo XX, y se ha convertido en un conflicto público que puede verse día a día alrededor de todo el mundo. Definido como la epidemia del siglo XXI, se

puede corroborar un incremento de un 60% en la tasa de suicidios desde la mitad del siglo pasado, aproximadamente (Mengual y Izeddin, 2012).

Con base en lo anterior, la depresión es una problemática que causa daños irreversibles para quienes la padecen, por ello es esencial su prevención, diagnóstico y tratamiento adecuado, para que los adolescentes que posean tales condiciones, no cometan errores irreparables para sus vidas, dado que, se encuentran en una edad crítica de la vida, que conlleva a una serie de situaciones conflictivas como el desarrollo y llegada de la pubertad en ambos sexos, separación/divorcio de padres, pérdida de familiares cercanos, presión de los padres y/o docentes por alto rendimiento académico, y a todo ello se le suman eventos negativos que ocurren inevitablemente en el entorno, como la situación país actual, entre otros, por lo que estas circunstancias críticas producirán reacciones afectivas negativas como la depresión.

[www.bdigital.ula.ve](http://www.bdigital.ula.ve)

# **CAPITULO I**

## **EL PROBLEMA**

### **Contextualización del Problema**

Los problemas de salud mental, en particular la depresión constituye unas de las principales causas de morbilidad en los adolescentes, por lo que este trastorno se concibe como una enfermedad psicosomática, es decir, una condición mental que mantiene repercusiones fisiológicas en un individuo (Pérez, García, García, Ortiz y Centelles, 2014).

Esta ha influido notablemente en los adolescentes de hoy en día y puede deberse en parte a la falta de conocimiento respecto a cuáles son las principales causas y consecuencias de la depresión en la adolescencia, para lo que hay que analizar y tener en cuenta el entorno de los individuos, ya sea en su ambiente familiar, escolar, personal o social o bien por un factor genético, puesto que la adolescencia es una etapa de la vida donde se notan muchos cambios biológicos, cognitivos y sociales, siendo determinantes en la consolidación de la personalidad y el sentido de identidad en el individuo, lo que a su vez los convierte en los más vulnerables a presentar depresión, en relación al proceso de maduración por el que transitan (López, Mejía, y Vargas, 2018).

Por lo general, existen factores de riesgo asociados a la depresión en la adolescencia que pueden agruparse en: genéticos, como aquellos con un proceso familiar hereditario; individuales, puede ocurrir por tener baja autoestima, falta de higiene personal, no estar conforme con la apariencia física, ser ridiculizado por la imagen o tener algún sobrenombre relacionado con ésta, y bajos niveles de

satisfacción y reconocimiento escolar a nivel personal que pueden causar estrés. Familiares, en el caso de recibir tempranamente responsabilidades adultas, padres con alguna enfermedad mental, ruptura familiar o ausencia parental, ingresos familiares precarios, desempleo, presencia de enojos constantes entre los miembros y de peleas que incluyen golpes o castigos severos por parte de los padres, así como adicciones (tabaquismo, consumo de alcohol y uso de drogas por parte del padre, madre o ambos). Y el aspecto social, por el hecho de tener escaso apoyo social, bajo aprovechamiento o abandono escolar, eventos negativos o traumáticos de vida, residir en un medio suburbano o rural, estar involucrado en actos de acoso escolar (ya sea acosador o acosado), aislamiento interpersonal, falta de amigos cercanos, dificultad para relacionarse con el grupo de pares y escasas o nulas actividades extraescolares, contribuyen de manera notable a que la calidad de vida se vea comprometida sin implicar una relación causa-efecto (López, Mejía, y Vargas, 2018).

Aunado a esto, el estrés está presente en todos los medios y ambientes incluido el educativo, puesto que tiende a crear presión y ansiedad sobre los estudiantes y puede conllevar a entrar en un estado de depresión, “pudiendo llegar a percibir su entorno de una manera muy negativa y les cuesta trabajo imaginar que los problemas o situaciones se pueden resolver de una manera positiva” (Bouchot, 2019).

Los especialistas en comportamiento escolar han señalado que es necesario diseñar programas para reducir los efectos adversos que puede tener el estrés sobre el desempeño académico en general, y atender oportunamente a los estudiantes en riesgo. Lo anterior, debido a que las consecuencias de altos niveles de estrés "van desde los estados depresivos hasta asma, hipertensión, úlceras, etcétera" (Caldera, Pulido y Martínez, 2007, p. 78, citado por Berrío y Mazo, 2011), afectando de modo perjudicial tanto la salud, como el rendimiento académico de los alumnos (Berrío y Mazo, 2011)

En consecuencia de las características anteriormente nombradas, es común que el adolescente que está padeciendo de depresión pueda experimentar una tristeza profunda, bajo ánimo y autoestima, desinterés por las actividades que eran gratas realizar, variación en el peso corporal (aumento o pérdida), dificultades para conciliar el sueño (insomnio o hipersomnia), falta de energía, además de bajo rendimiento escolar, aislamiento social, dificultad para concentrarse, pensamientos recurrentes relacionados con culpa excesiva y/o sentimientos de inutilidad, siendo el más alarmante el estado realmente crítico que podría ser la idea del suicidio e ideas de muerte, (Bello et al., 2005, citado por López, Mejía, y Vargas, 2018), dado que, es fundamental comprender que se está hablando de adolescentes y que es terrible el hecho de que estos sean los más propensos a tener este tipo de tendencias suicidas.

Este fenómeno gradualmente afecta la capacidad de las personas en los diferentes contextos en que transcurre su vida cotidiana, debido a que:

En su forma más grave, puede conducir al suicidio, que es la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años. Para el año 2020, la depresión será la segunda causa de discapacidad a nivel mundial. En los países desarrollados, ocupará el tercer lugar en días de discapacidad y en los países en desarrollo el primer lugar (OMS, 2018)

Siguiendo con la presente idea, Chisholm, detalló en su publicación para la OMS, que la depresión es una enfermedad que afecta con mayor frecuencia a las mujeres que a los hombres y es más común en países en vías de desarrollo, donde se registran el ochenta por ciento (80%) de las enfermedades mentales y cuyos casos en su mayoría los que padecen de depresión, no acceden a tratamientos. En el peor de los casos, la depresión puede llevar al suicidio, entre los que se registraron ochocientos mil (800.000) a nivel global al año; siendo el suicidio más común en los hombres en los países de altos ingresos, y en las mujeres en los de medianos y bajos ingresos. En

Latinoamérica, Brasil es el país con mayor cantidad de casos de depresión, seguido de Cuba, Paraguay, Chile y Uruguay (Chisholm, s.f. citado por Telesur noticias, 2017).

De hecho, en los últimos años en Venezuela el riesgo de sufrir algún trastorno mental ha aumentado exponencialmente. En las conversaciones de los estudiantes es frecuente escuchar sobre ataques de ansiedad, estrés y depresión provocados por la incertidumbre y la falta de estabilidad del panorama (...). No es un misterio que los problemas ocasionados por la crisis han afectado a los adolescentes. El problema eléctrico, la falta de efectivo, las complicaciones para continuar los estudios, son algunos de los problemas que generan la aparición de síntomas de depresión en la juventud venezolana. (Briceño, 2019).

Con base en lo mencionado anteriormente, es preocupante saber que, la gran mayoría de jóvenes que padecen depresión no reciben tratamiento para su primer episodio, lo cual aumenta la probabilidad de tener otro y de presentar mayor número de episodios en su vida. La mayor cronicidad de la depresión con inicio temprano se debe a la falta de detección y tratamiento oportuno (López, Mejía, y Vargas, 2018).

Por cuanto hoy en día en nuestro estado, no se encuentra un registro estadístico por escuelas o liceos con cifras actuales confiables sobre los adolescentes con depresión, solo existe algunos registros particulares en Unidades Psiquiátricas de niños niñas y adolescentes de casos severos.

De allí surge la necesidad de conocer si en una Unidad Educativa, existe entre los adolescentes la depresión y dar inicio al monitor del estado psíquico de la población estudiantil, para esta investigación se seleccionó la U.E. Ramón Ignacio Guerra, ubicada en la Pedregosa, Municipio Libertador del estado Mérida, debido a su diversidad socioeconómica y cultural.

## **Formulación del Problema**

Por todo lo antes expuesto se hace necesario conocer las siguientes interrogantes: ¿Qué cantidad de adolescentes manifiestan los síntomas de depresión?, ¿Qué características manifiestan síntomas de Depresión? ¿Cómo transmitir la información obtenidos a los organismos pertinentes?

## **Objetivos de la Investigación**

### *Objetivo General*

Determinar estadísticamente las manifestaciones depresivas en los adolescentes cursantes del tercer año de educación media diversificada en la Unidad Educativa Ramón Ignacio Guerra del Municipio Libertador del Estado Mérida.

### *Objetivos Específicos*

- Identificar los factores socio-demográfico intervinientes en los alumnos del tercer año de la U.E. Ramón Ignacio Guerra.
- Aplicar el inventario de Beck para el diagnóstico de cuadros depresivos a los alumnos de tercer año de la U.E. Ramón Ignacio Guerra.
- Analizar los resultados obtenidos mediante la aplicación del inventario de Beck en los alumnos de tercer año de la U.E. Ramón Ignacio Guerra.
- Realizar actividades informativas y recreativas a los grupos de estudio y al personal docente para crear conciencia sobre las consecuencias de la depresión.

## **Justificación de la Investigación**

En la adolescencia el entorno forma parte importante del aprendizaje y moldea intrínsecamente la actitud y aptitud ante las diversas situaciones que se les presentarán a estos individuos a lo largo de su vida, además de que el desarrollo de su personalidad contribuye en la reacción, interacción y aprendizaje subvenido de cada experiencia.

Esta investigación se basa en determinar estadísticamente la presencia de manifestaciones depresivas o estados depresivos en las primeras etapas de la adolescencia, que a largo plazo afecta el rendimiento del individuo como ciudadano y profesional provocando decidía abandono de la escolaridad, frustración e incluso la muerte. Además, no se cuenta con un registro por escuelas o liceos de adolescentes con este tipo de trastornos o enfermedad, por ende se buscar iniciar el monitoreo psíquico de la población estudiantil, para lograr los objetivos previamente planteados se eligió específicamente los cursantes del 3º año de educación media diversificada en la U.E. Ramón Ignacio Guerra, por cuanto esta institución brinda una gran variedad de estratos socio-económicos propios de una zona suburbana.

A este respecto, la depresión en adolescentes:

Es un problema de salud mental grave, que provoca un sentimiento de tristeza constante y una pérdida de interés en realizar diferentes actividades. Aunque la depresión puede ocurrir en cualquier momento de la vida, los síntomas entre los adolescentes y adultos pueden ser diferentes (Mayo Clinic, 2019).

Una vez dicho esto, desde el punto de vista social, se ha de comprender la importancia de hacer un seguimiento del estado de ánimo durante esta etapa, puesto que un estado de ánimo con baja autoestima puede derivar en varios trastornos de salud y conductuales que afectarán la autoconciencia, el control de agresión, la

aptitud, la sociabilidad y la salud física de la persona, cayendo en un estado depresivo grave.

No cabe duda que estudiar los factores socio-demográficos de edad, género, estrato socioeconómico y familia en estudiantes adolescentes resulta relevante, debido a la relación que puede existir entre estos y la manifestación de la depresión. Es por esto que, en el contexto mundial, encontramos una serie de estudios que reportan altos índices de presencia de la depresión en esta población.

Aunado a esto, la depresión puede dejar secuelas a largo plazo como lo anteriormente mencionado, sin embargo los cuadros más graves de esta enfermedad puede ocasionar un deterioro físico y mental a corto plazo, e incluso conllevar a la muerte a corta edad, por lo que este fenómeno durante la etapa de la adolescencia, tiende a ser menos apreciado por los padres de familia, docentes de aula y funcionarios de salud, ignorando las consecuencias terribles que puede conllevar, tanto para el individuo, como para la sociedad, lo que sucede comúnmente por falta de información y por subestimar los indicadores presentes en la población juvenil.

La función que tiene el personal de enfermería, es obtener los datos necesarios de los adolescentes en estudio para que en apoyo de los profesionales de la salud y de la educación puedan dar afrontamiento a dicho fenómeno de la mejor manera posible, favoreciendo la inserción de dichos profesionales en el mejoramiento de la salud a nivel general de la escolaridad, justificándola así, a partir de los siguientes enfoques:

En lo teórico-metodológico este trabajo está basado en la realidad y en un problema social actual, así como en la revisión de la literatura actualizada, por lo que con los resultados obtenidos puedan servir como referencia para investigaciones que tengan que ver con este campo de estudio.

Desde el punto de vista práctico, considera la investigadora que el conocer otros resultados estadísticos de otras Unidades Educativas, permitirá obtener cifras reales de cuantos adolescentes presentan depresión a nivel estatal.

### *Alcance de la Investigación*

La presente investigación plantea aplicar el instrumento de Beck a los estudiantes adolescentes del 3º año de la Unidad Educativa Ramón Ignacio Guerra, analizar los resultados, facilitar un registro relacionado con la depresión en adolescentes y según los resultados obtenidos realizar una serie de actividades informativas dentro de la Unidad Educativa.

Este trabajo a su vez, permitirá a otros investigadores de enfermería, medicina o inclusive a los mismos docentes investigar y registrar en otras unidades educativas la existencia de manifestaciones depresivas entre los alumnos, además de facilitar información para el desarrollo de investigaciones relacionadas con la depresión en una población de estudio.

### *Limitaciones*

- Temor de los adolescentes en estudio a ser criticados, juzgados, y/o burlados, omitiendo así, datos de experiencias personales que son de gran importancia para la investigación.
- Falta de información en el ambiente familiar y escolar para la detección de esta enfermedad, creando presión y problemas controversiales que a veces no tienen una solución sencilla.
- Desvanecimiento o pérdida considerable de la relación que existe entre el hogar, el espacio académico y la comunidad, puesto que, ya ninguna depende de la otra, todas funcionan por sí mismas y no permiten que haya equilibrio y estabilidad en los individuos al momento de desenvolverse como personas.

- Dificultad de encontrar información actualizada y publicada de forma digital en cuanto a datos y porcentajes de la población afectada y del tema en general.
- Constantes fallas de electricidad y conexión a internet en los diferentes sectores de la ciudad, dificultando el trabajo teórico en cuanto a búsqueda y análisis de la información.
- Al momento de aplicar los instrumentos a los estudiantes del 3er. Año en la Unidad Educativa Ramón Ignacio Guerra se observó que se retiraron 10 estudiantes, correspondiendo a seis (6) de la sección “A” y cuatro (4) de la sección “B”, quedando 32 estudiantes en dicho año, en comparación a los datos recabados para diciembre 2019.

### **Consideraciones Éticas**

La ética es definida por Raffino (2019), como: “Una ciencia del comportamiento moral pues, mediante un exhaustivo análisis de la sociedad se determina como es que deberían actuar todos los miembros pertenecientes a ella”. Por esto, es preciso fomentar una ética basada en los derechos humanos, que es el contenido de la justicia. Así mismo en el Código Deontológico de Enfermería en el año 2008 en su capítulo V: de los Deberes Institucionales, en el Art. 22 señala que el Profesional de Enfermería debe actuar equilibradamente, conservando los principios éticos y morales de su práctica. El artículo citado plasma el deber que tiene el personal de Enfermería de actuar de manera justa e interactuar con todas las personas sin distinción de raza, religión o discapacidad siendo objetiva en sus acciones y prácticas, manteniendo sus principios morales y éticos.

## CAPITULO II

### MARCO DE REFERENCIA

#### Antecedentes de la Investigación

Los presentes antecedentes fueron seleccionados con la finalidad de dar soportes previos para la investigación y vincularlas entre sí, como lo expresa Arias (2016): “Esta sección se refiere a los estudios previos: trabajos y tesis de grado, trabajos de ascenso, artículos e informes científicos relacionados con el problema planteado, es decir, investigaciones realizadas anteriormente y que guardan alguna vinculación con nuestro proyecto.” (p.106)

Una investigación realizada por Jadán (2017), realizó el trabajo especial de grado sobre **“Depresión en adolescentes de 14 a 16 años del colegio de 27 de febrero de la ciudad de Loja, Periodo 2015-2016”** cuyo propósito se centró en una propuesta de prevención de la depresión. Esta fue de tipo descriptivo transversal con enfoque cuantitativo aplicando el test de Zung y una encuesta sobre datos socioeconómicos y familiares a una muestra de 266 alumnos. Entre los resultados se encontró la prevalencia de depresión en un sesenta y cinco con setenta y cinco por ciento (65.75%). En cuanto al género tenemos una relación de 1.5 más en las mujeres que en los hombres, tomando en cuenta que en el estudio predominó el género masculino. Además de denotar un valor de  $p < 0,05$  (0,047) en el consumo de drogas en la edad de 16 años y consumo de tabaco  $p < 0,05$  (0,031) en la edad de 14 años, siendo el grupo etario con mayor depresión el de 15 años con el treinta y cuatro con cincuenta

y nueve por ciento (34.59%). Por lo que concluyó que, la propuesta de prevención para los adolescentes tiene que ver con temas como actividad física y recreacional.

Esta investigación se relaciona con el trabajo en estudio, debido a que también toman en cuenta factores que serán estudiados más adelante como el familiar y el socioeconómico, resaltando que los temas de actividad física y recreacional, son importantes como medio coadyuvante para evitar la depresión, puesto que, en el estudio realizado por Jadán, se menciona que la unidad educativa de su estudio, no dispone de espacios para la recreación y esparcimiento de los jóvenes, ocasionando en ellos, estados emocionales de tristeza, desesperación y autoestima baja.

Asimismo, una investigación realizada por Bocanegra (2017), realizó el trabajo especial de grado sobre “**Autoestima y depresión en un grupo de adolescentes huérfanos y no huérfanos de Lima**”, su objetivo fue determinar la relación entre autoestima y depresión en adolescentes. La muestra seleccionada fue de 122 adolescentes entre 13 y 18 años de edad, de los cuales 61 eran huérfanos y 61 no huérfanos para lo que aplicó el inventario de Depresión de Beck- II y la Escala de Autoestima de Rosenberg. Obteniendo como resultado que a mayor autoestima menor depresión en ambos grupos ( $r = -.72, p < .001$ ). Además, los adolescentes huérfanos y los no huérfanos obtuvieron, en depresión un puntaje promedio menor a 1 (escala de 0 a 3) y en autoestima una media de 3 (escala de 1 a 4), no encontrándose diferencias significativas entre ambos grupos, concluyendo que esto se da de manera parcial, ya que, el entorno familiar influye sobre la aparición de la depresión,

Con base en ello, dicha investigación confirma que el el inventario de Depresión de Beck- II es recomendable como instrumento para medir síntomas depresivos en adolescentes de distintas culturas, en el caso de la investigación Bocanegra, por haber obtenido evidencias validez en cuanto a su estructura interna y confiabilidad adecuada para la muestra de adolescente de la ciudad de Lima. Y en el caso de la presente, porque ayudará a determinar las manifestaciones de depresión en el estado

fisiológico, conductual y emocional de los estudiantes de tercer año de una Unidad Educativa en el Estado Mérida.

Por otra parte, una investigación realizada por López, Fajardo, Guadarrama y Escutia (2016), realizaron una investigación titulada “**Inteligencia emocional: factor positivo ante la depresión en adolescentes de bachillerato**”, cuya finalidad fue identificar la relación entre síntomas de depresión y los factores de Inteligencia Emocional, siendo un estudio de tipo transversal con un diseño cualitativo de tipo descriptivo, con una muestra seleccionada de 419 estudiantes de 15 a 19 años de edad; aplicando los instrumentos CES-D y TMMS-24. La información se analizó mediante la correlación de Spearman, “t” de Student y/o U de Mann Whitney obteniendo como resultados que el veintidós con siete por ciento (22.7%) de adolescentes presentaron síntomas de depresión. En relación a la Inteligencia Emocional, las mujeres puntuaron alto en el factor atención y los hombres en atención y reparación emocional, mientras que en el factor de claridad ambos sexos obtuvieron bajas puntuaciones. Por lo que concluyeron que estudiar la Inteligencia Emocional a partir de sus factores brinda un punto de vista más específico sobre el comportamiento de ésta variable con la depresión.

Dicha investigación se relaciona con la presente, puesto que debido al incremento de la depresión en los adolescentes, es fundamental la ayuda psicológica, para evitar que presenten en un futuro, problemas emocionales como consecuencia de los cambios que experimentan en dicha etapa de adolescencia, que pueden catalogarse como sucesos estresantes. Por ello, la inteligencia emocional puede aplicarse en ejercicios de prevención y control de la depresión, siempre y cuando ésta se encuentre en su fase inicial, para ser un factor positivo que les ayude a obtener un bienestar emocional y personal.

Continuando, una investigación realizada por Mamani y Quispe (2016), quienes realizaron como trabajo de grado una investigación que lleva nombre “**Depresión y**

**disfunción familiar en estudiantes del cuarto año de secundaria de la Institución Educativa Secundaria Industrial Perú Birf, Juliaca – 2015”** tuvo como objetivo determinar la correlación entre depresión y disfunción familiar en estudiantes del 4to año del nivel secundario de la Institución Educativa Secundaria Industrial Perú Birf, Juliaca. Como metodología utilizaron el diseño experimental transaccional, de tipo descriptivo correlacional, siendo la muestra 126 estudiantes, los instrumentos utilizados fueron el test de Apgar familiar compuesto por cinco dimensiones (Adaptabilidad, Participación, Crecimiento, Afecto y Resolución) y el inventario de depresión de Beck compuesto por cinco dimensiones (afectiva, motivacional, cognitiva, conductual y físico). Como resultados obtuvieron que respecto al nivel de depresión, los estudiantes de cuarto año de la Institución Educativa Secundaria Industrial Perú Birf, presentan un porcentaje mínimo de depresión grave; en cuanto a la disfunción familiar presentan un cinco por ciento (5%) a nivel mínimo de grave disfuncionalidad familiar. Por lo que concluyen que sí existe correlación directa y significativa entre depresión y adaptabilidad familiar, depresión y participación familiar, depresión y resolución familiar; y no existe correlación directa y significativa entre depresión y crecimiento familiar, depresión y afecto familiar.

Este estudio denota la importancia e influencia que tiene el núcleo familiar y los acontecimientos alrededor de este en la incidencia de la depresión en los adolescentes, por ello, desde hace tiempo atrás se viene escuchando acerca de las escuelas para padres que promueven en algunas instituciones educativas y a las cuales, no se les ha prestado la debida atención y enfoque, pues si bien, estas son creadas con la finalidad de fortalecer la relación con los hijos, mediante talleres que puedan prevenir futuros problemas emocionales, la capacidad de adaptarse a nuevas situaciones y sobre todo mejorar la comunicación entre padres e hijos que tanto hace falta debido a las diversas situaciones del acontecer diario.

En un quinto trabajo de investigación realizado por Huaranca (2015), realizó el trabajo especial de grado sobre “**Intervención de la enfermera en la identificación de factores condicionantes de depresión en adolescentes escolares de 14 a 17 años del Centro Educativo 1252 Santa Isabel, Ate Vitarte**”, su objetivo fue identificar la participación de la enfermera, en la determinación de los factores que condicionan la depresión en adolescentes escolares, de un centro educativo de gestión estatal. Para lo que seleccionó una muestra de 86 estudiantes varones y mujeres, cuyas edades se encontraban entre 14 y 17 años, que fueron seleccionados al azar. Como instrumento de investigación elaboró una encuesta integrada por veinte (20) preguntas relacionadas a: datos generales del adolescente, sustento económico y características de la interrelación del adolescente con su ambiente familiar y escolar. De cuyos resultados obtuvo que el sesenta y siete por ciento (67%) de adolescentes el sustento económico era insuficiente, el cuarenta y dos por ciento (42%) señaló que el ambiente familiar era “insoportable”, y el setenta y uno por ciento (71%) de adolescentes enfrentan reacciones no asertivas de sus padres, caracterizada por falta de diálogo y poco valor que se le brinda al adolescente. Concluyendo así que la problemática de influencia económica y de interacción familiar, son factores de relación interpersonal que condicionan un riesgo emocional en el adolescente de presentar depresión, cumpliendo con los objetivos de la investigación.

Dicho estudio tiene relación con la presente investigación, dado que se considera que la familia es la base que busca la estabilidad emocional del adolescente, permitiéndole así, que la interacción, afecto y comunicación se establezca de buena forma, para fomentar un estado físico, psicológico y social saludable, que es todo lo contrario a lo que hoy en día se observa en los hogares, puesto que se da un mal uso de la independencia y autonomía que da lugar a las malas decisiones y acciones del adolescente.

## Reseña Histórica

La palabra depresión viene del latín depressio que significa “opresión”, “encogimiento”, “abatimiento”. Desde el punto de vista de la psicología o el de la psiquiatría, es el diagnóstico que describe un trastorno del estado de ánimo donde aparecen sentimientos de dolor profundo, ira, frustración y soledad que impiden que la persona continúe con su vida ordinaria de forma normal durante un tiempo prolongado. Los trastornos depresivos pueden estar, en mayor o menor grado, acompañados de ansiedad (Rivera, 2013)

En sus inicios fue denominada con el término de “melancolía”, sin embargo no significan lo mismo, este concepto surgió a partir de los años 460 a.c. – 377 a.c.- donde existía una teoría acerca del cuerpo humano adoptada por filósofos y físicos de las antiguas civilizaciones griega y romana llamada “La teoría de los cuatro humores o humorismo”, ideada por el médico griego Hipócrates (Padre de la medicina). Esta teoría explicaba que el cuerpo humano se compone de cuatro sustancias básicas, conocidas como humores, y que se debe mantener un perfecto equilibrio entre estos para evitar todo tipo de enfermedades, tanto de cuerpo como de espíritu. (Jiménez, 2002)

De esta forma, la aparición de enfermedades o discapacidades serían el resultado de un exceso o déficit de alguno de estos cuatro líquidos o humores que eran identificados como bilis negra, bilis amarilla, flema y sangre. Según los escritos de Hipócrates, aquellos individuos con mucha sangre eran sociables; aquellos otros con mucha flema eran calmados; aquellos con mucha bilis eran coléricos y aquellos con mucha bilis negra eran melancólicos (Jiménez, 2002).

Más adelante, Sigmund Freud (1856 – 1939, Padre del psicoanálisis), explica la estructura de la mente y la función de los procesos inconscientes en la determinación de la conducta. En este caso se destaca la separación de la mente en tres instancias

que se desarrollan a lo largo de la infancia: el Ello, el Yo y el Superyó. Los conflictos entre estas darían lugar a los síntomas psicopatológicos (Jiménez, 2002).

### **Bases Teóricas**

Bavaresco (2006) sostiene que: “Las bases teóricas tiene que ver con las teorías que brindan al investigador el apoyo inicial dentro del conocimiento del objeto de estudio, es decir, cada problema posee algún referente teórico...” (p.51) Citado esto, se procede a presentar de manera detallada la teoría que sirve de apoyo a los objetivos del presente proyecto de grado.

### ***Depresión***

La depresión es una enfermedad que puede presentarse en cualquier individuo sin importar su edad ni su sexo como se ha dicho anteriormente, puesto que según los antecedentes estudiados, son los adolescentes quienes la padecen actualmente en mayor medida (Álvarez y colaboradores, 2014).

### ***Causas de la depresión***

La depresión no tiene un único factor de origen. Las causas van desde la genética, el entorno, el estado de salud, los sucesos de la vida hasta determinados patrones de pensamiento; todo esto afecta las reacciones de las personas frente a los acontecimientos. Por ejemplo, ciertos eventos -como la muerte de un familiar o amigo- pueden llevar al individuo más allá de un dolor normal y ocasionar depresión.

En tal razón, González (2017) explica que existen factores como:

**Factores genéticos:** Si en el ámbito familiar próximo (Progenitores y/o hermanos) se halla la presencia de antecedentes depresivos, estos pueden aumentar las probabilidades de padecer esta enfermedad desde un 25% a un 30%. En diversos estudios se ha determinado que en los gemelos monocigóticos hay un 50% de probabilidad de que uno de los hermanos padezca depresión en el caso de existir precedentes en el otro. (González, 2017).

**Factores fisiológicos:** La depresión está relacionada con la disminución de un neurotransmisor llamado serotonina, concretamente en las dendritas de una neurona que transmiten los impulsos del axón hasta el soma de otra. Por esta razón los psiquiatras emplean en ocasiones un grupo de fármacos, que son inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, la cual permite graduar los niveles de serotonina en los pacientes con depresión. El más famoso entre ellos es sin duda el que se comercializa con la marca Prozac, cuyo componente activo es la fluoxetina. (González, 2017).

**Factores personales:** La edad es un factor determinante, ya que, antes la edad comprendida entre los 35 a los 45 años, solía tener más incidencia de este trastorno. Por lo que cabe resaltar que la depresión en menores, principalmente en el período de la pubertad y la adolescencia; edad en la cual se experimentan cambios hormonales muy importantes y psicológicamente se evoluciona más como personas, aunado a la situación país actual, adquiere un mayor grado de ocurrencia. (González, 2017).

**Factores ambientales:** Se consideran causas ambientales a todos aquellos estímulos externos que influyen en la persona y que pueden actuar como catalizadores para el origen de la depresión. Situaciones negativas desde familiares, laborales o personales, pueden producir el estrés y terminar convirtiéndose en depresión, especialmente si la persona tiene un historial de dependencia ética o de consumo de drogas. La escasa relación con otras personas, tanto como la dificultad de

comunicarse y el aislamiento, son factores claves que fomentan la probabilidad de que un individuo desarrolle un cuadro de depresión (González, 2017).

### *Síntomas de la depresión*

Diversas entidades han establecido en función a la presencia de determinados signos clínicos, diferentes cuadros de valoración y clasificación para la depresión. Los más usados a nivel profesional y de investigación, son los reflejados en el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV) de la Asociación americana de Psiquiatría, y de la décima edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). (Álvarez y colaboradores, 2014, p.41-44)

Asimismo, como continúa explicando Álvarez y colaboradores (2014, p.41-44):

De acuerdo con la clasificación de la CIE-10, se maneja un listado compuesto por diez síntomas depresivos generales para su diagnóstico, y otro listado más amplio para la clasificación del episodio como leve, moderado o grave (con presencia o ausencia de síntomas psicóticos). De forma general, deben existir al menos dos de estos tres síntomas típicos para considerarse presente la depresión (Álvarez y colaboradores, 2014):

- Ánimo o humor depresivo no habitual en el paciente, constante o durante todo el día.
- Pérdida o ausencia total del interés por actividades anteriormente placenteras para el sujeto.
- Incremento de signos de agotamiento excesivo, o pérdida de la vitalidad habitual.

El doctor John Noseworthy, aclara que los episodios depresivos tienen diferentes efectos de acuerdo con si se presentan en personas jóvenes o adultas. Existen síntomas similares en cuanto al diagnóstico general, pero respecto a los distintos puestos que se ocupan según la diversidad de edades, los más comunes en los adolescentes se clasifican a través de cambios emocionales y de su comportamiento. (Mayo Clinic, 2019)

### *Cambios emocionales*

- Sentimientos de tristeza, entre ellos, presencia excesiva de llanto sin motivo aparente.
- Sentimientos de desesperanza o vacío emocional.
- Irritabilidad o ataques de ira irracionales.
- Frustración susceptible, incluso por cuestiones menores.
- Disminución o desaparición del interés y la capacidad de disfrutar las cosas que anteriormente resultaban placenteras.
- Ausencia de interés en las relaciones con familiares o amigos y/o conflictos con estos.
- Empeoramiento progresivo del estado de ánimo.
- Pérdida de la autoestima y la confianza en sí mismo. Sentimientos de inferioridad no justificados y en prolongados períodos de tiempo.
- Fijación en errores pasados y constantes sentimientos de exagerada culpabilidad y autocrítica.
- Sensibilidad extrema al rechazo o al fracaso, acompañado de la necesidad de constantes muestras de afecto y apoyo por parte de los demás.
- Degradación en la capacidad de concentración y pensamiento. Suele acompañarse por la falta de firmeza en la toma de decisiones.
- Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, incluyendo tentativas para cometerlo.

### *Cambios en el comportamiento*

- Alteraciones del sueño: es mayormente frecuente la incapacidad de conciliar el sueño (Insomnio de conciliación) o por el contrario, el incremento de la necesidad de descansar (Hipersomnias).
- Cansancio y falta de energía.
- Cambios en los hábitos alimenticios: falta de apetito o aumento de éste, procediendo al adelgazamiento o incremento de peso.
- Seguridad al recurrir a recursos alternos como la bebida o las drogas.
- Agitación o inquietud: como por ejemplo, caminar desequilibradamente, retorcerse las manos o ser incapaz de quedarse tranquilo.
- Lentitud para razonar, hablar y hacer ciertos movimientos corporales.
- Quejas frecuentes de dolores de cabeza y malestares sin causa aparente, que pueden incluir visitas frecuentes a la enfermería.
- Aislamiento social.
- Desempeño escolar deficiente o faltas de asistencia frecuentes.
- Desinterés en el aspecto físico propio.
- Estallidos de ira, comportamiento problemático o riesgoso u otras manifestaciones de mala conducta como autolesiones por ejemplo, cortes, quemaduras o perforaciones.

## Tipos de Depresión

**La distimia:** Es el tipo de depresión menos grave. Los síntomas se mantienen a largo plazo, pero no evitan la actividad de las personas. También puede ser recurrente, es decir, puede aparecer más de una vez en la vida de una persona. La característica esencial de este trastorno es que el paciente se siente depresivo durante la mayor parte del día, la mayoría de los días, durante al menos 2 años. Muchas personas con distimia también pueden padecer de episodios depresivos severos en algún momento de su vida (Farré, 2016). Aunado a esto:

La Distimia se presenta con una mayor frecuencia en la mujer que en hombre, con una proporción 2:1, aparentemente estas diferencias se deben a factores culturales. El trastorno breve recurrente tiene una mayor prevalencia en la mujer que en hombre. La desproporción a favor de la mujer con respecto a la depresión emerge a partir de la adolescencia, mientras que en los hombres sería en la etapa prepuberal (Ruiz, 2005, citado por Jadán, 2017).

**Depresión grave o mayor:** Los pacientes que muestren cinco (5) de los nueve (9) síntomas de depresión como la pérdida de interés en sentir placer durante al menos dos semanas, este periodo se establece para descartar las fluctuaciones transitorias del estado de ánimo. El autor Black explica que: “La depresión es interesante, pero implica mucho esfuerzo conseguir comprender todos los síntomas” (Black, 2012 p.118).

**Depresión maníaca:** Este tipo de trastorno, también llamado “Trastorno bipolar” se clasifica como un tipo de trastorno del estado de ánimo. Pese a que se puede incluir dentro de los tipos de depresión, combina estados depresivos con estados de manía, es decir, existen altibajos extremos. Cuando está en la fase maníaca, la persona puede

estar hiperactiva, hablar excesivamente y tener una gran cantidad de energía. La manía a menudo afecta la manera de pensar, el juicio y la manera de comportarse con relación a los otros. El trastorno bipolar es una patología seria, y no debe confundirse con un estado de inestabilidad emocional (Farré, 2016).

**Depresión psicótica:** es un subtipo de depresión mayor, el cual se presenta cuando una enfermedad depresiva severa incluye algún tipo de psicosis. A diferencia de los demás tipos de depresión, se caracteriza por la presencia de síntomas psicóticos: alucinaciones y/o delirios (Farré, 2016).

**Trastorno depresivo estacional (SAD):** Este estado depresivo por sus siglas en inglés (Seasonal Affective Disorder) se caracteriza por ocurrir durante una cierta época del año, generalmente durante el invierno. Los síntomas generalmente se intensifican de manera lenta a finales del otoño y en los meses de invierno. Estos síntomas son muy parecidos a los que se presentan en otros tipos de depresión: desesperanza, aumento y disminución del apetito, aislamiento social, actividad lánguida, entre otros (Farré, 2016).

## **Tratamiento**

El Dr. García (2013) explica que existe una serie de tratamientos contra la depresión que han demostrado su eficacia a lo largo de su utilización en el ámbito médico. La gran mayoría se basan en terapias cognitivo-conductuales, pero generalmente éstas vienen cortejadas por una medicación determinada. Entre dichos tratamientos existe una clasificación general:

**Tratamientos farmacológicos:** Se han empleado distintos fármacos antidepresivos que incluyen desde los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO), los tricíclicos, y los más modernos que actúan en el aumento de la disponibilidad de los principales neurotransmisores que están relacionados con la depresión (García, 2013).

Existe mucha controversia respecto a cuándo es o no necesaria la psicoterapia al emplearse un tratamiento farmacológico. Hay que tener en cuenta que los neurotransmisores están al margen de la conducta del individuo, lo que quiere decir que cambian según el estado de ánimo. Por ello, en caso de utilizar antidepresivos, también es necesario ayudar a la medicación mediante el control de la conducta. Por otra parte, si se hace empeño en manejarlo, realmente se pueden conseguir cambios importantes en los neurotransmisores, de manera que permitan reformar su funcionamiento (García, 2013).

**Tratamientos cognitivos-conductuales:** Los modelos cognitivos emplean la metáfora del hombre como sistema de información, es decir, similar a un ordenador. El hombre procesa la información de su entorno antes de emitir una respuesta; clasifica, evalúa y asigna significado al estímulo que recibe en función al conjunto de experiencias que tiene almacenadas en su memoria, las cuales provienen de situaciones vividas anteriormente con la interacción de su medio y de sus creencias, suposiciones, actitudes, visiones del mundo y autovaloraciones (García, 2013).

La terapia cognitiva afirma que los trastornos emocionales surgen de los pensamientos irracionales. Si se analizan los pensamientos que están detrás de un comportamiento y se le hace lógico y racional, el problema psicológico se solucionará. Existe una distorsión sistemática en el procesamiento de la información, de este modo la perturbación emocional depende del potencial de los individuos para

percibir negativamente el ambiente y los acontecimientos que les rodean (García, 2013).

Éste es el tratamiento sobre el que más estudios se han realizado. Estos han demostrado su eficacia de forma contundente, mostrándose incluso más vigoroso que el tratamiento farmacológico. En el año 1996 Edmund Jacobson y otros psicólogos realizaron un estudio, sobre cuáles de los componentes en la terapia cognitivo-conductual eran los que efectivamente influían en la mejora de un cuadro depresivo; llegando a la conclusión que la activación conductual es el factor fundamental para el proceso de eliminación de la enfermedad (García, 2013).

**Autoayuda guiada:** Su objetivo es que los pacientes adquieran capacidades de autocontrol y manejo de la sintomatología de este trastorno. Se emplean tanto soportes bibliográficos, como materiales digitales. Aunque se ha demostrado buena efectividad en pacientes con depresión leve-moderada, no se conocen los efectos a largo plazo (García, 2013).

**Ejercicio físico:** Está demostrada la capacidad del ejercicio físico para mejorar el bienestar personal, tanto físico como psíquico. En los pacientes con depresión leve-moderada, un programa de ejercicio de intensidad moderada, de 40-45 minutos, 2-3 veces a la semana, durante un periodo de 10 a 12 semanas, podría repercutir en una clara mejoría de la sintomatología depresiva (García, 2013).

### *Consecuencias*

Las consecuencias inmediatas de un trastorno depresivo en estas edades son: Trastornos de comportamiento, fracaso escolar, conductas suicidas, conductas de dependencia y otra complicación que empieza a estudiarse es el papel de los síntomas

como factor de riesgo para desarrollar sobrepeso en la infancia y adolescencia. (Corcos, et. al., 2003, citado por Almudena, 2009)

### *Depresiones resistentes a la terapia*

García (2013) explica en su artículo sobre la depresión, que, a pesar de la eficacia y buenos tratamientos cognitivo conductuales y farmacológicos, existen depresiones que son resistentes a su tratamiento y por eso se habla de depresión crónica y depresión recurrente. Los tratamientos cognitivo conductuales las están afrontando con éxito.

El curso del trastorno depresivo mayor es variable, de forma que mientras unos pocos pacientes presentan un único episodio (menos del 30%) o pocos, la mayoría (más del 70%) presentarán 3 o más (con frecuencia múltiples) recurrencias y hasta el 20% de los pacientes desarrollarán cronicidad con síntomas residuales (superior a 2 años). La depresión a lo largo de la vida se configura, por tanto, como un amplio espectro de trastornos afectivos que oscilan desde un único episodio de la enfermedad hasta un patrón recurrente con pocos o ningún intervalo libre de enfermedad (Caballero y Caballero, 2007, citado por García, 2013).

Estos autores dan la definición de los diferentes procesos que se pueden dar en la evolución de la depresión:

- Episodio: Periodo de tiempo durante el que el paciente presenta los síntomas que satisfacen los criterios diagnósticos.
- Remisión parcial: El paciente mejora durante un tiempo limitado y deja de cumplir los criterios pero todavía presenta síntomas.
- Remisión completa: El paciente mejora hasta quedar asintomático

- Recuperación: Periodo asintomático suficientemente duradero como para considerar que el episodio ha terminado (habitualmente se suele establecer entre 4-6 meses).
- Recaída: Reagudización de la sintomatología de forma que se vuelven a cumplir criterios, que aparece durante la remisión, pero antes de la recuperación.
- Recurrencia: Cuando vuelve una y otra vez en episodios repetidos después de haberse recuperado totalmente el paciente.
- La terapia cognitivo conductual, basándose en los desarrollos aportados por la tercera generación de esta terapia, introduciendo métodos y estrategias basados en la conciencia plena para poder evitar que se repitan los episodios depresivos una vez superados y que están demostrando científicamente su eficacia.
- La depresión crónica: Existe una depresión que es terrible, comienza antes de los 21 años y se mantiene durante muchos años. Tiene sus raíces en la infancia en las relaciones que se establecen con las personas significativas de las que aprendemos como enfrentarnos a los problemas y relaciones personales en la vida. Son esos esquemas de comportamiento aprendidos los que mantienen la depresión y la hacen crónica.

### ***Depresión y Melancolía***

Depresión y melancolía son dos términos estrechamente relacionados a pesar de haber tenido una evolución diferente a lo largo de la historia de la medicina y del estudio de las enfermedades mentales, e incluso, desde la historia de la filosofía. De una forma u otra nos son conocidos hechos como que el origen del concepto depresión se encuentra en el de melancolía, que éste último es un término mucho más

antiguo, utilizado por los médicos griegos y romanos, y por todos los demás autores de siglos posteriores, que la depresión es un concepto relativamente nuevo que no empieza a utilizarse con frecuencia hasta el siglo pasado, que actualmente el término melancolía es mucho menos utilizado que el de depresión y está generalmente ligado a corrientes de pensamiento determinadas (Jiménez, 2002).

Generalmente, las personas tienen a relacionar la melancolía con la añoranza o la nostalgia, y otras tantas, le dan a la depresión un carácter patológico que no tiene la melancolía, o un estado de mayor gravedad; sin embargo, muchas de estas relacionan la melancolía con un estado pasajero y breve, mientras que la depresión tiene que ver con una situación más continua y llevadera en el tiempo. No obstante, ambas palabras implican tristeza, pero a diferencia de la melancolía que está provocada por un hecho concreto (generalmente recuerdo de acontecimientos pasados), la depresión no tiene un motivo definido e implica más síntomas que tristeza; de hecho, varios sujetos han manifestado un deseo de muerte ligado a la depresión que no existe en la melancolía. Por lo que es sorprendente que personas no expertas definen la depresión de una forma muy precisa enumerando algunos de sus principales síntomas, tales como baja autoestima, apatía, pensamientos negativos, desesperanza, deseo de muerte, etc. (Jiménez, 2002)

Por tal motivo, en la Tabla 1 (Ver anexos) se mostrarán algunas diferencias entre depresión y melancolía con el fin de establecer y tener claridad al momento de referirnos a la depresión, siendo este el tema en estudio.

### ***Riesgo de Suicidio***

Según señala Álvarez y colaboradores:

La depresión es uno de los factores más asociados a la conducta suicida. Se ha estimado que el riesgo de suicidio es cuatro veces mayor en las

personas con depresión en comparación con la población general, y 20 veces mayor en el caso de la depresión grave. Debido a ello, diferentes GPC (Guías de práctica clínica de Sanidad) de depresión recogen la importancia de la evaluación del riesgo de suicidio ante un paciente. Álvarez y colaboradores (2014, p. 37),

La conducta suicida es el resultado de la confluencia de distintas situaciones y factores que se combinan entre sí para generar un abanico que iría desde la ideación hasta el suicidio consumado. En la actualidad se considera que el suicidio se mueve a lo largo de un continuum de diferente naturaleza y gravedad, que va desde la ideación (idea de la muerte como descanso, deseos de muerte e ideación suicida) hasta la gradación conductual creciente (amenazas, gestos, tentativas y suicidio) (Álvarez y colaboradores, 2014).

El riesgo de suicidio se puede incrementar durante el episodio de depresión y en el período de remisión parcial. Algunos de los factores que se han asociado con mayor riesgo de suicidio en pacientes con depresión son: sexo masculino, historia familiar de trastorno mental, intento de suicidio previo, niveles más graves de depresión, presencia de desesperanza y trastornos comórbidos, especialmente ansiedad y abuso de alcohol y otras drogas. Otros factores que se han asociado al suicidio en pacientes con depresión son el trastorno límite de la personalidad y niveles altos de impulsividad y agresividad (Álvarez y colaboradores, 2014).

Cuando existe riesgo de suicidio en un paciente con depresión se recomienda considerar la derivación a atención especializada, de modo urgente cuando el riesgo es elevado (Álvarez y colaboradores, 2014).

### *Los adolescentes y la depresión hoy en día*

La adolescencia son etapas críticas para el fomento de la salud mental positiva. Individuos con una salud mental positiva tienen relaciones interpersonales que propician satisfacción personal y convivencia armónica, son capaces de aprender, enfrentar retos y resolver problemas, logran su potencial y contribuyen al bienestar de la sociedad. Para contar con una salud mental positiva, los adolescentes requieren un entorno que les proporcione seguridad, respeto y amor para desarrollar un concepto positivo de sí mismo, y un trato similar con los demás, un entorno con cierta estabilidad que les proporciona suficientes elementos para saber qué esperar de su entorno, oportunidades de crecimiento y consecuencias claras, consistentes y apropiadas de sus acciones (Medina, Sarti y Real, 2015, p.91).

Si bien, cuando un adolescente comienza a pasar por diferentes circunstancias no apropiadas a su edad, este puede comenzar a ponerse de mal humor, comportarse indisciplinado, o sentirse incomprendido. Dado que los comportamientos normales varían de una etapa de la niñez a la adolescencia, es a veces difícil establecer si un niño está simplemente pasando por una fase de su desarrollo o si está verdaderamente padeciendo de depresión (Jadán, 2017).

En un contexto social actual que viven los jóvenes, las edades en las cuales se desarrollan las enfermedades mentales, las consecuencias personales, familiares y para la sociedad de una enfermedad mental en edades tempranas y el hecho de que los menores de edad por sí mismos no pueden exigir respuestas a sus necesidades; la población infanto-juvenil debería ser un grupo prioritario en materia de salud mental (Medina, Sarti y Real, 2015).

### ***Teoría de Enfermería que sirve de guía y orientación en relación a la Depresión.***

Estas teorías y modelos de Enfermería facilitan la organización del conocimiento y guían el rol a cumplir. La teoría que más se relaciona con la depresión fue la de Dorothea E. Orem, la cual aplica un proceso de atención de enfermería para implementar medidas y acciones individualizadas. Es importante que la enfermería, junto al equipo de salud, se involucren en programas y guíen al paciente sobre la importancia que tiene la depresión.

## **Bases Legales**

Según Villafranca (2002, citado por Bracho y Mota, 2014, p.26) “Las bases legales no son más que leyes que sustentan de forma legal el desarrollo del proyecto”, explica que las bases legales “son leyes, reglamentos y normas necesarias en algunas investigaciones cuya temática así lo amerite”.

La presente investigación está sostenida por las leyes y principios emanados en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999), la Ley Orgánica de Educación (2009) y la Ley Orgánica de Protección al Niño y al Adolescente (LOPNA).

### **Constitución de la República Bolivariana de Venezuela**

#### **Título III – de los Deberes y los Derechos Humanos**

##### ***Capítulo I – Disposiciones Generales***

**Artículo 20.** Toda persona tiene derecho al libre desenvolvimiento de su personalidad, sin más limitaciones que las que derivan del derecho de las demás y del orden público y social.

**Artículo 21.** Todas las personas son iguales ante la ley, y en consecuencia:

1. No se permitirán discriminaciones fundadas en la raza, el sexo, el credo, la condición social o aquellas que, en general, tengan por objeto anular o menoscabar el reconocimiento, goce, ejercicio en condiciones de igualdad, de los derechos y libertades de toda persona. (...)

*Capítulo V – De los Derechos Sociales y de las Familias*

**Artículo 79.** Los jóvenes y las jóvenes tienen el deber y el derecho a ser sujetos activos del proceso de desarrollo. El Estado, con la participación solidaria de las familias y la sociedad, creará oportunidades para estimular su tránsito productivo hacia la vida adulta (...).

*Capítulo VI – De los Derechos Culturales y Educativos*

**Artículo 103.** Toda persona tiene derecho a una educación integral, de calidad, permanente, en igualdad de condiciones y oportunidades, sin más limitaciones que las derivadas de sus aptitudes, vocación y aspiraciones. (...)

**Artículo 104.** Como actividades que benefician la calidad de vida individual y colectiva. (...)

## **Ley Orgánica de Educación (2009)**

### *Capítulo I – Disposiciones Fundamentales*

**Artículo 3.** La presente Ley establece como principios de la educación, la democracia participativa y protagónica, la responsabilidad social, la igualdad entre todos los ciudadanos y ciudadanas sin discriminaciones de ninguna índole, la formación para la independencia, la libertad y la emancipación, la valoración y defensa de la soberanía, la formación en una cultura para la paz, la justicia social, el respeto a los derechos humanos, la práctica de la equidad y la inclusión; la sustentabilidad del desarrollo, el derecho a la igualdad de género (...).

**Artículo 4.** La educación como derecho humano y deber social fundamental orientada al desarrollo del potencial creativo de cada ser humano en condiciones históricamente determinadas, constituye el eje central en la creación, transmisión y reproducción de las diversas manifestaciones y valores culturales, invenciones, expresiones, representaciones y características propias para apreciar, asumir y transformar en realidad. (...)

**Artículo 14.** La educación es un derecho humano y un deber social fundamental concebida como un proceso de formación integral, gratuita, laica, inclusiva y de calidad, permanente, continua e interactiva, promueve la construcción social del conocimiento, la valoración ética y social del trabajo y la integralidad y preminencia de los derechos humanos, la formación de nuevos republicanos y republicanas para la participación activa, consciente y solidaria en los procesos de transformación individual y social (...)

## *Capítulo II – Corresponsables de la Educación*

**Artículo 17.** Las familias tienen el deber, el derecho y la responsabilidad en la orientación y formación en principios, valores, creencias, actitudes y hábitos en los niños y niñas, adolescentes, jóvenes, adultos y adultas, para cultivar respeto, amor honestidad, tolerancia, reflexión, participación, independencia y aceptación. Las familias, la escuela, la sociedad y el Estado son corresponsables en el proceso de educación ciudadana y desarrollo integral de sus integrantes.

### **Ley Orgánica de Protección al Niño y al Adolescente (LOPNA)**

#### *Título I – Disposiciones Directivas*

**Artículo 5.** La familia es responsable, de forma prioritaria, inmediata e indeclinable, de asegurar a los niños y adolescentes el ejercicio y disfrute pleno y efectivo de sus derechos y garantías. El padre y la madre tienen responsabilidades y obligaciones comunes e iguales en lo que respecta al cuidado, desarrollo y educación integral de sus hijos. (...)

#### *Título II – Derechos, Garantías y Deberes*

##### *Capítulo I – Derechos, garantías y deberes*

**Artículo 32.** Todos los niños y adolescentes tienen derecho a la integridad personal. Este derecho comprende la integridad física, psíquica y moral.

**Parágrafo Primero:** Los niños y adolescentes no pueden ser sometidos a torturas, ni a otras penas o tratos, crueles, inhumanos o degradantes.

**Parágrafo Segundo:** El Estado, la familia y la sociedad deben proteger a todos los niños y adolescentes contra cualquier forma de explotación, maltratos, torturas, abusos o negligencias que afecten su integridad personal. El Estado debe garantizar programas gratuitos de asistencia y atención integral a los niños y adolescentes que hayan sufrido lesiones a su integridad personal.

**Artículo 41.** Todos los niños y adolescentes tienen derecho a disfrutar del nivel más alto posible de salud física y mental. Asimismo, tienen derecho a servicios de salud, de carácter gratuito y de la más alta calidad, especialmente para la prevención, tratamiento y rehabilitación de las afecciones a su salud.

**Artículo 42.** Los padres, representantes o responsables son los garantes inmediatos de la salud de los niños y adolescentes que se encuentren bajo su patria potestad, representación o responsabilidad. En consecuencia, están obligados a cumplir las instrucciones y controles médicos que se prescriban con el fin de velar por la salud de los niños y adolescentes.

**Artículo 43.** Todos los niños y adolescentes tienen derecho a ser informados y educados sobre los principios básicos de prevención en materia de salud, nutrición, ventajas la lactancia materna, estimulación temprana en el desarrollo, salud sexual y reproductiva, higiene, saneamiento sanitario ambiental y accidentes. Asimismo, tiene el derecho de ser informado de forma veraz y oportuna sobre su estado de salud, de acuerdo a su desarrollo. El Estado, con la participación activa de la sociedad, debe garantizar programas de información y educación sobre estas materias, dirigidos a los niños, adolescentes y sus familias.

### **Definición de Términos Básicos**

**Adolescencia:** Período del desarrollo biológico, psicológico, sexual y social inmediatamente posterior a la niñez que comienza con la pubertad. Generalmente

abarca desde los 12 hasta los 19 años de edad. (Organización Mundial para la Salud, 2002)

**Ánimo:** O humos, es una emoción penetrante y sostenida que puede tener influencia importante en una persona sobre su percepción del mundo. Los ejemplos de ánimo incluyen: depresión, gozo, euforia, enojo y ansiedad. El humor se describe como la reacción emocional relacionada con una experiencia (Taber's, 2005, citado por Mejía y Domínguez, 2016)

**Ansiedad:** Condición de una persona que experimenta conmoción, intranquilidad, nerviosismo o preocupación que puede aparecer junto a una neurosis u otro tipo de enfermedad que no permite la relajación ni el descanso del paciente. (García, 2013)

**Autoestima:** Conjunto de percepciones, pensamientos, evaluaciones, sentimientos y tendencias del comportamiento propio, en la manera de ser y los rasgos del cuerpo y el carácter. Es decir, la percepción evaluativa sobre sí mismo. (Bonet, 1997)

**Estado de ánimo:** Es una relación entre dos variables: energía y tensión. Según esta teoría, el estado de ánimo fluctuaría entre un estado energético (de más cansado a más activo) y un estado referido al grado de nerviosismo (entre más calmado o más tenso), considerándose el mejor un estado calmado-energético y el peor un estado tenso-cansado. (Thayer, 1998, citado por: Los estados de ánimo, 2017)

**Estrés:** Respuesta fisiológica y psicológica de una persona que intenta adaptarse a las presiones a las que se ve sometida. (García, 2013)

**Maduración:** Acción y el resultado de madurar. Este verbo, sustenta al hecho de alcanzar un desarrollo corporal y mental pleno. (Real Academia Española, 2018).

**Neurosis:** Trastornos mentales que distorsionan el pensamiento racional y el funcionamiento social, familiar y laboral adecuado de las personas. (Cullen, 1769)

**Patología:** Rama de la medicina que se enfoca en las enfermedades del ser humano y en algunas ocasiones trata de la enfermedad en sí. (Real Academia Española, 2018).

**Rendimiento escolar:** Parámetro por el cual se puede determinar la calidad y la cantidad de los aprendizajes de los alumnos y además del carácter social, ya que no abarca solamente a los alumnos, sino a toda la situación docente y su contexto. (Ruiz, 2002)

**Tendencias autodestructivas:** Conducta orientada hacia el daño propio, bien sea buscando un método inmediato o mediante un daño que no tiene por qué mostrar sus efectos en el mismo momento, sino que es de carácter acumulativo y sus efectos negativos se ven con el paso del tiempo. (Caladín, 2016).

**Tristeza:** Es un sentimiento universal, circunstancial con la existencia del hombre, forma parte de las funciones afectivas o también conocidas como funciones del humor y su presentación obedece a una respuesta a las adversidades de la vida del sujeto (Benavides, 2017, p.175)

## **Variables de la investigación**

Según Arias una variable es “una característica o cualidad; magnitud o cantidad, que puede sufrir cambios, y que es objetivo de análisis, medición, manipulación o control en una investigación” (p. 54). Partiendo del objetivo general “Determinar estadísticamente las manifestaciones depresivas en los adolescentes cursantes del tercer año de educación media diversificada en la Unidad Educativa Ramón Ignacio Guerra del Municipio Libertador del Estado Mérida.” Se extraen las siguientes variables: dependiente, independiente, que serán las principales características a manipular y controlar.

### **Variable Independiente**

Según Arias las Variables Independientes “son las causas que generan y explican los cambios en la variable dependiente. En los diseños experimentales la variable independiente es el tratamiento que se aplica y manipula el grupo experimental.” (p. 59). Por ende la variable independiente del actual proyecto es: “Aplicar el inventario de Beck para el diagnóstico de cuadros depresivos a los alumnos”.

### **Variable Dependiente**

Según Arias las Variables Dependientes “son aquellas que se modifican por acción de las variables independiente. Constituyen los efectos o consecuencias que se miden y que dan origen a los resultados de la investigación.” (p. 59). Entendido esto la Variable dependiente será: “las manifestaciones depresivas en los adolescentes cursantes del tercer año de educación media diversificada en la Unidad Educativa Ramón Ignacio Guerra del Municipio Libertador del Estado Mérida.”

### Sistema de Variables

Objetivo	Variable	Dimensión	Indicadores	Ítems
Analizar los resultados obtenidos mediante la aplicación del inventario de Beck en los alumnos de tercer año de la U.E. Ramón Ignacio Guerra.	Las manifestaciones de la depresión en los adolescentes cursantes del tercer año en la Unidad Educativa Ramón Ignacio Guerra del Municipio Libertador del Estado Mérida. Noviembre 2019-2020	Datos sociodemográficos	Edad, sexo, convivencia familiar, domicilio de los padres, profesión de padre, profesión de la madre, ocupación del padre, ocupación de la madre, con quién convive y quién es su representante	A, B, C, D, E, F, G, H, I, J.
		Estado emocional	Tristeza, desánimo, fracaso, placer, culpa, castigo, decepción, ideas suicidas, sentimientos de tristeza (llanto), irritabilidad, autoestima.	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 14.
		Estado fisiológico	Sueño, cansancio, apetito, peso, preocupación por la salud física, interés sexual	16, 17, 18, 19, 20, 21.
		Estado conductual	Debilidades o errores, apatía, toma de decisiones, esfuerzo / trabajo conductual.	8, 12, 13, 15.

Fuente: Bustamante (2020)

## **CAPITULO III**

### **MARCO METODOLÓGICO**

#### **Enfoque de la Investigación**

La presente investigación se caracteriza por tener un enfoque cuantitativo, la cual según explica Tamayo y Tamayo (2007) consiste en la comparación de teorías existentes a partir de una serie de hipótesis surgidas de la misma, siendo necesario obtener una muestra, ya sea en forma aleatoria o discriminada, pero representativa de una población o fenómeno objeto de estudio.

#### **Tipo de Investigación**

La presente investigación es de tipo Descriptiva, ya que según lo explican Hernández y Otros.

Según este autor, el objetivo de este tipo de investigación es el de medir o recoger información sobre la variable estudiada, por lo “La investigación descriptiva: Busca especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice” (Hernández y Otros, 2003, p. 119).

En la presente investigación existe una sola variable de estudio y es resultado obtenido por la aplicación del inventario de Beck es decir el nivel de depresión en los estudiantes del tercer año de una Unidad Educativa Ramón Ignacio Guerra del

Municipio Libertador del estado Mérida. Con el fin de abrir camino a estudios sobre la depresión de adolescentes en Venezuela y dar conciencia a la institución de los peligros que representa la depresión y sus efectos negativos a largo plazo.

### **Diseño de la Investigación**

Al referirse al diseño de investigación, lo definen Hernández, Fernández y Baptista (2006) como “plan o estrategia que se desarrolla para obtener la información que se requiere en una investigación”. Este tipo de investigación es de campo. Según Arias (2006) la investigación de campo es aquella que consiste en la recolección de datos directamente de los sujetos investigados, o de la realidad donde ocurren los hechos (datos primarios), sin manipular o controlar variable alguna, es decir, el investigador obtiene la información pero no altera las condiciones existentes. De allí su carácter de investigación no experimental.

### **Población y Muestra**

En esta investigación, la población se tipifica como finita, ya que, es menor a 100 por lo que se tomará la misma como muestra, debido a que según Hurtado (2010), “una población finita es aquella que todos sus integrantes son conocidos y pueden ser identificados y listados por el investigador en su totalidad” (p.153).

Asimismo, como muestra se entiende que: “es un subconjunto representativo y finito que se extrae de la población accesible.” (Arias, 2006, p. 83). La investigación se llevara a cabo por medio de una selección de muestra intencional, que según arias (2006) “son escogidos con base en criterios o juicios preestablecidos por el investigador.” (P. 85). Donde el criterio de selección es las edades comprendidas entre 13 a 15 años las cuales presentan el comienzo de la adolescencia; por ello, se

tomará como muestra a treinta y dos (32) estudiantes de tercer año, correspondiendo a catorce (14) estudiantes de la sección “A” y dieciocho (18) estudiantes de la sección “B”. de la Unidad Educativa Ramón Ignacio Guerra del Estado Mérida.

### **Técnica e instrumento de recolección de datos**

Para la investigación se utilizó la técnica de encuesta con su cuestionario y la técnica test estandarizado con el instrumento Inventario de depresión de Beck:

#### *Cuestionario*

Según lo abordado, un cuestionario es un instrumento que agrupa una serie de preguntas relativas a un evento, situación o temática particular, sobre el cual el investigador desea obtener información. La diferencia entre el cuestionario y la entrevista es que en la entrevista las preguntas se hacen por escrito y su aplicación no requiere necesariamente la presencia del investigador (Hurtado, 2000, p. 469).

Para la realización del diagnóstico se aplicará un cuestionario a los alumnos, el cual permitirá a la investigadora la recolección de datos que facilitará el diagnóstico sobre la información acerca de su núcleo familiar, así como saber el nivel de estudio que tienen los padres y su lugar de residencia a la institución, el cuestionario contendrá preguntas cerradas, y de esta forma se permita confirmar las necesidades sobre el tema que serán cubiertas a la hora de ejecutar las actividades y explicaciones en el taller. Los resultados del cuestionario se harán mediante la tabulación estadística e interpretación cuantitativa de dichos resultados.

### *Instrumento Inventario de depresión de Beck*

Creado por el psiquiatra, investigador y fundador de la Terapia Cognitiva, Aarón T. Beck, publicado en 1996, es un cuestionario auto administrado que consta de 21 preguntas de respuesta múltiple. Es uno de los instrumentos más comúnmente utilizados para medir la severidad de una depresión. Las versiones más actuales de este cuestionario pueden ser utilizadas en personas de a partir de 13 años de edad. Está compuesto por ítems relacionados con síntomas depresivos, como la desesperanza e irritabilidad, cogniciones como culpa o sentimientos como estar siendo castigado, así como síntomas físicos relacionados con la depresión (por ejemplo, fatiga, pérdida de peso y de apetito sexual) (Sabater, 2019).

El BDI es bastante utilizado como herramienta de evaluación de la depresión por profesionales de la salud y por investigadores en diversas áreas (Sabater, 2019).

El resultado del BDI no siempre es suficiente para realizar un diagnóstico certero de depresión, pero es posible conseguirse una aproximación bastante confiable. No obstante, lo más recomendable tras la ejecución de la prueba son evaluaciones complementarias como entrevistas psicológicas/psiquiátricas, valoración del contexto psicosocial, etc. (Sabater, 2019).

La evaluación de este inventario es muy sencilla. Consiste en un formato de ítems tipo Likert con cuatro categorías de respuesta ordenadas que se codifican de 0 hasta 3. La puntuación es la suma de las respuestas a los 21 ítems. Si una persona ha elegido varias opciones en un ítem, se toma la opción con la puntuación más alta. También se puntúan de 0 a 3 los ítems 16 y 18, que tienen 7 categorías. En estos ítems el Manual recomienda registrar la categoría seleccionada, por su valor diagnóstico. El rango de las puntuaciones va desde 0 a 63 puntos. Cuanta más alta sea la puntuación, mayor será la severidad de los síntomas depresivos. Se establecen cuatro grupos en función a

la severidad del cuadro. (Inventario de Depresión de Beck-II-Consejo General de la Psicología, 2013).

De este modo, se establecen las categorías básicas en base a los resultados obtenidos:

- Valoración de 1 a 10: Estos altibajos son considerados normales.
- Valoración de 11 a 16: Leve perturbación del estado de ánimo.
- Valoración de 17 a 20: el sujeto padece una depresión intermitente.
- Valoración de 21 a 30: el sujeto padece una depresión moderada.
- Valoración de 31 a 40: Depresión severa.
- Valoración de + 40: Depresión extrema.

Este inventario (BDI) es bastante utilizado como herramienta de evaluación de la depresión por profesionales de la salud y por investigadores en diversas áreas.

Además evalúa los pensamientos del niño y adolescente sobre sí mismo, su vida y su futuro, los sentimientos de tristeza e indicaciones fisiológicas de la depresión, aunque para un mejor diagnóstico de depresión es necesario realizar otras evaluaciones complementarias tales como: entrevista psicológicas/psiquiátricas, entre otros, pero es una herramienta muy útil para el despistaje o chequeo. En el Anexo número 16 se muestra un ejemplo del inventario con una descripción de cada ítem que se utilizara con los participantes del estudio, cabe indicar que la versión a emplear debe carecer de enunciado en los ítem para evitar la predisposición y prejuicio al momento de responder.

## **CAPITULO IV**

### **PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS**

A continuación, se presentan las tablas que expresan de una forma cuantitativa los resultados obtenidos con la aplicación del instrumento para identificar los datos personales de los alumnos del tercer año de la U.E. Ramón Ignacio Guerra del Municipio Libertador del Estado Mérida. Noviembre 2019-2020.

[www.bdigital.ula.ve](http://www.bdigital.ula.ve)

**Tabla 3.1.** Datos socio-demográfico de los alumnos del tercer año, parte I

Edad		Sexo		Convivencia familiar			Domicilio de los padres			
Años	Adolescentes	Años	Adolescentes		Ítems	Edad de los adolescentes			Localidad	N°
			M	F		13	14	15		
13	2	13	2	0	Ambos padres	1	11	4	El Arenal	1
14	25	14	11	14	Solo madre	0	7	1	El Manzano alto	1
15	5	15	2	3	Solo padre	0	0	0	La Pedregosa	23
					Abuelos	1	4	0	Los Curos	5
					Tíos	0	1	0	Los Próceres	2
					Primos	0	2	0		
					Otros	0	0	0		

Fuente: Bustamante (2020)

www.bdigital.ula.ve

**Tabla 3.2.** Datos socio-demográfico de los alumnos del tercer año, parte II

Profesión del padre	N°	Profesión de la madre	N°	Ocupación del padre	N°	Ocupación del madre	N°	Con quién convive				Representante					
								Familiar	Edad de los adolescentes			Total	Familiar	Edad de los adolescentes			Total
								13	14	15		13	14	15			
Asesor	1	Licenciada	5	Albañil	6	Administradora	1	Madre	0	5	1	6	Madre	1	22	5	28
Bachiller	1	Contadora	2	Asesor fiscal	1	Ama de casa	7	Padre	0	13	0	13	Padre	0	2	0	2
Bombero	1	Administradora	2	Chofer	1	Asistente .de cocina	2	Ambos	1	0	4	5	Otros	1	1	0	2
Contador	1	Ingeniera	1	Comerciante	4	Camarera	1	Otros	1	7	0	8	<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>25</b>	<b>5</b>	<b>32</b>
Paramédico	1	No especificado	22	Guía de montana	1	Cocinera	2	<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>25</b>	<b>5</b>	<b>32</b>					
Profesor	1			Obrero	1	Costurera	2										
No especificado	26			Conductor de grúas	1	Criminalística	1										
				Trabaja en granja	1	Incapacitada	1										
				Vigilante	2	Limpieza de casas	1										
				No especificado	14	Manicurista	1										
						Operadora											
						Profesora	1										
						Secretaria	1										
						No especificado	11										

Fuente: Bustamante (2020)

En las Tablas 2 y 3 Datos socio-demográficos de los alumnos del tercer año, parte I y parte II, se puede notar en el apartado de edad, la relación de edades que existe en el año de estudio, la cual se calculó entre 13, 14 y 15 años, asimismo, en cuanto a la convivencia familiar, se observó que solo el quince por ciento (15%) de los encuestados (5) viven con ambos padres, el (50%) vive con alguno de los dos padres y el veinticinco (25%) viven con otros familiares como abuelos, tíos y primos. En cuanto al domicilio, la mayoría habita por los alrededores del sector La Pedregosa pudiendo ser accesible para llegar a la institución. Por otra parte, en lo que respecta a la profesión de los padres, hubo un alto grado de ausencia de respuesta, por parte de los adolescentes, demostrando que son pocos los profesionales en algún área. En el ítem de ocupación de los padres, se aprecia que la mayoría se dedican a empleos en otras áreas diferentes a las que estudiaron. Un punto resaltante, son los resultados en el ítem de representante, llama la atención que el ochenta y siete por ciento (87%) son representados por la madre, en contra parte a los resultados de convivencia; entendiéndose que pese a que viven con el padre la madre no se desliga de sus responsabilidades.

**Tabla 4.** Dimensión: Estado fisiológico. Indicadores. Distribución de frecuencia del estado fisiológico de los estudiantes

Ítems	Proposición	A		B		C		D		TOTAL
		N	%	N	%	N	%	N	%	%
16	Descanso	22	69%	5	16%	2	6%	3	9%	100%
17	Cansancio	16	50%	10	31%	5	16%	1	3%	100%
18	Pérdida de peso	21	66%	8	25%	1	3%	2	6%	100%
19	Peso	27	84%	4	12%	-	-	1	3%	100%
20	Problemas de salud	27	84%	5	16%	-	-	-	-	100%
21	Interés sexual	27	84%	4	12%	1	3%	-	-	100%

**Fuente:** Bustamante (2020)

www.bdigital.ula.ve

En la Tabla 4. Dimensión: Estado fisiológico. Indicadores. Distribución de frecuencia del estado fisiológico de los estudiantes, para el ítem 16, el 68,8% manifiesta que tienen un buen descanso. Para el ítem 17, el 50% señalan que no se cansan, no obstante el 31,3% expresa que se cansan con más facilidad. En ponderación al ítem 18, el 65,6% afirma que mantiene su apetito y peso. Respecto al ítem 19, el 84,4% manifiestan que no han tenido una pérdida de peso significativa. Para el ítem 20, el 84,4 % no ha tenido problemas de salud y en el ítem 21, el 84,4% no ha notado cambio alguno reciente en su interés sexual.

**Tabla 5.** Dimensión Estado emocional y conductual. Indicadores. Distribución de frecuencia del estado emocional y conductual de los estudiantes

Ítems	Proposición	Indicadores								Total	
		A		B		C		D		N	%
		N	%	N	%	N	%	N	%		
1	Tristeza	23	71,9	5	15,6	4	12,5	0	0,0	32	100
2	Desánimo	24	75,0	7	21,9	1	3,1	0	0,0	32	100
3	Fracaso	27	84,4	3	9,4	2	6,3	0	0,0	32	100
4	Placer	20	62,5	9	28,1	2	6,3	1	3,1	32	100
5	Culpa	27	84,4	5	15,6	0	0,0	0	0,0	32	100
6	Castigo	30	93,8	2	6,3	0	0,0	0	0,0	32	100
7	Decepción	29	90,6	1	3,1	1	3,1	1	3,1	32	100
8	Debilidad o errores	20	62,5	11	34,4	1	3,1	0	0,0	32	100
9	Ideas de suicidio	28	87,5	2	6,3	0	0,0	2	6,3	32	100
10	Sentimientos de tristeza (llano)	20	62,5	3	9,4	4	12,5	5	15,6	32	100
11	Irritabilidad	19	59,4	10	31,3	3	9,4	0	0,0	32	100
12	Apatía	18	56,3	8	25,0	5	15,6	1	3,1	32	100
13	Toma de decisiones	19	59,4	5	15,6	5	15,6	3	9,4	32	100
14	Autoestima	27	84,4	0	0,0	0	0,0	5	15,6	32	100
15	Esfuerzo y trabajo conductual	19	59,4	7	21,9	6	18,8	0	0,0	32	100

Fuente: Bustamante (2020)

En la Tabla 5. Dimensión Estado emocional y conductual la frecuencia del estado emocional y conductual de los estudiantes, se tiene que para el estado emocional, para el ítem 1 el 71,9% no tiene síntomas de tristeza, para el ítem 2, el 75% no posee síntomas de desánimo, sin embargo se nota un 21,9% en presencia leve. Referente al ítem 3, el 84,4% no presenta síntomas de fracaso. Respecto al ítem 4 sobre sentimientos de placer el 62,5% expresa que tiene sentimientos de placer, pero un 28,1% expresa que lo tiene levemente. Asimismo, para el ítem 5 el 84,4% manifiesta que tienen sentimientos de culpa. En ponderación al ítem 6, el 93,8% no tienen sentimientos de castigo. Para el ítem 7 el 90,6% enuncia no sentirse decepcionado. Referente al ítem 9, el 87,5% manifiesta que no ha tenido ideas de suicidio, pero el 6,3% si lo ha tenido concurridamente. Para el ítem 10 el 62,5% dice que no ha tenido sentimientos de tristeza como el llanto. Para el ítem 11 el 59,4% menciona que no posee sentimientos de irritabilidad. . Referente al ítem 14, el 84,4 % posee una autoestima acorde, sin embargo el 15,6% manifiesta sentirse mal consigo mismo.

Por otra parte, referente al estado conductual, para el ítem 8, el 62,6% expone que no ha sentido síntomas de debilidad o errores, sin embargo, un 34,4% expresa que levemente. En cuanto al ítem 12, el 56,3% no ha tenido sentimientos de apatía. Para el ítem 13, el 59,4% señala tener toma de decisiones Respecto al ítem 15, el 59,4% expresa que pueden trabajar bien.

**Tabla 6.** *Tipos de depresión detectada en los adolescentes según Inventario de Beck*

Categoría	N° de adolescentes	%
Altibajos 1-10	22	69
Leve perturbación 11-16	3	9,4
Depresión intermitente 17-20	3	9,4
Depresión moderada 21-30	2	6,2
Depresión Grave 31-40	2	6,2
Depresión Extrema +40	0	0
Total	32	100

Fuente: Bustamante (2020)

En la Tabla 6. Tipos de depresión detectada en los adolescentes según Inventario de Beck se muestra los resultados del inventario aplicado a los treinta y dos (32) estudiantes de la Unidad Educativa Ramón Ignacio Guerra, como previamente fue descrito el formato de los ítems es de tipo Likert con cuatro categorías de respuesta ordenadas que se valoran del 0 hasta 3. La puntuación es la suma de las respuestas a los 21 ítems. Se obtuvo un resultado aproximado de la presencia o ausencia de depresión en ellos con el sistema de puntuación del inventario de depresión de Beck: con altibajos normales veintidós (22) adolescentes; con perturbaciones leves (11-16) tres (03) adolescentes de 14 años; depresión intermitente (17-20) tres (3) estudiantes; con depresión moderada (21-30 puntos) dos (02) adolescente de 14 años y depresión grave (31-40 puntos) dos (02) adolescentes de 14 años.

En resumen, favorablemente, la situación más frecuente fue la de la ausencia de depresión en los individuos. En el resultado también fue visible la presencia leve de depresión; cabe mencionar que debido a la edad de los encuestados hay una tendencia a responder algunas afirmaciones de manera indiferente al no tomarse con suficiente seriedad, disminuyendo levemente la precisión de los resultados, de igual manera los individuos se encuentran en una fase de desarrollo físico y psíquico que genera varios cambios y altibajos conductuales que podrían asociarse erróneamente a cuadros depresivos. Esto no significa pasar por alto los valores obtenidos, indica que debe hacerse un seguimiento especial para determinar el origen de la tendencia.

Como resultado de la investigación se encontraron cuatro (4) casos de depresión los cuales deberán ser tratados, en la brevedad posible recordando que la recopilación de los datos fue hecha de manera anónima, debido a esto es menester la realización de actividades informativas y recreacionales con el fin de facilitar a la institución el tratamiento de los casos hallados. A continuación se presenta una tabla con los resultados obtenidos y se resaltan las cuatro (4) muestras que resultaron con depresión.

**Tabla 7.** Resultados individuales del inventario de Beck.

Muestra	Resultado	Muestra	Resultado
1	13	17	8
2	30	18	7
3	1	19	6
4	6	20	6
5	12	21	11
6	17	22	3
7	31	23	17
8	26	24	8
9	4	25	7
10	6	26	4
11	7	27	21
12	1	28	8
13	5	29	4
14	6	30	1
15	2	31	8
16	0	32	5

**Fuente:** Bustamante (2020)

## **CAPITULO V**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **Conclusiones**

Para concluir, los adolescentes de hoy en día -ubicándonos específicamente en Venezuela- no tienen una buena perspectiva de su futuro a largo y corto plazo. Dicha situación es bastante común y además conflictiva, no sólo en los aspectos de la posterior opinión pública, sino más bien en cuanto al desarrollo integral de cada una de estas personas. El proyecto de vida es algo esencial para el crecimiento y la madurez emocional como vocacional, y es bastante evidente que para la mayor parte de la población, en concreto, las personas jóvenes, esto no está siendo tan relevante como en realidad lo es. Quizá ello sea debido a que éstas no están viviendo su vida en las condiciones óptimas, que asimismo logren generar los elementos que estimulen a la motivación y suponen ser el principal motor para la manutención social de la comunidad venezolana y básicamente cualquier sociedad.

La depresión es un trastorno mental que debe ser tomado con más seriedad, al igual que muchos otros temas de grave índole. La toma de conciencia del tema es justa y necesaria, debido a que muchos adolescentes pueden estar presentando episodios depresivos y no se les da la atención ni la ayuda requerida; o directamente no se le da la suficiente importancia, pudiendo generar en ellos consecuencias extremas, y aunque pueda lucir inofensiva en su manifestación más leve, ésta puede ir incrementando gradualmente todas sus características patológicas hasta dejar al individuo en un estado objetivamente deteriorado en su salud física y mental.

Teniendo en cuenta el resultado final de la prueba realizada a los estudiantes de 13, 14 a 15 años de edad correspondientes al tercer año de la Unidad Educativa Ramón Ignacio Guerra, se pudo observar que en su mayoría no presentaron por completo la sintomatología común de la depresión, en caso presentan altibajos y alteraciones comunes dadas la situación país y perfectamente tratables y superables, ahora particularmente, se contó con la presencia de cuatro (04) adolescentes que aparentemente, padecen de un grado de depresión moderada y severa.

Todos los objetivos de la investigación se cumplieron: primero, se logró analizar los datos socios económicos de los alumnos del tercer año de la U.E. Ramón Ignacio Guerra; posteriormente se llevó a cabo el diagnóstico de las manifestaciones depresivas desde el estado fisiológico, conductual hasta el estado emocional de los de los jóvenes en estudio. Por lo que dicha investigación servirá para otras futuras, que puedan realizar posibles propuestas de solución para esta problemática.

### **Recomendaciones**

Manejar adecuadamente el tema de la toma de conciencia sobre la depresión, de manera que los adolescentes que no padezcan de depresión conozcan los síntomas, las causas y las consecuencias más importantes de la enfermedad, así como el qué hacer al tener amistades que estén atravesando este proceso.

Diseñar un programa de sesiones educativas e interactivas que permitan despertar el interés del adolescente en su proyecto de vida y su desarrollo personal. Por lo tanto, buscar estrategias más dinámicas y apropiadas para que estos capten las ideas que se tratan de entregar.

Promover en los docentes las actitudes apropiadas para integrarse con los estudiantes y que de tal forma, actúen como facilitadores en los procesos de enseñanza y aprendizaje.

Darle seguimiento o continuidad a este trabajo de modo que no se pierda el valor esencial del desarrollo y el bienestar del estado fisiológico, conductual y emocional de todos como seres humanos. Asimismo, tomar otras medidas en caso de ver un resultado poco conveniente, debido a que, la salud mental y el cómo es vista a causa de ciertos estereotipos es un tópico complicado de tratar, más allá de ser de alto riesgo si no se diagnostica a tiempo y se aplica un tratamiento adecuado; por ello es importante que no se pierdan estos valores del autoestima y la motivación grupal.

A la escuela de enfermería de la universidad de los andes, presentar los resultados obtenidos para que se conozcan y puedan servir de base a otros trabajo de investigación

A la unidad educativa ramos Ignacio guerra presentar el presente trabajo a fin que se conozcan los resultados obtenidos con la finalidad de crear conciencia y dar apoyo a los adolescentes con esta aflicción además de implementar talleres y terapias

## REFERENCIAS

Almudena, A. (2009). La salud mental de las personas jóvenes en España. *Revista de Estudios de juventud*, 84, tomado de: <http://asaenec.org/wp-content/uploads/2014/02/Informe-sobre-la-salud-mental-de-las-personas-j%C3%B3venes-en-Espa%C3%B1a.pdf>

Álvarez, M., Ramírez, B. y Silva, A. (2009). La relación entre depresión y conflictos familiares en adolescentes. *Revista International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 9, 205-216. Tomado en enero 22, 2020: <https://www.redalyc.org/pdf/560/56012878005.pdf>

Álvarez, M., Atienza, G., Ávila, M., González, A., Guitlán, D., Liñero, E., González, A. Rodríguez, J. y Triñanes, Y. (2014). Guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión en el adolescente y adulto. Ministerio de Ciencia e Innovación. Tomado en junio 2019 de: [https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC\\_534\\_Depresion\\_Adulto\\_Avaliat\\_compl.pdf](https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_534_Depresion_Adulto_Avaliat_compl.pdf)

Arias, F. (2006). *El proyecto de la investigación Introducción a la metodología científica*. Caracas: Episteme

Bavaresco, A. (2006). *Proceso metodológico en la investigación: Cómo hacer un Diseño de Investigación*. Maracaibo, Venezuela. Tomado enero 2020 de: [http://biblioteca.bcv.org.ve/cgi-win/be\\_alex.exe?Autor=Bavaresco+de+Prieto,+Aura&Nombrebd=bcv\\_internet](http://biblioteca.bcv.org.ve/cgi-win/be_alex.exe?Autor=Bavaresco+de+Prieto,+Aura&Nombrebd=bcv_internet)

Benavides, P. (2017). La depresión, evolución del concepto desde la melancolía hasta la depresión como enfermedad física. Tomado en enero 2020 de <file:///C:/Users/NATHALIA/Downloads/119-276-1-PB.pdf>

Berrío, N. y Mazo, R. (2011). Estrés Académico. Revista de Psicología Universidad de Antioquia, 3. Tomado en noviembre, 29, 2019: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2145-48922011000200006](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2145-48922011000200006)

Black, A. (2012). Introducción a la Psiquiatría. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.

Bonet, J. (1997). *Sé amigo de ti mismo Manual de Autoestima*. Tomado en junio 2019 de <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=iTwVTnXcuBcC&oi=fnd&pg=PA11#v=onepage&q&f=false>

Bouchot, A. (2019). La depresión en adolescentes puede deberse al estrés. Revista EME de Mujer. Tomado en noviembre, 29, 2019: <https://ve.emedemujer.com/actualidad/super-mujeres/la-depresion-adolescentes-estres/>

Bracho, W y Mota, F. (2014). Material educativo computarizado como estrategia para la enseñanza en el manejo de las letras del alfabeto y su uso para formar palabras, a nivel de 2do grado de La U.E.E. Monseñor “Jacinto Soto Laya. Tesis de la Universidad de Carabobo. Tomado en enero 2020 de [http://mriuc.bc.uc.edu.ve/bitstream/handle/123456789/2233/10.Tesis\\_Fabio%20y%20Wendy.pdf?sequence=1](http://mriuc.bc.uc.edu.ve/bitstream/handle/123456789/2233/10.Tesis_Fabio%20y%20Wendy.pdf?sequence=1)

Briceño, S. (2019, mayo 18). Salud mental y los jóvenes venezolanos. *Diario Panorama*. Extraído de: <https://www.panorama.com.ve/bellezaysalud/Salud-mental-y-los-jovenes-venezolanos-como-prevenir-la-ansiedad-20190516-065.html>

Caladín, A. (2016, junio 20). Re: Personas autodestructivas. Tomado de Blog Amparo Caladín Psicólogos, <https://www.amparocalandinpsicologos.es/personas-autodestructivas/>

Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. (1999). *Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela*, 5453 (Extraordinario). Extraído de [https://www.oas.org/dil/esp/constitucion\\_venezuela.pdf](https://www.oas.org/dil/esp/constitucion_venezuela.pdf)

Cullen, W. (1769). El concepto de neurosis. Tomado en marzo 17, 2018. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29212111>

Farré, J. (2016). Depresión. Tomado en junio 2019 de Psicodez: <http://www.psiquiatriapsicologia-dexeus.com/es/unidades.cfm/ID/955/ESP/transtornos-depresivos.htm>

<http://www.biblioteca.cij.gob.mx/publicaciones/prevencion/libro2.pdf>

Farré J. (2016). Trastornos depresivos. Tomado en Marzo 02, 2018. Disponible en: <http://www.psiquiatriapsicologia-dexeus.com/es/unidades.cfm/ID/955/ESP/transtornos-depresivos.htm>

García, J. (2013). La depresión. Tomado en junio 2019 de Psicoterapeutas.com: [http://www.psicoterapeutas.com/trastornos/depresion/tratamientos\\_depresion.html](http://www.psicoterapeutas.com/trastornos/depresion/tratamientos_depresion.html)

González, H. (2017). *Depresión*. Tomado en junio 2019 de Webconsultas Revista de Salud y bienestar: <https://www.webconsultas.com/depresion/causas-de-la-depresion-290>

Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.

Huarancca, K. (2015). Intervención de la enfermera en la identificación de factores condicionantes de depresión en adolescentes escolares de 14 a 17 años del Centro Educativo 1252 Santa Isabel, Ate Vitarte. Tesis de la Universidad Ricardo Palma. Tomado en febrero 2020 de file:///C:/Users/NATHALIA/Desktop/ysoproyectos/antecedentes%20yamilet/Huarancca\_K.pdf

Hurtado, J. (2000). *Metodología de la investigación holística*. Caracas: Fundación Sypal.

Jadán, C. (2017). Depresión en adolescentes de 14 a 16 años del colegio 27 de febrero de la ciudad de Loja. Tomado en enero 2019 de <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/19702/1/Cristina%20Yasmin%20Jad%C3%A1n%20L%C3%B3pez.pdf>

Jackson, S. (1989). *Historia de la melancolía y la depresión desde los tiempos hipocráticos hasta la época moderna*. Tomado en febrero 15,2020: <https://es.scribd.com/doc/223750865/Stanley-W-Jackson-Historia-de-La-Melancolia-y-La-Depresion>

Jiménez, G. (2002). La depresión desde una perspectiva tridimensional: elaboración de un instrumento de medida. Tomado en noviembre 2019 de: <https://eprints.ucm.es/4430/1/T26480.pdf#page=1&zoom=90,-265,467>

Ley Orgánica de Educación. (2009). *Gaceta Oficial No 5.929* (Extraordinario) de fecha 15 de agosto de 2009. Extraído de <http://www.minci.gob.ve/wp-content/uploads/2018/08/Ley-Org%C3%A1nica-de-Educaci%C3%B3n.pdf>

Ley Orgánica de Protección para el Niño, Niña y Adolescente (LOPNNA). *Gaceta Oficial N° 6185* (Extraordinario) de fecha 8 de junio de 2015. Extraído de

<http://elucabista.com/wp-content/uploads/2015/10/LOPNNA-REFORMADA.pdf>

López, M., Mejía, C., y Vargas, M. (2018). Ansiedad y depresión como factores de riesgo en el inicio temprano del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas. Tomado en noviembre 2019 de <http://www.biblioteca.cij.gob.mx/publicaciones/prevencion/libro2.pdf>

López, M., Fajardo, R., Guadarrama, R. y Escutia, N. (2016), Inteligencia emocional: factor positivo ante la depresión en adolescentes de bachillerato. Informes Psicológicos. Tomado en febrero 2020 de <file:///C:/Users/NATHALIA/Downloads/Dialnet-InteligenciaEmocional-7044248.pdf>

*Los estados de ánimo.* (2017). Tomado en enero 30, 2020, de: [http://directorgestudio.weebly.com/uploads/6/5/9/5/6595948/el\\_estado\\_de\\_anim\\_o\\_cun\\_2014\\_b.pdf](http://directorgestudio.weebly.com/uploads/6/5/9/5/6595948/el_estado_de_anim_o_cun_2014_b.pdf)

Mamani, B. y Quispe, C. (2016). Depresión y disfunción familiar en estudiantes del cuarto año de secundaria de la Institución Educativa Secundaria Industrial Perú Birf, Juliaca – 2015. Tesis de la Universidad Peruana Unión. Tomado en febrero 2020 de [file:///C:/Users/NATHALIA/Desktop/ysa/proyectos/antecedentes%20yamilet/Blanca\\_Tesis\\_bachiller\\_2016.pdf](file:///C:/Users/NATHALIA/Desktop/ysa/proyectos/antecedentes%20yamilet/Blanca_Tesis_bachiller_2016.pdf)

Mayo Clinic. Hospital de psiquiatría en Rochester (2019). Depresión en adolescentes. Tomado en noviembre 2019 de MayoClinic.: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/teen-depression-/symptoms-causes/syc-20350985>

Medina, M., Sarti, E., y Real, T. (2015). La depresión y otros trastornos psiquiátricos. Academia Nacional de Medicina. Intersistemas, S.A. Tomado en enero 2020 de [https://www.anmm.org.mx/publicaciones/CAnivANM150/L27\\_ANM\\_DEPRESION.pdf](https://www.anmm.org.mx/publicaciones/CAnivANM150/L27_ANM_DEPRESION.pdf)

Mejía, J. y Domínguez, A. (2016). Trastornos de humor. Tomado en enero 2020 de SlideShare: <https://es.slideshare.net/AMNTONY/trastornos-del-humor>

Mengual, E. e Izeddin. H. (2012). Suicidios, la epidemia del siglo XXI. Tomado en febrero 16, 2020. Disponible en: <http://www.elmundo.es/elmundo/2011/10/27/espana/1319712105.html>

Núñez. E. (2015). *Enfermedades mentales, capítulo II*. Tomado en febrero 15, 2020. Disponible en: <https://themennonite.org/spanish/deldr-nunez-3/>

Pérez, D., García, J., García, T., Ortiz D. y Centelles, M. (2014). Conocimientos sobre estrés, salud y creencias de control para la Atención Primaria de Salud. Tomado en noviembre 2019 de Scielo Revista Cubana de Medicina General Integral: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-212520140003000](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-212520140003000)

Raffino, M. (2019). Concepto.de. Tomado en enero 2019 de: <https://concepto.de/etica/> Consultado en Marzo 2019.

Real Academia Española (2018). “Diccionario de la lengua española”. Tomado en Enero 19, 2018, de Real Academia Española, disponible en: <http://dle.rae.es/?id=Oo4eWzD>

Rosado, H. (2017). *Percepción sobre la relación entre la depresión y la soledad con el suicidio de los ancianos en puerto rico*. Tomado en febrero 2020, disponible

en:[http://www.anagmendez.net/umet/pdf/biblioteca\\_teissalud\\_rosadosolivanh2017.pdf](http://www.anagmendez.net/umet/pdf/biblioteca_teissalud_rosadosolivanh2017.pdf)

Ruiz, A. (2002). Definición de rendimiento escolar. Tomado en marzo 17, 2018 Disponible en: <https://sites.google.com/site/psicoinforma05/rendimiento-escolar/definicion>

Sabater, V. (2019, Julio 28). *Inventario de depresión de Beck ¿en qué consiste?*. Tomado de: *lamenteesmaravillosa*: <https://lamenteesmaravillosa.com/inventario-de-depresion-de-beck-en-que-consiste/>

Tamayo y Tamayo, M. (2007). *El proceso de la investigación científica. Incluye evaluación y administración de proyectos de investigación*. México: Limusa.

Telesur Noticias. (2017). La depresión es una de las principales causas de discapacidad. Sección Mundo. Tomado en enero 2020 de Telesur Tv: <https://www.telesurtv.net/news/La-depresion-es-una-de-las-principales-causas-de-discapacidad-20170223-0062.html>

**ANEXOS**  
www.bdigital.ula.ve

Melancolía	Depresión
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recuerdo de algo pasado que provoca tristeza</li> <li>• Nostalgia por algo pasado</li> <li>• Tristeza pensativa</li> <li>• Situación en la que añoras algún momento agradable que has vivido y que te gustaría volver a vivir</li> <li>• Estado de ánimo que te provoca estar entristecida recordando momentos o tiempos mejores. Deseando que vuelvan.</li> <li>• Añoranza de algo querido</li> <li>• Añoranza, tristeza, recuerdos</li> <li>• Tristeza, añoranza (espontánea y breve)</li> <li>• Estar triste</li> <li>• Momento de especial sensibilidad</li> <li>• Estar triste y sensible</li> <li>• Un estado de ánimo en el que estás triste y tienes la necesidad de tener algo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Angustia que provoca tristeza.</li> <li>• Un grado mucho más alto de tristeza y desesperanza, lo ves todo negro.</li> <li>• No intentas buscar soluciones.</li> <li>• Situación en la que todas las cosas van por el lado negro.</li> <li>• Momento de hundimiento, te encuentras bajo de moral y nada te parece bien.</li> <li>• Desgana, desánimo, no tener ilusión por nada</li> <li>• Angustia que te sube por el pecho y se transforma en un fuerte dolor de cabeza</li> <li>• Estado en el que te encuentras mal, no tienes ganas de nada y lo que realmente te apetece es no estar en el mundo.</li> <li>• Estar enfermo si es muy fuerte; si no es estar triste sin que nadie pueda comprenderte, como si los problemas fueran muy grandes.</li> <li>• Mucha tristeza, desesperanza, no ver sentido ni salida a nada (continuamente, duradero en el tiempo)</li> </ul>

**Tabla 1.** *Diferencia entre depresión y melancolía*

Fuente: Jiménez (2012, p. 42)

**Instrumento de recolección de datos**

**I. Parte: Datos Sociodemográficos**

A.- Edad		B.- Sexo	
15	_____	Masculino	_____
16	_____	Femenino	_____
17	_____		
18	_____		
C.- Convivencia familiar		D. Domicilio de los padres	
Ambos Padres	_____	Madre _____	
Solo madre	_____	Padre _____	
Solo padre	_____		
Abuelos	_____		
Tíos	_____		
Primos	_____		
otros	_____		
E.- Profesión del Padre: _____		F.- Profesión de la madre: _____	
G.- Ocupación del padre: _____		H -Ocupación de la madre: _____	
I.- Con quien convives: _____		J. Quien es tu representante:	
		_____	

*1. ANEXO Instrumento aplicado*

INVENTARIO DE BECK

<p style="text-align: center;">1</p> <p>A No me siento triste.</p> <p>B Me siento triste.</p> <p>C Me siento triste todo el tiempo y no puedo librarme de ello.</p> <p>D Me siento tan triste o desdichado que no puedo soportarlo.</p>	<p style="text-align: center;">8</p> <p>A No me siento peor que otros.</p> <p>B Me critico por mis debilidades o errores.</p> <p>C Me culpo todo el tiempo por mis faltas.</p> <p>D Me culpo por todas las cosas malas que suceden.</p>
<p style="text-align: center;">2</p> <p>A No estoy particularmente desanimado con respecto al futuro.</p> <p>B Me siento desanimado con respecto al futuro.</p> <p>C Siento que no puedo esperar nada del futuro.</p> <p>D Siento que el futuro es irremediable y que las cosas no pueden mejorar.</p>	<p style="text-align: center;">9</p> <p>A No tengo ninguna idea de matarme.</p> <p>B Tengo ideas de matarme, pero no las llevo a cabo.</p> <p>C Me gustaría matarme.</p> <p>D Me mataría si tuviera la oportunidad.</p>
<p style="text-align: center;">3</p> <p>A No me siento fracasado.</p> <p>B Siento que he fracasado más que la persona normal.</p> <p>C Cuando miro hacia el pasado lo único que puedo ver en mi vida es un montón de fracasos.</p> <p>D Siento que como persona soy un fracaso completo.</p>	<p style="text-align: center;">10</p> <p>A No lloro más de lo habitual.</p> <p>B Lloro más que antes.</p> <p>C Ahora lloro todo el tiempo.</p> <p>D Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo llorar nunca aunque quisiera.</p>
<p style="text-align: center;">4</p> <p>A Sigo obteniendo tanto placer de las cosas como antes.</p> <p>B No disfruto de las cosas como solía hacerlo.</p> <p>C Ya nada me satisface realmente.</p> <p>D Todo me aburre o me desagrada.</p>	<p style="text-align: center;">11</p> <p>A No me irrito más ahora que antes.</p> <p>B Me enojo o irrito más fácilmente ahora que antes.</p> <p>C Me siento irritado todo el tiempo.</p> <p>D No me irrito para nada con las cosas que solían irritarme.</p>
<p style="text-align: center;">5</p> <p>A No siento ninguna culpa particular.</p> <p>B Me siento culpable buena parte del tiempo.</p> <p>C Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.</p> <p>D Me siento culpable todo el tiempo.</p>	<p style="text-align: center;">12</p> <p>A No he perdido interés en otras personas.</p> <p>B Estoy menos interesado en otras personas de lo que solía estar.</p> <p>C He perdido la mayor parte de mi interés en los demás.</p> <p>D He perdido todo interés en los demás.</p>
<p style="text-align: center;">6</p> <p>A No siento que esté siendo castigado.</p> <p>B Siento que puedo estar siendo castigado.</p> <p>C Espero ser castigado.</p> <p>D Siento que estoy siendo castigado.</p>	<p style="text-align: center;">13</p> <p>A Tomo decisiones como siempre.</p> <p>B Dejo de tomar decisiones más frecuentemente que antes.</p> <p>C Tengo mayor dificultad que antes en tomar decisiones.</p> <p>D Ya no puedo tomar ninguna decisión.</p>
<p style="text-align: center;">7</p> <p>A No me siento decepcionado en mí mismo.</p> <p>B Estoy decepcionado conmigo.</p> <p>C Estoy harto de mí mismo.</p> <p>D Me odio a mí mismo.</p>	<p style="text-align: center;">14</p> <p>A No creo que me vea peor que antes.</p> <p>B Me preocupa que esté pareciendo avejentado (a) o inatractivo (a).</p> <p>C Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen parecer inatractivo (a).</p> <p>D Creo que me veo horrible.</p>

2. ANEXO Instrumento aplicado Beck

15	
A	Puedo trabajar tan bien como antes.
B	Me cuesta un mayor esfuerzo empezar a hacer algo.
C	Tengo que hacer un gran esfuerzo para hacer cualquier cosa.
D	No puedo hacer ningún tipo de trabajo.
16	
A	Puedo dormir tan bien como antes.
B	No duermo tan bien como antes.
C	Me despierto 1 ó 2 horas más temprano de lo habitual y me cuesta volver a dormir.
D	Me despierto varias horas más temprano de lo habitual y no puedo volver a dormir.
17	
A	No me canso más de lo habitual.
B	Me canso más fácilmente de lo que solía cansarme.
C	Me canso al hacer cualquier cosa.
D	Estoy demasiado cansado para hacer cualquier cosa.
18	
A	Mi apetito no ha variado.
B	Mi apetito no es tan bueno como antes.
C	Mi apetito es mucho peor que antes.
D	Ya no tengo nada de apetito.
19	
A	Últimamente no he perdido mucho peso, si es que perdí algo.
B	He perdido más de 2 kilos.
C	He perdido más de 4 kilos.
D	He perdido más de 6 kilos.
20	
A	No estoy más preocupado por mi salud de lo habitual.
B	Estoy preocupado por problemas físicos tales como malestares y dolores de estomago o constipación.
C	Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en otra cosa.
D	Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en nada más.
21	
A	No he notado cambio reciente de mi interés por el sexo.
B	Estoy interesado por el sexo de lo solía estar.
C	Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora.
D	He perdido por completo mi interés por el sexo.

3. ANEXO Parte final del instrumento

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE ENFERMERÍA

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mediante este documento manifiesto que he sido informado/a sobre los beneficios que podría suponer la información recolectada a través del instrumento suministrado, para cubrir el objetivo del trabajo final de grado: DEPRESIÓN EN LOS ADOLESCENTES CURSANTES DEL TERCER AÑO DE LA UNIDAD EDUCATIVA RAMÓN IGNACIO GUERRA DEL MUNICIPIO LIBERTADOR, ESTADO MÉRIDA NOVIEMBRE 2019- FEBRERO 2020. He sido informado/a de que los datos aportados sólo serán utilizados con fines académicos y asistenciales, de igual manera serán protegidos y que tengo derecho a rechazar participar en el mismo, o abandonar el llenado del instrumento si ese es mi deseo. Tomando ello en consideración, OTORGO mi CONSENTIMIENTO a que esta encuesta sea aplicada y utilizada para cubrir el objetivo especificado en el proyecto.

3<sup>er</sup> Año "A"

FECHA 23-01-2020

FIRMA



4. ANEXO Declaración consentimiento informado Grupo A

Apellido y Nombre.		C.I.	Firma.
Samchez	Victor	30.884.966	
Piaz	Elda	30.884.794	Elda
Godoy Willich	Angell Sanchez	30.757.328 31.144.295	Am A Daniel Licero
Daniel Sebastian	Licero Villagas	30.960.908 31.482.360	Sebastian Villagas
Eliana Contreras	Ramirez santiago	30.884.809 31.372.921	Eliana <del>Santiago</del>
Arisмени	Alexey	31.310.752	Alexey A
Penci Davila	Maja Amelia	31.149.643 31.093.281	 Amelia -D.
Torres	Alejandra	31.753.081	Alejandra T.
Mamigue Zambrano	Gabriela Pabely	31.372.656 31.033.146	Gabriela Pabely Z.

5. ANEXO Firmas del grupo A

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE ENFERMERÍA

**DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Mediante este documento manifiesto que he sido informado/a sobre los beneficios que podría suponer la información recolectada a través del instrumento suministrado, para cubrir el objetivo del trabajo final de grado: DEPRESIÓN EN LOS ADOLESCENTES CURSANTES DEL TERCER AÑO DE LA UNIDAD EDUCATIVA RAMÓN IGNACIO GUERRA DEL MUNICIPIO LIBERTADOR, ESTADO MÉRIDA NOVIEMBRE 2019- FEBRERO 2020. He sido informado/a de que los datos aportados sólo serán utilizados con fines académicos y asistenciales, de igual manera serán protegidos y que tengo derecho a rechazar participar en el mismo, o abandonar el llenado del instrumento si ese es mi deseo. Tomando ello en consideración, OTORGO mi CONSENTIMIENTO a que esta encuesta sea aplicada y utilizada para cubrir el objetivo especificado en el proyecto.

3<sup>a</sup> Año "B"

FECHA 23/01/2020

FIRMA Hiba Hernandez  
8039498

6. ANEXO Declaración de consentimiento informado grupo B

Nombre y Apellido	C.I.	Firma	Fecha
Carlos Isaac Gutiérrez	28.307.454	Carlos Isaac	16/01/20
Sergio Ramirez	31.093.072	Sergio Ramirez	
Mairy Rojas	30.757.303	Mairy Rojas	
Hector Rodriguez	31.253.983	Hector Rodriguez	
Sicron Lilypom	31.092.807	Sicron Lilypom	
Ender Salbuena	31.033.123	Ender Salbuena	
Jean Pablo Sosa	31.440.362	Jean P Sosa	16/01/20
Daniela Angel	31.837.761	Daniela Angel	
Zorrella Sánchez	30.757.006	Zorrella Sánchez	16/01/20
Misselly Rodriguez	30.754.850	Misselly Rodriguez	16-01-20
Nahomy Hernández	31.811.100	Nahomy Hernández	16-01-20
Kely López	31.198.697	Kely López	16.01.20
Proby Peña	31.311.478	Proby Peña	16/01/20
Oriana Xtrias		Oriana Xtrias	16/01/20
Yerik Quintero	31.093.230	Yerik Quintero	16/01/20
Ylmaré Rojas	30.757.508	Ylmaré Rojas	16/01/20
Gabriela Pérez	30.960.985	Gabriela Pérez	16/01/20
Donfer Marquez	31.033.198	Donfer Marquez	16/01/20

7.ANEXO Firmas del Grupo B

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE ENFERMERÍA

**Estimado Estudiante:**

El presente instrumento tiene como finalidad recolectar información para el trabajo de grado titulado: DEPRESIÓN EN LOS ADOLESCENTES CURSANTES DEL TERCER AÑO DE LA UNIDAD EDUCATIVA RAMÓN IGNACIO GUERRA DEL MUNICIPIO LIBERTADOR, ESTADO MÉRIDA NOVIEMBRE 2019- FEBRERO 2020, el cual será presentado como requisito para la aprobación de mi trabajo final de grado, para optar por el título de Licenciada en Enfermería. De esta manera fomentar y promocionar la salud. Agradeciendo de antemano la sinceridad de los datos aportados, ya que los mismos son de carácter anónimo, garantizando así la confidencialidad de los mismos y sólo serán utilizados con fines académicos y asistenciales, sin perjuicios para su salud.

La Investigadora

*Yamilet Bustamante Ramírez*  
CI: 20.435.067

Recibido por:  
*Lic. Thair J. J. J. J.*  
CI: 12.205.176  
Coordinadora del  
Nivel Medio General.



23-01-2020

J. 2020.

8. ANEXO. Aprobación de la Aplicación en la Unidad Educativa



9. ANEXO *Actividad Recreativa*

[www.bdigital.ula.ve](http://www.bdigital.ula.ve)



10. ANEXO *Actividad Recreativa 2*



11. ANEXO Aplicación del Instrumento Parte 1



12. ANEXO Aplicación del Inventario 2



13. ANEXO Aplicación del Inventario 3



14. Anexo Aplicación del Inventario 4



15. Anexo Aplicación del Inventario 5

### Anexo Ejemplo Con Leyenda del Inventario de Beck

<p>1) Segura, M &amp; Arcas M (2007) definen sentimiento de tristeza como: “sentimiento negativo acompañado de deseo de aislamiento y pasividad, que está provocado por una pérdida, desgracia o contrariedad.” (P. 19)</p> <p>A No me siento triste.</p> <p>B Me siento triste.</p> <p>C Me siento triste todo el tiempo y no puedo librarme de ello.</p> <p>D Me siento tan triste o desdichado que no puedo soportarlo.</p>
<p>2) Rubio Y. (2018) define desanimo como: “un sentimiento de frustración e impotencia en el que se suele pensar y hasta auto convencerse de que no es posible por ninguna vía lograr una meta o sobreponerse a alguna situación que se estime negativa” (P. 25)</p> <p>A No estoy particularmente desanimado con respecto al futuro.</p> <p>B Me siento desanimado con respecto al futuro.</p> <p>C Siento que no puedo esperar nada del futuro.</p> <p>D Siento que el futuro es irremediable y que las cosas no pueden mejorar.</p>
<p>3) El Pequeño Lauroussee Ilustrado (2005) define fracaso como un suceso lastimoso e imprevisto que deriva en el incumplimiento de metas y objetivos.</p> <p>A No me siento fracasado.</p> <p>B Siento que he fracasado más que la persona normal.</p> <p>C Cuando miro hacia el pasado lo único que puedo ver en mi vida es un montón de fracasos.</p> <p>D Siento que como persona soy un fracaso completo.</p>
<p>4) La satisfacción es aquella sensación que el individuo experimenta al lograr el restablecimiento del equilibrio entre una necesidad o grupo de necesidades y el objeto o los fines que las reducen.</p> <p>A Sigo obteniendo tanto placer de las cosas como antes.</p> <p>B No disfruto de las cosas como solía hacerlo.</p> <p>C Ya nada me satisface realmente.</p> <p>D Todo me aburre o me desagrada.</p>
<p>5) Jakobs, G. (1992) describen la culpabilidad como un estado afectivo consciente o inconsciente ante la creencia de haber infringido alguna ley, principio ético o norma, sean estas reales o imaginarias (P.1052)</p> <p>A No siento ninguna culpa particular.</p> <p>B Me siento culpable buena parte del tiempo.</p> <p>C Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.</p>

D Me siento culpable todo el tiempo.
6) Altamiro, J. (2002) explica que la autoagresión es: “una conducta que incluye el daño tisular o alteración deliberada del propio cuerpo sin intención de cometer suicidio. Esta se realizaría como una forma de sentir alivio frente a frustraciones.” (P.3) A No siento que esté siendo castigado. B Siento que puedo estar siendo castigado. C Espero ser castigado. D Siento que estoy siendo castigado.
7) Mejía, P (2011) explica que: “La autoestima es considerada como la valoración que se tiene de sí mismo, involucra emociones, pensamientos, sentimientos, experiencias y actitudes que la persona recoge en su vida.” (P. 6) A No me siento decepcionado en mí mismo. B Estoy decepcionado conmigo. C Estoy harto de mi mismo. D Me odio a mí mismo.
8) Según lo plasmado en los textos recopilados en el diccionario enciclopédico Larousse (1997) el Complejo de Inferioridad se define como “un sentimiento mórbido que impulsa al sujeto a subestimarse, debido a su convicción íntima de ser inferior a los que lo rodean.” (P. 555) A No me siento peor que otros. B Me critico por mis debilidades o errores. C Me culpo todo el tiempo por mis faltas. D Me culpo por todas las cosas malas que suceden.
9) Idea suicida es la primera fase o planeación de lo que denomina Momeyer (1992) como suicidio que es la acción quitarse la vida voluntariamente, muchas civilizaciones occidentales consideraron el suicidio como una acción inmoral cometida por pecadores o dementes. (P.394) A No tengo ninguna idea de matarme. B Tengo ideas de matarme, pero no las llevo a cabo. C Me gustaría matarme. D Me mataría si tuviera la oportunidad.
10) Según las definiciones abarcadas por el diccionario enciclopédico Larousse (1997) el sentimiento de tristeza es un estado de ánimo afligido o melancólico que puede provocar llanto y pensamientos negativos. A No lloro más de lo habitual. B Lloro más que antes.

<p>C Ahora lloro todo el tiempo.</p> <p>D Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo llorar nunca aunque quisiera.</p>
<p>11 ) Irritabilidad: Propiedad que posee una célula o un organismo de reaccionar frente a las excitaciones externas</p> <p>A No me irrito más ahora que antes.</p> <p>B Me enojo o irrito más fácilmente ahora que antes.</p> <p>C Me siento irritado todo el tiempo.</p> <p>D No me irrito para nada con las cosas que solían irritarme.</p>
<p>12 )Según el pequeño Larousse ilustrado (2005) el interés en su definición más simple es: “Cualidad de una cosa que la hace importante o valiosa para alguien.” (P. 564)</p> <p>A No he perdido interés en otras personas.</p> <p>B Estoy menos interesado en otras personas de lo que solía estar.</p> <p>C He perdido la mayor parte de mi interés en los demás.</p> <p>D He perdido todo interés en los demás.</p>
<p>13 ) En la recopilación del diccionario Mosby tomo I (2002) la definición: “es la acción tomada por un individuo como respuesta a la influencia de los objetivos de los demás.”(P. 418)</p> <p>A Tomo decisiones como siempre.</p> <p>B Dejo de tomar decisiones más frecuentemente que antes.</p> <p>C Tengo mayor dificultad que antes en tomar decisiones.</p> <p>D Ya no puedo tomar ninguna decisión.</p>
<p>14 ) La percepción física puede entenderse como asimilación sensorial del cuerpo físico de individuo mismo.</p> <p>A No creo que me vea peor que antes.</p> <p>B Me preocupa que esté pareciendo avejentado (a) o inatractivo (a).</p> <p>C Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen parecer inatractivo (a)..</p> <p>D Creo que me veo horrible.</p>
<p>15 ) En este caso particular el trabajo se define por el diccionario enciclopédico Larousse (1997) como el resultado de una actividad física o intelectual retribuida.</p> <p>A Puedo trabajar tan bien como antes.</p> <p>B Me cuesta un mayor esfuerzo empezar a hacer algo.</p> <p>C Tengo que hacer un gran esfuerzo para hacer cualquier cosa.</p> <p>D No puedo hacer ningún tipo de trabajo.</p>

16 ) Se puede resumir el descanso como la causa de alivio en la fatiga, en los cuidados físicos o morales. Es necesario para mantener la salud y el correcto funcionamiento del cuerpo, apareciendo como necesidad básica en la pirámide de Maslow

- A Puedo dormir tan bien como antes.
- B No duermo tan bien como antes.
- C Me despierto 1 ó 2 horas más temprano de lo habitual y me cuesta volver a dormir.
- D Me despierto varias horas más temprano de lo habitual y no puedo volver a dormirme

17 ) El cansancio es la falta de fuerza resultante de la fatiga o sobre esfuerzo físico y psíquico.

- A No me canso más de lo habitual.
- B Me canso más fácilmente de lo que solía cansarme.
- C Me canso al hacer cualquier cosa.
- D Estoy demasiado cansado para hacer cualquier cosa.

18 ) Una definición de apetito es desarrollada en el diccionario Mosby Tomo I (2002) tal como: “deseo natural o instintivo, como las ganas de comer” (P.119)

- A Mi apetito no ha variado.
- B Mi apetito no es tan bueno como antes.
- C Mi apetito es mucho peor que antes.
- D Ya no tengo nada de apetito.

19 ) El Dr. Amzallang (2000) en su publicación para la revista Invert Biomed Volumen 19 “cuando se pierde peso como resultado de cualquier déficit de energía, es natural que se pierda al mismo tiempo proteínas, las proporción aceptada es aproximadamente 75% grasas, 25% proteínas” (P.8)

- A Últimamente no he perdido mucho peso, si es que perdí algo.
- B He perdido más de 2 kilos.
- C He perdido más de 4 kilos.
- D He perdido más de 6 kilos.

20 ) Preocupación es el estado anímico caracterizado por la obsesión o recurrencia de pensamientos hasta un grado que impide el contacto eficaz con la realidad.

- A No estoy más preocupado por mi salud de lo habitual.
- B Estoy preocupado por problemas físicos tales como malestares y dolores de estomago o constipación.
- C Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en otra cosa.
- D Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en nada más.

21 ) Según la jerarquía de las necesidades de Maslow, el sexo se clasifica como una necesidad fisiológica básica. Por otra parte Para Morrison (1999) el interés sexual se define como " la combinación de características físicas, químicas, psicológicas y funcionales que se expresan por medio de la identidad y las conductas sexuales del individuo." (P. 426)

- A No he notado cambio reciente de mi interés por el sexo.
- B Estoy interesado por el sexo de lo solía estar.
- C Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora.
- D He perdido por completo mi interés por el sexo.

Ítems	Proposición	A		B		C		D		TOTAL
		N	%	N	%	N	%	N	%	%
1	Tristeza	23	72%	5	16%	4	12%	-	-	100%
2	Desánimo	24	75%	7	22%	1	3%	-	-	100%
3	Fracaso	27	84%	3	9%	2	6%	-	-	100%
4	Placer	20	62%	9	28%	2	6%	1	3%	100%
5	Culpa	27	84%	5	16%	-	-	-	-	100%
6	Castigo	30	94%	2	6%	-	-	-	-	100%
7	Decepción	29	91%	1	3%	1	3%	1	3%	100%
8	Debilidad o errores	20	62%	11	34%	1	3%	-	-	100%
9	Ideas de suicidio	28	87%	2	6%	-	-	2	6%	100%
10	Sentimientos de tristeza (llano)	20	62%	3	9%	4	12%	5	16%	100%
11	Irritabilidad	19	59%	10	31%	3	9%	-	-	100%
12	Apatía	18	56%	8	25%	5	16%	1	3%	100%
13	Toma de decisiones	19	59%	5	16%	5	16%	3	9%	100%
14	Autoestima	27	84%	-	-	-	-	5	16%	100%
15	Esfuerzo y trabajo conductual	19	59%	7	22%	6	19%	-	-	100%
16	Descanso	22	69%	5	16%	2	6%	3	9%	100%
17	Cansancio	16	50%	10	31%	5	16%	1	3%	100%
18	Pérdida de peso	21	66%	8	25%	1	3%	2	6%	100%
19	Peso	27	84%	4	12%	-	-	1	3%	100%
20	Problemas de salud	27	84%	5	16%	-	-	-	-	100%
21	Interés sexual	27	84%	4	12%	1	3%	-	-	100%