



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia

Manuscrito Recepcional

Programa de Profundización en Psicología Clínica

“LA DEPRESIÓN EN LOS JÓVENES ADOLESCENTES”.

Reporte de Investigación

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

Miguel Ángel Ramírez García



Director: Mtra. Claudia Juárez Cuellar
Vocal: Dr. Omar Moreno Almazán
Secretario: Dra. Griselda Albarrán Iturbe
Suplente 1: Lic. Jessica Escalante González
Suplente 2: Lic. Angélica González Chaparro



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Índice

Índice	2
Resumen	3
Introducción	4
La Depresión.....	6
Clasificación	7
DSM 5	7
Factores de la depresión.....	13
Consecuencias de la Depresión	15
Prevalencia y estadísticas.....	18
Los Jóvenes y la depresión.....	20
Planteamiento y Justificación del problema	24
Metodología	26
Resultados	29
Conclusiones	36
Bibliografía	39
Anexo 1	47
Anexo 2.....	51

Resumen

El propósito de esta investigación consiste en identificar los índices de depresión que están afectando a los adolescentes, para esto se realizó un estudio Transversal descriptivo en una muestra seleccionada de forma aleatoria en la que participaron 81 personas en un rango de edad de 18 a 25 años de edad. Se aplicó el Inventario de Depresión de Beck (BDI II). Se encontró que el 67% de los participantes presentan niveles de mínima depresión, el 19% presentan depresión leve, el 12% depresión moderada y el 2% depresión grave.

En los resultado se pudo comprobar que hay un 92% de jóvenes que padecen algún nivel de depresión, y la relación entre hombres y mujeres con depresión es del 40.63% de hombres y 59.37% de mujeres padecen algún tipo de depresión.

De los datos recabados en el estudio se realizó la evaluación y medición mediante un programa de clasificación para obtener el desglose total de los participantes y los datos más importantes que manifiestan la presencia de depresión en cada adolescente,

En los resultados se encontró que el 67% de los participantes presentan niveles de mínima depresión, el 19% presentan depresión leve, el 12% depresión moderada y el 2% depresión grave.

En el análisis de los reactivos se observa una diferencia significativa en el reactivo 2 que se refiere al desaliento hacia el futuro, los hombres presentan una mayor tendencia que las mujeres.

Introducción

La depresión es un problema social que ocupa la atención de organizaciones e investigadores que buscan una solución para brindar una mejor calidad de vida de la población en general, particularmente de los jóvenes.

La OMS (Organización Mundial de la Salud) presenta estadísticas a nivel mundial, lo que resulta preocupante ya que cada vez son más los jóvenes que la padecen, en este sentido, Salud mental es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019), como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente a la ausencia de afecciones o enfermedades, los seres humanos a diario se encuentran experimentando situaciones que pueden generar algún tipo de afección en su salud mental, estas situaciones influyen de manera significativa, ocasionando así alteraciones que deterioran su bienestar por lo que resulta importante profundizar en los factores que están directamente relacionados y que en ocasiones operan manteniendo o desencadenando la depresión en los adolescentes (Ruiz, 2020).

Una gran diversidad de aspectos se encuentran relacionados a los factores de riesgo de la depresión, incluyendo lo biológico, psicológico y social, como por ejemplo: el sexo, la edad, el divorcio, las características socioeconómicas y los problemas familiares. Estas variables pueden incrementar la posibilidad que personas con rasgos característicos sean más propensas a padecer esta patología (Ruiz, 2020)

El diagnóstico de la depresión se realiza bajo los criterios del DSM 5 (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) auxiliados por los instrumentos que se han diseñado específicamente para determinar los niveles de los diferentes grupos de la población, uno de estos instrumentos es el Inventario de Depresión de Beck (BDI II) que ha sido muy utilizado y que brinda la confiabilidad para poder determinar los niveles de depresión en los distintos sectores de la población.

Las investigaciones epidemiológicas han demostrado sistemáticamente a nivel mundial que los trastornos mentales y del comportamiento afectan entre 10% y 15% de los niños, las niñas y los adolescentes, estas son las primeras manifestaciones de afecciones que, en ocasiones, van a durar toda la vida adulta y brindan una oportunidad única para intervenir de manera temprana y eficaz. La brecha de tratamiento en la niñez y la adolescencia es aún mayor que en los adultos (Posada, et al., 2010)

Los jóvenes presentan niveles de depresión cada vez con mayor frecuencia, dichos niveles son identificados solo a través de un diagnóstico psicológico, en esta investigación se presentan los resultados encontrados en un grupo significativo de la población de jóvenes.

En esta investigación se muestra el grado de afectación entre hombres y mujeres, es importante tener en cuenta que al observar el grado de depresión que afecta más a uno de los dos sexos, permite tener mayor claridad a la hora de diseñar o implementar un plan en la lucha para ayudar a la población en general.

Las mujeres son el sector más perjudicado, con 60% mientras que los hombres representan un 40% de los afectados, el factor que más caracteriza a las mujeres es la tristeza, mientras que en los hombres es el sentimiento de culpa.

Los síntomas de la depresión son innumerables, y por lo mismo son difícil de identificar en los jóvenes, por lo regular reflejan desde una actitud de aislamiento, donde la persona está viviendo una situación psico-emocional alterada, hasta desarrollar una ideación suicida. Las estadísticas de la OMS (2020), establecen que el suicidio es la tercera causa de muerte para los jóvenes de edades comprendidas entre los 15 y los 19 años.

Desafortunadamente en todo el proceso de desarrollo de un trastorno depresivo, los jóvenes lo enfrentan en una situación de soledad y aislamiento, ya que como lo menciona la OMS, (2020), la mitad de los trastornos mentales comienzan a los 14 años o antes, pero en la mayoría de los casos no se detectan ni se tratan.

Para la metodología se seleccionaron jóvenes a través de un formulario de Google que implementé específicamente para este trabajo, participaron 81 personas de ambos sexos, que cumplen con las características indicadas para la investigación y que respondieron al instrumento (BDI II).

La Depresión

El término 'depresión', del latín 'deprimiere', significa abatimiento y nos informa de una situación de hundimiento personal, aun cuando haya variantes, la persona afectada por un cuadro depresivo presenta un estado de ánimo decaído, insuficiente energía y disminución de su actividad, desciende también su capacidad de disfrute (anhedonia), la motivación y la concentración, también es frecuente que experimente trastornos del sueño y del apetito, al igual que un cansancio considerable, incluso ante un esfuerzo mínimo. (Martínez, 2010)

La depresión puede ser definida como uno de los tipos de alteración del ánimo, que consiste en la disminución de este, aunado a ello también se presenta un grado variable de pérdida de interés y una dificultad para experimentar placer en las actividades habituales y se acompaña de diversos síntomas psíquicos y físicos. (Retamal, 1998).

La OMS la define como un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.

El DSM 5 describe la depresión como una clasificación de los trastornos mentales que tiene el propósito de proporcionar descripciones claras de las categorías diagnósticas, con el fin de que los clínicos y los investigadores puedan diagnosticar, estudiar e intercambiar información y tratar los distintos trastornos mentales. Para el diagnóstico de depresión se debe recoger información acerca de una serie de síntomas que deben ser reconocidos por los pacientes. (Romero (2007).

Como resultado de estas definiciones vemos que la depresión se ha definido como un conjunto de síntomas que se presentan en una persona como resultado de un abatimiento o un duelo personal u otra situación como el abandono familiar. Las definiciones más aceptadas actualmente son las propuestas en el DSV 5 y el CIE 10 (Clasificación Internacional de Enfermedades), las dos definiciones son prácticamente idénticas con la única diferencia que en el CIE 10 se anexa un síntoma más acerca de la pérdida de confianza y autoestima, y sentimientos de inferioridad. Los síntomas han sido estudiados y presentados en el DSM 5 con la finalidad de conocer cada uno de ellos y así poder identificar un cuadro depresivo de diferentes manifestaciones de acuerdo a la gravedad que puede presentarse en la persona (Sanz, Izquierdo, y García 2013).

Clasificación

La depresión se puede catalogar en diferentes tipos de acuerdo a los síntomas y de acuerdo a la cantidad o a la intensidad de estos, los episodios pueden clasificarse en leves, moderados o graves.

La OMS hace una distinción entre aquellas personas con antecedentes de episodios maníacos y aquellas personas sin estos antecedentes, estos dos tipos de depresión pueden ser crónicos y además recidivantes cuando no se tratan oportunamente.

Las dos clasificaciones que establece la OMS son: Trastorno depresivo recurrente y el Trastorno bipolar, en el primero, la principal característica es la frecuencia con que se presentan los síntomas, tales como pérdida de interés, la falta de capacidad de disfrutar, la reducción de la energía y en algunos casos se presentan también síntomas de ansiedad, trastorno del sueño y el apetito, sentimientos de culpa, baja autoestima y dificultades para poder concentrarse. En el segundo la característica es que se presentan episodios maníacos y depresivos. (OMS, 2018)

Por otra parte existe otro tipo de clasificación como lo señala el DSM 5 y el CIE 10 que continuación señalo.

DSM 5

Episodio de depresión mayor.

De acuerdo al DSM 5 la depresión se clasifica mediante criterios en la página 160, dicha clasificación identifica los trastornos mediante EJES. A continuación se describen y los síntomas y los criterios que indican los parámetros para determinar la existencia de un cuadro depresivo

Criterio A; Este criterio dice que se considera la presencia de un episodio de depresión mayor, cuando cinco (o más) de los síntomas han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento anterior; al menos uno de los síntomas es:

1 Estado de ánimo deprimido o

2 Pérdida de interés o de placer.

Nota: No incluye síntomas que se puedan atribuir claramente a otra afección médica cuando cinco o más de los síntomas siguientes han estado presentes durante un período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento interior y al menos uno de los síntomas es estado de ánimo deprimido o pérdida de interés o de placer, considero que es importante citarlos en este trabajo puesto que es el procedimiento a través del cual debe realizarse el diagnóstico y a su vez en cualquier escrito que haga referencia a la depresión.

Criterios Diagnósticos

Episodio de depresión mayor.

Síntomas:

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

8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o de tomar decisiones, casi todos los días (a partir del relato subjetivo o de la observación por parte de otras personas).
9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

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

Criterio C.- El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

Criterio D.- El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofrenia informe, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

Criterio E.- Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

En el primer criterio, el primer síntoma ya está haciendo alusión a la presencia de dichos síntomas en niños, como mencioné anteriormente, la depresión no es exclusiva de adultos, también los niños comienzan a padecerla, y dado que los criterios diagnósticos no mencionan edades, puedo aseverar que no hay una edad para poder pensar que existe una etapa para comenzar con este padecimiento. Incluso los bebés pudieran estar padeciendo depresión, en este sentido si el diagnóstico se realiza a partir de las experiencias que expresa el paciente, es muy probable que los bebés pueden ser diagnosticados si hubiese un instrumento para identificar el grado de depresión, muchos bebés son maltratados desde el momento de su nacimiento, esto es una probable causal de depresión en bebés.

Criterios diagnósticos del CIE 10

F32 Episodio depresivo

En los episodios típicos, tanto leves como moderados o graves, el paciente sufre un decaimiento del ánimo, con reducción de su energía y disminución de su actividad. Se deterioran la capacidad de disfrutar, el interés y la concentración, y es frecuente un cansancio importante, incluso después de la realización de esfuerzos mínimos. Habitualmente el sueño se halla perturbado, en tanto que disminuye el apetito. Casi siempre decaen la autoestima y la confianza en sí mismo, y a menudo aparecen algunas ideas de culpa o de ser inútil, incluso en las formas leves. El decaimiento del ánimo varía poco de un día al siguiente, es discordante con las circunstancias y puede acompañarse de los así llamados síntomas “somáticos”, tales como la pérdida del interés y de los sentimientos placenteros, el despertar matinal con varias horas de antelación a la hora habitual, el empeoramiento de la depresión por las mañanas, el marcado retraso psicomotor, la agitación y la pérdida del apetito, de peso y de la libido.

Incluye:

Episodios únicos de:

- Depresión Psicógena,
- Depresión reactiva,
- Reacción depresiva

Excluye:

Cuando se asocia con trastornos de la conducta en:

- Trastornos de adaptación
- Trastorno depresivo recurrente

Episodio depresivo leve

Por lo común están presentes dos o tres de los síntomas antes descritos. El paciente generalmente está tenso pero probablemente estará apto para continuar con la mayoría de sus actividades.

Episodio depresivo moderado

Por lo común están presentes cuatro o más de los síntomas antes descritos y el paciente probablemente tenga grandes dificultades para continuar realizando sus actividades ordinarias.

Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos Episodio de depresión en el que varios de los síntomas característicos son marcados y angustiantes, especialmente la pérdida de la autoestima y las ideas de inutilidad y de culpa. Son frecuentes las ideas y las acciones suicidas, y usualmente se presenta una cantidad de síntomas “somáticos”.
Episodio único sin síntomas psicóticos de depresión:

- Agitada
- Profunda
- Vital.

Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos

Episodio de depresión similar al descrito en Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos, pero con la aparición de alucinaciones, delirios, retraso psicomotor, o de un estupor tan grave que imposibilita las actividades sociales corrientes; puede generar riesgos para la vida del paciente, por suicidio o por efecto de la deshidratación o de la inanición. Las alucinaciones y los delirios pueden o no ser congruentes con el ánimo.

Episodios únicos de:

- Depresión profunda con síntomas psicóticos
- Depresión psicótica
- Psicosis depresiva psicógena
- Psicosis depresiva reactiva.

Otros episodios depresivos

Depresión atípica

Episodios únicos de depresión “enmascarada”

Episodio depresivo, no especificado

Depresión SAI

Trastorno depresivo SAI

Factores de la depresión

Cuando se hace referencia a la depresión y a los factores que contribuyen a su desarrollo, es importante mencionar que son múltiples como a continuación señalo.

En el social está la familia, el trabajo, la escuela, los amigos, los medios de comunicación digitales como son, las redes sociales y la televisión. Todas las experiencias provenientes del entorno tienen un alto porcentaje o una relación estrecha con cualquiera de ellos (Harfuch, Murguía, Lever, y Andrade, 2010).

El ser humano requiere de la interacción social para su propio desarrollo, la convivencia con los demás es una actividad esencial desde el momento de nacer, pero la percepción que cada persona tiene de su propio mundo varía de acuerdo al estado anímico o emocional en el que se encuentra a cada momento, esta percepción desencadena en una interpretación de los sucesos que surgen a cada momento, resultando de esto el enojo, el odio, el estrés, la ira y otros sentimientos que afectan el sentir de las personas (Madariaga, 2009).

La interacción social es necesaria para el desarrollo del individuo, no es posible vivir en soledad, pero las experiencias derivadas de dicha interacción son los principales factores que contribuyen en muchos aspectos al desarrollo de todo tipo de patologías en la vida. En la actualidad muchas situaciones estresantes sobrepasan las capacidades de afrontamiento que tienen las personas y en muchas ocasiones son incapaces de darle una solución en tiempo y forma, esto hace que la tensión se acumule, incrementándose hasta llegar a desencadenar trastornos psico-emocionales como la depresión, que si no es atendida oportunamente repercute biológicamente desarrollando otras enfermedades.

Boeree (2006) consideraba que después de tener cubiertas las necesidades básicas de supervivencia, surge la necesidad de autoestima, donde la persona siente el deseo de ser aceptada y reconocida por los demás. Esta es una situación que puede entrar en el juego de la depresión puesto que si la persona no logra obtener el reconocimiento que cubre esta necesidad, entonces la estima disminuye y por ende su estado emocional se ve afectado, trayendo consigo todos los síntomas que caracterizan a la depresión y más cuando lejos de lograr el reconocimiento se ve afectado por situaciones de ataque o agresión, situaciones humillantes, despidos etc. (Boeree, 2006).

Como lo dice Posada, et al., (2010), Citado en Ruiz (2020) Dentro del ambiente familiar las experiencias de maltrato, como la exposición a situaciones peligrosas obligadas o por culpa de los padres o personas encargadas del cuidado del niño, a pesar de no presentarse en una proporción muy alta, se presentan como factores de riesgo que pueden afectar la salud mental del adolescente y el futuro desarrollo del adulto.

La bioquímica o alteración del funcionamiento cerebral tiene que ver con estos trastornos, esto quiere decir que no siempre los factores externos influyen directamente en el desarrollo del problema, se ha demostrado que las anomalías del eje hipotálamo–hipófiso–adrenal se transmiten genéticamente, al encontrar casos de sujetos sanos, pero con historia familiar de trastornos afectivos (Benavides, 2017).

Las personas que se ven afectadas por enfermedades físicas graves, como cáncer o enfermedades cardiovasculares, diabetes o alguna otra enfermedad crónico-degenerativa están más propensas a sufrir depresión, incluso si no existieran antecedentes familiares de depresión. (Morales, 2017).

Como podemos ver los factores de la depresión son múltiples, desde el aspecto socio-existencial en relación con la interacción humana o por cuestiones personales basadas aspectos familiares y sociales. También influyen los aspectos bioquímicos o genéticos lo que ocasiona una mayor predisposición a desarrollar este trastorno psicológico. El rechazo social o de los padres es un aspecto fundamental en el desarrollo. También puede derivarse por algún tipo de enfermedades físicas como la diabetes, el cáncer, incluso discapacidades físicas como las amputación de alguna extremidad y en casos más severos, perder la vista, que pueden limitar la capacidad de disfrutar realizar las cosas que antes disfrutaba, esto quiere decir que el origen puede ser tanto endógeno como exógeno.

Consecuencias de la Depresión

La depresión es una enfermedad funcional, reversible, recurrente y una de las más tratables, evolutivamente tiende a la cronicidad, se expresa por cambios estructurales que de no ser tratada, puede llevar a cambios neurodegenerativos. (Benavides, 2017)

En los últimos años se ha catalogada como uno de los problemas que más sufrimiento causa en las personas y que en distintos grados afecta a un porcentaje muy alto de la población sin diferencia de género, edad, nivel socioeconómico, convirtiéndola en uno de los principales motivos de consulta clínica (Ruiz, 2020).

Existe un riesgo latente de que los síntomas depresivos comiencen antes de los 21 años y estos es particularmente peligroso, la razón es porque en estos pacientes el primer episodio más prolongado y una mayor incidencia de recurrencia, comorbilidad además de una estancia hospitalaria más prolongada. Esto también podría afectar su normal desarrollo, interrumpir el tiempo de educación y generar un impacto negativo en la actividad laboral y en las condiciones socioeconómicas futuras (Ruiz, 2020)

Un cuadro depresivo trae como consecuencia enfermedades orgánicas, sobre todo si su estado es grave, sufrirá entre otros males: disturbios digestivos; úlceras (estómago y duodeno), disritmia cardíaca; problemas hepáticos; disfunciones intestinales; manifestaciones cancerígenas; estados degenerativos graves; infecciones lamentables; alergias; oscilación de presión; compromiso del metabolismo en general; agravamiento de los problemas ya existentes, y finalmente, profundo desgaste, (Claro, 2008).

La Implicación del eje hipotálamo-pituitario-adrenal se activa en respuesta a la exposición de estímulos estresantes físicos y psicológicos, mediante la secreción de la hormona liberadora de corticotropina por el hipotálamo. Los trastornos depresivos, además de los síntomas psicológicos, presentan constelaciones de síntomas somáticos o vegetativos en su expresión clínica de enfermedades físicas sistémicas, como la astenia, la anergia, el dolor inespecífico, las alteraciones del apetito, las anomalías en el sueño y los déficits de memoria. La administración de citoquinas exógenas puede inducir síntomas depresivos. Se han correlacionado los niveles de estos factores con la severidad de la depresión y su respuesta al tratamiento. Los síntomas cognitivos se consideran una dimensión nuclear en la depresión mayor, pudiendo incluso persistir tras la remisión de los síntomas afectivos. La hipótesis neuroinflamatoria de la depresión, junto con las

alteraciones en la respuesta neurohormonal y metabólica descritas en estos pacientes, refuerzan la implicación de una alteración en los mecanismos fisiológicos de respuesta al estrés y a diversas noxas biológicas en la etiopatogenia de los trastornos depresivos. Incluso se ha descrito un subtipo de trastorno depresivo asociado a citoquinas (Soria, et al., 2018).

La depresión debilita el sistema inmunitario a través de un sutil procedimiento que persuade y llega a convencer a la persona de que una vida sin esperanza es la única alternativa posible (Estalovski, 2004).

La depresión es un factor de riesgo que actúa en diversas direcciones. Lleva a su víctima por un camino de distorsión de la realidad y le infunde miedo, la invade con síntomas físicos que ocultan el verdadero problema, simula toda suerte de dolencias y dispara otras que estaban latentes y que suman a las ya existentes para agravar su curso y empeorar su pronóstico (Estalovski, 2004).

Una depresión puede producir una exageración de los síntomas, aun en los trastornos orgánicos menores, problemas como Hipertensión, obesidad, lupus, Parkinson, accidentes cardiovasculares, osteoporosis, las consecuencias más graves de una depresión son el suicidio (Estalovski, 2004).

Los síntomas de una depresión son tan intensos cuando se conjugan, que la persona entra en un estado de intolerancia e incompreensión de todo cuanto ocurre, pierde todo interés y siente que la vida no tiene ningún sentido, no encuentra explicación a lo que ocurre alrededor, puede llegar al grado quitarse la vida o atentar contra las personas que viven a su lado.

Un cuadro depresivo puede generar más estrés y disfunción y empeorar la situación vital de la persona afectada, es un círculo vicioso que se retroalimenta conforme no se detecta a tiempo. Hay relaciones entre la depresión y la salud física; así, por ejemplo, las enfermedades cardiovasculares pueden producir depresión y viceversa. (OMS, 2010)

Como se puede observar, las consecuencias son muy variadas, tienen diferentes aristas que van desde un simple estado de ánimo que en muchas ocasiones no se manifiesta, hasta síntomas más graves que pueden desencadenar en una idea suicida que puede llevar a la persona a atentar contra su vida y en el peor de los casos con éxito. Durante

un estado depresivo sin atención, también puede originar situaciones de hostilidad o aislamiento en casos más severo desarrollar otras enfermedades como depresión, obesidad osteoporosis incluso obesidad. Algunas enfermedades leves pueden incluso incrementar los síntomas de dicha enfermedad. Un cuadro depresivo es reversible si es tratado en sus inicios, si no es tratado a tiempo puede incrementarse llegando a la cronicidad lo que ocasionara mayores problemas de salud afectando de manera general el organismo.

Prevalencia y estadísticas

Son muchos los comportamientos de riesgo que involucran a la salud, por ejemplo el uso de sustancias dañinas o las prácticas sexuales de riesgo, comienzan durante la adolescencia. Estos comportamientos pueden responder a una estrategia inútil para hacer frente a la mala salud mental, y además tener efectos muy negativos sobre el bienestar mental y físico del adolescente (OMS 2020).

En todo el mundo, la prevalencia de los episodios de ingesta masiva de bebidas alcohólicas entre los adolescentes de 15 a 19 años fue del 13,6% en 2016; el riesgo más elevado correspondió a los hombres (OMS 2020).

El uso de tabaco y cannabis son preocupaciones adicionales. El cannabis es la droga más consumida entre los jóvenes, en 2018 aproximadamente el 4,7% de los jóvenes de 15 a 16 años la habían consumida al menos una vez. Muchos fumadores adultos consumieron su primer cigarrillo antes de los 18 años (OMS 2020).

La comisión de actos violentos es una conducta de riesgo que puede aumentar las probabilidades de que la persona tenga un bajo rendimiento educativo, sufra lesiones, participe en delitos o muera. La violencia interpersonal fue clasificada en 2016 como la segunda causa de muerte entre los adolescentes de mayor edad (OMS 2020).

En el artículo sobre la Depresión, que presenta la OMS, menciona que:

- La depresión es la principal causa mundial de discapacidad y contribuye de forma muy importante a la carga mundial general de morbilidad.
- La depresión afecta más a la mujer que al hombre.
- En el peor de los casos, la depresión puede llevar al suicidio.
- Hay tratamientos eficaces para la depresión.

Alrededor del mundo se calcula que hay aproximadamente 300 millones de personas afectadas. Cada año se suicidan cerca de 800,000 personas, y el suicidio es la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años. También se menciona que alrededor del 90% de los afectados no recibe la atención que requiere a pesar de que existen tratamientos efectivos que pueden salvar muchas vidas y mejorar la calidad de vida de miles de personas alrededor del mundo. De las personas que tienen los recursos para

solicitar el apoyo en muchas ocasiones son mal diagnosticadas y son tratadas con antidepresivos erróneamente (OMS, 2018).

Ante toda esta problemática mundial, en una resolución de la Asamblea Mundial de la Salud adoptada en mayo de 2013, se abogó por una respuesta integral y coordinada de los países al problema de los trastornos mentales. (OMS. 2018).

En México, las estadísticas de suicidios presentadas por el INEGI (Instituto Nacional de Estadística y Geografía), muestra un incremento significativo desde el año 1994 donde se registraron 2603 suicidios para el año 2017 la cantidad de suicidios se incrementó a 6559 (INEGI, 2017).

En México, la Secretaría de Salud en su cuarto informe 2015-2016, presentó la información de la (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición) ENSANUT 2012, donde se estimó la prevalencia de síntomas depresivos clínicamente significativos, es decir, el conjunto de síntomas que podrían indicar un estado de depresión. Se encontró que 16.5% de los adultos de 20 años o más presentaron síntomas depresivos (Salud, 2016).

La adolescencia es un periodo determinante para el desarrollo y el mantenimiento de los hábitos sociales y emocionales importantes para el bienestar mental, así como desarrollar habilidades para mantener relaciones interpersonales, hacer frente a situaciones difíciles, resolver problemas y aprender a gestionar las emociones. También es importante contar con un entorno favorable en la familia, la escuela y la comunidad en general. En todo el mundo, se estima que entre el 10% y el 20% de los adolescentes experimentan trastornos mentales, pero estos no se diagnostican ni se tratan adecuadamente (OMS, 2020).

Con estos datos y considerando el alarmante crecimiento de la población afectada considero que es importante prestar mayor atención a este problema, pero desde un aspecto más profundo, consideremos que cada síntoma que padece una persona tiene un motivo o causa muy particular, el hecho de no encontrar una causa no quiere decir que no exista, el sistema límbico que actúa como juez, decidiendo qué recordar y qué no, puede olvidar alguna experiencia causante del síntoma, razón por la cual la tristeza no tendrá un origen y entonces puede atribuirse a una depresión, por lo tanto, en una depresión se busca tratar las diferentes causas y por ende cada síntoma en particular para brindar más apoyo a quien presenta este trastorno.

Los Jóvenes y la depresión

Muchas investigaciones se han enfocado en profundizar en las estadísticas y en la prevalencia de la depresión en jóvenes adolescentes, esto debido a las diferentes causas y consecuencias que inciden directamente entre los diferentes grupos poblacionales en las diferentes etapas de la vida. Los niños son afectados por situaciones subjetivas y objetivas diferentes que en los adolescentes, adultos y adultos mayores.

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) define a la juventud como la etapa de la vida que comprende un periodo entre 15 y 25 años de edad en todo ser humano, aunque no existen límites precisos al respecto, ya que aproximadamente mil millones de jóvenes viven en el mundo, esto quiere decir que aproximadamente una persona de cada cinco, tiene entre 15 y 24 años, o que el 18% de la de la población global son jóvenes. Es una etapa que la mayoría de los seres humanos viven con intensidad pero, a pesar de ello, existen situaciones que los llevan a desestabilizarse y querer acabar con su vida al aparecer las conductas suicidas. (Cañón y Carmona, 2018).

La adolescencia ocupa un importante período de la vida, durante el cual se producen grandes cambios físicos, cognitivos, sociales y psicológicos (Cañón y Carmona, 2018).

Uno de estos cambios se presenta en los trastornos del estado de ánimo, estos son más frecuentes entre los adolescentes que no estudian ni trabajan. Estudiar y trabajar o solo trabajar tiene que ver con la falta de recursos económicos e involucra de una manera estrecha los estados emocionales. En este sentido la responsabilidad de esta problemática corresponde al sector salud así como a otros sectores que inciden en el desarrollo de los jóvenes en su entorno: el sector educativo, los medios de comunicación, el sector laboral entre otros (González-Forteza, et al., 2015).

Porque en un estudio realizado por Lugo, Domínguez y Romero, (2018) menciona que el 26% de los casos de depresión en adultos iniciaron antes de los 18 años. Estos casos de inicio temprano implican mayor probabilidad de presentar un episodio subsiguiente y mayor cantidad de episodios. Los factores de riesgo relacionados con la depresión son variados e incluyen desde aspectos biológicos hasta psicológicos y sociales.

En la población de adolescentes, se encontró que existe una relación muy importante entre el contexto en que viven y la salud mental. Los factores de riesgo son definidos como atributos o variables que aumentan la probabilidad de que las personas desarrollen

síntomas característicos de alguna problemática, la interacción o exposición de los adolescentes a estos factores incrementa dichas posibilidades de crecientes tasas de depresión en los adolescentes. El vecindario es uno de los ambientes más estudiados debido a que es el lugar de residencia y engloba características étnicas, económicas, de posición e inequidad social, de vivienda, de espacios públicos disponibles para la interacción social, de violencia, desorden e inseguridad que se asocian con autorreportes de síntomas depresivos en adolescentes (Lugo, Domínguez y Romero, 2018).

Vélez, Gutiérrez e Isaza. (2010) mencionan que la población de estudiantes universitarios ha atraído progresivamente la atención de clínicos e investigadores del campo de la salud mental debido a que ésta puede determinar en buena medida su desempeño académico y social, por que observaron que las condiciones de salud mental se ve afectada desde el momento que ingresan a la universidad debido a las exigencias académicas y a las dificultades que representa el aprendizaje y el desarrollo de las habilidades y destrezas que requiere para enfrentar nuevas situaciones de éxito o fracaso, además del ritmo de estudio y la intensidad de horario, presiones del grupo, las exigencias docentes, la competitividad entre compañeros y los cambios en los horarios de alimentación, que pueden alterar su ritmo biológico y por ende su salud (Vélez, Gutiérrez e Isaza, 2010).

Arrivillaga, Cortés, Goicochea y Lozano (2004), mencionan que los jóvenes con algún nivel de depresión han experimentado algún episodio depresivo en el pasado, con esto se confirma que, en muchos casos de depresión, hay un historial de síntomas que se vienen generando en el pasado, desafortunadamente por ser síntomas aislados, no son objeto de atención oportuna. En las evaluaciones realizadas en adolescentes, el 100% de los jóvenes con un nivel de depresión severa manifestaron haber tenido al menos un intento de suicidio.

Aunado a todos los factores sociales, el consumo alcohol es otro factor que contribuye a incrementar los síntomas, existe una relación directamente proporcional entre el alcohol y la depresión, por lo que, a mayor consumo de alcohol, mayor es la severidad de un estado depresivo y el aumento de los niveles en los síntomas de depresión requiere de un mayor consumo de alcohol. (Arrivillaga, Cortés, Goicochea y Lozano 2004)

Relacionado con esta variable se encontró que, los eventos críticos más significativos para los adolescentes son, inestabilidad económica, diagnóstico de

enfermedad grave, muerte de un ser querido y separación de padres, lo que corrobora la hipótesis de que situaciones estresantes sumadas a déficit en estrategias de afrontamiento podrían ser generadoras de episodios depresivos recurrentes (Arrivillaga, Cortés, Goicochea y Lozano 2004).

Al ingresar a la universidad, los adolescentes pueden verse afectados mentalmente puesto que los niveles de exigencia académica se incrementan, las dificultades en el desarrollo del aprendizaje y la adquisición de destrezas plantean situaciones de fracaso o éxito que, acompañadas con el ritmo de estudio, la intensidad horaria, la exigencia de los docentes, las presiones de grupo, la competitividad entre compañeros, los cambios en los horarios de alimentación y los cambios en el ciclo sueño-vigilia, coadyuvan en este proceso de desarrollo de depresión (Vélez, Gutiérrez y Isaza, 2010).

Hay muchas investigaciones que demuestran que los niveles de estrés aumentan debido a las presiones y exigencias académicas, Fisher y Hood (1986) citado en Vélez, Gutiérrez e Isaza, (2010) demostraron que los estudiantes experimentan un incremento significativo en los niveles de depresión, síntomas obsesivos y pérdida de concentración tras seis semanas de permanencia en la universidad. Las exigencias académicas demandan esfuerzos adicionales a las mismas posibilidades del estudiante para poder alcanzar el éxito, estas exigencias generan mucha tensión lo que resulta en elevados niveles de estrés (Vélez, Gutiérrez e Isaza, 2010).

La adolescencia es un período de tránsito entre la niñez y la edad adulta, caracterizado por grandes cambios biológicos, psicológicos y sociales. Es una etapa de la vida en la que se afrontan grandes retos, el cumplimiento de nuevas tareas del desarrollo, la adaptación a los nuevos cambios fisiológicos y anatómicos relacionados con el incremento hormonal, la pubertad; y por otro lado, la integración de la madurez sexual en un modelo personal de comportamiento. En esta etapa de la vida se evidencia el establecimiento de una identidad individual, sexual y social, por medio de las relaciones con sus pariguales y adultos significativos, el desarrollo de habilidades individuales y de enriquecimiento personal, de potencialidades ocupacionales y de esparcimiento. (Falcato, Muñoz, y Urquiola, 2017).

La depresión de los adolescentes es y seguirá siendo un problema social al paso de los años, las actividades sociales requieren de muchos esfuerzos para lograr objetivos orientados a mejorar la calidad de vida, la etapa de la adolescencia es el punto central del

curso de la vida, es una de las etapas determinantes de cualquier persona para que pueda planificar un futuro con mayores privilegios o beneficios, además de lograr mayores estados de equilibrio tanto mental como social y económico.

La posibilidad de tener una carrera es una forma de asegurar el éxito y por lo mismo es uno de los principales objetivos individuales, aunque no siempre se puede lograr debido a diferentes obstáculos como por ejemplo la depresión que se identifica como un trastorno emocional que limita la objetividad de cualquier persona.

Un alto porcentaje de alumnos desertan aun antes de llegar a la universidad por razones económicas principalmente. Los que logran ingresar al nivel medio superior y superior, se ven obligados a enfrentar situaciones de mucha tensión que ocasiona el desarrollo de complicaciones psicológicas, principalmente la depresión.

Con base a estos resultados se puede corroborar que la escuela es uno de los factores que más influencia tiene en los adolescentes, dado que las experiencias que viven durante el trayecto escolar son sumamente importantes, el ambiente escolar es uno de los contextos más importantes de convivencia con sus compañeros (Delgado, Raúl y Palos 2007).

Díaz et al., (2006) citado en González, Pineda, y Gaxiola (2018) menciona que las características individuales y contextuales constituyen factores de riesgo que se relacionan con el desarrollo de los trastornos depresivos. Este factor de riesgo está relacionado con las características del contexto del vecindario y de la escuela, además de la influencia de algunos rasgos negativos de amigos y algunos sucesos estresantes de la vida. Estos hallazgos refuerzan la teoría de que la depresión no solamente es el resultado de procesos bioquímicos sino que son resultado de un conjunto de elementos psicosociales que afectan incrementando el riesgo de desarrollar depresión.

De acuerdo a la OMS, la adolescencia, es una etapa de cambio biológico, dicha etapa representa una crisis personal que vive la persona durante la adolescencia y se caracteriza por actitudes impulsivas y poco reflexivas, rebeldía e imprudencia debido más que nada a su inexperiencia y la búsqueda de identidad (Ochoa, 2015).

Planteamiento y Justificación del problema

Como ya se ha podido ver en líneas arriba, la depresión tiene alto índices de prevalencia en la población en general, por los datos que arrojan investigaciones anteriores muestran que los jóvenes adolescentes son uno de los sectores más vulnerables (Santillán y Cabezas 2017).

Como podemos ver los jóvenes presentan ciertos aspectos de su desarrollo en el que se ven involucrados algunos trastornos como la depresión y que es resultado de diferentes causas relacionadas con el contexto social, esto ha traído como consecuencia que la población de jóvenes adolescentes sea investigada por muchos psicólogos.

Esta es una de las etapas de la vida más importantes porque es donde se pueden detectar y por lo mismo prevenir aquellos trastornos psicológicos que pueden llegar a la cronicidad durante la edad adulta, la depresión es un trastorno que de no tratarse puede afectar la calidad de vida de cualquier persona y por lo mismo es necesario identificar en esta etapa (Benavides, 2017).

Las investigaciones indican que la depresión se presenta en la adolescencia porque es una etapa de muchos cambios, el paso de la niñez y la edad adulta, se caracteriza por grandes cambios biológicos, psicológicos y sociales, el adolescente afronta nuevos retos en el cumplimiento de las nuevas tareas del desarrollo, la adaptación a los nuevos cambios fisiológicos y anatómicos relacionados con el incremento hormonal, la pubertad; así como la integración de la madurez sexual. En esta etapa de la vida se presenta el establecimiento de una identidad individual, sexual y social y el desarrollo de habilidades individuales y grupales (Falcato, Muñoz y Urquiola, 2017)

Hasta la fecha este trastorno se sigue investigando, porque la depresión tiene un elevado índice de prevalencia en los jóvenes y el impacto que tiene en las diferentes esferas de la vida, tanto si se detecta en sus inicios como en las etapas más avanzadas del desarrollo. El objetivo principal es tener los elementos que permitan un diagnóstico oportuno y preciso para brindar el tratamiento adecuado.

¿Y porque los adolescente? Porque la depresión tiene un alto impacto en su vida, afectando la convivencia y el desarrollo en todos los aspectos, este trastorno tiene muchas aristas que inciden tanto en su vida académica como en su vida laboral y familiar, es por eso que este tema continua vigente, por la repercusión que conlleva y porque en la

adolescencia es importante hacer una detección para tomar acciones y realizar cambios en su vida o para tratar este trastorno de una manera oportuna.

El propósito de esta investigación tiene la finalidad de brindar un aporte que permita profundizar en el conocimiento de los índices que afectan a los adolescentes y nos permita identificar qué sector de la población tiene los niveles de depresión más altos, con ello se puede dar pie a más investigaciones de tal manera que los adolescentes puedan tener una atención más precisa y oportuna.

Esta investigación tiene un alcance teórico y exploratorio, porque nos permite continuar o ampliar el conocimiento de los casos existentes y de los índices de prevalencia en la población de adolescentes y en un rango de edad específico. Este problema existe, es actual, continua afectando a la población de adolescentes y este es el motivo por el cual se origina esta investigación, mi deseo es contribuir con las anteriores investigaciones e incrementar la oportunidad para muchos adolescentes que no encuentran una salida al problema y que, en muchos casos, terminan con su vida por no tener la información adecuada y precisa acerca de lo que están padeciendo.

El tema continua vigente porque aún se siguen encontrando datos importantes y correlaciones que hacen referencia al problema de la depresión, las investigaciones continúan y la información se sigue complementando en apoyo a este grupo poblacional vulnerable, aquí radica la importancia de los estudios de la depresión en este grupo, pues como lo menciona Veytia (2012) esta es la etapa donde se puede prever trastornos de mayor gravedad y prevenir que se agraven en la edad adulta, puesto que ya lo ha mencionado la OMS (2020), no abordar los trastornos mentales de los adolescentes tiene consecuencias que se extienden hasta la edad adulta, y que afectan tanto a la salud física como a la mental y limitan las oportunidades de llevar una vida adulta satisfactoria (OMS, 2020).

Objetivos de la Investigación

Objetivo general

Identificar los niveles de depresión que se presentan en los adolescentes que comprenden un rango de edad entre 18 y 25 años.

Objetivos específicos

Comparar los niveles de depresión de los jóvenes adolescentes y comparar la prevalencia entre ambos sexos.

Pregunta de investigación:

¿Qué niveles de depresión presentan en los jóvenes adolescentes durante la etapa de 18 a 25 años?

Por lo tanto el motivo de la presente investigación es explorar, describir, comparar, de una manera teórica, de tal manera que se pueda contribuir para conocer los niveles de depresión que se presentan en la población de jóvenes adolescentes y los factores que originan este trastorno.

Metodología

Participantes: Jóvenes adolescentes en un rango de edad entre 18 y 24 años seleccionados por medio de un muestreo no probabilístico por conveniencia. Esta técnica permite seleccionar una muestra que esta convenientemente disponible para el investigador es fácil de reclutar por que no se considera seleccionar una muestra que represente a toda la población.

Estudio: Estudio Transversal Descriptivo

Instrumento

Para la presente investigación se utilizó el inventario de BECK (DBI II), un instrumento que consta de 21 ítems que puede ser aplicado a cualquier persona después de los 13 años de edad. Las preguntas están relacionadas con el sentir de la persona. Este inventario propone las siguientes puntuaciones de corte y grados de depresión correspondientes: 0-13 indica depresión mínima, 14-19 depresión leve, 20-28 depresión moderada y 29-63 depresión grave (ver anexo 1)

Es un autoinforme que proporciona una medida de la presencia y de la gravedad de la depresión. Los 21 ítems son indicativos de síntomas tales como tristeza, llanto, pérdida de placer, sentimientos de fracaso y de culpa, pensamientos o deseos de suicidio, pesimismo, etc. Se puede aplicar de forma individual o colectiva, con formato de papel y lápiz o de forma oral. En general, requiere entre 5 y 10 minutos para ser completado;

aunque los pacientes con depresión grave o trastornos obsesivos a menudo pueden tardar más tiempo en cumplimentarlo. Las instrucciones para el BDI-II solicitan a las personas evaluadas que elijan las afirmaciones más características que cubren el marco temporal de las últimas dos semanas, incluido el día de hoy. Cada ítem se responde en una escala de 4 puntos, de 0 a 3, excepto los ítems 16 (cambios en el patrón de sueño) y 18 (cambios en el apetito) que contienen 7 categorías. Si una persona ha elegido varias categorías de respuesta en un ítem, se toma la categoría a la que corresponde la puntuación más alta. Las puntuaciones mínima y máxima en el test son 0 y 63. Se han establecido puntos de corte que permiten clasificar a los evaluados en uno de los siguientes cuatro grupos: 0-13, mínima depresión; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; y 29-63, depresión grave. (De España, C. O. D. P. 2011). (ver anexo 1)

Materiales

- Formulario web: Es un cuestionario diseñado mediante la utilidad de Formularios Google, este formulario contiene los Ítems del BDI II, cada persona responde mediante la opción múltiple lo que le permite elegir libremente la opción que mejor describa su sentir.
- Correo electrónico: consiste en una cuenta de correo que permite la comunicación y el envío de información mediante un medio electrónico. (PC, Laptop o Smartphone)

Procedimiento

- La muestra consiste en 81 participantes y se seleccionó mediante el envío de un vínculo del formulario, a las personas conocidas, estudiante de FES Iztacala y otras escuelas como la Facultad Judicial de Derecho, el formulario está condicionado para que sólo aquellos que cumplen con el rango de edad puedan responder.
- Previo consentimiento informado, la prueba se realizó mediante un formulario web el cual respondieron especificando la edad y el nivel académico que cursan actualmente. Dicho formulario fue enviado mediante correo electrónico y redes sociales, permitiendo que los participantes lo respondieran de manera anónima para darles la seguridad de confidencialidad.

Análisis de resultados: Por medio de statical Package for the Social Sciences (SPSS) se registraron los datos obtenidos de los participantes, agrupando conjuntos de variables para contabilizar el sexo de los participantes, la edad, niveles académicos correspondientes y el

género con el objetivo de determinar en qué nivel académico los adolescentes presentan mayores índices de depresión así como el género que resulta más afectado y la edad.

Resultados

La muestra de jóvenes que participaron en la encuesta fueron 81 en total, 48 (59.26%) mujeres y 33 (40.74%) hombres, todos dentro del rango de edad de 18 a 24 años de edad, que considera la ONU (Cañón y Carmona, 2018). (Ver figura 1)

En esta figura se presenta la Información de los porcentajes que representan hombres y mujeres que participaron en la investigación.

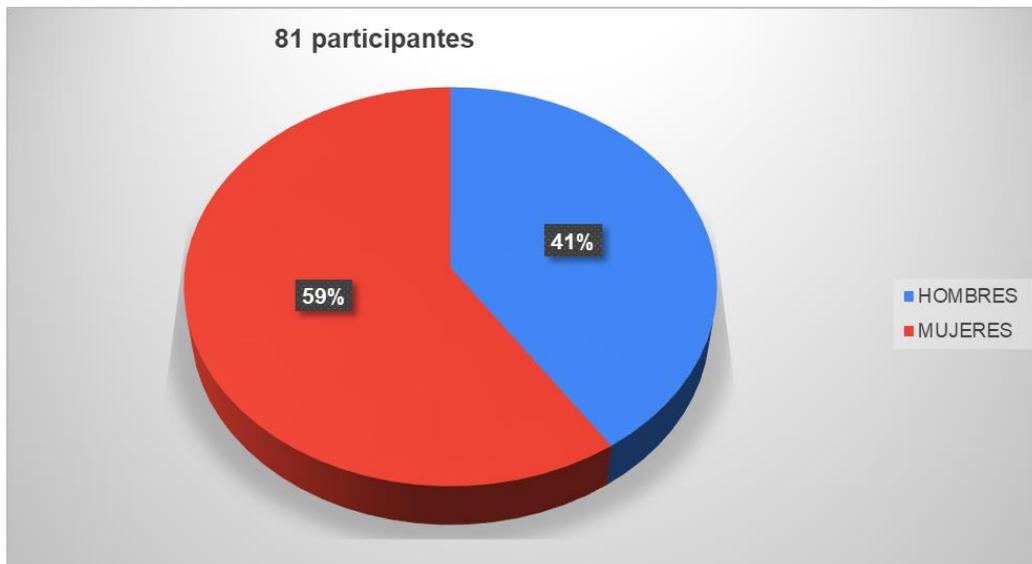


Figura 1: Total de participantes

En la siguiente figura se observa que el mayor porcentaje corresponde a la mínima depresión con un 67%, la depresión leve con el 19%, la depresión moderada el 12% y la depresión grave 2%. (Figura 2)

Porcentajes de niveles de depresión que presentan los participantes en general (ambos sexos)

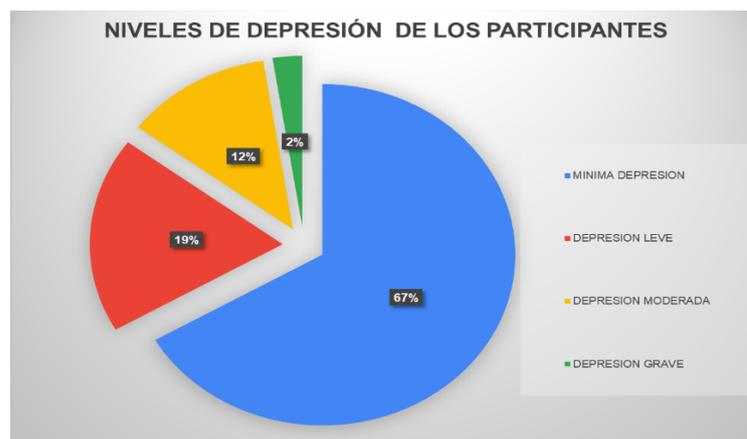


Figura 2: Niveles de depresión que presenta el total de los participantes.

De esta muestra se pudo constatar que en el caso de los hombres participantes 33 en total, el nivel secundaria (6%), bachillerato (27%), universidad (58%) y posgrado (9%) (Ver figura 3)

Información sobre los porcentajes de los hombres participantes y nivel de estudios,

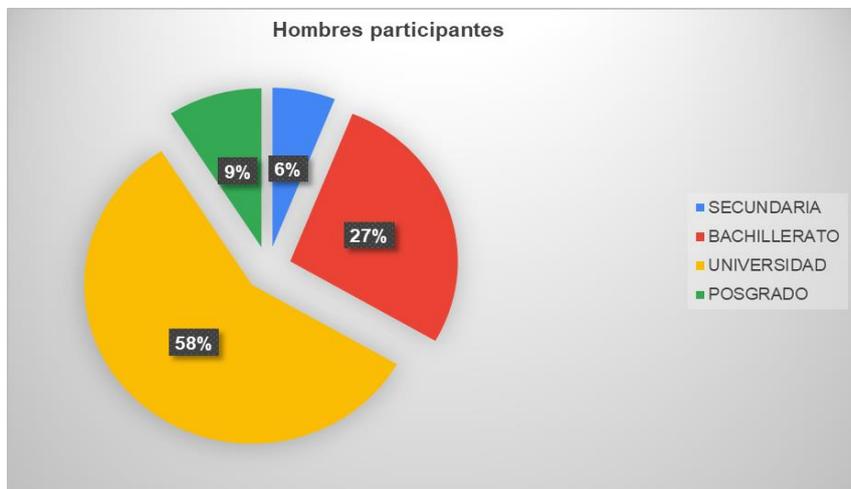


Figura 3: Porcentaje de nivel de estudios de hombres

Los resultados obtenidos de acuerdo a los niveles de depresión en relación al grado académico, en el caso de las mujeres (48 en total) el nivel académico de acuerdo a su participación es de nivel universidad (69%) bachillerato (29%) y de nivel posgrado un 2% (Ver figura 4)

Información sobre los porcentajes de las mujeres participantes y nivel de estudios



Figura 4: porcentaje de nivel de estudios de mujeres

En la siguiente figura se muestra los resultados obtenidos de acuerdo de los niveles de depresión en relación con el nivel académico que cursan los participantes.

Mínima depresión en hombres de secundaria 6%.

Mínima depresión en hombres de bachillerato 24%.

Mínima depresión en hombres de universidad 28 %

Mínima depresión en hombres de posgrado 6%.

Depresión leve en hombres de bachillerato 3%.

Depresión leve en hombres de universidad 12%.

Depresión moderada en hombres de universidad 15%

Depresión grave en hombres de universidad 3%.

Depresión grave en hombres de posgrado 3%. (Ver figura 5)

Resultados obtenidos de acuerdo a los niveles de depresión en relación con el nivel académico que cursan los participantes hombres.

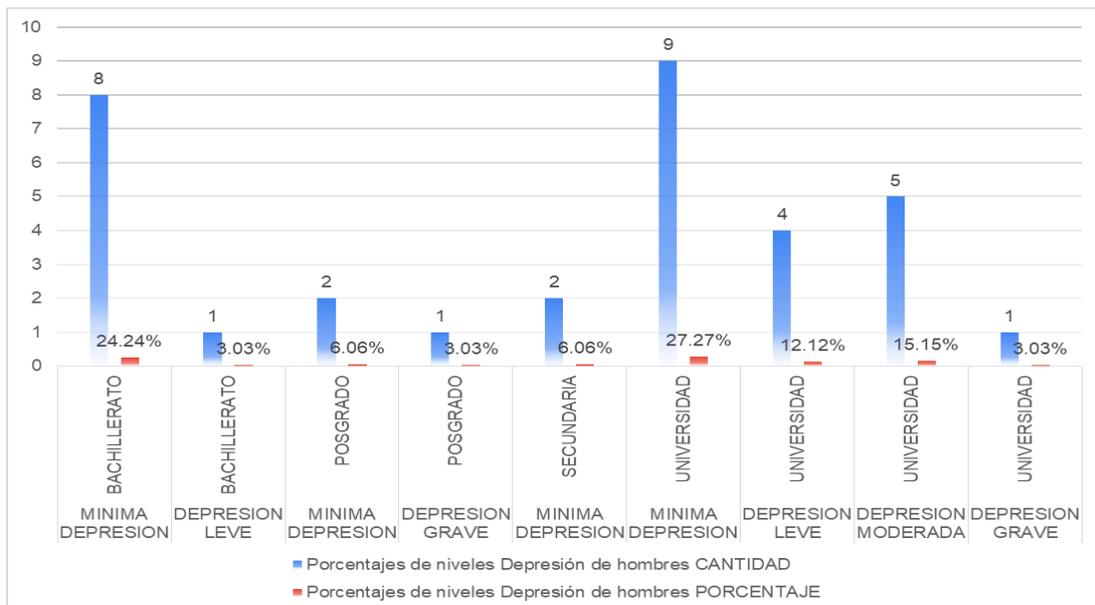


Figura 5: Porcentajes de niveles de depresión en hombres

En la siguiente figura se muestran los datos de los niveles de depresión de las mujeres participantes.

Mínima depresión en mujeres de posgrado 2%

Mínima depresión en mujeres de universidad 46%

Mínima depresión en mujeres de bachillerato 21%.

Depresión leve en mujeres de universidad 17%.

Depresión leve en mujeres de bachillerato 4%.

Depresión moderada en mujeres de nivel universidad 6%

Depresión moderada en mujeres de bachillerato 4%. (Ver figura 6)

Porcentajes correspondientes a los niveles de depresión encontrados en las mujeres participantes y el nivel de estudios a los que pertenecen.

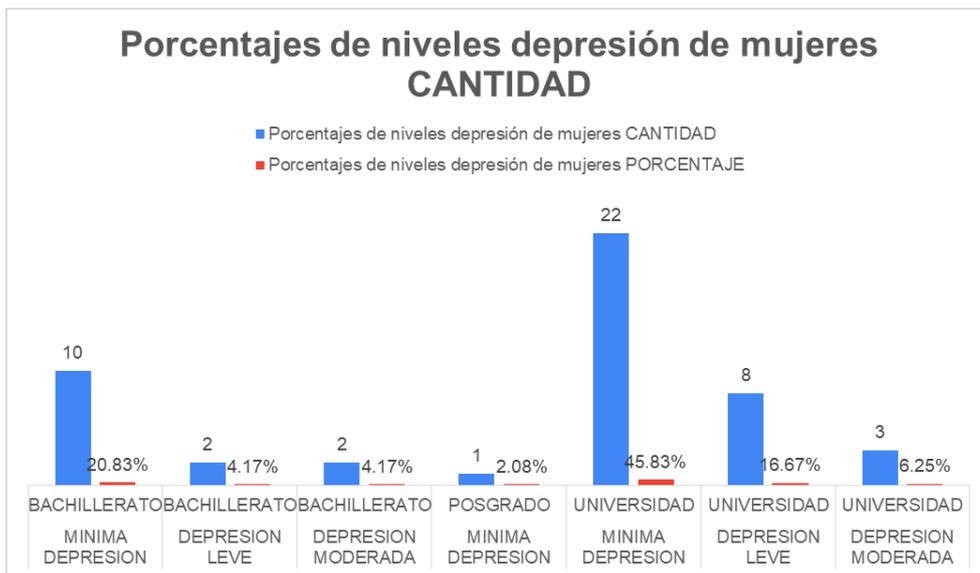


Figura 6: Porcentajes de niveles de depresión en mujeres

Cabe destacar que entre hombres y mujeres respecto a cada reactivo no se observó una diferencia significativa entre estos, como lo señalo en el siguiente cuadro Cuadro 1.

En este cuadro se muestra en la primera fila el número de reactivo (21 en total) la segunda fila muestra los puntos acumulados por los hombres para cada reactivo, en la fila tres se muestra los puntos acumulados para cada reactivo por las mujeres.

Total de particip antes	No de reactivos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
33	Puntaje acumulado HOMBRES	12	26	28	28	25	16	19	24	10	21	21	25	15	18	27	32	22	19	11	20	19
48	Puntaje acumulado MUJERES	16	13	25	28	20	11	18	32	8	26	33	25	14	35	25	34	30	18	7	26	27

Cuadro 1: Resumen de los resultados obtenidos por sexo

Sin embargo quisiera destacar que en el reactivo 2, que hace referencia a la esperanza por el futuro, hay una diferencia muy importante puesto que los hombres con 26% duplican la puntuación con respecto de las mujeres con 13%, esto quiere decir que los hombres tienden a preocuparse más por lo que les depara el futuro, mientras que las mujeres no se preocupan de la misma manera. (Cuadro 2)

En el siguiente cuadro se presentan los resultados obtenidos para el reactivo 2 y los valores que se otorgan a la evaluación según la respuesta.

Reactivo 2	Valor de la respuesta
A. No me siento especialmente desalentado ante el futuro.	0
B. Me siento desalentado ante el futuro.	1
C. Siento que no hay nada que me haga ilusión.	2
D. Siento que no tengo ninguna esperanza en el futuro y que las cosas no pueden mejorar.	3
Mujeres	Puntos 26
Hombre	Puntos 13
Puntos totales	39

Cuadro 2: Resultados del reactivo No. 2

En el reactivo número 9 que hace referencia al suicidio, se encontraron datos importantes que se deben tomar en cuenta, ya que a pesar de que en esta investigación no está contemplado dar seguimiento o la aplicación de un tratamiento, es importante considerar que, aunque el porcentaje es mínimo, existe la posibilidad de que algunos de los participantes estén desarrollando una conducta suicida. Los datos muestran que la relación entre hombres y mujeres refleja una tendencia hacia el hombre.

De los 16 participantes que han considerado la posibilidad del suicidio, pero que no la llevaría a cabo, 8 son mujeres y 6 son hombres, pero lo importante es que en este reactivo aparecen dos hombres que si quisieran suicidarse.

En el cuadro que se presenta a continuación se muestran los resultados obtenidos y hacen alusión a las tendencias al suicidio.

Reactivo 2	Valor de la respuesta	Total de respondientes	de
A. No pienso en suicidarme.	0	25	hombres
B. Pienso en el suicidio, pero no lo llevaría a término.	1	6	8 hombres mujeres
C. Quisiera suicidarme.	2	2	hombres
D. Me suicidaría si tuviera oportunidad de ello.	3		
Mujeres	Puntos 8		
Hombre	Puntos 10		
Puntos totales	18		

Cuadro 3: Resultado obtenidos en el reactivo 9

Por otra parte en el reactivo número 14 la diferencia en el porcentaje de la puntuación para cada sexo, es de dos veces la cantidad en las mujeres que en los hombres, de los 53 puntos acumulados 18 (34%) son de los hombres y el 35 (66%) de las mujeres, esto indica que las mujeres se preocupan más por volverse viejas o poco atractivas que los hombres.

En el siguiente cuadro se presentan los resultados obtenidos para el reactivo 14 y los valores que se otorgan a la evaluación según la respuesta.

Reactivo	Valor de la respuesta
A. No creo que tenga peor aspecto que antes.	0
B. Me preocupa el hecho de volverme viejo o poco atractivo.	1
C. Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen poco atractivo.	2
D. Creo que soy feo.	3
Mujeres	18
Hombre	35
Puntos totales	53

Cuadro 3: Resultados obtenidos del reactivo 14

Cabe señalar, que solamente dos jóvenes que respondieron al inventario presentaron un elevado grado de depresión son del sexo masculino y representan el 6% de los hombres que padecen algún tipo de depresión.

Finalmente se pudo constatar que la muestra fue representativa del rango de edad en la que se encuentra la población de los jóvenes.

Conclusiones

El objetivo de esta investigación se logró cumplir satisfactoriamente, pues la población de jóvenes presenta distintos niveles de depresión de acuerdo a lo señalado por Arrivillaga, Cortés, Goicochea y Lozano (2004) quienes mencionan que la presencia de depresión en los jóvenes estudiantes alcanza el 25% con algún nivel de depresión, lo que nos indica una prevalencia significativa de depresión en esta población, esto comprueba que las diferencias entre los niveles se presentan en términos de frecuencia o intensidad y con respecto al género se observó una relación entre hombres con 38.1% y mujeres con 61.9% en el Inventario de depresión de Beck.

Por otra parte, se corrobora lo que Calderón (1985) menciona, que una de las características más importantes de la depresión es el alto índice de ideación suicida, pues en los resultados de esta investigación se pudo constatar que las ideas suicidas son el resultado de pensamientos e ideas negativas que una persona tiene de sí mismo, del mundo y del futuro. Ya que aunque no era el propósito de esta investigación, indagar sobre este punto, si hubo datos que permitieron constatar la prevalencia de la ideación suicida.

Con esta investigación también queda de manifiesto lo dicho por Arrivillaga, Cortés, Goicochea y Lozano (2004), los jóvenes que han padecido algún tipo de depresión, son susceptibles de haberla vivido anteriormente o que la vuelvan a padecer en el futuro, cuando no reciben el tratamiento oportuno, las acciones requeridas cuando los adolescentes presentan niveles de depresión se deben tratar ya que el intento de suicidio es muy probable.

Los jóvenes a partir de esta etapa, tienen que enfrentar una serie de situaciones que con el contexto familiar y académico, desde su ingreso a nivel secundaria comienzan a enfrentar condiciones propias de la adolescencia y como se puede observar aumenta a nivel bachillerato y universidad. Esto coincide con la investigación de Vélez, Gutiérrez e Izaza (2010), quien refirió que los estudiantes, al ingresar los estudiantes al ingresar a la universidad, presentan un incremento en los niveles de depresión, la lucha por alcanzar el éxito, generan altos niveles de tensión y los jóvenes no reciben la orientación y la depresión se hace manifiesta, (Vélez, Gutiérrez e Isaza, 2010).

La psicología por su parte cumple con un papel muy importante en la prevención y la detección de este trastorno, los criterios de evaluación que se presentan en el DSM 5

especifican claramente los síntomas de acuerdo a los grados de depresión que se pueden encontrar en un paciente, las diferentes técnicas que se han propuesto para el tratamiento efectivo, entre los tratamientos más destacados está la terapia cognitiva. Existe abundante evidencia de que la psicoterapia y la farmacoterapia, sobre todo cuando se usan de forma conjunta, son eficaces en el alivio temporal de la depresión. En la actualidad, la Psicología cuenta con tratamientos que han demostrado ser eficaces para diversos problemas psicológicos. Sin embargo, a pesar de los notables progresos realizados, los tratamientos psicológicos se encuentran con una limitación importante: la posibilidad real de ser administrados a todas aquellas personas que los necesitan requerido y/o a la falta de profesionales bien entrenados (Gaston, Abbott, Rapee y Neary, 2006).

En la actualidad, la Psicología cuenta con tratamientos que han demostrado ser eficaces para diversos problemas psicológicos. Sin embargo, a pesar de los notables progresos realizados, los tratamientos psicológicos se encuentran con una limitación importante: la posibilidad real de ser administrados a todas aquellas personas que los necesitan. La diseminación de las intervenciones empíricamente validadas todavía es, hoy por hoy, un enorme reto. Respecto a la depresión, existen numerosos protocolos de tratamiento psicológico basados en la evidencia para su tratamiento. Sin embargo, por lo general, lo hacen después de mucho tiempo, una vez el problema ha generado efectos adversos en sus vidas, por lo que el éxito de la intervención es mucho más difícil que si la ayuda se hubiera ofertado en el momento oportuno, las personas necesitan ser escuchadas, la depresión es un factor latente en las personas, la subjetividad les va consumiendo a través de sus propias creencias y convicciones, la autoestima va decreciendo y la persona va perdiendo todo interés y se va desvalorizando por sí misma. Ante esto no se puede dejar de lado la familia, pues como lo menciona, la relación familiar influye como un factor protector importante en el riesgo de depresión, se demostró un aumento de riesgo de depresión a medida que disminuía la calidad de la relación familiar o que actualmente la familia es absorbida por todas sus actividades laborales, la problemática de cada persona está en aumento cada día, la falta de comunicación se va incrementando diariamente, la persona que es incapaz de superar un problema cotidiano, los jóvenes continúa con su vida y enfrentando más situaciones estresantes y la depresión va en aumento hasta llegar a desencadenar cuadros de depresión mayor. (Botella, Mira, Herrero, García-Palacios y Baños, 2015).

Es de reconocerse que el hecho de ser una muestra muy pequeña, cabe la posibilidad de que carezca de los alcances requeridos para poder considerar estos porcentajes en toda la población, pero si es un indicativo de las experiencias vividas por un amplio rango de población de jóvenes adolescentes. Esta investigación da la posibilidad de poder ampliarse y aplicarse a una población mucho mayor, que nos brinde mayores datos acerca de una realidad a nivel nacional y poder otorgar la atención que requieren los adolescentes. Este tipo de investigaciones muestran un panorama de una realidad oculta pero que se puede utilizar para iniciar un plan estratégico que ayude a orientarlos desde una postura más concreta, como implementar algunos programas educativos que comiencen a prevenir la forma en los jóvenes perciben su propio contexto social, familiar y académico, de esta manera podemos prevenir los altos niveles de depresión que enfrentan los jóvenes y que trae como consecuencia la deserción escolar y la tendencia a refugiarse en drogas, alcoholismo o en la reciente tendencia de la delincuencia organizada.

Así también es importante considerar que esta investigación puede ampliarse a una población mucho mayor y realizar la aplicación del instrumento directamente con la muestra de manera presencial, con esto se pueden lograr resultados más específicos y representativos de la población de adolescentes y de esta manera se puede coadyuvar a las investigaciones precedentes con la finalidad de contribuir más ampliamente al problema de la depresión.

Tenemos que tener conciencia de que la sociedad está en los límites de la violencia, y considerando que la depresión que vive la población está llevando a que dicha violencia esté en constante crecimiento, es necesario implementar programas de emergencia para poder mejorar la calidad de vida en general.

Bibliografía

- Alfonso Águila, Belkis, Calcines Castillo, María, Monteagudo de la Guardia, Roxana, & Nieves Achon, Zaida. (2015). Estrés académico. *EDUMECENTRO*, 7(2), 163-178. Recuperado en 03 de marzo de 2019, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-28742015000200013&lng=es&tlng=es.
- Arrivillaga Quintero, M., & Cortés García, C., & Goicochea Jiménez, V., & Lozano Ortiz, T. (2004). Caracterización de la depresión en jóvenes universitarios. *Universitas Psychologica*, 3 (1), Recuperado de: <https://www.redalyc.org/html/647/64730103/>
- Belló, M., Puentes-Rosas, E., Medina-Mora, M. E., & Lozano, R. (2005). Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Pública de México*, 47(1), S4-S11. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/106/10609302.pdf>
- Benavides, P. (2017). La depresión, evolución del concepto desde la melancolía hasta la depresión como enfermedad física. *Revista PUCE*. Recuperado de: <http://www.revistapuce.edu.ec/index.php/revpuce/article/view/119>
- Boeree, C. G. (2006). Abraham Maslow: 1908-1970. *Personality theories*, 11.
- Botella, C., Mira Pastor, A., Herrero Camarano, R., García-Palacios, A., & Baños, R. (2015). Un programa de intervención autoaplicado a través de Internet para el tratamiento de la depresión: Sonreír es divertido.
- BUSTOS, G. N., ROLDÁN, P. R., & GUZMÁN, R. Z. (2007). Factores de reprobación en los alumnos del Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara. *Contenido/Summary*, 17. Recuperado de: www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/7/007_RED_completa.pdf?#page=18
- Cañón Buitrago, S. C., & Carmona Parra, J. A. (2018). Ideación y conductas suicidas en adolescentes y jóvenes. *Pediatría Atención Primaria*, 20(80), 387-397.
- Carvajal, C. (2005). Estrés y depresión: una mirada desde la clínica a la neurobiología. *Revista Médica de la Clínica Condes*, 16(4), 210-219. <http://www.elsevier.es/es->

revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-estres-depresion-una-mirada-desde-X0716864005320521

- Carretero, M., Marchesi, Á., & Palacios, J. (Eds.). (1998). *Psicología evolutiva: adolescencia, madurez y senectud*. Alianza Editorial. Recuperado de http://www.terras.edu.ar/biblioteca/6/6PE_Carretero_Unidad_4.pdf
- Carrillo-Mora, Paul, Ramírez-Peris, Jimena, & Magaña-Vázquez, Katia. (2013). Neurobiología del sueño y su importancia: antología para el estudiante universitario. *Revista de la Facultad de Medicina (México)*, 56(4), 5-15. Recuperado en 21 de febrero de 2019, Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422013000400002&lng=es&tlng=es
- Ceballos-Ospino, G. A., Suárez-Colorado, Y., Suescún-Arregocés, J., Gamarra-Vega, L. M., González, K. E., & Sotelo-Manjarres, A. P. (2015). Ideación suicida, depresión y autoestima en adolescentes escolares de Santa Marta. *Duazary*, 12(1), 15-22.
- Claro, I., & Durante, J. (2008). *Depresión causas consecuencias y tratamiento*. San Pablo Brasil. Editorial El Clarín. http://www.luzespiritual.org/Libro/depresion_causas_consecuencias_y_tratamiento_espagnol.pdf
- Czernik, G., Giménez, S., Mora, M., & Almirón, L. (2006). Variables sociodemográficas y síntomas de depresión en estudiantes universitarios de Medicina de Corrientes, Argentina. *Rev Arg Clin Neuropsiquiatr*, 13(2), 64-73. Consultado en: https://www.alcmeon.com.ar/13/50/6_czernik.htm
- Dallal, E., & Castillo, J. (2000). Depresión en la adolescencia. E. En Dulanto (Ed.), *El adolescente* (pp.1300-1331). México: Mc Graw Hill.
- De España, C. O. D. P. (2011). *Evaluación del Inventario BDI-II*. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. Consultado e: <https://www.cop.es/uploads/PDF/2013/BDI-II.pdf>
- Delgado, P., Raúl, J., & Palos, P. A. (2007). Desempeño académico y conductas de riesgo en adolescentes. *Revista de educación y desarrollo*, 7(1), 5-16.

- Díaz-Atienza, F., Prados Cuesta, M., & Ruiz-Veguilla, M. (2004). Relación entre las conductas de intimidación, depresión e ideación suicida en adolescentes: resultados preliminares. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*, 4(1), 10-19. Recuperado de <http://psiquiatriainfantil.org/numero4/art4.pdf>
- Domínguez, C. C., Colorado, Y. P. S., & Carbonó, H. D. B. (2015). Características de inteligencia emocional en un grupo de universitarios con y sin ideación suicida. *Revista CES Psicología*, 8(2), 138-155. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5236645>
- Estalovski, B. G. (2004). *Cómo Vencer la Depresión (ziel)*. Imaginador. Consultado en: <https://books.google.com.cu/books?id=Bkvv4NJvUJsC&lpq=PP1&hl=es&pg=PP1#v=onepage&q&f=false>
- Falcato, M. A., Muñoz, N. H., & Urquiola, Y. C. (2017). Depresión en la adolescencia: consideraciones necesarias para su diagnóstico y tratamiento. *Revista de Enfermedades no Transmisibles Finlay*, 7(3), 152-154. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=75491>
- Gaston, J. E., Abbott, M. J., Rapee, R. M., & Neary, S. A. (2006). Do empirically supported treatments generalize to private practice? A benchmark study of a cognitive-behavioural group treatment programme for social phobia. *British Journal of Clinical Psychology*, 45(1), 33-48.
- Gázquez, J. J., del Carmen Pérez, M., Lucas, F., & del Mar Palenzuela, M. (2015). Percepción del alumnado universitario sobre el origen de la violencia escolar. *European Journal of Education and Psychology*, 1(1), 69-80. Recuperado de: <https://www.formacionasunivep.com/ejep/index.php/journal/article/view/2>
- González-Forteza, Catalina, Hermosillo de la Torre, Alicia Edith, Vacio-Muro, María de los Ángeles, Peralta, Robert, & Wagner, Fernando A.. (2015). Depresión en adolescentes. Un problema oculto para la salud pública y la práctica clínica. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 72(2), 149-155. <https://doi.org/10.1016/j.bmhimx.2015.05.006>

- González Lugo, S., Pineda Domínguez, A., & Gaxiola Romero, J. (2018). Depresión adolescente: factores de riesgo y apoyo social como factor protector. *Universitas Psychologica*, 17(3), 1-11. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy17-3.dafr>
- González Ramírez, M. T., Landero Hernández, R., & García-Campayo, J. (2009). Relación entre la depresión, la ansiedad y los síntomas psicósomáticos en una muestra de estudiantes universitarios del norte de México. *Revista panamericana de salud pública*, 25, 141-145. <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2009.v25n2/141-145/es/>
- Harfuch, M. F. H., Murguía, M. P. P., Lever, J. P., & Andrade, D. Z. (2010). La adicción a Facebook relacionada con la baja autoestima, la depresión y la falta de habilidades sociales. *Psicología iberoamericana*, 18(1), 6-18. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/1339/133915936002.pdf>
- INEGI. (2017). www.inegi.org.mx. Obtenido de Salud mental: <https://www.inegi.org.mx/temas/salud/>
- Jiménez, G. E. B., & Elena, G. (2007). El cuerpo a la moda. *Revista Universidad EAFIT*, 43(147), 18-25. Recuperado de: <http://publicaciones.eafit.edu.co/index.php/revista-universidad-eafit/article/view/762>
- Josué Díaz, Lídice, Torres Lio-Coo, Vladimir, Urrutia Zerquera, Eugenio, Moreno Puebla, Reynol, Font Darías, Ileana, & Cardona Monteagudo, María. (2006). Factores psicosociales de la depresión. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 35(3) Recuperado en 23 de septiembre de 2020, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572006000300009&lng=es&tlng=es.
- Leader, D. (2014). La moda negra: duelo, melancolía y depresión. Sexto Piso. Martínez-Otero Pérez V. Sintomatología depresiva en universitarios: Estudio de una muestra de alumnos de pedagogía. *Rev Electron Psicol Iztacala [Internet]*. 2010 [citado 7 Mar 2014]; 13(4): [aprox. 18 p.]. Disponible en: <http://www.journals.unam.mx/index.php/rep/rep/article/viewFile/22579/21312>
- Leyva-Jiménez, R., Hernández-Juárez, A. M., Nava-Jiménez, G., & López-Gaona, V. (2007). Depresión en adolescentes y funcionamiento familiar. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 45(3), 225-232.

- Lugo, S. G., Domínguez, A. P., & Romero, J. C. G. (2018). Depresión adolescente: factores de riesgo y apoyo social como factor protector. *Universitas Psychologica*, 17(3), 1-11. Recuperado de: [https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/UPSY/17-3%20\(2018\)/64755358008/](https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/UPSY/17-3%20(2018)/64755358008/)
- Madariaga, J. M., & Goñi, A. (2009). El desarrollo psicosocial. *Revista de Psicodidáctica*, 14(1), 95-118. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/175/17512723007.pdf>
- Martínez, P. L. M., Escárzaga, J. F., Soto, M. A. V., Valles, J. A. R., & Montemayor, R. T. (2019). Necesidad de asistencia psicológica desde la percepción de pacientes jóvenes adultos. *Revista de Estudios Clínicos e Investigación Psicológica*, 9(17), 59-71.
- Martínez-Otero Pérez V. Sintomatología depresiva en universitarios: Estudio de una muestra de alumnos de pedagogía. *Rev Electron Psicol Iztacala [Internet]*. 2010 [citado 7 Mar 2014];13(4):[aprox. 18 p.]. Disponible en: <http://www.journals.unam.mx/index.php/repi/article/viewFile/22579/21312>
- Martínez, J. M. M., Regalado, A. J. R., & Villareal, P. T. S. (2019). AUTOESTIMA, DEPRESIÓN Y ACTITUDES HACIA EL APRENDIZAJE EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS. *Psico Sophia*, 1(1), 13-20.
- Medina, M. E. A., Pérez, R. E. G., & Mejía, D. Z. (2003). Prevalencia de la depresión, ansiedad y comportamiento suicida en la población estudiantil de pregrado de la Universidad de Caldas, año 2000. *Revista Colombiana de psiquiatría*, 32(4), 341-356.
- Mejía, C. F., Agudelo, S. G., & Perea, E. (2011). Asociación entre depresión y bajo rendimiento académico en estudiantes universitarios. *Psicogente*, 14(25), 67-75. <https://www.redalyc.org/pdf/4975/497552358007.pdf>
- Montenegro, M., Montejo, P., Claver-Martín, M. D., Reinoso, A. I., de Andrés-Montes, M. E., García-Marín, A., & Huertas, E. (2013). Relación de las quejas de memoria con el rendimiento de memoria, el estado de ánimo y variables sociodemográficas en adultos jóvenes. *Rev Neurol*, 57(9), 396-404. Recuperado de:

www.academia.edu/download/36758581/2013_MontenegroMontejo_Quejas_jovenes_Rev_Neurol.pdf

- Morales Fuhrmann, C. (2017). La depresión: Un reto para toda la sociedad del que debemos hablar. Consultado en: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0864-34662017000200136&script=sci_abstract
- Ochoa Torres, G. (2015). Relación entre funcionamiento familiar y depresión en adolescentes de la academia preuniversitaria Alexander Fleming, Arequipa 2015.
- Olmedilla, A., Ortega, E., & Candel, N. (2010). Ansiedad, depresión y práctica de ejercicio físico en estudiantes universitarias. Recuperado de: <https://core.ac.uk/download/pdf/39043949.pdf>
- OMS. (22 de marzo de 2018). Depresión. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (28 de Septiembre de 2020). Salud Mental del Adolescente. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>.
- Osornio-Castillo, L., García-Monroy, L., Méndez-Cruz, A. R., & Garcés-Dorantes, L. R. (2009). Depresión, dinámica familiar y rendimiento académico en estudiantes de medicina. Archivos en medicina familiar, 11(1), 11-15. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=26838>
- Otálvaro, A. F. T., Tirado, J. V., Álvarez, M., Gómez, L. G., Patiño, C. R., & García, A. V. (2012). Prevalencia y factores de riesgo para el consumo y dependencia de drogas en estudiantes de una universidad de Medellín, Colombia, 2009. Facultad Nacional de Salud Pública, 30(1), 38-44. Recuperado de: <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/fnsp/article/view/9682/10909>
- Palenzuela, D., & Gutiérrez Calvo, M., & Avero, P. (1998). Ejercicio físico regular como un mecanismo de protección contra la depresión en jóvenes. Psicothema, 10 (1), 29-39. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/html/727/72710103/>
- Pardo, G., Sandoval, A., & Umbarila, D. (2004). Adolescencia y depresión. Revista colombiana de psicología, (13), 17-32.

- Peña, J. J. G., Ortiz, R. M. M., & Gil, J. Q. (2013). El bullying y el suicidio en el escenario universitario. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 4(2), 298-310. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5123784>
- Peralta, V., & Cuesta, M. (2009). Psicopatología y clasificación de los trastornos depresivos. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 25, 7-20. Recuperado de <https://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/5541/4556>
- Real Academia Española. (2010). *Diccionario de la lengua española [Dictionary of the Spanish Language]* (22nd ed.). Madrid, Spain: Author.
- Retamal, P. (1998). *Depresión*. Editorial Universitaria.
- Rivas, R. P. (2011). Acedia y depresión. Aportes para una reconstrucción histórica. *Revista de Humanidades Médicas & Estudios Sociales de la Ciencia y la Tecnología*, 3(1), 333-344. Recuperado de: <http://www.ea-journal.com/art3.1/Pereto-Rivas-Acedia-y-depresion.pdf>
- Romero, C. E. (2007). Depresión y enfermedad cardiovascular. *Revista Uruguay de cardiología*, 22(2), 92-109.
- Ruiz, L. R. (2020). Salud mental y factores asociados a la depresión en estudiantes universitarios. *Tejidos Sociales*, 3(1), 1-6. Consultado en: <file:///C:/Users/rgara/Downloads/4764-Resultados%20de%20la%20investigaci%C3%B3n-16877-1-10-20201202.pdf>
- Salud, S. d. (2016). Gobierno de México. Obtenido de Informe de Labores de la Secretaría de Salud: <https://www.gob.mx/salud/documentos/informe-de-labores-de-la-secretaria-de-salud>.
- Santillán Jiménez, W. C., & Cabezas Velasco, X. P. (2017). Influencia de la comunicación familiar en la depresión de los adolescentes de décimo año de la Unidad Educativa Municipal Técnica y en Ciencias San Francisco de Quito Guayllabamba durante el periodo octubre 2016–febrero 2017.
- Sanz Fernández, J., Izquierdo, A., & García Vera, M. P. (2013). Una revisión desde la perspectiva de la validez de contenido de los cuestionarios, escalas e inventarios

autoaplicados más utilizados en España para evaluar la depresión clínica en adultos. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 13, 139-175.

Soria, C. «Estrés.doc.» *Epigenetica_Factores_Postnatales*. s.f.
http://www.ipnie.com/DesarrolloDePatologias/Epigenetica_Factores_Postnatales.pdf

Soria, V., Uribe, J., Salvat-Pujol, N., Palao, D., Menchón, J. M., & Labad, J. (2018). *Psiconeuroinmunología de los trastornos mentales*. *Rev. psiquiatr. salud ment.*(Barc., Ed. impr.), 115-124.

Vargas Ramos, O., & Lemos Hoyos, M., & Toro, B., & Londoño Arredondo, N. (2008). PREVALENCIA DE TRASTORNOS MENTALES EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS USUARIOS DEL SERVICIO DE PSICOLOGÍA. *International Journal of Psychological Research*, 1 (2), 21-30. Recuperado de: <http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/handle/10946/3753>

Vázquez, F. L., Muñoz, R., & Becoña, E. (2000). Depresión: diagnóstico, modelos teóricos y tratamiento a finales del siglo XX. *Psicología conductual*, 8(3), 417-449. recuperado de: 02.Vazquez_8-3oa.pdf (behavioralpsycho.com)

Vélez, L. P. M., Gutiérrez, J. A., & Isaza, B. E. T. (2010). Depresión en estudiantes universitarios y su asociación con el estrés académico. *CES Medicina*, 24(1). Consultado en: <http://revistas.ces.edu.co/index.php/medicina/article/view/1011/0>

Veytia López, M., González Arratia López Fuentes, N. I., Andrade Palos, P., & Oudhof, H. (2012). Depresión en adolescentes: El papel de los sucesos vitales estresantes. *Salud mental*, 35(1), 37-43.

Vizcarra Larrañaga, M., & Póo Figueroa, A. (2011). Violencia de pareja en estudiantes universitarios del sur de Chile. *Universitas Psychologica*, 10 (1), 89-98. <https://www.redalyc.org/html/647/64719284008/>

Anexo 1

Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

Nombre:.....Estado Civil..... Edad:..... Sexo.....

Ocupación..... Educación:.....Fecha:.....

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy.

Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

1. Escoja una opción

- A. No me siento triste.
- B. Me siento triste.
- C. Siempre me siento triste y no puedo quitarme la tristeza de encima.
- D. Me siento tan triste e infeliz que no puedo soportarlo.

2. Escoja una opción

- A. No me siento especialmente desalentado ante el futuro.
- B. Me siento desalentado ante el futuro.
- C. Siento que no hay nada que me haga ilusión.
- D. Siento que no tengo ninguna esperanza en el futuro y que las cosas no pueden mejorar.

3. Escoja una opción

- A. No me siento fracasado.
- B. Me siento más fracasado que la mayoría de las personas.
- C. Al mirar atrás, en mi vida veo muchos fracasos.
- D. Siento que como persona soy un fracaso absoluto.

4. Escoja una opción

- A. Las cosas me siguen satisfaciendo igual que antes.

- B. Las cosas no me hacen disfrutar como antes.
 - C. Ya no encuentro verdadera satisfacción en nada.
 - D. Todo me incomoda o aburre.
5. Escoja una opción
- A. No me siento particularmente culpable.
 - B. Me siento culpable en muchas ocasiones.
 - C. Me siento culpable la mayor parte del tiempo.
 - D. Siempre me siento culpable.
6. Escoja una opción
- A. No siento que esté siendo castigado.
 - B. Siento que puedo ser castigado.
 - C. Espero ser castigado.
 - D. Siendo que estoy siendo castigado.
7. Escoja una opción
- A. No me siento decepcionado conmigo mismo.
 - B. Me siento decepcionado conmigo mismo.
 - C. Estoy asqueado conmigo mismo.
 - D. Me odio.
8. Escoja una opción
- A. No creo que sea peor que cualquier otra persona.
 - B. Soy crítico conmigo mismo acerca de mis debilidades o errores.
 - C. Siempre me estoy culpabilizando por mis fallos.
 - D. Me culpabilizo de todo lo malo que sucede.
9. Escoja una opción
- A. No pienso en suicidarme.
 - B. Pienso en el suicidio, pero no lo llevaría a término.
 - C. Quisiera suicidarme.
 - D. Me suicidaría si tuviera oportunidad de ello.
10. Escoja una opción
- A. No lloro más de habitual.
 - B. Lloro más de lo que solía.
 - C. Ahora siempre estoy llorando.
 - D. Antes solía llorar, pero ahora no puedo llorar aunque lo desee.
11. Escoja una opción

- A. Las cosas no me irritan más de lo que me irritaban antes.
- B. Estoy algo más irritado que de costumbre.
- C. Estoy irritado gran parte del tiempo.
- D. Siempre estoy irritado.

12. Escoja una opción

- A. No he perdido el interés por las demás personas.
- B. Estoy menos interesado en las otras personas de lo que solía estarlo.
- C. He perdido gran parte de mi interés en las otras personas.
- D. He perdido todo mi interés en las otras personas.

13. Escoja una opción

- A. No tengo ningún problema en seguir tomando decisiones.
- B. Pospongo tomar decisiones más de lo que solía hacerlo.
- C. Tengo mucha más dificultad que antes en tomar decisiones.
- D. Soy incapaz de tomar decisiones.

14. Escoja una opción

- A. No creo que tenga peor aspecto que antes.
- B. Me preocupa el hecho de volverme viejo o poco atractivo.
- C. Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen poco atractivo.
- D. Creo que soy feo.

15. Escoja una opción

- A. Puedo realizar mis tareas como antes.
- B. Me cuesta un esfuerzo extra ponerme a hacer algo.
- C. Tengo que esforzarme mucho si quiero hacer algo.
- D. No puedo hacer ningún trabajo.

16. Escoja una opción

- A. Puedo dormir tan bien como siempre.
- B. No puedo dormir tan bien como antes.
- C. Me despierto 1 o 2 horas antes de lo habitual y me cuesta volver a dormir.
- D. Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormir.

17. Escoja una opción

- A. No me canso más de lo habitual.
- B. Me canso con más facilidad de la acostumbrada.
- C. Me canso si hago cualquier cosa, por pequeña que sea.

D. Estoy demasiado cansado para hacer algo.

18. Escoja una opción

A. Sigo teniendo el mismo apetito.

B. Mi apetito ha disminuido.

C. Apenas tengo apetito.

D. Ya no tengo ningún apetito.

19. Escoja una opción

A. No he perdido nada de peso.

B. He perdido más de 2 kilos de peso.

C. He perdido más de 5 kilos de peso.

D. He perdido más de 7 kilos de peso.

20. Escoja una opción

A. No estoy más preocupado de lo habitual por mi salud.

B. Me preocupan mis problemas físicos como dolores, malestar en el estómago o estreñimiento.

C. Me preocupan tanto mis problemas físicos que me resulta difícil pensar en otra cosa.

D. Me preocupan tanto mis problemas físicos que no puedo pensar en otra cosa.

21. Escoja una opción

A. Recientemente no he notado cambios en mi interés por el sexo.

B. Tengo menos interés por el sexo del que solía tener.

C. Casi no tengo interés por el sexo.

D. He perdido completamente mi interés por el sexo.

Anexo 2

Consentimiento Informado”

Soy estudiante de la licenciatura en psicología, mi nombre es Miguel Ángel Ramírez García de la FES IZTACALA UNAM

A través del presente escrito solicito tu colaboración para resolver el siguiente formulario.

1. INFORMACIÓN ACERCA DE LA APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO.

Esta investigación tiene como finalidad conocer el estado psicemocional, es para fines investigativos y es de carácter confidencial.

2. USO Y CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS

Toda la información obtenida de tu participación será resguardada de forma confidencial, garantizando que ninguna persona o institución ajena pueda acceder a ella en estricto cumplimiento de la Ley Federal de Protección de Datos Personales, en Posesión de particulares en su artículo 3 fracción V. En ningún caso se hará pública ninguna información personal, garantizando así, la plena confidencialidad de la misma en riguroso cumplimiento tanto del secreto profesional como del uso y manejo de la información y materiales obtenidos.

3. REVOCACIÓN DEL ACUERDO

Aún después de haber decidido participar, si es tu decisión, en cualquier momento puedes desistir, suspender o abandonar la práctica con toda libertad y sin compromiso alguno.

4. DECLARACIÓN DE ACUERDO

Habiendo leído y comprendido en su totalidad todas las explicaciones relativas a la APLICACIÓN DICHO FORMULARIO, así como lo referente al resguardo y protección de los datos que yo pueda vertir en esta actividad, acepto y consiento participar de libre voluntad, teniendo presente que es mi libre decisión desistir, suspender o abandonar la práctica en cualquier momento sin necesidad de dar explicación alguna.

He sido informada que mis datos personales serán protegidos y utilizados únicamente con fines de formación académica y desarrollo profesional por lo cual acepto de conformidad seguir adelante con el formulario.