

UCUENCA

Universidad de Cuenca

Facultad de Psicología

Carrera de Psicología Clínica

Niveles de depresión en adolescentes varones de Educación General Básica y Bachillerato de la Unidad Educativa Gabriel Arsenio Ullauri de la parroquia rural Llacao del cantón Cuenca, periodo 2022

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de Psicóloga Clínica

Autoras:

Elena Patricia Chacho Chacho

Sandra Johanna Quito Campos

Directora:

Mónica Elisa Aguilar Sizer

ORCID: 0000-0001-9429-0982

Cuenca, Ecuador

2023-02-22

Resumen

La depresión es un trastorno emocional ante el cual los adolescentes son más vulnerables por los cambios físicos, emocionales y cognitivos que experimentan en esta etapa de su vida, a pesar de que las instituciones educativas forman parte de sus redes de apoyo, en la ruralidad ecuatoriana la mayoría de planteles educativos no cuentan con un Departamento de Consejería Estudiantil ya que no cumplen con un número mayor a 450 estudiantes como lo establece el Ministerio de Educación del Ecuador, razón por la cual son excluidos de este derecho. El objetivo del presente trabajo fue describir los niveles de depresión en adolescentes varones de Educación General Básica y Bachillerato de la Unidad Educativa Gabriel Arsenio Ullauri de la parroquia rural Llacao. La población con la que se llevó a cabo el estudio fue de 69 adolescentes varones, el motivo de la selección del sexo de los participantes es que los varones frecuentemente experimentan sus emociones reaccionando enojados, irritables o agresivos y estos síntomas suelen confundirse con conductas normativas del desarrollo. El método que se utilizó tuvo un enfoque cuantitativo con diseño no experimental, de corte transversal, con alcance descriptivo. Los instrumentos que se aplicaron fueron el inventario de depresión de Beck y la ficha sociodemográfica. El análisis de los datos se efectuó mediante el software IBM SPSS Estadístico 25. Los resultados indicaron que el 68.12% (N=47) no presentan depresión y el 31.88% (N=22) presentan algún nivel. El síntoma más intenso fue el llanto, mientras que la dificultad de concentración y cambios en los hábitos del sueño son los más prevalentes. Se concluyó que no se encontraron datos relevantes sobre niveles de depresión.

Palabras clave: depresión, adolescentes varones, rural

Abstract

Depression is an emotional disorder to which adolescents are more vulnerable due to the physical, emotional and cognitive changes they experience at this stage of their lives, despite the fact that educational institutions are part of their support networks, in rural Ecuador. Most educational establishments do not have a Student Counseling Department since they do not meet a number greater than 450 students as established by the Ministry of Education of Ecuador, which is why they are excluded from this right. The objective of this work was to describe the levels of depression in male adolescents of Basic General Education and Baccalaureate of the Gabriel Arsenio Ullauri Educational Unit of the rural parish of Llacao. The population with which the study was carried out was 69 male adolescents, the reason for selecting the sex of the participants is that males frequently experience their emotions by reacting angry, irritable or aggressive and these symptoms are often confused with normative behaviors of the development. The method that was used had a quantitative approach with a non-experimental, cross-sectional design, with a descriptive scope. The instruments that were applied were the Beck depression inventory and the sociodemographic file. The data analysis was carried out using the IBM SPSS Statistical 25 software. The results indicated that 68.12% (N=47) did not present depression and 31.88% (N=22) presented some level. The most intense symptom was crying, while difficulty concentrating and changes in sleep habits are the most prevalent. It was concluded that no relevant data on levels of depression were found.

Keywords: depression, male adolescents, rural

Índice

Resumen.....	2
Abstract	3
Fundamentación Teórica	7
Proceso Metodológico.....	15
Enfoque.....	15
Contextualización de la investigación	15
Participantes	15
Criterios de inclusión y exclusión	15
Operacionalización de variables	16
Instrumentos	16
Procedimiento de la investigación.....	16
Procesamiento de datos.....	16
Consideraciones éticas y de género	17
Presentación y análisis de resultados	18
Niveles de depresión	18
Sintomatología depresiva en los estudiantes	19
Prevalencia de depresión en adolescentes varones según las variables sociodemográficas	22
Conclusiones	25
Recomendaciones.....	26
Referencias	27
Anexos.....	33

Índice de figuras

Figura 1 Niveles de depresión	18
-------------------------------------	----

Índice de tablas

Tabla 1 Sintomatología depresiva	20
Tabla 2 Prevalencia de la depresión en adolescentes varones según las variables sociodemográficas	22

Fundamentación Teórica

Los trastornos emocionales son conocidos como enfermedades silenciosas que en la mayoría de situaciones al no ser tratadas a tiempo presentan síntomas fisiológicos dentro de estas, la depresión, conocerla permite una mayor comprensión de su patogenia, su diagnóstico, su abordaje terapéutico y hasta su prevención. La depresión es una enfermedad funcional que evolutivamente tiende a la cronicidad, sin embargo, es reversible, recurrente y una de las más tratables (Benavides, 2018).

En la antigua Grecia era conocida bajo el término de melancolía, Hipócrates fue uno de los autores que definió melancolía como una enfermedad que se asociaba con la aversión a la comida, desesperación, insomnio, irritabilidad e intranquilidad que tenía su explicación en la teoría de los humores (Stanley, 1989).

A lo largo de la historia se han creado diferentes manuales diagnósticos como la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y problemas relacionados con la salud (CIE 11) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) utilizados a nivel internacional para el diagnóstico de trastornos mentales; en la CIE 11 (Organización Mundial de la Salud, 2019), se encuentra a la depresión dentro de los trastornos del estado de ánimo, mismos que se dividen en: Episodio único, cuando se presenta una vez y no existen antecedentes de episodios depresivos previos; Trastorno depresivo recurrente, siempre que existan antecedentes de al menos dos episodios depresivos separados por un mínimo de varios meses sin perturbación significativa del estado de ánimo; Trastorno distímico que se caracteriza por un estado de ánimo depresivo persistente, durante la mayor parte del día, que en niños y adolescentes puede manifestarse como una irritabilidad generalizada; Trastorno mixto de ansiedad y depresión; Otros trastornos depresivos especificados y Trastornos depresivos sin especificación. Tanto la clasificación de episodio único y recurrente tienen criterios como: leve, moderado, grave, no especificada, sin/con síntomas psicóticos, actualmente en remisión total o parcial, especificado o sin especificación.

En la misma línea, el DSM 5 clasifica el trastorno depresivo según su duración, presentación temporal y supuesta etiología, mismos que son: trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, que se caracteriza por irritabilidad persistente y episodios frecuentes de descontrol conductual extremo en niños de hasta 12 años; trastorno de depresión mayor, cuando los episodios duran al menos dos semanas e implican cambios en la afectividad, la cognición y las funciones neurovegetativas que se manifiestan en remisiones interepisódicas; trastorno depresivo persistente (distimia), se presenta con alteraciones del estado de ánimo, suelen durar dos años en adultos o un año en niños; trastorno disfórico premenstrual, comienza días antes de la ovulación y termina después de la menstruación; trastorno inducido por una sustancia o medicamento; trastorno depresivo debido a otra afección médica; otro

trastorno depresivo especificado y no especificado triada. La sintomatología común que presentan estos trastornos es: estado de ánimo triste, vacío o irritable, acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan clínicamente a la capacidad funcional del individuo.

En relación a la teoría sobre la depresión, existen varios postulados, sin embargo, el más importante es el que propone Aaron Beck con un enfoque cognitivo que se basa en el modelo de vulnerabilidad al estrés, mismo que explica la activación de esquemas de pensamientos distorsionados (Beltrán et al., 2012). Se define esta patología desde tres conceptos específicos: primero, la tríada cognitiva conformada por la visión negativa del individuo hacia sí mismo, la tendencia a interpretar sus experiencias de una manera negativa y la visión negativa acerca del futuro; segundo, los esquemas que constituyen la base para localizar, diferenciar y codificar el estímulo con que se enfrenta el individuo; por último, los errores cognitivos que hacen referencia a la creencia del paciente en la validez de sus conceptos negativos a pesar de que exista evidencia de lo contrario; teniendo como consecuencia que se inicien y mantengan los pensamientos depresivos (Beck et al., 2010).

De acuerdo con este modelo, todas las personas presentan factores de "riesgo" o "vulnerabilidad" para la aparición de este trastorno (Bartha et al., 2013). Es así que durante la adolescencia pueden aparecer una serie de factores estresantes que podrían ser la razón de un mayor riesgo de depresión (Gavray y Boulard, 2021). Por lo tanto, en esta etapa la sintomatología depresiva se presenta en aspectos variables con expresiones comportamentales impactantes como crisis de llanto, desesperación y/o enojo; con actitudes marcadamente inhibidas, como mutismo y en otros casos, puede estar "cubierta" por trastornos psicósomáticos o por conductas riesgosas (Nardi, 2004). También, sienten tristeza constante, pérdida de interés en realizar actividades que antes les provocaba placer y una de las causas puede ser la disfuncionalidad familiar (Enríquez et., 2021).

Otra de las causas que pueden provocar depresión es el deterioro social y educativo que se convierte en un factor importante de riesgo para el suicidio y el abuso de sustancias (Enríquez et al., 2021). Mujeres y hombres pueden desarrollar los síntomas típicos de la depresión, la forma de vivir, manifestar y enfrentarla es diferente, incluso los varones pueden sentir fatiga, irritabilidad, pérdida de interés y problemas de sueño que probablemente repercuta en una gravedad mayor (López et al., 2014).

Varias investigaciones refieren que las adolescentes mujeres presentan mayores tasas de depresión que los adolescentes varones (Daly, 2022; Lewis et al., 2014; Vázquez et al., 2013). Sin embargo, Hamilton et al. (2015) han argumentado que es necesario prestar atención a las raíces sociales y culturales ya que estas juegan un papel importante a la hora de hablar sobre expresión emocional basada en el género. Martínez-Munguía (2013), menciona que las

emociones son estados que tanto hombres como mujeres experimentan, pero de cierta manera la cultura restringe a los hombres la posibilidad de expresar tristeza, miedo, ternura, etc., e induce a expresar emociones como enojo, ira y alegría.

Los síntomas de la depresión masculina se expresan en su mayoría de la siguiente forma: con cólera, alta hostilidad, agresividad, irritabilidad creciente, cambios bruscos en el estado de ánimo, consumo de drogas, conductas autolesivas, exposición voluntaria al riesgo, promiscuidad, conductas evitativas (fatiga, exceso de trabajo, negación del problema, desinterés, aislamiento social), baja autoeficacia, sensación permanente de inutilidad, menosprecio, alta autocritica, sensación de desamparo, desesperación, dificultad para resolver problemas y sensación de vacío (Londoño et al., 2017). En concordancia con esto Ogrodniczuk y Oliffe (2011) recalcan los síntomas de irritabilidad, enojo, comportamiento hostil, agresivo, abusivo, asunción de riesgos, abuso de sustancias y comportamientos de escape como signos y síntomas que pueden enmascarar los síntomas más típicos de la depresión. De igual manera Aguayo (2022) asevera que los varones viven la depresión con los síntomas típicos y otros atípicos como: desánimo, baja tolerancia a la frustración, rabia, conflictos interpersonales, sentirse estresados, bajo control de impulsos, agresividad, enajenación en el trabajo u otros ámbitos sociales, intentos de suicidio y conductas de riesgo, además del consumo abusivo de alcohol y/o drogas.

Para una mejor comprensión de lo mencionado anteriormente, es importante conocer como se ha construido el concepto de adolescencia a lo largo de los años, en pueblos primitivos esta etapa no era considerada como una fase del desarrollo humano, sino solamente existía la niñez, en la que se realizaban ejercicios que permitían llegar posteriormente a la adultez. Durante la edad media se creía que el crecimiento físico, era un crecimiento gradual de una criatura de Dios y consideraban al joven como un adulto miniatura (Martínez et al., 2012).

A finales del siglo XIX, durante el surgimiento de la revolución industrial se prioriza la capacitación, formación, así como el estudio de los jóvenes, quienes empiezan a estar bajo el control de su familia y la escuela. Mayoritariamente se incorporaban al mundo laboral entre los 7 y 12 años, luego de haber culminado sus estudios. Por lo tanto, la adolescencia aparece en la sociedad industrial occidental como un nuevo grupo social que se centra en la búsqueda de su identidad, posicionándose así entre la infancia y la adultez (Martínez et al., 2012).

La cultura del adolescente, surge a finales del siglo XIX, quienes adoptan sus propias señales de identificación mediante la moda, hábitos, valores, entre otros aspectos que los diferencian de los niños y adultos. En esta época la escolarización empieza a ser obligatoria hasta los 16 años, por lo que debían estar a cargo de sus padres, en consecuencia, de aquello empiezan a cuestionar la autoridad que ejercen los adultos, desencadenando conductas transgresoras. En la sociedad actual, la autonomía personal se ha ido retrasando debido a la necesidad de

estudiar, lo que implica muchas veces mayores dificultades y problemas (Martínez et al., 2012). A continuación, se revisarán algunas definiciones dadas por varios autores en relación con esta etapa, cabe recalcar que la presente investigación se basará en el concepto que proporciona Papalia.

Erikson (1993) considera a la adolescencia como un periodo en el que se da la búsqueda de identidad que define al individuo a lo largo de toda su vida. En su teoría de la personalidad plantea que en esta etapa se presenta una crisis en la que existen tres formas de moldearla: la difusión de identidad, en la cual abandonan rasgos característicos de su forma de ser; la confusión de identidad, en donde se sumergen en un aislamiento; y la identidad negativa, en la que manifiestan conductas hostiles. También, la identidad se forma de acuerdo a la cultura de referencia, incorporando así la dimensión social e histórica.

Por otro lado, Piaget (1991) plantea que la capacidad cognoscitiva del adolescente empieza a funcionar como adulto. Estos individuos, mediante su construcción de personalidad se sitúan como un igual de sus mayores, pero al mismo tiempo se sienten distintos a ellos, debido a los cambios que experimentan en su vida entonces, pretenden superarlos y sorprenderlos transformando el mundo, es por eso que sus planes de vida están llenos de sentimientos generosos, proyectos altruistas y un egocentrismo consciente.

Papalia et al. (2012), coinciden con los autores antes mencionados, al definir a la adolescencia como un periodo del desarrollo que implica importantes cambios físicos, cognoscitivos y psicosociales del ser humano, además consideran que esta etapa se encuentra entre aproximadamente los 11 y 19 o 20 años y abarca tres fases denominadas: adolescencia temprana, media y tardía.

La adolescencia temprana inicia a los 11 años y termina a los 13, se caracteriza por el inicio de cambios físicos, psicológicos y sociales, por ende, las emociones negativas y las oscilaciones del estado de ánimo son más intensas, generalmente se desencadenan conflictos con los padres, patrones de conductas de riesgos como: beber alcohol, pertenecer a pandillas, uso de armas, entre otras (Papalia et al., 2012).

La adolescencia media, por su parte comprende los 14, 15 y 16 años, es una fase en la que el adolescente presenta mayor interés en las personas del sexo opuesto, empieza a integrarse con sus pares y tiende a rechazar a sus padres; finalmente la adolescencia tardía comprende desde los 17 años hasta los 19 o 20, donde las emociones logran estabilizarse, adquieren mayor seguridad, independencia y autonomía (Papalia et al., 2012).

Para detectar la existencia de síntomas depresivos y su gravedad tanto en adolescentes como adultos surge el Inventario de Depresión de Beck (BDI, BDI-II), que se consideró como el instrumento base para el presente estudio ya que fue validado en países como Chile, México e incluso Ecuador, los cuales han comprobado su validez y confiabilidad para detectar los

diferentes niveles de depresión en esta población (Melipillán et al., 2008; Beltrán et al., 2012; Astudillo y Quezada, 2021). Los ítems del inventario se basaron en los síntomas más frecuentes de pacientes psiquiátricos con depresión (Peñalver, 2014). Esta sintomatología se refiere a lo afectivo (tristeza/ anhedonia, apatía, ansiedad); motivacional (ideas suicidas); fisiológico-vegetativo (alteración del sueño o apetito); conductual (pasividad y evitación) y cognitivo (dificultad para concentrarse, problemas de atención y memoria, alteraciones cognitivas en la forma y contenido) (Beck et al., 2010).

A continuación, se detallan varias investigaciones referentes a la variable depresión, en donde se exponen algunos resultados relevantes para el presente estudio, los cuales fueron desarrollados en Colombia, México, Perú y Ecuador, mismas que corresponden a publicaciones en español:

En una investigación de enfoque cuantitativo, con alcance descriptivo elaborada en Colombia en el 2020, con una muestra de 45 hombres, donde se utilizó el cuestionario de depresión para hombres (CDH), los resultados fueron: 44% de la muestra no presentó depresión, 40% manifestó depresión leve, 11% depresión moderada y 5% depresión grave. Se concluye, que es conveniente profundizar para entender y conocer con mayor certeza la realidad masculina con referencia a la depresión (Álvarez y Ochoa, 2014).

En Perú una investigación con enfoque cuantitativo de diseño transversal-descriptivo realizado en el 2011, utilizó el Inventario de Depresión de Beck para medir los niveles de depresión en 119 estudiantes de Tecnología Médica, donde se obtuvo como resultados que 39.1% tiene depresión leve, el 32.6% depresión moderada y el 28.3% depresión grave; finalmente una de cada dos personas entre 20 y 25 años presentó depresión y en el caso de los estudiantes varones, 56 de cada 100 presentan algún nivel de depresión (Rosas et al., 2011).

En México, en el año 2012 se efectuó un estudio cuantitativo con alcance descriptivo transversal, sobre sucesos vitales y depresión en adolescentes, en el cual participaron 2292 adolescentes de 15 a 19 años, los instrumentos utilizados fueron: la versión revisada en español de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos y el Cuestionario de Sucesos Vitales de Sandín, los resultados obtenidos dieron que el 15.6% presentó síntomas de depresión y el 80.4% había sufrido algún suceso vital estresante familiar. En conclusión, la depresión del adolescente se relacionó con la presencia de sucesos vitales estresantes (Veytia et al., 2012).

En un estudio observacional-analítico de tipo descriptivo transversal, hecho en Colombia, donde se buscaba conocer los niveles de depresión y funcionamiento familiar en 240 adolescentes, hombres y mujeres, entre 15 y 19 años, se empleó el Inventario de Depresión de Beck, el APGAR familiar de Smilkstein y una encuesta sociodemográfica. Como resultados

se identificó algún nivel de depresión en el 45,8 % de los participantes y disfuncionalidad familiar en el 46,3 %, se encontró una asociación estadísticamente significativa entre depresión moderada/grave y disfunción familiar leve y grave. También se asoció la depresión con antecedentes personales y familiares de conducta suicida, relaciones familiares regulares o malas y conflictos familiares (Serna-Arbeláez et al., 2020).

En el contexto ecuatoriano en el año 2017, se elaboró un estudio con un enfoque mixto cualicuantitativo de carácter descriptivo no experimental y transversal, para conocer la disfuncionalidad familiar y los niveles de depresión en 60 estudiantes adolescentes entre edades de 15 a 18 años de una Unidad Educativa rural en Ambato, en el que se aplicó el Inventario de Depresión de Beck y la prueba de percepción del funcionamiento familiar, los cuales dieron como resultados que el 27% presentó depresión extrema que se relacionó con altos niveles de disfuncionalidad familiar y un 28.3% depresión severa, de tal manera se infirió que existe un grado de dependencia muy significativo entre la depresión juvenil y la disfuncionalidad de los hogares (Mantilla y Alomaliza, 2017).

Otro estudio que se desarrolló en Ecuador sobre la prevalencia de depresión y factores asociados en adolescentes, fue de tipo cuantitativo analítico y transversal; se empleó el Cuestionario HAD, en una muestra de 262 estudiantes de 14 a 18 años. Los resultados indicaron una prevalencia de depresión del 11.8% en varones; en cuanto a la edad, lugar de residencia y migración de los padres no se encontró diferencias significativas (Muñoz et al., 2021).

Finalmente, se revisó un trabajo de titulación desarrollado en Cuenca, Ecuador, que constó de una metodología cuantitativa de alcance descriptivo, con el tema prevalencia de depresión en adolescentes de un colegio urbano de la ciudad de Cuenca, la población fue de 188 estudiantes tanto hombres como mujeres con edades entre 15 y 19 años. El instrumento utilizado fue el Inventario de Depresión de Beck II. De acuerdo con los resultados el 41 % experimentó depresión leve, el 17% depresión moderada y el 10% depresión grave (Tigre y Zamora, 2017).

A más de todo lo expuesto anteriormente, es importante recalcar que la adolescencia es una etapa en la que se consolida el sentido de identidad personal, sexual y social, se fundamenta la autoestima, el sentimiento de autoeficacia y la capacidad para gestionar de forma autónoma y responsable la vida (López, 2015). Por ello, es un grupo vulnerable expuesto a amenazas en el ámbito de la salud mental (De Oliveira et al., 2017). Para brindar soporte al joven frente a estas amenazas es fundamental mantener una red social sana, evitando así aislamiento, aburrimiento, marginación, baja autoestima, falta de amistades, etc., que suelen constituir factores de riesgo para la depresión, una patología que afecta a aproximadamente 280 millones de personas a escala mundial (Organización Mundial de la Salud, 2021).

La depresión es un síntoma psíquico muy frecuente en los adolescentes, la mayoría de veces está relacionado con los contextos: familiares, académicos y sociales, en los cuales sus interacciones pueden darse de manera negativa provocando que se sientan incapaces de enfrentarse de manera adecuada a las demandas de su entorno, lo que a su vez daría paso a ideas suicidas que, en el peor de los casos, llegan a consumarse (González et al., 2014).

De acuerdo a la problemática a nivel nacional, Juan Sánchez, gerente del proyecto de Salud Mental del Ministerio de Salud del Ecuador menciona que el 30% de las personas que se han autolesionado o suicidado tenía un antecedente relacionado a la depresión. Además, un estudio llevado a cabo en este contexto, demuestra que los más afectados son los hombres en zonas rurales (Núñez et al., 2018).

La Organización Panamericana de la Salud (2018) mencionó que la depresión en adolescentes ocupa el tercer lugar, con respecto a enfermedades mentales. El suicidio es la segunda causa de muerte entre los jóvenes de 15 y 29 años de edad, sin embargo, la mitad de estas afecciones comienzan antes de los 14 años, pero en la mayoría de los casos ni se detectan ni se tratan, pues es común que erróneamente los síntomas depresivos sean atribuidos a cuestiones propias de su edad o a conductas disruptivas (Voltas y Canals, 2018). De manera que, la depresión en adolescentes varones ha sido poco investigada, lo que evidencia la necesidad de un trabajo interdisciplinario en las unidades educativas donde maestros, psicólogos, médicos, etc., se ocupen de la promoción de salud mental de sus estudiantes (Carvajal y Caro, 2012). Sin embargo, Ormazábal (2016) refiere que el departamento de Consejería Estudiantil se conforma con al menos un psicólogo por cada 450 estudiantes, motivo por el cual quedan excluidas numerosas instituciones que no cumplen con las cifras requeridas, tal es el caso de la Unidad Educativa Gabriel Arsenio Ullauri, que al encontrarse en un sector rural y contar con aproximadamente 220 estudiantes carecen de acompañamiento psicológico.

Por lo tanto, el género, la edad y la falta de un profesional en el área de la salud mental, pueden constituir una barrera en la búsqueda de ayuda para iniciar el abordaje de la depresión. A raíz de esto, la pregunta que orientó la investigación durante seis meses se centró en ¿cuáles son los niveles de depresión en adolescentes varones de Educación General Básica y Bachillerato de la Unidad Educativa Gabriel Arsenio Ullauri de la parroquia rural Llacao del Cantón Cuenca, periodo 2022? De la cual, se deriva el objetivo general: describir los niveles de depresión en adolescentes varones de Educación General Básica y Bachillerato de la Unidad Educativa Gabriel Arsenio Ullauri de la parroquia rural Llacao del Cantón Cuenca, periodo 2022. Además de los siguientes objetivos específicos: identificar la sintomatología depresiva en los adolescentes varones de Educación General Básica y Bachillerato de la Unidad Educativa Gabriel Arsenio Ullauri de la parroquia rural Llacao del

Cantón Cuenca y determinar la prevalencia de depresión en adolescentes varones según las variables sociodemográficas (edad, grupo familiar y migración).

Proceso Metodológico

Enfoque

La metodología que se utilizó en el presente trabajo es cuantitativa, debido a que se midió los niveles de depresión en adolescentes varones mediante la recolección y análisis de datos numéricos a través del instrumento estandarizado, inventario de depresión de Beck. Según Hernández-Sampieri y Mendoza “la ruta cuantitativa es apropiada cuando queremos estimar las magnitudes u ocurrencia de los fenómenos” (2018, p.6).

Diseño y alcance del estudio

El diseño de estudio fue de tipo no experimental de corte transversal con alcance descriptivo, ya que según Hernández et al. (2014), un diseño no experimental pretende analizar el nivel de una o más variables en un momento dado; una investigación de corte transversal tiene como objetivo describir las variables y analizar su incidencia en un solo momento; finalmente el alcance descriptivo define variables considerando al fenómeno analizado junto a sus características.

Contextualización de la investigación

Este estudio se realizó en la Unidad Educativa Gabriel Arsenio Ullauri de la parroquia rural Llaoco de la ciudad de Cuenca, su modalidad es presencial de jornada matutina y se sostiene de forma fiscal; cuenta con un nivel educativo de Educación General Básica y Bachillerato. Está conformada por aproximadamente 220 estudiantes, entre hombres y mujeres.

Participantes

Es importante mencionar que la población con la que se pretendió realizar el presente estudio era de 100 adolescentes varones, sin embargo, debido a varios factores como la migración, el nivel socioeconómico y la deserción escolar en el período septiembre-agosto, 2022 se matricularon solamente 76 estudiantes; de los cuales 69 alumnos con edades entre 13 y 18 años que cursaban desde noveno de EGB hasta tercero de BGU, cumplieron con los criterios de inclusión, lo que les permitió participar en la investigación, razón por la cual no se requirió la muestra.

Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de inclusión en la investigación fueron: que los participantes sean adolescentes varones y que se encuentren matriculados en noveno y décimo de educación general básica; primero, segundo y tercero de bachillerato en la Unidad Educativa Gabriel Arsenio Ullauri en el periodo 2022.

Por otro lado, como criterios de exclusión los estudiantes con discapacidad intelectual y aquellos que tengan un diagnóstico previo de depresión no formaron parte del estudio.

Operacionalización de variables (Anexo 1).

Instrumentos

Los instrumentos que se emplearon en el estudio fueron:

- Ficha sociodemográfica en la que consta edad, nivel de escolaridad, así como preguntas referentes al contexto familiar (Anexo 2).
- Adaptación ecuatoriana del inventario de Depresión de Beck (BDI-II), tiene un alfa de Cronbach de 0.86 (Astudillo y Quezada, 2021), por lo que muestra una alta fiabilidad de aplicación en adolescentes. Consta de 21 ítems de tipo escala de Likert que mide los niveles de depresión, está diseñado para una población desde los 13 años en adelante, se puede aplicar de forma individual o grupal. Las instrucciones, consisten en elegir la afirmación más cercana a lo que ha vivido en las dos últimas semanas incluyendo el día de la aplicación, cabe recalcar que cada afirmación está diseñada a partir de la sintomatología característica que presenta la depresión (tristeza, pesimismo, fracaso, pérdida del placer, sentimientos de culpa, sentimientos de castigo, disconformidad con uno mismo, autocrítica, pensamientos o deseos suicidas, llanto, agitación, desinterés, indecisión, desvalorización, pérdida de energía, cambios en los hábitos de sueño, irritabilidad, cambios en el apetito, dificultad de concentración, cansancio o fatiga y pérdida de interés en el sexo). La puntuación mínima es de 0 y la puntuación máxima es de 63 puntos que se distribuyen de la siguiente manera: 0-13, sin depresión; 14-19 depresión leve; 20-28 depresión moderada y 29-63 depresión grave (Peñalver, 2014). (Anexo 3). Cabe mencionar que el instrumento obtuvo un alfa de Cronbach de 0.88 dentro de este estudio.

Procedimiento de la investigación

Primero, se solicitó la carta de interés por parte de la rectora de la institución educativa; segundo, se acordó una junta con la rectora de la unidad educativa para exponer en qué consiste este estudio, los beneficios que obtendrán al participar y se solventó dudas; tercero, en conjunto con la rectora se convocó a una reunión presencial a los padres o representantes legales para informar acerca de la importancia de la investigación, aclarar inquietudes y se obtuvo la firma del consentimiento informado, luego se accedió a los adolescentes para brindarles información sobre el estudio y posteriormente se pidió su participación, mediante la aprobación del asentimiento informado; por último se aplicó el inventario de depresión de Beck y la ficha sociodemográfica, que permitió cumplir con los objetivos planteados; no se requirió la presencia del padre o representante legal durante la obtención de información.

Procesamiento de datos

Para analizar la información obtenida, luego de la aplicación de los instrumentos, se procesó los datos en el programa estadístico IBM SPSS 25, donde se obtuvo un alfa de Cronbach de

0.88 en el inventario de depresión de Beck, lo que da cuenta de una alta fiabilidad de los resultados, además se trabajó con medidas de tendencia central: la media y la desviación estándar para conocer la intensidad de los síntomas, así como la prevalencia. Finalmente, los resultados se presentaron mediante tablas y gráficos.

Consideraciones éticas y de género

La presente investigación se desarrolló dentro de los principios éticos de los psicólogos y código de conducta establecido por la Asociación Americana de Psicología, a partir del cual se garantizó el anonimato y confidencialidad de los participantes ya que no se requirió nombres ni número de cédula para ser parte del estudio, además no existió ningún tipo de daño psicológico y se respetó la libertad de cada individuo en formar parte o no de la investigación (APA, 2017). Es importante mencionar que al ser una población vulnerable, previo a la aplicación de los instrumentos se convocó a los representantes de los adolescentes para una reunión informativa sobre la investigación, donde se clarificó inquietudes y se solicitó el consentimiento para que sus hijos o representados participen en el estudio; posterior a ello se realizó lo mismo con los estudiantes y mediante la lectura del asentimiento ellos autorizaron su participación, el tiempo que se dispuso a los representantes para firmar o no su autorización fue de un máximo de tres días. Así mismo, las investigadoras no presentaron conflictos de intereses, por lo que no se podrá utilizar la información obtenida sin el consentimiento del otro, ni para publicaciones, es decir, los resultados fueron utilizados únicamente por el personal del proyecto y con fines estrictamente académicos; una vez finalizado el trabajo de investigación se dio un informe con los resultados obtenidos a las autoridades del plantel educativo; los beneficios directos fueron la participación de la comunidad educativa en talleres y charlas informativas de prevención y promoción de la salud mental. Tanto el protocolo de investigación como el modelo de consentimiento y asentimiento informado se enviaron al Consejo Directivo de la Facultad de Psicología y al Comité de Bioética en Investigación del Área de la Salud (COBIAS) para su respectiva aprobación.

Presentación y análisis de resultados

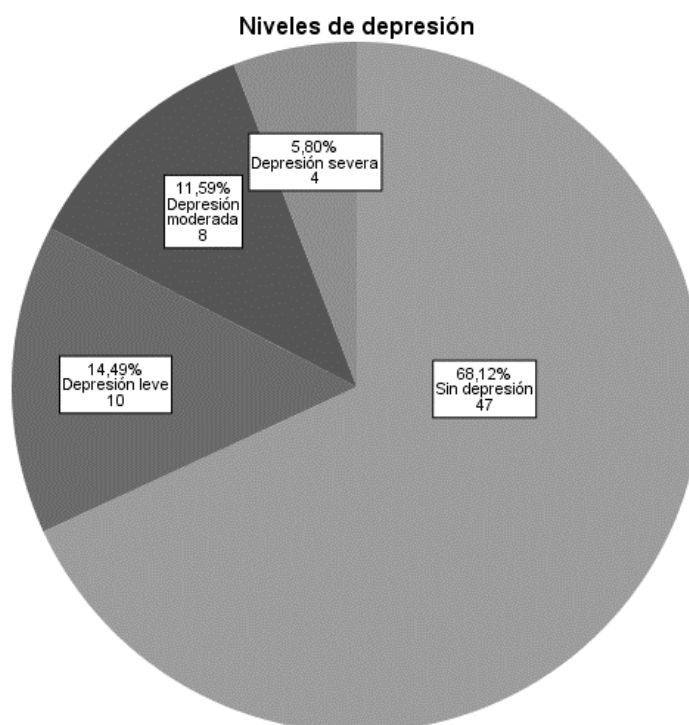
La presentación de los resultados se realizó en función de los objetivos planteados, por lo tanto, el objetivo general pretendió describir los niveles de depresión en adolescentes varones de Educación General Básica y Bachillerato de la Unidad Educativa Gabriel Arsenio Ullauri de la parroquia rural Llacao del Cantón Cuenca, periodo 2022. Seguido por los objetivos específicos que buscaron identificar la sintomatología depresiva y determinar la prevalencia de depresión en adolescentes varones de acuerdo a las variables sociodemográficas (edad, nivel de escolaridad, grupo familiar y migración).

Niveles de depresión

A continuación, se exponen los niveles de depresión presentes en los estudiantes de la Unidad Educativa Gabriel Arsenio Ullauri, que se obtuvieron con la aplicación del inventario de depresión de Beck BDI II, los mismos que se exhiben en el gráfico 1. En el cual se observa que el 14.49% (N=10) manifestó un nivel leve, el 11.59% (N=8) moderado y 5.80% (N=4) severo, es decir el 68.12% (N=47) adolescentes no manifestaron depresión, mientras que el 31.88% (N=22) la experimentó en algún nivel.

Figura 1

Niveles de depresión



Los resultados que se evidencian el gráfico 1, son parecidos a los obtenidos en la investigación elaborada por Álvarez y Ochoa (2014), quienes realizaron un estudio con 40 varones que trabajaban como docentes y administrativos de una Universidad de Colombia, de los cuales el 50% no presentaron depresión y apenas el 5% exhibieron depresión grave.

Resultados similares encontraron Rivera et al. (2018), en un estudio con 1225 estudiantes con edades entre 11 a 18 años que estudiaban en dos unidades educativas en Perú, donde el 58.6% no presentó depresión y el 22.4% manifestó algún nivel de depresión.

En un estudio realizado con 666 estudiantes entre 13 a 19 años, al norte de Irán por Khesht-Masjedi et al. (2019), se evidenció que el 57,2 % de adolescentes no presentaron ningún nivel de depresión, sin embargo, el 33.6% se encontraban con depresión leve, el 6.3% moderada y un 2.9% manifestaban depresión severa, resultados que generalmente no difieren de los obtenidos en este estudio.

En la ciudad de Surat al oeste de la India, se desarrolló una investigación con 1225 estudiantes de secundaria de cuatro escuelas, de las que se identificó que 33.6% de los adolescentes presentaron síntomas depresivos, de los cuales se dividieron en el 15.1% depresión leve, el 16% moderado, el 2.4% severo y el 0.1% depresión extrema, por tanto el 66.4% no presentaron depresión (Patadia et al., 2021), datos semejantes a los de este trabajo de investigación.

En un estudio sobre la prevalencia depresiva en 1412 adolescentes que estudiaban en una zona urbana de la India, se obtuvo como resultado que el 50.8% no presentó depresión y apenas el 7.7% obtuvo niveles severos (Jha et al., 2017), lo que coincide una vez más con este estudio en el que la mayoría no evidencia depresión.

Sintomatología depresiva en los estudiantes

Para exponer los resultados referentes al primer objetivo específico; se exponen los siguientes datos visualizados en la tabla 1.

En la dimensión cognitivo-afectivo los síntomas más prevalentes fueron los sentimientos de culpa (N=33) y pérdida de interés (N=31), por el contrario, se observó que llanto (M=2,09) y autocrítica (M=1,80) se presentaron con mayor intensidad. Por otra parte, en la dimensión somático-motivacional, los cambios en el hábito del sueño (N=34) y dificultad de concentración (N=34) constituyeron los síntomas más prevalentes mientras que la pérdida de interés en el sexo (M=1,80) y cambios en los hábitos del sueño (M=1,47), eran aquellos que se presentan con mayor intensidad.

Tabla 1

Sintomatología depresiva

Sintomatología depresiva			
	N	Media	DE
Dimensión cognitivo-afectivo			
1. Tristeza	18	1,39	,778
2. Pesimismo	28	1,43	,742
3. Fracaso	25	1,56	,821
4. Pérdida de placer	29	1,41	,682
5. Sentimientos de culpa	33	1,36	,699
6. Sentimientos de castigo	22	1,59	,854
7. Disconformidad con uno mismo	28	1,57	,690
8. Autocrítica	25	1,80	,816
9. Pensamientos o deseos suicidas	13	1,38	,768
10. Llanto	11	2,09	1,044
11. Agitación	19	1,21	,535
12. Pérdida de interés	31	1,19	,477
13. Indecisión	21	1,67	,796
14. Desvalorización	23	1,22	,518
Dimensión Somático-motivacional			
15. Pérdida de energía	25	1,32	,557
16. Cambios en los hábitos de sueño	34	1,47	,662
17. Irritabilidad	22	1,32	,646
18. Cambios en el apetito	29	1,41	,733

19. Dificultad de concentración	34	1,38	,604
20. Cansancio o fatiga	17	1,18	,529
21. Pérdida de interés en el sexo	10	1,80	,919

Con respecto a la intensidad de los síntomas, la autocrítica ($M= 1,1$) en la dimensión cognitivo-afectiva y cambios en el patrón o hábitos de sueño ($M=1,3$) en la dimensión somático-motivacional coincide con resultados de un estudio hecho por Cova et al. (2007) con 746 estudiantes de ambos sexos con edades entre los 14 y 17 años, pero a su vez difiere en la pérdida de interés por el sexo ya que como se evidencia en la tabla 1 este síntoma es más intenso, mientras que en el estudio en cita se evidenció menores puntuaciones con una media de 0,3. De igual manera, el estudio de De Sá Junior et al. (2019) realizado con universitarios brasileños corrobora que la autocrítica ($M= 0,56$) y los cambios en los hábitos del sueño ($M=0,66$) se presentan con mayor intensidad.

Así mismo, otro estudio desarrollado en México con 385 adolescentes, concuerda que en la dimensión somático motivacional los cambios en los hábitos del sueño ($M=0,91$) son más intensos sin embargo los resultados discrepan con esta investigación en la dimensión cognitivo-afectivo pues los síntomas de indecisión ($M=1,20$) y pérdida de placer ($M= 1,09$), son más intensas (Beltrán et al., 2012).

Por otro lado, Khesht-Masjedi et al. (2017), mediante un estudio transversal con 191 adolescentes de Irán, encontraron resultados distintos a los de esta investigación con respecto a la dimensión cognitivo-afectivo puesto que la pérdida de placer ($M=1,86$) y pensamientos o deseos suicidas ($M=1,71$), fueron aquellos síntomas que los varones presentaban como más intensos, no obstante, en la dimensión somático-motivacional se evidencia que la pérdida de interés en el sexo ($M=1,80$) se presentó en ambos estudios con mayor intensidad.

En lo que respecta a la prevalencia de los síntomas, en un estudio que se hizo en Colombia por Bautista et al. (2007), en el cual participaron 193 estudiantes de bachillerato con edades desde los 12 hasta los 18 años, se obtuvo que la dimensión más afectada fue la cognitivo-afectivo, en especial el síntoma de ideación suicida siendo este el más prevalente con 58 estudiantes que lo han experimentado, a diferencia de este estudio que señaló que los sentimientos de culpa y pérdida de interés son las que más prevalecen con 33 y 29 estudiantes respectivamente.

En Portugal, se ejecutó un estudio con adolescentes de 16 a 20 años, en una escuela de la ciudad de Viseu, donde los síntomas más prevalentes en la dimensión cognitivo-afectivo no

coinciden con los obtenidos en este estudio, puesto que los sentimientos de autodesprecio (N=36) y autocrítica (N=31), eran aquellos con mayor prevalencia sin embargo, los cambios en los hábitos de sueño (N=35) y dificultad de concentración (N=42), concuerdan con los síntomas prevalentes dentro de la dimensión somático-motivacional de este trabajo investigativo (Resende y Ferrão, 2013).

Prevalencia de depresión en adolescentes varones según las variables sociodemográficas

En la Tabla 2 se muestra que, al aplicar el inventario de depresión de Beck a los estudiantes y la ficha sociodemográfica no hubo diferencia respecto a la edad ni el nivel de instrucción, en los tres tipos de adolescencia planteados por Papalia, que se encontraban cursando noveno y décimo de EGB; primero, segundo y tercero de BGU, el 68.12% no presentaron depresión y en aquellos que manifestaron algún nivel no se obtuvieron resultados relevantes.

En cuanto a la variable nivel de instrucción, se halló que de 35 estudiantes que estaban en Educación general básica (EGB), 8 presentaron depresión en algún nivel; de 34 adolescentes de Bachillerato General Unificado (BGU), 14 experimentaron niveles de esta patología.

En lo que respecta al tipo de familia, se evidenció que, de 69, 47 adolescentes no presentaron depresión, indistintamente de la tipología familiar (nuclear, monoparental, y extendida), sin embargo, es relevante mencionar que aquellos participantes que viven dentro de una familia monoparental, no presentaron niveles altos de depresión.

Por último, en el contexto de migración se demostró que al igual que la edad, el nivel de instrucción y el tipo de familia, no existieron resultados relevantes de acuerdo a los niveles de depresión, puesto que un 68.12% de participantes no tuvieron depresión, no obstante, aquellos adolescentes (0.76%) que presentaron mayores niveles de depresión con respecto a esta variable fueron quienes tenían otros familiares (primos, tíos) que vivían con ellos y actualmente residen en el extranjero.

Tabla 2

Prevalencia de la depresión en adolescentes varones según las variables sociodemográficas

		Niveles				
		N	Sin depresión	Depresión leve	Depresión moderada	Depresión severa
Edad	Adolescencia temprana	17	14	1	2	0
	Adolescencia media	36	23	5	5	3

	Adolescencia tardía	16	10	4	1	1
Instrucción	EGB	35	27	2	4	2
	BGU	34	20	8	4	2
Tipo de familia	Familia nuclear	42	28	6	5	3
	Familia monoparental	12	10	2	0	0
	Familia extendida	15	9	2	3	1
Familia que haya viajado al extranjero	SI	27	17	5	4	1
	NO	42	30	5	4	3
En caso de que la respuesta sea afirmativa, indique quienes	Papá	4	1	2	1	0
	Mamá	1	1	0	0	0
	hermanos/as	3	2	1	0	0
	Otros familiares	19	13	2	3	1

En un estudio realizado por Bautista et al. (2007), con el tema sintomatología y caracterización de la depresión, en el cual se incluyó el análisis de las variables sociodemográficas edad y tipo de familia, se encontró que los niveles de depresión moderado y grave, se presentaron en un alto porcentaje en estudiantes con una edad promedio de 14 años y que a su vez convivían dentro de una familia monoparental; a diferencia de este estudio donde la mayoría de estudiantes que se encontraban en la adolescencia media y que formaban parte de una familia monoparental, no manifestaron depresión.

Con respecto a la variable edad, Resende y Ferrão (2013), en su estudio realizado en Portugal con 117 estudiantes en un rango de edad de 16 a 20 años del último nivel educativo, evidenciaron que la edad promedio en la que se manifestó algún nivel de depresión fue de 17 años, de los cuales el 5% experimentó depresión severa, estos resultados difieren de los que se indican en la tabla 2 ya que no se encontraron datos relevantes entre la edad y niveles de depresión.

Los resultados obtenidos por Morla et al. (2006), en un estudio con 204 adolescentes que vivían con familias desestructuradas de la ciudad de Guayaquil, Ecuador, difieren de los

encontrados en esta investigación ya que los autores demostraron que un 22.9% de adolescentes que convivieron dentro de una familia monoparental presentaron niveles moderados de depresión.

Rivera-Heredia et al. (2013), en un trabajo de investigación llevado a cabo con 360 adolescentes mexicanos, obtuvieron como resultados que el 85.6% de los estudiantes que tenían algún familiar directo o indirecto que vivían en el extranjero, presentaron mayores puntajes en depresión moderada y severa, a diferencia de los datos obtenidos en este estudio en el que no manifestaron depresión.

En otro estudio desarrollado por Carreón et al. (2012) con el tema síntomas depresivos y estructura familiar en adolescentes, se evidenció que aquellos que vivían dentro de familias extensas y compuestas presentaron una mayor frecuencia de síntomas depresivos, mientras que los participantes que tenían una familia con estructura nuclear manifestaron niveles de depresión leve; estos datos difieren de los encontrados en la tabla 2.

Conclusiones

Una vez culminada la investigación y analizados los resultados obtenidos se evidenció el cumplimiento de los objetivos planteados al inicio, puesto que se ha logrado describir, identificar y determinar los niveles de depresión, así como los síntomas más intensos y prevalentes en adolescentes, tomando en cuenta las diferentes variables sociodemográficas como la edad, nivel de escolaridad, grupo familiar y migración.

Es importante destacar que gran parte de los adolescentes varones no presentan niveles de depresión a pesar de la vulnerabilidad y los factores de riesgo que se generan por los cambios físicos, cognitivos y emocionales que atraviesan en esta etapa.

Con relación a la presencia de síntomas, en la dimensión cognitivo-afectivo los más prevalentes fueron los sentimientos de culpa y pérdida de interés, mientras que llanto y autocrítica destacaron como más intensos, al contrastar con diferentes investigaciones realizadas en otros contextos, se evidenció que la autocrítica coincide como uno de los que se percibe con mayor intensidad. En cuanto a la dimensión somático-motivacional, la dificultad de concentración y los cambios en el hábito del sueño fueron los más prevalentes, coincidiendo este último síntoma como el más común en varios estudios internacionales revisados. Se considera relevante mencionar que a pesar de que la literatura asevera que la irritabilidad e ideas suicidas son síntomas más comunes en varones, esto no se evidenció dentro de este estudio.

Con respecto a la prevalencia de los síntomas de acuerdo las variables sociodemográficas no se obtuvo datos que destaquen debido a que en su mayoría los estudiantes no padecen depresión independientemente del tipo de adolescencia por el que se encontraban atravesando.

Si bien la literatura revisada nos da a conocer que la edad, el ámbito académico y el entorno familiar constituyen factores desencadenantes de la depresión en los adolescentes, en este estudio no se evidencia que las variables sociodemográficas planteadas sean características determinantes de la misma. Como dato adicional, más estudiantes de BGU, experimentaron algún nivel de depresión con respecto a los de EGB subnivel superior, sin embargo, estos datos no se pueden generalizar debido a que la población con la que se realizó el trabajo investigativo fue muy pequeña. Resulta interesante que los participantes que viven en una familia monoparental no manifestaron niveles altos de depresión, pues de 12 estudiantes que refirieron vivir en este tipo de familia 10 no tienen depresión y dos muestran un nivel leve. Se puede destacar también que aquellos que presentan algún nivel de depresión son quienes tienen otros familiares como tíos y/o primos que han viajado fuera del país, y que en algún momento convivieron con ellos.

Recomendaciones

A raíz del trabajo de investigación que se llevó a cabo en la Unidad Educativa Gabriel Arsenio Ullauri con estudiantes de EGB subnivel superior y BGU, se presentaron las siguientes limitaciones: 1. Los adolescentes se encontraban en periodo de exámenes finales lo que dificultó el acceso con la población para la aplicación de los instrumentos y recolección de los datos. 2. El encuentro con los padres de familia para obtener la firma del consentimiento informado ya que la población con la que se trabajó es considerada un grupo vulnerable.

Dado el carácter limitado de esta investigación en cuanto a la cantidad de población a la que se tuvo acceso, es necesario recomendar futuros trabajos en otras instituciones rurales en los que se tomen en cuenta a todos los estudiantes varones de Básica Superior y bachillerato general unificado, pero con un instrumento que mida niveles de depresión en un rango de edad de 12 a 18 años.

Con relación a los datos encontrados en la presente investigación se señaló que la mayoría de los estudiantes de la Unidad Educativa Gabriel Arsenio Ullauri no tuvieron depresión, sin embargo, existió un porcentaje que sí presentó síntomas, mismos que se les debe prestar la debida atención y evitar tomarlos como una característica normal de la etapa de la adolescencia, razón por la que es importante fomentar programas de prevención y promoción con temas relacionados a la depresión para así contrarrestar consecuencias negativas o llegar a problemas más severos como deserción escolar, consumo de sustancias o incluso el suicidio que puede derivarse de esta patología.

Finalmente, se recomienda que se lleven a cabo futuras investigaciones con un mayor alcance, tales como correlacional o explicativo, para conocer factores asociados a la depresión, por ejemplo, inteligencia emocional, resiliencia, habilidades sociales, etc.

Referencias

- Aguayo, F. (2022). La depresión masculina y sus síntomas: Un estudio cualitativo con hombres adultos chilenos. *SALUD COLECTIVA*, 18(3942), 2-4. <https://doi.org/10.18294/sc.2022.3942>
- Álvarez, V. N. y Ochoa, G. Á. (2014). La depresión: una realidad masculina. *Enfoques*, 1(1), 45-57. <https://doi.org/10.24267/23898798.80>
- Asociación Americana de psicología. (2017). *Principios éticos de los Psicólogos y Código de Conducta*. <https://www.apa.org/ethics/code>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* [5ta ed.]. Editorial médica panamericana y Manual Moderno.
- Astudillo, C. D., y Quezada, O. (2021). Adaptación y propiedades psicométricas del inventario de depresión de beck (bdi-ii) en adolescentes ecuatorianos. *South Florida Journal of Development*, 2(5), 7271-7288. <https://doi.org/10.46932/sfjdv2n5-068>
- Bartha, C., Parker, C., Thomson, C., y Kitchen, K. (2013). Depresión: Una información guía. Canadá: CAMH Centro de adicción y salud mental. <https://www.camh.ca/-/media/files/guides-and-publications/depression-guide-en.pdf>
- Bautista, L. M., Mojica, M., Contreras, J., y Otero, M. (2007). Caracterización psicológica y sintomatología depresiva de los adolescentes de 12 a 18 años. *Revista Ciencia y Cuidado*, 5(1), 20-39.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (2010). *Terapia cognitiva de la depresión* (19 ed.). Desclé de Brower.
- Beltrán, M. d., Freyre, M. Á., y Hernández, G. L. (2012). El Inventario de Depresión de Beck: Su validez. *Sociedad Chilena de Psicología Clínica*, 30(1), 5-13. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78523000001>
- Benavides, P. (2018). La depresión, evolución del concepto del concepto desde la melancolía hasta la depresión como enfermedad física. *REVISTA PUCE* (105), 171-188. <http://www.revistapuce.edu.ec/index.php/revpuce/article/view/119/149>
- Carreón, N. C., Sauza, E. R., y Mejía, R. O. (2012). Síntomas depresivos y estructura familiar en adolescentes. 19(1), 12-15. https://revistas.unam.mx/index.php/atencion_familiar/article/view/29066

- Carvajal, G. y Caro, C. (2012). Familia y escuela: escenarios de prevención de la conducta suicida en adolescentes desde la disciplina de enfermería. *Avances en enfermería*, 3(3), 102-1177.
- Cova, F., Melipillán, R., Bravo, E., y Valenzuela, B. (2007). Sintomatología depresiva y ansiosa en estudiantes de enseñanza media. *Revista chilena de pediatría*, 78(2), 151-159.
- Daly, M. (2022). Prevalencia de la depresión entre adolescentes en los EE. UU. de 2009 a 2019: análisis de tendencias por sexo, raza/etnicidad e ingresos. *Revista de Salud Adolescente*, 70(3), 496-499. <https://doi:10.1016/j.jadohealth.2021.08.026>
- De Oliveira, S. D., Alves, G. F., Raspante, T. K., Roever, L., De Andrade, F. M., Faleiros, T., y De Campos, L. T. (2017). La vulnerabilidad de los adolescentes en la investigación clínica y en la práctica clínica. *Revista bioética*, 25(1), 72-81. <https://doi.org/10.1590/1983-80422017251168>
- De Sá Junior, A. R., Liebel, G., Guerra, d. A., Andrade, L. H., Gorenstein, C., & Wang, Y.-P. (2019). Can Gender and Age Impact on Response Pattern of Depressive Symptoms Among College Students? A Differential Item Functioning Analysis. *Fronteras en psiquiatría*, 10(50), 1-11. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00050>
- Enriquez, L. L., Perez, C. R., Ortiz, G. R., Cornejo, J. C., y Chumpitaz, C. H. (2021). Disfuncionalidad familiar y depresión del adolescente: una revisión sistemática entre los años 2016-2020. *Revista Conrado*, 17(80), 277-282.
- Erikson, E. (1993). Ocho edades del hombre. En E. Erikson, *Infancia y sociedad* (págs. 235-237). Argentina: Ediciones Hormé. Obtenido de <http://metabase.uaem.mx:8080/bitstream/handle/123456789/607/Ocho%20edades%20del%20hombre.pdf?sequence=1;Ocho>
- Gavray, C., y Boulard, A. (2021). Estado de ánimo depresivo y comportamiento violento entre adolescentes: un enfoque dinámico de género para el estudio de los efectos estresantes. *Psicología*, 12(5), 785-804. <https://doi:10.4236/psych.2021.125048>
- González, A. A., Ramos, C. J., Nolasco, G. E., Lara, F. A., Ramírez, P. A., Márquez, A. M. y Amaya, G. M. (2014). Depresión y suicidio. *Salor Jalisco*, 1(1), 47-55. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi?IDARTICULO=79001>
- Hamilton, J., Stange, J., Abramson, I., y Alloy, L. (2015). El estrés y el desarrollo de vulnerabilidades cognitivas a la depresión explican las diferencias sexuales en los

- síntomas depresivos durante la adolescencia. *Clinical Psychological science: a journal of the Association for Psychological Science*, 3(5), 702-714. <https://doi:10.1177/2167702614545479>
- Hernández, S. R., Fernandez, C. C., y Baptista, L. P. (2014). *Metodología de la investigación* (sexta ed.). (C. J. Mares, Ed.) Mexico D.F: McGRAW-HILL Education.
- Hernández-Sampieri, R., y Mendoza, T. C. (2018). *Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta* (primera ed.). Mc Graw Hill education.
- Jha, K. K., Singh, S. K., Nirala, S. K., Kumar, C., Kumar, P., & Aggrawal, N. (2017). Prevalence of Depression among School-going Adolescents in an Urban Area of Bihar, India. *Indian journal of psychological medicine*, 39(3), 287-292. <https://doi.org/10.4103/0253-7176.207326>
- Khesht-Masjedi, M. F., Shokrgozar, S., Abdollahi, E., Golshahi, M., & Sharif-Ghaziani, Z. (2017). Comparing depressive symptoms in teenage boys and girls. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 6(4), 775-779. https://doi:10.4103/jfmipc.jfmipc_129_17
- Khesht-Masjedi, M. F., Shokrgozar, S., Abdollahi, E., Habibi, B., Asghari, T., Ofoghi, R. S., y Pazhooman, S. (2019). La relación entre el género, la edad, la ansiedad, la depresión y el rendimiento académico entre los adolescentes. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 8(3), 799-804. https://doi.org/10.4103/jfmipc.jfmipc_103_18
- Lewis, A., Melanie, B., Catherine, B., Skewes, J., Lubman, D., y Toumbourou, J. (2014). Depresión y conducta suicida en adolescentes: un enfoque multiinformante y multimétodo para la clasificación diagnóstica. *Fronteras en psicología*, 5, 3-4. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.00766>
- Londoño, C., Peñate, W., y González, M. (2017). Síntomas de Depresión en Hombres. *Universitas Psychologica*, 16(4), 1-19. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy16-4.sdeh>
- López, S. F. (2015). Adolescencia. Necesidades y problemas. Implicaciones para la intervención. *Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia*, 3(2), 9-17. https://www.adolescenciasema.org/wp-content/uploads/2015/06/adolescere-2015-vol3-n2_9-17_Adolescencia.pdf

- Mantilla, F. L. y Alomaliza, C. (2017). La disfuncionalidad familiar y los niveles de depresión en adolescentes de una unidad educativa rural en Ambato, Ecuador. *Revista Eniac Pesquisa*, 6(2), 315-324. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6230907>
- Martínez, F. B., Moreno, R. D., Musitu, O. G., Sánchez, S. J., y Villarreal, G. M. (2012). El tránsito del adolescente, retos y oportunidades. Valencia: Palmero Ediciones.
- Martinez-Munguia, C. (2013). Masculinidad hegemónica y expresividad emocional de hombres jóvenes. En J. Cervantes, y J. Ramírez, Los hombres en México. Veredas recorridas y por andar (págs. 177-197). México: Biblioteca Digital wdg.biblio Universidad de Guadalajara. https://www.researchgate.net/publication/269096971_Masculinidad_hegemonica_y_expresividad_emocional_de_hombres_jovenes
- Melipillán, A. R., Cova, S. F., Rincón, G. P. y Valdivia, P. M. (2008). Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión de Beck-II en Adolescentes Chilenos. *Terapia Psicológica*, 26(1), 59-69. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082008000100005>
- Morla, B. R., Saad de Janon, E., y Saad, J. (2006). Depresión en adolescentes y desestructuración familiar en la ciudad de Guayaquil, Ecuador. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 35(2), 149-166. Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80635203>
- Muñoz, R. V., Arévalo, A. L., Tipán, B. J. y Morocho, M. M. (2021). Prevalencia de depresión y factores asociados en adolescentes. *Revista Ecuatoriana de pediatría*, 22(1), 1-8. <https://doi.org/10.52011/0008>
- Nardi, B. (2004). La depresión adolescente. *Psicoperspectivas*, III (1), 95-126. <https://www.redalyc.org/pdf/1710/171017841006.pdf>
- Núñez, G. S., Lara, V. A., Gault, C. & Delgado, R. J. (2018). Trends and Spatial Patterns of Suicide Among Adolescent in Ecuador, 1997-2016. *Clinical Practice & Epidemiology in mental Health*, 14, 283-292. <https://doi:10.2174/1745017901814010283>
- Ogrodniczuk, J., & Oliffe, J. (2011). Men and depression. *Canadian family physician Medecin de famille canadien*, 57(2), 153-155. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3038800/>
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud* [undécima versión].

- Organización Mundial de la Salud. (13 de septiembre del 2021). *Depresión*.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Organización Panamericana de la Salud. (2018). *Los jóvenes y la salud mental en un mundo en transformación*.
https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14710:world-mental-health-day-2018&Itemid=42091&lang=es
- Ormaza, P. (2016). *Ministerio de Educación del Ecuador*. <https://educacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/05/Modelo-Funcionamiento-DECEs.pdf>
- Papalia, D., Feldman, R., y Martorell, G. (2012). *Desarrollo humano* (Duodécima ed.). México, D. F.: McGraw-Hill.
- Patadia, J., Jagdish, M., Kariya, P. V., Shah, V. B., y Chaudhary, V. (2021). La relación entre el género, la edad, la ansiedad, la depresión y el rendimiento académico entre los adolescentes. *International Journal of Child Development and Mental Health*, 9(2), 11-17. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/cdmh/article/view/247623>
- Peñalver, C. (2014). Evaluación del Inventario BDI-II. *Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos*, 45(5). <https://www.cop.es/uploads/PDF/2013/BDI-II.pdf>
- Piaget, J. (1991). *Seis estudios de Psicología* (Vol. 2). Barcelona: *Colección Labor*.
http://dinterrondonia2010.pbworks.com/f/Jean_Piaget_-_Seis_estudios_de_Psicologia.pdf
- Resende, C., & Ferrão, A. (2013). The presence of depressive symptoms in adolescents is the last school year. *Revista Pediatría Atención Primaria*, 15(58), 127-133.
<https://dx.doi.org/10.4321/S1139-76322013000200004>.
- Rivera, C., Arias, W. L., y Cahuana-Cuentas, M. (2018). Perfil familiar de adolescentes con sintomatología depresiva en la ciudad de Arequipa, Perú. *Revista chilena de neuropsiquiatría*, 56(2), 117-126. <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-92272018000200117>
- Rivera-Heredia, M. E., Martínez-Servín, L. G., y Obregón-Velasco, N. (2013). Factores asociados con la sintomatología depresiva en adolescentes michoacanos. El papel de la migración familiar y los recursos individuales, familiares y sociales. *Salud mental*, 36(2), 109-113. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252013000200004&lng=es&tlng=es.

- Rosas, M., Yampufé, M., López, M., Carlos, G., y Sotil, D. P. (2011). Niveles de depresión en estudiantes de Tecnología Médica. *Anales de la Facultad de Medicina*, 72(3). http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1025-55832011000300005&script=sci_arttext&tlng=en
- Serna-Arbeláez, D., Terán-Cortés, C. Y., Vanegas-Villegas, A., Medina-Pérez, Ó. A., Blandón-Cuesta, O. M., y Cardona-Duque, D. V. (2020). Depresión y funcionamiento familiar en adolescentes de un municipio de Quindío, Colombia. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 19(5), 1-14. <https://www.redalyc.org/jatsRepo/1804/180465398016/180465398016.pdf>
- Stanley, W. J. (1989). *Historia de la melancolía y la depresión desde los tiempos hipocráticos a la época moderna*. (d. V. Vásquez, Trad.) Madrid: EDICIONES TURNER, S.A.
- Tigre, M. N. y Zamora, V. P. (2017). *Prevalencia de Depresión en adolescentes de primero a tercero de bachillerato de un colegio urbano de la ciudad de Cuenca* [Trabajo Final de Titulación previo a la obtención del título de Psicóloga Clínica, Universidad de Cuenca]. Repositorio Institucional Universidad de Cuenca. <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/27827>
- Vázquez, G., Tondo, L., Undurraga, J., y Baldessarini, R. (2013). Descripción general del tratamiento antidepressivo de la depresión bipolar. *The International journal of neuropsychopharmacology*, 16 (7), 1673-1685. <https://doi:10.1017/S1461145713000023>
- Veytia, L., González, A. L., Andrade, P. P., y Oudhof, H. (2012). Depresión en adolescentes: El papel de los sucesos vitales estresantes. *Salud Mental*, 35(1), 37-43. https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58223290006&fbclid=IwAR3fS1jR4tHzKDEgvwk54gHoL9q_Z121vGJ1SFfS1N88HwTAX8tAdXYKoGg
- Voltas, M. N., y Canals, S. J. (2018). La depresión en la adolescencia. *Revista de estudios de juventud* (121), 25-44. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=71618>

Anexos

Anexo A: Operacionalización de variables

Operacionalización del Inventario de Beck

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala	Tipo de escala
Niveles de Depresión	La depresión se explica por tres conceptos específicos: primero, la tríada cognitiva, conformada por: la visión negativa del individuo hacia sí mismo, la tendencia a interpretar sus experiencias de una manera negativa, y la visión negativa acerca del futuro; segundo, los esquemas, que constituyen la base para localizar, diferenciar y codificar el estímulo con que se enfrenta el individuo, y por último, los errores cognitivos, que hacen referencia a la creencia del paciente en la validez de sus conceptos negativos, incluso a pesar de que existe evidencia de lo contrario (Beck et al., 2010).	Dimensión cognitivo-afectivo	Ítem 1: Tristeza, Ítem 2: Pesimismo Ítem 3. Fracaso Ítem 4. Pérdida de placer Ítem 5. Sentimientos de Culpa Ítem 6. Sentimientos de Castigo Ítem 7. Disconformidad con uno mismo Ítem 8. Autocrítica Ítem 9: Pensamientos o Deseos suicidas Ítem 10. Llanto Ítem 11. Agitación Ítem 12. Pérdida de Interés Ítem 13. Indecisión Ítem 14: Desvalorización	Escala de tipo Likert. Escala de resultados: 0-13, sin depresión; 14-19 depresión leve; 20-28 depresión moderada y 29-63 depresión grave	Ordinal
		Somático-motivacional	Ítem 15. Pérdida de Energía Ítem 16. Cambios en los Hábitos de Sueño Ítem 17. Irritabilidad Ítem 18. Cambios en el Apetito Ítem 19. Dificultad de Concentración Ítem 20. Cansancio o Fatiga		

			Ítem 21. Pérdida de Interés en el Sexo		
--	--	--	--	--	--

Operacionalización de la ficha sociodemográfica

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala	Tipo de escala
Edad	Tiempo que ha vivido una persona contando desde su nacimiento.	Tiempo	Edad	13-18	Nominal
Nivel de escolaridad	Es el nivel de educación académica más alto que una persona ha terminado.	Escolaridad	Escolaridad	Noveno EGB Décimo EGB Primero BGU Segundo BGU Tercero BGU	Nominal
Tipo de familia	Es un conjunto de personas unidas o no por los vínculos de sangre que conviven en un mismo lugar.	Social	Enumere. ¿Con quién vive?		
Migración	Movimiento de población que consiste en dejar un lugar de residencia para establecerse en otro país o región, generalmente por causas económicas o sociales.	Social	¿Tiene familiares que vivían con usted y ahora vivan en el extranjero?	Si No	Nominal
			En caso de que la respuesta sea afirmativa, indique, quiénes:		

Anexo **B**: *Ficha sociodemográfica*

FICHA SOCIODEMOGRÁFICA

Lea cuidadosamente las siguientes preguntas y marque con una X en el espacio asignado. Evite dejar preguntas sin responder. Recuerde que la información proporcionada es de carácter confidencial.

CÓDIGO: _____

EDAD: _____

NIVEL DE ESCOLARIDAD

____ Noveno EGB

____ Décimo EGB

____ Primero B.G.U

____ Segundo B.G.U

____ Tercero de B.G.U

Enumere: ¿Con quién vive?

¿Tiene familiares que vivían con usted y ahora viven en el extranjero?

Sí _____

No _____

En caso de que la respuesta sea afirmativa, indique quienes:

*Anexo C: Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)***Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)**

Código.....

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. Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo
- 2 Me siento triste todo el tiempo.
- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0 No estoy desanimado respecto a mi futuro.
- 1 Me siento más desanimado respecto a mi futuro de lo que solía estar.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mí.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera querido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.

3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de castigo

0 No siento que esté siendo castigado

1 Siento que tal vez pueda ser castigado.

2 Espero ser castigado.

3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.

1 He perdido la confianza en mí mismo.

2 Estoy decepcionado conmigo mismo.

3 No me gusto a mí mismo.

8. Autocrítica

0 No me critico ni me culpo más de lo habitual

1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estar

2 Me critico a mí mismo por todos mis errores

3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o deseos suicidas

0 No tengo ningún pensamiento de matarme.

1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría

2 Querría matarme

3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

0 No lloro más de lo que solía hacerlo.

1 Lloro más de lo que solía hacerlo

2 Lloro por cualquier pequeñez.

3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

11 Agitación

0 No estoy más inquieto o tenso de lo habitual.

1 Me siento más inquieto o tenso de lo habitual.

2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto

3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12. Pérdida de interés

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3 Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

- 0 No siento que yo no sea valioso
- 1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1 Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2 No tengo suficiente energía para hacer demasiadas actividades.
- 3 No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los hábitos de sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1a Duermo un poco más de lo habitual.
- 1b Duermo un poco menos de lo habitual.
- 2a Duermo mucho más de lo habitual.
- 2b Duermo mucho menos que lo habitual
- 3a Duermo la mayor parte del día
- 3b Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17 Irritabilidad

- 0 No estoy tan irritable de lo habitual.
- 1 Estoy más irritable de lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable de lo habitual.

3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el apetito

0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.

1a Mi apetito es menor de lo habitual.

1b Mi apetito es más de lo habitual.

2a Mi apetito es menos de lo habitual.

2b Mi apetito es más de lo habitual.

3a No tengo apetito en absoluto.

3b Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de concentración

0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.

1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente

2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.

3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o fatiga

0 No estoy más cansado o fatigado de lo habitual.

1 Me fatigo o me canso más fácilmente de lo habitual.

2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.

3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de interés en el sexo

0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.

1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.

2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.

3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total:

Anexo D: Consentimiento informado

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de la investigación: **Niveles de depresión en adolescentes varones de Educación General Básica y Bachillerato de la Unidad Educativa Gabriel Arsenio Ullauri de la parroquia rural Llacao del Cantón Cuenca, periodo 2022**

Datos del equipo de investigación:

	Nombres completos	# de cédula	Institución a la que pertenece
Investigador Principal	Elena Patricia Chacho Chacho	0150669018	Unidad de Cuenca-Facultad de Psicología
Investigador Principal	Sandra Johanna Quito Campos	1104497779	Unidad de Cuenca-Facultad de Psicología

¿De qué se trata este documento?

Su representado está invitado(a) a participar en este estudio que se realizará por parte de la Facultad de Psicología de la Universidad de Cuenca. En este documento llamado Consentimiento Informado se explica las razones por las que se realiza el estudio, cuál será la participación de su representado si acepta la invitación. También, se da a conocer los posibles riesgos, beneficios y los derechos en caso de que usted decida autorizar la participación. Después de revisar la información en este Consentimiento y aclarar todas sus dudas, tendrá el conocimiento para tomar una decisión sobre la participación o no de su representado en este estudio. No tenga prisa para decidir. Si es necesario, lleve a la casa y lea este documento con sus familiares u otras personas que son de su confianza.

Introducción

La depresión es una problemática muy frecuente en nuestros días y a menudo se evidencia en la adolescencia, lo que desencadena graves consecuencias a corto y largo plazo, razón por la cual es de vital importancia que en las unidades educativas se brinde un acompañamiento psicológico de calidad. En diferentes investigaciones se ha encontrado que la población adolescente masculina tiende a expresar sus sentimientos o hablar sobre ellos de maneras muy diferentes a la de las mujeres, sin embargo, eso no significa que no estén en riesgo a padecer depresión. Se ha elegido a estudiantes varones de noveno de educación general básica a tercero de bachillerato, debido a que no existe mucha investigación en la ciudad de Cuenca. Por lo tanto, el estudio brindará información sobre los síntomas depresivos más frecuentes en adolescentes varones que servirá como pauta para corroborarlos a partir de investigaciones posteriores que se desarrollen con una mayor población ecuatoriana. Además, los resultados permitirán desarrollar talleres y charlas informativas dirigidas a toda la comunidad educativa para la promoción y prevención de la salud mental.

Objetivo del estudio

El objetivo que guiará nuestra investigación es describir los niveles de depresión en la población vulnerable de adolescentes varones de Educación General Básica y Bachillerato de la Unidad Educativa Gabriel Arsenio Ullauri de la parroquia rural Llacao del Cantón Cuenca, periodo 2022.

Descripción de los procedimientos

La investigación iniciará con la gestión de los permisos pertinentes en la Unidad Educativa Gabriel Arsenio Ullauri para llevar a cabo el estudio. Luego se convocará a los representantes de los adolescentes para una reunión informativa sobre la investigación, donde se solventará dudas y se solicitará el consentimiento para que sus hijos o representados participen en el estudio; posterior a ello se realizará lo mismo con los estudiantes y después de la lectura del consentimiento ellos autorizarán o no su participación, este paso tendrá como duración de dos a tres días. Seguido, se coordinará con la rectora del establecimiento para aplicar por cursos el inventario de depresión de Beck y la ficha sociodemográfica, acción que realizarán solo los estudiantes que cuenten con el consentimiento firmado, hayan leído el consentimiento y autorizado su participación previamente sin necesidad de que su representante u otra persona esté presente durante la

aplicación, garantizando así su privacidad. El proceso de aplicación de instrumentos tendrá una duración entre 10 a 15 minutos cada uno, la recolección de información en general tendrá una duración aproximada de dos semanas. Después se analizarán los datos mediante el software IBM SPSS Estadístico 25 para la obtención de los resultados. La población que formará parte del estudio es de 100 estudiantes aproximadamente.

Riesgos y beneficios

La participación en la presente investigación no implica riesgos graves y no afectará la integridad física ni emocional de su representado. Sin embargo, para evitar posibles riesgos mínimos como herir susceptibilidades o generar expectativas se otorgará la participación voluntaria en el estudio y el anonimato absoluto de su información personal.

En caso de detectar niveles moderados o graves de depresión, se enfatizará en psicoeducar a los padres sobre síntomas, signos de alerta y medidas de actuación frente a un caso de depresión.

Los beneficios directos para su representado y comunidad educativa en general, serán participar en futuros talleres y charlas informativas sobre salud mental, que se realizarán luego de socializar los resultados y entregar el informe a la rectora de la unidad educativa.

Otras opciones si no participa en el estudio

La participación de su representado en este estudio es estrictamente voluntaria, usted está en libre elección de decidir si el estudiante participa, sin que eso lo perjudique de ninguna manera. Además, podrá retirarse del estudio, cuando desee, sin tener que dar explicaciones y exponer sus motivos y sin ningún tipo de repercusión negativa.

Derechos de los participantes *(debe leerse todos los derechos a los participantes)*

Su representado tiene derecho a:

- 1) Recibir la información del estudio de forma clara;
- 2) Tener la oportunidad de aclarar todas sus dudas;
- 3) Tener el tiempo que sea necesario para decidir si quiere o no participar del estudio;
- 4) Ser libre de negarse a participar en el estudio, y esto no traerá ningún problema;
- 5) Ser libre para renunciar y retirarse del estudio en cualquier momento;
- 6) Recibir cuidados necesarios si hay algún daño resultante del estudio, de forma gratuita, siempre que sea necesario;
- 7) Tener acceso a los resultados de las pruebas realizadas durante el estudio, si procede;
- 8) El respeto de su anonimato (confidencialidad);
- 9) Que se respete su intimidad (privacidad);
- 10) Recibir una copia de este documento, firmado y rubricado en cada página por usted y el investigador;
- 11) Tener libertad para no responder preguntas que le molesten;
- 12) No recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.

Manejo del material biológico recolectado *(no aplica)*

Información de contacto

Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor comuníquese a los siguientes números celulares: 0990553093 que pertenece a Johanna Quito Campos y 0990964597 que pertenece a Elena Chacho Chacho o envíe un correo electrónico a johanna.quito@ucuenca.edu.ec y elena.chacho@ucuenca.edu.ec

Consentimiento informado *(Es responsabilidad del investigador verificar que los participantes tengan un nivel de comprensión lectora adecuado para entender este documento. En caso de que no lo tuvieren el documento debe ser leído y explicado frente a un testigo, que corroborará con su firma que lo que se dice de manera oral es lo mismo que dice el documento escrito)*

Comprendo la participación de mi representado en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de que mi representado participe y me entregaron una copia de este

formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente la participación de mi representado en esta investigación.

Nombres completos del/a representante	Firma del/a representante	Fecha
Elena Patricia Chacho Chacho	Firma del/la investigador/a	Fecha
Sandra Johanna Quito Campos	Firma del/la investigador/a	Fecha

Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. Vicente Solano, presidente del Comité de Bioética de la Universidad de Cuenca, al siguiente correo electrónico: vicente.solano@ucuenca.edu.ec

Anexo E: Asentimiento informado

FORMULARIO DE ASENTIMIENTO INFORMADO

Título de la investigación: **Niveles de depresión en adolescentes varones de Educación General Básica y Bachillerato de la Unidad Educativa Gabriel Arsenio Ullauri de la parroquia rural Llacao del Cantón Cuenca, periodo 2022**

Datos del equipo de investigación:

	Nombres completos	# de cédula	Institución a la que pertenece
Investigador Principal	Elena Patricia Chacho Chacho	0150669018	Unidad de Cuenca-Facultad de Psicología
Investigador Principal	Sandra Johanna Quito Campos	1104497779	Unidad de Cuenca-Facultad de Psicología

Objetivo del estudio

El objetivo que guiará nuestra investigación es describir los niveles de depresión en la población vulnerable de adolescentes varones de Educación General Básica y Bachillerato de la Unidad Educativa Gabriel Arsenio Ullauri de la parroquia rural Llacao del Cantón Cuenca, periodo 2022.

Descripción del estudio

La depresión es una problemática muy frecuente en nuestros días y que a menudo se evidencia en la adolescencia, significando graves consecuencias a corto y largo plazo, razón por la cual es de vital importancia que en las unidades educativas se brinde un acompañamiento psicológico de calidad. En diferentes investigaciones se ha encontrado que la población adolescente masculina tiende a expresar sus sentimientos o hablar sobre ellos de maneras muy diferentes a la de las mujeres, sin embargo, eso no significa que no estén en riesgo a padecer depresión. Se ha elegido a estudiantes varones de primero a tercero de bachillerato, debido a que no existe mucha investigación en esta población y al encontrarse en la etapa de la adolescencia son más vulnerables a padecer esta alteración psicológica. Por lo tanto, el presente estudio brindará información que servirá para desarrollar talleres y charlas informativas dirigidas a toda la comunidad educativa para la promoción y prevención de la salud mental.

Posibles beneficios

Si bien la participación puede no reportar beneficios inmediatos para usted, será de utilidad para brindar futuros talleres y charlas informativas sobre salud mental.

Posibles incomodidades y/o riesgos derivados del estudio

El cuestionario recolecta preguntas relacionadas a los síntomas de la depresión con respecto a las dos últimas semanas incluyendo el día de la aplicación del inventario y responderlo, toma aproximadamente de 10 a 15 minutos. No se prevé que estas preguntas causen ninguna incomodidad.

Preguntas e información

En caso de tener alguna duda o pregunta en relación al estudio, por favor llame a los siguientes números celulares: 0990553093 que pertenece a Johanna Quito Campos y 0990964597 que pertenece a Elena Chacho Chacho o envíe un correo electrónico a johanna.quito@ucuenca.edu.ec y elena.chacho@ucuenca.edu.ec

Protección de datos

Este proyecto NO requiere la utilización y manejo de datos de carácter personal, las respuestas se tratarán de forma anónima y únicamente se preguntarán datos sociodemográficos de control (por ejemplo: edad).

La participación en este proyecto de investigación es voluntaria y puede retirarse del mismo en cualquier momento.

Estimado estudiante de la Unidad Educativa Gabriel Arsenio Ullauri. Nos dirigimos a usted con la finalidad de solicitar su colaboración para que responda el siguiente cuestionario.

Su participación como uno de los actores del contexto escolar es realmente importante, por ello aspiramos contar con su colaboración, por lo que solicitamos comedidamente, confirmar el asentimiento informado para la aplicación del cuestionario.

He leído la información sobre el proyecto y la he comprendido en todos sus términos.

He recibido suficiente información sobre el estudio “Niveles de depresión en adolescentes varones de Educación General Básica y Bachillerato de la Unidad Educativa Gabriel Arsenio Ullauri de la parroquia rural Llaaco del Cantón Cuenca, periodo 2022” para el que se ha pedido mi colaboración. Comprendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme del estudio:

- Cuando quiera;
- Sin tener que dar explicaciones y exponer mis motivos; y
- Sin ningún tipo de repercusión negativa para mí.

Únicamente se debe responder a la ficha sociodemográfica y el inventario de depresión de Beck, una sola vez. Antes de empezar, asegúrese que dispone de al menos 15 minutos.

Por todo lo cual, PRESTO MI ASENTIMIENTO para participar en el proyecto de investigación antes citado a: Elena Patricia Chacho Chacho y Sandra Johanna Quito Campos.

_____	_____	_____
Elena Patricia Chacho Chacho	Firma de la investigadora	Fecha
_____	_____	_____
Sandra Johanna Quito Campos	Firma de la investigadora	Fecha