



### CLÁUSULA DE CESIÓN DE DERECHO DE PUBLICACIÓN DE TESIS

Yo Alema Inés Guerrero Saibery .....

autor/a de la tesis titulada:

### SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y APOYO FAMILIAR EN ADOLESCENTES DE UNIDADES EDUCATIVAS FISCALES, DE LOS DISTRITOS MUNICIPALES 1, 2 Y 5 DE LA CIUDAD DE SANTA CRUZ DE LA SIERRA

mediante el presente documento, declaro que la obra mencionada es de mi exclusiva autoría y producción. Esta tesis ha sido elaborada como uno de los requisitos previos para la obtención del título de: "Magíster en Psicología Clínica" en la Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Central Sucre.

#### Cesión de Derechos:

- Derechos Cedidos:** A partir de la fecha de la defensa de grado, cedo a la Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Central Sucre, los derechos exclusivos de reproducción, comunicación pública, distribución y divulgación de la obra. La Universidad está autorizada a utilizar esta obra por cualquier medio, actualmente conocido o que se desarrolle en el futuro, siempre y cuando dicha utilización no se realice con fines de lucro. Esta cesión incluye la reproducción total o parcial en formatos virtual, electrónico, digital, u óptico, así como su uso en red local e Internet.
- Responsabilidades del Autor:** Declaro que, en caso de presentarse cualquier reclamación o demanda por parte de terceros respecto de los derechos de autor de la obra mencionada, asumiré toda la responsabilidad legal frente a dichos terceros y frente a la Universidad, incluyendo, sin limitación, la defensa de tales reclamaciones y el mantenimiento de la Universidad indemne frente a las mismas.
- Entrega de Ejemplares:** En esta fecha, entrego a la biblioteca de la Universidad un ejemplar de la obra y sus anexos, en formatos impreso y digital o electrónico.

Fecha. 15-04-25 .....

Firma: [Firma manuscrita] .....



**UNIVERSIDAD ANDINA SIMÓN BOLÍVAR  
SEDE CENTRAL  
Sucre – Bolivia**

**PROGRAMA DE MAESTRÍA EN:  
“PSICOLOGÍA CLÍNICA”**

**SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y APOYO FAMILIAR EN  
ADOLESCENTES DE UNIDADES EDUCATIVAS FISCALES, DE LOS  
DISTRITOS MUNICIPALES 1, 2 Y 5 DE LA CIUDAD DE SANTA CRUZ  
DE LA SIERRA**

Tesis presentada para optar al Grado  
Académico de Magíster en “Psicología  
Clínica”

**MAESTRANTE: ELENA MINERVA GUERRERO SAIBURY**

**Santa Cruz – Bolivia**

**2025**



**UNIVERSIDAD ANDINA SIMÓN BOLÍVAR  
SEDE CENTRAL  
Sucre – Bolivia**

**PROGRAMA DE MAESTRÍA EN:  
“PSICOLOGÍA CLÍNICA”**

**SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y APOYO FAMILIAR EN  
ADOLESCENTES DE UNIDADES EDUCATIVAS FISCALES, DE LOS  
DISTRITOS MUNICIPALES 1, 2 Y 5 DE LA CIUDAD DE SANTA CRUZ  
DE LA SIERRA**

Tesis presentada para optar al Grado  
Académico de Magíster en “Psicología  
Clínica”

**MAESTRANTE: ELENA MINERVA GUERRERO SAIBURY  
TUTOR: MSc. ERIK NICOLAS ARANCIBIA LEVIT**

**Santa Cruz – Bolivia**

**2025**

## DEDICATORIA

A los adolescentes que, llevan la tristeza en el alma y reflejan en su mirada, a esos ojos que buscan ayuda y merecen nuestra atención con prioridad.

A los adolescentes inquietos que se preocupan en demasía por una exposición por temor a ser evaluados, a los que evaden el grupo.

A todos los adolescentes que sufren en silencio...siempre hay una esperanza

## AGRADECIMIENTOS

¡¡¡Gracias Dios!!! He llegado hasta aquí y en todo momento he sentido tu luz guiando mi sendero

Gracias a mi padre quien en vida me dejó un legado de valores entre ellos la compasión y el servicio hacia el otro

Gracias a mi madre por darme la vida sus sacrificios fueron innegables para ser lo que ahora soy

Gracias a mis hijos: Pablo y Gabriela siempre mis motivaciones y mi amor infinito hacia ellos

Un profundo agradecimiento hacia mis maestros de la UASB por compartirme su sabiduría en especial a la Dra. Ivonne Ramírez por motivarnos en este apasionante camino de la investigación del saber, del conocimiento.

Al MSc. Nicolás Arancibia Levit quien ha sido tutor de la presente investigación, su experticia tanto en las TCC como en el ámbito estadístico han guiado paso a paso este estudio.

Gracias a las unidades educativas: Kurt Richter, Ana María Vaca Diez y Florida, estudiantes, directores, profesores y padres de familia por la confianza al abrir sus puertas sin su apoyo no hubiera sido posible esta investigación.

## ÍNDICE DE CONTENIDO

<b>RESUMEN .....</b>	<b>ix</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>x</b>
<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>xi</b>
Antecedentes y estado actual del tema .....	xi
<b>CAPÍTULO I. GENERALIDADES .....</b>	<b>1</b>
1.1 Planteamiento del problema .....	1
1.2 Delimitación.....	1
1.3 Justificación.....	2
1.4 Objetivos .....	4
1.4.1 Objetivo General .....	4
1.4.2 Objetivos Específicos .....	5
<b>CAPÍTULO II. MARCO CONCEPTUAL .....</b>	<b>6</b>
2.1 Depresión.....	6
2.2 Adolescencia.....	8
2.3 Vulnerabilidad .....	10
2.4 Ansiedad .....	10
2.5 Comorbilidad .....	11
<b>CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO .....</b>	<b>12</b>
3.1 Enfoque de la investigación.....	14
3.2 Tipo de Investigación .....	14
3.3 Métodos de investigación .....	14
3.4 Técnicas y/o instrumentos .....	15
3.5 Instrumentos .....	17
3.6 Procedimientos .....	18
3.7 Análisis de Datos .....	18

<b>CAPÍTULO IV. MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>19</b>
4.1 Modelo cognitivo de la depresión: Pensamientos negativos automáticos, las distorsiones cognitivas y los esquemas disfuncionales.....	19
4.2 Perspectiva cognitiva conductual de la respuesta de ansiedad.....	22
4.3 Apoyo Familiar y Social .....	24
<b>CAPÍTULO V. RESULTADOS .....</b>	<b>26</b>
5.1 Describir Síntomas de Depresión BDI-2, cuadro con frecuencia, % mínimos, máximos y promedio.....	26
5.2 Descripción BAI correlación de síntomas de ansiedad cuadro con frecuencia, % mínimos, máximos y promedio.....	31
5.3 Resultados de percepción de apoyo familiar y social (APGAR).....	36
5.4 Correlación entre síntomas de depresión y síntomas de ansiedad.....	43
5.5 Correlación entre síntomas de depresión y percepción de apoyo familiar y social.....	44
5.5.1 Correlación entre síntomas de depresión y percepción de apoyo social.....	46
<b>CAPÍTULO VI. DISCUSIÓN.....</b>	<b>48</b>
<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>53</b>
<b>RECOMENDACIONES .....</b>	<b>55</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>57</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>66</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Diferencias en la presentación de síntomas de acuerdo a la edad .....	4
Tabla 2. Comparación de síntomas depresivos entre adultos y adolescentes.....	6
Tabla 3. Características de la adolescencia diferenciada en los tres periodos .....	9
Tabla 4. Criterios de selección .....	16
Tabla 5. Descripción BDI-2: Correlación de síntomas de depresión.....	26
Tabla 6. Total, resumen frecuencia y porcentaje.....	27
Tabla 7. BDI-1 vs Edad del encuestado.....	28
Tabla 8. BDI-2 Correlación de síntomas de depresión y Sexo del encuestado.....	29
Tabla 9. BDI-2 Correlación de síntomas de depresión y Distrito Municipal. ....	30
Tabla 10. Descripción BAI: Correlación de síntomas de ansiedad. ....	32
Tabla 11. BAI Correlación de síntomas de ansiedad y Edad del encuestado .....	32
Tabla 12. BAI Correlación de síntomas de ansiedad y Género. ....	33
Tabla 13. BAI Correlación de síntomas de ansiedad y Distrito Municipal.....	34
Tabla 14. Descripción Apoyo Familiar y Social (APGAR). ....	36
Tabla 15. Resumen: Apoyo Familiar y Social (APGAR)).....	37
Tabla 16. Correlación puntuaciones totales BDI-2 vs BAI.....	44
Tabla 17. Correlación BDI-2 Correlacion de síntomas de depresión) vs apoyo familiar y social (APGAR)). ....	45
Tabla 18. Correlación BDI-2: Síntomas de depresión y apoyo familiar y social (APGAR)....	46
Tabla 19. Prevalencia de Depresión y Ansiedad (Moderada y Grave) en Adolescentes.....	46

**ÍNDICE DE ILUSTRACIONES**

Ilustración 1. Total, población estudiantes sistema público.....	15
Ilustración 2. Selección de muestra. ....	16
Ilustración 3. BDI 2 total Porcentaje .....	27
Ilustración 4. BDI-2 Correlación de síntomas de depresión y Distrito Municipal.....	31
Ilustración 5. BAI Correlación de síntomas de ansiedad y Género.....	34
Ilustración 6. BAI Correlación de síntomas de ansiedad y Distrito Municipal. ....	35
Ilustración 7. Correlación BDI-2 Correlación de síntomas de depresión.....	44
Ilustración 8. Correlación BDI-2 Correlación de síntomas de depresión y apoyo familiar y social (APGAR).....	45

**ÍNDICE DE GRÁFICOS**

Gráfico 1. Gráfico de barras BDI-2-rango .....	28
Gráfico 2. Sexo del encuestado .....	29
Gráfico 3. Edad de rangos.....	39
Gráfico 4. Edad de rangos.....	40
Gráfico 5. Edad de rangos.....	40
Gráfico 6. Sexo del encuestado .....	41
Gráfico 7. Sexo del encuestado .....	41
Gráfico 8. Sexo del encuestado .....	42
Gráfico 9. Distrito municipal.....	42
Gráfico 10. Distrito Municipal.....	43
Gráfico 11. Distrito Municipal.....	43

## ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Cartas, Mapas distritales, Instrumentos .....	66
Anexo 2. Distrito Municipal Nro. 1 .....	68
Anexo 3. Distrito Municipal Nro. 5 .....	69
Anexo 4. Distrito Municipal Nro. 2 .....	70
Anexo 5. Prueba BDI-2.....	71
Anexo 6. Prueba BAI .....	76
Anexo 7. APGAR familiar .....	77
Anexo 8. Distribución de estudiantes evaluados por unidad educativa, Distrito municipal y género .....	79
Anexo 9. Anovas: Síntomas de depresión: BDI-2.....	80
Anexo 10. Frecuencia por síntomas del BDI-2 (CORRELACION DE SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN) 2-R.....	83
Anexo 11. Descriptivo de todos los ítems de la depresión BDI II-.....	90
Anexo 12. Representación de síntomas de depresión y Ansiedad .....	90
Anexo 13. Tabla cruzada de correlación entre síntomas de depresión BDI-2 y ansiedad BAI .....	91
Anexo 14. Gráfico de correlación entre síntomas de depresión BDI-2 y en rangos de edad	92
Anexo 15. BAI correlación de síntomas de ansiedad en rangos de edad.....	93
Anexo 16. Correlación de síntomas de depresión BDI-2 por Distrito Municipal .....	94
Anexo 17. Correlación de síntomas de ansiedad BAI por distritos municipales.....	96
Anexo 18. Incidencia del BDI-2 síntomas de depresión por distritos municipales y estratificación por género .....	97
Anexo 19. Incidencia del BDI-2 síntomas de depresión moderada mayor incidencia para mujeres con 15.97% por distritos municipales y estratificación por género.....	98
Anexo 20. Evaluados por género y colegio.....	100

## RESUMEN

Esta investigación explora la prevalencia de los síntomas de depresión, su relación con los síntomas de ansiedad y con la percepción de apoyo de entornos familiares y sociales en estudiantes, de tres unidades educativas fiscales dentro de los distritos municipales 1, 2 y 5 de la ciudad de Santa Cruz de la Sierra-Bolivia. El tipo de estudio es descriptivo correlacional; con un diseño no experimental, descriptivo (tipo explicativo) cuantitativo y de carácter transversal. La muestra final está compuesta por 533 estudiantes entre 10 a 19 años de edad, con 46.2% hombres y 53.8% mujeres. Para recolectar datos se aplicaron los inventarios BDI-II, BAI y APGAR Familiar y Social.

Los resultados muestran síntomas de depresión moderada a extrema en 37,7% de los participantes, mientras que sólo 28,2% se ubican dentro de altibajos considerados normales. En cuanto al sexo, esto se encuentra presente en mayor porcentaje de mujeres comparadas con varones. En cuanto a los síntomas de ansiedad del BAI; las estudiantes mujeres presentan un menor porcentaje de ansiedad moderada con el 48.1%, en relación a los varones con 51.9%; en ansiedad grave, las mujeres presentan un porcentaje mayor de 65.9% en comparación con las puntuaciones obtenidas por varones de 34.1%, esto confirma que de la población que presenta síntomas de ansiedad elevados y síntomas depresivos son las estudiantes mujeres con puntuaciones más significativas. Las edades en que se encuentra el mayor número de los estudiantes afectados con síntomas depresivos y síntomas de ansiedad; están dentro del rango de 14 a 17 años. Adicionalmente, se encontró una relación positiva y significativa entre síntomas de depresión y ansiedad. Por otro lado, se encontraron relaciones negativas y significativas entre síntomas de depresión y la percepción de apoyo familiar y social.

**Palabras claves:** Depresión, Ansiedad, Adolescentes.

## ABSTRACT

This research explores the prevalence of depression symptoms, their relationship with anxiety symptoms, and the perception of support from family and social environments in students from three public educational units within municipal districts 1, 2, and 5 of the city of Santa Cruz de la Sierra, Bolivia. The study type is descriptive correlational, with a non-experimental, descriptive (explanatory type), quantitative and cross-sectional design. The final sample consists of 533 students aged 10 to 19, with 46.2% male and 53.8% female. Data was collected using the BDI-II, BAI, and APGAR Family and Social inventories.

The results show symptoms of moderate to extreme depression in 37.7% of participants, while only 28.2% fall within fluctuation levels considered normal. Regarding gender, this is more prevalent in females compared to males. Regarding anxiety symptoms measured by the BAI, female students exhibit a lower percentage of moderate anxiety at 48.1% compared to males at 51.9%. For severe anxiety, females show a higher percentage at 65.9% compared to males at 34.1%. This confirms that female students have more significant scores among the population exhibiting high anxiety and depressive symptoms. The ages with the highest number of affected students with depressive and anxiety symptoms fall within the range of 14 to 17 years. Additionally, a positive and significant relationship was found between depression and anxiety symptoms. On the other hand, negative and significant relationships were found between depression symptoms and the perception of family and social support.

**Key words:** Depression, Anxiety, Adolescents.

## INTRODUCCIÓN

### Antecedentes y estado actual del tema

Históricamente, la conceptualización de depresión ha tenido una influencia marcada por las ciencias de la salud, para luego dar paso al modelo psiquiátrico. Los médicos del siglo XX abordaron la depresión como un estado afectivo caracterizado por: tristeza constante, irritabilidad, sensación de malestar aguda, decaimiento, impotencia y frustración a la vida, estos síntomas limitaban de manera significativa la vida y el rendimiento laboral. Posteriormente, la psiquiatría definió a este estado de ánimo, como anhedonia, que se caracteriza por una sensación de abatimiento, infelicidad y culpabilidad, lo que resulta en una incapacidad parcial o total para experimentar placer en los hechos y eventos cotidianos de la vida; en algunos casos, puede llevar al deseo de suicidarse (Veytia, 2017).

En la actualidad y desde una perspectiva psicológica, la depresión es considerada como un trastorno del estado de ánimo con la presencia de al menos cinco de los siguientes síntomas durante un periodo de dos semanas, los síntomas más característicos se mencionan como: Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, pérdida de interés o placer en actividades que antes resultaban gratificantes, pérdida o aumento significativo de peso sin hacer dieta, aumento o disminución del apetito, insomnio o hipersomnia, agitación o enlentecimiento psicomotor observables por otros, fatiga o pérdida de energía, sentimiento de inutilidad, culpa excesiva o inapropiada, disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, indecisión con una frecuencia de casi todos los días, pensamientos recurrentes de muerte ideación suicida sin un plan específico, un intento de suicidio o un plan específico para suicidarse (APA, 2013).

Estos síntomas, afectan al individuo en los diversos contextos en los que participa representando un cambio en su funcionamiento familiar, social, laboral o de otras áreas importantes de la vida del individuo.

Según Almudena García (2009), los trastornos depresivos se pueden dividir en relación a dos criterios como la severidad sintomática y la posibilidad de ciclar o no. Por lo que se tendría dos categorías: Depresión Mayor y Trastorno Distímico, y Trastornos Bipolares tipo I y tipo II, y Trastornos ciclotímicos y una tercera categoría referida a depresión por otras causas

El episodio depresivo mayor con episodio único o recidivante, se caracteriza por síntomas sobresalientes, notorios, mientras que el Trastorno Distímico, presenta síntomas menos relevantes. En cuanto a los Trastornos Bipolares, de tipo I se presenta al menos un episodio maniaco que es un periodo de intensa excitación o irritabilidad, junto con episodios depresivos y en los Trastornos Bipolares tipo II se caracterizan por episodios depresivos

mayores junto con al menos un episodio hipomaniaco, que es una forma más leve de manía, el Trastorno ciclotímico que comprende ciclos suaves que pueden coincidir con períodos estacionales, también se tiene, sintomatología depresiva debido a otras causas como el Trastorno del estado de ánimo por una enfermedad médica, Trastorno del estado de ánimo por sustancias y Trastorno del estado de ánimo no especificado.

Específicamente en adolescentes, se debe analizar diversos factores como ser biológicos, genéticos y psicosociales que intervienen en el desarrollo de los síntomas de depresión.

El factor psicosocial atribuye las causas de la depresión a la vivencia de una situación de estrés y a sentimientos negativos provenientes de vivencias que marcan la historia del adolescente. Bajo esta perspectiva, se puede clasificar la depresión como endógena y exógena. La depresión endógena se entiende que las causas son propias del sujeto, mientras que en la depresión exógena atribuye las causas a las circunstancias vividas, ajenas a la voluntad propia. Estas experiencias son impuestas por las condicionantes sociales y culturales que desencadena la crisis, como la muerte de un ser querido, un fracaso en los estudios o en el trabajo, un divorcio entre otros. Los síntomas de la depresión endógena suelen mostrarse más acentuados que la del tipo exógeno, especialmente cuando se sufre una crisis (González Lugo et al., 2018)

Las bases genéticas y/u orgánicas se plantean desde el modelo biológico de la depresión según Fañanás (2002), existe una mayor incidencia dentro de algunas generaciones de familia, por lo que, es posible establecer la existencia de una base genética para el trastorno depresivo o la vulnerabilidad al mismo. De igual manera las disfunciones en las conexiones neuronales, en sistemas de neurotransmisores como el serotoninérgico, el dopaminérgico, tendrían una alta correlación entre la participación de los sistemas monoamina, serotonina, norepinefrina y dopamina, en la sintomatología de los trastornos depresivos; según investigaciones, en los últimos años, confirman la participación de los circuitos dopaminérgicos, que tienen que ver con las respuestas de placer (Bocanegra & Díaz, 2017)

En cuanto a los cambios hormonales y su relación con la depresión en las mujeres está relacionada con el ciclo reproductivo, así como con las hormonas estrógenos y progesterona, que tendrían un efecto en los cambios de humor y se produce con mayor frecuencia, casi el doble que la de los hombres (Gaviria, 2009). La prevalencia general de la depresión de los hombres es inferior; el estudio de Veytia (2017) refiere que ello se debe a que éstos son menos propensos de aceptar estar enfermo o siguiendo la pauta cultural de

género, de mostrarse cohibido a consultar un diagnóstico a este respecto por parte de un especialista.

La ansiedad es un fenómeno que también ha sido abordada por la psiquiatría y la psicología (Clark & Beck, *Cognitive theory and therapy of anxiety and depression: Convergence with neurobiological findings*, 2010). Varias escuelas psicológicas han tratado de explicarla con diferentes métodos y marcos teóricos (Ansorena, Cobo, & Romero, 2014; Cattell, 1983; González M. T., 1993). Estos estudios generaron diferencias conceptuales relacionando la ansiedad con los términos de miedo, angustia y estrés (Sierra, Ortega, & Zubeidat, 2003). La Ansiedad como término proviene del latín “anxietas” que significa inquietud estado de agitación, o zozobra del ánimo (RAE, 2014)

Barlow & Durand (2002) definen el miedo como una reacción primaria de alerta frente a un peligro inminente, manifestando una intensa activación autónoma y un impulso hacia la acción. Y la ansiedad como una emoción dirigida hacia el futuro, marcada por la percepción de eventos amenazantes fuera de control y su imprevisibilidad, desviando la atención hacia posibles peligros o la respuesta personal ante ellos (Díaz & De la Iglesia, 2019).

Para Clark & Beck (2012) el miedo se define como, un estado neurofisiológico automático y primitivo de alerta acompañado de una evaluación cognitiva de una amenaza para la seguridad física o psicológica de una persona, y la ansiedad, como un sistema complejo de respuestas conductuales, fisiológicas, afectivas y cognitivas conocido como modo de amenaza, que se activa cuando eventos o circunstancias son anticipados como agresivos, debido a su percepción de imprevisibilidad e incontrolabilidad, lo que potencialmente amenaza los intereses de una persona (Díaz & De la Iglesia, 2019),

Los síntomas más comunes son: Dificultad para concentrarse o tomar decisiones irritabilidad, tensión o inquietud náuseas o malestar abdominal, palpitaciones, sudoración, tiritones o temblores, trastornos del sueño, sensación de peligro inminente, de pánico o de fatalidad (OMS. 2023). Dentro del DSM 5 se tiene la siguiente clasificación: Trastorno de ansiedad por separación 309.21 (F93.0), Fobia específica, Trastorno de ansiedad social 300.23 (F40.10), Trastorno de pánico 300.01 (F41.0), Agorafobia 300.22 (F40.00), Trastorno de ansiedad generalizada 300.02 (F41.1), Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos, Trastorno de ansiedad debida a otra afección médica 293.84 (F06.4), Otro trastorno de ansiedad especificado 300.09 (F41.8), Otro trastorno de ansiedad no especificado 300.00 (F41.09).

En el mundo, se conoce que 350 millones de personas son afectadas por depresión, que tienen una incidencia en la carga de morbilidad internacional, según la Organización Mundial de la Salud, OMS (2012). La depresión actualmente presenta una alta prevalencia,

también se caracteriza por episodios de recaídas recurrentes. De igual manera está relacionada con un efecto en cuanto a coste económico, ya que las personas que son afectadas por un trastorno depresivo deben recibir tratamientos, cuidados ambulatorios, ingresos hospitalarios, lo que redundará en ausencias laborales y baja productividad (Contreras, Hernández, & Ángel, 2015).

En América Latina y el Caribe la padece 5% de la población adulta, según la Organización Mundial de la Salud (OMS). El mismo estudio refiere que el porcentaje más alto en depresión lo tiene la población chilena con un 17%. Respecto a la realidad nacional, existen pocos datos y usualmente no están actualizados. Por ejemplo, el Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS) reportó un registro de 12.654 casos o episodios depresivos a nivel nacional, con 8.694 correspondientes a mujeres y 3.960 casos en hombres (SNIS: 27 enero 2021). Esta estadística no refleja la realidad nacional, ya que, en caso de ser considerados válidos, se estaría hablando de que Bolivia tiene menos del 1% de prevalencia.

En cuanto a los datos estratificados por género, en 1.994 se reportó mayor incidencia para las mujeres con 21.3% en mujeres en Estados Unidos diagnosticadas con estado depresivo mayor comparado al 12.7% en hombres (Blazer, Kessler, McGonagle, & Swartz, 1994) citados por (Cassano & Fava, 2002) mencionado por (Pardo, Sandoval, & Umbarila, 2004).

Esta tendencia se repite en diversos estudios (Blehar & Oren, 1997; Whooler & Browner, 1998), lo cual puede ser explicada a factores biológicos, sexuales y reproductivos. Sin embargo, también existe la posibilidad de que los hombres reporten menor cantidad de diagnósticos por las barreras de género para consultar por su salud mental (Veytia, 2017).

En cuanto a las estadísticas de ansiedad, según la OMS (2023) calcula que un 4% de la población mundial padece actualmente un trastorno de ansiedad. En el 2019, 301 millones de personas en el mundo tenían un trastorno de ansiedad.

Para la región de las Américas un 47,2% de la población presenta trastorno de ansiedad, América latina y Caribe tiene 59,6% según la Organización Panamericana de la Salud OPS (2017). Mientras que la ansiedad en los adolescentes puede manifestarse con preocupaciones excesivas o ataque de pánico. Se calcula que los adolescentes de 10 a 14 años, el 3,6% tiene ansiedad y los de 15 a 19 años, el 4,6% sufre de algún trastorno de ansiedad, OMS (2021). En el Ecuador se registra un 5.6% en población adolescente con ansiedad según el Ministerio de Salud Pública MSP (2020) siendo más común en mujeres que en hombres.

La adolescencia puede ser considerada una etapa vulnerable para el desarrollo de patologías en el área de salud mental (Navarro-Loli & Moscoso, 2017). Se ha observado que

el desarrollo de síntomas depresivos suele comenzar durante la adolescencia, una etapa crucial en la evolución de personas (Huberty, 2012). Por esta razón, los adolescentes se convierten en uno de los grupos más propensos y vulnerables a desarrollar esta enfermedad mental durante este periodo (OMS, 2014) se tiene una prevalencia del 5% a nivel mundial (Stirling, Toumbourou, & Rowland, 2015).

Investigaciones sobre datos epidemiológicos refieren que la prevalencia para este trastorno en los adolescentes, de entre 15 y 18 años, arrojan un 11% y el 14% (Mendelson & Tandon, 2016) . Según estos datos, la sintomatología depresiva que se manifiesta durante la adolescencia, va tener impacto en el área escolar y social donde más se desenvuelve el adolescente, y dentro de estos contextos estará asociado a conductas de riesgo (Lewinsohn, Allen, & Seeley, 1999; Rao, Hammen, & Daley, 1999).

La ansiedad y la depresión presentan síntomas comórbidos tanto a nivel clínico como subclínico, los adolescentes que refieren problemas de ansiedad también tienen mayor riesgo de presentar problemas de humor y viceversa (Casares, Díez, Pérez, & Fonseca, 2023). En cuanto a la relación de la existencia de los síntomas de trastornos de ansiedad y depresión; la Organización Mundial de la Salud (OMS) refiere un 8.2% entre los rangos de 10 a 19 años de edad que reportan síntomas de ansiedad, mientras que un 3.9% de adolescentes entre los rangos de 10 a 19 años reportan problemas de depresión (OMS 2021.)

En población adolescente la ansiedad se presenta al mismo tiempo que el trastorno depresivo, esto incluye a las fobias, ansiedad generalizada, social, específicas y ataques de pánico, en estos cuadros los miedos, son la emoción que subyace entre los adolescentes y jóvenes, algunos síntomas en esta población son: El temor, la inseguridad, preocupación, pensamientos negativos que van acompañados de síntomas somáticos, cardiovasculares, taquicardia, hipertensión arterial, sensaciones de falta de aire, dolores abdominales entre otros (Ramírez & Hernández, 2012).

Dentro del abordaje que se hace sobre la depresión para adolescentes, recomiendan iniciar el tratamiento con psicoterapia desde las Terapia Cognitivo Conductual (TCC) que puede ir acompañada de una medicación reconocida por su eficacia como la Fluoxetina (Veytia, 2017). Se debe considerar si hay consumo de sustancias y que también los padres/madres deben ser tratados en paralelo con el adolescente (NICE, 2005) .La Terapia Cognitiva Conductual (TCC) y la fluoxetina mejoran los resultados del tratamiento que solo emplea fluoxetina (March, 2004). En lo que respecta a la ansiedad las Benzodiazepinas son comunes para aliviar los síntomas de la ansiedad. La psicoterapia más aplicada para la depresión y la ansiedad es la terapia cognitivo conductual (TCC), ideada para funcionar

mediante la enseñanza de habilidades cognitivas y de comportamientos que el adolescente puede implementar por su cuenta.

Los factores de riesgo son situaciones que se presentan en diferentes etapas de la vida de las personas, ya sea en contextos familiares, sociales, y culturales, e incrementan la probabilidad del desarrollo de síntomas depresivos: La depresión puede verse afectada por variables como la edad, el sexo, una situación de divorcio, problemas dentro del contexto familiar y algunas características socioeconómicas, que también pueden constituirse en factores de riesgo (González, Pineda, & Gaxiola, 2018).

Un factor importante a considerar dentro del contexto social son los grupos de amigos y la ausencia de redes sociales positivas, se reconoce la importancia de las interacciones con el grupo de iguales, así como la relación entre los compañeros y su influencia en la depresión. La relación entre la conexión con los pares y las características positivas de la amistad se ha vinculado con ausencia de los síntomas depresivos, mientras que las características negativas en los amigos se han asociado de manera positiva con dichos síntomas (González, Pineda, & Gaxiola, 2018).

Investigaciones refieren, que la percepción de falta de respaldo social puede tener un impacto directo en los síntomas de estrés, ansiedad y depresión, así como el apoyo social percibido, emocional y de confianza se encuentra correlacionado de manera significativa con niveles de estrés, depresión y ansiedad. También se encontró, una relación positiva alta entre los niveles de ansiedad y depresión, en cuanto a los niveles de estrés y apoyo emocional parecen estar relacionados, y que la ansiedad se relaciona más con el apoyo de confianza (Rodríguez & Gallegos, 2018).

La familia como núcleo importante de protección, aceptación, socialización, también puede considerarse como un factor de protección, o de riesgo, en esta época se conoce diferentes tipos de familia con características y roles particulares según los contextos. El estudio de Gómez et al. (2021), resalta la importancia de una familia cuyos vínculos permiten una mejor comunicación, cohesión entre sus integrantes y que se denominan vínculos positivos.

La cohesión familiar puede sufrir impactos negativos debido a situaciones de violencia doméstica, separaciones, divorcios y el consumo de alcohol o drogas. Por el contrario, un ambiente familiar cálido y seguro actúa como un factor de protección, promoviendo un alto nivel de adaptación y bienestar (Gómez et al., 2021).

A este concepto de cohesión familiar, Borja et al. (2019) aporta que los estilos de crianza y afecto inseguro en el ámbito familiar cuando refiere que: Las teorías generales de la psicopatología sostienen que el entorno familiar juega un rol crucial en la formación del

comportamiento adaptativo y desadaptativo en los niños. Su estudio ha evidenciado que el apego inseguro y una crianza carente de afecto, caracterizada por el rechazo, una disciplina severa y un estilo parental inadecuado, están notablemente vinculados con síntomas depresivos en adolescentes. Otros estudios relacionan la paternidad con la calidez, aprobación, control firme, y disciplina democrática, estaría menos relacionada con síntomas depresivos en esta población adolescente, también resaltan la transgresión, o el abandono como factores que contribuyen a síntomas depresivo.

Según estudios (Hoyos, Lemos, & Torres de Galvis, 2012; Harter, 2006) se evidencian como la aparición de la depresión en adolescentes, responde a un proceso complejo que involucra factores familiares, sociales, y otros que cobran sentido a la luz de la psicología del desarrollo. Al explorar el proceso de construcción, se observa factores como la baja autoestima, la cohesión familiar, las tensiones con los padres, el bajo rendimiento académico, las relaciones conflictivas con los maestros, la presencia de ansiedad y las dificultades sociales pueden contribuir a la formación de una imagen negativa de uno mismo. Esta situación, ante eventos estresantes, puede desencadenar síntomas depresivos.

También se evidencia, que el funcionamiento familiar es importante para la generación de síntomas de ansiedad, debido a las formas organizativas del entorno familiar, el cumplimiento y la gestión de roles, así como la distribución de responsabilidades diarias, e interacciones entre sus miembros (Paniagua, Juárez, & Ramírez, 2019).

En el presente estudio analizaremos desde las Teoría Cognitiva Conductual (TCC) como la percepción de apoyo familiar y social, pueden ser factores de riesgo que vivencian los adolescentes, y desencadenan síntomas depresivos y síntomas de ansiedad en esta etapa de la vida; para la depresión estará enmarcada dentro del modelo de depresión de Aaron Beck tomando en cuenta tres elementos, que reflejan una visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro, la llamada triada cognitiva y que sería el precursor más inmediato de la depresión (Clark & Beck, 2010). Ya que estos factores tienen que ver con las experiencias negativas tempranas, los esquemas disfuncionales y los pensamientos negativos. Así mismo para la ansiedad se realizará bajo la perspectiva cognitiva conductual de la respuesta de ansiedad dentro de esta misma línea teórica (Veytia, 2017).

Si bien existe una coincidencia entre autores sobre reconocer los factores de riesgo sociales, familiares en la incidencia y aparición de síntomas de la depresión y ansiedad, hay una ausencia de estudios longitudinales que sigan a los adolescentes a lo largo del tiempo, para comprender mejor la trayectoria del desarrollo de cada uno de los trastornos y sus factores de riesgos, se encuentra un vacío de estudios sobre la atención a la interacción entre

factores biológicos, psicológicos y sociales en la prevalencia de síntomas de depresión y ansiedad en adolescentes.

Por ello coincidiendo con el estudio de Soto (2022), se debe reconocer el grado de afectación de ambos trastornos a la población adolescentes, realizar la detección de síntomas, por considerarse un problema que afecta su salud en general y su salud mental, mediante el diseño y ejecución de programas de salud diferenciados de atención para este grupo.

## **CAPÍTULO I. GENERALIDADES**

### **1.1 Planteamiento del problema**

#### **a) Situación Problemática.**

La adolescencia es una etapa crucial en el desarrollo humano y la prevalencia creciente de la depresión entre los adolescentes plantea preocupaciones significativas para la salud pública. Este fenómeno ha generado la necesidad de comprender a fondo los factores subyacentes y diseñar intervenciones efectivas. Existe una falta de estudios exhaustivos que exploren la depresión en adolescentes en contextos sociodemográficos específicos, por lo que resalta la urgencia de investigar la magnitud del problema y sus implicaciones para la salud mental de esta población. Por lo tanto, el presente estudio realizó tomando en cuenta ciertos distritos municipales de la zona norte de la ciudad de Santa Cruz de la Sierra-Bolivia.

#### **b) Enunciado del Problema/Pregunta de Investigación.**

¿Cuál es la prevalencia de los síntomas de depresión en adolescentes? ¿Hay una relación con los síntomas de ansiedad y con la percepción de apoyo familiar y social?

#### **c) Objeto de Estudio.**

El objeto de estudio de esta investigación es la prevalencia de la depresión en la población adolescente, abordando de manera detallada en este grupo demográfico. Se busca analizar su relación con síntomas de ansiedad y con la percepción de apoyo familiar y social, con el objetivo de describir la sintomatología y proporcionar datos que contribuyan a la formulación de investigaciones más profundas respecto al tema.

### **1.2 Delimitación**

#### **Delimitación Temática.**

La presente investigación se circunscribe a la descripción de la prevalencia de síntomas de depresión en adolescentes, su relación con síntomas de ansiedad y con la percepción del apoyo familiar y social en un contexto urbano específico.

#### **Delimitación Temporal.**

El estudio se llevó a cabo durante la segunda mitad del año 2023. El levantamiento de datos se realizó específicamente durante el mes de noviembre del mismo año.

### **Delimitación Espacial.**

En cuanto a la delimitación geográfica el presente estudio se realizó en los distritos municipales 1, 2 y 5. Los participantes fueron estudiantes de nivel secundario de las Unidades Educativas Florida, Kurt Richter, y Ana María Vaca Diez 1. Estas Unidades Educativas corresponden al Distrito de Educación Nro. 1 de la ciudad de Santa Cruz de la Sierra, Bolivia.

### **1.3 Justificación**

La presente investigación tiene una relevancia en el campo de la salud mental, al reconocer la vulnerabilidad de esta etapa adolescente a los trastornos depresivos. Los síntomas de depresión pueden afectar significativamente a los adolescentes en varios aspectos de su vida como el estado de ánimo, el rendimiento académico, sus relacionamientos sociales entre otros, además de presentar una relación con síntomas de ansiedad en adolescentes (Navarro-Loli & Moscoso, 2017).

En ese sentido, López et al. (2004) refieren que en Bolivia los jóvenes entre 17 y 25 años de edad representan el 18.54% de la población adolescente, comprendida entre los 17 y 25 años de edad, En esta población los cambios biológicos, psicológicos y sociales, afectan en su salud mental, al afectar su salud mental los síntomas depresivos pueden estar enmascarados, o ser infradiagnosticados (Veytia, 2017) . Mientras en Santa Cruz de la Sierra, Bolivia en el Distrito 1 de Educación, reportan 24.498 estudiantes inscritos de Unidades Educativas Fiscales, de los cuales 12.037 son mujeres y 12.461 son varones según Estadística del ministerio de educación (2023).

En cuanto al estudio de variables psicológicas asociadas a la depresión en adolescentes, se encuentran relacionadas con la ansiedad y son actualmente objeto de interés para los investigadores. Existen estudios que refieren que la ansiedad se encuentra entre los trastornos comórbidos de mayor periodicidad a la depresión (Avenevoli, Stolar, Li, Dierker, & Ries, 2001). Lo que aumenta el riesgo y severidad de los síntomas y está relacionado al aumento de los trastornos de adicciones en población masculina (Rao, Hammen, & Daley, 1999).

Respecto a la sintomatología depresiva en adolescentes, y su relación con la ansiedad, en estudios realizados en Chile con el Inventario de Ansiedad de Beck BAI y el Inventario de Depresión BDI-2; encontraron que: Los altos valores obtenidos indican una presencia notoria de sintomatología ansiosa en nuestros adolescentes que obliga a poner atención en ella, se ha encontrado que niveles altos de ansiedad es uno de los factores de riesgo que puede llevar al desarrollo de trastornos depresivos (Covas, Melipillán, Valdivia, Bravo, & Valenzuela, 2007).

Así mismo se ha encontrado una relación entre adolescentes que refieren síntomas depresivos con: Trastorno Disocial, Trastorno por Déficit de Atención, Trastornos de Conducta Alimentaria, ansiedad y conducta suicida. Así como una tendencia a adquirir en la etapa adulta otras perturbaciones psiquiátricas; y un mayor riesgo de consumo de sustancias psicoactivas como el alcohol y el tabaco (Schleicher, Harris, Catley, & Nazir, 2009; Bella, 2010; González-González, et al., 2012; Cárdenas Vila, 2018; Ruiz-Alonso, Orue, & Calvete, 2021).

En una revisión de varios autores (Gómez, Núñez, Agudelo, & Grisales, 2020) la depresión es considerada un importante predictor de la ideación e intento suicida en adolescencia, según estudios reportan un 40 a 70 % de casos en adolescentes escolares, reconociendo una gravedad mayor y persistencia de los síntomas que llevarían a la planeación de la conducta suicida.

Corbella (1985, como se cita en Veytia, 2017) destaca una relevancia social significativa, ya que, durante esta etapa, los adolescentes inician su proceso de relacionamiento social e integración en grupos de pares. Además, desarrollan habilidades afectivas y amorosas dirigidas hacia otras personas, utilizando su autonomía para elegir a sus amigos y las personas a quienes desean y van a querer. Esto va acompañado de los cambios biológicos, psicológicos y sociales, y se menciona también la variable cultural.

En el contexto familiar, se observa una asociación entre la depresión y las experiencias adversas durante la infancia, así como con la disfuncionalidad familiar. Existe una conexión entre la depresión los esquemas disfuncionales y las experiencias adversas durante la infancia (Andrade, Avanci, & Oliviera, 2022)

En estudios realizados en grupos con características sociodemográficas de estratos socioeconómicos bajos, se han investigado eventos como la violencia psicológica sexual en el ámbito familiar, así como la muerte de uno de los progenitores, y la privación de alimentos en el hogar, están relacionadas con la depresión en adolescentes. Todas estas situaciones llegan a configurar escenarios estresantes que pueden ser considerados como un riesgo para la salud mental de esta población (Andrade, Avanci, & Oliviera, 2022).

Adolescentes que han experimentado adversidades en la infancia son vulnerables y requieren atención y protección para su salud mental, ya que estas experiencias aumentan el riesgo de depresión, y si tuviera síntomas depresivos aumentan a la exposición de experiencias estresantes (Andrade, Avanci, & Oliviera, 2022).

La misma investigación nos permitiría reflexionar sobre el rol del maestro en ámbitos educativos, quienes pueden ayudar a detectar estas experiencias de estudiantes marcadas por exposición a experiencias infantiles adversas para intervención oportuna, así mismo

comprender las características individuales de los adolescentes en el contexto cultural donde se encuentran.

La depresión se manifiesta a cualquier edad, de acuerdo al ciclo evolutivo de desarrollo, los síntomas pueden variar (Veytia, 2017). Se puede destacar en el siguiente cuadro.

Clasificación de síntomas según Ospina-Ospina et al. (2011):

**Tabla 1. Diferencias en la presentación de síntomas de acuerdo a la edad**

<b>Niños prepuberales</b>	<b>Adolescentes</b>	<b>Adultos</b>
Irritabilidad (rabietas incumplimiento de normas	Irritabilidad (gruñón, hostil se frustra con facilidad, arranques de ira)	Anhedonia
Afecto reactivo	Afecto reactivo	Ausencia de reactividad emocional
Frecuentemente comórbido con ansiedad, problema de conducta y TDAH	Hipersomnia Aumento del apetito y ganancia de peso	Agitación o enlentecimiento psicomotor
Quejas somáticas	Quejas somáticas Sensibilidad extrema al rechazo (tener una falsa percepción de que se es humillado o criticado) que genera dificultades para mantener relaciones	El estado de ánimo varía durante el día (es peor en la mañana) Despertar temprano en la mañana

Nota: (Ospina 2011)

## **1.4 Objetivos**

### **1.4.1 Objetivo General**

Explorar la prevalencia de los síntomas de depresión en adolescentes de Unidades Educativas Fiscales, su relación con los síntomas de ansiedad y con la percepción de apoyo de entornos familiares y sociales

### **1.4.2 Objetivos Específicos**

- Describir la prevalencia de los síntomas de depresión en adolescentes del nivel secundario en Unidades Educativas Fiscales.
- Describir los niveles de ansiedad y la percepción de apoyo familiar y social en adolescentes del nivel secundario en Unidades Educativas Fiscales.
- Explorar la relación entre síntomas de depresión y síntomas de ansiedad en adolescentes que asisten a Unidades Educativas Fiscales.
- Explorar la relación entre síntomas de depresión y la percepción del apoyo familiar y social en adolescentes del nivel secundario en Unidades Educativas Fiscales.

## CAPÍTULO II. MARCO CONCEPTUAL

### 2.1 Depresión

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V), sobre el trastorno depresivo que alude a los trastornos de desregulación disruptiva del estado de ánimo, donde el rasgo común de todos estos trastornos es la presencia de un ánimo triste, vacío o irritable, con cambios somáticos y cognitivos que alteran de manera significativa la funcionalidad de la persona. Lo que los diferencia es la duración, la presentación temporal de la etiología y los clasifica en:

- Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo 296.99 (F.34.8)
- Trastorno de depresión mayor
- Trastorno depresivo persistente o Distimia 300.4 (F34.1)
- Trastorno predisfórico premenstrual 625.4 (N94.3)
- Trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento
- Trastorno depresivo debido a otra afección médica
- Otro trastorno depresivo especificado 311(F32.8)
- Otro trastorno depresivo no especificado

Criterios para poder establecer un diagnóstico de depresión en adolescentes: Algunos criterios en población adulta se utilizan en población adolescente con algunas variaciones, la más relevante es la presencia del estado de ánimo irritable y no disfórico. Se recomienda realizar una diferenciación entre los síntomas del episodio depresivo mayor en adultos y los síntomas en adolescentes, así como detalla la siguiente tabla, observando una presencia frecuente de conductas agresivas, cambios en el rendimiento escolar y quejas somáticas, como parte de la sintomatología presentada en adolescentes (Bocanegra & Diaz, 2017).

**Tabla 2. Comparación de síntomas depresivos entre adultos y adolescentes.**

PARA ADULTOS	PARA ADOLESCENTES
El estado de ánimo triste tiene una duración mínima de dos semanas, con una duración de la mayor parte del tiempo. Este estado es percibido como anormal por el adulto	En adolescente y jóvenes este estado de ánimo puede ser triste e irritable, lo que se manifiesta como impulsividad, imprudencia, hostilidad o ira. El trastorno similar al del adulto a más edad del adolescente

El adulto pierde de manera significativa, el interés por algunas actividades, o su capacidad para disfrutarlas como antes lo hacía	Se pierde el interés en actividades, acordes a la edad, como el juego o el colegio
Incremento de la fatiga o un decremento en la vitalidad	La fatiga puede evidenciarse en ausentismo escolar, aislamiento de actividades de juego, o rechazo o molestia hacia el colegio
Sentimientos de inferioridad o inadecuación, así como la baja autoestima	Similar a los adultos
Presenta excesivos sentimientos de culpa	Se caracteriza por sentimientos de minusvalía o desvalorización
Conducta suicida, incluyendo ideación o intentos	Incremento de vinculación a comportamientos de riesgo, auto lesivos que pueden ser indicadores de conducta suicida
Baja concentración, dificultad en la toma de decisiones	Problemas de rendimiento o bajo rendimiento escolar
Conductas de enlentecimiento motor o de movimiento y agitación	Hiperactividad manifiesta en Inquietud motora
Cambios en hábitos de sueño	Es igual o similar a los adultos
Alteraciones en hábitos alimenticios que generan cambios en el peso corporal	Tendencia al incremento de peso

Nota: Álvarez et. al (2009). Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia. Galicia: Ministerio de Ciencia e Innovación.

## 2.2 Adolescencia

Dentro de las definiciones de esta etapa se mencionan los parámetros de investigación de la OMS, 2018 realizadas por Soto (2022) quien refiere que:

La adolescencia es definida como la etapa de crecimiento y desarrollo en la vida del ser humano que involucra un proceso de cambio entre el término de la niñez y el comienzo de la etapa adulta, que esta abarca desde los 10 a los 19 años de edad y representa una de las fases más críticas del ciclo vital; ya que implica atravesar por una serie de cambios a un ritmo acelerado.

También se le asigna un significado de oportunidades y riesgos a la etapa de la adolescencia por la vivencia y exposición a nuevas experiencias: “La adolescencia está caracterizada por un florecimiento físico y sexual, la autonomía a nivel económico y social, la construcción de la identidad, la potenciación de competencias que permiten constituir vínculos y adquirir responsabilidades adultas; así también, el desarrollo del razonamiento abstracto, hipotético-deductivo y del juicio moral” (Papalia, Olds, & Robert, 2006; Cárdenas Vila, 2018; Soto, 2022). En lo referente a las características de desarrollo en este periodo, se destacan cambios que involucran diversas dimensiones: físico, cognitivo, psicológico y social.

La OMS define la adolescencia entre los 10 y 19 años, en la actualidad diferencia tres períodos, hasta los 24 años:

- Adolescencia temprana de 10 a 14 años, que refiere a la pubertad.
- Adolescencia media, de 14 a 18 años.
- Adolescencia tardía de 19 a 21 a 24 años.

Características de cambios propios de cada etapa se describe en el siguiente cuadro.

**Tabla 3. Características de la adolescencia diferenciada en los tres periodos**

Características	Adolescencia Temprana (10 a 14 años)	Adolescencia Media (15 a 18 años)	Adolescencia Tardía (19 a 21 hasta 24 años)
Maduración Somática	Aparición de caracteres sexuales secundarios Estirón Puberal	Remodelación morfológica Se alcanza la talla definitiva Cambio con su propio cuerpo, somáticos	Funciones plenas para la sexualidad y reproducción
Imagen y Cuerpo	Preocupación cambios corporales y del propio yo Comparación con los del mismo sexo Sensaciones placenteras eróticas Necesidad de intimidad	Mayor aceptación del cuerpo Preocupación para hacer el cuerpo más atractivo	Aceptación de la propia imagen Preferencias establecidas
Independencia	Ambivalencia. Necesidad de independencia Nostalgia de dependencia Desacuerdos y enfrentamientos con los padres	Mayor conflictividad con los padres Transgresión de lo normatizado Mayor fuerza en sus opiniones	Vuelve apreciar el valor y el consejo de sus padres Mayor integración en el área social
Amigos	Mayor contacto con amigos del mismo sexo Inseguridad y necesidad de	Vital importancia del grupo de amigos Conformidad con los valores del grupo de amigos	Relaciones íntimas Formación de parejas Se comparten sobre todo las experiencias

	reafirmación por el grupo de iguales		
Identidad	Evolución del pensamiento abstracto Idealización de las vocaciones Menor control de los impulsos Mayor mundo de fantasías	Sentimientos de invulnerabilidad y omnipotencia Mayor capacidad intelectual Apertura de sentimientos Comportamientos arriesgados Gran creatividad Conformación de la identidad sexual	Maduración desarrollo cognitivo, conciencia racional Concreción de valores y objetivos personales Mayor actividad sexual Capacidad para comprometerse y establecer límites Capacidad para prever.

Nota: Elaboración propia, fuente: Modificado de Neinstein (2009)

### 2.3 Vulnerabilidad

La vulnerabilidad refiere a la propensión, o susceptibilidad aumentada de experimentar dificultades o adversidades, debido factores específicos que se presentan en el entorno de los adolescentes que, a veces por su etapa de transición pueden ser vulnerables a diversos problemas como el estrés, la presión social, la falta de apoyo emocional o económico entre otros, este factor de vulnerabilidad puede estar influenciado por factores individuales, familiares, sociales, ambientales etc. Y que refiere a la vulnerabilidad social como inseguridad e indefensión (Veytia, 2017). Aludiendo a conceptos de inseguridad, indefensión cuando el sujeto está dentro de un contexto social y debe hacer frente sucesos que le generan impacto emocional

### 2.4 Ansiedad

Para el DSM V, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Los trastornos de ansiedad presentan al mismo tiempo miedo y ansiedad excesivos, con cambios conductuales asociados. El miedo es considerado como una respuesta emocional ante una amenaza inminente, que puede ser real o imaginaria, en tanto que la ansiedad es una respuesta anticipatoria a una futura amenaza. Sin duda ambas respuestas se solapan, pero se pueden diferenciar, el miedo está asociado a menudo a procesos de activación autonómica necesarios de defensa o la fuga, con pensamientos de inminente peligro y conductas de

huida, y la ansiedad está relacionada con la tensión muscular, así como un estado de vigilia debido a un peligro futuro y con conductas evitativas. En ocasiones, el estado en cuanto a nivel de miedo o ansiedad se ve disminuido por comportamientos evitativos que se generalizan. Las crisis de pánico dentro de los trastornos de ansiedad se presentan como una respuesta particular al miedo. Los trastornos de ansiedad presentan diferencias entre sí, por el tipo de objetos y según situaciones que llevan a sentir o inducen al miedo y la ansiedad o las conductas evitativas según sea la cognición asociada. La ansiedad se diferencia del miedo normal, por ser excesivos y persistentes, más allá de los periodos de desarrollo propios y se distinguen también cuando son persistentes o inducidos por estrés. DSM 5 P.189

Se tiene la siguiente clasificación dentro del DSM 5:

- Trastorno de ansiedad por separación 309.21 (F93.0)
- Fobia específica
- Trastorno de ansiedad social 300.23 (F40.10)
- Trastorno de pánico 300.01 (F41.0)
- Agorafobia 300.22 (F40.00)
- Trastorno de ansiedad generalizada 300.02 (F41.1)
- Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos
- Trastorno de ansiedad debida a otra afección médica 293.84 (F06.4)
- Otro trastorno de ansiedad especificado 300.09 (F41.8)
- Otro trastorno de ansiedad no especificado 300.00 (F41.09)

## **2.5 Comorbilidad**

Estudios afirman la presencia de dos a o más trastornos o condiciones que se presentan, afectan la salud mental de los adolescentes; en referencia a los síntomas de ansiedad que pueden ser infradiagnosticados, aumentar el riesgo de síntomas de depresión que puede darse en esta población. La ansiedad y la depresión son condiciones comórbidas tanto a nivel clínico como subclínico. Los adolescentes que refieren problemas de ansiedad también tienen mayor riesgo de presentar problemas de humor y viceversa (Fonseca, et al., 2023). Los trastornos depresivos y de ansiedad en la etapa adolescente pueden presentar síntomas concurrentes, lo que sugiere la existencia de comorbilidad, y que afectan la funcionalidad de su vida con mayor propensión la ideación suicida (Pereira da Silva, Santos, Fiorim, & Faro, 2022).

### CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO

**Hipótesis:** Existe una prevalencia media de síntomas de depresión en adolescentes que viven en Santa Cruz de la Sierra. Además, los síntomas de depresión presentan una relación positiva y significativa con síntomas de ansiedad presentes en la misma población. Finalmente, la percepción de ausencia de apoyo familiar está más presente en adolescentes con síntomas de depresión.

**Operacionalización de variables** A continuación se presenta las variables de la presente investigación, incluyendo una definición conceptual según los autores más relevantes, la definición operacional delimitada para el estudio y las dimensiones en las que se espera clasificar los datos obtenidos.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones o niveles
Depresión	Estado de humor caracterizado por tristeza, irritabilidad, sentimientos de culpabilidad o de inutilidad, disminución de interés e iniciativa, incapacidad generalizada para experimentar placer, dificultades para mantener la atención, agitación o lentitud psicomotora, alteraciones del sueño y del apetito e ideación suicida, (Hetrick, et al., 2021)	Resultados del test BDI-2  (Beck, Steer, & Brown, 1996)	Por rangos: 1 a 10 Altibajos considerados normales 11 a 16 Disturbios suaves del humor 17 a 20 Depresión clínica fronteriza 21 a 30 Depresión moderada 31 a 40 Depresión severa Mas de 40 Depresión extrema

Ansiedad	La ansiedad es una respuesta subjetiva más estable frente a la activación del miedo. Implica un complejo patrón de respuestas fisiológicas, afectivas, conductuales y cognitivas que se ponen en marcha cuando algunos hechos son interpretados como amenazantes para nuestros intereses vitales (Clark & Beck, 2010)	Resultados del test BAI  (Beck, Norman, Gary, & Robert, 1988)	Por Rangos: 0 a 9 En absoluto 10 a 18 Ansiedad leve 19-a 29 Ansiedad moderada 30 a 63 Ansiedad grave. (Suarez & Espinoza, 2014)
Percepción de Apoyo Familiar y Social	La familia como núcleo importante de protección, aceptación, socialización, también puede considerarse como un factor de protección, o de riesgo, en esta época se conoce diferentes tipos de familia con características y roles particulares según los contextos Gómez et al. (2021)	Resultados del Test Apgar Familiar	17 a 20 puntos Normal 16 a 13 puntos Disfunción leve 12 a 10 puntos Disfunción moderada Menor o igual a 9 Disfunción severa. (Suarez & Espinoza, 2014).

	resalta la importancia de una familia cohesionada que establece vínculos positivos entre sus miembros:		
--	--	--	--

Nota: Elaboración propia

### 3.1 Enfoque de la investigación

La presente investigación está enmarcada dentro de la Psicología Clínica, ya que explora el estado de salud mental de los participantes y las posibles necesidades de intervención en una población determinada dentro de la sociedad (Cifuentes, 2004). Adicionalmente, se caracteriza por un enfoque cuantitativo en la medición de variables y por el uso de técnicas estadísticas para el análisis de las mismas.

Los instrumentos utilizados han sido aplicados previamente en diferentes países y cuentan con estudios que respaldan su validez, confiabilidad y estandarización para Latinoamérica.

### 3.2 Tipo de Investigación

Se realizó un estudio descriptivo correlacional. Es descriptivo respecto a la prevalencia de síntomas de depresión y ansiedad de manera independiente. Y es correlacional porque busca analizar si estas variables se presentan de maneras similares en la población establecida. Adicionalmente, se explora la relación de la sintomatología de depresión con la percepción de apoyo familiar y social por estudiantes de nivel secundario en 3 diferentes Distritos Municipales de la ciudad.

La recopilación de datos se llevó a cabo a través de instrumentos cuantitativos para cada variable.

Respecto a la temporalidad, se trata de una investigación transversal, ya que recoge datos y estudia aspectos de desarrollo de un momento determinado en la vida de los participantes (Ramírez I. , 2010).

### 3.3 Métodos de investigación

La presente investigación está enmarcada dentro del método hipotético-deductivo ya que realiza análisis, deducciones, proposiciones tanto para la construcción de la hipótesis, así como para comprobar, sus enunciados deducidos, utilizando la reflexión racional y la

deducción para contrastar los enunciados empíricos y realizar formulaciones de su hipótesis en relación a su objeto de estudio (Ramírez I. , 2010).

### 3.4 Técnicas y/o instrumentos

**Diseño:** El diseño siguiendo la clasificación de Hernández Sampieri et al. (128) (Sampieri, 2014) es no experimental, descriptivo (tipo explicativo) cuantitativo y de carácter transversal, la muestra que ha sido objeto de estudio no está aleatorizada, ha sido autoseleccionada, obedeciendo a razones de la misma Unidad Educativa y sus actividades y sobre las cuales no se ha tenido ninguna influencia (Ramírez I. , 2010).

**Población:** Conformada por adolescentes estudiantes de nivel secundario de unidades educativas fiscales de 3 distritos municipales: 1,2 y 5 de la ciudad de Santa Cruz de la Sierra

#### a) Universo:

Para esta investigación se tomó en cuenta el total de alumnos inscritos en nivel secundaria en el Distrito 1 de Educación, de la ciudad de Santa Cruz de la Sierra, Bolivia. Esto corresponde a los Distritos Municipales 1,2 y 5. La tabla Nro. 2.4.1 detalla los datos proporcionados por el Servicio Departamental de Educación (SEDUCA), reportando 24.498 estudiantes inscritos de Unidades Educativas Fiscales, de los cuales 12.037 son mujeres y 12.461 son varones según Estadística SEDUCA, (2023)

#### ***Ilustración 1. Total, población estudiantes sistema público.***

**Distrito de Educación: 1 Total población estudiantes sistema público: Mujer 12.037, varones 12.461 Total: 24.498**

47	Público	Mujer	2.349	2.219	2.044	2.007	1.688	1.730	12.037
48		Varón	2.600	2.413	2.146	2.060	1.742	1.500	12.461
49		<b>Total Público</b>	<b>4.949</b>	<b>4.632</b>	<b>4.190</b>	<b>4.067</b>	<b>3.430</b>	<b>3.230</b>	<b>24.498</b>
50	Privada	Mujer	1.165	1.191	1.104	1.078	1.061	1.017	6.616
51		Varón	1.201	1.222	1.106	1.089	1.000	971	6.589
52		<b>Total Privada</b>	<b>2.366</b>	<b>2.413</b>	<b>2.210</b>	<b>2.167</b>	<b>2.061</b>	<b>1.988</b>	<b>13.205</b>
53	<b>Total Santa Cruz 1</b>		<b>7.315</b>	<b>7.045</b>	<b>6.400</b>	<b>6.234</b>	<b>5.491</b>	<b>5.218</b>	<b>37.703</b>

Nota: Planilla de estadísticas de alumnos inscritos nivel secundario del Seduca al 20/11/23

#### b) Método de muestreo

**Muestra:** La muestra está compuesta por estudiantes reclutados bajo un modelo de muestreo por conveniencia en función de su ubicación geográfica y de la accesibilidad de cada Unidad Educativa Fiscal. Se apuntó a recabar datos de al menos una Unidad Educativa. por Distrito Municipal, accediendo a las Unidades Educativas Kurt Richter (Distrito 1), y Ana

María Vaca Diez 1 (Distrito 2) y Florida (Distrito Municipal 5). Los criterios de inclusión y exclusión para que una persona participe en el estudio se detallan en la tabla 2.4-1:

**Tabla 4. Criterios de selección**

Inclusión	Exclusión
Ser estudiante regular de la unidad educativa seleccionada.	No pertenecer a la unidad educativa o no estar inscrito regularmente.
Tener la edad de 10 a 19 años que comprende la adolescencia.	Tener la edad menor a 10 años y mayor a 19 años.
Estar cursando el nivel secundario (1ero a 6to curso).	Estar cursando el nivel primario.

Nota: Elaboración propia

c) Tamaño de la muestra.

La muestra está constituida por un total de 600 estudiantes hombres y mujeres, comprendidos en la edad de 10 a 19 años, con un nivel de confianza del 95% y un margen de error de 4 puntos (Ilustración 3-2).

**Ilustración 2. Selección de muestra.**

**Calculadora de muestra**

Nivel de confianza:  95%  99%

Margen de Error:

Población:

Tamaño de Muestra:

*Calculadora de muestra*

Los estudiantes están inscritos dentro del subsistema de educación regular, y bachillerato técnico humanístico. Los cursos fueron seleccionados por el director/a de cada Unidad Educativa, de acuerdo a la disponibilidad de tiempo. La evaluación se realizó en forma física y dentro del aula. Del total de la muestra, 77 evaluaciones fueron descartadas por no haber llenado el formulario completamente o por contener errores como doble respuesta en un mismo ítem. Por lo tanto, los análisis estadísticos se condujeron considerando un total 533 estudiantes.

### 3.5 Instrumentos

A continuación, se proporciona detalles sobre las características psicométricas de los instrumentos utilizados.

**Escala Auto aplicable de depresión de BDI-2:** Desarrollado BDI-2, Steer y Brown en 1996. Se trata de un auto informe que mide síntomas de depresión en adolescentes y adultos. Consta de 21 reactivos que valora la gravedad de los síntomas durante las últimas 2 semanas. Cada reactivo está conformado por una escala descriptiva de cuatro opciones que van del 0 al 3. A mayor puntuación, mayor gravedad de la sintomatología presente, con la puntuación total oscilando entre 0 y 63 puntos. El tiempo estimado de administración es de 5 a 10 minutos de manera colectiva. Según el manual de Brenlla & Rodríguez (2006). Los puntajes totales son clasificados bajo las siguientes categorías:

- 1 a 10: Altibajos considerados normales.
- 11 a 16:        Disturbios suaves del humor.
- 17 a 20:        Depresión clínica fronteriza.
- 21 a 30:        Depresión moderada.
- Mas de 40:     Depresión extrema.

En Latinoamérica, fue adaptado a la población argentina por Brenlla & Rodríguez (2006) mexicana por Hernández-Guzmán (2012), Beltrán et al. (2012) y colombiana por Maldonado et al. (2021). La escala presentó una confiabilidad alta en todas las ocasiones, reportando un alfa de Cronbach de 0.88, 0.89 y 0.91 respectivamente. En la presente investigación se utilizó la versión argentina, por la proximidad geográfica y cultural.

**Inventario de Ansiedad de BAI:** Desarrollada por Beck et al. (1988) para evaluar la presencia de síntomas físicos y cognitivos de ansiedad. Al igual que el BDI-2, se trata de una escala auto aplicable que consta de 21 ítems que se puntúan individualmente del 0 (nada en absoluto) a 3 (gravemente, casi no puedo soportarlo). A mayor puntaje seleccionado, mayor intensidad en la presencia del síntoma. Los puntajes totales posibles oscilan entre 0 y 63 puntos. El tiempo estimado de administración es de 5 a 10 minutos. Según el manual de Beck y Steer, (1990):

- 0 a 9 En absoluto
- 10 a 18 Ansiedad leve
- 19 a 29 Ansiedad moderada
- 30 a 63 Ansiedad grave.

El Inventario de Ansiedad de Beck BAI, ha sido validado en numerosos estudios, así tenemos: La versión española del test de ansiedad de Beck, los autores fueron: Jesús Sanz,

Frédérique Vallar, Elena de la Guía y Ana Hernández, el cual fue publicado el test en su adaptación española en 2011. De igual manera en una muestra de 150 pacientes en el Perú un estudio demostró validez y confiabilidad del instrumento BAI con una elevada consistencia interna, con un valor de alfa de Cronbach entre 0,90 y 0,94 (Palomino, 2019).

**-Cuestionario para la evaluación de la funcionalidad familiar - apoyo familiar y social (APGAR):** Desarrollado originalmente por Smilkstein en 1978. Este test es útil para conocer si la familia puede considerarse un recurso para los individuos del grupo, o si por el contrario influirá empeorando su situación (Bellón et al.,1996). Recoge información sobre la percepción del adolescente sobre sus relaciones familiares y sociales. El test original cuenta con cinco componentes familiares: Adaptación, participación, gradiente de recursos, afectividad y capacidad resolutive. Por otra parte, la modificación del APGAR Familiar realizada por Arias (1994), incluye dos ítems para el relacionamiento con amistades. Las preguntas de tipo Likert cuentan con cinco opciones de respuesta que van desde el 0=nunca hasta el 4=siempre (Suarez & Alcalá, 2014).

La validación del APGAR familiar inicialmente demostró un índice de correlación de 0.80 entre este test y otro instrumento validado como Pless-Satterwhite Family Function Index. Posteriormente, las propiedades psicométricas del APGAR familiar se evaluaron en múltiples investigaciones (Suarez & Alcalá, 2014), proyectando índices de correlación que puntuaban entre 0.71 y 0.83, para diversas realidades.

### 3.6 Procedimientos

Primer paso: Selección y reuniones a las unidades educativas, donde se hizo llegar una carta de la Universidad Andina Simón Bolívar explicando el motivo de la evaluación y solicitando el permiso de ingreso

Segundo paso: Asignación de los cursos por la dirección de la unidad educativa y aplicación de manera física de los siguientes instrumentos: Beck BDI-2, BAI y APGAR familiar y social en ambientes del mismo colegio

Tercer paso: Procesamiento, análisis e interpretación de datos

### 3.7 Análisis de Datos

Se utilizó para el análisis y procesamiento de información, el programa con un sistema estadístico como el IBM SPSS en su versión 27, con técnicas estadísticas del nivel descriptivo para obtener porcentajes, frecuencias absolutas, e inferencias, así como la prueba de correlación de Spearman y análisis de regresión lineal simple mediante R que permitió establecer el estado del grado de dependencia entre depresión, ansiedad y la percepción de apoyo familiar y social según el objeto de estudio

## **CAPÍTULO IV. MARCO TEÓRICO**

La Terapia cognitiva conductual cuenta con bases filosóficas que estarían relacionadas a la filosofía oriental (Gilbert, 2010; Robertson, 2010). Donde el hombre surge y crea el mundo con sus pensamientos es movido por la visión que tiene de las cosas, o del mundo.

La terapia cognitiva surge a inicios de los años 60 con los Dres. Aaron T. Beck y Albert Ellis, sus puntos de partidas que se han considerado como bases filosóficas están relacionadas con las escuelas de pensamiento más antiguas, con el estoicismo griego como de Zenón de Citio, Crisipo, Cicerón, Séneca, Epicteto y Marco Aurelio.

Las Terapias Cognitivas Conductual (TCC) desde el inicio sustentó una posición epistemológica ligada al constructivismo, es decir: el conocimiento es una construcción del sujeto. Por lo tanto, al construir su realidad debe hacerlo mediante estructuras y procesos que le darán sentido y significado a su experiencia (Robertson, 2010).

De ser así las personas necesitan procesar de manera correcta la información que tiene del medio interno y externo, organizarla y construir una visión coherente de sí mismo y del mundo. Para el psiquismo esta sería una de las funciones básicas por las que puede, dar sentido a las experiencias, poder realizar la construcción de un sistema cuya finalidad es la de predecir y explicar nuestras experiencias y las relaciones con nuestro medio (Rodríguez Biglieri & Vetere, Manual de terapia cognitiva conductual de los trastornos de ansiedad, 2011).

Por ello la importancia de dichas estructuras de procesamiento de la información por que están relacionadas con la formación de nuestra cosmovisión y la posibilidad de que, su afectación, determine diferentes tipos de alteraciones que redunden en disfunciones y problemas adaptativos (Rodríguez Biglieri & Vetere, Manual de terapia cognitiva conductual de los trastornos de ansiedad, 2011).

### **4.1 Modelo cognitivo de la depresión: Pensamientos negativos automáticos, las distorsiones cognitivas y los esquemas disfuncionales**

Para un enfoque cognitivo sobre la conceptualización y tratamiento de la depresión se inicia tomando en cuenta la observación de los procesos, las estructuras y los productos cognitivos comunes que parecen mediar y moderar los casos de depresión (Beck A. , 1991) La perspectiva cognitiva considera un modelo de diátesis estrés donde los acontecimientos, las conductas y los estados de ánimo están interconectados de manera recíproca. Las cogniciones, conductas y estados de ánimo interactúan en un proceso complejo de procesamiento de información, regulación conductual y motivación, donde funcionan como mecanismos de retroalimentación entre sí. Así mismo la perspectiva cognitiva relaciona a los

primeros sucesos y aprendizajes de la vida en la creación de patrones de procesamiento de información denominados “esquemas” (Freeman & Oster, 2007).

### **Esquemas cognitivos**

Para las TCC dentro del modelo de Aaron Beck, se postula que las distorsiones cognitivas y los errores de pensamientos, conforman los esquemas, que tienen que ver mucho con la depresión y estos esquemas se forman de conductas y experiencias pasadas que modelan la forma de percibir e interpretar el mundo y la persona misma (Beck A. , 1976; Segal, 1988).

De esta manera son considerados como filtros cognitivos que van a escanear, codificar y evaluar toda la información interna y externa que recibe la persona y decidir el curso de acción involucrando la percepción, codificación, organización, almacenamiento y recuperación de la información. Cuando las personas con depresión se enfrentan a estímulos que coinciden con sus patrones de pensamientos, procesan y recuerdan esa información, mientras que tienden a ignorar y olvidar la información que no se ajusta a esos patrones (Vázquez, Hervás, Hernangómez, & Romero, 2010).

En este entendido las personas depresivas presentan estos: “*Esquemas de procesamiento sesgado*”, ya que presentan esquemas con contenidos cuya estructura tiene reglas y creencias inflexibles, poco realistas conectadas a recuerdos de la infancia (Calvete & Estévez, 2009).

Y cuando una persona vivencia un suceso estresante similar al de la infancia estos esquemas se activan con los errores sistemáticos de procesar la información que son congruentes con el esquema y que llevan al tipo de cogniciones de la triada cognitiva, es decir, una visión negativa de sí misma, visión negativa del mundo y visión negativa del futuro (Calvete & Estévez, 2009).

Según investigaciones de (Vázquez, Hervás, Hernangómez, & Romero, 2010; Beck, Brown, Steer, Eidelson, & Riskind, 1987) postula que:

- Las personas que presentan depresión tienen una característica principal a nivel cognitivo y son los pensamientos negativos y estos determinan como percibe la realidad de manera que al activarse los esquemas disfuncionales van a presentar una serie de errores cognitivos en todos los niveles de procesamiento como ser en los niveles de atención, memoria, interpretación y atribución causal.
- Estos esquemas de acuerdo a su nivel de activación pueden ser explícitos y fácilmente detectables o estar latentes, y no manifestarse siendo muy extremos e inflexibles, para Beck “*Estas características contribuyen a la vulnerabilidad a la depresión; por lo que*

*a este tipo de esquemas se les define como disfuncionales, los cuales permanecen latentes hasta que se activan con los acontecimientos vitales estresantes”.*

### **Distorsiones Cognitivas**

Los patrones de pensamiento erróneo presentes en la mente de quienes padecen depresión perpetúan la convicción de que sus pensamientos negativos son válidos, incluso cuando existe pruebas que lo contradicen (Beck A. , 1967). Estos se clasifican en: La inferencia arbitraria, abstracción selectiva, generalización excesiva, maximización y minimización, personalización (Freeman & Oster, 2007).

Detallamos las distorsiones cognitivas más comunes que se dan en la depresión según Freeman & Oster (2007):

- La inferencia arbitraria ocurre cuando la persona saca conclusiones que no están en consonancia con la evidencia objetiva. Una persona que está deprimida hace interpretaciones negativas de los acontecimientos,
- La personalización implica la asignación inapropiada de significados de autoevaluación a las situaciones. Una persona deprimida atribuye las experiencias de fracaso y de pérdida a sí misma, descartando los factores atribuibles a la situación o a los demás.
- La abstracción selectiva ocurre cuando una persona atiende en exceso a la información consistente con el esquema y no presta atención a la información no consistente con estas suposiciones. Es un ejemplo de sesgo confirmatorio en el procesamiento de la información. En la depresión, la persona busca información consistente con sus puntos de vista negativos sobre sí mismo, el mundo y el futuro, y no busca, ni percibe, ni ve como válida la información que contrasta con este punto de vista.
- La sobre generalización se refiere a aplicar conclusiones apropiadas para un caso específico a toda una clase de experiencias basándose en las similitudes percibidas.
- La magnificación y la minimización ocurren cuando la persona atiende en exceso, y exagera la importancia de, aspectos negativos de la experiencia y descarta o infraestima la relevancia de la experiencia positiva.

### **Pensamientos Automáticos**

Son productos mentales negativos sesgados que, ante un acontecimiento crítico, activan los esquemas disfuncionales, como consecuencia de ello, devienen los sesgos de procesamiento. En consecuencia, surgirían los productos mentales negativos sesgados, que

también son llamados pensamientos automáticos negativos (ejemplo: soy un estúpido, no valgo para nada, etc.) que reflejan una visión negativa de uno mismo, del mundo y del futuro aludiendo a la triada cognitiva (Veytia, 2017).

### **La Triada Cognitiva**

Dentro de las teorías cognitivas se toma en cuenta como el sujeto hace una interpretación de los estímulos y que la depresión se debe a la interpretación errónea de esos estímulos que hace una persona y esto interfiere en su pensamiento y comportamiento. Beck & Wright (1983) postula una teoría del enfoque cognitivo en la interpretación errónea que hace el individuo de los estímulos externos y postula tres conceptos:

- Estos tres conceptos son básicos en esta teoría y se denominan: Los esquemas, que casi siempre son disfuncionales, que hacen referencia a las creencias centrales que enmarcan las interacciones del individuo; la triada cognitiva que son los pensamientos del individuo acerca de sí mismo, el mundo y el futuro; y los pensamientos automáticos, que se refieren a aquellos pensamientos involuntarios que generan la reactividad emocional del individuo. Los esquemas disfuncionales, una percepción negativa de sí mismo, del mundo y del futuro, son errores en el procesamiento de información, serían los procesos que subyacen a la depresión (Veytia, 2017).
- La depresión se caracteriza por tristeza permanente, una visión negativa de uno mismo, autocrítica, sentimientos de culpa, evitación de actividades, síntomas físicos y alteraciones en el nivel de actividad físico, los esquemas cognitivos disfuncionales dan lugar a los síntomas ya que el sujeto tiene una visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro, estos esquemas son rígidos, absolutistas y van a interferir en la información positiva, dando lugar a pensamientos automáticos negativos, sesgados, que generan problemas emocionales porque son sesgados y la persona depende de las creencias que tiene sobre sus experiencias de vida (Contreras, Hernández, & Ángel, 2015).

#### **4.2 Perspectiva cognitiva conductual de la respuesta de ansiedad**

Inicialmente es importante distinguir dos conceptos que suelen confundirse como sinónimos, como son el miedo y la ansiedad y son totalmente diferentes. El miedo se considera una respuesta primitiva y adaptativa que se emite ante la percepción de un peligro, va acompañada de cambios en distintos niveles, cuya finalidad es proteger a la persona de esa posible amenaza detectada, se resalta de que para que esta respuesta de temor se desencadene, no es ante un peligro real, sino ante la percepción subjetiva que hace la persona de ese peligro que lo percibe como amenazante. En esta respuesta no interviene

ninguna elaboración consciente, es inmediata y automática, y está mediada por un procesamiento automático de la información (Rodríguez Biglieri & Vetere, 2019).

El miedo se da como reacción ante algunos estímulos como ruidos, sonidos fuertes, según las experiencias de aprendizaje puede darse un aumento en los estímulos que desencadenan la reacción del miedo como respuesta; para que esta reacción sea considerada como una percepción de amenaza, es que el sujeto evalúa a la luz de los recursos que dispone y las probabilidades de materializarse la amenaza, esto provoca un estado emocional más duradero que el miedo y se denomina ansiedad. La ansiedad se considera una respuesta subjetiva más duradera que la activación del miedo. Involucra una serie compleja de respuestas fisiológicas, emocionales, conductuales y cognitivas que se desencadenan cuando percibimos ciertos eventos como amenazas para nuestros intereses vitales (Clark & Beck, *Cognitive theory and therapy of anxiety and depression: Convergence with neurobiological findings*, 2010).

Aunque el miedo subyace en todos los trastornos de ansiedad, es la persistencia de la ansiedad la que les otorga su naturaleza patológica. Es importante destacar que no todas las reacciones de ansiedad son intrínsecamente patológicas, sino aquellas que interfieren con los objetivos vitales del individuo. Las respuestas involucradas en la ansiedad son: Respuesta fisiológica, respuesta comportamental, respuesta cognitiva, síntomas afectivos que son procesos en continua interrelación.

Los procesos fisiológicos tienen que ver con el sistema nervioso autónomo, la rama simpática y parasimpática, son activados por estos sistemas que tienen como finalidad preparar al organismo para reaccionar en contextos que son percibidos como amenazantes o peligrosos. Las manifestaciones fisiológicas de ansiedad son: taquicardia, tensión muscular, sudoración, hiperventilación, opresión torácica, parestesias, entre otras.

En cuanto a los procesos conductuales refieren a manifestaciones conductuales que se generan con la finalidad de prevenir, controlar, luchar o huir del peligro, estas respuestas son de abandono, paralización, evitación, búsqueda de seguridad, estas conductas asociadas a la ansiedad interfieren, limitan o deterioran el funcionamiento diario de la persona en áreas importantes de su vida.

En los procesos cognitivos están el procesamiento de la información relevante que hace el sujeto sobre la situación y de sí mismo; el miedo, la autopercepción de indefensión, la aprensión, la escasa concentración y memoria, las dificultades de razonamientos, la sensación de irrealidad, así como la despersonalización son manifestaciones cognitivas de la ansiedad.

En cuanto a los procesos afectivos están relacionados con la experiencia subjetiva de la sensación ansiosa, comprende procesos de reevaluación cognitiva de la propia activación fisiológica de ansiedad. Estas respuestas afectivas se forman por afectos negativos displacenteros de nerviosismo, agitación, tensión, aprehensión que manifiestan el malestar subjetivo vivenciado (Barlow & Durand, 2001; Clark & Aaron, 2012).

### **4.3 Apoyo Familiar y Social**

La familia, como pilar fundamental de la sociedad, satisface las necesidades físicas de seguridad, promueve la procreación, enseña habilidades socioculturales y fomenta objetivos de vida ente sus miembros mediante el control del entorno y la aceptación mutua. Como las familias se organizan, funcionan en su dinámica, reflejan un grado de salud familiar, que va llevar a un crecimiento y estabilidad y cohesión realizando ajuste y cambios según su ciclo de desarrollo

Una clasificación estaría relacionada en función de su estructura como familia, nuclear, reconstruida, extensa, modificada, atípica según número de personas rangos de edad y sexo. Existen varios factores de riesgo que afectan la estructura y funcionamiento familiar, en la etapa adolescente, como: Embarazo en la adolescencia, migración de uno de los progenitores, disgregación familiar por separaciones o muerte de una de las figuras parentales que están relacionadas a la depresión (Cusihuamán, et al., 2018)

En la actualidad, existen diversas estructuras familiares, que van desde nucleares, extensas hasta las anucleares, las cuales se caracterizan por las distintas interacciones entre sus miembros y los métodos utilizados para fortalecer los lazos y la comunicación dentro del grupo familiar. Destacar la cohesión familiar que es crucial y que funciona como un indicador de satisfacción y sentido de identidad. Este vínculo emocional y sentimental fortalece la unión familiar y desempeña un papel fundamental en el desarrollo psicológico y social de todos sus miembros. Es especialmente relevante para los adolescentes, ya que contribuye positivamente a su salud mental (Gómez, Matagira, Agudelo, Berbesi, & Morales, Cohesión familiar y factores relacionados en adolescentes escolarizados, 2021).

Investigaciones refieren una relación entre adolescentes depresivos y familias con patrones disfuncionales, poca cohesión, sentido de pertenencia, cercanía ente otros, y remarcan la importancia de la relación entre adolescentes con síntomas depresivos y sus padres, y que la ausencia del vínculo y el apoyo emocional tienen incidencia en el desarrollo de la depresión (Serna-Arbeláez, et al., 2020).

En cuanto al contexto social se considera un factor importante los grupos de amigos y la ausencia de redes sociales positivas.

En esta línea, las interacciones entre los adolescentes y su grupo de iguales, como sus amigos, también pueden representar un factor de riesgo. Varios autores han analizado el papel de los compañeros y su influencia en la depresión. La investigación ha revelado que la conexión con amigos y las características positivas de estos se relacionan de manera negativa con los síntomas depresivos, a diferencia de las cualidades negativas en los amigos, que se asocian positivamente con dichos síntomas (González, Pineda, & Gaxiola, 2018).

La falta de apoyo social también está vinculada a la depresión, ya sea por la pertenencia a un grupo que brinda aceptación o rechazo, lo cual está influenciado por la percepción de uno mismo o por la carencia de habilidades sociales. La falta de un grupo de pares y las interacciones sociales negativas pueden ocasionar mayores desafíos en el bienestar psicológicos de los adolescentes. En contraste, las interacciones sociales positivas y el fortalecimiento o mantenimiento del apoyo social contribuyen al bienestar de los adolescentes. En ese sentido Sánchez, Guzmán y Cáceres (2005) evalúan el impacto de los iguales en la ideación suicida del adolescente y realizan un aporte importante dentro de sus hallazgos que señalan que los adolescentes con diagnóstico depresivo tienen una tendencia a imitar las conductas suicidas de sus amigos (Ramírez J. A., 2015).

Por otro lado, en población adolescente, algunas causas que generan ansiedad aluden a los cambios a nivel biológico, experiencias de acontecimientos traumáticos, familias con algún antecedente de ansiedad, así como familias que se encuentran en conflictos, aunque no sea violencia, pero generan, preocupaciones, tensión, estrés e inestabilidad, entre otros. Durante la etapa del desarrollo el adolescente necesita de la atención de sus progenitores, aunque existan varios miembros, la comunicación debe ser para todos (Díaz & Santos, 2018; Caguana & Tobar, 2022).

Los adolescentes que refieren un nivel de ansiedad elevado es probable que dentro de su entorno familiar tengan problemas y desacuerdos, al contrario, si percibe el apoyo familiar dentro de sus propios cambios y desarrollo de la adolescencia el nivel de la ansiedad disminuirá.

La familia tiene un rol importante para la formación y bienestar de los adolescentes, si hay poca apertura a la adaptación o a cambios afectivos, una comunicación débil y no se abre a una negociación o solución de los problemas, los adolescentes percibirán a la familia como un entorno rígido, este factor del funcionamiento familiar se relaciona con la ansiedad y depresión, los niveles de ansiedad y depresión serán mayores si el adolescente proviene de una familia disfuncional (Caguana & Tobar, 2022).

## CAPÍTULO V. RESULTADOS

### 5.1 Describir Síntomas de Depresión BDI-2, cuadro con frecuencia, % mínimos, máximos y promedio.

A continuación, se presentan los resultados obtenidos por toda la muestra en el BDI - 2 según cada ítem del cuestionario. Se puede observar que los síntomas presentes con mayor intensidad son: Autocrítica (m=1.15), Llanto (m=1.23), Indecisión (m=1.01) Pérdida de energía, (m= 1.04) Cambios en hábitos de sueños, (m=1.36) cambios en el apetito (m=1.10) y dificultad de concentración. (m=1.12)

Se destaca la puntuación media obtenida por toda la muestra para el sumatorio total del test, con una puntuación mínima de 0 y una máxima de 3.2 para cambios en los hábitos de sueño y cambios en el apetito.

**Tabla 5. Descripción BDI-2: Correlación de síntomas de depresión.**

		Estadísticas																				
		Tristeza	Pesimismo	Fracaso	Pérdida de placer	Sentimiento de culpa	Sentimiento de castigo	Disconformidad de uno mismo	Autocrítica	Pensamientos o Deseos Suicidas	Llanto	Agitación	Pérdida de Interés	Indecisión	Desvalorización	Pérdida de energía	Cambios en los Hábitos de Sueño	Instabilidad	Cambios en el Apetito	Dificultad de Concentración	Cansancio o Fatiga	Pérdida de Interés en el Sexo
N	Válido	526	526	526	526	526	526	526	526	526	526	526	526	526	526	526	526	526	526	526	526	526
	Perdidos	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
	Medio	.60	.72	.82	.84	.74	.81	.97	1.15	.57	1.23	.74	.97	1.06	.86	1.04	1.366	.61	1.183	1.12	.80	.40
	Mediana	.00	.00	.00	1.00	1.00	.00	1.00	1.00	.00	1.00	.00	1.00	1.00	.00	1.00	1.200	.00	1.100	1.00	1.00	.00
	Moda	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	.0	0	.0	1	1	0
	Rango	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3.2	3	3.2	3	3	3
	Mínimo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	.0	0	.0	0	0	0
	Máximo	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3.2	3	3.2	3	3	3

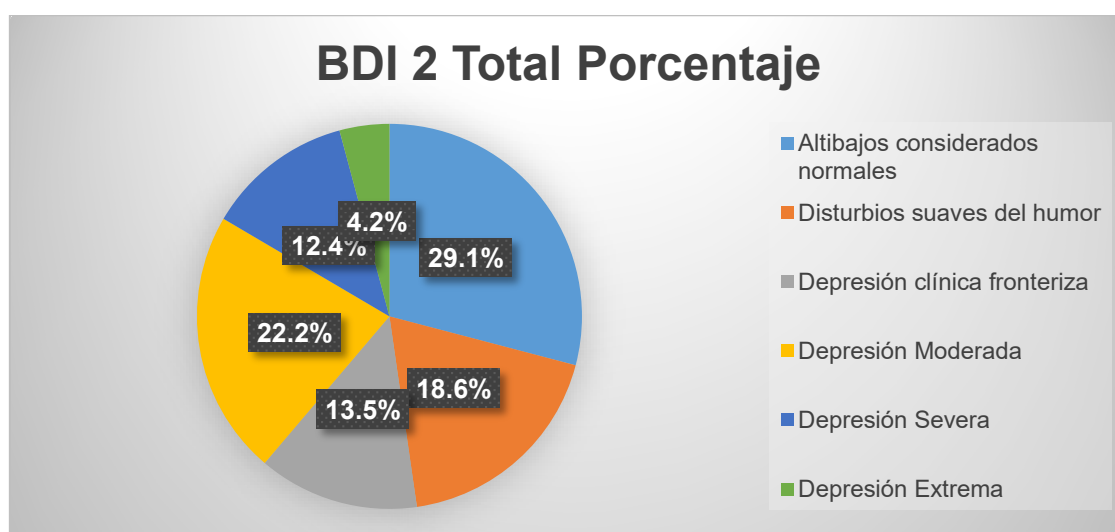
Nota: Elaboración propia

En los cuadros siguientes se muestra la distribución según la severidad del síntoma. El 29.1 % de la muestra presenta Altibajos considerados normales. Por otra parte, el 83.5 % de la muestra presenta síntomas de depresión moderada, (22.2%) depresión severa y un (12.4%) depresión extrema (4.2%)

**Tabla 6. Total, resumen frecuencia y porcentaje**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Altibajos considerados normales	153	28,2	29,1	29,1
	Disturbios suaves del humor	98	18,0	18,6	47,7
	Depresión clínica fronteriza	71	13,1	13,5	61,2
	Depresión Moderada	117	21,5	22,2	83,5
	Depresión Severa	65	12,0	12,4	95,8
	Depresión Extrema	22	4,1	4,2	100,0
	Total	526	96,9	100,0	
Perdidos	Sistema	17	3,1		
Total		543	100,0		

Nota: Elaboración propia

**Ilustración 3. BDI 2 total Porcentaje**

Nota: Elaboración propia

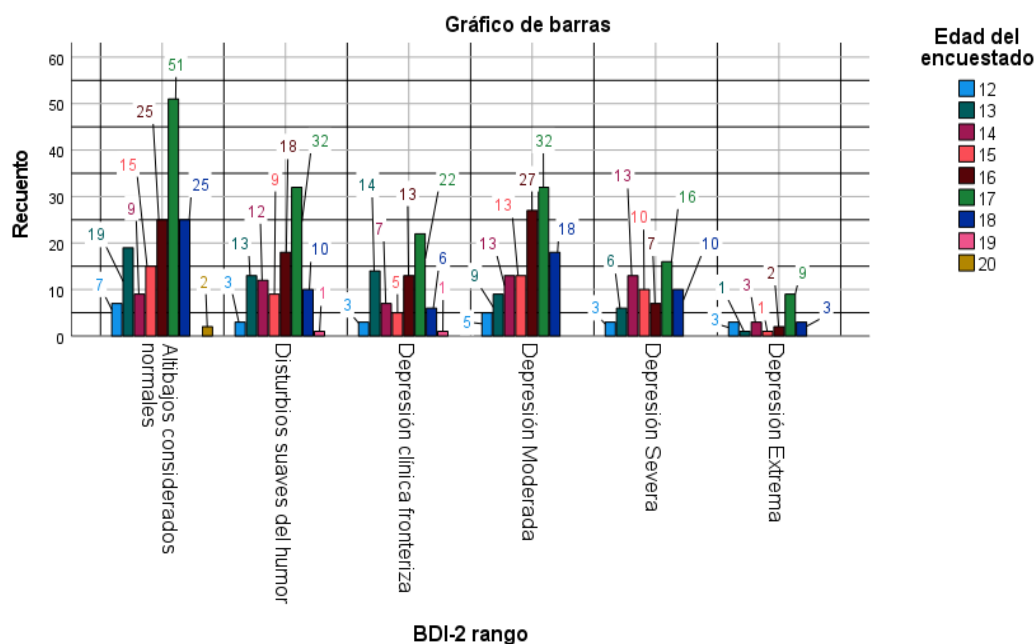
- Para todos los adolescentes y rango de edades.

**Tabla 7. BDI-1 vs Edad del encuestado**

			Edad del encuestado									Total
			12	13	14	15	16	17	18	19	20	
BDI-2 rango	Altibajos considerados normales	Recuento	7	19	9	15	25	51	25	0	2	153
		% dentro de Edad del encuestado	29,2%	30,6%	15,8%	28,3%	27,2%	31,5%	34,7%	0,0%	100,0%	29,1%
	Disturbios suaves del humor	Recuento	3	13	12	9	18	32	10	1	0	98
		% dentro de Edad del encuestado	12,5%	21,0%	21,1%	17,0%	19,6%	19,8%	13,9%	50,0%	0,0%	18,6%
	Depresión clínica fronteriza	Recuento	3	14	7	5	13	22	6	1	0	71
		% dentro de Edad del encuestado	12,5%	22,6%	12,3%	9,4%	14,1%	13,6%	8,3%	50,0%	0,0%	13,5%
	Depresión Moderada	Recuento	5	9	13	13	27	32	18	0	0	117
		% dentro de Edad del encuestado	20,8%	14,5%	22,8%	24,5%	29,3%	19,8%	25,0%	0,0%	0,0%	22,2%
	Depresión Severa	Recuento	3	6	13	10	7	16	10	0	0	65
		% dentro de Edad del encuestado	12,5%	9,7%	22,8%	18,9%	7,6%	9,9%	13,9%	0,0%	0,0%	12,4%
	Depresión Extrema	Recuento	3	1	3	1	2	9	3	0	0	22
		% dentro de Edad del encuestado	12,5%	1,6%	5,3%	1,9%	2,2%	5,6%	4,2%	0,0%	0,0%	4,2%
Total		Recuento	24	62	57	53	92	162	72	2	2	526
		% dentro de Edad del encuestado	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Nota: Elaboración propia

**Gráfico 1. Gráfico de barras BDI-2-rango**



Nota: Elaboración propia

La tabla Nro. 4.1-2 muestra la distribución de edades en la muestra contrastada con los niveles de depresión reflejados en el BDI-2. Algunos valores llamativos son la presencia de síntomas de Depresión Moderada superior al 20% en casi todas las edades, síntomas de Depresión Severa en estudiantes de 14 años (22,8%) y 15 años (18,9%), y síntomas de Depresión Extrema en estudiantes de 17 años (5,6%). Adicionalmente, el grafico 4.1-3 muestra los mismos datos

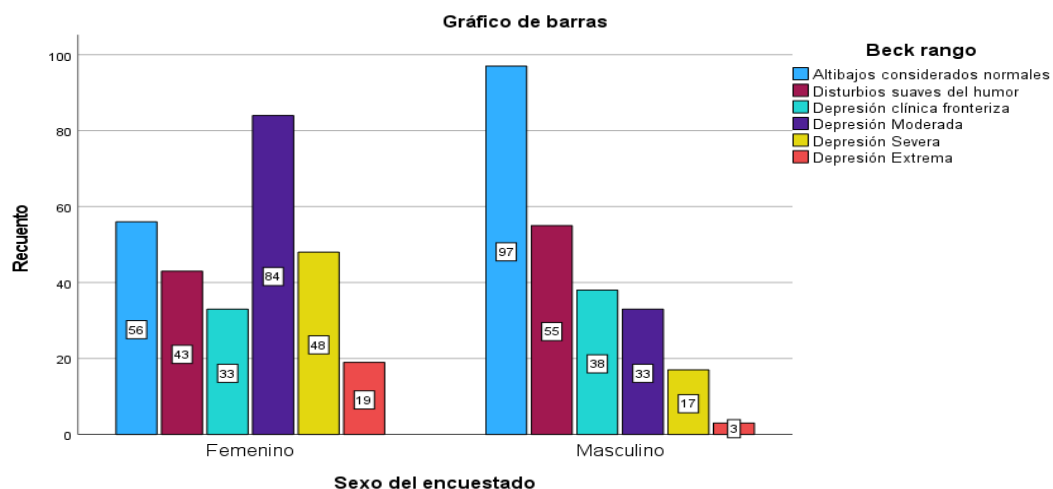
**Tabla 8. BDI-2 Correlación de síntomas de depresión y Sexo del encuestado.**

**Tabla cruzada Sexo del encuestado\*Beck rango**

Sexo del encuestado		Beck rango						Total
		Altibajos considerados normales	Disturbios suaves del humor	Depresión clínica fronteriza	Depresión Moderada	Depresión Severa	Depresión Extrema	
Femenino	Recuento	56	43	33	84	48	19	283
	% dentro de Sexo del encuestado	19,8%	15,2%	11,7%	29,7%	17,0%	6,7%	100,0%
	% dentro de Beck rango	36,6%	43,9%	46,5%	71,8%	73,8%	86,4%	53,8%
	% del total	10,6%	8,2%	6,3%	16,0%	9,1%	3,6%	53,8%
Masculino	Recuento	97	55	38	33	17	3	243
	% dentro de Sexo del encuestado	39,9%	22,6%	15,6%	13,6%	7,0%	1,2%	100,0%
	% dentro de Beck rango	63,4%	56,1%	53,5%	28,2%	26,2%	13,6%	46,2%
	% del total	18,4%	10,5%	7,2%	6,3%	3,2%	0,6%	46,2%
Total	Recuento	153	98	71	117	65	22	526
	% dentro de Sexo del encuestado	29,1%	18,6%	13,5%	22,2%	12,4%	4,2%	100,0%
	% dentro de Beck rango	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% del total	29,1%	18,6%	13,5%	22,2%	12,4%	4,2%	100,0%

Nota: Elaboración propia

**Gráfico 2. Sexo del encuestado**



Nota:Elaboración propia

Las puntuaciones síntomas depresivos en el BDI-2 varían según el sexo de los participantes. La tabla Nro. 4.1-3 muestra mayor porcentaje de mujeres con niveles de depresión moderada, (29.7%) severa, (17. %) y extrema (6.7%) en comparación con las puntuaciones obtenidas por varones., la ilustración del cuadro 4.1-3 proyecta los mismos datos.

- Por distrito municipal.

**Tabla 9. BDI-2 Correlación de síntomas de depresión y Distrito Municipal.**

**Tabla cruzada Beck rango\*Distrito municipal**

Beck rango			Distrito municipal			Total
			Distrito municipal 1	Distrito municipal 2	Distrito municipal 5	
Altibajos considerados normales	Disturbios suaves del humor	Recuento	64	36	53	153
		% dentro de Beck rango	41,8%	23,5%	34,6%	100,0%
		% dentro de Distrito municipal	43,0%	21,1%	25,7%	29,1%
		% del total	12,2%	6,8%	10,1%	29,1%
	Depresión clínica fronteriza	Recuento	30	28	40	98
		% dentro de Beck rango	30,6%	28,6%	40,8%	100,0%
		% dentro de Distrito municipal	20,1%	16,4%	19,4%	18,6%
		% del total	5,7%	5,3%	7,6%	18,6%
	Depresión Moderada	Recuento	15	20	36	71
		% dentro de Beck rango	21,1%	28,2%	50,7%	100,0%
		% dentro de Distrito municipal	10,1%	11,7%	17,5%	13,5%
		% del total	2,9%	3,8%	6,8%	13,5%
Depresión Severa	Recuento	29	43	45	117	
	% dentro de Beck rango	24,8%	36,8%	38,5%	100,0%	
	% dentro de Distrito municipal	19,5%	25,1%	21,8%	22,2%	
	% del total	5,5%	8,2%	8,6%	22,2%	
Depresión Extrema	Recuento	8	34	23	65	
	% dentro de Beck rango	12,3%	52,3%	35,4%	100,0%	
	% dentro de Distrito municipal	5,4%	19,9%	11,2%	12,4%	
	% del total	1,5%	6,5%	4,4%	12,4%	
Total	Recuento	3	10	9	22	
	% dentro de Beck rango	13,6%	45,5%	40,9%	100,0%	
	% dentro de Distrito municipal	2,0%	5,8%	4,4%	4,2%	
	% del total	0,6%	1,9%	1,7%	4,2%	
Total	Recuento	149	171	206	526	
	% dentro de Beck rango	28,3%	32,5%	39,2%	100,0%	
	% dentro de Distrito municipal	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	28,3%	32,5%	39,2%	100,0%	

Nota: Elaboración propia

cuanto Altibajos considerados normales, el Distrito Municipal Nro. 1 presenta un 12.17% y el Distrito Municipal Nro. 2 un el 6.84%.

En Disturbios suaves del humor el Distrito Municipal Nro. 5 presenta un 7.60% y el Distrito Municipal Nro. 2 un 5.32%

Depresión clínica fronteriza el Distrito Municipal Nro. 5 presenta un 6.84% y el Distrito Municipal Nro. 1 un 2.85%

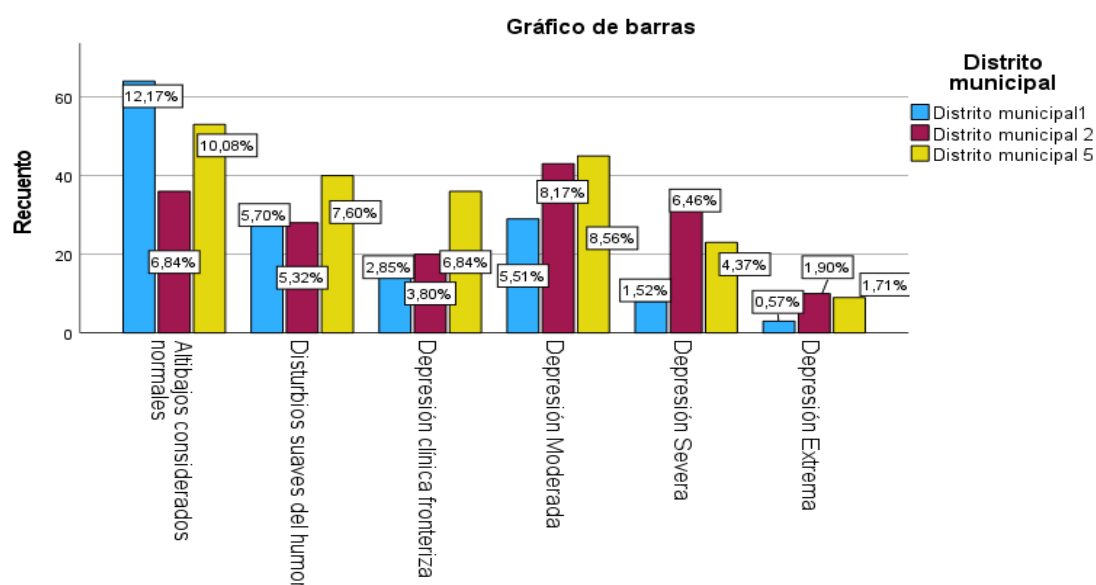
En Depresión moderada el Distrito Municipal Nro. 5 presenta un 8.56% y el Distrito Municipal Nro.1 el 5.51%

En Depresión Severa el Distrito Municipal Nro. 2 presenta un 6.46% y el Distrito Municipal Nro. 1 un 1.52%

En Depresión Extrema el Distrito Municipal Nro. 2 presenta un 1.90% y el Distrito Municipal Nro. 1 un 0.57%. Como detalla el gráfico de barra Nro.4.1-4

En la Ilustración 4.1-4 BDI-2 se observan los mismos porcentajes.

**Ilustración 4. BDI-2 Correlación de síntomas de depresión y Distrito Municipal.**



Nota: Elaboración propia

## 5.2 Descripción BAI correlación de síntomas de ansiedad cuadro con frecuencia, % mínimos, máximos y promedio.

A continuación, se presentan los resultados obtenidos por toda la muestra de los síntomas de ansiedad en el BAI según cada ítem del cuestionario. Se puede observar que los síntomas presentes con mayor intensidad son: Nervioso ( $m=1.47$ ), acalorado ( $m=1.46$ ), con temor que ocurra lo peor ( $m=1.38$ ), inquieto, inseguro ( $m=1.37$ ) Incapaz de relajarse, ( $m=1.27$ ) con miedo a perder el control, ( $m=1.24$ ) mareado o que se le va a la cabeza ( $m=1.24$ ) y sudores fríos o calientes. ( $m=1.22$ )

Se destaca la puntuación media obtenida por toda la muestra para el sumatorio total del test, con una puntuación mínima de 0 y una máxima de 22 para inquieto e inseguro, como refiere la Tabla 4.2-1. La tabla 4.2-1 describe los mismos datos.

**Tabla 10. Descripción BAI: Correlación de síntomas de ansiedad.**

		Estadísticos																				
		Tempe o entumescido	Acalorado	Contemplor en las piernas	Incapaz de relajarse	Contemora que ocurra lo peor	Mareado, o que se le va la cabeza	Conturbos del corazón fuerte y acelerados	Inestable	Atemorizado o inestable	Con sensación de bloqueo	Contemplor en las manos	Inquieto, inseguro	Con miedo a perder el control	Con sensación de ahogo	Contemora a morir	Con miedo	Con problemas digestivos	Con Desvanecimie ntos	Con rubor facial	Con sudores, fríos o calientes	
N	Válido	528	528	528	528	528	528	528	528	528	528	528	528	528	528	528	528	528	528	528	528	
	Perdidos	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	
	Media	1,10	1,46	1,03	1,27	1,38	1,24	1,13	1,08	1,02	1,47	,99	1,05	1,37	1,24	,95	,92	1,10	,94	,80	,73	1,22
	Mediana	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	,00	,00	,00	1,00
	Moda	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Rango	5	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	22	3	3	3	3	3	3	3	3	3
	Mínimo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Máximo	5	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	22	3	3	3	3	3	3	3	3	3

Nota: Elaboración propia

- Para todos los adolescentes y rangos de edad.

**Tabla 11. BAI Correlación de síntomas de ansiedad y Edad del encuestado**

		Edad del encuestado										Total
		12	13	14	15	16	17	18	19	20		
Bai rango	Normal	Recuento	3	17	7	4	15	17	9	0	1	73
		% dentro de Edad del encuestado	12,5%	27,4%	12,3%	7,4%	16,0%	10,4%	12,9%	0,0%	50,0%	13,8%
		% del total	0,6%	3,2%	1,3%	0,8%	2,8%	3,2%	1,7%	0,0%	0,2%	13,8%
	Leve	Recuento	9	13	12	9	15	38	11	1	1	109
		% dentro de Edad del encuestado	37,5%	21,0%	21,1%	16,7%	16,0%	23,3%	15,7%	50,0%	50,0%	20,6%
		% del total	1,7%	2,5%	2,3%	1,7%	2,8%	7,2%	2,1%	0,2%	0,2%	20,6%
	Moderada	Recuento	3	18	12	20	25	34	16	1	0	129
		% dentro de Edad del encuestado	12,5%	29,0%	21,1%	37,0%	26,6%	20,9%	22,9%	50,0%	0,0%	24,4%
		% del total	0,6%	3,4%	2,3%	3,8%	4,7%	6,4%	3,0%	0,2%	0,0%	24,4%
Grave	Recuento	9	14	26	21	39	74	34	0	0	217	
	% dentro de Edad del encuestado	37,5%	22,6%	45,6%	38,9%	41,5%	45,4%	48,6%	0,0%	0,0%	41,1%	
	% del total	1,7%	2,7%	4,9%	4,0%	7,4%	14,0%	6,4%	0,0%	0,0%	41,1%	
Total	Recuento	24	62	57	54	94	163	70	2	2	528	
	% dentro de Edad del encuestado	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	4,5%	11,7%	10,8%	10,2%	17,8%	30,9%	13,3%	0,4%	0,4%	100,0%	

Nota: Elaboración propia

La tabla Nro. 4.2-2 muestra la distribución de edades en la muestra contrastada con los niveles de ansiedad reflejados en el BAI. Algunos valores llamativos son la presencia de síntomas de Ansiedad leve en casi todas las edades, adolescentes con 19 años con un máximo de 50.0% y los de 18 años con un mínimo de 15.7%

Ansiedad Moderada superior al 20% en casi todas las edades, a excepción de los adolescentes de 19 años con un máximo de 50.0% y un mínimo con adolescentes de 12 años con 12.55%, síntomas de Ansiedad grave en estudiantes de 18 años (48.6%) y un mínimo en los de 13 años (22.6%)

- **BAI correlación de síntomas de ansiedad según sexo o género de los encuestados.**

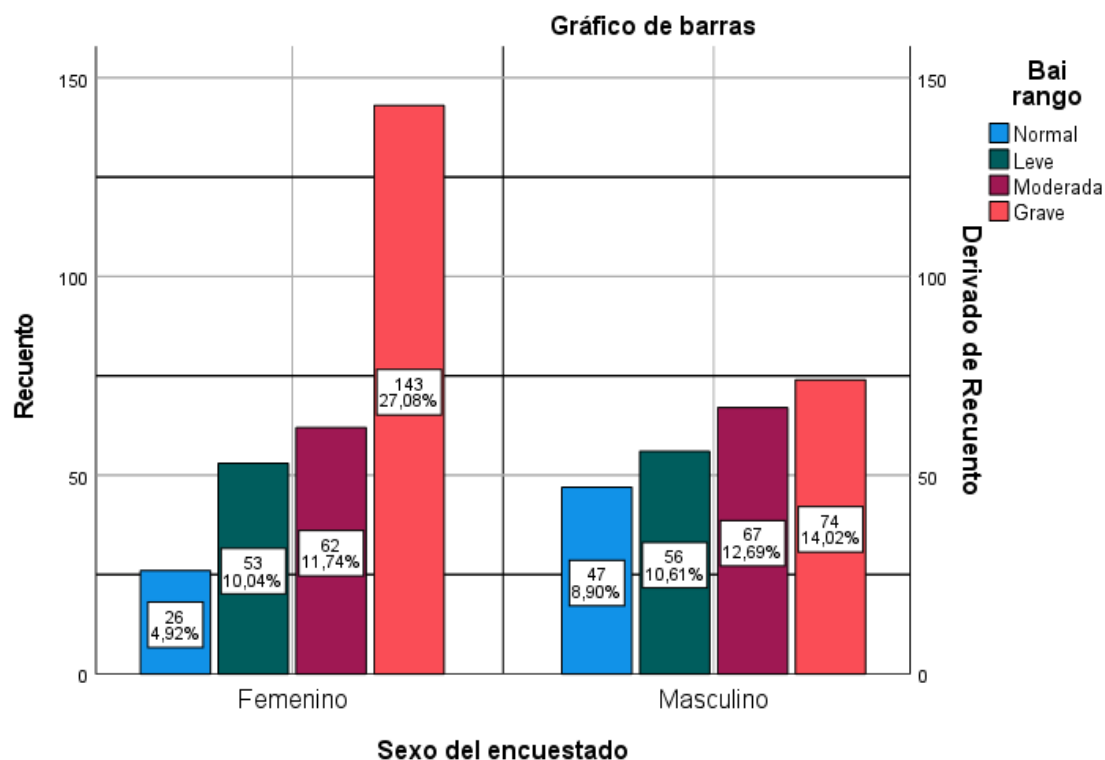
**Tabla 12. BAI Correlación de síntomas de ansiedad y Género.**

Sexo del encuestado		Bai rango				Total	
		Normal	Leve	Moderada	Grave		
Femenino	Recuento	26	53	62	143	284	
	% dentro de Bai rango	35,6%	48,6%	48,1%	65,9%	53,8%	
	% del total	4,9%	10,0%	11,7%	27,1%	53,8%	
	Masculino	Recuento	47	56	67	74	244
		% dentro de Bai rango	64,4%	51,4%	51,9%	34,1%	46,2%
		% del total	8,9%	10,6%	12,7%	14,0%	46,2%
Total	Recuento	73	109	129	217	528	
	% dentro de Bai rango	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	13,8%	20,6%	24,4%	41,1%	100,0%	

Nota: Elaboración propia

Las puntuaciones de síntomas de ansiedad en el BAI varían según el sexo de los participantes. La tabla Nro. 4.2-3 muestra un menor porcentaje de mujeres con niveles de ansiedad moderada, (48.1%) grave, en relación a los varones (51.9% %) en ansiedad grave las mujeres presentan mayor porcentaje de 65.9% en comparación con las puntuaciones obtenidas por varones 34.1%. Los mismos datos que se proyectan en la Ilustración 4.2-1.

**Ilustración 5. BAI Correlación de síntomas de ansiedad y Género.**



Nota: Elaboración propia

### BAI correlación de síntomas de ansiedad por Distritos Municipales

**Tabla 13. BAI Correlación de síntomas de ansiedad y Distrito Municipal.**

Bai rango		Recuento	Distrito municipal			Total
			Distrito municipal1	Distrito municipal 2	Distrito municipal 5	
Normal	Recuento	20	13	40	73	
	% dentro de Bai rango	27,4%	17,8%	54,8%	100,0%	
	% dentro de Distrito municipal	13,2%	7,6%	19,4%	13,8%	
	% del total	3,8%	2,5%	7,6%	13,8%	
Leve	Recuento	37	29	43	109	
	% dentro de Bai rango	33,9%	26,6%	39,4%	100,0%	
	% dentro de Distrito municipal	24,5%	17,0%	20,9%	20,6%	
	% del total	7,0%	5,5%	8,1%	20,6%	
Moderada	Recuento	36	35	58	129	
	% dentro de Bai rango	27,9%	27,1%	45,0%	100,0%	
	% dentro de Distrito municipal	23,8%	20,5%	28,2%	24,4%	
	% del total	6,8%	6,6%	11,0%	24,4%	
Grave	Recuento	58	94	65	217	
	% dentro de Bai rango	26,7%	43,3%	30,0%	100,0%	
	% dentro de Distrito municipal	38,4%	55,0%	31,6%	41,1%	
	% del total	11,0%	17,8%	12,3%	41,1%	
Total	Recuento	151	171	206	528	
	% dentro de Bai rango	28,6%	32,4%	39,0%	100,0%	
	% dentro de Distrito municipal	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	28,6%	32,4%	39,0%	100,0%	

Nota: Elaboración propia

En ansiedad normal, el Distrito Municipal Nro. 5 presenta un 7.58% y el Distrito Municipal Nro. 2 un 2.46%.

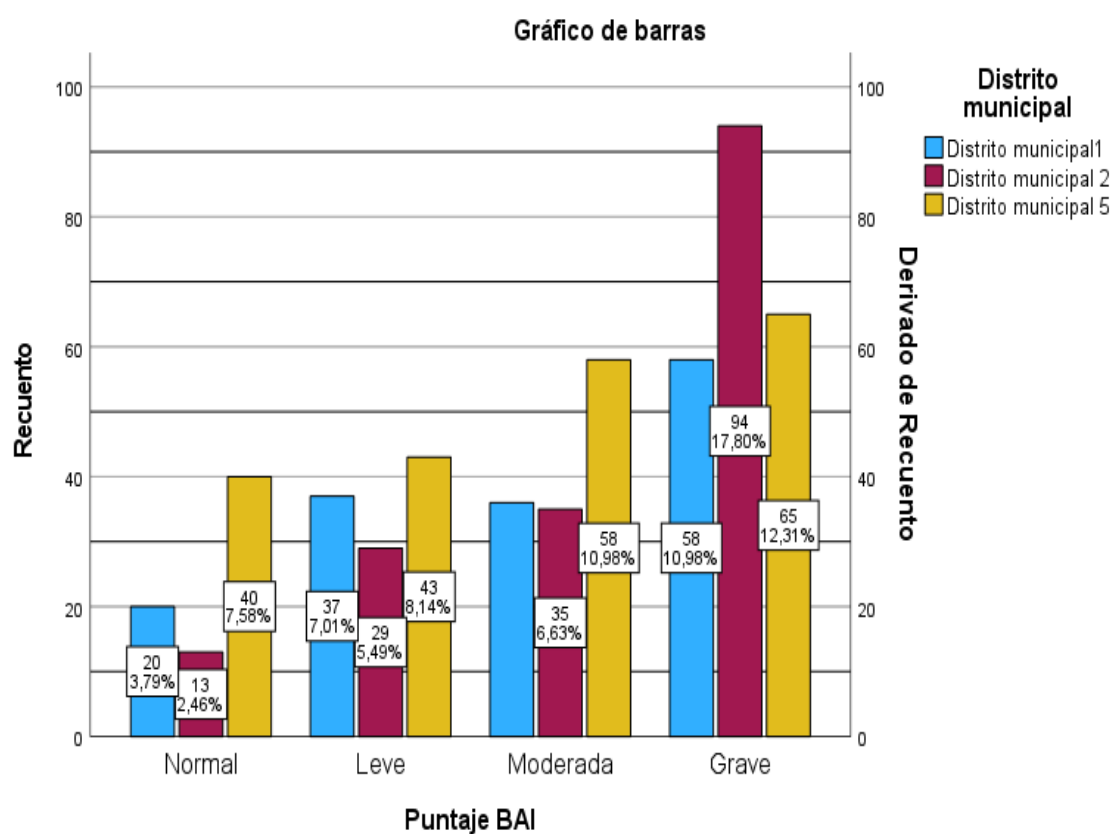
En cuanto ansiedad leve, el Distrito Municipal Nro. 5 presenta un 8.14% y el Distrito Municipal Nro.2 el 5.49%

En ansiedad moderada el Distrito Municipal Nro. 5 presenta un 10.98% y el Distrito Municipal Nro. 2 un 6.63%

En ansiedad grave el Distrito Municipal Nro. 2 presenta un 17.80% y el Distrito Municipal Nro. 1 un 10.98%. Como detalla el gráfico de barra Nro. 4.2-2

En la ilustración 4.2-2 detalla los mismos datos.

**Ilustración 6. BAI Correlación de síntomas de ansiedad y Distrito Municipal.**



Nota: Elaboración propia

### 5.3 Resultados de percepción de apoyo familiar y social (APGAR).

#### 1. Descripción apoyo familiar y social (APGAR)) cuadro con frecuencia, % mínimos, máximos y promedio.

**Tabla 14. Descripción Apoyo Familiar y Social (APGAR).**

	Estadísticos								
	N Válid o	N Perdido s	Medi a	Median a	Mod a	Desv. Desviació n	Rang o	Mínim o	Máxim o
Ayuda familiar recibida	530	13	3,42	3,00	3	1,232	4	1	5
Compartir problemas	530	13	3,03	3,00	3	1,332	4	1	5
Apoyo en nuevas actividades	530	13	3,49	4,00	5	1,330	5	0	5
Afecto	530	13	2,99	3,00	3	1,353	4	1	5
Tiempo en familia	530	13	3,64	4,00	5	1,214	4	1	5
Compartir espacios	530	13	3,49	3,00	3	1,216	4	1	5
Dinero	530	13	3,61	4,00	3	1,192	4	1	5
Buscar ayuda cercana	530	13	3,54	4,00	5	1,506	4	1	5
Buscar soporte de amigos	530	13	3,60	4,00	5	1,273	4	1	5

Nota: Elaboración Propia

Según esta descripción para los adolescentes de este grupo de estudio refieren, en un primer porcentaje me satisface como compartimos tiempo con la familia con 3.64% con

una frecuencia de siempre, un segundo porcentaje 3.61%, de, me satisface como compartimos el dinero, con una frecuencia de algunas veces y un tercer porcentaje con 3.60% de estoy satisfecho (a) con el soporte que recibo de mis amigos(as). con una frecuencia de siempre.

- **Resumen APOYO FAMILIAR Y SOCIAL (APGAR).**

**Tabla 15. Resumen: Apoyo Familiar y Social (APGAR).**

		Recuento
Ayuda familiar recibida.	Nunca	47
	Casi nunca	57
	Algunas veces	191
	Casi siempre	96
	Siempre	139
Compartir problemas.	Nunca	84
	Casi Nunca	102
	Algunas veces	167
	Casi siempre	69
	Siempre	108
Apoyo en nuevas actividades.	Nunca	53
	Casi nunca	64
	Algunas veces	143
	Casi siempre	101
	Siempre	167
Afecto.	Nunca	100
	Casi nunca	87
	Algunas veces	162
	Casi siempre	81
	Siempre	100
Tiempo en familia.	Casi nunca	36
	Casi nunca	51

	Algunas veces	150
	Casi siempre	123
	Siempre	170
	Nunca	42
Compartir espacios.	Casi nunca	60
	Algunas veces	164
	Casi siempre	125
	Siempre	139
	Nunca	36
Dinero.	Casi nunca	45
	Algunas veces	168
	Casi siempre	121
	Siempre	160
	Nunca	87
Buscar ayuda cercana.	Casi nunca	55
	Algunas veces	92
	Casi siempre	78
	Siempre	218
	Nunca	46
Buscar soporte de amigos.	Casi nunca	49
	Algunas veces	153
	Casi siempre	104
	Siempre	178

Nota: Elaboración Propia

Respecto al apoyo de su familia, refiere que comparte tiempo con la familia y se siente atendido cuando refiere: me satisface como compartimos tiempo con la familia con 3.64% con una frecuencia de siempre,

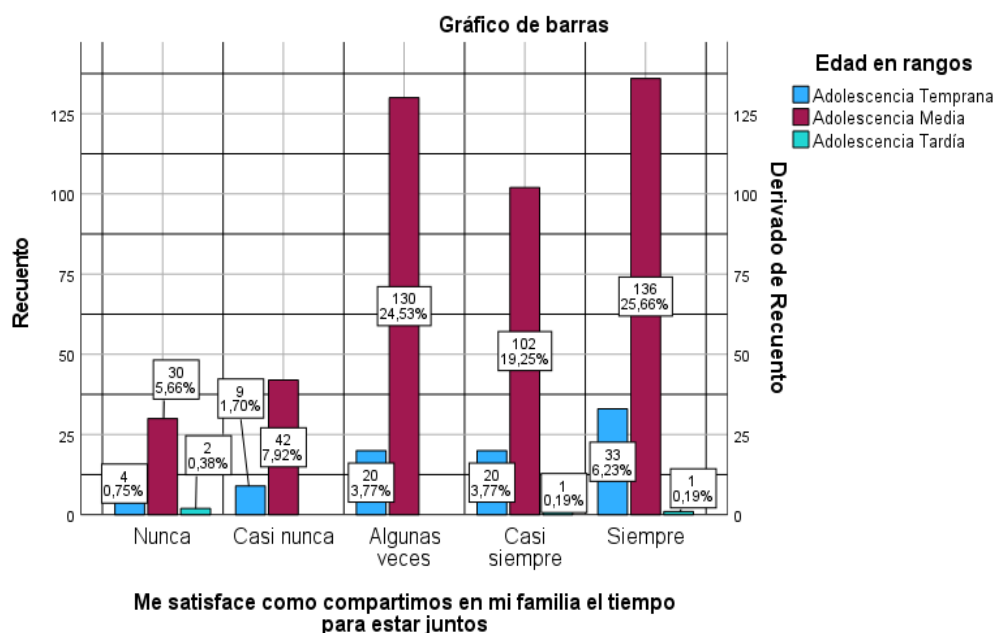
Un segundo porcentaje 3.61%, está referido a: Me satisface como compartimos el dinero, con una frecuencia de algunas veces, que denota la necesidad de un manejo independientes respecto al ingreso económico del hogar que debería tener.

La percepción de los adolescentes respecto al soporte social, dentro de este grupo etareo, está referida a la importancia de tener un amigo cercano cuando necesita ayuda con un 3.60% de estoy satisfecho (a) con el soporte que recibo de mis amigos(as) con una frecuencia de siempre, afirmando de que siempre cuenta con ese amigo/a.

- **Apoyo familiar y social APGAR por rangos de edad y total.**

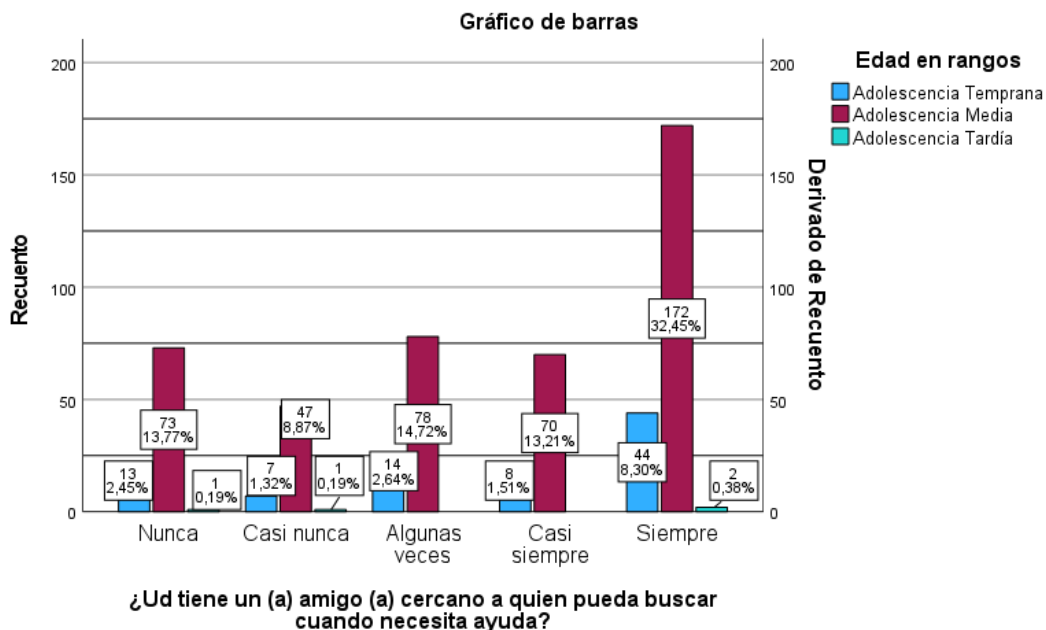
Una mayor incidencia es el 30.8% para adolescentes comprendidos en el rango de 17 años, los adolescentes de este grupo etareo en un 25.66% refieren siempre estar satisfechos con el tiempo que comparten con la familia, un 32.45% refieren que siempre tiene un amigo cercano a quien pueda buscar cuando necesita ayuda, y un 27.17% también refieren que siempre están satisfechos con el soporte que recibe de sus amigos, como detallan los cuadros siguientes.

**Gráfico 3. Edad de rangos**



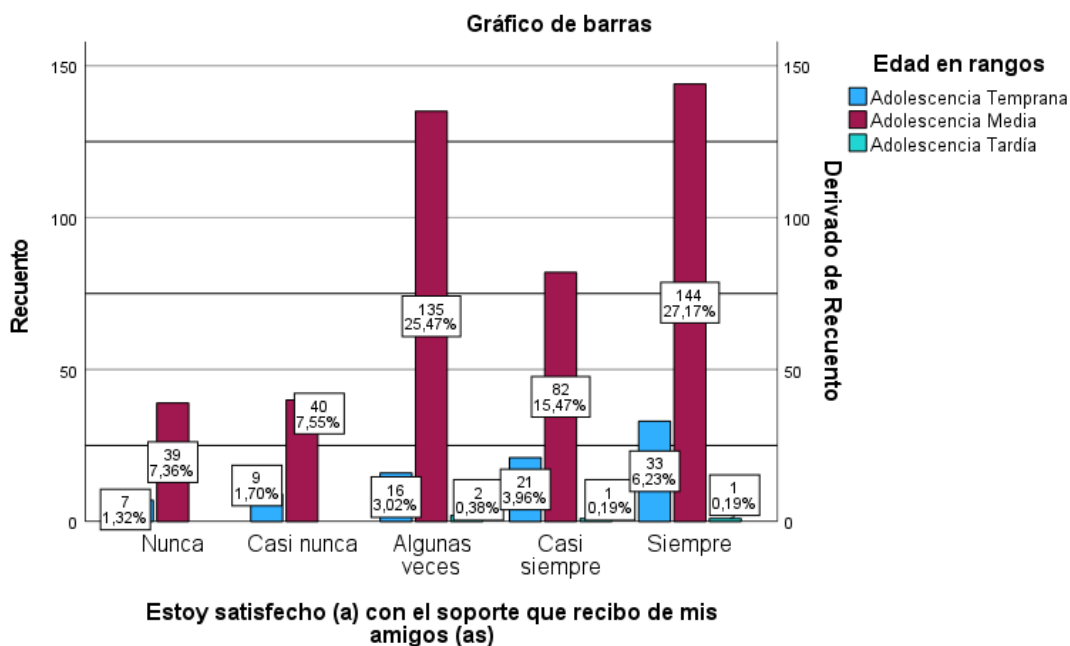
Nota: Elaboración propia

**Gráfico 4. Edad de rangos**



Nota: Elaboración propia

**Gráfico 5. Edad de rangos**



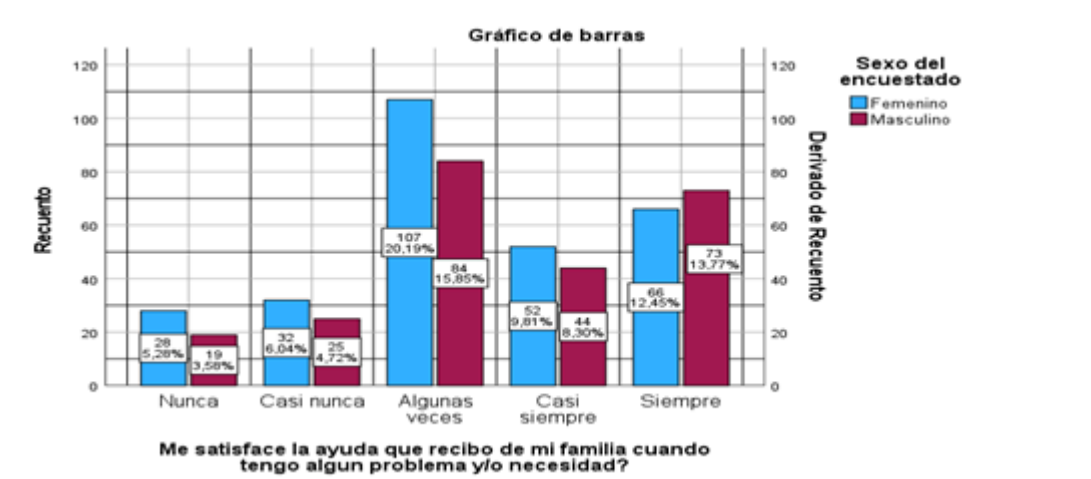
Nota: Elaboración propia

• **Apoyo familiar y social APGAR por sexo ò género**

Una mayor incidencia con el 53.8% es para adolescentes mujeres quienes un 20.19% está satisfecha con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene algún problema necesidad

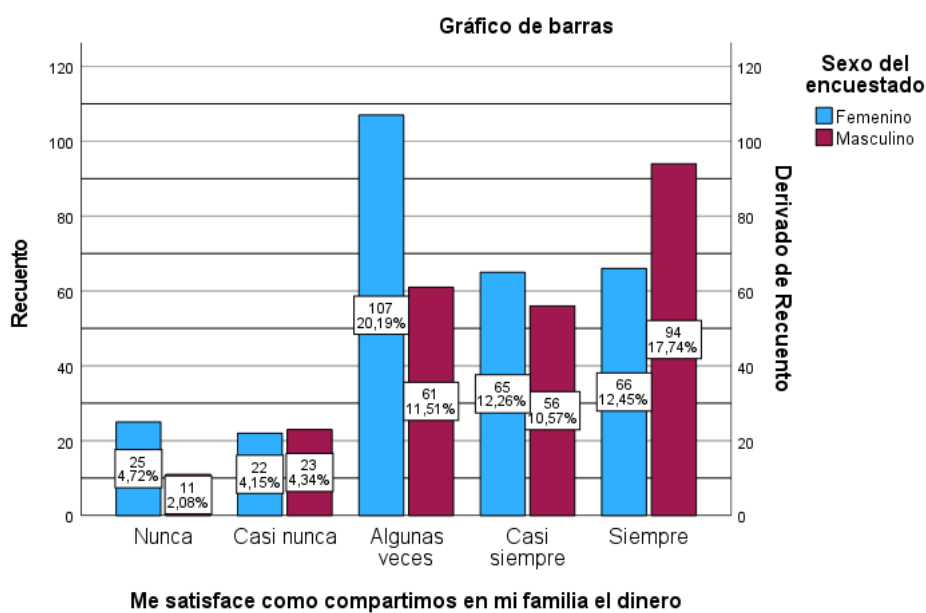
y como comparten el dinero con una frecuencia de algunas veces; y un 21.32% cuenta con un amigo cercano con una frecuencia de siempre, en relación a los varones; como detallan los cuadros siguientes:

**Gráfico 6. Sexo del encuestado**

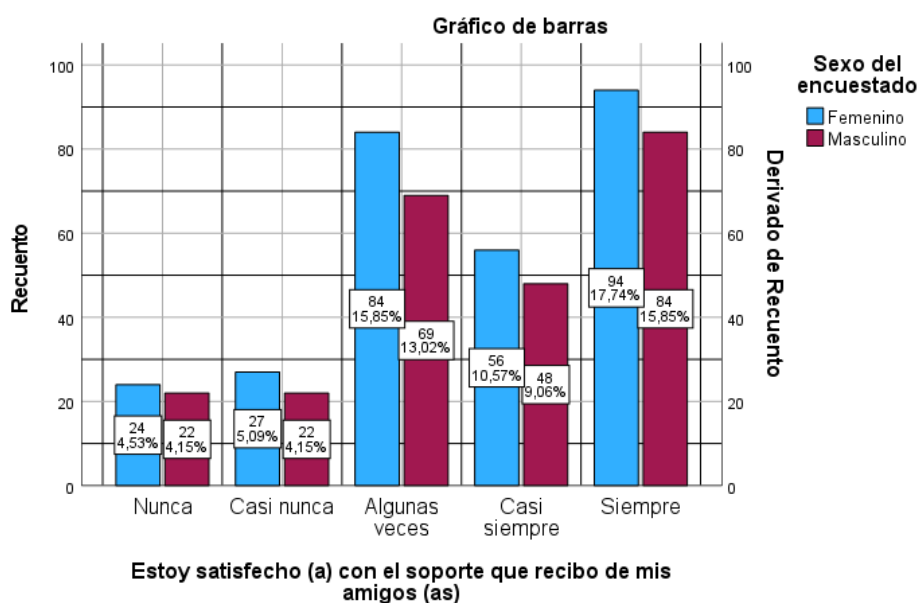


Nota: Elaboración propia

**Gráfico 7. Sexo del encuestado**



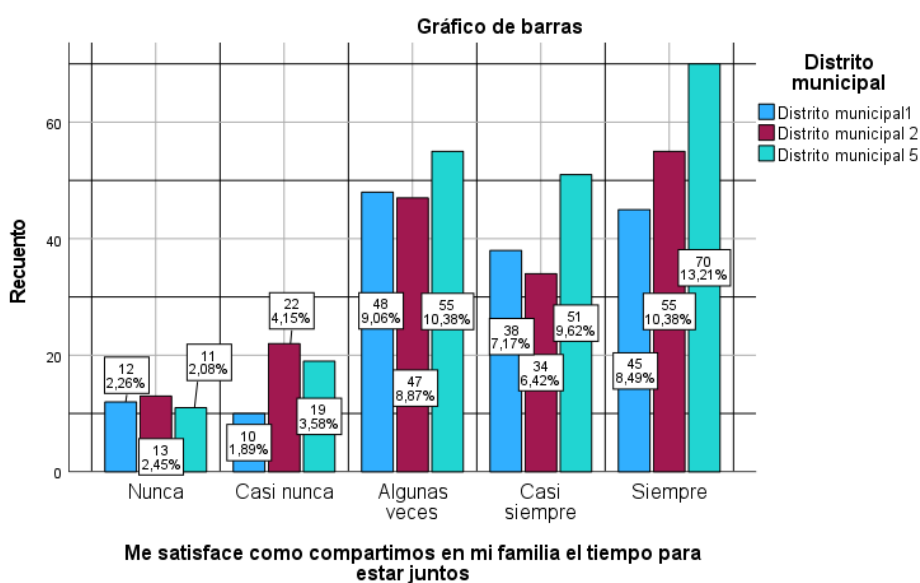
Nota: Elaboración propia

**Gráfico 8. Sexo del encuestado**

Nota: Elaboración propia

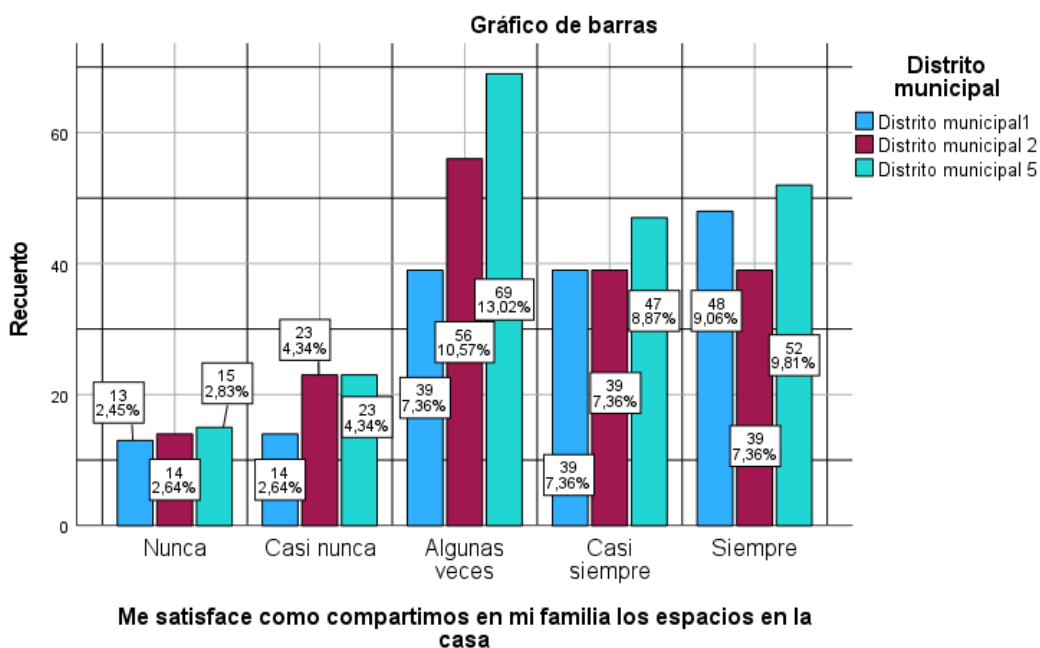
## 2. Apoyo familiar y social por Distrito Municipal

Una mayor incidencia es para el Distrito Municipal Nro. 5 con el 32.3% los adolescentes de este Distrito Municipal, tienen un 13.21% que refieren siempre estar satisfechos con el tiempo que comparten con la familia, un 13.2% refiere que algunas veces está satisfecho con el espacio que comparten en su casa y un 13.21, siempre tiene un amigo cercano a quien pueda buscar cuando necesita ayuda. Como detallan los cuadros siguientes.

**Gráfico 9. Distrito municipal**

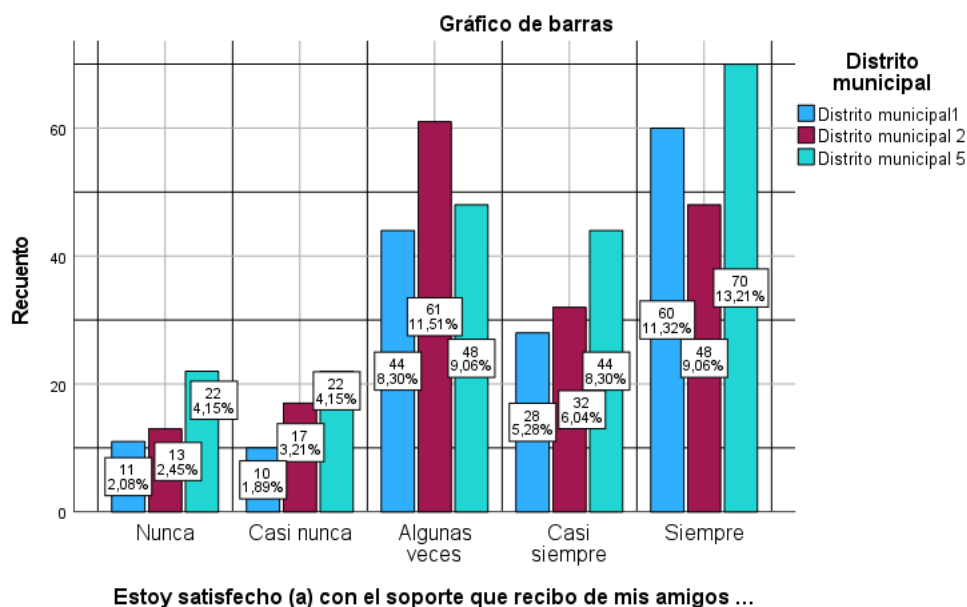
Nota: Elaboración propia

**Gráfico 10. Distrito Municipal**



Nota: Elaboración propia

**Gráfico 11. Distrito Municipal**



Nota: Elaboración propia

**5.4 Correlación entre síntomas de depresión y síntomas de ansiedad**

Para establecer si los niveles de depresión tienen algún grado de relación con los de niveles de ansiedad, se llevó a cabo un análisis de correlaciones utilizando la r de Pearson.

Estos resultados no reflejan causalidad, sino la presencia de ambos fenómenos al mismo tiempo.

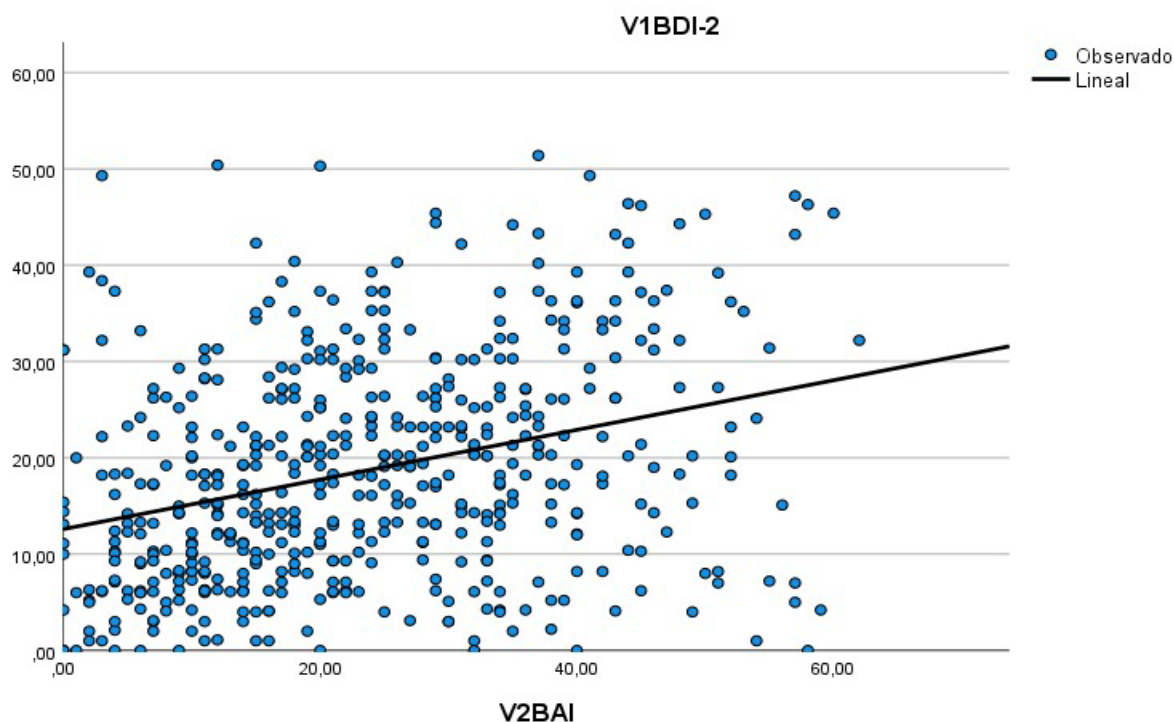
Se calculó el coeficiente de correlación de Pearson para estas dos variables, obteniendo un valor de  $r = 0.318$ ,  $p < 0,01$ . Este valor indica una correlación lineal positiva, significativa, entre las puntuaciones totales de los test BDI-2 y BAI. Es decir, a medida que los niveles de depresión aumentan, los niveles de ansiedad también parecen aumentar, y viceversa.

**Tabla 16. Correlación puntuaciones totales BDI-2 vs BAI**

Correlaciones		
	V1BECK	V2BAI
Correlación de Pearson	1	,318**

Nota: Elaboración propia

**Ilustración 7. Correlación BDI-2 Correlación de síntomas de depresión**



Nota: Elaboración propia

## 5.5 Correlación entre síntomas de depresión y percepción de apoyo familiar y social

Posteriormente, para establecer si los niveles de depresión tienen algún grado de relación con el apoyo familiar y social, se llevó a cabo un análisis de correlaciones utilizando la  $r$  de Pearson. Para ello, se utilizó las puntuaciones totales del test BDI-2 y (APGAR)).

obteniendo un valor de  $r = -0,342$ ,  $p < 0,01$ ; Este valor indica una correlación lineal significativa y negativa entre las puntuaciones de depresión y la percepción de funcionalidad familiar y social. Es decir, a medida que los niveles de depresión aumentan, la funcionalidad familiar y social tiende a disminuir, y viceversa. Esto no establece causalidad, sino solamente la aparición de ambas variables de manera inversamente proporcional.

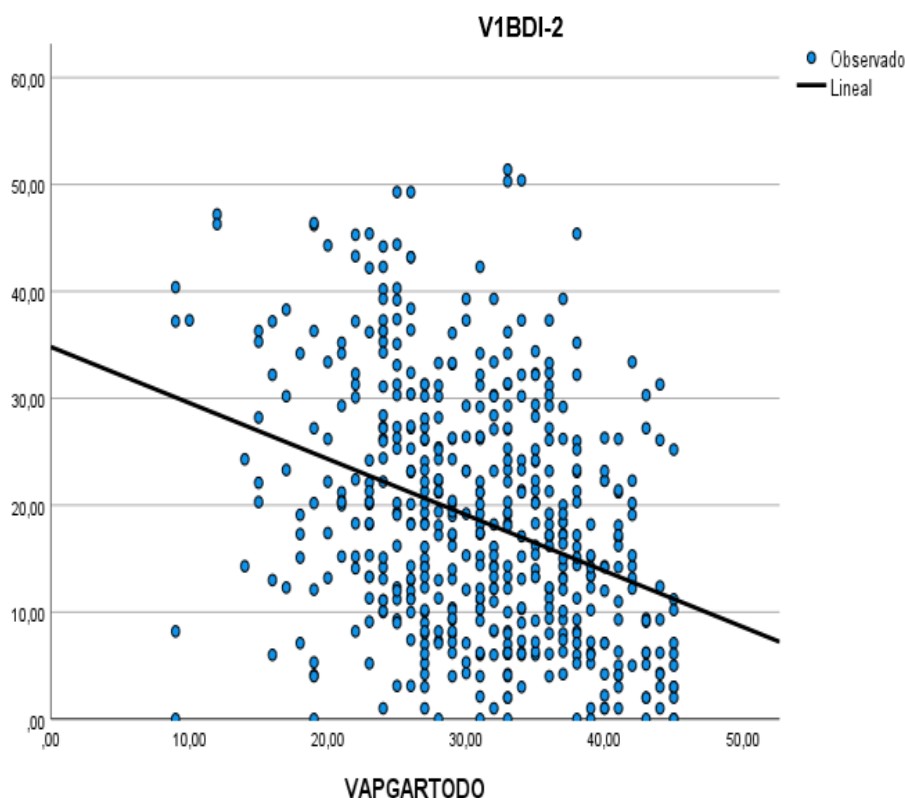
**Tabla 17. Correlación BDI-2 Correlacion de síntomas de depresión) vs apoyo familiar y social (APGAR)).**

**Correlaciones**

	VBDI-2	VAPGARTOD O
Correlación de Pearson	1	-,342**

Nota: Elaboración propia

**Ilustración 8. Correlación BDI-2 Correlacion de síntomas de depresión y apoyo familiar y social (APGAR)).**



Nota: Elaboración propia

### 5.5.1 Correlación entre síntomas de depresión y percepción de apoyo social

Por otro lado, para establecer si los niveles de depresión tienen algún grado de relación con el apoyo social, también se llevó a cabo un análisis de correlaciones utilizando la *r* de Pearson., obteniendo un valor de  $r = -0.158$ ,  $p < 0,01$ . Este valor indica una correlación significativa negativa débil entre las puntuaciones de depresión y la percepción de funcionalidad social. Es decir, a medida que los niveles de depresión aumentan, la funcionalidad social tiende a disminuir, y viceversa.

**Tabla 18. Correlación BDI-2: Síntomas de depresión y apoyo familiar y social (APGAR)**

Correlaciones		
	V1BECK	V4APGARSO CIAL
Correlación de Pearson	1	-,158**

Nota: Elaboración propia

Otros resultados relevantes

A pesar de no ser parte de los objetivos de la investigación, se obtuvieron resultados alarmantes con el 32.2% de los estudiantes, presentando síntomas compartidos de depresión moderada a extrema con síntomas de ansiedad moderada a grave. Dentro de estos datos, se destaca que el 7,1% de la muestra tiene síntomas de Depresión Moderada junto a síntomas de ansiedad moderada. Más aún, 11.1% de los estudiantes con Depresión Moderada presenta síntomas de Ansiedad Grave. Adicionalmente, 6.5% de los estudiantes con síntomas de Depresión Severa tienen también síntomas de Ansiedad Grave. Por último, 3.3% de los estudiantes conviven con la mayor intensidad de síntomas: Depresión Extrema y Ansiedad Severa.

**Tabla 19. Prevalencia de Depresión y Ansiedad (Moderada y Grave) en Adolescentes.**

		ANSIEDAD		
		Moderada	Grave	Total
Depresión Moderada	Recuento	37	58	95
	% dentro de BDI-2 rango	38.9%	61.1%	100%
	% dentro de Bai rango	28.7%	26.9%	22.4%
	% del total	7.1%	11.1%	22.4%
Depresión Severa	Recuento	20	34	54
	% dentro de BDI-2 rango	37.04%	62.96%	100%
	% dentro de Bai rango	15.7%	15.70%	12.4%
	% del total	3.8%	6.5%	12.4%

Depresión Extrema	Recuento	2	17	19
	% dentro de BDI-2 rango	11%	89%	100%
	% dentro de Bai rango	1.6%	7.9%	4.2%
	% del total	0.4%	3.3%	4.2%

Nota: Elaboración propia

## CAPÍTULO VI. DISCUSIÓN

Los síntomas de depresión encontrados en el presente estudio son: Autocrítica (m=1.15), Llanto (m=1.23), Indecisión (m=1.01) Pérdida de energía, (m= 1.04) Cambios en hábitos de sueños, (m=1.36) Cambios en el apetito (m=1.10) y Dificultad de concentración. (m=1.12). Se puede observar que estos síntomas presentes con mayor intensidad, tienen un grado de afectación al grupo de adolescencia, comprendidos en el rango de edad de 14 a 17 años y una mayor incidencia en el distrito municipal Nro. 5. Los resultados coinciden con estudios como el de Ospina- Ospina et al. (2011) que encuentra Hipersomnia, Aumento del apetito y Ganancia de peso como indicadores característicos de depresión en adolescentes. Adicionalmente, la Pérdida de energía, Dificultad de concentración, Cansancio o fatiga, concuerdan con la descripción que hace sobre depresión Hetrick et al., (2021) Según este autor, las puntuaciones elevadas en estos ítems son una señal de alerta, ya que se relacionan con una tendencia a pensamientos y comportamientos suicidas.

Por otra parte, los resultados del presente estudio se oponen a lo postulado por Chávez y Lima, (2023) quien refieren a la depresión como una tristeza larga. Esto puede ser explicado por *Beck, Steer & Brown (2009)* quienes indican la tristeza y el llanto como dimensión afectiva, pueden ser desplazados por otros síntomas somáticos. Adicionalmente, los resultados de la presente investigación se oponen a lo postulado de Álvarez et al. (2009), quien establece la inquietud motora como característica en adolescentes, y en este estudio se encontró pérdida de energía.

Los síntomas de depresión identificados en este estudio sugieren la presencia de sesgos o distorsiones cognitivas que contribuyen a mantener el estado de ánimo depresivo (Beck & Wright, 1983). Estos sesgos tienen su origen en las etapas tempranas del desarrollo y representan un factor de predisposición para la depresión, ya que mantienen los esquemas depresivos y darían lugar a la triada depresiva una vez que el trastorno se manifiesta (Beck A. , 1991; Ruiz-Alonso, Orue, & Calvete, 2021; Veytia, 2017). Beck: Señala que las distorsiones cognitivas son síntomas concomitantes y agravantes de las alteraciones anímicas (Teasdale, 1988; Beck A. , 1991).

Respecto a los síntomas de ansiedad encontrados en el presente estudio caracterizan la prevalencia de la ansiedad en esta población, y son: Nervioso (m=1.47), Acalorado (m=1.46), Con temor que ocurra lo peor (m=1.38), Inquieto, Inseguro (m=1.37) Incapaz de relajarse, (m= 1.27) Con miedo a perder el control, (m=1.24) Mareado o que se le va a la cabeza (m=1.24) y Sudores fríos o calientes. (m=1.22). Los resultados tienen un grado de afectación al grupo de adolescencia, comprendidos en el rango de edad de 14 a 17 años y una mayor incidencia en el distrito municipal Nro. 2 con Ansiedad grave.

Estos síntomas concuerdan con la teoría cognitiva (Barlow & Durand, 2001; Clark & Aaron, 2012), sobre la ansiedad con manifestaciones cognitivas de aprensión, escasa concentración y memoria. De esta manera la ansiedad afecta la salud mental, física, el bienestar y la calidad de vida, no solo de personas mayores sino también de población adolescentes como refieren Chávez y Lima (2023). Los adolescentes enfrentan exigencias sociales, emocionales y vinculadas a la apariencia física, lo que genera estrés que se manifiesta en dimensiones fisiológica, emocional y conductual por lo que al ser expuestos a situaciones estresantes generan respuestas con niveles de ansiedad.

Los resultados encontrados sobre una correlación lineal positiva y significativa, entre las puntuaciones totales de los test BDI-2 y BAI, concuerdan con estudios de Avenevoli, Stolar, Dierker, & Ries Merikangas, (2001), quienes establecen que esta relación comórbida aumenta el riesgo y severidad de los síntomas. Al respecto, Rao et al. (1999), indican que esta comorbilidad también tiene que ver con el aumento de los trastornos de adicciones en población masculina. Además, se confirma la existencia de síntomas depresivos y de ansiedad en la etapa de la adolescencia como refiere Pereira Da Silva et al. (2022) causando un daño en el funcionamiento diario y en la salud en general.

En referencia a la percepción de apoyo familiar y social, la presente investigación encontró una correlación negativa y significativa, es decir, a medida que los niveles de depresión aumentan, la funcionalidad familiar y social tiende a disminuir. Esto concuerda con Gómez et al. (2021), quienes indican que existe una falta de atención de escucha de los padres/madres en cuanto a la necesidad de comunicación y apoyo, de cómo se hablan los problemas dentro del ámbito familiar, siendo esto un factor de riesgo predictor para la depresión y ansiedad. Esto puede ser explicado por Gómez et al. (2021), que establece que la familia como factor de protección en la actualidad ha venido atravesando cambios en su estructura y roles debido a los contextos sociales y culturales. Antes existían familias clásicas tradicionales con figuras parentales de madre/padre, hoy existen modelos diferentes a los tradicionales como familias monoparentales, con un solo progenitor y es común encontrar familias con madres solteras, por lo tanto, estos modelos implican desarrollar, dobles roles y sin duda se percibe una falta de recursos para la crianza y atención de sus integrantes.

Similarmente, según Gonzales et al. (2018), se puede explicar la relación negativa entre síntomas de depresión y la percepción de apoyo social, porque el grupo es importante y el sentirse aceptado dentro del grupo mucho más; esto propicia una interacción de mayor participación, no solo de actividades grupales sino de compartir sentimientos generando un vínculo de pertenencia, con aceptación mutua, donde se comparten afectos, simpatía, se entablan diálogos en espacios donde se sienten escuchados e identificados en temas

comunes que comparten como grupo etareo. En este sentido el grupo se constituye en un apoyo, social donde el adolescente prueba sus capacidades y adquiere nuevas experiencias.

Para que el soporte social de amigos cercanos sea un factor de protección, este vacío afectivo de la familia, tendría que ser atendido por otras figuras, como profesores de colegio que, en este caso posiblemente no alcanzan a manejar, orientar situaciones conflictivas de los estudiantes cuando presentan algún problema emocional ( (Sánchez, Guzmán, & Cáceres, 2005).

Dada la comorbilidad entre ambas variables también estos factores estarían relacionados a la ansiedad y la percepción familiar y social de los adolescentes.

### **Otros resultados relevantes**

La presente investigación señala además, que la edad también está relacionada con los índice de ansiedad y depresión, ya que se tiene mayor grado de afectación en adolescentes de 14 a 17 años etapa que corresponde a la adolescencia media y se caracteriza por: Preocupación de la imagen corporal, en independencia hay mayor conflictividad con los padres, transgresión de lo normatizado, sus opiniones tienen mayor fuerza, se da más importancia al grupo de amigos conformidad con los valores del grupo de amigos, búsqueda de identidad, sentimientos de invulnerabilidad y omnipotencia, capacidad intelectual, apertura de sentimientos, comportamientos arriesgados, mayor creatividad, y conformación de la identidad sexual (OMS, 2007).

Según los resultados del BDI-2 tenemos que del total de los evaluados los síntomas depresivos relevantes que caracterizan la presencia de depresión, tienen un grado de afectación al grupo de adolescencia, comprendidos en el rango de edad de 14 a 17 años y una mayor incidencia en el Distrito Municipal Nro. 5. Así mismo, en cuanto a los resultados del BAI tenemos que del total de los evaluados los síntomas relevantes que caracterizan la presencia de ansiedad, tienen igualmente un grado de afectación al grupo de adolescencia, comprendidos en el rango de edad de 14 a 17 años y una mayor incidencia en el Distrito Municipal Nro. 2.

Se encontró que las estudiantes mujeres presentan puntajes mayores que los estudiantes varones para ambas sintomatologías, con diferencias estadísticamente significativas. Las puntuaciones en síntomas depresivos del BDI-2; muestra mayor porcentaje de mujeres con niveles de depresión moderada, (29.7%) severa, (17. %) y extrema (6.7%) en comparación con las puntuaciones obtenidas por varones. En cuanto a los síntomas de ansiedad, las puntuaciones en el BAI; muestra un menor porcentaje de mujeres con niveles de ansiedad moderada, (48.1%) grave, en relación a los varones (51.9% %) en ansiedad

grave las mujeres presentan mayor porcentaje de 65.9% en comparación con las puntuaciones obtenidas por varones 34.1%.

Estos resultados coinciden con investigaciones realizadas de que las mujeres serían las más afectadas para América Latina, según estudios realizados en Medellín las cifras indican que, por cada 100 habitantes de la ciudad, 12,46% de las mujeres han sufrido o actualmente sufre un trastorno de depresión mayor, mientras que los hombres presentan un 5,69% (Hoyos, Lemos, & Torres de Galvis, 2012; Ochoa, Cruz, & Moreno, 2015)

Igualmente, en estudios sobre la depresión en adolescente peruanos, resaltan los informes epidemiológicos del: Instituto Nacional de Salud Mental del Perú (INSM), refiere que la depresión es el trastorno clínico más común en adolescentes de Lima y Callao con una prevalencia de 7% (3% en varones y 11% en mujeres, INSM, 2013) (Navarro-Loli & Moscoso, 2017).

En cuanto a la variable género para las mujeres las amistades recíprocas de apoyo serían un factor de protección en adolescentes: La aceptación social parece jugar un papel más importante en el auto valía de las mujeres (Cross & Madson, 1997), así como la ayuda de una amiga y la seguridad en la amistad pueden servir como factores amortiguadores contra la ansiedad y la depresión en el marco de la victimización escolar para este género (Michelle & Bagwell, 1982).

A pesar de no ser parte de los objetivos de la investigación, se obtuvieron resultados alarmantes con el 32.2% de los estudiantes, presentando síntomas compartidos de depresión moderada a extrema con síntomas de ansiedad moderada a grave. Dentro de estos datos, se destaca que el 7,1% de la muestra tiene síntomas de Depresión Moderada junto a síntomas de Ansiedad Moderada. Más aún, 11.1% de los estudiantes con Depresión Moderada presenta síntomas de Ansiedad Grave. Adicionalmente, 6.5% de los estudiantes con síntomas de Depresión Severa tienen también síntomas de Ansiedad Grave. Por último, 3.3% de los estudiantes conviven con la mayor intensidad de síntomas: Depresión Extrema y Ansiedad Severa. Corroborando la asociación cercana ente ambas variables, la ansiedad como trastorno comórbido de mayor periodicidad a la depresión, lo que aumenta el riesgo, severidad de los síntomas (Avenevoli, Stolar, Li, Dierker, & Ries, 2001), así mismo se ha encontrado que niveles altos de ansiedad es uno de los factores de riesgo que puede llevar al desarrollo de trastornos depresivos (Covas, Melipillán, Valdivia, Bravo, & Valenzuela, 2007).

Estos datos encuentran coincidencia en estudios de estudiantes chilenos realizados en años anteriores, igualmente, evaluados con el inventario de ansiedad de Beck (BAI) y el inventario de depresión de Beck (BDI-II) de que la sintomatología ansiosa y depresiva es más

frecuente en adolescentes escolarizados, los datos del presente estudio son menores en relación a estudiantes chilenos que refieren una prevalencia de síntomas ansiosos del 42,3%, y coinciden con los síntomas depresivos del 32,5%, El mismo estudio refiere que en Colombia, en Medellín, el 13,1% de los jóvenes tienen depresión que en relación al presente estudio estarían por debajo, así como de los resultados de síntomas de ansiedad que en Medellín tienen un 58,5%, para síntomas de ansiedad moderada y grave (Ramírez & Hernández, 2012).

## CONCLUSIONES

Según los datos de este estudio apoyan y confirman de manera positiva la hipótesis planteada de que: Existe una prevalencia media de síntomas de depresión en adolescentes que viven en Santa Cruz de la Sierra. Además, los síntomas de depresión presentan una relación positiva y significativa con síntomas de ansiedad presentes en la misma población. Finalmente, la percepción de ausencia de apoyo familiar está más presente en adolescentes con síntomas de depresión.

Según los resultados del BDI-2 tenemos que del total de los evaluados los síntomas de mayor intensidad que caracterizan la presencia de depresión, en esta población son los siguientes: Autocritica (m=1.15), Llanto (m=1.23), Indecisión (m=1.01) Pérdida de energía, (m= 1.04) Cambios en hábitos de sueños, (m=1.36) Cambios en el apetito (m=1.10) y Dificultad de concentración. (m=1.12). Los mismos que estarían dentro de: Altibajos considerados normales 29.1%, Disturbios suaves del humor 18.6%, Depresión clínica fronteriza 13.5%, Depresión Moderada 22.2%, Depresión Severa 12.4% y Depresión Extrema 4.2%. Estos resultados responden al objetivo específico Nro. 1. De prevalencia de síntomas depresivos en adolescentes de nivel secundario de unidades educativas fiscales: Kurt Richter, Vaca Diez 1 y Florida de los distritos municipales 1, 2 y 5, de la ciudad de Santa Cruz de la Sierra Bolivia

Los resultados del BAI encontrados son significativos y demuestran que estos síntomas de ansiedad están presentes en esta población estudiantil, llegando incluso a ansiedad severa. Los síntomas: Nervioso (m=1.47), Acalorado (m=1.46), Con temor que ocurra lo peor (m=1.38), Inquieto, Inseguro (m=1.37) Incapaz de relajarse, (m= 1.27) Con miedo a perder el control, (m=1.24) Mareado o que se le va a la cabeza (m=1.24) y Sudores fríos o calientes. (m=1.22) que según su intensidad llegan de ansiedad leve, hasta moderada, y severa; caracterizan los niveles de los síntomas de ansiedad en esta población, en respuesta al objetivo específico Nro. 3.

El 13.8 % presenta un nivel asintomático de ansiedad. El 20.6 % de los estudiantes presentaron ansiedad leve, presente en casi todas las edades adolescentes con 19 años con un máximo de 50.0% y los de 18 años con un mínimo de 15.7%; Un 20.4% presenta ansiedad moderada superior al 20% en casi todas las edades adolescentes con 19 años con un máximo de 50.0% y los de 18 años con un mínimo de 15.7%. El 41% presenta ansiedad grave en estudiantes de 18 años con 48.6% y un mínimo en los de 13 años con el 22.6%.

Los resultados en cuanto al sexo de los participantes, dentro de los síntomas depresivos BDI-2, presenta puntajes significativos, donde muestra mayor porcentaje de estudiantes mujeres con niveles de depresión moderada, (29.7%) severa, (17. %) y extrema

(6.7%) en comparación con las puntuaciones obtenidas por estudiantes varones. En cuanto a los síntomas de ansiedad del BAI; las estudiantes mujeres presentan un menor porcentaje de ansiedad moderada con el 48.1%, en relación a los varones con 51.9%; en ansiedad grave, las mujeres presentan un porcentaje mayor de 65.9% en comparación con las puntuaciones obtenidas por varones de 34.1%, esto confirma que de la población que presenta síntomas de ansiedad elevados y síntomas depresivos son las estudiantes mujeres con puntuaciones más significativas.

En lo que respecta a la edad de los participantes, se tiene que los síntomas de depresión y de ansiedad presentan, un grado de afectación mayor al grupo de estudiantes adolescentes, comprendidos en el rango de edad de 14 a 17 años para ambos cuadros; una mayor incidencia en el distrito municipal Nro. 5 con: depresión severa y una mayor incidencia en el distrito municipal Nro. 2 con Ansiedad grave

Estos síntomas de depresión tienen algún grado de relación con los niveles de ansiedad, según las correlaciones  $r$  de Pearson se tiene  $r = 0.318$ ; estos resultados no reflejan causalidad, sino la presencia de ambos fenómenos al mismo tiempo. Aspectos que responden al objetivo específico Nro. 2. Sobre la relación entre síntomas de ansiedad y depresión.

Los resultados enfatizan la comorbilidad de síntomas de depresión y ansiedad en el presente estudio; el rango más alto en síntomas depresivos corresponde a un 28.9% con altibajos considerados normales, que van acompañado de ansiedad grave con un 7.84% y el rango más alto para síntomas de ansiedad corresponde a un 41.3% con depresión severa. (8.11. Anexo Gráfico: Representación de la depresión y Ansiedad)

En referencia a la percepción de apoyo de factores familiares y sociales, se encontró una asociación negativa significativamente con la depresión y ansiedad. Es decir, a medida que los niveles de depresión, aumentan, la funcionalidad familiar tiende a disminuir, siendo esto un factor de riesgo predictor para la depresión y ansiedad (Gómez, Matagira, Agudelo, Berbesi, & Morales, 2021) En respuesta al objetivo específico Nro. 3 y 4.

Así mismo se destaca en este estudio la importancia del apoyo de la percepción familiar y social en el origen, y mantenimiento de los síntomas depresivos, y síntomas de ansiedad se evidencia que puede ser una reacción a la ruptura de relaciones interpersonales, familiares de las cuales el individuo solía recibir apoyo, así como la importancia de figuras significativas en mantener o exacerbar los síntomas. De igual manera la importancia del grupo social de aceptación o rechazo en sus interacciones que generan vínculos de pertenencia en el adolescente.

## RECOMENDACIONES

Según los resultados del presente estudio tanto síntomas depresivos como ansiosos se presentan de una manera comórbida en esta población, así como la falta de apoyo familiar y social inciden en su aparición y mantenimientos de estos síntomas. Por lo que pueden considerarse enfermedades mentales que afectan de manera silenciosa a los adolescentes. Por otro lado, la falta de tratamiento y diagnóstico puede llegar a ocasionar problemas futuros en relación a su desarrollo personal, familiar, social y psicológico de los estudiantes, lo cual los expone a sufrir algún riesgo de discapacidad futura e incluso podría desencadenar en suicidio. Por lo que se debe considerar la implementación de programas de detección temprana en entornos educativos, de salud y comunitarios, accesibles, para identificar y abordar síntomas de depresión y ansiedad en sus etapas iniciales, para su tratamiento.

Se debe atender como un factor de vulnerabilidad el proceso evolutivo cronológico, y en especial al proceso transitorio de su condición de adolescente a adulto, por los cambios que conlleva la adolescencia y que afectan directamente su salud mental, y su salud en general, estas acciones permitirán detectar los síntomas de depresión o ansiedad en etapa inicial, los factores de riesgos para una mejor intervención, esto significa contar, implementar o validar protocolos de atención y prevención. Ya que los adolescentes en esta etapa aún se encuentran en un sistema escolar este espacio debe considerarse como una oportunidad para la promoción del bienestar de la salud mental, con la detección temprana de síntomas de depresión y ansiedad para realizar una referencia oportuna, urge el rol del psicólogo en estos espacios.

Favorecer factores protectores familiares y sociales, motivando la participación de los padres/madres de familia en talleres u otros espacios para el proceso de apoyo especialmente a la etapa adolescente que es considerada, como la etapa más crucial del ser humano y con énfasis en temas de salud mental como depresión o ansiedad, reconociendo la importancia del entorno familiar y social como un factor de protección, en este sentido la familia no debe competir con el soporte social sino abrirse a un diálogo con los hijos/as adolescentes menos autoritario, intrusivo, menos permisivo, pero que esté abierta a ofrecer apoyo, protección y contención con el fin de generar un desarrollo acorde al bienestar de los adolescentes, fortalecer el vínculo en la familia, promoviendo el diálogo con la escucha, atención, que no esté basada en el temor ni el autoritarismo y se constituya en un factor de protección para esta población.

Los estudiantes de estas unidades educativas de los distritos municipales 1, 2 y 5 del presente estudio, presentan porcentajes de síntomas depresivos, del 38.2% entre depresión moderada, severa y extrema. Síntomas ansiosos del 86.1% entre ansiedad leve, moderada

y grave, ambos puntajes son significativos. Se propone realizar investigaciones especialmente en muestras más amplias de estudiantes adolescentes en los restantes distritos municipales para determinar una prevalencia a nivel ciudad y estudiar su relación con la percepción de apoyo familiar social, así como otras posibles causas asociadas a los síntomas para poder trabajar sobre ellas a futuro.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almudena García, A. (2009). *La depresión en adolescentes*. Madrid: La salud mental de las personas jóvenes en España.
- Alvarez, M., Atienza, G., De las Heras, E., Fernández, R., Ferrer, E., Goicoeches, A., . . . Triñanes, Y. (2009). *Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia*. España: Ministerio de Ciencia e Innovación.
- Andrade, C., Avanci, J., & Oliviera, R. d. (2022). Experiencias adversas en la infancia, características sociodemográficas y síntomas de depresión entre adolescentes de un municipio de Río de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 39. doi:<https://doi.org/10.1590/0102-311XPT269921>
- Ansorena, A., Cobo, J., & Romero, I. (2014). El constructo ansiedad en Psicología: una revisión. *Estudios de psicología*, 30-45. doi:<https://doi.org/10.1080/02109395.1983.10821366>
- Arias, L. (1994). El APGAR familiar en el cuidado primario de salud. *Colombia Medica*, 25, 26-28. Obtenido de <https://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/view/1776>
- Association, A. P. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*.
- Avenevoli, S., Stolar, M., Li, J., Dierker, L., & Ries, K. (2001). Comorbidity of depression in children and adolescents: models and evidence from a prospective high-risk family study. *Biological Psychiatry*, 49, 1071-1081. doi:[https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(01\)01142-8](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(01)01142-8)
- Barlow, D. H., & Durand, V. M. (2001). Psicología Anormal: un enfoque integral. *Persona*, 127-174. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/1471/147118132012.pdf>
- Barlow, D., & Durand, M. (2002). *PSICOLOGIA ANORMAL. UN ENFOQUE INTEGRAL*. Lima: Paraninfo .
- Beck, A. (1967). *Depression Clinical, experimental and theoretical aspects*. New York: Harper and Row.
- Beck, A. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorder*. New York: International Universities Press.
- Beck, A. (1991). Cognitive therapy: A 30-year retrospective. *American psychologist*, 46, 368-375. doi:<https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0003-066X.46.4.368>

- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Beck Depression Inventory Second Edition*. San Antonio: The Psychological Corporation.
- Beck, A., & Steer, R. (1990). *Manual for the beck anxiety inventory*. San Antonio: The Psychological Corporation.
- Beck, A., & Wright, J. (1983). Cognitive therapy of depression: Theory and Practice. *Psychiatric Services, 30*, 1119-1127. doi:<https://doi.org/10.1176/ps.34.12.1119>
- Beck, A., Brown, G., Steer, R., Eidelson, J., & Riskind, J. (1987). Differentiating anxiety and depression: A test of the cognitive content-specificity hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology, 179-183*. doi:<https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0021-843X.96.3.179>
- Beck, A., Norman, E., Gary, B., & Robert, S. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*, 893-897. doi:<https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-006X.56.6.893>
- Beck, A., Steer, R., & Brown, G. (2009). *BDI-II Inventario de Depresión de Beck*. Paidós.
- Bella, E. (2010). Intento de suicidio en niños y adolescentes: Depresión y trastorno de conducta disocial como patologías más frecuentes. *Argentinos de Pediatría, 108*, 124-129. Obtenido de [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S0325-00752010000200006&script=sci\\_arttext&lng=pt](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S0325-00752010000200006&script=sci_arttext&lng=pt)
- Bellón, J., Delgado, A., Luna del Castillo, J., & Lardelli, P. (1996). Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. *Atención Primaria, 18*, 289-296. Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-validez-fiabilidad-del-cuestionario-funcion-14357>
- Beltrán, M. d., Freyre, M., & Hernández, L. (2012). El Inventario de Depresión de Beck: Su validez en población adolescente. *Terapia Psicológica, 30*, 5-13. doi:<http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000100001>
- Blazer, D., Kessler, R., McGonagle, K., & Swartz, M. (1994). *The Prevalence and Distribution of Major Depression in a National Community Sample: The National Comorbidity Survey*. The Science Of Mental Health.
- Blehar, M. C., & Oren, D. A. (1997). Gender differences in depression. *Medscape women's health, 3-3*. doi:<https://europepmc.org/article/med/9746677>
- Bocanegra, S., & Diaz, M. (2017). La depresión en la adolescencia: Conceptualización, teorías explicativas y tratamientos. *Debates emergentes en psicología, 89*. Obtenido de <https://repository.unad.edu.co/handle/10596/39682>

- Borja, C., Ruilova, E., Garcia, D., Sanchez, S., Guevara, K., & Morales, A. (2019). Factores que inciden en la presencia de la depresión en adolescentes. *Revista científico - profesional*, 165-180. doi:<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7164309>
- Brenlla, M. E., & Rodríguez, C. M. (2006). *Adaptación argentina del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)*. Buenos Aires: Paidós.
- Caguana, M., & Tobar, A. (2022). La funcionalidad familiar y su relación con la ansiedad en adolescentes. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 6, 10039-10053. doi:[https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v6i6.4118](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i6.4118)
- Calvete, E., & Estévez, A. (2009). Consumo de drogas en adolescentes: El papel del estrés, la impulsividad y los esquemas relacionados con la falta de límites. *Adicciones*, 21, 49-56. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/2891/289122882007.pdf>
- Cárdenas Vila, R. M. (2018). Ideación suicida y estilos de afrontamiento en adolescentes de instituciones educativas. *PsiqueMag*, 7, 1. doi:<https://doi.org/10.18050/psiquemag.v7i1.172>
- Casares, M., Díez, A., Pérez, A., & Fonseca, E. (2023). Ansiedad y depresión en contextos educativos: prevalencia, evaluación e impacto en el ajuste psicológico. *Revista de Psicodidáctica*, 8. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.psicod.2023.11.002>
- Cassano, P., & Fava, M. (2002). Depression and public health: An overview. *Journal of Psychosomatic Research*, 849-857. doi:[https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(02\)00304-5](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(02)00304-5)
- Cattell, R. (1983). La naturaleza y medida de la ansiedad. *Studies in Psychology*, 47-59. doi:<https://doi.org/10.1080/02109395.1983.10821367>
- Chávez, A., & Lima, D. (2023). Depresión, ansiedad, estrés y funcionalidad familiar en adolescentes de una unidad educativa de Guayaquil. *Revista eugenio espejo*, 7, 33-45. doi:<https://doi.org/10.37135/ee.04.17.05>
- Cifuentes, A. M. (2004). El desafío metodológico de la investigación en Psicología Clínica: saber interrogarse. *Aletheia*, 20, 65-76. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/1150/115013471007.pdf>
- Clark, D., & Aaron, B. (2012). *Vencendo a ansiedade e a preocupação com a terapia cognitivo-comportamental*. Porto Alegre: Artmed.
- Clark, D., & Beck, A. (2010). Cognitive theory and therapy of anxiety and depression: Convergence with neurobiological findings. *Trends in cognitive sciences*, 418-424. doi:<https://doi.org/10.1016/j.tics.2010.06.007>

- Contreras, J. A., Hernández, L., & Ángel, M. (2015). Validez de constructo del Inventario de Depresión de Beck II para adolescentes. *Terapia psicológica*, 195-203. doi:<https://doi.org/10.4067/s0718-48082015000300004>
- Covas, F., Melipillán, R., Valdivia, M., Bravo, E., & Valenzuela, B. (2007). Sintomatología depresiva y ansiosa en estudiantes de enseñanza media. *Revista chilena de pediatría*, 78, 151-159. doi:<http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062007000200005>
- Cross, S. E., & Madson, L. (1997). Models of the self: self-construals and gender. *Psychological bulletin*, 122, 5-37. doi:<https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0033-2909.122.1.5>
- Cusihuamán, A., Vert, V., Medina, J., Santiago, D., Ferreira, M., & Díaz, C. (2018). La disfunción familiar y su repercusión en el adolescentes. *Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud*, 16, 22-29. doi:[https://doi.org/10.18004/mem.iics/1812-9528/2018.016\(03\)22-029](https://doi.org/10.18004/mem.iics/1812-9528/2018.016(03)22-029)
- Díaz, C., & Santos, L. (2018). La ansiedad en la adolescencia. *RqR Enfermería Comunitaria*, 6, 21-31. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6317303>
- Díaz, I., & De la Iglesia, G. (2019). Ansiedad: Revisión y delimitación conceptual. *Summa Psicológica*, 42-50. doi:<http://dx.doi.org/10.18774/0719-448x.2019.16.1.393>
- Española, R. A. (2014). *Diccionario de la lengua española*. España. Obtenido de <https://dle.rae.es/filologia>
- Fañanás, L. (2002). Bases genéticas de la vulnerabilidad a la depresión. *ANALES del sistema sanitario de Navarra*, 21-42. Obtenido de <https://n9.cl/o6fni>
- Fonseca, E., Pérez, A., Halabi, S., Lucas, B., Ortuño, J., Díez, A., . . . Debbanég, M. (2023). El protocolo del Proyecto PSICE: evaluación del protocolo unificado transdiagnóstico para adolescentes con síntomas emocionales en contextos educativos. *Clínica y Salud*, 34, 15-22. doi:<https://dx.doi.org/10.5093/clysa2023a3>
- Freeman, A., & Oster, C. (2007). *TERAPIA COGNITIVA DE LA DEPRESIÓN*. Madrid: Siglo.
- Gaviria, S. (2009). ¿Por qué las mujeres se deprimen más que los hombres? *Revista colombiana de psiquiatría*, 316-324. Obtenido de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0034-74502009000200008&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0034-74502009000200008&script=sci_arttext)
- Gilbert, P. (2010). *The compassionate mind*. Londres: Constable.
- Gómez, A., Núñez, C., Agudelo, M. P., & Grisales, A. (2020). Riesgo e Ideación Suicida y su Relación con la Impulsividad y la Depresión en Adolescentes Escolares. *Revista*

*Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación*, 1, 147- 163.  
doi:<https://doi.org/10.21865/RIDEP54.1.12>

- Gómez, S., Matagira, G., Agudelo, M., Berbesi, D., & Morales, S. (2021). Cohesión familiar y factores relacionados en adolescentes escolarizados. *Universidad y Salud*, 198-206. doi:<https://doi.org/10.22267/rus.212303.233>
- Gómez, S., Matagira, G., Agudelo, M., Berbesi, D., & Morales, S. (2021). Cohesión familiar y factores relacionados en adolescentes escolarizados. *Universidad y Salud*, 23, 198-206. doi:<https://doi.org/10.22267/rus.212303.233>
- González, M. T. (1993). Aproximación al concepto de ansiedad en psicología: su carácter complejo y multidimensional. *Aula: revista de Pedagogía de la Universidad de Salamanca*, 5. doi:<https://doi.org/10.14201/3270>
- González, S., Pineda, A., & Gaxiola, J. C. (2018). Depresión adolescente: factores de riesgo y apoyo social como factor protector. *Universitas Psychologica*, 63-73.
- González-González, A., Juárez, F., Solís, C., González-Forteza, C., A.J, T., Medina-Mora, M., & Mejía, H. (2012). Depresión y consumo de alcohol y tabaco en estudiantes de bachillerato y licenciatura. *Salud Mental*, 35, 51-55. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=33546>
- Harter, S. (2006). The Self. En W. Damon, R. Lerner, & N. Eisenberg, *Handbook of Child Psychology, Social, Emotional, and Personality Development* (pág. 505). New Jersey: John Wiley & Sons.
- Hetrick, S., McKenzie, J., Bailey, A., Sharma, V., Moller, C., Badcock, P., . . . Meader, N. (2021). New generation antidepressants for depression in children and adolescents: a network meta-analysis. *The Cochrane database of systematic reviews*, 5. doi:<https://doi.org/10.1002/14651858.CD013674.pub2>
- Hoyos, E., Lemos, M., & Torres de Galvis, Y. (2012). Factores de Riesgo y de Protección de la Depresión en los Adolescentes de la Ciudad de Medellín. *International Journal of Psychological Research*, 109-121. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/2990/299023539013.pdf>
- Huberty, T. J. (2012). *Anxiety and depression in children and adolescents: Assessment, intervention, and prevention*. Springer Science & Business Media.
- Lewinsohn, P., Allen, N., & Seeley. (1999). First onset versus recurrence of depression: Differential processes of psychosocial risk. *Journal of Abnormal Psychology*, 483-489. doi:<https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0021-843X.108.3.483>

- Lopez, L., Leon, D., Gonzales, L., & Gutierrez, S. (2004). Trastorno depresivo: evaluación de la prevalencia en adolescentes y jóvenes de la facultad de derecho de la UMSS. *Revista Ciencia y Medicina*, 36. Obtenido de [http://revistasbolivianas.umsa.bo/scielo.php?pid=S1816-29082004000100012&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://revistasbolivianas.umsa.bo/scielo.php?pid=S1816-29082004000100012&script=sci_arttext&tlng=en)
- Maldonado, N., Castro, R., & Cardona, P. (2021). Propiedades psicométricas del Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) en población universitaria colombiana. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. doi:<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.08.007>
- March, J. (2004). Adolescents With Depression. *JAMA*, 2577-2579. doi:10.1001/jama.292.21.2578-c
- Mendelson, T., & Tandon, D. (2016). Prevention of depression in childhood and adolescence. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 201-218. doi:<https://doi.org/10.1016/j.chc.2015.11.005>
- Michelle, S., & Bagwell, C. (1982). The protective role of friendships in overtly and relationally victimized boys and girls. *Merrill-Palmer Quarterly*, 53, 439-460. Obtenido de <https://www.jstor.org/stable/23096128>
- Navarro-Loli, J. S., & Moscoso, M. (2017). Research on depression in adolescents in Peru: a systematic review. *Liberabit Revista Peruana de Psicología*, 57-74. doi:<https://doi.org/10.24265/liberabit.2017.v23n1.04>
- Neinstein, S. (2009). Desarrollo Psicosocial en los adolescentes normales. *Salud del adolescente*, 1, 37-41.
- NICE, N. I. (2005). *Guidlines: depression in children and adolescents*. Londres: NICE.
- Ochoa, C., Cruz, A., & Moreno, N. (2015). DEPRESIÓN EN LA MUJER: ¿EXPRESIÓN DE LA REALIDAD ACTUAL? *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 6, 113-135. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5123749>
- Ospina-Ospina, F. D., Hinestrosa-Upegui, M. F., Paredes, M. C., Guzmán, Y., & Granados, C. (2011). Síntomas de ansiedad y depresión en adolescentes escolarizados de 10 a 17 años en Chía. *Revista de salud pública*, 908-920. doi:<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42222537004>
- Palomino, M. (2019). *Niveles de ansiedad en pacientes adolescentes y adultos que acuden a una clínica dental de la ciudad de Huancayo*. Huancayo: Universidad Peruana Los Andes . Obtenido de <https://hdl.handle.net/20.500.12848/1678>

- Paniagua, W. O., Juárez, M. C., & Ramírez, D. E. (2019). *Adaptabilidad y vulnerabilidad familiar como factores de riesgo para la ansiedad como rasgo en adolescentes guatemaltecos*. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala. Obtenido de <https://digi.usac.edu.gt/bvirtual/informes/puie/INF-2019-07.pdf>
- Papalia, D., Olds, S., & Robert, F. (2006). *Desarrollo Humano*. McGraw-Hill Interamericana.
- Pardo, G., Sandoval, A., & Umbarila, D. (2004). Adolescencia y depresión. *Revista Colombiana de Psicología*, 17-32. Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80401303>
- Pereira da Silva, B., Santos, L., Fiorim, S., & Faro, A. (2022). ¿La autoestima y el género explican la depresión/ansiedad en los adolescentes? *Revista de Psicología*, 40. doi:<http://dx.doi.org/10.18800/psico.202201.019>
- Ramírez, I. (2010). *APUNTES DE METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN: Un Enfoque Crítico*. Sucre: Tupac Katari.
- Ramírez, J. A. (2015). Ideación suicida y grupo de iguales: análisis en una muestra de adolescentes venezolanos\*. *Univ. Psychol. vol.14 no.3 Bogotá July/Sept. 2015*, 3. Obtenido de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-92672015000300028](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672015000300028)
- Ramírez, P., & Hernández, E. (2012). Resiliencia familiar, depresión y ansiedad adolescentes en situación de pobreza. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 63-70. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=36007>
- Rao, U., Hammen, C., & Daley, S. (1999). Continuity of depression during the transition to adulthood: A 5-year longitudinal study of young women. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 908-915. doi:<https://doi.org/10.1097/00004583-199907000-00022>
- Robertson, D. (2010). *The philosophy of cognitive-behavioral therapy: Stoic Philosophy as rational and cognitive psychotherapy*. Londres: Karnack Books.
- Rodríguez Biglieri, R., & Vetere, G. (2011). *Manual de terapia cognitiva conductual de los trastornos de ansiedad*. Polemos.
- Rodríguez Biglieri, R., & Vetere, G. (2019). DIFICULTADES DE REGULACIÓN EMOCIONAL EN PACIENTES CON TRASTORNOS EMOCIONALES. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 38, 641-649. doi:10.24205/03276716.2019.1154

- Rodríguez, P., & Gallegos, R. (2018). Relación entre apoyo social, estrés, ansiedad y depresión durante el embarazo en una población mexicana. *Ansiedad y Estrés*, 67-72. doi:<https://doi.org/10.1016/j.anyes.2018.03.003>
- Ruiz-Alonso, E., Orue, I., & Calvete, E. (2021). Relaciones bidireccionales longitudinales entre victimización, estilos inferenciales de desesperanza y síntomas de depresión en adolescentes: Un modelo transaccional. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 26, 121-130. doi:<https://doi.org/10.5944/rppc.28778>
- Salud, O. M. (2023).
- Sampieri, R. H. (2014). *Metodología de la Investigación*. Mexico D.F.: Mc Graw Hill.
- Sánchez, R., Guzmán, Y., & Cáceres, H. (2005). Estudio de la imitación como factor de riesgo para ideación suicida en estudiantes universitarios adolescentes. *Revista colombiana de psiquiatría*, 34, 12-25. Obtenido de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0034-74502005000100002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0034-74502005000100002&script=sci_arttext)
- Sanz, J., Vallar, F., De la Guia, E., & Hernández, A. (2011). *Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)*. Madrid: Efp.
- Schleicher, H., Harris, K., Catley, D., & Nazir, N. (2009). The Role of Depression and Negative Affect Regulation Expectancies in Tobacco Smoking Among College Students. *Journal of American College Health*, 57, 507-512. doi:<https://doi.org/10.3200/JACH.57.5.507-512>
- Segal, Z. (1988). Appraisal of the self-schema: Construct in cognitive models of depression. *Psychological bulletin*, 103, 147-162. doi:<https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0033-2909.103.2.147>
- Serna-Arbeláez, D., Terán-Cortés, C. Y., Vanegas-Villegas, A. M., Medina-Pérez, Ó. A., Blandón-Cuesta, O. M., & Cardona-Duque, D. V. (2020). Depresión y funcionamiento familiar en adolescentes de un municipio de Quindío, Colombia. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 19. Obtenido de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2020000600016&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2020000600016&lng=es&tlng=es)
- Sierra, J. C., Ortega, V., & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista mal-estar e subjetividade*, 10-59. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=27130102>
- Smilkstein, G. (1978). The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. *J Fam Pract*, 6, 1231-9.

- Soto, L. (2022). Intervenciones psicológicas actuales para el tratamiento de la depresión en adolescentes. *Universidad Peruana Cayetano Heredia*.
- Stirling, K., Toumbourou, J., & Rowland, B. (2015). Community factors influencing child and adolescent depression: A systematic review and meta-analysis. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 869-886. doi:<https://doi.org/10.1177/0004867415603129>
- Suarez, M. A., & Espinoza, A. (2014). APGAR familiar: una herramienta para detectar disfunción familiar. *Revista médica la Paz*, 20, 53-57. Obtenido de [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1726-89582014000100010&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1726-89582014000100010&script=sci_arttext)
- Suarez, M., & Alcalá, M. (2014). APGAR FAMILIAR: UNA HERRAMIENTA PARA DETECTAR DISFUNCIÓN FAMILIAR. *Revista Médica La Paz*, 20, 53-57. Obtenido de [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-89582014000100010](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582014000100010)
- Teasdale, J. (1988). Cognitive vulnerability to persistent depression. *Cognition & Emotion*, 2, 247-274. doi:<https://doi.org/10.1080/02699938808410927>
- Vázquez, C., Hervás, G., Hernangómez, L., & Romero, N. (2010). MODELOS COGNITIVOS DE LA DEPRESIÓN: UNA SÍNTESIS Y NUEVA PROPUESTA BASADA EN 30 AÑOS DE INVESTIGACIÓN. *Behavioral Psychology*, 18, 139-165. Obtenido de [https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2019/08/08.Vazquez\\_18-10a.pdf](https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2019/08/08.Vazquez_18-10a.pdf)
- Veytia, M. (2017). *Depresión en adolescentes, factor de vulnerabilidad cognitiva*. México: Torres Asociados.
- Whooler, M., & Browner, W. (1998). Association Between Depressive Symptoms and Mortality in Older Women. *Archives of Internal Medicine*, 2129-2135. doi:[10.1001/archinte.158.19.2129](https://doi.org/10.1001/archinte.158.19.2129)

## ANEXOS

**Anexo 1. Cartas, Mapas distritales, Instrumentos**


UNIVERSIDAD ANDINA SIMÓN BOLÍVAR  
Organismo Académico de la Comunidad Andina



COMUNIDAD ANDINA

Sucre, 20 de noviembre de 2023  
Cite: N° 219/2023 UASB-SC

Señor  
Lic. Helio Choque Gironde  
**DIRECTOR UNIDAD EDUCATIVA "FLORIDA"**  
Santa Cruz

De mi consideración:

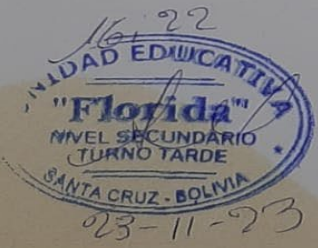
Me permito poner en su conocimiento que la Lic. **Elena Minerva Guerrero Saibury**, es estudiante regular de la **Maestría en Psicología Clínica - versión VII**, que desarrolla la Universidad Andina Simón Bolívar, Organismo Académico de la Comunidad Andina.

A solicitud de la estudiante hago conocer a ustedes que realiza la investigación titulada: "**Depresión en adolescentes**"; la intención es de obtener una detección temprana en estudiantes de secundaria, así como su relación con el funcionamiento familiar y grupos sociales.

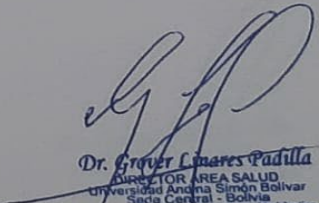
En consecuencia, requiere recabar la muestra mediante entrevistas a estudiantes adolescentes del municipio de Santa Cruz, motivo por el que se solicita pueda, a través y en coordinación con las instancias educativas o administrativas de la Unidad Educativa que usted dirige, facilitarle el acceso de la mencionada profesional.

Se manifiesta el compromiso de la estudiante en relación a que los datos serán utilizados únicamente en el marco de la investigación citada y que la información obtenida será manejada con la mayor responsabilidad en el marco de las normas establecidas que protegen los derechos de pacientes, con confidencialidad de datos personales.

Se adjunta solicitud realizada por la estudiante



1622  
UNIDAD EDUCATIVA  
"Florida"  
NIVEL SECUNDARIO  
TURNO TARDE  
SANTA CRUZ - BOLIVIA  
23-11-23



Dr. Gruper Linares Padilla  
DIRECTOR AREA SALUD  
Universidad Andina Simón Bolívar  
Sede Central - Bolivia  
Organismo Académico de la Comunidad Andina

/Ce  
Cc: Arch.

www.uasb.edu.bo



UNIVERSIDAD ANDINA SIMÓN BOLÍVAR  
Organismo Académico de la Comunidad Andina



Sucre, 20 de noviembre de 2023  
Cite: N° 221/2023 UASB-SC

Señor  
Lic. Jhony Llave  
**DIRECTOR UNIDAD EDUCATIVA "MARÍA VACA DIEZ"**  
Santa Cruz

De mi consideración:

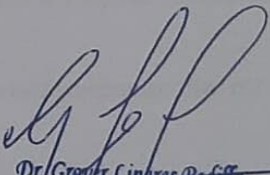
Me permito poner en su conocimiento que la Lic. **Elena Minerva Guerrero Saibury**, es estudiante regular de la **Maestría en Psicología Clínica - versión VII**, que desarrolla la Universidad Andina Simón Bolívar, Organismo Académico de la Comunidad Andina.

A solicitud de la estudiante hago conocer a ustedes que realiza la investigación titulada: "*Depresión en adolescentes*"; la intención es de obtener una detección temprana en estudiantes de secundaria, así como su relación con el funcionamiento familiar y grupos sociales.

En consecuencia, requiere recabar la muestra mediante entrevistas a estudiantes adolescentes del municipio de Santa Cruz, motivo por el que se solicita pueda, a través y en coordinación con las instancias educativas o administrativas de la Unidad Educativa que usted dirige, facilitarle el acceso de la mencionada profesional.

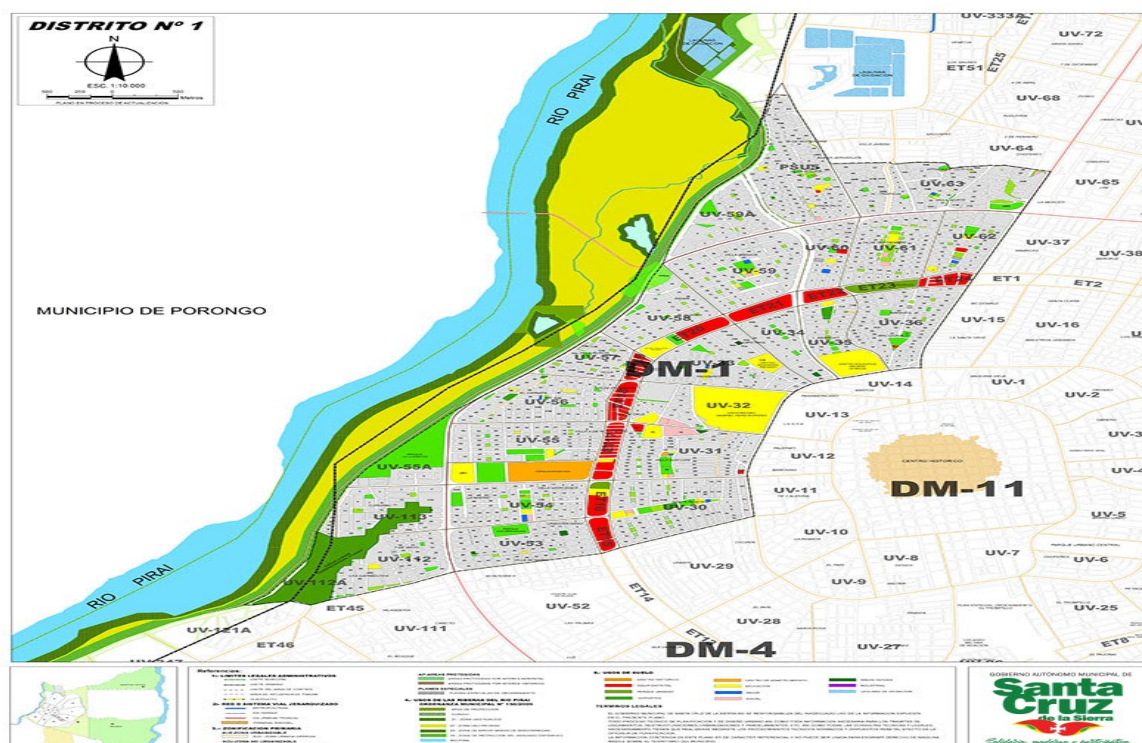
Se manifiesta el compromiso de la estudiante en relación a que los datos serán utilizados únicamente en el marco de la investigación citada y que la información obtenida será manejada con la mayor responsabilidad en el marco de las normas establecidas que protegen los derechos de pacientes, con confidencialidad de datos personales.

Se adjunta solicitud realizada por la estudiante

  
**Dr. Greth Linarez Padilla**  
DIRECTOR ÁREA SALUD  
Universidad Andina Simón Bolívar  
Sede Central - Bolivia  
Organismo Académico de la Comunidad Andina

/Ce  
Cc: Arch.

## Anexo 2. Distrito Municipal Nro. 1



Se creó el 10 de septiembre 1954. Está ubicado en la zona Oeste de la ciudad. Lo integran aproximadamente 70 barrios y cuenta con una población de 112 mil habitantes. Comprende desde el segundo al cuarto anillo entre las avenidas Cristo Redentor y Piraí. Entre los barrios históricos que lo conforman se encuentran Villa San Luis, Brígida, Villa Mercedes y 4 de noviembre.

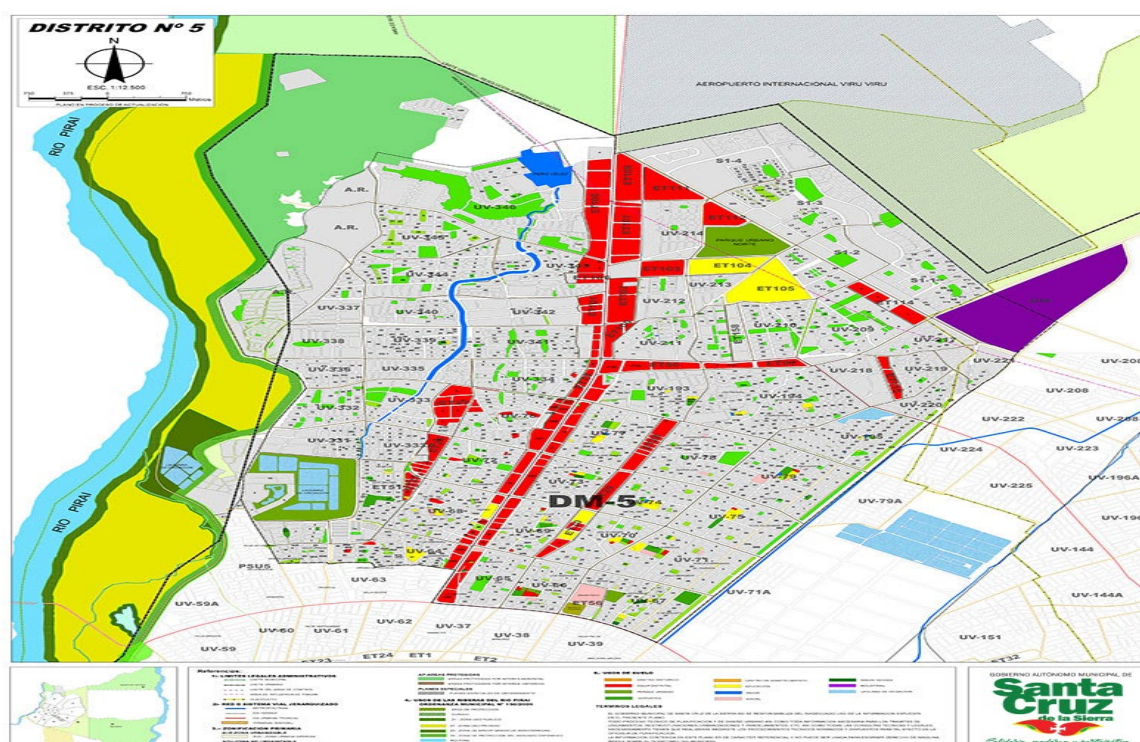
Población: 112.642 habitantes; 55.423 son hombres y 57.219 son mujeres, según Censo 2012.

Extensión: 1578 hectáreas

Unidades Vecinales: 22

Barrios: 62

### Anexo 3. Distrito Municipal Nro. 5



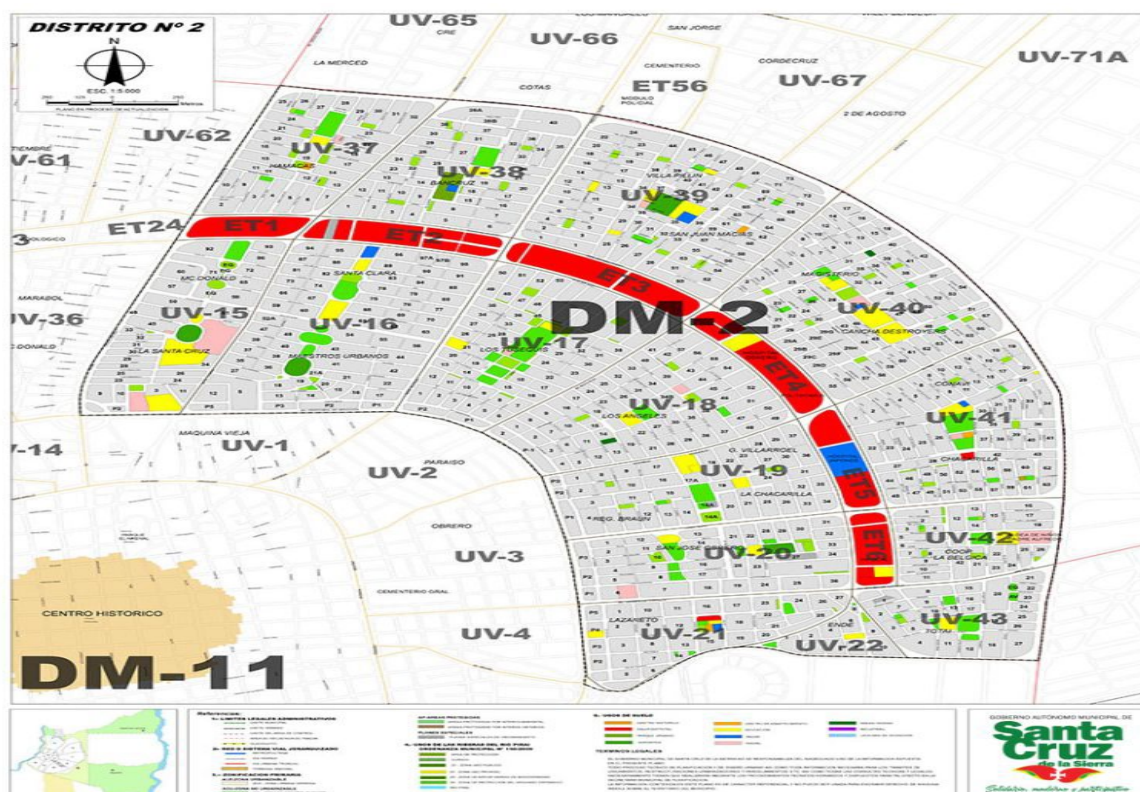
Celebra su aniversario cada 13 octubre, fue creado en 1995. En esa fecha realizan manifestaciones culturales en las que participan las unidades educativas. Tiene una población de 200 mil habitantes. Comprende desde el 4to anillo hasta el límite con el municipio de Warnes, inclusive entre las avenidas Radial 26 y Mutualista y G77. Entre sus primeros barrios se encuentran Los Tusequis, 2 de agosto, San Jorge, La Merced y Cordecruz.

Población: 200.000 habitantes, aproximadamente

Extensión: 7872 hectáreas

Unidades Vecinales: 58 Barrios: 180 Aniversario: 13 de octubre

### Anexo 4. Distrito Municipal Nro. 2



Se creó el 17 de septiembre de 1950, pero el 19 de septiembre de 1994 con la Ley de Participación Popular el Distrito 2 quedó consolidado. Aproximadamente 87 mil habitantes viven en 24 barrios que forman 15 unidades vecinales. Comprende del segundo al cuarto anillo entre las avenidas Cristo Redentor y Brasil, zona Noreste de la ciudad. Sus barrios más tradicionales son José Gil Reyes, Los Ángeles, Tusequis, Conavi, Chacarilla, Lazareto y San José Obrero, entre otros.

Población: 83.000 habitantes, según Censo 2012

Extensión: 936 hectáreas. Unidades Vecinales 15 Barrios 24

## Anexo 5. Prueba BDI-2

### 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. 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 desalentado respecto del mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mi.
- 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 debido.
- 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 este 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 gusta 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 estarlo
- 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 que lo habitual.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que 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 mi 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 demasiado
- 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 que lo habitual.
- 1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a. Duermo mucho más que 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 que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que 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 un poco menor que lo habitual.
- 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b. Mi apetito es mucho mayor que 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 que lo habitual.

1 Me fatigo o me canso más fácilmente que 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.

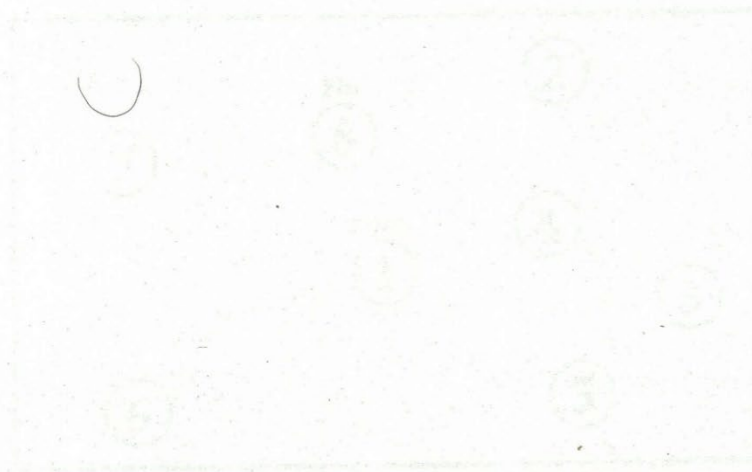
3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total: \_\_\_\_\_

## BDI-II

**Puntajes del Beck Depression Inventory-II**

- 1 a 10 Altibajos considerados normales
- 11 a 16 disturbios suaves del humor
- 17 a 20 depresion clinica fronteriza
- 21 a 30 depresion moderada
- 31-40 depresion severa
- mas de 40 Depresion extrema



### Anexo 6. Prueba BAI

En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique cuanto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy:

#### Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
1 Torpe o entumecido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Acalorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Con temblor en las piernas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 Incapaz de relajarse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Con temor a que ocurra lo peor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 Mareado, o que se le va la cabeza.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Con latidos del corazón fuertes y acelerados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 Inestable.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 Atemorizado o asustado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 Nervioso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
11 Con sensación de bloqueo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12 Con temblores en las manos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13 Inquieto, inseguro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14 Con miedo a perder el control.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15 Con sensación de ahogo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16 Con temor a morir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17 Con miedo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18 Con problemas digestivos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19 Con desvanecimientos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20 Con rubor facial.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
21 Con sudores, fríos o calientes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### **Anexo 7. APGAR familiar**

#### **Cuestionario para la evaluación de la funcionalidad de la familia**

Lea atentamente cada frase y responda con una x en la casilla de acuerdo a la frecuencia como se dan las diferentes situaciones en su familia. No necesita escribir su nombre solo edad, sexo y grado, escolar y colegio.

**Edad:**

**Género:**

**Curso:**

**Colegio:**

**Distrito Municipal:**

**Fecha:**

<b>PREGUNTAS</b>	<b>NUNCA</b>	<b>CASI NUNCA</b>	<b>ALGUNAS VECES</b>	<b>CASI SIEMPR E</b>	<b>SIEMPR E</b>
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?					
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas					
Me satisface como en mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades de.					
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza y amor					

Me satisface como compartimos en mi familia:					
1. El tiempo para estar juntos					
2. Los espacios en la casa					
3. El dinero					
¿Ud. ¿Tiene un (a) amigo (a) cercano a quien pueda buscar cuando necesita ayuda?					
Estoy satisfecho (a) con el soporte que recibo de mis amigos (as)					

**Anexo 8. Distribución de estudiantes evaluados por unidad educativa, Distrito municipal y género**

UNIDAD EDUCATIVA	DISTRITO MUNICIPAL	DISTRITO EDUCACIÓN	DIRECTOR/A	MUESTRA	F	M
Florida	5	2	Lic. Helio Choque Gironde	206	85	121
Kurt Richter	1	2	Lic. Margoth Salazar Suárez	156	83	73
Ana María Vaca Diez 1	3	2	Lic. Jhony Llave	171	118	53
TOTAL				533	286	247

### Anexo 9. Anovas: Síntomas de depresión: BDI-2

		ANOVA				
		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Tristeza	Entre grupos	134,583	5	26,917	61,993	<,001
	Dentro de grupos	225,777	520	,434		
	Total	360,359	525			
Pesimismo	Entre grupos	116,073	5	23,215	35,475	<,001
	Dentro de grupos	340,285	520	,654		
	Total	456,357	525			
Fracaso	Entre grupos	181,666	5	36,333	51,227	<,001
	Dentro de grupos	368,813	520	,709		
	Total	550,479	525			
Pérdida de placer	Entre grupos	95,985	5	19,197	43,791	<,001
	Dentro de grupos	227,955	520	,438		
	Total	323,939	525			
Sentimiento de culpa	Entre grupos	71,245	5	14,249	46,873	<,001
	Dentro de grupos	158,073	520	,304		
	Total	229,317	525			
Sentimiento de castigo	Entre grupos	171,413	5	34,283	47,043	<,001
	Dentro de grupos	378,954	520	,729		
	Total	550,367	525			
Disconformidad de uno mismo	Entre grupos	214,312	5	42,862	70,241	<,001
	Dentro de grupos	317,315	520	,610		
	Total	531,627	525			
Autocrítica	Entre grupos	273,794	5	54,759	83,569	<,001
	Dentro de grupos	340,733	520	,655		
	Total	614,527	525			
Pensamientos o Deseos Suicidas	Entre grupos	138,202	5	27,640	59,155	<,001
	Dentro de grupos	242,970	520	,467		
	Total	381,171	525			
Llanto	Entre grupos	281,176	5	56,235	54,874	<,001
	Dentro de grupos	532,902	520	1,025		
	Total	814,078	525			
Agitación	Entre grupos	108,046	5	21,609	34,873	<,001
	Dentro de grupos	322,222	520	,620		
	Total	430,268	525			
Pérdida de Interés	Entre grupos	143,844	5	28,769	39,922	<,001
	Dentro de grupos	374,728	520	,721		
	Total	518,572	525			
Indecisión	Entre grupos	264,089	5	52,818	70,071	<,001
	Dentro de grupos	391,965	520	,754		
	Total	656,053	525			
Desvalorización	Entre grupos	237,762	5	47,552	76,970	<,001
	Dentro de grupos	321,257	520	,618		
	Total	559,019	525			
Pérdida de energía	Entre grupos	188,493	5	37,699	77,330	<,001
	Dentro de grupos	253,502	520	,488		
	Total	441,994	525			
Cambios en los Hábitos de Sueño	Entre grupos	141,142	5	28,228	43,005	<,001
	Dentro de grupos	341,322	520	,656		
	Total	482,464	525			
Irritabilidad	Entre grupos	134,371	5	26,874	52,391	<,001
	Dentro de grupos	266,734	520	,513		
	Total	401,105	525			
Cambios en el Apetito	Entre grupos	189,789	5	37,958	54,050	<,001
	Dentro de grupos	365,184	520	,702		
	Total	554,973	525			
Dificultad de Concentración	Entre grupos	159,433	5	31,887	60,955	<,001
	Dentro de grupos	272,022	520	,523		
	Total	431,454	525			
Cansancio o Fatiga	Entre grupos	101,601	5	20,320	45,459	<,001
	Dentro de grupos	232,439	520	,447		
	Total	334,040	525			
Pérdida de Interés en el Sexo	Entre grupos	27,819	5	5,564	7,363	<,001
	Dentro de grupos	392,929	520	,756		
	Total	420,747	525			

## ANOVA

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Torpe o entumecido	Entre grupos	107,551	3	35,850	47,233	<,001
	Dentro de grupos	397,720	524	,759		
	Total	505,271	527			
Acalorado	Entre grupos	69,529	3	23,176	21,019	<,001
	Dentro de grupos	577,787	524	1,103		
	Total	647,316	527			
Con temblor en las piernas	Entre grupos	164,051	3	54,684	61,811	<,001
	Dentro de grupos	463,578	524	,885		
	Total	627,629	527			
Incapaz de relajarse	Entre grupos	176,730	3	58,910	78,042	<,001
	Dentro de grupos	395,541	524	,755		
	Total	572,271	527			
Con temor a que ocurra lo peor	Entre grupos	207,531	3	69,177	71,325	<,001
	Dentro de grupos	508,219	524	,970		
	Total	715,750	527			
Mareado, o que se le va la cabeza	Entre grupos	272,968	3	90,989	120,876	<,001
	Dentro de grupos	394,440	524	,753		
	Total	667,407	527			
Con latidos del corazón fuerte y acelerados	Entre grupos	229,868	3	76,623	98,077	<,001
	Dentro de grupos	409,375	524	,781		
	Total	639,242	527			
Inestable	Entre grupos	265,931	3	88,644	158,509	<,001
	Dentro de grupos	293,038	524	,559		
	Total	558,970	527			
Atemorizado o inestable	Entre grupos	246,813	3	82,271	135,995	<,001
	Dentro de grupos	316,998	524	,605		
	Total	563,811	527			
Nervioso	Entre grupos	205,174	3	68,391	89,980	<,001
	Dentro de grupos	398,278	524	,760		
	Total	603,453	527			
Con sensación de bloqueo	Entre grupos	196,150	3	65,383	96,842	<,001
	Dentro de grupos	353,782	524	,675		
	Total	549,932	527			
Con temblores en las manos	Entre grupos	224,566	3	74,855	102,695	<,001
	Dentro de grupos	381,949	524	,729		
	Total	606,515	527			
Inquieto, inseguro	Entre grupos	286,811	3	95,604	68,446	<,001
	Dentro de grupos	731,909	524	1,397		
	Total	1018,720	527			
Con miedo a perder el control	Entre grupos	318,645	3	106,215	146,142	<,001
	Dentro de grupos	380,838	524	,727		
	Total	699,483	527			
Con sensación de ahogo	Entre grupos	273,764	3	91,255	138,983	<,001
	Dentro de grupos	344,052	524	,657		
	Total	617,816	527			
Con temor a morir	Entre grupos	128,558	3	42,853	46,998	<,001
	Dentro de grupos	477,776	524	,912		
	Total	606,333	527			
Con miedo	Entre grupos	268,388	3	89,463	141,677	<,001
	Dentro de grupos	330,882	524	,631		
	Total	599,271	527			
Con problemas digestivos	Entre grupos	213,079	3	71,026	97,119	<,001
	Dentro de grupos	383,217	524	,731		
	Total	596,295	527			
Con Desvanecimientos	Entre grupos	193,397	3	64,466	97,769	<,001
	Dentro de grupos	345,510	524	,659		
	Total	538,907	527			
Con rubor facial	Entre grupos	126,615	3	42,205	57,808	<,001
	Dentro de grupos	382,565	524	,730		
	Total	509,180	527			
Con sudores, fríos o calientes	Entre grupos	149,437	3	49,812	58,456	<,001
	Dentro de grupos	446,516	524	,852		
	Total	595,953	527			

## ANOVA

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algun problema y/o necesidad?	Entre grupos	4,341	1	4,341	2,869	,091
	Dentro de grupos	798,831	528	1,513		
	Total	803,172	529			
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas	Entre grupos	1,959	1	1,959	1,104	,294
	Dentro de grupos	936,616	528	1,774		
	Total	938,575	529			
Me satisface como en mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades	Entre grupos	9,444	1	9,444	5,379	,021
	Dentro de grupos	926,988	528	1,756		
	Total	936,432	529			
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza y amor	Entre grupos	7,188	1	7,188	3,950	,047
	Dentro de grupos	960,744	528	1,820		
	Total	967,932	529			
Me satisface como compartimos en mi familia el tiempo para estar juntos	Entre grupos	13,281	1	13,281	9,148	,003
	Dentro de grupos	766,605	528	1,452		
	Total	779,887	529			
Me satisface como compartimos en mi familia los espacios en la casa	Entre grupos	24,899	1	24,899	17,354	<,001
	Dentro de grupos	757,534	528	1,435		
	Total	782,432	529			
Me satisface como compartimos en mi familia el dinero	Entre grupos	18,393	1	18,393	13,240	<,001
	Dentro de grupos	733,539	528	1,389		
	Total	751,932	529			
¿Ud tiene un (a) amigo (a) cercano a quien pueda buscar cuando necesita ayuda?	Entre grupos	,650	1	,650	,286	,593
	Dentro de grupos	1199,095	528	2,271		
	Total	1199,745	529			
Estoy satisfecho (a) con el soporte que recibo de mis amigos (as)	Entre grupos	,049	1	,049	,030	,862
	Dentro de grupos	856,949	528	1,623		
	Total	856,998	529			

**Anexo 10. Frecuencia por síntomas del BDI-2 (CORRELACION DE SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN) 2-R**

**Tristeza**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No me siento triste	299	55,8	56,8	56,8
	Me siento triste gran parte del tiempo	168	31,3	31,9	88,8
	Me siento triste todo el tiempo	30	5,6	5,7	94,5
	Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo	29	5,4	5,5	100,0
	Total	526	98,1	100,0	
Perdidos	Sistema	10	1,9		
Total		536	100,0		

**Pesimismo**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No estoy desalentado respecto de mi futuro	282	52,6	53,6	53,6
	Me siento mas desalentado respecto de mi futuro que lo que solia estarlo	151	28,2	28,7	82,3
	No espero que las cosas funcionen para mi	52	9,7	9,9	92,2
	Siento que no hay esperanza para mi futuro y que solo puede empeorar	41	7,6	7,8	100,0
	Total	526	98,1	100,0	
Perdidos	Sistema	10	1,9		
Total		536	100,0		

**Fracaso**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No me siento como un fracasado	278	51,9	52,9	52,9
	He fracasado mas de lo que hubiera debido	120	22,4	22,8	75,7
	Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos	74	13,8	14,1	89,7
	Siento que como persona soy un fracaso total	54	10,1	10,3	100,0
	Total	526	98,1	100,0	
Perdidos	Sistema	10	1,9		
Total		536	100,0		

**Perdida de placer**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto	192	35,8	36,5	36,5
	No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo	248	46,3	47,1	83,7
	Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar	66	12,3	12,5	96,2
	No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar	20	3,7	3,8	100,0
	Total	526	98,1	100,0	
Perdidos	Sistema	10	1,9		
Total		536	100,0		

**Sentimiento de culpa**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No me siento particularmente culpable	185	34,5	35,2	35,2
	Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho	309	57,6	58,7	93,9
	Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo	16	3,0	3,0	97,0
	Me siento culpable todo el tiempo	16	3,0	3,0	100,0
	Total	526	98,1	100,0	
Perdidos	Sistema	10	1,9		
Total		536	100,0		

**Sentimiento de castigo**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No siento que este siendo castigado	268	50,0	51,0	51,0
	Siento que tal vez pueda ser castigado	155	28,9	29,5	80,4
	Espero ser castigado	37	6,9	7,0	87,5
	Siento que estoy siendo castigado	66	12,3	12,5	100,0
	Total	526	98,1	100,0	
Perdidos	Sistema	10	1,9		
Total		536	100,0		

**Disconformidad de uno mismo**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Siento acerca de mí mismo que siempre	224	41,8	42,6	42,6
	He perdido la confianza en mí mismo	141	26,3	26,8	69,4
	Estoy decepcionado conmigo mismo	112	20,9	21,3	90,7
	No me gusto a mí mismo	49	9,1	9,3	100,0
	Total	526	98,1	100,0	
Perdidos	Sistema	10	1,9		
Total		536	100,0		

**Autocrítica**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No me critico ni me culpo más de lo habitual	199	37,1	37,8	37,8
	Estoy mas crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo	121	22,6	23,0	60,8
	Me critico a mí mismo por todos mis errores	132	24,6	25,1	85,9
	Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede	74	13,8	14,1	100,0
	Total	526	98,1	100,0	
Perdidos	Sistema	10	1,9		
Total		536	100,0		

**Pensamientos o Deseos Suicidas**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No tengo ningún pensamiento de matarme	320	59,7	60,8	60,8
	He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría	148	27,6	28,1	89,0
	Querría matarme	24	4,5	4,6	93,5
	Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo	34	6,3	6,5	100,0
	Total	526	98,1	100,0	
Perdidos	Sistema	10	1,9		
Total		536	100,0		

**Llanto**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No lloro más de los que solía hacerlo	233	43,5	44,3	44,3
	Lloro más de lo que solía hacerlo	69	12,9	13,1	57,4
	Lloro por cualquier pequeñez	96	17,9	18,3	75,7
	Siento ganas de llorar pero no puedo	128	23,9	24,3	100,0
	Total	526	98,1	100,0	
Perdidos	Sistema	10	1,9		
Total		536	100,0		

**Agitación**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No estoy más inquieto o tenso que lo habitual	266	49,6	50,6	50,6
	Me siento mas inquieto o tenso que lo habitual	170	31,7	32,3	82,9
	Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto	53	9,9	10,1	93,0
	Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo	37	6,9	7,0	100,0
	Total	526	98,1	100,0	
Perdidos	Sistema	10	1,9		
Total		536	100,0		

**Pérdida de Interés**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No he perdido el interés en otras actividades o personas	208	38,8	39,5	39,5
	Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas	184	34,3	35,0	74,5
	He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas	75	14,0	14,3	88,8
	Me es difícil interesarme por algo	59	11,0	11,2	100,0
	Total	526	98,1	100,0	
Perdidos	Sistema	10	1,9		
Total		536	100,0		

**Indecisión**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre	217	40,5	41,3	41,3
	Me resulta mas difícil que de costumbre tomar decisiones	156	29,1	29,7	70,9
	Encuentro mucha mas dificultad que antes para tomar decisiones	57	10,6	10,8	81,7
	Tengo problemas para toar cualquier decisión	96	17,9	18,3	100,0
	Total	526	98,1	100,0	
Perdidos	Sistema	10	1,9		
Total		536	100,0		

**Desvalorización**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No siento que yo no sea valioso	272	50,7	51,7	51,7
	No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme	109	20,3	20,7	72,4
	Me siento menos valioso cuando me comparo con otros	94	17,5	17,9	90,3
	Siento que no valgo nada	51	9,5	9,7	100,0
	Total	526	98,1	100,0	
Perdidos	Sistema	10	1,9		
Total		536	100,0		

**Pérdida de energía**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Tengo tanta energía como siempre	157	29,3	29,8	29,8
	Tengo menos energía que la que solía tener	242	45,1	46,0	75,9
	No tengo suficiente energía para hacer demasiado	74	13,8	14,1	89,9
	No tengo energía suficiente para hacer nada	53	9,9	10,1	100,0
	Total	526	98,1	100,0	
Perdidos	Sistema	10	1,9		
Total		536	100,0		

**Cambios en los Hábitos de Sueño**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño	117	21,8	22,2	22,2
	Duermo un poco más que lo habitual	111	20,7	21,1	43,3
	Duermo un poco menos que lo habitual	100	18,7	19,0	62,4
	Duermo mucho más que lo habitual	87	16,2	16,5	78,9
	Duermo mucho menos que lo habitual	59	11,0	11,2	90,1
	Duermo la mayor parte del día	26	4,9	4,9	95,1
	Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme	26	4,9	4,9	100,0
	Total	526	98,1	100,0	
Perdidos	Sistema	10	1,9		
Total		536	100,0		

**Irritabilidad**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No estoy tan irritable que lo habitual	312	58,2	59,3	59,3
	Estoy mas irritable que lo habitual	138	25,7	26,2	85,6
	Estoy mucho mas irritable que lo habitual	45	8,4	8,6	94,1
	Estoy irritable todo el tiempo	31	5,8	5,9	100,0
	Total	526	98,1	100,0	
Perdidos	Sistema	10	1,9		
Total		536	100,0		

**Cambios en el Apetito**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No he experimentado ningún cambio en mi apetito	166	31,0	31,6	31,6
	Mi apetito es un poco menor que lo habitual	134	25,0	25,5	57,0
	Mi apetito es un poco mayor que lo habitual	77	14,4	14,6	71,7
	Mi apetito es mucho menor que antes	54	10,1	10,3	81,9
	Mi apetito es mucho mayor que lo habitual	31	5,8	5,9	87,8
	No tengo apetito en absoluto	41	7,6	7,8	95,6
	Quiero comer todo el día	23	4,3	4,4	100,0
	Total	526	98,1	100,0	
Perdidos	Sistema	10	1,9		
Total		536	100,0		

**Dificultad de Concentración**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Puedo concentrarme tan bien como siempre	146	27,2	27,8	27,8
	No puedo concentrarme tan bien como habitualmente	213	39,7	40,5	68,3
	Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo	125	23,3	23,8	92,0
	Encuentro que no puedo concentrarme en nada	42	7,8	8,0	100,0
	Total	526	98,1	100,0	
Perdidos	Sistema	10	1,9		
Total		536	100,0		

**Cansancio o Fatiga**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No estoy mas cansado o fatigado que lo habitual	212	39,6	40,3	40,3
	Me fatigo o me canso mas fácilmente que lo habitual	225	42,0	42,8	83,1
	Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer	71	13,2	13,5	96,6
	Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer	18	3,4	3,4	100,0
	Total	526	98,1	100,0	
Perdidos	Sistema	10	1,9		
Total		536	100,0		

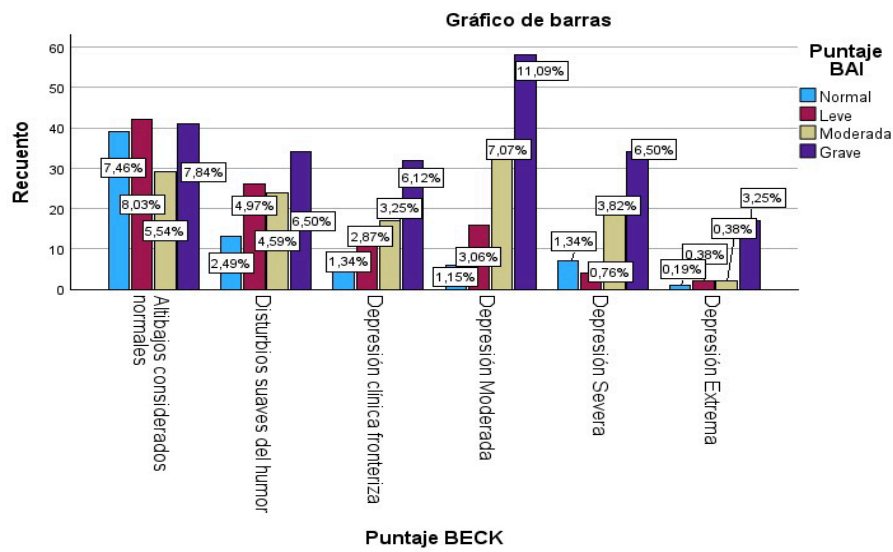
**Pérdida de Interés en el Sexo**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo	422	78,7	80,2	80,2
	Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo	33	6,2	6,3	86,5
	Estoy mucho menos interesado en el sexo	33	6,2	6,3	92,8
	He perdido completamente el interés en el sexo	38	7,1	7,2	100,0
	Total	526	98,1	100,0	
Perdidos	Sistema	10	1,9		
Total		536	100,0		

**Anexo 11. Descriptivo de todos los ítems de la depresión BDI II-**

		Estadísticos																				
		Tristeza	Pesimismo	Fracaso	Pérdida de placer	Sentimiento de culpa	Sentimiento de castigo	Disconformidad de uno mismo	Autoconciencia	Pensamientos o Deseos Sucios	Llanto	Agitación	Pérdida de Interés	Indecisión	Desvalorización	Pérdida de energía	Cambios en los Hábitos de Sueño	Irritabilidad	Cambios en el Apetito	Dificultad de Concentración	Cansancio o Fatiga	Pérdida de Interés en el Sexo
N	Valido	526	526	526	526	526	526	526	526	526	526	526	526	526	526	526	526	526	526	526	526	526
	Perdidos	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
	Media	,60	,72	,82	,84	,74	,81	,87	1,15	,57	1,23	,74	,97	1,06	,86	1,04	1,366	,61	1,183	1,12	,80	,40
	Mediana	,00	,00	,00	1,00	1,00	,00	1,00	1,00	,00	1,00	,00	1,00	1,00	,00	1,00	1,200	,00	1,100	1,00	1,00	,00
	Moda	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0
	Rango	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3,2	3	3,2	3	3	3
	Mínimo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Máximo	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3,2	3	3,2	3	3	3

**Anexo 12. Representación de síntomas de depresión y Ansiedad**

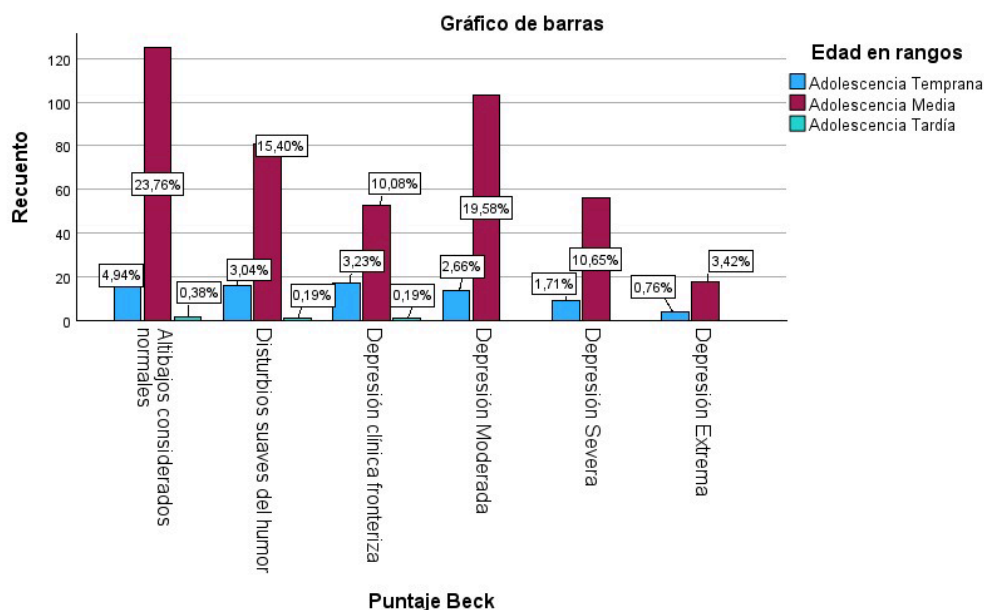


**Anexo 13. Tabla cruzada de correlación entre síntomas de depresión BDI-2 y ansiedad BAI**

**Tabla cruzada Beck rango\*Bai rango**

			Bai rango				Total
			Normal	Leve	Moderada	Grave	
Beck rango	Altibajos considerados normales	Recuento	39	42	29	41	151
		% dentro de Beck rango	25,8%	27,8%	19,2%	27,2%	100,0%
		% dentro de Bai rango	53,4%	40,0%	22,5%	19,0%	28,9%
		% del total	7,5%	8,0%	5,5%	7,8%	28,9%
	Disturbios suaves del humor	Recuento	13	26	24	34	97
		% dentro de Beck rango	13,4%	26,8%	24,7%	35,1%	100,0%
		% dentro de Bai rango	17,8%	24,8%	18,6%	15,7%	18,5%
		% del total	2,5%	5,0%	4,6%	6,5%	18,5%
	Depresión clínica fronteriza	Recuento	7	15	17	32	71
		% dentro de Beck rango	9,9%	21,1%	23,9%	45,1%	100,0%
		% dentro de Bai rango	9,6%	14,3%	13,2%	14,8%	13,6%
		% del total	1,3%	2,9%	3,3%	6,1%	13,6%
Depresión Moderada	Recuento	6	16	37	58	117	
	% dentro de Beck rango	5,1%	13,7%	31,6%	49,6%	100,0%	
	% dentro de Bai rango	8,2%	15,2%	28,7%	26,9%	22,4%	
	% del total	1,1%	3,1%	7,1%	11,1%	22,4%	
Depresión Severa	Recuento	7	4	20	34	65	
	% dentro de Beck rango	10,8%	6,2%	30,8%	52,3%	100,0%	
	% dentro de Bai rango	9,6%	3,8%	15,5%	15,7%	12,4%	
	% del total	1,3%	0,8%	3,8%	6,5%	12,4%	
Depresión Extrema	Recuento	1	2	2	17	22	
	% dentro de Beck rango	4,5%	9,1%	9,1%	77,3%	100,0%	
	% dentro de Bai rango	1,4%	1,9%	1,6%	7,9%	4,2%	
	% del total	0,2%	0,4%	0,4%	3,3%	4,2%	
Total	Recuento	73	105	129	216	523	
	% dentro de Beck rango	14,0%	20,1%	24,7%	41,3%	100,0%	
	% dentro de Bai rango	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	14,0%	20,1%	24,7%	41,3%	100,0%	

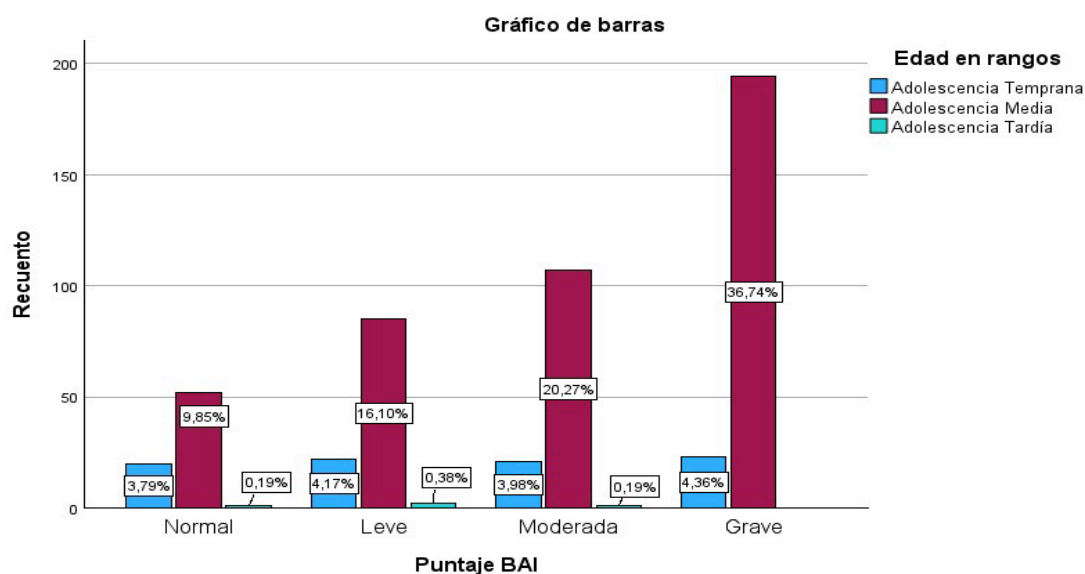
### Anexo 14. Gráfico de correlación entre síntomas de depresión BDI-2 y en rangos de edad



**Tabla cruzada Beck rango\*Edad en rangos**

Beck rango		Edad en rangos			Total
		Adolescencia Temprana	Adolescencia Media	Adolescencia Tardía	
Altibajos considerados normales	Recuento	26	125	2	153
	% dentro de Beck rango	17,0%	81,7%	1,3%	100,0%
	% dentro de Edad en rangos	30,2%	28,7%	50,0%	29,1%
	% del total	4,9%	23,8%	0,4%	29,1%
Disturbios suaves del humor	Recuento	16	81	1	98
	% dentro de Beck rango	16,3%	82,7%	1,0%	100,0%
	% dentro de Edad en rangos	18,6%	18,6%	25,0%	18,6%
	% del total	3,0%	15,4%	0,2%	18,6%
Depresión clínica fronteriza	Recuento	17	53	1	71
	% dentro de Beck rango	23,9%	74,6%	1,4%	100,0%
	% dentro de Edad en rangos	19,8%	12,2%	25,0%	13,5%
	% del total	3,2%	10,1%	0,2%	13,5%
Depresión Moderada	Recuento	14	103	0	117
	% dentro de Beck rango	12,0%	88,0%	0,0%	100,0%
	% dentro de Edad en rangos	16,3%	23,6%	0,0%	22,2%
	% del total	2,7%	19,6%	0,0%	22,2%
Depresión Severa	Recuento	9	56	0	65
	% dentro de Beck rango	13,8%	86,2%	0,0%	100,0%
	% dentro de Edad en rangos	10,5%	12,8%	0,0%	12,4%
	% del total	1,7%	10,6%	0,0%	12,4%
Depresión Extrema	Recuento	4	18	0	22
	% dentro de Beck rango	18,2%	81,8%	0,0%	100,0%
	% dentro de Edad en rangos	4,7%	4,1%	0,0%	4,2%
	% del total	0,8%	3,4%	0,0%	4,2%
Total	Recuento	86	436	4	526
	% dentro de Beck rango	16,3%	82,9%	0,8%	100,0%
	% dentro de Edad en rangos	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% del total	16,3%	82,9%	0,8%	100,0%

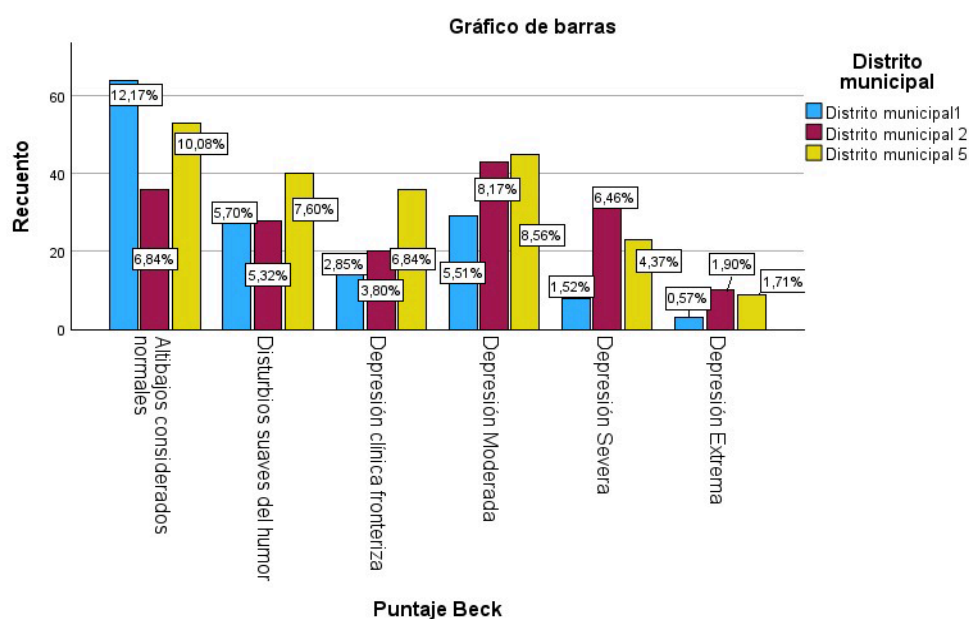
### Anexo 15. BAI correlación de síntomas de ansiedad en rangos de edad



**Tabla cruzada Bai rango\*Edad en rangos**

Bai rango		Edad en rangos			Total	
		Adolescencia Temprana	Adolescencia Media	Adolescencia Tardía		
Normal	Recuento	20	52	1	73	
	% dentro de Bai rango	27,4%	71,2%	1,4%	100,0%	
	% dentro de Edad en rangos	23,3%	11,9%	25,0%	13,8%	
	% del total	3,8%	9,8%	0,2%	13,8%	
	Leve	Recuento	22	85	2	109
		% dentro de Bai rango	20,2%	78,0%	1,8%	100,0%
		% dentro de Edad en rangos	25,6%	19,4%	50,0%	20,6%
	% del total	4,2%	16,1%	0,4%	20,6%	
	Moderada	Recuento	21	107	1	129
% dentro de Bai rango		16,3%	82,9%	0,8%	100,0%	
% dentro de Edad en rangos		24,4%	24,4%	25,0%	24,4%	
% del total	4,0%	20,3%	0,2%	24,4%		
Grave	Recuento	23	194	0	217	
	% dentro de Bai rango	10,6%	89,4%	0,0%	100,0%	
	% dentro de Edad en rangos	26,7%	44,3%	0,0%	41,1%	
% del total	4,4%	36,7%	0,0%	41,1%		
Total	Recuento	86	438	4	528	
	% dentro de Bai rango	16,3%	83,0%	0,8%	100,0%	
	% dentro de Edad en rangos	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	16,3%	83,0%	0,8%	100,0%	

## Anexo 16. Correlación de síntomas de depresión BDI-2 por Distrito Municipal

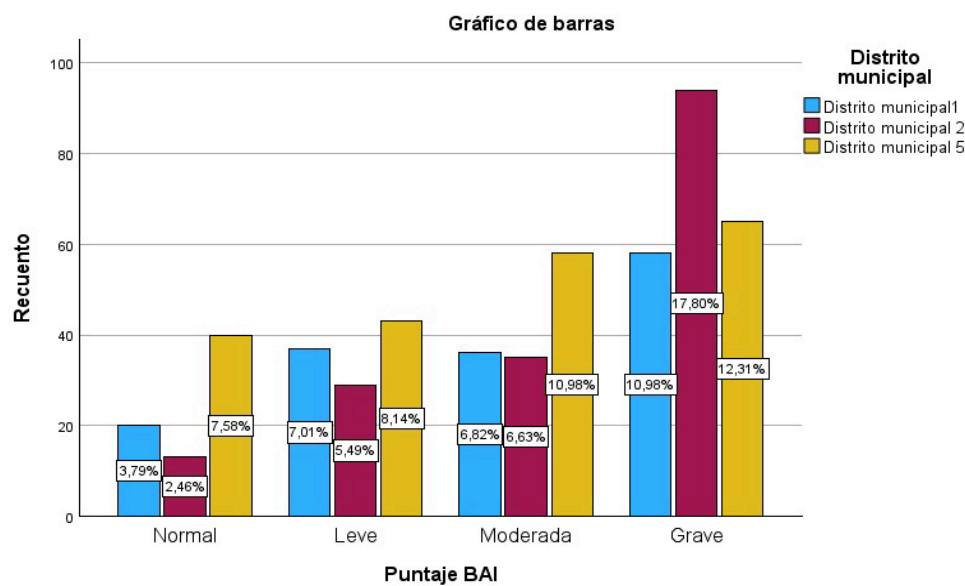


**Tabla cruzada Beck rango\*Distrito municipal**

Beck rango		Distrito municipal			Total
		Distrito municipal 1	Distrito municipal 2	Distrito municipal 5	
Altibajos considerados normales	Recuento	64	36	53	153
	% dentro de Beck rango	41,8%	23,5%	34,6%	100,0%
	% dentro de Distrito municipal	43,0%	21,1%	25,7%	29,1%
	% del total	12,2%	6,8%	10,1%	29,1%
Disturbios suaves del humor	Recuento	30	28	40	98
	% dentro de Beck rango	30,6%	28,6%	40,8%	100,0%
	% dentro de Distrito municipal	20,1%	16,4%	19,4%	18,6%
	% del total	5,7%	5,3%	7,6%	18,6%
Depresión clínica fronteriza	Recuento	15	20	36	71
	% dentro de Beck rango	21,1%	28,2%	50,7%	100,0%
	% dentro de Distrito municipal	10,1%	11,7%	17,5%	13,5%
	% del total	2,9%	3,8%	6,8%	13,5%
Depresión Moderada	Recuento	29	43	45	117
	% dentro de Beck rango	24,8%	36,8%	38,5%	100,0%
	% dentro de Distrito municipal	19,5%	25,1%	21,8%	22,2%
	% del total	5,5%	8,2%	8,6%	22,2%
Depresión Severa	Recuento	8	34	23	65
	% dentro de Beck rango	12,3%	52,3%	35,4%	100,0%
	% dentro de Distrito municipal	5,4%	19,9%	11,2%	12,4%
	% del total	1,5%	6,5%	4,4%	12,4%
Depresión Extrema	Recuento	3	10	9	22
	% dentro de Beck rango	13,6%	45,5%	40,9%	100,0%
	% dentro de Distrito municipal	2,0%	5,8%	4,4%	4,2%
	% del total	0,6%	1,9%	1,7%	4,2%
Total	Recuento	149	171	206	526
	% dentro de Beck rango	28,3%	32,5%	39,2%	100,0%
	% dentro de Distrito municipal	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% del total	28,3%	32,5%	39,2%	100,0%



### Anexo 17. Correlación de síntomas de ansiedad BAI por distritos municipales



**Tabla cruzada Bai rango\*Distrito municipal**

Bai rango		Distrito municipal			Total	
		Distrito municipal 1	Distrito municipal 2	Distrito municipal 5		
Normal	Recuento	20	13	40	73	
	% dentro de Bai rango	27,4%	17,8%	54,8%	100,0%	
	% dentro de Distrito municipal	13,2%	7,6%	19,4%	13,8%	
	% del total	3,8%	2,5%	7,6%	13,8%	
	Leve	Recuento	37	29	43	109
		% dentro de Bai rango	33,9%	26,6%	39,4%	100,0%
		% dentro de Distrito municipal	24,5%	17,0%	20,9%	20,6%
		% del total	7,0%	5,5%	8,1%	20,6%
	Moderada	Recuento	36	35	58	129
		% dentro de Bai rango	27,9%	27,1%	45,0%	100,0%
		% dentro de Distrito municipal	23,8%	20,5%	28,2%	24,4%
		% del total	6,8%	6,6%	11,0%	24,4%
Grave	Recuento	58	94	65	217	
	% dentro de Bai rango	26,7%	43,3%	30,0%	100,0%	
	% dentro de Distrito municipal	38,4%	55,0%	31,6%	41,1%	
	% del total	11,0%	17,8%	12,3%	41,1%	
Total	Recuento	151	171	206	528	
	% dentro de Bai rango	28,6%	32,4%	39,0%	100,0%	
	% dentro de Distrito municipal	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	28,6%	32,4%	39,0%	100,0%	

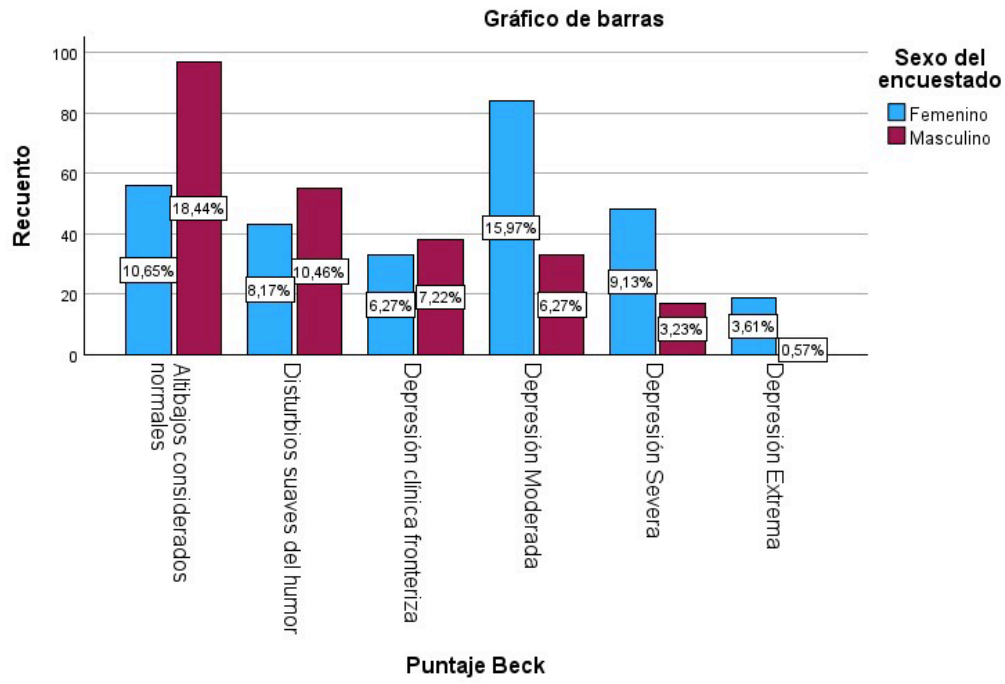
**Anexo 18. Incidencia del BDI-2 síntomas de depresión por distritos municipales y estratificación por género**

<b>Clasificación</b>	<b>Distrito 1</b>	<b>Distrito 2</b>	<b>Distrito 5</b>	<b>Mujeres</b>	<b>Varones</b>	<b>Total</b>
Altibajos considerados normales	12.2%	6.8%	10.1%	10.6%	18.4%	29.1%
Disturbios suaves del humor	5.7%	5.3%	7.6%	8.2%	10.5%	18.6%
Depresión Clínica Fronteriza	2.9%	3.8%	6.8%	6.3%	7.2%	13.5%
Depresión Moderada	5.5%	8.2%	8.6%	16.00%	6.3%	22.2%
Depresión Severa	1.5%	6.5%	4.4%	9.1%	3.2%	12.4%
Depresión Extrema	0.6%	1.9%	1.7%	3.6%	0.6%	4.2%
<b>Total</b>	<b>28.3%</b>	<b>32.5%</b>	<b>39.2%</b>	<b>53.8%</b>	<b>46.2%</b>	<b>100%</b>

**Anexo 19. Incidencia del BDI-2 síntomas de depresión moderada mayor incidencia para mujeres con 15.97% por distritos municipales y estratificación por género**

**Tabla cruzada Beck rango\*Sexo del encuestado**

Beck rango			Sexo del encuestado		Total
			Femenino	Masculino	
Altibajos considerados normales	Recuento		56	97	153
	% dentro de Beck rango		36,6%	63,4%	100,0%
	% dentro de Sexo del encuestado		19,8%	39,9%	29,1%
	% del total		10,6%	18,4%	29,1%
Disturbios suaves del humor	Recuento		43	55	98
	% dentro de Beck rango		43,9%	56,1%	100,0%
	% dentro de Sexo del encuestado		15,2%	22,6%	18,6%
	% del total		8,2%	10,5%	18,6%
Depresión clínica fronteriza	Recuento		33	38	71
	% dentro de Beck rango		46,5%	53,5%	100,0%
	% dentro de Sexo del encuestado		11,7%	15,6%	13,5%
	% del total		6,3%	7,2%	13,5%
Depresión Moderada	Recuento		84	33	117
	% dentro de Beck rango		71,8%	28,2%	100,0%
	% dentro de Sexo del encuestado		29,7%	13,6%	22,2%
	% del total		16,0%	6,3%	22,2%
Depresión Severa	Recuento		48	17	65
	% dentro de Beck rango		73,8%	26,2%	100,0%
	% dentro de Sexo del encuestado		17,0%	7,0%	12,4%
	% del total		9,1%	3,2%	12,4%
Depresión Extrema	Recuento		19	3	22
	% dentro de Beck rango		86,4%	13,6%	100,0%
	% dentro de Sexo del encuestado		6,7%	1,2%	4,2%
	% del total		3,6%	0,6%	4,2%
Total	Recuento		283	243	526
	% dentro de Beck rango		53,8%	46,2%	100,0%
	% dentro de Sexo del encuestado		100,0%	100,0%	100,0%
	% del total		53,8%	46,2%	100,0%



## Anexo 20. Evaluados por género y colegio

**Tabla cruzada Sexo del encuestado\*Colegio donde estudia**

Sexo del encuestado			Colegio donde estudia			Total
			kurt Richter	Colegio Florida	Colegio Maria Vaca Diez I	
Sexo del encuestado	Femenino	Recuento	83	85	118	286
		% dentro de Sexo del encuestado	29,0%	29,7%	41,3%	100,0%
		% dentro de Colegio donde estudia	53,2%	41,3%	69,0%	53,7%
		% del total	15,6%	15,9%	22,1%	53,7%
	Masculino	Recuento	73	121	53	247
		% dentro de Sexo del encuestado	29,6%	49,0%	21,5%	100,0%
		% dentro de Colegio donde estudia	46,8%	58,7%	31,0%	46,3%
		% del total	13,7%	22,7%	9,9%	46,3%
		Total	Recuento	156	206	171
	% dentro de Sexo del encuestado	29,3%	38,6%	32,1%	100,0%	
	% dentro de Colegio donde estudia	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	29,3%	38,6%	32,1%	100,0%	