

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE PSICÓLOGA

CLÍNICA

ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES DURANTE LA PANDEMIA

DISEÑO DE UNA GUÍA PARA EL DESARROLLO DE HABILIDADES DE
AFRONTAMIENTO PARA LA ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN LA UNIDAD
EDUCATIVA RUMIPAMBA EN LA PARROQUIA RURAL DE LA ESPERANZA, EN
EL PERÍODO ENERO - AGOSTO 2022

PAULA NICOLE ALARCÓN SALGUERO

DIRECTORA: MGTR. DORYS ORTIZ

QUITO, 2022

DEDICATORIA

A Pablo Alarcón y Ma. Dolores Salguero, las personas con quien estoy agradecida por todos los valores que me han inculcado y cada una de sus enseñanzas, son ellas las personas que me motivaron a seguir adelante cuando tropecé en el camino y que me han dado su amor y apoyo incondicional.

A mi hermana y confidente que ha sabido aconsejarme y estar para mí en cada momento de mi vida. Quien ha sabido darme el ejemplo de cómo ser una persona transparente, respetuosa, y a luchar por mis sueños.

A todos los adolescentes que sufren en silencio de ansiedad y depresión y que no tienen acceso a un tratamiento psicológico digno debido a sus condiciones sociales y escasos servicios de salud mental gratuita, para que puedan manejar los síntomas característicos de la ansiedad y depresión sin la guía de un terapeuta.

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a mi tutora, la Mgtr. Dorys Ortiz por toda la dedicación, paciencia y confianza que tuvo conmigo y en este trabajo, por enseñarme que con perseverancia se alcanzan las metas que uno se propone. También quedo agradecida con todos los profesores que se cruzaron en mi vida universitaria por haber compartido su sabiduría conmigo.

A mi madre Loly ya que, gracias a su entera dedicación, amor y perseverancia logró levantarme cada vez que estuve a punto de desfallecer. Porque fue ella quien estuvo a mi lado en mis noches de desvelo por cumplir mis sueños y quien me ha sabido guiar en el transcurso de toda mi vida para ser quien soy en la actualidad.

A Pablo Alarcón, ese padre que me ha inculcado valores como el respeto, la responsabilidad, puntualidad, entre otros, y quien me han permitido llegar hasta este momento. Por ser ese maestro que el destino puso en mi camino para ser esa luz que ilumina mi vida cuando me he sentido perdida.

A mi sistera, Alejandra Alarcón, te agradezco por haber sido mi confidente y compañera de aventuras. Nuestra niñez la recuerdo con alegría y mucho amor porque atravesamos la barrera de la edad y compartimos picardías inolvidables, gracias por no dejarme sola nunca.

TABLA DE CONTENIDOS

DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTOS	III
TABLA DE CONTENIDOS	IV
TABLA DE FIGURAS.....	VII
RESUMEN	VIII
ABSTRACT.....	IX
Capítulo 1.....	1
Marco Introdutorio.....	1
Tema.....	1
Datos de la institución.....	1
Antecedentes	2
Justificación.....	4
Objetivos	6
Objetivo General.....	6
Objetivos específicos.....	6
Capítulo 2.....	7
Marco teórico.....	7
ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y CONTEXTO SOCIAL	7
2.1. Depresión	8
2.1.1. ¿Qué es la depresión?	8

2.1.2.	Datos estadísticos	10
2.1.3.	Distintas visiones psicológicas de la depresión	11
	Enfoque cognitivo-conductual.....	11
	Enfoque psicoanalítico	12
	Enfoque sistémico.....	13
	Enfoque humanista	14
2.1.4.	Consecuencias de la depresión	15
	Suicidio.....	16
2.2.	Ansiedad	18
2.2.1.	¿Qué es la ansiedad?.....	18
2.2.2.	Datos estadísticos	20
2.2.3.	Distintas visiones psicológicas de la ansiedad	21
	Enfoque cognitivo-conductual.....	21
	Enfoque psicoanalítico	22
	Enfoque sistémico.....	22
	Enfoque humanista	23
2.2.4.	Consecuencias de la ansiedad.....	24
2.3.	Historia del enfoque cognitivo-conductual.....	24
2.4.	Principales terapias del enfoque cognitivo-conductual.....	29
2.4.1.	Terapia Racional Emotiva (TREC)	30
2.4.2.	Terapia Cognitiva (TC)	31

2.4.3. Terapia de valoración cognitiva	32
2.4.4. Entrenamiento en inoculación de estrés	33
2.4.5. Terapia de solución de problemas	34
2.5. Técnicas cognitivo conductuales para la ansiedad.....	35
2.6. Técnicas cognitivo conductuales para la depresión	37
2.7. Contexto social.....	38
Capítulo 3.....	41
Marco metodológico	41
3.1. Fase diagnóstica	41
3.1.1. Metodología.....	41
3.1.2. Participantes.....	42
3.1.3. Técnicas e instrumentos.....	42
3.1.4. Resultados.....	42
Depresión.....	43
Factores de riesgo	45
Ansiedad	51
Factores de riesgo	54
Conclusiones	61
Recomendaciones.....	62
Referencias.....	64
Anexos	1

TABLA DE FIGURAS

Figura 1	43
Figura 2	44
Figura 3	44
Figura 4	46
Figura 5	47
Figura 6	48
Figura 7	49
Figura 8	50
Figura 9	51
Figura 10	52
Figura 11	53
Figura 12	53
Figura 13	54
Figura 14	55
Figura 15	56
Figura 16	56
Figura 17	57
Figura 18	58
Figura 19	59
Figura 20	60

RESUMEN

La presente disertación de pregrado tiene como objetivo crear una guía de habilidades de afrontamiento para la ansiedad y depresión dirigida a adolescentes que habitan en un sector rural, dentro del cual se explicarán las técnicas que ellos pueden utilizar basadas en el modelo cognitivo conductual. Se busca que, a través de esta guía, los adolescentes puedan enfrentar a los síntomas que caracterizan a la ansiedad y depresión. Esta investigación contiene los conceptos básicos de la ansiedad y la depresión, junto con las visiones que las corrientes psicológicas más importantes tienen frente a estos trastornos y las consecuencias que estos ocasionan en las personas. Se realizó un análisis cuantitativo para la recolección de datos, aplicando los test de ansiedad y depresión de Beck y un cuestionario con los factores de riesgo psicosociales a estudiantes de la Unidad Educativa Rumipamba ubicada en el sector rural de La Esperanza-Imbabura. Con los resultados obtenidos, se confirma la presencia de ansiedad y depresión en esta población. Finalmente, se realizó la guía planteada en esta investigación, la que contiene 5 técnicas para afrontar la ansiedad y 4 técnicas para afrontar la depresión.

Palabras clave: ansiedad, depresión, guía, habilidades de afrontamiento, rural, adolescentes.

ABSTRACT

The present undergraduate dissertation aims to create a coping skills guidebook for anxiety and depression aimed at adolescents living in a rural area, in which the techniques that they can use based on the cognitive behavioral model will be explained. It's intended that, through this guide, adolescents can face the symptoms that characterize anxiety and depression. This research contains the basic concepts of anxiety and depression, furthermore the concepts that the most important psychological currents have of these disorders and the consequences of this on the people. A quantitative analysis was carried out for data collection, applying Beck's anxiety and depression tests and a questionnaire with psychosocial risk factors to students of the Rumipamba Educational Unit that is in the rural area called La Esperanza-Imbabura. With the results obtained, the presence of anxiety and depression in this population was confirmed, and with this result, it was possible to continue with the implementation of the guidebook proposed in this research, which contains 5 techniques to cope with anxiety and 4 techniques to cope with depression.

Key words: anxiety, depression, guidebook, coping skills, rural area, adolescents.

Capítulo 1

Marco Introductorio

Dentro de este apartado, se explican los distintos aspectos que respaldan el desarrollo del siguiente trabajo tipo proyecto, donde se mencionará el tema, los datos de la institución, el planteamiento del problema, antecedentes institucionales, justificación y los objetivos generales y específicos que se van a cumplir.

Tema

Ansiedad y depresión en adolescentes durante la pandemia: Diseño de una guía para el desarrollo de habilidades de afrontamiento para ansiedad y depresión en la Unidad Educativa Rumipamba en la parroquia rural de la Esperanza, en el período enero - agosto 2022

Datos de la institución

Nombre: Unidad Educativa Rumipamba

Actividad: Educar a jóvenes desde hace 10 años, así como a ofrecer especialidades técnicas en Informática y el Bachillerato General Unificado. Además, es un colegio que se caracteriza por trabajar en conjunto con las personas que viven en zonas rurales implementando emprendimientos a nivel de la colectividad y en donde predomina la población indígena seguida de la mestiza.

Ubicación: Parroquia/ciudad de la Esperanza en Ibarra, Imbabura, a 200 metros del Cuartel Yaguachi vía Zuleta.

Características: Este proyecto se lo realiza en la Unidad Educativa Rumipamba, ubicada en La Esperanza en Ibarra, Imbabura. Cuenta con un total de 35 docentes, una vicerrectora, un inspector y 672 estudiantes entre inicial uno a tercero de bachillerato. Se ha

escogido dicha institución ya que cuenta con jóvenes que habitan dentro de un sector rural y del cual no se tiene mayor información y conocimiento acerca del impacto por COVID-19 en su salud mental. Del mismo modo, la investigación planteada puede aportar a que se tenga un panorama más claro y amplio de lo que caracteriza a este tipo de población y de lo que estos jóvenes pueden estar atravesando desde que la pandemia inició.

Contexto: Este proyecto se inscribe dentro de un contexto de fomento, prevención y promoción de la salud, ya que se busca que la creación de esta guía sirva para favorecer y desarrollar en los adolescentes habilidades para afrontar los síntomas de la ansiedad y la depresión. Igualmente, esta guía puede ser aplicada en otras instituciones para que, además de desarrollar estas habilidades, se pueda disminuir los síntomas de la ansiedad y depresión en los adolescentes y prevenir que en un futuro sus niveles incrementen y se conviertan en un problema de mayor magnitud que influya en su vida adulta tanto a nivel emocional, como laboral y social.

Antecedentes

Al no existir fuentes fidedignas que brinden información acerca de la institución se realizaron entrevistas a la vicerrectora encargada Lic. Lorena Carvajal y a la psicóloga del DECE de la institución Mónica Cuaical. Durante las entrevistas se manifestó que la población que predomina en la institución es la indígena cuya identidad se está perdiendo debido a que, muchos estudiantes no saben hablar kichwa, idioma propio de la población indígena y han dejado, en su mayoría, de usar la vestimenta tradicional que los caracteriza.

La pandemia, según mencionan Carvajal y Cuaical (2021), afectó en varios aspectos a los estudiantes a nivel económico, social, familiar y emocional porque muchos viven conflictos a nivel intrafamiliar, lo que empeoró con el confinamiento y del mismo modo, hubo padres de familia que fallecieron. Estos acontecimientos impactaron en los estudiantes

de manera negativa ya que bajaron su rendimiento académico como posible causa de la depresión y ansiedad que estas problemáticas provocaron.

La realidad en la que se desenvuelven los estudiantes es de un nivel socioeconómico bajo ya que, muchos de sus padres perdieron sus empleos por la pandemia. La gran mayoría de padres de familia se dedican a la agricultura y esta actividad parece no generarles los ingresos necesarios para solventar sus gastos, lo que dificulta, así mismo, la conexión de los estudiantes a las clases virtuales, implementadas a raíz de la emergencia sanitaria, al no contar con los dispositivos tecnológicos necesarios para poder conectarse a la clase.

Se buscó solucionar este problema implementando las medidas necesarias para que los estudiantes puedan volver a las aulas, lo que se aprobó por las respectivas autoridades y actualmente asisten medio tiempo a clases presenciales. Sin embargo, existen aún muchos alumnos que tienen ansiedad y miedo por mantener contacto con sus compañeros ya que, como la pandemia continúa, pueden llegar a contagiar a sus familiares (Carvajal y Cuaical, 2021).

Finalmente, dentro de la Pontificia Universidad Católica no se han encontrado estudios que aborden directamente la ansiedad y depresión con una guía de habilidades de afrontamiento en jóvenes que habitan en un sector rural. Existe un estudio acerca de la implementación de una guía para el desarrollo de habilidades sociales en personas con discapacidad intelectual leve abordado desde el modelo cognitivo conductual, pero sin hablar en ningún momento sobre la depresión, ansiedad o la pandemia, mientras que en universidades externas, como la Universidad Central del Ecuador, se evidencia un estudio relacionado a los niveles ansiedad y depresión en adolescentes de 16-19 años en situación de aislamiento social, más es una temática que no va acorde a la investigación aquí planteada lo

que permite iniciar un nuevo estudio en jóvenes que viven en un sector rural y que se han visto afectados por la pandemia.

Justificación

Con el surgimiento de la pandemia producida por la COVID-19, hubo la necesidad de cambiar los hábitos en todas las personas alrededor del mundo, donde muchos adultos modificaron su rutina laboral, quedándose en casa y realizando teletrabajo, así como la mayoría de adolescentes tuvieron que continuar con su educación vía remota, del mismo modo, hubo un periodo de aislamiento total para evitar contagios, lo que causó temor e incertidumbre en la población porque era una enfermedad, que en ese tiempo, no era muy conocida ni se tenía mayor información de los riesgos y mortalidad que implicaba, lo cual provocó el aumento de trastornos mentales en este último grupo, predominando la ansiedad y la depresión (Hernández, 2020).

Un sondeo ejecutado por UNICEF (2020) dentro del periodo de pandemia, concluye que de 8.444 jóvenes de entre 13 a 29 años, el 15% expresa tener depresión y el 27% ansiedad. Mientras que, según el artículo escrito por Loaiza (2019) la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) indican que en el Ecuador 30 de cada 100 personas presentan algún tipo de trastorno mental siendo el más predominante la depresión con un valor de 8 de cada 100 y la ansiedad con 5 de cada 100. Igualmente, menciona Montaña (2020) que otros estudios realizados por UNICEF comprobaron que, durante la pandemia, en el Ecuador personas de entre 13 y 30 años experimentaron una gran cantidad de síntomas relacionados con ansiedad y depresión.

Estas problemáticas deben ser atendidas lo antes posible para que, en un futuro, esto no se vuelva un problema de mayor magnitud, tanto a nivel emocional, como laboral y social y para que, del mismo modo, las personas que habitan en el sector rural sepan que los

síntomas de la ansiedad y depresión pueden ser reducidos con técnicas cognitivo-conductuales, además de otros tratamientos médicos y psicológicos utilizados en centros de salud, hospitales, centros psicológicos privados o grupos de apoyo dirigidos.

Esta investigación va acorde al objetivo 1 planteado por el Plan Nacional de Desarrollo Toda una Vida (2017) “Garantizar una vida digna con iguales oportunidades para todas las personas” (p. 50) mismo que busca la “garantía de salud de manera inclusiva e intercultural, con énfasis en la atención preventiva, el acceso a medicamentos, la salud sexual y reproductiva, la salud mental (...)” (p. 50). Para asegurar que los jóvenes tengan una vida saludable se debe tener en cuenta tanto su salud física como su salud mental y con este proyecto se logrará que los adolescentes puedan tener una vida estable y sana a nivel mental, previniendo posibles complicaciones de los síntomas de estos trastornos en su vida adulta.

Si bien existen varios estudios de los jóvenes que viven en sectores urbanos y las repercusiones psicosociales que ha podido tener la pandemia, es importante abordar esta problemática a nivel rural debido a la poca información que existe respecto de los trastornos mentales en jóvenes que viven en estos sectores en el Ecuador. Del mismo modo, la investigación planteada puede aportar a que se tenga un panorama más claro y amplio de lo que caracteriza a este tipo de población y de lo que estos jóvenes pueden estar atravesando desde que la pandemia inició.

Finalmente, lo que motiva a la investigadora a plantear este proyecto, es que a través de la guía que se plantea elaborar, ayudar a mantener la estabilidad mental en adolescentes que habitan en una comunidad rural, porque es una población que no ha sido considerada en muchos proyectos dirigidos a la salud mental, además que, trabajar con trastornos mentales como la ansiedad y depresión en esta etapa disminuye la posibilidad de que en un futuro tenga mayores repercusiones a la vida de cada uno y a la colectividad.

Objetivos

Objetivo General

Elaborar una guía para el desarrollo de habilidades de afrontamiento para la ansiedad y depresión dirigida a adolescentes que habitan en un sector rural, donde se utilicen técnicas basadas en el modelo cognitivo conductual.

Objetivos específicos

- Indagar sobre los trastornos de ansiedad y depresión en la pandemia por COVID-19 en adolescentes entre los 15 y 18 años de edad y desde un enfoque cognitivo conductual.
- Exponer técnicas, herramientas, estrategias y tipos de intervención para la creación de una guía que impulse el desarrollo de habilidades de afrontamiento para ansiedad y depresión en adolescentes.
- Realizar el diagnóstico respecto de los niveles de ansiedad y depresión en los adolescentes de 15 a 18 años que se encuentren cursando el bachillerato en la Unidad Educativa Rumipamba.
- Construir participativamente una guía para el desarrollo de habilidades de afrontamiento para ansiedad y depresión dirigida a adolescentes, a partir de la recopilación de información teórica y baterías de test.

Capítulo 2

Marco teórico

ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y CONTEXTO SOCIAL

En este capítulo se abordan las distintas conceptualizaciones de la depresión junto con datos estadísticos de los mismos, para continuar con la visión que distintos enfoques psicológicos tienen frente a este trastorno haciendo énfasis en el enfoque cognitivo-conductual, debido a que es la base de esta disertación y de las consecuencias que dicho trastornos tienen en las personas a nivel físico y mental para una mayor comprensión de lo que implica este trastorno. Asimismo, se abordan los diferentes conceptos de ansiedad acompañado de los datos estadísticos de cómo se encuentran los niveles de dicho trastorno en un ámbito nacional e internacional.

Se continúa con los puntos de vista que tienen las diferentes corrientes psicológicas frente a la ansiedad, profundizando con lo que la corriente cognitivo-conductual menciona respecto del mismo, para finalmente, hablar de las repercusiones a nivel mental y físico que esto ocasiona. También es necesario hablar acerca de la historia y de lo que consiste el enfoque cognitivo-conductual que es la base de este proyecto para elaborar la guía aquí planteada, ya que esto nos permite tener un conocimiento ampliado del enfoque escogido junto con los trastornos que se van a tratar. Finalmente se menciona en contexto social en el que los adolescentes se encuentran, es decir, su ubicación, sus principales fuentes de ingreso, su educación, entre otros.

2.1. Depresión

2.1.1. ¿Qué es la depresión?

Sentir tristeza en ciertas ocasiones es normal, más se vuelve un posible caso clínico de depresión cuando esta perdura alrededor de dos o más semanas. La depresión es una enfermedad complicada y muy frecuente que afecta mental y físicamente a la manera de pensar y sentir de una persona y puede generar deseos de aislamiento del entorno social, familiar, escolar o laboral (Mental Health America, s.f.). En términos generales la depresión es un estado de tristeza constante que provoca que una persona pierda interés por las actividades que solía disfrutar, lo que viene acompañado de síntomas como pérdida o disminución de apetito, de energía y de concentración; aumento o disminución del sueño; indecisión; sentimientos de culpa e inutilidad; desesperanza y pensamientos suicidas (OMS, 2021).

Por otro lado, la OPS (s.f.) menciona que la depresión no es un signo de debilidad, sino que es un trastorno que las personas pueden llegar a tratarlo a través de varios medios, como el tratamiento farmacológico, con terapia donde pueda hablar acerca de lo que le está provocando este estado o ambos métodos al mismo tiempo ya que es una enfermedad que puede llegar a persistir en las personas e interferir en su vida diaria como en su trabajo, estudios, en la higiene del sueño, entre otros.

La depresión puede surgir por varios factores, puede ser una ruptura amorosa o alguna situación emotiva que haya sucedido en la vida de la persona. Entre otros factores está el sexo, donde son las mujeres las que tienen mayor incidencia para el trastorno de depresión que los hombres, también puede ser por antecedentes familiares, es decir que, si alguno de los padres de una persona tiene depresión, es muy probable que esa persona, con el tiempo, presente igualmente depresión. El abuso de alcohol u otras drogas puede aumentar la posibilidad de que una persona tenga depresión y asimismo sucede con las situaciones

difíciles que pueda atravesar como un divorcio, la muerte de un pariente o migrar a otro país (Mental Health America, s.f.).

Existen distintos tipos de depresión según se menciona en el Manual DSM-V (2014), entre los más comunes se encuentran la depresión mayor que, para su diagnóstico la persona debe presentar cinco o más de las siguientes características durante casi todos los días por dos semanas: estado depresivo la mayor parte del tiempo, muestra poco interés o placer en cualquier actividad, aumento o pérdida de peso lo que implica el aumento o disminución del apetito, enlentecimiento o agitación motora observada por las personas que rodean al sujeto, pérdida de energía, insomnio, sentimientos de inutilidad o culpa, disminución en la concentración y pensamientos recurrentes de autolesión o suicidio.

También está la depresión persistente la que, según el DSM-V (2014) debe estar presente en la persona por dos años o más y persistir en el tiempo con dos o más de los siguientes síntomas: exceso o poco apetito, dificultad para concentrarse, baja autoestima, insomnio, fatiga constante y sentimientos de desesperanza. Cuando una persona tiene depresión persistente se muestra ante las distintas situaciones negativa, pasiva, sin sentido del humor, pesimista, se critica a sí mismo y al resto constantemente, introvertida y obnubilada.

Conocida como una depresión endógena, se tiene también la depresión melancólica, la que es mucho más compleja y grave que la depresión no melancólica. La depresión con melancolía consiste en una tristeza distinta a la que comúnmente se tiene en ciertas situaciones. Sus síntomas son: pérdida de peso, tendencia a despertar precozmente, hay poca reacción humorística y anhedonia, si no es tratada rápidamente puede convertirse en depresión psicótica que, como su nombre dice, tiene síntomas característicos de una persona psicótica como ideas delirantes (Alarcón et al., 2007).

2.1.2. Datos estadísticos

Estudios realizados por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2017 calcularon que el 4,4% de la población mundial tiene depresión. Este trastorno se presenta con mayor frecuencia en mujeres con el 5,1% que en los hombres con el 3,6%. Los porcentajes varían según la edad, donde el punto más alto se encuentra en las personas de edad adulta entre los 55 y 74 años de edad; son las mujeres quienes sobresalen ya que presentan una prevalencia del 7,5%, en comparación con los hombres (5,5%). En los niños y adolescentes también hay depresión, pero la prevalencia es menor que en los adultos.

Menciona la OMS citado por el Ministerio de Salud Pública (s.f.) que la depresión es una de las principales causas de discapacidad o problemas de salud a nivel mundial, donde alrededor de 300 millones de personas viven con depresión en el mundo. Este trastorno afecta en su mayoría a mujeres que a hombres, siendo la segunda causa de muerte en personas de entre 15 a 19 años de edad. “Se estima que cerca de 50 millones de personas en la región de las Américas viven con depresión, casi un 17% más que en 2005” (MSP, s.f.). En total, en el mundo existen 322 millones de personas que tienen depresión, donde casi la mitad pertenecen a la Región del Pacífico Occidental y la Región de Asia Sudoriental. Este valor da cuenta de un aumento del 18,4% desde el 2005 hasta el 2017 (OPS y OMS, 2017).

La OMS realizó un reporte acerca de la depresión y los trastornos mentales más comunes, donde concluyó que más del 80% de las personas que tienen depresión pertenecen a los países de medios y bajos ingresos, mientras que, 21 millones de personas que poseen depresión viven en el Caribe y América Latina. En Ecuador, el Ministerio de Salud Pública (MSP) reporta en el año 2015, 50.379 casos de personas con diagnóstico definitivo y en algunos casos presuntivo de depresión, de los cuales 36.631 son mujeres y 13.748 son

hombres, demostrando que esto afecta mayormente a mujeres que a hombres. Y de acuerdo con el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) en el año 2015 hubo 3.406 casos de hospitalización relacionados con la depresión y en 2014 se registraron 734 casos de muerte por lesiones auto infligidas (Ministerio de Salud Pública, s.f.).

2.1.3. Distintas visiones psicológicas de la depresión

Enfoque cognitivo-conductual

Desde el enfoque cognitivo conductual, la TREC sostiene respecto de la depresión que, si una persona se propone una meta, como tener éxito en su trabajo o en sus relaciones personales y fracasa en cualquiera de estos, tienden a sentirse bastante tristes o angustiados más no se deprimen. Mientras que, si una persona busca éxito en varios aspectos de su vida porque “tiene que” hacerlo y porque así se lo impone su entorno va a tratar de conseguirlo a toda costa, más si fracasa va a caer en depresión frente a este fracaso, y es a partir de esto que la persona presentará distorsiones cognitivas que le induzcan a pensar que nunca va a poder tener éxito en su vida ya que, si falló una vez lo hará siempre (Caballo et al., 1997).

Según Caballo, et al. (1997) existen otras teorías cognitivo-conductuales que explican la depresión de una manera no tan precisa como lo hace el TREC. Por ejemplo, está la teoría de Beck que considera que una persona se deprime por tres factores; primero “cuando se ven a sí mismas de manera negativa” (p. 123), es decir, cuando no se valoran a sí mismas o se autodevalúan. Pero para verse así se requiere de un origen y dentro de esta teoría esto no está completamente claro, ya que es difícil creer que una persona concluya “no soy lo suficiente bueno” o “no puedo controlar mi vida” sin una exigencia social o un “debo” ser perfecto porque así lo dice la sociedad o el entorno en el que se desenvuelve, permitiendo que el individuo, frente a esta falla, termine deprimido o ansioso. Segundo, se deprimen ya que, aumentando a los pensamientos de inicio, está la percepción negativa de su entorno con ideas

como “el mundo es cruel y no puedo soportar vivir en un lugar así” y finalmente se ven rodeados por ideas negativas hacia su futuro, pero no son los pensamientos o ideas negativas las que provoca que una persona se deprima, sino que es esta condición desfavorable de no “debería” existir.

También, continúan Caballo, et al. (1997), está la teoría del autorrefuerzo y del castigo que plantea que la depresión en una persona se da porque se rodea, en su mayoría, de autocastigo y de bajas o pocas dosis de autorrefuerzo negativo. Por otro lado, se encuentra la teoría de Lewinson, donde la depresión surge debido a la no existencia de acontecimientos o situaciones agradables en la vida de una persona. Pero todas estas teorías tienen algo en común y es que, si bien estas situaciones llevan a que una persona se decepcione o se ponga triste, no son lo suficientemente claras para poder concluir que esto deprime al individuo, a no ser que estas teorías mencionen lo que plantea la TREC respecto del “debo” o “tengo que” determinado por la sociedad que lo rodea y que, al no cumplir con estas expectativas, provocan depresión.

Enfoque psicoanalítico

Por otro lado, el psicoanálisis sostiene que la depresión en el sujeto es una variedad de afectos que oscilan entre el abatimiento, tristeza, angustia, crisis de llanto, inhibición, dolor, frustración, desesperanza, entre otros. Entonces el psicoanálisis frente a esto busca que el sujeto mencione, a través de la palabra, esto que le afecta antes que demostrarlo, es decir, que el analista interroga la verdad para que salga a la luz los significantes en relación a la verdad inconsciente del sujeto. Es importante mencionar que, en el psicoanálisis, la depresión tiene dos momentos o signos que son la tristeza y la inhibición (Bertholet, 2012).

Según Bertholet (2012) Freud, en su escrito “inhibición, síntoma y angustia” menciona que la depresión es renunciar a algo o a una función ya que ejecutar dicha función

daría paso al desarrollo de la angustia. Este abandono a dicha función implica una limitación en la función del yo, lo que es característico de la depresión debido a que es una vía renunciar al yo de la persona. Entonces, este autor ubica a la depresión como un vasallaje del yo, mencionado en el texto “el yo y el ello” donde se dice que el yo está a merced de tres instancias: el mundo exterior, el ello y el superyó y el sujeto afectado o con depresión sufre un choque con lo real bajo las tres instancias mencionadas, es decir, con la naturaleza, el cuerpo que tiene que ver con el mundo exterior; con las fijaciones del ello; con la satisfacción del superyó y con el deseo del Otro lo que provoca la desinvestidura del mundo exterior.

Berholet (2012) refiere que Lacan plantea que no debería calificarse a la tristeza como parte de la depresión, sino que, más bien conviene considerar a la tristeza como una “cobardía moral” ya que, puede verse como una traición hacia el mismo sujeto porque en la neurosis no existe un reconocimiento a nivel inconsciente. “El despoblamiento simbólico, efecto de un real insoportable frente al que el sujeto no pudo responder ni con la seguridad fantasmática ni con un síntoma, lleva a la tristeza y a su vertiente de goce súpereoico” (p. 90). Al encontrarse los significantes en desequilibrio en el Otro permite que el superyó pueda hacer de las suyas y a través de su voz ordena un goce que no va en pro del bienestar del sujeto, volviendo a esta satisfacción mortífera dentro de la pulsión que se presenta cuando hay una vacilación fantasmática; que da cuenta de ese fantasma que opaca el narcisismo y goce fálico del mismo.

Enfoque sistémico

Por su parte, dentro del enfoque sistémico, cuyo principal planteamiento es la Teoría General de los Sistemas planteado por Bertalanffy V. y la Terapia Familiar fundada por Minuchin; se menciona, según Vargas (2014) que la familia es uno de los sistemas más importantes para el individuo ya que favorece a su salud y mejora su calidad de vida. Los

tipos de familia principales que existen son: familia nuclear (padres e hijos que viven en la misma casa), familia extendida (tíos, abuelos, primos que no vivan con el individuo), familia monoparental (solo padre o madre vive con sus hijos) y la familia reconstruida (donde dos personas se juntan y al menos una de ellas tiene hijos que trae de una relación previa).

La estructura familiar atraviesa cambios según el ciclo vital en el que se encuentra, además de que siempre van a estar presentes acontecimientos estresantes vitales como es la salida de los hijos del hogar. Otro acontecimiento estresante vital es la separación, divorcio o ruptura conyugal que afecta a todos los miembros de una familia, lo cual puede repercutir en su salud mental y física, sobre todo en la de los hijos. Los efectos emocionales que esto tiene es el sentimiento de culpabilidad, de rechazo o abandono, inseguridad o miedo, depresión, ansiedad, baja autoestima y demás, es decir que, son este tipo de acontecimientos lo que puede generar depresión en cualquier miembro perteneciente a la familia que lo está viviendo, y que daría cuenta de que es la afectación al funcionamiento familiar lo que provoca depresión u otro tipo de trastorno emocional (Vargas, 2014).

Enfoque humanista

En lo que respecta al enfoque humanista, Viktor Frankl plantea que la depresión surge porque en el individuo no existe un sentido de vida, es decir, que no existen metas ni a corto, ni a largo plazo, además de no haber una visión de sí mismo al futuro. Esto puede ser un fenómeno normal, pero si se prolonga por una cantidad de tiempo considerable puede convertirse en un vacío existencial fuerte o crónico, dando como resultado la depresión (Acevedo, 2019).

La depresión, menciona Welwood (2002) citado por López, (2016) es una condición patológica que se caracteriza por dos aspectos primordiales, donde una tiene que ver con el sentimiento de pérdida y la otra con la perspectiva de que todo lo que le sucede a una persona

es personal, es decir, que es la persona que acude a consulta la culpable de todo lo que vive y que es ella la que tiene algo defectuoso. También, puede ser vista como una disminución o pérdida de la apertura y de la sensibilidad en lo que respecta a la realidad donde se encuentra el bienestar y la salud.

Del mismo modo, la depresión puede considerarse como un “hundimiento vital” caracterizado primordialmente por el cese de la libertad interna del individuo en su sentido de existencia (Baztán, 2008 citado por López, 2016). Por otro lado, Luna (2002) citado por López, (2016) menciona que es un “vacío existencial” que puede presentarse en las personas el que provoca depresión, pero que no necesariamente debe ser visto como algo patológico ya que es un proceso normal que las personas se pregunten o cuestionen acerca de su vida, sin embargo, si esto no llega a tener una respuesta con el pasar del tiempo, se convertirá en una enfermedad que trae consigo consecuencias dentro del funcionamiento vital de la persona.

2.1.4. Consecuencias de la depresión

Las consecuencias de tener depresión son muchas, las que pueden ser físicas, sociales y psicológicas. Lo que predomina es la tristeza constante que la persona puede llegar a sentir, así como ganas intensas de llorar o tener una sensación de vacío. También, se caracteriza por la pérdida de interés en aquellas actividades diarias que se realizaban y se disfrutaban. A nivel social la tristeza y desmotivación generan que el individuo disminuya sus relaciones con las personas que lo rodean provocando el aislamiento social y que, como se mencionó anteriormente, no disfrute de lo que hace en su diario vivir (Pérez, 2020).

Según Pérez (2020) los problemas físicos no se encuentran excluidos dentro de este trastorno debido a que puede generar dolores físicos, así como alteraciones en la higiene del sueño, ansiedad, problemas para concentrarse y sentimientos de culpa. Otra consecuencia física son los problemas cognitivos donde la persona tiene distorsiones del pensamiento como

consecuencia de la edad en la que surgió la depresión o la prevalencia de la enfermedad en la persona.

En términos generales la depresión permite que a la persona se le dificulte enfrentar su vida en general, a nivel laboral, escolar, familiar y social o al momento de ejecutar tareas rutinarias. Además, de ir generando un deteriorando poco a poco de su estado emocional hasta llegar a un punto donde todo esfuerzo que esta haga parezca inútil o se sienta que para realizar alguna cosa necesita hacer un sobreesfuerzo para alcanzar una meta desembocando en sentimientos de desesperanza (Pérez, 2020).

Suicidio

El suicidio es la consecuencia de varios factores, pero entre los principales está que la persona tenga un trastorno depresivo, ideación e intento previo de suicidio, abandono escolar, maltrato, entre otros. Este acto es definido por la OMS (2008) como un problema grave dentro de la salud pública, y como un acto que va en contra de la vida de la persona intentando terminar con la misma. Hay que reconocer la diferencia entre un suicidio real y un comportamiento autolesivo que no busca la muerte; el primero es una conducta donde la persona se lastima con el fin de morir, mientras que el segundo solo busca autolesionarse sin provocarse la muerte (Piqueras, 2019).

Según Piqueras (2019), también está el intento de suicidio interrumpido, que como su nombre dice, es un suicidio real que no se ha consumado debido a que otra persona lo interrumpe. Otra situación es el intento de suicidio abortado que se trata de una persona que da varios pasos hacia un suicidio que no se puede evitar, pero se frena y para antes de provocarse cualquier daño y finalmente están los actos preparatorios que se trata de preparar todo para consumir el suicidio con acciones como obtener herramientas o sustancias para llevar este acto a cabo.

Estudios realizados por la OMS, concluyen que 800 mil personas cometen el acto de suicidio cada año, es decir, que de cada 100 habitantes 11,4 mueren por cometer este acto y es la segunda causa por las que jóvenes de entre 15 a 29 años fallecen, más al parecer estas cifras podrían ser distintas debido al tabú que existe alrededor del tema ya que, según la agencia sanitaria de naciones unidas menciona que no todos los casos han sido reportados. Del mismo modo, son los adolescentes quienes mayor vulnerabilidad presentan al momento de hablar de salud mental debido a que, la transición de la niñez a la adolescencia se caracteriza por grandes cambios y no todas las personas lo atraviesan de la misma manera debido a que dependerá de factores culturales, sociales, socioeconómicos y demás (Román y Abud, 2017).

Mencionan Román y Abud, (2017) que los pensamientos acerca del suicidio no son anormal en los adolescentes dado que, es parte del proceso del paso de la niñez a la adolescencia y en donde se presentan muchas crisis existenciales al momento de elucidar de que se trata la vida y la muerte o su sentido. Es importante recalcar que, en su mayoría, las personas que han cometido intentos de suicidio no buscan con exactitud morir sino dejar de lado el sufrimiento; esta idea surge a raíz de un estudio donde niños de 8 a 11 años no saben que es la muerte exactamente y en muchos adolescentes sucede lo mismo.

Dentro de los factores que pueden llevar a una persona a suicidarse, están los síntomas característicos de la depresión, como son: los sentimientos de tristeza y soledad, así como el desinterés, el desgano, en otras ocasiones el individuo presenta un estado de ánimo exagerado, cambios en los hábitos alimenticios como la pérdida de apetito o el aumento del mismo y problemas en la higiene del sueño. Existen otros factores como violación, maltrato físico y mental, rechazo por parte de los compañeros de la escuela y problemas en general dentro de esta intuición como bullying o bajo rendimiento escolar (Román y Abud, 2017).

2.2. Ansiedad

2.2.1. ¿Qué es la ansiedad?

La ansiedad “es una emoción humana básica presente en la mayoría de los trastornos mentales y médicos, como una genuina respuesta frente a una amenaza o peligro” (Alfonso et al., 2012, p. 467). Igualmente provoca una reacción psicofisiológica donde el sistema nervioso central se activa (Fullana, 2019), pero cuando esto va más allá de solo una respuesta frente al peligro y se convierte en un malestar, se la puede catalogar como patológica.

La ansiedad patológica, continúan Alfonso et al., (2012), viene a ser un temor difuso a que ocurra algo negativo o malo en el futuro, lo que genera en el individuo inquietud y miedo. El trastorno de ansiedad es tener miedo intenso o una preocupación muy grande lo que genera malestar en la persona y afecta a su diario vivir y actuar sin importar su edad, sexo, género o de donde provenga la persona (Fullana, 2019).

Existen muchas causas para la ansiedad, entre ellas están las biológicas que puede venir como posible herencia de padres a sus hijos, incidiendo en su mayoría los trastornos obsesivo compulsivos y la fobia social. Por otro lado, tenemos a los factores de riesgo psicosociales como situaciones estresantes dentro del ambiente personal, laboral o socioeconómico, también puede ser la existencia de situaciones traumatizantes las que provoquen este trastorno como violaciones, desastres naturales, asaltos, entre otros. Por último, pueden existir patrones de cognición que se encuentran distorsionados y provocan comportamientos desadaptados en la persona provocando que la reacción de ansiedad normal ante una situación, traspase los límites de la persona y se convierta en un trastorno (Navas y Vargas, 2012).

Existen otros tipos de ansiedad a nivel general, pero entre los más comunes están: los ataques de pánico, fobias, ansiedad social, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno

obsesivo compulsivo, trastorno de estrés post traumático y agorafobia. Los ataques de pánico o crisis de pánico es la aparición repentina, sin previo aviso, de ansiedad en un nivel bastante elevado donde el paciente lo vive con intensa angustia, miedo y como una sensación de muerte. Además, se presentan síntomas como palpitaciones, sudores, taquicardia, respiración acelerada, náuseas, sensación de ahogo, mareo y en algunos casos hay desmayos, dichos síntomas pueden durar minutos o incluso horas (Alfonso et al., 2012).

Por otro lado, continúa Alfonso et al., (2012) las fobias son el miedo desproporcionado e irracional hacia algún objeto o situación sin una base real, esto persiste en el tiempo e implica que la persona evite dichos objetos o situaciones fobisadas, pero si le toca enfrentarlos, lo hacen con mucho miedo, angustia y malestar. Sin embargo, ellos son conscientes de que su miedo es irracional y exagerado. Dentro de esta categoría se encuentra la agorafobia que, según la Cano, (2012) es un miedo intenso de encontrarse solo en espacios grandes o en lugares donde es complicado escapar si se presentaran situaciones como, por ejemplo, un tumulto de gente. Dentro de este estado se presentan síntomas similares a los ataques de pánico ya que se encuentran estrechamente relacionados, es decir, mareo, molestias cardiacas, vómito, entre otros; además, se menciona que las personas van a evitar estas situaciones y cuando deban enfrentarse a ello lo harán con gran ansiedad.

Otro tipo de fobia es la ansiedad social, que según Arias (2016) es ese miedo intenso a enfrentarse a situaciones sociales donde se encuentra expuesto a un posible examen por parte de las personas que lo rodean en ese momento. Por otro lado, está el trastorno obsesivo compulsivo que es un trastorno de ansiedad, se caracteriza por obsesiones o compulsiones recurrentes que ocupan gran parte del tiempo del individuo y producen malestar (Villalobos, 2018). Menciona Lozano, (2017) que estas obsesiones y compulsiones se las clasifica principalmente por el síntoma que puede ser chequeo, limpieza, acumulación y rituales.

Por otro lado, la ansiedad generalizada tiene que ver con la presencia de preocupaciones y ansiedad exagerada o excesiva, en conjunto con síntomas como problemas de concentración, inquietud, tensión muscular, fatiga constante, alteraciones del sueño e irritabilidad que deben perdurar por al menos seis meses. Por último, el trastorno de estrés postraumático se presenta cuando una persona ha atravesado por un evento traumático donde se ve amenazada su integridad física o la de las personas que la rodean. Dentro de este trastorno se revive el evento traumático como un recuerdo intrusivo y recurrente que genera malestar en la persona, así como síntomas de irritabilidad, sobresaltos, hipervigilancia y problemas en la higiene del sueño (López, 2011).

2.2.2. Datos estadísticos

Un reporte realizado por la OPS y la OMS en 2017 calcula que, en el año 2015, el trastorno de ansiedad lo poseen el 3,6% de la población a nivel mundial. Al igual que en la depresión, la ansiedad se presenta con mayor prevalencia en las mujeres con el 4,6% seguido de los hombres con un porcentaje del 2,6%. En lo que respecta a la Región de las Américas, se dice que el 7,7% de las mujeres sufren de ansiedad, en contraste con los hombres cuyo porcentaje se encuentra en el 3,6%.

A nivel mundial se estima que 264 millones de personas tienen ansiedad, esta cifra se la obtuvo en el 2015, lo que demuestra que se dio un aumento del 14,9% desde el 2005. La prevalencia de este trastorno no varía entre grupos etarios, a pesar de que se observa una tendencia menor en las personas de mayor edad (OPS y OMS, 2017).

Una encuesta realizada por UNICEF (2020) demuestra que, en América Latina y el Caribe de 8.000 respuestas dadas por jóvenes, la cuarta parte de este valor presenta ansiedad. Además, el 43% de las jóvenes mujeres se presentan pesimistas frente a su futuro y el 31% de los hombres igualmente, síntoma característico de la ansiedad.

Estudios realizados por Huang, Zhao y Wang junto con sus colaboradores, realizaron encuestas en línea en China y encontraron que del 28 al 35% de la población que se encontraba confinada tenían síntomas de ansiedad, también mencionan que estos síntomas se presentan en parecidas cantidades en la población en general que se ha encontrado confinada por la COVID-19. Mientras que, en Ecuador, las personas que se han encontrado dentro del cerco epidemiológico por COVID-19 entre marzo y abril, el 23% presentó síntomas de ansiedad en un nivel de moderado a severo (García, et al., 2021)

2.2.3. Distintas visiones psicológicas de la ansiedad

Enfoque cognitivo-conductual

Dentro del enfoque cognitivo-conductual, la TREC menciona la existencia de dos tipos: primero está la ansiedad del ego que se manifiesta en situaciones donde una persona cree que su valor como ser humano está siendo vulnerado o amenazado; también esto surge cuando “deben” comportarse de manera perfecta, pero no lo logran y fallan; por último, esto se da cuando no son aceptados o son rechazados por su entorno ya que es una condición el ser aceptados por las personas que los rodean. Este tipo de ansiedad viene de la mano de sentimientos como culpa, vergüenza e incluso depresión ya que puede llegar a ser un sentimiento que impacta de sobremanera a la persona, así como le puede abrumar llevándolo, en caso externos, al suicidio (Caballo et al., 1997).

Además, continúan los mismos autores, la ansiedad se encuentra relacionado con el perfeccionismo, volviéndose esto lo contrario a la autodevaluación. Como segundo tipo está la ansiedad situacional que se presenta en situaciones donde el individuo se siente incómodo o en peligro como puede pasar con las fobias, por ejemplo, cuando una persona tiene fobia a las alturas y por cuestiones de trabajo debe subirse a una torre alta. Este tipo de ansiedad se presenta con mayor frecuencia que la ansiedad del ego.

Enfoque psicoanalítico

Mientras que el psicoanálisis plantea que la ansiedad se da por el conflicto psíquico entre un impulso no aceptado y el Yo, ya que busca tener una representación consciente y manifestarse o liberarse lo que provoca que el Yo saque a flote mecanismos de defensa contra estas presiones que el Ello pone en esta instancia. Por su parte, Freud la define como un afecto desagradable donde se presentan fenómenos como pensamientos molestos, aprehensión, cambios fisiológicos que provocan la activación automática y sentimientos desagradables. Además, menciona que es el componente subjetivo lo que provoca el malestar propio de la ansiedad, pero cuando la ansiedad surge ante la señal de peligro real se lo puede ver como algo de carácter adaptativo y no como un trastorno (Ceccon, 2020)

Es importante realizar una comparación con lo que el psicoanálisis plantea acerca de la angustia, definida por Freud citado por Ceccon (2020) como una emoción desagradable, compleja y difusa que repercute en la psiquis y el organismo del sujeto. La angustia puede ser patológica o adaptativa/normal; entra dentro de la primera categoría cuando se presenta como una reacción desproporcionada frente una situación de peligro y se cataloga como normal cuando no existen reacciones desproporcionadas ante el peligro. Es importante mencionar que la angustia, en un inicio Freud menciona que era un efecto de la represión, pero tras varios estudios llegó a la conclusión de que la angustia es lo que provoca la represión en el sujeto.

Enfoque sistémico

En lo que concierne al enfoque sistémico, menciona Berra (2019) el hombre es un ser social por naturaleza, por consiguiente, se desenvuelve en entornos sociales de amigos, trabajo, familia y escuela; pero el entorno principal es el familiar, dentro del cual existen subsistemas que favorecen la diferenciación entre sus integrantes, los cuales son el conyugal

(relación de hombre mujer o pareja), filial (relación entre hermanos) y parental (relación entre padres). Entre cada miembro de la familia existen o pueden generarse pautas de interacción, donde puede haber “alianzas”; esto consiste en que dos o más miembros de la familia se alíen para excluir a un tercero o la “coalición” que consiste en la unión de dos o más miembros de la familia para atacar o competir contra un tercer miembro.

Según Bowen, citado por Berra (2019) existen dos variables que están relacionadas, la Ansiedad Crónica y la Diferenciación del Self, donde ambas explicarían los comportamientos, pensamientos y sentimientos de los integrantes de un sistema familiar. La Diferenciación del Self es la capacidad del individuo de mantener en equilibrio las influencias emocionales en el funcionamiento cognitivo y la intimidad y autonomía en la relación con otro. A mayor diferenciación, mayor capacidad tendrá el individuo de tener cercanía con otro sin perder su autonomía emocional mientras que, menor sea la diferenciación, más dependiente será el individuo del otro en lo que respecta a sus creencias, emociones actitudes y demás. Y si esto último se presenta en el entorno familiar, la fusión entre sus miembros será muy elevada, lo que provoca que se vean mucho más vulnerables ante situaciones de estrés provocando niveles altos de ansiedad.

Enfoque humanista

Carl Roger es el fundador de la terapia centrada en las personas, desde aquí las cualidades humanas que la persona tiene son prioridad, incluso esto está por encima de los conocimientos que el terapeuta maneja. Aquí se busca establecer dentro del espacio terapéutico una relación de confianza, junto con el reconocimiento y práctica de las actitudes del paciente y el terapeuta (Pérez, 2019). Según Boeree (2003) la ansiedad como un fenómeno que se presenta en presencia de una situación de peligro que se quiere evitar, es decir que es visto como una defensa.

Rogers manifiesta también que cuando una persona asiste a terapia y busca modificar parte de su personalidad, debe ser consciente de la incongruencia que existe en sí mismo. Incongruencia es la discrepancia que existe en la experiencia real y la representación de dicha experiencia, pero cuando la persona ignora esto o no es consciente de ello es vulnerable de presentar ansiedad y desorganización, lo que forma parte de lo que autor llama como distorsión perceptiva o cognitiva (Pérez, 2019).

2.2.4. Consecuencias de la ansiedad

Según la noticia publicada en la página del Centro de Psicología Avanzada en 2017 la ansiedad no tratada puede tener consecuencias físicas y psicológicas. Las que entran dentro de la primera categoría es el riesgo alto a largo plazo de padecer enfermedades cardiovasculares, pulmonares y neurológicas que se encuentran relacionadas con los síntomas propios de la ansiedad como taquicardia, problemas para respirar o mareo. A corto plazo la ansiedad puede provocar con frecuencia dolores intensos de cabeza, vértigo, hipertensión. problemas del estómago o gastrointestinales. mareo, fatiga crónica, insomnio y otros (Vélez, 2017)

En lo que respecta a las consecuencias psicológicas se encuentra el aislamiento social como consecuencia del temor o la inseguridad, síntomas propios de la ansiedad. Igualmente, lleva a las personas a tener otros trastornos como el obsesivo compulsivo, fobias o trastorno de pánico, lo que lo afecta a nivel familiar, laboral y social. Finalmente, puede llevar al individuo a generar adicciones al alcohol o cualquier otra droga (Vélez, 2017).

2.3. Historia del enfoque cognitivo-conductual

Para hablar de cómo surge el enfoque cognitivo-conductual hay que remontarse a la época de la aparición de la terapia conductual. Desde la antigüedad ya se usaban técnicas conductuales para sanar enfermos. Plinio el Viejo, en la época Romana, trataba de curar a

personas alcohólicas colocando arañas muertas en los vasos de los cuales bebían; hoy en día esta técnica es conocida como *condicionamiento aversivo* o cuando enseñaron a hablar al “niño salvaje de Aveyron” a través de técnicas pertenecientes al modelado, refuerzo positivo, instigación, entre otros. Del mismo modo, en el siglo XIX Maconchi, quién era guardián de prisiones, para que sus prisioneros sigan las reglas dentro de estos lugares, utilizaba el conocido método de economía de fichas. También existían médicos que utilizaban técnicas similares a la inhibición recíproca en personas con pensamientos obsesivos, pero no fue hasta los años 50 que la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) se dirigió a la intervención dentro de la salud (Díaz et al., 2012).

Posteriormente, continúan los mismos autores, se puede ver como la psicología lucha por ser vista como una disciplina científica, donde un grupo de filósofos europeos dejaron atrás la filosofía y comenzaron a plantear a la psicología como una ciencia de la conciencia y la mente con el fin de hacer de esta disciplina una “ciencia pura y natural” (Díaz et al., 2012, p. 34). De aquí surge la escuela del estructuralismo fundado por Wundt y colaboradores en Alemania. Esta escuela se encargaba de observar a la mente de manera pasiva a través de la introspección, más esto se comienza a ver como algo improductivo; es entonces que los psicólogos empiezan a dirigirse a las ciencias naturales que tenían bases sólidas y objetivos observables. Esta investigación que era mucho más experimental y objetiva llevó a un giro de la psicología a inicio del siglo XX, obteniendo como resultado la fundación de escuelas como el conductismo, la Gestalt y el funcionalismo, los cuales tenían como objetivos eliminar otras escuelas para ser éstas la base de la psicología americana y conseguir que la psicología americana tenga la misma base sólida que las ciencias naturales.

En este tiempo no existía interés alguno por la conducta de las personas ya que el conocimiento acerca de la salud mental era escaso. Existían 4 categorías para las personas, las cuales son: gente que está dentro de lo cotidiano y es normal; las personas que están locas y

se encuentran en manicomios; personas que están dentro de las prisiones, es decir, criminales; y la gente enferma que acudía al médico general.

La escuela o enfoque conductual se encontraba influenciada del positivismo lógico formado por un grupo de filósofos que defendían la idea de que el conocimiento que se imparte al mundo debe basarse o tener fundamento en observaciones físicas y debe verificarse a través de las mismas; este grupo pertenecían al Círculo de Viena. Watson fue el fundador de la escuela conductual, cuyo principal objetivo era el control y el pronóstico de la conducta. Sus estudios se basaron en la observación y el trabajo con animales, con quienes demostró que la conducta puede ser modificada a través de varias técnicas, incluido el condicionamiento clásico fundado por Pavlov. Posteriormente surgió el neoconductismo con sus principales exponentes como Hull, Tolman que sirvió como fundamento teórico para la TCC, así como el condicionamiento clásico, la reflexología, el conexionismo y el análisis experimental de la conducta realizado por Skinner (Díaz et al., 2012).

Rachman (1997) y O'Donohue (1998 y 2009) han resumido la evolución conceptual de la Terapia de Conducta diferenciando secuencialmente lo que denominan tres estadios (Rachman) o generaciones (O'Donohue) en el desarrollo de la TCC” (Díaz et al., 2012 p. 50). La primera generación de terapéuticas se caracteriza por intentar extrapolar las teorías del aprendizaje junto con sus principios a la clínica. Por otro lado, la segunda generación busca denotar que los principios del aprendizaje no son suficientes para explicar la conducta humana, para lo cual integra a esto los aportes realizados por la psicología cognitiva, social y experimental para abordar la complejidad del comportamiento humano y a su vez se vuelve primordial desarrollar intervenciones efectivas. Por último, la tercera generación busca, a través de nuevas técnicas, opciones terapéuticas tomando en cuenta los nuevos aportes de la psicología del aprendizaje y la experimental, que es lo que se realiza hasta la actualidad.

Para los 70's la Terapia Conductual comienza a transformarse debido a que varios terapeutas consideraban que la psicología del aprendizaje no era suficiente cuando se trata de la conducta: uno de los primeros terapeutas en mencionar esto fue Lazarus (1968) al argumentar que existen otros factores que se escapan como las emociones, la memoria, entre otros., para esto se formularon alternativas como el modelo Estímulo-Respuesta (E-R). Uno de los trabajos teóricos más importantes dentro de esta temporada, es el trabajo de Bandura acerca del aprendizaje social, donde se hace hincapié en la “influencia social y la capacidad auto-regulatoria del individuo” (p. 61) debido a que aquí se hace énfasis en las funciones cognitivas del ser humano y comienza la famosa “revolución cognitiva” (Díaz, et al., 2012).

Díaz, et al., (2012) menciona que los aspectos cognitivos estuvieron siempre presentes en la Terapia Conductual, debido a que, a pesar de no reconocerlos explícitamente, se encontraban presentes en las aplicaciones clínicas que se daban en el laboratorio. Es a partir de los años 70 que varios autores clínicos comenzaron a darle importancia a los aspectos cognitivos para adquirir, mantener o cambiar una conducta dentro de la Terapia Cognitiva (Ruiz, 1989, citado por Díaz et al., 2012) Entonces, continúan los autores, el enfoque y terapia cognitiva se va a desarrollar y difundir con mucha rapidez con la publicación de Mahoney en 1974 “Cognition and behavior modification” y por Meichenbaum en 1977 con su libro “Cognitive-behavior modification”.

Todos los modelos cognitivos tienen una cosa en común, que es la consideración de que la cognición es aquello que establece la conducta. Actualmente, se plantea que existen diversas causas para explicar una psicopatología y su origen siendo lo cognitivo uno de los más importantes al momento de determinar una conducta (Knapp y Beck, 2008 citado en Díaz et al., 2012). Además, las terapias cognitivas aplican tratamientos basándose en formular el problema del paciente desde un punto de vista cognitivo y conceptualizando a la paciente de la misma manera. El objetivo de esta intervención es una comprensión más

amplia del problema clínico a través de un acercamiento más específico y complejo que daría como resultado un tratamiento más adecuado para éstos (Díaz, et al., 2012).

Ya para principios de los 80's se encontraba completamente formada la terapia cognitivo conductual como un enfoque terapéutico, del cual se destacan 4 tipos de intervención que surgen tanto de la terapia conductual como de la cognitiva: las terapias cognitivas, el análisis conductual aplicado, teoría del aprendizaje social y el conductismo mediacional. Igualmente, este enfoque comenzó a tener popularidad y a verse como una intervención más auto-crítica debido a la eficacia en los resultados que se obtenían de su aplicación, pero también existieron fracasos que fueron trabajados para no permitir que vuelvan a suceder (Foa y Emmelkamp, 1983 citado en Díaz, et al., 2012).

Por lo tanto, este enfoque surge de la unión de la intervención cognitiva que consiste en modificar los procesos de pensamiento de una persona para aminorar emociones y conductas que impactan negativamente en ella; y la intervención conductual que busca disminuir emociones y conductas disfuncionales a través de la modificación de la conducta o comportamiento de una persona. Es decir, que la terapia cognitivo conductual busca “reducir el malestar o la conducta no deseados desaprendiendo lo aprendido o proporcionando experiencias de aprendizaje nuevas, más adaptativas” (Brewin, 1996, como se citó en Caballo et al. 1997, p. 3).

Existen conceptos que dan cuenta de la división entre los enfoques teóricos que existen en la Terapia Cognitivo-Conductual, donde se tiene, por un lado, a las terapias contextuales que hacen referencia a los desarrollos nuevos acerca del análisis conductual aplicado y, por otro lado, se tiene a las teorías del aprendizaje constructivista (Mahoney, 1995 citado por Díaz, et al. 2012). Estos conceptos, a pesar de tener diferentes raíces epistemológicas, ambas parten de la premisa del zeitgeist postmodernista. En lo que

concierno a las técnicas que surgen de todas las teorías mencionadas anteriormente, se basan en principios del aprendizaje clásico y otras se mantienen en una línea más paradigmática sin poseer fundamentos teóricos-conceptuales claros (Kazdin, 1991, citado por Díaz, et al., 2012).

La terapia cognitivo conductual se basa en la teoría del aprendizaje cuyo objetivo es la conducta y todo lo que esto implica a nivel conductual, fisiológico, emocional y cognitivo, es decir, aquello que es susceptible de evaluar y medir. Utiliza técnicas con fundamento científico y con base en la experiencia clínica para saber por qué una persona observa su entorno o mundo de cierta manera y, de ser el caso, generar un cambio en su conducta, cognición y emociones para eliminar una “conducta desadaptada” de acuerdo a Díaz, et al. (2012, p. 83).

Entre las características más importantes de este enfoque, según mencionan los mismos autores, es que utiliza el método experimental o empírico ya que evalúa y explica la conducta del individuo, además de tener, en su mayoría, un carácter autoevaluativo, es decir que las personas son quienes eligen la cantidad o frecuencia en que ellas mismas presentan un síntoma o conducta.

2.4. Principales terapias del enfoque cognitivo-conductual

Las principales terapias cognitivo-conductuales son 3 según Mahoney y Arnkoff, (1978) como se citó en Caballo et al. (1997): primero están aquellas terapias que usan métodos de reestructuración cognitiva (RC). Este tipo de intervención plantea que los pensamientos desadaptativos son los que provocan los problemas emocionales, por lo tanto, buscan formar patrones de comportamiento adaptativos. Luego se encuentran las terapias de habilidades de afrontamiento (HA) que plantean una serie de habilidades para que el paciente se pueda ayudar en situaciones de alto estrés. Finalmente están las terapias de solución de

problemas (SP) que recopila las intervenciones mencionadas anteriormente, es decir que, plantea estrategias para que el individuo trate de solucionar sus problemas, para lo cual es importante que exista un rol activo tanto por parte del paciente como del terapeuta.

2.4.1. Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC)

Dentro de las terapias que hacen uso de la RC está la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) fundada por Albert Ellis. Según Caballo et al. (1997) la TREC fue la primera terapia cognitivo conductual que se creó, dentro del cual se plantean preguntas de “por qué las personas crean sus propios problemas y que se puede hacer al respecto” (p. XI). Los mismos autores continúan mencionando que el principal objetivo de la TREC es obtener un cambio significativo filosófico en las personas que influya en sus conductas y emociones presentes y futuras, lo que permitirá disminuir sus problemas a través del “método científico de pensamiento racional” (p. XI).

Esta teoría plantea que procesos como el pensamiento y las emociones humanas no funcionan por separado, sino que, al contrario, se encuentran relacionadas, así como la sensación y el movimiento. Es decir, que todas estas funciones no pueden separarse el uno del otro ya que funcionan juntas. Del mismo modo, habla de la importancia de las emociones definidas como distintas formas de conducta compleja que se encuentran relacionadas con los pensamientos y los procesos sensoriomotores del individuo. Por último, hay que aumentar las evaluaciones que la persona hace con base a sus emociones, donde se juzga a las situaciones o cosas como buenas o malas (Caballo, et al., 1997)

Por último, los autores plantean que el modelo terapéutico se basa en lo que la TREC llama como ABC donde “A” es un acontecimiento activante que permite al individuo generar una creencia frente al mismo, traducido al inglés como “beliefs” que daría cuenta de la letra “B” y esto va a generar a “C” que son las consecuencias que se da con base a las creencias o

interpretación de “A” y dichas consecuencias pueden ser conductuales (Cc) o emocionales (Ce).

2.4.2. Terapia Cognitiva (TC)

Otra terapia que usa el mismo método es la Terapia Cognitiva fundada por Aaron Beck. En los años 70, Beck comenzó su trabajo desarrollando una terapia cognitiva específica y breve para la depresión debido a que se basaba en el aquí y el ahora del problema para modificar las conductas y el pensamiento que generan malestar en el individuo. A partir de estas postulaciones y en conjunto con otros autores, se adaptó la terapia conductual con éxito a otros trastornos mentales y a distintas personas, modificando su duración y tecnología, pero manteniendo las mismas bases teóricas. En otras palabras, el modelo cognitivo postula que las perturbaciones mentales tienen un factor en común, el cual es la alteración del pensamiento que influye en la conducta y las emociones o estado de ánimo de la persona (Beck, 1995).

Continúa Beck (1995) que, si se trabaja en estos pensamientos alterados y se los modifica, se observará una mejoría en la conducta y las emociones del paciente y es esta mejoría la que da cuenta del cambio de creencias que generan malestar en la persona por creencias que van acorde a sentimientos de agrado en ella. Sus principios, que surgen a partir del caso Sally, son: la terapia cognitiva se enfoca principalmente en el problema actual o del presente del paciente; tanto la dinámica con el paciente como su problema se forma en términos cognitivos; se requiere de una fuerte alianza terapéutica que da como consecuencia la participación activa del paciente o su colaboración; tiende a ser educativa debido a que busca que el individuo sea capaz de identificar sus conductas y pensamientos que generan malestar en su vida y, con base a esto, sea él quien encuentre soluciones a sus problemas, haciendo hincapié en la prevención de recaídas. Finalmente, es limitada y estructurada.

2.4.3. Terapia de valoración cognitiva

Esta terapia surge después de la Terapia Racional Emotiva (TREC) y de la Cognitiva (TC) debido a que los pacientes no respondieron adecuadamente o como se esperaba a estas terapias porque mostraban resistencia, no se observan ganancias y tenían que continuar con otros tratamientos al culminar estas terapias. La terapia de valoración cognitiva que usa el método RC es integradora y tiene como objetivo no continuar con los fracasos y deficiencias de las terapias que usan procedimientos clásicos donde el individuo trata de encontrar una realidad donde se sienta seguro a nivel interpersonal, económico y social (Márquez, 2013)

Continúa Márquez (2013) que el principal objetivo de la Terapia de valoración cognitiva es comprender la personalidad de la persona más no cambiar su conducta como se realizaba en las anteriores terapias, además de plantear que lo conductual, cognitivo y afectivo deben trabajarse de manera integral para lograr cambiar los “patrones cognitivos disfuncionales” (p. 69). El análisis que se hace aquí se basa en la historia de los patrones de desarrollo del individuo para cambiar aquellos patrones que no son los más coherentes o adecuados, considerando las valoraciones y cogniciones que este tiene de sí mismo y de las personas que lo rodean.

La estructura que se maneja dentro de esta terapia es primero realizar una evaluación de cómo se encuentra el paciente y conceptualizar el problema que trae a consulta, además de negociar los objetivos que se manejarán dentro de este espacio. Posteriormente se le pide al paciente que hable acerca de las preocupaciones que le generan el problema planteado, así como las emociones que le provocan para encontrar las cogniciones involucradas y las reglas personales con las que lo maneja para finalmente, revisar y replantear las reglas que mantenía y de esta manera establecer varias alternativas de solución. Se escoge la alternativa más

adecuada y se la aplica. Posteriormente se comprueba y conversa de cómo le funcionó para realizar una retroalimentación del proceso (Márquez, 2013).

2.4.4. Entrenamiento en inoculación de estrés

Dentro de la terapia de habilidades de afrontamiento (HA) está el entrenamiento en inoculación de estrés (EIE) creado por Meichenbaum. Esta técnica fue diseñada para tratar con los problemas respecto de la ansiedad, para definir el estrés desde la perspectiva personal de cada individuo y las situaciones que promueven un cambio con el fin de crear un cambio característico y preventivo (Díaz, et al., 2012).

Este autor señala que con esta técnica se puede afrontar cuatro niveles de estrés: primero se encuentran aquellas situaciones estresantes que se dan en cierto momento y duran poco tiempo; luego están las situaciones estresantes que se presentan en el transcurso de la vida como una pérdida afectiva, una violación, desempleo u otras situaciones similares. Luego están las situaciones que se repiten en la vida de una persona como exámenes colegiales, chequeos médicos etc., y finalmente están aquellos acontecimientos que generan estrés continuo y crónico como enfermedades mentales o físicas, empleos de alto riesgo como policía, bomberos, entre otros (Díaz, et al., 2012).

El EIE, continúan las autoras, consta de tres partes o fases donde primero se conceptualiza aquello que te genera estrés, es decir, que se identifica y define cuál es el problema del individuo y ayudarlo a entender el origen del mismo en conjunto con el reconocimiento de lo que esto genera en sus emociones y conductas. Luego viene la fase de adquisición y entrenamiento en habilidades donde, en conjunto con el terapeuta, se examina, aprende y se adiestra distintas estrategias de afrontamiento que ayudan al individuo a enfrentar estas situaciones específicas que le generan estrés. Finalmente, está la fase de aplicación y consolidación de las habilidades adquiridas que busca ejecutar las estrategias

aprendidas, verificar qué tan útiles y eficaces son las habilidades que el individuo adquirió y corregir aquello que está fallando durante el proceso realizado.

2.4.5. Terapia de solución de problemas

La terapia de solución de problemas que utiliza el método de solución de problemas (SP) consiste en reforzar la habilidad que la persona posee para darle una solución a los problemas que se le pueden presentar en el transcurso de su vida, es decir, identificar aquellas situaciones estresantes y buscar distintas maneras de darle una solución o de enfrentarlas mediante distintas estrategias que sean lo suficientemente eficaces. Los objetivos de esta terapia son minimizar el malestar que la patología puede generar en el individuo, así como la prevención de recaídas y la aparición de otros problemas clínicos mediante la optimización de sus recursos conductuales y psicológicos para que pueda tener una mejor calidad de vida (D’Zurilla y Nezu, 2010 citado por Díaz, et al., 2012).

Según Díaz, et al., (2012) es un proceso que se trata de una serie de procesos cognitivo conductuales que permiten a la persona reconocer y seleccionar las soluciones más sólidas o adaptativas a los distintos problemas de su vida diaria a través de varias habilidades, actitudes y destrezas de distinto origen utilizadas por el individuo, que deben ejecutarse sistematizadamente y ser flexibles a cualquier cambio que deba generarse con base a cómo se van dando las distintas situaciones estresantes en la vida de la persona. Este proceso más que ser una manera de afrontar problemas, es un meta proceso que implica la valoración, comprensión y adaptación a estos problemas.

Continúan Díaz, et al., (2012) explicando que esta terapia tiene tres pasos: primero se realiza una evaluación desde un enfoque conductual del problema que el individuo menciona cuando asiste a terapia, esto con el fin de saber cuáles son las habilidades de afrontamiento que la persona posee para los problemas que plantea. La información obtenida sirve para

poder elaborar el caso y su respectivo tratamiento. Posteriormente, se debe poner en práctica las estrategias que generen varias soluciones al problema ya que aquí se ponen en práctica dos principios, que son la diversidad y la cantidad, debido a que, a más soluciones, más oportunidades de encontrar la apropiada y a mayor diversidad aumenta la posibilidad de adaptación a los factores que se encuentran dentro del problema. Luego, se evalúa las distintas soluciones o alternativas para escoger las más eficaces y descartar aquellas que no se adaptan tanto al problema planteado inicialmente. Finalmente, se plantean los pasos de las soluciones escogidas y la planificación en general de las mismas para aplicarlas.

2.5. Técnicas cognitivo conductuales para la ansiedad

Las herramientas que se usarán dentro de la guía que se va a elaborar son distintas técnicas para que los jóvenes puedan afrontar los síntomas que representan a la ansiedad. Una de las técnicas para tratar con la ansiedad son las de exposición que, como menciona Díaz, et al. (2012) consisten en la exposición de la persona al evento u objeto temido, para lo cual existen tres tipos, primero está la exposición en vivo que es el enfrentamiento directo del sujeto al evento u objeto real temido. Luego está la exposición simbólica que consiste en el enfrentamiento del sujeto al evento u objeto temido con representaciones mentales, es decir, a través de imágenes, por último, está la exposición en grupo “se refiere a la planificación y evaluación de las sesiones de exposición en un contexto grupal, manteniendo la ejecución de la propia exposición de forma individual” (p. 207).

Del mismo modo, se enumeran distintas técnicas de relajación como la progresiva fundada y descubierta por Jacobson que consiste en tensar los músculos por determinado tiempo para luego distensionar dichos músculos y llegar a una relajación profunda donde se elimina casi por completo las contracciones musculares y las tensiones en las personas.

Bernstein y Borkovec como citó Díaz et al., (2012) mencionan que se debe trabajar con 16

músculos en un tiempo de entre 40 a 30 minutos y conforme aumenta la destreza en la práctica de esta técnica, se reduce el número de ejercicios y tiempo de duración.

También se menciona la técnica de relajación respiratoria, que se trata de inhalar por determinado tiempo, sostener o tener una pausa inspiratoria para finalmente exhalar y terminar sosteniendo o teniendo una pausa respiratoria, lo que provocará la regulación del metabolismo. Mientras se realiza esto se brinda al cuerpo un aporte de oxígeno para la correcta función celular, además de ayudar a tener control sobre el sistema parasimpático porque estas inhalaciones y exhalaciones producen CO₂ en la sangre, y por último reduce la sobre activación simpática que se produce por situaciones que aumentan el estrés (Díaz, 2012)

Otra técnica que se usará en esta guía es la de auto instrucciones, técnica creada por Meichenbaum como citó Díaz et al., (2012) que consiste en modificar el diálogo interno de una persona cuando esto interfiere en la ejecución de una tarea o cuando tiene dificultad de abordar correctamente una situación. “Las autoinstrucciones son consideradas estrategias metacognitivas cuyo objetivo es favorecer la autorregulación de la conducta, así como la creencia y confianza en la propia capacidad. Básicamente su objetivo es enseñar a pensar” (p. 415).

Finalmente se habla acerca de la solución de problemas. Esta técnica busca aumentar las habilidades del sujeto para poder solucionar problemas, quiere decir que pueda enfrentar situaciones estresantes en su vida y lograr buscar y poner en práctica opciones de afrontamiento más eficaces y adaptativos. En otras palabras, es un proceso cognitivo conductual donde las personas tratan de buscar soluciones mucho más eficaces para los problemas que se les presenta en su vida diaria, para cual deben tener destrezas, habilidades y actitudes de distinta naturaleza que deben utilizarse de manera coordinada para poder adecuar

lo antes mencionado a los distintos escenarios estresantes que se pueden presentar (Díaz, 2012).

2.6. Técnicas cognitivo conductuales para la depresión

Las técnicas que se mencionan en la guía y que se utilizan para tratar la depresión son: la programación de actividades que consiste en planificar actividades que ayuden a contrarrestar la poca motivación que tiene el individuo, lo que implica mantenerlo ocupado realizando dicha actividad y planificando su tiempo persona para impedir que la persona retorne al estado de inmovilidad o al estado donde se refuerza los pensamientos distorsionados y la conducta no adecuada hacia sí mismo. Es decir que las actividades que se programen deben ser de agrado y graduales para el individuo (Beck, 1983). Por otro lado, menciona el mismo autor, se tiene la técnica de dominio y agrado, que hace referencia a que el paciente refuerce las actividades que le causan placer, agrado o alegría debido a que, si realiza las actividades que le causan malestar se promueve la aparición de pensamientos distorsionados que afectan a sus emociones.

También se describirá la técnica de reestructuración cognitiva que busca cambiar la manera distorsionada de pensar del individuo ya que esto le genera malestar o frustración, y consiste en discutir acerca del pensamiento negativo que invade los pensamientos de una persona y provoca algún tipo de perturbación emocional, para sustituirla por un pensamiento más racional. (Díaz et al., 2012). Otra técnica, mencionan los mismos autores, es el entrenamiento de habilidades sociales aplicada para la depresión, ya que se ha visto que esto ha funcionado para casos de ansiedad social, problemas de aislamiento y para la depresión. Aquí se trata de reforzar las habilidades sociales de la persona, tratando de que comience a iniciar y mantener conversaciones, así como aceptar y hacer cumplidos, expresión de afecto y agrado, afrontamiento a las críticas, entre otros.

Otra técnica que se utilizará es la de parada o detención del pensamiento que usa un procedimiento de autocontrol que busca eliminar los pensamientos negativos recurrentes e intrusivos como “me va a ir mal en el examen” o “no voy a lograr dar el discurso porque me voy a quedar en blanco”. Su objetivo principal es poder mantener bajo control aquellas cogniciones mecánicas o estereotipadas para disminuir la frecuencia con que se presentan y su duración, pero no se modifica el contenido de las mismas como lo que sucede en la reestructuración negativa con el fin de que el individuo comprenda que mantener estos pensamientos y tenerlos siempre presente solo provoca malestar (Botas, s.f.).

2.7. Contexto social

Como antecedente histórico, hay que aclarar que son Los Karanqui la población indígena que se encuentra en Imbabura, específicamente en Angochahua, San Antonio, La Esperanza, Caranqui, Antonio Ante, Otavalo y Pimampiro quienes hablan como lengua materna el Kichwa y como segunda lengua el castellano. Los Karanki se encuentran organizados por comunas, cuya máxima autoridad es el Consejo de Cabildo y quien organiza distintas reuniones para decidir las actividades que van a desarrollar la comunidad (CONAIE, 2014)

Según la CONAIE (2014) la actividad económica de los Karanki es la agricultura debido a que la zona en la que habitan se caracteriza por tener cerros o lugares altos donde cultivan productos acordes al clima frío de la temporada, entre esos productos están: papas, ocas, cebada y trigo, mientras que en los terrenos que están en las partes bajas de los cerros se cultiva el maíz, lo cual va destinado a la venta de muchos mercados y para consumo propio. Otra actividad es la producción de cerámicas, tejidos o bordados, más han implementados otras maneras de conseguir ingresos desarrollando emprendimientos novedosos como la

producción de miel, yogurt, queso o caracoles y también está el turismo de las tierras que los rodean.

La Esperanza es una parroquia rural que pertenece a la ciudad de Ibarra en la provincia de Imbabura. Esta parroquia fue fundada en 1882 y se encuentra habitada principalmente con indígenas en un 70%, seguida por la población mestiza con el 28% y con un total de 7363 habitantes, números obtenidos por el Instituto Nacional de estadística y Censo (INEC) en el 2010 hasta el 2010. Dentro de esta parroquia prevalecen las montañas donde se pueden realizar “actividades de conservación” (p. 5) ya que hay bosques y páramos. También existen relieves colinados en los cuales se puede practicar la ganadería, agricultura o cultivar pasto y hay suelos suaves donde se puede realizar trabajo agrícola (Cevallos, M. 2015).

Según Cevallos (2015) debido al tipo de suelos y relieves existentes en este sector, las principales fuentes de ingreso de su población son: en su mayoría, con el 73%, el comercio, la construcción y el turismo, mientras que las extractivas y la agropecuaria lo realiza en 14% de la población. Finalmente está el área industrial y manufacturera con el 13%. La temperatura de las partes altas de la zona ronda por los 8°C y en la parte baja llega a un máximo de 12°C, siendo un “clima ecuatorial mesotérmico semi húmedo” (p. 11).

La educación es primordial para la formación y desarrollo de un pueblo, pero en lo que a una zona rural se refiere, es bien conocido que no existen establecimientos adecuados para este tipo de proceso. Existen 1,215 personas analfabetas dentro de esta parroquia, es decir que el 17.9% de la población no sabe leer o escribir, este porcentaje se encuentra representado en su mayoría por mujeres, posiblemente porque a la mujer, desde hace muchos años, se le atribuye el trabajo doméstico limitando su posibilidad de acceder a una institución escolar (Cevallos, M. 2015).

El nivel de instrucción que predomina es la educación primaria con el 72.80%, le sigue la educación que incluye el bachillerato con el 19.6% y solo el 7% ha cumplido con la educación universitaria según menciona Cevallos (2015). Continúa el mismo autor señalando que en algunas comunidades de La Esperanza, no existen espacios físicos adecuados y hay un déficit de equipamiento para construir instituciones educativas de calidad, lo que ha provocado que se cierren algunas escuelas y colegios ocasionando que muchos niños deban caminar largas distancias para poder llegar a la escuela más cercana.

El nivel de pobreza en esta parroquia es muy alto, presentando el 75.85% debido a Necesidades Básicas Insatisfechas, es decir, que muchos hogares no cuentan con servicios básicos como luz, agua potable, alcantarillado o servicios higiénicos, además de contar con servicios inadecuados en educación, salud o empleo. Finalmente, cuentan con un centro de salud que atiende casos ambulatorios resolviendo el 85% de casos con problemas de salud poco complejos (Cevallos, 2015).

Capítulo 3

Marco metodológico

Dentro de este capítulo se dará a conocer la metodología utilizada dentro de la fase de diagnóstico para conocer los niveles de ansiedad y depresión de la población escogida, lo que justifica o sustenta lo que se propone en esta disertación para elaborar una guía de habilidades de afrontamiento para la ansiedad y depresión, considerando el contexto en el que se desarrolla, tema expuesto en el marco introductorio. Este proyecto se lo ejecutó en el primer semestre de año 2022 con la colaboración de los estudiantes de primero, segundo y tercero de bachillerato de la Unidad Educativa Rumipamba quienes viven y estudian en un sector rural.

3.1. Fase diagnóstica

3.1.1. Metodología

La metodología utilizada para el diagnóstico de este proyecto fue cuantitativa, debido a que la información se la recopiló con baterías de test que miden los niveles de ansiedad y depresión, además se realizó un test de factores de riesgo psicosociales en escala de Likert (siempre, casi siempre, a veces, casi nunca y nunca) para que la información se mantenga con la misma metodología. Los test fueron aplicados de manera presencial a los estudiantes del bachillerato de la Unidad Educativa Rumipamba, el tiempo aproximado por curso fue de 20 a 25 minutos con un previo consentimiento informado estipulado de manera oral.

Es importante mencionar que la batería de test escogida y elaborada fue revisada y aprobada por la tutora que dirige este proyecto, para que las preguntas propuestas sean adecuadas y relevantes. Una vez obtenida toda la información, se calificó y tabuló cada test obteniendo los niveles de ansiedad y depresión de cada estudiante junto con los factores de riesgo psicosociales que pueden provocar dichos resultados.

3.1.2. Participantes

Los participantes en esta fase fueron 142 estudiantes, hombres y mujeres, que estudian en la Unidad Educativa Rumipamba y quienes se encuentran cursando:

- Primero de Bachillerato General Unificado y Técnico
- Segundo de Bachillerato General Unificado y Técnico
- Tercero de Bachillerato General Unificado y Técnico

3.1.3. Técnicas e instrumentos

Para realizar la fase diagnóstica se utilizaron: el Inventario de depresión de Beck que consta de 21 ítems, los cuales son sumados para saber el grado de depresión que una persona tiene, también se aplicó el Inventario de ansiedad de Beck, el cual consta igualmente de 21 ítems a los cuales se los suma con base a lo que se ha contestado obteniendo el grado de ansiedad que la persona posee. Finalmente, se realizó un test con escala de Likert, acerca de los factores de riesgo psicosociales que pueden influir en el grado de ansiedad y depresión, el cual consta de 5 preguntas para ansiedad y 5 preguntas para depresión.

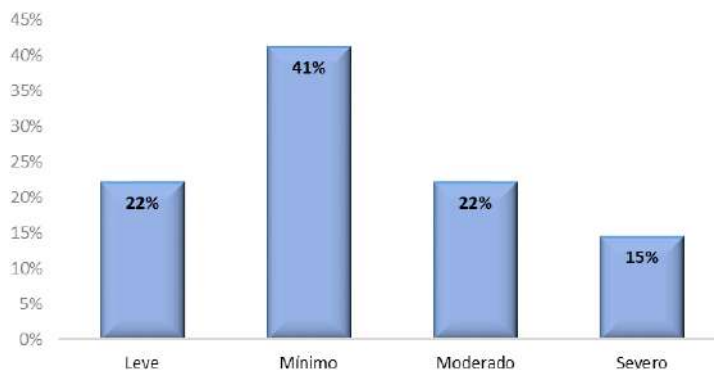
3.1.4. Resultados

El análisis que se realiza a continuación es de la interpretación cuantitativa de la batería de test escogida para saber cómo se encuentran los niveles de ansiedad y depresión en la muestra escogida y de esta manera justificar o sustentar la creación de una guía de habilidades de afrontamiento dirigida a adolescentes que estudian y viven en un sector rural. Para el análisis de resultados se descartaron a 9 estudiantes debido a que tenían más de 18 años y menos de 15 años, por lo tanto, se tuvo una muestra total de 133 adolescentes.

Depresión

Figura 1

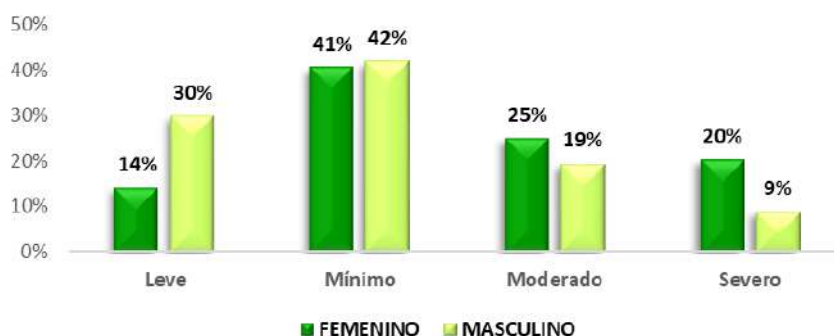
Porcentaje de depresión en estudiantes de primero a tercero de bachillerato de UE Rumipamba



Durante la adolescencia, puede ser frecuente presentar síntomas propios de la depresión esto, según Canals et al., (2018); Paschall y Bersamin, (2018); Wang et al., (2016) citado por Voltas y Canals (2019) se da entre el 11% y 30% de los adolescentes, cifra que varía según el periodo en el que se encuentre el joven y el país donde se realice el estudio. En este proyecto se obtuvo como resultado que el 41% de todos los adolescentes que participaron tienen un nivel mínimo de depresión, le siguen los jóvenes que tienen un nivel moderado y leve con el 22% cada uno y solo el 15% tienen niveles severos de depresión. Por lo tanto, es importante saber el nivel en que estos síntomas están presentes en los jóvenes e intervenir lo más pronto posible para evitar que estos síntomas empeoren con el tiempo y se transforme en un trastorno clínico (Voltas y Canals, 2019).

Figura 2

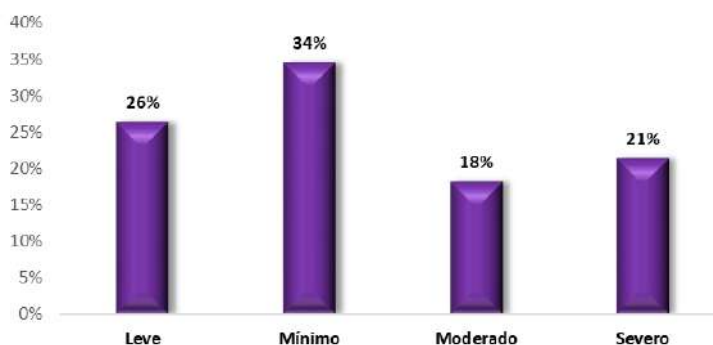
Porcentaje por sexo en estudiantes de primero a tercero de bachillerato UE Rumipamba



En lo que respecta al porcentaje por sexo, se sabe que este trastorno es más común en mujeres que en hombres (OMS y OPS, 2017) y se presenta mayormente en la adolescencia tardía (Lu, 2019; Magklara et al., 2015; Mojtabai et al., 2016 citado por Voltas y Canals, 2019). Los resultados obtenidos son los siguientes: el porcentaje más alto fue el de niveles mínimos en hombres (42%) y en mujeres (41%), más es interesante ver que en los niveles moderados el mayor porcentaje es en mujeres con el 25% seguido por los hombres con el 19% y en lo que respecta a los niveles severos están primero las mujeres con el 20% y los hombres con el 9% demostrando que las mujeres son quienes presentan un mayor porcentaje en niveles medios y altos de depresión.

Figura 3

Porcentaje de depresión en estudiantes de primero de bachillerato UE Rumipamba



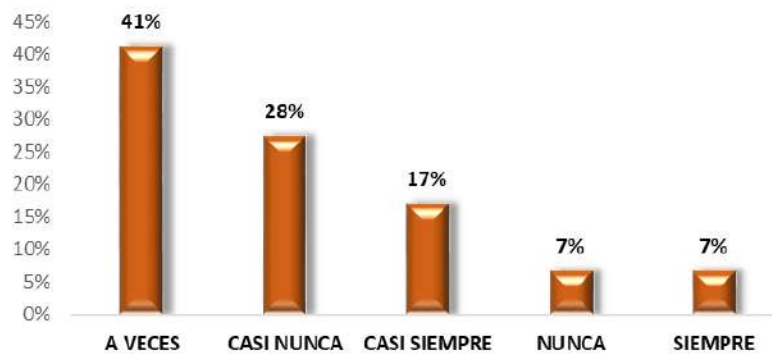
Se puede observar que en los primeros de bachillerato primero están los niveles mínimos de depresión con el 34%, le sigue el nivel leve con el 26% y luego, con el 21%, está el nivel severo, que en comparación a los segundos (8%) y terceros (9%) es el curso con los niveles más altos de depresión severa, por último, están los jóvenes con niveles de depresión moderado con el 18%. El porcentaje de adolescentes con un nivel severo de depresión, puede darse debido a que al inicio de la adolescencia se atraviesan distintos procesos nuevos para el adolescente que pueden confundirse con la depresión como es el subir o bajar de peso, cambios de humor, hipo o hipersomnias, estados de ánimo deprimido, bajo rendimiento académico, deseo de estar solo, entre otros, pero hay que prestar atención a este tipo de síntomas ya que, si sobrepasan los límites de cada joven y causa malestar puede tratarse de un caso de depresión (García, 2009).

Factores de riesgo

Los factores de riesgo son situaciones o variables que aumentan la posibilidad de que un sujeto con rasgos similares desarrolle algún problema en su vida (Lucio, Rapp-Paglicci, & Rowe, 2011 citado en González et al. 2017). Factores estresantes a nivel social y familiar pueden provocar que los adolescentes presenten síntomas depresivos, pero también influyen las características individuales de cada joven y dentro de estas características individuales está la parte genética y existe un mayor riesgo de presentar depresión si, por ejemplo, son jóvenes que tienen padres con depresión, ya que este trastorno puede ser hereditario (Loechne et al., 2018 citado en Voltas y Canals 2019). Para este análisis se mencionarán primero los niveles moderados y severos de cada resultado y finalmente de los niveles más bajos.

Figura 4

Porcentaje de depresión moderado y factor de riesgo “miembros deprimidos”

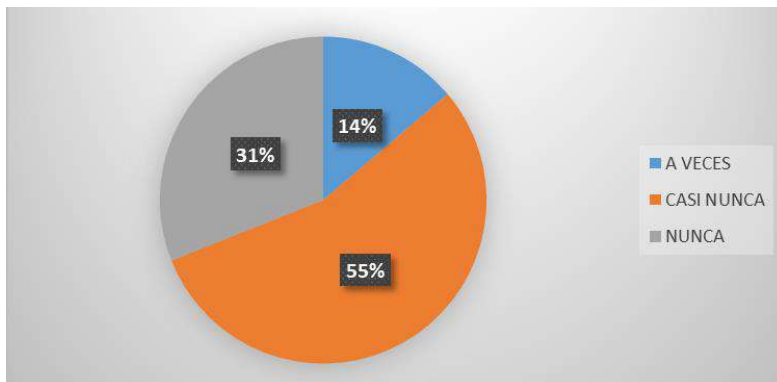


Frente a lo mencionado anteriormente, dentro del test factores de riesgo se creó como primera pregunta la frecuencia con que los jóvenes observan a **miembros de la familia que deprimidos o tristes**, donde se obtuvo como resultado que el 41% de adolescentes con niveles moderados de depresión a veces observaron a miembros de su familia deprimidos o tristes, el 28% casi nunca observó esto y el 17% de los jóvenes contestaron que casi siempre observan que algún miembro de su familia está triste o deprimidos. Por último, el 7% de la muestra escogida menciona que siempre observan esta situación en su entorno familiar y el otro 7% nunca ha observado esto.

La depresión puede empeorar o volverse mayor por los factores de riesgo al que el adolescente puede verse expuesto, entre esos factores está el consumo excesivo de drogas psicotrópicas como cocaína o marihuana y alcohol (García, 2009). Se propuso la pregunta que contiene el factor **consumo de alcohol** y los jóvenes con un nivel moderado de depresión respondieron, en un 41% que nunca lo hacen, el 24% de adolescentes consume alcohol a veces y el 21% lo hace casi nunca. Mientras que, el 7% de los jóvenes consume alcohol casi siempre y el otro 7% menciona hacerlo siempre.

Figura 5

Porcentaje de depresión moderada y factor de riesgo “sentimientos de inferioridad”

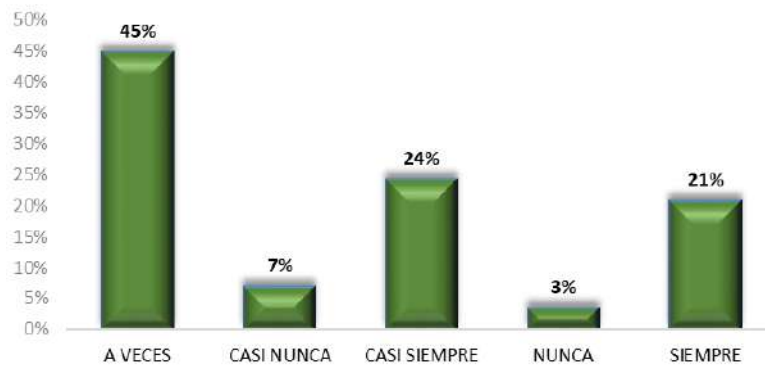


Otro factor que influye sobre los niveles de depresión son características propias de la personalidad del adolescente como el desequilibrio emocional, el neuroticismo y la baja autoestima (Voltas y Canals, 2019). Frente a esto, se optó por realizar una pregunta acerca de la frecuencia con que tienen **sentimientos de inferioridad**, que tiene que ver con la baja autoestima a lo que, los adolescentes con niveles moderados de depresión, contestaron en un 55% que casi nunca han tenido este sentimiento, mientras que el 31% respondió que no han tenido nunca este sentimiento y el 14% lo ha sentido a veces. No hubo jóvenes que afirmen tener sentimientos de inferioridad siempre y casi siempre.

Se hizo una pregunta enfocada a la frecuencia con que los **adolescentes discuten o pelean con sus padres** debido a que, como menciona García (2009) cuando en la vida del adolescente existen problemas de maltrato físico o psicológico en su entorno familiar o por parte de sus progenitores puede provocar que el joven presente síntomas depresivos o incluso volverlo un cuadro mayor y/o clínico, en el caso de ya tener depresión. El 52% de los adolescentes respondieron que casi siempre discuten con sus padres, el 21% nunca han vivido esto y el 14% menciona que a veces pasa esto dentro de su círculo familiar. Mientras que, el 7% casi siempre discuten o pelean con sus padres y el otro 7% lo hace siempre.

Figura 6

Porcentaje de depresión moderado y factor de riesgo “respaldo familiar”

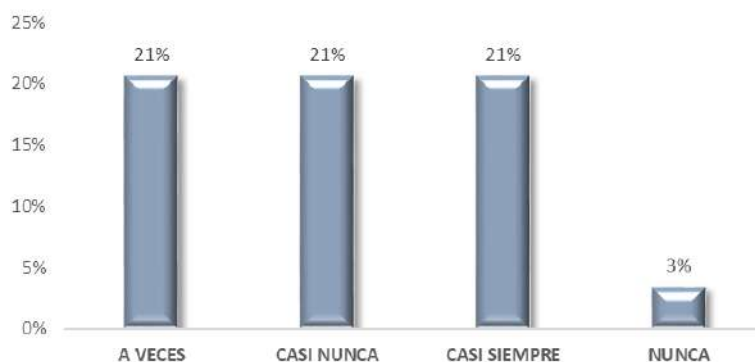


Finalmente, se hizo una pregunta que contenga el factor **apoyo o respaldo familiar** debido a que la familia puede influir mucho en que un adolescente presente o no síntomas de depresión, como son los hábitos de crianza o manera con que educan a sus hijos (Voltas y Canals, 2019). Aquí el 45% de los adolescentes que participaron de este estudio mencionaron que a veces sienten al apoyo o respaldo de sus padres, el 24% casi siempre y el 21% siempre lo ha sentido así. El 7% menciona que casi nunca se han sentido respaldados por su familia y el 3% nunca se han sentido apoyados por sus familiares.

Con estos resultados podemos observar que, a pesar de que algunos factores de riesgo no están presentes en altos niveles, como pasa en el caso del sentimiento de apoyo o respaldo por parte de sus padres, existen otros factores que si están presentes en altos porcentajes como las peleas o discusiones entre padres e hijos o la frecuencia con que han visto a miembros de su familia deprimidos o tristes. También se puede ver como la baja autoestima está presente en algunos de los participantes lo que puede ser la posible causa del nivel de depresión que presentan.

Figura 7

Porcentaje de depresión severa y factor de riesgo “miembros deprimidos”



En lo que respecta a niveles severos de depresión, en la primera pregunta los jóvenes respondieron en un 21% que casi siempre han visto a miembros tristes o deprimidos de su familia, el otro 21% menciona que a veces observan esta situación dentro de su entorno familiar y el otro 21% afirma que casi nunca han visto esto. Por último, el 3% de los jóvenes nunca han observado esto y no existieron respuestas de que siempre observen esto en su entorno.

Dentro de la pregunta que tiene el factor consumo de alcohol, el 37% de los adolescentes que obtuvieron un resultado severo en depresión mencionan que consume alcohol a veces y nunca respectivamente. El 16% respondió que casi nunca toma alcohol y el 5% lo hace casi siempre y siempre respectivamente. En la pregunta respecto de sentimientos de inferioridad se concluyó que el 42% de los adolescentes entrevistados casi siempre tienen sentimientos de inferioridad frente al resto de personas, el otro 42% a veces se ha tenido este sentimiento y el 16% casi nunca han tenido este sentimiento. Ninguno de los adolescentes que participaron en este estudio respondieron “siempre” y “nunca” en este apartado.

Figura 8

Porcentaje de depresión severa y factor de riesgo “respaldo familiar”



Frente a la variable de la frecuencia con que los jóvenes discuten o pelean con sus padres se obtuvieron los siguientes resultados: el 32% menciona que a veces discuten con sus padres y el otro 43% casi nunca lo hace, mientras que, el 16% respondió que nunca pelean con sus padres. Por otro lado, el 11% casi siempre y siempre lo hacen respectivamente. Por su parte, dentro de la variable de sentimiento de respaldo o apoyo familiar el 37% de los adolescentes mencionan que a veces se sienten apoyados por sus padres, el 21% casi nunca y casi siempre respectivamente, el 16% de la muestra se sienten apoyados por su familia y el 5% nunca han sentido esto.

Finalmente, los adolescentes que obtuvieron niveles mínimos y leves concuerda con los porcentajes obtenidos en los factores de riesgo, es decir, que en su mayoría casi nunca observan que algún miembro de su familia se encuentra deprimida, no consumen alcohol con frecuencia, no presentan problemas de autoestima o sentimientos de inferioridad, casi nunca o nunca discuten con sus padres y, más bien, se sienten respaldados y apoyados por ellos y su entorno familiar en general.

Ansiedad

Figura 9

Porcentaje de ansiedad en estudiantes de primero a tercero de UE Rumipamba

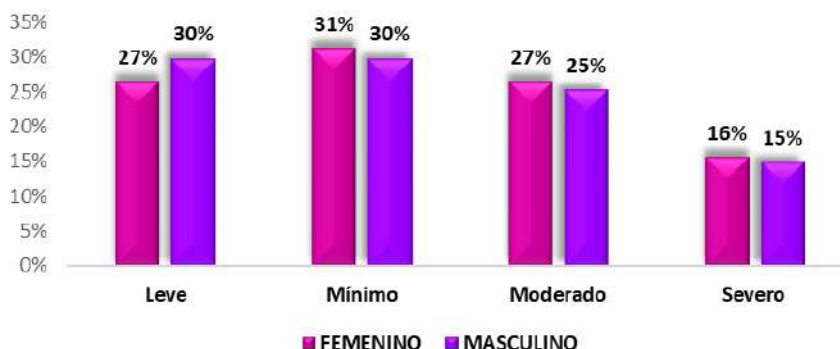


La aparición de la enfermedad por COVID-19, causó una gran conmoción en el mundo que ha provocado un impacto a nivel social, económico, político y de salud. Para tratar de evitar la propagación de esta enfermedad se cerraron escuelas y lugares de trabajo y se suspendieron actividades sociales. Frente a esto, los niños y adolescentes se vieron especialmente afectados, aumentando así los casos de ansiedad en adolescentes (Garza, et al., 2021). De igual manera, el Instituto Nacional de la Salud menciona que 1 de cada 3 jóvenes entre 13 y 18 años pueden llegar a tener ansiedad y esta cifra ha aumentado entre el 2007 y el 2012 en un 20% (McCarthy, 2019).

Dentro del estudio realizado se obtuvo como resultado que el 31% de los adolescentes presentan niveles de ansiedad mínimos y el 28% presenta estos síntomas en un nivel leve. Sin embargo, el 26% de la muestra señala tener niveles moderados de ansiedad y el 15% en un nivel severo. Estas son cifras que deben ser consideradas para que no empeoren en un futuro ocasionando problemas crónicos como dolor de cabeza intenso, problemas en el corazón o problemas digestivos graves (McCarthy, 2019).

Figura 10

Porcentaje de ansiedad por sexo en estudiantes de primero a tercero de bachillerato UE Rumipamba

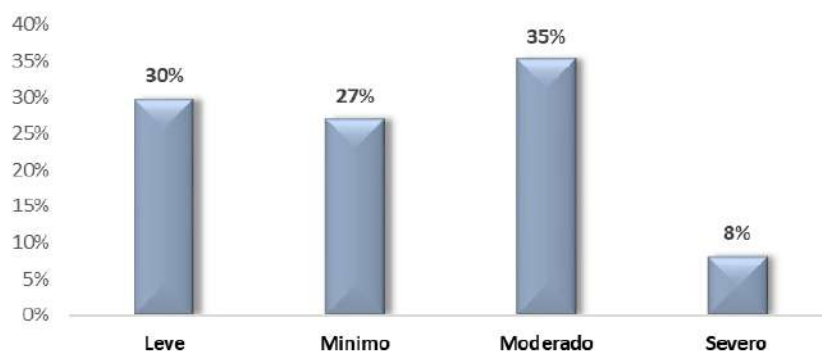


Menciona Brago et al. (1995) citado en Fernández (2000) que en hombres es más común la presencia de trastornos del sueño y de la conducta, mientras que en las mujeres los problemas de alimentación, depresión y ansiedad son más comunes. Así mismo, estudios realizados por la OPS y la OMS en 2017 demuestran que la prevalencia de la ansiedad es mayor en mujeres (4,6%) que en hombres (2,6%) en términos generales.

Los resultados obtenidos en este estudio es que el 31% de las mujeres tienen niveles mínimos de ansiedad, mientras que los hombres llegan al 30%. Sin embargo, se puede ver que el 27% de las mujeres adolescentes tienen niveles moderados de ansiedad, en contraste con los hombres quienes llegan el 25%. Finalmente, el 16% de las mujeres tienen ansiedad en un nivel severo y los hombres en un 15%. A pesar de que la diferencia no es alta, se puede ver que son las mujeres quienes predominan en los niveles altos de ansiedad.

Figura 11

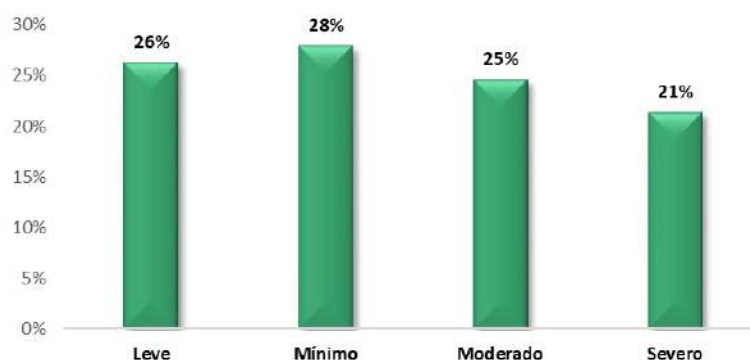
Porcentaje de ansiedad moderada en estudiantes de segundo de bachillerado en UE Rumipamba



Un estudio realizado por Garza, et al. (2021), concluyó que, a raíz de la pandemia, de 626 personas que tienen entre 12 y 17 años, 429 tienen ansiedad, es decir, el 68,5% del total. Dentro de este estudio se obtuvo como resultado que el 35% de los jóvenes que se encuentran cursando segundo de bachillerato, cuyas edades rondan entre los 16 y 18 años, tienen niveles de ansiedad moderado, en comparación con primero (25%) y tercero (18%). Continuando con la estadística de los estudiantes de segundo de bachillerato, el 30% lo tiene en un nivel leve, el 27% en niveles mínimos y el 8% restante tiene niveles de ansiedad severo.

Figura 12

Porcentaje de ansiedad en estudiantes de primero de bachillerato UE Rumipamba



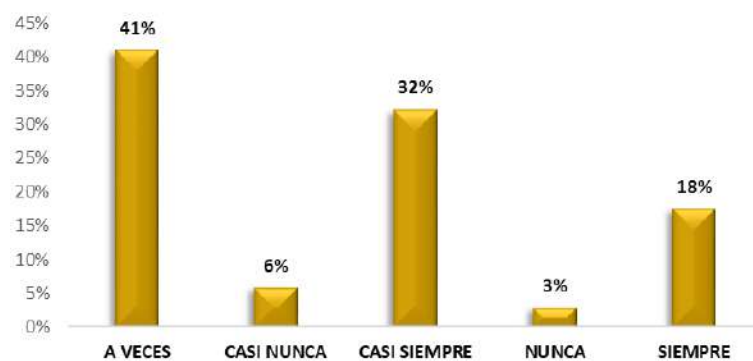
Por otro lado, son los adolescentes que se encuentran cursando primero de bachillerato, cuyas edades rondan entre los 14 y 16 años, quienes tienen el porcentaje más

alto en niveles severos de ansiedad. Los jóvenes que se encuentran cursando este nivel obtuvieron un porcentaje del 21% en niveles severos de ansiedad, en comparación con segundo que tiene el 8% de casos y tercero que tiene el 12%.

Factores de riesgo

Figura 13

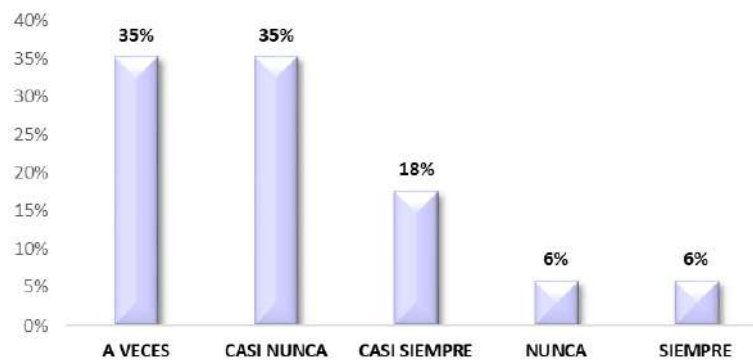
Porcentaje de ansiedad moderada y factor de riesgo “sobreprotección”



Existen muchas situaciones que pueden provocar la aparición de síntomas ansiosos o empeorarlo en el caso de las personas que tienen ese trastorno. Dentro de estos factores se tiene el componente familiar, donde entran los estilos de crianza como el control, la sobreprotección o la intromisión por parte de los padres en la vida de sus hijos (Bruch, Gorsky, Collins & Berger, 1989 citado en Sierra, et al. 2006). Frente a esto se hizo una pregunta que contenga la variable **sobreprotección**, donde el 41% de los adolescentes con niveles de ansiedad moderado respondieron que a veces se han sentido sobreprotegidos por sus padres, el otro 32% ha vivido esto casi siempre, mientras que el 18% menciona que siempre se sienten sobreprotegidos por sus padres. Por otro lado, el 6% respondió que casi nunca ha vivido esto y el 3% nunca.

Figura 14

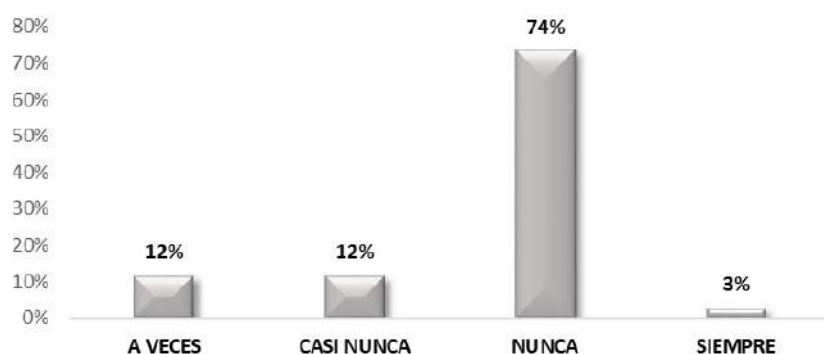
Porcentaje de ansiedad moderada y factor de riesgo “normas del hogar”



Otro factor dentro de entorno familiar es la mala práctica por parte de los padres como es la disciplina punitiva, la ausencia de apoyo emocional de padres a hijos y, lo ya mencionado anteriormente que es la sobreprotección (Arrindell et al., 1983; Arrindell et al., 1989; Bruch & Heimberg, 1994; Caster et al., 1999; Lieb et al., 2000; Stein, Asmundson & Chartier, 1994; Melfsen, Osterlaw & Florin, 2000; Parker, 1979 citado en Sierra, et al. 2006). Por esta razón se hizo una pregunta acerca de la frecuencia con que los adolescentes sienten que sus padres establecen **normas/reglas dentro de casa**, en la que el 35% de los adolescentes con niveles de ansiedad moderado contestaron que a veces han sentido que sus padres han establecido muchas reglas dentro de su hogar, el otro 35% casi nunca han sentido esto. El 18% que casi siempre han vivido esto dentro su hogar, el 6% nunca y siempre respectivamente.

Figura 15

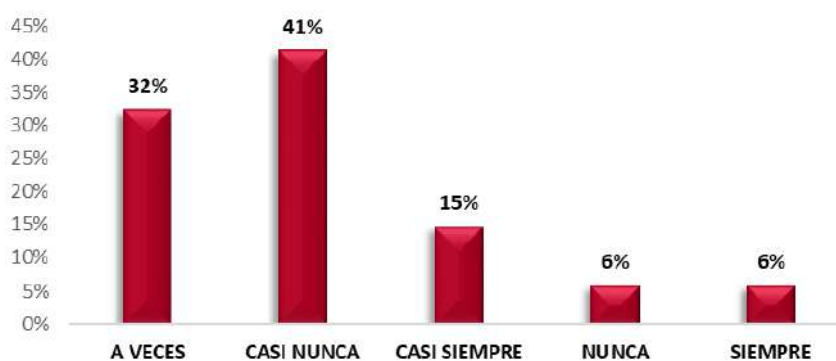
Porcentaje de ansiedad moderada y factor de riesgo “frecuencia con que sus padres los golpean o insultan”



Los trastornos de ansiedad pueden estar presentes dentro de un entorno familiar lo que puede provocar que en la dinámica familiar no se logre tener buenas habilidades afectivas para hacer frente a los problemas que se presentan, tener comportamientos de sobreprotección, puede existir abuso y violencia también (Scholten, 2015). Por lo tanto, se creó una pregunta que contenga el factor de la **frecuencia con que los padres de los adolescentes les han golpeado o insultado**, en lo cual el 74% con niveles moderados de ansiedad respondió que esto nunca pasa, el 12% casi nunca lo ha vivido y el otro 12% ha recibido insultos o golpes por parte de sus padres a veces y el 3% lo ha vivido esto siempre. No existieron respuestas de casi siempre en este apartado.

Figura 16

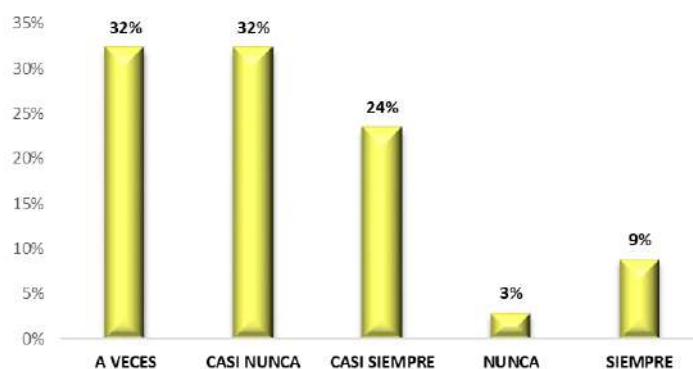
Porcentaje de ansiedad moderada y factor de riesgo “frecuencia con que sus familiares están angustiados”



El tener padres que tienen trastorno de ansiedad aumenta la posibilidad de que sus hijos padezcan este tipo de trastorno ya que es hereditario (Mayo Clinic, 2021). Se ha demostrado que 1 de cada 4, es decir, el 25% de jóvenes que tienen padres con ansiedad, tienden a tener el mismo trastorno que sus padres (Scholten, 2015). Debido a esto se ha formulado la pregunta que contenga la variable **frecuencia con que personas de su entorno familiar están intranquilos, angustiados o nerviosos** y en el cual, en un 41% se menciona que casi nunca han observado esto en su entorno familiar, el 32% a veces miran a sus familiares directos nerviosos o intranquilos, el 15% casi siempre observa esto, el 6% respondió nunca y el otro 6% ha visto que siempre están sus familiares nerviosos o angustiados.

Figura 17

Porcentaje de ansiedad moderada y factor de riesgo “estrés”



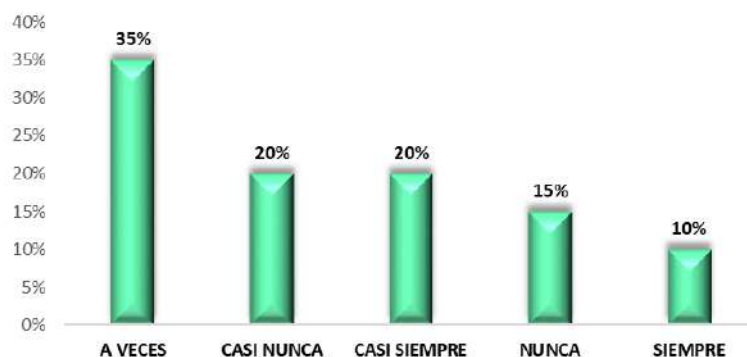
Por último, se ha demostrado que los eventos estresantes provocan que en las personas aparezcan síntomas relacionados a la ansiedad como son: una ruptura amorosa, la pérdida de un ser querido o haber sido víctima de una transgresión (Scholten, 2015). Dentro de este estudio se planteó una última pregunta que contenga el factor **estrés** desde el retorno de los estudiantes a clases presenciales, donde el 32% de la muestra con niveles de ansiedad moderado menciona que casi nunca se siente estresado, el 32% se ha sentido estresado a

veces, el 24% se siente así casi siempre, el 9% siempre y el 3% nunca se siente estresado desde su retorno a clases.

Se puede concluir que los resultados concuerdan con el nivel de ansiedad que los adolescentes presentan, ya que, a pesar de no cumplirse todas las preguntas, debido a que no existen muchos casos de adolescentes que observen a miembros de su familia angustiados, nervioso o intranquilos, más si existen niveles de estrés y sobreprotección por parte de los padres de los adolescentes, lo que puede estar ocasionando la ansiedad que presentan actualmente.

Figura 18

Porcentaje de ansiedad severa y factor de riesgo “sobreprotección”



En lo que respecta a los adolescentes con niveles severos de ansiedad, en la pregunta que tiene el factor de riesgo de padres sobreprotectores, se obtuvo como resultado que el 35% a veces sienten que sus padres los sobreprotegen, el 20% casi siempre lo siente así y el otro 20% casi nunca. Por otro lado, el 15% de los adolescentes nunca han sentido esto y el 10% restante siempre lo siente así.

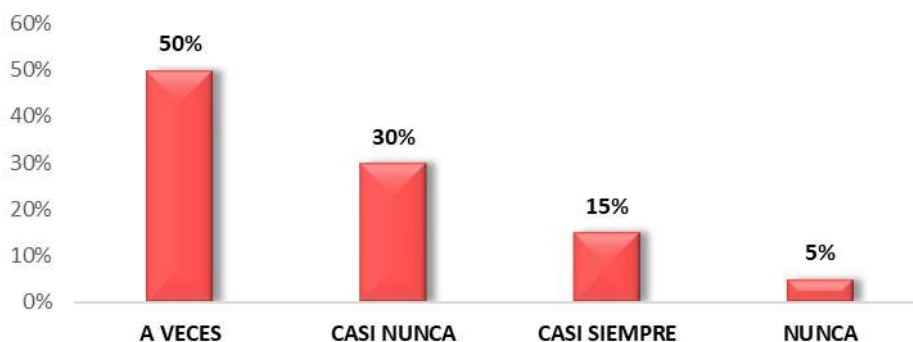
Dentro de la pregunta que contiene el factor de riesgo de la frecuencia con la que los padres de los adolescentes establecen reglas y normas dentro de su hogar, el 40% menciona que casi nunca han sentido esto y el 30% nunca, mientras que el 20% de los adolescentes han

sentido que a veces sus padres establecen normas dentro del hogar y el 10% casi siempre. No existen respuestas de siempre en este apartado.

La pregunta que contiene la variable de la frecuencia con que los padres de los adolescentes los golpean o insultan obtuvo los siguientes resultados: el 50% nunca han vivido esto, el 45% de los adolescentes respondieron que casi nunca han sido insultados o golpeados por sus padres y el 5% restante lo ha vivido a veces. No existen respuestas de siempre y casi siempre.

Figura 19

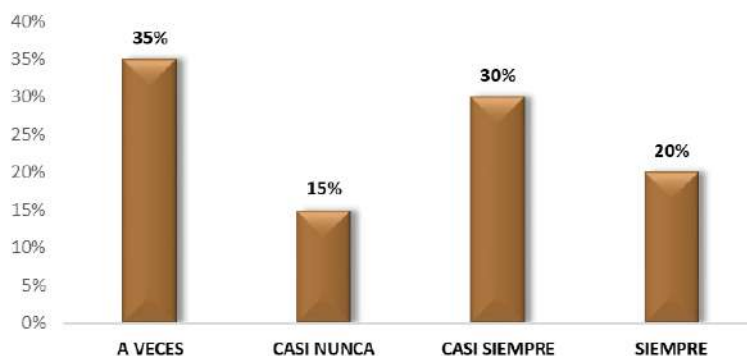
Porcentaje de ansiedad moderada y factor de riesgo "frecuencia con que miembros de la familia están angustiados"



Respecto de la pregunta que contiene el factor de la frecuencia con que personas de su entorno familiar están intranquilos, angustiados o nerviosos, el 50% de los adolescentes contestaron que a veces han observado esto, mientras que el 30% respondió que esto no sucede casi nunca. Por otro lado, el 15% de los adolescentes casi siempre han visto esto y el 5% restante contestó nunca. No existen respuestas de nunca en esta pregunta.

Figura 20

Porcentaje de ansiedad moderada y factor de riesgo “estrés”



Dentro de la última pregunta, que contiene el factor de riesgo de la frecuencia con que sienten estrés desde que los adolescentes regresaron a clases presenciales y sus respuestas fueron las siguientes: el 35% a veces se sienten estresados, el 30% casi siempre se siente así y el 20% siempre se estresa durante las clases. Finalmente, el 15% restante casi nunca se ha sentido así.

Se puede concluir que, estos factores posiblemente pueden estar influyendo en los niveles severos de ansiedad que los adolescentes indican, más, al no haber porcentajes tan altos pueden existir otro tipo de situaciones que puedan estar ocasionando estos niveles de ansiedad en sus vidas.

Respecto de los adolescentes que tienen niveles mínimos y leves de ansiedad con acuerdo con los resultados obtenidos, es decir, que en su mayoría no sienten sobreprotección por parte de sus padres y, por ende, tampoco creen que establezcan tantas reglas o normas dentro de su hogar. Tampoco observan con mucha frecuencia a miembros de su familia deprimidos o intranquilos y tampoco han llegado a tener peleas con sus padres donde hayan recibido insultos o golpes por parte de ellos. Finalmente, no se presentan niveles de estrés altos o frecuentes desde su retorno a clases presenciales.

Conclusiones

- Con el surgimiento de la enfermedad por COVID-19 muchas personas tuvieron que cambiar sus rutinas habituales abandonando su área de trabajo, en los adultos, o la escuela, en niños y adolescentes, por realizar estas actividades dentro de su hogar, asimismo cada gobierno decretó el confinamiento de la población por meses para evitar la propagación de este virus, lo que provocó el aumento de síntomas pertenecientes a los trastornos mentales principalmente de ansiedad y depresión en las personas, sin discriminar raza, edad o género.
- La ansiedad y la depresión son trastornos que generan malestar en las personas provocando en ellas conductas desadaptadas como obsesiones, aislamiento del entorno, insomnio, entre otros. Por lo tanto, las técnicas cognitivo-conductuales son las técnicas que más se adecuan para tratar estos trastornos debido a que este enfoque busca disminuir las conductas que generan malestar o no deseadas aprendidas mediante la enseñanza de nuevos comportamientos más adaptativos.
- En términos generales, son las mujeres quienes tienden a padecer síntomas referentes al trastorno depresión en mayor porcentaje que los hombres, tal como se observa en los resultados obtenidos en el estudio realizado para esta disertación, donde las mujeres (25%) tienen el mayor porcentaje de niveles moderados de depresión antes que los hombres (19%). En lo que respecta a los niveles severos son las mujeres las que predominan obteniendo un porcentaje del 20% y los hombres del 9%.
- Por otro lado, siguen siendo las mujeres quienes tienden a padecer síntomas referentes al trastorno ansiedad en mayor porcentaje que los hombres, tal como se observa en los resultados obtenidos en el estudio realizado donde el 27% de las mujeres tienen niveles moderados de depresión en contraste con los hombres (25%). En lo que

respecta a los niveles severos de ansiedad siguen liderando las mujeres con el 16% seguido por los hombres con el 15%.

- Los factores de riesgo escogidos para comparar con los niveles de ansiedad y depresión que presentan los adolescentes están presentes en la vida de cada uno de ellos, lo que en su mayoría coincide con los niveles de ansiedad y depresión que obtuvieron. Para los casos en los que los niveles de ansiedad y depresión no coincide con la presencia de los factores de riesgo escogido puede deberse a que pueden existir otros factores personales y ocasionales que pueden estar influyendo en sus vidas y en sus niveles de ansiedad y depresión.

Recomendaciones

- Para disminuir los síntomas la depresión se recomienda realizar actividades como escoger un momento del día para conversar entre los miembros familiares que conviven en su entorno respecto de lo que sienten al estar confinados, también puede realizar actividades recreativas juntos como juegos de mesa. Mientras que
- Para disminuir los síntomas la ansiedad se recomienda realizar actividades como ejercicio físico o yoga, también se recomienda estar informados acerca de la enfermedad por COVID-19 a través de fuentes confiables que permita disminuir el desconocimiento respecto de este tema y el miedo frente al mismo.
- Las técnicas cognitivo-conductuales que se recomiendan para tratar la ansiedad son las de exposición (simbólica, en vivo y en grupo), así como las técnicas de relajación descubierta por Jacobson, la técnica de relajación respiratoria, solución de problemas, entre otros.
- Las técnicas cognitivo-conductuales que se recomiendan para tratar la depresión se recomienda la programación de actividades, la técnica de dominio y agrado, de

reestructuración cognitiva, entrenamiento de habilidades sociales, parada o detención del pensamiento entre otros.

- Los programas de prevención en depresión deben ir enfocados tanto hacia las mujeres como hacia los hombres, pero se pueden proponer más estrategias dirigidas hacia las mujeres debido a que, en su mayoría, son ellas quienes corren mayor riesgo de padecer síntomas referentes a este trastorno.
- En lo que respecta a la ansiedad, a pesar de que la diferencia de porcentaje de ansiedad en mujeres y hombres es menor, siguen siendo las mujeres quienes predominan y donde deberían ser ellas el foco de atención dentro de los programas de prevención.
- Se recomienda trabajar sobre los factores de riesgo que están presentes en la vida de los adolescentes, es decir sobre los problemas familiares, el estrés, el consumo de alcohol, el apoyo o soporte que le brindan o no en su entorno familiar, entre otros, ya que puede ser esto lo que está provocando que ellos tengan niveles altos de ansiedad y depresión.

Referencias

- Acevedo, L. (2019). Técnicas clínicas para el tratamiento en la depresión durante los años 2009-2018 desde el análisis documental de 60 artículos, protocolos y manuales a nivel global [Tesis de titulación, Corporación Universitaria Minuto de Dios]
https://repository.uniminuto.edu/bitstream/10656/12882/1/TP_AcevedoVelasquezluisaFernanda_2020.pdf
- Arias, Y. (2016). Trastorno de ansiedad social (fobia social). *Revista Médica Sinergia*. 1(4).
<https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/28#:~:text=Se%20describe%20como%20miedo%20o,%2C%20ambientales%2C%20gen%C3%A9ticos%2C%20neuroqu%C3%ADmicos.>
- Alarcón, R., Gea, A., Martínez, J., Pedreño, J., y Pujalte, M. (2007). *Guía de Práctica de los Trastornos Depresivos*. Subdirección General de Salud Mental y Subdirección General de Atención Primaria, Urgencias y Emergencias Servicio Murciano de Salud.
<https://consaludmental.org/publicaciones/GPCtrastornosdepresivos.pdf>
- Alfonso, R., Cruz, J., Fernández, O., Jiménez, B. y Sabina, D. (2012). Manual para diagnóstico y tratamiento de trastornos ansiosos. *Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos*. 10(5), 466-479.
<http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1822/7293>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5* (Dr. Ricardo Restrepo, Trad.). Arlington. VA.
- Beck, A. (1983). *Terapia Cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Beck, J. (1995). *Terapia cognitiva. Conceptos básicos y profundización* (Adelaida Ruiz, Trad.). España: Gedisa.

- Berra, J. (2019). *Ansiedad y dificultad en la diferencia familiar, desde un abordaje sistémico* [Tesis de maestría, Universidad Iberoamericana Puebla].
<http://repositorio.iberopuebla.mx>
- Berholet, R. (2012). *La depresión, una lectura desde el psicoanálisis*. IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología Universidad de Buenos Aires.
<https://www.aacademica.org/000-072/725.pdf>
- Boeree, G. (2003). *Teoría de la personalidad. Carl Rogers 1902-1987* (Rafael Gautier, Trad.). <https://webpace.ship.edu/cgboer/rogersesp.html>
- Botas, J. (s.f.). *Parar el pensamiento: cómo, cuándo y para qué*. Psicopedia. org: información y recursos sobre psicología. <https://psicopedia.org/2628/parar-el-pensamiento-como-cuando-y-para-que/>
- Caballo, V., Ellis, A., y Lega, L. (1997). *Teoría y práctica de la terapia racional emotivo conductual*. Editores Veintiuno: España.
- Ceccon, J. (2020). *Eso que llaman ansiedad...es angustia?* Documento de trabajo. Psicopatología II. <https://www.aacademica.org/julieta.ceccon/2.pdf>
- Cano, A. (2012). Agorafobia: Una mirada encerrada hacia la sociedad. *Revista Sociológica de Pensamiento Crítico*. 6(1), 165-177. <https://intersticios.es/article/view/9535/6752>
- Confederación de Nacionalidades Indígenas del Ecuador (CONAIE). (19 de julio del 2014). Karankis. Confederación de Nacionalidades Indígenas del Ecuador.
<https://conaie.org/2014/07/19/karankis/#:~:text=Ubicaci%C3%B3n%20y%20territorialidad-,Los%20Karanqui%20est%C3%A1n%20ubicados%20en%20la%20Sierra%20Norte%20de,y%20San%20Francisco%20de%20Sigipamba>

- Consejo Nacional de Desarrollo (2017). *Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021-Toda una vida. República del Ecuador*. https://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/10/PNBV-26-OCT-FINAL_0K.compressed1.pdf
- Díaz, I., Ruiz, M., y Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Desclée de Brouwer: España.
- Fullana, M., Forcadell, E., Lázaro, y Lera, S. (29 de enero del 2019). ¿Qué es la Ansiedad? Clinic Barcelona Hospital Universitari. <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/trastornos-de-ansiedad>
- Hernández, R. (2020). Impacto de la COVID-19 sobre la salud mental de las personas. *SciELO. Medicentro Electrónica* 24(3), 578-594. <http://www.medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/view/3203/2587>
- García, A. (2009). La depresión en adolescentes. *Revista de Estudios de Juventud*. 34, 85-104
- García, J., Hermosa, C., Hidalgo, P., López, C., Paz, C., Sádaba, C., y Serrano, C. (2021). Síntomas de depresión, ansiedad y estrés en la población general ecuatoriana durante la pandemia por COVID-19. *Revista Ecuatoriana de Neurología* 30(2), 40-47. doi: 10.46997/revecuatneurol30200040
- Garza, M., Nuñez, J., Vázquez, P., Guillén, E., & Bracho, E. (2021). Ansiedad en niños y adolescentes debido a la cuarentena por COVID-19. Una encuesta en línea. *Acta Med GA*. 2021, 19(4): 519-523. <https://dx.doi.org/10.35366/102539>
- González, S., Pineda, A., & Gaxiola, J. (2017). Depresión adolescente: factores de riesgo y apoyo social como factor protector. *Revista Universitas Psychologica* 3(17), 1-11.
- Loaiza, Y. (2019). *Las cifras que muestran por qué es importante la salud mental*. GK City. <https://gk.city/2019/09/02/depresion-ansiedad-salud-mental/>
- López, D., y Martínez, M. (2011). Trastornos de Ansiedad. *Revista Neurología*. 44(3),

101-107. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revneuneupsi/nnp-2011/nnp113d.pdf>

López, A. (2016). Psicoterapia humanista-transpersonal y depresión: un estudio de caso.

Journal of Transpersonal Research, 8(2), 115-121.

https://www.researchgate.net/publication/325425976_Psicoterapia_Humanista-Transpersonal_y_Depresion_Un_Estudio_de_Caso

(L. Carvajal, comunicación personal, 20 de octubre del 2021)

Lozano, A. (2017). Aspectos clínicos del trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados. 80(1), 35-41. <http://dx.doi.org/10.20453/rnp.v80i1.3058>

Márquez, J. (2013). *Estudio de la efectividad de la terapia de valoración cognitiva de Richard Wessler en las esposas del personal de voluntarios que presentan ansiedad*

[Tesis de maestría, Universitaria Central del Ecuador]

<http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/1397/1/T-UCE-0007-5.pdf>

(M. Cuaical, comunicación personal, 21 de octubre del 2021)

Mayo Clinic (11 de noviembre del 2021). Trastornos de ansiedad. *Mayo Clinic*.

<https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/anxiety/symptoms-causes/syc-20350961>

McCarthy, C. (11 de diciembre del 2019). *La ansiedad en los adolescentes va en aumento:*

¿qué está pasando? American Academy of Pediatrics.

[https://www.healthychildren.org/Spanish/health-issues/conditions/emotional-problems/Paginas/Anxiety-](https://www.healthychildren.org/Spanish/health-issues/conditions/emotional-problems/Paginas/Anxiety-Disorders.aspx?gclid=CjwKCAjwu5yYBhAjEiwAKXk_eEJy1SdO6cTtpUv9GEUS-mGrZB2GVw3XZfp3Stdb9tSkYf37k9NFchoCGK4QAvD_BwE)

[Disorders.aspx?gclid=CjwKCAjwu5yYBhAjEiwAKXk_eEJy1SdO6cTtpUv9GEUS-mGrZB2GVw3XZfp3Stdb9tSkYf37k9NFchoCGK4QAvD_BwE](https://www.healthychildren.org/Spanish/health-issues/conditions/emotional-problems/Paginas/Anxiety-Disorders.aspx?gclid=CjwKCAjwu5yYBhAjEiwAKXk_eEJy1SdO6cTtpUv9GEUS-mGrZB2GVw3XZfp3Stdb9tSkYf37k9NFchoCGK4QAvD_BwE)

Mental Health America (s.f.). ¿Qué es la depresión? Mental Health America.

<https://www.mhanational.org/que-es-la-depresion>

- Ministerio de Salud Pública. (s.f.). *Este 7 de abril se celebra el Día Mundial de la Salud, con el tema “Depresión: Hablemos”* <https://www.salud.gob.ec/este-7-de-abril-se-celebra-el-dia-mundial-de-la-salud-con-el-tema-depresion-hablemos/>
- Montaño, D. (2020). *La odisea de los jóvenes por acceder a la atención de salud mental en Ecuador*. Activamente. <https://activamente.elclip.org/la-odisea-por-acceder-atencion-mental-ecuador.html>
- Navas, W., y Vargas, M. (2012). Trastornos de Ansiedad: Revisión Dirigida para Atención primaria. *Revista Médica de Costa Rica*, 69(604), 497-507.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2021). *Depresión: lo que debes saber*. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/campaigns-and-initiatives/world-mental-health-day/2021/depression-general-es.pdf?sfvrsn=158200d3_17
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Organización mundial de la Salud (OMS). (2017). *Depresión y otros trastornos comunes. Estimaciones sanitarias mundiales*. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34006/PAHONMH17005-spa.pdf>
- Pérez, D. (2019). *La ansiedad, vista con un enfoque centrado en las personas* [Tesis de maestría, Universitaria Veracruzana] <https://cdigital.uv.mx/bitstream/handle/1944/48985/PerezHernandezDaniela.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Pérez, A. (2020). *Consecuencias de una depresión no tratada*. Psicólogos Animaes. <https://psicologosanimae.com/consecuencias-de-una-depresion-no-tratada/>
- Piqueras, J. (2019). El suicidio en la adolescencia: un problema de salud pública que se puede y debe prevenir. *Revista de Estudios de Juventud*. 121, 45-59
- Román, V., y Abud C. (2017). Suicidio: ¿De qué hablamos de coberturas periodísticas del suicidio adolescednte? UNICEF. Red Argentina del Periodismo Científico. <https://www.unicef.org/argentina/media/1536/file/Suicidio.pdf>

Sierra, J., Zubeidat, I. y Fernández, A. (2006). Factores asociados a la ansiedad y fobia social.

Revista Mal-Estar e Subjetividade/Fortaleza, 6(2), 472-517.

Scholten, A. (Mayo del 2015). *Factores de Riesgo para el Trastorno de Ansiedad*

Generalizada (GAD). Western New York Urology Associates.

<https://www.wnyurology.com/content.aspx?chunkid=123057>

UNICEF. (2020). *El impacto del COVID-19 en la salud mental de adolescentes y jóvenes*.

<https://www.unicef.org/lac/el-impacto-del-covid-19-en-la-salud-mental-de-adolescentes-y-j%C3%B3venes>

Vargas, H. (2014). Tipo de familia y ansiedad y depresión. *Revista Médica Herediana*. 25(2),

57-59. <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=s1018->

[130x2014000200001&script=sci_arttext](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=s1018-130x2014000200001&script=sci_arttext)

Vélez, L. (2017) *Consecuencias físicas y psicológicas de los trastornos de Ansiedad*. Centro

de Psicología Avanzada. <https://centrodepsicologiaavanzada.com/consecuencias->

[fisicas-y-psicologicas-de-la-ansiedad](https://centrodepsicologiaavanzada.com/consecuencias-fisicas-y-psicologicas-de-la-ansiedad)

Villalobos, N. (2018). Trastorno obsesivo-compulsivo. *Revista Médica Sinergia*. 3(11), 14-

18. DOI: <https://doi.org/10.31434/rms.v3i11.154>

Voltas, N., y J, Canis. (2019). La depresión en la adolescencia: ¿Un problema enmascarado?

Revista de Estudios de Juventud. 121, 25-43.

Anexos

Debido a que la muestra fue de 133 adolescentes y a cada uno se les aplicaron los test de Beck de ansiedad y depresión, junto con el cuestionario de factores de riesgo psicosociales, se adjunta como anexo los test y cuestionario llenos de una sola persona.

Nombre: [Redacted] Edad: 17 Sexo: F
 Ocupación: Estudiante Educación: bachillerato Fecha: 15-3-2022

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 checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Acalorado.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Con temblor en las piernas.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 Incapaz de relajarse	<input type="radio"/>	<input checked="" 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 checked="" type="radio"/>
6 Mareado, o que se le va la cabeza.	<input checked="" 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 checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 Inestable.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 Atemorizado o asustado.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 Nervioso.	<input checked="" 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 checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
12 Con temblores en las manos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
13 Inquieto, inseguro.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14 Con miedo a perder el control.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15 Con sensación de ahogo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
16 Con temor a morir.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17 Con miedo.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18 Con problemas digestivos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
19 Con desvanecimientos.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20 Con rubor facial.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" 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"/>

1 2 3
16 moderado

Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

Nombre: [REDACTED] Estado Civil: Soltero..... Edad: 17..... Sexo: F..
 Ocupación: Estudiante..... Educación: Bachillerato..... Fecha: 15.03.2022

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 mí.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera 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 mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1 Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2. No tengo suficiente energía para hacer 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.
- 1^a. 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
- 3^a. 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: 17/100

Factores de Riesgo Psicosociales para el Desarrollo de Ansiedad y Depresión

Este cuestionario consta de 10 preguntas. Por favor lea cada pregunta cuidadosamente, luego encierre en un círculo el número correspondiente al enunciado elegido

¿Con qué frecuencia algún miembro de la familia con la que vive se encuentra deprimida o triste?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. A veces
4. Casi nunca
5. Nunca

¿Con qué frecuencia usted consume alcohol?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. A veces
4. Casi nunca
5. Nunca

¿Se siente usted apoyado o respaldado por su familia?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. A veces
4. Casi nunca
5. Nunca

¿Con qué frecuencia usted se ha sentido inferior o poco valioso frente a las personas que lo rodean?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. A veces
4. Casi nunca
5. Nunca

¿Con qué frecuencia usted y sus padres discuten o pelean?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. A veces
4. Casi nunca
5. Nunca

¿Con qué frecuencia sus padres le golpean o insultan?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. A veces
4. Casi nunca
5. Nunca

¿Siente que sus padres lo sobreprotegen o cuidan de usted con exageración?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. A veces
4. Casi nunca
5. Nunca

¿Siente que sus padres establecen muchas reglas o normas en el hogar?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. A veces
4. Casi nunca
5. Nunca

¿Con qué frecuencia la familia con la que vive se encuentra intranquila, angustiada o nerviosa?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. A veces
4. Casi nunca
5. Nunca

Desde su regreso a clases presenciales, ¿con qué frecuencia se ha sentido estresado o agobiado en el colegio?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. A veces
4. Casi nunca
5. Nunca