



Pontificia Universidad  
Católica del Ecuador | Sede  
Ambato

## **OFICINA DE POSGRADOS**

**Tema:**

**PROPUESTA DE INTERVENCIÓN COGNITIVA CONDUCTUAL PARA REDUCIR NIVELES DE DEPRESIÓN EN ESTUDIANTES DE SECUNDARIA**

**Proyecto de investigación y desarrollo previo a la obtención del título de Magíster en Psicología Clínica con mención en Psicoterapia Infantil y de Adolescentes**

**Línea de Investigación:**

Salud y grupos vulnerables

**Autora:**

Carina Judith Cuzco Auquilla

**Director:**

Dr. Manuel Cañas Lucendo

**Ambato – Ecuador**

**Octubre 2022**

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR SEDE AMBATO  
HOJA DE APROBACIÓN

Tema:

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN COGNITIVA CONDUCTUAL PARA REDUCIR  
NIVELES DE DEPRESIÓN EN ESTUDIANTES DE SECUNDARIA

Línea de Investigación:

Salud y grupos vulnerables

Autora:

Carina Judith Cuzco Auquilla

Manuel Cañas Lucendo, Dr.

**CALIFICADOR**

f.   
MANUEL CANAS LUCENDO  
Firmado digitalmente por  
MANUEL CANAS LUCENDO  
Fecha: 2022.10.11  
10:10:13 -05'00'

Wendy Tamara Naranjo Hidalgo, Mg.

**CALIFICADOR**

f. 

Víctor Manuel Cuadrado Rodríguez, Mg.

**CALIFICADOR**

f. 

Juan Carlos Acosta Tenenda, PhD.

**DIRECTOR OFICINA DE POSTGRADOS**

f. 

Hugo Rogelio Altamirano Villarroel, Mg.

**SECRETARIO GENERAL PUCESA**

f. 



Ambato-Ecuador  
Octubre 2022

## DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo: **CARINA JUDITH CUZCO AUQUILLA**, con cédula de identidad **060304985-9.**, autora del trabajo de graduación intitulado: **“PROPUESTA DE INTERVENCION COGNITIVA CONDUCTUAL PARA REDUCIR NIVELES DE DEPRESIÓN EN ESTUDIANTES DE SECUNDARIA”**, previo a la obtención del título de **MAGÍSTER EN PSICOLOGÍA CLÍNICA CON MENCIÓN EN PSICOTERAPIA INFANTIL Y DE ADOLESCENTES**, en la Oficina de **POSGRADOS**.

- 1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.
- 2.- Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la Biblioteca de la PUCE Ambato, el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad

Ambato, septiembre 2022



**CARINA JUDITH CUZCO AUQUILLA**

**CC. 060403985-9**

## DEDICATORIA

*El presente trabajo de investigación dedico con todo mi corazón a mis familiares en especial a mi hijo Martin quien es un ángel en mi vida y mi motor para emprender una nueva experiencia de preparación y aprendizaje en el ámbito académico.*

**Carina Cuzco**

## AGRADECIMIENTO

*En primer lugar, agradezco a Dios por haberme dado la salud y sabiduría para llegar a este momento en el que me encuentro.*

*Agradezco con todo mi amor a mi madre Gloria quien me ha demostrado con su ejemplo ser capaz de culminar a todo lo que uno se propone.*

*En siguiente instancia agradezco a la Universidad por darme la oportunidad de ser parte de la misma, y por contar con un excelente equipo de docentes.*

**Carina Cuzco**

## RESUMEN

La depresión se considera como un trastorno del estado de ánimo que conduce a sentimientos negativos y, por consiguiente, a una acentuada disminución de la energía e interés por las actividades que un individuo desarrolla en su vida cotidiana, impacta en todas las áreas de la vida, más allá del estado de ánimo. Su prevalencia en la población en general, ha llevado a calificarla como una de las epidemias silenciosas del presente siglo, con estragos significativos en toda la población, se incluye los adolescentes. La presente investigación tiene como objetivo desarrollar una propuesta de intervención cognitivo conductual para reducir los niveles de depresión en los estudiantes de secundaria; es un estudio de corte transversal que se respalda en un enfoque cuantitativo, mismo que radica en recabar información referente a la relación que se establece entre la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) y la depresión a través de la aplicación del Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) a 161 adolescentes de secundaria que asisten a clases en una Unidad Educativa Particular. Sobre el muestreo, es importante considerar que no fue necesario calcular una muestra porque se decidió trabajar con el universo completo. De los hallazgos de la investigación específicamente sobre los niveles de depresión se evidencia que el 62.1% de los sujetos estudiados presentan mínima depresión, el 14.9% presentan depresión leve, también, otro 14.9% presenta depresión moderada y el 8.1% presentan depresión grave. Para tales hallazgos se desarrolló una propuesta de intervención, de acuerdo al modelo arriba mencionado.

**Palabras clave:** Estudiantes, depresión, terapia, cognitivo conductual.

## **ABSTRACT**

Depression is considered a mood disorder that leads to negative feelings and therefore to a marked decrease in energy and interest in the activities of an individual's daily life. It impacts all areas of life, far beyond the individual's mood. Its prevalence in the general population has led depression to be classified as one of the silent epidemics of this century, with significant damage to the entire population, including adolescents. This research aims to develop an intervention plan based on cognitive behavioral therapy for the treatment of depression symptoms in adolescents. It is a cross-sectional study that is supported by a quantitative approach, based on information collection regarding the relationship established between Cognitive Behavioral Therapy (CBT) and depression through the application of the Beck Depression Inventory- II (BDI-II) to 161 Private high school adolescents. It was not necessary to calculate a sample because it was decided to work with the entire universe. Specifically from the levels of depression., It is evident that 62.1% of the subjects studied have minimal depression, 14.9% have mild depression, another 14.9% have moderate depression and 8.1% have severe depression. As result, an intervention proposal was developed, according to the forementioned model.

**Keywords:** Adolescents, depression, cognitive behavioral therapy

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN .....	iii
DEDICATORIA .....	iv
AGRADECIMIENTO .....	v
RESUMEN .....	vi
ABSTRACT .....	vii
ÍNDICE DE CONTENIDOS .....	viii
INTRODUCCIÓN .....	1
CAPÍTULO I. ESTADO DEL ARTE Y LA PRÁCTICA.....	8
1.1. Depresión.....	8
1.2. Depresión en estudiantes de secundaria .....	10
1.3. Niveles de depresión .....	11
1.4. Signos y síntomas en los niveles de depresión .....	13
1.5. Intervención Cognitiva Conductual .....	18
CAPÍTULO II. DISEÑO METODOLÓGICO .....	29
2.1. Metodología de la investigación .....	29
2.2. Técnicas e instrumentos.....	30
2.3. Procedimiento metodológico .....	33
2.4. Propuesta de la investigación.....	33
CAPÍTULO III. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN .....	46
3.1. Datos sociodemográficos.....	46
3.2. Hallazgos estadísticos .....	48
3.3. Niveles de depresión .....	53
3.4. Incidencia de la depresión según el género.....	54
3.5. Prevalencia de la depresión según el grado de escolaridad .....	55
CONCLUSIONES.....	56
RECOMENDACIONES .....	57
BIBLIOGRAFÍA .....	58
ANEXOS .....	66

## INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud expone que la depresión representa una de las primeras enfermedades del siglo actual. Por lo cual, se estima que aproximadamente 280 millones de personas presentan dicho cuadro, esto expresa un incremento del 18% durante el lapso del 2005 al 2015. Situación que se agrava, ocasionado por la poca disponibilidad de apoyo hacia quienes padecen esta condición y adicionalmente, por el hecho de estar asociada a aspectos como el estigma, miedo y desvalorización, debido a encontrarse tipificada dentro de las afecciones de salud mental (OMS, 2021).

Se ha demostrado que las personas que desarrollan depresión tienen una probabilidad mayor de presentar comorbilidades con otras enfermedades de tipo orgánico no transmisibles sino más bien crónicas, como, por ejemplo, las enfermedades cardíacas, diabetes tipo II, sintomatología inmunosupresora, entre otras. También, vale la pena enunciar que en este tipo de personas hay una predisposición mayor al abuso de sustancias. La presencia en los sujetos deprimidos de otras enfermedades dificulta el pronóstico, la misma enfermedad agudizaría la sintomatología depresiva. Al respecto es importante mencionar que la depresión es considerada una de las principales causantes de discapacidades, y su diagnóstico contribuye de manera significativa a las estadísticas mundiales sobre enfermedad.

La depresión representa uno de los principales factores de riesgo para el suicidio, genera miles de víctimas anualmente, esto representa una de las alteraciones mentales de mayor frecuencia en toda la población mundial; sin embargo, los estudios demuestran que incide más en las mujeres que en los hombres (Ministerio de Salud del Ecuador, 2021).

La condición de estar deprimido genera etiquetas y estigmatizaciones en los adolescentes y estudiantes de la mayoría de los países, por ello, Musa, et al. (2020) investigaron la gravedad de esta condición en estudiantes de diferentes universidades

de Estados Unidos, Taiwán, Emiratos Árabes, Egipto y República Checa, debido a que en el ámbito estudiantil la depresión se ha relacionado previamente con una reducción en la calidad de vida, ideación suicida y bajo rendimiento académico.

De acuerdo a los resultados obtenidos por Musa, et al. (2020) los estudiantes emiratíes exhibieron una mayor prevalencia de depresión respecto a los estudiantes de los demás países incluidos en el estudio, Así, el comportamiento de la prevalencia de depresión en los otros países demostró que después de los emiratíes le siguen los estudiantes checos, estadounidenses y taiwaneses. También, hubo una diferencia entre estudiantes de diferentes países en términos de estigma personal, con estudiantes emiratíes que tenían opiniones personales más estigmatizadas que estudiantes checos, estadounidenses, egipcios y taiwaneses.

Los estudiantes, también, demostraron diferencias en términos del estigma personal. Los estudiantes egipcios exhibieron el estigma más percibido, seguidos por emiratíes, taiwaneses, estadounidenses, y estudiantes checos. Estos hallazgos sugieren un alto punto de prevalencia de la depresión entre los estudiantes universitarios y diferencias en la gravedad de la depresión, lo que tiene implicaciones para la prestación de atención de salud mental en esta población. En Ecuador, de acuerdo a las estimaciones de la Organización Panamericana de la Salud, la depresión se localiza en el décimo primer puesto de las enfermedades, con una prevalencia alrededor del 4.6%.

Por su parte, el Ministerio de Salud ecuatoriano, expresa que, entre los problemas de salud pública más relevantes, se encuentran los suicidios (Ministerio de Salud del Ecuador, 2021), a los cuales, subyacen cuadros depresivos de larga data. Entre el 2015 y 2018 las cifras excedieron los 13.024 casos, con una llamativa acentuación en niños y adolescentes. De igual forma, el INEC (2020) mostró que el rango de edad con mayor presencia de este evento fue entre 15 a 40 años, incrementó en un 322% con respecto al quinquenio anterior.

El Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) (2017) en el módulo de depresión, presentado en la encuesta de Condiciones de Vida, utilizó la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CESD) en personas de 15 a 64 años, identifica un porcentaje significativo de los encuestados que presentan este cuadro, por esto, se evidencia un total de 1.088 encuestados quienes manifestaron haber acudido a los servicios de salud con motivo de consulta la depresión. El mayor porcentaje, se localizó en el rango de edad entre 19 a 59 años, representa el 73,5% del total de casos, es mayor el grupo de edad desde 36 a 59 años con 775 casos con mayor prevalencia en las mujeres (64%) con respecto a los hombres. No obstante, la tasa de suicidio fue más elevada en los varones que en las mujeres (807 hombres versus 266 mujeres) (INEC, 2015).

### **Problema de Investigación**

La depresión es un trastorno complejo de etiología multicausal y heterogéneo con características psicopatológicas relacionadas con la personalidad en interacción con los factores genéticos y ambientales en el desarrollo de vida (Botto et al., 2014). La Organización mundial de la Salud (OMS, 2020) menciona que es un sufrimiento mental frecuente que se da en el mundo y, se identifica por causar tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. Es un problema que afecta a millones de personas debido a la incidencia y al nivel de depresión en el que se encuentre la persona, aspecto que impacta de manera perjudicial para su desarrollo biopsicosocial, ocasiona en algunos casos el suicidio si no realiza un tratamiento eficaz.

Por su parte, Beck y Alford (2011) menciona que la depresión han originado sufrimiento en la persona más que cualquier otra enfermedad, esta es la principal causa de incapacidad (Lóss, 2019). Asimismo, Beck (1995) indica que los pensamientos se originan de los esquemas cognitivos, quienes son encargados de estructurar la

información que proviene del medio exterior, este proceso lo realiza de forma automática que ayuda al procesamiento de información y, se producen errores en su interpretación, lo que origina a las denominadas distorsiones cognitivas (Álvarez et al., 2019).

Desde el enfoque cognitivo menciona que la depresión, se da por la interpretación del individuo errónea de los estímulos de su entorno, se basa en tres procesamientos: esquemas, pensamientos automáticos y distorsiones cognitivas (Bocanegra & Díaz, 2017). En estudios científicos muestran niveles de la depresión: leves permite identificar porque el paciente generalmente es capaz de contemplar sus pensamientos negativos con una cierta objetividad. La depresión moderada, se basa en que su pensamiento está cada vez más dominado por ideas negativas, aunque no exista conexión lógica entre las situaciones reales y sus interpretaciones negativas.

La depresión grave, se caracteriza por el pensamiento del paciente que llega a estar completamente dominado por los esquemas idiosincráticos: está totalmente absorbido en pensamientos negativos, repetitivos, perseverantes y encuentra extremadamente difícil concentrarse en estímulos externos o buscar solución de los problemas (Beck et al., 1979).

Las cifras del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC, 2017) describe que fueron atendidas 2.088 personas con enfermedades depresivas, de las cuales, 749 fueron hombres y 1.339 mujeres, este es el 64% de dicha población, llegaron al suicidio 807 hombre y 266 mujeres; por egresos hospitalarios, se encontraron 252 adolescentes en rangos de edad de 13 a 18 años de edad, datos que fueron revelados por centro de Salud del Ecuador.

En estudios realizados, se encontró un proyecto de investigación que relacionaba a la depresión y educación de adolescentes en la Unidad Educativa de Loja; se obtuvo como resultados que la mayoría de los participantes presentan depresión moderada

en un 48.12% seguida de una depresión leve de un 29.7%, depresión grave en un 12.41% y en menor escala ausencia de depresión en un 9.77% (Jadán, 2017).

Después de haber revisado datos estadísticos e investigaciones surge la importancia de plantear la propuesta de intervención desde la Terapia Cognitiva Conductual (TCC) que está conformado por un grupo de técnicas que reduce los niveles de depresión y ayuda al paciente a modificar sus pensamientos, sentimientos, conductas y respuestas fisiológicas por otras que estén en la capacidad de adaptación del adolescente(Escalera et al., 2020)

Beck, Rush, Shaw, & Emery (1979) afirma que la TCC es un procedimiento dinámico, directo, estructurado y de tiempo limitado, que se utiliza para tratar distintas patologías como: la depresión, ansiedad, fobias, problemas relacionados con el dolor entre otros.

Con la propuesta del plan de intervención de la TCC, se permite implementar técnicas como el registro de las cogniciones sobre los pensamientos, sentimientos y conductas de valoraciones subjetivas que el estudiante valora como objetiva de la realidad (Pesantes Merchan et al., 2019). Además, si la depresión no es diagnosticada y tratada en la adolescencia afecta su estado de salud mental con la inasistencia, problemas en el rendimiento académico, dificultades en las relaciones sociales con su grupo de pares, consumo de sustancias y repercute en la edad adulta, en cuanto afecta su estabilidad persona, laboral y social (Herskovic & Matamala, 2020).

Es importante realizar la investigación porque no se han encontrado datos estadísticos en Chimborazo sobre patologías depresivas en adolescentes que representa a una población vulnerable, este es un referente para futuros datos estadísticos de la Provincia. Por lo expuesto es imprescindible realizar la investigación en el establecimiento educativo debido a que los docentes que están relacionados la mayor parte del tiempo con los estudiantes de secundaria, refieren que observan cambios bruscos en la conducta, inestabilidad emocional, comportamientos sociales

inadecuados, mismos que se encuentran irritables, desmotivados, cansados, nerviosos, les da sueño en horas de clases, no prestan atención; esto da como consecuencia, que se sientan frustrados, incapaces de cumplir con el rendimiento académico; además, docentes se encuentran preocupados por falta de interés de los padres.

Por lo que este proyecto de investigación con la propuesta del plan de intervención ayuda a la institución y a los estudiantes a reducir o a eliminar los niveles de depresión para mejorar la calidad de vida del adolescente y de su entorno, al mismo tiempo prevenir suicidios en este tipo de población.

### **Objetivo General.**

- Desarrollar una propuesta de intervención Cognitivo Conductual para reducir los niveles de depresión en los estudiantes de secundaria.

### **Objetivos Específicos**

1. Revisar la bibliografía científica relacionado a la depresión y la intervención Cognitivo- Conductual de en estudiantes de secundaria.
2. Aplicar el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) para determinar los niveles de depresión en los estudiantes de secundaria.
3. Analizar los resultados obtenidos en la aplicación del Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) en los estudiantes de secundaria.
4. Plantear una propuesta de intervención Cognitivo Conductual para reducir los niveles de depresión en los estudiantes de secundaria.

### **Justificación**

El proyecto de investigación tuvo como objetivo desarrollar una propuesta de

intervención Cognitivo Conductual para reducir los niveles de depresión en estudiantes de secundaria. La adolescencia es una etapa de desarrollo que pasa por un proceso, surgen cambios importantes, existe la predisposición de trastornos emocionales como la depresión, lo que afecta el comportamiento en el ámbito educativo, familiar y social (Veytia et al., 2016).

Docentes asociadas al centro educativo están preocupados e indican que los estudiantes de colegiatura tienden a presentar problemas de conductas, falta de concentración y motivación, bajo rendimiento, deserción en el sistema educativo, además, de que sus familiares muestran poco interés. Para lograr dicho objetivo, se partió de una investigación con enfoque cuantitativo, diseño no experimental, alcance descriptivo y corte transversal. Uno de los modelos utilizados fue la teoría de Beck, que se basa en los esquemas cognitivos distorsionados, que en forma de sesgos induce a tener una visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro de la persona.

Para conocer los niveles de depresión, se aplicó el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI- II), que se usa en adolescentes de 13 años de edad (Farfán & Sánchez, 2019). Al tomar en cuenta el problema fue necesario realizar la investigación, para conocer y detectar a tiempo los niveles de depresión en los adolescentes y desarrollar un plan de intervención desde las técnicas Cognitivo Conductual para reducir los niveles de dicha patología. Se esperó mejorar la calidad de vida del adolescente y de su entorno, al mismo tiempo prevenir suicidios en este tipo de población.

## **CAPÍTULO I. ESTADO DEL ARTE Y LA PRÁCTICA**

### **1.1. Depresión**

De acuerdo con datos expuestos en la Organización Mundial de la Salud (2020), se dice que la depresión es una enfermedad o trastorno mental más concurrente de lo que parece, esto también, tiene que ver con los índices de discapacidad internacional, esto influye de manera negativa en los 350 millones de habitantes del mundo, con mayor prevalencia sobre la población femenina. Un individuo que tenga un diagnóstico de depresión experimenta sentimientos negativos como tristeza, pérdida del interés y un sentimiento generalizado de incapacidad de ser feliz, expresado como culpa o baja autoestima, de igual manera existen sintomatologías que influyen en la vida de las personas, entre estos, se encuentra la falta de sueño, cansancio constante, pérdida de apetito o distracción (Burca & Carrasco, 2015).

En el CIE-10 (OMS, 1994) se describe la depresión como una psicosis emocional reflejado en el estado de ánimo es muy deprimido, se verifica del mismo modo, dolor y miedo. Actualmente, la depresión es abordada como un problema de salud grave, se manifiesta con una intensidad prolongada, moderada o severa, de la cual, se derivan dolencias, suspensión de actividades laborales, educativas, sociales y familiares (OMS, 2020). A su vez, el CIE-10 (OMS, 1994) presenta una sección específica sobre el trastorno bipolar, trastornos relacionados y distinguiéndolo de la depresión. Alvarado (2021), aborda a la depresión como un complejo o grupo de síntomas y signos; depresión, pérdida de interés, irritabilidad, sentimiento de malestar e impotencia, síntomas cognitivos deprimidos, arbitrarios e incluso somáticos.

A lo largo del tiempo, se ha confirmado a través de la obtención de resultados que los programas de prevención de depresión reducen su incidencia en niños, lo cual, brinda protección y apoyo psicológico en casos donde la integridad de los niños son vulneradas (por ejemplo, abuso físico o sexual), los cuales, son detonantes del riesgo

de padecer depresión, de igual manera existen programas de prevención en adultos, donde se proporciona asistencia psicológica y social en eventos como desastres naturales o conflictos violentos (Eifert & Forsyth, 2014).

En la actualidad una de cada diez personas en Europa que acuden a recibir atención médica manifiestan síntomas de depresión, la cual, se revela como un trastorno que afecta a individuos de diferentes edades, razas, estatus sociales y culturas, de forma tal, que, a partir de las estadísticas globales, se infiere que afecta a casi el 20% de la población mundial en alguna etapa de su desarrollo (Soriano, Pérez, & Molero, 2019). El tratamiento de esta patología es farmacológico o psicológico, y su duración depende del grado de la enfermedad. Sin embargo, la depresión suele ser un trastorno recurrente, el 20% de los pacientes que la padecen no se curan por completo y el 76% presenta múltiples episodios en el transcurso de su vida (Rincón & Ramos, 2021).

Del mismo modo queda de manifiesto en la investigación que las personas con depresión tienen 30 veces más probabilidades de suicidarse estableciéndose que hasta un 15% de los pacientes con depresión intenta suicidarse. Después de los accidentes, atentar contra la integridad propia para acabar su vida, se ha convertido en la tercera razón de muerte en el rango de edad que va de los 15 hasta los 44 años. El mundo se convierte en el escenario de casi un millón de suicidios cada año, lo que significa que desaparece una vida cada 40 segundos (Escobar & Parra, 2015).

La desmoralización y desesperanza, se refieren a todas las cosas emocionales como la ira, la ansiedad, la fatiga y la falta de confianza. La deflación es decepcionante. Las expresiones emocionales de cólera, tristeza y desanimo incluye el autocontrol, la autocrítica y la autocrítica negativa. Las expresiones emocionales como el cólera, se definen como la ira hacia algo o alguien. La anhedonia se da a una falta de interés en la satisfacción o una pérdida de interés en algo. De acuerdo con lo anterior, se ve afectada la autoestima. Según la Academia Española, la baja autoestima es una falta de autoestima positiva (Patterson, 2020).

La depresión es un cuadro multicausal y complejo, por lo que su desarrollo no depende de un único factor, sino de la conjunción de varios, entre los que destacan, los estudios han demostrado que en muchos casos está relacionado con la deficiencia o el desequilibrio en varios neurotransmisores, incluida la serotonina y la norepinefrina. Fosha, Siegel y Solomon (2020), afirman que la teoría monoaminérgica de la depresión, se da al funcionamiento inadecuado de este sistema. Estudios recientes sugieren que la depresión, se asocia con hipersensibilidad a ciertos receptores adrenérgicos y/o serotoninérgicos, se reduce el número de neurotransmisores en el sistema nervioso central, específicamente en el hipotálamo e hipocampo, descritos debido a un mecanismo de retroalimentación.

Estos trastornos son más comunes en la población femenina, según la OMS (2020) se presume que es por el resultado de cambios hormonales en este sexo, aumento del estrés y una mala reacción al mismo, así como pensamientos negativos interpersonales y conscientes, así como otros factores individuales, como, por ejemplo, edad, género, nivel educativo.

## **1.2. Depresión en estudiantes de secundaria**

La depresión es conocida como uno de los trastornos mentales más comunes en la población escolar; según estudios recientes de Añasco y Morán (2017) en la Universidad Católica del Ecuador, reportaron una prevalencia de depresión del 31,2% en los adolescentes. A su vez, Velastegui (2021), realizó un estudio para estudiantes de la Universidad Técnica de Ambato, que encontró una prevalencia de depresión de 38,6%. Una encuesta realizada a la población de la Universidad de Cuenca de 2015 realizada por Burca y Carrasco (2015) encontró que el 36,27% de los estudiantes estaban deprimidos.

De acuerdo con Cordero y Pacheco (2010), evaluaron los niveles de depresión y ansiedad en jóvenes que cursan Medicina en la Universidad del Azuay y encontraron

que la prevalencia de depresión fue de 13,95%. Se evidencia que los estudiantes pasan la mayor parte de su tiempo inmersos en actividades educativas, por lo que los aciertos o fracasos en esta área facilitan (en gran medida) el concepto de competencia o incompetencia, lo cual, se traduce en la creación de un circuito de retroalimentación, de modo que se verifica una conexión entre la depresión y el rendimiento académico.

Sin embargo, la tasa de error es demasiado alta para asumir que el problema es únicamente del estudiante, por tanto, el nivel de depresión depende de la gravedad de la pérdida, fracaso, desacuerdo o la frustración que manifieste el sujeto. Las dificultades en relación con los docentes (gestión de la autoridad, estilo de enseñanza, dificultades de comunicación, evaluaciones desiguales, sobrecarga de temas, horarios, metodología docente y falta de métodos de aprendizaje de los estudiantes) conducen a la depresión (Karapetian, 2017).

Por otra parte, Escobar y Parra (2015), en el estudio “Depresión, desintegración familiar y su incidencia en el rendimiento escolar” determinan que el propósito de la investigación fue identificar las principales causas de depresión y ansiedad en los estudiantes de 2° año de la institución educativa y sus implicaciones para las actividades y comportamientos escolares, para ello, se llevaron a cabo encuestas, entrevistas y grupos destinatarios para recopilar puntos de vista y opiniones personales.

Además, se consultó a profesores y asistentes de nivel para conocer más sobre las realidades de los estudiantes y verificar la información brindada. Finalmente, se encontró que las principales causas de depresión identificadas en el estudio son la irresponsabilidad y el desentendimiento en los padres de familia, que generalmente se da al incumplimiento de responsabilidades parentales.

### **1.3. Niveles de depresión**

De acuerdo con el DSM- V (2013) y el CIE- 10 (1994), la depresión se divide en tres niveles como son el grave, moderado y leve, los cuales, tienen características psicóticas o no, especificado y recurrente. La diferencia en cuanto a los niveles comprende la manifestación en cantidad de síntomas, por ejemplo, si se presentan al menos dos síntomas, se le califica como leve, si se logran identificar tres síntomas, se considera moderado y al evidenciar cuatro o cinco síntomas de los abajo descritos sería grave.

A. Cinco de los síntomas abajo descritos, presentes durante al menos dos semanas consecutivas.

1. Bajo estado de ánimo cotidianamente, o irritabilidad.
2. Disminución significativa de la capacidad de placer o interés hacia todas las actividades o casi todas durante la mayor parte del día (de acuerdo a los datos subjetivos suministrados por la persona o a su observación).
3. Disminución del peso corporal, la cual, no tiene que ver con una dieta balanceada previa, en los últimos 30 días. Disminución o incremento del apetito en el transcurso del último mes. Durante la niñez, se contempla la dificultad para ganar peso, de acuerdo a la edad.
4. Manifestación de insomnio o hipersomnia diariamente.
5. Conducta de agitación o retraso motor diariamente (de acuerdo a la observación de los otros).
6. Sensación de pérdida de energía o fatiga diariamente.
7. Sentirse inútil, culpable excesivamente o inapropiadamente
8. Descenso en el raciocinio y la toma de elecciones diariamente.
9. Presencia de pensamientos relacionados con la muerte (más allá del miedo a morir), ideas acerca del suicidio de manera recurrente, aunque no se tenga un plan específico, conatos de suicidio o la elaboración de un plan para ejecutarlo.

B. La sintomatología ocasiona malestar, significativo desde el punto de vista clínico, genera deterioro laboral, social o en el funcionamiento de la persona.

C. La sintomatología no se asocia a una condición fisiológica producto de la ingesta

de sustancias u otra condición médica.

D. En caso de un cuadro de depresión mayor no es atribuible a un cuadro de esquizofrenia, delirios o psicótico.

E. No se ha presentado en toda la vida un episodio maniaco o hipomaniaco.

#### **1.4. Signos y síntomas en los niveles de depresión**

Junto con la sintomatología previamente expuesta, también, ocurren varios síntomas físicos sin causas orgánicas obvias. La depresión es un trastorno duradero o recurrente, lo que se traduce en que afecta significativamente la capacidad de un paciente diagnosticado para realizar actividades laborales y universitarias y, en su defecto, para hacer frente a la vida cotidiana. Dicho trastorno presenta sintomatología de mucha relevancia en el desarrollo del individuo, en su forma más grave, desemboca en suicidio (Armstrong, 2021).

Por otro lado, Kong (2020), define este trastorno como una afectación del estado anímico que, por ende, conduce a la tristeza, y una acentuada disminución de la energía e interés por las labores de la cotidianeidad de las personas, esto impide que exista un desarrollo holístico de los individuos que se sumerge en un pesimismo tangible que no se corresponde con la actitud normal del mismo. Estos cambios interrumpen la capacidad de interacción personal y provocan una marcada apatía hacia la sociedad, del mismo modo, se evidencia una marcada pérdida de interés laboral, lo cual, irremediablemente provoca la pérdida del empleo.

Los síntomas de la depresión regularmente son comunes para todas las personas sin llegar a ser exigencia que todos presenten exactamente la misma sintomatología, pues cada persona, se expresa de formas variadas ante las situaciones, sin embargo, las más comunes en la depresión grave son: Sentimientos constantes de tristeza, Irritabilidad, hostilidad, agresión, desesperanza, hipersensibilidad ante situaciones de fracaso o rechazo, baja autoestima, Amenazas o intentos de escapar del hogar,

sensaciones de ineptitud, a nivel físico, se observa frecuentes dolores de cabeza, estómago y/o fatiga), culpa, pierde interés actividades placenteras, se dificultan las relaciones afectivas, insomnio o hipersomnia, alteración en el apetito o en el peso, concentración y toma decisiones, tiene pensamientos de suicidio y anhelo de morir.

La depresión moderada presenta en su sintomatología: “Baja del estado de ánimo de forma importante, asociado a llanto fácil, agotamiento, molestias físicas, alteraciones del sueño, del apetito. Pensamientos de que “no vale nada”, “todo le sale mal”, aislamiento familiar o social... asociar ansiedad, nerviosismo” (IMSS, 2016, p. 3). En cuanto a la depresión leve solo exterioriza estado de ánimo disminuido como fatiga, alteraciones del sueño, del apetito, de la atención o concentración, sin embargo, estos signos no afectan a las actividades cotidianas de la persona.

### **Antecedentes investigativos de la depresión en estudiantes de secundaria**

La evidencia de estudios clínicos y en animales ha indicado que el aumento de los índices de interleucina-6 (IL-6), de citocina central o periférica cumple un rol fundamental en la respuesta al estrés y la sensación de tristeza profunda, especialmente los trastornos físicos que acompañan a la depresión. Se ha encontrado que el aumento de la liberación de IL-6 en MDD es un factor asociado con el pronóstico y la respuesta terapéutica de MDD, y afecta una amplia gama de sintomatología depresiva. Sin embargo, los resultados del estudio de los efectos genéticos de IL6 en el TDM son controvertidos. El aumento de la actividad de IL-6 causa depresión a través de la activación del eje hipotálamo-pituitario-suprarrenal o la influencia negativa en el metabolismo de neurotransmisores (Ting & Yang, 2020).

El importante papel de la neuroinflamación en la patogénesis del TDM ha creado una nueva perspectiva de que la combinación de IL-6 en sangre y otros niveles de citoquinas relacionados con la depresión ayuda a clasificar los subtipos biológicos de TDM, lo que permite a los médicos identificar el tratamiento óptimo para los pacientes

con MDD. Para modular la actividad de la IL-6 mediante agentes relacionados con la IL-6, los agentes antidepresivos actuales, la medicación a base de hierbas, los probióticos o las intervenciones no farmacológicas son muy prometedores para los pacientes con TDM con características inflamatorias (Ting & Yang, 2020).

En el contexto ecuatoriano de acuerdo a datos obtenidos mediante los resultados de encuesta de Condiciones de Vida (2017), se pudo obtener un mayor porcentaje de registro de casos en edades que oscilan desde los 19 hasta los 60 años, entre ellos, se presentan 775 casos para las personas de género femenino, se evidencia una prevalencia del 64% con respecto a los hombres. No obstante, la tasa de suicidio fue más alta en la población masculina que en la femenina (807 hombres versus 266 mujeres) (INEC, 2015).

Otros factores asociados a la depresión son el nivel socioeconómico bajo y la condición de desempleadas, grupos en los que se evidencian mayores probabilidades de sufrir depresión. La OMS (2018) afirma en su manual sobre el diagnóstico y el tratamiento de la depresión que: “El estado civil y el estrés crónico parecen estar asociados con un mayor riesgo de depresión, y los desastres tienen un impacto en la vida, el comienzo de la depresión y los trastornos de ansiedad” (p.10); junto con esto, se expresa que factores como el aislamiento, la falta de interacción social (así como problemas en relaciones interpersonales), contribuye a la depresión.

Al hacer un enfoque en las relaciones interpersonales, se establece que la cantidad y la calidad de la misma tiene el efecto de disminuir los efectos del estrés y otros problemas que afecten en el estilo de vida del individuo, se reducen así los efectos ante los mismos, incluido la depresión. Por otro lado, al tener un deterioro o disminución de relaciones interpersonales el riesgo de padecer depresión incrementa (Kong, 2020). De igual manera, se conoce que si una persona tiene antecedentes familiares con depresión el riesgo de padecerla es mayor (Ramírez, 2011).

## **Características y síntomas clínicos**

Originalmente la depresión solo se diagnosticaba en adultos, pero en los últimos años, se ha evidenciado que los jóvenes han experimentado algún tipo de depresión. El término “depresión adolescente” hace alusión a un trastorno que tiene características como cambios de humor acompañados de alteraciones en el comportamiento, se tienen consecuencias en el ámbito escolar, familiar y social (Lindström & Eriksson, 2011).

La depresión continua, mientras se entorpece el desarrollo de las actividades que se presentan en el día a día de los individuos, este fenómeno, se produce de diferentes formas, en diversos grados y con diferentes síntomas, los grados son leves, moderados y severos, la sintomatología cambia de acuerdo con la etapa en la que se encuentre el adolescente y están asociados con varios factores, como los genéticos y psicosociales. La depresión adolescente, se ha cuestionado seriamente durante mucho tiempo sobre la base de investigaciones que respaldan las teorías de que la depresión adolescente no existe. Alrededor de la década de 1940, sin embargo, algunos médicos refutaron estas teorías y comenzaron a sugerir que había depresión en los adolescentes (Fernández, 2019, p. 135).

La depresión adolescente está estrechamente relacionada con una serie de fenómenos que incluyen trastornos hereditarios, mentales, hogares inadecuados o una mala adaptación a la sociedad, elementos que, si no se tratan, afectan significativamente al adolescente, el cual, se manifiesta como inmaduro emocional y mentalmente, de forma tal que su reacción ante la enfermedad, se materializa en acciones distorsionadas en el ambiente en el que interactúan, de forma tal que desarrolla actitudes que afecten a su persona y su entorno.

En 1845, Griesinger había confirmado que incluso las formas melancólicas aparecían en la infancia con todas las características, aunque con menos frecuencia, por su parte,

Delasiauve para el año de 1852 enfatizaba en los estados depresivos y agitados en adolescentes (Fernández, 2019, p. 129).

Como fase de cambio y transformación, la adolescencia provoca inseguridad y ansiedad, situaciones que la mayoría de los jóvenes perciben, aunque es evidente que una minoría de ellos vive esta fase de forma equilibrada, principalmente por su educación, y otros factores, así como también, es importante destacar el entorno social y familiar y la herencia genética como elementos que posibilitan la reducción efectiva de los episodios de depresión (Fernández, 2019).

Las manifestaciones de depresión en los jóvenes están subordinadas a la influencia cultural, estado financiero, atención médica, actividades escolares y la estructura y funcionamiento familiar; de ahí que las manifestaciones de depresión, se clasifiquen como primarias o secundarias según el nivel de afectación” (Eifert & Forsyth, 2014, p. 87). I (Lindström & Eriksson, 2011).

La depresión continua, mientras se entorpece el desarrollo de las actividades que se presentan en el día a día de los individuos, este fenómeno se produce de diferentes formas, en diversos grados y con diferentes síntomas, los grados son leves, moderados y severos, la sintomatología cambia de acuerdo con la etapa en la que se encuentre el adolescente y están asociados con varios factores, como los genéticos y psicosociales. La depresión adolescente, se ha cuestionado seriamente durante mucho tiempo sobre la base de investigaciones que respaldan las teorías de que la depresión adolescente no existe. Alrededor de la década de 1940, sin embargo, algunos médicos refutaron estas teorías y comenzaron a sugerir que había depresión en los adolescentes (Fernández, 2019, p. 135).

La depresión adolescente está estrechamente relacionada con una serie de fenómenos que incluyen trastornos hereditarios, mentales, hogares inadecuados o una mala adaptación a la sociedad, elementos que, si no se tratan, afectan

significativamente al adolescente, el cual, se manifiesta como inmaduro emocional y mentalmente, de forma tal que su reacción ante la enfermedad, se materializa en acciones distorsionadas en el ambiente en el que interactúan, de forma tal que desarrolla actitudes que afecten a su persona y su entorno.

En 1845, Griesinger había confirmado que incluso las formas melancólicas aparecían en la infancia con todas las características, aunque con menos frecuencia. Por su parte Delasiauve para el año de 1852 enfatizaba en los estados depresivos y agitados en adolescentes (Fernández, 2019, p. 129).

Como fase de cambio y transformación, la adolescencia provoca inseguridad y ansiedad, situaciones que la mayoría de los jóvenes perciben, aunque es evidente que una minoría de ellos vive esta fase de forma equilibrada, principalmente por su educación, y otros factores, así como también, es importante destacar el entorno social y familiar y la herencia genética como elementos que posibilitan la reducción efectiva de los episodios de depresión (Fernández, 2019).

Las manifestaciones de depresión en los jóvenes están subordinadas a la influencia cultural, estado financiero, atención médica, actividades escolares y la estructura y funcionamiento familiar; de ahí que las manifestaciones de depresión, se clasifiquen como primarias o secundarias según el nivel de afectación” (Eifert & Forsyth, 2014, p. 87).

### **1.5. Intervención Cognitiva Conductual**

La intervención cognitiva conductual es una terapia de tipo frecuente, también, denominada como psicoterapia. En la que el apoyo, se da con un profesional de salud mental de manera estructurada, se asiste a sesiones limitadas en cantidad. Esta intervención ayuda a los pacientes a tomar conciencia de pensamientos indefinidos o perjudiciales para que visualicen todas las situaciones que requieran con mayor

claridad y a su vez respondan de manera más efectiva ante ellas.

Se considera como una herramienta muy eficaz, sin importar si se realiza de manera única o si se realiza en combinación con otro tipo de intervenciones terapéuticas, con la finalidad de tratar la depresión; esto ayuda a cualquier persona a aprender cómo manejar mejor las situaciones estresantes de la vida.

La terapia cognitivo conductual (TCC) consiste de un amplio conjunto de técnicas, terapias y procedimientos que aportan a la intervención psicológica, dichos elementos son utilizados para tratar varios problemas y alteraciones de origen psicológico, estos trastornos tienen un efecto directo en el individuo como parte de su desarrollo, en la propia interacción en diversos contextos y entornos, en los cuales, se presenta, pero también, esta terapia es aplicada para fomentar el progreso y ayudar al individuo a desarrollar sus potencialidades y habilidades (García, 2013).

### **Antecedentes investigativos**

Los planteamientos de representaciones que conforman la terapia cognitiva conductual descienden de la filosofía estoica que va del 350 antes de Cristo al 180 después de Cristo. Esta filosofía fue fundada por Zenón el griego y es considerada la ciencia indispensable para dirigir la vida, a través del ejercicio de la virtud. Esta última era el bien supremo, pues al practicarla llevaba a la felicidad a las personas que la practicaban. Para alcanzar esta meta era necesario que los estados emocionales extremos como las pasiones sean dominados a través del autodomínio. Estas consideraciones fueron proclamadas, también, en la ética romana de Marco Aurelio, Séneca y, también, Cicerón. Epicteto según algunos historiadores, fue quien se enfocó más en el desarrollo de ideas sobre la producción de las pasiones y posibilidad para dominarlas. “El conductismo fue el paradigma imperante, a principios del siglo XX hasta la década de los cuarenta, sobre todo en el campo de la psicología académica experimental y el psicoanálisis ejercía su fuerte influencia en la experiencia clínica.”

(Fernández-Arcia, 2020, p. 50)

La terapia cognitiva-conductual en primera ocasión fue propuesta por Ellis y consecutivamente, debido a una línea de elementos muy similares, se conoció la terapia de Beck. “Ambos representan las psicoterapias más extendidas y utilizadas hoy en día. Otras, aunque más actuales, se centran en temas más específicos y su aplicación es aún limitada.” (Céspedes-Vásquez, 2018, p. 13).

Por su parte Aaron Beck, denominó a su método de terapia como “Terapia Cognitiva” Es necesario destacar que existen diferentes modelos de terapia cognitiva y que las terapias cognitivas, no son solo “técnicas” sino que se considera ciencia aplicada, por lo que consta de un método casi definido que permite lograr los objetivos según el enfoque teórico de su partida. este modelo se centra, en distorsiones cognitivas y en pensamientos automáticos. Mientras que la Terapia Racional Emotiva Conductual de Albert Ellis, se enfoca en las creencias irracionales de las personas.

Aunque existen similitudes entre ambas, también, hay diferencias, por ejemplo: “La Terapia Cognitiva de Beck se basa en el empirismo colaborativo, en cambio Ellis, utiliza como principal herramienta terapéutica el diálogo o debate lógico”. (Smith-Rodríguez, 2017, p. 81)

La originalidad en el modelo de Aaron Beck, se encuentra en que él considera, al desorden de las distorsiones cognitivas, la causa primaria de las mismas, más no a las elaboraciones que son secundarias. De acuerdo a Beck, todas las formas de psicopatología y no solo a la más mitificada que es la esquizofrenia, presentan un desorden del pensamiento en algún grado. Estas distorsiones cognitivas, son provocadas por creencias irracionales o supuestos personales aprendidos en el pasado, que condicionan inconscientemente la percepción e interpretación del pasado, presente y el futuro.

La investigadora García (2013) destaca en su obra *La psicoterapia hoy desde un enfoque cognitivo-conductual* que las TCC, se observan como el conjunto de protocolos, en los que se logra una combinación efectiva de técnicas que aportan a la reestructuración del área cognitiva de los individuos, así como estrategias de entrenamiento en relajación, entre otras.

Dicha terapia posee una gran diversidad de enfoques y estrategias que han aportado a la creación de programas de tratamiento e intervención para problemas particulares, que se presentan como complicaciones clínicas. Al evidenciar el amplio progreso y evolución de la TCC y sus extensas posibilidades de intervención en diversas áreas, es importante señalar el margen de error que existe al tener una pluralidad de enfoques de aplicación, pues el empirismo existente en esta herramienta ha demostrado que la conducta es controlable, sin embargo, necesita un monitoreo constante (García, 2013).

### **Conceptualización de la psicoterapia cognitiva conductual.**

La TCC es considerada como el conjunto de procedimientos que están enfocados al pensamiento y al comportamiento, dicho instrumento abarca los avances aportados por varias corrientes que han sido englobadas en la psicología científica, se destacan la terapias cognitivo-conductuales como el cúmulo de conocimientos y protocolos derivados de la aplicación clínica, psicología cognitiva y conductista (Figueroa , 2002).

La TCC consiste en procedimientos que incluyen intervenciones en la conducta, dichos procedimientos implican intentos de reducir el comportamiento disfuncional y las emociones con la finalidad de modificar la conducta del individuo (Knapp y Beck, 2008).

En el abordaje de los adolescentes, se presenta como una procedimiento corto y estructurado en la que, el que se trabaja activamente con el terapeuta para lograr los objetivos de la terapia. Se basa en problemas actuales y sus soluciones. Esta es individual o grupal. También, se trabaja de manera interdisciplinaria.

Brewin (1989) sugiere que la modificación de la sintomatología ocurre después del inicio de un cambio cognitivo generado por una serie de procedimientos aplicados, incluida la experiencia de nuevos comportamientos, entre otros.

Como parte de la terapia cognitiva de Beck, se presenta protocolos de intervención que involucran psicoeducación progresiva y la experiencia sistemática de habilidad, actitudes, pensamiento, expresión, relacionamiento, evaluación y resolución de problemas (Eifert & Forsyth, 2014).

La terapia cognitiva de Beck estuvo más cerca de otros instrumentos, que se han desarrollado para tratar a pacientes con depresión sintomática, por lo tanto, los inicios de la misma, se han desarrollado en términos de expertos. Desde el abordaje Cognitivo Conductual, las terapias que se han utilizado con mucho éxito en el tratamiento de la depresión son la terapia de autocontrol y la terapia conductual dialéctica de *Leinen* (Figueroa , 2002).

### **Características de la psicoterapia cognitiva conductual**

Para trabajar con la depresión, el modelo de terapia cognitivo conductual pone en evidencia lo fundamental que es identificar qué comportamientos y factores afectan a los pensamientos del individuo, para animarlo a aprender más sobre cómo controlar sus sentimientos (Rosselló & Bernal, 2007).

Enfocado a la resolución de conductas disfuncionales, es importante señalar que las técnicas de autocontrol son básicas para el manejo de situaciones, esto engloba aspectos de pensamiento (cognitivos) que afectan directamente al comportamiento del individuo (conducta). Con la constante aplicación, se llega al desarrollo de técnicas de manejo de situaciones, las cuales, beneficia al entorno del individuo, las como en las relaciones interpersonales del mismo (García, 2010).

Con base a lo explicado, se determina que los pensamientos irracionales son producto de los trastornos que padece el individuo, por ende, al analizar los pensamientos luego de la conducta, se halla una solución al trabajar directamente en la distorsión que existe en el procesamiento de la información de los individuos que sufren algún tipo de depresión. A través del desarrollo de la terapia, se busca como objetivo la modificación del contenido del pensamiento y, por consiguiente, la conducta, en las primeras etapas del tratamiento, se aplican estrategias de la conducta que sean similares al contexto que tenía el paciente antes de padecer depresión, una vez obtenido esto, se aplican técnicas cognitivas que aporta a la organización del razonamiento del paciente, e identificar los pensamientos raíz de los pensamientos negativos (García , 2010).

Con relación a lo explicado al párrafo anterior, según García, (2013) define las técnicas conductuales, entre las cuales, se mencionan: asignación de tareas y actividades programadas, el entrenamiento asertivo; entre otras.

Desde una perspectiva puramente conductual al considerar los demás factores anteriormente mencionados, se afirma que la depresión consiste en que la persona deja de recibir refuerzos provenientes de su entorno, y es en esa falta de refuerzos donde se precipita un cuadro depresivo. Así, la activación conductual consiste en un proceso terapéutico que invita al paciente a efectuar comportamientos visibles que probablemente lo lleven a un entorno que los potencie y, por tanto, provoque una mejora correspondiente en los pensamientos, el estado de ánimo y, sobre todo, la calidad de vida.

Para comprender este procedimiento, es necesario abordar el tema de la relación entre el terapeuta y el paciente, para obtener óptimos resultados en la salud mental del paciente es necesario una relación colaborativa dinámica para que posteriormente, se establecen sentimientos de confianza que permitan indagar información que aporten en encontrar el estímulo raíz.

Por otra parte, el objetivo de la terapia cognitivo conductual es obtener un funcionamiento independiente del paciente y brindar las herramientas emocionales necesarias para fomentar en el individuo la toma de decisiones a través del cambio de conducta enfatizada en el aprendizaje. Para ello, se requiere de un preámbulo de detección de sintomatología para su posterior resolución, mientras se identifican sentimientos y pensamientos específicos que resultan ser disfuncionales para el individuo, una vez definido el objetivo por el terapeuta a través de la evaluación, se utiliza planes de tratamiento con fundamento empírico junto con la participación activa del paciente.

### **Técnicas utilizadas de la psicoterapia cognitiva conductual en la depresión**

La TCC constituye un modelo pragmático, en el cual, se desarrollan diferentes técnicas para el abordaje de los problemas identificados en las personas, entre las principales técnicas que se emplean bajo este modelo se encuentran:

Exposición: Regularmente se utiliza en casos de fobias, miedos, ansiedad y control de los impulsos. Consiste en guiar al paciente a confrontarse progresivamente con la situación o estímulos causante de su malestar, de manera que con cada actividad se disminuyen los pensamientos y sentimientos adversos que ocasiona, el evento o estímulo (Acevedo & Gélvez, 2018).

Desensibilización sistemática: Es un procedimiento parecido a la exposición, mediante, el cual, se define una jerarquización de estímulos que ocasionan ansiedad mientras el paciente se expone a los mismos. No obstante, en esta se entrena por adelantado a la persona para que emita respuestas adaptativas en vez de las ansiosas. De esta forma, se intenta disminuir los niveles de estrés. Mediante la incorporación de conductas que atenúen o eliminen las manifestaciones angustiantes (Antón, García, & García, 2016).

Flecha ascendente: Implica la posibilidad de que la persona cambie o transforme los esquemas mentales o de sus pensamientos; mediante métodos como la identificación de las categorías de distorsiones, se le proporcionan alternativas para conocer sus propios patrones de pensamiento y la influencia que estos presentan en la vida del paciente y revelar, junto con el paciente, alternativas cognitivas más adaptativas y funcionales (Soriano, Pérez, & Molero, 2019).

Modelado: Es una técnica, en la cual, la persona ejecuta individuo una conducta o interactúa en una situación con la intención de que la observe y genera una determinada forma de actuar para que sea capaz de imitarla. El objetivo es que el observador modifique su comportamiento y/o pensamiento y le proporcione herramientas para afrontar determinadas situaciones (Patterson, 2020).

Caparros, et al. (2018) realizó un estudio para analizar la posible relación entre las estrategias de terapia cognitiva conductual utilizadas en 120 estudiantes universitarios para afrontar una situación de depresión, de la que se derivaban síntomas somáticos con estrategias de combate (estado). Al mismo tiempo, los estudiantes mencionaron los diferentes tipos de trastornos y síntomas somáticos que experimentaron durante este período y en las próximas 2 semanas.

Los resultados obtenidos son consistentes con otros estudios que encontraron que las estrategias de afrontamiento (afrontamiento activo) están asociadas a un mejor bienestar físico. Por su parte la reestructuración cognitiva, se aborda como el proceso psicoterapéutico que conforma diversos protocolos de la terapia cognitiva, se basa en la identificación y cotejo de pensamientos irracionales denominados como distorsiones cognitivas entre las que destacan pensamientos de clivaje, magia, generalización excesiva, magnificación y razonamiento emocional, causales directas de variados trastornos de salud mental (Ellis, 2016).

Es importante tomar en cuenta que la TCC, se centra en el desafío del cambio de

distorsiones cognitivas improductivas que derivan en comportamiento inadecuados para la adaptación del individuo al medio circundante de ahí que, se enfoque en el mejoramiento sistemático de la regulación emocional de forma tal, que se logre el desarrollo específico de estrategias personales de enfrentamiento ante obstáculos y dificultades de la vida cotidiana (Wallaces, 2018).

La TCC inicialmente, se desarrolló con la finalidad de abordar de forma efectiva tratamientos dirigidos a afecciones mentales incluyéndose entre las mismas la ansiedad, estableciéndose como paradigma de este tipo de terapia la tesis conductista que a su vez plantea que la conducta humana es el resultado de un proceso de aprendizaje sistemático y una serie de comportamientos expuestos en el entorno en el que el individuo se desarrolla, mismo que se da de manera observable o encubierta; a todo esto, se determina que el comportamiento humano está influido por la sociedad, por lo tanto, este aprendizaje no es el resultado de un proceso de asociación entre la acción y la reacción, más bien, en las reglas o estructuras mentales (Patterson, 2020).

Por lo tanto, la terapia cognitivo-conductual, se revela como la terapia que, se enfoca en la problemática derivada del trastorno mental diagnosticado, se destaca la acción del terapeuta en la materialización de estrategias experiencias y expeditas que permitan al paciente confrontar de forma efectiva los síntomas del trastorno.

### **Investigaciones de la intervención cognitiva conductual**

En la etapa de la adolescencia, en la depresión en estudiantes de secundaria, se evidencia la madurez psicológica, es decir, el período, en el cual, se materializa la reorganización de la identidad, de forma tal que el comportamiento, se hace plenamente concordante con los hábitos, costumbres, tradiciones, identidad y cultura de la sociedad, en la cual, se desenvuelve el individuo, es importante del mismo modo destacar que en esta etapa el individuo es capaz de asumir sus primeras responsabilidades de forma consciente.

Una de los períodos de mayor relevancia que abarca la adolescencia es el de madurez social, el cual, se caracteriza por la posibilidad real, de que el adolescente rompa los vínculos de dependencia económica del núcleo familiar, dada la posibilidad de asumir responsabilidades laborales, que son potencializadas con el desarrollo sistemático de destrezas y habilidades para establecer relaciones interpersonales (Hernández, 2014).

Diferentes especialistas en el tema destacan que la adolescencia como etapa del desarrollo humano, se localiza entre las edades de 11 a 20 años, se dividen de igual forma este período en tres etapas dadas por la adolescencia temprana que transcurre desde los 11 a los 14 años, adolescencia media que se ubica entre los 15 a 18 años y la adolescencia tardía que transcurre desde los 18 años en adelante. El desarrollo de la etapa de la adolescencia está sujeto a cambios y transformaciones únicas de forma tal que es impreciso estandarizar la totalidad de cambios y transformaciones psicológicas y mentales que afectan al individuo, más aún, si se toma en cuenta la influencia del medio circundante sobre el individuo, de forma tal que no sea obviada la importancia de la sociedad, cultura, tradiciones e inclinaciones espirituales, a las que se encuentra expuesto el adolescente (Ellis, 2016).

El enfoque de la terapia cognitiva conductual, se centra en las problemáticas psicológicas y mentales que afectan al adolescente en los diferentes períodos que abarca esta etapa hasta la adultez; queda en evidencia que esta terapia, se dirige directamente a los elementos irracionales o distorsionados que afectan el desarrollo psicológico y mental integral del adolescente (Williams, 2021).

La finalidad de la terapia cognitiva conductual está dada por lograr la resolución efectiva de las limitantes psicológicas y mentales a partir de la transformación comportamental, cognitiva y emocional, de forma tal que, se garantice el desarrollo psicológico y mental integral del adolescente, con el objetivo que integre plenamente en la sociedad.

La materialización de la terapia cognitiva conductual en los adolescentes demanda de un conjunto de elementos a ser abordados que garanticen la capacidad de abarcar toda la información suficiente y necesaria para brindar una terapia que se ajuste plenamente a las necesidades y características del adolescente, entre estos elementos, se destacan las entrevistas, tanto al adolescente como al núcleo familiar, elementos del ámbito escolar y social, en el cual, interactúa el adolescente (Armstrong, 2021).

Es importante tomar en cuenta que el adolescente que acude a la terapia cognitiva conductual no lo hace por voluntad propia, sino que, en su lugar, se remite a este tipo de terapia por la acción de familiares, que a su vez han sido requeridos por instituciones educativas o de salud, que señalan la necesidad de este tipo de atención especializada dirigida a los adolescentes (Salk, Hyde, & Abramson, 2017).

La información antes mencionada, evidencia forma la importancia de la familia en el apoyo y continuidad de la terapia cognitiva conductual, de ahí que la terapia cognitiva conductual demande como requisito indispensable la participación activa de la familia, con el objetivo de que se verifiquen transformaciones positivas en la salud psicológica y mental del adolescente, en el medio que lo circunda.

## **CAPÍTULO II. DISEÑO METODOLÓGICO**

### **2.1. Metodología de la investigación**

#### **Paradigma de la investigación**

Es imprescindible hablar de paradigmas en el proceso investigativo en el que se busca contrastar la teoría recopilada mediante la revisión de la bibliografía, por lo tanto, (Miranda & Ortiz , 2021) confirman que este permite la comprobación de presupuestos, mediante la investigación, es decir, que inicialmente se plantea un problema para a través de este, darle respuesta.

De acuerdo con lo anterior, el paradigma abordado en la presente investigación, es el interpretativo, pues por medio de la recopilación de información, se pudo verificar el cumplimiento de los objetivos; esto se dio mediante el análisis de los resultados. Adicionalmente, se abordó el positivista, donde se permitió aportar información medible y cuantificable, de acuerdo con el baremo del Cuestionario Beck (BDI-II).

#### **Nivel de investigación**

El nivel de investigación fue de tipo descriptivo, se logró el análisis de las variables de investigación, esto se dio, también, mediante el cuestionario utilizado en la presente investigación, con miras a determinar los niveles de depresión en estudiantes. Ante esto, Sánchez, Reyes, & Mejía (2018) afirman que la este nivel investigativo “Implica realizar caracterizaciones globales y descripciones del contexto, de las propiedades, de las partes o del desarrollo de un fenómeno o acontecimiento” (p. 17).

La investigación desarrollada, se respalda en un enfoque cuantitativo, este se conoce como las actividades enfocadas en la recolección de información con la finalidad de demostrar la validez de la idea a defender, a partir de los datos cuantificables para

fundamentar teorías y paradigmas (Hernández, Fernández, & Baptista, 2016). De lo explicado, esta investigación se enfoca en recabar información referente a la relación que se establece entre la TCC y la depresión.

### **Tipo de investigación**

De acuerdo con Sánchez, Reyes, & Mejía (2018) la investigación no experimental, es pertinente si no se tiene en cuenta el ajuste de las variables de investigación para corresponder con los objetivos de la misma. Es decir, que en el presente estudio, no se manipuló a la población estudiada con el fin de conocer los niveles de depresión en estudiantes de bachillerato.

### **Idea a defender**

Existen diversos factores que indican en los niveles de depresión en estudiantes de secundaria, por tal motivo, fue indispensable aplicar el cuestionario preestablecido para conocer la prevalencia de esta en la población en estudio, esto implica la formulación de una propuesta de intervención que permita contrarrestar la tendencia a niveles altos, y evitar de esta manera los efectos adversos de la depresión.

## **2.2. Técnicas e instrumentos**

Es de destacar que la herramienta utilizada para la recopilación de datos usada en el presente estudio, es el inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II), elaborado por Beck, (2009), definido como un autoinforme que abarca 21 ítems de tipo Likert, en cada uno de los ítems, el evaluado elige entre las cuatro alternativas la gravedad que identifica, o en su defecto, la frase con la que se siente más identificado en relación a su estado de ánimo y el contexto de tiempo, una vez terminado el inventario, se procede a sumar la valoración de cada ítem para categorizar los resultados en un estándar que va del 0 hasta el 63. Estas pruebas se encuentran dentro de las más utilizadas para diagnosticar

y evaluar el nivel de depresión existente en la Unión Europea (Kong, 2020).

Según Beck et al. (2009) las cifras de fiabilidad se determinan a través de la elevada coherencia propia del BDI-II, esto en datos clínicos o que no presenten esta característica; al respecto se presentó alfa específico de 0,92. Adicionalmente, las investigaciones sobre la validez del instrumento, han mostrado una adecuada cohesión propia de participantes que se encuentran en el nivel universitario, como la población general, por lo tanto, no se determina que exista una diferencia entre sexos o grupos de edad en la puntuación total obtenida en el inventario.

De igual forma, se toma en cuenta que los ítems abordados en el inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) no están dados por una teoría específica del diagnóstico y tratamiento de la depresión, sino que en su lugar aborda los síntomas clínicos más frecuentes en este tipo de patología. Por otra parte, este instrumento de recolección de la información ha sido modificado de forma paulatina de forma tal que en la actualidad maneja criterios más abarcadores en el diagnóstico de los trastornos depresivos abordados por el DSM-IV (López, Valdés, & Francés, 2001).

Se establece de esta forma la validez de la aplicación del inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) en el diagnóstico clínico para lograr la evaluación efectiva de la depresión en personas mayores de edad y jóvenes de 13 años o más que han sido diagnosticados con algún problema psiquiátrico, dado el aumento de diagnósticos de trastornos depresivos en población de menor edad. Los aspectos que se evalúan en el Inventario de depresión de Beck, se limitan a describir características que son propias de un trastorno depresivo, las mismas que afectan al estado de ánimo del individuo. Dichos ítems consisten en sentimientos negativos como la tristeza, el no sentir placer, sentimientos de culpabilidad, pesimismo, fracaso, entre otros (Beck, Steer, & Brown, 2009).

A partir del procedimiento desarrollado en la interpretación de los resultados, los

cuales, han sido derivados de la aplicación del instrumento de recolección de la información, se procedió al análisis específico de la información estadística. Es importante destacar que los hallazgos ponen en evidencia los resultados esperados de los objetivos investigativos. Con los datos recolectados, se pasó la información codificada a través del programa estadístico SPSS, dicha información fue ilustrada en figuras de barras y presentada en tablas que muestran la frecuencia y el porcentaje, junto con ello, se procedió a realizar la relación de todas las variables que han sido utilizadas en la recolección de datos de la evaluación.

En la presentación de los hallazgos del estudio, luego de la información estadística, los resultados del estudio, se presentan en dos vías, primero se construye la interpretación de los resultados derivados del estudio al contrastarse con el marco teórico propuesto, aspecto fundamental para darle soporte científico a la investigación. La otra vía tiene que ver con el propósito fundamental de este estudio y tiene que ver con el diseño de la propuesta de intervención basada en los fundamentos de la TCC para el grupo poblacional de estudio, para ello se presentó la ficha técnica y el material de trabajo de cada una de las sesiones propuestas.

### **Población**

La población establecida para la presente investigación está dada por 161 estudiantes de secundaria que asisten a clases en la Unidad Educativa Particular “La Providencia” cuyas edades, se encuentran comprendidas entre los 13 a 18 años, en su mayoría de género masculino, cabe resaltar que no se tiene información acerca de los datos socioeconómicos de los participantes. Bajo el objetivo de aportar resultados determinantes e importantes, se procedió a trabajar con la totalidad de la población sin determinar una muestra representativa, si no al trabajar mediante censo poblacional.

Del total de estudiantes, se conoce que 87 son del género masculino y 74 son femenino, así mismo, se tiene un total de 42 estudiantes con 13 años, 55 entre 14 y

15 y 64 entre los 16 y 18 años de edad. Otro dato importante a tener en cuenta en la población participante en el estudio, es el grado en el que se encuentran en 8vo de básica (14 estudiantes), en 9no hay 30 estudiantes, 19 adolescentes en 10mo, 33 en primero de bachillerato, 23 en segundo de bachillerato y 42 en tercero de bachillerato, para un total de 161 estudiantes.

### **2.3. Procedimiento metodológico**

Para proceder a la investigación, se obtuvo la respectiva autorización de la autoridad de la Institución para dar paso a coordinar con la psicóloga encargada, donde se previó ciertos aspectos importantes como: la proporción de información del estudio a los representantes legales de los estudiantes, quienes a través del consentimiento y asentimiento informado autorizaron para la aplicación del Test. Cabe recalcar que, dentro de la institución, se ha presentado situaciones problemáticas por el consumo de alcohol, bajo rendimiento académico, deserción escolar y constantes discusiones y altercados entre estudiantes, docentes y la comunidad.

Por otra parte, se afirma que el consumo de drogas y alcohol, así como las manifestaciones de violencia y precoces actividades sexuales, afectan la conducta de los estudiantes de forma tal que no logran un nivel de compromiso y comprensión adecuado para realizar las actividades educativas propuestas, es frecuente el ausentismo, la deserción escolar, el bajo rendimiento, pérdida de año entre otros resultados derivados del ambiente escolar negativo existente.

### **2.4. Propuesta de la investigación**

#### **Intervención cognitiva conductual para reducir niveles de depresión en estudiantes de secundaria**

#### **Fundamentación conceptual**

La TCC ha presentado una vasta conceptualización teórica, en la cual, se sustenta su ejercicio experto, entre ellos destacan Mahoney y Arnkoff (1978 citado en Lega, et al., 2002) proponen 3 tipos de metodología terapéutica de la conducta:

- Métodos de reestructuración cognitiva: que asumen que los trastornos de las emociones son producto de pensamientos irracionales, de este modo, los procedimientos aplicados establecen modelos de pensamientos, que se adapten mejor al entorno.
- Terapia de afrontamiento: cuyo propósito es desarrollar procedimientos que generen habilidades que aporten al adolescente a lidiar con circunstancias estresantes;
- Las terapias de resolución de problemas: es un método que fusiona los dos tipos explicados anteriormente, en esta etapa, se requiere una colaboración entre el terapeuta y el paciente con el fin de identificar soluciones para diversos conflictos que existan en el desarrollo del adolescente.

Algunas estrategias de intervención conductuales de la depresión consisten en: según Beck (2009), el enfoque cognitivo-conductual aplica los últimos modelos a la teoría conductual de la depresión y la implicación de la misma, cuyo objetivo es aumentar el placer de las actividades que se realiza, reducir los eventos desagradables y aprender hábitos sociales e interpersonales en conjunto con la terapia cognitiva, incluida la reestructuración cognitiva y las consecuencias de la automatización negativa.

Por su parte, *Lewinshon*, et. al. (1980), se encargaron de elaborar un programa que consiste de 12 sesiones enfocadas en el ámbito conductual, el cual, tiene como objetivo cambiar la calidad de interacción, así como la calidad de las relaciones interpersonales de adolescentes que tengan diagnóstico de depresión, dicha evaluación, se realiza a través de estrategias cognitivas y conductuales, entre las cuales, está incluido el coaching, autocontrol, habilidad de toma de decisiones,

resolución de problemas, entre otras.

Dentro de las estrategias utilizadas en el programa de intervención de *Lewinshon, et. al.* (1980) se encuentran tres tipos:

- Intervenciones ambientales
- Entrenamiento en habilidades
- Habilidades cognitivas

Además, dentro de este programa de intervención, se incluye un registro diario de la información, se aplican sesiones de relajación para el adolescente, y se trata de incrementar las actividades que sean agradables para el paciente. Dentro de este programa de intervención existen tres etapas que han resultado ser determinantes para las personas que han sentido depresión: la aserción positiva, la aserción negativa y las capacidades de comunicación.

De acuerdo con lo anterior, la primera se basa en expresar sentimientos positivos hacia otras personas, como simpatía, aprobación, elogio y aprecio, y una disculpa adecuada. La segunda, permite a las personas hacer uso de la comunicación asertiva para hacer valer sus derechos y tomar acciones que estén acordes con su interés propio. La última, consiste en iniciar las conversaciones apropiadamente. Se prepara el comportamiento de los jóvenes deprimidos y se ofrece capacitación en sensibilización social.

Es por esto que *Lewinshon et al.* (1980) basa su metodología con un enfoque similar al procedimiento aplicado por McLean, quien se centró en la aplicación de terapia para habilidades sociales, dicha metodología señala que la depresión es consecuencia de la mala calidad sobre sus relaciones interpersonales. Dentro de este tratamiento de 12 sesiones, se capacitan a los jóvenes en mejorar las habilidades de interacción, para lo cual, se necesita que los adolescentes completen actividades diarias que van a beneficiar en el desarrollo de dichas habilidades que le van a ayudar a afrontar futuros

episodios depresivos, este proceso va a ser documentado en hojas específicas.

Otro programa para el tratamiento de los síntomas depresivos es la terapia de autocontrol de *Rehm* (1977). Dicho procedimiento consiste de seis a doce sesiones en donde los adolescentes llevan un diario donde ilustran de manera visual todos los episodios de actitud positiva. Seguido de esto, los adolescentes aprenden a través de la autoevaluación a especificar e identificar metas, esto a través de la asignación de puntajes a los objetivos, que se plantean lo que permite aprender a reconocer recompensas.

Existe otro tratamiento que está dirigido a reducir la sintomatología depresiva mediante la resolución de problemas. El modelo de resolución de problemas (*Nezu y Nezu, 1991*) para la depresión, se centra en establecer relaciones entre las circunstancias negativas de la vida y los problemas actuales.

Para el tratamiento de la depresión el método de resolución de problemas consiste en identificar circunstancias del pasado y presente que desembocan en un episodio depresivo; de igual manera aporta en minimizar el impacto negativo de las circunstancias en el presente y futuro, para aumentar la habilidad de resolver problemas.

Un procedimiento similar al que anteriormente se ha presentado, es el curso de Manejo de la Depresión (CAD), el cual, en ocho sesiones, aporta en la adquisición de nuevas habilidades para lidiar con los estímulos estresantes que desembocaron en depresión, después, a través del registro del comportamiento se beneficia con la autoevaluación, donde se fijan metas realistas que realizan cambios en el comportamiento.

Todas las sesiones de este procedimiento están estructuradas detalladamente y utilizan un libro de trabajo del participante y una guía del profesor que incluye formatos, ejercicios e instrucciones. Cada sesión incluye una conferencia, verificación de tareas,

discusión y juego de roles.

Existen CAD para adolescentes (CAD-A) con énfasis en el aprendizaje experimental y menos tarea, por lo que los adolescentes y sus padres reciben libros de trabajo que contienen tareas, formularios de inscripción, instrucciones y material de lectura. Intenta dominar las capacidades comunicativas y resolver situaciones de conflicto.

El CAD-A, se fundamenta en la enseñanza a los jóvenes, herramientas y estrategias de afrontamiento a los factores desencadenantes de pensamientos depresivos y para resolver de manera óptima los problemas de su cotidianidad y su entorno. El tratamiento está diseñado para ayudar a los adolescentes a superar la depresión y permitirles lidiar con casos futuros. Incluye 16 lecciones para grupos de hasta 10 jóvenes. Al mismo tiempo, hay un curso para padres.

Los adolescentes con depresión asumen que los representantes o padres de familia, son un ente fundamental para el desarrollo social de sí mismos, y que todas las problemáticas que no se resuelvan, contribuyen al desarrollo y la persistencia de los episodios depresivos (Armstrong, 2021).

### **Objetivo de la planificación**

Disminuir las manifestaciones depresivas graves en los estudiantes de secundaria, mediante la aplicación de la terapia cognitivo conductual.

Cuadro 1. 1Autoconocimiento y herramientas.

<b>SESIÓN 1</b>	
<b>Autoconocimiento y herramientas internas para el afrontamiento de la depresión grave</b>	
<p><b>Descripción de la actividad</b></p> <p><b>Fase inicial</b> Presentación de la técnica llamada: carta para los días de lluvia</p> <p><b>Desarrollo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se propone a los estudiantes que escriban una carta dirigida hacia ellos mismos.</li> <li>• En ella se incluyen sus fortalezas, cualidades y recursos que le ayuden en los días difíciles.</li> <li>• Se sugiere que la redacción sea en un papel especial, es decir, en una hoja de cuaderno o cartulina.</li> </ul> <p><b>Feedback</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cómo te fue en la identificación de tus cualidades internas?</li> </ul> <p><b>Fase de Cierre</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Para finalizar, se recomienda que esta carta la lleve consigo y que lo mantenga cerca, de este modo se lee en cuanto experimente un estado de ánimo negativo</li> </ul> <p><b>Evaluación</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Con la técnica que vimos el día de hoy ¿qué aprendizaje se lleva?</li> </ul>	
<p><b>Discusión</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Con la aplicación de esta técnica el estudiante comienza a hacer conciencia de sus fortalezas, cualidades y recursos internos que posee</li> <li>2. Si hay dificultades, se guía al estudiante para que reconozca sus cualidades</li> <li>3. Se llega a que mientras presente los signos y síntomas de depresión en el estudiante, este mediante la carta que se escribió a si mismo sea capaz de recordar sus herramientas internas para afrontar la depresión.</li> </ol>	
<p><b>Materiales</b> Lápiz Esfero Papel</p>	<p><b>Tiempo</b> 60minutos</p>

Fuente: Elaboración propia

Cuadro 22. Desensibilización sistémica.

<b>SESIÓN 2</b> <b>DESENSIBILIZACIÓN SISTÉMICA</b>	
<b>Descripción de la actividad</b>	
<b>Fase inicial</b>	
Presentación de la técnica ¿Para qué sirve?	
<b>Desarrollo</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se explica al grupo que la depresión se hace presente y viene cargada de pensamientos de autculpabilidad, lo que se pudo haber hecho y no se hizo, emociones negativas entre otras cosas.</li> <li>• Y que el cerebro se centra tanto en estos pensamientos y emociones que solo provocan que el sufrimiento empeore.</li> <li>• Se pide a los estudiantes que mencionen en cuanto presente un episodio depresivo que pensamientos y emociones tienen en ese momento</li> <li>• Después de haber escuchado lo que tuvo que decir cada uno, se les da un ejercicio a los estudiantes que fijen su atención en algún objeto de alrededor y le busque cinco utilidades imaginarias <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Por ejemplo, un libro sirve para ponerlo bajo la pata de una mesa y equilibrarla. Es factible intentarlo con otros objetos.</li> </ul> </li> <li>• Por último, se les explica que mientras se sientan invadidos por pensamientos y emociones negativas esta técnica focaliza la atención en algo externo.</li> </ul>	
<b>Feedback</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resumen de la técnica aplicada</li> </ul>	
<b>Fase de Cierre</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presentación de los estudiantes, sobre las cualidades de un objeto que ellos eligieron</li> <li>• Se consulta a cada estudiante sobre el compromiso individual de cada uno para aplicar esta técnica mientras se sientan invadidos por estos pensamientos y emociones negativas.</li> </ul>	
<b>Evaluación</b>	
Evaluar lo que se realizó en el taller con sus respectivas sugerencias	
<b>Discusión</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se habla sobre cosas puntuales sobre la depresión tales como, pensamientos intrusivos, pensamientos automáticos y las emociones negativas.</li> <li>• Se explica cómo esta técnica ayuda a la desviación del foco atencional de los pensamientos y emociones negativas hacia otras cosas. Se genera de este modo un hábito que permite distraer la atención en otras cosas que en los pensamientos negativos.</li> <li>• Se resuelven inquietudes que tengan los estudiantes.</li> </ul>	
<b>Materiales</b>	<b>Tiempo</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si no hay un espacio donde existan muchos objetos se lleva los objetos como:</li> <li>• Libros, cuadernos, celulares, marcadores, entre otros objetos que permitan la realización de la técnica.</li> </ul>	60 minutos.

Fuente: Elaboración propia

Cuadro 33. Pensamientos negativos.

<b>SESION 3</b>	
<b>IDENTIFICACIÓN DE PENSAMIENTOS NEGATIVOS</b>	
<b>Descripción de la actividad</b>	
<b>Fase inicial</b>	
Se presenta la técnica, la cual, se llama escribir mensajes negativos	
<b>Desarrollo</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se les menciona a los estudiantes que en muchas ocasiones lo que empeoraría la depresión son los pensamientos negativos e incluso acciones y palabras e insultos que reciben de los demás.</li> <li>• Por ello, se les propone a los estudiantes que piensen en algunas acciones o pensamientos negativos que han hecho los demás que los han herido a ellos, y que cada vez que lo recuerdan o lo experimentan empeora los episodios depresivos.</li> <li>• Finalizado el tiempo, se les pide a los estudiantes que se pongan de pie y que en el lugar que ellos se sientan más cómodos y donde no les moleste.</li> <li>• Una vez que esté en este lugar se les pide escribir un mensaje positivo dirigido hacia ellos mismos. Además, de colocar el nombre de una persona que consideren de confianza y que les ayude mientras los episodios depresivos aparezcan o empeoren. Este mensaje se escribe en un papelito, celular, etc.</li> </ul>	
<b>Fase de Cierre</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se le pide al estudiante que antes de leer el mensaje positivo que pusieron, rompan o quemen el papel donde esta los mensajes negativos.</li> <li>• Se les pide a los estudiantes que lean sus mensajes</li> <li>• Se hace una reflexión al estudiante que hay situaciones difíciles en donde es necesario disponer de alguien que los escuche y les apoye.</li> <li>• Finalmente, se le explica al estudiante que, si presentan pensamientos negativos, saquen los mensajes positivos y repite uno de ellos con su mano no dominante para cambiar el foco de atención. Aunado a esto se busca a la persona que colocó en el papelito para solicitar su ayuda (esta ayuda consistiría en ser escuchado, recibir un abrazo, etc.).</li> </ul>	
<b>Evaluación</b>	
Evaluar lo que se realizó en el taller con sus respectivas sugerencias	
<b>Materiales</b>	<b>Tiempo</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hoja</li> <li>• Papel</li> <li>• Lápiz</li> <li>• Borrador</li> <li>• Sesto de basura o encendedor</li> </ul>	60 minutos

Fuente: Elaboración propia

Cuadro 44. Debate de pensamientos.

<b>SESIÓN 4</b> <b>DEBATE DE PENSAMIENTOS Y REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA</b>	
<p><b>Descripción de la actividad</b></p> <p><b>Fase inicial</b> Se entrega una hoja para realizar la técnica (Ver Anexo 2)</p> <p><b>Desarrollo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se explica a los estudiantes que hay pensamientos distorsionados que muchas veces están enraizados y que generan dolor y sufrimiento.</li> <li>• Una vez realizado esta explicación, se les dice a los estudiantes que traigan a colación una distorsión de pensamiento (por ejemplo, soy muy rara(o), la gente me odia, etc.)</li> <li>• Posterior a ello se le pide que en la primera casilla explique qué tan importante es este pensamiento en su vida y atribuya su significado.</li> <li>• Luego se les explica que ponga aspectos favorables y desfavorables de este pensamiento</li> <li>• Posterior a ello, que expliquen que ventajas y desventajas existen de mantener esos pensamientos</li> <li>• Se les invita a pensar, si pudieran cambiar este pensamiento pongan las ventajas de hacerlo y desventajas de realizar este cambio.</li> <li>• Acto siguiente se escribe el grado de creencia que tengan con respecto a este pensamiento</li> <li>• Luego se explica cómo se sienten a medida que aplican la técnica</li> <li>• Por último, ponen que cambios desean realizar.</li> <li>• Técnica tomada de (Beríso &amp; Beríso)</li> </ul> <p><b>Fase de Cierre</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se les invita a los estudiantes a compartir lo que colocaron en las hojas</li> <li>• Mediante la escucha activa se orienta a los estudiantes que participaron.</li> </ul> <p><b>Evaluación</b> Evaluar lo que se realizó en el taller con sus respectivas sugerencias</p>	
<p><b>Materiales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lápiz</li> <li>• Esfero</li> <li>• Hoja de trabajo</li> </ul>	<p><b>Tiempo</b> 60 minutos</p>

Fuente: Elaboración propia

Cuadro 55. Relajación muscular.

<b>SESIÓN 5</b> <b>RELAJACIÓN MUSCULAR PROFUNDA</b>	
<p><b>Descripción de la actividad</b></p> <p><b>Fase inicial</b> Introducción a la relajación muscular</p> <p><b>Desarrollo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se les comenta a los estudiantes que se va a realizar una técnica de relajación muscular</li> <li>• Se pide a los estudiantes que se acuesten y, a continuación, se le dan las instrucciones</li> <li>• Se explica que el cuerpo humano tiene 16 grupos musculares y que se trabaja con cada uno de ellos</li> <li>• A continuación, se pone una música relajante</li> <li>• Se explica la técnica de respiración que consiste en inspirar lentamente de 3 a 4 segundos, mantener el aire durante 2 a 3 segundos y expirar el aire lentamente durante 4 a 5 segundos.</li> <li>• Se explica que esta respiración se mantiene durante la aplicación de la técnica y que se ejecuta hasta que ellos estén completamente relajados (Ibañez &amp; Manzanera, 2011).</li> </ul>	

- Acto seguido se empieza con los grupos musculares:
  - Grupo1: manos y antebrazos. Aprieta simultáneamente ambos puños. Nota la tensión en tus antebrazos y manos. Céntrate en esas sensaciones. Esto es tensión. Suelta las manos, libera la tensión, céntrate en las sensaciones que invaden tus antebrazos y cuán diferentes son respecto a la tensión (Ibañez & Manzanera, 2011).
  - 2.º Grupo: bíceps. Lleva las manos a los hombros y aprieta los bíceps contra los antebrazos. Localiza la tensión en los bíceps. Céntrate en ella. Nota la tensión. Suelta los bíceps, y deja que las manos vuelvan a la posición inicial. Nota la diferencia de sensaciones en tus bíceps (Ibañez & Manzanera, 2011).
  - 3.er Grupo: tríceps. Estira ambos brazos al frente de forma que se queden paralelos entre ellos y con respecto al suelo, tensa la parte posterior de los brazos, los tríceps. Nota los puntos de tensión. Fíjate en ellos. Suelta los tríceps, deja caer los brazos y analiza lo que notas. Nota la diferencia.
  - 4.º Grupo: hombros-trapecio. Eleva los hombros hacia arriba como si quisieras tocar las orejas. Mantén la tensión y nóta la en tus hombros y trapecios. Focaliza tu atención en lo que notas. Suelta los hombros, déjalos caer. Elimina la tensión. Presta atención a lo que notas (Ibañez & Manzanera, 2011).
  - 5.º grupo: cuello I. Inclina la cabeza hacia delante como si quisieras tocar con la barbilla el pecho. Hazlo lentamente. Nota tensión en la parte posterior del cuello. Nota la tensión. Vuelve lentamente a la posición de reposo. Céntrate en los cambios que notas en la parte posterior del cuello. Nota la distensión (Ibañez & Manzanera, 2011).
  - 6.º grupo: cuello II. Empuja, con la parte posterior de la cabeza y no con la nuca, el sofá. Nota la tensión en la parte frontal del cuello. Céntrate en ella y mantenla. Suelta lentamente, elimina la tensión y nota la diferencia (Ibañez & Manzanera, 2011).
  - 7.º grupo: frente. Sube las cejas hacia arriba hasta notar arrugas en la frente. Nota la tensión. Suelta tu frente y deja que las cejas reposen. Nota las sensaciones diferentes a la tensión que aparecen en tu frente (Ibañez & Manzanera, 2011).
  - 8.º grupo: ojos. Aprieta fuertemente los ojos hasta crear arrugas en los párpados. Nota la incomodidad y la tensión. Suelta los párpados y deja los ojos cerrados suavemente. Nota la diferencia. Lo que sientes ahora es diferente a la tensión (Ibañez & Manzanera, 2011).
  - 9.º grupo: labios y mejillas. Haz una sonrisa forzada sin que se vean los dientes. Localiza los puntos de tensión alrededor de tu boca. Céntrate en esa tensión. Suelta, elimina la sonrisa, y nota las sensaciones que aparecen (Ibañez & Manzanera, 2011).
  - 10.º grupo: pecho-espalda. Haz este ejercicio muy lentamente. Arquea el torso, de manera que tu pecho salga hacia delante y tus hombros y codos hacia la parte posterior. Mantén esta postura y nota la tensión en pecho y espalda. Vuelve muy lentamente a la posición original. Y deja que tu espalda se apoye completamente en el sofá. Nota la diferencia (Ibañez & Manzanera, 2011).
  - 12.º grupo: abdominales I. Mete la zona del estómago hacia adentro. Nota la tensión. Suelta y deja que los músculos vuelvan a su posición original. (Ibañez & Manzanera, 2011).
  - 13.º grupo: abdominales II. Saca la zona del estómago hacia fuera hasta notar tensión. Céntrate en la tensión. Suelta y observa los cambios que se producen. Discrimina las nuevas sensaciones (Ibañez & Manzanera, 2011).
  - 14.º grupo: muslos. Contrae ambos muslos simultáneamente. Nota las sensaciones de tensión que te producen. Suéltalos y analiza la diferencia (Ibañez & Manzanera, 2011).
  - 15.º grupo: gemelos. Apunta los pies hacia la cabeza y nota la tensión de tus gemelos. Suelta. Observa las diferentes sensaciones (Ibañez & Manzanera, 2011).
  - 16.º grupo: pies. Lleva tus pies hacia abajo e intenta formar una línea recta con tus piernas. Localiza la tensión en pies y gemelos. Suelta y sé consciente de las diferencias que notas (Ibañez & Manzanera, 2011).

**Fase de Cierre**

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se pregunta a los estudiantes cómo se sintieron antes, durante y después de aplicada la técnica</li> <li>• Se les explica que la relajación muscular ayuda a disminuir las emociones negativas y aumenta la sensación de tranquilidad y bienestar.</li> </ul> <p><b>Evaluación</b> Evaluar lo que se realizó en el taller con sus respectivas sugerencias</p>	
<p><b>Materiales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Colchonetas</li> <li>• Reproductor de música</li> </ul>	<p><b>Tiempo</b> 60 minutos</p>

Fuente: Elaboración propia

Cuadro 66. Registro cognitivo.

<b>SESIÓN 6</b> <b>REGISTROS CONGNITVOS: EXPERIENCIAS POSITIVAS</b>	
<p><b>Descripción de la actividad</b></p> <p><b>Fase inicial</b> Se explica a los estudiantes que durante el transcurso de la semana no todo pudo haber sido negativo. Por ello van a pensar en situaciones positivas que transcurrieron durante la semana.</p> <p><b>Desarrollo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Se les pide a los estudiantes que recuerden las experiencias positivas que ocurrieron durante la semana. Empieza por el lunes, martes y así sucesivamente hasta llegar al domingo</li> <li>○ Luego de ello se le pide al estudiante que responda las siguientes preguntas en cada día de la semana que haya logrado recordar que tuvo una experiencia positiva: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ ¿Fue consciente del evento agradable mientras este sucedía?</li> <li>○ Explique cómo se sentía su cuerpo durante esta experiencia</li> <li>○ ¿Qué emociones y pensamientos acompañaron al evento?</li> <li>○ ¿Qué pasó por su cabeza mientras escribía lo solicitado?</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Fase de Cierre</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Se explica que hay eventos agradables y que frecuentemente ocurre por lo cual es necesario tomarlos en cuenta, la depresión suele cegar estos aspectos positivos que ocurren en su vida. (Delgado, 2011)</li> </ul> <p><b>Evaluación</b> Evaluar lo que se realizó en el taller con sus respectivas sugerencias</p>	
<p><b>Discusión</b> Para los estudiantes que tengan dificultad en identificar algún suceso positivo se les orienta para identificarlo.</p>	
<p><b>Materiales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Papel</li> <li>• Lápiz</li> </ul>	<p><b>Tiempo</b> 60 minutos</p>

Fuente: Elaboración propia

Cuadro 77. Relaciones interpersonales.

<b>SESIÓN 7</b>	
<b>RELACIONES INTERPERSONALES</b>	
<b>Descripción de la actividad</b>	
<b>Fase inicial</b>	
<b>Desarrollo</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se invita a los estudiantes a que cojan una hoja y un lápiz pues realiza una investigación antropológica.</li> <li>• Se explica que esta consiste en consultar sobre las personas que le rodean y que están en ese momento con él o ella</li> <li>• Las preguntas son de tipo conversatorio: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ ¿Cuál es su nombre?</li> <li>○ ¿Cuáles son sus gustos y aficiones?</li> <li>○ Música favorita</li> <li>○ Cualquier otro aspecto que dese averiguar</li> </ul> </li> <li>• Posterior a ello, mientras tengan estos datos, presenta a uno de sus entrevistados, de manera que cada uno presente al otro, así hasta que ya no queden ninguno por ser presentado.</li> <li>• Posterior a ello, se les invita de nuevo ir investigar, pero esta vez a profundidad, esto mediante las siguientes preguntas: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ ¿Qué es lo que le hace sufrir?</li> <li>○ ¿Qué problemas tiene?</li> <li>○ ¿Hay alguna manera para ayudarlo?</li> </ul> </li> <li>• Se les invita a los estudiantes a reflexionar sobre lo que investigaron.</li> </ul>	
<b>Fase de Cierre</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se realiza una reflexión, en la que se explica que muchas veces la depresión suele hacer que las personas, se hallen tan absorbidas por su sufrimiento que muchas veces no notan a las personas que están a su alrededor (Beyebach &amp; Vega, 2010).</li> </ul>	
<b>Evaluación</b>	
Evaluar lo que se realizó en el taller con sus respectivas sugerencias	
<b>Materiales</b>	<b>Tiempo</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hoja</li> <li>• Lápiz o esfero</li> </ul>	60 minutos

Fuente: Elaboración propia

Cuadro 88. Pon en marcha lo aprendido.

<b>SESIÓN 8</b> <b>PON EN MARCHA TODO LO APRENDIDO</b>	
<b>Descripción de la actividad</b>	
<b>Fase inicial</b> Se les explica a los estudiantes que con todas las sesiones que se realizan, ha sido una preparación para despedirse de la depresión	
<b>Desarrollo</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se pide a los estudiantes que escriban una carta dirigida a la depresión</li> <li>• En la carta expresa a la depresión su agradecimiento por los servicios prestados y aclarar que ya no va a necesitarla más. También, sería útil que la carta explicara las cosas que ya no sucede más o que la persona deje de hacer a partir de ese momento</li> <li>• En la carta expresa a la depresión su agradecimiento por los servicios prestados y aclarar que ya no va a necesitarla más.</li> <li>• También, sería útil que la carta explicara las cosas que ya no sucede más o que la persona deja de hacer a partir de ese momento. Por ejemplo: si me siento triste hablaré con mis padres o amigos de confianza, buscaré ayuda profesional, etc.</li> <li>• A continuación, redacta otra carta y da la bienvenida a la persona que va a ser (por ejemplo, la «nueva Laura» o el «verdadero Carlos»), explica, también, qué es lo que ocurre o qué es diferente a partir de ahora. (Beyebach &amp; Vega, 2010)</li> </ul>	
<b>Fase de Cierre</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se pide a los estudiantes que lean sus cartas que escribieron</li> <li>• Se finaliza la sesión y se indica sobre la importancia de haber tomado la decisión de realizar el cambio.</li> </ul>	
<b>Evaluación</b> Evaluar lo que se realizó en el taller con sus respectivas sugerencias	
<b>Discusión</b> Esta actividad contiene un simbolismo, debido a que permite a la persona que ponga en acción sus ideas.	
<b>Materiales:</b> Papel y lápiz	<b>Tiempo:</b> 60 minutos

Fuente: Elaboración propia

### CAPÍTULO III. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

En el presente apartado, se detallan los hallazgos del estudio, en primer lugar, se pone en evidencia los resultados estadísticos obtenidos de la aplicación del instrumento seleccionado para la evaluación de la presencia de depresión, los síntomas asociados y los niveles según su grado de severidad. En segundo lugar, se hace la contrastación del marco teórico con los resultados obtenidos y, por último, tal y como se mencionó anteriormente, se presenta la propuesta de intervención diseñada para el tratamiento de los adolescentes con depresión.

#### 1.1. Datos sociodemográficos.

Tabla 19. Sexo

<b>Sexo</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Frecuencia</b>
Masculino	54,04%	87
Femenino	45,96%	74
Total	100%	161

Fuente: Cuestionario de Inventario para Depresión de Beck (BDI-II)

De acuerdo con lo que se observa en la tabla anterior, existe una predominancia de adolescentes encuestadas de género masculino; de un total 161 participantes, 87 adolescentes corresponden al género masculino, lo que se interpreta un 54,04% con respecto a la totalidad.

Tabla 210. Información demográfica.

Variable Demográfica	Porcentaje	Frecuencia	Media	Desviación
<b>Edad</b>				
13 años	26,09%	42	12,76	0,43
14-15	34,16%	55	14,67	0,47
16-18	39,75%	64	16,75	0,53
<b>Edad/femenino</b>				
13 años	13,66%	22	12,77	0,43
14-15	13,04%	21	14,57	0,51
16-18	19,25%	31	16,74	0,51
<b>Edad/masculino</b>				
13 años	12,42%	20	12,75	0,44
14-15	21,12%	34	14,74	0,45
16-18	20,50%	33	16,76	0,56
<b>NIVEL DE INSTRUCCIÓN</b>				
			<b>MUJERES</b>	<b>HOMBRES</b>
8vo. Básica	8,70%	14	4,35%	4,35%
9no. Básica	18,63%	30	8,70%	9,94%
10mo. Básica	11,80%	19	6,83%	4,97%
1ro. Bachillerato	20,50%	33	7,45%	13,04%
2do. Bachillerato	14,29%	23	6,83%	7,45%
3ro. Bachillerato	26,09%	42	11,80%	14,29%
Total	100%	161	45,96%	54,04%
Educación Básica	39,13%	63	19,88%	19,25%
Bachillerato	60,87%	98	26,09%	34,78%

Fuente: Cuestionario de Inventario para Depresión de Beck (BDI-II)

Con respecto a la edad, la mayoría de encuestados, corresponden al 46% de la totalidad (84 adolescentes) poseen edades de 13 y 17 años. Sin embargo, la media de edad que se ha evidenciado en los participantes es de 15 años. predomina el nivel educativo más alto, el 26,1% de encuestados (42 adolescentes) han respondido que han cursado el tercer nivel de bachillerato. Por el contrario, el nivel más bajo corresponde al octavo nivel de educación básica, con una totalidad de 8,7% (14 adolescentes).

Por ejemplo, sobre los determinantes estructurales, se ha encontrado que aspectos económicos como la distribución de los ingresos, la inversión y calidad de la educación

y el sistema de salud son ejemplos de los determinantes sociales que más se han asociado a los diferenciales en los procesos de salud enfermedad de los grupos poblacionales. Se dice entonces que la distribución de la enfermedad, se da entre otras cosas, por diversos factores individuales, familiares y sociales (Bronfenbrenner, 1986).

También, se ha analizado la relación entre depresión y ocupación en los adolescentes, al analizar la información al respecto, se encontró que los adolescentes que solo estudiaban presentaron una prevalencia de TA fue del 5.5%, este incrementó mientras, se analizaron los datos en quienes estudiaban y trabajaban, en total son el 10.1%, aumenta un poco más entre los adolescentes que solo trabajaban para alcanzar una cifra de 11.3% y aún más elevada entre quienes ni estudiaban ni trabajaban por lo que llegó a ser la prevalencia de 13.3%. (Benjet, Borges, Medina, Aguilar, & Zambrano, 2009).

## **1.2. Hallazgos estadísticos**

Como se ha mencionado hasta el momento, el inventario para Depresión de Beck (BDI-II) evalúa 21 aspectos para determinar los niveles de depresión en poblaciones con edades a partir de los 13 años, en el presente caso, se aplicó en estudiantes de secundaria, entre 13 y 18 años de edad, los datos se presentan en la siguiente tabla.

Tabla 311. Síntomas de la depresión de acuerdo al Cuestionario del Inventario para la Depresión de Beck (BDI-II) para cada ítem valorado.

VARIABLE	MINIMA		LEVE		MODERADA		GRAVE	
	0		1		2		3	
	%	F	%	F	%	F	%	F
Tristeza	73,91%	119	22,36%	36	1,24%	2	2,48%	4
Pesimismo	67,70%	109	23,60%	38	4,97%	8	3,73%	6
Fracaso	67,08%	108	14,29%	23	14,91%	24	3,73%	6
Pérdida de placer	49,07%	79	37,27%	60	9,32%	15	4,35%	7
Sentimientos de culpa	46,58%	75	49,69%	80	2,48%	4	1,24%	2
Sentimientos de castigo	66,46%	107	27,95%	45	3,11%	5	2,48%	4
Disconformidad con uno mismo	58,39%	94	21,74%	35	13,04%	21	6,83%	11
Autocrítica	56,52%	91	22,98%	37	16,77%	27	3,73%	6
Pensamientos o deseos suicidas	83,85%	135	13,66%	22	0,62%	1	1,86%	3
Llanto	60,25%	97	11,80%	19	16,77%	27	11,18%	18
Agitación	60,87%	98	32,92%	53	4,97%	8	1,24%	2
Pérdida de interés	48,45%	78	32,30%	52	9,94%	16	9,32%	15
Indecisión	49,69%	80	32,30%	52	10,56%	17	7,45%	12
Desvalorización	70,81%	114	14,91%	24	12,42%	20	1,86%	3
Pérdida de energía	44,72%	72	44,10%	71	8,70%	14	2,48%	4
Cambios en los hábitos de sueño	31,06%	50	45,34%	73	17,39%	28	6,21%	10
Irritabilidad	65,84%	106	23,60%	38	8,70%	14	1,86%	3
Cambios en el apetito	40,99%	66	36,02%	58	18,01%	29	4,97%	8
Dificultad en la concentración	40,99%	66	42,24%	68	16,77%	27	0,00%	0
Cansancio o fatiga	57,76%	93	32,30%	52	8,07%	13	1,86%	3
Pérdida de interés en el sexo	88,20%	142	4,97%	8	3,73%	6	3,11%	5

Fuente: Cuestionario de Inventario para Depresión de Beck (BDI-II)

Dentro de las 21 variables mencionadas, se inicia con la tristeza, en donde se evidencia una mayor tendencia (73,9%) a no sentirse de esta manera, sin embargo, entre leve y grave, se encuentran al menos un 24.84% de estudiantes, hecho que implica la necesidad de atención para determinar el factor que provoca este tipo de sentimiento.

En lo que respecta al pesimismo, se evidencia la misma tendencia a las características mínima y leve, sin embargo, existe una prevalencia de al menos 14 estudiantes, en los niveles moderado y grave. Esta tendencia es determinante por cuanto es un factor detonante de la depresión en la población estudiada.

Por otra parte, en el Fracaso se evidencia un aspecto variante, pues existe al menos un 14.9% de estudiantes que aduce presentar un riesgo moderado, y 3.7% grave; al llegar esto a casi un 20% de los estudiantes, es un aspecto que analiza en la Unidad Educativa, esto es consecuencia de las labores académicas asignadas a los mismos.

La pérdida de placer es una variable que presenta una relevancia en los estudiantes de más del 50%, en niveles leve, moderado y grave, sin embargo, con respecto a las características analizadas en párrafos anteriores, en esta, existe mayor tendencia a niveles graves (4.35%), en este sentido, existe una percepción más marcada sobre la tendencia leve.

Los niveles que predominaron en cuanto a los sentimientos de culpa, se encuentran entre leve (49.69%) y moderada (2.48%), por lo que no se desestima la intención de abordar mediante la propuesta de intervención para disminuir los efectos adversos de la depresión. Otro aspecto importante, es el sentimiento de castigo, es decir, momento en los que el estudiante considera que reciben amonestaciones, en este sentido, se evidencian al menos 9 estudiantes con niveles moderado y grave, por lo que es indispensable prestar atención a la representación de autoridad de los padres y docentes.

Con respecto a la disconformidad con uno mismo, se determina que al menos un 19.87% de los estudiantes, presenta niveles moderado y grave, en comparación con las otras variables, esta tiene mayor tendencia a los índices de relevancia, por lo que también, es un aspecto fundamental para la propuesta. En la autocrítica, se encuentra casi un 45% de estudiantes que presentan niveles leve, moderado y grave, con respecto a los que demuestran niveles mínimos, si se tiene en cuenta que el estado normal sería la gran mayoría en este último nivel, la prevalencia es alta a necesidad de estrategias de intervención.

Al consultar a los investigados si han mantenido o presentado pensamientos de

suicidio, el al menos el 13.7% lo ha sentido en algún momento de su vida, si bien no se presentan niveles altos, es necesario implementar estrategias que disminuyan tal hecho. Uno de los síntomas que quizás se presenta con mayor frecuencia en los síntomas asociados a la depresión, es el llanto; al indagar en los estudiantes sobre esto, casi el 40% menciona que si lo ha hecho en los últimos días. Así mismo, también, se evidencia un número significativo de estudiantes que se han sentido agitados en algún momento, dentro de los días anteriores a la aplicación del instrumento.

La pérdida de interés es una variable que, de acuerdo con los resultados evidenciados en el presente estudio, tiene una prevalencia importante, pues existen al menos 30 estudiantes que aducen haber sentido falta de interés por las cosas de la vida cotidiana. En cuanto a la indecisión, presenta un 51% de estudiantes que afirma presentarla, esto comparado con otras variables, existe una prevalencia en los tres niveles del 1% sobre la mínima, lo que quiere decir que más de la mitad de los estudiantes se siente identificado con este sentimiento.

Una variable fundamental para conocer si un estudiante tiene riesgo de presentar depresión, es el valor que considera de sí mismo, ante esto, se presentó en al menos 47 estudiantes, y a pesar de que la mayoría, se encuentran en los niveles leve y moderado, la cantidad de estudiantes es importante, por lo que sí existe un riesgo de presentar depresión. El 40% de los 161 individuos participantes del estudio, confirmaron tener un nivel leve de pérdida de energía para realizar las labores cotidianas, es decir, que, se sienten agotados en gran parte de su tiempo, otros 18 estudiantes se encuentran en niveles más altos, por lo que se toma en cuenta la incidencia de esta variable.

Al menos un 23.60% presenta cambios en los hábitos del sueño con mayor frecuencia, lo que quiere decir que sus actividades académicas, familiares o de ocio ha consumido gran parte de su tiempo de manera tal que mantienen estándares adecuados de rutina de descanso, hecho que es de gran importancia para la necesidad de disminuir los

síntomas que producen la depresión.

Los estudiantes que participaron en la investigación presentan irritabilidad en niveles leve con una tendencia del 23.6%, moderado en 8.7% y grave con 1.9%, es decir, que cerca del 35% de los estudiantes, confirma sentirse irritado en más de una ocasión. El cambio de apetito presenta prevalencias similares pues el 36% menciona haber perdido levemente las ganas de comer, 18% de manera moderada y un 5% aduce tener cambios en la ingesta de alimentos.

La falta de concentración en los estudiantes de secundaria que hicieron parte del estudio, presenta niveles determinantes pues al igual que la indecisión, es mayor la cantidad de aquellos que presentan niveles intermedios o alto, con respecto a los que no presentaron, es decir, que casi un 60% confirma estar desconcentrados en algún momento o gran parte de su tiempo. Por otra parte, el 42% de los mismos evidencia fatiga en su vida cotidiana, esto a pesar de que existe una tendencia hacia el nivel leve, es indispensable tomarlo en cuenta para la propuesta de intervención cognitiva conductual.

Finalmente, en cuanto la pérdida en el deseo sexual, se toma en consideración que la edad de los estudiantes encuestados es donde más se presenta la exploración en este ámbito, se demuestra que solo un 12% demuestra no estar muy interesado, por lo que se confirma que si es un motivo de atención por parte de los adolescentes.

Los resultados obtenidos con respecto al objetivo de aplicar el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) para conocer los índices de depresión en los estudiantes de secundaria, se presentan en la tabla abajo dispuesta.

Estos resultados son coincidentes con los hallazgos obtenidos por Hernández (2018) quien estudio la relación entre la depresión en adolescentes de un colegio de Quito y su relación con la violencia familiar. En la muestra estudiada, se obtuvo como resultado

un 88% de jóvenes que presentan síntomas de depresión, en donde se evidencia este síndrome en dicha población, tal como se obtuvo en este estudio, a pesar de las diferencias porcentuales.

En primera instancia, se hace mención a la alteración de ánimo y del afecto en las personas, que se ligan con cambios o problemas en otras dimensiones del sujeto, de tipo orgánico a partir de la presencia de enfermedades comorbibles, la presencia de síntomas somáticos, afectaciones en el apetito y el sueño, signos de fatiga, además, de las dificultades cognitivas, la culpa excesiva e ideación suicida o suicidio consumado (Gonzales, Hermosillo de la Torre, Vacio Muro, Peralta, & Wagner, 2015).

### 1.3. Niveles de depresión

Tabla 412. Resultados generales de los niveles de depresión de acuerdo al Cuestionario del Inventario para Depresión de Beck (BDI-II) Niveles de depresión.

Niveles de depresión	Frecuencia	Porcentaje
Mínima depresión	100	62,1%
Depresión leve	24	14,9%
Depresión moderada	24	14,9%
Depresión grave	13	8,1%
Total	161	100,0%

Fuente: Elaboración propia

Una vez aplicada la encuesta, se ha determinado que la frecuencia predominante tiene un porcentaje de 62,11% (100 personas), que se concluye tras la suma de las respuestas en el instrumento aplicados que tiene niveles mínimos de depresión, un 14,91% de participantes (24 personas) muestran niveles de depresión leve y se observa la misma cantidad porcentual en niveles de depresión moderada. Por otra parte, existe un porcentaje de 8,07% (13 personas), en quienes se evidencia un nivel de depresión grave, la cual, es recomendable derivar directamente hacia un profesional en salud mental.

También, se encontró que la probabilidad de tener un siguiente cuadro depresivo en algún momento de la vida es un 1.8 veces más probable si el primer episodio, se

presentó en la niñez y adolescencia y, por último, un hallazgo representativo es que las personas con un cuadro depresivo en edades tempranas tienen el doble de episodios a lo largo de su vida en comparación con quienes el inicio de la enfermedad, se dio en la adultez, con una diferencia de 6.8 episodios Vs 3.1 respectivamente. (Gonzales, Hermsillo de la Torre, Vacío Muro, Peralta, & Wagner, 2015).

#### 1.4. Incidencia de la depresión según el género.

Tabla 513. Incidencia de la depresión según el género.

	<b>Femenino</b>	<b>Masculino</b>	<b>Total</b>
Depresión grave	11 14,9%	2 2,3%	13 5,0%
Depresión leve	14 18,9%	10 11,5%	24 9,2%
Depresión moderada	14 18,9%	10 11,5%	24 9,2%
Mínima depresión	35 47,3%	65 74,7%	100 38,2%
Total	74 100,0%	87 100,0%	161 100,0%

Fuente: Elaboración propia

Si se tiene en cuenta la importancia para la identificación de los niveles de depresión en estudiantes de secundaria, se realizó el cruce de variables que permite identificar que, en el nivel grave, se encuentra una prevalencia sobre las mujeres en cuanto existe un 14.9% de participantes femeninas. A pesar de lo anterior, existe mayor prevalencia sobre los niveles de depresión moderada y leve (18.9% en los dos casos) en las mujeres, frente a un 11.5% en los mismos niveles.

De hecho, en cuanto al género, en hombres y mujeres participantes en el estudio, el 38.2% presenta niveles de depresión bajos, sin embargo, es importante tomar en cuenta que los niveles moderados y leves tienen una relación estadística importante, por cuanto tienen alta representación en porcentaje, de acuerdo con lo observado en la tabla anterior. Sólo dos estudiantes masculinos presentan niveles graves de depresión.

### 1.5. Prevalencia de la depresión según el grado de escolaridad

Tabla 614. Prevalencia de la depresión según el grado de escolaridad.

	1ro Bach.	2do Bach.	3ro Bach.	8vo	9no	10mo	Total
Depresión grave	2 6,1%	2 8,7%	7 16,7%	0 0,0%	1 3,3%	1 5,3%	13 5,0%
Depresión leve	3 9,1%	6 26,1%	8 19,0%	2 14,3%	2 6,7%	3 15,8%	24 9,2%
Depresión moderada	8 24,2%	3 13,0%	4 9,5%	2 14,3%	4 13,3%	3 15,8%	24 9,2%
Mínima depresión	20 60,6%	12 52,2%	23 54,8%	10 71,4%	23 76,7%	12 63,2%	100 38,2%
Total	33 100,0%	23 100,0%	42 100,0%	14 100,0%	30 100,0%	19 100,0%	262 100,0%

Fuente: Elaboración propia

Es importante realizar este tipo de análisis para la investigación, se evidencia que, en los cursos con mayor prevalencia de niveles de depresión grave, se encuentra 3ro de bachillerato (16.7%), esto demuestra una diferencia significativa de más del doble de puntos porcentuales sobre los estudiantes de 1ero y 2do de bachillerato. Adicionalmente, de la tabla anterior, también se deduce que los grados en los que se evidencian niveles más altos de depresión, son 1ero, 2do y 3ero de bachillerato, con mayor prevalencia sobre este último; mientras que en 8vo grado es donde hay niveles más bajos.

## CONCLUSIONES

- La revisión de la bibliografía científica relacionado a la depresión y la intervención Cognitivo- Conductual en estudiantes de secundaria, se menciona que existe suficiente sustento documental, científico, en el cual, se ha relacionado a la depresión y la intervención Cognitivo- Conductual en estudiantes de secundaria. Es así como la guía de Experiencias Clínicas presentada por el Ministerio de Salud de Ecuador, recomienda esta modalidad de intervención como tratamiento de primera línea.
- La aplicación del Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) para determinar los niveles de depresión en los estudiantes de secundaria, mostraron un mayor porcentaje de estudiantes con niveles de depresión mínima, seguidos de quienes la manifestaron en niveles leves, luego los moderados y en menor proporción la calificada como grave.
- El análisis de los resultados obtenidos en la aplicación del Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) en los estudiantes de secundaria, se evidenció que las dimensiones, en las cuales, se manifestó niveles severos fueron el llanto y la pérdida de interés. Mientras que en el nivel moderado se observó; la percepción de fracaso, la disconformidad consigo mismos con mayor prevalencia.
- El planteamiento de la propuesta de intervención Cognitivo Conductual para reducir los niveles de depresión en los estudiantes de secundaria, se ha diseñado para el nivel de depresión más grave, debido a que existe altos riesgos contra la integridad física y mental del adolescente.

## RECOMENDACIONES

- Presentar los resultados de la investigación a los padres, representantes y docentes de todos los niveles de la Unidad Educativa para concientizar sobre la presencia y severidad de los casos.
- Valorar de manera más exhaustiva y de forma individualizada los casos que arrojaron en el inventario de Depresión de Beck (BDI-II) con depresión grave.
- Implementar la propuesta desarrollada en la presente investigación, con el fin de disminuir los síntomas.
- Recomendar a la profesional de salud mental de la institución educativa, a diseñar actividades encaminadas a abordar las dimensiones, en las cuales, los estudiantes mostraron niveles de depresión leve y moderada como un proceso continuo a lo largo del año escolar.
- Sugerir a la psicóloga encargada de la Unidad Educativa Particular la Providencia abordar a los estudiantes, que se encuentran con niveles de depresión

## BIBLIOGRAFÍA

- Acevedo, M., & Gélvez, L. (2018,). Estrategias de intervención cognitivo conductual en un caso de depresión persistente. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*(55), 146-158. Obtenido de [https:// dialnet. unirioja. es/ servlet/ articulo? codigo=7795882](https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7795882)
- Alcalde, S. (2016). La depresión en los adolescentes se identifica con tres preguntas, muestra un estudio. *BMJ. Edición de investigación Clínica*, 30(121), 39-48. doi:10.1136/bmj.i547
- Alvarado, J. (2021). *Saliendo de la Cueva Llamada Depresión* . San Juan : Independently published .
- Antón, V., García, P., & García, J. (2016). Intervención cognitivo-conductual en un caso de depresión en una adolescente tardía. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 3(1), 45-52. Obtenido de [https:// dialnet. unirioja. es/ servlet/articulo?codigo=5288640](https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5288640)
- Añasco, S., & Morán, L. (2017). *Prevalencia y factores de riesgo de depresión en estudiantes de medicina de primero a octavo semestre de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador en los meses de agosto y septiembre del 2017* . Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- Armstrong, W. (2021). *Libro para la Salud Mental* . Edimburgo: Devon House Press .
- Beck, A., Steer, R., & Brown, G. (2009). *Inventario de Depresión de Beck*. Buenos Aires: The Psychological Corporation.

- Bos, M., Peters, S. v., Crone, E., & Tamnes, C. (2018). La depresión emergente en la adolescencia coincide con un adelgazamiento cortical frontal acelerado. *Revista de psicología y psiquiatría infantil y disciplinas afines*, 59(9), 994-1002. doi:10.1111/jcpp.12895
- Brewin, C. (1989). Cognitive change processes in psychotherapy. *Psychological Review*, 96, 379-394.
- Burca, N., & Carrasco, P. (2015). *Prevalencia de depresión y factores asociados en estudiantes universitarios de la ciudad de Cuenca-Ecuador*. Cuenca: Universidad de Azuay.
- Caparros, R., Romero, B., & Peralta, M. (2018). Depresión posparto, un problema de salud pública mundial. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42(97), 1-10. Obtenido de <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49117?locale-attribute=es>
- Clark, D., & Beck, A. (2012). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad*. Bilbao: Desclée De Brouwer .
- Congreso Nacional. (2002). *Código de la Niñez y Adolescencia*. Quito: Ediciones Legales. Obtenido de <https://www.registrocivil.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/01/este-es-06-C%C3%93DIGO-DE-LA-NI%C3%91EZ-Y-ADOLESCENCIA-Leyes-conexas.pdf>
- Cordero, J., & Pacheco, D. (2010). *Prevalencia de la ansiedad, depresión y alcoholismo en estudiantes de medicina*. Cuenca: Universidad de Azuay.
- Eifert, G., & Forsyth, J. (2014). *La terapia de aceptación y compromiso para trastornos de ansiedad*. México D.F.: Mensajero.

- Ellis, A. (2016). *How To Control Your Anxiety Before It Controls You* . Porto Alegre: Citadel.
- Escobar, B., & Parra, K. (2015). *Desintegración familiar y su incidencia en el rendimiento escolar*. Milagro: Universidad Estatal de Milagro.
- Fernández, A. (2014). Adolescencia, crecimiento emocional, proceso familiar y expresiones humorísticas. *EDUCAR*, 50(2), 445-466. Obtenido de [https:// www. redalyc.org/pdf/3421/342132463011.pdf](https://www.redalyc.org/pdf/3421/342132463011.pdf)
- Fernández, E. (2019). *Psicología de la Adolescencia*. Oporto: Independently published. Retrieved from [https:// www. iberlibro. com/ 9781090765727/ PSICOLOGIA-ADOLESCENCIA- Fernandes- Evaristo- 109076572X/ plp? cm\\_ sp= plped -\\_- 1\\_-image](https://www.iberlibro.com/9781090765727/PSICOLOGIA-ADOLESCENCIA-Fernandes-Evaristo-109076572X/plp?cm_sp=plped-_-1_-image)
- Fernández, H., & Fernández, J. (2017). Terapia cognitivo conductual integrativa. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 22(2), 157-169. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6124073>
- Figueroa , G. (2002). La terapia cognitiva en el tratamiento de la depresión mayor. *Neuropsiquiatria*, 46-62.
- Fosha, D., Siegel, D., & Solomon, M. (2020). *El poder curativo de las emociones: Neurociencia Afectiva, Desarrollo Y Práctica Clínica* . Barcelona: Editorial Eleftheria S.L .
- García, M. (2013). *La psicoterapia hoy desde un enfoque cognitivo-conductual*. Madrid : Universidad Complutense de Madrid .

Grupo de Trabajo de la actualización de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y la Adolescencia en Estados U. (07 de Abril de 2018). *Guía de Práctica Clínica Sobre la Depresión Mayor en la Infancia y la Adolescencia. Actualización*. Obtenido de [https://scholar.google.com/scholar\\_lookup?title=Gu%C3%ADa+de+Pr%C3%A1ctica+Cl%C3%ADnica+Sobre+la+Depresi%C3%B3n+Mayor+en+la+Infancia+y+la+Adolescencia.+Actualizaci%C3%B3n+\[Clinical+Practice+Guide+on+Major+Depression+in+Childhood+and+Adolescence.+Update\]&pg](https://scholar.google.com/scholar_lookup?title=Gu%C3%ADa+de+Pr%C3%A1ctica+Cl%C3%ADnica+Sobre+la+Depresi%C3%B3n+Mayor+en+la+Infancia+y+la+Adolescencia.+Actualizaci%C3%B3n+[Clinical+Practice+Guide+on+Major+Depression+in+Childhood+and+Adolescence.+Update]&pg)

Haugen, W., Haavet, O., & Sirpal, M. (2016). Identificación la depresión entre adolescentes usando tres preguntas clave: un estudio de validación en atención primaria. *La revista británica de práctica general: la revista del Royal College of General Practitioners*, 66(643), e65-e70. doi:10.3399/bjgp16X683461

Hernández, D. (2018). *Violencia intrafamiliar y su relación con la depresión en adolescentes del Colegio Nacional Eloy Alfaro, de la ciudad de Quirom durante el año 2017*. Quito: Universidad Tecnológica Indoamérica. Obtenido de <http://201.159.222.95/bitstream/123456789/607/1/TESIS%20DE%20LA%20CARRERA%20DE%20CIENCIAS%20PSICOL%C3%93GICAS%20DE%20HERN%C3%81NDEZ%20TORRES%20DIANA%20DE%20ESTEFANIA%20.pdf>

Hernández, N. (2014). *Manual de psicoterapia cognitivo conductual: Fundamentos teóricos y aplicaciones clínicas*. El Ejido: Editorial Círculo Rojo.

Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2016). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill. Obtenido de [https://academia.utp.edu.co/grupo\\_basico\\_clinica\\_y\\_aplicadas/files/2013/06/Metodolog%C3%ADa-de-la-Investigaci%C3%B3n.pdf](https://academia.utp.edu.co/grupo_basico_clinica_y_aplicadas/files/2013/06/Metodolog%C3%ADa-de-la-Investigaci%C3%B3n.pdf)

- INEC. (15 de Septiembre de 2015). *Infografía sobre la depresión en Ecuador*. Obtenido de [cuadrencifras. gob. ec/ documentos/ web- inec/ Inforgrafias- INEC/ 2017/ infografia-depresion.pdf](https://cuadrencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Infografias-INEC/2017/infografia-depresion.pdf)
- INEC. (s/f de Octubre de 2017). *Revista de Estadísticas y Metodologías*. Obtenido de [https:// www. ecuadrencifras. gob. ec/ documentos/ web- inec/ Bibliotecas/ Revista\\_Estadistica/Revista\\_de\\_Estadistica\\_y\\_Metodologias\\_3.pdf](https://www.ecuadrencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Bibliotecas/Revista_Estadistica/Revista_de_Estadistica_y_Metodologias_3.pdf)
- INEC. (Abril de 2020). *Registro Estadístico de Defunciones Generales*. Obtenido de [https:// www. ecuadrencifras. gob. ec/ documentos/ web- inec/ Poblacion\\_ y\\_ Demografia/ Nacimientos\\_ Defunciones/ 2020/ Boletin\\_ %20tecnico\\_ %20EDG%202019%20prov.pdf](https://www.ecuadrencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Nacimientos_Defunciones/2020/Boletin_%20tecnico_%20EDG%202019%20prov.pdf)
- Karapetian, M. (2017). *Conquer Negative Thinking for Teens* . London : Instant Help.
- Kong, R. (2020). *Depresión: de causas, cultura y tiempo* . Chisinau : Sciencia Scripts.
- Lewinshon, P., Sullivan, J., & Grosscup, S. (1980). Changing reinforcing events: An approach to the treatment of depression. *Psychotherapy. Theory, research, and practice.*, 322-334.
- Lindström, B., & Eriksson, M. (2011). *Guía del Autoestopista Salutogénico*. Girona : Documenta Universitaria.
- López, J., Valdés, M., & Francés, A. (2001). *DSM IV Tr Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales* . Oxford: Elsevier Science Health Science div.

- Manzano, H. (2020). *Psicología de la Adolescencia, "Rompiendo Cadenas"*. La Paz: Colecciones Culturales Editores Impresores. Obtenido de [https:// www. bookdepository. com/ es/ Psicologia- de- la- Adolescencia- rompe- Cadenas- Henry-Manzano/9789995404604](https://www.bookdepository.com/es/Psicologia-de-la-Adolescencia-rompe-Cadenas-Henry-Manzano/9789995404604)
- Méndez, J., Sánchez, Ó., & Orgilíñes, M. (2021). Tratamientos psicológicos para la depresión en adolescentes: más de tres décadas después. *Revista Internacional de Medio ambiente y salud pública*, 18(9), 1-35. Obtenido de [https:// www. ncbi. nlm. nih. gov/ pmc/ articles/ PMC8123571/ pdf/ ijerph- 18- 04600.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8123571/pdf/ijerph-18-04600.pdf)
- Ministerio de Salud del Ecuador. (21 de Diciembre de 2021). *Lineamientos Operativos para la Atención a Personas con Intención y/o intentos suicidas en Establecimientos del Ministerio de Salud Pública de Ecuador*. Obtenido de [https:// www. salud. gob. ec/ wp- content/ uploads/ 2021/ 09/ Lineamiento- de- intencion-e-intentos-de-suicidio.pdf](https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2021/09/Lineamiento-de-intencion-e-intentos-de-suicidio.pdf)
- Musa, A., Ashraf, Y., YaTsai, F., Abolmagd, S., Liu, C., Hussain, H., . . . Adel, N. y. (2020). Gravedad de la depresión y estigma de la depresión entre los estudiantes: una encuesta de universidades en cinco países. *El diario de enfermedades nerviosas y mentales*, 208(11), 884-889. doi: 10. 1097/ NMD. 0000000000001226
- OMS. (2020). *Datos y cifras de la depresión*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- OMS. (13 de Septiembre de 2021). *Depresión: Datos y cifras*. Obtenido de [https:// www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression)

OMS. (17 de Noviembre de 2021). *Salud mental del adolescente*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

Organización Mundial de la salud. (23 de Diciembre de 2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM - 5*. Obtenido de <https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (1994). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.

Organización Mundial de la Salud. (2018). *Manual sobre diagnóstico y tratamiento de la depresión de la OMS*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Patterson, D. (2020). *Terapia Cognitivo-Conductual*. New York: The Heirs Publishing Company.

Ramírez, N. (2011). *Depresión y factores relacionados en estudiantes de la Universidad Nacional de Columbia*. Bogotá: Universidad Nacional de Columbia.

Rehm, L. (1977). Un modelo de autocontrol de la depresión. *Behavior Rherapy*, 8(5), 787-804. doi:10.1016/S0005-7894(77)80150-0

Rincón, J., & Ramos, C. (2021). *La depresión (no) existe*. Barcelona : Vergara.

Rosselló, J., & Bernal, G. (2007). *Manual de Tratamiento de la Depresión*. Rio Piedras: Instituto de Investigación Psicológica.

- Ruiz, L., & Ruiz, J. (2014). Dinámicas de grupo, agrupamientos y trabajo cooperativo. (págs. 43-58). Chipre: Centro de Lenguas – Universidad de Chipre. Obtenido de [http://elechipse.weebly.com/uploads/8/6/9/0/8690330/jornadas2014\\_juan\\_luz\\_1.pdf](http://elechipse.weebly.com/uploads/8/6/9/0/8690330/jornadas2014_juan_luz_1.pdf)
- Salk, R., Hyde, J., & Abramson, L. (2017). Diferencias de género en la depresión en muestras nacionales representativas: metanálisis de diagnósticos y síntomas. *Boletín psicológico*, 143(8), 783-822. doi:10.1037/bul0000102
- Soriano, J., Pérez, M., & Molero, M. T. (2019). Beneficios de las intervenciones psicológicas en relación al estrés y ansiedad: Revisión sistemática y metaanálisis. *European Journal of Education and Psychology*, 12(2), 191-206. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7291091.pdf>
- Ting, E., & Yang, A. y. (2020). Papel de la intermeucina-6 en el trastorno depresivo. *Revista internacional de ciencias moleculares*, 21(6), 2194. doi: 10. 3390/ijms21062194
- Velastegui, D. (2021). *Estados de ánimo, ansiedad y depresión en estudiantes de medicina durante la crisis sanitaria COVID-19*. Ambato: Universidad Técnica de Ambato .
- Wallaces, D. (2018). *Terapia Cognitiva Conductual* . Birmingham: Independently published .
- Williams, J. (2021). *Dominio de la inteligencia emocional*. Austin: SD Publishing LLC.

## ANEXOS

## Anexo 1. Cuestionario BDI-II

<b>BDI-II<sup>1</sup></b>	
Nombre: _____ Estado Civil: _____ Edad: _____ Sexo: _____	
Ocupación: _____ Educación: _____ Fecha: _____	
<p><b>Instrucciones:</b> Este cuestionario consta de 21 grupos de enunciados. Por favor, lea cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las <b>últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy</b>. 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 (Cambio en los Hábitos de Sueño) y el ítem 18 (Cambios en el Apetito).</p>	
<p><b>1. Tristeza</b></p> <p>0 No me siento triste.</p> <p>1 Me siento triste gran parte del tiempo.</p> <p>2 Estoy triste todo el tiempo.</p> <p>3 Estoy tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.</p> <p><b>2. Pesimismo</b></p> <p>0 No estoy desalentado respecto de mi futuro.</p> <p>1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.</p> <p>2 No espero que las cosas funcionen para mí.</p> <p>3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.</p> <p><b>3. Fracaso</b></p> <p>0 No me siento como un fracasado.</p> <p>1 He fracasado más de lo que hubiera debido.</p> <p>2 Cuando miro hacia atrás veo muchos fracasos.</p> <p>3 Siento que como persona soy un fracaso total.</p> <p><b>4. Pérdida de Placer</b></p> <p>0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.</p> <p>1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.</p> <p>2 Obtengo muy poco placer de las cosas de las que solía disfrutar.</p> <p>3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.</p> <p><b>5. Sentimientos de Culpa</b></p> <p>0 No me siento particularmente culpable.</p> <p>1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.</p> <p>2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.</p> <p>3 Me siento culpable todo el tiempo.</p>	<p><b>6. Sentimientos de Castigo</b></p> <p>0 No siento que estoy siendo castigado.</p> <p>1 Siento que tal vez pueda ser castigado.</p> <p>2 Espero ser castigado.</p> <p>3 Siento que estoy siendo castigado.</p> <p><b>7. Disconformidad con Uno Mismo</b></p> <p>0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.</p> <p>1 He perdido la confianza en mí mismo.</p> <p>2 Estoy decepcionado conmigo mismo.</p> <p>3 No me gusto a mí misma.</p> <p><b>8. Autocrítica</b></p> <p>0 No me critico ni me culpo más de lo habitual.</p> <p>1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo.</p> <p>2 Me critico a mí mismo por todos mis errores.</p> <p>3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.</p> <p><b>9. Pensamientos o Deseos Suicidas</b></p> <p>0 No tengo ningún pensamiento de matarme.</p> <p>1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría.</p> <p>2 Querría matarme.</p> <p>3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.</p> <p><b>10. Llanto</b></p> <p>0 No lloro más de lo que solía hacerlo.</p> <p>1 Lloro más de lo que solía hacerlo.</p> <p>2 Lloro por cualquier pequeñez.</p> <p>3 Siento ganas de llorar pero no puedo.</p>
<p><small>Título original: Beck Depression Inventory (Second edition) Traducido y adaptado con permiso. © 1996, 1987 by Aaron T. Beck, by the Psychological Corporation, USA. © de la traducción al castellano 2006 by The Psychological Corporation, USA. Todos los derechos reservados.</small></p>	
Subtotal Página 1	<b>Continúa atrás</b>
<small>1. Adaptación: Lic. María Elena Brenlla</small>	

## Anexo 2. Debate de pensamientos y reestructuración cognitiva

**5.1.2. Hoja debate de pensamientos o reestructuración cognitiva**  
(Basado en la RCCS de Bas y Andrés, 1986)

Nombre: .....

Fecha: .....

**Pensamiento**

¿Por qué es importante para mí?    ¿Qué significa para mí?

Grado de creencia (0-100) **antes** del debate: %

Grado de creencia (0-100) **después** del debate: %

**PROCESO DE DEBATE**

**Distorsiones cognitivas:**

**Ideas irracionales:**

**VALIDEZ DE ESTE PENSAMIENTO**

Hechos a favor de este pensamiento

<b>Hechos en contra de este pensamiento</b>
<b>UTILIDAD DEL PENSAMIENTO: CONSECUENCIAS DE MANTENER UN PENSAMIENTO</b>
Ventajas de pensar así
Inconvenientes de pensar así
<b>UTILIDAD DEL PENSAMIENTO: CONSECUENCIAS DE CAMBIAR ESTE PENSAMIENTO</b>
Ventajas
Inconvenientes
<b>PENSAMIENTO ALTERNATIVO Y GRADO DE CREENCIA (0-100)</b>
Este pensamiento me lo creo en un %
<b>CÓMO ME SIENTO AHORA</b>
<b>QUÉ PUEDO HACER ENTONCES?</b>