

**UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR**  
FACULTAD DE HUMANIDADES  
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

**"INCIDENCIA DE DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES DE 12 A 14 AÑOS DE LA ESCUELA  
OFICIAL URBANA MIXTA NO. 850. (PROPUESTA DE PROGRAMA PREVENTIVO  
"CRISÁLIDA")."**  
TESIS DE GRADO

**BRENDA ESMERALDA RAMIREZ MARROQUIN**  
CARNET 10646-11

GUATEMALA DE LA ASUNCIÓN, ENERO DE 2018  
CAMPUS CENTRAL

**UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR**  
FACULTAD DE HUMANIDADES  
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

**"INCIDENCIA DE DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES DE 12 A 14 AÑOS DE LA ESCUELA  
OFICIAL URBANA MIXTA NO. 850. (PROPUESTA DE PROGRAMA PREVENTIVO  
"CRISÁLIDA")."**

TESIS DE GRADO

TRABAJO PRESENTADO AL CONSEJO DE LA FACULTAD DE  
HUMANIDADES

POR

**BRENDA ESMERALDA RAMIREZ MARROQUIN**

PREVIO A CONFERÍRSELE

EL TÍTULO DE PSICÓLOGA CLÍNICA EN EL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADA

GUATEMALA DE LA ASUNCIÓN, ENERO DE 2018  
CAMPUS CENTRAL

## **AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR**

RECTOR: P. MARCO TULIO MARTINEZ SALAZAR, S. J.

VICERRECTORA ACADÉMICA: DRA. MARTA LUCRECIA MÉNDEZ GONZÁLEZ DE PENEDO

VICERRECTOR DE INVESTIGACIÓN Y PROYECCIÓN: ING. JOSÉ JUVENTINO GÁLVEZ RUANO

VICERRECTOR DE INTEGRACIÓN UNIVERSITARIA: P. JULIO ENRIQUE MOREIRA CHAVARRÍA, S. J.

VICERRECTOR ADMINISTRATIVO: LIC. ARIEL RIVERA IRÍAS

SECRETARIA GENERAL: LIC. FABIOLA DE LA LUZ PADILLA BELTRANENA DE LORENZANA

## **AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE HUMANIDADES**

DECANO: MGTR. HÉCTOR ANTONIO ESTRELLA LÓPEZ, S. J.

VICEDECANO: DR. JUAN PABLO ESCOBAR GALO

SECRETARIA: MGTR. ROMELIA IRENE RUIZ GODOY

**NOMBRE DEL ASESOR DE TRABAJO DE GRADUACIÓN**  
MGTR. HANNIA SIERRA LORENTZEN DE MENESES

**REVISOR QUE PRACTICÓ LA EVALUACIÓN**  
MGTR. GLORIA PATRICIA SAMAYOA AZMITIA

Guatemala, 2 de noviembre 2017.

Señores  
Departamento de Psicología  
Facultad de Humanidades  
Universidad Rafael Landívar  
Guatemala

Respetables Señores:

Tengo el agrado de dirigirme a Uds. para someter a su consideración el informe final de tesis **"INCIDENCIA DE DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES DE 12 A 14 AÑOS DE LA ESCUELA OFICIAL URBANA MIXTA NO. 850"**. de la estudiante **Brenda Esmeralda Ramírez Marroquín** con número de carné 10646-11, de la Licenciatura en Psicología Clínica.

He revisado el mismo y considero que llena los requisitos exigidos por la Universidad Rafael Landívar y la Facultad de Humanidades para trabajos de esta naturaleza, por lo que solicito nombren al revisor, para la evaluación respectiva.

Atentamente,

  
**Mgtr. Hannia Sierra Lorentzen**  
**Asesora**





Universidad  
Rafael Landívar

Tradición Jesuita en Guatemala

FACULTAD DE HUMANIDADES  
No. 052307-2017

### Orden de Impresión

De acuerdo a la aprobación de la Evaluación del Trabajo de Graduación en la variante Tesis de Grado de la estudiante BRENDA ESMERALDA RAMIREZ MARROQUIN, Carnet 10646-11 en la carrera LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA, del Campus Central, que consta en el Acta No. 051472-2017 de fecha 4 de diciembre de 2017, se autoriza la impresión digital del trabajo titulado:

**"INCIDENCIA DE DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES DE 12 A 14 AÑOS DE LA ESCUELA OFICIAL URBANA MIXTA NO. 850. (PROPUESTA DE PROGRAMA PREVENTIVO "CRISÁLIDA")."**

Previo a conferírsele el título de PSICÓLOGA CLÍNICA en el grado académico de LICENCIADA.

Dado en la ciudad de Guatemala de la Asunción, a los 3 días del mes de enero del año 2018.

*Irene Ruiz Godoy*

**MGTR. ROMELIA IRENE RUIZ GODOY, SECRETARIA  
HUMANIDADES**

**Universidad Rafael Landívar**



## AGRADECIMIENTOS

A Dios: por concederme el don del entendimiento y la iluminación necesaria para alcanzar las metas que me propongo.

A mis padres Abel y Marina, por su apoyo incondicional, comprensión y constante lucha para ayudarme a culminar mi carrera profesional. Han significado un pilar importante en mi vida, un modelo y ejemplo a seguir.

A mis hermanas Glenda y Kathy, quienes de una u otra manera han estado pendientes de mi esfuerzo y dedicación durante este logro.

A mi novio Moisés, por su constante apoyo, amor incondicional y palabras de aliento, que representaron un soporte importante para alcanzar esta meta.

A mi amiga de toda la carrera Guisela, por ser ese ejemplo de lealtad y amistad sincera, que con su espíritu de lucha me motivó a seguir adelante.

A mi asesora de tesis Mgtr. Hannia Sierra, por brindarme su tiempo y conocimientos, para realizar exitosamente la culminación de este trabajo.

A Licda. Karla Roldán de Rojas por su valioso apoyo, tiempo y paciencia.

A todos mis catedráticos, quienes a lo largo de esta carrera profesional han compartido su experiencia, conocimiento y consejos; además de un incuestionable amor por la psicología.

## ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN .....	1
1.1 Adolescencia.....	10
1.1.1 Definición.....	10
1.1.2 Desarrollo .....	11
a) Desarrollo Físico .....	11
b) Desarrollo Cognoscitivo.....	13
c) Desarrollo Psicosocial.....	14
1.1.3 Problemas o riesgos presentados en el adolescente.....	15
1.2 Depresión.....	18
1.2.1 Definición.....	18
1.2.2 Síntomas de la depresión .....	19
1.2.3 Causas de la depresión.....	19
a) Teorías biológicas .....	20
b) Teoría del aprendizaje .....	20
c) Teorías cognoscitivas .....	21
d) Teorías psicodinámicas .....	22
1.2.4 Tipos de depresión.....	22
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	28
2.1 Objetivos.....	29
2.1.1 Objetivo General.....	29
2.1.2 Objetivos Específicos .....	29
2.2 Variables .....	30
2.2.1 Variable de estudio .....	30
2.2.2 Variables moderadoras .....	30
2.3 Definición de variables .....	30
2.3.1 Definición Conceptual.....	30
2.3.2 Definición Operacional.....	31
2.4 Alcances y límites .....	31
2.5 Aporte .....	32
III. MÉTODO .....	34
3.6 Sujetos.....	34
3.7 Instrumento .....	35

3.8	Procedimiento .....	37
3.9	Tipo de investigación, diseño y metodología estadística.....	38
IV.	PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS .....	40
V.	DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	48
VI.	CONCLUSIONES .....	51
VII.	RECOMENDACIONES.....	52
VIII.	REFERENCIAS .....	54
	ANEXOS .....	59
	ANEXO 1 .....	60
	ANEXO 2 .....	62

## RESUMEN

El objetivo de la presente investigación de tipo descriptiva, fue determinar la incidencia de depresión que se presenta en los adolescentes de 12 a 14 años de la Escuela Oficial Urbana Mixta No. 850.

La investigación se realizó con una población no probabilística, compuesta por 148 estudiantes de 12 a 14 años, de los cuales 74 adolescentes correspondían al género masculino y 74 al género femenino. Para llevar a cabo la investigación se aplicó el Inventario de Depresión Infantil (CDI) adaptado al español por Mengana (2013). Dicho instrumento mide tres dimensiones: Depresión, Disforia y Autoestima Negativa.

Posteriormente, se realizó el análisis estadístico de los datos tabulados, se obtuvo la media y la desviación estándar de los mismos, además, a través de la prueba t de Student se evaluaron las diferencias entre los grupos por género y jornada. Seguidamente, se utilizó el Análisis de Varianza Unidireccional (ANOVA) y la prueba post hoc, con el propósito de analizar diferencias entre los grupos etarios.

De acuerdo a los resultados obtenidos, se concluyó que no existe diferencia estadísticamente significativa de presencia de depresión entre el género masculino y femenino. Además, en ambos géneros mostraron mayor promedio los estudiantes de la jornada vespertina, sin embargo, las mujeres manifestaron diferencia estadísticamente significativa al nivel 0.05 de confianza únicamente en la dimensión de Disforia. Asimismo, se concluyó que el grupo de 14 años presenta mayor promedio en las dimensiones de Depresión, Disforia y Autoestima Negativa, que los estudiantes de 12 y 13 años. Por lo tanto, se propuso un programa para prevenir la depresión, llamado Crisálida y dirigido a los profesores de los establecimientos educativos, para ser aplicado con los jóvenes.

Finalmente, se recomendó a los profesionales de la salud mental realizar más investigaciones similares e implementar en los centros educativos programas de prevención para dar a conocer posibles problemas psicológicos en niños y adolescentes. A los profesores se les recomendó incluir actividades extracurriculares que se enfoquen al desarrollo psicosocial de los estudiantes. Y a los padres de familia, estar pendiente de los cambios que experimentan sus hijos y mantener una comunicación abierta con ellos.

## I. INTRODUCCIÓN

La depresión es un trastorno mental que en los últimos años ha tomado mayor relevancia a nivel mundial, principalmente para los profesionales dedicados a la promoción de la salud mental como los psicólogos, debido a que afecta de manera global en el contexto académico, familiar y social del ser humano. Según la Organización Mundial de la Salud, OMS (2017) se calcula que afecta a más de 300 millones de personas en todo el mundo y que para el año 2020, la depresión será la segunda causa principal de discapacidad.

Guatemala es un país donde aún existe una estigmatización hacia la higiene mental y por ello se tiende a ignorar cuando se presentan afecciones relacionadas a enfermedades mentales. Esto es precisamente lo que ocurre con la depresión, a pesar que el individuo presente los criterios diagnósticos o evidencias del padecimiento, no se le brinda la atención adecuada y habitualmente llega a considerarse como una tristeza normal. Comúnmente se busca ayuda cuando el problema ya se ha tornado difícil de controlar y no en la fase inicial, con posibilidad de tratamiento. Según la Universidad de San Carlos de Guatemala (2011), en su Encuesta Nacional de Salud Mental, menciona que, a nivel nacional los trastornos depresivos ocupan el segundo lugar de incidencia, afectando a un 8% de la población.

Asimismo, es común que en Guatemala el sexo masculino reprima sus sentimientos de tristeza, ya que la sociedad guatemalteca aún vive bajo la ideología machista, según la cual el hombre es estigmatizado como débil si expresa las emociones, principalmente en público. En consecuencia, una tristeza se puede convertir en una patología profunda y perturbadora para el individuo, por el hecho que socialmente aprende a no demostrar las emociones, por lo tanto, no lo comparte con su entorno y lo maneja como un secreto con el que sufre en soledad por mucho tiempo. Sin embargo, la depresión es un trastorno que afecta a ambos sexos e incluso edades por igual.

Uno de los grupos más vulnerables a la depresión son los adolescentes, quienes se encuentran en la etapa de descubrimiento y cambios, aparte de eso en ocasiones no reciben orientación o apoyo adecuado de su círculo cercano. La depresión puede llegar a presentar consecuencias fatales, como el caso de los suicidios, debido a que no se ha brindado el tratamiento oportuno a tal padecimiento.

Para prevenir es necesario proporcionar a los adolescentes las herramientas psicológicas necesarias y erradicar los factores que pueden generar incidencia en la depresión, y se promueva la formación de individuos autoeficaces, proactivos y resilientes. A causa de esto, a largo plazo generaría un decremento en los índices de violencia o pertenencia de los jóvenes a las pandillas, así como menor incidencia de adicciones, problemas psicológicos y familias disfuncionales.

Por esta razón el objetivo de la investigación es determinar la incidencia de depresión en adolescentes de 12 a 14 años de la Escuela Oficial Urbana Mixta No. 850. Asimismo, se busca proponer un programa cognitivo conductual para la prevención de depresión en adolescentes, el cual puede ser aplicado en establecimientos educativos del país.

Investigaciones nacionales buscan ampliar el conocimiento sobre la depresión, demostrando que presenta gran prevalencia entre los adolescentes, a continuación, se mencionan los que mayor relación tiene con el presente estudio:

Por ejemplo, Turcios (2013) realizó una investigación descriptiva cuyo objetivo fue determinar los niveles de depresión que se presentan en jóvenes víctimas de bullying que cursan la secundaria en un Colegio Privado de la Ciudad Capital. La muestra estuvo compuesta por 24 alumnos (16 de sexo masculino y 8 de sexo femenino), comprendidos entre las edades de 13 y 17 años. Para recabar la información se utilizó un Cuestionario sobre intimidación y maltrato entre iguales en las aulas y posteriormente la Escala de depresión de Beck. Turcios concluyó que el 29% de la muestra evaluada reflejaban ser víctimas de bullying, el otro 71% eran acosadores y observadores. Además, los resultados reflejan que el 29% de las víctimas de bullying padecen de síntomas de depresión moderada y ninguno de ellos padece depresión severa. Finalmente, recomendó que es positiva la implementación del programa dirigido a los alumnos víctimas de bullying que presentan síntomas de depresión; asimismo, informar a los maestros sobre los temas de la depresión y su relación con el fenómeno del bullying, y además se impartan talleres de psicoeducación a los padres de familia.

Por otro lado, Garrido (2013) realizó una investigación de tipo descriptivo con el objetivo de establecer el nivel de depresión, por medio del Cuestionario de Depresión para niños y adolescentes (CDS), la muestra de estudio se conformó por 25 niños con edades entre

8 y 16 años, afectados por Diabetes Mellitus tipo I (DM1) que asisten a consulta en una clínica privada ubicada en la zona 10, ciudad capital. Concluyó que el 52% de los pacientes se encuentra en un nivel bajo de depresión, un 32% en nivel promedio y 16% en rango alto, por lo tanto, una minoría del grupo total presenta depresión en un nivel alto. De igual manera se determinó que los niños de 8 a 12 años tienen una leve mayor incidencia de depresión que los adolescentes de 13 a 16 años, y que los de sexo masculino tienen mayor incidencia de depresión que el sexo femenino, con una diferencia del 9.72%. La autora recomendó brindar más estrategias y programas para lograr una educación apropiada sobre la DM1 para así prevenir, detectar y manejar la depresión infantil; así como involucrar a la red de apoyo del paciente diagnosticado en un plan terapéutico para mejorar continuamente el estado de salud.

El estudio de Peláez (2013) de tipo experimental, tuvo como objetivo determinar si el programa de inteligencia emocional; Desarrollando mi Potencial Emocional, incidía en el nivel de depresión infantil (medido por Nivel de Depresión Total, Disforia y Autoestima Negativa) de niñas con síntomas depresivos, estudiantes de un colegio privado de la ciudad de Guatemala. Para el estudio se empleó una muestra de 28 niñas en edades comprendidas entre 8 y 12 años, quienes cursan grados entre segundo y sexto primaria. El instrumento utilizado fue el Inventario de Depresión Infantil (CDI), creado por Kovacs (1992). Se concluyó que la aplicación del programa de inteligencia emocional, Desarrollando mi Potencial Emocional, es eficaz para disminuir el nivel de depresión infantil en niñas entre 8 y 12 años, debido a que los niveles en las escalas Disforia, Autoestima Negativa y Nivel de Depresión Total sí presentaban diferencia estadísticamente significativa en comparación a la pre-prueba y a los resultados obtenidos por el grupo control.

Paralelamente, Rojas (2013) llevó a cabo una investigación de tipo descriptivo-comparativo, con el objetivo de determinar si existe diferencia de sintomatología depresiva en adolescentes según su género. Para ello se utilizó una muestra de 52 adolescentes, 26 mujeres y 26 hombres, en el rango de 14 y 17 años con escolaridad de primero a tercero básico y nivel socioeconómico medio que asisten a un centro educativo privado del municipio de San Juan Ostuncalco, Quetzaltenango. Se empleó el Inventario de Depresión de Beck II, asimismo se utilizó una boleta de datos personales elaborada por la autora de esta investigación. El resultado obtenido muestra que existía depresión en ambos géneros, y la presencia es baja, sin embargo, no existe una diferencia estadísticamente significativa cuando

se comparan hombres y mujeres. De igual forma, se concluyó que en general la existencia de depresión es leve en la muestra, ya que solamente 4 mujeres y 5 hombres presentan depresión en un rango grave. Se recomendó que los centros educativos implementen planes de acción psicopedagógicos con el fin de ayudar al estudiante a canalizar adecuadamente sus emociones y obtener resultados satisfactorios en las evaluaciones académicas.

En el año 2012, Sajquim realizó un estudio con el objetivo de identificar la relación entre depresión y acné vulgar en estudiantes guatemaltecos de diversificado. Utilizó una muestra de 226 estudiantes, de los cuales 132 de sexo femenino y 94 de sexo masculino. Pertenecientes a 3 centros educativos ubicados en la zona 1 de la Ciudad de Guatemala: Colegio Liceo Canadiense Sede Zona 1, Instituto Normal Casa Central y Colegio Salesiano Don Bosco. En edades comprendidas entre 15 y 20 años. El instrumento empleado incluyó cuatro secciones importantes: datos generales del estudiante, datos subjetivos de la enfermedad, datos objetivos de la enfermedad (evaluación dermatológica) y la Escala de Depresión de Zung. Los resultados mostraron depresión en 55 estudiantes de la población evaluada (24.34%), mientras que 171 estudiantes, presentaron un puntaje que los clasifica dentro del grupo sin depresión (75.56%). Asimismo, se determinó que la incidencia de depresión en estudiantes con acné diagnosticado objetivamente fue similar a la incidencia en estudiantes que no presentan acné diagnosticado objetivamente. Por lo tanto, se concluyó que la prevalencia de depresión y acné en los estudiantes es comparable a la descubierta en otros estudios realizados en personas con características similares, sin embargo, no fue posible establecer una relación entre la severidad del acné diagnosticado objetivamente y la aparición de depresión, pero sí se encontró relación entre el acné diagnosticado subjetivamente y la severidad de la depresión.

Por su parte, Rosenberg (2011) llevó a cabo una investigación con el objetivo de dar a conocer la presencia o ausencia de optimismo en pacientes depresivos que asisten a un proceso de psicoterapia con enfoque cognitivo. La muestra estuvo conformada por 6 pacientes, 5 de sexo femenino y 1 de sexo masculino, con edades comprendidas entre 20 y 40 años, que asisten a proceso de psicoterapia. Para la investigación, se utilizó una entrevista con 18 preguntas abiertas, las cuales buscaban abordar indicadores como: visión de futuro, esperanza, visión positiva, seguridad en sí mismo y estrategias de afrontamiento eficaces para problemas. Los resultados arrojados por la investigación indicaron que los 6 pacientes

presentan optimismo, sus comentarios fueron favorables acerca del indicador de visión del futuro. Por lo tanto, se concluyó que los sujetos entrevistados perciben el optimismo como parte importante de su recuperación.

Por su parte, Chávez (2010) planteó una investigación descriptiva con el objetivo de establecer si los adolescentes huérfanos de la aldea Rudolf Walter y Edelac de la ciudad de Quetzaltenango presentan depresión. Para ello utilizó una muestra de 55 adolescentes huérfanos con edades comprendidas entre 12 y 16 años, de ambos sexos y distintas etnias. Se aplicó el Cuestionario de Depresión para niños y adolescentes (CDN), de Lang y Tisher, el cual consiste en una prueba clínica que contiene 48 elementos de tipo depresivo y 18 de tipo positivo. Posterior a ello, Chávez identificó que en su mayoría los huérfanos se encuentran depresivos, ya que el promedio obtenido del cuestionario de depresión fue de 98%. Asimismo, concluyó que la depresión se debe a diversos factores relacionados con el estilo de vida tradicional de familias, que puede presentarse en cualquier época de la vida, aunque la edad más propensa es la adolescencia. Finalmente, propuso un programa de salud mental para informar y reforzar la autoestima en los adolescentes huérfanos y modificar actitudes, además recomendó brindar un ambiente favorable donde se pueda facilitar y sustituir el ambiente familiar para obtener un mejor aprendizaje. De igual forma, menciona que es vital establecer en los adolescentes huérfanos alternativas que faciliten la identificación temprana de depresión, para realizar intervenciones inmediatas.

Por otro lado, López (2007) efectuó una investigación de tipo pre experimental de un solo grupo con Pre-test y Post-test. Con el objetivo de establecer si la aplicación del programa basado en la Inteligencia Emocional apoyado en casa por los padres, puede disminuir los síntomas depresivos de niñas de 8 a 12 años, alumnas del Instituto Belga Guatemalteco ubicado en la ciudad capital. Para esta investigación se empleó una muestra de 8 niñas que cumplieran con varios indicadores depresivos. Posteriormente se realizó una entrevista tanto a los padres de familia como a las niñas, se procedió a la aplicación del programa de Inteligencia Emocional, el cual fue adaptado por la investigadora del programa original de inteligencia emocional de Moreno, quien a su vez fundamentó tal programa basado en los aportes del psicólogo Daniel Goleman. Los instrumentos utilizados fueron registros de observación semanales completados por los padres de familia y registros de observación completados por la investigadora en cada sesión grupal con las niñas, asimismo,

para el diagnóstico de estado de ánimo depresivo, se aplicó el Cuestionario de Depresión para niños y adolescentes (CDS). Al finalizar el trabajo de investigación, se concluyó que sí se evidenció una disminución en varios de los indicadores depresivos en las niñas después de la aplicación del Programa de Inteligencia Emocional, ya que se mostró una diferencia estadísticamente significativa a un nivel de 0.05 entre los resultados del pre test con el post test en las niñas que conformaron la muestra. Asimismo, dentro de los resultados obtenidos a través de las entrevistas a los padres de familia y sujetos, se pudo observar que la incapacidad para resolver asertivamente las dificultades familiares, así como los estímulos externos influían de manera significativa en la capacidad de afrontamiento utilizadas por las niñas. Finalmente, se recomendó capacitar a los maestros del establecimiento para que implementen en sus cátedras actividades donde se estimule y desarrolle la inteligencia emocional en las alumnas.

En síntesis, la mayoría de las investigaciones abordadas se enfocan en determinar la presencia de depresión en adolescentes y niños de ambos sexos, tanto dentro de la ciudad como fuera de ella. Algunos de ellos coinciden en que la depresión es causada debido a otros factores, Turcios (2013) realiza su investigación basada en el bullying, Garrido (2013) en la Diabetes Mellitus tipo I, Sajquim (2012) la relaciona con el acné vulgar y Chávez (2010) con la situación de orfandad.

Con respecto a la aplicación de programas experimentales, Peláez (2013) y López (2007) presentan su investigación con un programa de inteligencia emocional para reducir la depresión en niñas de 8 a 12 años, lo cual arrojó resultados positivos y recomiendan implementar en los centros educativos actividades que apoyen el desarrollo de la inteligencia emocional.

De igual manera, a nivel internacional se han realizado otras investigaciones respecto del tema.

En Perú, Castillo (2016) realizó un estudio de tipo descriptivo, con el objetivo de determinar la presencia de síntomas depresivos en alumnos de secundaria del Colegio Salesiano Rosenthal de la Puente. Utilizó una muestra de 320 alumnos (267 hombres y 53 mujeres) con edades comprendidas entre 11 y 17 años, el instrumento utilizado fue el Children's Depression Inventory (CDI). En el estudio se concluyó que existe mayor

porcentaje de sintomatología depresiva, entre las edades de 12 a 14 años (46.875%) y las edades de 15 a 17 años (28.4375%). En cuanto al sexo se evidenció que es más frecuente en adolescentes hombres que en mujeres, alcanzando un 80.3% los hombres y un 74.51% las mujeres. Asimismo, del total de hombres un 19.70% no presenta sintomatología depresiva, 27.51% presenta síntomas mínimos y moderados, de igual forma un 27.51% presentan síntomas severos y un 25.28% síntomas en grado máximo. Por el contrario, en las mujeres se determinó que el 25.49% no presenta sintomatología depresiva, el 15.68% presentó síntomas mínimos y moderados, 19.61% presentó síntomas severos y un 39.22% síntomas en grado máximo. Se recomendó evaluar a los niños durante el año académico con el inventario de depresión, incluir dentro del centro educativo a un psicólogo y un psiquiatra, y finalmente la realización de estudios para evaluar factores de riesgo y prevención de sintomatología depresiva.

Por otro lado, en Ecuador, Ávila (2014) plantea una investigación de tipo correlacional, con el objetivo de identificar la prevalencia de ansiedad y depresión en adolescentes embarazadas de edades comprendidas de entre 12 y 18 años que se encuentran en riesgo y sin apoyo familiar. Para ello, se utilizó una muestra de 52 mujeres adolescentes, que se encuentran en el primer trimestre de embarazo y, sin tomar en cuenta su condición social, etnia o cualquier otro factor social. Se emplearon cuestionarios de entrevista, la Escala de Ansiedad de Hamilton y la Escala de Depresión de Hamilton. Según los resultados obtenidos, 16 mujeres embarazadas (30.77%) muestran nivel moderado de estado de ánimo deprimido, 13 mujeres (25%) presentan niveles ausente y leve, 7 mujeres (13.46%) ya presentan signos graves, y 3 mujeres (5.77%) muy grave/incapacitante. Por lo tanto, se concluyó que la depresión constituye el síntoma predominante en adolescentes que no cuentan con apoyo familiar durante el embarazo. Finalmente, se recomienda implementar debates sobre sexualidad y planificación familiar en los colegios, así como la capacitación a padres y maestros acerca del respeto de su propio cuerpo.

López, Fuentes, Palos y Oudhof, (2012) escribieron en México un artículo titulado Depresión en adolescentes: el papel de los sucesos vitales estresantes, en la Revista Salud Mental. En el estudio participaron 2292 estudiantes de bachillerato de 5 escuelas públicas del Estado de México, con edades comprendidas entre 15 y 19 años de edad, de los cuales 54% fueron mujeres y 46% hombres. Se aplicó la versión revisada en español de la Escala de

Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D-R) y el Cuestionario de Sucesos Vitales de Sandín y Chorot (SV). Se obtuvo como resultado que el 15.6% de los adolescentes presentaron síntomas de depresión, siendo la prevalencia mayor en mujeres (21.3%) que en hombres (8.8%), asimismo tanto hombres como mujeres reportaron poco estrés, sin embargo, los resultados indican mayores puntajes en mujeres. Los autores concluyeron que el grado de estrés de los sucesos vitales se relaciona con la presencia de síntomas de depresión en los adolescentes. Asimismo, determinaron que el hecho de ser mujer y haber vivido algún suceso vital estresante se asocia a un mayor puntaje de síntomas de depresión, ya que se encontró que existe una correlación positiva y estadísticamente significativa entre sucesos estresantes de familia y síntomas de depresión.

Por su parte, Arenas (2009), realizó una investigación en Perú con el objetivo de determinar la relación existente entre la funcionalidad familiar y la depresión en los y las adolescentes atendidos en el Departamento de Psicología del Hospital Nacional Hipólito Unanue. Se efectuó en una muestra de 63 adolescentes, de los cuales 36 eran mujeres y 27 hombres, entre 12 y 17 años, que asisten a la institución en el distrito de El Agustino, departamento de Lima. Se aplicó el Cuestionario tetradimensional de Depresión (CET-DE) para observar presencia o ausencia de depresión, y la Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES III) para conocer el nivel de funcionalidad familiar que perciben en sus hogares, cuya validez de contenido fue estudiada a través del método de evaluación por criterio de jueces. Los resultados indicaron que 14 mujeres (22%) y 6 hombres (10%) tenían indicadores de depresión, de los cuales el 18% percibe a su familia en niveles de cohesión y adaptabilidad que encajan en un nivel medio o moderado de funcionalidad familiar. El 68% de los evaluados no presenta indicadores, de los cuales 22 (35%) son mujeres y 21 (33%) son hombres, el 29% de ellos percibe en su hogar un nivel balanceado de funcionalidad familiar. Por lo tanto, la investigación concluyó que la percepción de los niveles de funcionalidad familiar y su relación con la presencia o ausencia de depresión en adolescentes no presenta relación significativa, de igual forma las variables no se diferencian significativamente según sexo. Asimismo, en cuanto a la relación entre la presencia o ausencia de depresión según el sexo, no se hallaron diferencias significativas.

Un artículo elaborado por Zúñiga, Jacobo, Rodríguez, Cabrera y Jiménez Rentería (2009), titulado, La relación entre depresión y conflictos familiares en adolescentes, en la

Revista International Journal Of Psychology & Psychological Therapy, menciona el estudio que se realizó con 342 estudiantes entre 11 y 16 años, de ambos sexos, pertenecientes a comunidades rurales y urbanas del Estado de Tlaxcala en la República Mexicana. Para ello se utilizó la Escala de Clima Social en la Familia (FES) y el Inventario de Depresión de Beck (BDI). El artículo menciona que existe una relación inversamente proporcional entre la depresión y la cohesión familiar en los participantes. De igual manera se encontró que con respecto a los niveles de depresión entre los estudiantes de regiones rurales y urbanas, no se hallaron diferencias, ya que las puntuaciones en la Escala de Beck fueron muy semejantes. El 62 % de la población femenina se ubica en el nivel de conflicto moderado, mientras que el 16.3% de las estudiantes se ubica en el nivel leve y el 21.7% en el nivel alto. En el caso de los hombres, el 63.3% de ellos se halla en el nivel de conflicto moderado, el 17.7% en el bajo y el 19% se sitúan en la categoría alta de la percepción de conflictos familiares. Sin embargo, tanto hombres como mujeres de zonas rurales presentaron puntuaciones más altas que los de zonas urbanas.

Por su parte, Roselló y Berríos (2004), realizaron un estudio correlacional en Puerto Rico titulado, Ideación suicida, depresión, actitudes disfuncionales, eventos de vida estresantes y autoestima en una muestra de adolescentes puertorriqueños. Para el estudio se eligió una muestra de 113 adolescentes, 61 mujeres y 52 hombres, entre las edades de 12 a 18 años. Los instrumentos utilizados fueron: Identificación de Riesgo Suicida en Adolescentes (IRSA), Inventario de Depresión para Niños/as (CDI), Escala de Auto-Concepto de Piers-Harris (PHCSCS), Lista de Eventos Estresantes (EVE) y la Escala de Actitudes Disfuncionales (DAS), las cuales se utilizaron posteriormente para realizar la correlación entre las variables mencionadas. Los resultados obtenidos mostraron que un 5% de los/as adolescentes no manifestaron sintomatología depresiva, un 31% presentó un nivel de sintomatología depresiva moderado y un 64% manifestó síntomas severos de depresión. Asimismo, el análisis de frecuencias de riesgo suicida indicó que un 19% de los/as adolescentes no presentaron riesgo suicida, mientras que un 81% presentó riesgo suicida. Se concluyó que todas las variables correlacionaron de forma significativa con la variable de ideación suicida.

Por último, García (2002), realizó en México un estudio con el objetivo de conocer si la sintomatología depresiva y el entorno familiar se relacionan con el consumo de drogas.

Se utilizó una muestra de 3,458 estudiantes de secundaria y se aplicó un cuestionario estandarizado y previamente validado. Los resultados que brindó el estudio demostraron que ser hombre implica un 64% de mayor riesgo de consumir drogas que las mujeres, asimismo es mayor el riesgo de consumir drogas a partir de los 18 años, ya que, en comparación con los adolescentes de 14 años, es 5.4 veces más alto. Con respecto a la sintomatología depresiva, los resultados indican que mientras exista mayor depresión es más factible que el adolescente inicie el consumo de drogas, el nivel de riesgo es de 1.4 veces más que los sujetos que no presentan síntomas de depresión. Por lo tanto, de este estudio se concluyó que los hombres adolescentes son los más afectados por el consumo de drogas y que ese factor está profundamente relacionado con la sintomatología depresiva, además que las mujeres presentan mayor tendencia a ser depresivas que los hombres. De igual manera, se destaca que la escuela y el ambiente familiar representan un papel protector hacia el riesgo de consumo de drogas en los adolescentes, asimismo también se evidencia que el malestar emocional es un importante factor que los conduce hacia el consumo.

En síntesis, con base en los estudios mencionados se concluye que entre los diversos factores que pueden contribuir al desarrollo de la depresión se incluyen el entorno familiar, la presencia de alguna enfermedad o la baja autoestima, que pueden favorecer el padecimiento de la depresión, principalmente en la etapa de la adolescencia, ya que es un período durante el cual el ser humano se encuentra vulnerable frente a los cambios o sufrimientos de la vida, principalmente cuando no posee bienestar psicológico.

Por lo tanto, el hogar y la escuela son los pilares más fuertes en la formación de jóvenes sanos y productivos. Asimismo, es de gran beneficio implementar programas preventivos de la depresión en los centros educativos, para informar a padres y maestros acerca de la depresión y brindar un óptimo acompañamiento a los jóvenes.

Con el fin de ampliar más el conocimiento sobre la temática, se mencionan a continuación algunos autores y conceptos relacionados con ella.

## **1.1 Adolescencia**

### **1.1.1 Definición**

La adolescencia para Papalia y Feldman (2012), se define como “transición del desarrollo entre la niñez y la adultez que implica importantes cambios físicos, cognoscitivos

y psicosociales” (p. 354). Por su parte, Parolari (2005), menciona que la adolescencia es un periodo de crecimiento, que no solamente es físico, sino también intelectual y de personalidad. Además, esta etapa de crecimiento va acompañada de una crisis de valores. Asimismo, menciona que la adolescencia constituye un periodo entre la infancia y la edad adulta, que trae consigo un conjunto especial de dificultades de adaptación, como consecuencia de los cambios que ocurren en este periodo.

Por otro lado, Stanley Hall (citado por Saavedra, 2004), menciona que la adolescencia es una sucesión de crisis tensionales y aflicción, que constituye una transición entre la infancia y la edad adulta. De igual manera afirma que la esencia de la adolescencia es el conflicto mismo, del que más adelante se desarrolla la identidad individual.

Por su parte, Aguirre (1994) cita a Gesell, quien define la adolescencia como un periodo que transcurre desde los 11 hasta los 24 años y menciona que el crecimiento está determinado en mayor forma por procesos intrínsecos que dirigen al individuo a la maduración. De igual manera, Saavedra (2004) cita a Spranger, que define la adolescencia como la edad en que el individuo alcanza la madurez de la estructura mental y su psiquis, de acuerdo con pautas o ritmos diferenciados. Además, la refiere como “periodo de tránsito entre la infancia y la adultez en el que, al enfrentarse a situaciones sociales nuevas, necesita aprender a desempeñar nuevos papeles o roles los cuales están determinados por las situaciones históricosociales en que se inserta el adolescente” (p.19).

### **1.1.2 Desarrollo**

Con respecto al desarrollo humano, Delval (2008), menciona que “son cambios a los que estamos tan acostumbrados que a veces ni siquiera nos llaman la atención, pues se producen así desde que el hombre es hombre y los hemos visto continuamente a nuestro alrededor” (p. 119). Estos cambios se producen desde distintas dimensiones, detalladas a continuación.

#### **a) Desarrollo Físico**

Según Papalia y Feldman (2012), un cambio físico importante es la pubertad, la cual constituye un proceso por el que un individuo alcanza la madurez sexual o capacidad para reproducirse, es por ello que implica cambios biológicos evidentes. El proceso se divide en

dos etapas: activación de las glándulas suprarrenales y maduración de los órganos sexuales. Los cambios previos a la pubertad generalmente inician a los ocho años en las niñas y a los nueve en los niños, el proceso de la pubertad suele durar de tres a cuatro años en ambos sexos.

Continúan los mismos autores mencionando que, dentro del periodo de la pubertad, se desarrollan las características sexuales primarias y secundarias. Las primarias se refieren específicamente a los órganos necesarios para la reproducción, los cuales maduran y aumentan de tamaño durante la adolescencia. En las mujeres las características sexuales son los ovarios, las trompas de falopio, el útero, el clítoris y la vagina; mientras que en los hombres incluyen los testículos, el pene, el escroto, las vesículas seminales y la próstata.

Por otro lado, las secundarias se refieren a los signos fisiológicos de la maduración sexual y no involucran de manera directa a los órganos sexuales. En las mujeres algunas de estas características pueden ser el crecimiento de vello axilar, los senos y ensanchamiento de las caderas. Mientras que en los hombres se incluyen el cambio de la voz, crecimiento de vello facial y hombros anchos, entre otras. Sin embargo, los primeros signos externos de la pubertad suelen ser el tejido de los senos y el vello púbico en las mujeres y el aumento de tamaño de los testículos en los hombres (Papalia y Feldman, 2012).

La pubertad se desarrolla debido a la producción de hormonas que genera el organismo a través del hipotálamo, el cual se encarga de producir la hormona liberadora de gonadotropina y el aumento de la misma provoca en las gónadas un aumento de producción de hormonas sexuales (estrógenos y andrógenos). Los estrógenos son considerados hormonas femeninas y los andrógenos se consideran hormonas masculinas, sin embargo, en ambos sexos se producen las dos hormonas, pero en cantidades diferentes (Stassen, 2007).

De acuerdo con Tanner (citado por Saavedra, 2004), es en la adolescencia cuando el crecimiento se acelera produciendo una rápida transformación del organismo. Es mencionado por Papalia y Feldman (2012) como el estirón del adolescente, en el que se produce aumento rápido de estatura, peso, crecimiento muscular y óseo. Por lo general, las mujeres alcanzan su estatura máxima a los 15 años y los hombres a los 17 años. Asimismo, se produce otro signo que indica madurez sexual, en los hombres es la producción de esperma y en las mujeres el inicio de la menstruación. La primera eyaculación del hombre se llama espermarquia y la primera menstruación de las mujeres se conoce como menarquia.

Por otro lado, Urbano y Yuni (2005) mencionan que el adolescente en esta etapa debe enfrentarse a la angustia que le provoca la pérdida de su cuerpo infantil, es decir, no se reconoce a sí mismo porque percibe su cuerpo como extraño. Y es debido a ello que el adolescente se muestra somnoliento, fatigado o desganado; se encuentra en pleno crecimiento y con alto deseo de dormir la mayor parte del tiempo.

### **b) Desarrollo Cognoscitivo**

Los cambios en el adolescente también se evidencian en su manera de pensar y hablar. La velocidad con que procesan información aumenta y aunque su pensamiento aún es inmaduro, muchos son capaces de hacer uso del razonamiento abstracto y elaborar juicios morales complejos o planes realistas del futuro (Papalia y Feldman, 2012).

Por su parte, Myers (2005) cita a Piaget, quien menciona que, al acercarse a la adolescencia, el individuo comienza a razonar de manera hipotética y a deducir consecuencias; imaginan posibilidades, forman y prueban hipótesis. Es aproximadamente a los 12 años que el individuo entra en la etapa de las operaciones formales, en la que el razonamiento pasa de ser puramente concreto (uso de experiencia real) a acompañar el pensamiento abstracto (uso de realidades imaginarias y símbolos). Esta capacidad les ofrece una nueva forma y más flexible de manejar la información, ya no se quedan estancados en el aquí y ahora, sino que entienden el tiempo histórico. Además, logran comprender las metáforas y utilizan símbolos para representar otros símbolos. Esto les ayuda a ver las consecuencias de sus actos, aprovechar sus experiencias y conocimientos para solucionar sus problemas.

Paralelamente, Elkind (citado por Myers, 2005) menciona que, durante los primeros años de la adolescencia, la capacidad de razonar del individuo se centra en sí mismo, por lo tanto, los adolescentes piensan que sus experiencias personales son únicas y se sienten incomprendidos por sus padres. De igual manera, el desarrollo de la capacidad de razonar brinda a los jóvenes un mejor nivel de conciencia social y criterio moral, pues se vuelven capaces de reflexionar acerca de lo que piensan ellos mismos y lo que piensa el resto de la gente de ellos.

Por otro lado, Kohlberg (citado por Papalia y Feldman, 2012) describió el desarrollo del razonamiento moral, el tipo de razonamiento que surge cuando el individuo se enfrenta ante el bien y el mal. Detalló su teoría del desarrollo moral mediante tres niveles de razonamiento. El Nivel I, lo nombró Moralidad preconventional, en este nivel el control es externo, es decir, se obedecen las reglas con el objetivo de obtener una recompensa o evitar un castigo. El Nivel II o Moralidad convencional, es la internalización de los estándares de las figuras de autoridad, es decir, se busca mantener el orden social y agradar a los demás. Finalmente, se presenta el Nivel III o Moralidad posconvencional, en el cual la persona ya es capaz de saber elaborar sus juicios con base en la igualdad, justicia y los principios del bien.

### **c) Desarrollo Psicosocial**

De la mano de los cambios físicos y cognoscitivos en el adolescente, también acontecen cambios psicológicos.

Tal y como mencionan Urbano y Yuni (2005), debido a las nuevas sensaciones que percibe en cuanto a su físico, el adolescente se replantea el concepto de sí mismo en relación a su cuerpo. Para el adolescente su cuerpo adquiere otro significado, conjuga el placer con la culpa y por primera vez el individuo piensa en la idea de la muerte. Deja atrás la idea que sus padres son omnipotentes y perfectos, es decir, los humaniza y esto le produce angustia, inseguridad y sensación de desprotección. Por lo tanto, su conducta es variada, manifiesta irritabilidad, mal humor, defiende sus espacios de intimidad y lucha por salir del rol de niño que tenía en la infancia. Asimismo, su lenguaje se torna escueto, es poco comunicativo con sus cosas íntimas y hace uso en su mayoría de monosílabos para responder.

Por su parte, menciona Erikson (citado en Papalia y Feldman, 2012), que la principal tarea del adolescente es confrontar la crisis de identidad frente a confusión de identidad, para que logre convertirse en un adulto único con un sentido coherente del yo y un rol que se vea valorado en la sociedad. Según esta etapa de la teoría psicosocial propuesta por Erikson, el adolescente sintetiza las posibilidades del pasado, presente y futuro trabajando en el proceso de aclaración de su sentido del yo. Este proceso lo denominó búsqueda de la identidad, menciona que si supera exitosamente dicha fase desarrolla la virtud de la fidelidad, es decir

lealtad, fe o un sentido de pertenencia a una persona querida o amigos. Por ello, es en la adolescencia que se logra una consolidación de la identidad psicológica, sexual y social.

Menciona Monroy (2002), que los adolescentes buscan reafirmar su concepto y autoestima, su sentido de responsabilidad, su habilidad de comunicación, autonomía, autocontrol, capacidad de toma de decisiones y resolución de problemas. Además, reevalúan los valores que han adquirido en la infancia y eligen los que considerarán propios en su vida futura.

En esta etapa inicia la apertura a la atracción sexual, se define su orientación sexual y establecen relaciones amorosas, las cuales los lleva a sentirse enamorados, pero no alcanzan el amor, ya que sus relaciones se tornan efímeras y tienden a idealizar al otro de forma exagerada. Las actividades sexuales son por ende entre parejas inestables, por lo que se les debe informar a los adolescentes acerca de la protección de embarazos y enfermedades de transmisión sexual. Al finalizar la adolescencia, el individuo ya es capaz de establecer relaciones más estables, tiene claro qué tipo de pareja desea y suele hacer planes a largo plazo. Por consiguiente, el adolescente desarrolla integridad, es decir logra una unión entre sus ideales, metas, convicciones, reglas, creencias y su conducta.

Asimismo, en ocasiones, se produce la fase de separación de los padres, la cual para el adolescente es muy difícil y un comportamiento rebelde la facilita y hace menos dolorosa. En todo el proceso, el adolescente se torna más reservado y cuestiona todo lo que sus padres le han enseñado. Es por ello que el adolescente tiende a buscar figuras con las cuales identificarse fuera de la familia, es entonces que encuentra apoyo y comprensión con sus amigos (Monroy, 2002).

### **1.1.3 Problemas o riesgos presentados en el adolescente**

Uno de los problemas que pueden presentarse entre los adolescentes es la exposición a riesgos sexuales, entre los cuales se puede mencionar las enfermedades de transmisión sexual o embarazo no deseado en caso de actividad heterosexual. Los jóvenes que están mayormente expuestos son los que inician actividades sexuales a temprana edad, tienen múltiples parejas, no utilizan métodos anticonceptivos y manejan información errónea acerca

del sexo. Muchos adolescentes adquieren su educación sexual de los medios de comunicación, en donde suele asociarse la actividad sexual con diversión y casi nunca se muestran los verdaderos riesgos del sexo no protegido. Otro de los factores que ejercen gran influencia es la presión social, los adolescentes se sienten presionados a participar en actividades para las que aún no se encuentran preparados (Papalia y Feldman, 2012).

De igual forma, Papalia y Feldman (2012), mencionan que en la adolescencia aumenta el riesgo de desarrollar conducta antisocial o ejercer delincuencia juvenil. Las circunstancias económicas de la familia, pueden influir en gran parte el desarrollo de la conducta antisocial. Los más propensos a persistir en la violencia son los jóvenes que se vieron expuesto a influencias antisociales desde temprana edad. Los factores de riesgo que podrían predecir la violencia incluyen el abuso de drogas, maltrato intrafamiliar, relación con compañeros antisociales, consumo de drogas y vivir en un vecindario con alto grado de delincuencia. Asimismo, mencionan que entre los adolescentes se presenta el riesgo de padecer algún trastorno alimentario, debido a la preocupación por la imagen corporal. Entre ellos incluye la anorexia y bulimia nerviosa.

Los mismos autores mencionan que, en la anorexia nerviosa las personas tienen una imagen corporal distorsionada, creen que están demasiado gordas. Se presentan síntomas como atracones, boca seca, caries dentales por el vómito autoinducido, baja presión sanguínea, pérdida significativa de peso y ausencia de menstruación, entre otros. Mientras que en la bulimia nerviosa las personas no tienen sobrepeso, pero están obsesionadas por su peso. La persona se da grandes atracones de comida en poco tiempo y luego trata de purgar lo que consumió por medio de la inducción del vómito, laxantes o ejercicio excesivo.

De igual forma, en la adolescencia es la etapa de búsqueda de identidad y autonomía, también se encuentra en juego el desarrollo de la autoestima, la cual está conformada por la autovaloración y autoevaluación. Es entonces cuando el adolescente se compara a sí mismo con los estándares que observa a su alrededor, lo cual lo llevan muchas veces a evaluarse a sí mismo en términos negativos y deteriora así su autovaloración, según menciona Rosenberg (citado por Monroy, 2002).

En ese sentido, Linehan y Shearin (citados por Villardón, 1993), proponen un modelo socioconductual de la conducta suicida, el cual explica que el suicidio es

consecuencia de la interacción dinámica generada entre el individuo y el ambiente. Por ello mencionan que algunos de los factores que predisponen a los individuos al suicidio pueden ser, deficientes habilidades para la resolución de problemas, poca esperanza y razones para vivir, así como también la baja tolerancia a situaciones de estrés o malestar. En la adolescencia es cuando más crisis atraviesa el individuo, las cuales a su vez se ven agravadas por las exigencias del mundo actual.

Entre las exigencias del mundo actual figuran las redes sociales, debido a que el adolescente tiene el deseo de recibir una valoración social positiva y ser reconocido o aceptado por sus iguales. Por lo tanto, las redes sociales permiten al individuo adoptar las características que se requieren para pertenecer a cada grupo o persona de quien busca dicho reconocimiento (Caro, 2015).

En relación a lo anterior, actualmente ha sido frecuentemente mencionada una red social llamada Vk, la cual es de origen ruso y fue creada en el año 2006. La importancia que ha adquirido últimamente la red es que en ella se ha hecho viral un fenómeno conocido como Blue Whale, en español Ballena azul, funciona como juego en el cual a los participantes se les asignan retos por 50 días, deben demostrar que han realizado el reto a través de un vídeo o una fotografía, lo impactante del juego es que el último reto del participante es suicidarse. Blue Whale ha tenido éxito en más de un ciento de casos, mencionados a nivel mundial, la mayor parte de las víctimas mortales han sido adolescentes (Corbin, 2017). Por el contrario, también se han compartido en redes sociales dos contrapropuestas al respecto, creadas en Latinoamérica, la Ballena verde y la Ballena rosa, las cuales tienen como objetivo asignar tareas que desarrollen vínculos saludables y fomentar buena autoestima en los participantes.

Por otro lado, en Guatemala, otro factor de riesgo para el adolescente o niño es el trabajo infantil, el cual es realizado por casi un millón de ellos, entre las edades de 7 y 14 años de edad (Fundación Telefónica, 2017). Asimismo, menciona que el trabajo infantil produce efectos negativos en el desarrollo físico y mental de los niños o adolescentes. Es a consecuencia de la actividad laboral que muestra un déficit de energía para rendir y asistir a la escuela.

## **1.2 Depresión**

### **1.2.1 Definición**

La depresión clínica es un trastorno que se caracteriza mayormente por sentimientos de tristeza, irritabilidad, cambios en el apetito y en los patrones de sueño, además de baja autoestima y pensamientos o actos suicidas (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

Asimismo, se menciona que la depresión es la exageración persistente de los sentimientos habituales de tristeza, consiste en una enfermedad grave que dura varias semanas o meses, además afecta la forma en que la persona duerme y come (San y Arranz, 2010).

Gómez, Hernández, Rojas, Santacruz y Uribe (2008), mencionan “la depresión es un estado de abatimiento e infelicidad, que puede ser transitorio o permanente. En general el paciente se ve y los demás lo ven como derribado, debilitado en su potencialidad y en la base de sustentación afectiva” (p. 303).

Según Trickett (2009), “la depresión es una enfermedad de los sentimientos. Va desde una reacción exagerada a la tristeza normal, pasando por un sentimiento de vacío gris en el que aún puedes funcionar hasta una desesperación absoluta, falta de esperanza y postración” (p. 16).

Actualmente, la depresión se considera como una enfermedad psicobiológica caracterizada por un colapso de algunas estructuras cerebrales, que son la base para la regulación emocional y hormonal, además de la memoria, entre otras. Entre todos los trastornos psiquiátricos, la depresión es el más frecuente (Rodés, Piqué y Trilla, 2007).

González (2004) cita a Beck, quien define la depresión no como un trastorno afectivo sino como una consecuencia de la deformación en el modo de pensar y razonar del sujeto. Menciona que la falta de motivación, la pobre imagen de sí mismo y el afecto negativo, son manifestaciones secundarias del modo erróneo de interpretar la realidad y reaccionar a ella. Según él, la depresión proviene de la activación de modelos cognitivos distorsionados y negativos que son; la visión de uno mismo, del mundo y del futuro. El sujeto deprimido tiende a verse a sí mismo como incompetente e incapaz de afrontar las dificultades, percibe el mundo como un lugar hostil del que debe protegerse y ve el futuro lleno de desesperanza y amargura.

De igual forma González (2004) cita a Polaino, quien menciona que los siguientes rasgos caracterizan a las personas deprimidas: errores sistemáticos del pensamiento, que lleva al sujeto a pensar de forma pesimista, aunque no posea evidencia suficiente para ello. Asimismo, alteraciones en la temporalidad, una memoria inclinada a recordar momentos negativos y autoculpantes, y un humor negativo debido a su visión negativa, que le conduce a actuar con apatía e incapacidad para obtener placer, además que pierde el sentido de su vida.

### **1.2.2 Síntomas de la depresión**

La Asociación Americana de Psiquiatría (2014), en su Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-5), menciona que como rasgo en común los trastornos depresivos presentan un estado de ánimo triste, vacío o irritable, el cual es acompañado de cambios somáticos y cognitivos que repercuten significativamente en la capacidad funcional de la persona.

La característica principal que diferencia los trastornos depresivos es “la duración, la presentación temporal o la supuesta etiología” (p. 155).

Por otra parte, Preston (2002), menciona que los síntomas de la depresión se generan desde tres categorías: psicológica, biológica y mixta. “Los síntomas psicológicos de la depresión incluyen tristeza y desesperación, escasa autoestima, apatía, problemas interpersonales, sentimientos de culpa, pensamiento negativo (distorsiones cognoscitivas) y pensamientos suicidas” (p. 26). Asimismo, dentro de los síntomas biológicos se presenta desorden en el ciclo del sueño, trastornos en el apetito, pérdida de deseo sexual, fatiga o pérdida de energía y anhedonia. Finalmente, dentro de los síntomas mixtos se incluye poca concentración u olvidos, hipocondría, abuso de alcohol o drogas, sensibilidad emocional excesiva y cambios repentinos de humor.

### **1.2.3 Causas de la depresión**

Las causas de la depresión han sido estudiadas desde varias perspectivas teóricas. A continuación, se detallan algunas de ellas presentadas por Sarason y Sarason (1988).

### **a) Teorías biológicas**

Sarason y Sarason (1988), mencionan que estas teorías se fundamentan en que la causa de la depresión radica en los genes heredados de los padres o por medio de una disfunción psicológica. Por ejemplo, las personas bipolares, que han mostrado momentos de manía y depresión, generalmente tienen al menos dos generaciones de parientes que presentan conductas similares. Con base en lo anterior plantean la teoría de los receptores de estímulo, en la cual mencionan que un grupo de neurotransmisores conocidos como catecolaminas están íntimamente relacionados con las emociones. Uno de estos neurotransmisores es la dopamina, la cual está involucrada en la coordinación, regulación del alimento y los líquidos, los efectos del hipotálamo en la glándula pituitaria y la expresión de la emoción. Por otro lado, se encuentra la norepinefrina, dicho neurotransmisor está relacionado con las sensaciones de placer y de depresión.

Continúan mencionando que es por ello, que a partir de experimentos realizados con monos se determinó que la reducción de ciertas catecolaminas está relacionada con la depresión. Se afirma por lo tanto que la deficiencia de norepinefrina en ciertos puntos receptores del cerebro causa depresión, así como que su exceso podría provocar la manía.

### **b) Teoría del aprendizaje**

A diferencia de la teoría biológica, los teóricos del aprendizaje se apoyan en el condicionamiento operante de B. F. Skinner (citado por Sarason y Sarason, 1988). Por ello ven la depresión como una función del reforzamiento inadecuado, como cierta incongruencia entre el reforzamiento y determinadas clases de conducta. Es decir, los teóricos del aprendizaje perciben la depresión como consecuencia de la poca frecuencia del reforzamiento social, como dinero, prestigio y amor.

Según Peter Lewinsohn, citado por los mismos autores, la depresión es causada por una combinación de factores de estrés y falta de habilidades personales. “Una vez que la persona se ha deprimido, la depresión se mantiene ya que la demás gente piensa que es desagradable estar con una persona deprimida, así las personas que la conocen suelen evitarla, disminuyendo así su tasa de reforzamiento” (p. 278).

### **c) Teorías cognoscitivas**

Esta teoría se basa en que todas las personas asimilan de forma cognitiva diferente un mismo evento, es decir, los pensamientos que emiten sobre una situación.

Una de estas teorías es la Teoría Cognoscitiva de Aaron Beck sobre la depresión, en la que Beck (citado por Sarason y Sarason, 1988) sustenta que las personas se deprimen a causa de un conjunto de cogniciones negativas, una visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro. Menciona que es este conjunto de pensamientos lo que provoca la depresión y no a la inversa. El sentido de pérdida experimentado es a causa de tener metas poco realistas, la persona deprimida le atribuye significados excesivamente generalizados o extravagantes, lo que le lleva a sentirse como un perdedor, ya que tiende también a amplificar sus defectos personales y reducir sus cualidades personales.

Asimismo, los autores mencionan que las personas deprimidas suelen compararse con los demás y que cada encuentro con otra persona es una oportunidad para realizarse una autoevaluación negativa.

Otro enfoque cognoscitivo de la depresión es la indefensión aprendida, el cual fue propuesto por Seligman (citado por Sarason y Sarason, 1988), en él propone que la persona deprimida piensa que no tiene control sobre lo que le rodea, por lo tanto, soporta con pasividad los problemas, aunque éstos tengan una solución porque no logran ver las alternativas. Posteriormente, Seligman modifica su teoría y hace una distinción entre desamparo universal y desamparo personal. El desamparo universal se experimenta cuando ningún individuo puede cambiar una situación, aunque éste sea competente y poderoso.

El desamparo personal ocurre cuando el individuo no puede hacer nada para resolver un problema, pero las demás personas sí. Considera que el desamparo aprendido es solamente un factor que causa la depresión, pero dicho factor debe ser considerado junto con factores químicos, estados fisiológicos y la falta de interés en los reforzamientos (Sarason y Sarason, 1988).

#### **d) Teorías psicodinámicas**

Las teorías psicodinámicas le dan importancia a aquellos sentimientos y reacciones de los que el individuo no está consciente. Según la postura de éstas teorías muchos de los trastornos depresivos son reacciones ante eventos que simbolizan la pérdida de algo amado, dicha pérdida no necesariamente es dolorosa, pero en la interpretación del sujeto sí.

Freud (citado por Sarason y Sarason, 1988) describió la depresión como un trastorno causado por la emoción y no por el deseo sexual. La llamó melancolía, por la que el sujeto se volvía loco, desenfrenado y muchas veces sin relación alguna con el ambiente, lo cual se producía sin ninguna justificación.

En ese sentido, los mismos autores continúan afirmando que, la mayoría de las teorías psicodinámicas hacen énfasis en las relaciones entre el individuo y la persona de la que más dependió en la infancia, usualmente la madre. Por lo tanto, afirman que el trastorno es posiblemente causado por la pérdida real de una figura paternal, o al temor o la imaginación de dicha pérdida. “Debido a que esta pérdida puede provocar mucha ansiedad, se le empuja fuera de la conciencia; sin embargo, ejerce su influencia y culmina en una depresión real cuando la provoca un suceso simbólicamente significativo” (p. 286).

Posteriormente, los teóricos influidos por la filosofía existencialista de Kierkegaard no lo interpretaban como la pérdida de algo amado sino de la autoestimación. La pérdida del objeto no es tan insoportable como la pérdida del apoyo que brindan los objetos externos en los que está basada la autoestimación del sujeto.

Los psicólogos del ego definen la depresión como la expresión emocional del desamparo e impotencia del ego, por lo tanto, resultado del colapso de la autoestimación del sujeto (Sarason y Sarason, 1988).

#### **1.2.4 Tipos de depresión**

Según la Asociación Americana de Psiquiatría (2014) los trastornos depresivos se clasifican de la siguiente manera en su Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-5):

## **Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo**

Este trastorno presenta como rasgo central una irritabilidad crónica, grave y persistente. Tal irritabilidad se manifiesta en dos maneras, la primera son los accesos de cólera frecuentes, como reacción a la frustración y los mismos pueden ser verbales y conductuales (contra objetos, sí mismo y otras personas). La segunda manifestación es a través de un estado de ánimo persistentemente irritable o de enfado crónico entre los graves accesos de cólera.

Se restringe el diagnóstico solamente a las personas pertenecientes a un grupo de entre 7 y 18 años, ya que es probable que los síntomas cambien al momento conforme el niño vaya madurando.

## **Trastorno de depresión mayor**

“El rasgo principal del episodio depresivo mayor es un período de tiempo de al menos dos semanas durante el cual existe ánimo depresivo o pérdida del interés o del placer en casi todas las actividades” (p. 163). A menudo los síntomas que manifiestan las personas con dicho trastorno son insomnio o hipersomnia, además de fatiga o agitación psicomotora. Asimismo, presentan cambios en el apetito que pueden resultar en una pérdida importante de peso sin hacer dieta o el aumento de peso. Es importante destacar que en niños y adolescentes es estado de ánimo que manifiestan es irritabilidad más que tristeza.

Es común que exista una disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, así como para la toma de decisiones. De igual manera, se presentan sentimientos de inutilidad o culpabilidad excesiva. Adicionalmente, cabe mencionar que “son frecuentes los pensamientos de muerte, ideación suicida o los intentos de suicidio” (p. 164).

## **Trastorno depresivo persistente (Distimia)**

Es un trastorno depresivo que afecta al cuerpo, el estado de ánimo y los pensamientos. Dicho trastorno puede afectar radicalmente la alimentación, el sueño y la manera de pensar. Se indica que no es lo mismo que sentir tristeza o estar decaído, ni tampoco es indicio de debilidad personal ni constituye un estado que pueda disiparse o modificarse a voluntad.

Dentro de los principales criterios diagnósticos que se presentan en dicho trastorno se puede mencionar poco apetito, insomnio o hipersomnia, poca energía o fatiga, manifestaciones de baja autoestima y falta de concentración, así como la dificultad para tomar decisiones.

Este trastorno no presenta episodios hipomaníacos o maníacos y causa un malestar clínicamente significativo.

La principal característica diagnóstica de la Distimia es un ánimo deprimido que aparece la mayor parte del día, durante al menos dos años y como mínimo un año en los niños y adolescentes. Esta característica repercute en el funcionamiento social y laboral, siendo igual de grave que un trastorno depresivo mayor.

### **Trastorno disfórico premenstrual**

“Las características principales de dicho trastorno son la expresión de labilidad afectiva (cambios de humor repentinos o aumento de la sensibilidad al rechazo), disforia y síntomas de ansiedad que se repiten durante la fase premenstrual del ciclo y que remitan alrededor del inicio de la menstruación o poco después” (p. 172). Dichos síntomas pueden ser acompañados de síntomas conductuales o físicos; asimismo producen problemas de relación familiar, laboral y social. Esta última condición es imprescindible para considerarla una enfermedad.

Es común encontrar que la persona presenta una irritabilidad intensa, ira o un aumento de conflictos interpersonales. Por otro lado, también puede presentar un estado del ánimo intensamente deprimido, sentimientos de desesperanza o ideas de autodesprecio. También se puede presentar ansiedad, tensión o sensación intensa de estar excitada o con los nervios de punta. Se observa dificultad subjetiva de concentración, disminución de interés por las actividades habituales, letargo o intensa falta de energía. La sobrealimentación o cambios en el apetito, así como la hipersomnia o insomnio son síntomas importantes a considerar para este diagnóstico.

Las pacientes pueden mencionar experimentar una sensación de estar agobiada o sin control. Por último, se pueden presentar “síntomas físicos como el dolor o tumefacción mamaria, dolor articular o muscular, sensación de hinchazón o aumento de peso” (p. 172).

En raros casos, se pueden presentar delirios y alucinaciones en la fase lútea tardía del ciclo menstrual y en otros casos, se puede presentar ideación y riesgo suicida durante la fase premenstrual.

### **Trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento**

Dicho trastorno incluye los síntomas de un trastorno depresivo, sin embargo, los síntomas son asociados al consumo, la inyección o inhalación de una sustancia; asimismo, algunos medicamentos como los estimulantes, esteroides, L-dopa, antibióticos, fármacos del sistema nervioso central, agentes dermatológicos, fármacos quimioterapéuticos y agentes inmunológicos pueden producir alteraciones anímicas depresivas. Además, los síntomas depresivos persisten más tiempo de lo que cabría esperar de los efectos fisiológicos o del periodo de intoxicación o de abstinencia.

El trastorno se debe desarrollar durante el consumo de una sustancia que sea capaz de producir los síntomas de un trastorno depresivo o dentro del mes posterior al consumo del mismo, conforme a los datos de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio.

### **Trastorno depresivo debido a otra afección médica**

“El rasgo esencial de dicho trastorno es un período de tiempo importante y persistente de estado de ánimo deprimido, o una disminución notable del interés o del placer en todas o casi todas las actividades, que predominan en el cuadro clínico y que se piensa que está relacionado con los efectos fisiológicos directos de la otra afección médica” (p. 181).

Algunos de las enfermedades neuroanatómicas relacionadas con trastornos depresivos son los infartos cerebrales, la enfermedad de Huntington, la enfermedad de Parkinson y el daño cerebral traumático. Por otro lado, algunas afecciones neuroendocrinas como la enfermedad de Cushing y el hipotiroidismo pueden asociarse con la depresión. La esclerosis múltiple y otras enfermedades generativas también están estrechamente relacionadas con este tipo de trastornos.

### **Otro trastorno depresivo especificado**

“Dicha categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno depresivo que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos depresivos” (p. 183).

Por ejemplo, puede existir una depresión breve recurrente que presenta un estado de ánimo concurrente y al menos otros cuatro síntomas de depresión durante 2 a 13 días o por lo menos una vez al mes durante un mínimo de 12 meses consecutivos en un individuo, quien nunca ha cumplido con todos los criterios para ningún otro trastorno depresivo o bipolar y actualmente no cumple los criterios para un trastorno psicótico. Asimismo, puede ser un episodio de corta duración, entre 4 y 13 días donde se presenta un afecto deprimido, deterioro que persiste por más de 4 días y nunca ha cumplido con los criterios diagnósticos para otro trastorno depresivo o bipolar. Por último, también puede ser un episodio depresivo con síntomas insuficientes, en donde el estado de ánimo deprimido persiste por un mínimo de 2 semanas en el individuo y éste no ha cumplido nunca con los criterios diagnósticos de un trastorno depresivo o bipolar.

### **Otro trastorno depresivo no especificado**

“Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno depresivo que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social y laboral” (p. 184). La categoría de otro trastorno depresivo no especificado es empleada comúnmente en situaciones en las que el clínico opta por no detallar el motivo de incumplimiento de los criterios de un trastorno depresivo específico o bien, no cuenta con los criterios diagnósticos suficientes para incluirlo en él.

Se concluye entonces, que la depresión es un trastorno de tipo afectivo, que incapacita al sujeto para desenvolverse en su vida diaria como lo hacía previamente. Afecta

desde el estado de ánimo hasta su salud alimentaria y actividad onírica. Asimismo, se ha estudiado desde varias perspectivas teóricas, con el fin de encontrar una causa que sea la detonante para dicho trastorno y de tal manera encontrarle el tratamiento adecuado. Con todos los estudios psiquiátricos realizados, se ha determinado la clasificación de los trastornos depresivos y los síntomas que en cada uno se presentan.

Asimismo, se puede mencionar que es un trastorno que se presenta en edad temprana, en la adolescencia, debido a que se encuentran en una etapa de búsqueda de identidad y formación de autoestima. Por consiguiente, es la depresión un factor precipitante en los casos de suicidio, como se mencionó anteriormente acerca de los retos que se vuelven virales en las redes sociales, que son frecuentes actualmente. Por ejemplo, en el caso de Blue Whale o Ballena azul, que consiste en un juego con una serie de retos asignados por 50 días, se demostró que los adolescentes concluyeron el reto con el suicidio, presentaban indicios de un trastorno afectivo, el cual los motivó a actuar de esa manera. Cabe recalcar que en la adolescencia es común que se presente deficiencia en la habilidad de resolución de conflictos, por lo tanto, el adolescente es un sujeto vulnerable a la persuasión de su entorno social.

## II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Actualmente la depresión es uno de los trastornos mentales más diagnosticados en el mundo y Guatemala no es la excepción. A pesar que este trastorno es tan aludido, muchas veces las personas no tienen conocimiento de lo que su padecimiento implica y las consecuencias que este puede traer consigo. Guatemala es una sociedad sumamente propensa a presentar cuadros de depresión, debido a que existe escasez económica en los hogares, desintegración familiar, inestabilidad emocional o violencia en general, entre otros factores precipitantes.

Lo anterior, da como resultado que los propios hogares se conviertan en un ambiente hostil y peligroso para el desenvolvimiento psicosocial de niños y adolescentes. Principalmente cuando los niños y adolescentes deben encargarse de realizar actividades laborales además de asistir a la escuela, generando así un desequilibrio en la etapa de desarrollo en cuanto a deterioro emocional.

Por otro lado, también es importante mencionar que muchas veces los padres de familia consideran que sus hijos al acudir a la escuela están exentos de cualquier peligro o problema, lo cual es erróneo, ya que es en los establecimientos públicos en donde se evidencia mayor tendencia a delinquir, adquirir vicios o presentar conductas desadaptativas, a pesar que en establecimientos privados también se pueda producir este fenómeno, la presente investigación se enfoca al ámbito público. La principal desventaja es que los salones de clases se ven saturados de estudiantes y el profesor a cargo no consigue brindar atención personalizada a cada estudiante, por lo tanto, es poco probable que se percate de los problemas emocionales que éstos sufren.

Por ello, es precisamente en los establecimientos educativos donde se presenta la oportunidad para apoyar a la población joven, brindándoles herramientas para manejar de una forma adecuada sus emociones y lograr encontrar soluciones efectivas a sus problemas. Con ello se busca la formación de individuos autoeficaces, proactivos y resilientes, que a largo plazo generaría un decremento en los índices de violencia juvenil o pertenencia de los jóvenes a los grupos de pandillas, así como también la prevención de suicidios y familias desintegradas, o un ambiente de respeto y armonía en general.

Por lo expuesto anteriormente, es recomendable profundizar en la problemática, para que ello permita ayudar a desmitificar la depresión en Guatemala. De acuerdo a la relevancia de dicho tema, se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la incidencia de depresión en los adolescentes de 12 a 14 años de la Escuela Oficial Urbana Mixta No. 850?

## **2.1 Objetivos**

### **2.1.1 Objetivo General**

Determinar la incidencia de depresión que se presenta en los adolescentes de 12 a 14 años de la Escuela Oficial Urbana Mixta No. 850.

### **2.1.2 Objetivos Específicos**

**2.1.2.1** Establecer diferencia en la ocurrencia de Depresión entre el género masculino y femenino de los adolescentes de la Escuela Oficial Urbana Mixta No. 850.

**2.1.2.2** Establecer diferencias de la dimensión de Disforia entre el género masculino y femenino de los adolescentes de la Escuela Oficial Urbana Mixta No. 850.

**2.1.2.3** Establecer diferencias de la dimensión de Autoestima negativa entre el género masculino y femenino de los adolescentes de la Escuela Oficial Urbana Mixta No. 850.

**2.1.2.4** Establecer diferencias de Depresión entre el género masculino por jornadas.

**2.1.2.5** Establecer diferencias de Depresión entre el género femenino por jornadas.

**2.1.2.6** Establecer diferencias en la dimensión de Disforia entre el género masculino por jornadas.

**2.1.2.7** Establecer diferencias en la dimensión de Disforia entre el género femenino por jornadas.

**2.1.2.8** Establecer diferencias en la dimensión de Autoestima Negativa entre el género masculino por jornadas.

**2.1.2.9** Establecer diferencias en la dimensión de Autoestima Negativa entre el género femenino por jornadas.

**2.1.2.10** Identificar en qué grupo etario se presenta mayor incidencia de depresión.

**2.1.2.11** Elaborar una propuesta de programa para la prevención de la depresión en adolescentes (ver ANEXO 2).

## **2.2 Variables**

### **2.2.1 Variable de estudio**

a) Depresión

### **2.2.2 Variables moderadoras**

a) Género

b) Jornada de estudio

c) Edad

## **2.3 Definición de variables**

### **2.3.1 Definición Conceptual**

**Depresión:** “Es una enfermedad de los sentimientos, que va desde una reacción exagerada a la tristeza normal, pasando por un sentimiento de vacío gris en el que aún puedes funcionar hasta una desesperación absoluta, falta de esperanza y postración” (Trickett, 2009, p. 16).

**Género:** “Significado de ser hombre o mujer” (Papalia y Feldman, 2012, p. 186).

**Jornada de estudio:** “Tiempo de duración empleado en aprender y cultivar una ciencia o arte” (Real Academia Española, 2017).

**Edad:** “Tiempo que ha vivido una persona” (Real Academia Española, 2017).

### 2.3.2 Definición Operacional

**Depresión:** Es una tristeza patológica que incapacita a la persona. Para evaluarlo se utilizó la versión en español del Inventario de Depresión Infantil (CDI) de María Kovacs, el cual fue validado en Cuba y toma en cuenta dos dimensiones: Disforia y Autoestima negativa.

**Género:** Son las características propias de un hombre o a una mujer. En esta investigación se utilizó género masculino y femenino para establecer una comparación en la incidencia de depresión en los adolescentes.

**Jornada de estudio:** Es el tiempo que emplean diariamente los estudiantes para acudir a la escuela. Se utilizó la jornada matutina y vespertina del establecimiento educativo para realizar una comparación entre los adolescentes.

**Edad:** Es la característica que define el tiempo que lleva un individuo de existir. Se emplearon las edades de 12, 13 y 14 años para identificar el grupo etario que presentaba mayor incidencia de depresión.

### 2.4 Alcances y límites

El presente estudio de investigación se enfocó a profundizar el tema de la Depresión, para lo cual se incluyó a estudiantes que se encuentran en la etapa de la adolescencia, ya que se pretende determinar la incidencia de depresión en la Escuela Oficial Urbana Mixta No. 850. La investigación apoyó en la prevención de la depresión en los adolescentes que se encuentran en ambientes escolares, por medio de un programa terapéutico basado en la perspectiva cognitiva conductual.

Los resultados fueron orientados a establecer las diferencias por género de los sujetos. Por lo tanto, los resultados obtenidos se pueden extrapolar a otros sujetos que posean características similares a los del presente estudio. Es decir, estudiantes adolescentes, con condiciones iguales o similares que asistan a centros educativos públicos de Guatemala

Se considera una limitante del estudio la cantidad de sujetos, el centro educativo no cuenta con más estudiantes de las edades establecidas y hay más en una jornada que en otra.

## 2.5 Aporte

La presente investigación puede permitir a los estudiantes de Psicología Clínica, posteriormente realizar un estudio de tipo experimental con el programa de prevención, propuesto para la depresión en la etapa adolescente y verificar su efectividad.

Asimismo, para las autoridades de la Escuela Oficial Urbana Mixta No. 850 conocer cuál es la incidencia de depresión que se presenta entre los estudiantes adolescentes y promover el desarrollo integral de ellos a través de la realización de actividades recreativas sanas, así como también la implementación de escuelas o talleres para padres, entrega de material informativo y charlas a los estudiantes.

También, puede conceder a los maestros la oportunidad de conocer acerca de la depresión y cómo manejarla, a través de la implementación del programa Crisálida, orientado a prevenirla en los adolescentes.

De igual manera, los maestros podrán comprender de dónde provienen los problemas académicos o conductuales que presentan los estudiantes en el salón de clases, y lograr establecer la manera más adecuada de ayudarlos mediante el programa propuesto. A través de la concientización de los maestros se puede lograr ejecutar un cambio genuino en los estudiantes, con la esperanza que estos puedan influir en sus hogares y así alcanzar un cambio general.

Al mismo tiempo, se pretende que el programa que se propone a través de la presente investigación, se pueda ampliar o modificar para ser implementado en los centros educativos privados del país.

Adicionalmente puede contribuir al campo de la psicología, principalmente a los psicólogos clínicos y psicólogos educativos, ya que puede ser tomado como base para brindar apoyo psicológico a los estudiantes dentro del establecimiento educativo al que pertenezcan. De tal forma que se prevenga un hecho lamentable en los guatemaltecos, a causa de la depresión.

A futuros investigadores en la misma temática les puede ayudar a enriquecer sus investigaciones con esta referencia y ampliar sus estudios a otras poblaciones.

Por último, el aporte más enriquecedor para la institución es la creación de un programa para prevenir la depresión en jóvenes adolescentes, llamado Crisálida y basado en la implementación de actividades específicas que les permitan mejorar su estado de ánimo y modificar su autoconcepto (ver ANEXO 2).

### III. MÉTODO

#### 3.6 Sujetos

La investigación se llevó a cabo en la Escuela Oficial Urbana Mixta No. 850, la escuela está ubicada entre la 8ª y 9ª Avenida, entre 1ª y 2ª Calle de la zona 2, del municipio de San José Pinula, departamento de Guatemala. Fue inaugurada el 19 de marzo de 1959, durante la administración municipal del alcalde Luis Víctor Ramírez Monterroso y actualmente cuenta con jornada matutina y jornada vespertina, cada una de ellas bajo una directiva distinta.

Para la presente investigación, la muestra estuvo conformada por 148 sujetos, adolescentes de 12 a 14 años, de los cuales 116 adolescentes (60 hombres y 56 mujeres) pertenecientes a la jornada matutina y los 32 restantes (14 hombres y 18 mujeres) a la jornada vespertina. Por lo tanto, se contó con un total de 74 adolescentes del género masculino y 74 adolescentes del género femenino.

El tipo de muestreo que se utilizó es no probabilístico, el cual se refiere a la selección de un subgrupo de la población, en donde la elección depende de las características y criterios de la investigación (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

A continuación, se presentan las tablas que muestran la forma en que se dividen los sujetos de la investigación:

Tabla 1.

#### *Jornada Matutina*

<b>Edad</b>	<b>Masculino</b>	<b>Femenino</b>	<b>No. de sujetos</b>
12 años	45	43	88
13 años	9	9	18
14 años	6	4	10
<b>Total de sujetos</b>	<b>60</b>	<b>56</b>	<b>116</b>

Elaboración propia (2017).

Tabla 2.

*Jornada Vespertina*

<b>Edad</b>	<b>Masculino</b>	<b>Femenino</b>	<b>No. de sujetos</b>
12 años	4	6	10
13 años	7	7	14
14 años	3	5	8
<b>Total de sujetos</b>	14	18	32

Elaboración propia (2017).

Tabla 3.

*Cantidad total de adolescentes*

<b>Edad</b>	<b>Masculino</b>	<b>Femenino</b>	<b>No. de sujetos</b>
12 años	49	49	98
13 años	16	16	32
14 años	9	9	18
<b>Total de sujetos</b>	74	74	148

Elaboración propia (2017).

### 3.7 Instrumento

Para la investigación se utilizó el Inventario de Depresión Infantil de María Kovacs, el cual fue adaptado al español en Santa Clara, Cuba, por Mengana (2013). El cuestionario cuenta con 27 ítems, el cual puede ser aplicado de forma individual o colectiva. Para obtener el índice de depresión total de cada sujeto, debe tomarse en cuenta que las respuestas de los ítems del test son recodificadas en categorías 1, 2 y 3, de forma que la puntuación de 1 corresponde a la intensidad o frecuencia de aparición más baja del síntoma, el 2 corresponde a la intensidad o frecuencia media y el 3 a la mayor frecuencia e intensidad. Por consiguiente, las respuestas 1, 3, 4, 6, 9, 12, 14, 17, 19, 20, 22, 23, 26, 27 puntúan 1, 2 y 3; mientras que las respuestas 2, 5, 7, 8, 10, 11, 13, 15, 16, 18, 21, 24 y 25 puntúan 3, 2 y 1. La suma de estas

puntuaciones proporcionará la puntuación directa de depresión. La puntuación mínima es de 27 y la máxima de 81. El rango de puntuaciones para la sintomatología depresiva se determina de la siguiente manera:

- 30 puntos o menos: nivel leve
- 31 a 39 puntos: nivel moderado
- 40 puntos en adelante: nivel grave.

Asimismo, del test se obtiene la puntuación de la dimensión de Disforia, la cual es evaluada por los ítems: 1, 2, 3, 4, 6, 10, 11, 12, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 26 y 27. Para dicha puntuación cada ítem tiene un valor de 1 punto, por lo tanto, la puntuación mínima es de 17 puntos y la puntuación máxima es de 51, lo cual indica mayor presencia de ánimo disfórico.

De igual manera, se obtiene la puntuación de la dimensión de Autoestima Negativa, es evaluada por los ítems: 5, 7, 8, 9, 13, 14, 15, 23, 24 y 25. Cada ítem con un valor de 1 punto, por lo que la puntuación mínima es de 10 puntos y la puntuación máxima es de 30, lo cual indica mayor presencia de ideas de autodesprecio (ver ANEXO 1).

El instrumento original es conocido por sus siglas en inglés Children's Depression Inventory (CDI). Fue elaborado por María Kovacs y Aaron Beck en 1977. Es una escala autoaplicable a niños entre 7 y 17 años, la cual consta de 27 ítems con 3 respuestas posibles, puntuadas de 0 a 2, de ausencia a mayor gravedad de los síntomas explorados. Las puntuaciones totales se encuentran entre 0 y 54, dicha escala no es un instrumento de diagnóstico sino de gravedad del trastorno, por lo tanto, María Kovacs determina el valor 19 como el indicio de una depresión en el evaluado. Los ítems evalúan síntomas como tristeza, sentimientos de culpa, anhedonia, baja autoestima, problemas de sueño, fatiga e ideas suicidas. Cada uno de ellos debe ser respondido por el evaluado tomando en cuenta los sentimientos y pensamientos de los últimos dos meses (Pelaz, Bayón, Fernández y Rodríguez, 2008).

Este test evalúa la presencia y severidad de una amplia gama de síntomas conceptualizados como de importancia clínica en la depresión en contextos que son relevantes para el niño (Cabrera, Urrutia, Vera, Alvarado y Vera-Villarroel, 2005).

### 3.8 Procedimiento

A continuación se describe el procedimiento que se realizó para la investigación:

- ❖ Se seleccionó el tema de investigación, se elaboró el perfil de investigación, y se realizó la investigación bibliográfica en las bases de datos; Google académico, bibliotecas en línea y libros físicos sobre trabajos relacionados con la presente investigación, para el desarrollo de la introducción y elaboración del marco teórico.
- ❖ Se solicitó a las autoridades de la Facultad de Humanidades la aprobación del anteproyecto de Tesis.
- ❖ Se solicitó el permiso correspondiente para realizar la tesis en el establecimiento educativo.
- ❖ Seguidamente se visitó la institución para coordinar y realizar el trabajo de campo para la aplicación del Inventario de Depresión Infantil a los adolescentes de ambas jornadas de estudio.
- ❖ Se procesaron y calificaron los resultados obtenidos por cada sujeto, para identificar qué incidencia de depresión se presenta en los jóvenes de la institución y responder al objetivo de estudio.
- ❖ Se procedió al análisis estadístico de los resultados a través de la herramienta SPSS.
- ❖ Con los resultados se elaboraron los cuadros para proceder a la presentación y discusión de los resultados obtenidos del instrumento.
- ❖ Con base a lo anterior se procedió a la elaboración de las conclusiones y recomendaciones pertinentes acerca del tema investigado.
- ❖ Se elaboró el programa cognitivo conductual para la prevención de la depresión en los adolescentes.
- ❖ Se elaboró el informe final.
- ❖ Finalmente, se hizo entrega del programa de prevención a la institución en la que se llevó a cabo el estudio.

### 3.9 Tipo de investigación, diseño y metodología estadística

La presente investigación es de enfoque cuantitativo de tipo descriptivo, de acuerdo a Hernández, Fernández y Baptista (2010, p. 80) “una investigación cuantitativa ofrece la posibilidad de generar resultados de una forma más amplia, así como controlar los fenómenos utilizando datos numéricos y analizarlos en base a la estadística”.

Exponen además que, en los estudios descriptivos, se definen las variables que se medirán en función de los sujetos que participarán en la investigación.

Según Hernández *et al.* (2010), la metodología busca explicar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice, ya que describe tendencias de un grupo o población.

En el caso del presente estudio se utilizó estadística descriptiva, la cual tiene como función la ordenación y presentación de los datos recopilados para evidenciar características de una forma útil y objetiva. Asimismo, investiga los métodos y procedimientos, establece reglas para que el manejo de los datos sea más eficiente y la información entregada refleje confiabilidad, de igual manera también busca expresar correctamente ciertos contenidos en un lenguaje que permita que cualquier persona los comprenda y pueda establecer comparaciones (Llinás y Rojas, 2006).

Para el análisis estadístico de los resultados, se utilizó la base de software estadístico SPSS versión 23, creado por IBM (International Business Machines).

Para la metodología estadística se utilizó *t* de Student, que de acuerdo con Hernández *et al.* (2010), la prueba *t* “es una prueba estadística para evaluar si dos grupos difieren entre sí de manera significativa respecto a sus medidas en una variable” (p. 319).

Para la comparación entre grupos de edades se empleó el Análisis de Varianza Unidireccional (ANOVA), el cual se define como “una prueba estadística para analizar si más de dos grupos difieren entre sí de manera significativa en sus medias y varianzas” (p. 323).

Asimismo, se utilizó la media como medida de tendencia central y de dispersión, la desviación estándar. Las cuales, según los autores mencionados anteriormente, se definen como:

- Media (X): “Es el promedio aritmético de una distribución. Es la media de la tendencia central más utilizada. Es la suma de todos los valores dividida entre el número de casos” (p. 293).
  
- Desviación Estándar (S): “Promedio de desviación de puntuación con respecto a la media que se expresa en las unidades originales de medición de la distribución (p. 294).

#### IV. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados obtenidos luego de la aplicación del Inventario de Depresión Infantil de María Kovacs adaptado por Mengana (2013), a estudiantes de la Escuela Oficial Urbana Mixta No. 850, jornada matutina y vespertina de San José Pinula, municipio de Guatemala. Mismos que darán respuesta al objetivo general planteado para ésta investigación; determinar la incidencia de depresión que se presenta en los adolescentes de 12 a 14 años de la Escuela Oficial Urbana Mixta No. 850.

Tabla 1. Estadística descriptiva del grupo

	Sexo	N	Media	Desviación estándar	Error estándar
Disforia	Femenino	74	25.3649	5.36497	.62366
	Masculino	74	24.0676	4.79820	.55778
Autoestima negativa	Femenino	74	14.5946	3.19640	.37157
	Masculino	74	13.9865	3.29172	.38265
Depresión	Femenino	74	39.9595	7.98190	.92788
	Masculino	74	38.0541	7.50505	.87244

De acuerdo con los estadísticos descriptivos de la tabla 1, se observa que las mujeres obtuvieron promedios más altos en las tres dimensiones; Disforia, Autoestima Negativa y Depresión en comparación con los promedios de los hombres. Sin embargo, las diferencias no son estadísticamente significativas.

Tabla 2. Prueba t entre género

	prueba t para la igualdad de medias	
	t	Sig. (bilateral)
Disforia	1.550	.123
Autoestima negativa	1.140	.256
Depresión	1.496	.137

Respondiendo al objetivo, establecer diferencia de Depresión, Disforia y Autoestima Negativa entre el género masculino y femenino de los adolescentes, se observa que no existe diferencia estadísticamente significativa al nivel 0.05 entre hombres y mujeres en ninguna de las tres dimensiones del instrumento ya que el valor de significancia en cada una de las dimensiones del instrumento es mayor a 0.05.

Tabla 3. Estadísticos descriptivos de mujeres por jornada

	Jornada	N	Media	Desviación estándar	Error estándar
Disforia	Matutina	56	24.6250	4.88992	.65344
	Vespertina	18	27.6667	6.23085	1.46863
Autoestima negativa	Matutina	56	14.3214	3.12821	.41802
	Vespertina	18	15.4444	3.34703	.78890
Depresión	Matutina	56	38.9464	7.30484	.97615
	Vespertina	18	43.1111	9.32983	2.19906

La tabla 3, muestra los estadísticos descriptivos entre mujeres de la jornada matutina y vespertina. Los promedios de la dimensión de Disforia muestran diferencia entre el grupo matutino y vespertino, siendo el promedio de las mujeres de vespertina mayor al promedio de las estudiantes de la jornada matutina.

En la dimensión de Autoestima Negativa y Depresión también se observa que el promedio del grupo de mujeres de vespertina es mayor al de las estudiantes de la jornada matutina. Sin embargo, la diferencia significativa entre jornadas se presenta únicamente en el área de Disforia.

Tabla 4. Prueba t mujeres según jornada

	prueba t para la igualdad de medias	
	t	Sig. (bilateral)
Disforia	-2.143	.035
Autoestima negativa	-1.303	.197
Depresión	-1.963	.054

Respondiendo al objetivo, establecer diferencias de la dimensión de Disforia, Autoestima Negativa y Depresión entre el género femenino por jornadas, se observa que en la única dimensión que existe diferencia estadísticamente significativa al nivel 0.05 es en la dimensión de Disforia, ya que el valor de significancia es menor a 0.05. Dimensión en la que las mujeres de la jornada vespertina obtuvieron un promedio más alto que el de las mujeres de la jornada matutina. Y el tamaño del efecto o de la diferencia es -0.54, que es considerada una diferencia moderada.

Tabla 5. Estadísticos descriptivos de hombres según jornada

	Jornada	N	Media	Desviación estándar	Error estándar
Disforia	Matutina	60	23.9000	4.92899	.63633
	Vespertina	14	24.7857	4.28196	1.14440
Autoestima negativa	Matutina	60	13.8667	3.37220	.43535
	Vespertina	14	14.5000	2.98071	.79663
Depresión	Matutina	60	37.7667	7.77080	1.00321
	Vespertina	14	39.2857	6.34191	1.69495

Los descriptivos de comparación entre hombres de ambas jornadas muestran que los promedios más altos lo obtuvieron los hombres de la jornada vespertina.

Tabla 6. Prueba t hombres según jornada

	prueba t para la igualdad de medias	
	t	Sig. (bilateral)
Disforia	-.619	.538
Autoestima negativa	-.646	.521
Depresión	-.679	.499

Respondiendo a los objetivos de establecer la diferencia de las dimensiones; Disforia, Autoestima Negativa y Depresión entre el género masculino por jornadas, se observa que no existe diferencia estadísticamente significativa al nivel 0.05 en ninguna de las dimensiones entre los hombres de la jornada matutina y vespertina, ya que el valor de significancia es mayor a 0.05.

Tabla 7. Estadísticos descriptivos según la edad

		N	Media	Desviación estándar	Error estándar	Mínimo	Máximo
Disforia	12.00	98	23.8673	4.78537	.48340	16.00	40.00
	13.00	32	25.7813	4.72286	.83489	18.00	40.00
	14.00	18	27.4444	6.37294	1.50212	18.00	41.00
	Total	148	24.7162	5.11373	.42035	16.00	41.00
Autoestima negativa	12.00	98	14.0510	3.24394	.32769	10.00	27.00
	13.00	32	14.6250	3.32876	.58845	10.00	23.00
	14.00	18	15.0000	3.14362	.74096	10.00	24.00
	Total	148	14.2905	3.24772	.26696	10.00	27.00
Depresión	12.00	98	37.9184	7.46493	.75407	26.00	67.00
	13.00	32	40.4063	7.33467	1.29660	28.00	63.00
	14.00	18	42.4444	9.17940	2.16361	30.00	65.00
	Total	148	39.0068	7.77970	.63949	26.00	67.00

La tabla 7, muestra los estadísticos de las dimensiones del instrumento con las edades de los sujetos de estudio.

Se observa que, el grupo de 14 años de edad muestra los promedios más altos en las tres dimensiones, Disforia, Autoestima Negativa y Depresión.

Tabla 8. Análisis de Varianza Unidireccional (ANOVA)

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Disforia	Entre grupos	240.892	2	120.446	4.847	.009
	Dentro de grupos	3603.189	145	24.850		
	Total	3844.081	147			
Autoestima negativa	Entre grupos	18.262	2	9.131	.864	.424
	Dentro de grupos	1532.245	145	10.567		
	Total	1550.507	147			
Depresión	Entre grupos	391.483	2	195.742	3.337	.038
	Dentro de grupos	8505.510	145	58.659		
	Total	8896.993	147			

El análisis de ANOVA presentado en la tabla 6, para conocer la diferencia entre los grupos de estudio y las dimensiones del instrumento, muestra que existe diferencia estadísticamente significativa al nivel 0.05 en las dimensiones de Disforia y Depresión, donde el valor de significancia es menor a 0.05.

Para conocer entre qué grupos existe la diferencia se presenta la prueba post hoc a continuación.

Tabla 9. Pruebas post hoc

Variable dependiente	(I) Edad	(J) Edad	Diferencia de medias (I-J)	Error estándar	Sig.
Disforia	12.00	13.00	-1.91390	1.01495	.173
		14.00	-3.57710*	1.27832	.022*
	13.00	12.00	1.91390	1.01495	.173
		14.00	-1.66319	1.46870	.528
	14.00	12.00	3.57710*	1.27832	.022*
		13.00	1.66319	1.46870	.528
Autoestima negativa	12.00	13.00	-.57398	.66186	.687
		14.00	-.94898	.83360	.525
	13.00	12.00	.57398	.66186	.687
		14.00	-.37500	.95775	.926
	14.00	12.00	.94898	.83360	.525
		13.00	.37500	.95775	.926
Depresión	12.00	13.00	-2.48788	1.55937	.283
		14.00	-4.52608	1.96402	.074
	13.00	12.00	2.48788	1.55937	.283
		14.00	-2.03819	2.25652	.666
	14.00	12.00	4.52608	1.96402	.074
		13.00	2.03819	2.25652	.666

\*. La diferencia de medias es significativa en el nivel 0.05.

Los resultados de la prueba post hoc, muestran que existe diferencia estadísticamente significativa al nivel 0.05 en la dimensión de Disforia entre el grupo de 14 y 12 años. En la dimensión de Depresión también se observa diferencia estadísticamente significativa entre el grupo de 14 y 12 años. Asimismo, el grupo de 12 años no difiere del grupo de 13 años y el grupo de 14 años tampoco difiere del grupo de 13 años. La única dimensión en la que no se presenta diferencia estadísticamente significativa entre los grupos por edades, es en la de Autoestima Negativa.

Con este último análisis se da respuesta al objetivo, identificar en qué grupo etario se presenta mayor incidencia de depresión.

En síntesis, los resultados indican que las mujeres obtuvieron un promedio superior al de los hombres en las tres dimensiones medidas, sin embargo, las diferencias no son estadísticamente significativas, ya que el valor de significancia en cada una de las dimensiones del instrumento es mayor a 0.05. Asimismo, los resultados muestran que las mujeres de la jornada vespertina presentan mayor promedio que las mujeres de la jornada matutina, sin embargo, es en la dimensión de Disforia que se muestra diferencia estadísticamente significativa al nivel 0.05, siendo las mujeres de la jornada vespertina las que obtuvieron promedios más altos y el tamaño del efecto o la diferencia es -0.54, que es considerada una diferencia moderada.

En el caso del grupo de los hombres, se muestra que los que pertenecen a la jornada vespertina presentan mayor promedio que los que pertenecen a la jornada matutina. Sin embargo, no existe diferencia estadísticamente significativa en ninguna de las tres dimensiones medidas.

Por otro lado, en cuanto a la comparación por grupo etario, se muestra que los estudiantes de 14 años presentan mayor promedio en las dimensiones de Depresión, Disforia y Autoestima Negativa, que los estudiantes de 12 y 13 años. Asimismo, se muestra diferencia en la dimensión de Disforia entre el grupo de 14 y 12 años; al igual que en la dimensión de Depresión entre el grupo de 14 y 12 años. El grupo de 12 años no difiere del grupo de 13 años y el grupo de 14 años tampoco difiere del grupo de 13 años. En la dimensión de Autoestima Negativa, no se presenta diferencia estadísticamente significativa entre los grupos por edades.

## V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

A continuación, se realiza el análisis de los resultados presentados en el capítulo anterior. En esta investigación el objetivo principal fue determinar la incidencia de depresión en los adolescentes de 12 a 14 años de la Escuela Oficial Urbana Mixta No. 850, ubicada en el municipio de San José Pinula.

La depresión es un trastorno que se caracteriza principalmente por sentimientos de tristeza, irritabilidad, cambios en el apetito y en los patrones de sueño, además de baja autoestima y pensamientos o actos suicidas (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014). Por lo tanto, es un trastorno que también se puede presentar en la adolescencia, siendo el adolescente aún más propenso, ya que se encuentra en una etapa de búsqueda de identidad y formación de autoestima.

Varios autores coinciden con la postura anterior, mientras que otros difieren debido a los resultados encontrados en sus investigaciones.

Los resultados de la presente investigación, concuerdan con los obtenidos en el estudio de Rojas (2013), quien investigó acerca de la existencia de depresión en adolescentes de 14 a 17 años y encontró que no existe diferencia estadísticamente significativa al nivel 0.05 de confianza entre hombres y mujeres, a pesar que las edades de los sujetos de ambos estudios no son las mismas. Asimismo, ocurre con el estudio de Arenas (2009), quien obtuvo como resultado que no existe diferencia estadísticamente significativa al nivel 0.05 en cuanto a la presencia de depresión en los adolescentes según el género.

En la presente investigación, los resultados indican que las mujeres de la jornada vespertina presentaron un promedio superior al de las mujeres de la jornada matutina, sin embargo, es solamente en la dimensión de Disforia que se mostró una diferencia estadísticamente significativa. Paralelamente, lo mismo se evidenció en cuanto a los hombres, es decir, en la jornada vespertina se presentó un mayor promedio que en la matutina, sin embargo, no mostraron diferencia estadísticamente significativa en ninguna de las tres dimensiones medidas por el instrumento a diferencia de las mujeres.

Por lo tanto, se infiere que la jornada de estudio es un factor que influye en la presencia de síntomas depresivos. Tal y como lo muestra Turcios (2013), relacionando la

depresión con el bullying y Chávez (2010), quien encontró en su investigación que los huérfanos en su mayoría padecen depresión. De manera similar ocurre con el estudio de López, Fuentes, Palos y Oudhof, (2012), quienes concluyeron que el grado de estrés de los sucesos vitales se relaciona con la prevalencia de síntomas depresivos en los adolescentes.

Castillo (2016), en su estudio encontró que existe mayor presencia de sintomatología depresiva en las edades de 12 a 14 años, lo cual también coincide con la presente investigación, que incluye a sujetos de dichas edades. En la misma, se obtuvo como resultado que los estudiantes de 14 años presentan mayor promedio en las dimensiones de Depresión, Disforia y Autoestima Negativa, que los estudiantes de 12 y 13 años. Además, entre el grupo de 12 y 14 años se muestra diferencia en cuanto a la dimensión de Disforia y Depresión. Sin embargo, la dimensión de Autoestima Negativa no representa una diferencia estadísticamente significativa entre el grupo de 12, 13 y 14 años.

Otros estudios que difieren con los resultados encontrados en la presente investigación son: el estudio de Garrido (2013), quien investigó la presencia de depresión en pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus tipo I, encontró que los hombres presentan mayor incidencia de depresión que las mujeres. De igual forma, los resultados encontrados por Castillo (2016), indicaron que en los adolescentes hombres es más frecuente la sintomatología depresiva.

Sin embargo, dichos estudios también contrastan con el presentado por López, Fuentes, Palos y Oudhof, (2012), quienes obtuvieron como resultado que la depresión muestra mayor prevalencia en mujeres que en hombres. Lo mismo se encontró en el estudio realizado por García (2002), que las mujeres presentan mayor tendencia a la depresión, sin embargo son los hombres quienes se ven más afectados por el consumo de drogas.

En la investigación realizada por Ávila (2014), también se evidencia que las mujeres presentan predominancia de síntomas depresivos, sin embargo, ella relacionó tal padecimiento con el factor de embarazo en adolescentes que no cuentan con apoyo familiar.

De igual manera, Roselló y Berríos (2004), complementan dicha investigación, ya que encontraron en su estudio que existe una correlación significativa de las variables de eventos de vida estresantes, autoestima y depresión, con la variable de ideación suicida.

Análogamente, Zúñiga, Jacobo, Rodríguez, Cabrera y Jiménez Rentería (2009), descubrieron en su estudio que existe una relación inversamente proporcional entre la depresión y el factor de cohesión familiar en los adolescentes, asimismo que, los que pertenecen a zonas rurales mostraron puntuaciones más altas que los que pertenecen a zonas urbanas. Sin embargo, dicho estudio contrasta con la investigación realizada en adolescentes por Sajquim (2012), quien buscó determinar la influencia del acné vulgar en el padecimiento de depresión y encontró que solamente un pequeño porcentaje sí presentaba depresión.

Por otro lado, existen investigaciones que garantizan la eficacia de los programas o enfoques de intervención psicológica. Peláez (2013), y López (2007), realizaron un programa de inteligencia emocional enfocado principalmente en disminuir la depresión en edades de 8 a 12 años, de lo cual obtuvieron un resultado favorable, ya que se presentó diferencia estadísticamente significativa en comparación de los resultados del pre test y el post test de la muestra utilizada en cada una de las investigaciones.

De forma similar, Rosenberg (2011), realizó una investigación para determinar la eficacia de la psicoterapia con enfoque cognitivo en pacientes con depresión, los resultados indicaron que todos los sujetos del estudio que se encontraban acudiendo a un proceso psicoterapéutico sí presentaban optimismo en cuanto a su visión del futuro.

Es por ello, que el programa Crisálida, planteado en la presente investigación se basa en la utilización del enfoque cognitivo conductual para la prevención de depresión en adolescentes. Dicho programa se enfoca en modificar pensamientos negativos del adolescente y lo lleven a controlar su conducta y afrontar situaciones de forma adecuada, tal como lo menciona Beck (citado por González 2004), quien define la depresión como una consecuencia de la deformación en el modo de pensar y razonar del sujeto.

## VI. CONCLUSIONES

La depresión es el resultado de un conjunto de factores, tanto internos como externos, que afectan el desenvolvimiento o adaptación del ser humano a su contexto. Brindar apoyo psicológico de una manera preventiva, podría reducir la incidencia de la misma, especialmente en una etapa tan vulnerable como la adolescencia.

Luego de analizar estadísticamente, los resultados obtenidos mediante la aplicación de un inventario de depresión, se concluye que:

- Al ser evaluado el grupo total de adolescentes, con el Inventario de Depresión Infantil, se determinó que el género femenino obtuvo mayores promedios en la dimensión de Disforia, Depresión y Autoestima Negativa, en comparación con el género masculino. Sin embargo, no se muestra diferencia estadísticamente significativa al nivel 0.05 entre hombres y mujeres en ninguna de las tres dimensiones, ya que el valor de significancia en cada una de las dimensiones del instrumento es mayor a 0.05.
- Las mujeres de la jornada vespertina muestran promedios más altos que las mujeres de la jornada matutina en las tres dimensiones medidas. Sin embargo, únicamente muestran diferencia estadísticamente significativa en la dimensión de Disforia, ya que el valor de significancia es menor a 0.05, de acuerdo con el tamaño del efecto la diferencia encontrada es moderada.
- Los hombres de la jornada vespertina obtuvieron promedios más altos que los hombres de la jornada matutina. No muestran diferencia estadísticamente significativa en ninguna de las dimensiones, debido a que el valor de significancia es mayor a 0.05.
- Los estudiantes de 14 años presentan mayor promedio en las dimensiones de Depresión, Disforia y Autoestima Negativa, que los estudiantes de 12 y 13 años.
- Entre el grupo de 14 y 12 años, únicamente se muestra diferencia estadísticamente significativa al nivel de 0.05, en las dimensiones de Disforia y Depresión.
- El grupo de 12 años no muestra diferencia estadísticamente significativa en comparación al grupo de 13 años. De igual forma, el grupo de 14 años tampoco difiere del grupo de 13 años.
- En la dimensión de Autoestima Negativa, no se presenta diferencia estadísticamente significativa entre ninguno de los grupos etarios.

## VII. RECOMENDACIONES

A los profesionales en Psicología Clínica:

- Se recomienda realizar más investigaciones similares, basadas en la depresión y otros problemas que se presentan en los adolescentes, con el objetivo de fomentar la salud mental en la población guatemalteca. Asimismo, ampliar el estudio a otros grupos vulnerables.
- Desarrollar más herramientas de apoyo psicológico, de tal manera que se logre desmitificar las ideas que existen acerca de la psicología en Guatemala.
- Implementar en los centros educativos, programas de prevención que den a conocer los posibles problemas psicológicos que pueden presentar tanto niños como adolescentes.
- Realizar un estudio tipo experimental, utilizando el programa de prevención propuesto en la presente investigación para la depresión en la etapa adolescente y verificar su efectividad.

A los profesores:

- Interesarse más en el desarrollo psicosocial de los estudiantes, de tal manera que en el centro educativo manifiesten un buen rendimiento académico y relaciones interpersonales sanas.
- Prestar mayor atención a los adolescentes, ya que se encuentran en una etapa de cambios y los convierte en una población vulnerable, frente a diferentes riesgos de su entorno.
- Implementar dentro de las actividades extracurriculares, algunas que fomenten la promoción de salud mental, a través de talleres, charlas o inclusión de personal especializado en dicha rama de la salud.
- Informarse acerca de la depresión y formas para abordarla de la manera más adecuada desde su labor educativa.

- Implementar en el centro educativo la aplicación del programa propuesto en la presente investigación, con el fin de lograr prevenir la depresión entre los estudiantes.

A los padres de familia:

- Procurar brindar a sus hijos en casa, un ambiente agradable y seguro, con el propósito de generar en ellos un desarrollo integral adecuado.
- Implementar en el hogar un modelo de crianza autoritativo, de tal manera que sus hijos adquieran confianza en sí mismos y desarrollen la capacidad de expresarse asertivamente.
- Fomentar y practicar una educación basada en valores, de tal forma que se construya un cambio genuino en Guatemala.
- Procurar estar pendiente de las relaciones interpersonales de sus hijos, ya que constituye un factor que influye de gran manera en su comportamiento y aprendizaje.
- Participar o involucrarse en las actividades que el centro educativo realiza.
- Buscar ayuda profesional en caso que note comportamientos inadecuados en sus hijos.
- Fomentar un canal de comunicación abierta con sus hijos, basada en la comprensión y el apoyo, con el objetivo de conocer acerca de los cambios que experimenta y las inquietudes que le surgen en su proceso de desarrollo.

## VIII. REFERENCIAS

- Aguirre, A. (1994). *Psicología de la adolescencia*. España: Marcombo.
- Arenas, S. (2009). *Relación entre la funcionalidad familiar y la depresión en adolescentes* (Tesis de licenciatura). Recuperada de [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2562/1/Arenas\\_as.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2562/1/Arenas_as.pdf)
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5)* (5 ed.). Arlington, Virginia: Asociación Americana de Psiquiatría.
- Ávila, A. (2014). *Prevalencia de ansiedad y depresión en adolescentes embarazadas de edades comprendidas de entre 12 y 18 años que se encuentran en riesgo y sin apoyo familiar del proyecto especial Adole – Isis* (Tesis de licenciatura). Recuperada de <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/3676/1/T-UCE-0007-121.pdf>
- Cabrera, P., Urrutia, B., Vera, V., Alvarado, M. y Vera-Villarroel, P. (2005). Ansiedad y depresión en niños diagnosticados con cáncer. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 10(2), 115-124. Recuperado de <http://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/view/3994/3849>
- Caro, M. (2015). Información y verdad en el uso de las redes sociales por parte de adolescentes. *Teoría De La Educación. Revista Interuniversitaria*, 27(1), 187-199. Recuperado de [http://revistas.usal.es/~revistas\\_trabajo/index.php/1130-3743/article/view/teoredu2015271187199/13444](http://revistas.usal.es/~revistas_trabajo/index.php/1130-3743/article/view/teoredu2015271187199/13444)
- Castillo, S. (2016). *Presencia de síntomas depresivos en adolescentes del colegio “Rosenthal de la Puente” de Magdalena del Mar en el año 2016* (Tesis de licenciatura). Recuperada de <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/5182>
- Chávez, E. (2010). *Depresión en adolescentes huérfanos* (Tesis de licenciatura). Recuperada de <http://bibliod.url.edu.gt/Tesis/05/22/Chavez-Alvarez-Elma/Chavez-Alvarez-Elma.pdf>

- Corbin, J. (2017). "Ballena Azul": un macabro juego lleva a jóvenes al suicidio. [Entrada de blog] Recuperado de <https://psicologiymente.net/social/ballena-azul-jovenes-suicidio#!>
- Delval, J. (2008). *El desarrollo humano*. España: Siglo XXI.
- Fundación Telefónica. (2017). *Consecuencias del Trabajo Infantil*. Recuperado de <http://www.telefonica.com.gt/pronino/trabajo-infantil-en-guatemala/consecuencias-del-trabajo-infantil>
- García, A. (2002). *La influencia de la familia y el nivel de depresión hacia el consumo de drogas en los adolescentes de la Ciudad de México* (Tesis de licenciatura). Recuperada de [http://www.uade.inpsiquiatria.edu.mx/tesis/tesis\\_alma\\_garcia.pdf](http://www.uade.inpsiquiatria.edu.mx/tesis/tesis_alma_garcia.pdf)
- Garrido, J. (2013). *Nivel de depresión, según la Prueba CDS en niños y adolescentes entre los 8 y los 16 años, afectos a Diabetes Mellitus tipo I, que asisten a consulta en una clínica privada de la zona 10, ciudad capital* (Tesis de licenciatura). Recuperada de <http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2013/05/43/Garrido-Jessica.pdf>
- Gómez, C., Hernández, G., Rojas, A., Santacruz, H. y Uribe, M. (2008). *Psiquiatría clínica: Diagnóstico y tratamiento en niños, adolescentes y adultos* (3 ed.). Bogotá, Colombia: Editorial Médica Internacional.
- González, J. (2004). *La depresión: dos enfoques complementarios*. España: Editorial Fundamentos.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación* (5 ed.). México D.F.: McGraw-Hill.
- Llinás, H. y Rojas, C. (2006). *Estadística descriptiva y distribuciones de probabilidad*. Colombia: Ediciones Uninorte.
- López, M. (2007). *Aplicación de un programa de inteligencia emocional desarrollado en casa para disminuir la depresión infantil en niñas de 8 a 12 años* (Tesis de licenciatura). Recuperada de <http://biblio3.url.edu.gt/Tesis/2007/05/42/Lopez-Maria.pdf>
- López, M., Fuentes, N., Palos, P. y Oudhof, H. (2012). Depresión en adolescentes: El papel de los sucesos vitales estresantes. (Spanish). *Salud Mental*, 35(1), 37-43. Recuperado

de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S018533252012000100006](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S018533252012000100006)

Mengana, K. (2013). *Adaptación del Inventario de Depresión Infantil de Kovacs en adolescentes cubanos de 12 a 15 años*. (Tesis de licenciatura). Recuperada de <http://dspace.uclv.edu.cu/bitstream/handle/123456789/175/Tesis%20de%20Kenia.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Monroy, A. (2002). *Salud y sexualidad en la adolescencia y juventud/ guía práctica para padres y educadores*. México: Editorial Pax México.

Myers, D. (2005). *Psicología* (7 ed.). Buenos Aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana

Organización Mundial de la Salud. (2017). *Depresión*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>

Papalia, D. y Feldman, R. (2012). *Desarrollo Humano* (12 ed.). México: McGraw-Hill.

Parolari, F. (2005). *Psicología de la adolescencia*. Bogotá, Colombia: Editorial San Pablo.

Peláez, S. (2013). *Incidencia del programa de inteligencia emocional “Desarrollando el potencial emocional” en el nivel de depresión infantil de niñas con síntomas depresivos, estudiantes de un colegio privado de la Ciudad de Guatemala* (Tesis de licenciatura inédita). Universidad Rafael Landívar, Guatemala.

Pelaz, A., Bayón, C., Fernández, A. y Rodríguez, P. (2008). Temperamento, ansiedad y depresión en población infantil. *Revista pediatría de atención primaria*, 10(40), 43-51. Recuperado de <http://pap.es/files/1116-868-pdf/981.pdf>

Preston, J. (2002). *Cómo vencer la depresión*. México: Editorial Pax México.

Real Academia Española. (2017). *Diccionario de la Lengua Española*. Recuperado de <http://dle.rae.es/?id=MXAFdY7>

Rodés, J., Piqué, J. y Trilla, A. (2007). *Libro de la salud del Hospital Clínic de Barcelona y de la Fundación BBVA*. España: Editorial Nerea.

- Rojas, E. (2013). *Estudio comparativo sobre depresión en adolescentes de ambos géneros* (Tesis de licenciatura). Recuperada de <http://glifos.umg.edu.gt/digital/85342.pdf>
- Roselló, J. y Berrios, M. (2004). Ideación suicida, depresión, actitudes disfuncionales, eventos de vida estresantes y autoestima en una muestra de adolescentes puertorriqueños. *Revista Interamericana de Psicología*, 38(2), 295-302. Recuperado de <http://www.psycorip.org/Resumos/PerP/RIP/RIP036a0/RIP03831.pdf>
- Rosenberg, K. (2011). *El optimismo en pacientes depresivos según el enfoque de psicoterapia cognitiva* (Tesis de licenciatura). Recuperada de <http://biblio3.url.edu.gt/Tesis/2011/05/42/Rosenberg-Karelia.pdf>
- Saavedra, M. (2004). *Cómo entender a los adolescentes para educarlos mejor*. México: Editorial Pax México.
- Sajquim, E. (2012). *Relación entre depresión y acné en estudiantes de secundaria de la Ciudad de Guatemala* (Tesis de licenciatura). Recuperada de <http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2012/09/03/Sajquim-Edvin.pdf>
- San, L. y Arranz, M. (2010). *Comprender la depresión*. Barcelona, España: Editorial Amat.
- Sarason, I. y Sarason, B. (1988). *Psicología anormal: Los problemas de la conducta desadaptada* (2 ed.). México: Editorial Trillas.
- Stassen, K. (2007). *Psicología del desarrollo: infancia y adolescencia*. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.
- Trickett, S. (2009). *Supera la ansiedad y la depresión*. Barcelona, España: Editorial Hispano Europea.
- Turcios, E. (2013). *Niveles de depresión que se presentan en jóvenes víctimas de bullying que cursan la secundaria en un colegio privado de la ciudad capital* (Tesis de licenciatura). Recuperada de <http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2013/05/42/Turcios-Estefany.pdf>
- Universidad de San Carlos de Guatemala. (2011). *Encuesta Nacional de Salud Mental*. Guatemala: USAC.

- Urbano, A. y Yuni, J. (2005). *Psicología del desarrollo: enfoques y perspectivas del curso vital*. Córdoba, Argentina: Editorial Brujas.
- Villardón, L. (1993). *El pensamiento de suicidio en la adolescencia*. España, Bilbao: Universidad de Deusto.
- Zúñiga, M., Jacobo, B., Rodríguez, A., Cabrera, N. y Jiménez Rentería, M. (2009). La relación entre depresión y conflictos familiares en adolescentes. *International Journal Of Psychology & Psychological Therapy*, 9(2), 205-216. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/560/56012878005/>

# **ANEXOS**

**ANEXO 1**  
**FICHA TÉCNICA**  
**INVENTARIO DE DEPRESIÓN INFANTIL**

<b>Nombre</b>	Inventario de Depresión Infantil
<b>Nombre original</b>	Children´s Depression Inventory (CDI)
<b>Autora</b>	María Kovacs y Aaron Beck. Adaptado al español en Cuba por Kenia Mengana (2013).
<b>Objetivo</b>	Evaluar la sintomatología depresiva en niños y adolescentes.
<b>¿Qué mide?</b>	Mide las siguientes dimensiones:  <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Depresión (ítems: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27)</li> <li>2. Disforia (ítems: 1, 2, 3, 4, 6, 10, 11, 12, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 26 y 27)</li> <li>3. Autoestima Negativa (ítems: 5, 7, 8, 9, 13, 14, 15, 23, 24 y 25)</li> </ol>
<b>Sujetos</b>	Adolescentes de 12 a 15 años.
<b>Forma de aplicación</b>	Se puede administrar de forma individual o colectiva.
<b>Duración</b>	Aproximadamente entre 10 y 20 minutos.
<b>Reactivos</b>	El test consta de 27 preguntas.
<b>Opciones de respuesta</b>	27 preguntas de selección múltiple.
<b>Puntaje por respuesta</b>	Para obtener la dimensión de Depresión las respuestas 1, 3, 4, 6, 9, 12, 14, 17, 19, 20, 22, 23, 26, 27 puntúan 1, 2 y 3; mientras que las respuestas 2, 5, 7, 8, 10, 11, 13, 15, 16, 18, 21, 24 y 25 puntúan 3, 2 y 1.

	<p>Para obtener la puntuación de Disforia, los ítems 1, 2, 3, 4, 6, 10, 11, 12, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 26 y 27 tienen un valor de 1 punto.</p> <p>Para obtener la puntuación de la dimensión de Autoestima Negativa, los ítems 5, 7, 8, 9, 13, 14, 15, 23, 24 y 25 tienen un valor de 1 punto.</p>
<b>Puntaje mínimo y máximo</b>	<p>En cuanto a la dimensión de Depresión, la puntuación mínima es de 27 y la máxima de 81.</p> <p>Con respecto a la dimensión de Disforia, la puntuación mínima es de 17 puntos y la puntuación máxima es de 51.</p> <p>En cuanto a la puntuación de la dimensión de Autoestima Negativa, la puntuación mínima es de 10 puntos y la puntuación máxima es de 30.</p>
<b>Validado por</b>	11 profesionales cubanos, de los cuales 2 cuentan con grado académico de doctorado y 9 de ellos con grado de maestría.

## **ANEXO 2**

### **PROGRAMA DE PREVENCIÓN PARA LA DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES**

Programa de  
prevención para  
depresión  
***“Crisálida”***



# Programa de prevención para la **de**presión en adolescentes

Por

Brenda Esmeralda Ramírez Marroquín

Guatemala, Noviembre 2017.

# Índice

Introducción .....	1
Objetivo General.....	2
Objetivos Específicos .....	2
<b>Módulo I</b> .....	3
Sesión # 1 .....	4
Sesión # 2.....	6
Sesión # 3.....	7
Sesión # 4.....	8
Sesión # 5.....	9
<b>Módulo II</b> .....	10
Sesión # 1 .....	11
Sesión # 2.....	14
Sesión # 3.....	15
<b>Módulo III</b> .....	18
Sesión # 1 .....	19
Sesión # 2.....	21
Sesión # 3.....	22
Sesión # 4.....	26
Sesión # 5.....	27
Referencias.....	28

# Introducción

La depresión es un trastorno mental que en los últimos años ha tomado mayor relevancia a nivel mundial, influye de manera global en el contexto académico, familiar y social del ser humano. Según la Organización Mundial de la Salud, OMS (2017) para el año 2020, la depresión será la segunda causa principal de discapacidad.

Según la Universidad de San Carlos de Guatemala (2011), en su Encuesta Nacional de Salud Mental, los trastornos depresivos ocupan el segundo lugar de incidencia, afectando a un 8% de la población guatemalteca.

La Asociación Americana de Psiquiatría (2014), en su Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-5), menciona que la depresión se manifiesta con un estado de ánimo triste, vacío o irritable, es acompañado de cambios somáticos y cognitivos que repercuten significativamente en la capacidad funcional de la persona.

Por lo tanto, en cualquier etapa del desarrollo, el ser humano puede manifestar cuadros de depresión, para prevenirla es preciso proporcionar las herramientas psicológicas necesarias con el objetivo de reducir los factores que generan su incidencia. Sin embargo, en el presente programa se busca apoyar con la prevención de dicho padecimiento solamente a los estudiantes que se encuentran en la etapa de la adolescencia, se desea promover la formación de jóvenes autoeficaces, proactivos y resilientes.

Por todo lo mencionado anteriormente, el programa presentado a continuación pretende ser una herramienta de apoyo psicológico a los jóvenes de 12 a 14 años de los centros educativos. El cual lleva por nombre *Crisálida*, ya que se considera que un adolescente se encuentra en proceso de desarrollo de igual forma que un capullo, del que luego puede llegar a

emerger una bella mariposa. *Crisálida* lleva un enfoque psicológico, sin embargo va dirigido al personal docente del centro educativo, ya que son ellos los más indicados para aplicar dicho programa, debido a que son las personas más cercanas a los jóvenes y con quienes conviven diariamente.

El programa es sencillo de aplicar, se encuentra dividido en módulos, cada uno de ellos con su nombre y las actividades correspondientes, asimismo, debe ser aplicado en el orden en que se encuentra y se recomienda ser realizada una sesión por semana.

## **Objetivo General**

Brindar al personal docente del centro educativo una herramienta para intervenir de forma preventiva en el desarrollo de depresión de los adolescentes.

## **Objetivos Específicos**



Proporcionar a los adolescentes las herramientas psicológicas necesarias para afrontar posibles situaciones de vida estresantes.



Implementar dentro de las actividades extracurriculares, temas importantes para el desarrollo psicosocial de los adolescentes.



Fomentar el desarrollo de un nivel adecuado de autoestima.



Lograr que el adolescente se comuniqué de forma asertiva en su contexto.



Promover el desarrollo de Inteligencia Emocional en el adolescente.

# Módulo I

A horizontal watercolor brushstroke with a gradient of colors including teal, blue, purple, and pink, serving as a background for the title.

## Autoestima

*Se define como aquellos sentimientos y creencias que se tienen acerca de uno mismo, los cuales afectan todo lo que se hace en la vida. El autoestima es compleja y cambiante, conlleva la aceptación propia, el conocerse a sí mismo, tener una idea realista de lo que se es y estar conformes con ello, valorarse o sentirse amado, ser amable con uno mismo, el autorrespeto, la confianza y la aceptación propia (Feldman, 2005).*



## Sesión # 1

### Objetivo

Lograr que el adolescente mejore su autoconocimiento.

# Mi reflejo



### Materiales

- Un espejo
- Hojas de papel bond blancas o con líneas
- Lápiz/lapicero

### Descripción

El docente propiciará un ambiente tranquilo y silencioso antes de iniciar la actividad. Cuando ya se tenga el ambiente adecuado, indicará a los estudiantes que tomen su espejo y vean en él su rostro por un instante, a la vez que se realizarán la pregunta *¿Quién soy?*

Luego, cuando el docente considere que ha sido un tiempo prudente, les dará a cada uno una hoja de papel, la cual indicará que deben doblar por la mitad de forma vertical, en la división del lado izquierdo anotarán sus debilidades o defectos y en el lado derecho sus fortalezas o cualidades.



Debilidades	Fortalezas

Luego de que las anoten, el docente deberá motivarlos a analizar sus respuestas con preguntas como: *¿Cuál de las columnas escribieron con*

menor dificultad? ¿Cuál con mayor dificultad? ¿Cuál de las dos les han hecho ver las demás personas? ¿Cuáles expresan con mayor frecuencia? Y la pregunta final: ¿Cómo puedo utilizar mis fortalezas (cualidades) para contrarrestar mis debilidades (defectos)?

Finalmente, el docente realizará la retroalimentación de la actividad, preguntará a cada estudiante qué le pareció, qué se le dificultó y si logró encontrar una respuesta al último cuestionamiento. Asimismo, deberá explicar a los estudiantes que el autoconocimiento ayuda a la aceptación de sí mismo.

**Observación:** Se le deberá solicitar a cada estudiante que lleve su propio espejo para realizar la actividad. Lo que se pretende es que se haga de manera individual todo el ejercicio y realicen una introspección personal, por lo que se recomienda llevar a los estudiantes a un lugar amplio donde se puedan colocar separados uno del otro.



# Transformando los colores



## Objetivo

Mejorar la autoimagen que el adolescente posee de sí mismo.

## Materiales

- Témperas, acuarelas o cualquier tipo de pintura para papel.
- Crayones y marcadores
- Pliegos de papel periódico
- Pinceles

## Descripción

A cada estudiante se le entregará un pliego de papel, en el cual realizarán una composición artística que los describa. Dicha composición la deberán realizar en silencio. Además, en ella no podrán escribir ni una sola palabra, todo lo que deseen expresar de sí mismos lo tendrán que plasmar en colores, formas o líneas.

Al finalizar su composición artística, los estudiantes realizarán un círculo y pasará cada uno a exponer su pintura. Indicará el motivo por el que utilizó los colores/formas empleadas y qué quiso expresar con su composición. Al terminar de exponer su obra, cada estudiante brindará un mensaje positivo de la persona que expuso.

Finalmente, el docente o facilitador deberá brindar retroalimentación de la actividad, en la cual puede dar a conocer que no solamente se pueden expresar las ideas a través de palabras. Por lo tanto, los colores pasan de ser únicamente colores, a ser sentimientos o emociones.



## Siluetas



### Objetivo

Incrementar la autoaceptación del adolescente.

1.5

### Descripción

Esta actividad se trabajará en parejas. A cada estudiante se le entregará un pliego de papel y un marcador. La indicación será dibujar la silueta de su cuerpo, por lo tanto se ayudarán entre ambos para dibujar la de cada uno. Al finalizar el contorno de su cuerpo, dentro de este deberán escribir su nombre y aspectos que no les agradan de sí mismos (físicos, personalidad, situaciones externas, etc.).

Luego de esto, entre la pareja de estudiantes intercambiarán sus siluetas y el compañero le deberá escribir en la parte externa del dibujo, aspectos positivos que considera que su compañero tiene. Al concluir con los aspectos positivos, el compañero que los escribió se los expresará personalmente al otro.

Finalmente, el docente preguntará a los estudiantes qué les pareció la actividad, si encontraron similitudes o diferencias con su compañero(a) y si ya conocían los aspectos positivos que poseían. Además, es fundamental una pequeña explicación por parte del docente, en la que se les hará ver que es parte importante del autoestima, el conocerse y aceptarse tal como son.



# Los náufragos



## Objetivo

Reforzar en los adolescentes la confianza en sí mismos.

## Materiales

- Rótulos con la palabra "ALIMENTO"

Se dividirá al grupo de estudiantes en dos subgrupos. El facilitador iniciará contando la siguiente historia: *En una ocasión iba un grupo de personas en un barco, el cual chocó contra una roca y se fue hundiendo poco a poco. Los pasajeros no tuvieron otra alternativa más que nadar a la isla más cercana, lo que no sabían es que en esa isla habían animales salvajes que podrían devorarlos.*

La actividad comienza entonces asignando un rol a cada grupo, uno de ellos será el grupo de los náufragos y el otro el de los animales salvajes de la isla. Se unirán los grupos y se indicará que los náufragos no son atacados por los animales salvajes si están en grupo. Sin embargo, no pueden mantenerse todo el tiempo unidos, ya que deben ir en busca de alimento a todo el territorio de la isla antes de que llegue el anochecer. Los animales salvajes deberán irse comiendo a los náufragos uno a uno, no pueden atacarlos cuando están unidos con todo el grupo. También pueden comerse el alimento de los náufragos. Gana el equipo que logra mantener el mayor número de integrantes. Finalmente, la retroalimentación consistirá en hacer ver que cada uno de ellos era parte importante en el trabajo en equipo, además que para realizar un buen trabajo se requiere de confianza en sí mismo y en el equipo.

**Observación:** Los animales salvajes sí pueden atacar a los náufragos cuando se encuentren en parejas o tríos. Es recomendable realizar la actividad en campo abierto o las canchas del establecimiento.



# Árbol de logros



## Objetivo

Reforzar en los adolescentes la autoeficacia.

## Materiales

- Hojas bond blancas
- Lapiceros

## Descripción

La actividad se realizará de forma individual. Se entregará a cada estudiante una hoja en blanco.

La instrucción será pensar en todo lo bueno que han logrado hasta este momento de su vida, a continuación dibujar el boceto de un árbol en la hoja de papel y en cada una de las partes del mismo deberán anotar lo siguiente:



**Raíces:** Los logros o metas que han alcanzado hasta el día de hoy.



**Tronco:** Los valores o fortalezas que los llevaron a cumplir con éxito los logros descritos en las raíces y que consideren que les ayudarán a alcanzar las metas que colocarán en las ramas.



**Ramas:** Las metas que tienen para su futuro, estas deben ir descritas tomando en cuenta el ámbito personal, académico, familiar y social.

Finalmente, el facilitador preguntará qué comentarios tienen acerca de la actividad y les explicará que el tronco es lo que da soporte a lo que han realizado y desean realizar a lo largo de su vida.

# Módulo II

## Comunicación asertiva

*Se define como la capacidad de expresar los propios derechos, sin permitirse manipular y sin manipular a las demás personas. Consiste en lograr comunicar adecuadamente lo que se desea sin llegar al extremo pasivo o al extremo agresivo (Castanyer, 2012).*



## Sesión # 1

# El Facebook de la asertividad



### Objetivo

Identificar los extremos insanos de la comunicación.

### Materiales

- Hojas de perfil de Facebook impresas
- Lapiceros

### Descripción

Antes de iniciar la actividad, el docente deberá dividir al grupo de estudiantes en subgrupos, con la cantidad que considere necesaria y se formarán en círculos.

Se les explicará a los estudiantes qué es la comunicación asertiva y los extremos que permiten que esta influya inadecuadamente en el equilibrio emocional.

A continuación se encuentra la explicación de cada uno:



Extremo pasivo: La persona que se encuentra en este rango no dice lo que piensa por temor a ser rechazado o juzgado por los demás.



Persona asertiva: Esta persona sí dice lo que piensa y siente, pero con la característica que respeta el que los demás se encuentren de acuerdo o no con su punto de vista.



Extremo agresivo: La persona que se encuentra en esta categoría impone a los demás lo que piensa o siente, sin haber evaluado la situación o importarle molestar a la otra persona.

Luego de la explicación anterior, el facilitador o docente deberá asignar a cada estudiante, uno de los roles descritos. A la vez que les repartirá a cada

uno, una de las hojas que se muestra a continuación, esta será la simulación de su perfil de Facebook.

En ella deberán escribir su nombre y un pensamiento o comentario personal acerca de lo que deseen.

Luego de que cada uno anotó su comentario y que les fue asignado a cada uno de los integrantes del grupo un rol, se procederá a intercambiar su hoja con el compañero del lado derecho, el cual deberá escribirle una respuesta a su comentario. Cada uno debe tomar en cuenta que para escribir su respuesta al comentario de los demás debe hacerlo desde el rol que le asignaron y deberá anotar antes de escribirlo cuál es el rol.

Así sucesivamente deben intercambiar sus hojas hasta que todos los compañeros hayan escrito una respuesta.

### Ejemplo:

¿Qué estás pensando?

*“Las rosas rojas tienen mal olor”.*

Respuestas:

Pasivo: *“si, estoy de acuerdo, las rosas rojas tienen mal olor”.*

Asertivo: *“respeto tu opinión, pero no concuerdo con ella, pues yo pienso que las rosas tienen un aroma agradable”.*

Agresivo: *“a mí no me importa lo que tú pienses, yo amo las rosas y tú deberías hacer lo mismo”.*

Al finalizar la actividad, el docente pedirá voluntarios para que lean su muro al resto de los grupos y mencionen cómo se sintieron al leer los comentarios, además que exprese cuál de los roles asignados considera que es la mejor forma para expresarse.

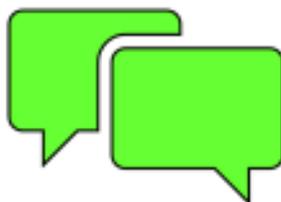
**Observación:** No pueden copiar las respuestas o comentarios de los demás compañeros del grupo. Se debe recalcar que no se permiten faltas de respeto o malas expresiones en sus hojas. Los comentarios que escriban puede ser respondiendo al mensaje escrito inicialmente o a los comentarios que ya le hayan hecho los compañeros anteriores.

# El Facebook de la Asertividad





# Alternativas de comunicación



## Objetivo

Aprender a emplear la asertividad al momento de expresarse.

## Materiales

- Hojas de papel blancas o con líneas
- Lapiceros

## Descripción

Inicialmente se dividirá al grupo en tres subgrupos. Se les indicará que cada uno de los grupos cuenta con 15 minutos aproximadamente, para crear un diálogo que ejemplifique una situación cotidiana que requiera encontrar una solución.

Cada integrante del grupo tomará un papel en la historia y elegirá cómo serán los argumentos o comentarios que dará (pasivo, agresivo o asertivo). Y posteriormente, la dramatizarán al frente de sus demás compañeros.

Los grupos restantes deberán brindar una retroalimentación al grupo que presente y así sucesivamente lo harán los demás grupos.

**Observación:** El facilitador puede asignarles la situación o dejar que los estudiantes piensen en una y la desarrollen. Se puede premiar al equipo que mejor realice la dramatización.



## Sesión # 3



# En sus zapatos

### Objetivo

Lograr que el adolescente desarrolle la capacidad de empatizar con las personas que le rodean.

### Materiales

- Hojas con las historias impresas
- Hojas en blanco

### Descripción

Se enumerará al grupo de 1 a 4 y se formarán en subgrupos. A cada grupo se le entregará una historia, la cual deberán leer y analizar.

Entre los compañeros del equipo deberán responder las siguientes preguntas:

- 🦋 ¿Cómo se sintieron al leer la historia?
- 🦋 ¿Cómo se sentirían en el papel del protagonista de la historia?
- 🦋 ¿Qué habrían hecho de diferente?
- 🦋 ¿Qué consejo le darían al personaje de cada historia?
- 🦋 ¿Alguna vez se han encontrado en una situación similar?

Al finalizar, escogerán a un representante de cada equipo y se realizará una puesta en común de las respuestas de todos los equipos.

Luego, el docente explicará la importancia de tener empatía.

*La empatía es la capacidad de identificar las emociones y pensamientos de otra persona, para responder con una emoción apropiada (Baron, 2005). Según Galimberti (2002) es importante trabajar la empatía, ya que es un*

proceso de imitación y proyección que permite sentirse como el otro, además ayuda a obtener una correcta interpretación verbal y no verbal de las manifestaciones emocionales, pero conservando la identidad propia y la consciencia de manera separada.

**Observación:** El facilitador puede decidir si utiliza las historias que se anexan a continuación o emplear unas distintas que se acoplen de mejor forma al contexto de los estudiantes.

### Historia 1:

Una familia se había comprado un auto nuevo, 0 km. hermoso, se mire por donde se mire, el tapizado, el color... todo.

El padre amaba ese auto, su esfuerzo estaba allí. Salieron él, su esposa y el pequeño de 3 años; llegando a una estación de servicio bajan los padres y dejan al niño en el auto, cerrando las puertas... el niño, encontró un marcador y comenzó a escribir en todo aquel tapizado, con un gran entusiasmo y amor, ya que los niños hacen sus cosas en esta condición.

Después de un rato llegan los padres y al ver lo que había hecho su pequeño hijo, el padre comenzó a encenderse en furia y al ver su "hermoso tapizado" todo rallado, comenzó a golpear al niño en sus manos con mucha fuerza... hasta que tuvieron que sacarle al niño de entre sus golpes, el niño estaba en muy mal estado tuvieron que llevarlo hospitalizado.

Suena el teléfono en casa de la familia y atiende el padre... los llamaban del hospital, era necesario que se presentaran, se habían complicado las cosas...El padre se presenta y le notifican que debieron amputarle las manos al niño, ya que no había otra opción posible.

Entrando el padre a la habitación envuelto en lágrimas... el niño le dice sonriente... ¡¡Hola papi... ya aprendí la lección... no lo voy a hacer más papi...pero por favor devuélveme mis manitas!!

## Historia 2:

Luisa pensó que sus padres no le darían permiso para irse de fiesta con unos amigos, de manera que les mintió y les dijo que iba al cine con una compañera. Aunque se sintió un poco mal porque no les dijo la verdad, tampoco le dio muchas vueltas al asunto y se dispuso a divertirse.

La pizza estuvo bien y la fiesta genial. Al final su amigo Jorge que ya estaba medio borracho, la invitó a dar un paseo, pero primero quiso dar una fumadita... Luisa no podía creer que él estuviera fumando eso, pero aun así subió al carro con él. De repente Jorge comenzó a propasarse, eso no era lo que Luisa quería.

"Tal vez mis padres tienen razón" - pensó- "quizás soy muy joven para salir así. " "¿Cómo pude ser tan tonta?" "Por favor, Jorge llévame a casa, no me quiero quedar" - dijo- Jorge molesto arrancó el carro y comenzó a conducir a toda velocidad. Luisa, asustada, le rogó que fuera más despacio, pero mientras más ella le suplicaba, más él pisaba el acelerador. De repente, vio un gran resplandor.

"Oh, Dios ayúdanos" ¡Vamos a chocar!

Ella recibió toda la fuerza del impacto, todo se puso negro. Semi-inconsciente, sintió que alguien la sacó del carro retorcido, y escuchó voces: "¡llamen a la ambulancia! Estos jóvenes están en problemas".

Le pareció oír que había dos carros involucrados en el choque. Despertó en el hospital viendo caras tristes. "Estuviste en un choque terrible", - dijo alguien - En medio de la confusión se enteró de que Jorge estaba muerto. A ella misma le dijeron "Luisa, hacemos todo lo que podemos, pero parece ser que te perderemos a ti también".

¿Y la gente del otro carro? - Preguntó Luisa llorando.

"También murieron" le contestaron.

Luisa rezó: "Dios perdóname por lo que he hecho, yo sólo quería una noche de diversión". Y dirigiéndose a una de las enfermeras pidió: "Por favor, dígame a la familia de los que iban en el otro carro que me perdonen que yo quisiera regresarles a sus seres queridos.

Dígame a mi mamá y a mi papá que lo siento, porque mentí, y que me siento culpable porque varios hayan muerto. Por favor enfermera, ¿Les podrá decir esto de mi parte?"

La enfermera se quedó callada, como una estatua. Instantes después, Luisa murió.

Un hombre cuestionó entonces duramente a la enfermera: "¿Por qué no hizo lo posible para cumplir la última voluntad de esa niña?"

La enfermera miró al hombre con ojos llenos de tristeza, y le dijo: "Porque la gente en el otro carro eran su papá y su mamá que habían salido a buscarla".

# Módulo III

A horizontal watercolor brushstroke with a gradient of colors from teal to purple.

## Inteligencia Emocional

*Es un conjunto de características personales de cada ser humano, entre las que se incluyen los sentimientos, actitud, control de impulsos, autoconciencia, motivación, y confianza (Ferrer, 2010).*



## Sesión # 1

### Objetivo

Lograr que el adolescente identifique sus emociones.

# Frases incompletas



### Materiales

- Hojas con frases incompletas
- Lapiceros

### Descripción

Inicialmente, el docente dará a los estudiantes una introducción acerca de qué son las emociones, cuáles son y qué tipos de emociones existen.

Posteriormente, entregará a cada estudiante, una hoja con frases para que completen. Además indicará que no deben pensarlas mucho, sino escribir lo que se les ocurra (con ello se busca que se conecte con sus emociones y no las racionalice).

Finalmente, los que deseen compartirán lo que anotaron y si se dieron cuenta de algo que desconocían de sí mismos. El facilitador dará una retroalimentación de la actividad realizada.

**Observación:** Las frases se les pueden dictar y que las escriban en hojas o puede el facilitador llevarlas impresas para cada uno.

Es importante que se les explique que todas las emociones son buenas y necesarias, a pesar de que se clasifiquen en positivas y negativas. Asimismo, recalcar que muchas veces se confunden las emociones con los pensamientos, sin embargo la característica para distinguirlas de los pensamientos es que responden a la pregunta ¿Cómo te sientes?, con una sola palabra, mientras que los pensamientos son frases.

**Ejemplo de la hoja de frases:**

Me siento enojad@ cuando...

Me da vergüenza que...

Siento miedo cuando...

Me siento muy triste cuando...

Lo que me hace más feliz es...

Mis compañeros se enojan cuando yo...



## Fútbol de las emociones



### Objetivo

Lograr que el adolescente experimente sus emociones.

### Materiales

- Una cancha de fútbol o espacio para realizar un partido.
- Un silbato
- Playeras de color para cada equipo

### Descripción

El facilitador deberá dividir al grupo en dos subgrupos, los cuales formarán un equipo.

La actividad consiste en llevar a cabo un partido de fútbol, también se pueden organizar algunos estudiantes para hacer porras al equipo. No se busca que el partido sea de larga duración, sino que dure lo suficiente para que los equipos experimenten todo tipo de emociones. Por lo tanto, el docente o facilitador determinará cuánto tiempo durará el mismo, la única condición es que uno de los dos equipos debe ganar.

Al finalizar el partido, el docente preguntará a los estudiantes qué emociones experimentaron y cómo las expresaron.

### Ejemplo:

"Yo estuve en el equipo de porristas y experimenté alegría, la expresé agitando mis pompones y cantando".



## Sesión # 3

# Calmando mi interior



### Objetivo

Enseñar al adolescente técnicas de relajación y respiración para lograr que controle su enojo.

### Materiales

- Música relajante o sonidos de la naturaleza.

### Descripción

El facilitador deberá lograr un ambiente de calma entre los estudiantes, de preferencia realizar la actividad en un lugar libre de interrupciones.

El docente será quien guíe las técnicas de relajación. Podrá escoger de las técnicas de Ruiz, Díaz y Villalobos (2012), que se muestran a continuación y enseñarles las que desee.



### Relajación progresiva de Jacobson

El procedimiento consiste en tensar y destensar los diferentes grupos musculares tomando conciencia de las sensaciones que se producen en cada situación. Los pasos son los siguientes:

1. Estírate en un lugar donde te sientas cómodo y relajado.
2. Concéntrate en la respiración. Inspira profundamente y exhala lentamente hasta que te sientas más relajado.
3. Concéntrate en tu pie derecho. Visualízalo en tu mente y ténsalo. Aprieta los dedos y provoca una gran tensión en él.
4. Cuenta hasta 5 y relaja los músculos del pie.

5. Concéntrate en la sensación de relajación del pie.
6. Realiza lo mismo con tu pie izquierdo. Cuando lo hayas hecho continúa con tus piernas, tus rodillas, las caderas, el abdomen, los brazos, las manos, los hombros, el cuello y la cabeza.
7. Cuando llegues a la cabeza atiende especialmente a la relajación de las mandíbulas, el cuero cabelludo, las sienes y la frente, puesto que son zonas que suelen acumular mucha tensión.



### Relajación autógena

Se basa en el descubrimiento de que la mayoría de las personas son capaces de alcanzar un estado de relajación profunda a través de representaciones mentales de las sensaciones físicas, especialmente de las sensaciones de peso y calor. Los pasos son los siguientes:

1. Escoge un lugar cómodo y tranquilo, sin ningún distractor.
2. Cierra los ojos y respira profundamente.
3. Con cada exhalación repite mentalmente "estoy relajado, cada vez más tranquilo".
4. Fija tu mente en tu pierna derecha y concéntrate en su calor.
5. La debes ir relajando lentamente a medida que te repites "mi pierna derecha está relajada, cada vez más".
6. Cuando esa extremidad esté relajada, pasa a la pierna izquierda y repite el ejercicio anterior.
7. Continúa después con el abdomen, los brazos y el cuello.
8. Cuando tu cuello esté relajado pasa a la cabeza. Concéntrate en ella y repite "mi cabeza está despejada". En este momento todo tu cuerpo debería estar sumido en un estado de relajación.
9. Respira hondo antes de abrir los ojos. Retén esa sensación de relajación y, antes de levantarte, estira los músculos y activa tus sentidos.

## Técnicas de respiración

El objetivo del entrenamiento en respiración es conseguir un patrón respiratorio apropiado fisiológicamente que generalmente será adecuado para reducir las diferentes alteraciones respiratorias. La inspiración correcta fisiológicamente es vía nasal (calienta y humedece el aire, filtra y elimina impurezas y gérmenes), la espiración adecuada y recomendable también se realiza vía nasal.

 Respiración contada: Consiste en entrenar una respiración diafragmática, dirigiendo el aire a la parte inferior de las costillas y, a medida que se inspira, se da la indicación de pensar en una palabra que brinde calma y en otra al espirar.

 Respiración abdominal: Se trata de entrenar la respiración moviendo únicamente el abdomen intentando que permanezca inmóvil la musculatura torácica y clavicular.

 Respiración intercostal o media: El objetivo es dirigir el aire hacia la zona media del tórax, hacia los costados, para favorecer la movilidad de la musculatura intercostal y del tórax.

 Respiración alternada.

Requiere llevar a cabo los siguientes pasos:

1. Utilizar una posición cómoda y relajada.
2. Colocar el dedo pulgar en la ventana nasal derecha y los dedos anular y medio en la izquierda.
3. Ocluir la ventana derecha con el pulgar e inspirar con la izquierda lenta y tranquilamente.
4. Separar el pulgar y ocluir con los otros dedos la ventana izquierda.
5. Espirar por la ventana derecha.
6. Mantener el aliento un instante e inspirar por la derecha, manteniendo cerrada la izquierda. Cuando se desee espirar debe hacerse por la izquierda.

 Respiración profunda:

Para ello se le dan las siguientes indicaciones:

1. Sentarse cómodamente, colocar la mano izquierda sobre el abdomen y la derecha sobre la izquierda.

2. Imaginar una bolsa vacía dentro del abdomen, debajo de donde apoyan las manos.
3. Comenzar a respirar y notar cómo se va llenando de aire la bolsa y cómo la onda asciende hasta los hombros. Inspirar durante 3-5 segundos.
4. Mantener la respiración. Repetirse interiormente "mi cuerpo está relajado"
5. Exhalar el aire despacio, al mismo tiempo que uno mismo se da indicaciones o sugerencias de relajación.

Este ejercicio lo deberá realizar por lo menos 4 o 5 veces seguidas y repetir los ejercicios entre diez y quince veces al día, por la mañana, tarde, noche, y especialmente en situaciones estresantes.



Ejercicios cotidianos:

Estos ejercicios no es necesario realizarlos en una sesión estructurada. Algunos ejemplos son:

1. Estando sentado, dejar que la respiración fluya y notas qué cavidades llena.
2. Tirarse de la nariz, abrirse las fosas nasales a la vez que se inspira.
3. Oler, inspirar olisqueando.
4. Realizar ejercicios para bostezar (estirarse, abrir la boca, castañetear, mover la mandíbula inferior, etc.).
5. Realizar ejercicios para suspirar, como por ejemplo suspirar a la vez que inclinamos el cuerpo hacia adelante soltando el aire.

**Al terminar de enseñarles las técnicas a los estudiantes, se les explicará que las pueden utilizar en casa cuando sientan mucho enojo y necesiten calmarse para reaccionar a una situación.**



## Sesión # 4



## El papel enojado

### Objetivo

Lograr que el adolescente aprenda una herramienta para calmar su enojo.

### Materiales

- Diversidad de periódicos (al menos dos por cada estudiante)

### Descripción

El facilitador deberá lograr un ambiente de calma entre los estudiantes, al tener el ambiente adecuado procederá a indicarles a los estudiantes que cierren sus ojos.

Luego, les indicará que traten de recordar la última situación que los haya enojado mucho e intenten traer al presente, de nuevo esa emoción. Cuando ya se sientan lo suficientemente enojados, abrirán sus ojos y tomarán las hojas del periódico, las cuales romperán con fuerza y enojo. A la vez cada uno gritará qué es lo que le enojó, expresándolo en tiempo presente.

### Ejemplo:

“Me enoja que hayas tomado mis cosas sin pedirme permiso”

“Me enoja que no me pongas atención en casa cuando te hablo”

Cuando el docente considere que la emoción ya ha sido expresada lo suficiente, detendrá la actividad y pedirá comentarios de los estudiantes acerca de la misma. Además les indicará que la pueden utilizar en casa cuando estén enojados (con esto se previene que el adolescente pueda llegar a autolesionarse).



## Sesión # 5



# Debate la tristeza



### Objetivo

Conseguir que el adolescente realice un debate racional de su propia tristeza.

### Materiales

- Hojas en blanco o con líneas
- Lápiz o lapicero

### Descripción

La actividad será realizada en parejas, las cuales formarán los estudiantes por afinidad. El docente les repartirá individualmente una hoja en blanco. La indicación será que cada estudiante debe pensar en algo que lo haga sentir triste o que en algún momento lo haya hecho sentir de tal forma.

Luego, lo deberán escribir en la hoja que les fue entregada. Al finalizar, se intercambiarán las hojas con su pareja de trabajo y se procederá a realizar un juego de roles. Es decir, cada uno tomará el papel del otro compañero y adoptará el pensamiento de él como suyo. Entre ellos deben debatir los pensamientos que escribieron en la hoja, finalmente estarán debatiendo sus propios pensamientos. El objetivo de la actividad es que los estudiantes logren identificar y debatir los pensamientos que los llevan a manifestar tristeza.

El juego de roles finaliza cuando el estudiante considera que ya ha convencido lo suficiente a su pareja y ha logrado modificar al menos un poco sus pensamientos irracionales.

## Referencias

- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5)* (5 ed.). Arlington, Virginia: Asociación Americana de Psiquiatría.
- Baron, S. (2005). *The essential difference: the male and female brain*. Inglaterra: Penguin.
- Castanyer, O. (2012). *La asertividad, expresión de una sana autoestima*. Recuperado de [http://www.luisenriquevazquez.com/la\\_asertividad,expresi%C3%B3n\\_de\\_una\\_sana\\_autoestima.pdf](http://www.luisenriquevazquez.com/la_asertividad,expresi%C3%B3n_de_una_sana_autoestima.pdf)
- Feldman, J. (2005). *Autoestima ¿Cómo desarrollarla?* (3 ed.). Madrid, España: NARCEA, S.A. de EDICIONES.
- Ferrer, C. (2010). *Análisis transcultural de la inteligencia emocional*. España: Editorial Universidad de Almería.
- Galimberti, U. (2002). *Diccionario de psicología*. México: Siglo veintiuno editores, S.A.
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Depresión*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
- Ruiz, M., Díaz, M. y Villalobos, A. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. España: Desclée De Brouwer.
- Universidad de San Carlos de Guatemala. (2011). *Encuesta Nacional de Salud Mental*. Guatemala: USAC.