

Universidad Internacional
para el Desarrollo Sostenible



**UNIVERSIDAD INTERNACIONAL PARA EL DESARROLLO
SOSTENIBLE**

FACULTAD DE MEDICINA Y CIRUGÍA

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN SOBRE EL TEMA

**« PREVALENCIA DE SÍNTOMAS
DEPRESIVOS EN ADOLESCENTES DEL
COLEGIO SANTA TERESITA MATAGALPA,
MARZO-JUNIO 2025»**

TUTOR: Msc. Julio Centeno Briceño

Especialista en Psicología Forense

Psicólogo forense en el complejo Judicial de Matagalpa

ALUMNOS: Br. Alex Fernando Payan Castillo

Br. María Victoria Duarte López

Matagalpa, Nicaragua

1 de agosto 2025

ÍNDICE DE CONTENIDO

No	DENOMINACIÓN	PÁGINA
i.	INDICE DE CONTENIDO.....	i
ii.	INDICE DE ANEXOS	ii
I.	INTRODUCCIÓN.....	1
II.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
III.	ANTECEDENTES	6
IV.	JUSTIFICACIÓN.....	12
V.	OBJETIVOS.....	14
VI.	MARCO TEÓRICO	15
VII.	DISEÑO METODOLOGICO.....	47
VIII.	RESULTADOS	57
IX.	DISCUSION Y ANALISIS	76
X.	CONCLUSIONES	80
XI.	RECOMENDACIONES	81
XII.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	82
	ANEXOS	89

INDICE DE ANEXOS

Operacionalización de variables.....	89
Consentimiento informado.....	92
Test IDERE.....	93
Cuestionario de investigación.....	96
Carta de aprobación investigación	97
Constancia de realización de investigación	98
Validación de instrumento	99
Cuadros gráficos	100
Fotografías	106

AGRADECIMIENTO

Se agradece primeramente a Dios por brindarnos salud, conocimiento y la oportunidad de poder progresar profesionalmente.

Agradecemos a nuestros padres y abuelos por su amor, que con sacrificio nos han apoyado en nuestra meta académica.

A la Universidad Internacional para el Desarrollo Sostenible (UNIDES) por ser partícipe en nuestra formación académica.

Se agradece a nuestro Asesor Msc. Julio Centeno Briceño, quien con su experiencia y conocimiento ha guiado nuestro trabajo investigativo.

Agradecemos a: Dr. Roberto Pao, Dr. Salvador López, Msc. Madali Hernández, quienes como miembros del jurado examinador nos aportaron sus conocimientos científicos para la mejora de nuestra investigación académica.

A las autoridades del Colegio Santa Teresita Matagalpa por brindarnos su acompañamiento y permitirnos realizar nuestro estudio científico con sus estudiantes.

DEDICATORIA

El presente trabajo investigativo lo dedicamos a Dios por haber puesto en nuestros corazones el deseo de estudiar tan hermosa profesión al servicio de la comunidad.

A nuestros padres y abuelos por apoyarnos incondicionalmente durante todos los años de estudio.

A nuestros familiares y amistades que nos motivaron.

A nuestros docentes universitarios y clínicos, así como a nuestro asesor, por cada una de sus enseñanzas en su compromiso con nuestra excelencia académica.

EPÍGRAFE

“El buen médico trata la enfermedad; El
gran médico trata al paciente que tiene
la enfermedad”

William Osler

RESUMEN

Introducción: La adolescencia media es una etapa del desarrollo humano, caracterizada por cambios psicológicos y biológicos que proporcionan un estado de vulnerabilidad para el desarrollo de síntomas depresivos. **Objetivo:** Estimar la prevalencia de síntomas depresivos en la adolescencia media de noveno a undécimo grado del colegio Santa Teresita Matagalpa durante el periodo de marzo a junio 2025.

Metodología: Se realizó un diseño de investigación de tipo de campo, descriptiva, de corte transversal y prospectivo, con una muestra de 91 estudiantes del colegio Santa Teresita con edades comprendidas en el rango de 14 a 17 años. Para la recolección de la información se aplicó el inventario de depresión rasgo/estado (IDERE) y un cuestionario sociodemográfico. **Resultados:** La prevalencia fue en nivel alto, como estado (62 %) con respecto a (51%) como rasgo, el sexo femenino fue más afectado en un nivel alto, como rasgo (68 %) a como estado (61 %) la edad más afectada fue 14 años con un (70 %) de estudiantes con síntomas como estado y un (64 %) como rasgo, con respecto a la prevalencia de síntomas depresivos, como estado los ítems, 1,2,8,9,15 y como rasgo los ítems, 3,7,11,14,16,22 del test IDERE fueron los más frecuentes. **Conclusión:** Existe una alta prevalencia de síntomas depresivos en la adolescencia media del colegio como estado y rasgo en un nivel alto, el sexo más predispuesto es el femenino, el grado académico con mayor prevalencia de síntomas depresivos, es noveno grado y la edad se sitúa en 14 años, las manifestaciones clínicas más frecuentes incluyeron las dimensiones cognitivo-afectiva en mayor medida que la dimensión somático-motivacional.

Palabras clave: Idere, adolescencia media, depresión rasgo/estado.

OPINION DEL TUTOR CLINICO

Quien suscribe, Lic. Julio Centeno Briceño, con documento de identidad N° 441-160570-0013V, tutor de la tesis titulada “«Prevalencia de síntomas depresivos en adolescentes del colegio Santa Teresita Matagalpa en el periodo de marzo a junio 2025», elaborada por los. Br. María Victoria Duarte López y Br. Alex Fernando Payan Castillo, para obtener el título de médico y cirujano, hago constar que la tesis cumple rigor metodológico, científico y contribuye a dar una solución al problema, así mismo reúne los requisitos formales y de fondo exigidos por la Universidad Internacional para el desarrollo Sostenible (UNIDES), por tanto, la tesis puede ser presentada y sometida a evaluación.

Felicito a los autores por haber respondido con mucha responsabilidad al desafío del estudio y haber finalizado exitosamente su proyecto de investigación.

Atentamente:



Lic. Julio Centeno Briceño
Psicólogo

I. INTRODUCCIÓN

La depresión en la adolescencia es un problema de salud pública a nivel mundial, que se ha caracterizado por un aumento documentado de la prevalencia de los síntomas depresivos. Esta etapa caracterizada por una serie de cambios psicológicos y biológicos proporciona a los adolescentes una vulnerabilidad ante el desarrollo de trastornos mentales. Investigaciones internacionales como las realizadas por Cornetero Granados M C y Rivas Guevara C E (2024) así como, Loyoza Loera D A (2024) denotan una prevalencia de síntomas depresivos significativa entre los adolescentes la cual varía en dependencia de sus características sociodemográficas, en Nicaragua no existe información actual disponible sobre esta problemática lo cual dificulta la aplicación de intervenciones específicas en el contexto de la población nicaragüense.

Se centró en estimar la cantidad de estudiantes de noveno a undécimo grado del colegio Santa Teresita que experimentaron síntomas depresivos en el periodo de marzo a junio del año 2025. Se buscó establecer la prevalencia de los síntomas de depresión y también conocer aspectos sociodemográficos sobre este problema de salud mental en esta etapa crucial del desarrollo. La relevancia de este trabajo académico radica en su contribución al conocimiento científico de los estudiantes de la carrera de medicina y cirugía. También responde a la necesidad de obtener datos en el contexto local para enfrentar eficazmente las demandas de un mundo que está en constante cambio.

Se realizó en la ciudad de Matagalpa, utilizando un enfoque transversal que involucro a estudiantes del colegio Santa Teresita. La metodología incluyó la aplicación de instrumentos

específicos para la recopilación de datos, como El Inventario de Depresión Rasgo-Estado (IDERE) y cuestionario sociodemográfico, seguida de un análisis detallado para abordar las variables clave del estudio.

El trabajo adopto la siguiente estructura: En primer lugar, se realizó un resumen como introducción de la investigación, el planteamiento esencial del problema, se construyó una justificación basándose en su realidad, y se formularon los objetivos generales y específicos. Seguido se muestra la fundamentación teórica del problema mencionado y se tomó como aporte los criterios de diversos autores que han realizado estudios previos en otras realidades. Al establecer la red de categorías por cada variable, se presentó un esquema organizado de los conocimientos científicos que respaldan el trabajo investigativo.

Consecutivamente, se aprecia el Diseño Metodológico, el cual describe cómo se llevó a cabo la investigación, con qué sujetos, el procesamiento y análisis de las variables tratadas, incluyendo instrumentos para la recopilación de información. Posteriormente, se presenta la discusión de los resultados atendiendo el orden de las preguntas directrices y finalmente se derivaron conclusiones y recomendaciones, dicho trabajo se sustentó en la bibliografía según las normativas Vancouver.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Al nivel mundial “Se calcula que el (1,4 %) de los adolescentes de 10 a 14 años y el (3,2 %) de los de 15 a 19 años padecen depresión” (1). A su vez es una de las principales causas de deterioro y discapacidad en los adolescentes. (2)

En Estados Unidos y Europa el suicidio asociado a depresión se posiciona como la tercera causa más prevalente de mortalidad en la adolescencia (3), de igual manera la presencia de síntomas depresivos se relaciona con una disminución del rendimiento académico, el abuso de sustancias y la violencia. (4)

Según Organización Mundial de la Salud (OMS) en su informe 2023, cerca del (3,8 %) de la población mundial (350 millones de personas), presentan sintomatología depresiva y aproximadamente el (50 %) de todos los trastornos de salud mental aparecen hacia los 14 años. (5)

En la última década la presencia de sintomatología depresiva en la adolescencia ha aumentado, Según Shorey S, Wong C, Debby E (2022). En la realización de revisión sistémica y metanálisis se encontró, que la prevalencia puntual de síntomas depresivos elevados entre adolescentes aumentó del (24 %) entre 2001 y 2010 al (37 %) entre 2011 y 2020. Oriente Medio, África y Asia tienen la prevalencia más alta de síntomas depresivos, y se informó que las adolescentes mujeres tenían una prevalencia más alta que los varones. (6)

Si no se realizan las intervenciones necesarias en salud mental, para investigar y disminuir la progresión de la sintomatología depresiva hacia un trastorno depresivo, se aumenta el riesgo de morbilidad asociada y como consecuencia su afectación en las áreas, psicológica, física y social.

En Nicaragua no se dispone de un estudio científico con información actualizada acerca de la prevalencia de síntomas depresivos en adolescentes y los factores sociodemográficos. A su vez la falta de estudios en el contexto local dificulta la posibilidad de replicación de hallazgos en estudios internacionales. El colegio Santa Teresita de Matagalpa se presenta como un lugar idóneo para investigar por su accesibilidad, la presencia de adolescentes procedentes de los diferentes barrios y la disposición de la institución de participar en investigaciones contribuyan al bienestar estudiantil.

Para abordar esta problemática anteriormente descrita, es relevante disponer de una investigación actual, en el contexto local donde se describa la prevalencia de síntomas depresivos y los factores sociodemográficos. Por lo que surgen las siguientes preguntas de investigación:

Pregunta principal de investigación:

¿Cuál es la prevalencia de síntomas depresivos en la adolescencia media de noveno a undécimo grado en el colegio Santa Teresita Matagalpa durante el periodo de marzo a junio de 2025?

Preguntas secundarias:

¿Cuáles son las características sociodemográficas de la población a estudio?

¿Cuál es el nivel de depresión en la población estudiantil a estudio?

¿Cuáles son los síntomas depresivos en la población a estudio?

Delimitaciones del problema

Delimitación Espacial: Colegio Santa Teresita, Matagalpa, Nicaragua.

Delimitación Temporal: Marzo a junio del 2025.

Delimitación Teórica: Síntomas depresivos.

Delimitación Poblacional: Adolescencia media de noveno a undécimo grado.

III. ANTECEDENTES

Se consultaron diversos antecedentes de investigaciones realizadas, por otros investigadores relacionadas al tema los que se mencionan a continuación:

Internacionales

Castro Pibaque MC, Pinargote Toala JA, Murillo Zavala AM. Problemas de comportamiento identificados mediante el test IDARE-IDERE en adolescentes de la comuna Sancán. BIOSANA, Ecuador (2025) esta investigación tuvo como objetivo: Evaluar los problemas de comportamientos identificados mediante el test IDARE -IDERE en adolescentes de la comuna Sancán. se aplicó una investigación de estudio observacional, descriptivo, de corte transversal, prospectivo y un muestreo probabilístico aleatorio simple. Con 157 adolescentes comprendidos entre 10 y 19 años de edad, el test IDARE-IDERE reveló un porcentaje predominante de ansiedad y depresión entre los adolescentes, el (42,5 %) del sexo femenino sufren de depresión mayor entre la edad de 13 y 14 años. Se concluyó que los adolescentes de la comuna Sancán, tanto hombres como mujeres les afectan en su gran mayoría los problemas de comportamiento de ansiedad y depresión. Este estudio resulto útil para validar la utilización del test IDERE en la adolescencia y contrastar su predominancia en sexo femenino, en el rango de edad entre 13-14 años, lo que reforzó la necesidad de identificar, si este fenómeno se presentó de igual forma en el colegio Santa Teresita Matagalpa. (7)

Cornetero Granados M C, Rivas Guevara C E, Depresión en adolescentes de una Institución Educativa Privada de Chiclayo, año (2024), Facultad de ciencias de la salud, Universidad de Sipan, Pimentel-Perú. El objetivo de la investigación fue evaluar el nivel de depresión en

la población a estudio. Fue un estudio de tipo descriptivo, no experimental, de corte transversal, con una muestra de 152 estudiantes de cuarto y quinto de secundaria, de ambos sexos, el instrumento que se utilizó fue el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), los resultados indicaron que, según la edad de los encuestados, el (54.7 %) de los estudiantes tienen 16 años, seguido de los estudiantes con 15 años (40.1 %), con 17 años, el (4.4 %) y con 14 años, el (0.7 %). En cuanto al género, se observa que la depresión es más frecuente en mujeres con (54.7 %) que en varones con (45.3 %), la mayoría de adolescentes presentaron un nivel mínimo de depresión (33.6 %), pero es importante rescatar que existe un porcentaje de la población que se encuentra en un nivel severo (20.4%). En conclusión, se puede decir que existe una prevalencia de un nivel mínimo de depresión en los adolescentes (33.6 %). Este estudio resultó útil ya que se enfocó en la prevalencia de depresión, en un entorno educativo y mostro es más frecuente en la adolescencia media y en mayor medida en mujeres, a su vez permitiendo identificar el nivel. Este estudio permitió contextualizar el nivel de depresión, las características sociodemográficas y compararlos con los resultados obtenidos en el colegio Santa Teresita.

(8)

Loyoza Loera D A, Niveles de depresión en adolescentes de Escuelas Secundarias en el Estado de Durango, Universidad pedagógica de Durango, Centro de investigación e innovación para el desarrollo educativo, México-Durango (2024), El principal objetivo de esta investigación fue evaluar la presencia y severidad de los síntomas depresivos en adolescentes, se analizaron los niveles de depresión en adolescentes de secundarias en el estado de Durango, comprendiendo desde instituciones generales, técnicas, estatales hasta telesecundarias. Mediante un estudio cuantitativo, de diseño no experimental, se

utilizó el Inventario de Depresión de Beck (BDI-2) en una muestra de 1019 estudiantes de entre 13 y 15 años. Los resultados indicaron que el (49.7 %) presentaba algún grado de depresión, con mayor prevalencia en las secundarias generales. Con respecto a la distribución por grados. En tercer grado, el (23 %) de los estudiantes presenta depresión grave, en contraste con el (15.4 %) en segundo grado. Si bien en segundo grado prevalece la depresión mínima con un (52.3 %), este porcentaje disminuye a (48.8 %) en tercer grado. Los hallazgos de este estudio, resultaron útiles ya que, al detectar la prevalencia general y su relación con la vulnerabilidad emocional a medida que aumenta el grado académico, permitió correlacionar sus resultados con el presente estudio, estableciendo la similitud entre la frecuencia de síntomas depresivos y el grado académico. (9)

Ramirez Maquera A J, Factores relacionados a la prevalencia de síntomas depresivos en adolescentes en una institución educativa secundaria de Tacna, año 2024, Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, Tesis para optar al título de médico y cirujano, Tacna-Perú (2024), el objetivo principal fue: Identificar factores relacionados a la prevalencia de síntomas depresivos en adolescentes en una institución educativa secundaria de Tacna, año 2024. El estudio fue de tipo descriptivo, observacional y comparativo. La población estuvo conformada por todos los adolescentes matriculados en el año 2024. La fuente de información fue recolectada a través de encuestas que se recopilaron en una base de datos. El instrumento utilizado para evaluar los síntomas depresivos fue el cuestionario de salud del paciente (PHQ-9) con los resultados de que un (67 %) presenta síntomas depresivos; dentro de este grupo, existía una distribución variada, síntomas depresivos leves un (31 %), síntomas depresivos moderados (14,4 %), síntomas depresivos moderadamente severos (17,1 %) y síntomas depresivos severos un (4,5 %); En conclusión, se identificaron los

factores asociados a un aumento de los síntomas depresivos; siendo los más importantes la edad, el sexo, la situación de convivencia, la relación con compañeros y el rendimiento académico. Este estudio resultó útil ya que identifico los niveles de depresión y sus características sociodemográficas. Permitiendo comparar dichos resultados, con las variables sociodemográficas en relación a los niveles identificados en el presente estudio. (10)

Rios Caminiagua J A, Luna Torrez B M, Nivel de depresión en adolescentes de bachillerato de la Unidad Educativa Chilla, Ecuador-(2023), Revista científica Nursing Research Jornal- Revista nº 125 Agosto - Septiembre 2023, Su objetivo fue Caracterizar el nivel de depresión en los adolescentes de bachillerato de la Unidad Educativa Chilla. Se realizó un Estudio cuantitativo, descriptivo de corte transversal, con la participación de 60 estudiantes. Se utilizó el test de Beck (BDI-2) para evaluar las dimensiones somática-motivacional y cognitivo-afectiva de la depresión. Los resultados mostraron que el (38,3 %) de los participantes tenían 17 años, el (51,7 %) eran hombres, el (70 %) vivían en la zona urbana y el (100 %) eran solteros. El (40 %) cursaba el tercer año de bachillerato. En conclusión, se evidencio un nivel de depresión en base a la dimensión somática-motivacional donde el (40%) tiene un nivel mínimo y el (11,7 %) un nivel grave; en la dimensión cognitivo-afectiva, el (43,3 %) presenta un nivel de depresión leve y el (1,7 %) un nivel grave, en cuanto al nivel general de depresión se muestra que, el (33,3 %) presentó un nivel mínimo y (16,7 %) un nivel grave. Este estudio resultó útil para equiparar sus resultados, con los niveles de depresión obtenidos en las dimensiones cognitivo-afectiva y somático-motivacional del test IDERE. (11)

Muñoz Regalado K V, Arevalo Alvarado C L, Et Al, Prevalencia de depresión y factores asociados en adolescentes. Facultad de ciencias médicas, Universidad de Cuenca-Ecuador,(2019).Con el objetivo de determinar la prevalencia de depresión y factores asociados en adolescentes de 14 a 18 años, aplicaron una encuesta con la escala HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale) a 262 estudiantes, encontrando una prevalencia de depresión del (25,9 %), siendo mayor en mujeres (14,1 %) que en hombres (11,8 %), y asociándose con residencia en áreas urbanas (21,4 %), ausencia de padres migrantes (19,5%), percepción de violencia intrafamiliar (23,3 %) y bajo rendimiento académico (21%), sin diferencias significativas por edad (13 % en cada grupo etario), concluyendo que la depresión es prevalente en adolescentes, especialmente en mujeres y aquellos con bajo rendimiento académico, los resultados de este estudio, fueron de utilidad para cotejar la prevalencia de síntomas depresivos en función del sexo.(12)

Monasterio Ontaneda A, Depresión en adolescentes de una institución educativa pública de Lima Metropolitana. Universidad San Ignacio de Loyola; (2019), Lima-Peru.Tesis para optar al título profesional de licenciado en psicología, el Objetivo fue determinar la prevalencia de depresión que existe en adolescentes. Se realizó un estudio no experimental de diseño descriptivo, con una muestra de estudio de 301 adolescentes, mujeres y varones con edades comprendidas entre los 13 y 17 años. El instrumento utilizado fue el Patient Health Questionnaire (PHQ-9). El resultado principal del estudio realizado es que el (72,1 %) de adolescentes presentan sintomatología depresiva, en conclusión, se confirma que la depresión en adolescentes representa una alta prevalencia, Este estudio resulto útil para evidenciar la similitud, de la frecuencia en general de síntomas depresivos en los adolescentes. (13)

Nacionales

Se revisaron los repositorios institucionales de UNAN-MANAGUA (Universidad Nacional Autónoma De Nicaragua) UNAN –LEON, UCA (Universidad Centroamericana), así como el repositorio de UNIDES (Universidad internacional para el desarrollo sostenible) y búsquedas relacionadas a nuestro tema, al nivel nacional y local. en los motores de búsqueda de Google académico, no se encontraron estudios similares recientes. Los estudios nacionales recientes abarcan la depresión en el contexto universitario.

IV. JUSTIFICACIÓN

La investigación de la prevalencia de los síntomas depresivos en los adolescentes, surge de la necesidad, de conocer cómo se encuentra esta problemática al nivel local en nuestro departamento de Matagalpa, ya que, en la evidencia científica al nivel mundial, se presenta un notable incremento durante la última década. En este sentido, se centró en estimar la prevalencia de los síntomas depresivos en adolescentes estudiantes de noveno a undécimo grado del colegio Santa Teresita Matagalpa entre marzo –junio de 2025. Este enfoque es crucial debido a que la capacidad de gestionar adecuadamente las emociones y el desarrollo de una adolescencia resiliente, influye en el bienestar psicológico general y en la capacidad de adaptación social de los individuos.

Este estudio posee utilidad teórica-práctica ya que podrá ayudar a generar un diagnóstico situacional de la prevalencia y los factores sociodemográficos asociados a la depresión en la población estudiada, Proporcionando información de utilidad a la comunidad educativa y los profesionales de la salud mental. Lo cual permitirá una intervención psicoterapéutica oportuna que mejore la calidad de vida y el bienestar en los adolescentes. Se espera contribuir a la validación y utilización de instrumentos de evaluación adaptados a la realidad del pueblo nicaragüense, que sirva de base para la investigación en salud mental en el país, permitiendo contrastar con los hallazgos globales.

Desde un punto de vista médico, esta investigación aportará conocimientos sobre los síntomas y niveles de depresión en los estudiantes del colegio Santa Teresita, permitiendo diseñar estrategias más efectivas que promuevan un desarrollo sano para un mejor rendimiento académico y social.

Además, en el ámbito médico, los resultados de este estudio ofrecen sugerencias concretas para el abordaje de adolescente con depresión. Esto no solo beneficia directamente al colegio Santa Teresita, sino que también proporciona, información valiosa para otros centros de estudio educativos interesados en mejorar el bienestar integral de sus adolescentes.

En términos de relevancia social, se espera que los hallazgos de esta investigación no solo sensibilicen a la institución educativa sobre la importancia de conocer la prevalencia de los síntomas depresivos en los adolescentes, sino que también proporcionen a las familias y organizaciones comunitarias una mejor comprensión de los adolescentes.

Desde una perspectiva científica, este estudio contribuirá al cuerpo de conocimientos existentes al proporcionar evidencia empírica sobre cómo la depresión afecta el desarrollo integral de los individuos, especialmente en la adolescencia.

V. OBJETIVOS

Objetivo General:

Estimar la prevalencia de síntomas depresivos en la adolescencia media de Noveno a undécimo grado del colegio Santa Teresita Matagalpa durante el periodo de marzo a junio 2025.

Objetivos Específicos:

1. Caracterizar sociodemográficamente a la población a estudio.
2. Identificar el nivel de depresión según el Inventario Rasgo-Estado en la población a estudio.
3. Describir los síntomas depresivos según el Inventario Rasgo-Estado en la población a estudio.

VI. MARCO TEÓRICO

En esta sección, se abordaron aspectos relevantes sobre la depresión, explorando sus definiciones desde un enfoque psiquiátrico y psicológico, incluyendo lo establecido por la OMS y el DSM-V, así mismo se presentaron datos epidemiológicos en la adolescencia y las diferentes etapas de la misma, se mencionó el marco conceptual de prevalencia como unidad de medida en salud pública, este marco teórico también incluyó los modelos explicativos de la depresión, así como los factores de riesgo más relevantes para desarrollar síntomas depresivos y sus consecuencias sobre la salud mental. De la misma manera, el pronóstico según la sintomatología, la evolución hacia los diferentes trastornos depresivos, los test psicológicos utilizados con frecuencia y el abordaje terapéutico.

6.1. Definición de Depresión

Según la OMS “Es un trastorno mental afectivo común y tratable, frecuente en el mundo y caracterizado por cambios en el ánimo con síntomas cognitivos y físicos y estos pueden ser de etiología primaria o secundaria al encontrarse enfermedades de base”. (14)

Según la quinta edición del DSM-5 (diagnostic statistical manual of mental disorders) La depresión es un trastorno del estado de ánimo donde la principal característica es una alteración del humor y según su temporalidad y origen sintomático, tiene una clasificación particular de esta manera se distingue el trastorno depresivo mayor, el trastorno distímico y los trastornos bipolares como los principales. (15)

6.1.1. Epidemiología

“La depresión afecta alrededor del (2.8 %) de los niños menores de 13 años y al (5.6 %) de los adolescentes entre 13 y 18 años. La mayoría de los estudios coinciden en que el (5 %) de los adolescentes presentan depresión clínicamente significativa en algún momento” (16)

Según el instituto Nacional de salud mental (2014) “aproximadamente 2.8 millones de niños con edades de 12 a 17 años (más del 11 por ciento) sufrieron al menos un episodio depresivo mayor” (17)

6.1.2. Definición de Prevalencia

La prevalencia es el número total de individuos pertenecientes a un grupo o una población que presentan una enfermedad en un momento específico.

Se puede expresar como un porcentaje, una fracción o un número de casos por cada 10.000 o 100.000 mil personas. Se calcula dividiendo el número total de los individuos que presentan la característica o enfermedad en un momento determinado, entre la población en ese punto del tiempo.

$P = \frac{\text{Numero de eventos}}{\text{Personas totales}}$

Personas totales

De acuerdo con Castillo Sinche VB y Lopez Gómez CA (2021), existe una mayor prevalencia al nivel mundial de episodios relacionados a la depresión en las mujeres con relación a los hombres. (18)

6.2. Definición de síndrome

En el texto de la asignatura Propedéutica clínica y Semiología médica de Llanio, Perdomo y coautores se ofrecen las siguientes definiciones:

“Entendemos por síndrome “un grupo de síntomas y signos que se presentan formando un conjunto clínico que le da individualidad pero que puede obedecer a múltiples causas”... ”

Se conoce con este nombre el conjunto de síntomas y signos que de un modo frecuente se presentan asociados siempre de igual forma, pero que pueden corresponder a etiologías distintas” (19)

6.3. Definición de adolescencia

A como lo establece el código de la niñez y la adolescencia de Nicaragua

(Ley 287) se considera adolescente “a los que se encuentren entre los 13 y 18 años de edad, no cumplidos” (20)

En palabras de la Real academia española (RAE) (2025) Proviene del latín. Adolescentia que significa “Período de la vida humana que sigue a la niñez y precede a la juventud”. (21)

Desde un punto de vista psicológico los autores Garbarino, González & Faragó (2010) plantean citados por seoane A (2015), Definen por adolescencia “El período en el cual el sujeto pasa de los objetos amorosos endogámicos a los exogámicos y asume los cambios biológicos y psicológicos que conllevan la adquisición de la capacidad de procrear. Es un momento en que el sujeto entra en crisis con su propia historia, con las tradiciones y con los valores de los padres” (22).

6.3.1. Etapas de la adolescencia

Como afirman Susana Quiroga (2004) y David Amorín (2008) citado por serone A (2015), La adolescencia se divide en tres etapas: siendo las siguientes (23):

- 1- Adolescencia temprana
- 2- Adolescencia media
- 3- Adolescencia tardía



6.3.2. Adolescencia temprana

Inicia en la pubertad alrededor de los 10 hasta aproximadamente 13 años, se presentan los primeros cambios físicos e inicia el proceso de maduración psicológica, pasando del pensamiento concreto al pensamiento abstracto, quiere dejar de relacionarse con niños y ser relacionados solo con adolescentes, pero todavía no es aceptado por los adolescentes, por lo cual tiende a desarrollar una desadaptación social, esto puede causar alteraciones emocionales como la ansiedad o la depresión, la familia es un factor importante en como el adolescente vive esta etapa, ya que el estilo de crianza participara en la estructuración de su personalidad y en la manera en cómo afronta su vida.(24),(25),(26).

6.3.3. Adolescencia media (14-17)

En palabras de Orantes (2011) citado por Velázquez Serrano M M (2014) “la crisis durante esta etapa se centra en la búsqueda de la libertad e independencia familiar, se alcanza un sólido desarrollo intelectual y maduración afectiva lo que provoca obstinación en sus ideas, terquedad por lo que le cuesta trabajo aceptar los cambios y un grande sentimiento de contradicción, por ésta razón es muy común que al adolescente se le considere “rebelde o inadaptado”. (27)

En esta etapa empiezan a tener amistades con más frecuencia y sus amistades ejercen una influencia en la búsqueda de identidad, existe mayor interés por el sexo opuesto, puede experimentar cierta curiosidad al consumo de sustancias, puede verse afectado el concepto que se tiene de sí mismo, sobre todo si existen problemas con el peso y el aspecto físico lo que puede desencadenar depresión. (27)

6.3.4. Adolescencia tardía

Este periodo comprende desde los 17 hasta los 20 años El joven va adquiriendo una adaptación sexual satisfactoria y se va produciendo una mejor adaptación en las relaciones interpersonales, se centra en una búsqueda de la realización de su proyecto personal, el adolescente adquiere un pensamiento crítico y reflexivo, mejora la capacidad para evaluar riesgos y tomar decisiones. (27)

6.4. Modelos teóricos explicativos de la depresión

Según lo expresado por Vázquez FL, Muñoz RF, Becoña E (2000) citando a winokur (1997) “ha propuesto que la depresión unipolar desde la perspectiva clínica es un trastorno homogéneo, pero etiológicamente es heterogéneo. La depresión es un problema de múltiples facetas caracterizado por un amplio número de síntomas que pueden, o no, estar presentes en cada paciente en particular. No todas las depresiones obedecen a las mismas causas” (28).

6.4.1. Teorías conductuales de la depresión

Este modelo sugiere que la depresión es un fenómeno aprendido relacionado con interacciones negativas que han sucedido entre la persona y su entorno, estas interacciones influyen en las conductas, la cognición, las emociones y afectan la manera en como estos se relacionan. Entre los modelos más relevantes tenemos la disminución del refuerzo positivo, entrenamiento en autocontrol. (28)

6.4.2. La disminución del refuerzo positivo

En este modelo Lewinsohn hace referencia a que la depresión puede tener su etiología en la disminución del refuerzo positivo, tomando en cuenta que el total de reforzadores positivos dependen del número de acontecimientos reforzadores positivos y las habilidades de la persona para generar refuerzos de la conducta proveniente de su entorno. (28)

En la reformulación de esta teoría, se menciona la secuenciación de las relaciones causales, es decir primeramente surge un acontecimiento que eventualmente desencadenara

depresión. El cual Interrumpe los patrones de conducta inconscientes del sujeto, produciendo una disminución de la tasa de refuerzo positivo, generando autocrítica, expectativas negativas con un aumento de la disforia con consecuencias: conductuales, sociales, cognitivas y emocionales. (28)

6.4.3. Entrenamiento en autocontrol

En esta teoría formulada por Rehn (1977) nos menciona que la depresión es el resultado de interacciones complejas entre las recompensas y los castigos. También nos dice que los individuos depresivos tienen una tendencia al perfeccionismo, con metas poco alcanzables y un aumento en el autocastigo (28)

6.4.4. Teoría biológica de la depresión

Desde el punto de vista biológico, puede entenderse como una anomalía en la regulación en uno o más de los siguientes sistemas neuroconductuales (28):

- 1) facilitación conductual; 2) inhibición conductual; 3) grado de respuesta al estrés;
- 4) ritmos biológicos; y 5) procesamiento ejecutivo cortical de la información.

6.5. Factores de riesgo de la depresión.



Fig. 1 Modelo Integral De Los Trastornos Del Estado De Ánimo

La depresión en jóvenes suele ser multifactorial, los principales factores son genéticos, cognitivos, personales y sociales. (29)

6.5.1. Personales y sociales

En esta etapa se desarrollan y potencializan los cambios físicos y psicológicos enmarcados con modificaciones cognitivas, con implicaciones socioculturales, cuyos cambios influyen en la incorporación del individuo en la sociedad permitiendo su aceptación a sí mismo y en la sociedad. (29)

Factores de riesgo sociales: Acoso escolar, Problemas familiares, Pobreza, Aislamiento social, Falta de apoyo social, Eventos estresantes de la vida.

Factores de riesgo personales: Baja autoestima, Consumo de sustancias. Antecedentes familiares de depresión, Enfermedades crónicas, situaciones de violencia, Problemas de aprendizaje, Rasgos de personalidad.

Cuando alguien está expuesto a violencia, ya sea física o psicológica, el cuerpo entra en un estado de estrés constante. Se libera mucho cortisol, también se altera la producción de, serotonina, dopamina y la noradrenalina, que tienen que ver con sentirse bien y con tener energía, la persona empieza a sentirse mal, triste, cansada, sin ánimos de hacer nada. Esto puede conllevar a pensar de forma negativa, y eso, sumado a la alteración neuroquímica, puede terminar en la aparición de síntomas depresivos, principalmente, tristeza profunda, falta de interés por las cosas y esa sensación de que nada va a mejorar.

6.5.2. Cognitivos

El modelo de Beck considera que el procesamiento de la información es la principal causante de la alteración y presencia de depresión, se activan una serie de bosquejos mentales de formas sobre cómo percibe la realidad que favorecen a la aparición de depresión. (29)

6.5.3. Sexo

La relación de depresión en hombres con respecto a mujeres es 1:2-3 entre los 12 a 55. (30)

6.5.4. Edad.

Con respecto a la edad, está demostrado que existe mayor sintomatología depresiva en la edad desde 18 años, siendo los más frecuentes en los adolescentes, las conductas disociales y trastornos alimentarios asociados a depresión. (30)

6.5.5. Genéticos.

Los familiares en primer grado de consanguinidad presentan un mayor riesgo de padecer depresión. (30)

6.5.6. Acontecimientos vitales.

Son aquellas experiencias objetivas que alteran las actividades habituales del individuo provocando un reajuste en su conducta. (30)

6.6. Factores etiológicos de depresión.

6.6.1. Neuroquímicos.

Los neurotransmisores más relacionados a la depresión ha sido la disminución en los niveles de noradrenalina, serotonina y dopamina, en los enfermos depresivos se ha observado una disminución de la recaptación de serotonina en las plaquetas. (30)

6.6.2. Endocrinos.

En pacientes depresivos existe alteración en la hormona del crecimiento, hipersecreción de cortisol, así como alteraciones en el eje hipotálamo-hipófisis-tiroides. (30)

6.6.3 Anatómicos.

Mediante estudios de neuroimagen estructural y funcional se han podido observar alteraciones en el sistema límbico, ganglios de base e hipotálamo. (30)

6.7. Factores relacionados con la evolución de síntomas depresivos.

Se mencionan aquellos factores, en los cuales se ha establecido su relación en la aparición de sintomatología depresiva y el desarrollo de trastornos depresivos. Se dividen en 4 categorías. (31)

- Patologías médicas.
- Eventos vitales.
- Deficiencias de vitaminas, minerales y relacionados a la dieta.
- Hormonales.

6.7.1. Patologías médicas.

- ✓ La respuesta física como psicológica al cáncer tiende a producir síntomas depresivos. (31)
- ✓ Se ha documentado la existencia de una asociación bidireccional entre los trastornos depresivos y las enfermedades cardiovasculares, asociado principalmente a procesos biológicos y psicosociales. (31)
- ✓ La combinación de diabetes y depresión es común, la diabetes tipo 2 aumenta en un (52 %) el riesgo de presentar depresión mayor y a su vez en pacientes con un trastorno depresivo, el riesgo de diabetes aumenta en un (23 %) en adultos jóvenes. (31)
- ✓ El uso, abuso y retirada de sustancias se ha visto implicado en la aparición de síntomas depresivos, este vínculo incluye determinadas clases de medicación (antidepresivos, ansiolíticos, anticonceptivos, antipsicóticos, miorrelajantes,

antiinflamatorios tanto esteroideos como no esteroideos, antibióticos y otros), drogas de consumo, alcohol, fumar poco o moderado, y otras sustancias. (31)

- ✓ La depresión se asocia fuertemente con el mal funcionamiento de la glándula tiroidea en el hipotiroidismo e hiperparatiroidismo. (31)

6.7.2. Eventos vitales.

- ✓ Estar sin trabajo.
- ✓ Insatisfacción corporal.
- ✓ Desconsuelo y duelo.

6.7.3. Deficiencias de vitaminas, minerales y relacionados a la dieta.

- ✓ La vitamina A y sus derivados son factores de competencia esenciales para la plasticidad sináptica a largo plazo del cerebro adulto, El daño a láminas hipocámpales, causado por una deficiencia de vitamina A, se mostró enteramente reversible con el aporte de vitamina A. (31)
- ✓ Se encuentra bien documentada como la deficiencia de vitamina D, prevalece entre las personas con sintomatología depresiva y su suplementación suele reducir los síntomas. (31)
- ✓ La hipocalcemia y la hipomagnesemia se encuentran involucradas en la progresión hacia un trastorno depresivo en individuos previamente sanos. (31)

6.7.4. Hormonales

La testosterona baja, el cortisol alto, la sulfato de dehidroepiandrosterona (DHEA-S) baja, la progesterona alta, la hormona paratiroidea alta o baja y la hormona del crecimiento baja:

todas han demostrado una relación verificable con la depresión, tanto en hombres como en mujeres. (31)

6.8. Consecuencias de la depresión en adolescentes.

La depresión no tratada puede derivar en problemas emocionales, de conducta y de salud que afecten todas las áreas de la vida adolescente. Entre las complicaciones relacionadas con la depresión adolescente, se encuentran las siguientes (32):

- Abuso de drogas ilícitas y alcohol.
- Problemas académicos.
- Conflictos familiares y problemas interpersonales.
- Suicidio o intentos de suicidio.

6.9. Clasificación de los trastornos depresivos según el DSM5

“Los trastornos depresivos se caracterizan por el estado de ánimo depresivo (p.ej., triste, irritable, vacío) o pérdida de placer acompañada por otros síntomas cognitivos, del comportamiento o neurovegetativos que afectan significativamente la capacidad del individuo para funcionar”. (33)

6.9.1. Trastorno Depresivo Mayor (TDM)

- **Criterios diagnósticos:**

- Cinco o más de los siguientes síntomas presentes durante un período de dos semanas, y al menos uno de los síntomas debe ser estado de ánimo deprimido o pérdida de interés o placer:

- Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días.
- Pérdida de interés o placer en todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días.
- Pérdida o aumento significativo de peso, o disminución o aumento del apetito casi todos los días.
- Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
- Agitación o retraso psicomotor casi todos los días.
- Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
- Sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada casi todos los días.
- Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi todos los días.
- Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida recurrente sin un plan específico, o un intento de suicidio o un plan específico para llevar a cabo el suicidio.
- Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en el funcionamiento social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- El episodio no se atribuye a los efectos fisiológicos de una sustancia o a otra afección médica.

6.9.2. Trastorno Depresivo Persistente

- **Criterios diagnósticos:**

A. Estado de ánimo deprimido que persiste durante al menos dos años en adultos (un año en niños y adolescentes).

B. Presencia de dos o más de los siguientes síntomas:

- Poco apetito o sobrealimentación.
- Insomnio o hipersomnia.
- Poca energía o fatiga.
- Baja autoestima.
- Dificultades para concentrarse o tomar decisiones.
- Sentimientos de desesperanza.

C. Durante el período de dos años (un año en niños y adolescentes) de la alteración, el individuo, nunca ha estado sin los síntomas de los Criterios A y B durante más de dos meses seguidos.

D. Los criterios para un trastorno de depresión mayor pueden estar continuamente presentes durante dos años.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o un episodio hipomaníaco, y nunca se han cumplido los

criterios para el trastorno ciclotímico.

F. La alteración no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo persistente, esquizofrenia, un

trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otro trastorno psicótico.

G. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a otra afección médica (p. ej., hipotiroidismo).

H. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

6.9.3. Trastorno Disfórico Premenstrual:

- Síntomas depresivos y otros síntomas significativos que ocurren en la semana previa al inicio de la menstruación, mejoran dentro de unos pocos días después del inicio de la menstruación, y son mínimos o ausentes en la semana posterior a la menstruación.

- A. En la mayoría de los ciclos menstruales, al menos cinco síntomas han de estar presentes en la última semana antes del inicio de la menstruación, empezar a mejorar unos días después del inicio de la menstruación y hacerse mínimos o desaparecer en la semana después de la menstruación.

B. Uno (o más) de los síntomas siguientes han de estar presentes:

1. Labilidad afectiva intensa (p. ej., cambios de humor, de repente está triste o llorosa, o aumento de la sensibilidad al rechazo).

2. Irritabilidad intensa, o enfado, o aumento de los conflictos interpersonales.

3. Estado de ánimo intensamente deprimido, sentimiento de desesperanza o ideas de auto desprecio.

4. Ansiedad, tensión y/o sensación intensa de estar excitada o con los nervios de punta.

C. Uno (o más) de los síntomas siguientes también han de estar presentes, hasta llegar a un total de cinco síntomas cuando se combinan con los síntomas del Criterio B.

1. Disminución del interés por las actividades habituales (p. ej., trabajo, escuela, amigos, aficiones).

2. Dificultad subjetiva de concentración.

3. Letargo, fatigabilidad fácil o intensa falta de energía.

4. Cambio importante del apetito, sobrealimentación o anhelo de alimentos específicos.

5. Hipersomnia o insomnio.

6. Sensación de estar agobiada o sin control.

7. Síntomas físicos como dolor o tumefacción mamaria, dolor articular o muscular, sensación de "hinchazón" o aumento de peso.

Los síntomas de los Criterios A-C se han de haber cumplido durante la mayoría de los ciclos menstruales del año anterior.

D. Los síntomas se asocian a malestar clínicamente significativo o interferencia en el trabajo, la escuela, las actividades sociales habituales o la relación con otras personas (p. ej., evitación de actividades sociales; disminución de la productividad y la eficiencia en el trabajo, la escuela o en casa).

E. La alteración no es simplemente una exacerbación de los síntomas de otro trastorno, como el trastorno de depresión mayor, el trastorno de pánico, el trastorno depresivo persistente (distimia) o un trastorno de la personalidad (aunque puede coexistir con cualquiera de estos).

E El Criterio A se ha de confirmar mediante evaluaciones diarias prospectivas durante al menos dos ciclos sintomáticos (Nota: El diagnóstico se puede hacer de forma provisional antes de esta confirmación.)

G. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento, otro tratamiento) o a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo).

6.9.4. Trastorno Depresivo Inducido por Sustancias/Medicamentos:

- Síntomas depresivos que se consideran una consecuencia fisiológica directa de una sustancia o medicamento.

A. Alteración importante y persistente del estado de ánimo que predomina en el cuadro clínico y que se caracteriza por estado de ánimo deprimido, disminución notable del interés o placer por todas o casi todas las actividades.

B. Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de (1) y (2):

1. Síntomas del Criterio A desarrollados durante o poco después de la intoxicación o abstinencia

de una sustancia o después de la exposición a un medicamento.

2. La sustancia/medicamento implicado puede producir los síntomas del Criterio A.

C. El trastorno no se explica mejor por un trastorno depresivo no inducido por una sustancia/medicamento. La evidencia de un trastorno depresivo independiente puede incluir lo siguiente:

Los síntomas fueron anteriores al inicio del uso de la sustancia/medicamento; los síntomas persisten durante un período importante (p. ej., aproximadamente un mes) después del cese de la abstinencia aguda o la intoxicación grave; o existen otras pruebas que sugieren la existencia de un trastorno depresivo independiente no inducido por sustancias/medicamentos (p. ej., antecedentes de episodios recurrentes no relacionados con sustancias/medicamentos).

D. El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un delirium.

E. El trastorno causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

6.9.5. Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo

A. Accesos de cólera graves y recurrentes que se manifiestan verbalmente (p. ej., rabietas verbales) y/o con el comportamiento (p. ej., agresión física a personas o propiedades) cuya intensidad o duración son desproporcionadas a la situación o provocación.

B. Los accesos de cólera no concuerdan con el grado de desarrollo.

C. Los accesos de cólera se producen, en término medio, tres o más veces por semana.

D. El estado de ánimo entre los accesos de cólera es persistentemente irritable o irascible la mayor parte del día, casi todos los días, y es observable por parte de otras personas (p. ej., padres, maestros, compañeros).

E. Los Criterios A-D han estado presentes durante 12 o más meses. En todo este tiempo, el individuo no ha tenido un período que durara tres o más meses consecutivos sin todos los síntomas de los Criterios A-D.

F. Los Criterios A y D están presentes al menos en dos de tres contextos (es decir, en casa, en la escuela, con los compañeros) y son graves al menos en uno de ellos.

G. El primer diagnóstico no se debe hacer antes de los 6 años o después de los 18 años.

H. Por la historia o la observación, los Criterios A-E comienzan antes de los 10 años.

I. Nunca ha habido un período bien definido de más de un día durante el cual se hayan cumplido todos los criterios sintomáticos, excepto la duración, para un episodio maníaco o hipomaníaco.

La elevación del estado de ánimo apropiada al desarrollo, como sucede en el contexto de un acontecimiento muy positivo o a la espera del mismo, no se ha de considerar un síntoma de manía o hipomanía.

J. Los comportamientos no se producen exclusivamente durante un episodio de trastorno de depresión mayor y no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno del espectro autista, trastorno por estrés postraumático, trastorno por ansiedad de separación, trastorno depresivo persistente [distimia]).

Este diagnóstico no puede coexistir con el trastorno negativista desafiante, el trastorno explosivo intermitente o el trastorno bipolar, aunque puede coexistir con otros, como el trastorno de depresión mayor, el trastorno de déficit de atención/hiperactividad, el trastorno de conducta y los trastornos por consumo de sustancias. En individuos cuyos síntomas cumplen los criterios para el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo y el trastorno negativista desafiante, solamente se debe hacer el diagnóstico de trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo. Si un individuo no ha tenido nunca un episodio maníaco o hipomaníaco, no se debe hacer el diagnóstico de trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo.

K. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica o neurológica.

6.9.6. Trastorno depresivo debido a otra afección médica

A. Un período importante y persistente de estado de ánimo deprimido o una disminución notable del interés o placer por todas o casi todas las actividades predomina en el cuadro clínico.

B. Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de que el trastorno es la consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica.

C. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno de adaptación, con estado de ánimo deprimido, en el que el factor de estrés es una afección médica grave).

D. El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un delirium.

E. El trastorno causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

6.9.7. Otro trastorno depresivo especificado

1. Depresión breve recurrente: Presencia concurrente de estado de ánimo deprimido y al menos otros cuatro síntomas de depresión durante 2-13 días por lo menos una vez al mes (no asociados al ciclo menstrual) durante un mínimo de doce meses consecutivos en un individuo cuya presentación no ha cumplido nunca los criterios para ningún otro trastorno depresivo o bipolar y que actualmente no cumple los criterios activos o residuales para un trastorno psicótico.

2. Episodio depresivo de corta duración (4-13 días): Afecto deprimido y al menos cuatro de los otros ocho síntomas de un episodio de depresión mayor asociados a malestar clínicamente significativo o deterioro que persiste durante más de cuatro días, pero menos de catorce días, en un individuo cuya presentación nunca ha cumplido los criterios para otro trastorno depresivo o bipolar, no cumple actualmente los criterios activos o residuales para un trastorno psicótico y no cumple los criterios para una depresión breve recurrente.

3. Episodio depresivo con síntomas insuficientes: Afecto deprimido y al menos cuatro de los otros ocho síntomas de un episodio de depresión mayor asociado a malestar clínicamente significativo o deterioro que persiste durante un mínimo de dos semanas en un individuo cuya presentación nunca ha cumplido los criterios para otro trastorno depresivo o bipolar, no cumple actualmente los criterios activos o residuales para un trastorno psicótico y no cumple los criterios para trastorno mixto de ansiedad y depresión.

6.9.8. 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, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos depresivos. La categoría del trastorno depresivo no especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo de incumplimiento de los criterios de un trastorno depresivo específico, e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico (p. ej., en servicios de urgencias).

6.10. Test que evalúan la depresión.

6.10.1. Test de Zung

Astocondor (2010) citado por Silva Pastpr B K (2019) “buscó conocer las propiedades psicométricas de la escala de Zung, La muestra final estuvo conformada por 100 personas, cuyas edades oscilaron de 14 a 30 años, respondieron adecuadamente a la prueba y firmaron el consentimiento informado. Para obtener los resultados, realizó un primer análisis mediante el criterio de jueces, para luego someterlo al análisis de V de Aiken, encontrando un valor de 0.90 en la dimensión estado de ánimo, de 0.80 en trastornos fisiológicos, de 0.80 en trastornos psicomotores y de 1 en trastornos psíquicos. La confiabilidad fue obtenida mediante el alfa de Cronbach, para hombres desde 0.77, mujeres de 0.67 y la escala general de 0.78”. (34)

Por favor marque (✓) la columna adecuada.	Poco tiempo	Algo del tiempo	Una buena parte del tiempo	La mayor parte del tiempo
1. Me siento decaído y triste.				
2. Por la mañana es cuando me siento mejor.				
3. Siento ganas de llorar o irrumo en llanto.				
4. Tengo problemas para dormir por la noche.				
5. Como la misma cantidad de siempre.				
6. Todavía disfruto el sexo.				
7. He notado que estoy perdiendo peso.				
8. Tengo problemas de estreñimiento.				
9. Mi corazón late más rápido de lo normal.				
10. Me canso sin razón alguna.				
11. Mi mente está tan clara como siempre.				
12. Me es fácil hacer lo que siempre hacía.				
13. Me siento agitado y no puedo estar quieto.				
14. Siento esperanza en el futuro.				
15. Estoy más irritable de lo normal.				
16. Me es fácil tomar decisiones.				
17. Siento que soy útil y me necesitan.				
18. Mi vida es bastante plena.				
19. Siento que los demás estarían mejor si yo muriera.				
20. Todavía disfruto de las cosas que disfrutaba antes.				

6.10.2. Test de Beck

Es uno de los test más utilizados, cuenta con dos ediciones, permite detectar la presencia de síntomas y el nivel de gravedad, está compuesto por 21 ítems politomicos, que muestran cuatro alternativas y estratifican los síntomas de menor a mayor gravedad. incluyendo síntomas como tristeza, pesimismo, irritabilidad, sentimientos de culpa, falta de interés y cambios en el sueño o apetito. Las respuestas se dan en una escala de 0 a 3, donde 0 significa que el síntoma no está presente y 3 significa que está presente de forma grave. Al final, se suman los puntos para obtener una puntuación total que indica el nivel de depresión.

(35)

Evalúa una serie de síntomas como:

Afectivo

- Tristeza
- Pesimismo
- Sentimientos de fracaso
- Pérdida de placer
- Sentimientos de culpa
- Sentimientos de castigo
- Irritabilidad
- Retraimiento social

Cognitivo:

- Autocrítica
- Indecisión
- Distorsión de la imagen corporal
- Inhibición laboral

Motivacional:

- Pérdida de motivación
- Dificultad para tomar decisiones
- Cambios en los patrones de sueño
- Fatiga
- Pérdida de apetito
- Pérdida de peso
- Preocupación somática
- Pérdida de libido

6.10.3. Test rasgo/estado de IDERE

Caracterización de la prueba (36)

“Descripción: El IDERE es un inventario auto evaluativo, diseñado para evaluar dos formas relativamente independientes de la depresión: la depresión como estado (condición emocional transitoria) y la depresión como rasgo (propensión a sufrir estados depresivos como una cualidad de la personalidad relativamente estable “).

Este test consta de 20 preguntas para evaluación de síntomas depresivos como estado y 22 preguntas para evaluación de síntomas depresivos como rasgo, en ambos casos la mitad de preguntas son positivas de depresión y la otra mitad están formulados de manera inversa, se suman los puntajes de las preguntas positivas y se les resta el puntaje obtenido de las preguntas inversas y posteriormente se le suma la constante 50, para obtener el nivel de depresión en bajo, medio y alto. Este test presenta la particularidad que se puede obtener la presencia de síntomas depresivos como estado o como rasgo.

Depresión como estado: Hace referencia a un estado emocional transitorio donde una persona experimenta los síntomas depresivos de una manera intensa en un momento determinado. La escala que evalúa la depresión como estado permite identificar, de manera rápida, a las personas que tienen síntomas depresivos, así como sentimientos de tristeza reactivos a situaciones de pérdida o amenaza, que no necesariamente se estructuran como un trastorno depresivo, aunque provoquen malestar e incapacidad. Tiene 20 ítems cuyas respuestas toman valores de 1 a 4. La mitad de estos ítems por su contenido, son positivos

en los estados depresivos, mientras que la otra mitad son ítems antagónicos con la depresión. El sujeto debe seleccionar la alternativa que mejor describe su estado en ese momento y tiene cuatro opciones de respuesta: No, en lo absoluto (que vale 1 punto), Un poco (vale 2 puntos), Bastante (vale 3 puntos) y Mucho (vale 4 puntos).

Depresión como rasgo: Se refiere a la tendencia o predisposición que tiene una persona para experimentar episodios depresivos de una forma más frecuente. La escala de depresión como rasgo permite identificar a los pacientes

que tienen propensión a sufrir estados depresivos y además ofrece información sobre la estabilidad de estos síntomas. Consta de 22 ítems que también, adquieren valores de 1 a 4 puntos y las opciones de respuesta son: casi nunca (que vale 1 punto), algunas veces (vale 2 puntos), frecuentemente (3 puntos) y casi siempre (4 puntos).

6.11. Tratamientos para la depresión.

“En general, cualquier tratamiento se prescribe en función de la severidad sintomática, de la rapidez de sus efectos y de la moderación de los efectos secundarios”. (37)

6.11.1. Psicofarmacológico

Inicialmente la depresión debe tratarse con venlafaxina, si la depresión tiene síntomas ansiosos de utilizarse amitriptilina, se deben utilizar los antidepresivos tricíclicos como segunda opción de tratamiento en depresiones asociados a problemas médicos, es importante observar la respuesta e individualizar el tratamiento (37)

6.11.2. Psicoanálisis

“Las principales técnicas propuestas por autores especializados son (37):

Entrevistas exigidas, Psicoterapia breve o de larga duración (Malan, Davanloo).

Psicoterapia breve de provocación de ansiedad (Sifneos)

Psicoterapia dinámica de tiempo limitado (Strupp)

Terapia expresiva y de apoyo (Luvorsky)”

6.11.3. Terapia cognitivo- conductual

“La Terapia de Conducta trabaja con la modificación de las conductas depresivas. Se llega al cambio conductual mediante el cambio en los sistemas de recompensa y castigo.

Las fases incluyen: Análisis funcional de la conducta. Selección de conductas específicas. Registros. Entrenamiento en relajación. Entrenamiento en asertividad. Control de la conducta estado de ánimo. Detención, retraso y sustitución de pensamientos disfuncionales” (37)

6.11.4. Tratamiento combinados

“Varios investigadores de la Universidad de Duke, en Estados Unidos, han publicado una investigación en el Journal of American Medical Association (JAMA) en la que asignaban 439 adolescentes con depresión grave a cuatro grupos (37):

Tras tres meses de tratamiento, obtuvieron los siguientes porcentajes de

respuesta al tratamiento:

Tratamiento con fluoxetina. (60,6 %)

Tratamiento con psicoterapia. (43,2)

Tratamiento con psicoterapia y fluoxetina. (71,6 %)

Placebo. (38,4 %)

Los autores concluyeron que tanto la fluoxetina como el tratamiento psicológico deberían estar disponibles en el tratamiento de la depresión adolescente. Sin embargo, el codirector de la publicación: Richard M. Glass, matiza estos resultados aludiendo a que el estudio deja dos preguntas sin resolver, la primera es si la fluoxetina es el único psicofármaco eficaz en el tratamiento de la depresión adolescente y la segunda es si la psicoterapia por sí sola es eficaz cuando se trata de depresiones moderadas o graves".(37)

6.12. Curso y pronóstico

Los síntomas depresivos suelen aparecer de forma gradual, a lo largo de días o incluso semanas. Es habitual que antes de un episodio depresivo se presente un periodo previo, que puede durar semanas o meses, con síntomas más leves de ansiedad y depresión. Un episodio depresivo, si no recibe tratamiento, comúnmente se extiende entre seis y nueve meses o incluso más, sin importar la edad en que se presente. Afortunadamente, en la mayoría de los casos, los síntomas desaparecen por completo y la persona recupera su nivel de actividad habitual. (38)

Sin embargo, en un (20 %) a (30 %) de los casos, algunos síntomas depresivos persisten durante meses o años, lo que puede generar malestar e incapacidad. En un porcentaje menor, entre el (5 %) y el (10 %) la depresión se vuelve crónica, prolongándose por dos

años o más. Aproximadamente el (60 %) de quienes mejoran experimentan una recaída en un periodo de tres a nueve años. De estos, dos tercios logran una recuperación total entre episodios, mientras que un tercio no se recupera por completo o solo lo hace de forma parcial. (38)

Curiosamente, fuera de los entornos especializados en salud mental, se ha notado que los trastornos depresivos, incluso los más severos, suelen ser menos graves y a menudo se resuelven solos en unas pocas semanas. La mayoría de los trastornos depresivos menos graves (entre el 46 % y el 71 %) remiten espontáneamente sin necesidad de tratamiento. Sin embargo, un (13 %) a (27 %) progresa a una depresión mayor, y el resto mantiene un curso crónico. (38)

Tener antecedentes personales o familiares de trastornos afectivos aumenta el riesgo de que los cuadros depresivos sean más severos y tengan un peor pronóstico si no se tratan. En el ámbito de la atención primaria, la falta de un apoyo social adecuado y los eventos estresantes en la vida parecen ser los principales factores que complican la evolución de los trastornos depresivos menos graves. En cambio, la severidad del síndrome depresivo inicial es el predictor más importante de cómo evolucionarán los trastornos depresivos mayores. A menudo, incluso después de recibir tratamientos farmacológicos o psicoterapéuticos para la depresión mayor, algunos síntomas pueden persistir, a pesar de que el paciente manifieste sentirse mejor. (38)

Alrededor del (80 %) de los pacientes que logran una remisión parcial presentan uno o más síntomas residuales (SR), los cuales suelen estar asociados con dificultades en el funcionamiento psicosocial. La naturaleza exacta de estos síntomas residuales es un tema de debate y probablemente se debe a múltiples factores, como un tratamiento inadecuado,

la coexistencia de otras enfermedades físicas o mentales, problemas psicosociales, la gravedad inicial y duración del episodio, y el envejecimiento. Los cinco síntomas residuales más comunes son la disminución del placer o interés, el estado de ánimo triste, los problemas de sueño, la fatiga y las molestias o dolores físicos crónicos. (38)

Definiciones relevantes en el pronóstico

□ Remisión parcial: Se refiere a cuando todavía quedan algunos síntomas de un episodio depresivo mayor, pero no los suficientes para cumplir todos los criterios diagnósticos, o cuando los síntomas significativos desaparecen por menos de dos meses después de un episodio. Una remisión parcial puede ocurrir de forma espontánea, aunque se suele asumir que es resultado del tratamiento. Si la remisión parcial no evoluciona a una remisión total, es necesario considerar nuevas estrategias terapéuticas. (38)

□ Remisión completa: Implica la ausencia de síntomas depresivos significativos durante al menos dos meses. (38)

□ Respuesta: Este término se usa cuando el paciente entra en remisión parcial, es decir, presenta síntomas depresivos, pero ya no cumple los criterios completos de un episodio depresivo. (38)

□ Recaída: Ocurre cuando un nuevo episodio depresivo aparece en menos de seis meses desde el episodio anterior. (38)

□ Recurrencia: Se refiere a un nuevo episodio depresivo que surge después de más de seis meses del episodio previo. (38)

VII. DISEÑO METODOLOGICO

Este apartado narra el procedimiento que se llevó a cabo para realizar el estudio, es decir, se brinda una descripción de los sujetos que se estudiaron, así como sus características, además del material que se empleó para realizar la investigación, y de los lugares donde se llevó a cabo la recolección de datos.

7.1. Diseño de la investigación.

Arias (1999), Refiere que el diseño de investigación es la estrategia general que adopta el investigador para responder al problema planteado. (39)

La investigación tuvo un diseño de tipo de campo, Según Arias (1999), la investigación de campo es aquella que consiste en la recolección de datos directamente de los sujetos investigados, o de la realidad donde ocurren los hechos (datos primarios), sin manipular o controlar variable alguna, es decir, el investigador obtiene la información, pero no altera las condiciones existentes. De allí su carácter de investigación no experimental. (39)

Además, el estudio también es de diseño epidemiológico ya que se orientó a un tema relacionado a la salud y su unidad de estudio fue el ser humano.

7.2. Nivel de investigación.

Por su nivel de profundidad es de tipo descriptivo.

Atendiendo los planteamientos de Hernández et al (2014), los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles de las personas, grupos, comunidades, proceso, objeto o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis

(Danhkler 1980). Es decir, mide, evalúan o recolectan datos sobre diversos conceptos (variables), aspectos, dimensiones o componente del entorno a investigar. (40)

7.3. Tipo de investigación.

El tipo de investigación fue:

Según la intervención de los investigadores de tipo observacional ya que no existió intervención, ni manipulación por parte de los investigadores; se limitó a observar y describir el fenómeno.

Según el control de los sesgos de medición fue de tipo prospectivo: los datos se recopilaban de fuentes primarias mediante pruebas psicológicas.

Según el número de mediciones sobre la variable de estudio fue de tipo transversal ya que solo se realizó una medida de la variable de interés y de caracterización durante todo el estudio y en una sola población.

Según el número de variables analíticas fue de tipo descriptivo al ser univariado.

7.4. Unidad de análisis.

La unidad de análisis en este estudio fueron los estudiantes de adolescencia media de noveno a undécimo grado del colegio Santa Teresita Matagalpa durante el periodo de marzo a junio de 2025

7.5. Área de estudio.

El estudio se realizó en el colegio Santa Teresita, ubicado en la parte Sur-oeste de la ciudad de Matagalpa, Nicaragua. Ubicado, Barrio Santa Teresita, de Sastrería Loza 1c al Oeste y

1c al sur, Es la primera Fundación que se realizó en América, el 21 de febrero de 1962. Brinda servicios Educativos en los distintos niveles: Preescolar, Primaria y Secundaria completa.

7.6. Población.

Población. Es el conjunto de individuos que tiene una o más propiedades en común, se encuentra en un espacio o territorio y varia en el transcurso del tiempo. Es el conjunto total de sujetos respecto de los cuales se realiza una investigación, sea esta descriptiva o explícita.

La población de estudio lo constituyeron el total de estudiantes matriculados de noveno a undécimo grado con edades entre 14 y 17 años, siendo un total de 137 sujetos.

7.7. Muestra

La Muestra, atendiendo a (Hernández et al (2014), Es en esencia un subgrupo de la población; es decir un sub conjunto de elementos que pertenece a ese conjunto definido en sus características al que se llama Población". (40)

La muestra estuvo constituida por 91 estudiantes, que cumplieron con los criterios de inclusión para este estudio. No se pudo realizar en el total de la población principalmente debido a que el resto de estudiantes, no presentaron el consentimiento informado. Se calculó un margen de error del (6 %) con un nivel de confianza del (95 %).

7.8. Muestreo

Se realizó un muestreo de tipo no probabilístico a conveniencia, debido a que la participación en el estudio, estuvo limitada a aquellos estudiantes, que previo, informales

del estudio, presentaron el consentimiento informado firmado por su padre o tutor y el cumplimiento de los criterios de inclusión.

7.9. Criterios de selección de muestral

Inclusión	Exclusión
1. Estudiantes con edades entre 14 a 17 años. 2. Adolescentes quienes sus padres o tutores firmen el consentimiento informado para participar en el estudio. 3. Adolescentes estudiantes activos y matriculados en el colegio Santa Teresita durante el periodo marzo a junio 2025. 4. Cursar noveno, decimo o undécimo grado. 5. Capacidad y habilidad cognitiva para leer, comprender y responder al instrumento.	1. Estudiantes menores de 14 años y mayores de 17 años. 2. Adolescentes quienes sus padres o tutor no firmen el consentimiento informado para participar en el estudio. 3. Adolescentes estudiantes inactivos. 4. Adolescentes diagnosticados o en tratamiento por un trastorno mental. 5. Adolescente con enfermedad crónica que interfiera en su estado emocional.

7.10. Métodos utilizados

7.10.1. Método teórico

La investigación se apoyó en los procesos de análisis, síntesis, comparación, abstracción y generalización. Estos mismos procesos, pero con un carácter diferenciado, dialéctico, consciente, integrado, sistemático, ordenado y orientado a un fin preconcebido, operan de forma interrelacionada como métodos del conocimiento teórico (Bernal, 2010). (41)

7.10.2. Método empírico

El método empírico se basa en la recogida de una gran cantidad de datos a partir de un fenómeno natural y del análisis de la base de datos de una teoría o llegar a una conclusión particular. Además, el método empírico analítico, es un mecanismo de estudio basado en la experiencia, que toma en cuenta todos los elementos presentes dentro de una investigación en relación a la causa y efecto de un tema en específico.

7.11. Técnicas e Instrumentos de recopilación de información

7.11.1. Inventario IDERE

Es una herramienta diseñada para evaluar la depresión desde dos ángulos distintos: por un lado, cómo se siente alguien en un momento concreto (depresión como estado) y, por otro, si esa persona tiende a sentirse deprimida de forma habitual (depresión como rasgo).

7.11.2. Cuestionario

El cuestionario es un conjunto de preguntas diseñadas para generar los datos necesarios, con el propósito de alcanzar los objetivos del proyecto de investigación. Se trata de un plan

formal para recabar información de la unidad de análisis objeto de estudio y centro del problema de investigación.

7.12. Proceso de validación de instrumentos

Se realizó la validación de instrumentos mediante la consulta a especialistas en el área de salud mental (Ver anexos)

7.13. Procesamiento y análisis de la información

7.13.1. Primera Fase

En esta fase de investigación se aplicaron los métodos teórico, deductivo e inductivo en la recopilación de información secundaria que se obtuvieron de consultas a diferentes fuentes de información (libros, revistas, internet, documental, todos afines al tema de estudio), información que se analizó, sintetizó y contextualizó para elaborar el protocolo de investigación y redacción del informe final.

7.13.2. Segunda Fase

La fase de ejecución correspondió, al levantamiento de la Información, se realizó mediante el método empírico con recopilación de información primaria.

- ✓ Familiarización con la sección de noveno a undécimo grado para la aplicación del pilotaje incluyendo un (10 %) de la muestra, que no participo después en la aplicación del instrumento, posteriormente el respectivo test y el cuestionario.

7.13.3. Tercera Fase

Para la tabulación y procesamiento de datos, se realizó un cotejo detallado y ordenado del conjunto de datos de las fuentes de información, la que se procesó mediante programas computarizados, utilizando tablas de Microsoft Office Excel 2016 del sistema operativo

Windows 10 de Microsoft. El método aplicado para la organización y el análisis de los datos fue de orden cuantitativo y posteriormente el cualitativo.

7.13.4. Cuarta Fase

Pre-defensa y Defensa: Consistió en la elaboración de ayudas didácticas para la pre-defensa y defensa del trabajo de tesis en el plazo establecido por la universidad. Para finalizar con la incorporación de las recomendaciones del tribunal examinador para la entrega final del documento a la universidad.

7.14. Variables según objetivos del estudio.

7.14.1. Objetivo específico 1: Caracterizar sociodemográficamente a la población a estudio.

Variables:

- Edad
- Sexo
- Estado civil
- Barrio de procedencia
- Nivel académico

7.14.2. Objetivo específico 2: Identificar el nivel de depresión según el Inventario Rasgo-Estado en la población a estudio.

Variables:

- Nivel de depresión rasgo/estado en todos los estudiantes.
- Nivel de depresión rasgo/estado según edad.
- Nivel de depresión rasgo/estado según sexo.
- Nivel de depresión rasgo/estado según nivel académico.

7.14.3. Objetivo específico 3: Describir los síntomas depresivos según el inventario rasgo-estado en la población a estudio.

Variable

- Síntomas depresivos rasgo/estado prevalentes en los estudiantes.

7.15. Pilotaje

Previo al inicio de la recolección definitiva de Datos que inicio el mes de marzo, Se realizó una prueba piloto que incluyo un (10 %) de la población a estudiar, la muestra fue de 13 estudiantes. Ya que la población objetivo eran 137, participaron los grados académicos de noveno a undécimo, quienes se incluyeron en el pilotaje, no fueron incorporados posteriormente en la aplicación de los instrumentos, para evitar sesgos en el estudio. Durante esta prueba se detectaron aspectos a mejorar en los instrumentos y el procesamiento de datos, los cuales facilitaron la comprensión y aplicación de los instrumentos cuando se realizaron al total de la población a estudio.

7.16. Obtención de la información

Se realizaron las coordinaciones con el colegio Santa Teresita de Matagalpa, con la finalidad de lograr la autorización e iniciar el proceso de evaluación, durante las coordinaciones se entregó una carta de UNIDES dirigida a la Hermana: Karen Elena Vásquez Vivas (directora del colegio Santa Teresita) donde se especificó el tema de investigación y las actividades que se fueron desarrollando durante el proceso investigativo. Con la debida autorización se procedió a la coordinación con las autoridades educativas del colegio, con el propósito de establecer el cronograma que inicio, con las actividades de recolección de datos. La evaluación se realizó en las aulas de clases, previo a presentación de firma de consentimiento de su padre o tutor, se brindó información sobre el contenido de los instrumentos, la cantidad de preguntas que lo conforman, las opciones disponibles para marcar, la confidencialidad de la evaluación, especificándoles que se permanecería en el aula para cualquier consulta que pudiera presentarse mientras resolvían el instrumento.

7.17. Técnicas e instrumentos:

Se utilizó un cuestionario sociodemográfico y a su vez se realizó la aplicación del inventario de depresión Rasgo / Estado. Ambos instrumentos fueron validados por expertos científicos en salud mental. La necesidad de validar el Test IDERE con psicólogos locales, surge de los principios psicométricos y de psicología cultural, cuyo objetivo es asegurar la pertinencia y equivalencia del instrumento en el contexto local, realizando el proceso conocido como “adaptación transcultural de instrumentos”.

7.18. Consideraciones Éticas

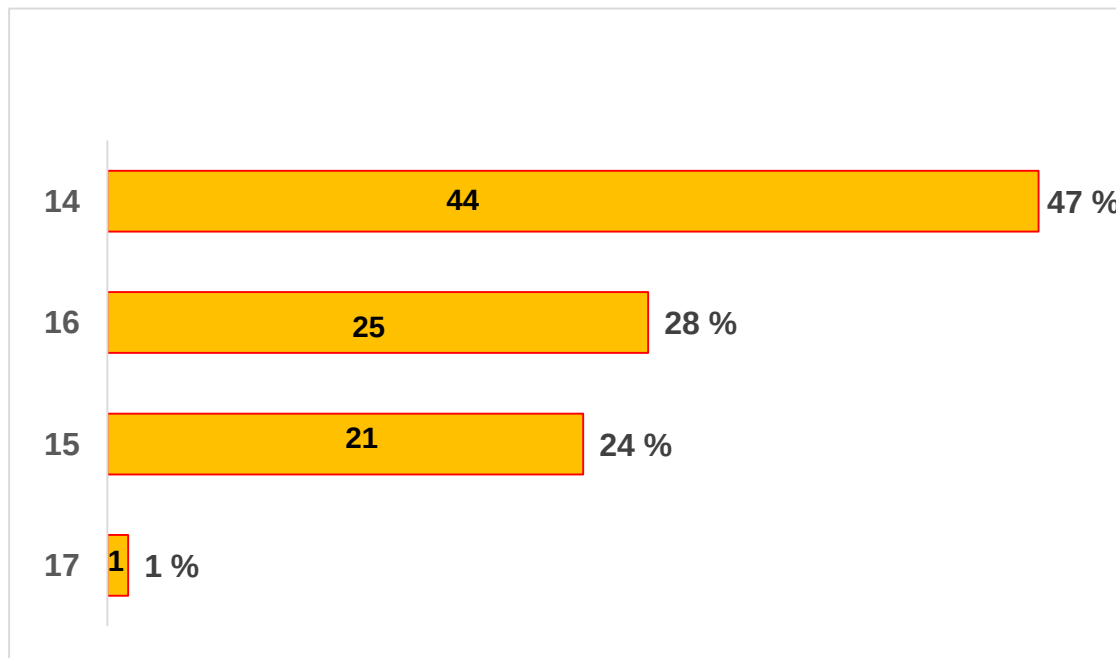
La ética fue un pilar fundamental en el estudio, todos los participantes conocieron el objetivo de la investigación, se obtuvo el consentimiento informado de cada padre o tutor, se garantizó la confidencialidad en todo momento, no se reveló información que permita identificar a los estudiantes, La investigación se realizó en todo momento con respeto a las normas éticas nacionales e internacionales, el presente estudio no representó ningún riesgo para los participantes, siempre aplicando los principios de beneficencia y no maleficencia. Los instrumentos que se aplicaron, tanto el test como el cuestionario sociodemográfico se codificaron para proteger la identidad y privacidad de los participantes.

VIII. RESULTADOS

Participaron un total de 91 estudiantes, se presentan los porcentajes del nivel de depresión general rasgo/estado y en función de sus características sociodemográficas. Así como los síntomas depresivos más prevalentes como rasgo y estado.

Objetivo específico N° 1. Caracterizar sociodemográficamente a la población a estudio

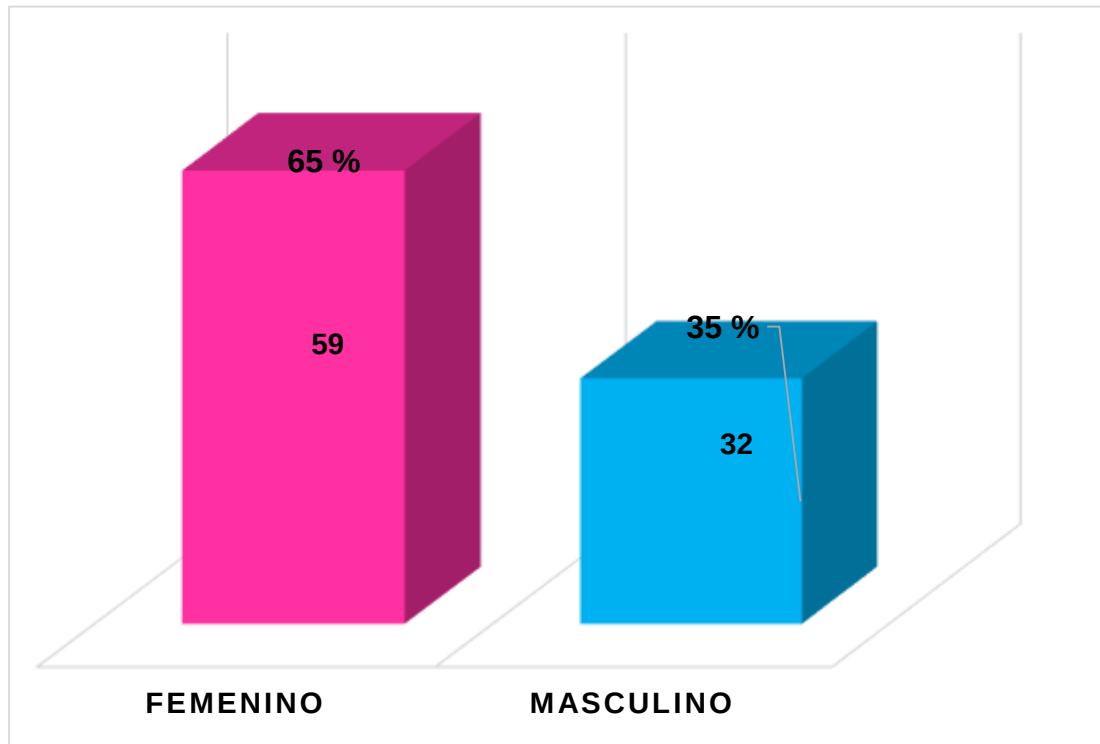
Grafico N ° 1. Edad de los estudiantes.



Fuente: Ficha de recolección de datos; **Elaboración:** propia.

En el grafico N° 1 se aprecia que, la edad más frecuente entre los participantes fue 14 años con 44 estudiantes que representan el (47 %) de la muestra, le sigue la edad de 16 años con 25 estudiantes; lo que equivale al (28 %), 21 estudiantes tienen 15 años representando el (24 %) del grupo y finalmente 1 estudiante tiene 17 años constituyendo el (1 %) de la muestra.

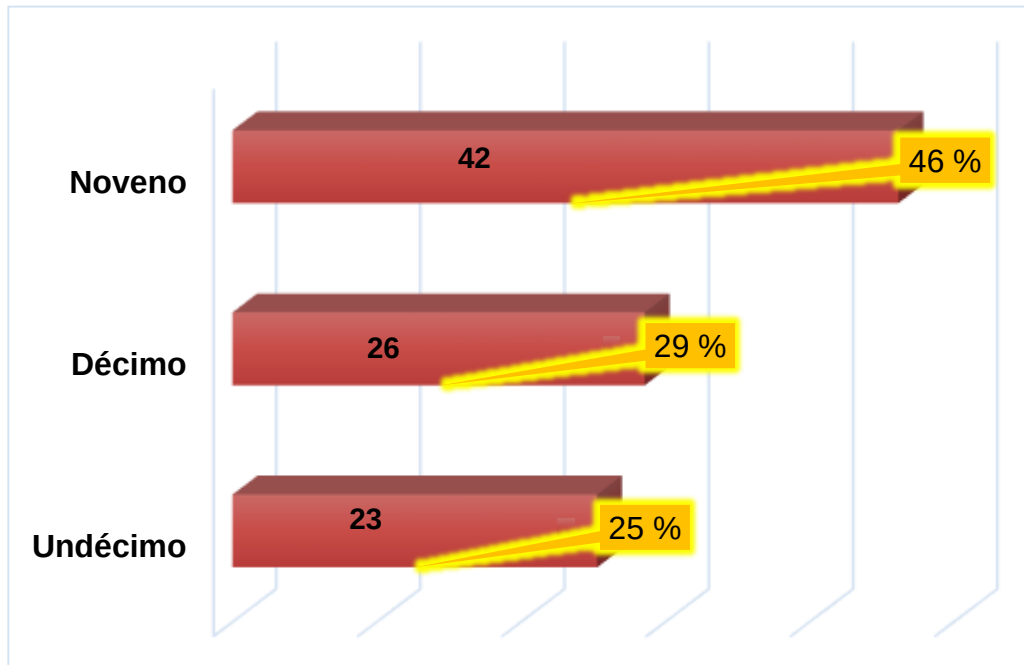
Grafico N° 2. Sexo de los estudiantes.



Fuente: Ficha de recolección de datos; **Elaboración:** Propia.

En el grafico N° 2 se observa, la distribución con respecto al sexo, prevaleció el sexo femenino con el (65 %) es decir 59 participantes, en contraste el (35 %) es decir 32 de los participantes fueron de sexo masculino.

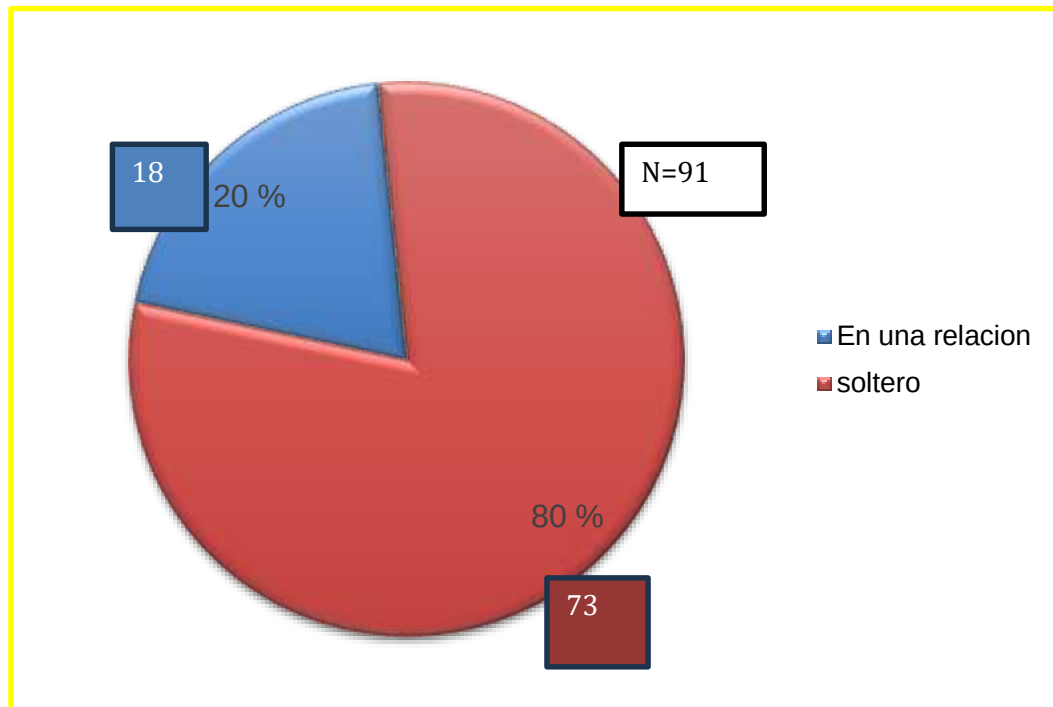
Grafico N° 3. Nivel académico actual de los estudiantes.



Fuente: Ficha de recolección de datos; **Elaboración:** Propia.

En el grafico 3 se observa que, la proporción de estudiantes de noveno grado represento el (46 %) equivalente a 42 integrantes, décimo grado represento el (29 %) con un total de 26 estudiantes y el (25 %) hace referencia a 23 integrantes de Undécimo grado.

Grafico N° 4. Estado civil de los estudiantes.



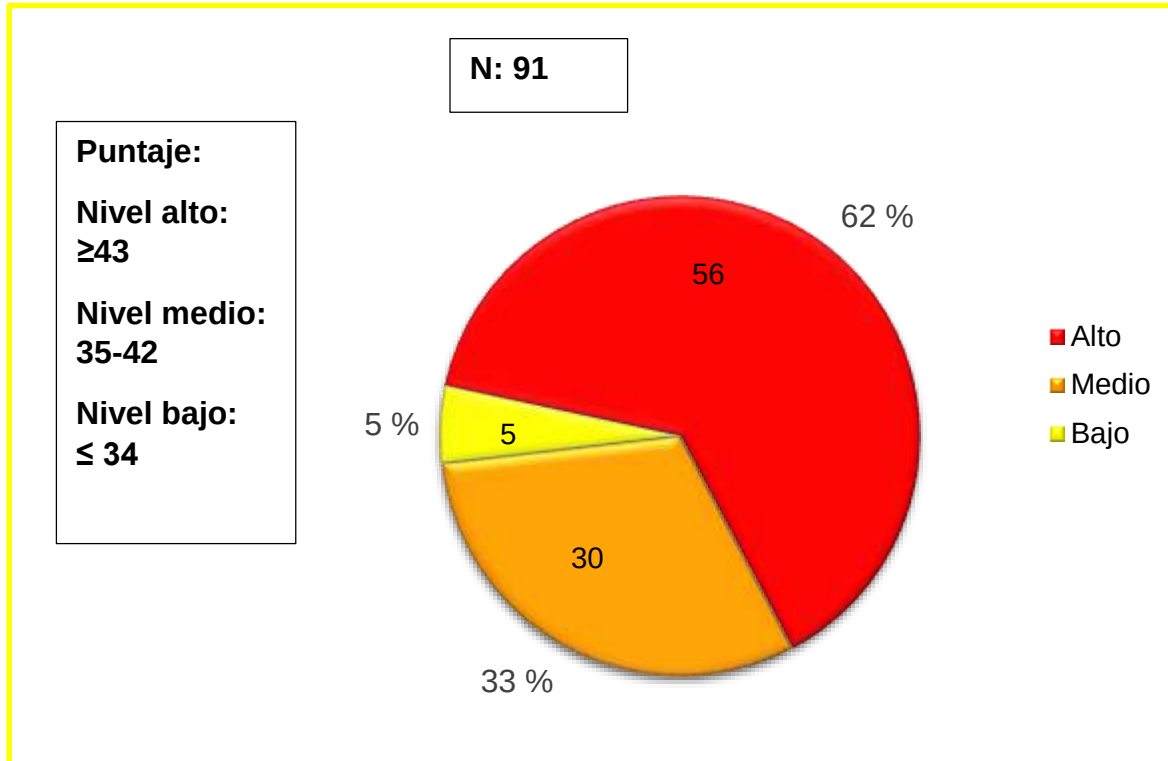
Fuente: Ficha de recolección de datos; **Elaboración:** Propia.

En el grafico N° se contempla:

- ☐ El (80 %) de los estudiantes es decir 73 personas se identifican como "soltero".
- ☐ El (20 %) restante equivalente a 18 personas están "en una relación"

Objetivo específico No 2. Identificar el nivel de depresión según el Inventario Rasgo-Estado en la población a estudio.

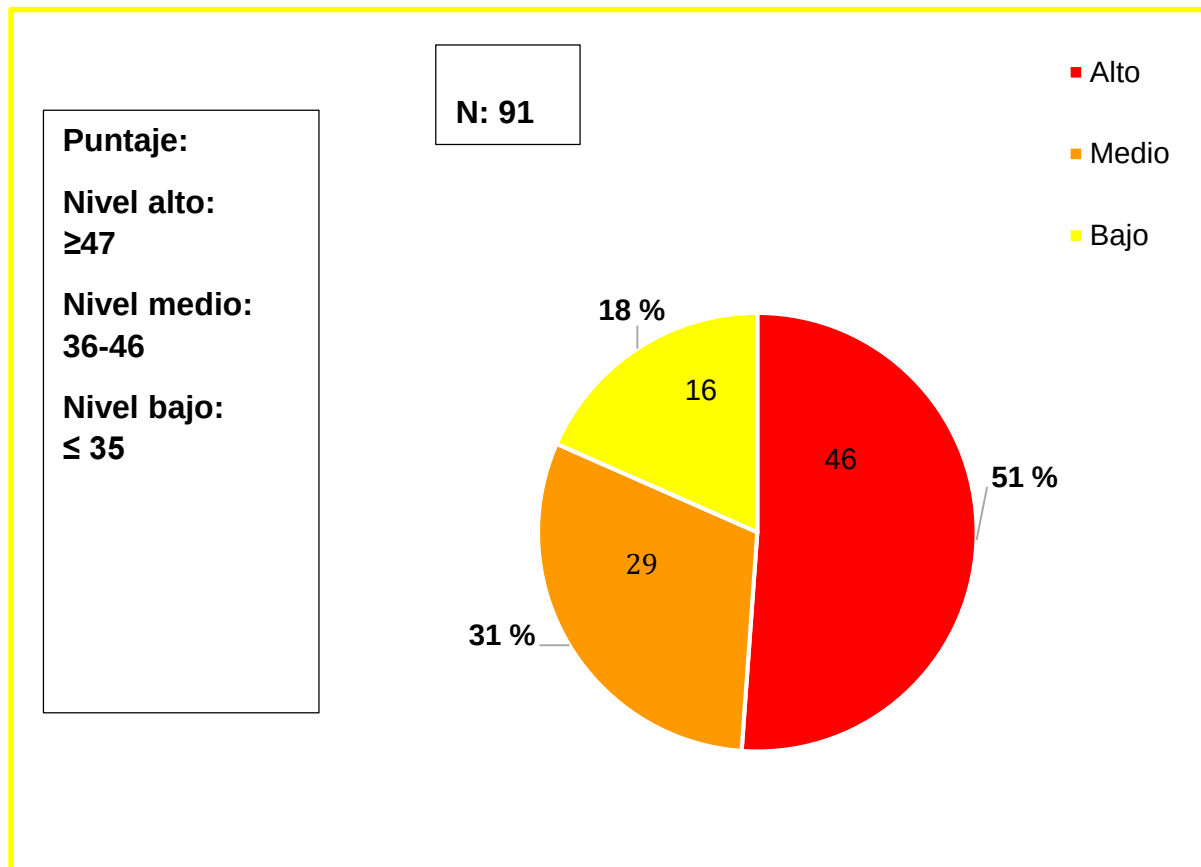
Grafico N°5. Nivel de depresión como estado en el total de los estudiantes.



Fuente: Instrumento aplicado (TEST IDERE) **Elaboración:** Propia.

El grafico N°5, muestra una alta prevalencia de síntomas depresivos como estado sobre todo en nivel alto, el equivalente al (62 %) es decir 56 estudiantes presentan un nivel alto de síntomas depresivos como estado. El (33 %) equivalente a 30 estudiantes presentan un nivel medio de síntomas depresivos como estado y el (5 %) correspondiente a 5 estudiantes presentan un nivel bajo de síntomas.

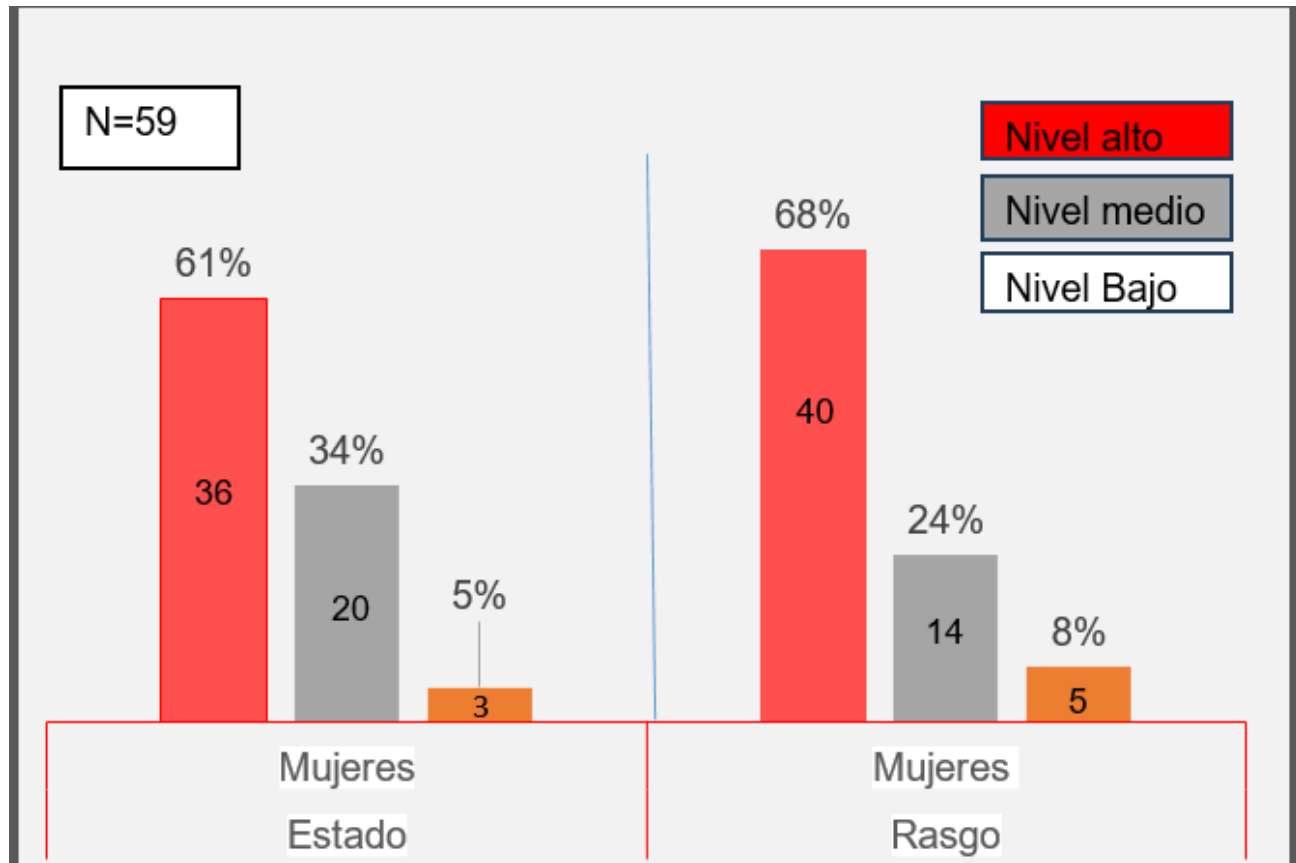
Grafico N°6. Nivel de depresión como rasgo en el total de los estudiantes.



Fuente: Instrumento aplicado (TEST IDERE) **Elaboración:** Propia.

El grafico N°6 Muestra, el (51 %) ósea 46 estudiantes presentan un nivel alto de síntomas depresivos como rasgo. El (31 %) es decir 29 estudiantes, presentan un nivel medio de síntomas depresivos como rasgo y el (18 %) en razón de 16 estudiantes presentan un nivel bajo de síntomas.

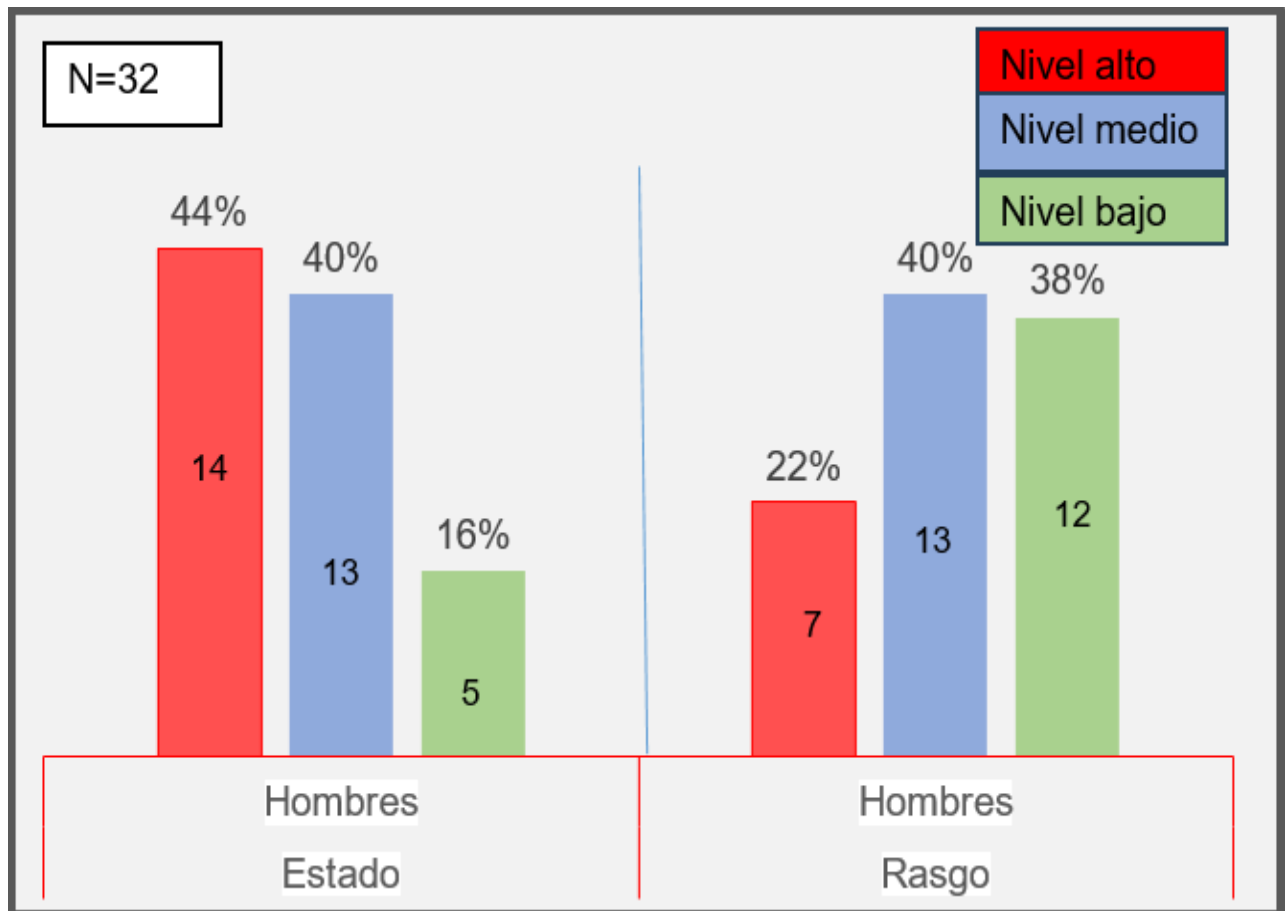
Grafico N°7. Nivel de depresión estado y rasgo en mujeres.



Fuente: Instrumento aplicado (TEST IDERE) **Elaboración:** Propia.

Este gráfico N° 7, presenta el nivel de depresión (estado y rasgo) en mujeres con un total de N=59 participantes, muestra que, para la depresión de estado, el (61 %) ósea 36 mujeres presenta un nivel alto, el (34 %) que son 20 mujeres un nivel medio, y el (5 %) en razón de 3 mujeres un nivel bajo. En contraste, para la depresión de rasgo, el (68 %) 40 mujeres muestran un nivel alto, el (24 %) 14 mujeres un nivel medio, y el (8 %) 5 mujeres un nivel bajo.

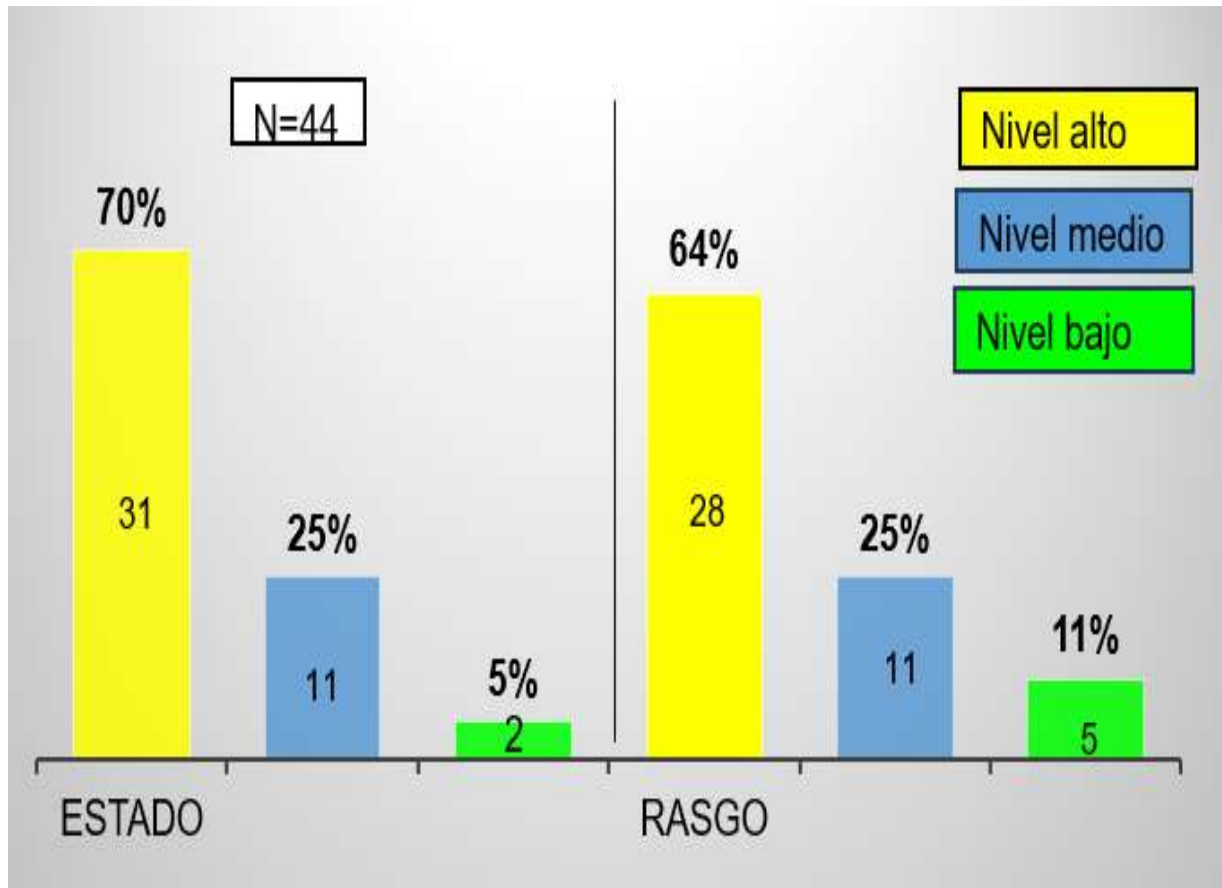
Grafico N°8. Nivel de depresión como estado y rasgo en hombres.



Fuente: Instrumento aplicado (TEST IDERE) **Elaboración:** Propia.

El grafico N°8 Muestra, el nivel de depresión estado y rasgo en hombres, denotando que, como estado, el (44 %) equivalen a 14 hombres presentan un nivel alto, el (40 %) es decir 13 hombres un nivel medio y el (16 %) que son 5 hombres un nivel bajo, en relación como rasgo que el (22 %) presentan un nivel alto, el (40 %) 13 hombres un nivel medio y por ultimo un (38 %) con 12 hombres en nivel bajo.

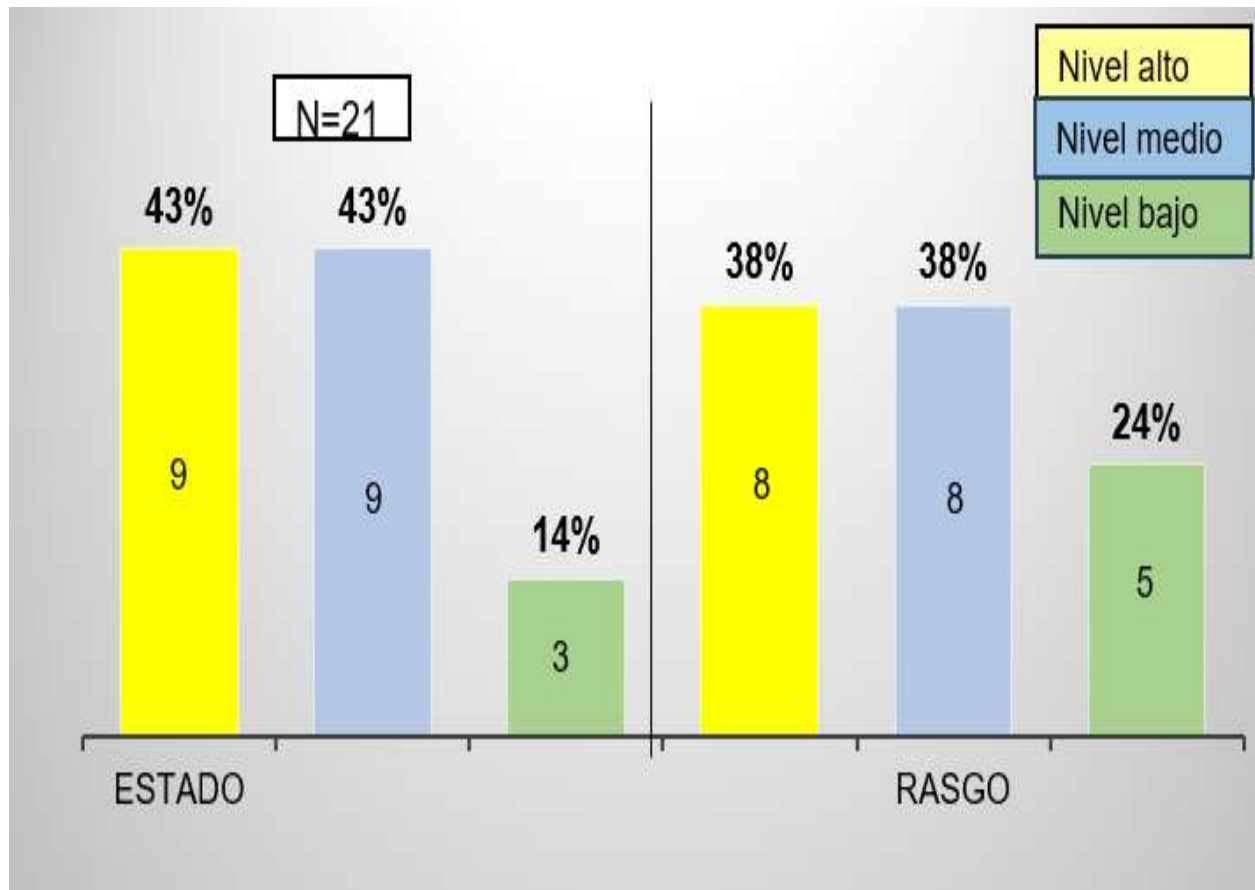
Grafico N° 9. Nivel de depresión como estado y rasgo en la edad de 14 años.



Fuente: Instrumento aplicado (TEST IDERE) **Elaboración:** Propia.

El grafico N°9 presenta, los niveles de depresión como estado y rasgo, en los 44 adolescentes de 14 años, se observa que, como estado, es predominante en nivel alto con un (70 %) seguido en nivel medio en un (25 %) y bajo con (5 %), en contraste como rasgo, también predomina en nivel alto con un (64 %), seguido del (25 %) en nivel medio y un (11%) en nivel bajo.

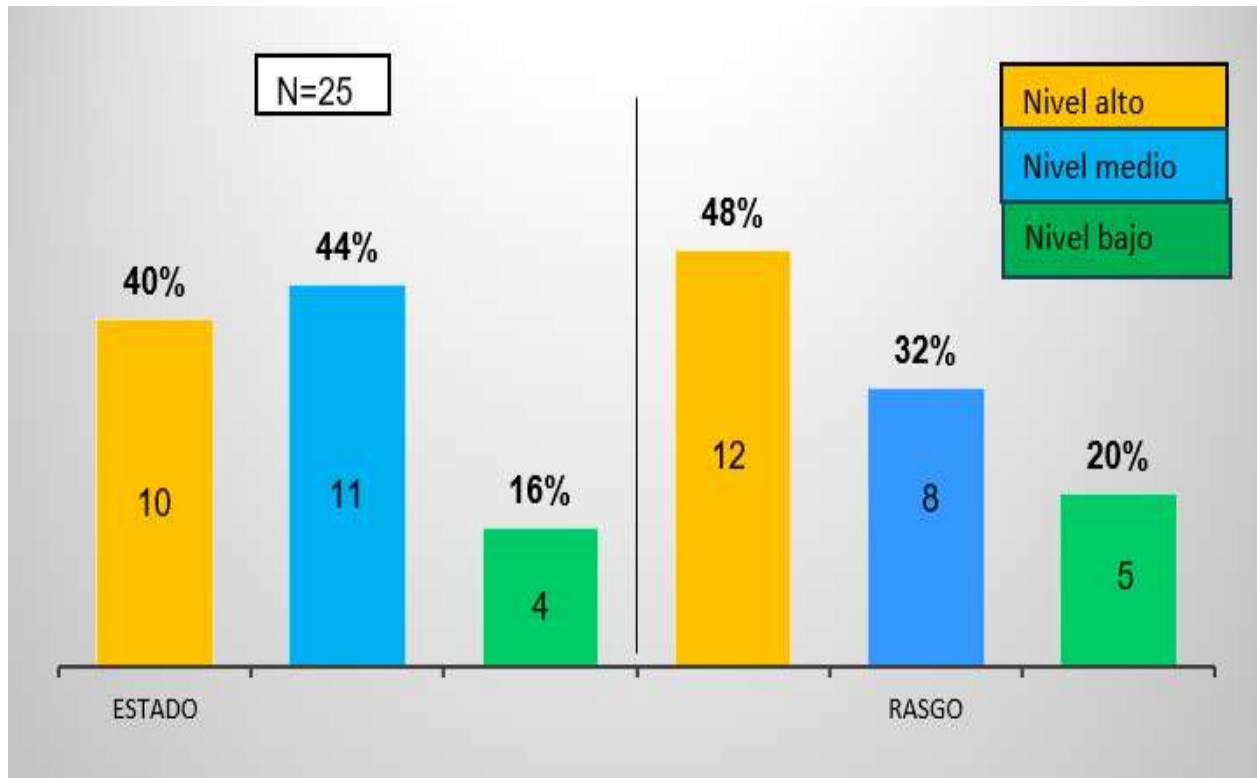
Grafico N°10. Nivel de depresión como estado y rasgo en la edad de 15 años.



Fuente: Instrumento aplicado (TEST IDERE) **Elaboración:** Propia.

En el grafico N°10 se ilustra, el nivel de depresión estado/rasgo en 21 adolescentes de 15 años, se aprecia una distribución equitativa como estado y como rasgo, en los niveles altos con un (43 %) y los niveles medios con un (38 %), en nivel bajo como estado presentan un (14 %), presentando un ascenso en nivel bajo como rasgo con un (24 %).

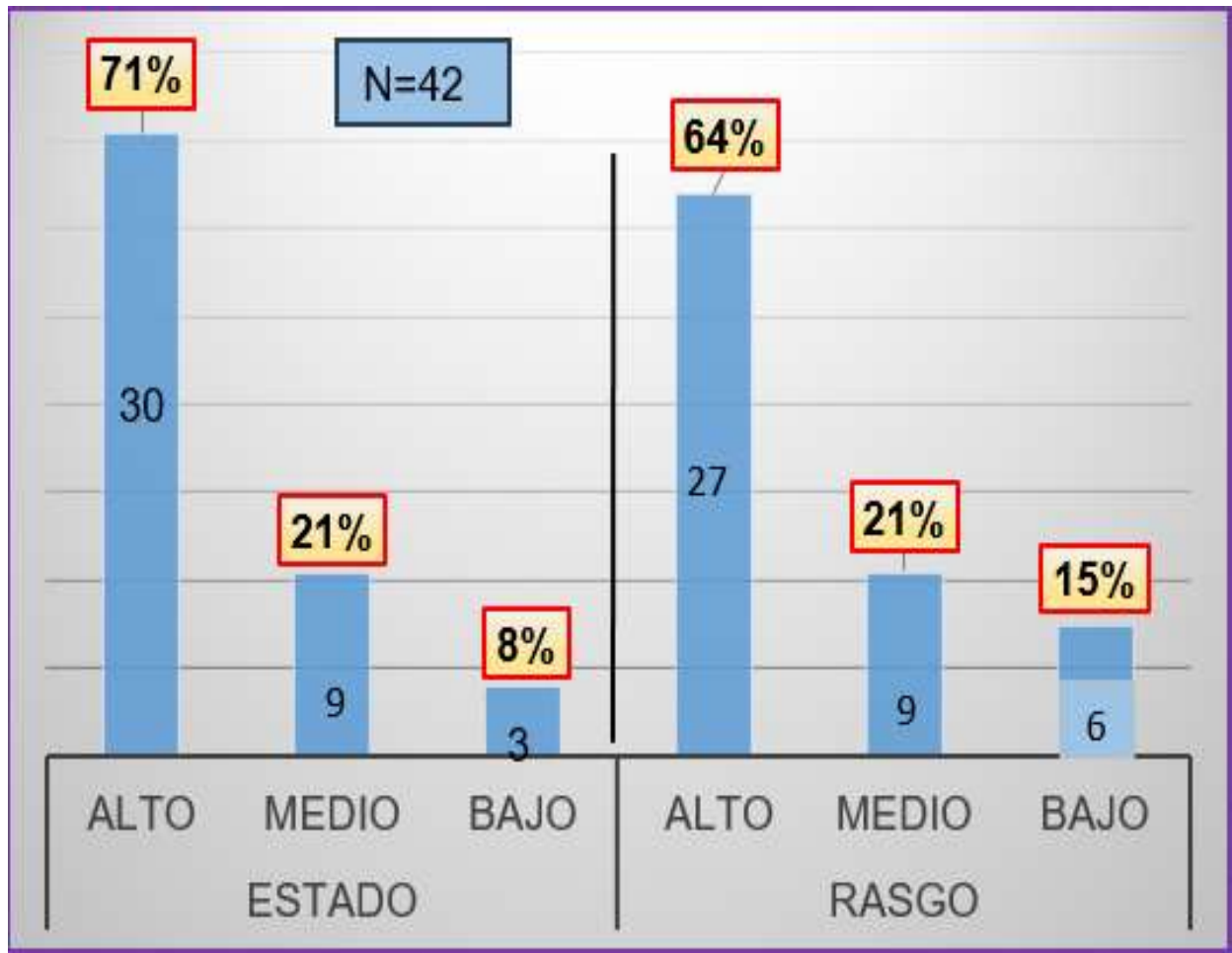
Grafico N°11. Nivel de depresión estado y rasgo en la edad de 16 años.



Fuente: Instrumento aplicado (TEST IDERE) **Elaboración:** Propia.

En el grafico N° 11 se muestra, el nivel de depresión clasificado como estado y rasgo, en los 25 estudiantes que tienen 16 años, en lo que respecta a la depresión como estado, el nivel medio es el más frecuente con un (44 %), seguido de un (40 %) en nivel alto y un (16%) en nivel bajo. En la escala de rasgos, predomina el nivel alto con un (48 %), seguido del nivel medio con (32 %) Y el nivel bajo con (20 %).

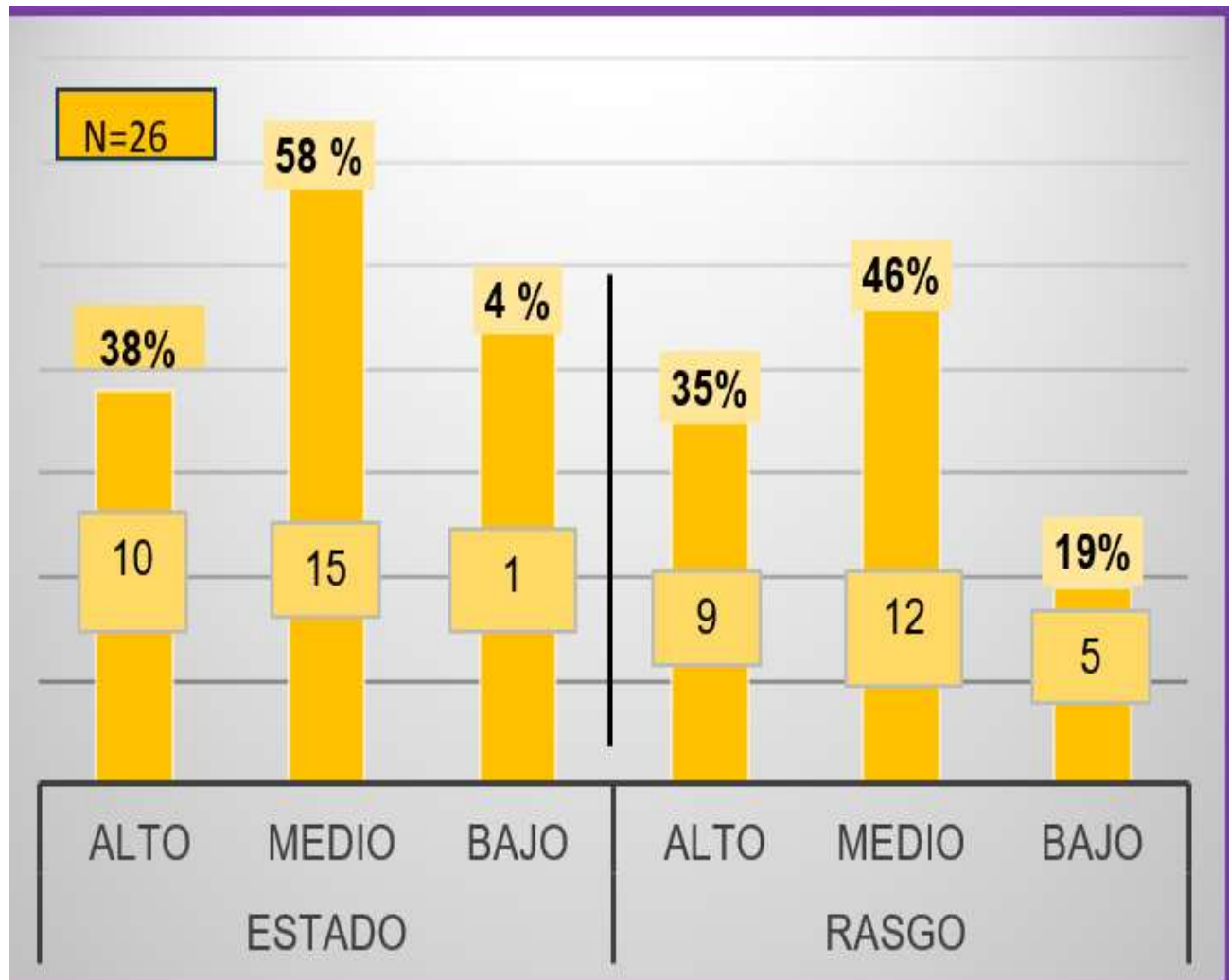
Grafico N°12. Nivel de depresión como estado y rasgo en noveno grado.



Fuente: Instrumento aplicado (TEST IDERE) **Elaboración:** Propia.

En el grafico N°12. Muestra el nivel de depresión como estado y rasgo en la población de noveno grado que son 42 estudiantes, el (71 %) reporta un nivel alto como estado seguido de un (21 %) en nivel medio y un 8 % en nivel bajo, en cuanto a la depresión como rasgo, el (64 %) presenta un nivel alto, seguido de un (21 %) en nivel medio y un (15 %) en nivel bajo.

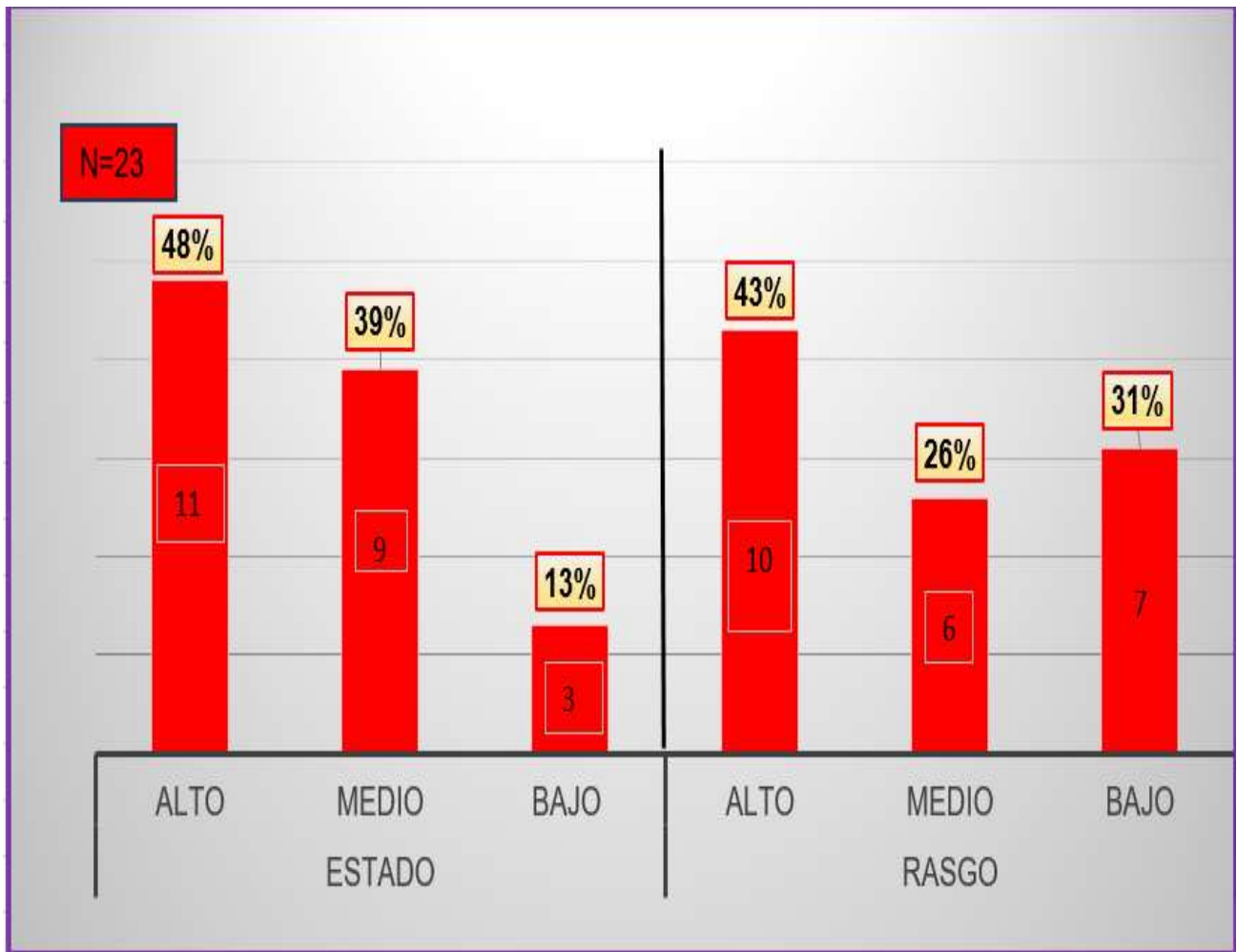
Grafico N°13. Nivel de depresión como estado y rasgo en décimo grado.



Fuente: Instrumento aplicado (TEST IDERE) **Elaboración:** Propia.

En el grafico N°13 se muestra el nivel de depresión como estado y rasgo en los 26 estudiantes que constituyen décimo grado. En cuanto a estado, se observa que el (58 %) se encuentra en nivel medio, seguido de un (38 %) en nivel alto y un (4 %) en nivel bajo. En relación al nivel como rasgo, se observa un (46 %) en nivel medio, seguido de un (35 %) en nivel alto y un (19 %) en nivel bajo.

Grafico N°14. Nivel de depresión como estado y rasgo en undécimo grado.

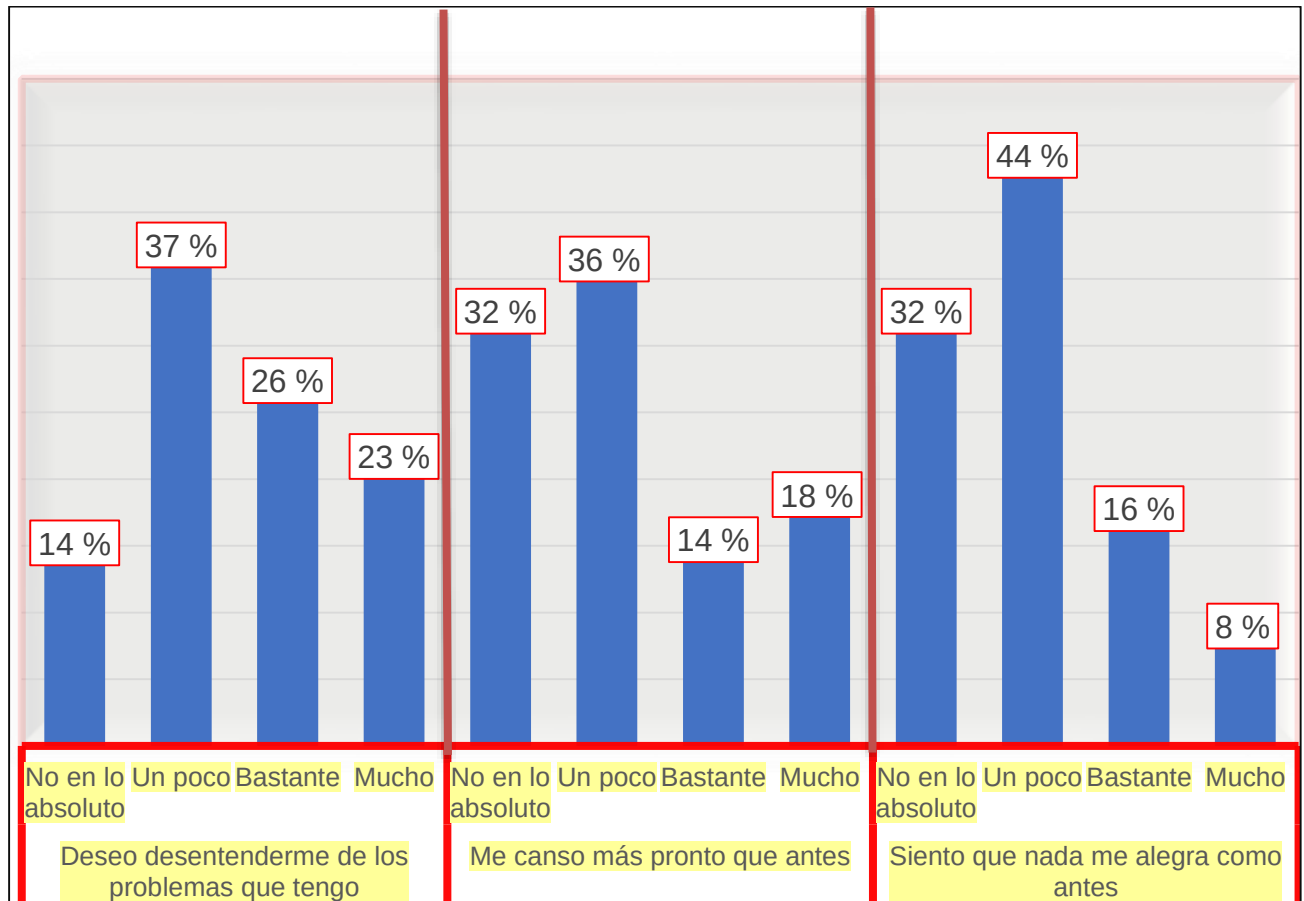


Fuente: Instrumento aplicado (TEST IDERE) **Elaboración:** Propia.

En el grafico N°14 se puede observar el nivel de depresión como estado y rasgo en los estudiantes de undécimo grado, siendo como estado de un (48 %) en nivel alto, seguido de un (39 %) en nivel medio y un (13 %) en nivel bajo, con respecto al rasgo predomina con un (42 %) en nivel alto, un (31 %) en nivel bajo, seguido de un (26 %) en nivel medio.

Objetivo No 3. Describir los síntomas depresivos según el Inventario Rasgo-Estado en la población a estudio

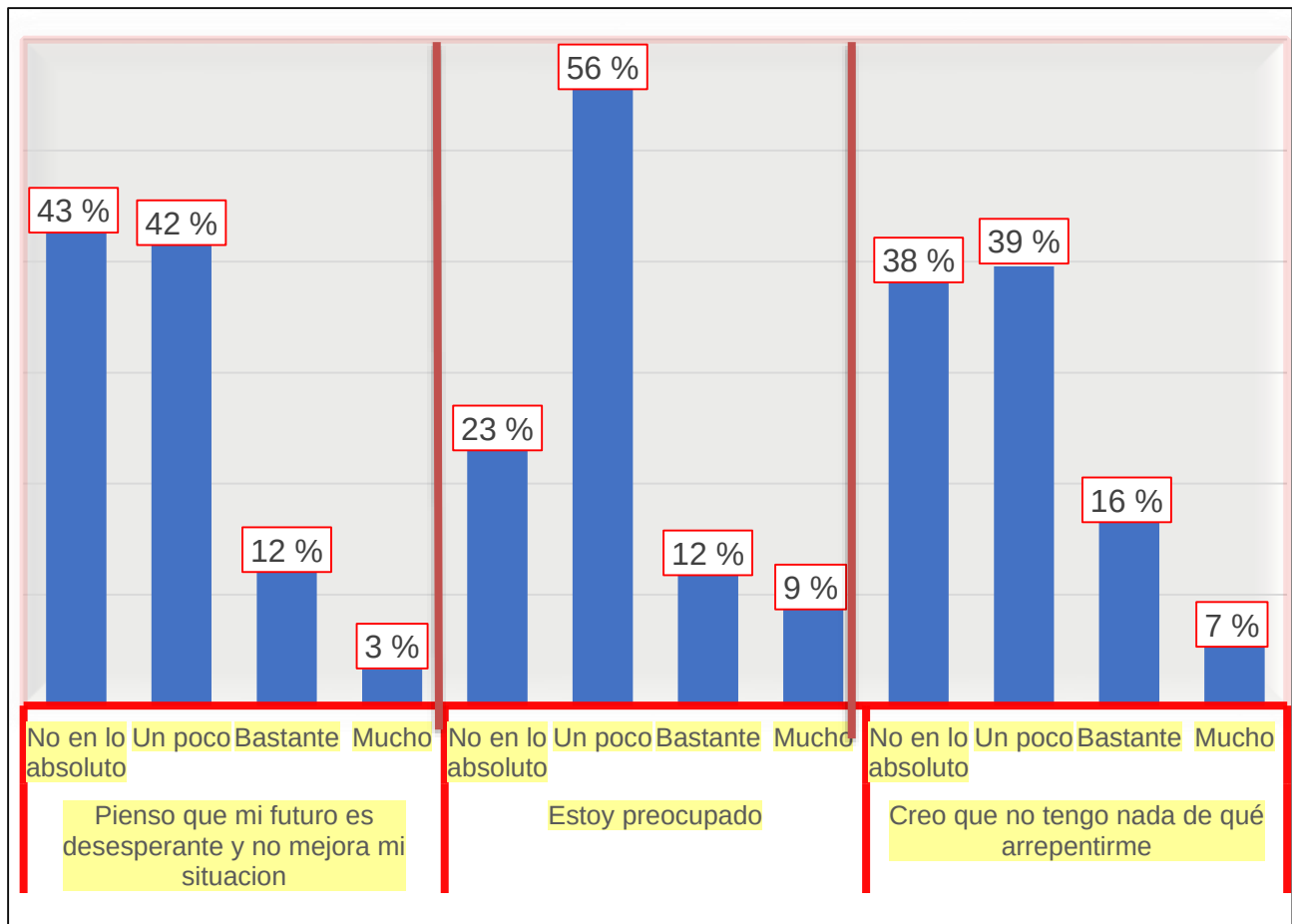
Grafico N°15. Síntomas depresivos más frecuentes como estado en el total de estudiantes.



Fuente: Instrumento aplicado (TEST IDERE) **Elaboración:** Propia.

En el grafico N°15 se muestra los síntomas prevalentes como estado:

- **Deseo desentenderme de los problemas que tengo.** Este es el síntoma depresivo que se percibe con mayor intensidad con un (23 %) que refiere experimentarlo “mucho”, en contraste con el (26 %) que desea desentenderse “bastante” lo cual es equivalente a un (49%) de la muestra que padece el síntoma en una intensidad considerable, por otro lado, un (37 %) desea desentenderse “un poco” de los problemas, para establecerse como el síntoma más prevalente con un (86 %) en la población a estudio.
- **Me canso más pronto que antes.** Es el segundo síntoma que se manifiesta con mayor intensidad se presenta “mucho” en un (18 %) y “bastante” en un (14 %) en cuanto a intensidad representa un (32 %) en relación a quienes lo perciben de una forma menos intensa con un (36 %) que lo percibe “un poco” para una prevalencia como síntoma depresivo de un (68 %).
- **Siento que nada me alegra como antes.** Este es el tercer síntoma que se experimenta en cuanto a intensidad con un (24 %) y una prevalencia como síntoma del (68 %).

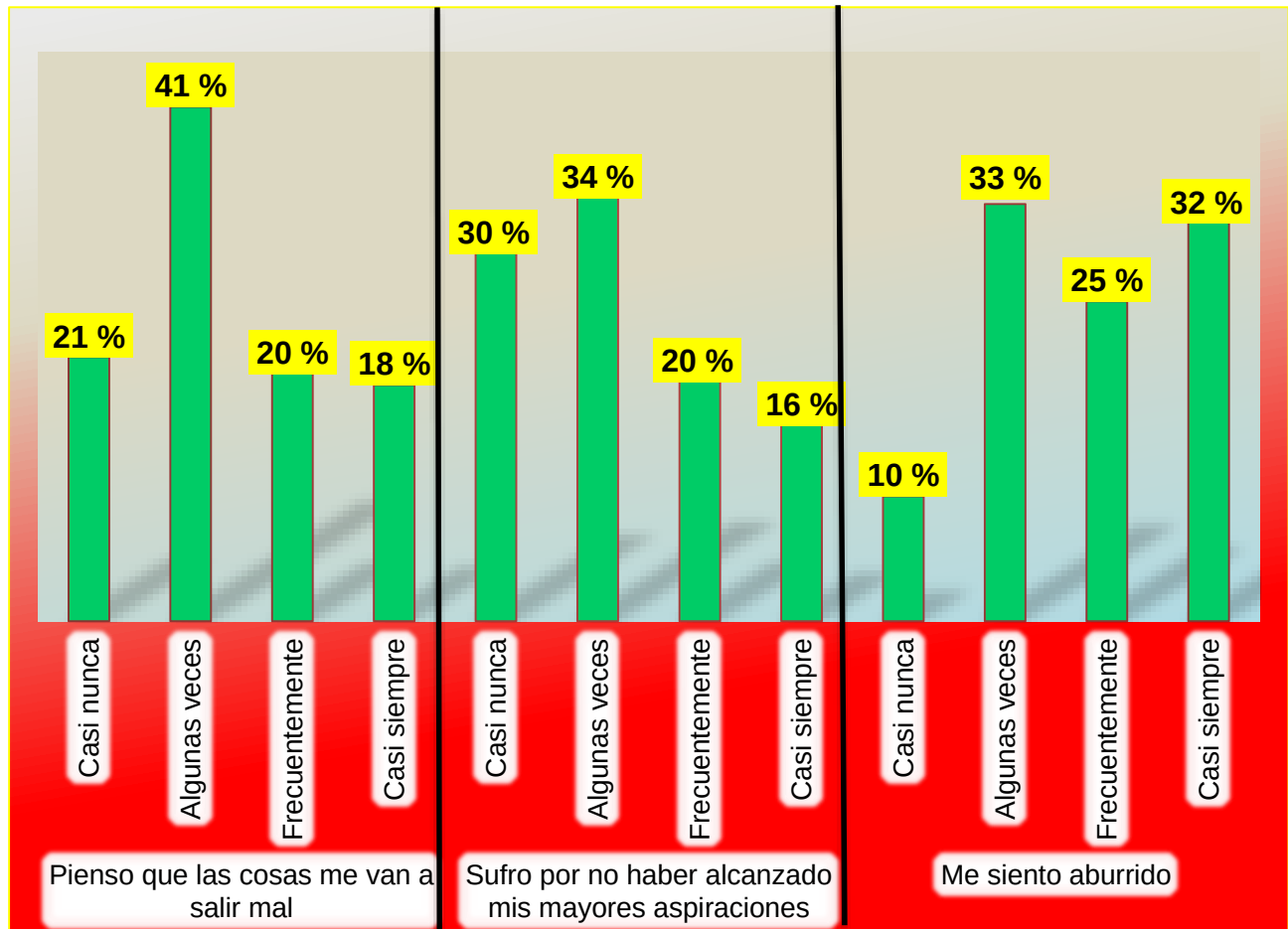
Grafico N°16. Síntomas depresivos más frecuentes como estado en el total de estudiantes.

Fuente: Instrumento aplicado (TEST IDERE) **Elaboración:** Propia.

En el grafico N°16, se muestra los síntomas depresivos prevalentes como estado:

Creo que no tengo nada que no tengo nada que arrepentirme. Esta es una pregunta inversa, sin embargo, se decidió incluir ya que no se encontró una pregunta definida dentro de las directas, que hiciera referencia al arrepentimiento, hay una prevalencia de un (62%) que refiere arrepentimiento. **Estoy preocupado.** Este síntoma es el cuarto en relación a la intensidad con un (21 %), siendo a su vez el segundo síntoma más prevalente con un (77%). **Pienso que mi futuro es desesperado y no mejorara mi situación.** Este síntoma es el quinto en cuanto a intensidad con un (19 %) y con una prevalencia en la muestra de (57 %).

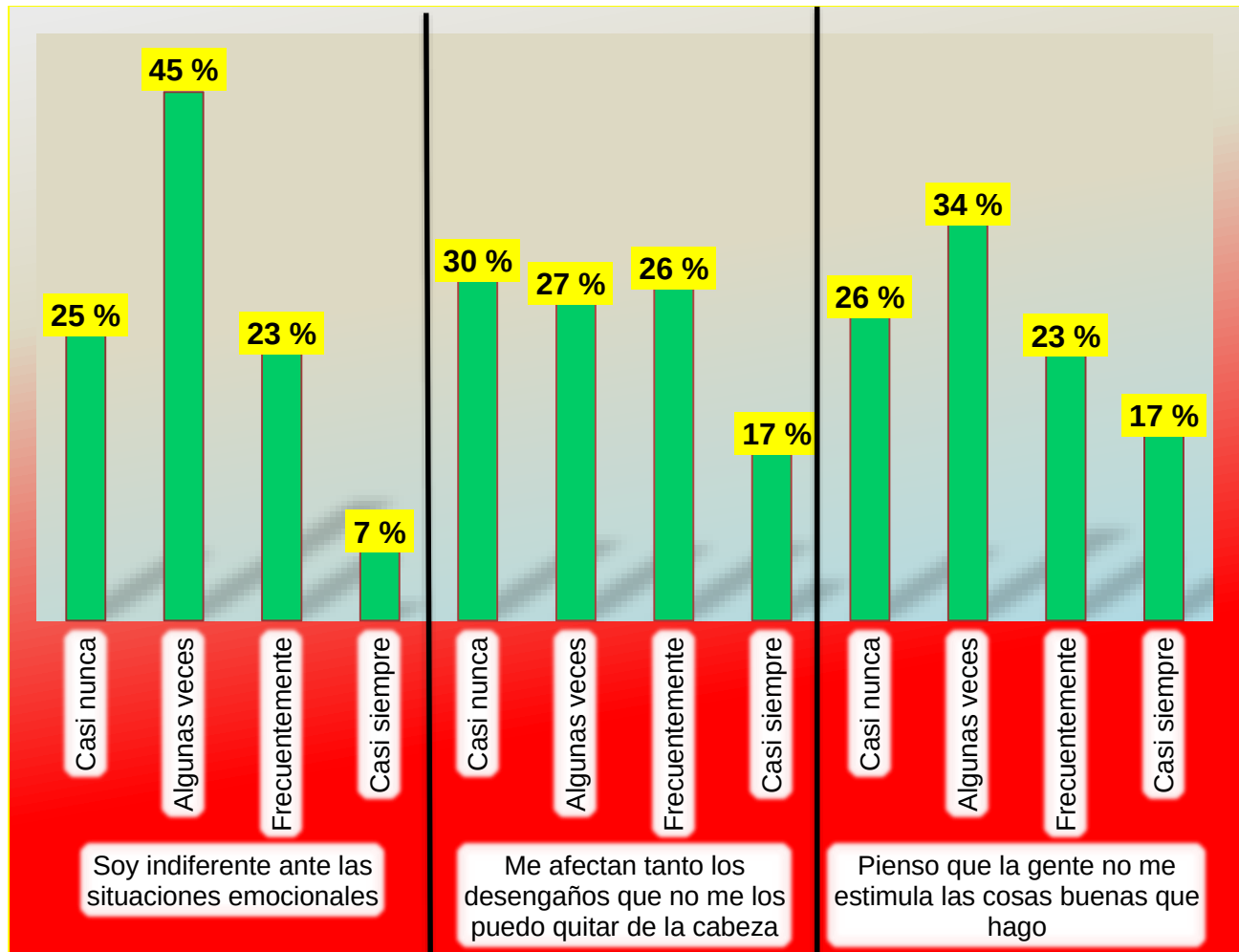
Grafico N°17. Síntomas depresivos prevalentes como rasgo en el total de estudiantes.



Fuente: Instrumento aplicado (TEST IDERE) **Elaboración:** Propia.

En el grafico 17, se muestran los siguientes síntomas: **Me siento aburrido**. Con respecto a la frecuencia un (57 %) de los adolescentes sufre de aburrimiento de manera constante equivalente a sentirse así “frecuentemente” y “casi siempre” a su vez, convirtiéndose en el síntoma más prevalente en un (90 %). **Pienso que las cosas van a salir mal**. Este síntoma es el tercero de mayor tendencia a experimentar en un (38 %) correspondiente a percibirlo “frecuentemente” y “casi siempre” de igual forma, apreciándose una prevalencia de un (79%). **Sufro por no haber alcanzado mis mayores aspiraciones**. Se manifiesta de manera habitual en un (36 %) y presenta una prevalencia del (70 %).

Grafico N°18. Síntomas depresivos prevalentes como rasgo en el total de estudiantes.



Fuente: Instrumento aplicado (TEST IDERE) **Elaboración:** Propia.

En el grafico N°18 se muestran los siguientes síntomas: **Soy indiferente antes las situaciones emocionales.** Este síntoma depresivo presenta una predisposición de un (30%) a presentarlo, con una prevalencia de un (75 %). **Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza.** Es el segundo síntoma que se manifiesta de manera habitual en un (43 %), con una prevalencia del (70 %). **Pienso que la gente no me estimula las cosas buenas que hago.** Se presenta con frecuencia en un (30 %) de la muestra, revelando una prevalencia del (74 %).

IX. DISCUSION Y ANALISIS

Con respecto al análisis de los resultados obtenidos basados en los objetivos de investigación, se puede mencionar lo siguiente:

En el análisis de las características sociodemográficos. En lo que respecta al sexo, la mayor afectación se produjo en las mujeres quienes manifiestan síntomas depresivos en un (61%) como estado y un (68 %) como rasgo, esto es consistente con lo reportado en estudios previos sobre depresión, como afirma Cornetero Granados Et al, (2024) la depresión es más frecuente en mujeres con un (54.7 %) de igual forma, de acuerdo con Muñoz Regalado Et al (2019), la prevalencia de depresión es más alta en mujeres siendo de un (14.1 vs 11.8%) en hombres. Según Nolen-Hoeksema & Hilt, (2009) las fluctuaciones hormonales que suceden en la adolescencia de estrógenos y progesterona, pueden influir en la neuroquímica cerebral, a su vez sugiere que las mujeres experimentan más presión social, relacionada a su imagen corporal y las relaciones interpersonales. Esto explica como los factores biológicos y sociales inciden en la mayor prevalencia de depresión en mujeres. En lo que refiere a la edad y la etapa educativa se pudo apreciar que los estudiantes de noveno grado que representan el (46 %) de la muestra, en donde 38 estudiantes tienen la edad de 14 años, obtuvieron una prevalencia de un (71 %) de síntomas depresivos en nivel alto como estado y un (64 %), como rasgo, según el análisis de Loyoza Loera D A (2024) Con respecto a la distribución por grados en su estudio, los estudiantes de tercer grado de secundaria, equivalente a noveno grado en nuestro país, presentaban la prevalencia más alta siendo esta de un (23 %). A como menciona Orantes (2011) el inicio de la adolescencia media es una etapa que se centra en la búsqueda de libertad y dificultad en la aceptación de los

cambios que se producen, de igual forma Steinberg, (2017) hace referencia en como los cambios físicos en el inicio de la adolescencia, la intensificación de las relaciones con los pares y la exploración de la identidad pueden sobrecargar los mecanismos de afrontamiento exacerbando la aparición de síntomas depresivos. Estas teorías nos explican cómo los diversos cambios que se inician en la adolescencia media pueden afectar la manera en que se afrontan las emociones, predisponiendo, a la aparición de síntomas depresivos en la etapa de inicio de la adolescencia media. La estabilización de la sintomatología depresiva en grados académicos superiores y con el aumento de la edad, podría explicarse por una mayor madurez en las funciones del yo.

Al identificar el nivel de depresión, los resultados sugieren un (62 %) de la adolescencia media con un nivel alto de depresión como estado y un (51 %) como rasgo, Según Monasterio Ontaneda (2019) evidencio que el (72.1 %) de la adolescencia media presentaba síntomas depresivos, de igual forma Ramírez Maquera (2024) afirma que un (67 %) de los adolescentes presentaban depresión. En la literatura "El cerebro adolescente" de Casey y Galban, se habla como se produce el desarrollo neuronal, madurando durante esta etapa el sistema límbico, provocando fluctuaciones emocionales y la aparición de los trastornos del estado de ánimo que, asociado a la presencia de estresores típicos durante la etapa escolar, puede provocar niveles altos de sintomatología depresiva. Esta correlación entre la inteligencia emocional y los estresores en la adolescencia, deja en evidencia que esta es una etapa crucial para padecer niveles altos de depresión, ya que aún no se encuentran completamente desarrolladas las herramientas psicológicas de afrontamiento emocional.

Al describir los síntomas depresivos, el más frecuente como estado en un (86 %) desear desentenderse de los problemas, seguido de la fatiga, la pérdida del placer en las actividades, así como la preocupación y el estado de ánimo deprimido. En cuanto a rasgo el síntoma más frecuente, fue el aburrimiento en un (90 %), seguido de los desengaños, sentimientos de desesperanza, sentimientos de inutilidad y disminución del interés o placeres, demostrando su repercusión, en las dimensiones cognitivo-emocional y en la dimensión somático motivacional, siguiendo el planteamiento de Ríos Caminiagua J A, Luna Torrez B M (2023) concluyen que ambas dimensiones son afectadas en la depresión. Según el modelo cognitivo de la depresión de Beck, la afectación sobre la dimensión cognitivo-emocional se manifiesta a través de la triada cognitiva negativa, que incluye pensamiento negativo sobre sí mismo, el mundo y el futuro. A su vez esto impacta sobre la dimensión somático-motivacional produciendo síntomas como la fatiga y desmotivación. El hecho de que ambas dimensiones, se encuentren afectadas entre los síntomas más frecuentes, se fundamenta en un ciclo de retroalimentación, donde un síntoma provoca la aparición de otro, por ejemplo: el sentimiento de desesperanza influye sobre la motivación, la fatiga se exagera en pensamientos negativos y así sucesivamente.

Al estimar la prevalencia de los síntomas depresivos, en las edades de 14 y 15 años el síntoma más frecuente como estado fue, desear desentenderse de los problemas en un (89%) 14 años y (86 %) 15 años respectivamente, seguido de la preocupación en los 16 años con un (80 %) y finalmente a los 17 años, sentir que nada le alegra como antes. Con respecto a la sintomatología como rasgo, en la edad de 14 años, el principal síntoma fue el aburrimiento, a los 15 años, fue la indiferencia ante las situaciones emocionales, a los 16

años, la afectación por los desengaños fue el principal síntoma y por ultimo a los 17 años, pensar que las cosas van a salir mal, en relación al sexo femenino como estado y rasgo prevalecieron: desear desentenderse de los problemas, estar preocupada, sentirse aburrida, pensar que la gente no les estimula las cosas buenas que hacen, en cuanto al sexo masculino, el cansancio, estar preocupado, sentirse aburrido y pensar que las cosas van a salir mal, fue la sintomatología prevalente. En el estudio de Castro Pibaque, et al (2025) quienes también utilizaron el test IDERE, evidenciaron un porcentaje predominante de depresión en los adolescentes, siendo el más afectado el sexo femenino en el rango de edad entre los 13 y 14 años. Según Steinberg (2017) durante la adolescencia, se experimenta mayor presión académica, social y la formación de la identidad. Esto se explica con el tipo de sintomatología presentada, ya que la incapacidad para afrontar, las exigencias de esta etapa, puede manifestarse con el deseo de evadir las dificultades, de igual forma la transición entre grados académicos, genera preocupaciones y estrés por el desempeño y las expectativas a futuro.

X. CONCLUSIONES

Se caracterizó socio demográficamente a los estudiantes del colegio Santa Teresita Matagalpa, con las edades en el rango de 14-17 años, el sexo predominante fue el femenino en un (65 %) entre los grados académicos de 9° a 11°, noveno grado represento, la mayor parte de la muestra en un (46 %) los barrios de procedencia fueron variados incluyendo 34 distintos barrios de la ciudad Matagalpa, siendo el más frecuente el barrio Santa Teresita con un (20 %) , en cuanto al estado civil tan solo un (20 %) estaban en una relación.

Se identificó el nivel de depresión según el inventario IDERE, en cuanto se puede afirmar, que el sexo femenino, la población estudiantil de noveno grado, así como la etapa de inicio de la adolescencia media, es decir los 14 años, son los grupos con mayor sintomatología depresiva.

Se Describieron los síntomas depresivos, Siendo los síntomas más frecuentes los correspondientes a los ítems 1,2,8,9,15 como estado y los ítems 3,7,11,14,16,22 como rasgo del inventario de depresión IDERE.

Se estimó la prevalencia de síntomas depresivos, siendo de un (62 %) en nivel alto como estado y un (51 %) en nivel alto como rasgo. Revelando manifestaciones clínicas cognitivos-afectivas en mayor medida que las somático-motivacionales en nivel alto de depresión, como estado y rasgo. En donde la mayor parte de la sintomatología presentada se asocia a ahhedonia, sentimiento de inutilidad y desesperanza.

XI. RECOMENDACIONES

1. Se recomienda al colegio Santa Teresita, diseñar talleres psicoeducativos sobre inteligencia emocional que incluyan a las poblaciones estudiantiles de noveno a undécimo grado para tratar de disminuir la frecuencia con que se presenten síntomas depresivos, Así como la promoción y organización de actividades deportivas con regularidad.
2. Se sugiere al ministerio de salud, la valoración en conjunto de los estudiantes con las autoridades académicas y del area de psicología del colegio santa Teresita, así como considerar la aplicación periódica de test psicológicos que permitan medir el nivel de depresión en los estudiantes, a fin de brindar la atención en salud mental necesaria.
3. Se sugiere al MINED (ministerio de educación de Nicaragua) realizar y estandarizar módulos de capacitación, para los padres de familia, tutores, docentes y personal del colegio Santa Teresita, sobre la identificación de los síntomas depresivos en los adolescentes, así como su abordaje desde la familia y el área escolar.
4. Se recomienda a futuras generaciones de médicos generales en UNIDES, continuar esta línea de investigación sobre la depresión rasgo/estado, pero tomando en cuenta variables causales basadas en los diferentes modelos teóricos que tratan de explicar el origen de la depresión en la adolescencia.

XII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Institute for Health Metrics and Evaluation. Global Health Data Exchange. VizHub - GBD Results. [Internet]. Seattle (WA): IHME, University of Washington; [cited 2025/ 03 / 05].
2. Twenge, J. M., Joiner, T. E., Rogers, M. L., & Martin, G. N. (2017). Increases in Depressive Symptoms, Suicide-Related Outcomes, and Suicide Rates Among U.S. Adolescents After 2010 and Links to Increased New Media Screen Time. *Clinical Psychological Science*, <https://doi.org/10.1177/2167702617723376> (Original work published 2018)
3. Ribeiro JD, Huang X, Fox KR, Franklin JC. Depression and hopelessness as risk factors for suicide ideation, attempts and death: meta-analysis of longitudinal studies. *British Journal of Psychiatry*. 2018;212(5):279–86. doi: <https://doi.org/10.1192/bjp.2018.27>
4. Keenan-Miller, D., Hammen, C. L., & Brennan, P. A. (2007). Health outcomes related to early adolescent depression. *The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 41(3), 256–262. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2007.03.015>
5. Organización Mundial de la Salud. Depresión [Internet]. Ginebra: OMS; [actualizado 8 de junio de 2023; citado 2025 de marzo de 05]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
6. Shorey, S., Ng, E.D. and Wong, C.H.J. (2022), Global prevalence of depression and elevated depressive symptoms among adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Br J Clin Psychol*, 61: 287-305. <https://doi.org/10.1111/bjc.12333>

7. Castro Pibaque MC, Pinargote Toala JA, Murillo Zavala AM. Problemas de comportamiento identificados mediante el test IDARE-IDERE en adolescentes de la comuna Sancán . BIOSANA [Internet]. 1 de febrero de 2025 [citado 06 de marzo de 2025];5(1):234-47. Disponible en: <https://soeici.org/index.php/biosana/article/view/437>
8. Cornetero Granados MC, Rivas Guevara CE. Depresión en adolescentes de una Institución Educativa Privada de Chiclayo, año 2024 [Tesis de Bachiller en Psicología]. Pimentel (Perú): Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Sipán; 2024
9. Lozoya Loera DA. Niveles de depresión en adolescentes de Escuelas Secundarias en el Estado de Durango. INED [Internet]. 2024 Nov. 15 [cited 2025 Mar.07;15(23):75-90.Available <https://editorialupd.mx/revistas/index.php/ined/article/view/217>
10. Ramírez Maquera AJ. Factores relacionados a la prevalencia de síntomas depresivos en adolescentes en una institución educativa secundaria de Tacna, año 2024 [Tesis para optar al título de médico y cirujano]. Tacna (Perú): Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2024. (citado el 10/03/2025) Disponible en: <https://repositorio.unibg.edu.pe/handle/20.500.12510/4610>
11. Ríos Caiminagua JA, Luna Torres BM. Nivel de depresión en adolescentes de bachillerato de la Unidad Educativa Chilla, Ecuador-(2023). Rev Cient Nursing Res Jornal. 2023 Ago-Sep;20(125). (citado el 11/03/2025) Disponible en: <https://doi.org/10.58722/nure.v20i125.2396>
12. Muñoz V, Arevalo Alvarado CL, Tipán Barros JM, Morocho Malla MI. Prevalencia de depresión y factores asociados en adolescentes: Artículo original. REV-SEP [Internet]. 25 de abril de 2021 [citado 12 de marzo de 2025];22(1):Article 6:1-8. Disponible en: <https://rev-sep.ec/index.php/johs/article/view/8>

13. Monasterio Ontaneda, A Depresión en adolescentes de una institución educativa pública de Lima Metropolitana. [Internet]. Universidad San Ignacio de Loyola; 2019 [citado: 2025, marzo]
14. Organización Mundial de la Salud. Depresión [Internet]. 2021 [Consultado 12 marzo 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>.
15. American Psychiatric Association. Anxiety Disorders. In Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). 2013. (citado el 13 de marzo 2025) <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596.dsm053>.
16. Corea Del Cid MT. La depresión y su impacto en la salud pública. Rev Méd Hondur. 2021;89 (citado el 13 de marzo 2025) (Supl. No. 1):S1-68
17. Instituto Nacional de Salud Mental. (2014). *Depresión en adolescentes*. NIMH.
18. Castillo Sinche VB, López Gómez CA. Prevalencia de los trastornos depresivos y factores sociodemográficos en adolescentes del cantón Nabón 2021 [Trabajo de graduación]. Cuenca: Universidad del Azuay, Facultad de Psicología, Carrera de Psicología Clínica; 2022, (citado el 13 de marzo 2025) disponible en : <http://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/12388>
19. Llanio R, Perdomo G. Propedéutica clínica y Semiología médica. La Habana: Ciencias Médicas; 2003, p.273-280.
20. Código de la Niñez y la Adolescencia. Ley No. 287. Aprobado el 24 de Marzo de 1998. Publicado en La Gaceta No. 97 del 27 de Mayo de 1998.Disponible en: [CODIGO-DE-LA-NIÑEZ-ADOLESCENCIA-Y-LA-FAMILIA-2014.pdf](#)

21. Real Academia Española. Adolescencia | Definición | Diccionario de la lengua española | RAE - ASALE [Internet]. [Citado 13 de marzo 2025]. Disponible en: <https://dle.rae.es/adolescencia>
22. Seoane A. Adolescencia y Conductas de Riesgo [Monografía]. Montevideo: Universidad de la República, Facultad de Psicología; 2015. Citando a: Garbarino J, González N, Faragó C (Citado el 14 de marzo 2025) disponible en: [trabajo final de grado. andrea seoane. mayo.pdf](#)
23. Seoane A. Adolescencia y Conductas de Riesgo [Monografía]. Montevideo: Universidad de la República, Facultad de Psicología; 2015. Citando a: Quiroga S, Amorín D, disponible en: [trabajo final de grado. andrea seoane. mayo.pdf](#)
24. Craig GJ. Desarrollo psicológico. 7ª ed. México: Prentice Hall; 1997.
25. Delval J. Desarrollo humano. 5ª ed. Madrid: Siglo XXI; 2000.
26. Papalia DE, Olds SW, Feldman RD. Desarrollo humano. 8ª ed. México: McGraw-Hill; 2001.
27. Velázquez Serrano MM. Niveles de adaptabilidad en adolescentes del nivel medio superior de los alumnos del colegio mexiquense de educación técnica de Toluca a través del IAC (inventario de adaptación de conducta) [Tesis]. Toluca: Universidad Autónoma del Estado de México, Facultad de Ciencias de la Conducta; 2014. Citando a: Orantes, 2011 (citado el 15 de marzo 2025) disponible en : <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/49229/tesis%20monica.pdf?sequence=1>
28. Vázquez FL, Muñoz RF, Becoña E. Depresión: diagnóstico, modelos teóricos y tratamiento a finales del siglo XX. Psicología Conductual. 2000;8(3):417-449 (citado el 16

de marzo 2025) disponible en: https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/02.Vazquez_8-3oa-1.pdf

29. Rodriguez Pachon Y, Tapias Zapata YJ, De Dios Fernandez Hernandez L, Fernandez Hernandez N. Factores de riesgo asociados a la depresión en adolescentes entre 13 y 17 años [Trabajo de Grado]. Bogotá: Institución Universitaria Politécnico Grancolombiano; 2019.(Citado el 20 de marzo 2025)

30. Martín García-Sancho JC, Hernández Vera MR, Alarcón Terroso R, Gea Serrano A, Martínez Maurandi JM, Pedreño Planes JJ, et al. Guía de práctica clínica de los trastornos depresivos. Murcia: Servicio Murciano de Salud; 2012.

31. Campagne DM. Causas orgánicas y comórbidas de la depresión: el primer paso. Emergen. 2012 [citado 21 de marzo de 2025];38(5):301-311. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2011.12.010>

32. Mayo Clinic. Depresión en adolescentes: síntomas y causas . Mayo Clinic; 2022 Ago 12 [citado 22 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/teen-depression/symptoms-causes/syc-20350985>

33. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades, 11ª revisión (CIE-11). Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022.

34. Silva Pastor de Pajares BK. Propiedades psicométricas de la escala depresión del Zung, en alumnos del quinto grado de secundaria de la provincia de Ascope. Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Psicología. Pimentel: Escuela Académico Profesional de Psicología; 2019.

35. Negrete Castro DP, Potes Arias CI. Validación Lingüística y Psicométrica del Inventario de Depresión de Beck - II (BDI-II) en Administrativos y Estudiantes de la Corporación Universitaria del Caribe - CECAR. Sincelejo: Corporación Universitaria del Caribe - CECAR; 2019. (citado el 20 de marzo 2025) disponible en: <https://repositorio.cecar.edu.co/server/api/core/bitstreams/72c83817-b7ce-4ad5-8bcb-2fc4d7a60793/content>
36. González Llaneza FM. Instrumentos de evaluación psicológica. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2007.
37. . García Alonso A. La depresión en adolescentes. Rev Estud Juventud. 2009 Mar;(84):96-99. Disponible en: <https://www.injuve.es/sites/default/files/RJ84-07.pdf>
38. Navas Orozco W, Vargas Baldares MJ. Abordaje de la depresión: intervención en crisis. Revista Cúpula. 2012 [citado 24 de marzo de 2025];26(2):19-35. Disponible en: <https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v26n2/art3.pdf>
39. Arias FG. El proyecto de investigación: guía para su elaboración. 3a ed. Caracas: Episteme; 1999.
40. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la investigación. 6a ed. México: McGraw-Hill1 Interamericana; 2014.
41. Bernal CA. Metodología de la investigación. 3a ed. Bogotá: Pearson Educación; 2010.
42. Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). Cognitive therapy of depression. Guilford Press.
43. Casey, B. J., Getz, N., & Galvan, A. (2008). The adolescent brain: changes in developmental trajectories of mood and behavior. Developmental Review, 28(1), 62-77

44. Nolen-Hoeksema, S., & Hilt, L. M. (2009). Gender differences in depression. In I. H. Gotlib & C. L. Hammen (Eds.), *Handbook of depression* (2nd ed.). Guilford Press
45. Steinberg L. 2017. *Adolescence*. 11th ed. New York: McGraw-Hill Education

ANEXOS

Anexo 1

Operacionalización de Variables

Objetivo específico 1: Caracterizar socio demográficamente a la población a estudio.			
Variable	Indicador	Valores finales	Tipo de variable
Edad	Edad en años, cedula de identidad.	14,15,16,17	Numerica
Sexo	Cedula de identidad	Masculino o femenino	Categorica Nominal Dicotomica
Estado civil	Referido por el estudiante	Soltero o en una relación	Categorica Nominal
Nivel académico	Referido por las autoridades académicas o carnet estudiantil	Noveno grado Décimo grado Undécimo grado	Categorica Ordinal politomica
Barrio de procedencia	Cedula de identidad	Nombre del barrio	Categorica Nominal

Objetivo específico 2: Identificar el nivel de depresión según el inventario rasgo/estado en la población a estudio

Variable	Indicadores	Valoraciones finales	Tipos de variables
Nivel de depresión rasgo/estado en todos los estudiantes.	Puntuación estado: Nivel alto: ≥ 43 Nivel medio: 35-42 Nivel bajo: ≤ 34	Estado: nivel alto, Medio o bajo Rasgo: nivel alto, Medio o bajo	Categorica Ordinal Numérica
Nivel de depresión rasgo/estado según edad.	Puntuación rasgo: Nivel alto: ≥ 47 Nivel medio: 36-46 Nivel bajo: ≤ 35	Femenino o masculino Edad en años, 14,15,16,17	
Nivel de depresión rasgo/estado según sexo	Cedula de identidad Carnet estudiantil		
Nivel de depresión rasgo/estado según nivel académico.			

Objetivo específico 3: Describir los síntomas depresivos según el inventario rasgo/estado en la población a estudio.			
Variable	Indicadores	Valores finales	Tipo de variable
Síntomas depresivos prevalentes como estado y rasgo	Item del test IDERE 1-2-6-8-9-10-13-15-18-20. (estado) Item del test IDERE 1-3-5-7-8-11-14-16-17-20-22(Rasgo) Síntomas depresivos con mayor prevalencia	Síntomas depresivos presentes como estado y rasgo. Prevalencia según rango de puntualidad en el test IDERE.	Categórica Politómica

ANEXO 2**Consentimiento informado de participación en la investigación**

Tema del estudio: Prevalencia de síntomas depresivos en la adolescencia media del colegio Santa Teresita Matagalpa en el periodo de marzo a junio 2025

Estimado padre de familia y/o tutor, reciba un cordial saludo, el motivo de la presente es para solicitar la participación de su hijo, la cual es voluntaria, realizaremos un trabajo de investigación para optar al título de médico y cirujano los Bachilleres: Alex Payan Castillo y María Victoria Duarte, Hoy en día al nivel mundial la cantidad de adolescentes que presentan depresión ha aumentado, nuestro objetivo es entender cómo se manifiestan los síntomas depresivos, en esta etapa de la adolescencia en nuestro contexto y de esta forma poder aportar información a la comunidad educativa y a los profesionales en salud mental para mejorar las intervenciones psicoterapéuticas.

Si el participante previo aprobación del padre o tutor, solicita el resultado del test, se proporcionara el resultado del test de manera codificada, los estudiantes no proporcionaran su nombre, solo nos brindaran datos sociodemográficos y una prueba psicológica conocida como Test de IDERE (Depresión Rasgo/Estado) para evaluar la existencia de síntomas depresivos y el nivel de depresión. Cabe mencionar que el presente Test se usará con fines investigativos y no representa una herramienta diagnostica definitiva de depresión, ya que esta requiere una evaluación más amplia, la información recolectada será procesada para su análisis y compartida a la institución educativa al concluir el estudio. Sin nada más que agregar agradecemos su apoyo en la investigación

Firma del padre o tutor

Anexo 3

TEST IDERE DEPRESION ESTADO/RASGO

Algunas de las expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada una y responda con qué frecuencia este le ocurre a usted. A la derecha aparecen cuatro columnas encabezadas con la frecuencia en que estas situaciones pueden ocurrir: “No, en absoluto”; “Un poco”; “Bastante”; “Mucho” marque la que más se ajuste a lo que le pasa ahora.

No, en absoluto —1
Un poco —2
Bastante —3
Mucho —4

Primera parte (Escala de Estado)

	No, en absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
1. Pienso que mi futuro es desesperado y no mejora mi situación.				
2. Estoy preocupado.				
3. Me siento con confianza en mí mismo.				
4. Siento que me canso fácil.				
5. Creo que no tengo nada de que arrepentirme.				
6. Siento deseos de quitarme la vida.				
7. Me siento seguro.				
8. Deseo desentenderme de todos los problemas que tengo.				
9. Me canso más pronto que antes.				
10. Me inclino ver el lado bueno de las cosas.				
11. Me siento bien sexualmente.				
12. Ahora no tengo ganas de llorar.				
13. He perdido la Confianza en mí mismo.				
14. Siento necesidad de vivir.				
15. Siento que nada me alegra como antes.				
16. No tengo sentimientos de culpa.				
17. Duermo perfectamente.				
18. Me siento incapaz de hacer cualquier trabajo por pequeño que sea.				
19. Tengo gran confianza en el porvenir.				
20. Me despierto más temprano que antes y me cuesta trabajo volver a dormir.				

Segunda Parte (Escala de Rasgos)

Algunas de las expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada una y responda con qué frecuencia este le ocurre a usted. A la derecha aparecen cuatro columnas encabezadas con la frecuencia en que estas situaciones pueden ocurrir: “Casi nunca”; “Algunas veces”; “Frecuentemente”; “Casi siempre” marque la que más se ajuste a lo que le pasa ahora.

Casi nunca — 1
 Algunas veces — 2
 Frecuentemente — 3
 Casi siempre — 4

	Casi nunca	Algunas Veces	Frecuentemente	Casi Nunca
1. Quisiera ser tan feliz como otras personas.				
2. Creo no haber fracasado más que otras personas.				
3. Pienso que las cosas me van salir mal.				
4. Creo que he tenido suerte en mi vida.				
5. Sufro cuando no me siento reconocido por los Demás.				
6. Pienso que todo saldrá bien en el futuro.				
7. Sufro por no haber alcanzado mis mayores Aspiraciones.				
8. Me deprimó por pequeñas cosas.				
9. Tengo confianza en mí mismo.				
10. Me inclino a ver el lado bueno a las cosas.				
11. Me siento aburrido.				
12. Los problemas no me preocupan más de lo que se Merecen.				
13. He logrado cumplir mis propósitos fundamentales.				
14. Soy indiferente ante las situaciones emocionales.				
15. Todo me resulta de interés.				
16. Me afecta tanto los desengaños que no me los Puedo sacar de la cabeza.				
17. Me falta confianza en mí mismo.				
18. Me siento lleno de fuerzas y energía.				
19. Pienso que los demás me estimulan adecuadamente				
20. Me ahogo en un Vaso de agua.				
21. Soy una persona alegre.				
22. Pienso que la gente no me estimula las cosas buenas que hago.				

Calificación IDERE:**D. Estado**

$$1+2+6+8+9+10+13+15+18+20= A$$

$$3+4+5+7+11+12+14+16+17+19= B$$

$$(A-B)+50=$$

$$\text{___} \text{ Alto } (> = 43)$$

$$\text{___} \text{ Medio } (35-42)$$

$$\text{___} \text{ Bajo } (< = 34)$$

D. Rasgo

$$1+3+5+7+8+11+14+16+17+20+22 = A$$

$$2+4+6+9+10+12+13+15+18+19+21 = B$$

$$(A-B)+50=$$

$$\text{___} \text{ Alto } (> = 47)$$

$$\text{___} \text{ Medio } (36-46)$$

$$\text{___} \text{ Bajo } (< = 35)$$

Anexo 4

CUESTIONARIO SOCIODEMOGRAFICO

A continuación, marque con una X la respuesta a cada pregunta

Numero de pregunta	Pregunta	Resultado
1	Edad	14 _____ 15 _____ 16 _____ 17 _____
2	Barrio donde vive	
3	Sexo	Femenino _____ Masculino _____
4	Estado civil	Soltero _____ En una relación _____
5	Nivel académico actual	9no _____ 10mo _____ 11mo _____

Anexo 5



UNIDES
Universidad para un mundo mejor

**Universidad Internacional
para el Desarrollo Sostenible**

Matagalpa, 27 de marzo 2025

Hna. Karen Elena Vásquez Vivas.
Directora colegio Santa Teresita
Matagalpa
Sus manos.

Reciba un cordial saludo.

Me remito a usted en favor de los alumnos, **Alex Fernando Payan Castillo, con Canet N° M13010031, cedula N° 441 – 170496 – 0006S y María Victoria Duarte López, con carnet N° M14010019, cedula N° 441 – 090398 – 0002d**, quienes se encuentran en proceso de culminación de sus estudios, y desean realizar un proceso investigativo titulado " Prevalencia de síntomas depresivos en la adolescencia media del Colegio Santa Teresita, en el periodo marzo – junio 2025 ", Para ello, hacemos formal solicitud para que a nuestros alumnos les sea autorizado el uso de aplicar prueba psicológica y encuesta social demográfica, con consentimiento de los tutores

No omito manifestarle que, nuestros alumnos se encuentran comprometidos en hacer un correcto y estricto uso de los datos recolectados, como dictan normas internacionales y nacionales, referentes a no divulgar los datos contenidos a terceros y no recopilar datos personales.

Sin más que adjuntar, me suscribo a usted, deseándole éxito en sus labores cotidianas.



UNIDES
DIRECCION
Dr. Oscar Boza Miranda
Director sede UNIDES – Matagalpa



Hora: 9:23 Am.
28/03/2025

Cc. Archivo.

PBX: (505) 2266-9948 • Telefax: (505) 2268-0456
Email: info@unides.edu.ni • www.unides.edu.ni • Rolando Estrada Portuaria

Anexo 6

Colegio Santa Teresita
Misioneras de la Caridad y la
Providencia.
Tel. 2772-2225 -Apdo. 84
Matagalpa Nicaragua

Construyamos la Civilización del Amor

CONSTANCIA

La Suscrita Directora del Colegio Santa Teresita, de la ciudad de Matagalpa, debidamente registrado en el Ministerio de Educación.

HACE CONSTAR

Que: Los Bachilleres: Alex Fernando Payan Castillo con N° de identificación 441-170496-0006S y María victoria Duarte López con N° de identificación 441-090398-0002D; han estado asistiendo al Colegio Santa Teresita de Matagalpa para la realización del trabajo investigativo "Prevalencia de Síntomas Depresivos en la Adolescencia Media de Noveno a Undécimo Grado del Colegio Santa Teresita Matagalpa en el Periodo de Marzo a Junio del 2025", trabajado en conjunto con las autoridades académicas y el área de psicología del colegio, para la aplicación de instrumentos en la población objeto de estudio.

- ❖ Test IDERE (Inventario de depresión Rasgo/Estado).
- ❖ Cuestionario Socio demográfico.

Se extiende la presente a solicitud de parte interesada para que surta los efectos legales, a los veintiocho días del mes de mayo del 2025.

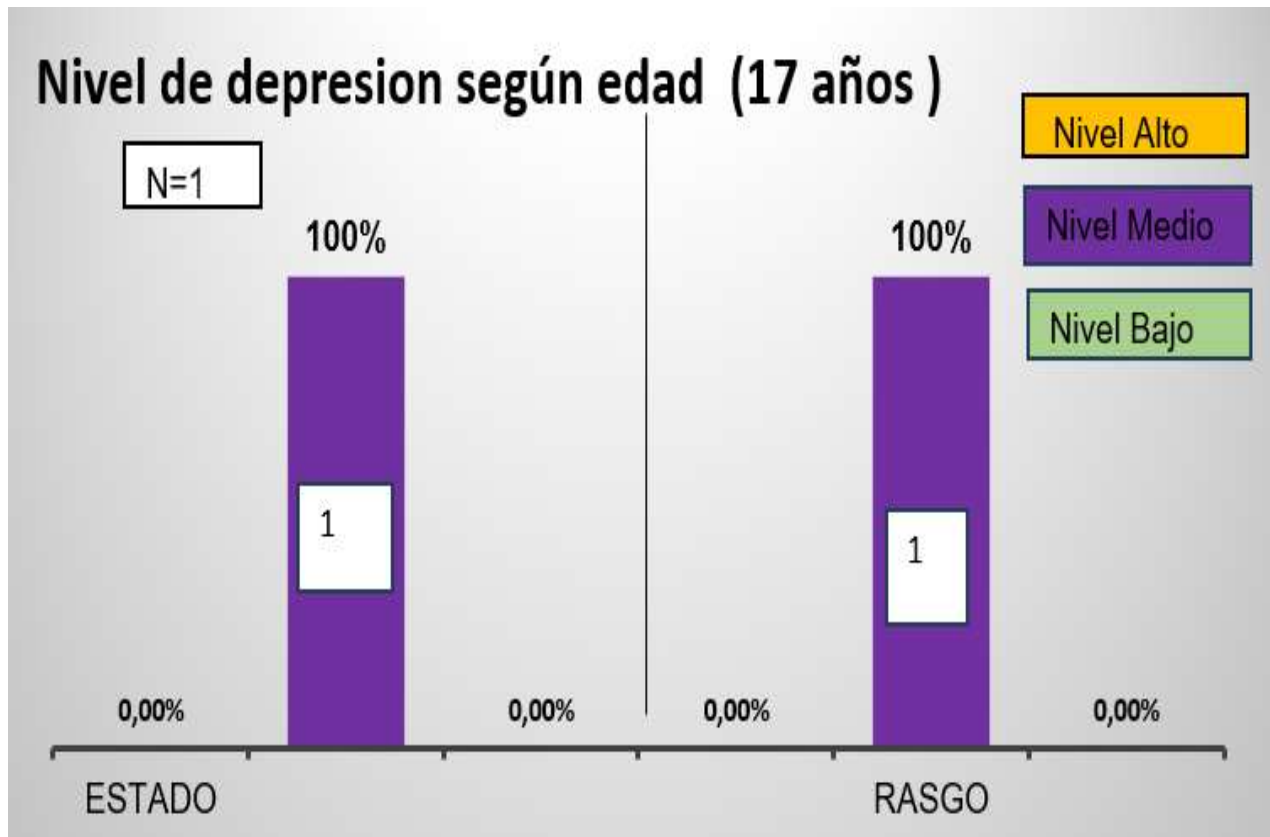
Hna. Karen Elena Vásquez
Directora

Anexo 7

Proceso de validación de instrumentos

Se realizará la validación de instrumentos mediante la consulta a especialistas en el área de salud mental

Especialistas	Grado Académico	Experiencia Profesional	Comentarios
Darling J. Matthez G! Darling J. Matthez G!	Lic. Psicología Clínica.	- Clínica. - Terapeuta Infantil - Docente universitario.	—
Saydy Sanchez Sanchez	Lic. Psicología Clínica.	Clínica. Docente Psicóloga Penitenciaria.	
Aleana Quetzala Valdivia Zeledón.	Lic. Psicología Clínica.	Docente. Orientadora.	

Anexo 8**Gráficos que no se mostraron en los resultados****Grafico N°19.** Nivel de depresión como estado y rasgo en la edad de 17 años.

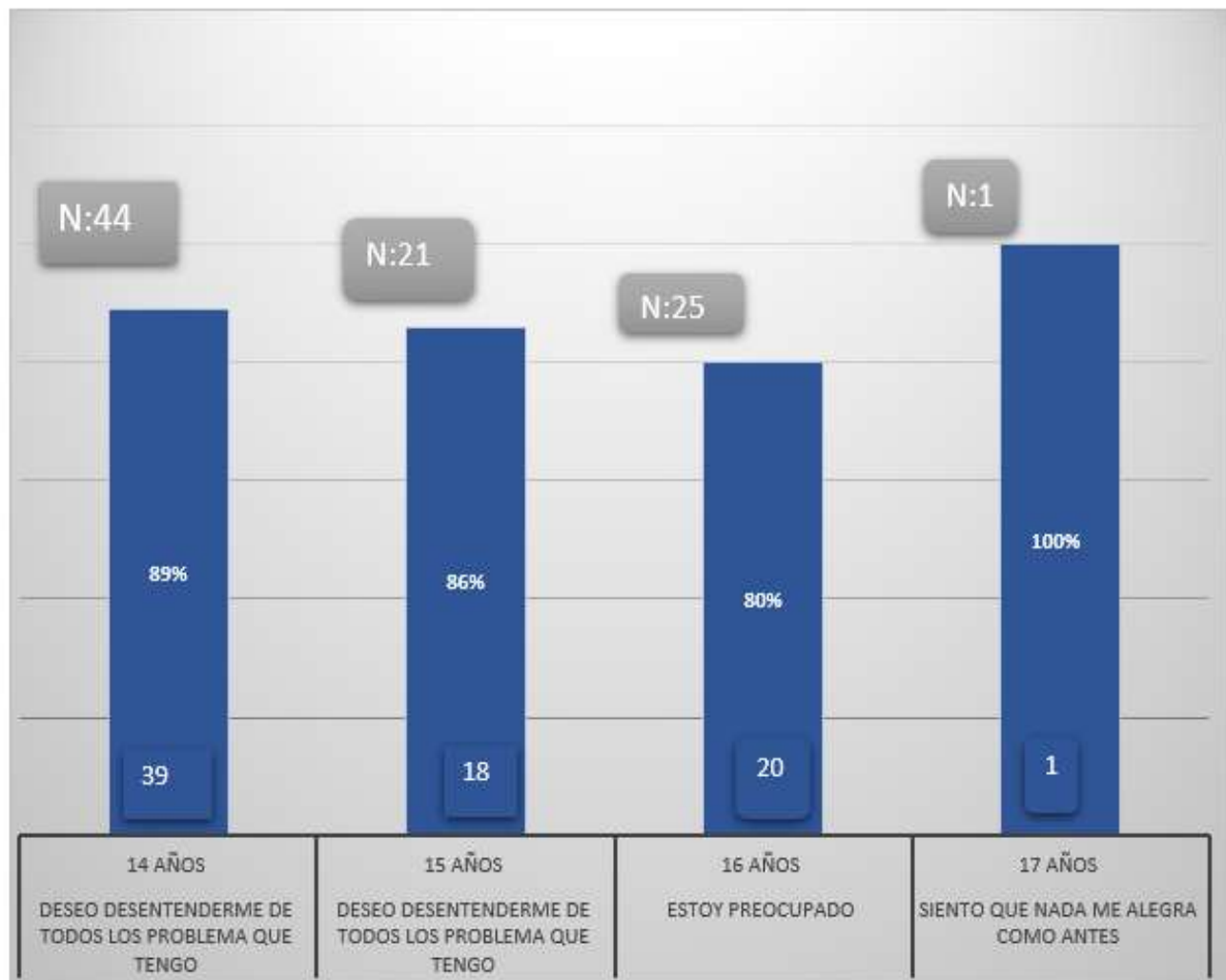
Fuente: Instrumento aplicado (TEST IDERE) **Elaboración:** Propia.

Tabla N°1. Barrio de procedencia de los estudiantes

Barrio	Cantidad de Alumnos	Porcentaje
Progreso	2	2%
Carlos Fonseca	1	1%
Apante	1	1%
Francisco moreno	9	10%
Llano grande	1	1%
El tule	8	9%
Colonia Roger Veneria	1	1%
Santa Teresita	20	22%
5 de junio	4	5%
Los Lipés	1	1%
Pancasan	8	9%
San Dionisio	1	1%
Barrio Guanuca	2	2%
Solingalpa	2	2%
Carlos Santi	1	1%
Totolate	5	6%
Marvin Antonio	3	4%
El Arenal	2	2%
Las María	2	2%
El Jícaro	1	1%
Rodolfo López	2	2%
Barrio San Martín	1	1%
Los Robles	1	1%
La piedrecita	1	1%
Las tejas	1	1%
Walter Mendoza	1	1%
Fanor Jaén	1	1%
Liberación	1	1%
Carmelitas	1	1%
El tambor	1	1%
Reparto sandino	1	1%
Sandino Norte	1	1%
1ro de Mayo	1	1%
25 de Febrero	1	1%
Vía Cocomo	1	1%
Total	91	100%

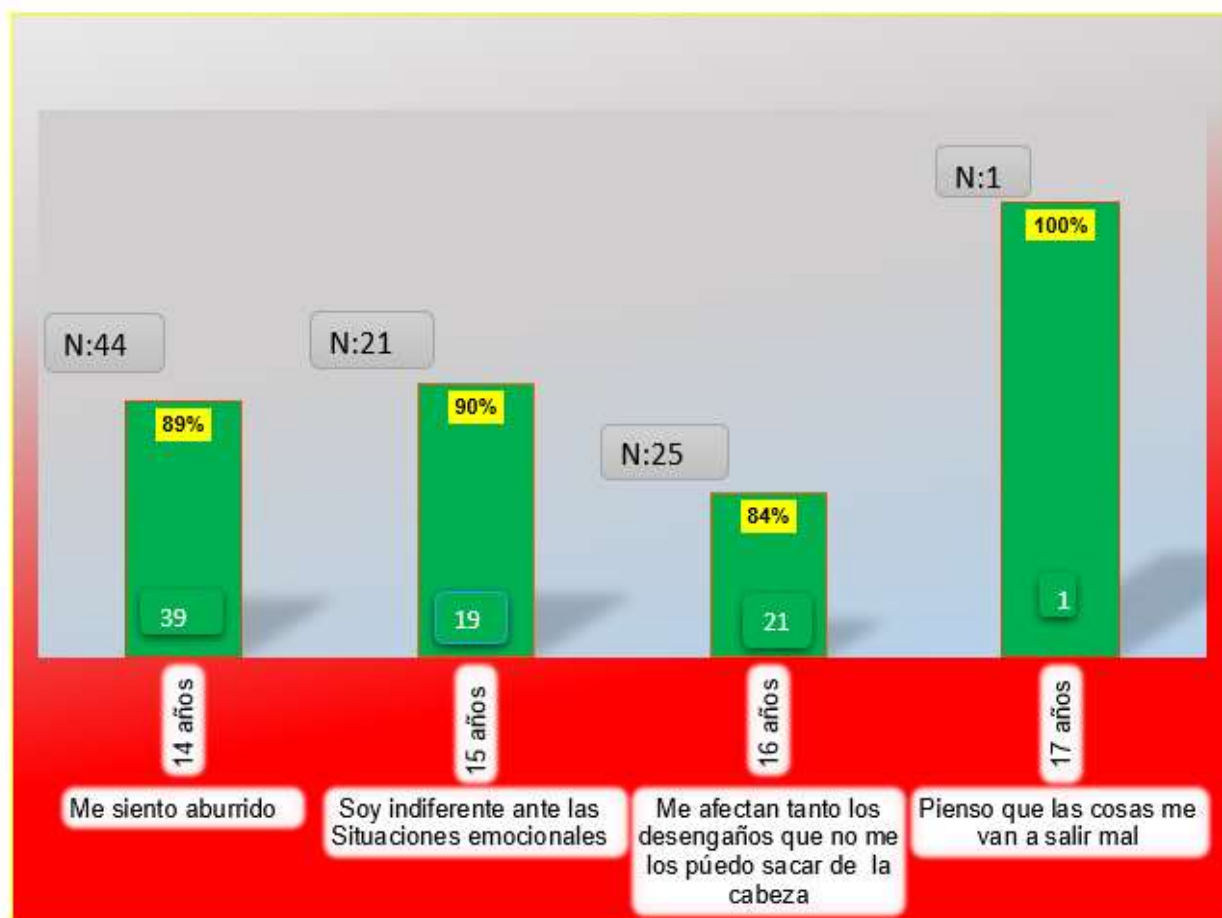
Fuente: Ficha de recolección de datos; **Elaboración:** Propia.

Grafico N°20. Síntoma depresivo más frecuente como estado según edad.



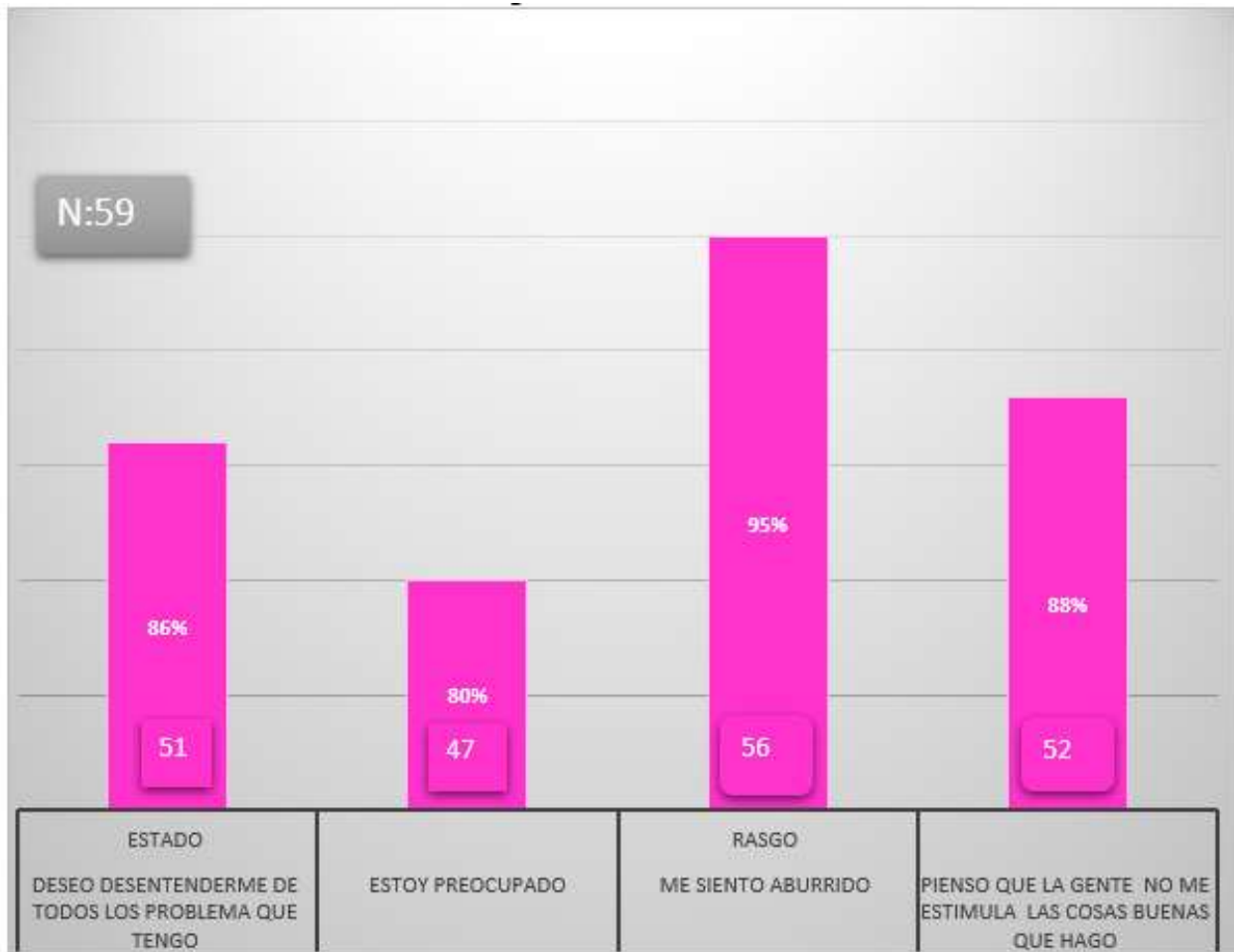
Fuente: Instrumento aplicado (Test IDERE) **Elaboración:** Propia.

Grafico N°21. Síntoma depresivo más frecuente como rasgo según edad.



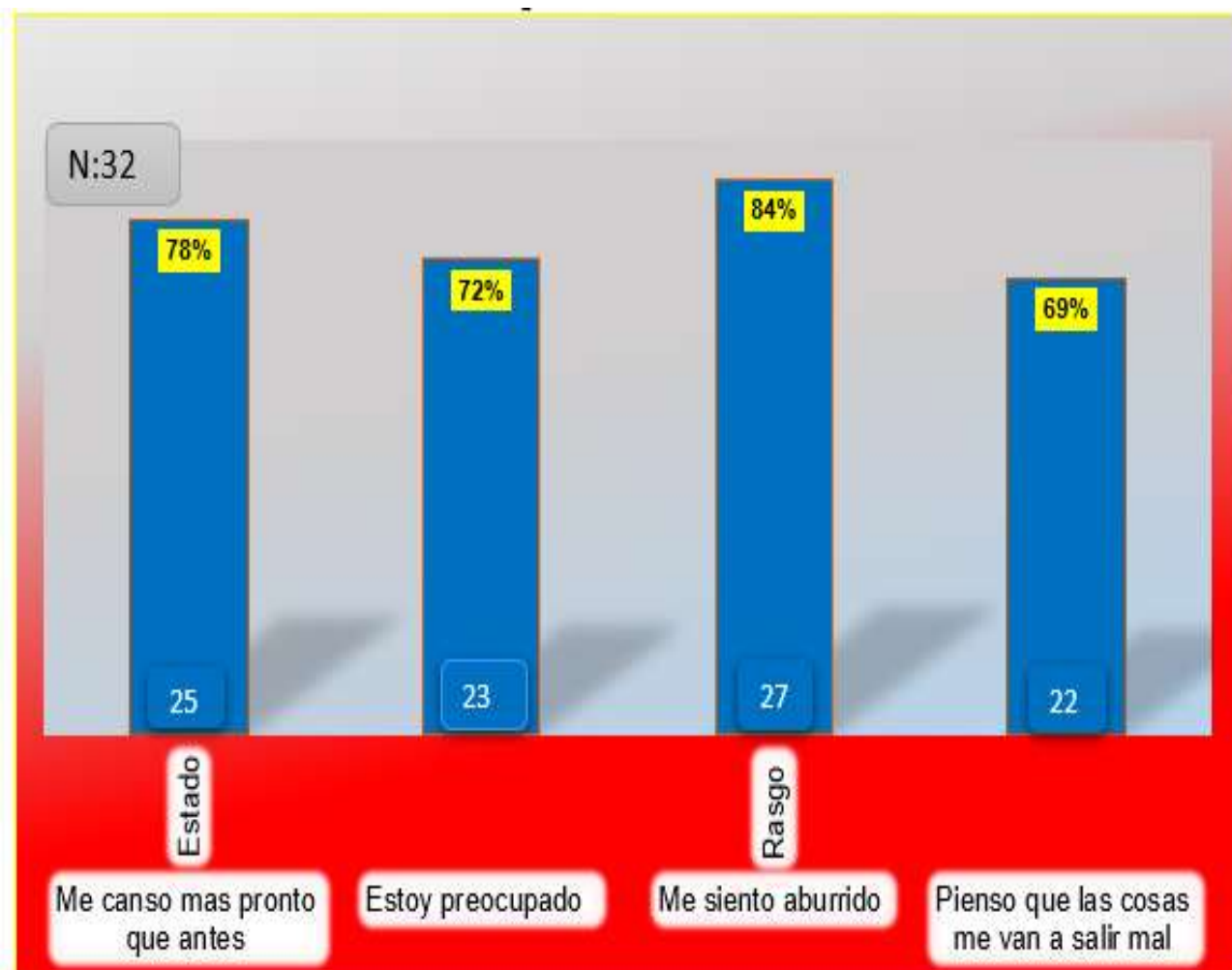
Fuente: Instrumento aplicado (Test IDERE) **Elaboración:** Propia.

Grafico N°22. Síntomas más frecuentes como estado y rasgo en el sexo femenino.



Fuente: Instrumento aplicado (Test IDERE) **Elaboración:** Propia.

Grafico N°23. Sintomas más frecuentes como estado y rasgo en el sexo masculino.



Fuente: Instrumento aplicado (Test IDERE) **Elaboración:** Propia.

Anexo 9

Fotografías





