



**UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA**  
*La Universidad Católica de Loja*

**ÁREA SOCIOHUMANÍSTICA.**

TÍTULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

**Relación de la Depresión y Factores Sociodemográficos en jóvenes de la ciudad de Loja.**

TRABAJO DE TITULACIÓN.

**AUTOR:** Montaña Andrade, Mariuxi Elizabeth.

**DIRECTOR:** Jiménez Gaona, Marco Antonio, Mgtr.

LOJA – ECUADOR

2015



*Esta versión digital, ha sido acreditada bajo la licencia Creative Commons 4.0, CC BY-NY-SA: Reconocimiento-No comercial-Compartir igual; la cual permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra, mientras se reconozca la autoría original, no se utilice con fines comerciales y se permiten obras derivadas, siempre que mantenga la misma licencia al ser divulgada. <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es>*

Septiembre, 2015

## APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Magíster.

Marco Antonio Jiménez Gaona.

**DOCENTE DE LA TITULACIÓN.**

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación: **Relación de la Depresión y Factores Sociodemográficos en jóvenes de la ciudad de Loja**, realizado por Montaña Andrade Mariuxi Elizabeth, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Loja, Noviembre de 2015

f) .....

## DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

Yo, **Montaño Andrade Mariuxi Elizabeth**, declaro ser la autora del presente trabajo de titulación: "Relación de la Depresión y Factores Sociodemográficos en jóvenes de la ciudad de Loja", de la Titulación de Psicología, siendo el Mgtr. Marco Antonio Jiménez Gaona director del presente trabajo; y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales. Además certifico que las ideas, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad. Adicionalmente declaro conocer y aceptar la disposición del Art. 88 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte pertinente textualmente dice: "Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado o trabajos de titulación que se realicen con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad"

f. ....

Montaño Andrade Mariuxi Elizabeth.

1900613363

## **DEDICATORIA**

Quiero dedicar este trabajo a Dios por su infinito amor y misericordia para conmigo; a mi familia quienes me han sabido dar fuerzas para seguir adelante, a mis hermanos:

Cristian, María del Cisne y Pilar, por estar siempre apoyándome para poderme realizar en mi formación profesional y especialmente a mis padres: Vinicio y Carmen, quienes me han dado todo lo que soy como persona, valores, principios, empeño, perseverancia y el coraje para alcanzar mis objetivos.

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera, por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad. Gracias a Dios por su infinito amor.

A mis padres por demostrarme constantemente su amor, por su confianza, su fe y por todo el apoyo incondicional que me han brindado a lo largo de mi vida en el cumplimiento de mis sueños y mis metas. Gracias Papá y Mamá.

A mis hermanos por ser parte importante en mi vida, gracias por su apoyo incondicional y por estar a mi lado en todo momento.

A mí Director de tesis, Mgtr. Marco Jiménez, por guiarme con paciencia y sabiduría a lo largo de este mi último paso hacia el principio de nuevas metas.

A mis queridas compañeras y amigas incondicionales Verónica y Yosdy que siempre han estado a mi lado compartiendo alegrías y tristezas y que ahora estamos concluyendo este sueño como en un principio. Gracias queridas amigas por haber entrado en mi vida.

A todas las personas que de una u otra manera facilitaron este trabajo.

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

CARÁTULA .....	i
APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE FIN DE TITULACIÓN .....	ii
DECLARACIÓN DE AUDITORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS .....	iii
DEDICATORIA .....	iv
AGRADECIMIENTO .....	v
ÍNDICE DE CONTENIDOS .....	vi
ÍNDICE DE TABLAS .....	viii
ÍNDICE DE ANEXOS .....	viii
RESUMEN.....	1
ABSTRACT .....	2
INTRODUCCIÓN.....	3
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO.....	5
1.1. Juventud.....	6
1.2. Acercamiento a una definición de Depresión. ....	7
1.2.1. Factores de riesgo de la depresión.....	10
1.2.1.1. Factores Biológicos .....	10
1.2.1.2. Factores Psicológicos .....	11
1.2.2. Tipos de depresión .....	12
1.2.2.1. Trastorno Depresivo Mayor.....	12
1.2.2.2. Depresión Subsindrómica o Trastorno Depresivo Menor.....	13
1.2.3. Teorías y modelos explicativos de la depresión .....	14
1.2.3.1. Las teorías conductuales de la Depresión .....	14
1.2.3.2. Las teorías cognitivas de la Depresión.....	14
1.2.3.3. La teoría de la indefensión aprendida y su reformulación.....	15
1.2.3.4. Teorías biológicas de la Depresión.....	16
1.2.4. Depresión en los Jóvenes .....	17
1.2.5. Formas de evaluar la Depresión .....	19
1.2.6. Principales instrumentos para evaluar la depresión.....	20
1.2.7. Prevención .....	21
1.2.7.1. Tipos de prevención .....	21
1.2.8. Tratamiento de la depresión.....	22

1.2.8.1. Terapias conductuales.....	22
1.2.8.2. El tratamiento de la depresión según Lewinsohn y Cols.....	22
1.2.8.3. La terapia cognitiva de Beck .....	23
1.2.8.4. La terapia interpersonal .....	24
1.3. Relación de la depresión y factores sociodemográficos .....	24
CAPÍTULO 2: METODOLOGÍA .....	26
CAPÍTULO 3: RESULTADOS Y ANÁLISIS.....	31
CAPÍTULO 4: DISCUSIÓN .....	42
CONCLUSIONES .....	46
RECOMENDACIONES.....	47
BIBLIOGRAFÍA.....	48
ANEXOS.....	55



## ÍNDICE DE TABLAS

<b>TABLA 1.</b> Definiciones de Depresión. ....	8
<b>TABLA 2.</b> Técnicas para evaluar la Depresión .....	19
<b>TABLA 3.</b> Principales instrumentos para la evaluación de la Depresión.....	20
<b>TABLA 4.</b> Factores Sociodemográficos (Frecuencias) .....	33
<b>TABLA 5.</b> Características Sociodemográficas (Medidas de tendencia central).....	35
<b>TABLA 6.</b> Prevalencia de Depresión subclínica BDI.....	35
<b>TABLA 7.</b> Prevalencia de Depresión subclínica SDS .....	35
<b>TABLA 8.</b> Prevalencia síntomas BDI.....	36
<b>Tabla 9.</b> Depresión Subclínica BDI .....	38
<b>TABLA 10.</b> Confiabilidad inventarios de Depresión .....	38
<b>TABLA 11.</b> Asociación entre variables independientes y Depresión subclínica.....	39
<b>TABLA 12.</b> Comparación de medias según presencia de Depresión subclínica BDI..	40

## ÍNDICE DE ANEXOS

<b>ANEXO 1.</b> ENCUESTA SOCIODEMOGRÁFICA .....	56
<b>ANEXO 2.</b> INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK BDI .....	59
<b>ANEXO 3.</b> ESCALA DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA DEPRESIÓN DE ZUNG .....	62

## RESUMEN

El objetivo principal de esta investigación es, determinar la relación entre la Depresión y los Factores Sociodemográficos en 500 jóvenes de la ciudad de Loja, la metodología utilizada es de tipo descriptivo-comparativo, enfoque cuantitativo, diseño no experimental y alcance correlacional.

Para identificar la variable Depresión se utilizó el Inventario de Depresión de Beck (BDI, 1978) y la Escala de Autoevaluación para Depresión de Zung (SDS, 1965); para evaluar los Factores Sociodemográficos se aplicó un Encuesta Sociodemográfico (2015).

Los resultados mostraron que los síntomas más frecuentes en el Inventario de Depresión de Beck son cansancio, problemas de sueño, autoacusación e insatisfacción. El 22,6% de los jóvenes presenta Depresión subclínica, los Factores Sociodemográficos relacionados a la Depresión subclínica son: estudiantes que trabajan, salud, años viviendo en Loja, pocas horas de sueño, inasistencia a clases.

**PALABRAS CLAVE:** Jóvenes, Depresión, Factores Sociodemográficos, Relación.

## **ABSTRACT**

The main objective of this research is to determine the relationship between depression and sociodemographic factors in 500 young people from the city of Loja, the methodology is descriptive-comparative type, quantitative approach, non-experimental and correlational scope.

The Beck Depression Inventory (BDI, 1978) and the Self-Assessment Scale for Depression of Zung (SDS, 1965) was used to identify depression varies; to assess sociodemographic factors sociodemographic Survey (2015) was applied.

The results showed that the most frequent symptoms in Beck Depression Inventory are tiredness, sleep problems, self-accusation and dissatisfaction. 22.6% of young people has subclinical depression, sociodemographic factors related to subclinical depression are: working students, health, years living in Loja, little sleep, missing school.

**KEYWORDS:** Youth, Depression, Sociodemographic Factors, Relation.

## INTRODUCCIÓN

El trastorno depresivo es una de las entidades clínicas más investigadas por la población psicológica, debido a la gran influencia que puede tener como consecuencia en las actividades diarias a las que está expuesta la mayoría de los jóvenes, junto a otros factores que influyen en su vida, como el socio-económico (el estrato), el género y la edad, los cuales son elementos que predisponen al desarrollo de la Depresión (Guavita & Sanabria, 2006).

La población de jóvenes ha atraído progresivamente la atención de clínicos e investigadores del campo de la salud mental debido a que ésta puede determinar en buena medida su desempeño académico y social, por lo que múltiples estudios han encontrado que la prevalencia de Depresión leve oscila entre 9 % y 24 %, la Depresión moderada entre el 5 % y el 15 % y la severa entre el 2 % y el 6,3 %. En todos los estudios es evidente el predominio del género femenino. (Montoya L, Gutiérrez J Toro B, Briñón Z, Restrepo E, Salazar L. 2010, a).

Según Méndez, Olivares y Ros (2001), en los adolescentes, los episodios depresivos mayores suelen ir asociados a trastornos disociales, déficit de atención, de ansiedad, relacionados con sustancias. La prevalencia de la Depresión aumenta durante esta etapa y alcanza su nivel más alto en la adultez temprana.

La presente investigación es de gran importancia y factibilidad ya que existen pocos estudios a nivel local, provincial y nacional como de Latinoamérica, por lo que este trabajo aportará a la relación existente entre la Depresión y Factores Sociodemográficos, además se verán beneficiados tanto los jóvenes universitarios como las instituciones educativas al identificar factores sociodemográficos relacionados con la depresión, de este modo enfocar la intervención a estos factores de riesgo.

Los instrumentos utilizados para esta investigación son: Encuesta Sociodemográfica (2015), Inventario de Depresión de Beck BDI (1978) y la Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung (1965), los objetivos que pretende alcanzar este trabajo son: Identificar niveles de Depresión y las Características Sociodemográficas y posteriormente analizar la relación entre estas dos variables.

El enfoque de esta investigación es cuantitativo ya que utiliza la recolección y el análisis de datos para contestar preguntas de investigación y probar hipótesis establecida, también presenta un enfoque descriptivo-comparativo porque busca especificar propiedades, características y rasgos importantes del fenómeno que se analiza, el diseño de investigación es no experimental porque que no se manipula deliberadamente las variables, el alcance es correlacional en el cual identifica la relación o grado de asociación que existe entre dos o más variables en un contexto (Hernández, Fernández y Baptista 2010). Cabe indicar que se trabajará con 500 jóvenes de la ciudad de Loja.

Este trabajo de investigación planteó las siguientes hipótesis: ¿La Depresión está relacionada directamente con los Factores Sociodemográficos?, ¿La salud en general es el principal Factor Sociodemográfico asociado a la Depresión?, ¿Las mujeres tienen niveles de Depresión más altos que los hombres?

Es importante mencionar que los objetivos planteados se cumplieron al cien por ciento, los resultados mostraron que los síntomas más frecuentes en el Inventario de Depresión de Beck son cansancio, problemas de sueño, autoacusación e insatisfacción. El 22,6% de los jóvenes presenta Depresión subclínica, los Factores Sociodemográficos relacionados a la Depresión subclínica son: estudiantes que trabajan, salud considerada mala y muy mala, las personas que más años viven en Loja, pocas horas de sueño, inasistencia a clases.

Para finalizar, en el primer capítulo se detallará temas como: definición de juventud, en relación a la depresión tenemos un acercamiento a una definición, factores de riesgo, tipos, teorías y modelos explicativos, así mismo Depresión en los jóvenes, formas y principales instrumentos para evaluar la Depresión, prevención y tratamiento de la Depresión, relación de la Depresión y Factores Sociodemográficos; en el capítulo dos se da a conocer la metodología utilizada de la presente investigación, en el capítulo tres se conocen los resultados y finalmente en el capítulo cuatro se encuentra la discusión sobre el trabajo realizado.

**CAPITULO I**  
**MARCO TEÓRICO**

## 1.1. Juventud.

En la literatura psicológica reciente se trata de superar la consideración de "juventud" como mera categorización por edad, esto se incorpora en los análisis la diferenciación social y hasta cierto punto la cultura.

Entonces se dice que la juventud depende de una moratoria, un espacio de posibilidades abierto a ciertos sectores sociales y limitado a determinados períodos históricos. (Margulis, Urrest. 2008.a)

Según Urcola (2003, a) la juventud es un concepto homogeneizante que debe interpretarse a la luz de las diferentes dimensiones que lo componen y condicionan ya que está atravesado por una multiplicidad de variables bio-psico-sociales.

Así mismo, una primera aproximación al concepto de juventud remite siempre a la edad de la persona pero ésta no se agota ahí, puesto que hay distintas formas de ser joven y de vivir la juventud que corresponden a condicionantes económicos, sociales y culturales. Reducir la juventud a un período del ciclo vital es desconocer lo heterogéneo y diverso de las relaciones sociales; es decir, la presencia empírica y simbólica de los jóvenes en la sociedad es notoria e innegable pero hay distintas formas de sentir, vivir y pensar la juventud. (Urcola, 2003, b)

Según la UNICEF (2004) desde una perspectiva psicológica y sociológica, la juventud se ha definido tradicionalmente como una fase de transición, en lugar de un grupo de edad o una fase de la vida con características propias. El concepto de transición enfatiza la adquisición de capacidades y derechos asociados a la edad adulta.

La juventud termina, en el interior de las clases que pueden ofrecer a sus miembros recién llegados a la madurez física este beneficio, cuando estos asumen responsabilidades centradas, sobre todo, en formar el propio hogar, tener hijos, vivir del propio trabajo. (Bourdieu, 1990)

La juventud no es independiente del género. Es evidente que en nuestra sociedad, el tiempo transcurre para la mayoría de las mujeres de una manera diferente que para los hombres (Margulis y Urrest. 2008, b)

Desde una perspectiva biopsicológica, la juventud comienza durante la adolescencia y culmina con la madurez o ingreso a la vida adulta. Durante este período los sujetos sufren grandes cambios físicos, psicológicos, emocionales y de personalidad que van tendiendo al desarrollo pleno de las personas. Desde una perspectiva psico-social, la juventud se construye como un período de descubrimiento y crecimiento subjetivo, de la propia personalidad y del mundo circundante. Un descubrimiento de las propias capacidades y de las herramientas que el contexto le provee para poder crear y recrear su vida junto con el entorno que lo rodea. (Urcola, 2003, c)

## **1.2. Acercamiento a una definición de depresión.**

La palabra Depresión viene del latín “depressio” que quiere decir hundimiento, lo que sugiere un trastorno afectivo que varía desde bajas transitorias del estado de ánimo como características de la vida misma, hasta el síndrome clínico, de gravedad y duración importante con signos y síntomas asociados, marcadamente distintos a la normalidad (Calderón, 1984, a).

La Depresión se caracteriza por la presencia de una serie de manifestaciones conductuales, cognitivas, emocionales, motivacionales y somáticas (Sadock y Sadock, 2004).

A continuación se mostrará las definiciones de la Depresión, según los principales autores.



**Tabla 1. Definiciones de depresión.**

Clasificación Internacional de Enfermedades. (CIE 10, 1992)	Desorden afectivo, que se divide en episodio leve, se caracteriza por síntomas como tristeza, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, aumento de fatigabilidad; episodio moderado tiene dificultades para desarrollar actividades sociales, laborales; y episodio grave, existe angustia o agitación, pérdida de estimación de sí mismo, sentimientos de culpa.
Organización Mundial de la Salud. (OMS, 2012)	La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.
Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales(DSM-IV, 2000)	El trastorno depresivo mayor, es un curso clínico caracterizado por uno o más episodios depresivos mayores, sin historia de episodios maníacos, mixtos o hipomaníacos.
Navarro (1990)	La depresión se refiere a una sensación de malestar, con manifestaciones como la tristeza y angustia, mal humor, frustración, etc., y todo esto en consecuencia a algo negativo que sucedió.
Beck, (1979)	En la depresión el paciente presenta una visión negativa del entorno a esto se le conoce como triada cognitiva para la depresión; en esta triada consta la visión negativa acerca de sí mismos, la visión negativa de las experiencias propias presentes, la visión negativa acerca del futuro.

**Elaboración:** Montaña, 2015.

**Fuente:** OMS. (2012), CIE 10. (1992), APA. (2000), Navarro. (1990), Beck. Rush. Shaw. Emery. (1979).

Montoya, et. al.(2010, b) definen a la Depresión como un grupo heterogéneo de trastornos afectivos cuyas características son un estado de ánimo deprimido, disminución del disfrute, apatía y pérdida de interés en el trabajo asociado a insomnio, anorexia e ideación suicida.

En los últimos años la Depresión ha sido catalogada como uno de los problemas que más sufrimiento causa en las personas y que en distintos grados afecta a un porcentaje muy alto de la población sin diferencia de género, edad, nivel socioeconómico, convirtiéndola en uno de los principales motivos de consulta clínica. (Arrivillga, Cortés, Goicochea, Lozano, 2003, a)

La Depresión podría llegar a ser considerada en el año 2020 la segunda causa de discapacidad en los países industrializados. Múltiples estudios han encontrado que la prevalencia de Depresión leve oscila entre 9 % y 24 %, la Depresión moderada ente el 5 % y el 15 % y la severa entre el 2 % y el 6,3 %. En todos los estudios es evidente el predominio del género femenino (Montoya, et. al. 2010. c).

Entre los factores de riesgo para la Depresión está el sexo, edad, estado civil, clase social, antecedentes familiares de Depresión, sintomatología subsindrómica, comorbilidad, presencia de acontecimientos vitales, disponibilidad de recursos personales, características de personalidad. (Blanco, 2011, a).

Existen factores genéticos y psicosociales que interrelacionados actúan como desencadenantes o mantenedores de la Depresión. Aunque en algunos casos existe un componente genético, en otros, prima la configuración psicológica que el individuo tenga. (Arrivillga, Cortés, Goicochea, Lozano.2003. b). Así mismo, Téllez (2000), expresa que algunas formas de Depresión son genéticas, lo que indica que alguna vulnerabilidad biológica puede heredarse.

Según Blanco (2011, b) hay manifestaciones según la esfera conductual, cognitiva, somática; en la esfera conductual se pueden observar manifestaciones como: llanto, lentitud o agitación, inhibición, dificultad para comunicarse, conductas evitativas ante tareas cotidianas, falta de autocuidado, etc., en la esfera cognitiva, se manifiestan dificultades de concentración y problemas de memoria, dificultad para tomar decisiones, pensamientos de contenido negativo, ideas de muerte, creencias disfuncionales, estilo atribucional disfuncional, etc.

El mismo autor menciona que, en la esfera somática pueden surgir alteraciones de sueño, alteraciones del apetito y del peso, disminución del deseo sexual, cansancio, molestias físicas, estreñimiento, sequedad de boca, etc. También, la Depresión presenta una estrecha relación con el comportamiento suicida, consumo de alcohol u otras drogas, abandono de los estudios, pérdida de productividad y comportamiento antisocial.

### **1.2.1. Factores de riesgo de la depresión.**

La mayoría de los médicos psiquiatras aceptan que la Depresión es causada por una combinación de factores biológicos (incluyendo factores genéticos), sociales y psicológicos, caso en el que se hablaría de una multicausalidad cuyo estudio requiere un abordaje desde cada una de las dimensiones del ser humano. Algunas personas pueden tener más posibilidades de desarrollar estos trastornos, dependiendo del carácter. Una persona con una autoestima baja, pesimista y que se altera con facilidad tiene más posibilidades que otras que le ocurra todo lo contrario (Calderón, 1984, b).

A continuación se describirá las diferentes áreas donde se presenta factores de riesgo.

#### **1.2.1.1. Factores biológicos.**

Desde la endocrinología se han establecido relaciones entre la producción de sustancias químicas y el control de procesos psicológicos del ser humano. En algunas depresiones se han encontrado alteraciones de estas sustancias y de los mecanismos cerebrales donde actúan, además de descubrirse cambios biológicos referidos al sueño, donde se producen unas ondas de distintos tipos y duración las cuales son distintas en pacientes deprimidos (Calderón, 1984, c).

En la mitad del siglo XX se ha demostrado que otros sistemas neuroquímicos no-monoaminícos probablemente juegan un rol en la etiología y tratamiento de la Depresión. Entre estos nuevos sistemas recientemente descubiertos están varios componentes del sistema inmune, tales como citoquinas y los neurotransmisores neuropeptidos, como factor liberador de la corticotrofina (CRF), hormona liberadora de tirotrófina (TRH), somatostatina y factor liberador de la hormona de crecimiento (GHRF). Estas nuevas modalidades de tratamiento pueden permitir una mejor respuesta a la terapia con mejores efectos secundarios para los pacientes con Depresión. Claro está

que no solo la investigación se ha centrado en las alteraciones cerebrales, sino en la patología. (Sadeck y Nemeroff, 2000, a)

#### **1.2.1.2. Factores psicológicos.**

Las causas psicológicas pueden intervenir en la génesis de cualquier tipo de Depresión, puesto que los factores emocionales desempeñan un papel preponderante, presentándose desde los primeros años de vida, determinando rasgos de personalidad tan profundamente enraizados en el modo de ser el individuo. Estos rasgos sin embargo, no son heredados sino que aprenden a través de la estrecha relación y dependencia respecto a los miembros de la familia (Calderón, 1984, d).

La originalidad desde el punto de vista de Beck (1979, a) reside en que considera que estas distorsiones cognitivas son la causa primaria del desorden y no elaboraciones secundarias. Para Beck, todas las formas de psicopatología, presentan algún grado de desorden del pensamiento puesto que se producen distorsiones características que parecen apartarse de lo que la mayoría de los individuos considerarían una manera realista de pensar o interpretar la realidad.

Así mismo Beck presenta a distorsión la Depresión como triada cognitiva, compuesta por expectativas negativas respecto al ambiente, autopercepción negativa de sí mismo y expectativas negativas respecto al futuro, adquiere tres componentes:

- Primer componente: Se centra en las expectativas negativas respecto al ambiente, el paciente tiende a subestimarse a criticarse a sí mismo en base a sus defectos y piensa que carece de los atributos que considera esencialmente para lograr la alegría y felicidad.
- Segundo componente: Se centra en la tendencia del depresivo a interpretar sus experiencias de una manera negativa. La persona depresiva puede darse cuenta de que sus interpretaciones negativas iniciales estaban desviadas si se le anima a reflexionar sobre otras explicaciones alternativas menos negativas.
- Tercer componente: Se centra en la visión negativa acerca del futuro; cuando la persona depresiva hace proyectos de gran alcance, está anticipando de sus dificultades o sufrimientos actuales continuaran indefinidamente y por lo tanto, espera pena, frustraciones y privaciones interminables.

### **1.2.2. Tipos de depresión.**

Existen varios tipos de trastornos depresivos. A continuación se dará una breve definición de los trastornos depresivos más comunes, el trastorno depresivo mayor y trastorno depresivo menor según el Manual de Diagnóstico Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-IV) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10).

#### **1.2.2.1. Trastorno depresivo mayor.**

El trastorno depresivo mayor, tanto en adolescentes como en adultos, es dos veces más frecuente en mujeres que en varones. Tanto en hombre como mujeres las tasas son más altas en el grupo de edades comprendidas entre los 25 y 44 años, el trastorno depresivo mayor puede comenzar a cualquier edad y la edad promedio de inicio es la mitad de la tercera década de la vida, este trastorno es 1,5 a 3 veces más frecuente en los familiares bilógicos de primer grado que en la población en general. (American Psychiatric Association, 2000).

La característica esencial de un trastorno depresivo mayor, de acuerdo con la revisión de la cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR; Asociación Americana de Psiquiatría, APA, 2002) es un curso clínico caracterizado por uno o más episodios depresivos mayores, sin historia de episodios maníacos, mixtos o hipomaníacos. Así mismo tiene síntomas depresivos como anhedonia que es el causante principal de un deterioro significativo en el área social, laboral como en otras áreas importantes de funcionamiento, también hay una pérdida significativa de peso sin estar a dieta como también un aumento muy significativo, insomnio o hipersomnia todos los días, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de desvalorización o culpa excesiva, poca capacidad de concentración y también ideas o pensamientos recurrentes de muerte.

Según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10, 1996) el trastorno depresivo mayor presenta en el sujeto un carácter anormal, casi todos los días, incapacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras, aumento de fatigabilidad, pérdida de confianza y estimación en sí mismo así como también sentimientos de inferioridad, pensamientos recurrentes de muerte, quejas o disminución para pensar o concentrarse acompañadas de falta de decisión, cambios de la actividad

psicomotriz, alteraciones del sueño y del apetito en la que puede haber un aumento como una disminución.

Al margen de las diferencias de la propia definición del episodio depresivo mayor, los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE 10 proponen un umbral distinto para definir cuando el trastorno se considera un episodio aislado versus dos episodios separados recidivantes. Los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE 10 Organización Mundial de la Salud (2000), exigen la presencia de un periodo libre de cualquier síntoma significativo de alteración de estado de ánimo de por lo menos dos meses consecutivos, en que no se cumpla la totalidad de criterios diagnóstico del episodio depresivo mayor.

#### **1.2.2.2. Depresión subsindrómica o trastorno depresivo menor.**

Se refiere a la forma clínica en la que están presentes dos o más síntomas de Depresión, de al menos dos semanas de duración, asociados a evidencia de disfunción social, y que ocurre en sujetos que no reúnen los criterios diagnósticos de Depresión menor, Depresión mayor, o distimia (Judd, Rapaport, Paulus y Brown, 1994).

También se caracteriza por la presencia de menos síntomas (entre dos y cinco) y un menor deterioro global que el trastorno depresivo mayor (Keller, Hanks y Klein, 1996). Se define por la presencia de un estado de ánimo triste o deprimido, o una pérdida del interés o placer ante prácticamente cualquier actividad.

En el inicio del episodio aparecen síntomas nuevos, o que representan un claro empeoramiento respecto al estado previo; en el transcurso del episodio, las alteraciones provocan malestar clínicamente significativo o deterioro en áreas importantes de la actividad del individuo, o bien el mantenimiento del rendimiento normal se consigue a costa de un esfuerzo compensatorio significativo. (Blanco, 2011, d).

La prevalencia de sintomatología depresiva subclínica en esta población fue del 33.4% (Cuijper, De Graaf, & Van Dorsselaer, 2004) asociado a un mayor riesgo de conducta suicida frente a personas que no manifiestan síntomas (Fergusson, Horwood, Ridder, & Beautrais, 2005) y a grados de disfunción y malestar comparables a los generados por un cuadro clínico completo de Depresión (Gotlib, Lewinsohn, & Seeley, 1995).

### **1.2.3. Teorías y modelos explicativos de la depresión.**

Winokur (1997) menciona que 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. Por ello, en la actualidad hay un amplio número de teorías que intentan explicar la etiología de la Depresión.

#### **1.2.3.1. Las teorías conductuales de la depresión.**

Las aproximaciones conductuales al tratamiento de la Depresión se caracterizan fundamentalmente por utilizar una metodología científica más que una teoría específica o un conjunto de técnicas (Antonuccio, Ward y Tearnan, 1989, a). Los tratamientos conductuales de la Depresión tienden a confiar en los hallazgos empíricos de la psicología experimental, centrándose en los determinantes actuales de la conducta más que en la historia de aprendizaje. El modelo conductual sugiere que la Depresión unipolar es fundamentalmente un fenómeno aprendido relacionado con interacciones negativas entre la persona y su entorno (p.ej., relaciones sociales negativas o baja tasa de refuerzo).

Estas interacciones con el entorno pueden influenciar y ser influidas por las cogniciones, las conductas y las emociones, y las relaciones entre estos factores se entienden como recíprocas. Las estrategias conductuales se utilizan para cambiar los patrones poco adaptativos de conducta, cognición y emoción (Antonuccio et al., 1989, b).

En la actualidad hay varios modelos conductuales de la Depresión (Docherty y Streeter, 1993), dado el amplio número de enfoques conductuales expondremos brevemente los más relevantes.

#### **1.2.3.2. Las teorías cognitivas de la depresión.**

Las terapias cognitivas son el resultado de una tradición intelectual que se remonta al menos a la filosofía estoica, y más recientemente a la psicopatología empírica, en

cuanto que consideran que la interpretación del sujeto sobre un suceso es más importante que el suceso en sí mismo. Esto es, las teorías cognitivas hacen énfasis en que la percepción errónea de uno mismo, de los otros y de los sucesos puede dar lugar a un trastorno depresivo. La investigación apoya que los sujetos depresivos tienen una tendencia a evaluar negativamente, afectando a un amplio rango de procesos cognitivos (p.ej., autoconcepto, atribuciones). Este estilo cognitivo tiene una relación recíproca con las respuestas motivacionales y afectivas que se asocian con la Depresión. (Vázquez, Sanz. 1995).

La reformulación atribucional del modelo de indefensión aprendida (Abramson, Seligman y Teasdale, 1978, a) y la teoría cognitiva de Beck (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979, b) son las dos teorías cognitivas que tienen el mayor apoyo empírico entre los modelos cognitivos contemporáneos de la Depresión.

### **1.2.3.3. La teoría de la indefensión aprendida y su reformulación**

Seligman (1975) hipotetizó que la Depresión se produce cuando el sujeto no es capaz de discriminar la relación (contingencia) entre su comportamiento y las consecuencias que le siguen, ya sean positivas o negativas. Como consecuencia de ello se produciría lo que Seligman denominó indefensión aprendida. Este término se refiere al estado de pasividad, así como a otras actitudes que se generan en el sujeto cuando se ha expuesto a un proceso en el que no existe contingencia entre la conducta y las consecuencias de la misma.

Posteriormente, Abramson et al. (1978, b) reformularon la teoría de Seligman, haciendo énfasis en el tipo de atribuciones que el sujeto hace sobre la causa de su indefensión. Para Abramson et al. (1978, c) estas atribuciones pueden variar en alguna de las siguientes dimensiones: interna-externa, global-específica y estable-inestable. Por ejemplo, si un sujeto va a una entrevista de trabajo y no lo consigue, y atribuye el fracaso a su baja capacidad, estaría haciendo una atribución de tipo interno, estable y global. Si por el contrario, lo atribuye a que este tipo de trabajo no era adecuado para él, la atribución sería de tipo externa, específica e inestable. Estas tres dimensiones determinan el efecto sobre la autoestima, la cronicidad y la generalidad de la indefensión y la Depresión.



Se ha demostrado que es más probable que los individuos predispuestos a la Depresión atribuyan los acontecimientos negativos a factores internos (es decir, a uno mismo), estables (es decir, irreversibles) y globales (es decir, que lo abarcan todo) (Peterson, Maier y Seligman, 1993). El patrón opuesto en las atribuciones sería el que se basa en hechos positivos. Abramson et al. (1978, d) también señalan que algunas de las características de la Depresión vienen determinadas por el estilo atribucional de cada sujeto, como por ejemplo la presencia de una baja autoestima como resultado de una atribución personal.

#### **1.2.3.4. Teorías biológicas de la depresión.**

A pesar de la gran cantidad de investigación que se ha realizado en las últimas décadas acerca de la biología de la Depresión, todavía es escaso el conocimiento sobre el papel de los factores biológicos en la etiología y patogénesis de la Depresión mayor (Thase y Howland, 1995, a). La mayoría de las teorías de la Depresión hipotetizan alteraciones en uno o más de los sistemas neuroquímicos del cerebro. La investigación se centra fundamentalmente en el papel que juegan varios neurotransmisores del sistema nervioso central; en concreto, en las catecolaminas noradrenalina y dopamina, la indolamina serotonina y la acetilcolina.

Friedman y Thase (1995) plantean que 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: 1) facilitación conductual; 2) inhibición conductual; 3) grado de respuesta al estrés; 4) ritmos biológicos; y 5) procesamiento ejecutivo cortical de la información.

Los déficits en estos sistemas podrían ser heredados o adquiridos, incluso, una explicación más plausible, sería que las anomalías en alguno de estos sistemas que pueda generar Depresión en un individuo, se produjesen como consecuencia de la interacción entre los sucesos estresantes que experimenta dicho sujeto y su vulnerabilidad biológica (Thase y Howland, 1995, b).

#### **1.2.4. Depresión en los jóvenes.**

Las condiciones de la salud mental de los estudiantes cuando ingresan a la universidad pueden verse afectadas en la medida en que las exigencias académicas, las dificultades en el desarrollo del aprendizaje y la adquisición de destrezas plantean situaciones de fracaso o éxito, que acompañadas con el ritmo de estudio, la intensidad horaria, la exigencia de los docentes, las presiones de grupo, la competitividad entre compañeros, los cambios en los horarios de alimentación y los cambios en el ciclo sueño-vigilia, pueden alterar esas condiciones de salud. (Montoya, et al. 2010,e).

En la población universitaria los principales motivos de consulta en la atención psicológica que ofrece las oficinas de bienestar universitario, lo constituyen la Depresión y la ansiedad. La prevalencia de Depresión reportada por múltiples estudios realizados en población universitaria oscila entre el 25 % y el 50 %, y ello está determinado en parte por los diferentes instrumentos utilizados para su medición (Montoya, et al. 2010, f).

Alrededor de un 5.8% de los adolescentes y jóvenes tienen Depresión (Kessler y Walters, 1998), pudiendo llegar al 8% si se refiere al trastorno depresivo mayor en la adolescencia, por lo que los jóvenes se están deprimiendo en mayor medida y a edades más tempranas que antes. (Blanco, 2011,c).

En lo que se refiere a la Depresión, según Arrivillaga, Cortés, Goicochea y Lozano (2003, c) existen variables individuales que se relacionan con la Depresión en los estudiantes universitarios, tales como los antecedentes familiares y personales de Depresión, dificultades académicas, inestabilidad económica, diagnóstico de una enfermedad grave, muerte de un ser querido, separación de los padres, consumo de alcohol, planeación y/o intento de suicidio.

En el ámbito universitario uno de los principales factores asociados a la Depresión es el estrés académico, que se constituye en un elemento detonante y que perpetúa la enfermedad.

Fisher y Hood (1986) demostraron que los estudiantes experimentan un incremento significativo en los niveles de Depresión, síntomas obsesivos y pérdida de concentración tras seis semanas de permanencia en la universidad. Mosley (1994) reporta en un estudio realizado en estudiantes de Medicina que a mayores niveles de estrés en los

estudiantes, éstos experimentan mayores niveles de Depresión (Montoya, et al. 2010, g).

Siguiendo con el tema, Arrivillaga et al. (2003, d) también menciona que la Depresión podría relacionarse con las dificultades académicas, siendo esta consecuencia de la pérdida de interés o disminución de las actividades cotidianas relacionadas con el rendimiento académico.

En la adolescencia la Depresión se presenta con aspectos extremadamente variables: a veces con expresiones comportamentales particularmente impactantes (crisis de llanto, desesperación, rabia), otras veces con actitudes marcadamente inhibidas (cierre relacional, mutismo, retiro de las inversiones emocionales); en otros casos, puede estar “enmascarada” por trastornos psicosomáticos o por una serie de conductas riesgosas (tóxico dependencia, búsqueda del peligro como una forma de desafío divino al destino). (Nardi, 2004, p 95).

La salud de los jóvenes universitarios es peor que la de los pares no universitarios, especialmente en lo que se refiere a los trastornos del estado de ánimo. Esto se ha atribuido a diversidad de factores, entre los que se encuentran el dejar el hogar familiar, aislamiento afectivo, dificultades financieras, sobrecarga académica, presión para tener éxito, competición con los iguales, falta de tiempo de ocio y para disfrutar con sus familias. (Blanco, 2011, d).

En cuanto al consumo de alcohol, puede ser una consecuencia de la Depresión como una forma de automedicación de relativa protección psicológica en contra de la misma, pero puede a su vez presentarse Depresión por efectos sobre el sistema nervioso central. (Agudelo, Casadiegos, Sánchez, 2008. P 35).

De otro lado, Campo, Díaz, Rueda, Barros, (2005) menciona que la identificación temprana de este trastorno no sólo minimizaría la posibilidad de fracaso académico, sino que también reduciría en forma substancial otras conductas de riesgo para la salud, como el consumo de cigarrillo o de alcohol o las conductas alimentarias desadaptativas asociadas con la presencia de trastornos depresivos.

### 1.2.5. Formas de evaluar la depresión.

Iglesias, (2013) propone cuatro formas de evaluar la personalidad, las cuales son por medio de la entrevista, la observación directa del comportamiento, los test objetivos así como también los test proyectivos.

**Tabla 2. Técnicas para evaluar la Depresión.**

<b>La observación</b>	Es una técnica que está presente en todo proceso evaluativo y terapéutico, la observación se la debe realizar en forma continua y en repetidas ocasiones, pues el resultado obtenido de un corte de observación puede no resultar significativo, cuando los resultados observados se repiten demuestra una estabilidad en lo observado y por lo tanto tienen valor para la interpretación.
<b>La entrevista.</b>	La entrevista como un procedimiento altamente utilizado con distintos objetivos o propósitos como, conseguir información u ofrecer información en la evaluación intervención psicológica, así mismo, indagar sobre características de personalidad, habilidades, competencias, y datos biográficos.
<b>Test objetivos</b>	Eysenck. (1959) considera como test objetivos aquellas tareas estructuradas que permiten recoger la conducta motora externa de los sujetos puntuándola de forma independiente del evaluador.
<b>Técnicas proyectivas.</b>	Los métodos proyectivos pretenden el análisis de los hábitos emocionales por lo que se distinguió tres tipos de situaciones que permitirán explicar las relaciones entre los métodos proyectivos y los hábitos: situación de origen, situación de test y situación criterio.

**Elaborado:** Montaña, 2015.

**Fuente:** Eysenck, H. J. (1959).

### 1.2.6. Principales instrumentos para evaluar la depresión

Existen técnicas objetivas como también proyectivas, según González (2007) los principales instrumentos para la Depresión son:

**Tabla 3. Principales instrumentos para la evaluación de la depresión.**

NOMBRE DEL INSTRUMENTO	APLICACIÓN	DESCRIPCIÓN
<b>Inventario de Depresión Rasgo – Estado. (IDERE).</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Duración: 15 minutos.</li> <li>• Mayores de 15 años</li> </ul>	Es un inventario autoevaluativo, 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).
<b>Inventario de Depresión de Beck.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se utiliza en adultos, preferentemente.</li> <li>• Forma autoadministrada.</li> <li>• Tiempo promedio 20 minutos.</li> <li>• Puede aplicarse también a manera de entrevista.</li> </ul>	El objetivo del inventario es evaluar la profundidad o intensidad de la depresión. El inventario consta de 21 categorías de síntomas y actitudes, con 4 o 5 afirmaciones, cada una reflejando un grado creciente de profundidad de la Depresión
<b>Autoescala de Depresión de Zung y Conde.</b>	Costa de 20 ítem	Los ítems del test investigan la frecuencia de aparición, en un sujeto, de tristeza, desesperanza, llantos, autocastigos, insatisfacciones, rumiación suicida, irritabilidad, indecisión, sueño, fatiga física, pérdida de peso, de apetito, estreñimiento, taquicardia, sexo, variación diurna, ralentización.
<b>Dibujo de la figura humana de Machover.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Individual o colectiva.</li> <li>No tiene límite de tiempo.</li> </ul>	La interpretación del dibujo debe tener en cuenta el desarrollo evolutivo de madurez mental, características de la personalidad e indicadores que denoten necesidades inconscientes.
<b>Test de la casa el árbol y la persona. (HTP)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Individual o colectiva.</li> <li>No tiene límite de tiempo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La casa debe despertar asociaciones concernientes a hogar;</li> <li>• El árbol evoca asociaciones con el papel que desarrolla en la vida y con su aptitud para obtener satisfacción de su medio ambiente; y</li> </ul> <p>La persona corresponde a relaciones interpersonales.</p>

Elaboración: Montaña, 2015.

Fuente: González, M., (2007).

### **1.2.7. Prevención**

Según Vázquez, F. y Torres, A. (2005, a), el significado de la palabra prevención, implica una acción de carácter anticipatorio. Y referida al ámbito de la salud mental, supone una auténtica concepción científica, que incluye no sólo un modo de hacer, sino también, y sobre todo, de pensar, de organizar y de actuar. Un sistema de atención sanitaria será desde luego tanto más eficaz si más que curar, sobre todo previene.

Según la OMS (1998), el concepto de prevención hace referencia al conjunto de “...medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecidas”.

Aplicado al ámbito de la salud mental, este concepto de prevención se refiere, necesariamente a un marco integral de atención a las personas que se fundamenta en una perspectiva biopsicosocial en la que se interrelaciona la promoción, la prevención, el tratamiento, y la readaptación. Dentro de este paradigma, hacer prevención implica promover la salud, pero también diagnosticar y tratar adecuadamente la enfermedad, y disminuir el impacto de sus secuelas o complicaciones en la persona que la padece. (Vázquez, F. y Torres, A. 2005, b).

#### **1.2.7.1. Tipos de prevención.**

Los autores Mrazek y Haggerty (1994) adoptan la tipología propuesta por Gordon (1987) en la que distinguen tres ámbitos de prevención:

- Intervención universal: Dirigida a toda la población, o a aquella parte de la población general que no ha sido identificada como grupo concreto de alto riesgo para la enfermedad.
- Intervención selectiva: Las actuaciones preventivas se dirigen a aquellos individuos o grupos, cuyo riesgo de desarrollar trastornos psiquiátricos se sitúa por encima del riesgo medio de la población general.
- Intervención indicada: Aquella dirigida a los individuos con alto riesgo en los que se han identificado manifestaciones prodrómicas, síntomas o signos del

trastorno, pero en los que todavía no se cumplen criterios de patología psiquiátrica.

Para Gordon (1987), los tres tipos de intervención también se diferencian en los beneficios y riesgos de las acciones preventivas. En cambio para Gilham (2003) las intervenciones universales serían especialmente importantes cuando: El problema a prevenir tenga un impacto epidemiológico amplio; cuando su frecuencia esté aumentando; cuando su incremento se relacione al menos en parte con cambios en el estilo de vida o en la conducta, y los procedimientos de screening sean insuficientes para detectar a muchos individuos que finalmente llegan a padecer el trastorno depresivo.

#### **1.2.8. Tratamiento de la depresión.**

Muchas de las investigaciones que se ha realizado hasta la actualidad sobre el tratamiento psicológico de la Depresión han tenido como tema central las terapias cognitivo-conductuales. Este tipo de intervenciones son activas y directivas, tiene metas específicas alcanzables y ayudan a proporcionar una nueva perspectiva al paciente (Stravynski y Greenberg, 1992).

##### **1.2.8.1. Terapias conductuales.**

El primer programa de tratamiento importante que se desarrolló fue el de Lewinsohn (1974), basado en las formulaciones conductuales de Depresión de Skinner (1953) y de Ferster (1973). El interés de esta terapia se dirige a mejorar las habilidades sociales y de comunicación, incorporar en el repertorio del paciente conductas adaptativas tales como la aserción positiva y negativa, aumento de refuerzo positivo contingente a la respuesta de conductas adaptativas y disminución de experiencias de vida negativas.

##### **1.2.8.2. El tratamiento de la depresión según Lewinsohn y colaboradores.**

La formulación conductual de Lewinsohn (1975) sirvió como fuente para el desarrollo de una estrategia de tratamiento centrada en aumentar la tasa de refuerzo en tres áreas: actividades agradables, actividades interpersonales y pensamientos saludables. Estas tres estrategias fueron originalmente diseñadas como manuales de tratamiento individual distintos, evaluados en un estudio clínico aleatorizado, en el cual se

compararon tres tratamientos entre sí y con una condición de lista de espera (Zeiss, Lewinsohn y Muñoz, 1979).

Brown y Lewinsohn (1984) han encontrado que esta intervención es eficaz para reducir síntomas de Depresión. En ensayos clínicos aleatorizados, Lewinsohn y su grupo demostraron que, respecto a distintos grupos control, la terapia de conducta aumenta las experiencias placenteras y disminuye las experiencias aversivas, lo cual produce un decremento concomitante en la gravedad de la Depresión (Lewinsohn, Gotlib y Hautzinger, 1997).

### **1.2.8.3. La terapia cognitiva de Beck**

La terapia cognitiva de la Depresión es un enfoque psicoeducativo activo, directivo, estructurado y orientado hacia el problema, basado en la teoría cognitiva de la Depresión de Beck (Beck et al., 1979, b). Tres suposiciones teóricas subyacen a las intervenciones de la terapia cognitiva.

- La principal suposición es que la conducta y el afecto del individuo deprimido están determinados en gran parte por la forma en cómo ve el mundo.
- Una segunda suposición es que las cogniciones (pensamientos, creencias, fantasías, imágenes, etc.) pueden ser autoobservadas por el cliente y comunicadas. La identificación y la autoobservación de las cogniciones puede requerir entrenamiento, asumiendo que estas cogniciones son o pueden llegar a ser conscientes.
- En tercer lugar, que la modificación de las cogniciones conducirá a cambios en el afecto y en la conducta.

En términos globales, este enfoque mantiene que la Depresión puede aliviarse por medio de la intervención en los niveles cognitivo, conductual o afectivo. El terapeuta y el paciente trabajarán juntos según el principio de «empirismo colaborador»; la terapia cognitiva es un modelo de colaboración. (Beck et al., 1979, c).



#### **1.2.8.4. La terapia interpersonal.**

Esta terapia a diferencia de otras muchas que han sido propuestas para el tratamiento de la Depresión, y que no sean las conductuales o las cognitivo-conductuales, ha demostrado ser eficaz para tratar la Depresión. Originalmente se desarrolló para que se pudiese llevar a cabo entre 12 y 16 semanas y que sólo fuese aplicable a personas con Depresión unipolar no psicótica (Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron 1999). El objetivo de la terapia interpersonal es identificar y buscar solución a las dificultades que tiene el paciente con Depresión en su funcionamiento interpersonal. Las áreas problemáticas fundamentales incluyen penas no resueltas, disputas interpersonales, roles de transición y déficits interpersonales (p.ej., aislamiento social) (Markowitz y Weissman, 1995).

Los datos de los distintos estudios Weissman, et. al. (1979) apoyan la eficacia de la terapia interpersonal para la Depresión, ya sea sola o combinándola con medicación antidepressiva. Es eficaz tanto para el tratamiento de la Depresión como para el mantenimiento una vez finalizado el tratamiento, especialmente cuando se combina con la medicación antidepressiva, para las depresiones crónicas y las resistentes al tratamiento.

### **1.3. Relación de la depresión y factores sociodemográficos.**

No cabe duda que estudiar los Factores Sociodemográficos de edad, género, estrato socioeconómico y programa académico en estudiantes universitarios resulta relevante, debido a la relación que puede existir entre estos y la manifestación de la Depresión.

Referido a la edad, en ciertos estudios la Depresión es prevalente en la población general en el rango de mediana edad, se ha observado que la relación existente entre edad y morbilidad psicológica los pacientes mayores se encuentran mejor, lo que evidencia mayor malestar emocional y existencial en personas jóvenes. Respecto al estado civil, los síntomas de Depresión son más frecuentes en los individuos divorciados o separados que en los solteros o casados, este fenómeno explica lo importante de las relaciones interpersonales (González, Tenorio, Vintimilla. 2015).

Cabe destacar que, tal como lo revelan varios estudios, la proporción de mujeres que padecen Depresión es, como poco, el doble de los hombres (excepto en la Depresión bipolar, en la que los sexos están equilibrados). La edad de comienzo es cada vez más temprana, la mayor incidencia se da entre los quince y los diecinueve años, la cual se mantiene igualmente elevada hasta los cuarenta años en los hombres y los cincuenta en las mujeres (dentro de su proporción), si bien se ha observado un despunte para la mujer en edades posteriores (Wu y Anthony, 2000).

Adicionalmente, eventos estresantes de los acontecimientos vitales presentes en la historia de vida de los jóvenes preceden al desarrollo de la Depresión y se relacionan con procesos de adaptación del joven a situaciones como las dificultades inherentes al ingreso a la universidad, la elección de carrera, el inicio o la imposibilidad de actividad laboral, entre otras (Gómez y Rodríguez, 1997).

Por otra parte, los Factores socioeconómicos y los cambios en la estructura familiar se han asociado con la presencia de Depresión en jóvenes (Gilman, Kawachi, Fitzmaurice y Buka, 2003). El estrato socioeconómico aparece como un factor fundamental desencadenante de dicha enfermedad, ya que a menor estrato socioeconómico al que pertenezcan los jóvenes, mayor nivel de Depresión aparecerá.

También, los problemas de sueño pueden referirse a la dificultad para quedarse dormido, a alteraciones durante el sueño con reiterados despertares o también a un despertar demasiado temprano. De manera que el descanso no resulta suficiente, ni reparador y es muy superficial. Si falla el sueño en el estado profundo y onírico o si las fases de sueño no se suceden de la forma correspondiente, incluso un largo período de sueño puede considerarse como falta de descanso efectivo y perceptible. Esto es lo que ocurre en el caso de la Depresión. Las clínicas modernas pueden analizar el sueño. Los antidepresivos restablecen el proceso normal y sano del descanso. (Keck, 2010).

**CAPITULO 2**  
**METODOLOGÍA**

## **2.1. Tipo de investigación.**

El tipo de investigación es descriptivo-comparativo porque pretende descubrir cómo es un fenómeno y se quiere saber de qué manera y por qué ocurre, entonces se comparan semejanzas y diferencias que existen entre fenómenos, para descubrir los factores o condiciones que parecen acompañar o contribuir a la aparición de ciertos hechos y situaciones. En un estudio descriptivo-comparativo el investigador analiza la situación vital en la cual los sujetos han experimentado el fenómeno que se quiere investigar. Después de estudiar las semejanzas y diferencias que hay entre dos situaciones, entonces podrá describir los factores que parecen explicar la presencia del fenómeno en una situación. (Galán, 2012).

Así mismo, la investigación presenta un enfoque cuantitativo por que utiliza la recolección y el análisis de datos para contestar preguntas de investigación, probar hipótesis establecidas previamente, confía en la medición numérica, el conteo y frecuentemente en el uso de la estadística para establecer con exactitud patrones de comportamiento de una población. (Hernández 2003, b).

## **2.2. Diseño de investigación:**

La investigación presenta un diseño no experimental. Se define como la investigación que se realiza sin manipular deliberadamente variables, es decir, se trata de estudios donde no hacemos variar en forma intencional las variables independientes para ver si efecto sobre otras variables, lo que se hace es observar fenómenos tal como se dan en su contexto natural, para posteriormente analizarlos. (Hernández, Fernández & Baptista 2010, a).

Finalmente se presenta un alcance correlacional: Identifica la relación o grado de asociación que existe entre dos o más variables en un contexto, también predice el valor de una variable a partir del valor de otra relacionada, explica un fenómeno, aunque de manera parcial asimismo identifica variables, establece hipótesis, mide cada variable, analiza la vinculación entre variables y prueba o no las hipótesis. (Hernández, Fernández & Baptista 2010, b).

### 2.3. Objetivos.

**GENERAL:** Determinar la relación entre la Depresión y Factores Sociodemográficos en jóvenes de la ciudad de Loja.

#### **ESPECÍFICOS:**

- Identificar características Sociodemográficas en jóvenes de la ciudad de Loja.
- Identificar niveles de Depresión en jóvenes.
- Analizar Factores Sociodemográficos asociados a la Depresión en jóvenes.

### 2.4. Hipótesis.

¿La Depresión está relacionada directamente con los Factores Sociodemográficos?

¿La salud en general es el principal Factor Sociodemográfico asociado a la Depresión?

¿Las mujeres tienen niveles de Depresión más altos que los hombres?

### 2.5. Muestra.

- 750 jóvenes mayores de 18 años entre hombres y mujeres de la ciudad de Loja.

### 2.6. Submuestra.

- 500 jóvenes mayores de 18 años entre hombres y mujeres de la ciudad de Loja.

### 2.7. Instrumentos.

- **Encuesta Sociodemográfica (2015).** (Ver Anexo 1): Consta de 29 ítems donde figura datos personales, sexo, edad, estado civil, procedencia, ocupación, estado de vivienda, ciclo académico, actividad física, con quien vive, sensación de descanso, horas que dedica a dormir, salud en general, enfermedad.
- **Inventario de depresión de Beck (1978).** (Ver Anexo 2): Fue desarrollado originalmente por A.T. Beck con la finalidad de valorar la severidad de los síntomas de Depresión, especialmente los relacionados con el componente cognitivo (pensamientos, emociones). El cuestionario consta de 19 preguntas, con cuatro opciones de respuesta.

- **Escala de autoevaluación para la Depresión de Zung (1965)** (Ver Anexo 3): La escala de autoevaluación para la Depresión de Zung fue diseñada por W.W.Zung para evaluar el nivel de Depresión en pacientes diagnosticados con algún desorden depresivo. La escala de autoevaluación para la Depresión de Zung es una encuesta corta que se auto administra para valorar que tan deprimido se encuentra un paciente. Hay 20 asuntos en la escala que indican las 4 características más comunes de la Depresión: el efecto dominante, los equivalentes fisiológicos, otras perturbaciones, y las actividades psicomotoras. Hay diez preguntas elaboradas de forma positiva, y otras diez, de forma negativa. Cada pregunta se evalúa en una escala de 1-4 (poco tiempo, algo de tiempo, una Buena parte del tiempo, y la mayor parte del tiempo).

## **2.8. Procedimiento.**

### **Fase 1. Contacto con establecimientos de educación superior.**

Se envió una solicitud de permiso a las universidades de la ciudad de Loja para aplicar los instrumentos a los jóvenes, en la que obtuvimos una respuesta positiva inmediatamente.

### **Fase 2. Planteamiento de criterios de inclusión.**

Los criterios de inclusión que se tomaron en cuenta fueron:

- Jóvenes mayores de 18 años.
- Hombres y Mujeres.
- Jóvenes que residan en la Ciudad de Loja.

### **Fase 3. Aplicación de cuestionarios.**

Antes de aplicar los instrumentos a la muestra designada, se ejecutó un pilotaje con los estudiantes de GP. 3.2 donde se despejaron dudas sobre la aplicación de los respectivos instrumentos de evaluación.

La aplicación fue voluntaria por lo que se elaboró un documento de consentimiento informado donde se les detalló oralmente sobre el procedimiento de aplicación de los instrumentos, la aplicación se la realizó en forma colectiva

en las aulas de las diferentes universidades, se dio un tiempo aproximado de 45 a 60 minutos para la contestación de los mismos.

#### **Fase 4. Análisis de datos.**

Se procedió a la corrección y calificación de datos, para luego ser ingresados a la matriz en Microsoft Excel, en consecuencia fueron trasladados los datos al Programa Estadístico SPSS 21 en la que nos arrojó información descriptiva-correlacional. Con esta información se procedió a la elaboración de análisis de datos, discusión y las respectivas conclusiones.

**CAPÍTULO 3**  
**RESULTADOS Y ANÁLISIS**



En este capítulo se muestran los resultados en relación al análisis estadístico de las variables Depresión y Factores Sociodemográficos. Se muestran las características Sociodemográficas de los sujetos evaluados, la prevalencia de Depresión y finalmente la correlación de la Depresión y Factores Sociodemográficos.

**TABLA 4: Factores sociodemográficos (frecuencias).**

VARIABLES	N	%	VARIABLES	N	%	VARIABLES	N	%
<b>1. Sexo</b>			<b>6. Estado de Vivienda</b>			Diabetes	11	2,2
Hombre	240	48	Propia	318	63.6	Colesterol	25	5,0
Mujer	260	52	Arrendada	182	36.4	Hipertensión	5	1,0
<b>2. Estado civil</b>			<b>7. Con quién vive</b>			Colon Irritable	10	2,0
Nunca Casado/a	448	89.6	Solo	60	12	Problemas Cardiovasculares	6	1,2
Alguna vez casado/a	52	10.4	Con alguien	440	88	Tumores	1	0,2
<b>3. Ocupación</b>			<b>8. Sensación de Descanso</b>			Cáncer	1	0,2
Estudiante que trabaja	115	23	Si	285	57	Úlceras	7	1,4
Trabajador que estudia	35	7	No	215	43	Otros Problemas Digestivos	40	8,0
Estudiante	350	70	<b>9. Actividad Física</b>			Anemia	19	3,8
<b>4. Procedencia</b>			Inferior a 30 min	219	43.8	Ansiedad o Depresión	18	3,6
Fuera de Loja	171	34.2	Superior a 30 min IM	165	33	Atención y Memoria	10	2,0
De Loja	329	65.8	Superior a 30 min IA	116	23.2	Otras	145	29,0
<b>5. Ciclo Académico</b>			<b>10. Medicamentos</b>					
Primer Ciclo	115	23,0	Si	25	5			
Segundo Ciclo	20	4,0	No	475	95			
Tercer Ciclo	86	17,2	<b>11. Salud General</b>					
Cuarto Ciclo	24	4,8	Muy mala	1	2			
Quinto Ciclo	39	7,8	Mala	17	3.4			
Sexto Ciclo	31	6,2	Normal	217	43.4			
Séptimo Ciclo	74	14,8	Buena	206	41.2			
Octavo Ciclo	30	6,0	Muy Buena	59	11.8			
Noveno Ciclo	52	10,4	<b>12. Enfermedad</b>					
Décimo Ciclo	29	5,8	Ninguna	202	40,4			

**Fuente:** Encuesta Ad-hoc sociodemográfica jóvenes de la ciudad de Loja

**Elaboración:** Montaño, 2015.

**TABLA 5: Características sociodemográficas (Medidas de tendencia central)**

VARIABLES	MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL	
	<i>M</i>	<i>DT</i>
<b>Edad</b>	21,33	2,476
<b>Años en Loja</b>	13,75	9,115
<b>Convivientes Casa</b>	3,09	1,920
<b>Horas de Sueño</b>	7,13	1,371
<b>Horas de trabajo</b>	6,81	3,065
<b>Horas de ocio</b>	3.33	1,916
<b>Faltas a clases</b>	0,55	1,125
<b>M=</b> Media. <b>DT=</b> Desviación Estándar.		

**Fuente:** Encuesta Ad-hoc sociodemográfica jóvenes de la ciudad de Loja

**Elaboración:** Montaña, 2015.

Los resultados en relación a los Factores Sociodemográficos de los participantes en el estudio se muestran en la Tabla 4 y 5. La muestra de estudio en su mayoría eran mujeres con un 52%, el promedio de edad de los jóvenes es de 21.33 años ( $DT=2.476$ ), la variable estado civil nos muestra que el 10.4 % estuvieron alguna vez casados, la mayoría de los evaluados pertenecen al primer ciclo de estudio (23%), el 30% de los individuos trabajan y estudian, las horas de trabajo al día es de alrededor de 6.81 ( $DT=3.065$ ). El 34.2 % provienen fuera de la ciudad de Loja, el promedio de años viviendo en Loja es de 13,75 años ( $DT=9.115$ ), así mismo el 12% vive solo, además el 36,4% habita en una vivienda arrendada. En relación a la sensación de descanso un 43% menciona no sentirse descansado luego de dormir, la media de horas de sueño es de 7.13 ( $DT=1.371$ ). También el 43.8 % de sujetos realiza actividad física inferior a 30 minutos al día, y la media de horas de ocio es de 3.33 al día ( $DT=1.916$ ), así mismo el promedio de faltas a clases es de 0,55 días ( $DT=1,125$ ). Respecto a la variable salud en general el 5.4 % de los personajes evaluados mencionan que su salud es mala o muy mala y el 5% ha tomado medicamento psicotrópico, conjuntamente el 8% de los jóvenes presentan problemas digestivos.

**TABLA 6: Prevalencia de depresión subclínica BDI.**

<b>EQUIVALENCIA DE LA DEPRESIÓN BDI</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Normal	387	77,4
Leve	84	16,8
Intermitente	21	4,2
Moderada	8	1,6
Total	500	100,0

**Fuente:** Inventario de Depresión de Beck (BDI) jóvenes de la ciudad de Loja.

**Elaboración:** Montaña, 2015.

**TABLA 7: Prevalencia de depresión subclínica SDS.**

<b>ESQUIVALENCIA DE LA DEPRESIÓN SDS</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Normal	500	100
Ligeramente deprimido	–	–
Moderadamente deprimido	–	–
Severamente deprimido	–	–
f= Frecuencia.		
% = Porcentaje.		

**Fuente:** Escala de autoevaluación para la Depresión de Zung (SDS) jóvenes de la ciudad de Loja.

**Elaboración:** Montaña, 2015.

En relación a la prevalencia de Depresión, no se encontraron casos con Depresión grave y severa según el Inventario de Depresión de Beck (BDI), por lo tanto se presentaron únicamente casos de Depresión subclínica. En la tabla 6 observamos que el 22.6% de los estudiantes presentan síntomas clínicos de Depresión según en BDI; esto es un porcentaje representativo ya que esta población sin un debido tratamiento psicológico pueden llegar a desarrollar una Depresión mayor.

En la tabla 7, en test SDS no se encontraron casos de Depresión ni de Depresión subclínica.

**TABLA 8: Prevalencia síntomas BDI.**

<b>VARIABLES</b>	<b>F</b>	<b>%</b>	<b>VARIABLES</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>PERCEPCIÓN DE TRISTEZA O ESTADO DE ÁNIMO</b>			Ahora lloro más que antes	39	7,8
No me siento triste	388	77,6	Lloro continuamente	8	1,6
Me siento triste	94	18,8	Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera	69	13,8
Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.	17	3,4	<b>IRRITABILIDAD</b>		
Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.	1	,2	No estoy más irritado de lo normal en mí	300	60,0
<b>PESIMISMO</b>			Me molesto o irrito más fácilmente que antes	115	23,0
No me siento especialmente desanimado respecto al futuro	409	81,8	Me siento irritado continuamente	22	4,4
Me siento desanimado respecto al futuro	52	10,4	No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solía irritarme	63	12,6
Siento que no tengo que esperar nada	32	6,4	<b>AISLAMIENTO SOCIAL</b>		
Siento que el futuro es desesperanzador y que las cosas no van a mejorar	7	1,4	No he perdido el interés por los demás	343	68,6
<b>SENTIMIENTOS DE FRACASO</b>			Estoy menos interesado en los demás que antes	127	25,4
No me siento fracasado	436	87,2	He perdido la mayor parte de mi interés por los demás	25	5,0
Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas	46	9,2	He perdido todo el interés por los demás	5	1,0
Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso	17	3,4	<b>INDECISIÓN</b>		
Me siento una persona totalmente fracasada	1	,2	Tomo decisiones más o menos como siempre lo he hecho	400	80,0
<b>INSATISFACCIÓN</b>			Evito tomar decisiones más que antes	47	9,4
Las cosas me satisfacen tanto como antes	294	58,8	Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes	49	9,8
No disfruto de las cosas tanto como antes	168	33,6	Ya me es imposible tomar decisiones	4	,8
Ya no obtengo una satisfacción auténtica con las cosas	23	4,6	<b>IMAGEN CORPORAL</b>		
Estoy insatisfecho o aburrido de todo	15	3,0	No creo tener peor aspecto que antes	409	81,8
<b>SENTIMIENTOS DE CULPA</b>			Estoy preocupado porque parezco mayor o poco atractivo	61	12,2
No me siento especialmente culpable	347	69,4	Cambios en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo	29	5,8
Me siento culpable en bastantes ocasiones	132	26,4	Creo que tengo un aspecto horrible	1	,2
Me siento culpable en la mayoría de las situaciones	12	2,4	<b>CAPACIDAD LABORAL</b>		
<b>VARIABLES</b>	<b>F</b>	<b>%</b>	<b>VARIABLES</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Me siento culpable constantemente	9	1,8	Trabajo igual que antes	368	73,6
<b>SENTIMIENTOS DE CASTIGO</b>			Me cuesta un esfuerzo trabajar igual que antes	95	19,0
Creo que no estoy siendo castigado	350	70,0	Tengo que obligarme para hacer todo	34	6,8
Siento que puedo ser castigado	122	24,4	No puedo hacer nada en absoluto	3	,6

Siento que estoy siendo castigado	27	5,4	<b>TRASTORNOS DEL SUEÑO</b>		
Quiero que me castiguen	1	,2	Duermo tan bien como siempre	221	44,2
<b>ODIO A SÍ MISMO</b>			No duermo tan bien como antes	246	49,2
No me siento descontento conmigo mismo	412	82,4	Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir	24	4,8
Estoy descontento conmigo mismo	81	16,2	Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volver a dormir	9	1,8
Me avergüenzo de mí mismo	5	1,0	<b>CANSANCIO</b>		
Me odio	2	,4	No me siento más cansado de lo normal	260	52,0
<b>AUTOACUSACIÓN</b>			Me canso más fácilmente que antes	216	43,2
No me considero peor que cualquier otro	293	58,6	Me canso en cuanto hago cualquier cosa	21	4,2
Me autocritico por mis debilidades o por mis errores	175	35,0	Estoy demasiado cansado para hacer nada	3	,6
Continuamente me culpo de mis fallas	20	4,0	<b>PÉRDIDA DE APETITO</b>		
Me culpo por todo lo malo que me sucede	12	2,4	Mi apetito no ha disminuido	376	75,2
<b>IMPULSOS SUICIDAS</b>			No tengo tan buen apetito como antes	95	19,0
No tengo ningún pensamiento de suicidio	440	88,0	Ahora tengo mucho menos apetito	28	5,6
A veces pienso en suicidarme, pero no lo haría	57	11,4	He perdido completamente el apetito	1	,2
Desearía suicidarme	2	,4	<b>PERDIDA DE PESO</b>		
Me suicidaría si tuviese la oportunidad	1	,2	Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada	385	77,0
<b>PERIODOS DE LLANTO</b>			He perdido más de 2 kilos y medio	81	16,2
No lloro más de lo que solía	384	76,8	He perdido más de 4 kilos	22	4,4
			He perdido más de 7 kilos	12	2,4
f= Frecuencia.					
% = Porcentaje.					

**Fuente:** Inventario de Depresión de Beck (BDI) jóvenes de la ciudad de Loja.

**Elaboración:** Montaña, 2015.

**Tabla 9: Depresión subclínica BDI.**

<b>DEPRESIÓN SUBCLÍNICA</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Caso	113	22,6
No caso	387	77,4
<b>Total</b>	<b>500</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Inventario de Depresión de Beck (BDI) jóvenes de la ciudad de Loja.

**Elaboración:** Montaña, 2015.

Al preguntar a los 500 estudiantes sobre la presencia de 19 síntomas propuestos en el Inventario de Depresión de Beck (BDI) ( $n=500$ ), en la tabla 8 se describe que los síntomas con mayor severidad, en la que consta trastornos de sueño en un 55.8%, cansancio en un 48%, autoacusación en un 41,4% y por último insatisfacción en un 41,2%; estos síntomas son los más característicos para la prevalencia de la Depresión según varios autores (ver. pág. 42) y a la vez pueden ser un factor representativo para que los estudiantes universitarios presenten un bajo rendimiento académico.

Según el BDI, en la tabla 9 presenta que el 22,6% presenta Depresión subclínica.

**TABLA 10: Confiabilidad inventarios de depresión.**

<b>Instrumento</b>	<b>CONFIABILIDAD</b>		
	<b>N</b>	<b># ítems</b>	<b>Indicador fiabilidad</b>
Inventario de Depresión de Beck	500	19	0,784
Escala de autoevaluación para la Depresión de Zung.	500	20	0,632
Inventario de Depresión de Beck	228	19	0,775
Escala de autoevaluación para la Depresión de Zung.	228	20	0,654
Inventario de Depresión de Beck	113	19	0,704
Escala de autoevaluación para la Depresión de Zung.	113	20	0,543

**Fuente:** Inventario de Depresión de Beck (BDI), escala de autoevaluación para la Depresión de Zung(SDS) jóvenes de la ciudad de Loja.

**Elaboración:** Montaña, 2015.

La tabla 10 presenta la confiabilidad de los instrumentos de sintomatología depresiva, considerando la muestra total ( $n=500$ ), submuestra de sujetos con Depresión subclínica ( $n=113$ ). Se observa que la puntuación de confiabilidad del BDI 0.784 con ( $n=500$ ) disminuye en las otras dos submuestras, 0.775  $n=228$ ) y 0.704 ( $n=113$ ). En el caso de SDS, siempre tiene valores de confiabilidad más bajos que el BDI, incluso inferiores a lo esperado para un instrumento estandarizado, sus puntajes de confiabilidad son: 0.632 ( $n=500$ ) a 0.654 ( $n=228$ ) pero disminuye a 0,543 ( $n=113$ ).

**TABLA 11: Asociación entre variables independientes y depresión subclínica. (Chi<sup>2</sup>)**

VARIABLE	RANGO	CON DEPRESION SUB CLÍNICA		SIN DEPRESION SUB CLÍNICA		χ <sup>2</sup>	P	VARIABLE	RANGO	CON DEPRESION SUB CLÍNICA		SIN DEPRESION SUB CLÍNICA		χ <sup>2</sup>	P		
		F	%	F	%					F	%	F	%				
Sexo	Masculino	58	51.3	182	47.0	0.454	0.243	Actividad Física	Inf. a 30 min	42	37.2	177	45.7	3.528	0.171		
	Femenino	55	48.7	205	53.0				Sup.30 min IM	45	39.8	120	31.0				
Estado civil	Nunca casado	101	89.4	347	89.7	1.000	0.525		Medicamentos	Sup.30 min IA	26	23.0	90			23.3	0.324
	Alguna vez casado	12	10.6	40	10.3			Si		8	7.1	17	4.4				
Ocupación	Estudiante que trabaja	35	31.0	80	20.7	9.571	0.008	Salud general	No	105	92.9	370	95.6	9.593	0.048		
	Trabajador que estudia	12	10.6	23	5.9				Muy mala	1	0.9	0	0.0				
Procedencia	Estudiante	66	58.4	284	73.4	0.737	0.400	Mala	7	6.2	10	2.6	0.070				
	Loja	76	67.3	253	65.4			Normal	49	43.4	168	43.4					
	Fuera de Loja	37	32.7	134	34.6			Buena	48	42.5	158	40.8					
Estado de vivienda	Propia	76	67.3	242	62.5	0.376	0.210	Enfermedad	Muy buena	8	7.1	51	13.2	0.070			
	Arrendada	37	32.7	145	37.5				Ninguna	34	30.1	168	43.4				
Ciclo académico	1er Ciclo	20	17.7	95	24.5	9.261	0.414		Diabetes	3	2.7	8	2.1			0.070	
	2do Ciclo	6	5.3	14	3.6				Colesterol	4	3.5	21	5.4				
	3er Ciclo	13	11.5	73	66.6				Hipertensión	1	0.9	4	1.0				
	4to Ciclo	6	5.3	18	4.7				Colon Irritable	4	3.5	6	1.6				
	5to Ciclo	12	10.6	27	7.0				Problemas Cardiovasculares	2	1.8	4	1.0				
	6to Ciclo	7	6.2	24	6.2				Tumores	1	0.9	0	0.0				
	7mo Ciclo	18	15.9	56	14.5				Cáncer	0	0.0	1	0.3				
	8vo Ciclo	7	6.2	23	5.9				Úlceras	1	0.9	6	1.6				
	9no Ciclo	16	14.2	36	9.4				Otros Problemas Digestivos	10	8.8	30	7.8				
	10mo Ciclo	8	7.1	21	5.4				Anemia	7	6.2	12	3.1				
Con quien vive	Solo	15	13.3	45	11.6	0.624	0.371		Ansiedad o Depresión	9	8.0	9	2.3			0.070	
	Con alguien	98	86.7	342	88.4				Atención y Memoria	3	2.7	7	1.8				
Sensación de descanso	SI	61	54.0	224	57.9	0.624	0.371		Otras	34	30.1	111	28.7			0.070	
	NO	52	46.0	163	42.1												

**Fuente:** Inventario de Depresión de Beck (BDI) estudiantes universitarios

**Elaboración:** Montaña, 2015.



En relación a los jóvenes que presentan Depresión subclínica, en la tabla 11 observamos que hay asociación positiva con estado de salud ( $\chi^2= 9,593$ ,  $p=0,048$ ) y con la variable ocupación ( $\chi^2= 9,571$ ,  $p=0,008$ ). El 7.1% de los estudiantes con Depresión subclínica menciona tener mala y muy mala salud y el 41.6% de los jóvenes con Depresión subclínica trabajan y a la vez estudian; esto nos expresa que los individuos que presentan un estado de salud malo son más propensos a desarrollar Depresión.

**TABLA 12: Comparación de medias según presencia de depresión subclínica BDI.**

(Prueba T)

Variable	Depresión Subclínica	N	M	DT	T	Sig.
Edad	No Caso	387	21,22	2,49	-1,858	0,064
	Caso	113	21,71	2,40	-1,896	0,059
Años en Loja	No Caso	387	13,25	9,12	-2,258	0,024
	Caso	113	15,44	8,92	-2,286	0,023
Convivientes casa	No Caso	387	3,07	1,89	-0,367	0,713
	Caso	113	3,15	2,00	-0,356	0,722
Horas sueño	No Caso	387	7,20	1,34	2,075	0,039
	Caso	113	6,90	1,43	1,000	0,047
Horas de trabajo	No Caso	387	6,79	3,04	-0,326	0,745
	Caso	113	6,90	3,16	-0,319	0,750
Horas de ocio	No Caso	387	3,39	1,97	1,253	0,211
	Caso	113	3,13	1,70	1,355	0,177
Faltas a clases	No Caso	387	0,49	1,01	-2,298	0,022
	Caso	113	0,76	1,43	-1,906	0,059

**N**= Número de población.

**M**= Muestra.

**DT**= Desviación estándar.

**T**= Prueba T.

**Sig**= Indicador de fiabilidad.

**Fuente:** Inventario de Depresión de Beck (BDI) estudiantes universitarios

**Elaboración:** Montaña, 2015.

Al comparar los promedios de las diversas variables independientes de este estudio, se encontraron diferencias de medias con significancia estadística en: horas de sueño diarias ( $t=2.075$ ,  $p=0.039$ ) quienes no tienen Depresión subclínica duermen en promedio más tiempo que los que presentan Depresión subclínica ( $m=7,20$ ), número de días que falta a clases al semestre ( $t= -1.906$ ,  $p=0.059$ ), los estudiantes que más faltan son los que tienen caso de Depresión subclínica con 0,93 días de inasistencia como promedio y por último las personas que más años viven en Loja presentan Depresión subclínica. ( $t= -2,286$ ,  $p=0,023$ ).

Estos resultados pueden darse debido a varios factores, es decir los estudiantes que presentan mayor inasistencias a clases, pueden estar ligados a otros síntomas que son representativos para desarrollar la Depresión como: pérdida de interés, fatiga, inutilidad. También las personas que más años viven en la ciudad de Loja presentan Depresión subclínica esto puede ser debido a elevados niveles de estrés, conflicto y dependencia interpersonal. (Lewinsohn, Rohde, Seeley, Klein y Gotlib, 2000).

**CAPÍTULO 4**  
**DISCUSIÓN**

Uno de los objetivos es identificar las características sociodemográficas en los jóvenes ya que según Guavita y Sanabria (2006), los elementos que predisponen a la Depresión tienen gran influencia, es decir, las actividades diarias a las que está expuesta la mayoría de los jóvenes, junto a otros factores que influyen en su vida, como el socio-económico (el estrato), el género y la edad, son elementos que predisponen al desarrollo de la Depresión, en relación a los resultados encontrados podemos mencionar que la muestra de estudio en Factores Sociodemográficos se caracteriza principalmente por: estado civil, género, ocupación, personas con las que vive, procedencia, años que vive en Loja, horas de descanso, inasistencias a clases, salud en general.

La incidencia de la Depresión subclínica en cuanto a la muestra (n=500) es del 22,6%, este resultado es según el Inventario de Depresión de Beck (BDI), estos puntajes se asemejan a los encontrados por Arrivillaga, Cortés, Goicochea & Lozano (2003), donde indican que un 30% de jóvenes de la Pontificia Universidad Javeriana de Colombia presentan algún nivel de Depresión.

En cuanto a los síntomas con mayor severidad, según el BDI en la muestra (n=500) son: Trastornos de Sueño en un 55.8% estos resultados se asemejan a una investigación en que se obtuvieron datos de un 82% de los jóvenes evaluados presentaron desórdenes del sueño, (Fichter y Keenan, Quadflieg, Wyschkon, Esser, 2009), Cansancio en un 48%, ya que según la OMS (2015), el cansancio está dentro de uno de los síntomas más característicos para la prevalencia de la Depresión, la Insatisfacción en un 58,8% esto tiene relación con Sarason (1996), menciona que la Depresión llega a tener síntomas interpersonales, que hacen referencia al deterioro en las habilidades sociales por pérdida de interés y el rechazo de otros, la culpa hacia sí mismo, disminución de autoestima y la presencia de esquemas negativos sobre sí mismo, por último otro síntoma que está relacionado con la Depresión es Autoacusación en un 58.6% de los jóvenes evaluados, es decir que las personas que tienen una pobre opinión de sí mismas, o que constantemente se juzgan a ellas mismas o al mundo con pesimismo, o bien que se dejan embargar por las presiones, están propensas a la Depresión (Sue, 1997).

Los estudios de prevalencia sobre los trastornos mentales, han reportado prevalencias del 10 al 25% para las mujeres y del 5 al 12% para los hombres (American Psychiatric Association, 2003), este estudio no concuerda con esta investigación y se rechaza la

hipótesis planteada ya que el género no es significativo para desarrollar algún nivel de Depresión. En relación a la edad, los resultados encontrados en esta investigación son similares a los hallados por Miranda y Gutiérrez (1998), con los estudiantes de Medicina de la Universidad del Valle, Colombia, quienes hallaron que la edad con mayor tasa de Depresión leve fue de diecinueve años, moderada veintitrés y severa veinte la edad de comienzo es cada vez más temprana, esto concuerda con este estudio donde la media de edad es de 21 años.

De este mismo modo en nuestro estudio se presenta una relación con las enfermedades gastrointestinales ya que el 8% presenta diferentes problemas digestivos, Mkize y cols. sf., de la Universidad de Tanskei, reportaron a su vez una prevalencia para Depresión del 53% en estudiantes, el 14% de todos los que poseían Depresión moderada y grave presentaron quejas somáticas entre ellas dolor de estómago.

En este estudio la variable Depresión tiene una relación significativa con el estado de salud ( $\chi^2= 9,593$ ,  $p=0,048$ ) las personas que dicen tener mala y muy mala salud están más propensas a la Depresión, Yaguas (2004) menciona que los problemas de salud crónicos frecuentemente terminan teniendo consecuencias sobre el estado emocional y generalmente esa consecuencia es la Depresión; así que, los resultados de esta investigación no rechaza la hipótesis planteada acerca de que la salud es el principal factor sociodemográfico asociado a la depresión. En una investigación de Barra, Cerna, Kramm y Véliz (2006), al evaluar a estudiantes universitarios chilenos, encontraron que la ocurrencia y frecuencia de problemas de salud reportados se relacionan claramente con el ánimo depresivo, por otro lado los estudiantes que trabajan también son más vulnerables a la Depresión ( $\chi^2= 9,571$ ,  $p=0,008$ ), el trabajar y estudiar al mismo tiempo produce una sobrecarga de actividades que pueden generar mayor cantidad de estrés, y éste desencadenar sintomatología depresiva, de igual forma el mal estado de salud es un estresante vital que puede ocasionar Depresión. Serrano, Rojas y Ruggero (2013), indica que la persona depresiva presenta dificultades en su trabajo, con su rendimiento escolar y en su grupo social; de igual manera las personas que viven más años en la ciudad de Loja presentan Depresión subclínica. ( $t= -2,286$ ,  $p=0,023$ ), en general, estos casos se caracterizan por elevados niveles de estrés, conflicto y dependencia interpersonal. (Lewinsohn, Rohde, Seeley, Klein y Gotlib, 2000); las personas que más veces faltan a clases al semestre ( $t= -1.906$ ,  $p=0.059$ ), están relacionadas con la Depresión, esto puede ser debido a que uno de los síntomas importantes de la Depresión es la pérdida de interés, inutilidad, fatiga, es por esto

que varios estudiantes que presentan Depresión subclínica además muestran estos síntomas por tal razón existen inasistencias a clases; en la característica horas de sueño diarias ( $t=2.075$ ,  $p=0.039$ ) los resultados muestran que es un síntoma de mayor relevancia, un desencadenante principal para la Depresión, es necesario recordar que los problemas de sueño son el principal síntoma que se ha encontrado en los estudiantes universitarios, y es necesario que en futuras investigaciones se evalúe el impacto que esto tiene en otros campos. En relación a la hipótesis planteada “¿La Depresión está relacionada directamente con los Factores Sociodemográficos?” esta investigación rechaza esta hipótesis y llega a la conclusión de que la depresión no está relacionada directamente con los Factores Sociodemográficos.

El inventario de Depresión de Beck presenta en esta investigación una muy buena fiabilidad, además así lo recalcan Muñoz y Fernández (2010), que el inventario inicialmente propuesto por Beck y sus versiones posteriores han sido los instrumentos más utilizados para detectar y evaluar la gravedad de la Depresión, de hecho, es el quinto test más utilizado por los psicólogos españoles.

## CONCLUSIONES.

1. Según la Encuesta Ad-hoc sociodemográfica se puede concluir que las características sociodemográficas más representativas en la muestra (n=500), según el sexo la mayoría son mujeres con un 52%, con un promedio de edad de 21.33 años, el 10.4% estuvieron alguna vez casados, el 30% de los jóvenes trabajan y estudian y laboran 6.81 horas diarias, el 32% de los individuos provienen fuera de la ciudad de Loja por lo que el 12% vive solo y el 36,4% habita en vivienda arrendada. En relación a la sensación de descanso un 43% menciona no sentirse descansado luego de dormir, los jóvenes duermen alrededor de 7.13 horas, también el 43.8 % de sujetos realiza actividad física inferior a 30 minutos al día; respecto a la variable salud el 5.4% de sujetos considera que su salud es mala y muy mala así mismo el 8% de jóvenes presenta problemas digestivos.
2. En prevalencia de la Depresión se concluye que el 77.4 % no presenta ningún síntoma de Depresión, mientras que en el 16.8% presenta una Depresión leve, el 4.2% Depresión intermitente y 1.6% Depresión moderada, es decir el 22.6% de los jóvenes presentan Depresión subclínica lo que representa a 113 sujetos evaluados. Los síntomas que se presentan mayormente según el Inventario de Depresión de Beck son problemas de sueño (55,8%), Cansancio (48%), Autoacusación (41,4%) e Insatisfacción (41,2%).
3. En la relación de los Factores Sociodemográficos y la Depresión se concluye que las personas que duermen menos presentan Depresión subclínica, así mismo el promedio de días de que los jóvenes que faltan a clases es 1,90 días, esto tiene un gran significado ya que las personas que tienen más inasistencias son las personas más propensas a la Depresión, y por último los resultados muestran que los evaluados con más años vividos en la ciudad de Loja presentan Depresión subclínica.

## RECOMENDACIONES

1. A través de este trabajo de investigación se visualiza la importancia de profundizar en el estudio de la Depresión en jóvenes, es por eso que se sugiere que se hagan más investigaciones y que exista un mayor estudio o investigación sobre este tema pero con grupos focales o realizarla a toda la población.
2. En base a los resultados de este trabajo de investigación se recomienda la aplicación de una propuesta de intervención para el tratamiento de la Depresión subclínica, ya que así se puede generar futuros trabajos de investigación.
3. Ejecutar charlas, simposios, sobre la Depresión a los jóvenes para que tengan información sobre este tema, ya que muchos de los jóvenes no tienen conocimiento sobre la Depresión, así podemos prevenir la Depresión grave en los jóvenes.
4. La Depresión subclínica sin un debido tratamiento puede conllevar a la Depresión mayor, así que se recomienda implementar un centro de atención psicológica específicamente para jóvenes, donde obtengan ayuda psicológica.



## BIBLIOGRAFÍA

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). (2002). *DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- Antonuccio, D.O., Ward, C.H. y Tearnan, B.H. (1989). *The behavioral treatment of unipolar depression in adult outpatients*. En M. Hersen, R.M. Eisler y P.M. Miller (dirs.), *Progress in behavior modification*. Newbury Park, CA: Sage.
- Barra, A., Cerna, C. R., Kramm, M. D., & Velíz, V. V. (2006). Problemas de Salud, Estrés, Afrontamiento, Depresión y Apoyo Social en Adolescentes. *Terapia Psicológica*, 55-61.
- Beck y cols, 1961. Beck depression Inventory (BDI). Recuperado en: <http://madrid.centros-psicotecnicos.es/ansiedad-depresion/inventario-depresion-de-beck/gmx-niv55-con139.htm>
- Beck, A. (1976). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. Intl Universities Pr Inc, Hardcover-1975-09.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Nueva York: Guilford.
- Bernal, H. & Escobar, L. (2000). *Prevalencia de depresión en estudiantes de Medicina de la Universidad del Valle*. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 29 (3), pp. 251-259.
- Blanco, S. V. (2011) *Prevención de la depresión en estudiantes universitarios de alto riesgo*. Universidad de Santiago de Camposela.
- Brown, R. y Lewinsohn, P.M. (1984). *A psychoeducational approach to the treatment of depression: Comparison of group, individual, and minimal contact procedures*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 774-783
- Calderón, G. (1984), *Depresión. Causas, Manifestaciones y Tratamiento*, México. Editorial Trillas.
- Cuijper, P., De Graaf, R., & Van Dorsselaer, S. (2004). Minor depression: Risk profiles, functional disability, health care use and risk of developing major depression. *Journal of Affective Disorders*, 79, 71-79.
- Eysenck, H. J. (1959). *Estudio científico de la personalidad*. Buenos Aires: Paidós.
- Fergusson, D. H., Horwood, L. J., Ridder, E. M., & Beautrais, A. L. (2005). *Subthreshold depression in adolescence and mental health outcomes in adulthood*. *Archives of General Psychiatry*, 62, 66-72.
- Fisher, S, Hood R. (1986) *The stress of the transition to university: a longitudinal study of vulnerability to psychological disturbance and home- sickness*. *Br J Psychol*; 79: 1-13.

- Friedman, E.S. y Thase, M.E. (1995). *Trastornos del estado de ánimo*. En V. Caballo, G. Buela y J.A. Carrobes (dirs.), *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos*, vol. 1 (pp. 619-681). Madrid: Siglo XXI
- Gómez, C., & Rodríguez, M. (1997). *Factores de riesgo asociados al síndrome depresivo en la población colombiana*. *Revista Colombiana de Psiquiatría*.
- Gordon, R. (1987): *An operational classification of disease prevention*. En J.A. Steinberg y M.M. Silverman (Eds.), *Preventing Mental Disorders*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services.
- Guavita, P. & Sanabria, P. (2006). *Prevalencia de sintomatología depresiva en una población estudiantil de la Facultad de Medicina de la Universidad Militar Nueva Granada*, Bogotá, Colombia. *Revista de la Facultad Médica de la UMNG de Colombia*, 54 (2).
- Hernández, R, Fernández, C, Baptista P. *Métodología de la Investigación* (2010). (cp. 7, pp. 118-169)
- Judd, L.L., Rapaport, M.H., Paulus, M.P., & Brown, J.L. (1994). *Subsyndromal symptomatic depression: A new mood disorder? Journal of Clinical Psychiatry*, 55 (Suppl), 18-24.
- Keller, M.B., Hanks, D.L., & Klein, D.N. (1996). *Summary of the DSM-IV mood disorders field trial and issue overview. Psychiatric Clinics of North America*, 19, 1-28.
- Klerman, G.L., Weissman, M.M., Rounsaville, B.J. y Chevron, E.S. (1984/1999). *Interpersonal psychotherapy of depression: A brief, focused, specific strategy*. Nueva York: Basic Books.
- Lewinsohn, P.M. (1974). *A behavioral approach to depression*. En R.J. Friedman y M.M. Katz (dirs.), *The psychology of depression: Contemporary theory and research* (pp. 157-178). Nueva York: Wiley.
- Lewinsohn, P.M. (1975). *The behavioral study and treatment of depression*. En M. Hersen, R.M. Eisler y P.M. Miller (dirs.), *Progress in behavior modification*, vol. 1 (pp. 19-65). Nueva York: Academic Press.
- Lewinsohn, P.M., Gotlib, I.H. y Hautzinger, M. (1997). *Tratamiento conductual de la depresión unipolar*. En V.E. Caballo (dir.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*, vol. 1 (pp. 493-541). Madrid: Siglo XXI.
- Lewinsohn, P., Rohde, P., Seeley, J., Klein, D. & Gotlib, I. (2000). *Natural Course of Adolescent Major Depressive Disorder in a Community Sample: Predictors of Recurrence in Young Adults. The American Journal of Psychiatry*, 157 (10), pp. 1584-1597
- Mkize L., Nonkelela N. & Mkize D. (s.f). *Prevalence of Depression in a University Population*. University of Transkei.

- Markowitz, J.C. y Weissman, M.M. (1995). *Interpersonal Psychotherapy*. En E. Beckham y W.R. Leber (dirs.), *Handbook of depression* (pp. 376-390). Nueva York: Guilford.
- Miranda, C. & Gutiérrez, F. (1998). *Prevalencia de depresión en estudiantes de Medicina de la Universidad del Valle*. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 29 (5).
- Montoya LM, Gutiérrez JA, Toro BE., Briñón MA, Rosas E, Salazar LE. (2010). *Depresión en estudiantes universitarios y su asociación con el estrés académico*. *Rev CES Med* 2010;24(1): 7-17
- Mosley T Jr, Perrin S, Neral S, Dubbert P, Grothues C, Pinto B. (1994) Stress, coping, and wellbeing among third-year medical students. *AcadMed*.
- Peterson, C., Maier, S.F. y Seligman, M.E. (1993). *Learned helplessness. A theory for the age of personal control*. Nueva York: Oxford University Press.
- Sadock, B. y Sadock, V. (2004), *Kaplan and Sadock's Concise Textbook of Clinical Psychiatry*. (Segunda Edición). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Sarason, I. G. (1996). *Psicología anormal: el problema de la conducta inadaptada* (7 edición ed.). Mexico, SEP 1996: Prentice Hall.
- Seligman, M.E.P. (1975). *Helplessness: On depression, development, and death*. San Francisco: Freeman.
- Stravynski, A. y Greenberg, D. (1992). *The psychological management of depression*. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 85, 407-414.
- Sue, D. (1997). *Comportamiento anormal*. México: Mc Graw Hill.
- Thase, M.E. y Howland, R.H. (1995). *Biological processes in depression: An updated review and integration*. En E. Beckham y W. Leber (dirs.), *Handbook of depression* (pp. 213-279). Nueva York: Guilford.
- Weissman, M.M., Prusoff, B.A., DiMascio, A., Neu, C., Goklaney, M. y Klerman, G.L. (1979). *The efficacy of drugs and psychotherapy in the treatment of acute depressive episodes*. *American Journal of Psychiatry*, 136, 555-55.
- Winokur, G. (1997). *All roads lead to depression: Clinically homogeneous, etiologically heterogeneous*. *Journal of Affective Disorders*, 45, 97-108.
- Wu, L.-T. & Anthony, J. C. (2000). *The Estimated Rate of Depressed Mood in US Adults: Recent Evidence for a Peak in Later Life*. *Journal of Affective Disorders*, 60, pp. 159-171.
- Zeiss, A.M., Lewinsohn, P.M. y Muñoz, R.F. (1979). *Nonspecific improvement effects in depression using interpersonal skills training, pleasant activity schedules, or cognitive training*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 427-439.

## WEBGRAFÍA.

- Abramson, L.Y., Seligman, M.E.P. y Teasdale, J.D. (1978). *Learned helplessness in humans: Critique and reformulation*. Journal of Abnormal Psychology, 87, 49-74. Recuperado en: <http://jamiesmithportfolio.com/EDTE800/wp-content/PrimarySources/Seligman2.pdf>
- Agudelo, V. D. Casadiegos, G. C, Sánchez, O. D. (2008). *Características de Ansiedad y Depresión en Estudiantes Universitarios*. Universidad Pontificia Bolivariana de Bucaramanga, Bucaramanga – Colombia. Recuperado en: <file:///C:/Users/Maria/Downloads/Dialnet-CaracteristicasDeAnsiedadYDepresionEnEstudiantesUn-2875674.pdf>
- APA. (2000). *American Psychological Association*. Obtenido de American Psychological Association: <http://www.apa.org/>
- Arrivillaga, Q. M, Cortés, G. C, Goicochea, J. V, Lozano, O. T. (2003). *Caracterización de la Depresión en Jóvenes Universitarios*. Pontificia Universidad Javeriana-Cali. Recuperado en: <http://sparta.javeriana.edu.co/psicologia/publicaciones/actualizarrevista/archivos/V3N102caracterizacion.pdf>
- Bourdieu, Pierre: *Sociología y cultura*, Grijalbo/Consejo Nacional para la Cultura y las Artes, México DF, 1990. Recuperado en: [http://www.ucientifica.com/biblioteca/biblioteca/documentos/web\\_cientifica/humanidades/sociologia.pdf](http://www.ucientifica.com/biblioteca/biblioteca/documentos/web_cientifica/humanidades/sociologia.pdf)
- Campo, A., Díaz, L., Rueda, G., & Barros, J. (2005). *Validación de la escala de Zung para depresión en universitarias de Bucaramanga*, Colombia. *Revista Colombiana de psiquiatría*, 34, 54-62. Recuperado en: <http://www.redalyc.org/pdf/806/80628403005.pdf>
- Fester, C.B. (1973). *A functional analysis of depression*. American Psychologist, 28, 857-870. Recuperado en: [http://www.personal.kent.edu/~dfresco/CBT\\_Readings/Ferster\\_1973.pdf](http://www.personal.kent.edu/~dfresco/CBT_Readings/Ferster_1973.pdf)
- Fichter, M. M.; Kohlboeck, G.; Quadflieg, N.; Wyschkon, A.; Esser, G. (2009). From childhood to adult age: 18-year longitudinal results and prediction of the course of mental disorders in the community. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 44(9), 792-803. doi:10.1007/s00127-009-0501-y. Recuperado el 07 de Abril del 2015 de la base de datos PROQUEST.
- Galán, A. M. (2012). *Metodología de la Investigación*. Bucaramanga, Bogotá. Recuperado de: [http://manuelgalan.blogspot.com/2012\\_08\\_26\\_archive.html](http://manuelgalan.blogspot.com/2012_08_26_archive.html)

- Gillham, J.E. (2003): *Targeted prevention is not enough*. Prevention & Treatment, 6, Article 17. Consultado 7 de Julio, 2005, de <http://journals.apa.org/prevention/volume6/pre0060017c.html>.
- Gilman, S., Kawachi, I., Fitzmaurice, G. & Buka, S. (2003). *Family Disruption in Childhood and Risk of Adult Depression*. The American Journal of Psychiatry, 160 (5), 939-946. Recuperado el 23 de mayo del 2015 de la base de datos PROQUEST.
- González, F. (2007), *Instrumentos de Evaluación Psicológica*. Ciudad de la Habana. Recuperado en: <http://gsdl.bvs.sld.cu/>
- González, A., Tenorio, A., Vintimilla, A. (2015). *Prevalencia y Factores de Riesgo de Depresión y Ansiedad en Pacientes con Diagnóstico de Cáncer en las Áreas Clínica, Cirujía y Ginecología en el Hospital José Carrasco Arteaga*. Universidad de Cuenca. Recuperado en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/22503/1/TESIS.pdf>
- Gotlib, I. H., Lewinsohn, P. M., & Seeley, J. R. (1995). *Symptoms versus a diagnosis of depression: Differences in psychosocial functioning*. Journal of Consulting & Clinical Psychology, 6, 90–100. Recuperado en: [http://data.psych.udel.edu/abelcher/Shared%20Documents/1%20Assessment%20\(48\)/c%20Diagnosis%20and%20assessment%20of%20specific%20problems/Gotlib,%20Lewinsohn,%20Seely%201995.pdf](http://data.psych.udel.edu/abelcher/Shared%20Documents/1%20Assessment%20(48)/c%20Diagnosis%20and%20assessment%20of%20specific%20problems/Gotlib,%20Lewinsohn,%20Seely%201995.pdf)
- Iglesias, C. (2013). *Evaluación de la personalidad*. Psicología 2013. Recuperado en: <http://www.unioviado.es/psiquiatria/docencia/material/CIENCIASPSICOSOC/2012-13/PRACT-2PC-EVAL-PERSO.pdf>
- Keck, M. (2010), *La Depresión: ¿Cómo surge? ¿Cómo se trata? ¿Cuál es su relación con el estrés?* Lundbeck, Suiza. Recuperado en: [http://www.depression.ch/documents/depressionen\\_es\\_neu.pdf](http://www.depression.ch/documents/depressionen_es_neu.pdf)
- Kessler RC, Walters EE. (1998). *Epidemiology of DSM-III-R major depression and minor depression among adolescents and young adults in the National Comorbidity Survey*. Depress. Anxiety. ;7:3–14. Recuperado en: [http://www.researchgate.net/publication/13690783\\_Kessler\\_RC\\_Walters\\_EE.\\_Epidemiology\\_of\\_DSM-III-R\\_major\\_depression\\_and\\_minor\\_depression\\_among\\_adolescents\\_and\\_young\\_adults\\_in\\_the\\_National\\_Comorbidity\\_Survey.\\_Depress\\_Anxiety\\_7\\_3-14](http://www.researchgate.net/publication/13690783_Kessler_RC_Walters_EE._Epidemiology_of_DSM-III-R_major_depression_and_minor_depression_among_adolescents_and_young_adults_in_the_National_Comorbidity_Survey._Depress_Anxiety_7_3-14)
- Margulis, M., Urresti, M. s.f. *La Juventud es más que una Palabra*. Recuperado en: [http://perio.unlp.edu.ar/teorias/index\\_archivos/margulis\\_la\\_juventud.pdf](http://perio.unlp.edu.ar/teorias/index_archivos/margulis_la_juventud.pdf)
- Méndez, F., Olivares J., & Ros, M. (2001). *Características clínicas y tratamiento de la depresión en la infancia y la adolescencia*. Manual de psicología clínica infantil y

- del adolescente (pp. 139- 185). Madrid: Pirámide. Recuperado en:  
<http://www.um.es/metaanalysis/pdf/7072.pdf>
- Mrazek,P.-Haggerty,R.J.(1994): *Reducing risks for mental disorders. Frontiers for preventive intervention research*. Washington, DC: National Academy Press.Recuperadoen: <http://www.nap.edu/read/2139/chapter/1#xxvii>
- Muñiz, J. y Fernández-Hermida, J. R. (2010). La opinión de los psicólogos españoles sobre el uso de los test. *Papeles del Psicólogo* 31, 108-121. Recuperado en:  
<http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1801.pdf>
- Nardi, B. (2004). *Depresión Adolescente*. Universitá Politécnica delle Marche, Italia. Recuperado en:  
<http://www.psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas/article/viewFile/14/14>
- OMS. (1996). *CIE 10 Trastornos mentales y del comportamiento : pautas diagnósticas y de actuación en atención primaria*. Madrid: MEDITOR. Recuperado en:  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43979/1/9788487548284\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43979/1/9788487548284_spa.pdf)
- OMS. (1998). *CIE 10 Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: MEDITOR. Recuperado en:  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42326/1/8479034920\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42326/1/8479034920_spa.pdf)
- Organización Mundial de la Salud (2000). CIE-10. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: Meditor. Recuperado en:  
<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rcp/v19n3/08.pdf>
- Sadek N., Nemeroff C., (2000). *Actualización en neurobiología de la depresión*. Revista de Psiquiatría del Uruguay. Recuperado en:  
<http://www.psicomag.com/biblioteca/2000/2000%20Depresion.pdf>
- Serrano, C., Rojas, A., Ruggero, C. (2013) *Depresión, ansiedad y rendimiento académico en estudiantes universitarios*. Revista Intercontinental de Psicología y Educación. Universidad Intercontinental Distrito Federal, México. Recuperado en: <http://www.redalyc.org/pdf/802/80225697004.pdf>
- Skinner, B.F. (1953). *Science and human behavior*. Nueva York: Free Press.Recuperado en:  
[http://www1.appstate.edu/~kms/classes/psy3202/Documents/Skinner1953\\_Operant.pdf](http://www1.appstate.edu/~kms/classes/psy3202/Documents/Skinner1953_Operant.pdf)
- Téllez, H. (2000). *La noradrenalina: su rol en la depresión*. Revista Colombiana de Psiquiatría, 29 (1). Recuperado en: <http://www.redalyc.org/pdf/806/80629104.pdf>
- UNICEF. (2004). *La modernización de la juventud y modelos de políticas de juventud en Europa*. Colombia. Recuperado en:  
<http://www.unicef.org/colombia/pdf/PolíticasJuv1.pdf>

- Urcola, Marcos A. (2003). *Algunas apreciaciones sobre el concepto sociológico de juventud*. Universidad del Centro Educativo Latinoamericano Rosario, Argentina. Recuperado en: <http://www.redalyc.org/pdf/877/87761105.pdf>
- Vázquez, C. y Sanz, J. (1995). *Trastornos del estado de ánimo: Aspectos clínicos*. En A. Belloch, B. Sandín y F. Recuperado en: [http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psisalud/carmelo/PUBLICACIONES\\_pdf/1995-Trastornos%20estado%20Animo-Aspectos%20clinicos.pdf](http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psisalud/carmelo/PUBLICACIONES_pdf/1995-Trastornos%20estado%20Animo-Aspectos%20clinicos.pdf)
- Vázquez, F. L., Torres, A. (2005). *PREVENCIÓN DEL COMIENZO DE LA DEPRESIÓN: Estado actual y desafíos futuros*. Boletín de Psicología. Santiago de Compostela. Recuperado en: <http://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N83-2.pdf>
- Yanguas, J. J., (2004) "*Intervenciones en Gerontología: apuntes críticos para un nuevo milenio*". Revista de Intervención Psicosocial. Recuperado en: <http://www.carm.es/ctra/cendoc/haddock/13286.pdf>
- Zung, WW (1965) A self-rating depression scale. Arch. Recuperado en: [http://www.mentalhealthministries.net/resources/flyers/zung\\_scale/zung\\_scale\\_sp.pdf](http://www.mentalhealthministries.net/resources/flyers/zung_scale/zung_scale_sp.pdf)

## **ANEXOS**



## ANEXO 1.

### ENCUESTA SOCIODEMOGRÁFICA.

Consta de 29 ítems donde figura datos personales, sexo, edad, estado civil, procedencia, ocupación, estado de vivienda, ciclo académico, actividad física, con quien vive, sensación de descanso, horas que dedica a dormir, salud en general, enfermedad.

La aplicación de la Encuesta Sociodemográfica es individual y el tiempo de contestación es de aproximadamente de 15 minutos.

1. **Sexo**
  - Masculino ( )
  - Femenino ( )
2. **Edad..... (años)**
3. **Fecha de Nacimiento.....**
4. **Ciclo Académico.....**
5. **Estado Civil**
  - Soltero o nunca casado ( )
  - Casado ( )
  - Separado/Divorciado ( )
  - Viudo/a ( )
  - Pareja de hecho ( )
6. **Ocupación principal.**
  - Estudiante y trabajador (predomina el estudio) ( )
  - Estudiante trabajador (predomina trabajo) ( )
  - Estudiante ( )
7. **Lugar de residencia familiar**
  - Loja ( )
  - Fuera de Loja pero en Ecuador ( )
  - Fuera de Ecuador ( )
8. **Lugar de origen.....**
  - Años viviendo en Loja....
9. **La vivienda en la que reside en Loja es:**
  - Propia ( )
  - Arrendada ( )
10. **¿Cuántas personas conviven con usted? .....**
11. **¿Con quién vive la mayor parte de la semana? (puede señalar más de una opción)**
  - Solo ( )
  - Madre ( )
  - Padre ( )
  - Hermanos ( )
  - Hijo ( )
  - Abuelo ( )
  - Cónyuge ( )
  - Tío ( )
  - Primo ( )
  - Abuelo ( )
  - Otros ( )
12. **¿Cuál fue su ingreso mensual durante el mes pasado? Si es estudiante y usted no trabaja indique el de la persona de su unidad familiar que aporte más ingresos.....**

13. En un día normal, ¿Cuántas horas dedica a dormir?.....
14. ¿Generalmente al despertar se siente descansado?
- Sí ( )
  - No ( )
15. En un día normal, ¿Cuántas horas dedica a trabajar o cumplir con sus obligaciones?.....
16. En un día normal, ¿Cuántas horas dedica a actividades de ocio, no obligatorias?.....
17. En relación con su actividad física la mayor parte de los días:
- Es inferior a 30 min al día ( )
  - Es superior a 30 min al día de intensidad moderada (ej. Caminar a paso rápido, bailar, jardinería, tareas domésticas)( )
  - Es superior a 30 min al día de intensidad alta (ej. Salir a correr, salir a la montaña, salidas en bicicleta, aeróbic, natación, practicar deportes competitivos) ( )
18. La mayor parte de los días ¿suele comer verduras o al menos 5 frutas?
- Sí ( )
  - No, pero considero mi dieta, en general, saludable ( )
  - No y considero que mi dieta en general no es saludable ( )
19. ¿Le han prescrito algún medicamento por problemas psicológicos y/o emocionales en el último año?
- Sí ( )
  - No ( )
20. ¿Cuántos días se ha ausentado a clases en el último mes por motivos de salud?.....
21. ¿Le ha dicho algún médico si padece alguna de las siguientes enfermedades?
- Diabetes ( )
  - Colesterol ( )
  - Hipertensión ( )
  - Síndrome de colon irritable ( )
  - Problemas cardiovasculares ( )
  - Artritis o artrosis ( )
  - Tumores ( )
  - Cáncer ( )
  - Úlceras ( )
  - Otros problemas digestivos ( )
  - Anemia ( )
  - Osteoporosis ( )
  - Traumatismos ( )
  - Dificultades respiratorias (asma o bronquios) ( )
  - Alergias ( )
  - Ansiedad o depresión ( )
  - Problemas de atención o memoria ( )
  - Insomnio ( )
  - Otras ( )
22. ¿Cómo considera usted su salud en general?
- Muy mala ( )
  - Mala ( )
  - Normal (ni buena ni mala) ( )
  - Buena ( )
  - Muy buena ( )
23. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?
- Más de 30 ( )
  - De 21 a 30 ( )
  - De 11 a 20 ( )
  - Menos de 11 ( )
  - No fumo ( )
24. ¿Fuma durante la mañana que durante el resto del día?
- Si ( )

- No ( )
  - No fumo ( )
- 25. ¿Cuánto tiempo pasa después de despertarse antes de fumar su primer cigarrillo?**
- Menos de 5 min ( )
  - 6-30 minutos ( )
  - 31-60 minutos ( )
  - Más de 60 min ( )
  - No fumo ( )
- 26. ¿Qué cigarrillo de los que fuma durante el día le costaría más dejar de fumar?**
- El primero ( )
  - Otros ( )
  - No fumo ( )
- 27. ¿Lee resulta difícil controlarse para no fumar en lugares donde está prohibido (ej. La iglesia, biblioteca, cine)?**
- Si ( )
  - No ( )
  - No fumo ( )
- 28. ¿Fuma aunque este tan enfermo que tenga que estar en cama la mayor parte del día?**
- Si ( )
  - No ( )
  - No fumo ( )

## ANEXO 2.

### INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK.

En este inventario el paciente tiene que seleccionar, para cada ítem, la alternativa de respuesta que mejor refleje su situación durante el momento actual y la última semana. La puntuación total se obtiene sumando los valores de las frases seleccionadas, que van de 0 a 3.

El rango de la puntuación obtenida es de 0-63 puntos. Como otros instrumentos de evaluación de síntomas, su objetivo es cuantificar la sintomatología, no proporcionar un diagnóstico. (Beck y cols, 1961).

Los puntos de corte usualmente aceptados para graduar la intensidad-severidad son los siguientes:

No Depresión:	0-9 puntos
Depresión leve:	10-18 puntos
Depresión moderada:	19-29 puntos
Depresión grave:	30 puntos

## BDI

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido en el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márkela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección, (se puntuará 0-1-2-3).

- 1) 0 No me siento triste  
1 Me siento triste.  
2 Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.  
3 Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.
  
- 2) 0 No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.  
1 Me siento desanimado respecto al futuro.  
2 Siento que no tengo que esperar nada.  
3 Siento que el futuro es desalentador y las cosas no mejorarán.
  
- 3) 0 No me siento fracasado.  
1 Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.  
2 Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.  
3 Me siento una persona totalmente fracasada.
  
- 4) 0 Las cosas me satisfacen tanto como antes.  
1 No disfruto de las cosas tanto como antes.  
2 Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.  
3 Estoy insatisfecho o aburrido de todo.
  
- 5) 0 No me siento especialmente culpable.  
1 Me siento culpable en bastantes ocasiones.  
2 Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.  
3 Me siento culpable constantemente.
  
- 6) 0 No creo que esté siendo castigado.  
1 Me siento como si fuese a ser castigado.  
2 Espero ser castigado.  
3 Siento que estoy siendo castigado.
  
- 7) 0 No estoy decepcionado de mí mismo.  
1 Estoy decepcionado de mí mismo.  
2 Me da vergüenza de mí mismo.  
3 Me detesto.
  
- 8) 0 No me considero peor que cualquier otro.  
1 Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.  
2 Continualmente me culpo por mis faltas.  
3 Me culpo por todo lo malo que sucede.
  
- 9) 0 No tengo ningún pensamiento de suicidio.  
1 A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.  
2 Desearía suicidarme.  
3 Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

- 10) 0 No lloro más de lo que solía llorar.  
1 Ahora lloro más que antes.  
2 Lloro continuamente.  
3 Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.
- 11) 0 No estoy más irritado de lo normal en mí.  
1 Me molesto o irrito más fácilmente que antes.  
2 Me siento irritado continuamente.  
3 No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.
- 12) 0 No he perdido el interés por los demás.  
1 Estoy menos interesado en los demás que antes.  
2 He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.  
3 He perdido todo el interés por los demás.
- 13) 0 Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.  
1 Evito tomar decisiones más que antes.  
2 Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.  
3 Ya me es imposible tomar decisiones.
- 14) 0 No creo tener peor aspecto que antes.  
1 Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.  
2 Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen poco atractivo.  
3 Creo que tengo un aspecto horrible.
- 15) 0 Trabajo igual que antes.  
1 Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.  
2 Tengo que obligarme mucho para hacer algo.  
3 No puedo hacer nada en absoluto.
- 16) 0 Duermo tan bien como siempre.  
1 No duermo tan bien como antes.  
2 Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.  
3 Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.
- 17) 0 No me siento más cansado de lo normal.  
1 Me canso más fácilmente que antes.  
2 Me canso en cuanto hago cualquier cosa.  
3 Estoy demasiado cansado para hacer nada.
- 18) 0 Mi apetito no ha disminuido.  
1 No tengo tan buen apetito como antes.  
2 Ahora tengo mucho menos apetito.  
3 He perdido completamente el apetito.
- 19) 0 Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.  
1 He perdido más de 2 kilos y medio.  
2 He perdido más de 4 kilos.  
3 He perdido más de 7 kilos.

### **ANEXO 3.**

#### **ESCALA DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA DEPRESIÓN DE ZUNG.**

La Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung es una encuesta corta que se auto administra para valorar que tan deprimido se encuentra un paciente. Hay 20 asuntos en la escala que indican las 4 características más comunes de la Depresión: el efecto dominante, los equivalentes fisiológicos, otras perturbaciones, y las actividades psicomotoras.

Hay diez preguntas elaboradas de forma positiva, y otras diez, de forma negativa. Cada pregunta se evalúa en una escala de 1-4 (poco tiempo, algo de tiempo, una Buena parte del tiempo, y la mayor parte del tiempo). (Zung, W. 1965)

El rango de calificación es de 20-80.

- 25-49 rango normal
- 50-59 Ligeramente deprimido
- 60-69 Moderadamente deprimido
- 70 o más, Severamente deprimido

## Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung (SDS)

Por favor lea cada enunciado y decida con qué frecuencia el enunciado describe la forma en que usted se ha sentido en los últimos días.

<b>Por favor marque (x) la columna adecuada.</b>	<b>Poco tiempo</b>	<b>Algo del tiempo</b>	<b>Una buena parte del tiempo</b>	<b>La mayor parte del tiempo</b>
1. Me siento decaído y triste.				
2. Por la mañana es cuando me siento mejor.				
3. Siento ganas de llorar o irrumpo 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.				