



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN-MANAGUA

TESIS DE GRADO

Manifestaciones depresivas en adolescentes del colegio SOS
Hermann Gmeiner de Estelí en el periodo de agosto a
octubre de 2025, un abordaje integral

Mairena, W; Ruiz, S; Sevilla, A.

Tutor metodológico

Dr. Ezequiel Provedor

Asesor clínico

Lic. Gioconda Ordoñez

CENTRO UNIVERSITARIO REGIONAL DE ESTELÍ

¡Universidad del Pueblo y para el Pueblo!



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN-MANAGUA

**Centro Universitario Regional de Estelí
CUR-ESTELÍ**

Recinto Universitario “Leonel Rugama Rugama”
Departamento de Ciencias Tecnológicas y Salud

**Manifestaciones depresivas en adolescentes del colegio
Hermann Gmeiner de Estelí en el periodo de agosto a
octubre de 2025, un abordaje integral**

Trabajo de investigación para optar al título de
Médicos generales

Autores

Walter Isaac Mairena Castro
Samira Esperanza Ruiz Averruz
Abril Ninoska Sevilla Olivas

Tutor

Dr. Ezequiel Provedor

Asesor clínico

Lic. Gioconda Ordoñez

Diciembre, 2025



Dedicatoria

A las almas jóvenes que atraviesan tormentas y sienten que su corazón pesa, que encuentren su propia luz y que Jesús sea el faro que los guíe hacia la calma.

Agradecimiento

Gracias a Dios por ser nuestro refugio constante, por acompañarnos en los momentos de silencio y cansancio y por recordarnos cada día que nunca caminamos solos, que su misericordia siempre nos alcance.

A nuestras familias por ser raíz abrigo y certeza, gracias por creer en nosotros por ser nuestro sustento y calma, por cada palabra de aliento y cada sacrificio que solo ustedes conocen.

A nosotros, quienes dimos forma a esta investigación, con esfuerzo, desvelos y esperanza, a quienes entre dudas y certezas aprendimos que el trabajo en equipo también es un acto de fe y de cariño, que este logro sea reflejo de nuestra dedicación y de lazo que nos unió durante este camino.

A nuestra amiga Nicolle que, aunque no formó parte de esta investigación siempre fue importante para nosotros, gracias por los momentos compartidos, las risas, tu cariño y acompañarnos en etapas que también dejaron huella.

A nuestro docente metodológico, doctor Ezequiel Provedor, quien nos acompañó hasta el final de la investigación, aunque el camino se puso difícil y a veces parecía que estábamos contra la marea siempre estuvo ahí para apoyarnos con paciencia guía y compromiso.

A Lic. Georgina Mendoza Mendoza, Asesora Nacional de Desarrollo de Programas de Aldeas Infantiles SOS, Nicaragua, quien con su amabilidad y disposición nos brindó su apoyo, haciendo posible que nuestra investigación se llevara a cabo.

Y finalmente a cada adolescente que inspira estas páginas, ustedes que luchan cada día con pensamientos y emociones que a veces duelen demasiado, con la esperanza de que sepan que son importantes, que no están solos y que siempre hay un mañana que puede ser más amable.



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN-MANAGUA

CENTRO UNIVERSITARIO REGIONAL, ESTELÍ
"2025: Eficiencia y Calidad para seguir en victorias"
Departamento de Ciencias Tecnológicas y Salud

CARTA AVAL DEL TUTOR

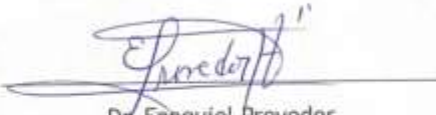
Estelí, 8 de enero de 2026

Por medio de la presente, en calidad de tutora del trabajo de modalidad de graduación titulado: "Manifestaciones depresivas en adolescentes del colegio SOS Hermann Gmeiner de Estelí en el periodo de agosto a octubre de 2025, un abordaje integral", elaborado por los estudiantes:

Walter Isaac Mairena Castro	21504152
Samira Esperanza Ruiz Averruz	21120208
Abriil Ninoska Sevilla Olivas	21506209

Estudiantes de la carrera de Medicina, hago constar que he brindado acompañamiento académico y metodológico durante el desarrollo de dicho trabajo, cumpliendo con lo establecido en el cronograma y en la normativa institucional vigente. Asimismo, avalo que el trabajo cumple con los requisitos formales, científicos y éticos exigidos por la Universidad, en cumplimiento de la modalidad de graduación correspondiente.

Atentamente,


Dr. Ezequiel Provedor
Orcid: 0009-0006-1580-9146
UNAN-Managua/CUR-Estelí

CC/

¡Universidad del Pueblo y para el Pueblo!
Barrio 14 de abril, contiguo a la subestación de ENATREL, Tel 27137734, Ext 7424
dceh.curesteli@unan.edu.ni



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN-MANAGUA

CENTRO UNIVERSITARIO REGIONAL, ESTELÍ
"2025: Eficiencia y Calidad para seguir en victorias"
Departamento de Ciencias Tecnológicas y Salud

CARTA AVAL DEL TUTOR

Estelí, 8 de enero de 2026

Por medio de la presente, en calidad de tutora del trabajo de modalidad de graduación titulado: "Manifestaciones depresivas en adolescentes del colegio SOS Hermann Gmeiner de Estelí en el periodo de agosto a octubre de 2025, un abordaje integral", elaborado por los estudiantes:

Walter Isaac Mairena Castro	21504152
Samira Esperanza Ruiz Averruz	21120208
Abril Ninoska Sevilla Olivas	21506209

Estudiantes de la carrera de Medicina, hago constar que he brindado acompañamiento académico y metodológico durante el desarrollo de dicho trabajo, cumpliendo con lo establecido en el cronograma y en la normativa institucional vigente. Asimismo, avalo que el trabajo cumple con los requisitos formales, científicos y éticos exigidos por la Universidad, en cumplimiento de la modalidad de graduación correspondiente.

Atentamente,

Lid. Gioconda Ordeñez

UNAN-Managua/CUR-Estelí

CC/

¡Universidad del Pueblo y para el Pueblo!

Barrio 14 de abril, contiguo a la subestación de ENATREL, Tel 27137734, Ext 7424
dceh.curesteli@unan.edu.ni

Resumen

La adolescencia es una etapa crítica del desarrollo humano, caracterizada por cambios físicos, emocionales, cognitivos y sociales que aumentan la vulnerabilidad a problemas de salud mental, incluyendo las manifestaciones depresivas, estas pueden presentarse tanto a nivel emocional y conductual como mediante síntomas físicos o somáticos, reflejando la interacción entre la salud mental y física de la adolescencia. El presente estudio tuvo como objetivo general analizar la incidencia de las manifestaciones depresivas en adolescentes de secundaria del Colegio SOS Hermann Gmeiner de Estelí, durante el periodo agosto octubre de 2025, desde un abordaje integral. Se realizó un estudio descriptivo con un enfoque cuantitativo, utilizando instrumentos válidos para identificar síntomas de depresión en la población estudiantil, los hallazgos permiten determinar la frecuencia e intensidad de las manifestaciones depresivas, así como su expresión somática y factores, contribuyendo a visibilizar un problema en el contexto actual. Los resultados ofrecen información relevante para la familia, docentes y autoridades educativas, destacando la necesidad de implementar estrategias de prevención y apoyo psicosocial que favorecen el entorno escolar saludable, asimismo el estudio constituye una base científica para futuras investigaciones y proyectos de intervención, enfatizando la importancia de abordar la salud mental adolescente de manera integral, considerando dimensiones emocionales, conductuales y físicas.

Palabras clave: adolescencia; depresión; somatización; salud; escuela.

Abstract

Adolescent is a critical stage of human development, characterized by physical, emotional, cognitive, and social changes that increase vulnerability to mental health problems, including depressive symptoms, these can manifest themselves emotionally and behaviorally, as well as through physical or somatic symptoms reflecting the interaction between the mental and physical health of adolescence. The overall objective of this study was to analyze the incidence of depressive symptoms in secondary school adolescents at the SOS Hermann Gmeiner school in Estelí during the period august october 2025, using a comprehensive approach. A descriptive study with a quantitative approach was conducted, using valid instruments to identify symptoms of depression in the student population, the findings allow us to determine the frequency and intensity of depressive symptoms, as well as their somatic expression and factors, contributing to the visibility of a in the current context. The results provide relevant information for families, teachers, and educational authorities, highlighting the need to implement prevention and psychosocial support strategies that promote a healthy school environment. The study also provides a scientific basis for future research and intervention projects, emphasizing the importance of addressing adolescent mental health in a comprehensive manner, considering emotional, behavioral, and physical dimensions.

Keywords: adolescence; depression; somatization; health; school.

Índice

1. Introducción	1
2. Antecedentes	3
2.1 Internacionales	3
2.2 Nacionales	4
2.3 Locales.....	5
3. Planteamiento del problema	6
4. Justificación	7
5. Objetivos de investigación.....	8
5.1 Objetivo General	8
5.2 Objetivos específicos	8
6. Limitaciones del estudio	9
7. Hipótesis	10
8. Operacionalización de Variables	11
9. Marco Teórico	14
9.1 Episodios depresivos en adolescentes	14
9.1.1 Clasificación según el DSM 5	14
9.1.2 Clasificación según la CIE-11.....	15
9.2 Teorías	15
9.2.1 Teoría del desarrollo psicosocial de Erik Erikson	15
9.2.2 Teoría de Piaget y las etapas del desarrollo cognitivo	18
9.2.3 Teoría conductista	19
9.2.4 Modelos cognitivos	20
9.3 Somatización de los episodios depresivos	20
9.3.1 Sistema inmunológico.....	20
9.3.2 Problemas respiratorios	21
9.3.3 Alergias y enfermedades de la piel	21
9.3.4 Sistema endocrino	23

9.3.5 Señales físicas.....	24
9.4 Manifestaciones conductuales	26
9.4.1 Alteraciones funcionales	26
9.4.2 Pérdida del sentido de la vida.....	27
9.5 Rol del médico ante los episodios depresivos	28
9.5.1 Dificultades más importantes para detectar la depresión	28
9.5.2 Factores del personal o del sistema sanitario	28
9.5.3 Recomendaciones para el manejo del paciente depresivo	29
9.5.4 Recomendaciones de cribado	29
9.5.5 Recomendaciones para la entrevista.....	30
9.5.6 Recomendaciones de diagnóstico	30
9.5.7 Psicoterapia y tratamiento farmacológico.....	30
9.6 Políticas y normativas.....	31
9.6.1 Normativa de atención en salud mental del MINSA	32
9.6.2 Cartilla previniendo depresiones y suicidios	32
9.6.3 Centros de atención psicosocial (CAPS)	33
9.6.4 Estrategias del MINED y bienestar emocional en adolescentes	33
10. Diseño metodológico	34
10.1 Tipo de investigación	34
10.1.1 Según enfoque	34
10.1.2 Según el nivel de profundidad	34
10.1.3 Línea de investigación UNAN-Managua	34
10.1.4 Línea de investigación según CINE-13	34
10.1.5 Según la manipulación de las variables	34
10.1.6 Según el alcance temporal.....	35
10.1.7 Según el enfoque filosófico	35
10.2 Población y selección de la muestra	35
Población:	35
Muestra:	36

Tipo de muestra:	36
10.3. Criterios de inclusión	36
10.4. Criterios de exclusión	37
10.5 Técnicas, instrumentos y procedimientos para la recolección de datos	37
10.5.1 Técnicas:	37
10.5.2 Instrumentos:	37
10.5.3 Procedimiento de recolección de datos	37
10.6 Confiabilidad y validez de los instrumentos	38
10.7 Técnicas, instrumentos y procedimientos para el procesamiento y análisis de los datos.	38
10.7.1 Técnica:	38
10.7.2 Instrumentos:	38
10.7.3 Procesamiento:	38
11. Análisis y discusión de resultados	40
11.1. Caracterización Socio-demográfica	40
11.1.1. Edad:	40
11.1.2. Sexo:	40
11.1.3. Procedencia:	41
11.1.4. Residencia:	41
11.1.5. Religión:	41
11.1.6. Escolaridad:	41
11.2. Describir los signos y síntomas más frecuentes encontrados en los adolescentes del colegio	43
<i>Signos y Síntomas más Frecuentes Reportados por los Adolescentes</i>	<i>43</i>
11.2.1. Tristeza persistente:	43
11.2.2. Sentimientos de culpabilidad:	44
11.2.3. Irritabilidad o enojo:	44
11.2.4. Cansancio Físico:	44
11.2.5. Falta de concentración:	44

11.4. Proponer un plan de acción para el abordaje integral de las manifestaciones depresivas en adolescentes.	50
Objetivos:	50
Específicos:	50
Ejes y Acciones	51
<i>Eje.1 Desarrollo Personal del Adolescente.....</i>	<i>51</i>
<i>Eje.2 Familia y Comunidad.....</i>	<i>52</i>
<i>Eje.3 Ministerio de Educación (MINED)</i>	<i>53</i>
<i>Eje.4 Ministerio de Salud (MINSA)</i>	<i>54</i>
12. Conclusiones	56
13. Recomendaciones.....	57
Al Ministerio de Salud.....	57
A la comunidad educativa	57
A la comunidad científica	58
A la familia	58
A los adolescentes.....	58
14. Referencia.....	59
15. Anexos	63

Índice de figuras

Figura 1 Signos y Síntomas más Frecuentes Reportados por los Adolescentes	43
Figura 2 Clasificación Según Severidad y Sexo	45

Índice de tablas

Tabla 1 Caracterización Sociodemográfica de los Adolescentes	42
Tabla 2 Clasificación de la Severidad de las Manifestaciones Depresivas Según la Edad	48
Tabla 3 Eje.1 Desarrollo Personal del Adolescente.....	51
Tabla 4 Eje.2 Familia y Comunidad	52
Tabla 5 Eje.3 Ministerio de Educación (MINED).....	53
Tabla 6 Eje.4 Ministerio de Salud (MINSA)	54

1. Introducción

La adolescencia representa una etapa crucial en el desarrollo humano, caracterizada por profundas transformaciones físicas, emocionales, cognitivos y sociales, este período, comprendido entre 12 y 18 años, representa una transición hacia la adultez en que los individuos enfrentan procesos de adaptación vinculados al crecimiento corporal, la consolidación de la identidad, la autonomía personal y, el establecimiento de vínculos interpersonales, debido a estas transformaciones, los adolescentes pueden volverse especialmente vulnerable a dificultades emocionales, entre ellas las manifestaciones depresivas, que se manifiestan mediante alteraciones del estado de ánimo, pérdida del interés en actividades cotidianas, problemas en el sueño y la alimentación, sentimientos de culpa, incapacidad e incluso ideaciones suicidas.

Aunque la depresión en adolescentes ha sido ampliamente reconocida a nivel mundial como un problema que afecta el desempeño académico, en Nicaragua la investigación en salud mental dentro del contexto escolar sigue siendo limitada, la falta de evidencia local dificulta comprender cómo se expresan estas manifestaciones en la población estudiantil, desde la perspectiva médica identificar tanto las manifestaciones emocionales como las somáticas es fundamental para un abordaje integral, detectar signos y síntomas tempranos y orientar intervenciones efectivas a la población adolescente.

El colegio SOS Hermann Gmeiner, ubicado en Estelí, constituye un escenario pertinente para explorar esta problemática, dado a que atiende a una población estudiantil en etapa de adolescencia, donde los síntomas depresivos pueden presentarse con distintas intensidades y repercusiones significativas en su bienestar integral, factores como las demandas académicas, los cambios hormonales, los conflictos interpersonales y las condiciones familiares pueden influir en la aparición de síntomas depresivos, reforzando la necesidad de un enfoque integral que considere la interacción entre los aspectos físicos emocionales y sociales de la salud del estudiante.

En este contexto, la presente investigación tuvo como propósito analizar la incidencia de las manifestaciones depresivas en adolescentes de secundaria del colegio SOS Hermann

Gmeiner de Estelí en el período de agosto a octubre del 2025, para un abordaje integral, este enfoque permite comprender la problemática desde la perspectiva médica, considerando al adolescente como un individuo cuyo bienestar depende de la interacción de múltiples sistemas y entornos y donde las manifestaciones físicas y somáticas forman parte de la expresión clínica de la depresión.

La relevancia de este estudio radica en su aporte científico, social y académico, en el ámbito científico, fortalece la evidencia disponible sobre salud mental en adolescentes nicaragüenses integrando dimensiones emocionales, conductuales y físicas, en el plano social, sensibilizar a docentes, familia y comunidad educativa sobre la importancia de identificar signos tempranos de manifestaciones depresivas favoreciendo intervenciones oportunas, finalmente, del ámbito académico proporciona fundamentos para futuras investigaciones y estrategias de atención en salud orientada a la población adolescente.

2. Antecedentes

El estudio de las manifestaciones depresivas en adolescentes adquirido relevancia debido a su impacto en el desarrollo integral de los jóvenes, afectando su bienestar emocional, social y físico, comprender esta problemática requiere analizar tanto los síntomas emocionales como las posibles manifestaciones somáticas que pueden presentarse durante la adolescencia, revisar los antecedentes permite identificar los hallazgos más relevantes, los factores asociados y los vacíos de conocimiento que aún existen en contextos educativos y locales, especialmente en Nicaragua, donde la investigación en salud mental adolescente es limitada.

2.1 Internacionales

(Moyeda, Ojeda, & Velasco, 2024) En 2023 realizaron una investigación la cual tuvo por finalidad analizar “la depresión y la autoeficacia en estudiantes adolescentes que se encontraban matriculados en escuelas secundarias públicas del estado de México antes y después del confinamiento producido por COVID-19” con muestra de 141 adolescentes. La investigación tuvo un diseño empírico, cuantitativo y no experimental. Los instrumentos utilizados fueron el inventario de depresión de Kovacs para adolescentes (IDKA) y la escala de autoeficacia (EA) de Bandura.

Los resultados mostraron un aumento de 3.5% en cuanto a depresión severa después del confinamiento, encontrándose también que las mujeres fueron quienes más manifiestan síntomas depresivos, finalmente los autores concluyeron que la pandemia derivada del SARS-CoV-2 tuvo un impacto considerable en el bienestar psicológico de los adolescentes, resaltando la importancia de fomentar la autoeficacia como factor protector contra el desarrollo de trastornos. Este estudio aporta evidencia sobre la presencia de factores asociados a la depresión y la relevancia de evaluar la salud mental en este grupo etario.

(Pyer, 2023) Tarazona, exploró en su investigación “la relación de la ansiedad y la depresión en adolescentes de secundaria” con una población de 222 estudiantes. La investigación tuvo un enfoque cuantitativo, mediante un método hipotético deductivo, de tipo correlacional, no experimental. Los instrumentos utilizados fueron escala de ansiedad-EAA y Escala de depresión-EAMD, donde se evidencia una asociación significativa entre la ansiedad y la

depresión en los adolescentes del colegio. Este estudio confirma que hay factores asociados (como lo es la ansiedad) que influyen en la aparición de trastornos como lo es la depresión.

2.2 Nacionales

(Suárez, 2022) El estudio desarrollado por Suárez, se enfocó en “determinar la frecuencia de la ansiedad y depresión en estudiantes de primer año de medicina” con una población de 149 estudiantes, el estudio cuenta con un enfoque cuantitativo, descriptivo, transversal y retrospectivo, en el cual se utilizaron las escalas de ansiedad y depresión de Goldberg (EADG) en donde se encontró que las mujeres eran las más afectadas con un 73.8% y que el 85.9% tiene sintomatología de ansiedad y el 84.6% sintomatología de depresión llegando a la conclusión de que un alto porcentaje de estudiantes de primer año presentan esta sintomatología.

Aunque esta investigación difiere un poco sobre la población demuestra que los estudiantes en transición educativa son más vulnerables a alteraciones emocionales, debido a la interacción de cambios biológicos, psicológicos y sociales que ocurren simultáneamente durante la adolescencia. Estos hallazgos son necesarios para comprender cómo estos cambios afectan a los adolescentes y permitirnos abordar la incidencia del síndrome depresivo menor de manera más efectiva.

(Gutiérrez, López, & Gutiérrez, 2022) En un estudio cuyo objetivo fue “identificar la prevalencia de trastornos depresivos menores y determinar los factores familiares asociados” con una muestra de 249 estudiantes del primer y segundo año de medicina, en el cual se utilizó el test de Beck para la detección del trastorno, el tipo de estudio que se realizó fue transversal analítico en donde se obtuvieron los resultados de que el 35.4% de los estudiantes presentaron trastorno depresivo menor y el 15.7% moderado y el 19.7% grave. Los resultados ofrecen una referencia útil para analizar la incidencia del síndrome depresivo menor en adolescentes.

2.3 Locales

(Montenegro & Bermúdez, 2021) Este estudio realizado en la facultad regional multidisciplinaria de Estelí tuvo como objetivo “analizar los síntomas y factores asociados a la ansiedad en estudiantes de medicina” en donde la muestra estuvo conformada por 22 estudiantes de cuarto año de la carrera a quienes se les aplicó el test de malestar psicológico de Kessler, la escala de Hamilton y una entrevista. Metodológicamente se trató de un estudio descriptivo, bajo un paradigma sociocrítico y con un enfoque cuantitativo.

En los resultados se determinó que el 86% de los estudiantes presentaron ansiedad y un 10% ansiedad incapacitante y como conclusión los autores resaltaron la necesidad de establecer estrategias de prevención y minimizar la ansiedad en los estudiantes. Este estudio brinda al presente estudio la necesidad de identificar y abordar de forma temprana los síntomas afectivos en la población estudiantil para darles atención oportuna, herramientas de apoyo emocional adecuadas y fomentar un entorno escolar saludable para su bienestar general.

3. Planteamiento del problema

La depresión constituye un trastorno mental que impacta a millones de personas a nivel mundial, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) aproximadamente 332 millones de individuos padecen depresión, registrándose en 2021 cerca de 727 000 casos de suicidio, siendo ésta la tercera causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años. (Salud O. M., 2025)

Algunas personas experimentan un único episodio depresivo a lo largo de su vida; sin embargo, cerca del 50% de quienes lo han sufrido tienen a experimentar episodios posteriores. Ciertas personas solamente presentan pocos síntomas que afectan de forma parcial o limitada su vida cotidiana, esta es la denominada depresión leve, mientras que la depresión moderada o grave pueden presentar múltiples síntomas que interfieren con el funcionamiento diario.

En la infancia y adolescencia, la depresión suele pasar desapercibida debido a la falta de conocimiento sobre el trastorno y la limitada comunicación sobre este tema, muchos adolescentes que presentan síntomas depresivos no los reconocen o los minimizan y tanto ellos como sus familias, no buscan la ayuda adecuada, como consecuencia de las transformaciones físicas, cognitivas y sociales que ocurren simultáneamente en este período, la detección de los síntomas se vuelve complicada.

Por lo anterior descrito se plantea la siguiente pregunta:

¿Cuáles son las manifestaciones depresivas en adolescentes de secundaria del colegio SOS Hermann Gmeiner de Estelí en el periodo de agosto a octubre del 2025?

Preguntas directrices

¿Cuáles son las características socio-demográficas de la población a estudio?

¿Qué signos y síntomas son más frecuentes en la población en estudio?

¿Cuáles son los signos y síntomas más frecuentes y cómo se clasifican según su incidencia?

¿Qué estrategias de intervención pueden aplicarse para atender de manera integral las manifestaciones depresivas en esta población?

4. Justificación

Esta investigación respalda la importancia de visibilizar los problemas de salud mental durante la adolescencia, especialmente en estudiantes de secundaria, etapa donde los cambios experimentados en esta edad favorecen la aparición de manifestaciones depresivas.

La investigación permitirá poner de manifiesto la magnitud de estas manifestaciones en una fase crítica del desarrollo humano, aportando conocimiento científico al determinar la incidencia en estudiantes de secundaria del colegio Hermann Gmeiner, un dato hasta ahora poco documentado en el contexto actual.

Para las familias los hallazgos servirán como punto de alerta y orientación, al demostrar que las manifestaciones depresivas pueden aparecer en esta etapa y requieren acompañamiento no solo a nivel escolar y comunitario, sino también en el entorno familiar, principal vínculo de los adolescentes, esta información permitirá sensibilizar a docentes y autoridades educativas sobre la necesidad de implementar estrategias de apoyo psicosocial, contribuyendo a la construcción de entornos más saludables donde los adolescentes se sientan apoyados, escuchados y respetados, favoreciendo su desarrollo integral.

Desde el ámbito académico, el trabajo constituye un recurso para estudiantes, docentes e investigadores, al incluir datos concretos sobre la incidencia del problema de investigación en los estudiantes de secundaria, favoreciendo la formación crítica y el reconocimiento de la importancia de la salud mental en la adolescencia, además de abrir camino a nuevas líneas de investigación y servir de referencia para futuros proyectos académicos y de intervención en instituciones educativas, desde un enfoque integral que considere tanto las dimensiones emocionales como físicas de los adolescente.

5. Objetivos de investigación

5.1 Objetivo General

Analizar la incidencia de las manifestaciones depresivas en adolescentes de secundaria del colegio SOS Hermann Gmeiner de Estelí en el periodo de agosto a octubre del 2025, para un abordaje integral.

5.2 Objetivos específicos

1. Caracterizar socio-demográficamente los adolescentes del colegio.
2. Describir los signos y síntomas más frecuentes encontrados en los adolescentes del colegio.
3. Interpretar la clasificación de los signos y síntomas según su incidencia.
4. Proponer un plan de acción para el abordaje integral de las manifestaciones depresivas en adolescentes.

6. Limitaciones del estudio

La muestra estuvo conformada únicamente por estudiantes del turno vespertino, debido a la logística de recolección de datos, lo que dificulta que los resultados puedan aplicarse a toda la población de la investigación, por otro lado, al seleccionar la muestra con los estudiantes que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, definió un tamaño final de 115 participantes.

7. Hipótesis

Investigación

Los adolescentes del colegio SOS Herman Gmeiner de Estelí presentan manifestaciones depresivas que pueden ser identificadas y caracterizadas mediante un abordaje integral, de la cual se derivan las siguientes hipótesis:

Hipótesis Nula

No existe asociación significativa entre manifestaciones depresivas y el sexo de los estudiantes del colegio SOS Hermann Gmeiner.

Hipótesis Alternativa

Existe asociación significativa entre manifestaciones depresivas y el sexo de los estudiantes del colegio SOS Hermann Gmeiner.

8. Operacionalización de Variables

1. Objetivos específicos	Variable conceptual	Subvariable, dimensiones o categorías	Variable operativa o indicador	Tipo de variable estadística	Categorías estadísticas	Instrumento de recolección de datos
Caracterizar Socio-demográficamente los adolescentes del colegio	Demográficas	Edad	Años cumplidos	Cuantitativa Continua	Número entero de años	Cuestionario estandarizado
		Sexo	Identidad sexual	Cualitativa Nominal Dicotómica	Masculino/Femenino	Cuestionario estandarizado
		Procedencia	Lugar de origen	Cualitativa Nominal	Departamento Municipio Barrio	Cuestionario estandarizado
		Residencia	Lugar donde habita	Cualitativa Nominal	Urbana/Rural	Cuestionario estandarizado
	Sociales	Religión	Creencia religiosa profesada	Cualitativa Nominal	Ninguna Católica Evangélica Testigo de Jehová Adventistas Mormones	Cuestionario estandarizado
		Escolaridad	Último grado aprobado	Cualitativa Ordinal	Iltrado Primaria Secundaria Educación superior Universitario	Cuestionario estandarizado

		Etnia	Autoconocimiento étnico	Cualitativa Nominal	Mestizo Miskitos Mayagnas Ramas Chorotegas Matagalpas Nahoas Creoles Garífunas	Cuestionario estandarizado
Describir los signos y síntomas más frecuentes encontrados en los adolescentes del colegio	Manifestaciones depresivas	Estado de ánimo	Presencia de tristeza, bajo ánimo o irritabilidad	Cualitativa Nominal Dicotómica	Presente/Ausente	Cuestionario estandarizado
		Anhedonia	Pérdida de interés en actividades placenteras	Cualitativa Nominal Dicotómica	Presente/Ausente	Cuestionario estandarizado
		Trastornos del sueño	Dificultad para dormir, sueño interrumpido o hipersomnia	Cualitativa Nominal Dicotómica	Presente/Ausente	Cuestionario estandarizado
		Alteración de apetito	Pérdida o aumento del apetito	Cualitativa Nominal Dicotómica	Presente/Ausente	Cuestionario estandarizado
		Fatiga/Energía	Sensación de cansancio o pérdida de energía	Cualitativa Nominal Dicotómica	Presente/Ausente	Cuestionario estandarizado

		Dificultad de concentración	Problemas para pensar o enfocarse en las actividades diarias	Cualitativa Nominal Dicotómica	Presente/Ausente	Cuestionario estandarizado
		Baja autoestima/Inutilidad	Sentimiento de inutilidad o culpa excesiva	Cualitativa Nominal Dicotómica	Presente/Ausente	Cuestionario estandarizado
		Síntomas somáticos	Dolor de cabeza, molestias digestivas, tensión muscular	Cualitativa Nominal Dicotómica	Presente/Ausente	Cuestionario estandarizado
Interpretar la clasificación de los signos y síntomas según su incidencia	Síndrome depresivo menor	Signos emocionales	Indicadores físicos o conductuales que manifiestan las emociones, como expresiones faciales, gestos, cambios en el ritmo cardíaco, tristeza, miedo, ansiedad, cambios de humor	Cualitativa Nominal Dicotómica	Presente/Ausente	Cuestionario estandarizado
		Síntomas cognitivos	Dificultad de concentración, indecisión, pensamientos negativos	Cualitativa Nominal Dicotómica	Presente/Ausente	Cuestionario estandarizado
		Síntomas somáticos	Trastornos del sueño, cambios del apetito, dolores físicos, fatiga	Cualitativa Nominal Dicotómica	Presente/Ausente	Cuestionario estandarizado
		Síntomas conductuales	Pérdida de interés, aislamiento social	Cualitativa Nominal Dicotómica	Presente/Ausente	Cuestionario estandarizado

9. Marco Teórico

En este apartado se abordan conceptos, teorías y aspectos fundamentales relacionados con las manifestaciones depresivas, con el objetivo de comprender los factores psicológicos, cognitivos y sociales que influyen en su aparición. Este apartado permite contextualizar el fenómeno en el entorno del colegio SOS Herman Gmeiner durante el periodo de agosto a octubre del año 2025, proporcionando una base conceptual para la interpretación de los resultados de la investigación.

9.1 Episodios depresivos en adolescentes

Un episodio depresivo en adolescentes se define como un período continuo de al menos dos semanas, caracterizado por un estado de ánimo depresivo como tristeza, irritabilidad o vacío emocional, o una pérdida marcada del interés por realizar todas o la mayoría de las actividades acompañado de otros síntomas como cambios en el sueño, apetito, fatiga, dificultad de concentración, sentimiento de culpa o de inutilidad y en algunos casos sentimientos suicidas. (Médicos, 2022)

9.1.1 Clasificación según el DSM 5

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales quinta edición clasifica los trastornos depresivos según la severidad, presencia de síntomas psicóticos y el estado de remisión.

Según la severidad se pueden identificar episodios leves, en los que los síntomas son pocos y el compromiso funcional es menor; moderados, con síntomas más evidentes y existe mayor deterioro en la realización de las actividades cotidianas como el cansancio físico; y graves, en este tipo los síntomas son de mayor intensidad, afectan de manera significativa la vida cotidiana del individuo e incluso pueden aparecer ideaciones suicidas o la incapacidad para realizar tareas simples del hogar.

Cuando se habla de episodios graves se debe de identificar la presencia o no de síntomas psicóticos como alucinaciones o delirios, que pueden relacionarse o no con el estado de ánimo. Según el estado de remisión se divide en parcial, cuando ciertos síntomas persisten o que aún no hayan pasado dos meses desde el episodio, y total, cuando el individuo no presenta síntomas significativos por un período de dos meses. (Klein, 2011)

9.1.2 Clasificación según la CIE-11

La Clasificación Internacional de Enfermedades en su onceava edición CIE-11, clasifica los trastornos depresivos en distintos grupos cada uno con subclasificación y su respectiva codificación. El primero es el trastorno depresivo con episodio único (6A70), el cual se subclasifica en episodio único leve (6A70.0), episodio único moderado (6A70.1), episodio único grave sin síntomas psicóticos (6A70.2), episodio único grave con síntomas psicóticos (6A70.3), episodio único con características melancólicas (6A70.4), episodio único de gravedad no especificada (6A70.5), episodio único, en remisión parcial (6A70.6) y episodio único, en remisión total (6A70.7).

El segundo es el trastorno depresivo recurrente (6A71), el cual se aplica a pacientes con dos o más episodios separados, se subclasifica en episodio actual leve (6A71.0), episodio actual moderado sin síntomas psicóticos (6A71.1), episodio actual moderado con síntomas psicóticos (6A71.2), episodio actual grave sin síntomas psicóticos (6A71.3) y episodio actual grave con síntomas psicóticos (6A71.4).

Otras categorías del episodio depresivo según la CIE-11 aunque no son categorías principales complementan la clasificación estos son, episodio depresivo persistente mayor o igual a dos años (6A80.2), episodio depresivo con características melancólicas (6A80.3) y patrón estacional del inicio del episodio depresivo (6A80.4). (CIE-11, clasificación internacional de enfermedades, 2019)

9.2 Teorías

9.2.1 Teoría del desarrollo psicosocial de Erik Erikson

Esta teoría fue ideada partiendo de la reinterpretación de las fases psicosexuales planteadas por Sigmund Freud, de las cuales destaca los aspectos sociales en cuatro facetas principales. Resaltó el entendimiento del yo como una fuerza poderosa y organizada, con la capacidad de equilibrar los aspectos positivos y negativos, así como superar las crisis de la herencia genética, el ambiente cultural y del momento histórico en el que se desarrolla cada individuo. Destacó las fases del desarrollo psicosexual propuesto por Freud agregando la influencia del entorno social.

Planteó que la personalidad se forma a lo largo de todo el ciclo vital, partiendo de la niñez hasta la edad avanzada. De la misma manera analizó cómo la cultura, la sociedad e historia tienen un impacto significativo en el desarrollo propio de la personalidad.

Erikson también plantea una teoría que se basa en desarrollar competencias, en ella cada etapa del ciclo permite a la persona adquirir habilidades propias pertenecientes a ese periodo. Cuando los individuos logran dominar la competencia perteneciente a dicho período experimentan una sensación de dominio, lo que se denomina fuerza del yo; esto permitirá enfrentar de manera más efectiva los desafíos que pueden surgir en etapas futuras. Un pilar muy importante de esta teoría es que todas las etapas están marcadas por un conflicto central de cuya resolución depende el desarrollo personal. Si las personas logran vencer dichos conflictos, crecen psicológicamente. (Regader, 2025)

Los ocho estadios psicosociales según Erik Erikson:

Confianza vs desconfianza: Tiene lugar desde el nacimiento hasta los 18 meses de vida, este depende del vínculo establecido con la figura materna, lo cual determinará los futuros vínculos que se desarrollarán con las demás personas a lo largo de su vida. Es la sensación de confianza, vulnerabilidad, frustración, satisfacción y seguridad; estos aspectos pueden influir en la calidad de las relaciones interpersonales futuras.

Autonomía vs vergüenza y duda: Empieza desde los 18 meses hasta los tres años, en esta etapa el niño inicia su desarrollo cognitivo y muscular, comienza a controlar y ejercitar los esfínteres se pueden desarrollar momentos de dudas ante ciertos temas y vergüenza con los accidentes. Sin embargo, los logros de este período generan sensación de autonomía e independencia del cuerpo.

Iniciativa vs culpa: Este se desarrolla desde los tres hasta los cinco años, el niño se desarrolla a gran velocidad tanto en aspectos físicos como intelectuales, aumenta su curiosidad por relacionarse con otros niños, poniendo en práctica sus habilidades y capacidades. En esta etapa es importante motivar al niño para un desarrollo más creativo, por otro lado, si los padres reaccionan de manera negativa a la curiosidad del niño es muy probable que este desarrolle sensaciones de culpabilidad.

Laboriosidad vs inferioridad: Ocurre entre los seis hasta los doce años, en esta etapa muestran mayor interés por conocer cómo funcionan las cosas e intentan realizar actividades por sí mismos partiendo de su propio esfuerzo y poniendo en práctica las actividades y conocimientos adquiridos, de esta manera es fundamental la retroalimentación positiva por parte de los padres, la escuela y la comunidad, donde esta última adquiere mayor relevancia para el individuo. En casos de percibir energías negativas se desarrolla sensación de inferioridad que hará que se sientan inseguros frente a los demás.

Exploración de identidad vs difusión de identidad: Este estadio se desarrolla en la adolescencia aproximadamente entre 12 y 18 años, en esta etapa el adolescente enfrenta el desafío de definir quién en realidad es y cuál es su lugar en la sociedad y el mundo en general. Esta búsqueda de identidad abarca tres áreas, la primera de identidad personal donde el adolescente se pregunta ¿quién soy?, ¿qué valores tengo?, ¿qué quiero llegar a ser? Estas preguntas son de gran importancia para el desarrollo personal porque plantean lo que somos o cómo nos identificamos, los valores o principios que nos guían para convertirnos en un futuro en esa persona que aporta de manera positiva a nuestra vida misma.

La segunda hace referencia a la identidad social, donde este se plantea ¿con qué grupo encajo?, ¿qué papel ocupo en mi familia, amigos y comunidad? Durante esta etapa el adolescente tiene gran necesidad de encajar en un grupo social, es por ello que este período está lleno de cambios en la personalidad que se basan en adaptaciones para responder a la compañía de distintos grupos sociales, los cuales influyen en la manera de hablar, vestirse, pensar y comportarse, en este proceso se moldea su autoimagen y seguridad personal. También se desarrollan responsabilidades, sentido de utilidad ya que el adolescente se pregunta cómo aporta él a la sociedad.

La tercera se centra en la identidad vocacional, donde el adolescente se pregunta ¿qué quiero estudiar?, ¿qué carrera me interesa? Ambas preguntas son claves ya que ayudan al adolescente a proyectarse hacia la edad adulta y a construir un sentido de dirección, durante esta etapa se deben desarrollar rasgos como la perseverancia, responsabilidad, motivación y disciplina. Además de que esta última integra las dos identidades previamente desarrolladas, la vocación combina lo que el adolescente quiere con lo que su entorno, que se refiere al

núcleo familiar, amigos y comunidad esperan, esta combinación ayuda a formar un individuo seguro de sí mismo y capaz de aportar positivamente a la sociedad.

Intimidad frente al aislamiento: Tiene lugar de los 20 a los 40 años, la manera de establecer relaciones con otras personas cambia, centrándose más en relaciones con sentimientos recíprocos, algo más íntimo, que genere sensación de seguridad, compañía y confianza. De no ser así el individuo tiende a priorizar la soledad y el aislamiento social lo que lo convierte en vulnerable para el desarrollo de depresión.

Generatividad frente al estancamiento: Se desarrolla de los 40 hasta los 60 años, este es un lapso de tiempo en el que la persona suele dedicarse a su familia y busca el equilibrio entre la productividad y el estancamiento, con la productividad el individuo se siente útil y necesario para la creación de un mejor futuro para el porvenir y las futuras generaciones, mientras que si se queda estancado, siente que su vida no tiene sentido alguno y que se ha convertido en una carga para su familia y comunidad.

Integridad del yo frente a la desesperación: Este es el último período del ciclo vital y tiene lugar de los 60 años hasta la muerte, esta etapa es la más difícil para el individuo ya que deja de ser productivo o ya no es tan productivo como solía ser antes, las personas que lo acompañaron durante todo este proceso ya no están y tiene que enfrentar los duelos que causa la vejez tanto en su propio cuerpo como en el de los demás. (Saul McLeod, 2025)

9.2.2 Teoría de Piaget y las etapas del desarrollo cognitivo

La teoría propuesta por Jean Piaget plantea que el desarrollo del pensamiento progresa a través de cuatro etapas sucesivas, en las cuales la forma de pensar de los niños se vuelve más compleja y sofisticada.

Etapas sensoriomotora (desde el nacimiento hasta los dos años): En esta etapa los niños aprenden sobre el mundo que los rodea utilizando sus sentidos es decir con ayuda de la vista, el tacto y el agarre de objetos y materia, empiezan a crear esquematizaciones de sus conocimientos con ayuda de la coordinación entre las funciones sensoriales y motoras utilizadas en la exploración del medio. Durante esta etapa es importante que entiendan el concepto de permanencia de los objetos, lo que les permitirá entender que los objetos siguen existiendo a pesar de que no puedan ser vistos.

Etapa preoperacional (desde los dos hasta los siete años): En estos momentos desarrollan el lenguaje y aprenden a utilizar símbolos, aunque todavía no tienen la capacidad de entender las conversaciones, en esta etapa uno de los aspectos sumamente importante es el egocentrismo lo que les dificulta ver la perspectiva o el punto de vista de los demás. El niño egocéntrico cree que todos piensan, ven y escuchan lo mismo que él. En esta fase los niños suelen participar en juegos paralelos, suelen jugar en los mismos lugares que otros niños, sin embargo, no juegan con ellos si no junto a ellos, en ocasiones fingen ser quienes no son, además en esta etapa es muy común la creación de un compañero de juegos ficticio.

Etapa de operaciones concretas (de siete a once años): Por el momento sus pensamientos se vuelven más lógicos, por lo tanto es considerada una de las etapas más importantes en el desarrollo intelectual del niño, se les enseñan habilidades de reversibilidad, conservación, transitividad, incluso de clase y seriación; aprenderán que ciertas cualidades de los objetos no cambia a pesar de que su forma ya no sea la misma, desarrollan la capacidad para clasificar objetos según el color, forma y tamaño, además entienden que los procesos pueden volver a su situación inicial.

Etapa operativa formal (de los once años a más): Marca la aparición de pensamiento lógico y abstracto, pueden reflexionar sobre ideas más complejas como la elegancia, el amor, la libertad y los principios morales; el individuo ya no depende de objetos para razonar si no que puede formular hipótesis, analizar situaciones hipotéticas, y resolver problemas de manera sistémica. (Psychologywriting, 2024)

9.2.3 Teoría conductista

Se centra en la observación de las conductas y destaca la importancia del entorno en su configuración, el condicionamiento operante considera que la causa de la depresión es la ausencia de refuerzo positivo en el entorno, o de situaciones que reforzaría la conducta desadaptativa, lo que conlleva a un mayor aislamiento social y la incapacidad de buscar o responder a fuentes alternativas de esfuerzo positivo. El modelo hace énfasis en la importancia del aprendizaje social y ambiental, en cómo los cambios en el entorno, el apoyo social, las actividades placenteras o reconocimiento de nuestros logros; actúan como reforzadores positivos que contrarrestan las manifestaciones depresivas.

En este caso, la intervención terapéutica se centra en aumentar la frecuencia de las conductas que refuerzan de manera positiva nuestro entorno, de la misma manera enseñar estrategias para buscar y aprovechar aquellos estímulos que sean agradables y disminuir los refuerzos de las conductas desadaptativa; promoviendo así la recuperación del bienestar emocional y a la misma vez físico. (University, 2019)

9.2.4 Modelos cognitivos

Analizan cómo las personas piensan y procesan la información personal, centrándose en las creencias centrales (formada durante las primeras experiencias de vida; creencias inconscientes sobre uno mismo, los demás y el mundo), los supuestos subyacentes (pensamientos o impulsos espontáneos que surgen de las creencias centrales) y el sesgo negativo sistemático en el pensamiento. El modelo de la tríada cognitiva de depresión de Beck (1967) identifica tres formas comunes de pensamientos autorreferencial negativos, que surgen espontáneamente en personas con depresión, refiriéndose a los pensamientos negativos sobre uno mismo, el mundo y el futuro.

Estas tres creencias centrales interactúan e interfieren con el procesamiento cognitivo, lo que conlleva dificultades en la percepción, la memoria y la resolución de problemas, además de reforzar una obsesión con el pensamiento negativo. (University, 2019)

9.3 Somatización de los episodios depresivos

La somatización es la manifestación de fenómenos mentales como síntomas depresivos, que se caracteriza por síntomas ofisiosomáticos que resultan en fatiga y en problemas de funcionamiento. (Navarra, 2023)

9.3.1 Sistema inmunológico

La depresión no solo afecta el estado emocional y cognitivo de los individuos, sino que este también afecta el funcionamiento del sistema inmune, cuando aparecen los episodios depresivos el organismo entra en una situación de estrés fisiológico crónico, lo que altera la respuesta del sistema inmunológico ante las amenazas. La depresión está asociada con un aumento en la expresión de marcadores inflamatorios como la proteína C reactiva (PCR), algunas interleucinas principalmente la interleucina -6 (IL-6) y el factor de necrosis tumoral

alfa (TNF- α), estas elevaciones indican que nuestro cuerpo se enfrenta a una infección o a ciertas lesiones, aun cuando no hay evidencia de una causa.

Sí este tipo de respuesta inflamatoria persiste puede contribuir al desarrollo o empeoramiento de ciertas enfermedades como las cardiovasculares y la diabetes. Durante los periodos de depresión las células inmunitarias se encuentran disminuidas en actividad como los linfocitos T, afectan la proliferación celular y la función de las células natural killer, las cuales cumplen un papel fundamental en la eliminación de patógenos, células infectadas y tumorales. Un aspecto clave a considerar es la conexión entre la depresión y el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, los periodos prolongados de estrés provocan un aumento en la producción del cortisol.

Cuando se encuentra constantemente elevado altera la regulación inmunológica lo que favorece a la inflamación crónica y disminuye el efecto protector del sistema inmune. (Raanes & Stiles, 2021)

9.3.2 Problemas respiratorios

Los episodios depresivos pueden ser el desencadenante o agravante de varias enfermedades del sistema respiratorio una de las más relevantes es la apnea del sueño, la cual se produce debido a alteraciones en la regulación del ciclo del sueño, cambios neuroendocrinos y aumento de la respuesta inflamatoria sistémica. La apnea del sueño se caracteriza por pausas respiratorias durante el ciclo del sueño, hipoxia nocturna a consecuencia de las pausas respiratorias; también se encuentra fragmentación del sueño. Esta conducta de sueño puede aumentar o desencadenar síntomas depresivos al afectar la calidad del sueño, la oxigenación cerebral y la estabilidad emocional.

Esto a su vez agrava la fatiga o deterioro físico, además de contribuir al deterioro cognitivo, la somnolencia diurna y afecta la calidad de vida de las personas. (Chen, Xie, & Liu, 2022)

9.3.3 Alergias y enfermedades de la piel

La depresión y la piel están profundamente conectadas a través del eje neuro-inmuno-cutáneo, un sistema que vincula pensamientos y emociones con respuestas químicas en el cuerpo, y cuando una persona experimenta depresión, el cerebro produce neuro

mediadores y hormonas asociadas al estrés como cortisol, adrenalina y ciertos péptidos, que viajan por la sangre y los nervios hasta las células de la piel, ahí son interpretados como señales que pueden alterar su funcionamiento normal y como resultado, la piel puede manifestar sequedad, picor, inflamación, acné, caída del cabello o empeoramiento de enfermedades como psoriasis, dermatitis atópica o urticaria.

Por lo tanto, la piel responde de manera similar tanto a emociones reales como imaginadas, los estados depresivos prolongados pueden perpetuar o agravar estas manifestaciones cutáneas, mostrando cómo la mente influye directamente en la salud de la piel y sus anexos.

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel que aparece en un tercio de los pacientes en los primeros 20 años de vida y cerca del 10% pueden presentarla antes de los 10 años, los episodios depresivos suelen ser una causa en la aparición de esta enfermedad, ya que esta edad se caracteriza por presentar mayor incidencia de manifestaciones depresivas, la psoriasis está mediada a través del sistema inmunológico por elevación de ciertas interleucinas y algunos cambios genéticos.

La exposición a periodos de estrés durante tiempos prolongados ocasiona múltiples cambios en la morfología de nuestro cuerpo, el sistema inmunológico es el que mayormente se encuentra afectado y en algunos casos este se dirige a los folículos pilosos anágenos causando la pérdida del cabello sin dejar cicatrices a lo que se conoce como alopecia areata. De la misma manera es uno de los responsables en la aparición de vitíligo que se caracteriza por el desarrollo de máculas blancas en la piel debido a la pérdida de los melanocitos epidérmicos que se encargan de dar pigmentación a la misma. (Baeza, 2019)

La dermatitis atópica es una enfermedad inflamatoria pruriginosa crónica que afecta a la piel, se asocia a un alto nivel de inmunoglobulina E circulante y antecedentes de atopia familiar. Un factor predisponente de suma importancia para la dermatitis atópica es la pérdida en la funcionalidad de los genes que codifican la proteína filagrina, la cual se encarga de la composición de la envoltura celular cornificada que producen los queratinocitos en diferenciación y que contribuye a la formación de la barrera higroscópica del estrato córneo, la cual es considerada como un factor de hidratación natural; se considera una reacción de hipersensibilidad de tipo tardía mediada por células T. (Ruenger & Merola, 2025)

La rinitis alérgica es una enfermedad atópica caracterizada por presentar síntomas como congestión nasal, rinorrea hialina, estornudos, goteo nasal posterior y prurito nasal. Puede clasificarse como estacional la cual está asociada al polen de las flores, el polvo y a la caspa de los animales, perenne o crónica siendo más comúnmente la crónica con un 40% de casos en comparación al 20% de casos de rinitis alérgica estacional. La respuesta inicial suele ocurrir entre 5 a 15 minutos después de la exposición a un antígeno que resulta en la desgranulación de los mastocitos del huésped liberando mediadores preformados y recién sintetizados como histamina, considerada uno de los mediadores principales de la rinitis alérgica.

En las personas con episodios depresivos el sistema inmunológico se encuentra disminuido en su acción o hiperactivo, lo que conlleva al aumento de reacciones inflamatorias produciendo mayor cantidad de células proinflamatorias como los mastocitos, quienes liberan IL-4 y IL-13 las cuales facilitan la infiltración de los eosinófilos, linfocitos T y basófilos en la mucosa nasal lo cual se manifiesta como edema nasal y congestión. En algunos casos la hiperreactividad no se encuentra mediada por inmunoglobulina E y se puede desarrollar gracias a la infiltración de los eosinófilos y obliteración de la mucosa nasal. (Akhouri & House, 2023)

9.3.4 Sistema endocrino

Los episodios depresivos persistentes afectan a varios sistemas del organismo siendo uno de los más afectados el sistema endocrino ya que se activan de manera sostenida mecanismos biológicos de estrés crónico, siendo el eje más afectado el hipotálamo-hipófisis-adrenal, el cual se encarga de regular la liberación de cortisol en el organismo, en las personas con depresión este eje suele estar hiperactivo, lo que da como resultado niveles elevados y constantes de cortisol. El exceso de cortisol altera múltiples procesos corporales.

Además del eje HPA, la depresión influye sobre otros sistemas hormonales, una de las alteraciones es la de la glándula tiroides, produciendo cambios en la liberación de triyodotironina (T3) y tiroxina (T4), las cuales se relacionan con síntomas como cansancio, lentitud mental y cambios en el peso corporal que puede ser aumento o disminución de este o dificultad para obtener un peso adecuado. También presentan alteraciones en el eje gonadal causando disminución de las hormonas sexuales como los estrógenos y testosterona, lo que causa alteraciones de la libido, la energía y el estado emocional.

Asimismo, la depresión causa una disminución en la secreción de melatonina, la cual es una hormona fundamental para la regulación del ritmo sueño-vigilia, contribuyendo al insomnio o somnolencia excesiva. (M. A. Tichomirowa, 2025)

9.3.5 Señales físicas

Los síntomas somáticos de la depresión se manifiestan a través de alteraciones físicas y fisiológicas que afectan a múltiples sistemas del organismo. Entre los más frecuentes se encuentran alteraciones de la alimentación, estos incluyen anorexia o disminución del apetito, así como hiperfagia y las variaciones en el peso corporal como la dificultad para alcanzar el peso ideal. Es muy común la alteración del ciclo del sueño, causando insomnio o hipersomnia afectando la calidad del descanso y la energía física.

Otro grupo significativo son los trastornos gastrointestinales los cuales incluyen molestias como estreñimiento, diarrea y síndrome de intestino irritable, la depresión también puede acompañarse de dolores físicos como cefalea, mialgias, artralgias, lumbalgia, dolor precordial. De igual manera puede presentar astenia manifestándose como cansancio, pérdida de energía y fatiga.

Fatiga, aunque comúnmente los seres humanos experimentamos niveles de energía bajos y podemos sentirnos desanimados durante las mañanas deseando descansar por más tiempo en lugar de realizar las actividades de la vida cotidiana, los trastornos depresivos pueden ocasionar un nivel elevado de fatiga física donde quien lo padece suele sentirse cansado durante gran parte del día a pesar de haber dormido bien durante la noche, esto se acompaña de dificultad para mantener la concentración, se sienten irritables y apáticos. Aunque los estudios recientes revelan que las personas deprimidas suelen carecer de sueño reparador lo que empeora su estado físico lo que conlleva al desinterés por las actividades.

Las personas con trastornos depresivos se vuelven intolerantes al dolor, biológicamente la depresión suele afectar los circuitos cerebrales que regulan no sólo el estado de ánimo sino también el dolor, en especial regiones como la corteza prefrontal, la amígdala y el tálamo, de igual manera altera los neurotransmisores como la serotonina, noradrenalina y dopamina reduciendo la capacidad del cerebro para disminuir el dolor. Algunas personas pueden expresar el dolor físico en regiones corporales que se pueden

considerar de origen orgánico, siendo los sitios más comunes la columna lumbar y los músculos principalmente los del cuello.

El dolor de cabeza es otro padecimiento común en los episodios depresivos de fácil diferenciación de los dolores orgánicos ya que, a diferencia del dolor provocado por migraña, la cefalea tensional no incapacita a quien lo padece, estos se asocian en su mayoría al estrés y alteraciones emocionales. (Fraga & Legg, 2021)

La mayoría de las personas con trastornos depresivos padecen manifestaciones gastrointestinales como diarrea, estreñimiento, dolor abdominal, síndrome de intestino irritable; la etiopatogenia de los trastornos involucra múltiples factores neurológicos, que incluyen alteraciones en el sistema de neurotransmisores, la desregulación del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, los procesos neuro inflamatorios, así como factores genéticos y epigenéticos.

Existe una comunicación bidireccional que se establece desde el intestino hasta el cerebro y viceversa, el responsable de estas comunicaciones es el nervio vago, con sus fibras aferentes quienes transmiten señales sensoriales desde el intestino hasta el cerebro y fibras eferentes, que le permiten al sistema modular los impulsos nerviosos desde el cerebro; todo esto gracias a la anatomía del nervio, que se extiende desde el tronco encefálico con sus múltiples ramas hacia la región abdominal, innervando los órganos de la cavidad incluidos el tracto gastrointestinal y el sistema nervioso entérico o segundo cerebro.

El nervio vago, tiene fibras aferentes ubicadas en la capa muscular y mucosa del intestino, que actúan como sensores, permitiéndole al sistema nervioso detectar estímulos mecánicos, químicos y de volumen, en los que participan moléculas de señalización como neurotransmisores, citoquinas y hormonas que son moduladas gracias a la flora intestinal, lo que resalta la importancia de mantener en equilibrio ambos sistemas, ya que una desregulación en uno de los ejes, podría desencadenar consecuencias ligadas al área afectada, lo que resalta la amplia relación entre ambos y explicando por qué los estados depresivos desencadenan síntomas gastrointestinales. (Sánchez, Olguín, & Medina, 2025)

9.4 Manifestaciones conductuales

9.4.1 Alteraciones funcionales

Los episodios depresivos en los adolescentes causan un impacto significativo en la funcionalidad, presentando un bajo rendimiento escolar evidenciado por dificultad para concentrarse, olvidar tareas o proyectos pendientes, faltas injustificadas al aula de clases; algunos adolescentes se encuentran desmotivados por lo que no quieren participar en actividades que en el pasado resultaban placenteras, ya sean actividades académicas, deportivas o recreativas, esto acompañado del aislamiento social progresivo en el que pierden comunicación con sus compañeros, amigos más cercanos e incluso con la familia. (M, I, P, & S, 2023)

En esta etapa los adolescentes sufren cambios en los patrones del sueño que pueden provocar insomnio o hipersomnia, para entender esta alteración es fundamental conocer el ciclo del sueño que se compone de cinco fases, la primera ocupa el 5% del ciclo y es la fase de adormecimiento, donde el sueño es muy ligero, el tono muscular está disminuido y hay movimientos oculares lentos; la fase dos ocupa el 50% del ciclo y es la fase de sueño ligero donde el ritmo cardíaco y respiratorio disminuye, al igual que la temperatura y los movimientos oculares son inexistentes; la fase tres ocupa un 5% del ciclo y corresponde a la transición, aquí comienzan a generarse ondas delta.

La fase número cuatro ocupa 15% del ciclo y corresponde a la fase de sueño profundo, esta es una de las más importantes del ciclo porque es aquí donde el cerebro regenera los neurotransmisores necesarios para la funcionalidad del día a día, por ende cualquier interrupción de esta fase genera un desequilibrio psíquico causando así trastornos del sueño; la fase número cinco corresponde al sueño REM y ocupa el último 25% del ciclo y es la fase del sueño paradójico donde los movimientos oculares se vuelven rápidos. (Institute, 2022)

Una de las alteraciones funcionales más importante es la del apetito, los trastornos alimenticios son comunes en este grupo etario, entre los que podemos encontrar está la anorexia nerviosa, un trastorno en el que el individuo come muy poco de manera consciente lo que ocasiona a tener un peso corporal muy bajo, con un miedo intenso a aumentar su peso,

tienen una imagen distorsionada de sí mismos, en este trastorno la persona recurre a ejercicio extenuante, ayuno prolongado, laxantes, diuréticos e incluso enemas.

La bulimia nerviosa, en este caso la persona come demasiado y piensa que no puede dejar de comer por lo que también se le llama trastorno por atracón, en este caso recurren al vómito provocado después de comer en exceso, al igual que hacer ejercicio o tomar medicamentos que ayudan a bajar de peso. También se encuentra el trastorno por evitación o restricción de la ingesta, en este caso la persona no tiene interés por la comida, pierden peso y no aumentan de peso, además no temen aumentar de peso y no tienen una idea distorsionada o negativa de sí mismos, quienes padecen este trastorno no comen debido a que les disgusta la composición, textura, color, olor y sabor de la comida. (Lyness, 2022)

Las personas con episodios depresivos son vulnerables a la irritabilidad o episodios de enojo, en algunas ocasiones estos episodios aparecen de manera repentina, causando un gran impacto en la estabilidad de las relaciones sociales de los adolescentes, estos periodos pueden ser causados por el estrés, cambios hormonales, falta de sueño, presión escolar, problemas sociales, inseguridad en el hogar o dificultades en la adaptación. (M, I, P, & S, 2023)

9.4.2 Pérdida del sentido de la vida

Los adolescentes son vulnerables a las conductas disruptivas, estas incluyen conductas sexuales inadecuadas que pueden llevar a embarazos adolescentes, abortos, enfermedades de transmisión sexual y las complicaciones que cada una de ellas conlleva; desobediencia hacia los padres o tutores donde se puedan manifestar las huidas del hogar, Siendo vulnerables los peligros que conlleva dicha acción. Se pueden incluir de la misma manera los comportamientos autodestructivos que se pueden clasificar en autolesiones no suicidas las cuales incluyen pequeños cortes, golpes y quemaduras en el cuerpo sin intención de morir. (Hidalgo, 2021)

Negligencia personal que incluye descuido de la higiene personal, alimentación deficiente y descanso insuficiente que llevan a pérdida del interés por la apariencia física. El consumo de sustancias como alcohol, tabaco y otra droga como forma de evadir los malestares emocionales, se pueden incluir también conductas de riesgo como involucrarse

en peleas o conductas impulsivas, pensamientos o ideación suicida, aunque no siempre están presentes suelen manifestarse junto a sentimiento de desesperanza y expresiones orales de no querer vivir. (Miller, 2021)

9.5 Rol del médico ante los episodios depresivos

El médico desempeña un papel fundamental en la detección, evaluación y manejo de los episodios depresivos, su rol inicia con la detección temprana de los síntomas, evaluación clínica y la entrevista con el paciente, se debe hacer una valoración integral que incluya historia clínica, factores psicosociales, antecedentes familiares, comorbilidades médicas y riesgos suicidas. (Escarti, 2013)

9.5.1 Dificultades más importantes para detectar la depresión

Las creencias del paciente o la familia ante la enfermedad: Niegan cualquier existencia de la enfermedad, considerando los síntomas como reacciones normales y el sufrimiento como merecido. Otra dificultad notable es el estigma social de enfermo mental: Los pacientes muchas veces se rehúsan a admitir que presentan algún tipo de trastorno por miedo a ser considerados locos. También la coexistencia del trastorno con una enfermedad de origen somático tiende a hacer creer al paciente, a su familia o incluso al médico que el padecimiento es propio de la enfermedad somática lo que enmascara o dificulta su diagnóstico y abordaje.

La presentación de la depresión con mayor número de síntomas somáticos retrasa el diagnóstico del trastorno depresivo. Este es uno de los mayores retos que el médico puede enfrentar, para un correcto manejo de estos pacientes el médico tratante debe ser capaz de reconocer las diferencias entre los síntomas de origen orgánico y aquellos meramente emocionales. (Escarti, 2013)

9.5.2 Factores del personal o del sistema sanitario

La formación académica en la escuela de Medicina se centra en enseñar sobre el diagnóstico de las enfermedades de origen orgánico lo que dificulta al médico realizar el diagnóstico de enfermedades de origen psíquico. Una elevada demanda de las consultas de atención médica dificulta la realización correcta de la entrevista clínica por factor tiempo, siendo una de las herramientas más importantes para el diagnóstico de los trastornos

depresivos. Las dificultades para realizar la clasificación del trastorno lo que dificulta su manejo integral.

Dificultades para realizar el diagnóstico diferencial entre los distintos tipos de trastorno depresivo, lo que dificulta a su vez entablar el tratamiento. Los problemas en la comunicación del médico con su paciente, son factores que complican el diagnóstico, debido a que el paciente no puede o no sabe cómo expresar sus padecimientos al médico, o por el contrario el médico es quien no comprende de manera clara lo que el paciente quiere comunicarle, por ende, los pacientes no mejoran con las atenciones en salud. (Escarti, 2013)

9.5.3 Recomendaciones para el manejo del paciente depresivo

El médico debe valorar al paciente como conjunto biopsicosocial, además este debe dar una explicación concreta sobre la enfermedad, los riesgos y los posibles tratamientos que se pueden emplear para su manejo, el médico tiene la obligación de explorar de manera abierta la ideación suicida y debe de prestar atención a las preocupaciones que el paciente aqueja. Se debe dar al paciente un manejo integral en el que se trate no solamente los síntomas somáticos, sino también un abordaje psicosocial, debe escuchar abiertamente las preferencias del paciente y este no debe obligar o imponer un tratamiento, sino que debe crearlo junto con el paciente.

Debe dar información esclarecida sobre los tratamientos alternativos y la terapia psicológica, controlar periódicamente al paciente vigilando de manera activa la tolerancia y adherencia al tratamiento, el paciente debe conocer los riesgos que existen si no tiene una adecuada adherencia al tratamiento o si este decide abandonarlo, si el tratamiento no cumple con el objetivo propuesto o si el paciente lo desea debe ser referido al especialista en psiquiatría. (Escarti, 2013)

9.5.4 Recomendaciones de cribado

La selección debe efectuarse en aquellos grupos que presenten un alto riesgo, como aquellos pacientes que han presentado antecedentes de depresión, quienes presentan enfermedades físicas crónicas con periodos prolongados de posición al dolor o invalidantes. El cribado debe incluir como mínimo dos preguntas relacionadas con el estado de ánimo del paciente o su interés por realizar algún tipo de actividades. (Bayarria & Ruiz, 2007)

9.5.5 Recomendaciones para la entrevista

La entrevista es la parte más importante para el diagnóstico de un trastorno depresivo, todo médico que sospecha un trastorno de este tipo debe realizar una historia clínica completa donde se detallan los síntomas, el curso de la enfermedad, se deben realizar preguntas relacionadas con el estado de ánimo del paciente y el interés que esté presente por la realización de actividades de la vida cotidiana y de la relación que tenga con sus amigos y familia, se deben registrar resultados de cualquier examen que determine el estado mental del paciente, este debe incluir sospecha de pensamiento suicida, si el paciente coopera, si se comunica de manera adecuada, si no presenta alteraciones de la movilidad.

La entrevista debe ser realizada en un ambiente tranquilo y relajado donde se muestre empatía, el médico debe demostrar estar interesado en lo que el paciente refiere ya sean sentimientos físicos o emocionales, no debe minimizar sus quejas. El paciente debe percibir el interrogatorio como una forma de brindar Soporte emocional y apoyo moralizante. En el momento de hablar con el paciente, su familia o cuidadores, se debe utilizar un lenguaje simple que tanto el paciente como su familiar puedan entender. Si fuera posible se debe dar la información por escrito en el idioma del paciente. (Bayarria & Ruiz, 2007)

9.5.6 Recomendaciones de diagnóstico

Para la evaluación del paciente con depresión se deben considerar características psicológicas, sociales, culturales y físicas del paciente y qué tan buena es la calidad de las relaciones interpersonales; en los ancianos con depresión debe ser valorado su estado físico las condiciones en las que estos viven y se presentan aislamiento social, Antes de la instauración del tratamiento se deben de tomar en cuenta los antecedentes tanto personales como familiares de episodios depresivos. Se debe investigar la presencia de ideas suicidas en todos los usuarios. (Bayarria & Ruiz, 2007)

9.5.7 Psicoterapia y tratamiento farmacológico

El tratamiento de los episodios depresivos está basado en cambios en el estilo de vida, psicoterapia y medicación. La psicoterapia también conocida como terapia de conversación es útil para la identificación y transformación de pensamientos y comportamientos negativos, a mejorar las relaciones interpersonales y establecer nuevas formas de afrontamiento. Dentro

de los tipos de psicoterapia efectivas que se pueden emplear se encuentran la terapia cognitivo-conductual, psicoterapia interpersonal, terapia familiar cuando las relaciones se consideran factor predisponente y técnicas complementarias como el ejercicio, relajación, meditación, terapias de arte y musicales. En casos leves la psicoterapia es suficiente.

Para los casos de depresión moderada o grave, los antidepresivos son parte del tratamiento inicial, estos medicamentos actúan sobre los neurotransmisores como la serotonina, dopamina y noradrenalina, las cuales influyen en la regulación del estado de ánimo. Los más utilizados son inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), antidepresivos tricíclicos, inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN), inhibidores de la monoamino-oxidasa (IMAO). En la mayoría de los casos un tratamiento más adecuado incluye la combinación de la psicoterapia acompañada de la medicación.

Los antidepresivos no deben ser utilizados para el tratamiento de los episodios depresivos en niños o como primera línea de tratamiento en adolescentes, ya que en estas etapas estos aumentan el riesgo a la ideación y conductas suicidas. La demostración de su eficacia suele ser limitada y los efectos adversos pueden alcanzar una relevancia considerable. (Esparza, 2017)

9.6 Políticas y normativas

La atención de la salud mental en Nicaragua se lleva a cabo bajo un conjunto de políticas, normativas, programas y materiales técnicos provenientes del Ministerio de Salud (MINSa) y del Ministerio de Educación (MINED), estos instrumentos integran acciones preventivas, asistenciales y comunitarias para la detección temprana, el abordaje integral y la reducción del riesgo asociado a trastornos mentales, incluyendo la depresión y las manifestaciones depresivas en población adolescente. La combinación de guías clínicas, normas oficiales, estrategias escolares y materiales de sensibilización forman un marco institucional que respalda la promoción del bienestar emocional y el acceso a atención especializada dentro del modelo de salud familiar y comunitaria. (MINSa, 2020)

9.6.1 Normativa de atención en salud mental del MINSA

La norma de atención en salud mental del MINSA, establece los lineamientos técnicos, administrativos y organizativos para la atención de los trastornos mentales en todos los niveles del sistema de salud, esta normativa reconoce que la salud mental es parte fundamental del bienestar integral de las personas y que los establecimientos de salud deben contar con procedimientos claros para la detección, diagnóstico y manejo de condiciones como depresión, ansiedad, trastornos de conducta y consumo de sustancia.

El documento detalla también las funciones del personal de salud: el médico general es responsable de identificar signos de alerta, brindar consejería inicial, iniciar tratamiento cuando sea posible y coordinar la referencia a especialistas; los psicólogos clínicos desarrollan intervenciones terapéuticas individuales y grupales; y los psiquiatras confirman diagnósticos complejos y ajustan tratamientos farmacológicos, la normativa se enfatiza que el seguimiento debe ser continuo, sobre todo en casos de depresión, donde la atención sostenida es clave para evitar recaídas o complicaciones.

Además, la norma establece mecanismos claros de referencia y contrarreferencia entre los diferentes niveles de atención incluyendo los CAPS y hospitales, para asegurar que los pacientes reciban atención oportuna según la gravedad de su condición, también resalta principios fundamentales como la accesibilidad, la equidad, la atención humanizada, el enfoque comunitario y la no discriminación, así como la obligación de registrar y monitorear los casos atendidos, lo que permite mejorar la calidad de los servicios de salud mental. (MINSA, 2020)

9.6.2 Cartilla previniendo depresiones y suicidios

Como complemento, el MINSA elaboró la cartilla previniendo depresiones y suicidios destinada a la población general y promotores comunitarios, esta herramienta tiene como objetivo principal sensibilizar sobre la depresión, enseñar a reconocer señales de alerta y orientar sobre los pasos a seguir cuando se identifiquen riesgos, incluyendo cómo buscar ayuda profesional.

La cartilla destaca la importancia del acompañamiento familiar y comunitaria, de la comunicación abierta, el autocuidado y de la participación en actividades recreativas y

sociales, así como de fortalecer habilidades para la vida, además, refuerza el rol de los CAPS como los espacios adecuados para recibir atención especializada, asegurando que la prevención y la atención estén conectadas de manera efectiva. (MINED, 2022)

9.6.3 Centros de atención psicosocial (CAPS)

Los CAPS son unidades ambulatorias especializadas en salud mental, que forman parte de la red de atención pública y funcionan como niveles intermedios entre la atención primaria y los hospitales, están integrados por equipos multidisciplinarios compuestos por psiquiatras, psicólogos, enfermeras y trabajadores sociales, que trabajan coordinadamente para ofrecer atención integral, incluyendo evaluación diagnóstica, psicoterapia, seguimiento farmacológico, rehabilitación psicosocial y acompañamiento familiar.

Su enfoque comunitario permite que el paciente sea atendido dentro de su entorno, fortaleciendo redes de apoyo y reduciendo el estigma asociado a trastornos mentales, los CAPS reciben pacientes referidos desde el primer nivel de atención o desde Hospitales, asegurando un manejo oportuno y especializado para quienes presentan depresión o riesgo suicida. (MINSA, 2020)

9.6.4 Estrategias del MINED y bienestar emocional en adolescentes

El Ministerio de Educación (MINED) implementa acciones orientadas a promover la salud emocional de los estudiantes y prevenir riesgos psicosociales, entre estas estrategias incluyen programas de habilidades para la vida, talleres de comunicación y manejo de emociones, consejería escolar y actividades que fomentan la participación de la comunidad y la familia.

Estas acciones permiten que docentes y orientadores identifiquen signos de alerta en los estudiantes, como tristeza persistente, aislamiento, irritabilidad o bajo rendimiento escolar y que puedan derivarlos a servicios de salud o a los CAPS cuando sea necesario, de esta manera, la escuela se convierte en un espacio clave para la prevención, la detección temprana y el acompañamiento de los adolescentes, integrando educación y salud en un enfoque comunitario y de apoyo emocional. (MINED, 2022)

10. Diseño metodológico

10.1 Tipo de investigación

10.1.1 Según enfoque

Cuantitativa: Proceso ordenado y estructurado, que parte de una idea y avanza por etapas lógicas, utiliza la medición numérica y el análisis estadístico para probar hipótesis, establecer patrones y examinar relaciones entre variables, con el fin de explicar y predecir fenómenos. (Sampieri, 2014)

10.1.2 Según el nivel de profundidad

Descriptiva: representa un conjunto de procesos, organizado de manera secuencial, para comprobar ciertas suposiciones. Cada fase precede a la siguiente y no se puede eludir pasos, parte de una idea que se delimita y una vez acotada, se generan objetivos y preguntas de investigación, se revisa la literatura y se construye un marco o perspectiva teórica. (Sampieri, 2014)

10.1.3 Línea de investigación UNAN-Managua

SAL-1.2. Salud del adolescente (10-19 años)

La investigación se centra en un problema de salud mental, analizando la vulnerabilidad de los adolescentes como resultado de cambios físicos, hormonales, cognitivos, emocionales y sociales propios del desarrollo. (Nicaragua, 2021)

10.1.4 Línea de investigación según CINE-13

De acuerdo a la Clasificación Internacional Normatizada de la Educación esta investigación se enmarca dentro de la línea amplia 09: salud y bienestar, especificándose en la línea 0911: Medicina ya que se aborda la salud mental de los adolescentes, enfocándose en las manifestaciones que pueden presentar debido a los factores sociales, emocionales, escolares y familiares. (UNESCO , 2013)

10.1.5 Según la manipulación de las variables

No experimental: Son aquellos que no se manipulan deliberadamente variables independientes, el investigador observa fenómenos tal como ocurren en su contexto natural, para después analizarlos. (Sampieri, 2014)

10.1.6 Según el alcance temporal

Transversal: Se refiere al abordaje del fenómeno en un momento o período de tiempo determinado, puede ser un tiempo presente o pasado, caracterizándose por no realizar un abordaje del fenómeno en seguimiento a partir de su desarrollo o evolución. (López, 2008)

10.1.7 Según el enfoque filosófico

Paradigma positivista: Se basa en la idea de que el conocimiento válido proviene de la observación objetiva, la edición y la verificación empírica de los fenómenos, según este enfoque, la realidad existe independientemente del observador y puede ser conocida mediante el método científico. (López, 2008)

10.2 Población y selección de la muestra

Población: Es el conjunto de elementos, personas, eventos u objetos que comparten una característica determinada y sobre los cuales el investigador desea obtener y generalizar los resultados. (Sampieri, 2014)

La población objeto de la investigación está constituida por los estudiantes matriculados en educación secundaria del Colegio SOS Hermann Gmeiner, para el cálculo muestral se considerará población total el número de estudiantes matriculados en el periodo de investigación.

Inicialmente estuvo conformada por 383 estudiantes matriculados en el turno matutino y vespertino, sin embargo, debido a limitaciones logísticas relacionadas con el horario del equipo investigador, no fue posible acceder al turno matutino durante el periodo de recolección, por lo que la muestra se obtuvo únicamente del turno vespertino, esta decisión se justifica porque garantiza la disponibilidad de tiempo, la seguridad y la continuidad del proceso de aplicación del instrumento de recolección de datos.

Por lo anterior, la población accesible quedó representada por 197 estudiantes del turno vespertino matriculados en el colegio durante el periodo de estudio, en el que se establece un nivel de confianza del 95% ($z=1.96$) y un margen de error del 5%, valores utilizados en estudios descriptivos.

Muestra: Es un subconjunto de la población que se selecciona mediante procedimientos de muestreo y que debe ser representativo, de modo que los resultados obtenidos pueden generalizarse a toda la población. (Sampieri, 2014)

Se utilizó el método de estimación de proporciones para determinar el tamaño de muestra mínima, se aplicó la siguiente fórmula para población finita:

$$\text{Tamaño de la muestra} = Z^2 p(1-p) / e$$

P= Proporción esperada de incidencia (si no se conoce, se usa 0.5 para máxima varianza)

Z=Valor z según nivel de confianza (1.96 para 95%)

e=margen de error (0.05 para más o menos 5%)

Correlación para población finita:

$$\text{Fórmula } n = n / 1 + (n - 1 / N)$$

N= Población total accesible

n= tamaño de muestra ajustado

N=163

n=115

Tipo de muestra: La muestra se obtuvo mediante muestreo aleatorio simple, aplicando esta técnica, aunque el cálculo inicial determinó un tamaño muestral de 131 estudiantes, tras aplicar criterios de inclusión y exclusión la muestra final quedó constituida por 115 estudiantes.

10.3.Criterios de inclusión

- Estudiantes del turno vespertino.
- Estudiantes cuyos padres o tutores legales firmaron el consentimiento informado.
- Estudiantes que aceptaron colaborar voluntariamente en el estudio.
- Estudiantes que completaron el instrumento de recolección de datos.

10.4. Criterios de exclusión

- Estudiantes del turno matutino.
- Estudiantes a quienes su padre o tutor legal no haya firmado el consentimiento informado.
- Estudiantes que no desearon participar.
- Estudiantes que no completaron el instrumento de recolección.
- Estudiantes ausentes durante los días de aplicación del instrumento.

10.5 Técnicas, instrumentos y procedimientos para la recolección de datos

10.5.1 Técnicas:

La encuesta: conjunto de preguntas tipificadas dirigidas a una muestra representativa de un grupo de personas, para obtener información sobre el tema de estudio. (López, 2008)

10.5.2 Instrumentos:

Medio físico, digital o material utilizado para el registro obtenido a través de las técnicas, lo que permite traducir la técnica en un formato tangible. (Sampieri, 2014)

Cuestionario estructurado: Diseñado para obtener datos sociodemográficos y antecedentes relacionados con la salud mental.

Inventario BDI-II (Beck Depression Inventory-II): Instrumento estandarizado, validado internacionalmente para la medición de signos y síntomas depresivos.

10.5.3 Procedimiento de recolección de datos

Se realizó la elaboración de carta de solicitud para la autorización por el Ministerio de Educación y dirección del Colegio SOS Hermann Gmeiner, una vez aprobado el permiso para acceder a las instalaciones, se elaboró consentimiento informado, dicho consentimiento fue entregado a toda la población a estudio, todos los estudiantes que entregaron firmados los consentimientos y de forma voluntaria accedieron a participar en la investigación fueron seleccionados como muestra, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión, posteriormente se reunieron en subgrupos a los estudiantes y antes de realizar la aplicación del instrumento de recolección, se realizaron dinámicas que permitieran establecer confianza

con los adolescentes y así tener resultados confiables, se aplicó el cuestionario por medio de microsoft form en la sala de computación del centro educativo.

10.6 Confiabilidad y validez de los instrumentos

Se utilizó el inventario de depresión de Beck (BDI-II) un cuestionario reconocido y validado internacionalmente para la evaluación de síntomas depresivos, este instrumento presenta alta confiabilidad y validez comprobada en diversos estudios, su uso fue aprobado por un experto en salud mental Lic. Gioconda Ordoñez y Lic. Claudia Reyes, adaptándolo al contexto de la investigación, considerándose adecuado y confiable para la población del presente estudio.

El inventario de Beck fue publicado por primera vez en el año 1961 tanto para la versión original como la revisada y en su segunda edición en 1979, convirtiéndose en el instrumento más utilizado para la evaluación de la depresión en todo el mundo. Siendo utilizado en 18,723 investigaciones. (Sanz, 2013)

10.7 Técnicas, instrumentos y procedimientos para el procesamiento y análisis de los datos.

10.7.1 Técnica:

Análisis estadístico de los datos, mediante análisis descriptivo para identificar tendencias y relaciones entre variables sociodemográficas y el síndrome depresivo menor en la población estudiada. (López, 2008)

10.7.2 Instrumentos:

Formato o recurso digital en el que se codifica, organiza y analiza la información obtenida a partir del instrumento de recolección. (Sampieri, 2014)

Instrumento utilizado: Software estadístico, Microsoft Excel.

10.7.3 Procesamiento:

1. Revisión y depuración de datos: se verificó que los cuestionarios estuviesen completos.

2. Codificación: Las respuestas de los cuestionarios se convirtieron en valores numéricos.
3. Ingreso de datos: Toda la información se registró de forma organizada en el software de Microsoft Excel.
4. Análisis de los datos: se calcularon frecuencias, porcentajes, medias y desviaciones estándar de las variables estudiadas, como chi-cuadrado y Odd Ratio.
5. Presentación de los resultados: Los hallazgos se mostraron mediante gráficos y tablas, acompañada de la interpretación correspondiente en relación con los objetivos de la investigación.

11. Análisis y discusión de resultados

En este apartado se presentan los resultados obtenidos a partir del análisis de la información obtenida de los adolescentes, los hallazgos se organizaron según los objetivos específicos, con el fin de comprender de mejor manera el comportamiento de las manifestaciones depresivas en los adolescentes.

11.1. Caracterización Socio-demográfica

11.1.1. Edad: La distribución etaria fue, 23 adolescentes con 14 años, 45 adolescentes con 15 años, 35 adolescentes de 16 años y finalmente 12 adolescentes de 17 años.

Según medidas de tendencia central la media de edad se sitúa en 15 años, un dato que coincide la moda y la mediana, lo que sugiere que la edad es bastante homogénea concentrándose principalmente en la etapa media de la adolescencia, fase en la que suelen ocurrir con mayor frecuencia cambios emocionales vinculados al desarrollo psicobiológico.

11.1.2. Sexo: La población estuvo compuesta por 63 adolescentes del sexo femenino y 52 del sexo masculino.

El sexo biológico es un determinante ampliamente reconocido en la presencia y expresión de las manifestaciones depresivas, de acuerdo a la OMS, el sexo femenino presentan casi el doble de probabilidades de desarrollar sintomatología de este tipo en comparación al sexo masculino, debido a una combinación de factores biológicos, hormonales y sociales, un ejemplo de ello son las fluctuaciones hormonales originadas a partir de los cambios propios de la pubertad, como el ciclo menstrual en las adolescentes, que influyen en la regulación del estado de ánimo, aumentando la vulnerabilidad emocional, otro aspecto importante es el psicosocial, el sexo femenino está más expuesto a violencia de género, desigualdades y presión social. (Salud O. M., 2021)

En contraste, el sexo masculino biológicamente no presenta ciclos hormonales, que influya en su estado de ánimo, ellos tienden a expresarse mediante síntomas más externalizantes, como irritabilidad, consumo de sustancias y conductas de riesgo, lo que dificulta el diagnóstico; lo que muestra que el sexo no solo influye en la frecuencia de aparición de los síntomas, sino también en cómo se manifiestan, lo cual coincide con las tendencias descritas en estudios globales de salud mental. (Psychiatry, 2017)

11.1.3. Procedencia: 109 adolescentes provenían de la ciudad de Estelí, uno de Ocotal, 1 de Jinotega, 1 de León, 1 de Managua, 1 de Matagalpa, 1 de Ocotal y 1 de Costa Rica.

11.1.4. Residencia: El 100% reside en el área urbana de la ciudad de Estelí.

La residencia, ya sea zona rural o urbana, constituye un factor sociocultural importante, que influye directamente en la aparición y severidad de las manifestaciones depresivas, en las áreas rurales, la literatura documenta un aumento y mayor prevalencia de manifestaciones depresivas asociado a menores recursos educativos y sanitarios, así como la existencia de la estigmatización de los temas de salud mental, condiciones que favorecen aparezcan y se intensifiquen sin su identificación y tratamiento oportuno.

Por otro lado, las áreas urbanas, aunque ofrecen mayor disponibilidad de servicios, los habitantes presentan factores estresantes con mayor carga laboral, ruido, inseguridad y presión social, que también pueden contribuir al desarrollo de dichas manifestaciones, de este modo, la residencia no actúa como un simple descriptor demográfico, si no como un elemento que marca riesgo, expresión y la evolución de los signos y síntomas, dependiendo del contexto en que viven los adolescentes. (Direct, 2014)

11.1.5. Religión: Con relación a la religión, predominó la fe evangélica con 45 estudiantes, seguida de la católica con 40, 19 estudiantes expresaron no sentirse identificados con ninguna religión, 4 adolescentes refirieron ser creyentes y uno pertenecer a la religión mormón.

La literatura científica describe que la religión puede funcionar como un factor protector para el adolescente, debido a que influye en proporcionar sentido a la vida, brinda apoyo social y mecanismos de afrontamiento espiritual que le permiten al individuo manejar el estrés, la tristeza o las dificultades emocionales por medio de la fe, las creencias y prácticas espirituales, sin embargo, cuando las creencias se orientan hacia la culpa o el castigo, aumentan la vulnerabilidad y riesgo para el desarrollo de manifestaciones depresivas, por lo que se considera una variable importante por su influencia emocional. (Notices, 2012)

11.1.6. Escolaridad: El nivel educativo de la muestra estudiada, 48 alumnos de noveno grado, 31 en décimo grado, y 30 en undécimo grado, lo que indica una distribución activa entre los distintos grados de la educación secundaria.

Tabla 1
Caracterización Sociodemográfica de los Adolescentes

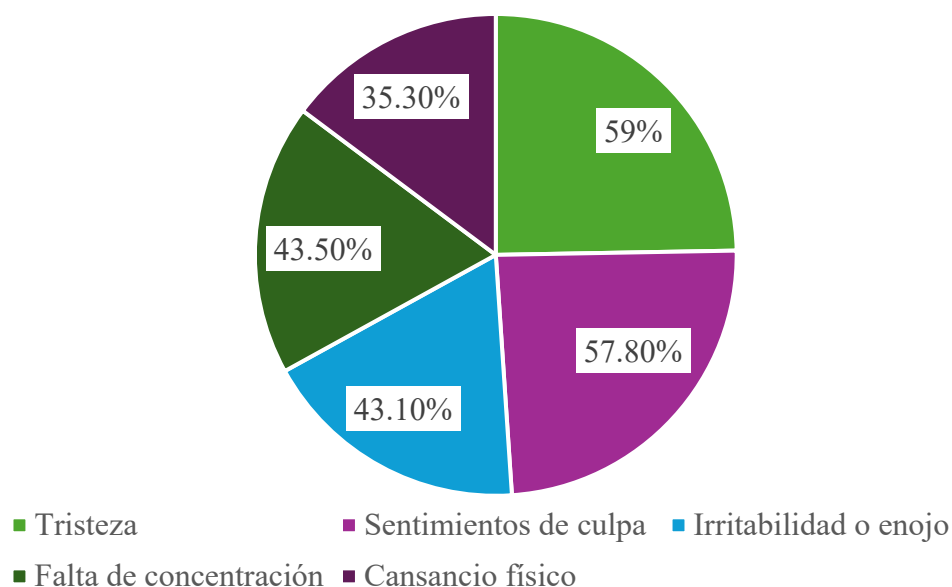
Caracterización		N
Edad	14 años	23
	15 años	45
	16 años	35
	17 años	12
Sexo	Femenino	63
	Masculino	52
Residencia	Urbano	115
	Rural	0
Escolaridad	Noveno	48
	Décimo	31
	Undécimo	30

11.2. Describir los signos y síntomas más frecuentes encontrados en los adolescentes del colegio.

De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-5, las manifestaciones depresivas en adolescentes frecuentes son afectivas, cognitivas y somáticas, que pueden variar en intensidad, en la población estudiada, los síntomas reportados con mayor frecuencia fueron: tristeza 59%, sentimientos de culpa 57.8%, irritabilidad o enojo 43.1%, la falta de concentración 43.5% y cansancio físico 35.3%. (Psiquiatría, 2014)

Figura 1

Signos y Síntomas más Frecuentes Reportados por los Adolescentes



A continuación, se describirán los signos y síntomas de la figura 1:

11.2.1. Tristeza persistente: uno de los síntomas nucleares de la depresión según el DSM-5, que se manifiesta como sensación persistente de vacío, desánimo o desmotivación, llanto fácil, así como percepción negativa de uno mismo y del entorno, en los adolescentes, este

síntoma puede expresarse mediante disminución del interés por actividades escolares. (Psiquiatría, 2014)

11.2.2. Sentimientos de culpabilidad: El DSM-5 lo identifica como un síntoma cognitivo clave dentro de las manifestaciones depresivas, que en adolescentes se manifiesta como autocrítica exagerada, percepción de ser una carga para la familia, ideas frecuentes de fracasos e insuficiencia, responsabilizarse por situaciones que no dependen de ellos, lo que contribuye significativamente a afectación del rendimiento escolar y autoestima. (Psiquiatría, 2014)

11.2.3. Irritabilidad o enojo: En los adolescentes, el DSM-5 especifica que el estado de ánimo deprimido puede manifestarse como irritabilidad en lugar de tristeza, lo cual es característico de este grupo etario, que suele expresarse como explosiones de enojo, sensación de frustración constante, impaciencia o intolerancia hacia los demás, conflictos frecuentes en el hogar y la escuela. (Psiquiatría, 2014)

La irritabilidad es una manifestación equivalente al estado de ánimo deprimido en población adolescente y suele presentarse con mayor frecuencia que la tristeza en el sexo masculino.

11.2.4. Cansancio Físico: La fatiga o cansancio físico es otro síntoma incluido dentro de los criterios diagnósticos de la DMS-5, que describe manifestaciones de sensación persistente de agotamiento físico, disminución de la energía incluso después de descansar, reducción en la participación de actividades escolares, recreativas o deportivas, en los adolescentes suele interferir de manera importante en el desempeño académico, que suele confundirse con desinterés o pereza, lo cual resalta la importancia de la correcta identificación clínica. (Psiquiatría, 2014)

11.2.5. Falta de concentración: la disminución de la capacidad de concentración es un síntoma cognitivo descrito por el DSM-5 y muy frecuente en adolescentes, quienes lo experimentan como dificultad para mantener la atención en clase, pérdida de la memoria y dificultad para completar tareas. (Psiquiatría, 2014)

11.3. Interpretar la clasificación de los signos y síntomas según su incidencia.

La clasificación de los signos y síntomas se realizó a partir del grado de severidad de las manifestaciones depresivas, donde mínimo 0-13, leve 14-19, moderado 20-28, severo 29-63, se obtuvieron los siguientes resultados:

Mínima: 32 adolescentes

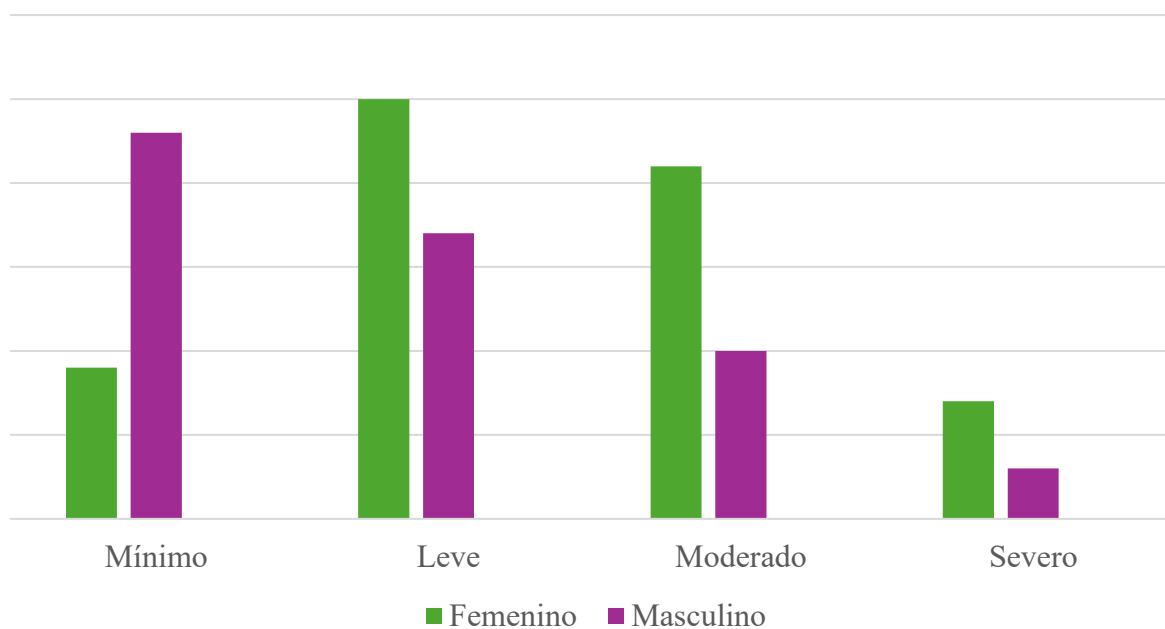
Leve: 42 adolescentes

Moderada: 31 adolescentes

Severa: 10 adolescentes

Figura 2

Clasificación Según Severidad y Sexo



Nota: Número del sexo masculino=52, Número sexo femenino=63, Total= 115

En la figura 1, la severidad de las manifestaciones depresivas se distribuye de forma distinta según el sexo, lo que indica diferencias en cada grupo (femenino, masculino), muestran tendencias particulares en cada clasificación:

- El sexo masculino reporta más casos de depresión mínima (23) que las mujeres (9), esto indica que el sexo masculino presenta más síntomas leves, sin progresar a niveles mayores o que podrían presentar menos síntomas intensos.
- El sexo femenino presenta más manifestaciones leves (25) en relación con el sexo masculino (17), lo que denota una tendencia femenina a puntuar más alto en síntomas que superan lo mínimo, pero sin llegar a ser moderados.
- Hay el doble del sexo femenino con manifestaciones moderadas (21) respecto al sexo masculino (10), este es uno de los contrastes más fuertes de la figura, señalando que el sexo femenino está representado en categorías de mayor vulnerabilidad y afectación emocional a formas más intensas de depresión, lo que podría asociarse a que el sexo femenino suele expresar más abiertamente los síntomas emocionales, en cambio al sexo masculino podrían estar reportando menos signos y síntomas depresivos de los que realmente experimentan, no porque no existan, sino porque las normas de género dificultan que lo expresen abiertamente.
- En cuanto a las manifestaciones severas, el sexo femenino también presenta una mayor cantidad de casos (7) con relación al sexo masculino (3), datos que coinciden con la literatura, en donde las mujeres son las más afectadas y aunque se desconoce su etiología, se descubre como un factor de riesgo para dicho padecimiento, así como la genética y la herencia.

Para determinar si existía asociación entre el sexo y los niveles de depresión, se realizó la prueba de chi-cuadrado de independencia:

$$\chi^2 = \sum \frac{(O_i - E_i)^2}{E_i}$$

	Femenino	Masculino
Mínimo	9	23
Leve	25	17
Moderado	21	10
Severo	7	3

	Femenino	Masculino	Total
METROinimo	9	23	32
Leve	25	17	42
Moderado	21	10	31
Severo	7	3	10
Total	62	53	115

Esperado Frecuencias

	Femenino	Masculino
METROinimo	17.252	14.748
Leve	22.643	19.357
Moderado	16.713	14.287
Severo	5.391	4.609

	Femenino	Masculino
METROinimo	3.947	4.618
Leve	0.245	0.287
Moderado	1.1	1.286
Severo	0.48	0.562

Chi - cuadrado = 12.5242

El valor p es 0,0058. Significativo en $p. < 0.01$

El análisis mostró un resultado significativo, lo que evidencia que los niveles de depresión no se distribuyen de manera uniforme entre ambos sexos; es decir, el nivel de depresión depende del sexo, observándose en los datos que el sexo femenino presenta mayor proporción de depresión leve y moderada, mientras que el sexo masculino, se concentran en depresión mínima, lo que confirmaría la hipótesis alternativa: Existe asociación significativa entre manifestaciones depresivas y el sexo de los estudiantes del colegio SOS Hermann Gmeiner. Además del Chi-cuadrado, se calculó el Odd Ratio para estimar el riesgo relativo de depresión según el sexo, para ello se reagruparon los niveles de depresión en dos categorías: manifestaciones presentes (leve, moderada, severa) y manifestaciones mínimas:

	Presente	Ausente
Femenino	53	9
Masculino	30	23

$$OR=a.d/b.c$$

$$OR=53.23/9,30$$

$$OR=1219/270$$

$$OR=4.51$$

El análisis mostró un $RR = 4.51$, Lo que indica que el sexo femenino posee 4.5 más veces la probabilidad de presentar manifestaciones depresivas en relación con el sexo masculino.

Tabla 2

Clasificación de la Severidad de las Manifestaciones Depresivas Según la Edad

Edad	mínima	leve	moderada	severa
14	10	6	7	0
15	14	10	13	8
16	6	20	7	2
17	2	6	4	0
Total	32	42	31	10

Al analizar la distribución de la clasificación según severidad y la edad de los adolescentes evaluados se observaron patrones relevantes que permiten comprender cómo varía la carga depresiva en cada grupo etario.

En primer Lugar, se observa que las edades de 14 y 15 presentan mayores manifestaciones mínimas, lo que sugiere que en esta edad la sintomatología depresiva tiende a ser menos intensa.

En contraste las manifestaciones leves muestran un incremento notable en los 15 y 16 años, siendo predominante en los adolescentes de 16 años, lo cual indica que este periodo representa una etapa de mayor vulnerabilidad emocional, biológica y física.

En cuanto a las manifestaciones moderadas, la edad que concentra mayor cantidad de casos es 15 años, seguida de 16 años, haciendo evidente el aumento en la intensidad de los signos y síntomas durante la mitad de la adolescencia.

Finalmente, las manifestaciones severas se observan con mayor frecuencia en adolescentes de 16 años, seguida por casos aislados en 15 y 17 años, este hallazgo sugiere que a los 16 años se alcanza el punto más crítico de afectación emocional, cognitiva y somática, de los adolescentes estudiados.

La teoría cognitiva de Beck, plantea que las manifestaciones depresivas se mantienen por patrones de pensamiento negativos, que intensifican y sostienen los signos físicos y sintomatología cognitiva y emocional, en la adolescencia, pueden activarse por experiencias sociales y académicas, favoreciendo la progresión de síntomas leves a moderadas y severos, lo que ofrece una explicación psicológica de por qué entre los 15 y 16 años la carga depresiva puede elevarse.

Por otro lado, la depresión genera alteraciones fisiológicas importantes, entre ellas la disrupción del sueño, fatiga persistente y disminución del rendimiento escolar, a nivel neuroendocrino la activación sostenida del Eje Hipotálamo-hipófisis-adrenal, lo que resulta en elevación del cortisol, lo cual repercute en cansancio, trastornos del sueño y dificultades cognitivas, además se relaciona con inmunosupresión funcional y una mayor producción de citoquinas inflamatorias, aumentando la susceptibilidad a infecciones y explicando por qué los adolescentes deprimidos refieren enfermarse con frecuencia.

11.4. Proponer un plan de acción para el abordaje integral de las manifestaciones depresivas en adolescentes.

El presente plan de acción se desarrolla a partir de los resultados obtenidos durante la investigación, en el cual, se identificaron manifestaciones depresivas en los adolescentes del colegio SOS Hermann Gmeiner, dichos hallazgos evidenciaron la necesidad de implementar intervenciones específicas que fortalezcan el bienestar emocional, la participación familiar y el apoyo institucional, con este plan estratégico se busca orientar acciones coordinadas entre la familia, la comunidad educativa y Ministerio de Salud, con el fin de promover un entorno protector y contribuir a la formación de una población adolescente sana y capaz de desarrollarse plenamente.

Objetivos:

General: Proponer un conjunto de acciones de identificación temprana, preventivas y formativas orientadas a las manifestaciones depresivas.

Específicos:

1. Identificar signos y síntomas depresivos en los adolescentes mediante instrumentos validados y espacios de observación.
2. Promover estrategias de autocuidado emocional y desarrollo personal en adolescentes.
3. Fortalecer la participación familiar en la prevención y detección de manifestaciones depresivas.
4. Establecer acciones de articulación entre la institución educativa, el Ministerio de educación y el Ministerio de Salud para la atención y seguimiento oportuno.

Ejes y Acciones

Tabla 3

Eje.1 Desarrollo Personal del Adolescente

Acción	Objetivo	Responsables	Recursos	Resultados esperados
Aplicación de prueba psicológicos de tamizaje	Identificar niveles de manifestaciones depresivas en la población adolescente	Responsable de consejería escolar	Cuestionarios, espacio físico, autorización Institucional	Determinación de prevalencia inicial y casos en riesgo de manifestaciones depresivas
Talleres de gestión emocional y autocuidado	Promover habilidades que reduzcan factores de riesgo	Responsable de consejería escolar y tutores	Material didáctico, aula de computación, proyector	Adolescentes informados, capaces de reconocer y manejar las emociones
Espacios de escucha y orientación individual	Brindar apoyo básico a los adolescentes detectados con riesgo	Responsable de consejería escolar	Oficina de consejería escolar, fichas de registro	Atención primaria brindada y derivación a segundo nivel de atención de casos específicos
Actividades deportivas, artísticas y recreativas	Fomentar factores protectores como expresión	Maestros de cultura, educación física y deportes	Instalaciones deportivas, material didáctico	Aumento en la participación y mejoría en el estado de ánimo

emocional y bienestar

Tabla 4

Eje.2 Familia y Comunidad

Acción	Objetivo	Responsables	Recursos	Resultados esperados
Charlas para padres sobre señales de alerta	Sensibilizar a padres y cuidadores sobre manifestaciones y prevención	Responsable de consejería escolar	Presentaciones aula material informativo	Padres más conscientes y capaces de detectar signos y síntomas de alarma
Entrevistas a familiares de estudiantes en seguimiento	Identificar factores familiares que influyen en el estado de ánimo del adolescente	Responsable de consejería escolar	Espacio privado fichas de entrevista, expediente	Mejora en la identificación de dinámicas familiares de riesgo
Guía escrita para familiares sobre manejo emocional	Proveer recursos prácticos para fortalecer el vínculo familiar	Responsable de consejería escolar y dirección	Impresiones diseño gráfico básico	Familias con herramientas concretas para mejorar interacción
Actividades comunitarias de integración	Favorecer redes de apoyo extrafamiliares	Dirección escolar líderes comunitarios	Espacios comunes	Mayor cohesión comunitaria y soporte para los adolescentes

Tabla 5

Eje.3 Ministerio de Educación (MINED)

Acción	Objetivo	Responsables	Recursos	Resultados esperados
Coordinación con la unidad de bienestar estudiantil	Facilitar acceso a programas estatales de apoyo emocional	Dirección escolar, consejería escolar	Comunicaciones oficiales	Vinculación del colegio con programas de bienestar del MINED
Capacitación docente en detección temprana	Fortalecer competencias de los docentes para reconocer señales de alarma	MINED, docentes, psicólogo escolar	Plataforma o aula de formación material pedagógico	Docentes más preparados para actuar ante casos sospechosos
Implementación de tutorías socioemocionales	Integrar actividades de apoyo emocional en la rutina escolar	Docentes, tutores psicólogo escolar	Guías de tutoría	Rutinas escolares con enfoque emocional preventivo

Tabla 6

Eje.4 Ministerio de Salud (MINSA)

Acción	Objetivo	Responsables	Recursos	Resultados esperados
Derivación de casos de riesgo a centros de salud	Garantizar atención psicológica clínica profesional	Psicología escolar, centro de salud, Psicología Clínica, Psiquiatría	Formularios de derivación, coordinación externa	Atención especializada adolescentes con riesgo alto moderado
Charlas del personal MINSA sobre salud mental	Brindar información profesional sobre depresión y prevención	Centro de salud, psicólogos clínicos, psiquiatras	Material informativo, aulas de clase	Mayor comprensión científica de la depresión
Campaña escolar de promoción y prevención de salud mental	Reducir el estigma y aumentar la búsqueda de ayuda	Ministerio de Salud, colegio	Afiche material audiovisual	Estudiantes más dispuestos a buscar apoyo
Espacios de consulta para personas con manifestaciones depresivas en los puestos de salud	Realizar una correcta evaluación del paciente con manifestaciones depresivas para un mejor manejo	Ministerio de Salud, SILAIS municipal	Espacio adecuado dentro del puesto de salud para terapia de conversación con el paciente	Personas que se sienten bien atendidas y sobre todo escuchadas, disminuyendo el riesgo de suicidios
Capacitación de los líderes	Dar seguimiento a	Ministerio de Salud	Manuales informativos,	Mayor control sobre el estado

comunitarios y brigadistas	los pacientes captados en la atención primaria	centros de físico y reunión emocional del paciente
Citas periódicas para personas con historia de manifestaciones depresivas	Realizar un control mensual de la evolución de los pacientes estableciendo un día al mes para su abordaje	Ministerio de Salud Organizar una agenda mensual para el seguimiento con el paciente Mayor seguimiento a los pacientes con manifestaciones depresivas

12. Conclusiones

1. Se caracterizó la población estudiada, conformándose por adolescentes en edades comprendidas entre 14 y 17 años, con predominio del sexo femenino, todos residentes en el área urbana, se observó diversidad de creencias siendo la más frecuente la evangélica y escolaridad de noveno a undécimo grado.
2. Los adolescentes refirieron manifestaciones depresivas, siendo las más frecuentes: tristeza, sentimientos de culpa, irritabilidad o enojo, la falta de concentración y cansancio físico.
3. Los resultados evidencian que la severidad de las manifestaciones depresivas varía significativamente según el sexo y la edad, el sexo femenino presenta mayor proporción de depresión leve moderada y severa con un riesgo de 4.5 veces mayor de manifestar síntomas depresivos en comparación con el masculino; por edad se observa que la intensidad de la sintomatología aumenta especialmente entre los 15 y 16 años etapa en la que se concentra en los casos moderados y severos, estos hallazgos reflejan tanto la influencia de factores psicosociales propios de la adolescencia como vulnerabilidad diferencial entre grupos.
4. A partir del análisis integral de las variables estudiadas, se logró formular un plan de acción orientado a prevenir e identificar de manera temprana las manifestaciones depresivas, proponiendo estrategias concretas, factibles y basadas en la evidencia documentada.

13. Recomendaciones

Al Ministerio de Salud

1. Garantizar la atención psicológica y psiquiátrica oportuna para los adolescentes derivados desde los centros educativos.
2. Realizar campañas educativas en colegios sobre depresión autocuidado y busca de ayuda.
3. Fortalecer la presencia de equipos de salud mental en los centros de salud y hospitales.
4. Desarrollar programas comunitarios orientados a la prevención y promoción de la salud emocional en adolescentes.
5. Establecer mecanismos de coordinación permanente con escuelas para agilizar referencias y seguimientos.
6. Construir espacios dentro de los puestos de salud en los que el paciente se sienta cómodo, seguro y en la confianza de ser atendido por el médico.
7. Crear un club de personas con manifestaciones depresivas, estableciendo un día por semana en el que se pueda citar a pacientes con estas características.
8. Capacitación a los brigadistas y líderes comunitarios sobre la identificación, evaluación y seguimiento de los pacientes con manifestaciones depresivas.

A la comunidad educativa

1. Incorporar programas institucionales permanentes de promoción y prevención de la salud mental.
2. Implementar de manera sistemática pruebas de tamizaje para la detección temprana de manifestaciones depresivas.
3. Sensibilizar a los docentes y autoridades escolares sobre la importancia de reconocer tempranamente los signos y síntomas.
4. Favorecer la creación de entornos escolares más saludables y de protección.
5. Hoy capacitar al personal docente en identificación de señales de alarma y primeros auxilios psicológicos.

A la comunidad científica

1. Desarrollar estudios comparativos y longitudinales que permitan comprender cómo evoluciona la sintomatología depresiva en la adolescencia.
2. Utilizar los hallazgos como referencia para nuevas propuestas de investigación.
3. Publicar y divulgar información científica sobre las manifestaciones depresivas, haciendo énfasis en la importancia de conservar la salud mental.

A la familia

1. Participar en procesos de formación y orientación ofrecidos por la institución educativa con el fin de aprender a identificar tempranamente los signos y síntomas.
2. Promover hábitos de vida saludables como rutinas de sueño adecuadas, actividades recreativas, manejo del estrés académico y equilibrio entre responsabilidad escolar y personal.
3. Fomentar espacios de diálogo y confianza en el hogar.

A los adolescentes

1. Participar activamente en talleres tutorías y actividades de gestión emocional organizadas por el colegio.
2. Buscar apoyo cuando experimenten tristeza persistente irritabilidad cansancio extremo o dificultades de concentración.
3. Incorporar hábitos de autocuidado como actividad física, descanso adecuado y organización escolar.
4. Mantener redes de apoyo positivas como compañeros, familiares y docentes de confianza.
5. Evitar aislarse ante situaciones de estrés y utilizar los espacios de escucha de la Consejería escolar.

14. Referencia

- Akhouri, S., & House, S. A. (16 de Julio de 2023). *National Library of Medicine* .
Obtenido de National Library of Medicine : https://www.ncbi-nlm-nih-gov.translate.goog/books/NBK538186/?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=es&_x_tr_hl=es&_x_tr_pto=tc
- Baeza, D. M. (2019). Psicodermatología. La necesidad de comprender la mente y el cuerpo como una unidad indivisible. *Psychodermatology*, 40-48.
- Bayarria, E. Z., & Ruiz, R. C. (10 de Junio de 2007). *ELSEVIER* . Obtenido de Medicina de familia. SEMERGEN : <https://www.elsevier.es/es-revista-semergen-medicina-familia-40-articulo-recomendaciones-manejo-depresion-atencion-primaria-13108209#:~:text=El%20m%C3%A9dico%20que%20sospecha%20un,distimia%20C%20trastorno%20bipolar%20y%20otros>.
- Chen, G., Xie, J., & Liu, W. (1 de Agosto de 2022). *ERS Publications* . Obtenido de ERS Publications : <https://publications.ersnet.org/content/erjor/8/1/00394-2021>
- CIE-11, clasificación internacional de enfermedades. (2019). Clasificación internacional de enfermedades. *Estadísticas de morbilidad y mortalidad*, 1-233.
- Direct, S. (no especificado de Noviembre de 2014). *ELSEVIER*. Obtenido de Understanding shortages of sufficient health care in rural areas: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0168851014001997?via%3Dihub>
- Escarti, R. M. (2013). El médico de familia ante la depresión . *Universidad de Alcalá*, 1-80.
- Esparza, R. P. (17 de Septiembre/Octubre de 2017). *Tratamiento farmacológico de la depresión: actualidades y futuras direcciones*. Obtenido de Scielo: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422017000500007
- Fraga, D. J., & Legg, T. J. (2 de Agosto de 2021). *Healthline*. Obtenido de Healthline: <https://www.healthline.com/health/es/sintomas-fisicos-de-depresion#1-Fatiga-o-niveles-de-energ-a-m-s-bajos-consistentemente>

- Gutiérrez, A. J., López, E. R., & Gutiérrez, A. J. (2022). *Factores familiares asociados a la prevalencia de trastornos depresivos menores en estudiantes de medicina, UNAN-León, II trimestre 2022*. León : UNAN-León .
- Hidalgo, M. G. (2021). Desarrollo durante la adolescencia . *Sociedad Española de Medicina en la adolescencia*, 233-244.
- Institute, N. H. (24 de Marzo de 2022). *National Heart, Lung, and Blood Institute*. Obtenido de National Heart, Lung, and Blood Institute: <https://www.nhlbi.nih.gov/es/salud/sueno/estadios-del-sueno#:~:text=Al%20dormir%2C%20se%20atraviesa%20un,fases%20y%20etapas%20del%20sue%C3%B1o>.
- Klein, D. N. (15 de Mayo de 2011). *National Library of Medicine* . Obtenido de National Library of Medicine : <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3057920/>
- López, J. P. (2008). *Metodología de la Investigación Científica* . Managua: Xerox.
- Lyness, D. (1 de Marzo de 2022). *Nemours Teens Health* . Obtenido de Nemours Teens Health : <https://kidshealth.org/es/teens/eat-disorder.html>
- M, O. C., I, M., P, S. P., & S, R. (14 de Marzo de 2023). *Scielo* . Obtenido de Scielo : https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1139-76322023000100017&script=sci_arttext&utm_source=chatgpt.com
- M. A. Tichomirowa, Y. K.-P. (28 de Enero de 2025). *National Library of Medicine* . Obtenido de National Library of Medicine : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15816377/>
- Médicos, E. d. (8 de Abril de 2022). *Ada Health GmbH* . Obtenido de Ada Health GmbH : <https://ada.com/es/conditions/depressive-episode/>
- Miller, C. (21 de Enero de 2021). *Institute, Child Mind*. Obtenido de Child Mind Institute: <https://childmind.org/es/articulo/cuales-son-los-tipos-de-depresion/>
- MINED. (2022). Estrategia para el acompañamiento socioemocional en entornos educativos . *MINED Nicaragua* , 1-120.
- MINSA. (2020). Normativa- 158 norma de atención en salud mental . *Norma de Atención en Salud Mental*, 1-29.

- Montenegro, F. A., & Bermúdez, D. H. (2021). *Prevalencia de síntomas y factores asociados a la ansiedad, en jóvenes de IV año de la carrera de Medicina FAREM-Estelí, en el periodo agosto-noviembre 2021*. Estelí: UNAN-Managua.
- Moyeda, I. X., Ojeda, F. J., & Velasco, A. S. (20 de Febrero de 2024). *Psicología Iberoamericana*. Obtenido de Psicología Iberoamericana : <https://psicologiaiberoamericana.iberomx.com/index.php/psicologia/article/view/524#:~:text=Resumen,que%20regresa%20del%20confinamiento%20social>.
- Navarra, C. U. (5 de Enero de 2023). *Clínica Universidad de Navarra*. Obtenido de Clínica Universidad de Navarra: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/somatizacion>
- Nicaragua, U. N. (19 de Junio de 2021). *Unan.edu.ni*. Obtenido de Unan.edu.ni: <https://es.scribd.com/document/733277578/Lineas-y-sub-lineas-de-investigacion-de-la-UNAN-Managua-180621>
- Notices, I. S. (16 de dicimebre de 2012). *Religion, Spirituality, and Health: The Research and Clinical Implications*. Obtenido de International Scholarly Research Notices: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.5402/2012/278730>
- Psiquiatría, A. E. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Buenos Aires, Bogotá, Caracas: Editorial Médica Panamericana.
- Psychiatry, T. I. (febrero de 2017). *Womens mental Health*. Obtenido de Why is depression more common among women than among men?: [https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(16\)30263-2/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(16)30263-2/abstract)
- Psychologywriting. (27 de Diciembre de 2024). *Psychologywriting*. Obtenido de Psychologywriting: https://psychologywriting-com.translate.google.com/translate/the-piaget-vs-erickson-theories-comparison/?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=es&_x_tr_hl=es&_x_tr_pto=tc
- Pyer, T. V. (2023). *Ansiedad y depresión en adolescentes del 3ro, 4to y 5to grado de secundaria del colegio 1219 José Carlos Mariátegui, 2023*. Lima-Perú: Universidad Norbert Wiener.
- Raanes, E. F., & Stiles, T. C. (23 de Noviembre de 2021). *Fronteras en psiquiatría*. Obtenido de Fronteras en psiquiatría: https://www-frontiersin-org.translate.google.com/journals/psychiatry/articles/10.3389/fpsy.2021.716320/full?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=es&_x_tr_hl=es&_x_tr_pto=tc

- Regader, B. (10 de Abril de 2025). *Psicología y mente* . Obtenido de Psicología y mente : <https://psicologiaymente.com/desarrollo/teoria-del-desarrollo-psicosocial-erikson>
- Ruenger, T. M., & Merola, J. F. (8 de Marzo de 2025). *Manual MSD*. Obtenido de Manual MSD: <https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos-dermatol%C3%B3gicos/dermatitis/dermatitis-de-contacto>
- Salud, O. M. (2021). *Depressive disorder (depression)*. Obtenido de Depression WHO: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Salud, O. M. (8 de Octubre de 2025). *OMS*. Obtenido de OMS: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- SALUD, O. P. (2008). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud décima edición* . Venezuela : Ginebra OMS 1992.
- Sampieri, R. H. (2014). *Metodología de la Investigación*. México.D.F.: INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V.
- Sánchez, G. U., Olguín, A. P., & Medina, A. Y. (25 de Junio de 2025). *MDPI*. Obtenido de MDPI: <https://www.mdpi.com/2227-9059/13/8/1831>
- Sanz, J. (2013). 50 años de los inventarios de depresión de Beck. *Consejo general de colegios oficiales de psicólogos*, 161-168.
- Saul McLeod, d. (15 de Octubre de 2025). *Simplypsychology*. Obtenido de Simplypsychology: <https://www.simplypsychology.org/erik-erikson.html>
- Suárez, J. K. (2022). *Ansiedad y depresión en estudiantes de primer año de medicina de la facultad de ciencias médicas de la UNAN Managua, I semestre 2022*. Managua .
- UNESCO . (2013). Líneas de educación de la UNESCO . *CINE-13*, 1-85.
- University, O. (15 de Julio de 2019). *OpenLearn* . Obtenido de Open.edu : <https://share.google/kXbzkdPivHNRjCLJM>

15. Anexos

Consentimiento Informado

Estimado padre, madre o tutor:

Su hijo(a) está siendo invitado(a) a participar en una investigación cuyo propósito es conocer con qué frecuencia los adolescentes del colegio presentan síntomas de tristeza o desánimo (síndrome depresivo menor), permitiendo proponer un plan estratégico para el abordaje de este en el centro. **La participación es totalmente voluntaria y confidencial.**

Puede decidir que su hijo(a) no participe o que retire su participación en cualquier momento, sin consecuencia alguna.

Autorización:

Si _____ No _____

Yo,

_____ ,

padre/madre/tutor legal de _____ ,

He leído la información anterior y doy mi consentimiento para que mi hijo participe de forma voluntaria en esta investigación.

Firma del padre/madre/tutor: _____

Cédula: _____ Teléfono de contacto: _____

Fecha: _____ / _____ / 2025

Instrumento de recolección de datos

Iniciales de su nombre:

Edad (años):

- 3. 12
- 4. 13
- 5. 14
- 6. 15
- 7. 16
- 8. 17 a más

Sexo: Masculino / Femenino

Año escolar que cursa actualmente:

- Séptimo
- Octavo
- Noveno
- Décimo
- Undécimo

Barrio donde vive actualmente:

Procedencia:

¿Con qué religión se identifica?

- Católica
- Evangélica
- Testigo de Jehová
- Ninguno
- Otro

¿Con qué grupo étnico te identificas?

1. ¿Con qué frecuencia te sientes triste?

- ☐ 0 No me siento triste
- ☐ 1 Me siento triste gran parte del tiempo
- ☐ 2 Me siento triste todo el tiempo
- ☐ 3 A veces me siento triste

2. ¿Sientes que no vale la pena esforzarse?

- ☐ 0 Si vale la pena esforzarme
- ☐ 1 siento que no vale la pena esforzarse
- ☐ 2 No vale la pena esforzarse porque las cosas no mejorarán para mí
- ☐ 3 siento que mi futuro no tiene esperanza

3. ¿Sientes que has fracasado en tu vida?

- ☐ 0 No me siento fracasado
- ☐ 1 Siento que he fracasado más que la mayoría de las personas
- ☐ 2 Cuando miro atrás, veo muchos fracasos
- ☐ 3 Me siento como una persona total y completamente fracasada

4. ¿Aún disfrutas de las cosas que antes te gustaban? Eje: música, juegos, pasar tiempo con amigos

- ☐ 0 Disfruto de las cosas como antes
- ☐ 1 No disfruto de las cosas tanto como antes

☐ 2 Disfruto de muy pocas cosas

☐ 3 No puedo disfrutar de nada

5. ¿Te sientes culpable por cosas que haces o qué hiciste?

☐ 0 No me siento culpable

☐ 1 Me siento culpable de muchas cosas que he hecho

☐ 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo

☐ 3 Me siento culpable todo el tiempo

6. ¿Sientes que mereces que te pase algo malo?

☐ 0 No siento que merezco cosas malas

☐ 1 A veces siento que merezco muchas cosas malas

☐ 2 Siento que merezco muchas cosas malas

☐ 3 Siento que merezco ser castigado

7. ¿Te sientes bien contigo mismo?

☐ 0 Me siento igual que siempre

☐ 1 No me siento bien conmigo mismo

☐ 2 Estoy decepcionado de mí mismo

☐ 3 No me gusta nada de mí

8. ¿Tiendes a culparte por cosas que pasan, aunque no sean tu culpa?

☐ 0 No me culpo

- ☐ 1 Me culpo por mis errores
- ☐ 2 Me culpo por casi todo lo malo que pasa
- ☐ 3 Me culpo por todo

9. ¿Has pensado en hacerte daño o que tu vida no vale la pena?

- ☐ 0 No tengo pensamientos de hacerme daño
- ☐ 1 He pensado en hacerme daño, pero no lo haría
- ☐ 2 Quisiera hacerme daño
- ☐ 3 Me haría daño si tuviera la oportunidad

10. ¿Sientes ganas de llorar o lloras con facilidad?

- ☐ 0 Lloro solo cuando me siento triste
- ☐ 1 Lloro más que antes
- ☐ 2 Lloro por cualquier cosa
- ☐ 3 Quisiera llorar, pero no puedo

11. ¿Te enojas o molestas con facilidad?

- ☐ 0 No me siento más irritable que de costumbre
- ☐ 1 Me irrito más fácilmente que antes
- ☐ 2 Me irrito todo el tiempo
- ☐ 3 No soporto a la gente

12. ¿Tienes ganas de pasar tiempo con otras personas?

- ☐ 0 No he perdido interés en la gente
- ☐ 1 Estoy menos interesado en la gente que antes
- ☐ 2 He perdido la mayor parte de mi interés en la gente
- ☐ 3 He perdido todo interés en la gente

13. ¿Te cuesta decidir qué hacer o tomar decisiones?

- ☐ 0 Tomo decisiones como siempre
- ☐ 1 Me cuesta más decidir
- ☐ 2 Tengo mucha dificultad para decidir
- ☐ 3 No puedo tomar decisiones

14. ¿Te preocupas por tu apariencia o piensas que te ves mal?

- ☐ 0 No pienso que luzco peor que antes
- ☐ 1 Me preocupo de que me veo viejo o sin atractivo
- ☐ 2 Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen poco atractivo
- ☐ 3 Creo que me veo horrible

15. ¿Te cuesta concentrarte en el salón de clases?

- ☐ 0 Estudio tan bien como antes
- ☐ 1 Me cuesta más concentrarme en el estudio
- ☐ 2 Debo esforzarme mucho para hacer algo

☐ 3 No puedo hacer nada

16. ¿Qué tan bien duermes?

☐ 0 Duermo tan bien como siempre

☐ 1 Duermo peor que antes

☐ 2 Me despierto varias horas antes de lo normal y me cuesta volver a dormir

☐ 3 Duermo muy poco o casi nada

17. ¿Qué tan cansado estás?

☐ 0 No me siento tan cansado como antes

☐ 1 Me fatigo más fácilmente

☐ 2 Me siento cansado la mayor parte del tiempo

☐ 3 Estoy demasiado cansado para hacer nada

18. ¿Qué tan alterado está mi apetito?

☐ 0 Mi apetito no ha cambiado

☐ 1 Mi apetito es peor que antes

☐ 2 Tengo mucho menos apetito ahora

☐ 3 No tengo nada de apetito

19. Peso corporal

☐ 0 No he perdido ni ganado peso definitivamente

☐ 1 He perdido más de 2 kg

☐ 2 He perdido más de 5 kg

☐ 3 He perdido más de 7 kg

20. ¿Qué tan preocupado te sientes por tu salud?

☐ 0 No me preocupo más por mi salud que antes

☐ 1 Me preocupo más por dolores o molestias

☐ 2 Me preocupo mucho por mi salud

☐ 3 Paso la mayor parte del tiempo preocupado por enfermedades

ESCALA DE BECK (BDI-II)

(21 Ítems, puntuación 0–3 cada uno)

1. Tristeza

- ☐ 0 No me siento triste
- ☐ 1 Me siento triste gran parte del tiempo
- ☐ 2 Me siento triste todo el tiempo
- ☐ 3 Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo

2. Pesimismo

- ☐ 0 No me siento desanimado respecto al futuro
- ☐ 1 Me siento más desanimado sobre mi futuro que antes
- ☐ 2 No espero que las cosas mejoren para mí
- ☐ 3 Siento que mi futuro no tiene esperanza

3. Fracaso pasado

- ☐ 0 No me siento fracasado
- ☐ 1 Siento que he fracasado más que la mayoría de las personas
- ☐ 2 Cuando miro atrás, veo muchos fracasos
- ☐ 3 Me siento como una persona total y completamente fracasada

4. Pérdida de placer

- ☐ 0 Disfruto de las cosas como antes
- ☐ 1 No disfruto de las cosas tanto como antes
- ☐ 2 Disfruto de muy pocas cosas
- ☐ 3 No puedo disfrutar de nada

5. Sentimientos de culpa

- ☐ 0 No me siento particularmente culpable
- ☐ 1 Me siento culpable de muchas cosas que he hecho o debería haber hecho
- ☐ 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo
- ☐ 3 Me siento culpable todo el tiempo

6. Sentimientos de castigo

- ☐ 0 No siento que esté siendo castigado
- ☐ 1 Siento que podría ser castigado
- ☐ 2 Siento que me están castigando
- ☐ 3 Siento que merezco ser castigado

7. Disconformidad con uno mismo

- ☐ 0 Me siento igual que siempre
- ☐ 1 He perdido confianza en mí mismo
- ☐ 2 Estoy decepcionado de mí mismo

☐ 3 No me gusto

8. Autocrítica

☐ 0 No me critico ni me culpo más de lo normal

☐ 1 Me culpo por mis errores

☐ 2 Me culpo por casi todo lo malo que pasa

☐ 3 Me culpo por todo

9. Pensamientos suicidas o de muerte

☐ 0 No tengo pensamientos de hacerme daño

☐ 1 He pensado en hacerme daño, pero no lo haría

☐ 2 Quisiera hacerme daño

☐ 3 Me haría daño si tuviera la oportunidad

10. Llanto

☐ 0 No lloro más de lo normal

☐ 1 Lloro más de lo que solía

☐ 2 Lloro por cualquier cosa

☐ 3 Quisiera llorar, pero no puedo

11. Irritabilidad

☐ 0 No me siento más irritable que de costumbre

☐ 1 Me irrito más fácilmente que antes

☐ 2 Me irrito todo el tiempo

☐ 3 No soporto a la gente

12. Interés social

☐ 0 No he perdido interés en la gente

☐ 1 Estoy menos interesado en la gente que antes

☐ 2 He perdido la mayor parte de mi interés en la gente

☐ 3 He perdido todo interés en la gente

13. Dificultad para tomar decisiones

☐ 0 Tomo decisiones como siempre

☐ 1 Me cuesta más decidir

☐ 2 Tengo mucha dificultad para decidir

☐ 3 No puedo tomar decisiones

14. Imagen corporal

☐ 0 No pienso que luzco peor que antes

☐ 1 Me preocupo de que me veo viejo o sin atractivo

☐ 2 Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen poco atractivo

☐ 3 Creo que me veo horrible

15. Actividad escolar

☐ 0 Estudio tan bien como antes

☐ 1 Me cuesta más concentrarme en el estudio

☐ 2 Debo esforzarme mucho para hacer algo

☐ 3 No puedo hacer nada

16. Sueño

☐ 0 Duermo tan bien como siempre

☐ 1 Duermo peor que antes

☐ 2 Me despierto varias horas antes de lo normal y me cuesta volver a dormir

☐ 3 Duermo muy poco o casi nada

17. Cansancio

☐ 0 No me siento más cansado que antes

☐ 1 Me fatigo más fácilmente

☐ 2 Me siento cansado la mayor parte del tiempo

☐ 3 Estoy demasiado cansado para hacer nada

18. Apetito

☐ 0 Mi apetito no ha cambiado

☐ 1 Mi apetito es peor que antes

☐ 2 Tengo mucho menos apetito ahora

☐ 3 No tengo ningún apetito

19. Peso corporal

- ☐ 0 No he perdido ni ganado peso significativamente
- ☐ 1 He perdido más de 2 kg
- ☐ 2 He perdido más de 5 kg
- ☐ 3 He perdido más de 7 kg

20. Preocupación por salud

- ☐ 0 No me preocupo más por mi salud que antes
- ☐ 1 Me preocupo más por dolores o molestias
- ☐ 2 Me preocupo mucho por mi salud
- ☐ 3 Paso la mayor parte del tiempo preocupado por enfermedades

Preguntas complementarias

- 1. Me siento preocupado/a por tareas o exámenes: 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐
- 2. Me tratan mal o me intimidan en la escuela: 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐
- 3. En mi casa hay peleas o problemas que me afectan: 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐
- 4. Me siento solo/a o sin amigos:

0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐
- 5. Duermo menos de lo que necesito o me cuesta dormir: 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐
- 6. Hago actividades que me gustan (deporte, hobby): 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐
- 7. Siento que en casa esperan demasiado de mí: 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐

8. Nos faltan recursos económicos que me preocupan: 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐

9. Consumo alcohol/u otras sustancias:

0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐

10. He sufrido abuso físico o sexual alguna vez: Sí ☐ No ☐

11. Me siento incapaz de cumplir las expectativas: 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐

12. He pensado que no vale la pena vivir: 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

CENTRO UNIVERSITARIO REGIONAL DE ESTELI
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS TECNOLOGICAS Y SALUD

"2025: Eficiencia y Calidad para seguir en Victorias"

Estelí, 17 de octubre 2025

Licenciada
Alba Mara Úbeda
Directora
Colegio SOS Hermann Gmeiner
Estelí, Nicaragua

Estimada Licenciada:

Con el respeto que se merece me dirijo a Usted para solicitar su apoyo institucional para *Walter Isaac Mairena Castro, Carné N° 21504152, Abril Ninoska Sevilla Olivas, Carné N° 21506209 y Samira Esperanza Ruiz Avezruz, Carné N° 21120208*, estudiantes de la carrera Medicina.

Como requisito de culminación de plan de estudio "Monografía" los jóvenes deben realizar una investigación titulada **Incidencia del síndrome depresivo menor en estudiantes de secundaria del colegio SOS Hemam Gmeiner en el periodo de agosto a octubre del 2025**, bajo la tutoría el Dr. Ezequiel Provedor Fonseca.

En este sentido, y si usted lo autoriza, los jóvenes necesitan permiso para para ingresar a las instalaciones del Colegio SOS German Gmeiner y ser atendidos por el personal que usted designe, para que les brinde la información necesaria relacionada a su tema de estudio y se les permita aplicar instrumentos de investigación.

No omito manifestarle que una vez finalizado el estudio se entregará una copia impresa y digital a la dirección del colegio, misma que incluirá recomendaciones para el abordaje de la patología en estudio y un capítulo de Plan de acción en base a resultados obtenidos.

Agradeciendo de antemano su valiosa colaboración me ~~despido~~ reiterándole mis más cordiales saludos.

Atento,


MSc. Josué Tomás Urrutia Rodríguez
Jefe de Departamento



cc. archivo

Universidad del Pueblo y para el Pueblo!

Barrio 14 de abril, contiguo a la subestación de ENEL, Tel 27137734, Ext 7430



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN-MANAGUA

CENTRO UNIVERSITARIO REGIONAL, ESTELÍ
"2025: Eficiencia y Calidad para seguir en victorias"
Departamento de Ciencias Tecnológicas y Salud

CARTA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Estelí, 8 de enero de 2026

Por medio de la presente, en calidad de tutora del trabajo de modalidad de graduación titulado: "Manifestaciones depresivas en adolescentes del colegio SOS Hermann Gmeiner de Estelí en el periodo de agosto a octubre de 2025, un abordaje integral", hago constar por medio de la presente que:

He revisado detalladamente el instrumento de recolección de datos basado en la escala BECK-2 (BID II) presentado por los estudiantes:

Walter Isaac Mairena Castro	21504152
Samira Esperanza Ruiz Averruz	21120208
Abril Ninoska Sevilla Olivas	21506209

Correspondiente a la operacionalización de variables e indicadores propuestos en su modalidad de graduación. Luego de efectuar el análisis de pertinencia, claridad coherencia y adecuación metodológica del instrumento, certifico que dicho instrumento cumple con los criterios técnicos necesarios para su aplicación por lo que queda validado para fines académicos y científicos del presente estudio.

Atentamente,

Lic. Claudia Reyes

UNAN-Managua/CUR-Estelí

¡Universidad del Pueblo y para el Pueblo!

Barrio 14 de abril, contiguo a la subestación de ENATREL, Tel 27137734, Ext 7424
dceh.curesteli@unan.edu.ni



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN-MANAGUA

CENTRO UNIVERSITARIO REGIONAL, ESTELÍ
"2025: Eficiencia y Calidad para seguir en victorias"
Departamento de Ciencias Tecnológicas y Salud

CARTA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Estelí, 8 de enero de 2026

Por medio de la presente, en calidad de tutora del trabajo de modalidad de graduación titulado: "Manifestaciones depresivas en adolescentes del colegio SOS Hermann Gmeiner de Estelí en el periodo de agosto a octubre de 2025, un abordaje integral", hago constar por medio de la presente que:

He revisado detalladamente el instrumento de recolección de datos basado en la escala BECK-2 (BID II) presentado por los estudiantes:

Walter Isaac Mairena Castro	21504152
Samira Esperanza Ruiz Averruz	21120208
Abril Ninoska Sevilla Olivas	21506209

Correspondiente a la operacionalización de variables e indicadores propuestos en su modalidad de graduación. Luego de efectuar el análisis de pertinencia, claridad coherencia y adecuación metodológica del instrumento, certifico que dicho instrumento cumple con los criterios técnicos necesarios para su aplicación por lo que queda validado para fines académicos y científicos del presente estudio.

Atentamente,

Lic. Gioconda Ordoñez

UNAN-Managua/CUR-Estelí

CC

¡Universidad del Pueblo y para el Pueblo!
Barrio 14 de abril, contiguo a la subestación de ENATREL, Tel 27137734, Ext 7424
dceh.curesteli@unan.edu.ni



¡Universidad del Pueblo y para el Pueblo!



