

# EFECTO DE LOS FACTORES DE PROTECCIÓN Y GRADO DE AUTOESTIMA EN ADOLESCENTES CON Y SIN SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA POR MEDIO DE LA ESCALA DE BIRLESON

*Data de submissão: 14/09/2023*

*Data de aceite: 02/10/2023*

### **Betty Sarabia-Alcocer**

Universidad Autónoma de Campeche,  
México.  
San Francisco de Campeche, Campeche,  
México.  
<https://orcid.org/0000-0002-7912-4377>

### **Tomás Joel López-Gutiérrez**

Universidad Autónoma de Campeche,  
México.  
San Francisco de Campeche, Campeche,  
México.  
<https://orcid.org/0000-0002-3554-1347>

### **Baldemar Aké-Canché**

Universidad Autónoma de Campeche,  
México.  
San Francisco de Campeche, Campeche,  
México.  
<https://orcid.org/0000-0003-2636-5334>

### **Eduardo Jahir Gutiérrez Alcántara**

Universidad Autónoma de Campeche,  
México.  
San Francisco de Campeche, Campeche,  
México.  
<https://orcid.org/0000-0003-3659-1693>

### **Román Pérez-Balan**

Universidad Autónoma de Campeche,  
México.  
San Francisco de Campeche, Campeche,  
México.  
<https://orcid.org/0000-0003-2366-6617>

### **Ildefonso Velázquez-Sarabia**

Universidad Autónoma de Campeche,  
México.  
San Francisco de Campeche, Campeche,  
México.  
<https://orcid.org/0009-0000-4484-8220>

**RESUMEN:** La adolescencia es una etapa crucial en el desarrollo humano; es una forma particular de transición entre la infancia y la adultez donde ocurren profundos cambios físicos, entre ellos el crecimiento y desarrollo neuroendocrino, cambios psicológicos y cambios sociales. **Objetivo:** Determinar el efecto de los Factores de Protección y Grado de Autoestima en adolescentes con y sin Depresión. **Metodología:** Estudio transversal, observacional, descriptivo. Se les informó a los docentes, directivos y padres de familia sobre el objetivo del estudio, firmaron el consentimiento informado autorizando la participación de su hijo en el estudio **Resultados:** La sintomatología depresiva por medio de la escala de Birluson, indicó que el 21.9% presenta esta sintomatología. La autoestima evaluada con la escala de Rosenberg, se observó un 17.6% con autoestima baja. **Conclusiones:** La prevalencia observada

se ubica por arriba de lo reportado a nivel nacional.

**PALABRAS CLAVE**— Factores Protectores, Autoestima, Depresión.

## EFEITO DOS FATORES DE PROTEÇÃO E DO GRAU DE AUTOESTIMA EM ADOLESCENTES COM E SEM SINTOMAS DEPRESSIVOS POR MEIO DA ESCALA DE BIRLESON

**RESUMO:** A adolescência é uma fase crucial do desenvolvimento humano; É uma forma particular de transição entre a infância e a idade adulta, onde ocorrem profundas mudanças físicas, incluindo crescimento e desenvolvimento neuroendócrino, mudanças psicológicas e mudanças sociais. **Objetivo:** Determinar o efeito dos Fatores de Proteção e do Grau de Autoestima em adolescentes com e sem depressão. **Metodologia:** Estudo transversal, observacional, descritivo. Professores, gestores e pais foram informados sobre o objetivo do estudo, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido autorizando a participação de seus filhos no estudo. **Resultados:** A sintomatologia depressiva, por meio da escala de Birson, indicou que 21,9% apresentavam essa sintomatologia. A autoestima avaliada pela escala de Rosenberg foi observada em 17,6% com baixa autoestima. **Conclusões:** A prevalência observada é superior à relatada em nível nacional.

**PALAVRAS-CHAVE**— Fatores de proteção, Autoestima, Depressão

## EFFECT OF PROTECTION FACTORS AND DEGREE OF SELF-ESTEEM IN ADOLESCENTS WITH AND WITHOUT DEPRESSIVE SYMPTOMS BY MEANS OF THE BIRLESON SCALE

**ABSTRACT:** Adolescence is a crucial stage in human development; It is a particular form of transition between childhood and adulthood where profound physical changes occur, including neuroendocrine growth and development, psychological changes, and social changes. **Objective:** To determine the effect of Protection Factors and Degree of Self-Esteem in adolescents with and without Depression. **Methodology:** Cross-sectional, observational, descriptive study. Teachers, administrators and parents were informed about the objective of the study, signed the informed consent authorizing their child's participation in the study. **Results:** The depressive symptomatology by means of the Birlerson scale, indicated that 21.9% presented this symptomatology. Self-esteem assessed with the Rosenberg scale was observed in 17.6% with low self-esteem. **Conclusions:** The observed prevalence is higher than that reported at the national level.

**KEYWORDS**— Protective Factors, Self-esteem, Depression.

## INTRODUCCIÓN

La adolescencia debe entenderse como una etapa de crisis personal intransferible en el esquema del desarrollo biopsicosocial de todo ser humano. Abarca generalmente un largo periodo de la vida, que por lo general comprende desde los 10 o 12 años hasta los 22. La OMS define adolescencia como “la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, considerándose dos fases: la adolescencia temprana, de 10 a 14 años y la adolescencia

tardía, de 15 a 19 años. Dulanto la divide en tres etapas principales: 1) *Adolescencia temprana*, que abarca de los 12 a los 14 años y corresponde al periodo de educación secundaria; 2) *Adolescencia media*, que abarca desde los 15 años hasta 17 años, y equivale al periodo de bachillerato o a la educación media superior; 3) *Adolescencia tardía* o fase de resolución de la adolescencia, comprende de los 18 a 21 años y corresponde a la educación universitaria casi por completo.

La adolescencia es una etapa crucial en el desarrollo humano; es una forma particular de transición entre la infancia y la adultez donde ocurren profundos cambios físicos, entre ellos el crecimiento y desarrollo neuroendocrino, cambios psicológicos (estructuración de la identidad) y cambios sociales (integración del mundo adulto). Y por lo tanto, el adolescente es susceptible de recibir el impacto de los conflictos que se originan a su alrededor (familia, escuela, amigos, cambios económicos, socioculturales y tecnológicos). Los adolescentes experimentan ansiedad y depresión en sus vidas al igual que los adultos constituyendo una problemática frecuente que se ha incrementado en las últimas décadas. La mayoría de los síntomas depresivos en el adolescente se caracterizan sobre todo por humor deprimido y la pérdida de interés o satisfacción en todas o casi todas las actividades en un periodo de al menos dos semanas, siendo estos los síntomas clave de la depresión juvenil. Se ha encontrado que individuos con historias de depresión en la adolescencia presentan un alto porcentaje de continuidad del trastorno depresivo en la edad adulta, debido a esto, la prevención de trastornos y la promoción de un adecuado desarrollo, son objetivos cuyo logro comienza con la identificación de factores de riesgo, así como factores protectores de salud mental.

Por lo tanto, se considera importante propiciar el desarrollo de factores protectores que apoyen el crecimiento y la maduración sana del adolescente, primordialmente enfocados al establecimiento y logro de una adecuada autoestima, que le brinde al adolescente las posibilidades de enfrentar problemas con responsabilidad a lo largo de su vida.

Si bien la adolescencia se caracteriza por ser una etapa de cambios con características propias, como su inestabilidad identificatoria y de fluctuaciones emocionales, es susceptible de recibir el impacto de los conflictos que se originan a su alrededor como familia, escuela, amigos, cambios económicos, socioculturales y tecnológicos. Todo esto, puede actuar como disparadores para que el adolescente sufra un estado de vulnerabilidad que fácilmente lo lleve a un estado de depresión.

La depresión según el DSM-IV la define como la presencia durante un periodo mayor de 2 semanas de síntomas como: estado de ánimo deprimido o irritable la mayor parte del día, pérdida de interés o de capacidad para el placer en todas o en la mayoría de las actividades, insomnio o hipersomnia, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de inutilidad o culpa, disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, agitación o entecimiento psicomotor, pérdida o aumento de peso, disminución de la capacidad de concentración e ideas suicidas, y de acuerdo a la severidad de los síntomas depresión

puede ser: leve, moderada y severa. Por mucho tiempo se consideraba que la depresión no existía en niños y que era normativa en la adolescencia, pero en los últimos 30 años se empezó a reconocer que la depresión mayor es un trastorno que también la padecen los niños y adolescentes. Según estudios internacionales, a nivel mundial se estima que hasta un 25% de los niños y adolescentes padecen depresión, y que solo un 3 o 4% requiere tratamiento.

La OMS define a la depresión como el más común de los trastornos mentales, afectando alrededor de 340 millones de personas en todo el mundo. En Estados Unidos y Europa Occidental la prevalencia a lo largo de la vida del trastorno depresivo mayor varía entre el 13.3% y 17.1% y en México es del 12%, y se estima que la prevalencia de trastornos psiquiátricos oscila entre el 15% al 30% en la población menor de 18 años.

Los factores causales de la depresión en el adolescente son múltiples, entre ellos el genético, ser hijo de personas que presentan trastornos afectivos; factores biológicos como el descenso de dopamina, noradrenalina y serotonina; factores individuales como labilidad emocional, formación de una nueva imagen de sí mismo, actitud autodestructiva, falta de maduración y falta de logros académicos (deterioro del rendimiento escolar); los factores sociales como la familia (efecto de la relación madre y padre), la escuela, los compañeros y las relaciones sociales que también desempeñan un papel importante en la génesis de la depresión del adolescente.

Son importantes también los factores generadores de estrés, en particular los más comunes son la pérdida de un padre por muerte o divorcio, abuso infantil, atención inestable, falta de habilidades sociales y enfermedad crónica. Los conflictos familiares han sido asociados con la externalización de problemas como son la agresividad y el comportamiento antisocial, al igual que su interiorización, resultando en problemas tales como ansiedad, depresión y baja autoestima.

Por esto, el diagnóstico oportuno del trastorno depresivo es imperativo para evitar sufrimiento prolongado y posibilidades de suicidio, ya que en México se estima que el suicidio es la sexta causa de mortalidad, y la segunda causa entre las edades de 14 a 49 años. La prevalencia del intento suicida en población adolescente mexicana varía de 3.0 a 8.3%; y entre 0.1 a 11% logran consumar el suicidio, siendo más común en el género masculino, debido a que presentan mayormente problemas de conducta impulsiva, agresiva y respuesta intensa al estrés.

Si consideramos la relevancia del trastorno depresivo en la adolescencia como una patología grave y como un periodo crítico para el reconocimiento de la sintomatología y el establecimiento terapéutico temprano, resulta importante contar con un instrumento que pueda medir los síntomas, cuantificar la intensidad de la depresión y que sea útil para el seguimiento terapéutico. Entre los instrumentos de evaluación se encuentra la Escala de Birlson, traducida al español y validada en población mexicana adolescente, que fue diseñada para la cuantificación de la severidad de la sintomatología depresiva en niños

y adolescentes que puede utilizarse para supervisar la respuesta al tratamiento. Es un instrumento sencillo, autoaplicable tipo Likert que consta de 18 reactivos con un punto de corte de 14 puntos para la detección de depresión clínica.

Entendemos por conductas de riesgo las acciones ya sean pasivas o activas, que involucren peligro para el bienestar del individuo o que acarreen consecuencias negativas para su salud o comprometen aspectos de su desarrollo.

Un factor protector se define como el conjunto de circunstancias y características con lo que las personas mejoran su efectividad para manejar una situación potencialmente peligrosa, estos a su vez ofrecen un grado máximo de resistencia, refracción o invulnerabilidad, aun bajo las condiciones más adversas. La condición invulnerable o refractaria es definida como la capacidad de hacer frente exitosamente a las presiones internas y externas que pretenden violentar a una persona. Estos factores cumplen una función beneficiosa o de protección en el estado de salud del individuo, ayudándolo a su adaptación al ambiente físico y social. A su vez reducen la probabilidad de emitir conductas de riesgo o de tener consecuencias negativas cuando se involucran en ellas, y así mismo favorecen la motivación al logro de las tareas propias de esta etapa del desarrollo y tiene que ver con la manera como enfrentan las situaciones y cambios en la vida.

Los estudios, aun siendo insuficientes, permiten sugerir que los procesos protectores incluyen:

- Los que reducen las repercusiones del riesgo, en virtud de sus efectos sobre el propio riesgo, o modificando la exposición o la participación en el mismo.
- Los que reducen la probabilidad de reacción negativa en cadena resultante del encuentro con el riesgo.
- Los que promueven la autoestima y la eficiencia mediante relaciones personales que dan seguridad y apoyo, o mediante el éxito en la realización de tareas.
- Los que crean oportunidades.

A este respecto es necesario prestar atención especial a los mecanismos fundamentales de los procesos del desarrollo que acrecientan la capacidad de las personas para hacer frente eficazmente al estrés y la adversidad futuros, y los que les permiten superar las secuelas de riesgos psicosociales pasados. Los factores de protección pueden ser personales (autoestima, autonomía y proyección social), familiares (cohesión, calidez y bajo nivel de discordia) y sociales (estímulos adecuados y reconocimiento de los intentos de adaptación).

## **DESCRIPCIÓN DEL MÉTODO**

Se realizó un estudio observacional, transversal, comparativo, para identificar los factores protectores en adolescentes, la presencia de depresión en adolescentes

escolarizados de nivel secundaria. Para tal fin, se utilizó la escala de Birlésón para identificar depresión y la de Rosenberg para evaluar autoestima ambas escalas están validadas y utilizadas en población adolescente mexicana. Para los factores protectores se utilizó una encuesta de recolección de datos diseñada ex profeso para este proyecto, para lo cual primero se identificaron los factores de riesgo y protectores de los estudios publicados, ya que en ninguno identificamos una escala, en cada uno de estos solo mencionan los aspectos que exploraron y se mencionan algunas preguntas. Se realizó un listado de las posibles preguntas de los aspectos a explorar y en una ronda de expertos que incluyo psicólogos, pediatras y trabajadores sociales; se conformó la primera versión y se modificaron los términos para su mejor comprensión en la población adolescente, con preguntas mixtas. Se realizó una segunda ronda para integrar la encuesta en forma fina, posteriormente se efectuó una prueba piloto para verificar si las preguntas son entendibles, adaptación a modismos y lenguaje propio del adolescente, se aplicó en tres poblaciones diferentes de adolescentes en diferentes momentos para verificar comprensión de las preguntas y las opciones de respuesta, hasta conformar la versión final.

Se gestionó el permiso en la escuela secundaria y la autorización por el comité de local de investigación, posterior a estas gestiones se procedió a identificar cuantos salones y alumnos por salón.

Previo acuerdo con las autoridades de la escuela se programó una junta con todos los maestros para informarles del proyecto de investigación y una plática general del tema, en forma posterior se otorgó una reunión con los padres de familia acerca de cómo se realizó el trabajo de investigación, se identificó la mejor estrategia para la firma de consentimiento informado el cual fue posterior a la plática.

## COMENTARIOS FINALES

### Resumen de resultados

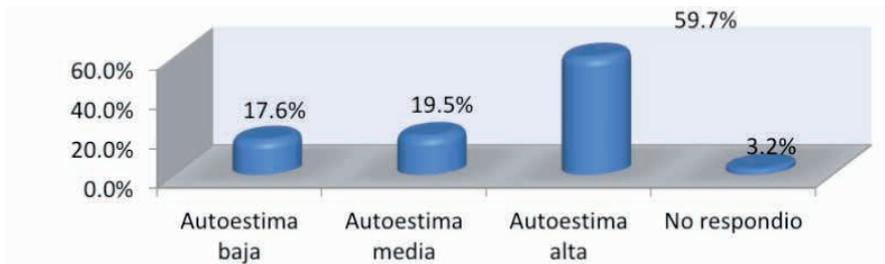
La población que participo en el estudio fue de 466 alumnos, el 39.1% correspondió al género masculino y 60.9% al femenino, el promedio de edad fue de 14 años con una edad mínima de 12 y una máxima de 17 años. El grado escolar al que correspondieron fue del 44.2% para primero, 27.3% para el segundo y 28.5% para tercer grado; el 57.5% fue del turno matutino y 42.5% del vespertino. Con un promedio de calificación de 86.1 para todos los alumnos participantes. La religión a la que pertenecen fue la católica con el 72.7%, cristiana con el 13.5%, testigo de Jehová el 3.4% y ninguna el 2.8%

Al evaluar la sintomatología depresiva por medio de la escala de Birlésón, se encontró que el 21.9% presenta esta sintomatología (Grafica 1).



Gráfica 1. Frecuencia de Sintomatología depresiva

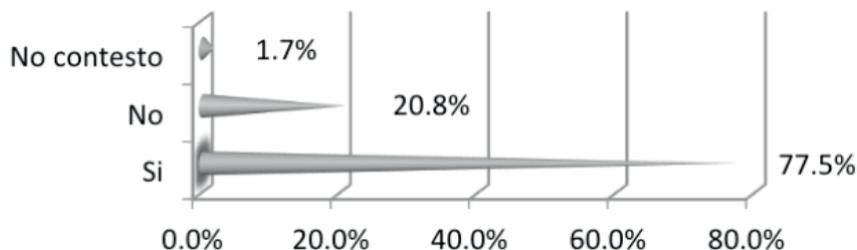
En relación con la autoestima evaluada con la escala de Rosenberg, se observó un 17.6% con autoestima baja, 19.5 con autoestima media, 59.7% con autoestima elevada y un 3.2% no respondió esta escala. (Gráfica 2)



Gráfica 2. Distribución de los grados de autoestima en la población de estudio

Uno de los factores protectores evaluados fue las metas que tienen a futuro, en la primera meta, respondió el 90.1% y predominaron las metas académicas con el 46.0%, seguidas de las profesionales con el 27.9%; en la segunda meta, respondieron el 80.7% de los alumnos y predominaron las metas profesionales y académicas con el 20.2% cada una, seguida de las laborales con el 17.6% y las personales con el 17.3%; en la tercera meta hubo una respuesta del 65.5% y predominaron las metas personales con el 20.0%. En la cuarta meta respondieron el 45.5% y predominó las metas familiares; para la quinta meta hubo una respuesta del 29.4% y predominaron las metas personales; en la sexta meta, respondieron el 14.2% y predominaron las personales.

Otro factor evaluado en la población adolescente identificado como protector para depresión y baja autoestima es la realización de algún deporte y se observó que el 77.5% de ellos si lo realiza. (Gráfica 3)



Gráfica 3. Distribución de los alumnos que realizan deporte

El 32.0% con sintomatología depresiva no realiza esta actividad física. (Cuadro 1)

	Realiza Deporte	
	Si	No
Sintomatología Depresiva	68.0%	32.0%
Sin sintomatología Depresiva	81.8%	18.2%

Cuadro 1. Sintomatología depresiva en relación con la práctica de algún deporte

De igual manera el 27.2% con autoestima bajo no practica ningún deporte. (Cuadro 2)

	Realiza Deporte	
	Si	No
Autoestima baja	72.8%	27.2%
Autoestima media	75.8%	24.2%
Autoestima elevada	81.6%	18.4%

Cuadro 2. Grado de autoestima en relación con la práctica de algún deporte

La convivencia que se da con los padres es el pasear con el 28.6%, el platicar con

el 19.5%, compartir la hora de comida el 11.0% y el 5.9% refirió que no realiza ninguna actividad de convivencia. Es importante destacar que, para este cuestionamiento, el 15.9% no respondió. El relacionarse o hacer amistad es otro factor que se relaciona con la presencia o ausencia de depresión o baja autoestima y se observó que en los alumnos encuestados el 35.1% le es difícil hacer amigos y el 5.8% no respondió este rubro. En relación con lo que hace para sentirse bien cuando están tristes, el 72.6% hace una actividad, el 8.9% dos actividades, el 8.7% tres y ninguna el 1.1%. El 91.6% tiene un familiar de confianza con quien platicar <sup>Grafica 8</sup> y el 60.9% tiene a alguien que de confianza para platicar que no es de la familia.

## CONCLUSIONES

La población que participo en el estudio fue de 466 alumnos, el 39.1% correspondió al género masculino y 60.9% al Femenino, el promedio de edad fue de 14 años con una edad mínima de 12 y una máxima de 17 años.

El grado escolar al que correspondieron fue del 44.2% para primero, 27.3% para el segundo y 28.5% para tercer grado; el 57.5% fue del turno matutino y 42.5% del vespertino. Con un promedio de calificación de 86.1 para todos los alumnos participantes. La religión a la que pertenecen fue la católica con el 72.7%, cristiana con el 13.5%, testigo de Jehová el 3.4% y ninguna el 2.8%.

Al evaluar la sintomatología depresiva por medio de la escala de Birlleson, se encontró que el 21.9% presenta esta sintomatología. En relación con la autoestima evaluada con la escala de Rosenberg, se observó un 17.6% con autoestima baja, 19.5 con autoestima media, 59.7% con autoestima elevada y un 3.2% no respondió esta escala.

Uno de los factores protectores evaluados fue las metas que tienen a futuro, en la primera meta, respondió el 90.1% y predominaron las metas académicas con el 46.0%, seguidas de las profesionales con el 27.9%; en la segunda meta, respondieron el 80.7% de los alumnos y predominaron las metas profesionales y académicas con el 20.2% cada una, seguida de las laborales con el 17.6% y las personales con el 17.3%; en la tercera meta hubo una respuesta del 65.5% y predominaron las metas personales con el 20.0%. En la cuarta meta respondieron el 45.5% y predomino las metas familiares; para la quinta meta hubo una respuesta del 29.4% y predominaron las metas personales; en la sexta meta, respondieron el 14.2% y predominaron las personales. Otro factor evaluado en la población adolescente identificado como protector para depresión y baja autoestima es la realización de algún deporte y se observó que el 77.5% de ellos si lo realiza, el 32.0% con sintomatología depresiva no realiza esta actividad física, de igual manera el 27.2% con autoestima bajo no practica ningún deporte.

La convivencia que se da con los padres es el pasear con el 28.6%, el platicar con el 19.5%, compartir la hora de comida el 11.0% y el 5.9% refirió que no realiza ninguna

actividad de convivencia. Es importante destacar que, para este cuestionamiento, el 15.9% no respondió. El relacionarse o hacer amistad es otro factor que se relaciona con la presencia o ausencia de depresión o baja autoestima y se observó que en los alumnos encuestados el 35.1% le es difícil hacer amigos y el 5.8% no respondió este rubro. En relación con lo que hace para sentirse bien cuando están tristes, el 72.6% hace una actividad, el 8.9% dos actividades, el 8.7% tres y ninguna el 1.1%. El 91.6% tiene un familiar de confianza con quien platicar Grafica 8 y el 60.9% tiene a alguien que de confianza para platicar que no es de la familia.

## REFERENCIAS

Dulanto y AMP. EL ADOLESCENTE. 1ª. Ed., México DF, 2000. Vol. 1, pp.143-164, 208-231.

Benjet, Borges, Medina-Mora, Fleiz-Bautista, Zambrano-Ruiz. *LA DEPRESION CON INICIO TEMPRANO: PREVALENCIA, CURSO NATURAL Y LATENCIA PARA BUSCAR TRATAMIENTO*. Salud Pública de México, vol. 46, No. 5, sept-oct 2004, 417-424.

Czernik, Almeida, Godoy, Almirón. *SEVERIDAD DEPRESIVA EN ADOLESCENTES DE UNA ESCUELA DE FORMACION PROFESIONAL DE LA CIUDAD DE RESISTENCIA. CHACO, ARGENTINA*. CIMEL 2006, Vol. 11, No. 1: 16-19.

Arrivillaga-Quintero, Cortes-García, Goicochea-Jiménez, Lozano-Ortiz. *CARACTERIZACION DE LA DEPRESION EN JOVENES UNIVERSITARIOS*. Univ Psychol. Bogota (Colombia), 2004, 3 (1): 17-26.

Czernik, Dabski, Canteros, Almirón. *ANSIEDAD, DEPRESION Y COMORBILIDAD EN ADOLESCENTES DE LA CIUDAD DE CORRIENTES*. Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina 2006; No. 162: 1-4.

Martinez R, Reynolds S, Howe A. *FACTORS THAT INFLUENCE THE DETECTION OF PSYCHOLOGICAL PROBLEMS IN ADOLESCENTS ATTENDING GENERAL PRACTICES*. British Journal of Medical Practice, 2006, 56, 594-599.

Haquin, Larraguibel, Cabezas. *FACTORES PROTECTORES Y DE RIESGO EN SALUD MENTAL EN NIÑOS Y ADOLESCENTES DE LA CIUDAD DE CALAMA*. Rev chil pediatr, Vol. 75 (5): 425-433. Santiago oct 2004.

Olmedo-Buenrostro, Torres-Hernández, Velasco-Rodríguez, Mora-Brambila, Blas-Vargas. *PREVALENCIA Y SEVERIDAD DE DEPRESION EN ESTUDIANTES DE ENFERMERIA EN LA UNIVERSIDAD DE COLIMA*. Rev Enf IMSS 2006; 14 (1): 17-22.

Pardo, Sandoval, Umbarila. *ADOLESCENCIA Y DEPRESION*. Revista Colombiana de Psicología 2004, No. 13, 13-28.

Keenan D, Hammen C, Brennan P. *HEALTH OUTCOMES RELATED TO EARLY ADOLESCENT DEPRESSION*. Journal of Adolescent Health. 2007, 41 (3): 256-262.