

UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA



INFORME FINAL DE TESIS

Título : Niveles de sintomatología depresiva en alumnos del 3er grado de secundaria de instituciones educativas de las ciudades de Huancayo, Satipo y Huancavelica 2017.

Para Optar : El título profesional de Psicóloga

Autores : Bach. DAMAS BERROCAL, JAKELIN ROSA
Bach. MANRIQUE DE LA CRUZ, SHELLY JOSELYNN

Asesor : Ps. PAOLA INES GUERRA ROJAS

Área de Investigación : Psicología Clínica

Línea de Investigación : Depresión

Resolución de Expedito N°:

Huancayo – Perú
2018

DEDICATORIA

El presente trabajo refleja esfuerzo y dedicación, agradecimiento infinito a los centros educativos, los alumnos y padres de familia por su colaboración, pero, sobre todo, expresa el apoyo incondicional de nuestros padres, asesores, docentes y amigos, siendo ellos la motivación de la presente.

AGRADECIMIENTO

El presente trabajo es el resultado del esfuerzo invertido como personas preocupadas por indagar sobre una de las problemáticas que aqueja a la mayoría de la población actualmente, enfocándonos principalmente en un grupo etario que requiere mayor atención por los cambios que atraviesan, como son los adolescentes de nuestra sociedad.

Sin embargo, esto no hubiera sido completamente posible sin la colaboración y el soporte de las personas que contribuyeron en esta investigación, acompañándonos en el camino hacia el logro de nuestros objetivos y metas.

A nuestro Divino Hacedor que sin él nada podría ser factible.

A las Instituciones Educativas, directivos, docentes, padres de familia y sobre todo a los estudiantes que hicieron posible el desarrollo de la investigación en su etapa aplicativa.

Con amor y gratitud a nuestros abnegados padres y familiares quienes no dudaron en apoyarnos incondicionalmente en nuestro día a día, no solo en la investigación sino a lo largo de toda nuestra formación profesional.

INDICE

	Pág.
CARATULA	i
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTOS	iii
INDICE	iv
INDICE DE TABLAS	vi
INDICE DE FIGURAS	vii
RESUMEN	viii
SUMMARY	xi

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Descripción de la realidad problemática	10
Delimitaciones del problema	12
Formulación del problema de investigación	
Problema General	12
Problemas Específicos	12
Justificación	
Social	14
Teórico	14
Metodológica	14
Objetivos	
Objetivo General	15
Objetivos Específicos	15

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

Antecedentes	
Antecedentes Locales	17
Antecedentes Nacionales	20
Antecedentes Internacionales	24
Bases teóricas	

Adolescencia	26
Depresión	33
Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el género	38
Depresión en la zona andina	42
Depresión en la adolescencia	46
Marco Conceptual	53
CAPÍTULO III	
HIPÓTESIS Y VARIABLES	
Hipótesis general	57
Hipótesis específicas	57
Variables	58
CAPÍTULO IV	
METODOLOGÍA	
Método de investigación	60
Tipo de Investigación	60
Nivel de investigación	60
Diseño de investigación	61
Población y muestra	61
Técnicas e instrumentos de recolección de datos	62
Técnicas de procesamiento y análisis de datos	64
Aspectos éticos de la investigación	65
CAPÍTULO V	
RESULTADOS	
Descripción de resultados	66
Contrastación de Hipótesis	83
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	86
CONCLUSIONES	90
RECOMENDACIONES	83
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	95
ANEXOS	101

INDICE DE TABLAS

TABLA 1: Distribución total de participantes según lugar de procedencia	67
TABLA 2: Distribución total de participantes según género	68
TABLA 3: Distribución total de participantes según edad	69
TABLA 4: Distribución total de participantes según categoría diagnóstica	70
TABLA 5: Distribución total de participantes según edad y categoría diagnóstica	71
TABLA 6: Distribución total de participantes según género y categoría diagnóstica	72
TABLA 7: Distribución de participantes ciudad Huancavelica, según categoría diagnóstica	73
TABLA 8: Distribución de participantes ciudad Huancavelica, según edad y categoría diagnóstica	74
TABLA 9: Distribución de participantes ciudad Huancavelica, según género y categoría diagnóstica	75
TABLA 10: Distribución de participantes ciudad Huancayo, según categoría diagnóstica	76
TABLA 11: Distribución de participantes ciudad Huancayo, según edad y categoría diagnóstica	77
TABLA 12: Distribución de participantes ciudad Huancayo según género y categoría diagnóstica	78
TABLA 13: Distribución de participantes ciudad Satipo según categoría diagnóstica	79
TABLA 14: Distribución de participantes ciudad Satipo según edad y categoría diagnóstica	80
TABLA 15: Distribución de participantes ciudad Satipo, según género y categoría diagnóstica	81
TABLA 16: Distribución de participantes según ciudad de procedencia y categoría diagnóstica	82

INDICE DE FIGURAS

TABLA 1: Distribución total de participantes según lugar de procedencia	67
TABLA 2: Distribución total de participantes según género	68
TABLA 3: Distribución total de participantes según edad	69
TABLA 4: Distribución total de participantes según categoría diagnóstica	70
TABLA 5: Distribución total de participantes según edad y categoría diagnóstica	71
TABLA 6: Distribución total de participantes según género y categoría diagnóstica	72
TABLA 7: Distribución de participantes ciudad Huancavelica, según categoría diagnóstica	73
TABLA 8: Distribución de participantes ciudad Huancavelica, según edad y categoría diagnóstica	74
TABLA 9: Distribución de participantes ciudad Huancavelica, según género y categoría diagnóstica	75
TABLA 10: Distribución de participantes ciudad Huancayo, según categoría diagnóstica	76
TABLA 11: Distribución de participantes ciudad Huancayo, según edad y categoría diagnóstica	77
TABLA 12: Distribución de participantes ciudad Huancayo según género y categoría diagnóstica	78
TABLA 13: Distribución de participantes ciudad Satipo según categoría diagnóstica	79
TABLA 14: Distribución de participantes ciudad Satipo según edad y categoría diagnóstica	80
TABLA 15: Distribución de participantes ciudad Satipo, según género y categoría diagnóstica	81
TABLA 16: Distribución de participantes según ciudad de procedencia y categoría diagnóstica	82

RESUMEN

La depresión no sólo ataca a los adultos, sino también a niños y adolescentes, quienes, por su proceso de madurez cognitiva y emocional tienden a ser vulnerables. La presente investigación tuvo como objetivo: Comparar los niveles de sintomatología depresiva en estudiantes del 3er grado de secundaria de las instituciones educativas de las ciudades de Huancayo, Satipo y Huancavelica 2017; en una muestra de 377 alumnos de ambos géneros, que se encuentren cursando el 3er grado de secundaria, para lo cual se empleó el método científico, de nivel descriptivo comparativo y Diseño no Experimental Transversal Descriptivo; se hizo uso del Inventario de Depresión Infantil de Kovacs CDI, validado y adaptado para el presente estudio, cuyas dimensiones son: Estado de Ánimo disfórico (tristeza, soledad, desdicha, indefensión y/o pesimismo) e Ideas de Auto-desprecio (incapacidad, fealdad, culpabilidad, deseos de muerte y tentativas de suicidio). Para el procesamiento de datos se utilizó las técnicas de la estadística descriptiva, mediante el software SPSS versión 24. Se obtuvieron los siguientes resultados: la sintomatología depresiva prevalente en la muestra total es la categoría diagnóstica alta; en el análisis por ciudades, los estudiantes de la ciudad de Huancavelica poseen mayor porcentaje de sintomatología depresiva alta, con edad prevalente de 13 años y género masculino; los de la ciudad de Huancayo presentan un mayor porcentaje de sintomatología depresiva baja, con prevalencia del género masculino y alumnos de 13 años; mientras que en los de la ciudad de Satipo prevalecen la sintomatología depresiva alta, género femenino y edad de 15 años.

Palabras clave: Sintomatología depresiva, depresión, estado de ánimo disfórico, ideas de auto desprecio, adolescencia.

SUMMARY

Depression attacks not only adults but also children and adolescents who, because of their lack of cognitive and emotional maturity tend to be the most vulnerable. This research aimed to: compare the levels of depressive symptoms in 3rd grade students of secondary educational institutions in the cities of Huancayo, Huancavelica Satipo and 2017; in a sample of 377 students of both sexes who are studying the secondary 3rd grade, for which the scientific method, comparative descriptive level and not Description Transversal experimental design based; use was made Child Depression Inventory CDI Kovacs, validated and adapted for this study, which dimensions are: dysphoric mood (sadness, loneliness, misery, helplessness and / or pessimism) and Ideas of self-deprecation (disability, ugliness, guilt, death wishes and attempted suicide). For data processing techniques used descriptive statistics, using SPSS software version 23. The following results were obtained: the prevailing depressive symptoms in the total sample is high diagnostic category; in the analysis by cities, students of the city of Huancavelica have higher percentage of high depressive symptoms, with prevailing age of 14 years and male gender; the city of Huancayo have a higher percentage of low depressive symptoms, with prevalence of male students and 14; while in the city of Satipo high depressive symptoms, female gender and age 15 prevail.

Keywords: depressive symptoms, depression, dysphoric mood, thoughts of self-deprecation, adolescence.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA:

La depresión es un trastorno mental común, que para el año 2020, según muchos expertos en el tema, va a ser uno de los principales problemas de salud pública. Blum citado por Pardo, Sandoval y Umbarilia¹, comenta que los adolescentes son uno de los grupos etarios que presentan mayor probabilidad de sufrir una depresión, dada la etapa de cambios físicos, psicológicos, socioculturales y cognitivos. En la actualidad la depresión compromete al 28% de escolares limeños entre 12 y 17 años, y de ellos una cantidad importante tiene ideas suicidas, comenta el director del Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado, citado por Cisneros y Mantilla².

En las diversas investigaciones realizadas sobre depresión, no existen resultados que se mantengan invariables, esto debido a las condiciones contextuales de las poblaciones donde se realizaron dichas investigaciones, siendo el individuo la suma total de lo que adquiere de su sociedad, que

involucra creencias, costumbres, normas, artes y hábitos; mediante una educación regular o irregular. El diagnóstico de depresión está ligado al conocimiento y reconocimiento de los síntomas y de los términos específicos de los que dispone el enfermo para expresar su tristeza y su desconcierto, no es de extrañar que las expresiones psicopatológicas, presenten diferencias notables según las áreas culturales en las que se observen. Sumado a ello, las características de las diferentes estructuras neuro y psico-biológicas ligadas a la raza, sobre las que estas manifestaciones se asientan podrían ser la base de estas diferencias, afirman Villaseñor SJ, Rojas C, Albarrán AJ y Gonzáles citados por Zevallos³.

En el ámbito regional la última información de la DIRESA revela que unos 4836 adolescentes, que representan el 14%, fue diagnosticado con depresión⁴. Es decir, en la región tenemos miles de adolescentes depresivos, de los cuales en la RED de salud Satipo en el año 2016 se registraron 90 pacientes entre los 12 a 17 años, quienes fueron diagnosticados con trastorno depresivo⁵; mientras que en Huancayo se hallaron un total de 1008 personas, en su mayoría mujeres que intentaron terminar con sus vidas, mientras que el 11,4% de la población adolescente presentaron trastornos depresivos, de acuerdo a la estadística de la Dirección Regional de Salud de Junín (Diresa)⁶. Asimismo Según la dirección estadística e informática DIRESA Huancavelica, en el 2013 al 2014 se han consignado 157 defunciones en la etapa de vida adolescente, siendo la primera causa los envenenamientos por exposición a sustancias nocivas, con 6 registros que hacen el 12.24%⁷.

La depresión suele tener varios factores desencadenantes, entre ellos están: cambios sociales rápidos, discriminación de género, exclusión social, modos

de vida poco saludables, mala salud física, violencia, etc. Factores que se pueden observar en las poblaciones estudiadas, como: el conflicto armado interno, ya que el impacto y la intensidad de los hechos de violencia ha tenido un carácter desestabilizador, dando lugar a sufrimientos graves, tanto físicos como emocionales, tales como sentimientos de inseguridad, desamparo e impotencia y, en algunos casos, un trastorno duradero de la organización psíquica. Otro punto a tener en cuenta son los estilos de crianza que predominan en estas poblaciones, siendo el estilo de crianza negligente y permisivo, en donde los estudiantes presentan sentimientos de soledad, baja tolerancia a la frustración, impulsividad y baja autoestima; asimismo están expuestos tempranamente al consumo de bebidas alcohólicas, estupefacientes y a pertenecer a grupos antisociales. Motivos por los cuales desarrollamos el siguiente trabajo de investigación.

1.2. DELIMITACION DEL PROBLEMA

La presente investigación busca determinar los niveles de sintomatología depresiva en alumnos del 3er grado de secundaria, quienes atraviesan la adolescencia, etapa en la cual, se dan cambios tanto físico como psicológicos, haciéndolos más susceptibles a las dificultades de su entorno social.

Esta investigación tuvo como escenarios tres ciudades: Huancavelica que se encuentra ubicada en la sierra central del Perú, se caracteriza por lo accidentado de su geografía, haciendo que sea uno de los territorios de más difícil acceso y con mayor porcentaje de emigración, debido a la violencia armada interna, pero también a las condiciones económicas, donde el 31.9% de la población es pobre, y el 68.2% está en una situación de pobreza

extrema, en este departamento se evidencian fuertes problemas en el acceso a la salud, educación, vivienda, trabajo digno y saludable; asimismo en esta zona del país es característico la fecundidad temprana, esto quiere decir que existe una alta proporción de adolescentes que llegan a ser madres, además existen altas tasas de abandono y/o fracaso escolar debido a los factores anteriormente mencionados, como también debido al consumo de drogas (bebidas alcohólicas por las mismas costumbres de la región y el consumo y traslado de cocaína por influencia de los grupos narcoterroristas); otro escenario fue la ciudad de Satipo que forma parte de la selva central del departamento de Junín, caracterizado por un clima tropical que demarca el desarrollo físico y forma de vestir de sus pobladores, asimismo se pueden apreciar frutos, bebidas e ideologías que incitan al temprano inicio de su vida sexual, siendo una de las causa de altas tasas de embarazos adolescentes, abortos, ausencia y/o abandono escolar; además está conformada por población rural en su mayoría, la cual tiene que migrar a la capital de la provincia para poder asegurar su nivel de educación, siendo otra de las causas de los problemas psicosociales en los jóvenes ya que al estar solos en la capital están expuestos al consumo de drogas, pandillaje y prostitución. Y por último esta la ciudad de Huancayo, considerada la novena ciudad más poblada del Perú y con mayor acceso a los diversos bienes y servicios sociales, no por ello está exenta de diversos problemas psicosociales. La investigación se realizó en Instituciones Educativas Estatales debido a la accesibilidad, cantidad de población, la realidad problemática debido condiciones socioeconómicas y el limitado acceso a bienes y servicios; siendo específicamente: la I.E. “San José” de Huancavelica, la I.E. “Francisco

Irazola” de Satipo y la I.E. “José Carlos Mariátegui” de Huancayo. El trabajo de investigación se desarrolló entre los meses de mayo a diciembre del 2017, totalizando 8 meses de ejecución.

1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN:

Problema principal:

¿Qué diferencias existen entre los niveles de sintomatología depresiva en alumnos del 3^{er} grado de secundaria de las instituciones educativas de las ciudades de Huancayo, Satipo y Huancavelica 2017?

Problemas específicos:

- ¿Cuáles son los niveles de sintomatología depresiva en estudiantes del 3er. Grado de secundaria de la institución educativa José Carlos Mariátegui de la ciudad de Huancayo?
- ¿Cuáles son los niveles de sintomatología depresiva en estudiantes del 3er. Grado de secundaria de la institución educativa Francisco Irazola de la ciudad de Satipo?
- ¿Cuáles son los niveles de sintomatología depresiva en estudiantes del 3er. Grado de secundaria de la institución educativa San José de la ciudad de Huancavelica?
- ¿Cuál es la prevalencia de los niveles de sintomatología depresiva en estudiantes del 3er. Grado de secundaria de la institución educativa José Carlos Mariátegui de la ciudad de Huancayo, según género?
- ¿Cuál es la prevalencia de los niveles de sintomatología depresiva en estudiantes del 3er. Grado de secundaria de la institución educativa Francisco Irazola de la ciudad de Satipo, según género?

- ¿Cuál es la prevalencia de los niveles de sintomatología depresiva en estudiantes del 3er. Grado de secundaria de la institución educativa San José de la ciudad de Huancavelica, según género?
- ¿Cuál es la prevalencia de los niveles de sintomatología depresiva en estudiantes del 3er grado de secundaria de la institución educativa José Carlos Mariátegui de la ciudad de Huancayo, según edad?
- ¿Cuál es la prevalencia de los niveles de sintomatología depresiva en estudiantes del 3er grado de secundaria de la institución educativa Francisco Irazola de la ciudad de Satipo, según edad?
- ¿Cuál es la prevalencia de los niveles de sintomatología depresiva en estudiantes del 3er grado de secundaria de la institución educativa San José de la ciudad de Huancavelica, según edad?

1.4. JUSTIFICACIÓN

SOCIAL

Los resultados del estudio ayudaron a crear una mayor conciencia entre las autoridades de las instituciones educativas en primera instancia, para que puedan brindar una asesoría más adecuada e integral, de igual manera fueron beneficiados los padres de familia y los propios estudiantes participes de la investigación, asimismo con la información obtenida se beneficiaron de manera indirecta las otras instituciones educativas de las ciudades en mención, ya que será un referente para próximos estudios.

♦ TEÓRICA

La investigación planteada contribuyó con información científica relevante y datos estadísticos pertinentes respecto a los niveles de sintomatología

depresiva en distintas poblaciones donde se aplicó el estudio, de las cuales dos instituciones educativas corresponden a la región andina y una corresponde a la región de la selva central.

♦ **METODOLÓGICA**

Para el desarrollo del presente estudio se utilizó un instrumento adaptado y validado para nuestro medio, como es el caso del Inventario de Depresión Infantil C.D.I de María Kovacs. El presente trabajo se desarrolló para contar con mayores conocimientos acerca de la prevalencia de sintomatología depresiva el cual pueda servir como base para realizar actividades de intervención y prevención a partir de la información hallada.

1.5. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN:

♦ **Objetivo general:**

Comparar los niveles de sintomatología depresiva en estudiantes del 3er grado de secundaria de las instituciones educativas de las ciudades de Huancayo, Satipo y Huancavelica 2017.

♦ **Objetivos específicos:**

- Determinar los niveles de sintomatología depresiva en estudiantes del 3er. Grado de secundaria de la institución educativa José Carlos Mariátegui de la ciudad de Huancayo.
- Determinar los niveles de sintomatología depresiva en estudiantes del 3er. Grado de secundaria de la institución educativa Francisco Irazola de la ciudad de Satipo.

- Determinar los niveles de sintomatología depresiva en estudiantes del 3er. Grado de secundaria de la institución educativa San José de la ciudad de Huancavelica.
- Establecer la prevalencia de los niveles de sintomatología depresiva en estudiantes del 3er. Grado de secundaria de la institución educativa José Carlos Mariátegui de la ciudad de Huancayo, según género.
- Establecer la prevalencia de los niveles de sintomatología depresiva en estudiantes del 3er. Grado de secundaria de la institución educativa Francisco Irazola de la ciudad de Satipo, según género.
- Establecer la prevalencia de los niveles de sintomatología depresiva en estudiantes del 3er. Grado de secundaria de la institución educativa San José de la ciudad de Huancavelica, según género.
- Determinar la prevalencia de los niveles de sintomatología depresiva en estudiantes del 3er. Grado de secundaria de la institución educativa José Carlos Mariátegui de la ciudad de Huancayo, según edad.
- Determinar la prevalencia de los niveles de sintomatología depresiva en estudiantes del 3er. Grado de secundaria de la institución educativa Francisco Irazola de la ciudad de Satipo, según edad.
- Determinar la prevalencia de los niveles de sintomatología depresiva en estudiantes del 3er. Grado de secundaria de la institución educativa San José de la ciudad de Huancavelica, según edad.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN:

2.1.1 ANTECEDENTES LOCALES

Ramón y Montero⁸ el año 2016, en la ciudad de Huancayo publicaron un trabajo de tesis para optar el título profesional de Psicólogo en la Universidad Peruana Los Andes, que lleva por título: Niveles de depresión en escolares de una institución educativa nacional en Pampas, Tayacaja, Huancavelica, 2016; cuyo objetivo fue: determinar los niveles de depresión en escolares de una institución educativa nacional en Pampas, Tayacaja, Huancavelica, 2016. Llegando a la conclusión de que el 35.5% de escolares evaluados presentan indicadores de depresión, seguido por la presencia de depresión moderada 32.3%, no presentan indicadores de depresión un 32.3%.

Salinas⁹, el año 2015 en la ciudad de Huancayo publicó un trabajo de tesis para optar el título de psicóloga en la Universidad Peruana Los

Andes, el cual llevó como título: Relación entre la depresión y el rendimiento académico de los adolescentes del cuarto grado de secundaria del colegio “Luis Aguilar Romani” de El Tambo- Huancayo- 2015; planteándose como objetivo: describir y correlacionar la depresión y el rendimiento académico en un grupo de adolescentes. En este trabajo la autora llegó a la siguiente conclusión: encontró un índice de relación alta entre la depresión y el rendimiento académico; es importante manifestar los indicadores de sintomatología depresiva obtenidos, encontrado un mayor porcentaje en el género femenino que en el masculino, así mismo, se observó que el nivel de rendimiento académico se encuentra en proceso de logro y la mayoría de los estudiantes evaluados están en el nivel medio o regular.

Ávila y Espinoza¹⁰, en el 2015, publicaron un trabajo de investigación con el título: Indicadores de depresión en niños de cuarto a sexto grado de primaria en la ciudad de Huancayo; planteándose como objetivo: identificar en qué medida se presentan los indicadores de la depresión infantil en niños de 4° a 6° grado de primaria y observar las diferencias de la presencia de síntomas depresivos entre grados, sexos, tipos de familias y tipos de colegios en el contexto de la Provincia de Huancayo. En este trabajo los autores llegaron a la conclusión: se halló la existencia de índices significativos de depresión en los niños y niñas de cuarto a sexto grado de primaria de la provincia de Huancayo, dado que el 26% de la muestra presenta síntomas depresivos de manera mínima y moderada (99 personas o 24%), y presencia de síntomas severa o marcada (6 personas o 2%).

Flores, Perales y Gómez¹¹, en el 2014 en su investigación que lleva por título: Depresión e ideación suicida en los adolescentes de una Institución Educativa Pública del distrito de Chongos Bajo - Perú 2014; planteándose como objetivo: determinar la relación que existe entre depresión e ideación suicida en los adolescentes de una Institución Educativa Pública; donde llegan a la conclusión de que: los adolescentes encuestados de la I. E. "Santiago León" del Distrito de Chongos Bajo el 65% presentan algún tipo de Depresión y el 33% presentan algún tipo de Ideación Suicida..

Cabanillas y Gálvez¹², en el 2014 publicó un trabajo de tesis para optar el título de Psicólogo en la Universidad Peruana Los Andes, la cual lleva por título: Niveles de depresión y rendimiento académico en estudiantes de 5to y 6to de educación primaria en dos instituciones educativas estatales de Huancayo 2013; donde se plantearon como objetivo: identificar la relación entre los niveles de depresión y rendimiento académico en estudiantes de 5to y 6to, donde los autores llegaron a la conclusión de que existe una correlación entre las dos variables, dicha correlación es inversa ($r_s = -0.206$) y significativa ($p < 0.05$).

Minaya¹³, en el 2014 publicó un trabajo de Tesis en la ciudad de Huancayo de la Universidad Peruana Los Andes para optar el grado de Psicóloga, que lleva por título: Niveles de depresión infantil en alumnos del sexto grado de una institución educativa pública de la ciudad de Huancayo; el objetivo propuesto fue: determinar los niveles de depresión infantil en niños y niñas del Sexto Grado de Primaria de la I.E.E. 31540 "Santa Isabel" - Huancayo, Departamento de Junín - Perú; donde la

autora llegó a la conclusión que la mayoría de los alumnos evaluados (76%) presentan algún síntoma depresivo, predominando el episodio depresivo mínimo (39%), seguido del episodio depresivo severo (21%) y depresión máxima (16%) lo que indica que este grupo de sujetos presentan indicadores depresivos principales y secundarios de tal manera que llegan a formar un episodio depresivo mayor; en tanto que el 24% de los estudiantes evaluados no presentan sintomatología depresiva alguna; la mayor incidencia se presenta en el género femenino, aunque esta diferencia no es significativa con relación el género masculino, predominando el episodio depresivo mínimo.

2.1.2 ANTECEDENTES NACIONALES:

Cisneros y Mantilla² en el año 2016, en la ciudad de Lima, publicaron un trabajo de tesis para optar el título de licenciada en psicología, en la Universidad Ricardo Palma, la cual se tituló: Depresión y ansiedad en niños de colegios estatales del distrito de Chorrillos. Donde los autores se plantearon como objetivo analizar la temática referida a la Ansiedad y la Depresión en alumnos de colegios estatales y examinar la definición y descripción del problema desde una mirada amplia, considerando los factores sexo y ciclo. Así mismo los autores llegaron a las siguientes conclusiones principales: en relación al sexo las mujeres son más depresivas que los varones. Con respecto al ciclo se pudo afirmar que a mayor edad se tenga menor nivel de depresión y ansiedad.

Cerna¹⁴ en el 2015, en la Revist Psicol Hered, publicó un artículo que lleva por título: Estudio comparativo de la prevalencia de la depresión en

estudiantes de secundaria provenientes de una institución educativa nacional y privada del distrito de Ate. Con el propósito de comparar la prevalencia de la depresión en estudiantes de secundaria de dos instituciones educativas (nacional y privada) del distrito de Ate. Donde el autor obtuvo los resultados que llegaron a indicar que la prevalencia de depresión grave fue de 9 % y 11% en la institución nacional y particular, respectivamente. La muestra de sexo femenino presentó una prevalencia, en mayor proporción, de depresión grave, ascendiendo a un 83%. También se encontró depresión grave en los estudiantes de la institución nacional que tenían entre 15 y 16 años (50,7%) y en estudiantes de la institución particular que tenían entre 17 y 18 años (47.6%). También se evidenció las diferencias significativas en las dimensiones somáticas y motivacional con relación al sexo y en relación con las instituciones educativas no se evidenciaron diferencias significativas.

Torrel y Delgado¹⁵, en el 2013, en la ciudad de Tumbes, publicaron una investigación que lleva por título: Funcionamiento familiar y depresión en adolescentes de la I.E. Zarumilla - Tumbes 2013; planteándose como objetivo: determinar la asociación entre el funcionamiento familiar y la depresión en la región Tumbes. Las conclusiones a las que llegaron fueron: la percepción de los niveles de funcionalidad familiar y su relación con la presencia o ausencia de depresión en los adolescentes presenta relación significativa en la muestra estudiada. Sobre la prevalencia de sintomatología depresiva según género se encontró que el género femenino es mucho más propenso a desarrollar esta patología.

Saenz¹⁶, publicó en el 2010 en Lima, un trabajo de tesis para optar el título de licenciada en psicología, de la facultad de letras y ciencias humanas de la Pontificia Universidad Católica del Perú, que se denomina: Sintomatología depresiva y acoso escolar en un grupo de adolescentes escolares; donde la autora se propone como objetivo: explorar la presentación y características de la sintomatología depresiva y el acoso escolar en escolares de primero, segundo y tercero de secundaria de un colegio estatal con administración religiosa del distrito de San Martín de Porres ubicado en Lima, Perú. Así mismo, se indagó a nivel exploratorio la relación entre estos dos fenómenos. La autora llegó a la conclusión de que con respecto a la sintomatología depresiva, se halló que la media para toda la muestra fue de 11.28 con una desviación estándar de 6.2. Adicionalmente, no se hallaron diferencias según edad, grado o sexo, pero sí en función a características familiares e interpersonales. Siendo las víctimas las más afectadas, los resultados demuestran que la incidencia en acoso escolar sí está relacionada a la presentación de sintomatología depresiva.

Vargas, Tovar y Valverde¹⁷ en el 2010 en la Revista Neuropsiquiatría, publicaron un artículo que lleva por título: Prevalencia y factores asociados con el episodio depresivo en adolescentes de la población urbana de tres ciudades de la sierra peruana 2003. En dicha investigación el objetivo fue: determinar las prevalencias y los factores asociados con el episodio depresivo en adolescentes de las ciudades de Cajamarca, Huaraz y Ayacucho. Posteriormente los autores llegaron a la conclusión de que la prevalencia de episodio depresivo en

adolescentes de las tres ciudades estudiadas fue similar a la encontrada en otros países. Los factores asociados que mejor predijeron el episodio depresivo fueron: sexo femenino, haber tenido enamorado(a), síndrome psicótico y deseos de morir alguna vez en la vida; los cuales podrían ser evaluados como factores de riesgo en estudios posteriores.

Hinostroza, Huashuayo, Navarro, Torres y Matos¹⁸, en el 2009, en la ciudad de Lima publicaron una investigación con el título: Dinámica familiar y manifestaciones de depresión en escolares de 13 y 15 años de edad; proponiendo como objetivo: determinar la asociación entre la dinámica familiar y las manifestaciones de depresión de los escolares de 13 y 15 años de edad en el colegio "Vista Alegre 3088" Zapallal en el distrito de Puente Piedra, Lima en el año 2009. Los autores llegaron a la siguiente conclusión: se encontró asociación entre dinámica familiar y manifestaciones de depresión, siendo el tipo de familia normo funcional la que predomina, así mismo, una asociación entre manifestaciones de depresión y nivel socioeconómico. Así mismo, se halló que de los 152 alumnos evaluados 53 padecen de manifestaciones de depresión, de ellos, el 43,4% tienen 13 años de edad, el 28,3% tiene 14 años y con el mismo porcentaje (28,3%) los alumnos de 15 años.

Arenas¹⁹ en el 2009, en la ciudad de Lima, publicó un trabajo de tesis para optar el título de psicóloga en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, la cual lleva como título: Relación entre la funcionalidad familiar y la depresión en adolescentes, donde la autora se planteó como objetivo el estudio de la relación entre la funcionalidad familiar y la depresión en adolescentes se efectuó en una muestra de 63

adolescentes, entre 12 y 17 años, de ambos sexos que asisten al Departamento de Psicología del Hospital Nacional Hipólito Unanue en el distrito de El Agustino, departamento de Lima. En este trabajo se llegó a la siguiente conclusión: la percepción de los niveles de funcionalidad familiar y su relación con la presencia o ausencia de depresión en adolescentes no presenta relación significativa en la muestra estudiada. En cuanto a la presencia o ausencia de depresión en los adolescentes según sexo no se hallaron diferencias estadísticamente significativas, no obstante la frecuencia de depresión en las mujeres se observó que era mayor que en los varones.

2.1.3 ANTECEDENTES INTERNACIONALES:

Vinaccia, Gaviria, Atehortua, Martínez y Trujillo²⁰ 2006 en la ciudad de Medellín Colombia publicaron un artículo en la revista *Diversitas* con el título: Prevalencia de depresión en niños escolarizados entre 8 y 12 años del oriente Antioqueño a partir del “Child Depression Inventory” (CDI); cuyo objetivo fue: estudiar la prevalencia de la depresión en una población infantil del oriente Antioqueño, arribando a las siguientes conclusiones: la prevalencia de sintomatología depresiva es de 25.2% de la muestra utilizando como punto de corte puntajes superiores a los 17 puntos; encontrando mayor prevalencia en el género masculino.

Zapata, Figueroa, Méndez, Miranda, Linares, Carrada, Vela, Rayas²¹, en el 2007 en México, publicaron un trabajo de investigación el cual lleva por título: Depresión asociada a la disfunción familiar en la adolescencia; los autores se plantearon como objetivo: conocer la frecuencia de

depresión en el adolescente y su relación con las alteraciones de la funcionalidad familiar, donde se llegó a la conclusión: el cohorte de la frecuencia de depresión fue baja y no hubo asociación significativa con la disfunción familiar.

Leyva, Hernández , Nava y López²², en el 2006 en la ciudad de México, publicaron un artículo con el título: Depresión en adolescentes y funcionamiento familiar; donde se propusieron como objetivo: determinar la frecuencia de depresión y disfunción familiar en adolescentes; en este trabajo los autores llegaron a la siguiente conclusión: se identificó un porcentaje importante de depresión en los adolescentes, lo que invita a continuar con los programas para su detección en el primer nivel de atención, para realizar tratamiento oportuno y evitar consecuencias como el suicidio, la drogadicción y el alcoholismo.

Cogollo, Gómez, De Arco, Ruiz y Campo²³, en el 2009 en la ciudad de Colombia publicaron un artículo de investigación la cual lleva por título: Asociación entre disfuncionalidad familiar y síntomas depresivos con importancia clínica en estudiantes de Cartagena, Colombia; el objetivo fue: establecer la asociación entre disfuncionalidad familiar y síntomas depresivos con importancia clínica en adolescentes estudiantes de un colegio de un sector de estrato bajo (I) en Cartagena, Colombia. Los autores llegaron a la siguiente conclusión: que la presencia de disfuncionalidad familiar y la presencia de síntomas depresivos con importancia clínica no guarda asociación significativa en estudiantes de estrato bajo.

Garibay, Jiménez, Vieyra, Hernández y Villalón²⁴, en el año 2014 publicaron un artículo en una revista de investigación de la Universidad Autónoma del Estado de México con el título: Disfunción familiar y depresión en niños de 8-12 años de edad; planteando como objetivo: determinar la correlación entre disfuncionalidad familiar y depresión infantil en niños de 8 a 12 años de edad. En este trabajo los autores llegaron a la siguiente conclusión: se encontró correlación estadísticamente significativa entre disfunción familiar y depresión infantil, afectando en mayor porcentaje al género femenino y con mayor prevalencia en los niños de 8, 10 y 11 años de edad.

Mantilla, Sabalza, Díaz y Campo²⁵, en el 2003 en la ciudad de Colombia publicaron un trabajo de investigación de la Carrera de Medicina de la Universidad Autónoma de Bucaramanga, Colombia, el cual lleva como título: Prevalencia de sintomatología depresiva en niños y niñas escolares de Bucaramanga, Colombia; los autores propusieron el siguiente objetivo: determinar la prevalencia de sintomatología depresiva en niñas y niños escolarizados, entre los ocho y los once años de edad, de la ciudad de Bucaramanga, Colombia. Los autores llegaron a la siguiente conclusión: la prevalencia de sintomatología depresiva es alta en niños escolares de Bucaramanga; ésta es mayor en niñas, aumenta con la edad y disminuye con mayor grado de escolaridad. Se necesita mayor atención e investigación en esta población.

2.2 BASE TEÓRICA:

ADOLESCENCIA

Desde una perspectiva etimológica, el vocablo “adolescencia” proviene del verbo latino *adolescere*, cuyo significado es “crecer”, “madurar”, “llegar a la maduración”. Fuentes, citado por García²⁶, indica que ese crecimiento al que alude la raíz verbal involucra tanto los aspectos físicos como también el desarrollo intelectual, emocional, etc., del individuo. En lo que concierne a lo somático, implica alcanzar los rasgos físicos que caracterizan como adulto a los miembros de la especie. En lo intelectual, durante el curso de la adolescencia se logran las capacidades del razonamiento, que serán definitivas para el individuo.

Cando se habla de la adolescencia, inmediatamente tendemos a relacionarlo a la etapa de crisis, donde la persona comienza a experimentar diversos cambios, como el descubrimiento de impulsos incompatibles, que lo llevaran a cuestionar y replantear todo lo aprendido con la finalidad de encontrar su identidad; todo este proceso hará que se convierta en adulto.

El adolescente en tanto que se convierte en adulto, desde los puntos de vista sexual e intelectual, continua siendo un niño desde los puntos de vista social y afectivo, pues se le considera menor y dependiente, por un lado y por el otro es incapaz de desligarse afectivamente de los lazos anteriores. De estas contradicciones se desprende una rebelión contra los demás y contra sí mismo, acompañada de una desadaptación, al no encontrar un grupo específico propio al margen de los niños y los adultos²⁷.

Según Papalia, Feldman y Martorel²⁸, la adolescencia es un largo periodo de transición del desarrollo que implica cambios físicos, cognoscitivos,

emocionales y sociales, y que adopta distintas formas en diferentes escenarios sociales, culturales y económicos. Un cambio físico importante es el inicio de la pubertad, el proceso que lleva la madurez sexual o fertilidad, es decir la capacidad para reproducirse.

Dentro de los cambios que se presentan en los adolescentes, Aberastury citado por García²⁶, considera que la adolescencia es un momento crucial en la vida del hombre y constituye una etapa decisiva de un proceso de desprendimiento. Este proceso se caracteriza por los siguientes aspectos:

- Búsqueda de sí mismo y de la identidad: En este período se dan reestructuraciones permanentes externas e internas en la persona, de tal manera que adquiere individualidad biológica y social, el conocimiento de sí mismo, y de la propia personalidad.
- Tendencia grupal: La dependencia que anteriormente se tenía con la familia y en especial con los padres se transfiere al grupo, de tal manera que esta se intensifica, distinguiéndose como un proceso de sobre identificación masiva. Dando paso a asumir su identidad adulta.
- Necesidad de intelectualizar y fantasear: Surge la preocupación por principios éticos, filosóficos, sociales, movimientos políticos, las ideas de salvar a la humanidad, etc. Esto debido a que la búsqueda de la identidad genera angustia y obliga a un refugio interno, que permitirán un reajuste emocional, en el que se da un incremento de la intelectualización. También surge el interés por las actividades literarias, artísticas, etc.
- Crisis religiosas: En el intento de disminuir la angustia que vive por la búsqueda de su identidad, el adolescente tiende a manifestarse como un

místico muy fervoroso o contrariamente como un ateo exacerbado, buscando en cualquier divinidad o religión una especie de solución.

- Desubicación temporal: Los duelos experimentados durante esta etapa permiten conceptualizar el tiempo, que implica la noción discriminada de pasado, presente y futuro. Enfocándose preferentemente en el tiempo presente, las urgencias tienden a ser muchas y enormes y a veces las postergaciones son aparentemente irracionales. Suelen presentarse sentimientos de soledad.
- Evolución sexual manifiesta que va desde el autoerotismo hasta la heterosexualidad genital adulta: Se caracteriza por el descubrimiento del placer mediante la actividad masturbadora y los comienzos del ejercicio genital, de tipo exploratorio y preparatorio; asimismo se da inicio a la búsqueda de una pareja.
- Actitud social reivindicatoria con tendencias antisociales de diversa intensidad: Al ser la familia el primer ente de socialización para todo ser humano, tiende a influir y muchas veces a determinar gran parte de la conducta de los adolescentes. A medida que el ser humano se va desarrollando en su entorno tiene nuevas posibilidades de identificación, futuras aceptaciones de identificaciones parciales e incorporación de una gran cantidad de pautas socioculturales y económicas, entonces la aceptación de la identidad está determinada por un condicionamiento entre individuo y medio. El fenómeno de la subcultura adolescente se expande y se contagia como un signo de rebelión, la actitud social reivindicatoria se hace prácticamente imprescindible. La sociedad impone restricciones a la vida del adolescente, quienes no pretenden estar sujetos a las mismas, ante

esto, los adultos se sienten amenazados por los jóvenes que van a ocupar un lugar como adultos, por tanto se sienten desplazados, entonces, tratan de dominarlos y controlarlos. El adolescente tiene que adaptarse, sometiéndose a las necesidades que el mundo adulto le impone.

- Contradicciones sucesivas en todas las manifestaciones de la conducta: La conducta del adolescente tiende a ser fluctuante y muchas veces está dominada por la acción, que constituye la forma de expresión conceptual más típica de este período de la vida, de tal forma que, no puede mantener una línea de conducta rígida, permanente y absoluta.
- Una separación progresiva de los padres: Los padres no son extraños a las ansiedades que despiertan la genitalidad, al desprendimiento real, a los celos que esto involucra en los hijos y en ellos mismos. La evolución de la sexualidad depende en gran parte de que los padres acepten los conflictos y el desprendimiento de los hijos. En ocasiones los padres niegan el crecimiento de los hijos originando que estos se sientan perseguidos.
- Si la figura de los padres está bien definida se convierte en el modelo del vínculo emocional que el adolescente buscará en sus futuras relaciones.
- Constantes fluctuaciones del humor y del estado de ánimo: Los sentimientos de ansiedad y depresión se encuentran comúnmente en la adolescencia. La cantidad y la calidad de la elaboración de los duelos de la adolescencia determinan la mayor o menor intensidad de estos sentimientos. El individuo se refugia en sí mismo, en su mundo; la intensidad y frecuencia de estos internamientos pueden obligar al adolescente a realizar rápidas modificaciones de su estado de ánimo, ya que se ve de pronto sumergido en las desesperanzas más profundas.

Debido a todos estos cambios por los que atraviesa el adolescente, es que se presentan oscilaciones en el estado de ánimo, estos cambios, suelen generar angustia e impotencia por no poder controlarlos, en momentos el individuo puede adoptar ideologías y conductas ajenas, estas mismas van a ayudar a identificar una ideología y una personalidad. La búsqueda de autonomía se realiza no sólo en sí mismo, sino también en la familia y en el exterior, la inserción del adolescente al mundo de los adultos, requiere necesariamente una ruptura con los progenitores a quienes se les ve como iguales.

Susana Quiroga, citado por Weissmann²⁹, profesora de la Universidad de Buenos Aires, divide la adolescencia en tres fases: adolescencia temprana (entre 13 y 15 años), en la que se suelen intensificar las conductas rebeldes y el mal desempeño escolar; adolescencia media (entre 15 y 18 años), donde ubica los primeros noviazgos y la formación de grupos de pares; y la adolescencia tardía (entre 18 y 28 años), que es el tiempo de resolución de las problemáticas que conducirán al adolescente hacia la adultez. Entre estas problemáticas menciona: desasimiento de la autoridad de los padres, independencia económica, vivienda independiente, constitución de una pareja estable, elección de una profesión y/o un trabajo. Al principio de esta última etapa prima la confusión, luego aparece una mayor capacidad de reflexión y finalmente, afirma Quiroga, aumenta la tolerancia a la frustración y la aceptación de la incoherencia y complejidad del mundo adulto.

Parra, citado por Arenas¹⁹, considera que por tener diversos cambios a todo nivel la adolescencia no debe catalogarse como un periodo unitario y

homogéneo, sino un conjunto de fases por las cuales la persona va formando identidad y personalidad.

De acuerdo a lo afirmado anteriormente se puede distinguir tres fases durante la etapa de la adolescencia:

La adolescencia inicial, es la fase en la que se despierta la necesidad de interrelacionarse entre compañeros del mismo sexo y el sexo opuesto, con la finalidad de validar su autoconocimiento y valorarse. Asimismo se da el proceso de aceptación de su apariencia física, debido a los cambios hormonales, fisiológicos y morfológicos distintos entre varones y mujeres, los cuales tienen gran influencia en el fortalecimiento de la autoestima.

Coleman y Hendy, citados por Arenas¹⁹ indican que las mujeres son las más afectadas en esta primera etapa de adolescencia mostrando más irritabilidad, estados depresivos y menos satisfacción de su aspecto físico ya que el aumento de masa corporal que implica la madurez femenina, no está en relación con los patrones de belleza actuales; mientras que los varones mantiene un estado de ánimo positivo y mejor autoestima.

Shaffer citado por Arenas¹⁹, comenta que es esta etapa en la cual el conflicto interno del adolescente consigo mismo, ocasiona que aumenten las diferencias y problemas con los padres, ya que ellos aún continúan brindándole protección y afecto.

La adolescencia media, se caracteriza por la curiosidad de experimentar sensaciones de índole sexual y al mismo tiempo comienza el deseo de ganar autonomía emocional. Las señoritas y jóvenes comienzan a sentir la necesidad de sentir fuerza emocional en lugar de depender infantilmente de los padres, la necesidad de tomar decisiones propias en temas personales y

cuidar de sí mismos. En efecto los adolescentes en esta etapa intentan marcar su independencia para afrontar retos por sí mismos pero aún necesitan depender emocionalmente de sus padres, así mismo los padres al ver que los jóvenes exigen igualdad en el trato, proponen soluciones más elaboradas y demandan “controlar sus vidas”, supervisan más el comportamiento pero de forma indirecta para evitar que se rebelen. Cuando las familias exceden en el control caen en malas relaciones con los hijos y ellos pueden adoptar conductas poco asertivas buscando apego y confianza con los amigos, y personas externas a la familia.

La adolescencia tardía, es la etapa en la cual las relaciones interpersonales se tornan más profundas dado a que el adolescente ha evolucionado en el criterio para elegir con autonomía en base a valores y principios aprendidos. Es común ver que el deseo de independencia empieza primero en las mujeres. Definitivamente los cambios que debe afrontar el adolescente crea un ambiente tenso con los padres y al mismo tiempo una predisposición a problemas emocionales, pero si el clima familiar se torna negativo y conflictivo en lugar de reflejar aceptación y sensibilidad, los problemas se agudizan.

DEPRESIÓN

La depresión, en su sentido más amplio, constituye un trastorno del ánimo. En su acepción común, el término sugiere que uno se siente “bajo de ánimo” o “triste”, aunque esta caracterización omite la naturaleza esencial de “síndrome” del trastorno clínico, esto es, consiste más en una combinación de elementos que en una característica única. La depresión clínica (en ocasiones denominada también “depresión mayor”) constituye una condición en la cual

se presenta un estado de ánimo depresivo persistente o una pérdida de interés junto con otros signos físicos y mentales destacados, tales como dificultades del sueño, reducción del apetito, disminución de la concentración, así como sentimientos de desesperanza y falta de valía. Sólo se efectúa un diagnóstico de depresión cuando varios de estos elementos se encuentran presentes, al mismo tiempo, durante al menos dos semanas y se prueba que interfieren en la habilidad de la persona para desempeñar sus tareas cotidianas³⁰.

Según Polaino citado por Garcia²⁶ menciona que la depresión en su dimensión clínica, no está todavía bien delimitada a nivel conceptual, más se puede entender la depresión como:

- Un *síntoma* (humor disfórico), surge en ocasiones sin causa aparente o suele manifestarse como respuesta a un desajuste o a una pérdida importante, sin formar parte de un síndrome o desorden depresivo necesariamente.
- Un *síndrome* (se consideran cambios motivacionales, cognitivos, afectivos, alteraciones psicomotoras), puede presentarse de forma secundaria, ya sea asociada a otras alteraciones patológicas (fobias, ansiedad, alcoholismo, etc.) o como una alteración primaria bien delimitada.
- Un *desorden* clínico, se manifiesta un síndrome depresivo que causa un determinado grado de incapacidad en el sujeto, además, se muestran ciertas características específicas vinculadas o no a una historia biográfica concreta, donde es posible correlacionar, en ocasiones, datos biológicos y familiares.

Lara y colaboradores citados por Garcia²⁶, indican que la depresión, puede ser entendida como un estado de ánimo, como la presencia de sintomatología depresiva y como trastorno clínico. Además de que ante la diversa problemática que genera en los individuos, se ha registrado en países con diversas culturas como el problema de salud mental más común.

CRITERIOS PARA EL EPISODIO DEPRESIVO MAYOR

Criterios establecidos por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM – IV – TR)³¹

A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

Nota: No incluir los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

(1) Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). **Nota:** En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.

(2) Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás).

(3) Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida

o aumento del apetito casi cada día. **Nota:** En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables.

- (4) Insomnio o hipersomnia casi cada día.
- (5) Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).
- (6) Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
- (7) Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).
- (8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).
- (9) Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse

B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor²⁷.

EPISODIOS DEPRESIVOS

Según el CIE 10, en los episodios depresivos típicos de cada una de las tres formas descritas a continuación, leve (F32.0), moderada (F32.1) o grave (F32.2. Y F32.3), por lo general, el enfermo que lo padece sufre un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo, también son manifestaciones de los episodios depresivos:

- La disminución de la atención y concentración.
- La pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad.
- Las ideas de culpa y de ser inútil (incluso en los episodios leves).
- Una perspectiva sombría del futuro.
- Los pensamientos actos suicidas o de autoagresiones.
- Los trastornos del sueño.
- La pérdida del apetito.

La depresión del estado del ánimo varía escasamente de un día para otro y no suele responder a cambios ambientales, aunque puede presentar variaciones circadianas características. La presentación clínica puede ser distinta en cada episodio y en cada individuo. Las formas atípicas son particularmente frecuentes en la adolescencia. En algunos casos, la ansiedad, el malestar, y la agitación psicomotriz pueden predominar sobre la depresión. La alteración del estado del ánimo puede estar enmascarada por otros síntomas, tales como irritabilidad, consumo excesivo de alcohol, comportamiento histriónico, exacerbación de fobias o síntomas obsesivos preexistentes o por preocupaciones hipocondriacas.

Para el diagnóstico de episodio depresivo de cualquiera de los tres niveles de gravedad habitualmente se requiere una duración de al menos dos semanas, aunque periodos más cortos pueden ser aceptados si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco³².

CARACTERÍSTICAS DEL EPISODIO

La característica esencial de un episodio depresivo mayor es un período de al menos 2 semanas durante el que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable en lugar de triste. El sujeto también debe experimentar al menos otros cuatro síntomas de la lista que incluye cambios de apetito o peso, del sueño y de la actividad psicomotora; falta de energía; sentimientos de infravaloración o culpa; dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes o intentos suicidas.

Para indicar la existencia de un episodio depresivo mayor, un síntoma debe ser de nueva presentación o haber empeorado claramente si se compara con el estado del sujeto antes del episodio. Los síntomas han de mantenerse la mayor parte del día, casi cada día, durante al menos 2 semanas consecutivas. El episodio debe acompañarse de un malestar clínico significativo o de deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. En algunos sujetos con episodios leves la actividad puede parecer normal, pero a costa de un esfuerzo muy importante³¹.

SÍNTOMAS DEPENDIENTES DE LA CULTURA, LA EDAD Y EL GÉNERO

La cultura puede influenciar la experiencia y la comunicación de los síntomas de la depresión. Si se tienen en cuenta las especificaciones étnicas y culturales que influyen en la presentación de un episodio depresivo mayor, se pueden reducir su infraestimación y los errores diagnósticos. Por ejemplo, en algunas culturas la depresión se experimenta en gran parte en términos somáticos, más que con tristeza o culpabilidad. La experiencia depresiva puede expresarse por las quejas de «nervios » y cefaleas (en las culturas latina y mediterránea), de debilidad, cansancio o «falta de equilibrio» (en las culturas china y asiáticas), de problemas en el «corazón» (en las culturas del medio oriente) o de estar «acongojado» (entre los hopi). Estas presentaciones combinan características de los trastornos depresivos, de ansiedad y somatomorfo³¹.

Ahora bien, las diversas culturas también pueden variar en la valoración de experimentar o expresar disforia (p. ej., la irritabilidad puede provocar más preocupación que la tristeza o el aislamiento). Las experiencias propias de una cultura (p. ej., el miedo de estar hechizado o embrujado, sensaciones de hormigueo debidas a insectos, etc.) deben ser diferenciadas de las alucinaciones o las ideas delirantes reales que pueden formar parte de un episodio depresivo mayor con síntomas psicóticos. También es obligatorio que el clínico no reste importancia a un síntoma, simplemente porque es visto como algo «normal» en una cultura.

Los síntomas centrales de un episodio depresivo mayor son los mismos para niños y adolescentes, aunque hay datos que sugieren que las manifestaciones de los síntomas característicos pueden cambiar con la edad. Algunos

síntomas, como las quejas somáticas, la irritabilidad y el aislamiento social, son especialmente habituales en los niños, mientras que el enlentecimiento psicomotor, la hipersomnia y las ideas delirantes son menos frecuentes antes de la pubertad que en la adolescencia y la edad adulta. En los niños prepuberales los episodios depresivos mayores se presentan con más frecuencia de forma simultánea con otros trastornos mentales (especialmente trastornos de comportamiento perturbador, trastornos por déficit de atención y trastornos de ansiedad) que en solitario. En los adolescentes los episodios depresivos mayores suelen ir asociados a trastornos disociales, trastornos por déficit de atención, trastornos de ansiedad, trastornos relacionados con sustancias y trastornos de la conducta alimentaria. En los ancianos pueden ser especialmente acusados los síntomas cognoscitivos (p. ej., desorientación, pérdida de memoria y distraibilidad)³¹.

Arenas comenta que los cambios que afronta el adolescente pueden relacionarse con trastornos como la depresión mayor y existen diversas investigaciones al respecto por los casos de suicidios, intentos de suicidios y conductas relacionadas con el desequilibrio emocional. Estudios españoles indican que existe mayor tendencia a desencadenar trastornos de ansiedad antes que trastornos depresivos; encontraron en una investigación que el 4% de adolescentes con depresión mayor está entre los 12 y 19 años mientras que el 9% está entre los 18 años. El autor también señala que estudios estadounidenses indican lo contrario, que el porcentaje de jóvenes que tuvieron trastornos depresivos asciende a 25% y el porcentaje aumenta a medida que la edad avanza, siendo las mujeres las más afectadas¹⁹.

Por lo mencionado se puede observar que no existe un patrón definido o determinante en temas de depresión y trastornos psicológicos dentro de la adolescencia ya que los cambios por los cuales atraviesan y el contexto sociocultural en el cual se desenvuelven tienen gran influencia.

EPIDEMIOLOGÍA

La adolescencia es una etapa de cambios, donde los problemas de salud mental pueden ser intensos y dolorosos si no hay un manejo adecuado de las tensiones originadas en los procesos de adaptación, identificación y socialización, y pueden agravarse si los jóvenes sienten el abandono o desatención familiar. Los trastornos afectivos son comunes en esta etapa, el principal es la depresión, que acontece en una conducta antisocial (pandillaje, delincuencia), experimentar vicios (alcohol, drogas, internet), problemas de aprendizaje, y en algunos casos suicidio³³.

En estudios realizados en el Perú, en el año 2013, se ha encontrado que, en la población general, la depresión y los trastornos de ansiedad son los problemas más frecuentes de salud mental. En la sierra, estudios realizados en las zonas urbanas de los departamentos de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz, han encontrado que el trastorno depresivo es el más prevalente en la población adulta y adolescente con 16.2% y 5.7% respectivamente. Los adolescentes presentan una mayor tasa de indicadores suicidas, en ellos se observa que un 29,6% alguna vez en su vida ha presentado deseo suicida³⁴. Según la evaluación de la Dirección Regional de Salud (DIRESA) en el 2013, en el Cusco, 61% de la población presenta depresión y 29% ansiedad, y 2% ha intentado suicidarse. El 18% de los suicidas peruanos son niños y

adolescentes. La depresión es protagonista de esta cifra, y aun siendo el trastorno mental más común en la actualidad, no siempre es atendida, debido a un mal diagnóstico y tratamiento, o ante la ignorancia de los padres para detectarla³³.

En un estudio realizado por Salazar citado por Ramírez en Huancayo con 240 escolares entre 12 y 16 años, se encontró una prevalencia de depresión mayor de 12.08%, utilizándose para el diagnóstico la entrevista Clínica Estructurada para el Manual de Diagnóstico y Estadística de Trastornos Mentales, y una prevalencia de síntomas de 34.5% con el Inventario de Depresión Infantil (CDI). También se encontró una mayor prevalencia en las mujeres y en el rango de edad entre 15 a 16 años. A partir de estos datos se deduce que la depresión mayor es el trastorno clínico más frecuente, dado que uno de cada 20 adolescentes reuniría los criterios clínicos para ser diagnosticado³⁴.

En el ámbito regional la última información de la DIRESA revela que unos 4836 adolescentes, que representan el 14%, fue diagnosticado con depresión⁴. Es decir, en la región tenemos miles de adolescentes depresivos, de los cuales en la RED de salud Satipo en el año 2016 se registraron 90 pacientes entre los 12 a 17 años, quienes fueron diagnosticados con trastorno depresivo⁵; mientras que en Huancayo se hallaron un total de 1008 personas, en su mayoría mujeres que intentaron terminar con sus vidas, mientras que el 11,4% de la población adolescente presentaron trastornos depresivos, de acuerdo a la estadística de la Dirección Regional de Salud de Junín (Diresa)⁶. Asimismo Según la dirección estadística e informática DIRESA Huancavelica, en el 2013 al 2014 se han consignado 157 defunciones en la etapa de vida

adolescente, siendo la primera causa los envenenamientos por exposición a sustancias nocivas, con 6 registros que hacen el 12.24%⁷.

DEPRESIÓN EN LA ZONA ANDINA.

Kleinman y colaboradores citados por Ramírez³⁴ refieren que la forma en que se manifiesta la depresión y el grado en que lo hace varían considerablemente entre las culturas, manifestándose en algunas más como un estado físico que psicológico, en otras sin la presencia de sentimientos de culpa, con diversos tipos de causas que van desde las físicas hasta las psicológicas. Dado que nos encontramos en un país pluricultural, debemos tener en cuenta el grado en el que la cultura influye en los distintos grupos sociales que se estudiarán. En ese sentido, la cultura andina posee un modelo específico de entender, evaluar o estimular las conductas apropiadas y esperadas durante el desarrollo y crecimiento del niño, que aseguren el desarrollo intelectual, emotivo, social y moral de los mismos.

El contexto social y cultural donde se desarrollan los niños puede presentar factores de riesgo que los predispongan a desarrollar cierto tipo de patologías, como la depresión. Silva citado por Ramírez³⁴ refiere que la socialización de los niños en el contexto de la familia y la cultura andina tiene patrones y aspectos particulares, pero, al mismo tiempo al convivir con las sociedades occidentales, tienden a compartir una serie de características que la configuran. Por esta razón, es necesario hacer una revisión de las características de ambas culturas para tener una perspectiva integral de los factores que influyen en los niños y adolescentes de esta zona.

En primer lugar, Feldman citado por Ramírez³⁴, refiriéndose a la sociedad occidental, distingue que el desarrollo de los niños y los adolescentes se ha visto afectado por los drásticos cambios sociales que han venido ocurriendo en las últimas décadas como el aumento de la violencia en los distintos estratos de la sociedad, producto de los nuevos factores económicos y políticos; las nuevas características de la sociedad postmoderna donde se da la pérdida progresiva de los códigos, valores e ideales que antes habían normado la interacción social; etc. Estos cambios, han repercutido en el funcionamiento y la configuración de la familia, produciendo un incremento de los hogares desestructurados, de las familias monoparentales y de los divorcios, entre otros. Estas características de las familias se han convertido en factores de riesgo para la aparición de la depresión infantil. Así en los diversos estudios epidemiológicos hechos, la edad de inicio de los trastornos depresivos está disminuyendo entre las personas nacidas más recientemente.

Las sociedades andinas poseen determinadas características que podrían hacerles más propensas a ciertos factores de riesgo. Como la situación económica, que tiende a ser un elemento que se relaciona con el grado de depresión; ya que es de conocimiento general que en la sierra se encuentran las ciudades que ostentan los más altos niveles de pobreza.

Jara citado por Ramírez, refiere que la pobreza deteriora la calidad de vida del niño y frustra a los padres, quienes suelen transmitir esta frustración a sus hijos. Esta transmisión de frustraciones, reduce la confianza del niño en su medio y en sí mismo, lo que genera un pobre sentido de autoeficacia³⁴.

Otro de los factores de riesgo viene a ser el tipo de interacción entre el niño y sus padres. Las relaciones que se establecen en el Ande, resultan ser en

muchos casos distantes y poco expresivas, lo cual dificulta la comunicación fluida con los padres, impidiendo que el niño pueda expresar sus sentimientos e inquietudes propiciando estados disfóricos. Así también, el control y la disciplina son rígidos, mientras las recompensas son escasas, por lo que se propicia la pasividad y la falta de iniciativa. Asimismo, la escasez del refuerzo positivo y el elevado número de castigos pueden ser la causa de la aparición de la depresión en la infancia.

Por último, Jara citado por Ramírez³⁴, menciona que el rechazo a los rasgos culturales por parte de la sociedad occidental, puede llevar a identificarse con sentimientos de minusvalía, lo cual, no favorece el fortalecimiento de una buena autoestima ni el sustento de una identidad sólida e integrada. De todo esto, podemos observar que las ciudades del Ande presentan varios aspectos que pueden aumentar la vulnerabilidad hacia la depresión en niños y adolescentes.

Una característica peculiar y que nos da luces sobre el aspecto puramente étnico, permitiéndonos deslindar de las variables socioeconómicas, es el hallazgo de mayor prevalencia de depresión en la población andina quechua rural con mayor nivel de escolaridad y menor nivel de pobreza (prevalencia de depresión 27,6%). Al respecto, dice Cronehed citado por Zevallos³, en su publicación *Identidad y Nacionalismo en Perú*, 1996, "...Entre los indígenas quechuas existe el mito, de que la educación es un camino para la salvación... tener una profesión es estar protegido contra la pobreza económica y por lo tanto tener un futuro asegurado... también puede ser la forma de alcanzar una alta posición en la sociedad peruana, como mestizo... la primera barrera que debe pasar, es aprender a hablar español, la siguiente barrera que debe

superar es encontrar una profesión practicable en el plano nacional y finalmente se exige que luche en la sociedad para apropiarse de características interiores y exteriores que se necesitan, para poder ser e identificarse como mestizo peruano...” este proceso, se ha dado por llamar, en otros estudios, como “proceso de cholificación”, como una expresión gráfica sin connotaciones peyorativas, por medio del cual el indígena que se siente dominado, no solo por el hecho de ser pobre y dueño solo de su pobreza sino también y principalmente por ser indio, se esfuerza por construir una nueva identidad, recogiendo los nuevos patrones culturales, pero conservando los antiguos. Lo paradójico de este proceso, es que enfrenta al indígena en este proceso de aculturación a un mecanismo de frustración en el que el indígena quechua puede perder el origen de su identidad como indígena y la meta como mestizo, no siempre llena o corresponde a sus expectativas. Es decir, todo este proceso puede llevar a una gran frustración, independiente de si logra o no alcanzar la pertenencia a la sociedad como mestizo, lo cual podría explicarnos este hallazgo³.

DEPRESIÓN EN LA ADOLESCENCIA

La historia de la evolución del concepto “depresión adolescente” se puede resumir en etapas fundamentales: en el siglo XIX se introduce en el campo científico moderno y resurge de forma progresiva en el transcurso del siglo XX. En una segunda etapa se da menos importancia a los síntomas manifiestos y se da mayor importancia a los conflictos internos que los determinan (enfoque psicoanalítico). A través de diversos estudios se observa que las perturbaciones psicopatológicas adolescentes, no desaparecen de

manera espontánea, sino que progresan y se estructuran como una patología definida en la edad adulta, en ausencia de intervenciones oportunas.

Según la última revisión efectuada por la American Psychiatric Association del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR), los trastornos de la infancia no incluyen ninguna categoría que aborde las depresiones infantiles como síndrome, aunque sí se cita sintomatología depresiva asociada en el trastorno de ansiedad por separación. El diagnóstico de las depresiones en el niño y en el adolescente se realiza en base a los mismos criterios que los adultos, con dos matizaciones; lo que en el adulto se manifiesta como un estado de ánimo deprimido, en el adolescente puede manifestarse como irritación. En segundo lugar, el aumento o pérdida de peso en este caso no se valora específicamente; tan sólo se considera el fracaso a la hora de estimar una ganancia de peso establecida³⁵.

Por su parte, la Clasificación Internacional de Enfermedades (Organización Mundial de la Salud) en su última versión (CIE 10) tampoco considera la depresión como una categoría diagnóstica susceptible de ser incluida en los trastornos infantiles. La clasificación de los trastornos depresivos, se establece en función de dos criterios: la severidad sintomática y la posibilidad de ciclar o no. De esta forma se establecen dos categorías básicas:

- **Episodio Depresivo mayor** con episodio único o recidivante, que presenta una sintomatología más relevante (consultar criterios diagnósticos específicos en DSM-IV-TR) y **Trastorno Distímico**, con una sintomatología depresiva moderada.
- **Trastornos Bipolares, de tipo I y II** en función de si se presentan episodios combinados, maníacos, hipomaníacos y depresivos (Tipo I) o bien

episodios depresivos y/o hipomaníacos pero nunca maníacos (Tipo II) y **trastorno ciclotímico** que comprende ciclos suaves que pueden coincidir con períodos estacionales.

Síntomas propios de la adolescencia.

La mayoría de los especialistas en el tema, están de acuerdo a la hora de describir los síntomas de la depresión propios de los adolescentes:

- Aumento o descenso de peso.
- Hipo o hipersomnias.
- Disminución del rendimiento académico.
- Problemas de atención y dificultad de concentración.
- Anergia (pérdida o ausencia de energía)
- Agitación motora o enlentecimiento.
- Ausencia de motivación.
- Estado de ánimo deprimido. Baja autoestima.
- Evitación de actividades lúdicas.
- Interacción social y familiar disminuida.
- Deseo continuo de estar sólo y no ser molestado.
- Pensamientos recurrentes de muerte.
- Actividades autodestructivas.

Las depresiones en adolescentes parecen ser similares a las de los adultos en cuanto a expresión sintomática, sin embargo existe un factor diferencial más que relevante; las sobrepasan en cuanto a destructividad³⁵.

Durante este período de la vida hay muchas interrogantes, pocas respuestas y desconcierto ante los cambios en general, tal hecho provoca en ciertos

adolescentes malestar emocional, como la sintomatología depresiva, que surge como resultado del propio proceso de la adolescencia.

Para Craig citado por García²⁶, la depresión durante la adolescencia ocurre junto con otros trastornos como la ansiedad y los trastornos de conducta, en respuesta a tensiones internas y externas. Señala que es más probable que los varones se involucren en problemas cuando están deprimidos, en tanto que las mujeres suelen presentar trastornos alimentarios como la anorexia o la bulimia al deprimirse, además de que la depresión se interrelaciona con los pensamientos suicidas y el abuso de sustancias.

La prevalencia de la depresión aumenta durante la adolescencia. Según un estudio de National Survey on Drug use and health en el 2008, un promedio anual de casi 9% de los jóvenes de entre 12 y 17 años había experimentado por lo menos un episodio de depresión mayor, y solo cerca de 40% de ellos había recibido tratamiento. Por lo general las tasas se incrementan con la edad. La depresión en los adolescentes no necesariamente se presenta como tristeza sino como irritabilidad, aburrimiento o incapacidad para experimentar placer, una razón por la que es necesario tomarla en serio es el riesgo de suicidio²⁸.

Las adolescentes, en especial las que maduran temprano, son más propensas a deprimirse que los muchachos, esta diferencia de género puede estar relacionada con los cambios biológicos vinculados con la pubertad, también se puede vincular a las formas en que las niñas se relacionan socialmente y su mayor vulnerabilidad al estrés en dichas relaciones.

Además del género, los factores de riesgo que contribuyen a la depresión incluyen ansiedad, temor al contacto social, situaciones estresantes de la vida,

enfermedades crónicas, conflicto en la relación con los padres, consumo de alcohol y drogas, actividad sexual y tener un padre con una historia de depresión. Es más probable que factores como el consumo de alcohol y drogas, así como la actividad sexual provoquen depresión en las mujeres que en los varones. Los problemas de la imagen corporal y los trastornos alimentarios pueden agravar los síntomas depresivos.

La hospitalización puede ser necesaria en el caso de los adolescentes deprimidos que no responden el tratamiento ambulatorio, son adictos a las drogas, presentan síntomas de psicosis o parecen suicidas. Al menos una de cada cinco personas que experimentan episodios de depresión en la niñez o adolescencia corren riesgos de presentar el trastorno bipolar, en el cual los episodios depresivos se alternan con episodios maníacos.

Incluso los adolescentes cuyos síntomas no son tan graves para recibir un diagnóstico de depresión corren un riesgo elevado de depresión clínica y de conducta suicida a la edad de 25 años²⁸ Una opción de tratamiento para los adolescentes con síntomas depresivos es la psicoterapia.

Así, se entiende por depresión infantil, al trastorno en sí. Actualmente, nadie duda de la existencia de este trastorno; sin embargo, existen discrepancias en los investigadores frente a la pregunta de si los niños o los adolescentes pueden experimentar la gran variedad de aspectos afectivos, somáticos, cognitivos y conductuales que experimentan los adultos con depresión mayor. Algunos autores consideran que los síntomas de los niños y adolescentes pueden ser comparables a los del adulto, mientras que otros recalcan la necesidad de una evaluación de los síntomas considerando los diferentes niveles del desarrollo.

Depresión infantil desde el planteamiento cognitivo

Existen diferentes modelos teóricos que explican la depresión en adultos, pero no existe un modelo elaborado específicamente para niños y/o adolescentes. Al reconocerse la depresión infantil como patología, estos modelos decidieron extender su uso para dichos fines.

El instrumento empleado para este trabajo se desarrolló en base a lo propuesto por el modelo teórico de Beck; motivo por el cual solo revisaremos este modelo.

El modelo teórico de Beck se encuentra dentro de las teorías cognitivas, denominadas del procesamiento de la información, donde se plantea la metáfora de que el hombre es un sistema que procesa información en un medio que cambia continuamente y que por lo tanto le demanda capacidades adaptativas³⁰. Esto da a entender que el ser humano es un constructor activo de su realidad, ya que capta, codifica, acumula y recupera información de su entorno; de tal manera que esta información que capta sobre el exterior o sobre sí mismo pueden transformarse en el plano cognitivo, afectando sus respuestas conductuales y emocionales. Es por esto que algunos procesos cognitivos tienen gran importancia en el inicio, curso y remisión de la depresión.

El modelo cognitivo de la depresión, propone tres elementos que explican la depresión: la triada cognitiva, los esquemas y los errores cognitivos.

- La triada cognitiva consiste en tres patrones cognitivos, visión negativa de sí mismo (la persona tiende a subestimarse y a criticarse), de sus expectativas (el individuo piensa que los obstáculos que se le presentan son insuperables y que las demandas son exageradas) y la visión

negativa de su futuro (tiene que ver con la anticipación de dificultades, sufrimientos y fracasos).

- Los esquemas son patrones cognitivos que establecen determinada manera en que el individuo estructurara sus distintas experiencias. Los pacientes psicopatológicos puede distorsionar sus conceptualizaciones de tal modo que ajustan la realidad a fuertes esquemas inadecuados. Al inicio de una depresión la persona puede analizar objetivamente sus pensamientos, pero mientras más avanza la patología es dominado por pensamientos negativos y repetitivos, que no cambian a pesar de los estímulos externos.
- Los errores cognitivos que presenta una persona con depresión son: la inferencia arbitraria de una conclusión en ausencia de evidencia o de manera contraria a ella, la abstracción selectiva consiste en interpretar la totalidad de una experiencia en base a un elemento poco relevante, la generalización excesiva es la producción de ideas a partir de un hecho, el cual será aplicado para otros casos sin presentar relación aparente, la maximización o minimización es cuando una persona exagera o minimiza determinado hecho ya sea en magnitud o significancia, la personalización consiste en que la persona se atribuye la responsabilidad de fenómenos externos sin ninguna base objetiva y por ultimo tenemos el pensamiento absolutista donde el paciente suele tomar los extremos negativos para describirse a sí mismo.

Según lo planteado por este modelo teórico, una persona con depresión tiende a organizar la realidad sobre la base de un tipo de pensamiento inmaduro. Asimismo señala que los eventos negativos producidos en edades

tempranas forman un estilo de pensamiento con esquemas cognitivos inadecuados a cerca de uno mismo, su entorno y el futuro, los cuales permanecen latentes hasta que acontezca alguna experiencia detonante.

Descripción clínica de la depresión infantil y adolescente

Respecto a la teoría que considera que la depresión infantil presenta características comparables con la depresión en adultos, se encuentran las clasificaciones internacionales de trastornos mentales como el DSM-IV y el CIE10. En la misma línea, otros autores como Waslick, refieren que los síntomas de la depresión infantil son muy similares a lo largo del periodo evolutivo y que sólo una pequeña minoría de niños y adolescentes presentan diferencias por lo que no proponen un enfoque evolutivo.

La clasificación propuesta en el DSM-IV-TR, considera para niños y adultos los mismos criterios diagnósticos, salvo dos características que lo diferencian: (a) la aceptación de que, en niños y adolescentes, la irritabilidad puede reemplazar el estado de ánimo depresivo; y (b) que los niños o adolescentes no solo subirán o bajarán de peso; sino que, al estar en proceso de crecimiento, se considera que la inapetencia y la falta de un peso adecuado para su edad es un indicador importante a tomar en cuenta³¹.

Los autores del CIE-10, no reconocen ningún criterio específico en función de la edad. Sin embargo, los criterios diagnósticos del CIE-10 se diferencia del DSM-IV-TR, pues consideran que la pérdida de la autoestima es un síntoma separado del criterio de sentimiento inapropiado de inutilidad y culpa excesivas e inapropiadas; así como también, se diferencian en el número de

síntomas utilizados para los criterios diagnósticos, por lo menos seis aparte de los síntomas generales³².

2.3 MARCO CONCEPTUAL:

SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA

La depresión-síntoma, se entiende como un estado de ánimo disfórico (identificada por el sujeto como sentirse desgraciado, triste, melancólico, pesimista, etc.), que se experimenta en cualquier momento del ciclo vital, como consecuencia de vivencias que pueden resultar negativas o dolorosas para la persona; dicho estado tiene una naturaleza temporal, refieren además, que éste es el sentido más coloquial del término depresión y que no implica enfermedad³⁶.

DEPRESIÓN

La depresión en la adolescencia se manifiesta como un estado generalizado de infelicidad, en el que se expresa tristeza, anhedonia y falta de capacidad de respuesta; destaca una conducta inadecuada e inmadurez para superar el duelo por la pérdida de la niñez, adoptando una conducta hostil hacia sus padres o hacia sí mismo²¹.

ESTADO DE ÁNIMO DISFÓRICO

Es una expresión o muestra de tristeza, soledad, desdicha, indefensión y/o pesimismo. El niño manifiesta cambios en el estado de ánimo, mal humor, irritabilidad, se enfada fácilmente, llora con facilidad. Es negativista y resulta difícil de complacerle.

IDEAS DE AUTO DESPRECIO

El niño expresa sentimientos de irritabilidad, incapacidad, fealdad y culpabilidad. Presenta ideas de persecución, deseos de muerte y tentativas de suicidio, revela ideas de escaparse y huir de su casa.

ADOLESCENCIA

La adolescencia, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, es una etapa de cambio biológico, social y mental, una crisis personal en el desarrollo del ser humano que va de los 10 a los 19 años.¹ Durante esta época, el adolescente se caracteriza por actitudes impulsivas, poco reflexivas, rebeldía e imprudencia; dadas por su poca experiencia y la búsqueda de una identidad.² Se sabe que la adolescencia se dará con riesgos mayores de los necesarios cuando se vive en condiciones poco favorables¹.

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS Y VARIABLES

3. 1. HIPÓTESIS GENERAL:

Existe una mayor prevalencia de Sintomatología Depresiva Alta en los estudiantes de la ciudad de Huancavelica en comparación a los estudiantes de Huancayo y Satipo.

3. 2. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS:

- Los niveles de sintomatología depresiva en estudiantes del 3er. Grado de secundaria de la Institución Educativa José Carlos Mariátegui de la ciudad de Huancayo serán altos.
- Los niveles de sintomatología depresiva en estudiantes del 3er. Grado de secundaria de la Institución Educativa Francisco Irazola de la ciudad de Satipo serán altos.
- Los niveles de sintomatología depresiva en estudiantes del 3er. Grado de secundaria de la Institución Educativa San José de la ciudad de Huancavelica serán altos.

- En los estudiantes del 3er. Grado de secundaria de la institución educativa José Carlos Mariátegui de la ciudad de Huancayo, se da una prevalencia de niveles altos de sintomatología depresiva, en el género femenino.
- En los estudiantes del 3er. Grado de secundaria de la Institución Educativa Francisco Irazola de la ciudad de Satipo, se da una prevalencia de niveles altos de sintomatología depresiva, en el género femenino.
- En los estudiantes del 3er. Grado de secundaria de la Institución Educativa San José de la ciudad de Huancavelica, se da una prevalencia de niveles altos de sintomatología depresiva, en el género femenino.
- Los niveles de sintomatología depresiva en estudiantes del 3er. Grado de secundaria de la Institución Educativa José Carlos Mariátegui de la ciudad de Huancayo, se da una prevalencia de niveles altos de sintomatología depresiva en los estudiantes de 15 años.
- Los niveles de sintomatología depresiva en estudiantes del 3er. Grado de secundaria de la Institución Educativa Francisco Irazola de la ciudad de Satipo, se da una prevalencia de niveles altos de sintomatología depresiva en los estudiantes de 15 años.
- Los niveles de sintomatología depresiva en estudiantes del 3er. Grado de secundaria de la Institución Educativa San José de la ciudad de Huancavelica, se da una prevalencia de niveles altos de sintomatología depresiva en los estudiantes de 15 años.

3. 3. VARIABLE

3.4.1 SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA

El modelo teórico de Beck explica la depresión en adultos y propone tres elementos que la explican: la triada cognitiva, los esquemas y los

errores cognitivos. En niños y adolescentes deprimidos, los estudios realizados sobre las distorsiones cognitivas han encontrado algunas similitudes con los adultos, lo que apoya la hipótesis de la distorsión cognitiva en la depresión infantil. La depresión-síntoma, se entiende como un estado de ánimo disfórico (identificada por el sujeto como sentirse desgraciado, triste, melancólico, pesimista, etc.), que se experimenta en cualquier momento del ciclo vital, como consecuencia de vivencias que pueden resultar negativas o dolorosas para la persona; dicho estado tiene una naturaleza temporal, refieren además, que éste es el sentido más coloquial del término depresión y que no implica enfermedad³⁶.

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA

4.1. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN:

El método que se empleó para la presente fue el método Científico, ya que el objetivo central de esta investigación fue la producción de nuevos conocimientos, a partir de la aplicación del método científico como proceso sistemático de fases y estrategias de acción, desarrollo y obtención de resultados³⁷.

4.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN:

El presente trabajo fue de tipo Básica ya que no posee propósitos aplicativos inmediatos, pues solo buscó ampliar y profundizar el caudal de conocimientos científicos existentes acerca de la realidad³⁷.

4.3. NIVEL DE INVESTIGACIÓN:

Descriptivo – Comparativo, ya que el estudio solo buscó especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno

que se analice, es decir, únicamente pretende medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre el concepto o las variables a las que se refieren³⁸.

4.4. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:

No experimental – Transversal – Descriptivo Comparativo, debido a que nuestro objetivo fue indagar la incidencia de las modalidades o niveles de una o más variables en una población; y en ciertas ocasiones como la presente se pretende realizar descripciones comparativas entre grupos de personas³⁸.

4.5. POBLACIÓN Y MUESTRA:

POBLACIÓN: Todo el alumnado femenino y masculino del 3er grado de las siguientes instituciones educativas: I.E.E. “José Carlos Mariátegui” de Huancayo, I.E.E. “Francisco Irazola” de Satipo y la I. E.E. “San José” de Huancavelica del año 2017, siendo un total de 400 estudiantes.

MUESTRA: El alumnado femenino y masculino del tercer grado de educación secundaria de las siguientes instituciones educativas: I.E.E. “José Carlos Mariátegui” de Huancayo, I.E.E. “Francisco Irazola” de Satipo y la I. E.E. “San José” de Huancavelica del año 2017, siendo un total de 377 alumnos. Como tipo de muestreo se utilizó el muestreo no probabilístico intencional³⁸.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Tener entre 13 a 15 años de edad.
- Estudiantes de ambos géneros.
- Estar matriculado en el 3er grado de secundaria.

- Asistir a la institución educativa con regularidad.
- Que los padres de familia hayan brindado la autorización respectiva.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Presentar alguna incapacidad física o psicológica que los imposibilite a desarrollar el cuestionario.
- Que hayan dejado algunos ítems sin responder.
- Marcar más de una alternativa por ítem.
- Que los padres de familia no hayan brindado autorización respectiva.

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Para la presente investigación se empleó el siguiente inventario:

FICHA TÉCNICA

Nombre Original	: Children's Depression Inventory C.D.I.
Nombre en Español	: Cuestionario de Depresión Infantil C.D.I
Autora	: María Kovacs (1977)
Procedencia	: Canadá
Adaptación española	: Polonio Lorente (1988) España
Adaptación peruana	: - Adaptación para Cajamarca: Renato Ramírez Barrantes ³⁴ el año 2009. - Adaptación mediante criterio de jueces para Huancayo, Huancavelica y Satipo, 2017.
Administración	: Individual y colectiva.
Ámbito de Aplicación	: Niños y niñas de 7 a 15 años de edad
Duración	: Tiempo aproximado 15 a 20 minutos.

Significación : Evalúa síntomas depresivos más esenciales en los niños y adolescentes de 7 a 15 años.

Consigna : Se pide a los participantes que escriban sus datos personales y luego el evaluador debe leer las instrucciones en voz alta, poniendo especial atención en que los niños pequeños atiendan y comprendan las instrucciones.

Dimensiones que evalúa el C.D.I son:

- Estado de Ánimo Disfórico:

Es una expresión o muestra de tristeza, soledad, desdicha, indefensión y/o pesimismo. El niño manifiesta cambios en el estado de ánimo, mal humor, irritabilidad, se enfada fácilmente, llora con facilidad. Es negativista y resulta difícil de complacerle.

Los 17 elementos que evalúan esta dimensión son: 1, 2, 3, 4, 6, 10, 11, 12, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 26, 27. El puntaje máximo a alcanzar es de 34. A mayor puntaje, mayor presencia del estado de ánimo disfórico.

- Ideas de Auto desprecio:

El niño expresa sentimientos de irritabilidad, incapacidad, fealdad y culpabilidad. Presenta ideas de persecución, deseos de muerte y tentativas de suicidio, revela ideas de escaparse y huir de su casa.

Los 10 ítems que evalúan esta dimensión son los siguientes: 5, 7, 8, 9, 13, 14, 15, 23, 24,25. El puntaje máximo a alcanzar es 20. A mayor puntaje, mayor presencia de ideas de auto desprecio.

Calificación e interpretación

Inventario de Depresión Infantil (CDI) de Kovacs consiste en 27 ítems con 3 opciones en cada ítem. Con un lenguaje fácil de entender. La calificación será de 0, 1 y 2 puntos en cada ítems:

0 = corresponde a la intensidad de aparición más baja

1 = corresponde a la intensidad o frecuencia media

2 = correspondiente a la mayor frecuencia

Luego de esta calificación, se podrá obtener la puntuación directa de la escala de Disforia, sumando los puntajes de los ítems 1,2, 3, 4, 6, 11, 12, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 26 y 27; y la puntuación directa de la escala de Auto desprecio, sumando los puntajes de los ítems restantes 5, 7, 8, 9, 13, 14, 15, 23, 24, 25. La suma de ambas escalas nos proporcionará la puntuación directa de depresión. Estas puntuaciones directas serán transformadas en sus correspondientes percentiles.

Valoración:

Estas son las categorías diagnósticas de acuerdo a los percentiles:

PERCENTIL		CATEGORÍAS DIAGNÓSTICAS
1-25	BAJO	No hay presencia de síntomas depresivos. Dentro de los límites normales
26-74	MEDIO	Presencia de síntomas depresivos mínima y moderada
75-89	ALTO	Presencia de síntomas depresivos marcada o severa

4.6. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Los datos fueron revisados de forma manual y se manejaron según un modelo descriptivo; asimismo los datos fueron procesados mediante el

SPSS, versión 24, mediante estadística descriptiva, frecuencia y tablas cruzadas.

4.7. ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN

- Antes de la respectiva aplicación del instrumento, se solicitó el permiso respectivo a los directores de cada Institución Educativa de las distintas ciudades y así mismo se les informo el objetivo y los resultados del presente trabajo.
- Autorización de los padres de familia en la aplicación del instrumento.
- Previo a la recolección de datos, se presentó el respectivo permiso del director a los docentes encargados de cada aula.
- Se informó también previamente la naturaleza del proceso de la aplicación del instrumento a los estudiantes.

CAPÍTULO V

RESULTADOS

4.1. DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS:

Los resultados se presentan de acuerdo a los objetivos de la investigación; describiéndose en primer término, los resultados obtenidos de la totalidad de la población, teniendo en cuenta el nivel de sintomatología depresiva, el género y edad de los estudiantes, en segundo lugar se analizaron los datos de acuerdo a cada ciudad de procedencia también teniendo en cuenta el nivel de sintomatología depresiva, el género y edad de los estudiantes, para finalmente, realizar la comparación de los niveles de sintomatología depresiva presentados en las diferentes ciudades evaluadas, considerando las escalas y el puntaje total del CDI.

A continuación, se realiza la presentación del análisis interpretativo de cada objetivo, valorando la frecuencia y el porcentaje de respuestas emitidas por los estudiantes, además de una representación gráfica e interpretación cualitativa de los diferentes resultados que se obtuvieron a partir de la aplicación del cuestionario, siendo estos los siguientes:

TABLA 1

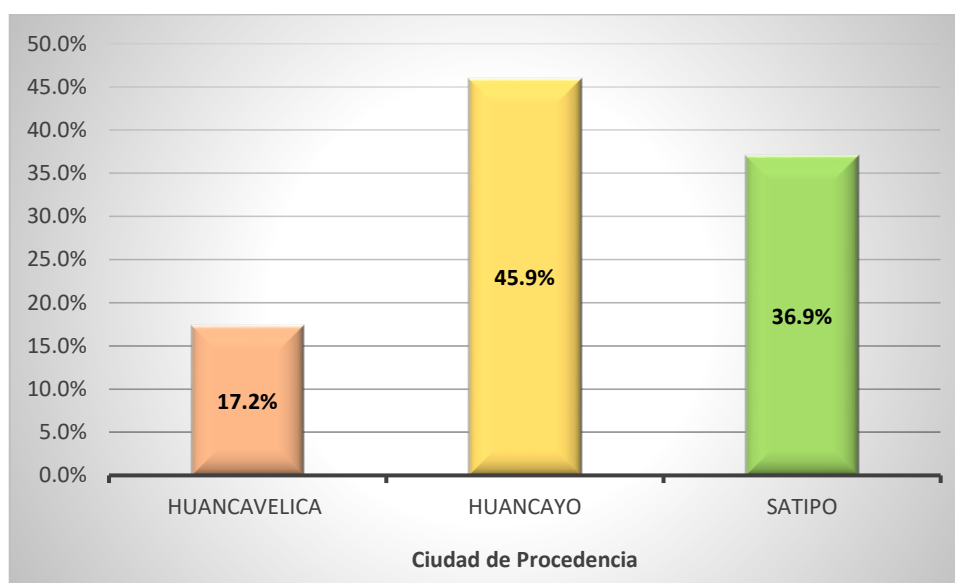
Distribución total de participantes según lugar de procedencia

		FRECUENCIA	PORCENTAJE
CIUDAD	HUANCAVELICA	65	17,2%
	HUANCAYO	173	45,9%
	SATIPO	139	36,9%
TOTAL		377	100,0%

Fuente: Resultados de evaluación Cuestionario de Depresión Infantil 2017

FIGURA 1

Distribución total de participantes según lugar de procedencia



Fuente: Resultados de evaluación Cuestionario de Depresión Infantil 2017

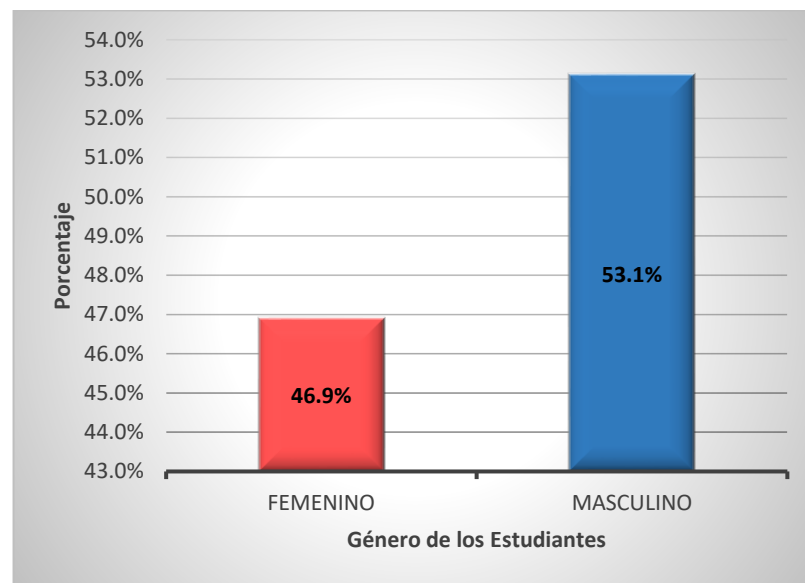
Interpretación: En la tabla y figura 1 se observa que la muestra total evaluada está compuesta por 377 estudiantes, los cuales provienen: el 17.2% de Huancavelica, el 45.9% de Huancayo y el 36.9% de Satipo. El mayor porcentaje de la muestra son los estudiantes precedentes de la ciudad de Huancayo (45,9%).

TABLA 2
Distribución total de participantes según género

		FRECUENCIA	PORCENTAJE
GÉNERO	FEMENINO	177	46,9%
	MASCULINO	200	53,1%
TOTAL		377	100,0%

Fuente: Resultados de evaluación Cuestionario de Depresión Infantil 2017

FIGURA 2
Distribución total de participantes según género



Fuente: Resultados de evaluación Cuestionario de Depresión Infantil 2017

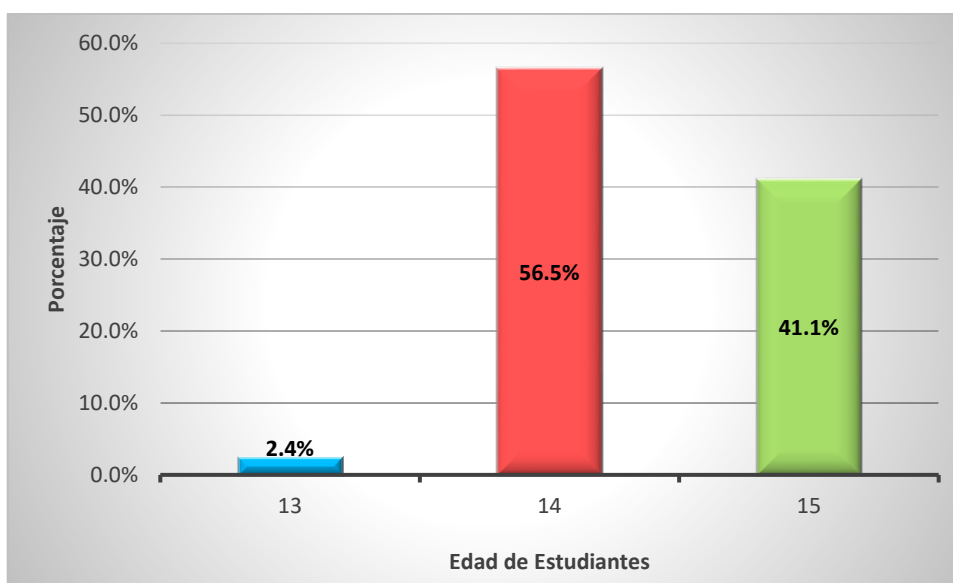
Interpretación: En la tabla y figura 2 se observa que la muestra total evaluada está compuesta por 377 estudiantes de los cuales: el 47% pertenecen al género femenino y el 53% pertenecen al género masculino. En la muestra existe más varones que mujeres.

TABLA 3
Distribución total de participantes según edad

		FRECUENCIA	PORCENTAJE
	13	9	2,4%
EDAD	14	213	56,5%
	15	155	41,1%
TOTAL		377	100,0%

Fuente: Resultados de evaluación Cuestionario de Depresión Infantil 2017

FIGURA 3
Distribución de participantes según edad



Fuente: Resultados de evaluación Cuestionario de Depresión Infantil 2017

Interpretación: En la tabla y figura 3 se observa que la totalidad de la muestra evaluada están en un rango de 13 a 15 años de edad, siendo el 2.4% perteneciente a estudiantes de 13 años, el 56.5% de 14 años y el 41.1% a estudiantes de 15 años de edad. Más de la mitad de la muestra está conformado por adolescentes de 14 años de edad.

TABLA 4

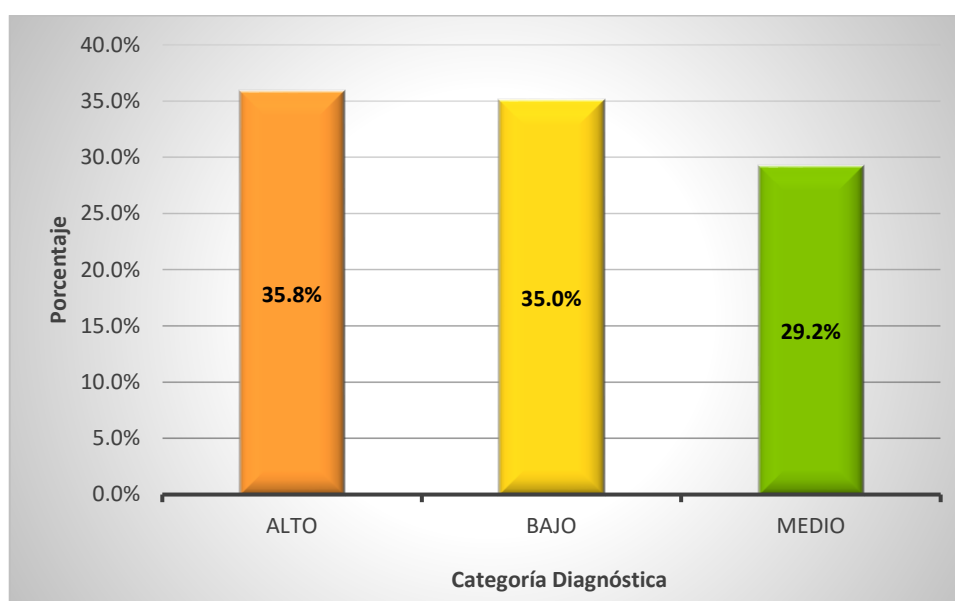
Distribución total de participantes según categoría diagnóstica

		FRECUENCIA	PORCENTAJE
CATEGORÍA DIAGNOSTICA	ALTO	135	35,8%
	BAJO	132	35,0%
	MEDIO	110	29,2%
TOTAL		377	100,0%

Fuente: Resultados de evaluación Cuestionario de Depresión Infantil 2017

FIGURA 4

Distribución de participantes según categoría diagnóstica



Fuente: Resultados de evaluación Cuestionario de Depresión Infantil 2017

Interpretación: En la tabla y figura 4 se puede observar que el 35,8% de la muestra total se ubican en la categoría diagnóstica de sintomatología depresiva alta, el 35,0% categoría baja, y el 29,2% categoría medio. Se percibe una distribución muy equitativa entre las diversas categorías diagnósticas, sobresaliendo ligeramente la categoría diagnóstica alta.

TABLA 5

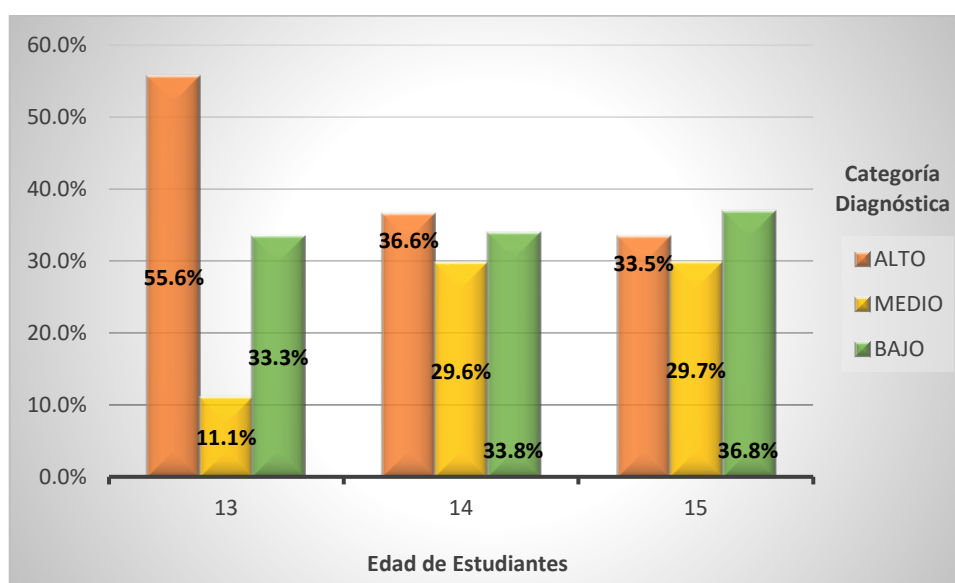
Distribución total de participantes según edad y categoría diagnóstica

		CATEGORÍA DIAGNÓSTICA			TOTAL	
		ALTO	MEDIO	BAJO		
EDAD DE ESTUDIANTES	13	FRECUENCIA	5	1	3	9
		PORCENTAJE	55,6%	11,1%	33,3%	100,0%
	14	FRECUENCIA	78	63	72	213
		PORCENTAJE	36,6%	29,6%	33,8%	100,0%
	15	FRECUENCIA	52	46	57	155
		PORCENTAJE	33,5%	29,7%	36,8%	100,0%
TOTAL	FRECUENCIA	135	110	132	377	
	PORCENTAJE	35,8%	29,2%	35,0%	100,0%	

Fuente: Resultados de evaluación Cuestionario de Depresión Infantil 2017

FIGURA 5

Distribución total de participantes según edad y categoría diagnóstica



Fuente: Resultados de evaluación Cuestionario de Depresión Infantil 2017

Interpretación: En la tabla y figura 5 se observa que, de los estudiantes de 13 años, el 55.6%, se sitúan en la categoría diagnóstica alta, el 33.3% en categoría baja y 11.1% en medio; de los estudiantes de 14 años, el 36.6%, se ubica en categoría diagnóstica alta, el 33.8 en categoría baja y el 29.6% en medio; de los estudiantes de 15 años, el 33.5% en categoría alta, el 36.8% en categoría baja y el 29.7% en la categoría diagnóstica medio. El mayor porcentaje de categoría diagnóstica depresión alta corresponde a los estudiantes de 13 años de edad (55.6%).

TABLA 6

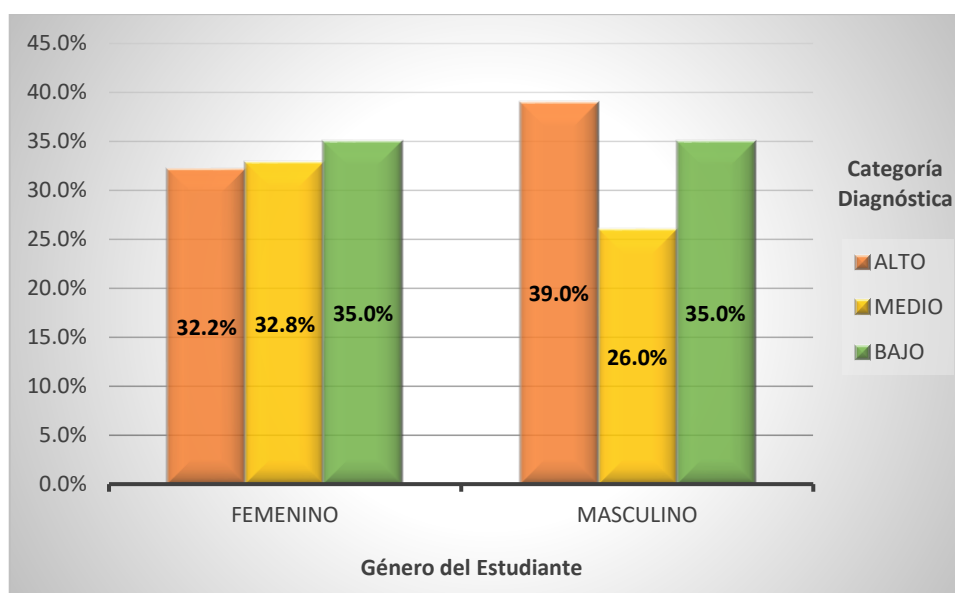
Distribución total de participantes según género y categoría diagnóstica

		CATEGORÍA DIAGNÓSTICA			TOTAL	
			ALTO	MEDIO	BAJO	
GÉNERO DE ESTUDIANTES	FEMENINO	FRECUENCIA	57	58	62	177
		PORCENTAJE	32,2%	32,8%	35,0%	100,0%
	MASCULINO	FRECUENCIA	78	52	70	200
		PORCENTAJE	39,0%	26,0%	35,0%	100,0%
TOTAL		FRECUENCIA	135	110	132	377
		PORCENTAJE	35,8%	29,2%	35,0%	100,0%

Fuente: Resultados de evaluación Cuestionario de Depresión Infantil 2017

FIGURA 6

Distribución total de participantes según género y categoría diagnóstica



Fuente: Resultados de evaluación Cuestionario de Depresión Infantil 2017

Interpretación: En la tabla y figura 6 se observa que: de las alumnas del género femenino el 32,2%, obtuvieron categoría diagnóstica alta, el 35% categoría baja y el 32,8% categoría media; de los alumnos del género masculino, el 39% se ubica en la categoría diagnóstica alta, el 18.6% en baja y el 13.8% en la categoría diagnóstica medio. El mayor porcentaje de categoría diagnóstica depresión alta corresponde a los estudiantes del género masculino (39%).

TABLA 7

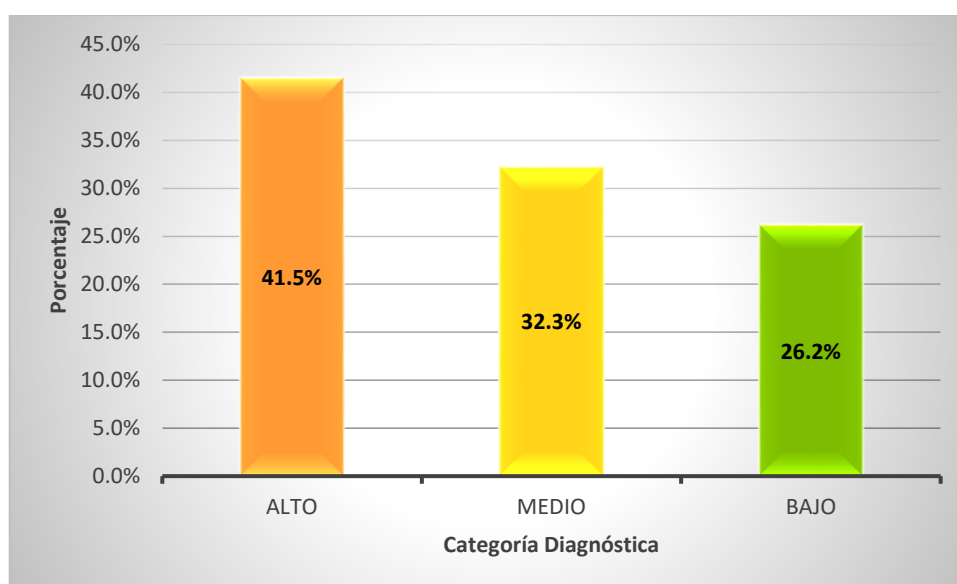
Distribución de participantes ciudad Huancavelica, según categoría diagnóstica

		CATEGORÍA DIAGNÓSTICA			TOTAL
		ALTO	MEDIO	BAJO	
HUANCAVELICA	FRECUENCIA	27	21	17	65
	PORCENTAJE	41,5%	32,3%	26,2%	100,0%

Fuente: Resultados de evaluación Cuestionario de Depresión Infantil 2017

FIGURA 7

Distribución de participantes ciudad Huancavelica, según categoría diagnóstica



Fuente: Resultados de evaluación Cuestionario de Depresión Infantil 2017

Interpretación: En la tabla y figura 7 se observa la distribución de estudiantes de la ciudad de Huancavelica, de los cuales, el 41.5% se sitúa en la categoría alta, 26.2% en la categoría baja y 23.3% en la categoría diagnóstica medio; en esta ciudad, la categoría diagnóstica depresión alta (41,5%) es la que predomina sobre las demás categorías.

TABLA 8

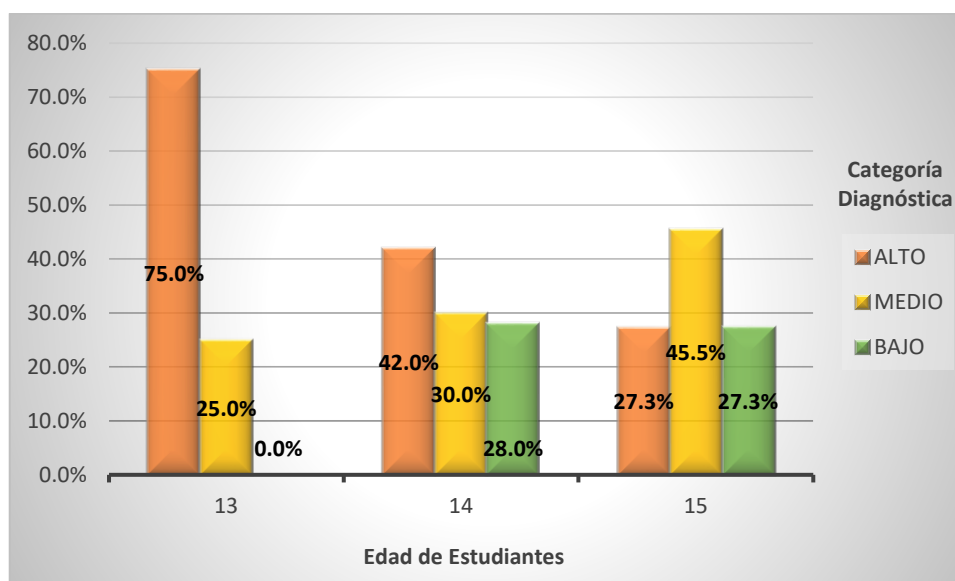
Distribución de participantes ciudad Huancavelica, según edad y categoría diagnóstica

			CATEGORÍA DIAGNÓSTICA			TOTAL
			ALTO	MEDIO	BAJO	
EDAD DE ESTUDIANTES	13	FRECUENCIA	3	1	0	4
		PORCENTAJE	75,0%	25,0%	0,0%	100,0%
	14	FRECUENCIA	21	15	14	50
		PORCENTAJE	42,0%	30,0%	28,0%	100,0%
	15	FRECUENCIA	3	5	3	11
		PORCENTAJE	27,3%	45,5%	27,3%	100,0%
TOTAL	FRECUENCIA	27	21	17	65	
	PORCENTAJE	41,5%	32,3%	26,2%	100,0%	

Fuente: Resultados de evaluación Cuestionario de Depresión Infantil 2017

FIGURA 8

Distribución de participantes ciudad Huancavelica, según edad y categoría diagnóstica



Fuente: Resultados de evaluación Cuestionario de Depresión Infantil 2017

Interpretación: En la tabla y figura 8 se tiene la distribución de estudiantes de Huancavelica según edad; de los alumnos de 13 años, el 75% se sitúa en la categoría diagnóstica alta, ningún estudiante en categoría baja y el 25% en la categoría medio; de los alumnos de 14 años, el 42% se ubica en la categoría alta, 28% en bajo y 30% en medio; de los alumnos de 15 años, el 27,3% en alto, 27,3% en bajo y el 45,5% en medio. El mayor porcentaje de categoría diagnóstica depresión alta en la ciudad de Huancavelica corresponde a los estudiantes de 13 años de edad (75%).

TABLA 9

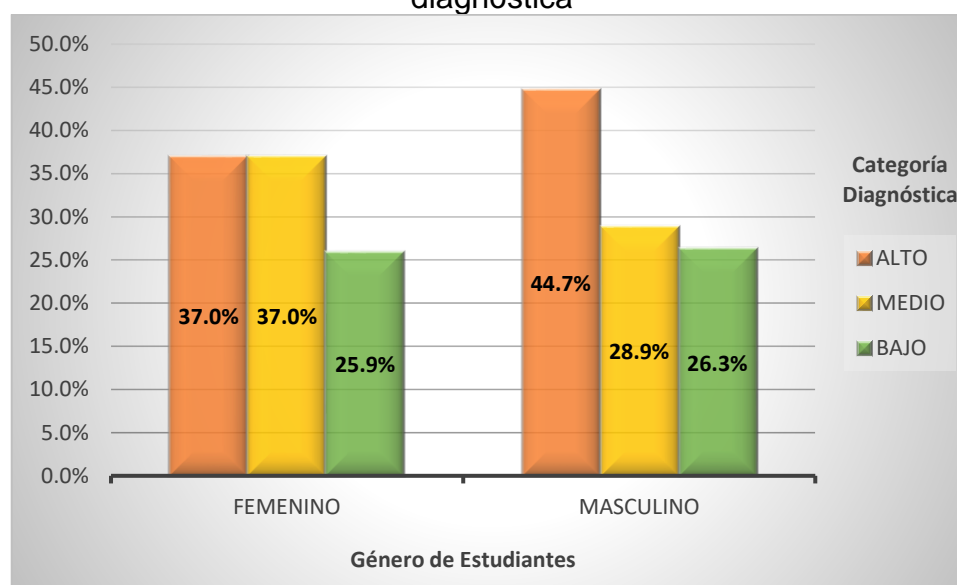
Distribución de participantes ciudad Huancavelica, según género y categoría diagnóstica

			CATEGORÍA DIAGNÓSTICA			Total
			ALTO	MEDIO	BAJO	
GÉNERO DE ESTUDIANTES	FEMENINO	FRECUENCIA	10	10	7	27
		PORCENTAJE	37,0%	37,0%	25,9%	100,0%
	MASCULINO	FRECUENCIA	17	11	10	38
		PORCENTAJE	44,7%	28,9%	26,3%	100,0%
TOTAL		FRECUENCIA	27	21	17	65
		PORCENTAJE	41,5%	32,3%	26,2%	100,0%

Fuente: Resultados de evaluación Cuestionario de Depresión Infantil 2017

FIGURA 9

Distribución de participantes ciudad Huancavelica, según género y categoría diagnóstica



Fuente: Resultados de evaluación Cuestionario de Depresión Infantil 2017

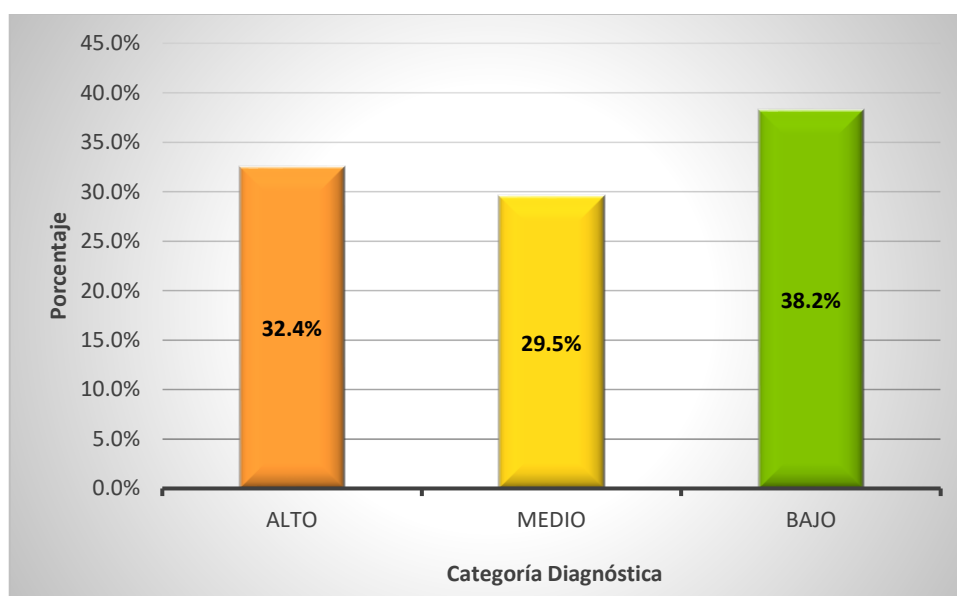
Interpretación: En la tabla y figura 9 se observa la distribución de estudiantes de Huancavelica según su género; del género femenino, el 37% se sitúa en la categoría diagnóstica alta, el 25,9% en la categoría baja y el 37,4% en medio; de los alumnos de género masculino, el 44,7% se ubica en categoría diagnóstica alta, el 26,3% en bajo y el 28,9% en la categoría diagnóstica medio. El mayor porcentaje de sintomatología depresiva alta en la ciudad de Huancavelica, corresponde a los estudiantes del género masculino (44,7%).

TABLA 10
Distribución de participantes ciudad Huancayo, según categoría diagnóstica

		CATEGORÍA DIAGNÓSTICA			TOTAL
		ALTO	MEDIO	BAJO	
HUANCAYO	FRECUENCIA	56	51	66	173
	PORCENTAJE	32,4%	29,5%	38,2%	100,0%

Fuente: Resultados de evaluación Cuestionario de Depresión Infantil 2017

FIGURA 10
Distribución de participantes ciudad Huancayo, según categoría diagnóstica



Fuente: Resultados de evaluación Cuestionario de Depresión Infantil 2017

Interpretación: En la tabla y figura 10 se observa la distribución de estudiantes de la ciudad de Huancayo, según categoría diagnóstica; el 32.4% de los estudiantes evaluados se ubican en la categoría alta, 38.2% en la categoría baja y 29.5% en la categoría diagnóstica medio; como se ve el mayor porcentaje de estudiantes evaluados de la ciudad de Huancayo, se ubica en la categoría diagnóstica de depresión baja (38,2%), cuyo resultado es diferente a lo hallado en las ciudades de Huancavelica y Satipo.

TABLA 11

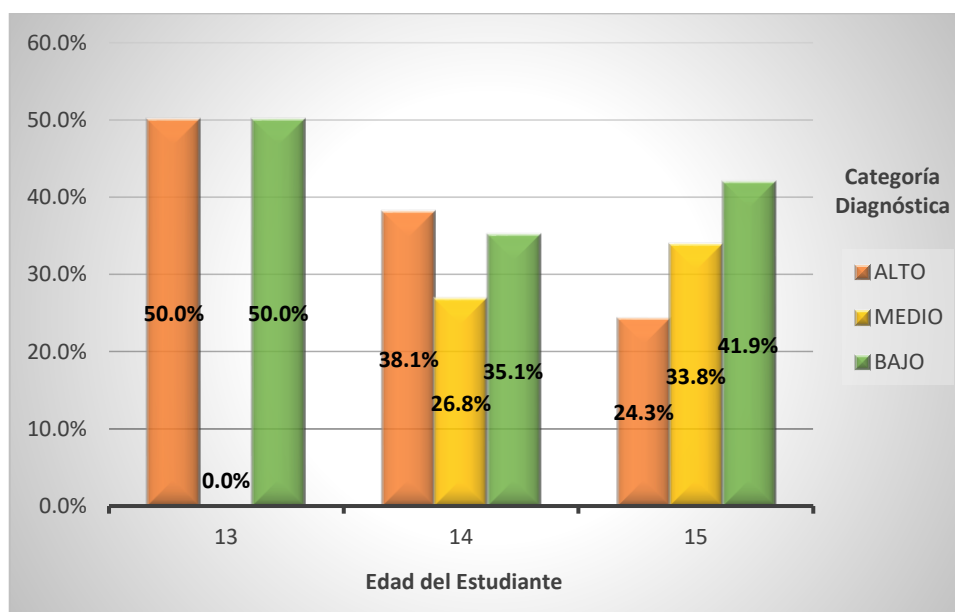
Distribución de participantes ciudad Huancayo, según edad y categoría diagnóstica

		CATEGORÍA DIAGNÓSTICA			TOTAL	
		ALTO	MEDIO	BAJO		
EDAD DE ESTUDIANTES	13	FRECUENCIA	1	0	1	2
		PORCENTAJE	50,0%	0,0%	50,0%	100,0%
	14	FRECUENCIA	37	26	34	97
		PORCENTAJE	38,1%	26,8%	35,1%	100,0%
	15	FRECUENCIA	18	25	31	74
		PORCENTAJE	24,3%	33,8%	41,9%	100,0%
TOTAL		FRECUENCIA	56	51	66	173
		PORCENTAJE	32,4%	29,5%	38,2%	100,0%

Fuente: Resultados de evaluación Cuestionario de Depresión Infantil 2017

FIGURA 11

Distribución de participantes ciudad Huancayo, según edad y categoría diagnóstica



Fuente: Resultados de evaluación Cuestionario de Depresión Infantil 2017

Interpretación: En la tabla y figura 11 se observa la distribución de estudiantes de la ciudad de Huancayo según su edad; de los alumnos de 13 años, el 50% se ubican en la categoría diagnóstica alta, el 50% en bajo y ningún alumno en la categoría diagnóstica media; de los alumnos de 14 años, el 38,1% en categoría diagnóstica alta, el 35,1% en bajo y el 26,8% en medio; de los alumnos de 15 años, el 24,3% en categoría alta, el 41,9% en bajo y el 33,8% en medio. El mayor porcentaje de categoría diagnóstica depresión alta en la ciudad de Huancayo, corresponde a los estudiantes de 13 años de edad (50%).

TABLA 12

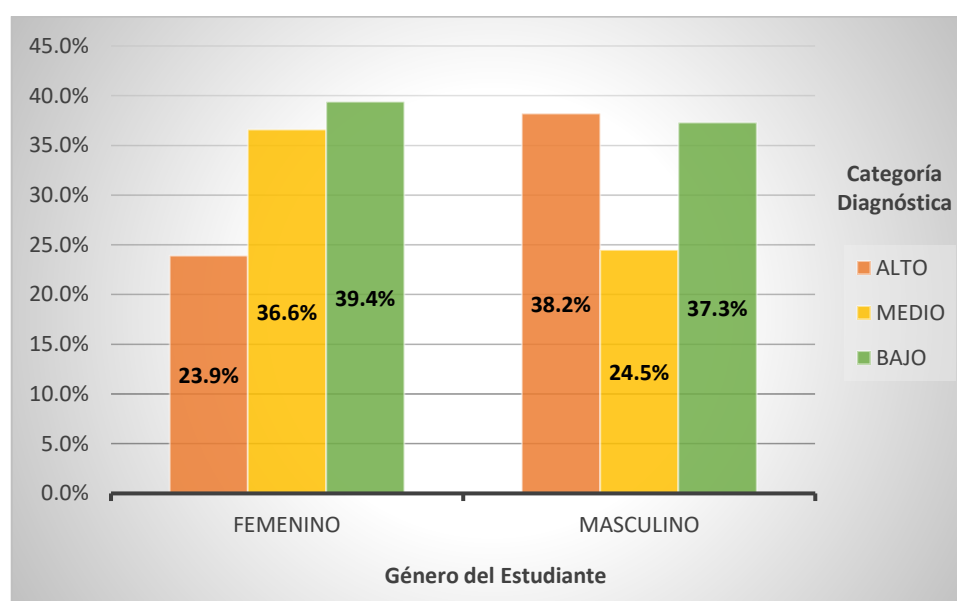
Distribución de participantes ciudad Huancayo según género y categoría diagnóstica

GÉNERO DE ESTUDIANTES			CATEGORÍA DIAGNÓSTICA			TOTAL
			ALTO	MEDIO	BAJO	
FEMENINO	FRECUENCIA		17	26	28	71
		PORCENTAJE	23,9%	36,6%	39,4%	100,0%
	MASCULINO	FRECUENCIA	39	25	38	102
		PORCENTAJE	38,2%	24,5%	37,3%	100,0%
TOTAL	FRECUENCIA	56	51	66	173	
	PORCENTAJE	32,4%	29,5%	38,2%	100,0%	

Fuente: Resultados de evaluación Cuestionario de Depresión Infantil 2017

FIGURA 12

Distribución de participantes ciudad Huancayo, según género y categoría diagnóstica



Fuente: Resultados de evaluación Cuestionario de Depresión Infantil 2017

Interpretación: En la tabla y figura 12 se observa la distribución de estudiantes de la ciudad de Huancayo según género; de las del género femenino, el 23,9% se ubica en la categoría diagnóstica alta, el 39,4% en bajo y el 36,6% en medio; de los del género masculino, el 38,2% se ubica en la categoría diagnóstica alta, el 37,3% en bajo y el 24,5% en la categoría diagnóstica media. El mayor porcentaje de categoría diagnóstica depresión alta en la ciudad de Huancayo corresponde a los estudiantes del género masculino (38,2%).

TABLA 13

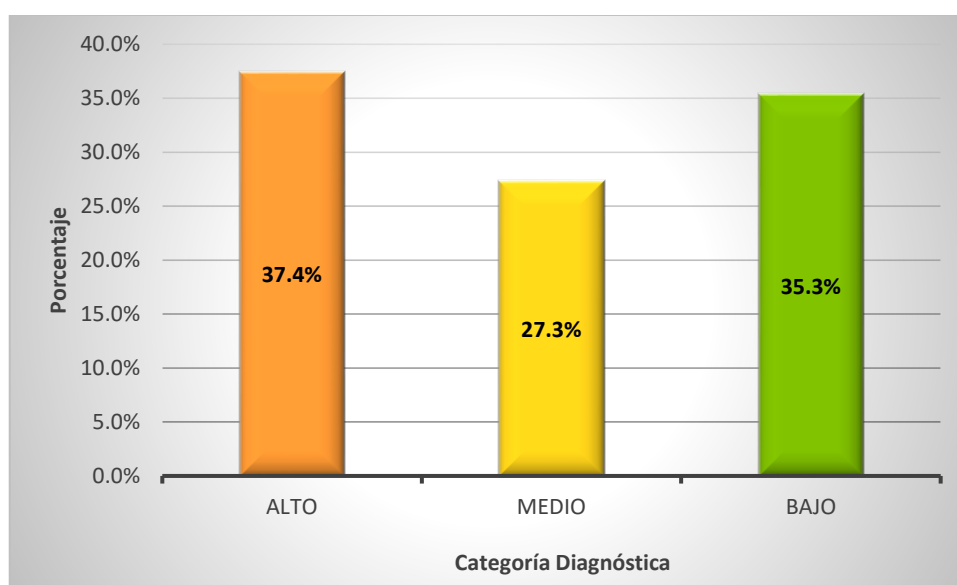
Distribución de participantes ciudad Satipo según categoría diagnóstica

		CATEGORÍA DIAGNÓSTICA			TOTAL
		ALTO	MEDIO	BAJO	
SATIPO	FRECUENCIA	52	38	49	139
	PORCENTAJE	37,4%	27,3%	35,3%	100,0%

Fuente: Resultados de evaluación Cuestionario de Depresión Infantil 2017

FIGURA 13

Distribución de participantes ciudad Satipo, según categoría diagnóstica



Fuente: Resultados de evaluación Cuestionario de Depresión Infantil 2017

Interpretación: En la tabla y figura 13 se observa la distribución de estudiantes de la ciudad de Satipo, donde el 37.4% de los estudiantes se ubica en la categoría diagnóstica alta, el 35.3% en la categoría baja y 27.3% en la categoría diagnóstica media. Este resultado es similar a lo hallado en la ciudad de Huancavelica.

TABLA 14

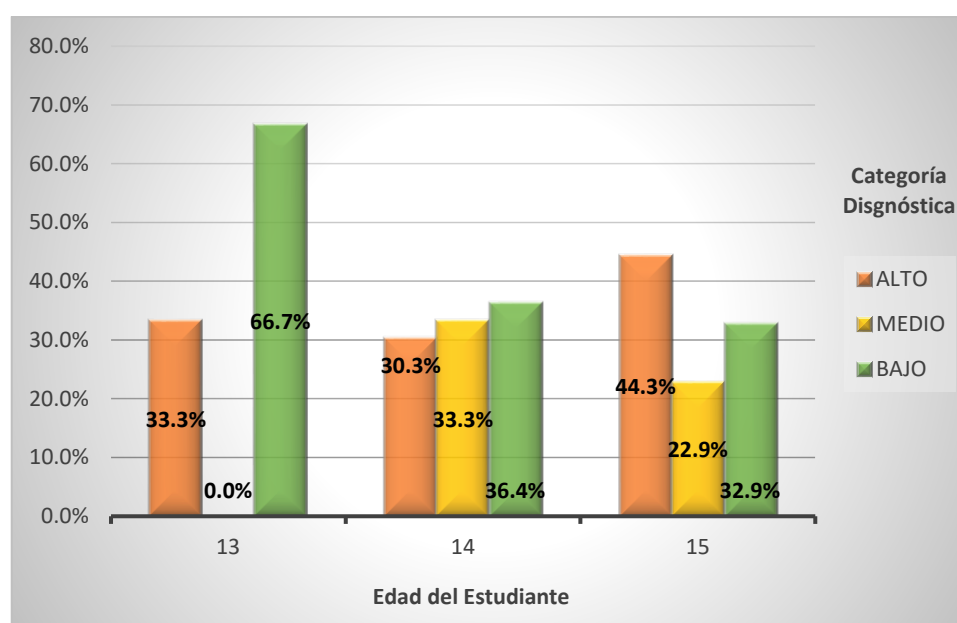
Distribución de participantes ciudad Satipo según edad y categoría diagnóstica

		CATEGORÍA DIAGNÓSTICA			TOTAL	
		ALTO	MEDIO	BAJO		
EDAD DE ESTUDIANTES	13	FRECUENCIA	1	0	2	3
		PORCENTAJE	33,3%	0,0%	66,7%	100,0%
	14	FRECUENCIA	20	22	24	66
		PORCENTAJE	30,3%	33,3%	36,4%	100,0%
	15	FRECUENCIA	31	16	23	70
		PORCENTAJE	44,3%	22,9%	32,9%	100,0%
TOTAL	FRECUENCIA	52	38	49	139	
	PORCENTAJE	37,4%	27,3%	35,3%	100,0%	

Fuente: Resultados de evaluación Cuestionario de Depresión Infantil 2017

FIGURA 14

Distribución de participantes ciudad Satipo, según edad y categoría diagnóstica



Fuente: Resultados de evaluación Cuestionario de Depresión Infantil 2017

Interpretación: En la tabla y figura 14 se observa la distribución de estudiantes de la ciudad de Satipo según edad; de los alumnos de 13 años, el 33,3% se ubica en la categoría diagnóstica alta, 66,7% en categoría baja y ningún alumno en categoría medio; de los alumnos de 14 años, el 30,3% en categoría alta, el 36,4% en bajo y el 33,3% en medio; de los alumnos de 15 años, el 44,3% en categoría alta, el 32,9% en bajo y el 22,9% en medio. El mayor porcentaje de categoría diagnóstica depresión alta en la ciudad de Satipo corresponde a los estudiantes de 15 años de edad (44,3%).

TABLA 15

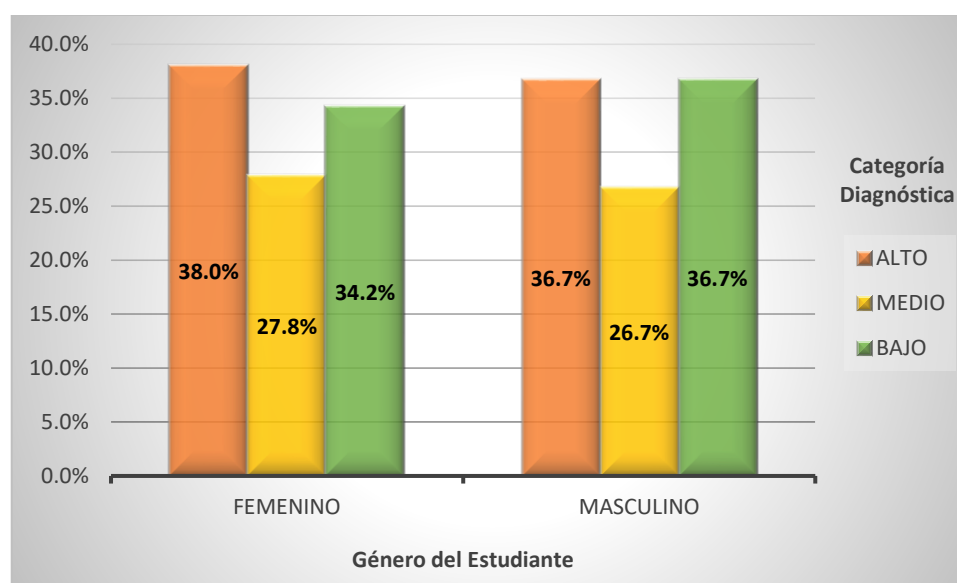
Distribución de participantes ciudad Satipo, según género y categoría diagnóstica

			CATEGORÍA DIAGNÓSTICA			TOTAL
			ALTO	MEDIO	BAJO	
GÉNERO DE ESTUDIANTES	FEMENINO	FRECUENCIA	30	22	27	79
		PORCENTAJE	38,0%	27,8%	34,2%	100,0%
	MASCULINO	FRECUENCIA	22	16	22	60
		PORCENTAJE	36,7%	26,7%	36,7%	100,0%
TOTAL		FRECUENCIA	52	38	49	139
		PORCENTAJE	37,4%	27,3%	35,3%	100,0%

Fuente: Resultados de evaluación Cuestionario de Depresión Infantil 2017

FIGURA 15

Distribución de participantes ciudad Satipo, según género y categoría diagnóstica



Fuente: Resultados de evaluación Cuestionario de Depresión Infantil 2017

Interpretación: En la tabla y figura 15 se observa la distribución de estudiantes de la ciudad de Satipo según género; de las del género femenino, el 38% se ubica en la categoría diagnóstica alta, el 34,2% en bajo y el 27,8% en medio; de los alumnos del género masculino, el 36,7% en alto, el 36,7% en bajo y el 26,7% en la categoría diagnóstica medio. El mayor porcentaje de categoría diagnóstica depresión alta en la ciudad de Satipo corresponde a los estudiantes del género femenino (38%).

TABLA 16

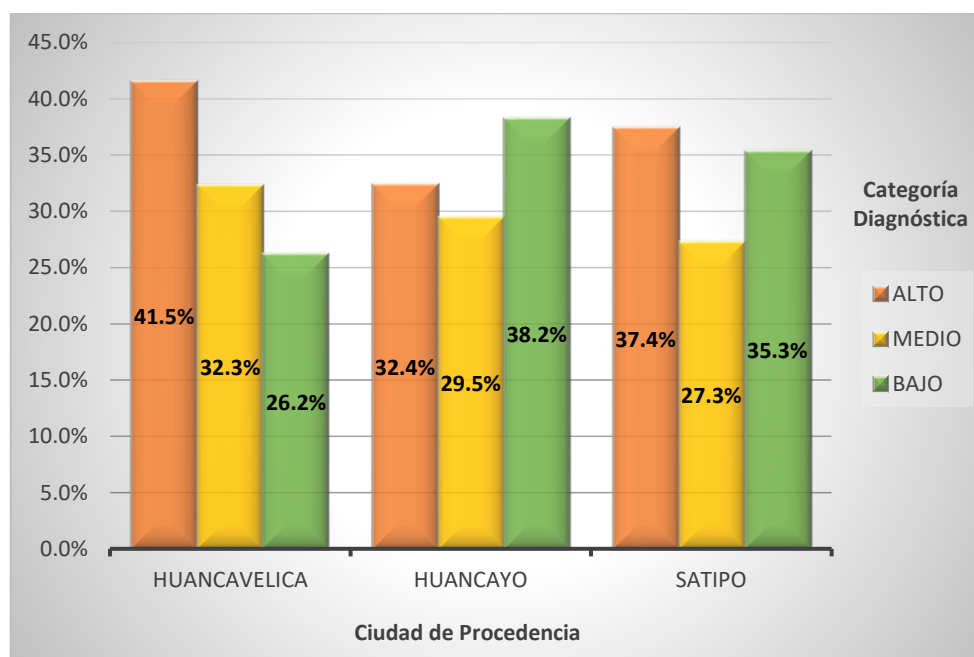
Distribución de participantes según ciudad de procedencia y categoría diagnóstica

CIUDAD DE PROCEDENCIA		CATEGORÍA DIAGNÓSTICA			TOTAL
		ALTO	MEDIO	BAJO	
HUANCAVELICA	FRECUENCIA	27	21	17	65
	PORCENTAJE	41,5%	32,3%	26,2%	100,0%
HUANCAYO	FRECUENCIA	56	51	66	173
	PORCENTAJE	32,4%	29,5%	38,2%	100,0%
SATIPO	FRECUENCIA	52	38	49	139
	PORCENTAJE	37,4%	27,3%	35,3%	100,0%
TOTAL	FRECUENCIA	135	110	132	377
	PORCENTAJE	35,8%	29,2%	35,0%	100,0%

Fuente: Resultados de evaluación Cuestionario de Depresión Infantil 2017

FIGURA 16

Distribución de participantes según ciudad de procedencia y categoría diagnóstica



Fuente: Resultados de evaluación Cuestionario de Depresión Infantil 2017

Interpretación: En la tabla y figura 16 se observa la distribución de estudiantes de las ciudades de Huancavelica, Huancayo y Satipo; siendo Huancavelica la ciudad que presenta mayores índices de **Sintomatología Depresiva Alta** con un 41.5%; seguido por los estudiantes de la ciudad de Satipo (37,4%) y la ciudad de Huancayo con tan solo el 32,4%. Por otro lado, la ciudad que presenta mayor cantidad de población con **Sintomatología Depresiva Baja** es Huancayo con 38.2%, seguida de Satipo con un 35.3% y Huancavelica con tan solo el 26.2%; y respecto a la **Sintomatología Depresiva Media**, la mayor frecuencia se da en la ciudad de Huancavelica con 32.3%, seguida de Huancayo con 29.5% y Satipo con 27.3%.

4.2. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

Prueba de hipótesis general

Los resultados de la presente investigación permiten apoyar nuestra Hipótesis General inicial, la cual fue: existe una mayor prevalencia de Sintomatología Depresiva Alta en los estudiantes de la ciudad de Huancavelica en comparación a los estudiantes de Huancayo y Satipo.

Prueba de hipótesis específicas

Por otro lado, se rechaza la hipótesis específica 1, el cual indicaba que: los niveles de sintomatología depresiva en estudiantes del 3er. Grado de secundaria de la Institución Educativa José Carlos Mariátegui de la ciudad de Huancayo serán altos; ya que los resultados arrojaron que en la ciudad de Huancayo prevalece la sintomatología depresiva baja.

Se acepta la hipótesis específica 2, el cual indicaba que: los niveles de sintomatología depresiva en estudiantes del 3er. Grado de secundaria de la Institución Educativa Francisco Irazola de la ciudad de Satipo serán altos; según los resultados obtenidos, el 37,4% de los estudiantes evaluados presentan una categoría diagnóstica de sintomatología depresiva alta.

Se acepta la hipótesis específica 3, el cual indicaba que: los niveles de sintomatología depresiva en estudiantes del 3er. Grado de secundaria de la Institución Educativa San José de la ciudad de Huancavelica serán altos; según los resultados obtenidos, el 41,5% de los estudiantes evaluados presentan una categoría diagnóstica de sintomatología depresiva alta.

Se rechaza la hipótesis específica 4, el cual indicaba que: en los estudiantes del 3er. Grado de secundaria de la Institución Educativa José Carlos Mariátegui de la ciudad de Huancayo, se da una prevalencia de niveles altos

de sintomatología depresiva, en el género femenino; según los resultados obtenidos, el mayor porcentaje de categoría diagnóstica de sintomatología depresiva alta en la ciudad de Huancayo corresponde a los estudiantes del género masculino (38,2%).

Se acepta la hipótesis específica 5, el cual indicaba que: en los estudiantes del 3er. Grado de secundaria de la Institución Educativa Francisco Irazola de la ciudad de Satipo, se da una prevalencia de niveles altos de sintomatología depresiva, en el género femenino; según los resultados obtenidos, el mayor porcentaje de categoría diagnóstica depresión alta en la ciudad de Satipo corresponde a los estudiantes del género femenino (38%).

Se rechaza la hipótesis específica 6, el cual indicaba que: en los estudiantes del 3er. Grado de secundaria de la Institución Educativa San José de la ciudad de Huancavelica, se da una prevalencia de niveles altos de sintomatología depresiva, en el género femenino; según los resultados obtenidos, el mayor porcentaje de categoría diagnóstica depresión alta en la ciudad de Huancavelica corresponde a los del género masculino (44,7%).

Se rechaza la hipótesis específica 7, el cual indicaba que: los niveles de sintomatología depresiva en estudiantes del 3er. Grado de secundaria de la Institución Educativa José Carlos Mariátegui de la ciudad de Huancayo, se da una prevalencia de niveles altos de sintomatología depresiva en los estudiantes de 15 años; según los resultados obtenidos, el mayor porcentaje de categoría diagnóstica depresión alta en la ciudad de Huancayo, corresponde a los de 13 años de edad (50%).

Se acepta la hipótesis específica 8, el cual indicaba que: los niveles de sintomatología depresiva en estudiantes del 3er. Grado de secundaria de la

Institución Educativa Francisco Irazola de la ciudad de Satipo, se da una prevalencia de niveles altos de sintomatología depresiva en los estudiantes de 15 años; según los resultados obtenidos, el mayor porcentaje de categoría diagnóstica depresión alta en la ciudad de Satipo corresponde a los de 15 años de edad (44,3%).

Se rechaza la hipótesis específica 9, el cual indicaba que: los niveles de sintomatología depresiva en estudiantes del 3er. Grado de secundaria de la Institución Educativa San José de la ciudad de Huancavelica, se da una prevalencia de niveles altos de sintomatología depresiva en los de 15 años.

El mayor porcentaje de categoría diagnóstica depresión alta en la ciudad de Huancavelica corresponde a los estudiantes de 13 años de edad (75%).

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

De acuerdo con los resultados obtenidos en el presente trabajo de investigación, se logró confirmar la hipótesis general, el cual indica la existencia de una mayor prevalencia de Sintomatología Depresiva Alta en los estudiantes de la ciudad de Huancavelica (41,5%) en comparación a los estudiantes de Huancayo (32,4%) y Satipo (37,4%); estos resultados concuerdan con lo reportado por Ramón y Montero⁴ quienes en una investigación desarrollada en la localidad de Pampas, Tayacaja, Huancavelica el año 2016, concluyeron que el 67,8% de los estudiantes evaluados presentan indicadores de depresión, es decir, más de la mitad de los estudiantes evaluados presentan altos niveles de depresión. Una característica en este hallazgo de mayor prevalencia de depresión alta en la ciudad de Huancavelica puede estar sustentada por la publicación de Zevallos³ donde afirma que en la población andina quechua rural, existe el mito, que tener una profesión es estar protegido contra la pobreza económica y por lo tanto tener un futuro asegurado; para lo cual deben superar barreras como: hablar español, encontrar una profesión practicable en el plano nacional y finalmente se exige que se adapte a una sociedad

que rechaza su cultura, para poder ser e identificarse como mestizo peruano; enfrentándolo a una aculturación y a un mecanismo de frustración en el que el indígena quechua puede perder el origen de su identidad como indígena y la meta como mestizo, no siempre corresponde a sus expectativas, es decir, todo este proceso puede llevar a una gran frustración, independiente de si logra o no alcanzar la pertenencia a la sociedad como mestizo, lo cual podría explicarnos este hallazgo. Asimismo teniendo en cuenta el modelo teórico cognitivo y su concepción metafórica de que el hombre es un sistema que procesa información en un medio que cambia continuamente y que por lo tanto es un constructor activo de su realidad, ya que capta, codifica, acumula y recupera información de su medio, se entiende que las características del entorno que rodea al individuo son un factor productor de salud y/o de enfermedad; es así que las características del ambiente, manifestadas en las condiciones sanitarias, geográficas, ambientales e incluso climáticas, son factores que condicionan el estado de salud de sus pobladores, siendo esta, información que respalda el hallazgo de la presente investigación, ya que es de conocimiento general que en Huancavelica se evidencian fuertes problemas geográficas, sanitarias, educativos y económicos.

Con lo reportado en la Tabla y Figura 16, se observa que de las tres ciudades tomadas como muestra, Huancayo es la que presenta una mayor prevalencia de Sintomatología Depresiva Baja (38,2%), en comparación a los de la ciudad de Satipo (35,3%) y los de Huancavelica (26,2%); éstos resultados tienen concordancia con lo reportado por Ávila y Espinoza⁶, quienes concluyeron que el 26% de una muestra de estudiantes huancaínos del 6to grado presenta síntomas depresivos de manera mínima, mientras que tan solo el 2% de los estudiantes presentan sintomatología depresiva severa o marcada; en la misma línea

encontramos el trabajo de Minaya⁹, quien reportó que la mayoría de los alumnos evaluados (76%) presentan algún síntoma depresivo, predominando el episodio depresivo mínimo (39%), a diferencia de la depresión máxima que sólo llega al 16% de los estudiantes evaluados en la ciudad de Huancayo.

A nivel de diferencias sobre sintomatología depresiva según el género, en la Tabla y Figura 6, se observa una prevalencia de Sintomatología Depresiva Alta en el género masculino, con el 39% de los estudiantes evaluados, mientras que el género femenino alcanzó el 32,2%; a resultados similares arribaron Ávila y Espinoza⁶, quienes empleando el mismo instrumento demostraron que los alumnos de género masculino presentan mayores niveles de depresión; asimismo, a nivel internacional Vinaccia, Gaviria, Atehortúa, Martínez y Trujillo¹⁶ obtuvieron resultados similares, encontrando mayor prevalencia de sintomatología depresiva en el género masculino que en el femenino; no obstante, tomando la misma variable, Vargas, Tobar y Valverde¹³, en las ciudades de Cajamarca, Huaraz y Ayacucho, Torrel y Delgado¹¹, en la ciudad de Tumbes, Arenas¹⁵ y Cerna¹⁰, en la ciudad de Lima, y Salinas⁵ en la ciudad de Huancayo, señalaron lo contrario en sus respectivas investigaciones, es decir, reportaron una mayor prevalencia de depresión en las mujeres en comparación con los varones. También se debe señalar que autores como Saenz¹², concluyeron que no existen diferencias de sintomatología depresiva según edad, grado ni sexo de los participantes.

En cuanto a la edad se observa una prevalencia de sintomatología depresiva alta en alumnos de 13 años, ya que de acuerdo con los resultados obtenidos en la Tabla y Figura 5, se tiene que el 55,6% de los alumnos de 13 años obtuvo una sintomatología depresiva alta, mientras que los estudiantes de 14 años alcanzó un

porcentaje del 36,6%, y en los de 15 años alcanzó tan solo el 33,5%; estos resultados concuerdan con el estudio realizado por Hinostroza, Huashuayo, Navarro, Torres y Matos¹⁴, en un estudio realizado en la ciudad de Lima con estudiantes adolescentes, quienes reportaron que: de los 152 alumnos evaluados 53 padecen de manifestaciones de depresión, de ellos, el 43,4% tienen 13 años de edad, el 28,3% tiene 14 años y con el mismo porcentaje (28,3%) los alumnos de 15 años; es decir, que el mayor nivel de prevalencia de sintomatología depresiva se da en los estudiantes de 13 años de edad; similares resultados obtuvo Cerna¹⁰ en la ciudad de Lima, quien encontró que a la edad de 13-14 años se da una prevalencia de la depresión moderada-grave con un 4,3%, frente a la depresión mínima-leve que fue un 2,5%. Del mismo modo, Cisneros y Mantilla², en un trabajo realizado en la ciudad de Lima, también indicó que, cuanto mayor edad se tenga, menor nivel de depresión y ansiedad se presenta; como vemos muchos trabajos de investigación realizados en nuestro medio concluyen de manera tajante que la prevalencia de sintomatología depresiva en niños y adolescentes escolares disminuye con mayor grado de escolaridad.

CONCLUSIONES

- En relación al objetivo general, se logró comparar los niveles de sintomatología depresiva en estudiantes del 3er grado de secundaria de las instituciones educativas de las ciudades de Huancayo, Satipo y Huancavelica 2017; donde la ciudad de Huancavelica posee mayor porcentaje de sintomatología depresiva alta, en la edad de 13 años y en el género masculino. Huancayo tiene mayor predominancia de sintomatología depresiva baja, en la edad de 13 años, alumnos de género femenino, sin embargo, la diferencia no es significativa. Mientras que en la ciudad de Satipo prevalece la sintomatología depresiva alta, en la edad de 15 años, en el género femenino.
- Sobre el objetivo específico 1 relacionado a la prevalencia de los niveles de sintomatología depresiva en estudiantes del 3er. Grado de secundaria de la institución educativa José Carlos Mariátegui de la ciudad de Huancayo, se halló la predominancia la sintomatología depresiva baja con el 38.2%.
- Sobre el objetivo específico 2 relacionado a la prevalencia de los niveles de sintomatología depresiva en estudiantes del 3er. Grado de secundaria de la

institución educativa Francisco Irazola de la ciudad de Satipo, se obtuvo niveles de sintomatología depresiva alta en un 37.4% de la muestra evaluada.

- Sobre el objetivo específico 3 relacionado a la prevalencia de los niveles de sintomatología depresiva en estudiantes del 3er. Grado de secundaria de la institución educativa San José de la ciudad de Huancavelica, se halló la prevalencia de niveles altos de sintomatología depresiva en un 41.5% de los estudiantes evaluados.
- Sobre el objetivo específico 4 relacionado a la prevalencia de los niveles de sintomatología depresiva en estudiantes del 3er. Grado de secundaria de la institución educativa José Carlos Mariátegui de la ciudad de Huancayo, según el género, se encontró una mayor incidencia de niveles altos de sintomatología depresiva en el género masculino con el 38.2%.
- Sobre el objetivo específico 5 relacionado a la prevalencia de los niveles de sintomatología depresiva en estudiantes del 3er. Grado de secundaria de la institución educativa Francisco Irazola de la ciudad de Satipo, según género, se observó que los porcentajes de niveles altos de sintomatología depresiva pertenecen al género femenino con el 38% de los estudiantes evaluados.
- Sobre el objetivo específico 6 relacionado a la prevalencia de los niveles de sintomatología depresiva en estudiantes del 3er. Grado de secundaria de la institución educativa San José de la ciudad de Huancavelica, según género, se encontró una mayor incidencia de niveles altos de sintomatología depresiva en el género masculino con el 44,7%.
- Sobre el objetivo específico 7 relacionado a la prevalencia de los niveles de sintomatología depresiva en estudiantes del 3er. Grado de secundaria de la institución educativa José Carlos Mariátegui de la ciudad de Huancayo, según

edad, se encontró una mayor prevalencia de niveles altos de sintomatología depresiva en los alumnos de 13 años totalizando el 50% de los estudiantes evaluados en esta ciudad.

- Sobre el objetivo específico 8 relacionado a la prevalencia de los niveles de sintomatología depresiva en estudiantes del 3er. Grado de secundaria de la institución educativa Francisco Irazola de la ciudad de Satipo, según edad, se encontró la prevalencia de sintomatología depresiva alta en los alumnos de 15 años totalizando el 44.3% de los estudiantes evaluados de en esta ciudad.
- Sobre el objetivo específico 9 relacionado a la prevalencia de los niveles de sintomatología depresiva en estudiantes del 3er. Grado de secundaria de la institución educativa San José de la ciudad de Huancavelica, según edad, se halló una prevalencia de niveles altos de sintomatología depresiva en estudiantes de 13 años con el 75% de estudiantes evaluados en esta ciudad.

RECOMENDACIONES

- Se sugiere realizar un trabajo más exhaustivo en la población estudiantil de la ciudad de Huancavelica y Satipo, ya que son estas ciudades donde se reportan la mayor incidencia de Sintomatología Depresiva Alta, si no se toman medidas preventivas sobre la aparición de este trastorno, éstas pueden repercutir de manera negativa en el desarrollo personal del individuo.
- Realizar una investigación de nivel explicativo sobre sintomatología depresiva en poblaciones de zonas andinas, específicamente ubicadas en zonas VRAEM, ya que, por su ubicación, su cultura, su historia y los acontecimientos suscitados en estos lugares, pueden influir en la manifestación de sintomatología depresiva.
- Realizar trabajos preventivos promocionales en las instituciones educativas de Huancayo sobre la depresión, ya que se encontraron casos de depresión, aunque en menor proporción a las otras ciudades, pero es vital trabajar con este subgrupo.

- Se recomienda ampliar el trabajo en cuanto a variables, cantidad de la población en lo que respecta a grupos etarios e instituciones educativas particulares y estatales de Huancavelica, Huancayo y Satipo.
- Sensibilizar a las autoridades y población en general sobre la importancia de contar con psicólogos profesionales en las diferentes instituciones educativas, tanto nacionales como particulares, ya que la investigación se realizó en colegios de jornada escolar completa (JEC) en los cuales cuentan con estos profesionales y son un soporte para esta problemática que van en aumento sobre todo en este grupo etario.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pardo G, Sandoval A, Umbarila D. Adolescencia y depresión. Revista Colombiana de Psicología. 2004, No. 13, 13-28.
2. Cisneros S, Mantilla M. Depresión y ansiedad en niños de colegios estatales del distrito de Chorrillos. [Tesis de licenciatura]. Lima. Facultad de Psicología, Universidad Ricardo Palma. 2016. Disponible en: <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/urp/858>
3. Zevallos S. Prevalencia de depresión en poblaciones andinas. Instituto nacional de salud mental "Honorio Delgado- Hideyo Noguchi". 2015. 31(2): 9-22. Disponible en: <http://docplayer.es/56793839-Prevalencia-de-depresion-en-poblaciones-andinas.html>
4. Alcantara H. Adolescentes de la región Junin con depresión y expuestos a la violencia, Diario Correo, Junin, 21 de Marzo del 2018, URL: <https://diariocorreo.pe/edicion/huancayo/adolescentes-de-la-region-junin-con-depresion-y-expuestos-la-violencia-809289/>
5. Red de salud Satipo Información anual de salud mental, Satipo, diciembre 2016.
6. Edvan Ríos, Huancayo con mayor prevalencia al suicidio en el Perú, Diario Correo, 23 de Octubre del 2014, URL: <https://diariocorreo.pe/ciudad/huancayo-con-mayor-prevalencia-al-suicidio-en-el-peru-518146/>
7. Enriquez y Riveros, Mortalidad en la etapa de vida adolescente (12-17años), Análisis de la situación de la salud región Huancavelica, 2015, 109-110, URL <http://www.diresahuancavelica.go>

8. Ramón W, Montero M. Niveles de depresión en escolares de una institución educativa nacional en Pampas, Tayacaja, Huancavelica, 2016. Huancayo. [Tesis de Titulación]. Escuela profesional de psicología de la Facultad de ciencias de la salud, Universidad Peruana los Andes. 2016. Disponible en: <http://repositorio.upla.edu.pe/handle/UPLA/14>
9. Salinas C. Relación entre la depresión y el rendimiento académico de los adolescentes del cuarto grado de secundaria del colegio "Luis Aguilar Romaní" de El Tambo- Huancayo. [Tesis de Titulación]. Huancayo. Biblioteca de la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Peruana Los Andes; 2015.
10. Ávila C, Espinoza J. Indicadores de depresión en niños de cuarto a sexto grado de primaria en la ciudad de Huancayo. Horizonte de la Ciencia Julio 2016; 6 (10): 195-203. Disponible en: <http://www.uncp.edu.pe/revistas/index.php/horizontedelaciencia/article/view/215>
11. Flores N, Perales Y, Gómez W. Depresión e ideación suicida en los adolescentes de una Institución Educativa Pública del distrito de Chongos Bajo - Perú 2014, Ágora Rev. Cient. 2016; 03(01):265-274. Disponible en: <https://revistaagora.com/index.php/cieUMA/article/download/50/54>
12. Cabanillas Y, Gálvez J. Niveles de depresión y rendimiento académico en estudiantes del 5to y 6to grado de educación primaria de dos instituciones educativas estatales de Huancayo 2013 [Tesis de Titulación]. Huancayo. Biblioteca de la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Peruana Los Andes; 2014.
13. Minaya G. Niveles de depresión infantil en alumnos del sexto grado de una Institución Educativa Pública de la ciudad de Huancayo. [Tesis de Titulación].

Huancayo. Biblioteca de la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Peruana Los Andes; 2014.

14. Cerna I. Estudio comparativo de la prevalencia de la depresión en estudiantes de secundaria provenientes de una institución educativa nacional y privada del distrito de Ate. *Rev Psicol Hered* 2015; 10(1-2): 34-40. Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RPH/article/view/302>.
15. Torrel M, Delgado M. Funcionamiento familiar y depresión en adolescentes de la I.E. Zarumilla - Tumbes 2013. *Ciencia y Desarrollo*. Enero-Junio 2014; 17 (1): 47-54. Disponible en: <http://revistas.uap.edu.pe/ojs/index.php/CYD/article/view/1102>
16. Saenz M. Sintomatología depresiva y acoso escolar en un grupo de adolescentes escolares. [Tesis de licenciatura]. Lima. Facultad de letras y ciencias humanas, Pontificia Universidad Católica del Perú. 2010. Disponible en: <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/677>
17. Vargas H, Tovar H, Valverde J. Prevalencia y factores asociados con el episodio depresivo en adolescentes de la población urbana de tres ciudades de la sierra peruana 2003. *Rev Neuropsiquiatr* 2010, 73 (3): 84- 94. Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RNP/article/view/1709>
18. Hinostroza L, Huashuayo C, Navarro S, Torres C. y Matos L. Dinámica familiar y manifestaciones de depresión en escolares de 13 y 15 años de edad. *Rev. enferm Herediana*. 2011; 4(1): 12-19. Disponible en: <http://repebis.upch.edu.pe/articulos/reh/v4n1/a4.pdf>

19. Arenas S. Relación entre la funcionalidad familiar y la depresión en adolescentes. [Tesis de Licenciatura]. Lima. Universidad Mayor de San Marcos de la Facultad de Psicología. 2009.
20. Vinaccia S, Gaviria A, Atehortua L, Martínez P, Trujillo C. Prevalencia de depresión en niños escolarizados entre 8 y 12 años del oriente antioqueño a partir del "Child depression inventory"- CDI. Rev Diversitas.2006, 2 (2): 217-227. Disponible en: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/diver/v2n2/v2n2a04.pdf>
21. Zapata J, Figueroa M, Méndez N, Miranda V, Linares B, Carrada T, Vela Y, Rayas A. Depresión asociada a la disfunción familiar en la adolescencia. Medigraphic Artemisa, septiembre-octubre 2007, 64: 295- 301. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/bmhim/hi-2007/hi075e.pdf>
22. Leyva R, Hernández A, Nava G, López V. Depresión en adolescentes y funcionamiento familiar. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2007; 45 (3): 225-232.
23. Cogollo Z, Gómez E, De Arco O, Ruiz I, Campo A. Asociación entre disfuncionalidad familiar y síntomas depresivos con importancia clínica en estudiantes de Cartagena, Colombia. Rev. Colomb. Psiquiat., 2009; 38 (4):637- 644.
24. Garibay J, Jiménez C, Vieyra P, Hernández M, Villalón J. Disfunción familiar y depresión en niños de 8-12 años de edad. Revista de Medicina e Investigación. 2014; 2(2):107-111.
25. Mantilla L, Sabalza L, Díaz L, Campo A. Prevalencia de sintomatología depresiva en niños y niñas escolares de Bucaramanga, Colombia. Revista Colombiana de Psiquiatría, 2004; 33 (2):163- 171.
26. García A. La influencia de la familia y el nivel de depresión hacia el consumo de drogas en los adolescentes de la Ciudad de México. [Tesis de

- Licenciatura]. México. Universidad Autónoma de México de la Facultad de Psicología; 2002. Disponible en: http://www.uade.inpsiquiatria.edu.mx/tesis/tesis_alma_garcia.pdf
27. Olórtegui F. Psicología del Desarrollo Humano. 3era ed. Lima. San Marcos. 2013.
 28. Papalia D, Feldman R, Martorel G. Desarrollo Humano. 12ma. ed. México. McGraw-Hill. 2012.
 29. Weissmann P. Adolescencia. Argentina. Revista Iberoamericana de Educación. Julio 05, 2013. URL disponible en <https://es.scribd.com/doc/151944390/Adolescencia-Weissmann>
 30. Segal Z, Williams J, Teasdale J. Terapia cognitiva de la depresión basada en la conciencia plena. Desclee de Brouwer. España .2008. Disponible en: https://www.apra.org.ar/pdf/Articulos/Julio/Resena_1.pdf
 31. American Psychiatric Association. (DSM- IV- TR) Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona. Masson, S.A. 2002.
 32. Organización Mundial de la Salud. CIE-10 Trastornos Mentales y del comportamiento. Madrid. Graficas Forma S.A. 1992.
 33. Ministerio de la Salud. Boletín de la Unidad de Investigación Epidemiología y Análisis Situacional de Servicios de Salud (ASIS). Lima. Diciembre 2014. No 3. URL Disponible en: <http://www.insn.gob.pe/sites/default/files/Boletin%20Sala%20Situacional%20DICIEMBRE%202014.pdf>
 34. Ramírez R. Adaptación del Inventario de Kovacs en escolares de la ciudad de Cajamarca. [Tesis de Licenciatura]. Lima. Pontificia Universidad Católica del

Perú. 2009. Disponible en:
<http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/409>

35. García A. La Depresión en Adolescentes. Revista de Estudios de Juventud. Marzo 2009. 84: 85- 104. Disponible en:
<http://www.injuve.es/sites/default/files/RJ84-07.pdf>
36. Mengana K, Pérez Y. Adaptación del Inventario de Depresión Infantil de Kovacs en adolescentes cubanos de 12 a 15 años. [Tesis de Licenciatura]. Cuba. Universidad Central “Marta Abregu” de las Villas de la Facultad de Psicología. 2013.
37. Carrasco S. Metodología de la investigación científica. Lima. San Marcos. 2009.
38. Hernández R, Fernández C, Baptista M. Metodología de la Investigación. 5ta. ed. México. McGraw-Hill. 2010.

ANEXOS

Anexo 1

MATRIZ DE CONSISTENCIA

“NIVELES DE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN ALUMNOS DEL 3ER GRADO DE SECUNDARIA DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS DE LAS CIUDADES DE HUANCAYO, SATIPO Y HUANCVELICA 2017”

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	METODOLOGÍA						
<p>PROBLEMA PRINCIPAL:</p> <p>¿Qué diferencias existen entre los niveles de sintomatología depresiva en alumnos del 3er grado de secundaria de las instituciones educativas de las ciudades de Huancayo, Satipo y Huancavelica 2017?</p> <p>PROBLEMAS ESPECIFICOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Cuáles son los niveles de sintomatología depresiva en estudiantes del 3er. Grado de secundaria de la institución educativa José Carlos Mariátegui de la ciudad de Huancayo? - ¿Cuáles son los niveles de sintomatología depresiva en estudiantes del 3er. Grado de secundaria de la institución educativa Francisco Irazola de la ciudad de Satipo? - ¿Cuáles son los niveles de sintomatología depresiva en estudiantes del 3er. Grado de secundaria de la institución educativa San José de la ciudad de Huancavelica? - ¿Cuál es la prevalencia de los niveles de sintomatología depresiva en estudiantes del 3er. Grado de secundaria de la institución educativa José Carlos Mariátegui de la ciudad de Huancayo, según género? - ¿Cuál es la prevalencia de los niveles de sintomatología depresiva en estudiantes 	<p>OBJETIVO GENERAL:</p> <p>Comparar los niveles de sintomatología depresiva en estudiantes del 3er grado de secundaria de las instituciones educativas de las ciudades de Huancayo, Satipo y Huancavelica 2017.</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Determinar los niveles de sintomatología depresiva en estudiantes del 3er. Grado de secundaria de la institución educativa José Carlos Mariátegui de la ciudad de Huancayo. - Determinar los niveles de sintomatología depresiva en estudiantes del 3er. Grado de secundaria de la institución educativa Francisco Irazola de la ciudad de Satipo. - Determinar los niveles de sintomatología depresiva en estudiantes del 3er. Grado de secundaria de la institución educativa San José de la ciudad de Huancavelica. - Establecer la prevalencia de los niveles de sintomatología depresiva en estudiantes del 3er. Grado de secundaria de la institución educativa José Carlos Mariátegui de la ciudad de Huancayo, según género. - Establecer la prevalencia de los niveles de sintomatología depresiva en estudiantes 	<p>HIPÓTESIS GENERAL:</p> <p>Existe una mayor prevalencia de Sintomatología Depresiva Alta en los estudiantes de la ciudad de Huancavelica en comparación a los estudiantes de Huancayo y Satipo.</p> <p>HIPÓTESIS ESPECÍFICAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Los niveles de sintomatología depresiva en estudiantes del 3er. Grado de secundaria de la institución educativa José Carlos Mariátegui de la ciudad de Huancayo serán altos. - Los niveles de sintomatología depresiva en estudiantes del 3er. Grado de secundaria de la institución educativa Francisco Irazola de la ciudad de Satipo serán altos. - Los niveles de sintomatología depresiva en estudiantes del 3er. Grado de secundaria de la institución educativa San José de la ciudad de Huancavelica serán altos. - En los estudiantes del 3er. Grado de secundaria de la institución educativa José Carlos Mariátegui de la ciudad de Huancayo, se da una prevalencia de niveles altos de sintomatología depresiva, en el género femenino. - En los estudiantes del 3er. Grado de secundaria de la institución educativa Francisco Irazola de la ciudad de Satipo, se da una prevalencia de niveles altos de 	<p>TIPO DE INVESTIGACIÓN: Básica</p> <p>NIVEL DE INVESTIGACIÓN: Descriptivo - Comparativo</p> <p>DISEÑO DE INVESTIGACIÓN: No experimental – Transversal- Descriptivo Comparativo</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>M</td> <td>X₁</td> </tr> <tr> <td>M</td> <td>Y₁</td> </tr> <tr> <td>M</td> <td>Z₁</td> </tr> </table> <p>POBLACIÓN: Todo el alumnado femenino y masculino de las siguientes instituciones educativas: I.E.E. “José Carlos Mariátegui” de Huancayo, I.E.E. “Francisco Irazola” de Satipo y la I. E.E. “San José” de Huancavelica del año 2017, siendo un total de 400 estudiantes.</p> <p>MUESTRA: El alumnado femenino y masculino del tercer grado de educación secundaria; de las siguientes instituciones educativas estatales: I.E.E. “José Carlos Mariátegui” de Huancayo, I.E.E. “Francisco Irazola” de Satipo y la I. E.E. “San José” de</p>	M	X ₁	M	Y ₁	M	Z ₁
M	X ₁								
M	Y ₁								
M	Z ₁								

<p>del 3er. Grado de secundaria de la institución educativa Francisco Irazola de la ciudad de Satipo, según género?</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Cuál es la prevalencia los niveles de sintomatología depresiva en estudiantes del 3er. Grado de secundaria de la institución educativa San José de la ciudad de Huancavelica, según género? - ¿Cuál es la prevalencia de los niveles de sintomatología depresiva en estudiantes del 3er grado de secundaria de la institución educativa José Carlos Mariátegui de la ciudad de Huancayo, según edad? - ¿Cuál es la prevalencia de los niveles de sintomatología depresiva en estudiantes del 3er grado de secundaria de la institución educativa Francisco Irazola de la ciudad de Satipo, según edad? - ¿Cuál es la prevalencia de los niveles de sintomatología depresiva en estudiantes del 3er grado de secundaria de la institución educativa San José de la ciudad de Huancavelica, según edad? 	<p>del 3er. Grado de secundaria de la institución educativa Francisco Irazola de la ciudad de Satipo, según género.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Establecer la prevalencia de los niveles de sintomatología depresiva en estudiantes del 3er. Grado de secundaria de la institución educativa San José de la ciudad de Huancavelica, según género. - Determinar la prevalencia de los niveles de sintomatología depresiva en estudiantes del 3er. Grado de secundaria de la institución educativa José Carlos Mariátegui de la ciudad de Huancayo, según edad. - Determinar la prevalencia de los niveles de sintomatología depresiva en estudiantes del 3er. Grado de secundaria de la institución educativa Francisco Irazola de la ciudad de Satipo, según edad. - Determinar la prevalencia de los niveles de sintomatología depresiva en estudiantes del 3er. Grado de secundaria de la institución educativa San José de la ciudad de Huancavelica, según edad. 	<p>sintomatología depresiva, en el género femenino.</p> <ul style="list-style-type: none"> - En los estudiantes del 3er. Grado de secundaria de la institución educativa San José de la ciudad de Huancavelica, se da una prevalencia de niveles altos de sintomatología depresiva, en el género femenino. - Los niveles de sintomatología depresiva en estudiantes del 3er. Grado de secundaria de la institución educativa José Carlos Mariátegui de la ciudad de Huancayo, se da una prevalencia de niveles altos de sintomatología depresiva en los estudiantes de 15 años. - Los niveles de sintomatología depresiva en estudiantes del 3er. Grado de secundaria de la institución educativa Francisco Irazola de la ciudad de Satipo, se da una prevalencia de niveles altos de sintomatología depresiva en los estudiantes de 15 años. - Los niveles de sintomatología depresiva en estudiantes del 3er. Grado de secundaria de la institución educativa San José de la ciudad de Huancavelica, se da una prevalencia de niveles altos de sintomatología depresiva en los estudiantes de 15 años. 	<p>Huancavelica del año 2017, siendo un total de 377 alumnos. Tratándose de una muestra no probabilística, intencional.</p> <p>INSTRUMENTO: Inventario de Depresión Infantil CDI de Kovacs</p>
---	---	--	---

Anexo 2

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
S I N T O M A T O L O G Í A D E P R E S I V A	La depresión-síntoma, se entiende como un estado de ánimo disfórico (identificada por el sujeto como sentirse desgraciado, triste, melancólico, pesimista, etc.), que se experimenta en cualquier momento del ciclo vital, como consecuencia de vivencias que pueden resultar negativas o dolorosas para la persona; dicho estado tiene una naturaleza temporal, refieren además, que éste es el sentido más coloquial del término depresión y que no implica enfermedad. Figueras citado por Mengana y Pérez ²⁶ .	Cualitativo Policotómica	ESTADO DE ÁNIMO DISFORICO	Tristeza	O R D I N A L
				Soledad	
				Desdicha	
				Indefensión	
				Pesimismo	
				Estado de animo	
				Mal humor	
				Irritabilidad	
				Llora con facilidad	
		Negativista			
		Cualitativo Policotómica	IDEAS DE AUTODESPRECIO	Incapacidad	O R D I N A L
				Fealdad	
				Culpabilidad	
				Persecución	
Deseos de muerte					
Tentativas a suicidio					
Huir de casa					

Anexo 3
PROPUESTA DE INSTRUMENTO

GRADO:..... SECCIÓN:..... COLEGIO:.....

SEXO: M / F EDAD:..... FECHA DE NACIMIENTO:.....

LUGAR DE NACIMIENTO:.....



INSTRUCCIONES

Los chicos y chicas como tú tienen diferentes sentimientos e ideas. En este cuestionario se recogen esos sentimientos e ideas. De cada grupo, señala una frase que sea **LA QUE MEJOR DESCRIBA** cómo te has sentido durante las **DOS ÚLTIMAS SEMANAS**. Una vez que termines con un grupo de frases, pasa al siguiente.

No hay respuestas correctas o incorrectas. Únicamente señala la frase que describa mejor **CÓMO TE HAS SENTIDO** últimamente. Pon una equis (x) en el círculo que hay junto a tu respuesta.

Hagamos un ejemplo. Pon una equis junto a la frase que MEJOR te describa:

EJEMPLO:

- Siempre leo libros
- De vez en cuando leo libros
- Nunca leo libros

RECUERDA QUE DEBES SEÑALAR LAS FRASES QUE MEJOR DESCRIBAN TUS SENTIMIENTOS O TUS IDEAS EN LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS.

DE LAS TRES FRASES QUE SE PRESENTAN EN CADA PREGUNTA ESCOGE SÓLO UNA, LA QUE MÁS SE ACERQUE A CÓMO ERES O TE SIENTES.

PASA A LA PÁGINA SIGUIENTE.

- 1.-
- De vez en cuando estoy triste.
 - Muchas veces estoy triste.
 - Siempre estoy triste.
- 2.-
- Nunca me va a salir nada bien.
 - No estoy muy seguro de si las cosas me van a salir bien.
 - Las cosas me van a salir bien.
- 3.-
- La mayoría de las cosas las hago bien.
 - Muchas cosas las hago mal.
 - Todo lo hago mal.
- 4.-
- Muchas cosas me divierten.
 - Algunas cosas me divierten.
 - Nada me divierte.
- 5.-
- Siempre soy malo.
 - Muchas veces soy malo.
 - Algunas veces soy malo.
- 6.-
- A veces pienso que me puedan pasar cosas malas.
 - Me preocupa que me pasen cosas malas.
 - Estoy seguro de que me pasarán cosas muy malas.
- 7.-
- Me odio.
 - No me gusta como soy.
 - Me gusta como soy.
- 8.-
- Todas las cosas malas son por mi culpa.
 - Muchas cosas malas son por mi culpa.
 - Generalmente no tengo la culpa de que pasen cosas malas.
- 9.-
- No pienso en matarme.
 - Pienso en matarme pero no lo haría.
 - Quiero matarme.
- 10.-
- Todos los días tengo ganas de llorar.
 - Muchos días tengo ganas de llorar.
 - De vez en cuando tengo ganas de llorar.
- 11.-
- Siempre me preocupan las cosas.
 - Muchas veces me preocupan las cosas.
 - De vez en cuando me preocupan las cosas.
- 12.-
- Me gusta estar con la gente.
 - Muchas veces no me gusta estar con la gente.
 - Nunca me gusta estar con la gente.
- 13.-
- No puedo decidirme.
 - Me cuesta decidirme.
 - Me decido fácilmente.
- 14.-
- Soy simpático.
 - Hay algunas cosas de mi apariencia que no me gustan.
 - Soy feo.

- 15.-
- Siempre me cuesta hacer las tareas.
 - Muchas veces me cuesta hacer las tareas.
 - No me cuesta hacer las tareas.
- 16.-
- Todas las noches me cuesta dormir.
 - Muchas veces me cuesta dormir.
 - Duermo muy bien.
- 17.-
- De vez en cuando estoy cansado.
 - Muchos días estoy cansado.
 - Siempre estoy cansado.
- 18.-
- La mayoría de los días no tengo ganas de comer.
 - Muchos días no tengo ganas de comer.
 - Como muy bien.
- 19.-
- No me preocupa el dolor ni la enfermedad.
 - Muchas veces me preocupa el dolor y la enfermedad.
 - Siempre me preocupa el dolor y la enfermedad.
- 20.-
- Nunca me siento solo.
 - Muchas veces me siento solo.
 - Siempre me siento solo.
- 21.-
- Nunca me divierto en el colegio.
 - Sólo a veces me divierto en el colegio.
 - Muchas veces me divierto en el colegio.
- 22.-
- Tengo muchos amigos.
 - Tengo algunos amigos, pero me gustaría tener más.
 - No tengo amigos.
- 23.-
- Mi trabajo en el colegio es bueno.
 - Mi trabajo en el colegio no es tan bueno como antes.
 - Llevo muy mal los cursos que antes llevaba muy bien.
- 24.-
- Nunca podré ser tan bueno como otros niños.
 - Puedo ser tan bueno como otros niños.
 - Soy tan bueno como otros niños.
- 25.-
- Nadie me quiere.
 - No estoy seguro de que alguien me quiera.
 - Estoy seguro de que alguien me quiere.
- 26.-
- Generalmente hago lo que me dicen.
 - Muchas veces no hago lo que me dicen.
 - Nunca hago lo que me dicen.
- 27.-
- Me llevo bien con la gente.
 - Muchas veces me peleo.
 - Siempre me peleo.

Anexo 4

CRITERIOS DE VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO UTILIZADO

Confiabilidad:

Consistencia interna. Para demostrar la consistencia interna del CDI en las versiones anteriores a la del 2004, se realizaron 24 estudios, entre 1978 y 2003, en diversos países como Kuwait, Egipto, Estados Unidos, Inglaterra, Italia y España; tanto con muestras clínicas como normales. Se ha obtenido resultados que en su mayoría indican que el instrumento es fiable, pues el Alfa de Cronbach varía entre 0.70 y 0.94, lo cual significa que entre el 70 y el 94 % de los puntajes observados es atribuible a un puntaje verdadero (Kovacs, 2004).

En 7 de los anteriores estudios también se obtuvo la confiabilidad por mitades, la cual varía entre 0.54 y 0.84; en cinco de estos estudios este tipo de confiabilidad está por encima de 0.70, por lo que se confirma su grado de fiabilidad (Kovacs, 2004).

Los estudios hechos en muestras españolas por Frías, Del Barrio y Mestre (1991, citados en Kovacs 2004), Del Barrio, Moreno y López (1999, 2001 citados en Kovacs), dan una confiabilidad a través del Alfa de Cronbach, entre 0.81 y 0.82. En el estudio que Raffo (1991) realizó en el Perú, se obtuvo un adecuado nivel de consistencia interna (0.81), así como correlaciones ítem-test comprendidas entre 0.21 y 0.63.

Reategui (1994) encuentra, en su estudio realizado en nuestro medio con 685 niños, que el CDI obtiene una alta consistencia interna ($\alpha = 0.81$), obteniéndose similar consistencia en los resultados obtenidos en la población de escolares ($n=570$; $\alpha = 0.80$) y en la población clínica ($n=62$; $\alpha = 0.77$).

En la versión española del CDI (2004) se utilizó una muestra de 7759 varones y mujeres, con edades entre 7 y 15 años, encontrándose una confiabilidad por mitades de 0.79 y por Alfa de Cronbach de 0.80 los cuales son indicadores de un buen grado de confiabilidad.

Estabilidad temporal. Para demostrar la estabilidad temporal del CDI en las versiones anteriores a la del 2004, se realizaron 16 estudios entre los años 1979 y 2003, que emplearon muestras clínicas, normales y participantes con problemas sociales (esta última de un estudio de Mattison, Handford, Kales, Goodman & Mc Laughlin en 1990), (omitir) realizado con niños residentes en orfanatos cuyos padres están separados, divorciados o fallecidos). Los índices varían en función al tiempo de intervalo: entre 1 y 4 semanas se puede observar que en la población normal, el índice de estabilidad temporal varía entre 0.38 y 0.83; mientras que en la población clínica la variación oscila entre 0.62 y 0.87; la mayoría de estos índices se ubica por encima de 0.70. Entre 1 y 12 meses se encuentra que en la población normal el índice varía entre 0.54 y 0.77; mientras que en la población clínica hay una variación entre 0.50 y 0.72; la mayoría de los índices se ubican por debajo de 0.70. En el intervalo superior a un año se encuentra que en la población normal y con problemas sociales el índice fluctúa entre 0.27 (4 años de intervalo) y 0.69 (1 año de intervalo).

En general se muestran índices muy aceptables de estabilidad temporal, dada la característica de labilidad emocional propia de la población de niños y adolescentes a la cual va dirigida la prueba (Kovacs, 2004).

Se puede observar, asimismo, que los índices de estabilidad descenden en función del intervalo de tiempo transcurrido, en este sentido Twenge & Nolen-Hoeksema

(2002) refieren que la puntuación del CDI suele decrecer con cada aplicación del inventario.

En población española (Del Barrio, 1999 citado en Kovacs, 2004) se encuentra un índice de estabilidad aceptable (0.70), en población normal entre los 7 y 16 años, habiendo transcurrido un mes de intervalo.

En nuestro medio, Reategui (1994), a través del método test-retest, encontró que el CDI presenta una estabilidad temporal altamente significativa en escolares, la cual fue de 0.84 ($p < 0.0001$) con un intervalo de tiempo de 4 semanas y de 0.64, con un intervalo de 9 semanas.

En la versión española del CDI (2004) se encuentra una baja estabilidad temporal (0.38) con un intervalo de 2 semanas.

Validez

Validez de contenido. Raffo (1991) encuentra una validez de contenido por criterio de jueces por encima del 80% en todos los ítems.

Validez de criterio concurrente. Para hallar la validez de criterio concurrente del CDI en las versiones anteriores, se realizaron 23 estudios entre 1980 y 2001, que correlacionaron los puntajes del inventario con los de otras pruebas que evalúan depresión.

Los estudios emplearon diversos instrumentos que miden la depresión infantil, entre los utilizados están los auto-reportes, con los cuales presenta un buen grado de validez de criterio concurrente. Entre los auto-reportes más utilizados tenemos: el Reynolds Adolescent Depression Scale (Reynolds, 1989), cuyas correlaciones con el CDI fluctúan entre 0.56 y 0.94 ($p < 0.001$); el Reynolds Child Depression Scale

(Reynolds, 1989), que presenta correlaciones entre 0.47 ($p < 0.01$) y 0.73 ($p < 0.001$); y el Children Depression Scale (Tisher y Lang, 1987) con la cual se observan correlaciones entre 0.70 ($p < 0.01$) y 0.84 ($p < 0.001$).

Otro tipo de instrumentos, son los que utilizan reportes de terceras personas, con los cuales el CDI presenta una validez de criterio concurrente baja. Entre este tipo de instrumentos tenemos: el Peer Nomination Inventory of Depression (Lefkowitz y Tesiny, 1980), con el cual la correlación oscila entre 0.20 ($p < 0.01$) y 0.44 ($p < 0.001$); y el Children Depression Rating Scale (Poznaski, et al. 1979) que presenta correlaciones entre 0.13 ($p < 0.05$) y 0.78 ($p < 0.001$).

Más de la mitad de los estudios revisados presentan correlaciones positivas mayores a 0.70; por lo cual se puede decir que el CDI presenta una buena validez de criterio concurrente.

Otra forma de evaluar la validez del criterio concurrente es utilizando como criterio el diagnóstico psiquiátrico y compararlo con los puntajes obtenidos con la prueba evaluada. Así, en nuestro medio, Raffo (1991), encontró que el mayor puntaje obtenido en su investigación, se da en la muestra de niños diagnosticados con depresión.

Asimismo, Reategui (1994) encontró que el CDI puede discriminar claramente entre el grupo depresivo y los grupos escolares; así como el grupo depresivo y el grupo con otros diagnósticos. No se encontraron diferencias significativas entre el grupo clínico con otros diagnósticos y el grupo escolar del mismo nivel socioeconómico. Por lo tanto, se ha demostrado que el instrumento mide específicamente la entidad depresiva.

Validez de constructo convergente. Se realizaron 45 estudios, entre 1980 y 2002, para hallar validez de constructo convergente en el CDI de versiones anteriores.

En los estudios se emplearon diversos instrumentos que miden constructos relacionados con la depresión infantil. Se obtienen correlaciones positivas con los instrumentos que miden los constructos de ansiedad, estilo atribucional, miedo, ira, agresividad, eventos de vida, entre otros.

El más alto grado de correlación directa está dado por el constructo de ansiedad, destacando el medido con el State Trait Anxiety Inventory for Children (STAIC) con un índice de 0.81 ($p < 0.001$) lo cual hace referencia a la fuerte relación de la depresión infantil con la ansiedad.

También se obtienen correlaciones negativas con los instrumentos que miden los constructos de autoestima, extraversión, control de creencias, entre otros; el más alto grado de correlación inversa está dado por el constructo de autoestima, resaltando el medido con el Self-Steem Scale Piers-Harris (SCS) con un índice de -0.89 ($P < 0.001$) lo cual hace referencia a la relación que existe entre la depresión infantil y las puntuaciones negativas de la autoestima.

En nuestro medio, Raffo (1991) encuentra una correlación negativa significativa entre puntaje de sintomatología depresiva y nivel de autoconcepto ($r = -0.48$; $p < 0.01$; $n=80$), lo que significa que la sintomatología depresiva está relacionada con bajo nivel de autoconcepto.

Por otro lado, Reategui (1994) encontró relación de la sintomatología depresiva con los siguientes constructos: (a) Autoconcepto, medido con la Escala de Autoconcepto para niños de Daniels-Piers, con el cual obtuvo una relación inversa altamente significativa de -0.80 en mujeres, -0.64 en hombres y -0.70 en ambos, lo cual hace referencia a la fuerte relación que existe entre altos puntajes de sintomatología depresiva y bajo autoconcepto; (b) Inestabilidad emocional, medido con el Inventario de Personalidad de Eysenk para Niños (IPE-N), con el cual obtuvo

una correlación de -0.33; (c) Introversión medido con el IPE-N, con el cual obtuvo una correlación positiva considerable de 0.77; por último (d) Bajo rendimiento escolar, encontrándose cierta relación con las notas escolares bajas de - 0.22 ($p < 0.01$).

En la versión española del CDI (2004) se emplearon diversos instrumentos que miden constructos relacionados con la depresión infantil. Se obtienen correlaciones positivas con los instrumentos que miden el constructo de ira con el cual se obtuvo índices entre 0.27 y 0.45 ($p < 0.01$), utilizando el Inventario de Ira estado rasgo (STAXIN). También, se obtiene relación positiva con el constructo de agresividad con el cual se obtuvo un índice de 0.42 ($p < 0.01$); utilizando la Escala de Agresividad Física y Verbal (AFV).

En otros estudios, se encuentra una correlación positiva con el constructo de Inestabilidad de 0.46 ($p < 0.01$) y se encuentran correlaciones negativas para los constructos de Extraversión, -0.14 ($p < 0.01$); Apertura, -0.42 ($p < 0.01$) utilizando el Cuestionario de Personalidad de los Cinco Grandes Factores para Niños. También se obtiene correlación negativa con algunas escalas del constructo de Temperamento, medido con la Escala de Temperamento revisada (DOTS-R) entre -0.05 y -0.19.

Por último, se encuentra correlaciones negativas con Autoeficacia entre -0.24 y -0.50 ($p < 0.01$), utilizando la Escala de Autoeficacia Percibida.

Todos estos datos muestran una buena validez de constructo y están relacionados con las investigaciones anteriores.

Validez de constructo evaluado a través de análisis factorial. Las primeras versiones del CDI, según refiere Kovacs (2004), solo contenían una única escala para población normal. Kovacs (1983, citado en Reategui 1994), refiere que los

estudios factoriales iniciales sugieren que el CDI actúa de dos maneras: en muestras grandes de niños normales se presenta como una escala unidimensional; mientras que, en las muestras clínicas, se presenta como una escala multidimensional. Sin embargo, a lo largo del tiempo se han llevado a cabo diversas investigaciones cuyos análisis factoriales han presentado resultados muy diversos, los cuales en su mayoría evidencian estructuras multifactoriales tanto para muestras normales como para clínicas. Kovacs (2004) hace referencia a varios estudios que muestran la existencia de distinto número de factores; así, Muris, Schmidt, Merckelbach & Schouten (2001) encuentran 6 factores en una población de adolescentes entre 13 y 18 años; Craighead et al. (1995,1998) hallan 7 factores con una muestra conformada por niños y adolescentes entre 8 y 16 años; Kovacs (1992) encuentra 4 factores en una muestra de niños y adolescentes entre 8 y 16 años; entre otros. La misma autora cita que en población española Del Barrio et al. (1999) y Figueras-Masip et al. (2001) hallan 5 factores en poblaciones distintas y Del Barrio (2001) encuentra 4 factores.

En población peruana, Reategui (1994) realiza un análisis factorial exploratorio utilizando técnica Varimax Rotation, donde encuentra 7 factores para muestra de casos clínicos y 8 factores para la muestra de escolares, con varianzas por encima del 50 %.

Con respecto a la versión española del CDI (2004), inicialmente se realizó un análisis factorial exploratorio donde se encontró que la prueba presenta valores adecuados en el test de Keiser-Meyer-Oklin ($KMO = 0.878$) y en el Test de Esfericidad de Barlett ($\text{Chi-cuadrado}=27945.936$; $g.l.=351$; $p=0.001$) lo cual demuestra la pertinencia del inventario para el análisis factorial. En esta investigación, se encontraron dos factores con una varianza explicada de 17.47%

y 6.38%. En el primer factor se cargaron 15 ítems y 11 en el segundo. Por el contenido de los ítems, la autora refiere que el primer factor describe predominantemente características de disforia; el factor está conformado por los ítems: 1, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 25 y 27. El segundo factor describe características de baja autoestima e ineficacia y lo conforma los ítems 2, 3, 4, 6, 11, 13, 14, 15, 19, 23, 24 y 26.

Posteriormente, se realizó un análisis factorial confirmatorio sobre los resultados del análisis anterior. Kovacs (2004) encuentra que los índice de bondad de ajuste (GFI=0.937), de bondad de ajuste corregido (AGFI=0.926), el Parsimony Goodness of Fit Index (PGFI =0.796) y el error cuadrático medio poblacional (RMSEA = 0.05) son significativos e indicaron un buen ajuste de los datos al modelo de los 2 factores encontrado en el análisis factorial exploratorio.