

UNIVERSIDAD CATÓLICA SEDES SAPIENTIAE
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



Factores asociados a la sintomatología depresiva en estudiantes
del nivel secundario de Instituciones Educativas de Tarma

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

AUTORES

Ingrid Mishell Cruz Rodríguez
Dana Celeste Esteban Murillo

ASESORES

Sherly Tania Bustamante Maita
Jean Paul Moreno Palomino.

Tarma, Perú
2020

**Factores asociados a la sintomatología depresiva en
estudiantes del nivel secundario de Instituciones Educativas de
Tarma**

DEDICATORIA

A Dios, dueño de nuestras vidas, por brindarnos la felicidad y una vida llena de aprendizajes y experiencias gratas.

A nuestros padres y familiares, por su apoyo incondicional

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por mostrarnos cada día su infinito amor hacia nosotras.

A nuestros asesores y docentes, al Mg. Jean Paul Moreno, al Mg. Víctor Chávez y a la Mg. Sherly Bustamante, por recibirnos y brindarnos su apoyo; pero sobre todo por el detalle y la dedicación puesta en sus correcciones y comentarios, capaz de brindar la confianza necesaria para continuar en este difícil trabajo.

A nuestros padres, Bernavé y Cevera, Bides y María Elena; por su amor, su esfuerzo, por los valores que nos han inculcado y por ser nuestro soporte en cada etapa de nuestras vidas.

RESUMEN

Objetivo: determinar cómo se relacionan la prevalencia de sintomatología depresiva y los factores asociados en los estudiantes de nivel secundario de las Instituciones Educativas de Tarma. **Materiales y métodos:** el diseño de esta investigación fue no experimental, de tipo descriptivo-correlacional, de corte transversal; para conformar la muestra se utilizó la técnica probabilística de muestreo sistemático para conformar una muestra aleatoria de 316 estudiantes de nivel secundario, 214 estudiantes varones de la institución educativa Industrial N° 32 y 102 estudiantes mujeres de la institución educativa Santa Teresa, con edades entre 12 y 17 años. El análisis descriptivo de las variables categóricas se emplean frecuencias y porcentajes, el análisis inferencial se realizó mediante el chi cuadrado. Los instrumentos aplicados fueron: Inventario de Depresión Infantil de Kovacs (CDI) y una ficha sociodemográfica. **Resultados:** en relación a la sintomatología depresiva, se evidencia que, un 50.3% presentó un nivel bajo de sintomatología depresiva, el 25.6%, un nivel medio y el 24.1%, presentó un nivel alto. Se encontró relación de significancia entre sintomatología depresiva y el tipo de estructura familiar con un ($p=0.002$), con el estado civil de los padres ($p=0.009$), satisfacción escolar ($p=0.00$), y percepción del apoyo familiar ($p=0.000$), con el resto de las variables como edad, sexo, actividades extraescolares, no tiene relación. **Conclusión:** En cuanto a las variables, la estructura familiar, estado civil de los padres, satisfacción escolar y la percepción del apoyo familiar se asocian con la sintomatología depresiva en la investigación.

Palabras claves: Sintomatología depresiva, factores asociados, Inventario de Depresión Infantil de Kovacs.

ABSTRACT

Objective: to determine how the prevalence of depressive symptomatology and the associated factors in secondary school students of the Tarma Educational Institutions are related. **Materials and methods:** the design of this research was non-experimental, descriptive-correlational, transversal; To form the sample, the probabilistic systematic sampling technique was used to form a random sample of 316 secondary level students, 214 male students of the Industrial Educational Institution No. 32 and 102 female students of the Santa Teresa educational institution, aged between 12 and 17 years The descriptive analysis of the categorical frequencies of frequencies and percentages is used, the inferential analysis was performed using the chi-square. The instruments applied were: Kovacs Child Depression Inventory (CDI) and a sociodemographic record. **Results:** in relation to depressive symptomatology, it is evident that 50.3% presented a low level of depressive symptomatology, 25.6%, a medium level and 24.1%, a high level. A significant relationship was found between depressive symptomatology and the type of family structure with a ($p = 0.002$), with the parents' marital status ($p = 0.009$), school satisfaction ($p = 0.00$) and the perception of family support ($p = 0.000$), with the rest of the variables such as age, sex, extracurricular activities, has no relation. **Conclusion:** Regarding the variables, family structure, parental marital status, school satisfaction and the perception of family support are associated with depressive symptomatology in research.

Key words: Depressive symptomatology, associated factors, Kovacs Infant Depression Inventory.

ÍNDICE

RESUMEN	v
ÍNDICE	vii
INTRODUCCIÓN	viii
CAPÍTULO I. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	11
1.1. Situación problemática	11
1.2. Formulación del problema	13
1.3. Justificación de la investigación	13
1.4. Objetivos de la investigación	14
1.4.1. Objetivo general	14
1.4.2. Objetivos específicos	14
1.5. Hipótesis	14
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	15
2.1. Antecedentes de la investigación	15
2.2. Bases teóricas	18
CAPÍTULO III. MATERIALES Y MÉTODOS	28
3.1. Tipo de estudio y diseño de la investigación	28
3.2. Población y muestra	28
3.2.1. Tamaño de la muestra	28
3.2.2. Selección del muestreo	29
3.2.3. Criterios de inclusión y exclusión	29
3.3. Variables	30
3.3.1. Definición conceptual y operacionalización de variables	30
3.4. Plan de recolección de datos e instrumentos	31
3.5. Plan de análisis e interpretación de la información	34
3.6. Ventajas y limitaciones	34
3.7. Aspectos éticos	35
CAPÍTULO IV. RESULTADOS	36
CAPÍTULO V. DISCUSIÓN	39
5.1. Discusión	39
5.2. Conclusiones	41
5.3. Recomendaciones	42
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	43
Anexo	47

INTRODUCCIÓN

La depresión en cualquier etapa de la vida es un trastorno de ánimo caracterizado por un conjunto de síntomas: tristeza patológica, desesperanza, apatía, anhedonia, irritabilidad y sensación subjetiva de malestar, estos a su vez, acompañados de síntomas de tipo cognitivo, volitivo y físicos (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2018). Este trastorno de la salud mental es complejo y multifactorial, por lo que se han realizado diferentes investigaciones, en las que se han descubierto factores asociados con el inicio, mantenimiento o recurrencia de la depresión, y concluyen que los factores de riesgo tienen implicaciones en la prevención, detección y tratamiento de la depresión (Rey, Bella y Jing, 2015). Se han identificado, de manera general, factores de riesgo de tipo individual/personal, familiar y ambiental, sin embargo, existe poca bibliografía en relación a los factores protectores de la depresión en la adolescencia.

La Organización Mundial de la Salud (2017) determina que la depresión es una de las principales causas de discapacidad en el mundo, la cual afecta a más de 300 millones de personas a nivel global, por lo que es considerado como un problema de salud pública tanto a nivel mundial como en nuestro país. En la etapa de la adolescencia, la mayoría de estudios concuerdan que cerca del 1% al 2% de niños en edad prepuberal y cerca del 5% de los adolescentes a nivel mundial padecen de depresión clínicamente significativa en algún momento de su vida, asimismo que sufrir depresión en la adolescencia es un predictor de padecer trastornos mentales en la edad adulta como depresión, consumo de sustancias psicoactivas, entre otros (Rey, Bella y Jing, 2015).

El Instituto Nacional de Salud Mental (2013) identificó que la depresión infanto-juvenil, fue la segunda causa prevalente de casos atendidos, con un aproximado de 9 mil atenciones anuales. El riesgo de enfermedad país señala que 21% de menores presenta depresión, de ellos el 28% se encuentran en edad de estudios y buena cantidad de casos presenta ideación suicida. Resulta preocupante cuando esta sintomatología pueda arribar a una ideación de conducta suicida en adolescentes, generando consecuencias que vulneren su integridad física en una etapa de vida donde predominan procesos maduraciones de capacidades mentales superiores para adquirir destrezas y habilidades para la vida adulta. Los mismos que al presentar sintomatología depresiva expresen conductas antisociales, déficit de actividades lúdicas comunes a su edad, demanda expresa de amor filial o temor a perderlo (Guzmán, Mardones y Romero, 2011). Ocasionalmente un trastorno afectivo puede asociarse a conductas de riesgo: consumo de drogas, comportamientos para suicidas, etc.; por variación de cambios comportamentales, dificultando la percepción si el adolescente transita por una fase de desarrollo “normalizada” o manifieste sintomatología depresiva (Rey, Bella y Jing, 2015).

Reconocer la presencia de sintomatología depresiva y su relación con factores asociados a temprana edad permite adoptar medidas preventivas dentro de las instituciones educativas, por lo que el objetivo general de esta investigación es determinar la relación entre la sintomatología depresiva y los factores sociodemográficos en los estudiantes de nivel secundario de las Instituciones Educativas de Tarma.

El presente estudio se estructuró en cinco capítulos, el primer capítulo está orientado al problema de investigación, también la justificando la investigación. En el segundo capítulo, se describe los antecedentes y marco teórico. El tercer capítulo, refiere sobre los materiales y métodos. El cuarto capítulo, concierne a los resultados. Finalmente, en el quinto capítulo, se realizó la discusión que subyace de los resultados obtenidos y la contratación de hipótesis en comparación con investigaciones nacionales e internacionales, las conclusiones y recomendaciones para futuros estudios.

CAPÍTULO I. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Situación problemática

La depresión es mucho más que estar con el ánimo bajo, particularmente es un problema complejo en el que se identifica el estado de ánimo disfórico, asimismo incluye cambios bruscos del humor, irritabilidad, falta de entusiasmo y una sensación de congoja o angustia, puede implicar pérdida de interés en actividades hasta entonces placenteras, así como cambios cognitivos, como pensar ineficiente y elevada auto - crítica, alteraciones en el sueño, apetito, de la actividad motora, sentimientos de culpa, indecisión, ideas de muerte y/o de suicidio e intentos de suicidio (Del Barrio, 1998).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), consideran a la depresión como la principal causa de problemas de salud y discapacidad en todo el mundo, el número total de personas con depresión es de 322 millones de personas, casi la mitad de estas personas viven en la Región de Asia Sudoriental y en la Región del Pacífico Occidental, con un incremento del 18.4% entre el 2005 y 2015, lo que refleja el crecimiento general de esta problemática en la población mundial, así como un aumento proporcional de los grupos etarios. En las Américas, cerca de 50 millones de personas vivían con depresión en 2015, alrededor del 5% de la población; ante esto, la OPS señala que "...La depresión nos afecta a todos. No discrimina por edad, raza o historia personal. Puede dañar las relaciones, interferir con la capacidad de las personas para ganarse la vida, y reducir su sentido de la autoestima". Por otro lado, la OMS identifica fuertes vínculos entre la depresión con otros trastornos y enfermedades no transmisibles, asimismo aumenta el riesgo de trastornos por uso de sustancias y enfermedades como la diabetes y del corazón, también es un factor de riesgo importante para el suicidio, que reclama cientos de miles de vidas cada año (OMS y OPS, 2017).

En el Perú esta problemática es una realidad, según el informe de la OPS (2017) el número de casos con depresión es de 1 443 513 personas, es decir el 4,8% de la población; asimismo el Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi" (INSM HD-HN) dio a conocer que en un promedio el 22.6% de los adolescentes se sienten "siempre o casi siempre" preocupados, el 16% irritables, 14.6% aburridos y un 13.4% tristes (INSM HD-HN, 2012), concluyendo que los estados anímicos de los adolescentes pueden repercutir en su calidad de vida. De igual manera, el Ministerio de Salud (MINSa) en 2017, en su informe "Situación de salud de los adolescentes y jóvenes en el Perú" señala que los trastornos clínicos en los adolescentes son más prevalentes en las áreas urbanas, ocupando los primeros lugares el episodio depresivo (promedio en los ámbitos en estudio de 3.8%, variando de 7% en Lima y Callao a 1.1% en Lima Rural), los trastornos de ansiedad generalizada y la fobia social; asimismo se señala que el episodio depresivo tiene mayor prevalencia en las mujeres, mientras que en los varones son los trastornos de ansiedad, seguido del episodio depresivo (MINSa, 2017).

En la Región Junín, en una conferencia realizada por Alcántara (2018), el representante de la Dirección de la Salud de las Personas y de la Dirección Regional de Salud - Junín (DIRESA), refirió que en esta región la población de adolescentes del rango de edades de 12 a 17 años, son en total 151 mil 249, el cual representa un 11.28% de la población total de la región y de todas las edades, asimismo aseguró que un 14% (4836) de adolescentes fue diagnosticado con depresión, por lo que indicó la importancia de la atención oportuna y trabajar en la prevención de trastornos de salud mental. Por otro lado,

en el estudio realizado por Damas y Manrique (2018) sobre “Niveles de sintomatología depresiva en alumnos del 3er grado de secundaria de instituciones educativas de las ciudades de Huancayo, Satipo y Huancavelica”, se encontró de manera general la prevalencia sintomatología depresiva en la categoría diagnóstica alta, 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.

En la ciudad de Tarma, con respecto a la presencia de sintomatología depresiva en los adolescentes, se tiene conocimiento que en el Hospital “Félix Mayorca Soto”, desde su Servicio de Psicología se atienden diferentes problemáticas de salud mental como: trastornos depresivos, trastornos de ansiedad, de personalidad, trastornos de conducta, de consumo de sustancias psicoactivas, entre otros, lo cual nos indica que los problemas de salud mental en esta población es una realidad; asimismo, en respuesta a esta situación, en diciembre del año 2018, se ha inaugurado un Centro de Salud Mental Comunitario (CSMC), con RM_N°474-2017-MINSA, con la finalidad de brindar atención psicológica oportuna a la población más vulnerable desde un enfoque multidisciplinario.

Rey, Bella y Jing (2015) en el Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesionales Afines (IACAPAP), mencionan que existen diferentes factores de riesgo que se relacionan a la depresión en la adolescencia, los cuales se clasifican en: biológicos, psicológicos, familiares y sociales. En lo biológico se puede resaltar la etapa de pubertad y el género femenino, ya que la depresión es más común en adolescentes mujeres, además porque existe una mayor demanda en atención médica y de salud mental en mujeres a causa de depresión; en lo psicológico se puede destacar el estilo negativo cognitivo y baja autoestima; en lo familiar es importante tener en cuenta los estilos de crianza, falta de apoyo en la crianza, estructura familiar, la dinámica familiar (Galicia, Sánchez, y Robles, 2009), es decir, el tipo de relación entre los miembros de la familia, entre otros; finalmente en lo social, factores como el acoso escolar y desempeño escolar puede estar relacionado a que la persona experimente sintomatología depresiva.

La adolescencia no es solamente un periodo del ciclo de vida en la cual se comprueban los mayores cambios psico-físicos, sino que también es un periodo heterogéneo, con un inicio y un término difuso, en este periodo se define progresivamente el ensamblaje de los esquemas emotivos-afectivos e ideativos que configuran el cierre organizacional, es decir la organización estable de significado personal, peculiar en cada individuo, es por ello la importancia de considerar los estados de humor dentro del desarrollo y crecimiento del adolescente. Según el perfil adaptativo, las funciones emotivas y afectivas orientan los procesos cognitivos proporcionando una valoración subjetiva que condiciona también las modalidades con las cuales se expresan en los otros ámbitos de las relaciones significativas, en la adolescencia la modulaciones de humor depende de las oscilaciones entre el equilibrio y desequilibrio intrapsíquico, los cuales pueden dar lugar a diversos estados, ya sean de tipo adaptativo o desadaptativas, los cuales se expresan como trastornos psicopatológicos. Estos desequilibrios pueden considerarse descompensaciones, las cuales prosiguen a eventos vividos como pérdidas reales o mentales (separación, muerte, conflictos familiares, fracaso escolar, problemas económicos, etc.), asimismo comprometen la existencia entera, pasada, presente y futura, trayendo como consecuencia autoestima baja,

negatividad sobre sí mismo, desvalorización personal y por ende sintomatología depresiva (Nardi, 2004).

De lo anterior, se reconoce la necesidad de priorizar el estudio de la sintomatología depresiva y los factores asociados en la población juvenil de la ciudad de Tarma, ya que mantener la presencia de esta sintomatología puede tener altas consecuencias: la idea de suicidio, fracaso escolar, trastornos alimentarios, problemas familiares y relaciones con amigos; tales como consumo y abuso de sustancias psicoactivas, cambios de comportamiento (comportamientos antisociales, criminales, agresivos y promiscuos) y disfunción psicosocial (MINSA, 2017); finalmente, es importante señalar las consecuencias a largo plazo de ello es decir, en la edad adulta, porque un episodio depresivo que no se trata adecuadamente puede experimentarse nuevamente en todas las etapas de la vida y la persona puede sufrir un trastorno de depresión recurrente o distimia. (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2018).

Considerando lo mencionado, el objetivo de la presente investigación fue determinar la relación entre la sintomatología depresiva y los factores sociodemográficos en los estudiantes del nivel secundario de Instituciones Educativas de Tarma.

1.2. Formulación del problema

Pregunta general:

¿Cuál es la relación entre la sintomatología depresiva y los factores sociodemográficos en los estudiantes del nivel secundario de Instituciones Educativas de Tarma?

Preguntas específicas:

¿Cuáles son las características de la sintomatología depresiva en los estudiantes del nivel secundario de Instituciones Educativas de Tarma?

¿Cuáles son las variables sociodemográficas que presentan los estudiantes del nivel secundario de Instituciones Educativas de Tarma?

1.3. Justificación de la investigación

El presente estudio tiene importancia a nivel teórico-científico, ya que aporta conocimientos específicos para comprender la sintomatología depresiva en adolescentes y los factores asociados, y a su vez comprender la interacción entre estas variables; por su valor práctico, se pretende contextualizar los referentes conocidos de la depresión, como es el Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría, quinta edición (DSM-5) y la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10), entre otros autores, adaptando el marco teórico referido y observando de qué manera se acopla a la población juvenil de Tarma.

Los resultados permitirán contrastar con investigaciones a nivel internacional y nacional con respecto al nivel y característica de asociación de diferentes factores como: clima familiar en el que se desenvuelve el adolescente, la estructura familiar, la percepción de apoyo familiar, satisfacción escolar y las actividades extraescolares que realizaran los estudiantes; la metodología

utilizada permitirá contar con el apoyo de instrumentos válidos y confiables para la detección de esta sintomatología, factores asociados no solo por parte de los psicólogos, sino también de los directivos de las instituciones educativas, asimismo se plantea un diseño correlacional con el propósito de promover investigaciones de tipo experimental, los cuales brindaran mayor conocimiento con respecto a esta problemática en la población juvenil de nuestro país.

Por otro lado, obedeciendo a los informes de la OMS y OPS (2017), MINSA (2017) sobre la sintomatología depresiva, esta investigación contribuye en el campo de la psicología del adolescente, específicamente al desarrollo socioafectivo. De igual manera, los datos encontrados permitirán tener una línea base con respecto a la sintomatología depresiva en el ámbito educativo, asimismo puede servir de punto de partida para ampliar el desarrollo del abordaje, plantear nuevas estrategias de intervención de tipo preventivo-promocional y el establecimiento propiamente dicho de la intervención terapéutica.

Finalmente, en la Ciudad de Tarma se pretende incrementar estudios relacionadas al tema de investigación en la población adolescente, siendo en ésta donde se gestan las mayores problemáticas de nuestra sociedad (drogadicción, delincuencia, pandillaje, etc.) haciéndolos proclives al desarrollo de conductas de riesgos, actos lesivos contra su integridad física y/o procrastinación de sus objetivos personales (MINSA, 2017), por lo que esta investigación suma datos importantes para la toma de decisiones a favor de la salud mental del adolescente, en el ámbito educativo de nivel secundario.

1.4. Objetivos de la investigación

1.4.1. Objetivo general

Determinar la relación entre la sintomatología depresiva y los factores sociodemográficos en los estudiantes de nivel secundario de las Instituciones Educativas de Tarma.

1.4.2. Objetivos específicos

Describir las características de la sintomatología depresiva en los estudiantes del nivel secundario de Instituciones Educativas de Tarma.

Describir las variables sociodemográficas que presentan los estudiantes del nivel secundario de Instituciones Educativas de Tarma.

1.5. Hipótesis

Hipótesis General

Hi: Existe relación entre sintomatología depresiva y factores sociodemográficos en los estudiantes de nivel secundario de las Instituciones Educativas de Tarma.

Ho: No existe relación entre sintomatología depresiva y factores sociodemográficos en los estudiantes de nivel secundario de las Instituciones Educativas de Tarma.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

Antecedentes internacionales

Sobre sintomatología depresiva y factores asociados, se ha podido observar que, a nivel internacional, resaltan las siguientes investigaciones:

Mora (2016) con su investigación “Prevalencia y factores de riesgo asociados a depresión en los estudiantes hijos de padres migrantes, Biblián 2015”, el objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia entre la depresión y los factores de riesgo: edad, sexo, curso, depresión, severidad de depresión, padre migrante, tutor legal, años de migración, antecedentes de depresión y residencia. La muestra estuvo conformada por 157 estudiantes mayores de 14 años; se utilizó el Inventario de depresión de Beck II y un cuestionario de las variables sociodemográficas. El diseño de la investigación fue no experimental, de tipo descriptivo. Los resultados evidenciaron una prevalencia de depresión de 31,2% (49 estudiantes), de estos; el 65,3% es leve, el 26,5% es moderada; y el 8,2% es grave; los alumnos de 17 años de edad poseen más prevalencia de depresión (12,7%); concluyó que existe un riesgo de 2,1 veces de las mujeres de tener depresión con respecto a los hombres; el tipo de ausencia parental debido a la migración si influye en la presencia de depresión; tener un familiar con depresión establece un riesgo 2,5 veces superior de desarrollar depresión.

En tanto, Jaureguizar y otros (2015) estudiaron sobre “Sintomatología depresiva en adolescentes y variables asociadas al contexto escolar y clínico”, los objetivos fueron analizar la tasa de sintomatología depresiva, explorar las diferencias en función a sexo y edad, y obtener modelos predictivos que ayuden a detectar la sintomatología depresiva en el contexto escolar. La muestra estuvo conformada por 1.285 estudiantes entre 12 a 16 años; se utilizaron: el Cuestionario de depresión para niños (CDS), el autoinforme de personalidad S3 del Sistema de evaluación de la conducta de niños y adolescentes (BASC) y el rendimiento académico fue informado por los tutores. El diseño de la investigación fue no experimental, de tipo descriptivo-correlacional. Los resultados mostraron una prevalencia de 3,8% de participantes con sintomatología depresiva grave, hallándose puntuaciones significativas y superiores en las mujeres, no se encontraron diferencias en función de la edad; los factores asociados en ambos sexos fueron: estrés social, atipicidad, ansiedad, sentido de incapacidad y somatización, y en el caso de las mujeres el factor predictor fue la autoestima; las recomendaciones señalan que es importante valorar el ajuste escolar del adolescente, realizar investigaciones sobre la depresión y otros trastornos psíquicos en el ámbito escolar, y aportar con instrumentos que posibiliten la detección de síntomas depresivos a los centros educativos, ya que los adolescentes pasan buena parte del tiempo en los colegios.

Rivera y otros (2015) en su investigación “Factores individuales y familiares asociados con sintomatología depresiva en adolescentes de escuelas públicas de México”, el objetivo principal fue estimar la prevalencia de sintomatología depresiva y explorar su asociación con factores individuales y familiares en estudiantes de escuelas públicas. La muestra estuvo compuesta por 9982 estudiantes entre 14 a 19 años; para la obtención de datos se utilizaron la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) de Radloff, la escala de autoconcepto de Musitu y colaboradores, la escala de tácticas de conflictos (CTS2), la escala de comunicación entre padres-adolescentes (PACS) y se elaboraron preguntas para evaluar el consumo de tabaco y alcohol. El diseño de la investigación fue no experimental, de tipo descriptivo-correlacional. Los resultados evidenciaron que el 27% de los estudiantes presentaron sintomatología depresiva; la proporción fue

mayor en mujeres (34%) que en hombres (18%); los factores asociados son: sexo femenino, baja autoestima, consumo de alcohol, consumo de tabaco, consumo de drogas, violencia intrafamiliar, y baja comunicación padres e hijos (Rivera y otros, 2015).

Por otro lado, Rivera, Martínez y Obregón (2013) estudiaron referente a “Factores asociados con la sintomatología depresiva en adolescentes michoacanos”, el objetivo general fue identificar factores asociados con la sintomatología depresiva en adolescentes a partir de sus recursos psicológicos individuales, sociales y familiares. La muestra comprendió 360 estudiantes, con edad promedio de 13,5 años; se tuvo como instrumentos de evaluación la Escala de Recursos Afektivos CES-D-R, la Escala de Recursos Sociales y la Escala de Evaluación de Interrelaciones Familiares (ERI). El diseño de la investigación fue no experimental, de tipo descriptivo-correlacional. Se determinó que la sintomatología depresiva puede asociarse con los siguientes factores de riesgo: ser mujer, las dificultades para manejar la tristeza y el enojo, la dificultad para buscar ayuda con la red de apoyo social y la migración de la madre; y en los factores de protección están: el autocontrol y la expresión en la familia; los autores recomendaron que los recursos individuales, familiares y sociales deben fortalecerse para promover un mayor estado de bienestar psicosocial en el adolescente.

Hoyos, Lemos y Torres (2012) investigaron sobre “Factores de riesgo y de protección de la depresión en los adolescentes de la Ciudad de Medellín”, el objetivo principal fue evaluar la asociación de los factores de riesgo y de protección de la depresión en adolescentes. La muestra estuvo compuesta por 3690 estudiantes entre edades de 9 a 19 años, se utilizó el método analítico de casos y controles; se validaron instrumentos para la evaluación, entre ellos una Escala de depresión, el cual contiene criterios del CDI de Kovacs y el EDAR de Reynolds. Los resultados demostraron que existe una asociación significativa con la cohesión familiar, escala social y área académica; los factores de riesgo serían la cohesión familiar, la edad, la no satisfacción con la forma de conversar con el padre y la interacción entre sexo y grado, mientras que los factores protectores serían variables como expresión de sentimientos al padre, escala social, buen nivel académico y buenas relaciones con el maestro.

Antecedentes nacionales

En el ámbito nacional, sobre sintomatología depresiva y factores asociados, se destacan las siguientes investigaciones:

Castillo (2016) en su estudio “Presencia de síntomas depresivos en adolescentes del colegio Rosenthal de la Puente de Magdalena del Mar”, el objetivo fue determinar la presencia de síntomas depresivos en alumnos de secundaria y la distribución por sexo y edad; la muestra estuvo compuesta por 320 alumnos (267 adolescentes varones y 53 adolescentes mujeres); el instrumento que se utilizó fue el Cuestionario de depresión de Kovacs (CDI) y se consignaron datos personales. El diseño de la investigación fue no experimental, de tipo observacional-descriptivo. En los resultados se encontró que, un 79.375% de sintomatología depresiva. En cuanto a los grados de sintomatología depresiva un 20.62% no presenta sintomatología depresiva; un 25.63% del total presentan sintomatología depresiva leve; un 26.25% presentan sintomatología moderada y un 27.50% sintomatología severa; finalmente, se recomendó realizar estudios de corte epidemiológico en diferentes ámbitos para evaluar factores de riesgo y protección en adolescentes estudiantes.

Por su parte, Reginaldo y Yupari (2015) realizaron un estudio sobre “Factores psicosociales y sintomatología depresiva en adolescentes de cuarto grado de la

institución educativa La Victoria de Ayacucho-Huancavelica-2014”, el objetivo general fue determinar la relación entre los factores psicosociales y la sintomatología depresiva en adolescentes en una muestra de 151 estudiantes. El diseño de investigación fue no experimental, de tipo descriptivo-correlacional, el instrumento utilizado fue elaborado por los propios investigadores. En relación a la sintomatología depresiva, los resultados arrojaron que el 57.0% (86) de estudiantes presentan sintomatología depresiva moderada, el 38.4% (58) presentan sintomatología depresiva leve y un 4.6% (7), de los adolescentes presentan sintomatología depresiva severa; así mismo, consideraron como factores de riesgo: el entorno familiar desfavorable, no tener casa propia, compartir su habitación con algún familiar y no tener buena relación con sus familiares, finalmente recomendaron fomentar en los adolescentes talleres recreativos, motivacionales, entre otros.

En 2013, Pérez investigó sobre “Incidencia y factores asociados a la sintomatología depresiva en estudiantes de 7 a 15 años en 5 centros educativos del distrito de Cajamarca 2013”, el objetivo principal fue determinar la incidencia de la sintomatología depresiva, así como la incidencia de distintos factores asociados; la muestra comprendía 2843 estudiantes, para la recolección de datos se utilizó el CDI de Kovacs y una encuesta sociodemográfica elaborada por el investigador. El diseño de la investigación fue no experimental, de tipo descriptivo. Se evidenció que el 54.5% (1550 estudiantes) presentó sintomatología depresiva baja; el 26.2 % (746 estudiantes), sintomatología depresiva media; y el 19.2% (547 estudiantes), sintomatología depresiva alta; así mismo se halló mayor incidencia de sintomatología depresiva en el género masculino, en familias nucleares, en estudiantes que trabajan y que tengan desarrollo académico inadecuado y repitencia de grado; por último, recomendó realizar un estudio detallado sobre esta problemática en relación a factores que puedan influir en el desarrollo y cronicidad de este tipo de sintomatología.

Ramírez (2010) en su estudio sobre “Sintomatología depresiva en adolescentes mujeres: prevalencia y factores de relación interpersonal asociados”, el objetivo fue estimar la prevalencia e identificar los factores de relación interpersonal asociados a sintomatología depresiva, la muestra estuvo conformada por 176 alumnas entre 15 y 19 años, los instrumentos utilizados fueron la Escala de Depresión para Adolescentes de Reynolds (EDAR) y una encuesta sociodemográfica. El diseño de la investigación fue no experimental, de tipo descriptivo-correlacional. Los resultados evidenciaron que el tener 16 años, las horas extras de estudio fuera de las clases, antecedente de violencia sexual y violencia escolar estuvieron estadísticamente asociadas a la depresión. El autor recomendó ampliar la investigación a otras muestras significativas, la implementación de programas de entrenamiento en el personal docente y administrativo de las instituciones educativas para la identificación de factores de riesgo en la adolescencia.

En 2010, Vargas, Tovar y Valverde estudiaron sobre “Prevalencia y factores asociados con el episodio depresivo en adolescentes de Lima Metropolitana y Callao”, el objetivo general fue determinar la prevalencia y los factores asociados con el episodio depresivo, la muestra estaba compuesta por 87 personas entre 12 a 17 años, se utilizó la base de datos del Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental 2002, asimismo se usó la adaptación de la Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI), cuestionarios para la evaluación de factores asociados y entrevistas psicológicas. El diseño del estudio fue no experimental, de tipo descriptivo-correlacional. Se evidenció que la prevalencia del episodio depresivo en adolescentes de Lima Metropolitana y Callao fue similar y en algunos casos mayor a la encontrada en adolescentes de otros países, los factores que mejor predijeron el episodio depresivo fueron: la edad 15 a 17 años, sexo femenino,

nada o poca satisfacción con las relaciones sociales, reglas y castigos injustos en el hogar, problemas de alimentación y deseos de morir, los cuales se pueden considerar como factores de riesgo.

2.2. Bases teóricas

Aspectos generales de la depresión en la infancia y adolescencia

La depresión en la infancia y adolescencia se define como un trastorno complejo cuyas características principales son: un estado de ánimo irritable y/o disfórico, falta de motivación y disminución de las habilidades conceptuales, sociales y prácticas. Se manifiesta también por alteraciones del apetito, sueño, actividad motora, cansancio (especialmente matinal), bajo autoconcepto y autoestima, sentimientos de culpa, dificultades para pensar o concentrarse, dificultad para tomar decisiones, ideación suicida e intentos de suicidio. Este trastorno repercute negativamente en el sujeto, a nivel personal, familiar, escolar y/o social (Méndez, Olivares, y Ros, 2014).

Asimismo, la depresión en la infancia es un trastorno afectivo que puede aparecer desde los primeros meses de vida hasta el inicio de la edad adulta, presenta una sintomatología muy semejante al de la depresión adulta: disforia, anhedonia, trastornos del sueño y del apetito, sin embargo, posee rasgos diferenciales los cuales derivan de los elementos que constituyen el fundamento básico de la niñez, cuyos rasgos fundamentales son: la inmadurez biológica, el cambio acelerado y la dependencia respecto del adulto (Del Barrio, 1998, p.229). El uso del término depresión en lo cotidiano se entiende como la experiencia de un estado de ánimo generalizado de infelicidad, esta experiencia subjetiva de tristeza o disforia es una característica fundamental de la definición clínica de la depresión, en el caso de los niños y adolescentes se sugiere que además de este síntoma se manifiesten otros problemas, por lo que suele observarse la pérdida de experiencia de placer, retraimiento social, baja autoestima, incapacidad para concentrarse, insuficiencia escolar, alteraciones en la funciones biológicas (sueño, apetito, eliminación) y síntomas somáticos (Wicks e Israel, 1997).

Antes de los años 70 una corriente psicoanalítica, encabezada por Rie, negaba la existencia de la depresión en la infancia, por ende, esta consistía en la pérdida de la estima del yo, y como el niño hasta la adolescencia no lo tenía constituido, no sería posible desarrollar depresión. Sin embargo, la depresión en la infancia y adolescencia si era y es una realidad, por ende, tanto psiquiatras como psicólogos infantiles comenzaron a describir los síntomas de la depresión. Investigaciones como las de Spitz y Wolf en 1946 y la de Bowlby en 1958, con la creación de la depresión anaclítica, y otros estudios factoriales como las de Ackerson en 1942, Achenbach y Edelbrock en 1978, mostraron fácticamente que la depresión infantil existía y además desde una edad muy precoz. El estudio de la depresión desde una perspectiva psicológica se hizo posible con el paradigma cognitivista que permitía el estudio de los procesos interiorizados, a partir de entonces la investigación de esta problemática ha ido en ascenso (Del Barrio, 1998).

La depresión infantil es admitida por primera vez como desorden mental en el IV Congreso Europeo de Paidopsiquiatría, celebrado en 1971, lo cual da inicio a la sucesiva aceptación de esta entidad. En el año 1975 la depresión en la infancia fue aceptada por el *National Institute of Mental Health*, como concepto y entidad psicopatológica. En 1980, con la publicación del DSM III de la Asociación de Psiquiatría Americana (APA), se logra un consenso de las distintas posiciones teóricas respecto a la existencia de la depresión en la infancia, siendo formalmente reconocida, desde entonces ha adquirido gran importancia dentro del ambiente

científico. Los criterios clínicos se establecieron del mismo modo, tanto para los adultos como para los niños, con los mismos criterios de sintomatología y duración en cuanto al tiempo; sin embargo, la depresión infantil, tal como lo refiere Polaino (1998), la depresión infantil se presenta como algo más complejo, ya que la expresividad clínica de la sintomatología está afectada por el desarrollo; asimismo, la depresión va a menudo unida a trastornos del comportamiento (lo que dificulta el diagnóstico) y porque casi nunca el motivo de consulta de los padres es por depresión, ignorando que detrás del fracaso escolar o un mal comportamiento puede haber un trastorno depresivo (Polaino, 1998).

Descripción clínica de la depresión infantil

En la línea teórica que considera que la depresión infantil se encuentran las clasificaciones internacionales de trastornos mentales como el DSM-5 y CIE-10, estas presentan criterios diagnósticos equiparables con la depresión en adultos.

La clasificación propuesta en el DSM-5 separa la anterior clasificación de “Trastornos del ánimo”, en “trastornos depresivos” y “trastorno bipolar y trastornos relacionados”. El DSM-5 no introduce cambios significativos respecto a los criterios diagnósticos de la anterior edición revisada (DSM-IV-TR) considerando para niños y adultos los mismos criterios diagnósticos, sin embargo, diferencia dos características: (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 cuenta.

Según la OMS los autores de la CIE-10, no reconocen ningún criterio específico en función de la edad (OMS, 2007). Sin embargo, los criterios diagnósticos de la CIE-10 se diferencia del DSM-5, 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 partes de los síntomas generales.

Criterios del episodio depresivo según el CIE-10, presentación sintomática según la edad

A. Criterios generales para episodio depresivo	
<ul style="list-style-type: none"> - El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas. - El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico. 	
B. Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas:	
Adultos	Niños y adolescentes
<ul style="list-style-type: none"> - Humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto, presente durante la mayor parte del día y casi todos los días, que se modifica muy poco por las circunstancias ambientales y que persiste durante al menos dos semanas. 	<ul style="list-style-type: none"> - El humor puede ser triste, depresivo o irritable. - Los niños pequeños o con desarrollo lingüístico o cognitivo inmaduro pueden no ser capaces de describir su estado de ánimo y presentar quejas físicas vagas, expresión facial triste o pobre comunicación visual. - El estado irritable puede mostrarse como “paso al acto”, comportamiento imprudente o atolondrado o actitudes o acciones coléricas u hostiles.

	- La reactividad al ambiente puede ser mayor en niños y adolescentes que en los adultos. - En adolescentes mayores el trastorno de ánimo puede ser similar a los adultos.
- Marcada pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras.	- La pérdida de interés puede ser en el juego, en el ocio en general o en las actividades escolares.
- Falta de vitalidad o aumento de la fatigabilidad.	- La falta de juego con los compañeros, el rechazo del colegio o frecuentes ausencias al mismo pueden ser síntomas de fatiga.

C. Deben estar presentes uno o más síntomas de la lista, para que la suma total sea al menos de cuatro:

- Pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad.	- Similar a los adultos.
- Reproches hacia sí mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada.	- Los niños pueden presentar auto-desvalorización. La culpa excesiva o inapropiada no suele estar presente.
- Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, o cualquier conducta suicida.	- Indicios no verbales de conducta suicida, incluidos comportamientos de riesgo reiterados, en ocasiones a modo de juego y “gestos” autolesivos (arañazos, cortes, quemaduras, etc.).
- Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión y vacilaciones.	- Los problemas con la atención y concentración pueden mostrarse como problemas de conducta o escaso rendimiento escolar.
- Cambios de actividad psicomotriz, con agitación o inhibición.	- Junto al cambio en el estado de ánimo puede observarse comportamiento hiperactivo.
- Alteraciones del sueño de cualquier tipo.	- Similar a los adultos.
- Cambios del apetito (disminución o aumento) con la correspondiente modificación del peso.	- Los niños pueden dejar de ganar peso más que perderlo

D. Puede haber o no síndrome somático

- Los síntomas físicos, como las quejas somáticas, son particularmente frecuentes en niños.

Episodio depresivo leve: están presentes dos o tres síntomas del criterio B. La persona con un episodio leve probablemente está apta para continuar la mayoría de sus actividades.

Episodio depresivo moderado: están presentes al menos dos síntomas del criterio B y síntomas del criterio C hasta sumar un mínimo de 6 síntomas. La persona con un episodio moderado probablemente tendrá dificultades para continuar con sus actividades ordinarias.

Episodio depresivo grave: deben existir los 3 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C con un mínimo de 8 síntomas. Las personas con este tipo de depresión presentan síntomas marcados y angustiantes, principalmente la pérdida de autoestima y los sentimientos de culpa e inutilidad. Son frecuentes las ideas y acciones suicidas y se presentan síntomas somáticos importantes. Pueden aparecer síntomas psicóticos tales como alucinaciones, delirios, retardo psicomotor o estupor grave. En este caso se denomina como episodio depresivo grave con síntomas psicóticos. Los fenómenos psicóticos como las alucinaciones o el delirio pueden ser congruentes o no congruentes con el estado de ánimo.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, pp.58-59

Teorías psicológicas

La mayoría de los autores sostienen que la depresión en la infancia es similar al de los adultos, por lo que se han puesto a prueba las explicaciones propuestas para exponer los orígenes y el mantenimiento en la edad adulta (Méndez, Olivares, y Ros, 2014). A continuación, se describen la teoría del modelo cognitivo en la cual se basa el Inventario de Depresión Infantil de Kovacs y los planteamientos de la evolución de la sintomatología depresiva:

Modelo cognitivo

El modelo teórico de Beck, llamado por sus autores Modelo Cognitivo de la Depresión, fue propuesto por Beck, esta se encuentra dentro de las denominadas del procesamiento de la información, las cuales plantean 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 adaptativas. El modelo cognitivo de la depresión ha surgido a partir de observaciones clínicas sistemáticas y de investigaciones experimentales. La interacción entre los enfoques clínico y experimental ha facilitado el desarrollo progresivo del modelo cognitivo, del cual se postula tres conceptos específicos para explicar el sustrato psicológico de la depresión: la tríada cognitiva, los esquemas, y los errores cognitivos (Beck, Rush, Shaw y Emery, 2010).

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. En la misma línea también se ha estudiado la visión del yo que tienen estos niños y adolescentes y se ha encontrado que presentan una autoestima más baja que aquellos que no están deprimidos (Méndez, Olivares, y Ros, 2014).

Concepto de triada cognitiva

La triada cognitiva consiste en tres patrones cognitivos principales que inducen al sujeto a considerarse a sí mismo, su futuro y sus experiencias. El primer componente se centra en la visión negativa de sí mismo, el sujeto se percibe como desagraciado, torpe, enfermo y con poca valía, atribuye sus experiencias desagradables a defectos suyos, ya sea de tipo moral, psíquico o físico, piensa que carece de atributos esenciales que le ayuden a lograr la alegría y la felicidad. El segundo componente se centra en la tendencia del sujeto a interpretar sus experiencias de manera negativa, considera que el mundo le hace demandas exageradas y/o le presenta obstáculos insuperables para alcanzar sus objetivos, en términos de relaciones los interpreta como fracaso o frustración. El tercer componente de la triada cognitiva se centra en la visión negativa acerca del futuro, el sujeto anticipa que sus dificultades y sufrimientos actuales continuaran indefinidamente, espera penas, frustraciones y privaciones, sus expectativas son de fracaso (Beck, Rush, Shaw y Emery, 2010).

El modelo cognitivo considera los signos y síntomas del síndrome depresivo como consecuencia de estos patrones cognitivos negativos.

Organización estructural del pensamiento depresivo

Los esquemas son patrones cognitivos estables que constituyen la base para que las personas interpreten de manera regular determinado conjunto de situaciones similares. Los esquemas pueden permanecer inactivos por mucho tiempo y son activados por inputs ambientales. Según los mismos autores, también son la base para transformar los datos de la realidad en cogniciones pues sobre ellos se localiza, diferencia y codifica el estímulo con que se enfrenta el

individuo. Los tipos de esquemas empleados determinarán el modo en que el individuo estructurará sus distintas experiencias (Beck, Rush, Shaw y Emery, 2010).

Los estados psicopatológicos los pacientes, como la depresión suelen distorsionar sus conceptualizaciones de tal modo que ajustan la realidad a fuertes esquemas inadecuados. Estos esquemas se van haciendo más activos y son evocados por un número cada vez mayor de estímulos, los cuales producen que el paciente pierda gran parte del control voluntario sobre sus procesos de pensamiento y se torne incapaz de acudir a otros esquemas más adecuados. Según Beck, Rush, Shaw y Emery (2010), en la depresión más leve el paciente conserva la capacidad de contemplar sus pensamientos negativos con cierta objetividad; a medida que la depresión se agrava su pensamiento puede llegar a estar completamente dominado por los esquemas idiosincráticos que le predisponen a una constante distorsión de las situaciones, produciendo pensamientos negativos, repetitivos y perseverantes y puede encontrar extremadamente difícil concentrarse en estímulos externos o emprender actividades mentales voluntarias.

Errores en el procesamiento de la información

El estilo depresivo de pensamiento presenta una serie de errores cognitivos sistemáticos que hacen dar validez a sus concepciones a pesar de que pueda existir evidencia contraria, por lo que un niño o adolescente con depresión no va a discutir la validez de sus pensamientos negativos, a pesar de que existan evidencias objetivas que los cuestionan (Méndez, Olivares, y Ros, 2014). Entre los errores cognitivos que citan se encuentran:

- (1) La inferencia arbitraria, que es la extracción de conclusiones sin información suficiente o con datos en contra.
- (2) La abstracción selectiva es la focalización de la atención en detalles fuera de contexto, al mismo tiempo que se ignoran aspectos relevantes de la situación.
- (3) La generalización excesiva o sobre generalización, en la que se elaboran conclusiones generales a partir de hechos particulares o extrapolación de las conclusiones a situaciones sin relación alguna.
- (4) La maximización y minimización, son errores opuestos que consisten, respectivamente, en sobrestimar las dificultades o los fallos e infravalorar las propias habilidades o los éxitos.
- (5) La personalización, consiste en la atribución de responsabilidad de los eventos negativos externos sin base objetiva para dicha atribución.
- (6) El pensamiento absolutista y dicotómico, categorización de la experiencia en categorías opuestas, situándose el niño o adolescente en el polo negativo.

Este modelo señala que los eventos negativos producidos en edades tempranas forman un estilo de pensamiento con esquemas cognitivos inadecuados acerca de uno mismo, el mundo y el futuro. Estos esquemas se mantienen latentes en la persona y se activan cuando surge algún acontecimiento análogo a la experiencia que les dio origen, lo cual puede desencadenar en depresión.

Planteamiento de depresión síntoma, síndrome y trastorno

Esta postura toma en cuenta la importancia de distinguir entre lo que es la depresión como síntoma, como síndrome y como trastorno, ya que algunos síntomas pueden considerarse normales por el carácter evolutivo del niño y adolescente (Wicks e Israel, 1997).

La depresión-síntoma, es definido como un estado de ánimo disfórico (identificada por el sujeto, niño o adolescente, 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. Nelson e Israel (1997) refieren, además, que éste es el sentido más coloquial del término depresión y que no implica necesariamente un trastorno o enfermedad.

La depresión-síndrome, se entiende por un conjunto de síntomas concomitantes con el estado disfórico (sentimientos de desesperanza, culpa, ansiedad), asociados a problemas somáticos (trastornos vegetativos), conductuales (cambios psicomotores), cognitivos y motivacionales (Cueva y Teva, 2006).

La depresión-trastorno, tiene indicaciones más amplias que lo que representa la depresión como síndrome; ya que, además, se presenta de forma persistente en el tiempo y repercute de manera negativa en diversas áreas de la vida del niño o del adolescente; adicionalmente se reconocen factores que predisponen y que mantienen la presencia del trastorno; como son, la historia familiar, el contexto, los aspectos biológicos, cognitivos, etc. (Cueva, Teva, Nelson e Israel, 2006).

Criterio evolutivo

Esta línea teórica, considera que la depresión en la infancia (legalmente antes de los 18 años) debe conceptualizarse a partir de un criterio evolutivo; asimismo, postula que es necesario una evaluación de los síntomas a través de los niveles del desarrollo, planteando que a pesar de que la depresión en esta etapa de vida posee similitud con la depresión adulta, tiene características que la diferencian, las cuales están originadas básicamente en la naturaleza evolutiva del niño y del adolescente (Guzmán, Mardones y Romero, 2011).

Los síntomas que se presentan de manera frecuente en función de la edad, según los autores revisados, se describen a continuación:

Desde bebés hasta la edad preescolar (0-2 años). En este periodo de edad, la depresión está relacionada a la depresión analítica producida en niños institucionalizados los cuales no reciben estímulos emocionales adecuados y que se caracterizan por llanto constante, inexpresividad, disminución del peso, vulnerabilidad a las infecciones, retardo en el desarrollo psicológico. Además, son evidentes los síntomas de tipo motor como el inexpresión facial y los movimientos corporales que indican retraimiento y rechazo (Del Barrio, 2005).

Preescolares (2-5 años). Los síntomas afectan generalmente el área social, ya que no participan en actividades propias de su edad (pueden negarse ir al colegio y participar en juegos con sus coetáneos); puede manifestar ciertas conductas desadaptativas: irritación y agresión (hacia sí mismo, objetos y personas); además de problemas físicos: enuresis, encopresis, dificultades alimenticias, insomnio, dolores y molestias (Cuevas y Teva, 2006; Del Barrio, 2005).

Escolares (6-12 años). Los síntomas se pueden empezar a mostrar en la escuela y en su relación con los pares, que son las actividades que caracterizan esta edad. En este período, se puede observar rechazo a las actividades escolares, irritación, agresividad (peleas y discusiones constantes con sus pares), ansiedad, dificultades en el aprendizaje, entre otros. Relacionado con su desarrollo cognitivo, se empiezan a presentar los primeros pensamientos negativos, se muestra autocrítico e inseguro de sus capacidades, con poca motivación y con temores nocturnos. Se puede evidenciar, desde este período, problemas de conducta estrechamente relacionados con la depresión infantil, como la crisis de llanto, gritos, peleas, conductas autodestructivas, etc.; también

se sigue manifestando problemas de encopresis, enuresis y onicofagia (Cuevas y Teva, 2006; Del Barrio, 2005).

Adolescentes (12-18 años). En este período los episodios depresivos se muestran con mayor frecuencia y con mayor intensidad; asimismo, los aspectos cognitivos y afectivos se tornan más importantes, mientras que los aspectos motores de las edades anteriores disminuyen (Cuevas y Teva, 2006; Weiss et al., 1992 citados en Del Barrio 2005). Relacionados con estos cambios, encontramos que se hacen evidentes: el disgusto con la imagen corporal y con el desempeño, sentimientos de inferioridad, pesimismo, ideación suicida, el comportamiento aislado, agresivo (desafiante y opositor); así como los problemas de anorexia, bulimia e hipersomnia.

La adolescencia no es solamente el período del ciclo de vida en el cual se verifican los mayores cambios psico-físicos, sean en el plano cuantitativo o cualitativo (maduración de las características sexuales primarias y secundarias, del pensamiento abstracto, etc.), sino que es también un período heterogéneo, con un inicio y término difuso y, por esto mismo, difícilmente delimitable. En este período de grandes transformaciones se define progresivamente el ensamblaje de los esquemas emotivos-afectivos e ideativos que configuran el cierre organizacional y, por lo tanto, la emergencia de una organización estable de significado personal, peculiar para cada individuo. En las fases más precoces del desarrollo, en las que las funciones cognitivas son todavía rudimentarias; las sensaciones, las percepciones y las emociones se estructuran sobre la base de la mayor o menor concordancia que tiene el sujeto en relación a su interioridad.

La depresión en la infancia y adolescencia es una realidad de naturaleza compleja por ser polimorfa, florida y frecuentemente comórbida con otras patologías, debe ser abordada de manera multiaxial; es decir, tomando en cuenta los múltiples factores que la configuran para tener una buena comprensión clínica del problema, por lo que es importante valorar el nivel de sintomatología depresiva en la niñez y adolescencia, teniendo en cuenta no solo la utilización de los manuales internacionales como la CIE-10 y DSM-5, sino también otras herramientas que pueden ayudar a la mejor comprensión de esta problemática.

Factores de riesgo de la depresión en la infancia y adolescencia

La depresión en niños y adolescentes es un trastorno complejo con múltiples factores de riesgo, tanto individuales como ambientales, estos interactúan entre sí y pueden tener efecto acumulativo (Del Barrio, 1998). Algunos de ellos pueden predisponer su padecimiento, mientras que otros pueden actuar como factores desencadenantes y/o de mantenimiento del trastorno. Es improbable que un único factor pueda explicar el desarrollo de una depresión, reducir la probabilidad de su incidencia o que el control de esta sea suficiente para prevenirla (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2018).

Factores personales

Estos presentan la vulnerabilidad diferencial de los sujetos a desarrollar una depresión, en relación con elementos que atañen al sujeto desde el punto de vista físico como psicológico (sistema nervioso, temperamento, personalidad) y que de alguna manera representan una predisposición a priori del comportamiento (Del Barrio, 1998).

a. Influencias biológicas

Desde una perspectiva biologicista de la depresión del niño y el adolescente este trastorno se centra en las influencias genéticas y bioquímicas. En cuanto a las influencias genéticas, se considera que esta disfunción somática puede tener carácter hereditario o adquirido, esto se basa en que la depresión, tanto en niños como en adultos, es más frecuente en sujetos que han tenido familiares afectados por este trastorno, esto en base a diferentes estudios realizados. Por otro lado, la bioquímica de la depresión ha recalcado el papel de los neurotransmisores tales como la norepinefrina, serotonina y la acetilcolina; además de esto existe una complejidad al estudiarlos junto con el sistema neuroendocrino, se piensa que el hipotálamo, la glándula pituitaria, las glándulas adrenales y tiroideas desempeñan un papel importante en la depresión, finalmente es importante señalar que sobre estos aspectos biológicos en el niño y el adolescente, el sistema neuroregulatorio no es equivalente al de la edad adulta por lo que es importante más investigaciones sobre estos aspectos y en otras patologías (Wicks e Israel, 1997). En cuanto al sexo y la edad, antes de la pubertad la frecuencia de trastornos depresivos es igual en niños y niñas, en la adolescencia son entre 2 y 3 veces más frecuentes en el sexo femenino; los problemas crónicos de salud como enfermedades médicas, incluyendo discapacidades físicas y de aprendizaje se consideran como factores de riesgo (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2018).

b. Psicológicos

Entre los factores psicológicos se consideran otros trastornos psíquicos como: trastornos de ansiedad, de conducta (TDAH), disforia de género, entre otros. La orientación sexual como la homosexualidad, también se puede considerar como un factor asociado a la depresión; así como el estilo cognitivo rumiativo y déficits de habilidades sociales. La tendencia a experimentar estados emocionales negativos, que se acompañan de características cognitivas (por ej. baja autoestima) y conductuales, conlleva una mayor reactividad a estímulos negativos, por ende, a experimentar depresión (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2018).

c. Personalidad

Diferentes autores han asociado el temperamento con la depresión, tal como Eysenck en 1972 relacionó el alto neuroticismo y la baja extraversión con la depresión de los adultos; asimismo en la población infantil Eysenck encontró una correlación negativa entre la sintomatología depresiva con la extraversión y control emocional. Según estos datos se aprecia una correlación entre la depresión infantil con ciertas condiciones personales, como pueden ser los estilos atributivos, la sociabilidad, la autoeficacia, la autoestima y locus de control (Del Barrio, 1998).

Factores ambientales

a. La familia

El factor ambiental más importante para un niño es la familia, la cual se comporta como una placenta social que condiciona y mediatiza la mayor parte de los aprendizajes que un ser en desarrollo lleva a cabo. Cuando se habla de familia normalmente se usan dos conceptos: la estructura y la función, es importante rescatar la función, ya que la estructura va a facilitar o dificultar la función; desde el punto de vista psicológico el niño necesita de su familia cariño y control (afecto y normas), cualquiera de ambos que se prive al niño traerá consecuencias negativas. Dentro de la familia, los problemas de los padres, la inestabilidad

emocional de los padres, la relación de apego, el clima familiar, los estilos de crianza y la ruptura de la familia son factores que se estudian en relación a la depresión en la infancia y adolescencia (Del Barrio, 1998). Los trastornos psíquicos en los padres como la depresión (incluyendo depresión/ansiedad durante el embarazo o postparto) y trastornos por uso/abuso de alcohol u otras sustancias y el maltrato y/o violencia (físico, emocional o sexual) dentro de la familia, también se consideran como factores de riesgo (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2018).

b. Escuela

La escuela representa el entorno más cercano al niño y el adolescente después de la familia y en el que se suele pasar más horas de vigilia que en el hogar. En esta área, un déficit en el rendimiento académico se ha relacionado con la depresión en los niños, a su vez estas pueden ser causa y consecuencia, una de la otra y viceversa. Otro detalle importante dentro de este ambiente es el papel del fracaso escolar y las repitencias de grado en relación con la depresión infantil; asimismo, la mala adaptación escolar, los conflictos interpersonales entre iguales, la ausencia de amistades, el bullying o acoso escolar, incluyendo el trato degradante, la burla, el rechazo y asilamiento; los cuales son considerados como factores asociados a la depresión en la adolescencia (Polaino, 1998).

c. Acontecimientos vitales

Estos constituyen otro de los factores constantemente ligados a la aparición de la depresión tanto en adultos como en niños, los cuales están relacionados a factores estresores, pérdidas u otros acontecimientos traumáticos. Es importante en este aspecto considerar el carácter evolutivo del niño y adolescente, por ejemplo, a los niños de 0 a 6 años le afectan los acontecimientos que ocurren en el seno familiar: como la separación o la pérdida materna o paterna, el abandono, el abuso y todo aquello que esté relacionado directa o indirectamente con el apego; mientras que, los niños de edad media (7-12 años) empezarán a ser más sensibles a acontecimientos relacionados con el rendimiento escolar, interacción con compañeros, la competencia en el juego y la pertenencia a un grupo; en cambio los adolescentes muestran una mayor vulnerabilidad ante la transformación corporal y personal, el cambio de relaciones con padres y amigos, el inicio de relaciones de pareja, el rol social, etc. (Del Barrio, 1998).

Factores de vulnerabilidad de la depresión en la infancia y adolescencia

De acuerdo a la Guía de práctica clínica del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2018), estos factores son los que incrementan la predisposición general, pero rara vez provocan directamente la alteración.

- (1) Factores genéticos.
- (2) Historia de trastorno afectivo en los padres.
- (3) Sexo femenino.
- (4) Edad post-puberal.
- (5) Antecedentes de síntomas depresivos.
- (6) Antecedentes de abuso físico y/o sexual en la infancia.
- (7) Afectividad negativa.
- (8) Pensamientos de tipo rumiativo.
- (9) Homosexualidad.
- (10) Disforia de género.
- (11) Problemas crónicos de salud (discapacidades físicas o de aprendizaje y otros trastornos psíquicos, en particular trastornos de ansiedad, trastornos de conducta y TDAH).

Factores de activación de la depresión en la infancia y adolescencia

Están directamente implicados en el comienzo de la depresión y en presencia de factores de vulnerabilidad, sus efectos pueden ser mayores. Suelen ser acontecimientos no deseados que dan lugar a cambios permanentes en las relaciones familiares y de amistad (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2018).

- (1) Conflictos conyugales.
- (2) Desestructuración familiar.
- (3) Acoso o humillación.
- (4) Situaciones de abuso físico, emocional o sexual.
- (5) Consumo de tóxicos.

Factores de protección de la depresión en la infancia y adolescencia

Son los que reducen la probabilidad de depresión en presencia de factores de vulnerabilidad o de activación (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2018).

- (1) Buen sentido del humor.
- (2) Buenas habilidades sociales o relaciones amicales.
- (3) Relaciones cercanas con uno o más miembros de la familia.
- (4) El sentirse valorado por la obtención de sus logros.
- (5) Nivel de inteligencia normal-alto.
- (6) Práctica de deportes o actividad física.
- (7) Participación en grupos de voluntariado y en actividades extraescolares productivas.
- (8) Poseer valores positivos y creencias religiosas.

CAPÍTULO III. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. Tipo de estudio y diseño de la investigación

El tipo de estudio de la investigación es correlacional, de corte transversal ya que su propósito se encuentra en recolectar datos en un momento dado y correlacionar los factores asociados a la sintomatología depresiva (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

El diseño de la investigación es no experimental, debido a que no se realizan la manipulación deliberada de las variables (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

3.2. Población y muestra

La población de estudio está conformada por 1266 escolares del nivel secundario de las instituciones educativas “Santa Teresa” e “Industrial N°32” – Tarma, entre las edades de 12 a 17 años, que cursan estudios durante el año 2017.

Distribución de la población por instituciones educativas

Grado estudio	Industrial N° 32 (Varones)	Santa Teresa (Mujeres)	Sub Total
1° Secundaria	204	120	324
2° Secundaria	176	90	266
3° Secundaria	168	71	239
4° Secundaria	162	59	221
5° Secundaria	155	61	216
Total, Población			1266

Fuente: Elaboración propia en base a Unidades administrativas de las I.E.

3.2.1. Tamaño de la muestra

Aplicando la estadística correspondiente, se ha estimado una muestra a conformarse por 316 estudiantes de nivel secundario de las instituciones educativas “Santa Teresa” e “Industrial N°32” – Tarma, que cursan estudios durante el año 2017. Quienes serán seleccionados de forma sistemática para conformar la muestra. El tamaño de la muestra se determinará ajustando la fórmula de Arkin y Colton para tal fin:

$$n = \frac{z^2 * p * (1 - p)}{E^2}$$

Z= Nivel de confianza (95%), con un valor de 1.96.

E= Error de estimación: Variación esperada a encontrarse en la muestra con relación a la población. Se aplica en decimales (0.05).

n= Tamaño de la muestra

p= Proporción de la variable de estudio.

N= Tamaño de la población a investigar

Formula de ajuste:

$$n * \left(\frac{N}{N + n} \right)$$

3.2.2. Selección del muestreo

Para esta investigación se utilizó el muestreo aleatorio sistemático; debido a que la población de cada institución educativa posee “características homogéneas” (Hernández, Fernández y Baptista, 2014) y se recurrió al establecimiento de una constante para determinar de esta manera el criterio de selección de los participantes en la muestra. La fórmula es:

$$K = \frac{N}{n}$$

N= Tamaño poblacional

n= Tamaño de la muestra

K= Constante de distribución.

Las etapas del muestreo son las siguientes:

- (1) Resuelto los contenidos de la fórmula se estableció la constante 4 para la asignación de las cuotas por nivel de estudios de las instituciones educativas “Santa Teresa” e “Industrial N°32” – Tarma.
- (2) Se realizó un sorteo entre los 4 primeros códigos, de ambas instituciones; estimándose que se seleccionaran de forma sistemática un total de 316 códigos. De la institución educativa Industrial N° 32 (214 sujetos) y de la institución educativa Santa Teresa (102 sujetos). La constante se aplicó a cada año estudio.

Selección y distribución de la muestra

Nivel Secundario	Institución Educativa					
	Industrial N° 32	K	Cant. códigos	Santa Teresa	K	Cant. códigos
1°	204	4	50	120	4	30
2°	176	4	43	90	4	22
3°	168	4	42	71	4	18
4°	162	4	40	59	4	16
5°	155	4	39	61	4	16
	Varones		214	Mujeres		102

Fuente: Elaboración propia.

- (3) El código que resulte del sorteo de los 4 primeros códigos inició el conteo de los integrantes de la muestra; hasta obtener el número seleccionado de sujetos.

3.2.3. Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios para inclusión para la muestra serán:

- (1) Ser estudiante de educación básica regular del nivel secundario de las instituciones educativas “Santa Teresa” e “Industrial N°32” – Tarma, durante el año 2017.
- (2) Estudiantes entre las edades de 12 a 17 años.
- (3) Estudiantes que confirmaron su participación de forma verbal.
- (4) Contar con la autorización expresa y escrita de los padres o responsables para participar en el estudio.

Los criterios de exclusión para la muestra son:

- (1) Estudiantes menores a 12 años y mayores a 17 años.
- (2) Estudiantes que tengan un diagnóstico de Trastornos depresivos.
- (3) No contar con la autorización expresa de sus padres o apoderados.
- (4) Presentar algún malestar físico durante la evaluación.
- (5) Redacción incompleta del Inventario CDI y/o encuesta sociodemográfica.

3.3. Variables

3.3.1. Definición conceptual y operacionalización de variables

Variable principal: Sintomatología depresiva

a. Definición conceptual

“La depresión es un trastorno del estado de ánimo, que se caracteriza por tristeza profunda, disforia, autoestima negativa, producto de la percepción negativa que se tiene de sí mismo, del entorno y del futuro, lo que desemboca en dificultades para desarrollarse adecuadamente” (Kovacs, 2006, citado en Moral, 2013)

b. Definición operacional

Variable Sintomatología depresiva

La variable sintomatología depresiva es una variable categórica politómica ordinal. Contiene 2 dimensiones: disforia (Indicadores: 2, 3, 6, 11, 13, 14, 15, 19, 23, 24 y 26.) y baja autoestima (Indicadores: 1, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 25 y 27). Es medida por el Inventario de Depresión Infantil de Kovacs (CDI) de la adaptación peruana de Ramírez (2009), según el puntaje directo (0,1,2) y el rango de edad (12-17 años). La escala de medición -Ausencia del síntoma = 0 puntos, presencia en una forma leve = 1 punto, presencia en una forma grave = 2 puntos, por lo que la puntuación total puede oscilar entre 0 y 54 puntos y categorías sintomatología depresiva baja (0 - 9 puntos), sintomatología depresiva media o moderada (10 - 14 puntos), sintomatología depresiva alta (15 - 34 puntos a más).

Variables sociodemográficas:

Definiciones conceptuales y operacionalización

Sexo: Condición orgánica sexual manifiesta por el niño(a) y/o adolescente (DRAE, 2016).

Es una variable categórica dicotómica, categorizada en: varón y mujer. Es medida por la Ficha Sociodemográfica.

Edad: Es el número de años que ha vivido una persona desde su nacimiento (DRAE, 2016).

Es una variable categórica politómica, siendo sus categorías: 12-13 años, 14-15 años y 16-17 años. Es medida por la Ficha Sociodemográfica.

Tipo de estructura familiar: Conjunto de personas que bajos los conceptos de distribución y orden integran al grupo familiar. La clasificación se basa en la relación del parentesco entre sus miembros, se obtienen las siguientes categorías: Nuclear, la cual es conformado por padre, madre e hijos; extensa, conformado por un hogar nucleas más otros personas con parentesco; monoparental, compuesto por padre o madre e hijos; compleja o extensa compuesta, compuesto por padre, madre e hijos más otras personas con o sin parentesco; ensamblada o reconstruida, la conforman el padre y madre, en donde alguno o ambos han sido divorciados o viudos y tienen hijos de su unión

anterior; y otros, en la que se incluyen las tipologías atípicas como familias monoparentales extendidas con parentesco o sin parentesco, no parentales, homoparentales, entre otros (Primera reunión de consenso académico en Medicina familiar, 2005)

Es una variable categórica politómica, sus categorías son: Nuclear, Extensa, Monoparental, Compleja, Ensamblada y otros. Es medida por la Ficha Sociodemográfica.

Estado civil de los padres: Situación tipificada como fundamental en la organización de la comunidad, en la que la persona puede verse inmersa y que repercuten en la capacidad de obrar de la misma (DRAE, 2016).

Variable categórica politómica, las categorías son: Soltero, Casado, Conviviente, Separado, Divorciado y Viudo. Es medida por la Ficha Sociodemográfica.

Satisfacción con el colegio y actividades escolares: Indica la percepción de satisfacción que tiene el estudiante adolescente hacia el colegio.

Variable categórica politómica ordinal, siendo sus categorías: Me siento muy a gusto, La mayor parte me siento a gusto, Casi nunca me siento a gusto y Nunca me siento a gusto. Es medida por la Ficha Sociodemográfica.

Percepción del apoyo familiar: Para Sarason, Levine, Basham y Sarason, el soporte social o apoyo familiar puede ser definido como la existencia o disponibilidad de personas en quienes se puede confiar, personas que se muestran preocupadas con el individuo, que lo valoran y le demuestran aprecio, incluyendo el desde el aspecto económico, hasta la expresión de afecto (Sarason, 1983).

Es una variable categórica politómica ordinal, sus categorías son: Bastante apoyo, Poco apoyo y Nada. Es medida por la Ficha Sociodemográfica.

Actividades extraescolares: Indica el modo de administración de las actividades que realiza el estudiante adolescente fuera de la Institución Educativa.

Es una variable categórica politómica, siendo sus categorías: Practicar deportes (Vóley, Básquet, Fútbol, Natación, etc.), Arte (Música, Pintura), Ayudar en las actividades de casa, Pasar tiempo en el internet (Redes sociales), Pasar tiempo con amistades, Dormir y Trabajar. Es medida por la Ficha Sociodemográfica.

3.4. Plan de recolección de datos e instrumentos

- (1) La recolección de datos se realizó previo establecimiento del rapport con los estudiantes convocados con la finalidad de motivar su participación y asimismo desarrollen la encuesta sociodemográfica que contendrá datos para complementar el análisis de la prevalencia y factores asociados a la sintomatología depresiva.
- (2) El completamiento de los datos de la encuesta y del inventario se supervisó durante la evaluación y la devolución de los instrumentos por los participantes.
- (3) Posteriormente a la recolección de datos de la sintomatología depresiva se utilizó las categorías de puntuación y los baremos del Inventario de Depresión Infantil de Kovacs - Adaptación a la Ciudad de Cajamarca.

3.4.1 Inventario de depresión infantil (CDI)

El CDI es un inventario de auto reporte que consta de 27 ítems que extraen datos sobre diferentes síntomas depresivos como disturbios en el humor, funciones vegetativas, experiencias de placer, autoconcepto y conducta interpersonal. Varios de los ítems estudian las consecuencias de este desorden en diferentes contextos importantes para el niño (por ejemplo, medio escolar o grupo de pares); y es capaz de discriminar a los niños que presentan síntomas de depresión mayor o distimia, de aquellos estudiantes “normales”, o que presentan otro tipo de trastorno psiquiátrico.

El instrumento puede ser aplicado a niños y adolescentes entre 7 y 17 años de edad y exige en ellos una comprensión de lectura básica. Cada ítem contiene un grupo de tres sentencias que describen una serie de manifestaciones de tipo depresivo, con un rango potencial del puntaje total de 0 a 54. Un puntaje mayor a 15 determinaría la presencia de indicadores depresivos en el niño o adolescente.

Actualmente, a nivel mundial y particularmente en Latinoamérica, el CDI ha sido reconocido como uno de los instrumentos más efectivos y utilizados para medir sintomatología depresiva en la infancia. En el Perú, se han realizado una serie de estudios sobre depresión en población infantil, utilizando como instrumento principal el CDI adaptado por Reátegui, así mismo se han realizado diferentes adaptaciones en las provincias, estandarizando a los diferentes contextos sociales del país, para una mejor comprensión del instrumento.

Ficha técnica del Inventario de Depresión Infantil de Kovacs

Nombre Original: Children's Depression Inventory (C.D.I.)

Nombre en español: Inventario de Depresión Infantil C.D.I

Autora: María Kovacs (1977).

Procedencia: Canadá

Adaptación y estandarización peruana: Renato Ramírez Barrantes (2008).

Administración: Individual y colectiva.

Ámbito de Aplicación: Niños y niñas de 7 a 17 años de edad.

Duración: Tiempo aproximado 15 a 20 minutos.

Tipo de escala: Likert.

Significación: Evalúa síntomas depresivos más esenciales en los niños de 7 a 17 años a través de las siguientes dimensiones:

- **Disforia:** El estado de ánimo disfórico es la expresión de tristeza, soledad, desdicha, indefensión y/o pesimismo, lo que lleva al niño o adolescente a manifestar cambios en su estado de ánimo, con presencia de mal humor e irritabilidad, llorando o enfadándose con facilidad. Los 17 ítems 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.
- **Baja autoestima:** Las ideas de autodesprecio incluyen sentimientos de incapacidad, fealdad y culpabilidad, presentándose ideas de persecución, deseos de muerte y tentativas de suicidio, junto con ideas de huida de 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.

Tipificación: Baremos para escolares del nivel primario, y adolescentes del nivel secundario, de ambos sexos.

Categorías diagnósticas:

- Alto: Puntuación: 15 - 34 puntos a más. Indica la presencia de síntomas depresivos en un grado severo ha marcado, lo cual señala que la persona se encuentra padeciendo un trastorno depresivo.
- Medio: Puntuación: 10 - 14 puntos. Indica la presencia de síntomas depresivos en un grado mínimo o moderado, lo cual señala que la persona se encuentra proclive a desarrollar un trastorno depresivo.
- Bajo: Puntuación: 0 - 9 puntos. Indica la no presencia de síntomas depresivos, dentro de los límites normales.

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 ítem:

- 0 = corresponde a la intensidad de aparición más baja.
- 1 = corresponde a la intensidad o frecuencia media.
- 2 = correspondiente a la mayor frecuencia.

Consigna: El evaluador solicita a los participantes que escriban sus datos personales y luego lee y explica las instrucciones en voz alta, poniendo especial atención para que comprendan las instrucciones.

Confiabilidad del CDI – Adaptación a la Ciudad de Cajamarca.

En el análisis total de la prueba, se obtuvo un Alfa de Cronbach de 0.79, por lo que se puede decir que la prueba alcanza una confiabilidad aceptable. Adicionalmente, en esta adaptación, se calculó la correlación Ítem-test como una medida de la discriminación del ítem, de la cual se encontró una adecuada correlación ítem-test corregida en la mayoría de los ítems a excepción del 06, 11 y 19, los cuales presentan una correlación por debajo de 0.2. De igual forma, se encontró similitud al momento de comparar los resultados por grupos de edades, teniéndose que el ítem 11 presenta una correlación por debajo del 0.2 en los tres grupos de edades (niños, púberes y adolescentes), el ítem 06 presenta una correlación por debajo de 0.2 solo en la población de niños y púberes, mientras que el ítem 19 solo en la población de niños (Ramírez, 2009).

Asimismo, se estableció la confiabilidad del instrumento con la muestra evaluada en esta investigación, la cual dio como resultado el Alfa de Cronbach = 0.827.

Validez del CDI - Adaptación a la Ciudad de Cajamarca

La validez de constructo convergente entre el STAIC y el CDI dio como resultado una correlación positiva adecuada de 0.664, la cual resultó significativa ($p < 0.001$), lo que significa que existe una correspondencia media positiva entre la sintomatología depresiva y el grado de ansiedad. La validez de criterio concurrente entre el CDI y el EDAR, el cual presenta una correlación positiva considerable de 0.764 significativa ($p < 0.001$) (Ramírez, 2009).

3.5.2 Ficha sociodemográfica

La ficha sociodemográfica, también llamada encuesta o cuestionario, es un instrumento para recolectar datos, consiste en un conjunto de preguntas sobre una o más variables a medir, con la finalidad de usarlos en una investigación (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

Para esto, es importante determinar qué tipo de información se necesita y de qué personas necesitamos su opinión, por lo que es importante tomar decisiones sobre qué preguntas se realizarán y el tipo de redacción (Martínez, 2002). De acuerdo a Hernández, Fernández y Baptista (2014), las preguntas a formular deben tener las siguientes características:

- a. Las preguntas deben ser claras, precisas y comprensibles para los sujetos encuestados.
- b. Las preguntas deben ser lo más breves posibles, porque las preguntas largas suelen ser tediosas.
- c. Deben formularse con un vocabulario simple, directos y familiar para los participantes.
- d. No pueden incomodar a la persona encuestada, ni ser percibidas como amenazantes y nunca se debe sentir enjuiciamiento.
- e. Las preguntas deben referirse preferentemente a un solo aspecto o una relación lógica.
- f. Las preguntas no harán de inducir respuestas.
- g. Las preguntas no pueden apoyarse en instituciones, ideas respaldadas socialmente, ni en evidencia encontrada.
- h. No se deben hacer preguntas racistas o sexistas que ofendan a los participantes.

Para esta investigación se elaboró una ficha sociodemográfica con la finalidad de obtener datos sobre los factores asociados a la sintomatología depresiva. Las preguntas fueron de tipo cerradas, es decir que contenían respuestas previamente delimitadas, luego de la elaboración se realizó la validación subjetiva a través de la opinión de expertos. Los datos a evaluar comprendieron: edad, sexo, grado y sección, institución educativa, estructura familiar, estado civil de los padres, satisfacción con el colegio y actividades escolares, administración del tiempo libre y percepción sobre el apoyo familiar.

3.5. Plan de análisis e interpretación de la información

Para el procesamiento de datos se utilizaron los programas estadísticos: SPSS 23.0 con el alfa numérico y en Excel 2016 con el Kr -20, y fue de la siguiente manera:

- (1) Terminada la evaluación, se recogieron las pruebas, luego se calificaron y seguidamente se pasó a clasificar entre las que son aptas y no, para colocar las respuestas en la base de datos.
- (2) Se realizó dos matrices de datos de doble entrada, en las cuales los sujetos estarán ubicados en cada fila, mientras que las variables se ubicarán en columnas.
- (3) La primera matriz fue de la Ficha Sociodemográfica, con la finalidad de explorar los factores asociados; la segunda fue del Inventario de Depresión Infantil de Kovacs, para establecer la prevalencia de la sintomatología depresiva.
- (4) En ambas matrices, se realizó un análisis exploratorio de los datos, a nivel descriptivo donde se consideró la frecuencia y porcentaje.
- (5) El nivel de significancia es de 0.05 con un 95% de confiabilidad.
- (6) Finalmente, se evaluó la correlación entre las variables, para ello se utilizó el Chi cuadrado, con la finalidad de identificar cómo se asocian los factores explorados a la sintomatología depresiva.

3.6. Ventajas y limitaciones

a) Ventajas:

- El haber empleado un diseño no experimental implicó un bajo costo y menor tiempo; asimismo, en este tipo de investigación, las variables son cercanas a la realidad y no hay necesidad de manipulación.
- Las investigaciones correlacionales permiten establecer el grado de relación entre las variables y analizar con mayor exactitud las variables estudiadas.
- Los instrumentos utilizados han sido validados a nivel nacional y en contextos cercanos a la realidad de la ciudad de Tarma, esto aporta confiabilidad a los resultados obtenidos.

b) Limitaciones:

- Las investigaciones de corte transversal no permiten ver el comportamiento de las variables a través del tiempo.
- De igual manera, las investigaciones correlacionales solo permiten observar la relación entre las variables, mas no revela el grado de influencia o una explicación de causa y efecto entre las variables.

3.7. Aspectos éticos

La consideración de los aspectos éticos en el campo de ciencias de la salud es elemental para realizar un ejercicio profesional óptimo y para ofrecer un mayor compromiso y respeto a la dignidad de las personas. De esta forma, las tareas cotidianas de la práctica clínica, conllevan una serie de obligaciones y responsabilidades éticas para el profesional de la salud.

En relación a esta investigación, se consideró y respetó a los participantes estudiantes en la evaluación del Inventario de Depresión Infantil de Kovacs y la ficha sociodemográfica (instrumentos adaptados y validados en nuestro país), principalmente teniendo en suma consideración la privacidad y la reserva de los datos personales y resultados de la aplicación.

Los protocolos contaron con una determinada codificación, la cual sirvió para identificar a cada participante, asimismo se consideró de vital importancia que en las instituciones educativas, tanto docentes, padres de familia y estudiantes debían conocer la información básica de antemano, para ello, un día antes de la evaluación, se entregó un formato de “consentimiento informado” a los estudiantes seleccionados, cabe señalar que se respetó la negativa de participación tanto de padres de familia, como de los estudiantes.

En ese sentido, se garantizó los aspectos éticos, el cual fue revisado por el comité de ética institucional de la Universidad Católica Sedes Sapientiae, con el fin de verificar que esta investigación no incurra en ningún tipo de falta a la ética profesional, ni vulnere los derechos de los participantes del estudio.

CAPÍTULO IV. RESULTADOS

4.1. Descripción de las variables de la muestra

De los 316 estudiantes encuestados, el 50.3% presenta sintomatología depresiva baja, el 42.1% están entre las edades de 12 – 13 años, en cuanto al sexo el 67.7% son de sexo masculino. El tipo de estructura familiar, el 55.7% es familia nuclear; en cuanto al estado civil de sus padres el 38.3% son de una relación de convivencia, además el 50.6% manifiesta que se siente muy a gusto en las actividades escolares, el 84.2% siente apoyo de su familia y el 31.6% participa en actividades deportivas en su tiempo extraescolar. El resto de los resultados se puede ver en la tabla 1.

Tabla 1. Descripción de la muestra

Variables	n	%
Edad		
12 – 13 años	133	42.1
14 – 15 años	115	36.4
16 -17 años	68	21.5
Sexo		
Mujer	102	32.3
Varón	214	67.7
Tipo de estructura familiar		
Nuclear	176	55.7
Extensa	52	16.5
Monoparental	52	16.5
Compleja	2	0.6
Ensamblada	6	1.9
Otro	28	8.9
Estado civil de los padres		
Soltero	56	17.7
Casada	111	35.1
Conviviente	121	38.3
Divorciada	15	4.7
Viudo	13	4.1
Satisfacción escolar		
Me siento muy a gusto	160	50.6
La mayor parte me siento a gusto	138	43.7
Casi nunca me siento a gusto	15	4.7
Nunca me siento a gusto	3	0.9
Percepción del apoyo familiar		
Bastante apoyo	266	84.2
Poco apoyo	48	15.2
Nada	2	0.6
Actividades extraescolares		
Practicar deporte	100	31.6
Arte	60	19.0

Ayuda en las actividades de casa	87	27.5
Pasar tiempo en el internet	17	5.4
Pasar tiempo con amistades	22	7.0
Dormir	5	1.6
Trabajar	7	2.2
Otros	18	5.7
Sintomatología depresiva		
Sintomatología depresiva baja	159	50.3
Sintomatología depresiva media	81	25.6
Sintomatología depresiva alta	76	24.1

En la presente investigación, cuando se asocia la sintomatología depresiva y los factores sociodemográficos, se encontró relación de significancia entre sintomatología depresiva y la estructura familiar con un ($p=0.002$), con el estado civil ($p=0.009$), con la satisfacción con las actividades escolares ($p=0.00$) y con respecto al apoyo de la familia el ($p=0.000$). Con respecto a las demás variables sociodemográficas no se encontró asociación, como es el caso de la edad, sexo y en cuanto a las actividades extraescolares. Esto se reporta en la tabla 2.

Tabla 2. Asociación entre sintomatología depresiva y factores sociodemográficos

	Sintomatología depresiva						p - valor	
	Sintomatología depresiva baja		Sintomatología depresiva medio		Sintomatología depresiva alta			
	n	%	n	%	n	%		
Edad							0.124	
	12 – 13 años	68	51.1	38	28.6	27	20.3	
	14 – 15 años	52	45.2	26	22.6	37	32.2	
	16 – 17 años	39	57.4	17	25.0	12	17.6	
Sexo							0.419	
	Mujer	47	46.1	26	25.5	29	28.4	
	Varón	112	52.3	55	25.7	47	22.0	
Tipo de estructura familiar							0.002	
	Nuclear	98	55.7	40	22.7	38	21.6	
	Extensa	25	48.1	18	34.6	9	17.3	
	Monoparental	23	44.2	13	34.6	16	30.8	
	Compleja	1	50.0	0	0.0	1	50.00	
	Ensamblada	0	0.0	0	0.0	6	100.0	
	Otro	12	42.9	10	35.7	6	21.4	
Estado civil de los padres							0.009	
	Soltero	26	46.4	15	26.8	15	26.8	
	Casada	61	55.0	25	21.6	26	23.4	
	Conviviente	64	52.6	36	29.8	21	17.4	
	Divorciada	3	20.0	2	13.3	10	66.7	
	Viudo	5	38.5	4	30.8	4	30.8	

Satisfacción escolar								0.000
Me siento muy a gusto	98	61.3	37	23.1	26	15.6		
La mayor parte me siento a gusto	58	42.0	43	31.2	37	26.8		
Casi nunca me siento a gusto	3	20.0	1	6.7	11	73.3		
Nunca me siento a gusto	0	0.0	0	0.0	3	100.0		
Percepción del apoyo familiar								0.000
Bastante apoyo	151	56.8	68	25.6	47	17.7		
Poco apoyo	8	16.7	13	27.1	27	56.3		
Nada	0	0.0	0	0.0	2	100.0		
Actividades extraescolares								0.221
Practicar deporte	53	53.0	29	29.0	18	18.0		
Arte	32	53.3	14	23.3	14	23.3		
Ayuda en las actividades de casa	44	50.6	25	28.7	18	20.7		
Pasar tiempo en el internet	7	41.2	2	11.8	8	47.1		
Pasar tiempo con amistades	11	50.0	3	13.6	8	36.5		
Dormir	2	40.0	1	20.0	2	40.00		
Trabajar	2	28.6	4	57.1	1	14.3		
Otros	8	44.4	3	16.7	7	38.9		

CAPÍTULO V. DISCUSIÓN

5.1. Discusión

En el presente estudio, se encontró un mayor porcentaje de sintomatología depresiva en el nivel bajo, sin embargo, existen porcentajes significativos del nivel medio y alto de la sintomatología depresiva, tal como fue hallado por a nivel internacional por Mora (2017), Jaureguizar, Bernaras, Soroa, Sarasa y Garaigordobil (2015), lo cual indica que la presencia de esta problemática es similar a contextos extranjeros como México y España. En el Perú, Pérez (2013) y Sánchez y Sánchez (2017), encontraron porcentajes similares de sintomatología depresiva en la ciudad de Cajamarca e Iquitos respectivamente; de igual manera, Damas y Manrique (2018), hallaron un mayor porcentaje de presencia de sintomatología depresiva en un nivel bajo en la ciudad de Huancayo. Con los resultados obtenidos, se confirma la existencia de esta problemática en la ciudad de Tarma y en equivalentes porcentajes en estudiantes de nivel secundario de las instituciones educativas de diferentes contextos socioculturales del país, esto señala que la más de la mitad de los estudiantes están experimentando síntomas de estado de ánimo disfórico, sentimientos de desgracia, melancolía, culpa, irritabilidad, entre otros, el cual puede resultar doloroso para la persona y traer consecuencias graves como la deserción escolar, pérdida de interés en las actividades placenteras, el suicidio etc. (Cuevas y Teva, 2006).

El parentesco y la cantidad de miembros que conforman la familia del estudiante tiene relación significativa con los niveles de sintomatología depresiva, tal como lo encontró Mora (2016), donde concluyó que la ausencia del padre debido a la migración y que solo la madre este a cargo del estudiante tiene relación con la depresión, aunque esta investigación aborda la migración de los miembros de la familia también concluye que la estructura familiar diferente a la nuclear , tiene relación con la presencia de depresión en el adolescente; asimismo, Hoyos, Lemos y Torres (2012) encontraron que la disolución familiar así como los adolescentes de familias desestructuradas presentan estrecha relación con trastornos depresivos, considerando como un factor de riesgo la familia monoparental y haciendo énfasis a las consecuencias negativas de la ruptura conyugal, se valora que la disfuncionalidad familiar tiene relación significativa en la aparición de trastornos psíquicos en la adolescencia más que la estructura familiar. Aunque en nuestra actualidad se están incrementando tipologías de la estructura familiar, en la ciudad de Tarma existe en su mayoría la tipología típica de la familia nuclear, es decir, el adolescente vive con sus padres y hermanos, la cual se consideraría como el soporte primario del adolescente; sin embargo, para algunos autores como Del Barrio (1998), dentro de la familia lo importante es la funcionalidad de la misma antes que la estructura, ya que la estructura (Monoparental, nuclear, extensa, ensamblada, etc.) simplemente va a facilitar o no la función familiar.

De igual manera, se encontró que el estado civil de los padres presenta relación significativa con la sintomatología depresiva. Del Barrio (1998) señala que es importante resaltar los procesos de desintegración familiar, ya sea por muerte de un progenitor, divorcio, u otro tipo de separación que se presente la cual afectará significativamente al adolescente; sin embargo, Vargas, Tovar y Valverde (2010) no encontraron diferencias significativas con respecto al estado civil de los padres y la depresión.

La percepción de apoyo que tiene los estudiantes con respecto a su familia se relaciona de manera significativa con los niveles de sintomatología depresiva. Del Barrio (1998), indica que el apoyo familiar en todas sus formas es uno de los

elementos más eficaces de prevención de todo tipo de problemas en la infancia y adolescencia, también de la depresión, señala también, que el apoyo familiar dentro de los límites favorecerá el proceso de socialización del niño, el equilibrio entre la afectividad, la atención, dedicación y elementos de control; asimismo, Rivera y col. (2015) encontraron que un nivel de comunicación y atención al adolescente disminuye consecuencias negativas para la salud física y mental en contraste con déficits en la supervisión parental y relaciones familiares, los cuales son predictores de problemas en el comportamiento y depresión en la adolescencia; por otro lado, Rivera y col. (2013) destacaron que carecer de un red de apoyo, cuando se tiene sintomatología depresiva, dificulta al adolescente a pedir ayuda o apoyo en su red ya que puede existir un temor de expresar y manejar sentimientos y emociones como el enojo y la tristeza; Vargas, Tovar y Valverde (2010) encontraron una tendencia directa y positiva, y concluyeron que cuando la sensación de soporte familiar disminuía el episodio depresivo aumentaba, además, el sentir que se apoyan unos a otros dentro de la familia, sentir orgullo por la familia y compartir sentimientos y pensamientos disminuye el episodio depresivo. Los resultados encontrados ratifican la importancia del apoyo familiar en la adolescencia y la relación que tiene con la presencia de sintomatología depresiva, la percepción de apoyo que tenga el adolescente por parte de su familia será buena para que el adolescente pueda expresar sus emociones y sentimientos dentro de su círculo de apoyo primario.

Los niveles de satisfacción de los estudiantes en actividades escolares tienen relación significativa con los niveles de sintomatología depresiva. Oblitas (2018) concluye que es importante la satisfacción escolar, la cual tiene como base la atención que prestan los alumnos a sus necesidades educativas y a las expectativas que se le presenten en contexto educativo y la autoeficacia, entendida como las creencias que tiene el estudiante sobre sus capacidades para el alcance de determinados resultados; asimismo, Hoyos, Lemos y Torres (2012) identificaron que el logro académico aumenta la sensación de control y la autoestima de los adolescentes; Méndez, Olivares, y Ros (2014), dentro de la clasificación de síntomas secundarios de la depresión infantil, consideran el cambio de actitud hacia la escuela, como el hecho de pérdida de placer en actividades escolares y negativa o rechazo a ir a la escuela, esto revela que la poca o nula satisfacción escolar puede considerarse como un síntoma de la sintomatología depresiva; Polaino (1998) considera a la escuela como uno de los medios que influye poderosamente sobre el comportamiento depresivo infantil, por lo que el adolescente al sentir fracaso escolar, tener un bajo rendimiento académico, puede repercutir negativamente en su persona, afectando su autoestima, sus deseos de superación y su salud mental. El desenvolvimiento escolar (logro académico, relación con los maestros, sus pares y padres) y el grado de satisfacción que tenga el adolescente con respecto a las actividades guardan relación no solo con la presencia de depresión, sino también con la salud mental del estudiante.

En cuanto a la edad del adolescente, se concuerda con la OPS (2015) quienes afirman que la depresión nos afecta a todos, no discrimina edad, raza o historia personal; sin embargo, autores como la Guía de práctica clínica del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2018), Mora (2016), Vargas, Tovar y Valverde (2010) y Cerna (2010) confirman que la depresión aumenta progresivamente en la edad preescolar hasta la adolescencia y la adultez, siendo entre los 15 a 17 años la edad de mayor prevalencia. Con esta investigación se señala la importancia de prestar atención a cualquier conducta que pueda indicar la presencia de sintomatología depresiva en cualquier etapa de la vida del ser humano.

La presente investigación intentó corroborar los resultados obtenidos con respecto al sexo femenino, ya que diferentes autores (Guía de Práctica Clínica del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2018; Rey, Bella y Jing, 2015; Mora, 2016; Hoyos, Lemos y Torres, 2012) concluyen que el sexo femenino tiene mayor relación con la sintomatología depresiva, algunos la describen incluso como un factor de riesgo ante la depresión y hacen énfasis en la importancia de este factor en la etapa de la adolescencia; sin embargo, Pérez (2013) y Damas y Manrique (2018) encontraron mayor prevalencia de síntomas depresivos en el género masculino. No obstante, en este estudio se encontró que no existe relación entre estas variables, esto puede explicarse por lo hallado con los otros factores, ya que la mayoría de los estudiantes vive con ambos padres y perciben el apoyo de su familia; pese a estos resultados, la metodología usada no precisa dar una respuesta definitiva, por lo tanto, se sugiere realizar estudios de tipo causal para determinar la relación entre estas variables.

Sobre el factor de actividades extraescolares que realizan los estudiantes, los resultados indican que la mayoría de estudiantes practica deportes, diferentes autores consideran que la práctica de algún deporte o de una actividad física favorece la percepción del autoconcepto, la participación con otras personas, el fortalecimiento de lazos afectivos y la consolidación de redes de apoyo (Hoyos, Lemos y Torres, 2012; Reigal y col., 2012; Ascencio y col., 2016); la Guía de Práctica Clínica (2018) y Hoyos, Lemos y Torres (2012), la consideran como un factor protector ante la depresión en la adolescencia; no obstante, Candel, Olmedilla y Blas (2008) y Mansillas, Rial, Isorna, Fernández (2014), encontraron niveles elevados de depresión en jóvenes que practican algún tipo de deporte, esto en relación a la alta exigencia física y mental que les produce el deporte, por lo que, de no evaluar y considerar esto, traería no solo consecuencias en el rendimiento deportivo, sino también en la salud mental del deportista. Estos factores, si bien presentan relación favorable o desfavorables con respecto a la sintomatología depresiva en otros contextos, en el presente estudio se halló que no existe relación, por lo que se considera importante realizar más investigaciones en la ciudad de Tarma con la finalidad de obtener conclusiones y contrastarlas con otros contextos de nuestro país e internacionales.

Finalmente, en cuanto a los factores sociodemográficos como: percepción del apoyo familiar, satisfacción escolar y actividades extraescolares, se considera una limitación el haber evaluado de manera general, por lo que no es posible realizar afirmaciones contundentes con respecto a la relación de la sintomatología depresiva con estos factores.

5.2. Conclusiones

En cuanto al tipo de variables, la estructura familiar, estado civil de los padres, satisfacción escolar y la percepción del apoyo familiar se asocian con la sintomatología depresiva. Es decir, los estudiantes provienen de una familia de tipo nuclear así mismo el tipo de estado civil de sus padres se relacionan con el estado anímico del adolescente.

La edad, el sexo y las actividades extraescolares no tienen relación significativa con la sintomatología depresiva en los estudiantes.

En cuanto a las características de la sintomatología depresiva de los estudiantes, más de la mitad presenta bajos niveles de sintomatología depresiva; la cuarta

parte de la muestra identificamos nivel medio de sintomatología depresiva y la otra cuarta parte es de alta sintomatología depresiva. Con estos resultados se concluye que existe sintomatología depresiva en la población estudiantil de ambas instituciones.

Para la descripción de las variables sociodemográficas, se tiene que, cerca de la mitad de estudiantes se encuentran entre 12 – 13 años, en su mayoría son estudiantes varones, el tipo de estructura familiar predominante fue el nuclear, en el estado civil de los padres en su mayoría son convivientes, los estudiantes tienen una participación en el colegio y se siente muy a gusto en las actividades escolares, la mayoría de los estudiantes percibe bastante apoyo familiar y casi la cuarta parte manifiesta la práctica deportiva en su tiempo libre.

5.3. Recomendaciones

- Se recomienda a los docentes, encargados y/o psicólogos de las Instituciones Educativas que realicen la derivación correspondiente al psicólogo clínico, de los estudiantes que presentaron sintomatología depresiva moderada y alta, con la finalidad de que reciban el tratamiento oportuno; y a su vez que guarden la confidencialidad de los mismos con el propósito de evitar la estigmatización.
- Como medida de prevención, se propone capacitar y orientar a la plana docente, padres de familia y estudiantes de ambas Instituciones Educativas con la finalidad de que ellos puedan informar y orientar a los estudiantes que presentan este tipo de sintomatología.
- Realizar investigaciones en la población escolar del nivel secundario que abarquen un mayor margen de muestra con la finalidad que dichos resultados puedan ser más representativos y cercanos a la realidad del país.
- Proyectar investigaciones de diseño longitudinal en temas de sintomatología depresiva con el propósito de observar la variación, relación y evolución de las variables estudiadas, con la finalidad de tener mejores conclusiones que puedan favorecer a la población juvenil.
- Sobre los factores asociados a la sintomatología depresiva, se recomienda realizar investigaciones con respecto a la relación con la dinámica familiar (estilos de crianza, cohesión familiar, apoyo familiar desde los económico, social, educativo, etc.); así como también, sobre otros factores asociados a la sintomatología depresiva, tales como: el consumo de alcohol, consumo de drogas, rendimiento académico, etc.
- Finalmente, proyectar investigaciones que aborden los factores protectores asociados a la sintomatología depresiva en la edad de la adolescencia y en el mismo contexto social.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alcántara, H. (21 de 03 de 2018). Adolescentes de la región Junín con depresión y expuestos a la violencia. Correo.
- Ascencio y col. (2018) Estilos de vida saludable en adolescentes relacionados con alimentación y actividad física: una revisión integrativa. *Revista Salud en movimiento*, 8(1), 25-39. Recuperado desde: <http://publicaciones.unisimonbolivar.edu.co/rdigital/ojs/index.php/saludmov/article/view/1619>.
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B. y Emery, G. (2010). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Descleé de Brouwer.
- Bernaras, E., Jaureguizar, J., Soroa, M., Ibabe, I., & De las Cuevas, C. (2013). Evaluación de la sintomatología depresiva en el contexto escolar y variables asociadas. (Tesis de maestría). Universidad de Murcia. España. Recuperado en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-97282013000100016
- Candel, N., Olmedilla, A., Blas A. (2008). Relaciones entre la práctica de Actividad física y el autoconcepto, la ansiedad y la depresión en chicas Adolescentes. *Cuadernos de psicología del deporte*. 8(1), 61-67.
- Castillo, S. (2016) Presencia de síntomas depresivos en adolescentes del colegio "Rosenthal de la Puente" de Magdalena del Mar en el año 2016. (Tesis de licenciatura) Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Cerna, I. (2015). Estudio comparativo de la prevalencia de la depresión en estudiantes de secundaria provenientes de una institución educativa nacional y privada del distrito de Ate. (Tesis para optar título de licenciatura) Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima. Recuperado en www.upch.edu.pe
- Cuevas, M. y Teva, I. (2006). Evaluación y tratamiento de la depresión infantil. En Bermúdez, M. y Bermúdez, A. (Eds.). *Manual de psicología clínica infantil*. (pp. 219-268). Madrid: Biblioteca nueva.
- Damas, J., Manrique, Sh. (2018) Niveles de sintomatología depresiva en estudiantes del 3er grado de secundaria de las instituciones educativas de las ciudades de Huancayo, Satipo y Huancavelica 2017. (Tesis para optar el título profesional de psicología). Universidad Peruana los Andes. Huancayo, Perú.
- Del Barrio, M. (2005). Trastornos depresivos. En Gonzáles, R. (coord.). *Psicopatología del niño y del adolescente*. Madrid: Pirámide.
- Del Barrio, M. (1998). Trastornos depresivos. In: R. Gonzales, ed., *Psicopatología del niño y del adolescente*. Madrid: Pirámide.
- Diccionario de la Real Academia Española. (2016). España.
- Galicia, I., Sánchez, A., & Robles, F. (2009). Factores asociados a la depresión en adolescentes: Rendimiento escolar y dinámica familiar. Murcia: Universidad de Murcia.
- Guzmán, M., Mardones, R., Romero, M. (2011). La depresión en niños y adolescentes en Chile: apuntes para una psicoterapia de la depresión infantil desde un enfoque

Constructivista-evolutivo. Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente. 51/52, 264-279.

Hoyos, E., Lemos, M., y Torres, Y. (2012). Factores de riesgo y protección de la depresión en los adolescentes de la Ciudad de Medellín. *International Journal of Psychological Research*, 5(1), 109-121.

Hernández, R. Fernández, C. y Baptista, P. (2014). Metodología de la Investigación. (5ta ed.). Recuperado en www.FreeLibros.com.

Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado Hideyo Noguchi". (2012). Estudio epidemiológico de salud mental de niños y adolescentes en Lima Metropolitana y Callao. Lima: Anales del Perú.

Instituto Nacional de Salud Mental «Honorio Delgado Hideyo Noguchi». (17 de agosto de 2013). El 18% de la población suicida en el Perú. Recuperado en <http://peru21.pe/opinion/18-suicidios-son-ninos-y-adolescentes-2146446>.

Jaureguizar, J., Bernaras, E., Soroa, M., Sarasa, M., & Garaigordobil, M. (2015). *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*. Sintomatología depresiva en adolescentes y variables asociadas al contexto escolar y clínico. Universidad del País Vasco. España. 23(2), pp. 245-264. Recuperado en <https://www.researchgate.net>.

Mansillas, S., Rial, A., Isorna, M., Fernández, A. (2014). Niveles de rendimiento y factores psicológicos en deportistas en formación, reflexiones para entender la exigencia psicológica del alto rendimiento. *Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte*. España. 9, (2) pp. 373-392. Recuperado en www.webs.ulpgc.es.

Martínez, F. (2002) El cuestionario. Un instrumento para la investigación en las ciencias sociales. Barcelona: Laertes Psicopedagogía.

Méndez, F., Olivares, J., & Ros, M. (2014). Características clínicas y tratamiento de la depresión en la infancia y adolescencia. En: V. Caballo, M.A. Simón, ed., *Manual de Psicología Clínica Infantil y del Adolescente*. Trastornos generales. Madrid: Ediciones Pirámide.

Ministerio de Salud. (2017). Documento técnico: Situación de Salud de los Adolescentes y Jóvenes en el Perú. 1ª ed. Recuperado en: <http://www.minsa.gob.pe/bvsminsa.asp>.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2018). Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y la Adolescencia Actualización. Unidad de Asesoramiento Científico-técnico Avalia-t; Guías de Práctica Clínica en el SNS.

Mora, D. (2016). Prevalencia y factores de riesgo asociados a depresión en estudiantes hijos de padres migrantes, Biblián 2015 (Tesis de previa a la obtención de título de médico). Universidad de Cuenca. Ecuador.

Moral, J. (2013). Validación de un formato simplificado del Inventario de Depresión de Beck BDI -2. *Red de revistas Científicas en América Latina, el Caribe, España y Portugal*, 21(1), 42-52.

Nardi, B. (2004). La depresión adolescente. *Revista de la escuela de psicopatología*, 100-106.

- Oblitas, J. (2018). Satisfacción escolar y Autoeficacia en adolescentes de nivel secundaria en una Institución Educativas Estatales del distrito de Los Olivos-2018. (Tesis para optar el grado académico de Maestro en Psicología Educativa). Universidad César Vallejo. Lima, Perú.
- Organización Mundial de la Salud & Organización Panamericana de la Salud. (30 de marzo de 2017). Hablemos de depresión. "Depresión: hablemos", dice la OMS, mientras la depresión encabeza la lista de causas de enfermedad. Ginebra, Washington.
- Organización Panamericana de la Salud. (2017). Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Recuperado en: <http://iris.paho.org>.
- Polaino, A. (1998). Los trastornos afectivos en la infancia. Las depresiones infantiles. En: J. Rodríguez, ed., Psicopatología del niño y del adolescente. Sevilla: Publicaciones de la Universidad de Sevilla.
- Pérez, K. (2013) Incidencia y factores asociados a la sintomatología depresiva en estudiantes de 7 a 15 años en 5 centros educativos del Distrito de Cajamarca, 2013 (Tesis para optar el título de médico cirujano). Universidad Nacional de Cajamarca. Cajamarca, Perú.
- Ramírez, F. (2010). Revista Peruana de Epidemiología. Sintomatología depresiva en adolescentes mujeres: prevalencia y factores de relación interpersonal asociados. 14(1), 65-71.
- Ramírez, R. (2009) Adaptación del Inventario de Depresión Infantil de Kovacs en Escolares de la Ciudad de Cajamarca. (Tesis para optar el título de Licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú. Perú. Recuperado en <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/>
- Reategui, L. (1994). La depresión infantil: estandarización del "Inventario de depresión para niños (CDI)". (Tesis para optar el título de Licenciatura) Universidad Cayetano Heredia del Perú, Lima, Perú.
- Reigal y col. (2012). Actividad física deportiva, autoconcepto físico y bienestar psicológico en la adolescencia. RETOS. Nuevas tendencias en educación física, deporte y recreación. 22(2), 19-23.
- Reginaldo, L., Yupari J. (2015) Factores psicosociales y sintomatología depresiva en adolescentes del cuarto grado de la Institución educativa La Victoria de Ayacucho-Huancavelica-2014. (Tesis para optar el título profesional de Licenciado de Enfermería). Universidad Nacional de Huancavelica. Huancavelica, Perú.
- Rey, JM., Bella-Awusah, TT. y Jing L. (2017). Depresión en niños y adolescentes. Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP. Ginebra: Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesionales Afines.
- Rivera, L. y colaboradores (2015). Factores individuales y familiares asociados con sintomatología depresiva en adolescentes de escuela públicas de México. Salud pública de Medio. 57(3), 219-226.

- Rivera, M., Martínez, L. y Obregón, N. (2013). Factores asociados con la sintomatología depresiva en adolescentes michoacanos. *Salud Mental*. 36(2), 115-122.
- Salazar, G. (2004). Prevalencia de depresión mayor en escolares de 12 a 16 años de edad en tres colegios de la ciudad de Huancayo. (Trabajo de investigación) Universidad Particular Cayetano Heredia, Lima, Perú.
- Sánchez, F., Sánchez, G. (2017) Depresión y funcionalidad familiar en adolescentes de instituciones educativas públicas secundaria de menores N° 60027 Y N° 6010227. San Juan Bautista 2016. (Tesis de licenciatura en Psicología). Universidad Científica del Perú.
- Sarason, I. G. (1983). Evaluar el apoyo social: El cuestionario de apoyo social. *Journal of Personality an Social Psychology*.
- Sausa, M. (03 de febrero de 2018). Menores de edad ocupan el 70% de atenciones en salud mental. Perú21. Recuperado en: <https://peru21.pe/>.
- Vargas, H., Tovar, H. y Valverde, J. (2010) Revista Peruana de Epidemiología. Prevalencia y factores asociados con el episodio depresivo en adolescentes de Lima Metropolitana y Callao. Lima, Perú. 14(2), pp. 91-98.
- Wicks, R., Israel, A. (1997). Psicopatología del niño y del adolescente. Madrid: Prentice Hall.

Anexo

ANEXO N° 01: INVENTARIO CDI - KOVACS

Código: _____

Edad _____ años _____ meses. Sexo: _____ Grado y sección: _____

Fecha de aplicación _____ de _____ del 2017. Puntuación: _____

Instrucciones:

MARCAR CON UNA "X" LA ALTERNATIVA QUE MÁS TE IDENTIFIQUE:

1.	Estoy triste de vez en cuando.	
	Estoy triste muchas veces.	
	Estoy triste siempre.	

2.	Nunca me saldrá nada bien	
	No estoy seguro de si las cosas me saldrán bien.	
	Las cosas me saldrán bien	

3.	Hago bien la mayoría de las cosas.	
	Hago mal muchas cosas	
	Todo lo hago mal	

4.	Me divierten muchas cosas	
	Me divierten algunas cosas	
	Nada me divierte	

5.	Soy malo siempre	
	Soy malo muchas veces	
	Soy malo algunas veces	

6.	A veces pienso que me pueden ocurrir cosas malas	
	Me preocupa que me ocurran cosas malas	
	Estoy seguro de que me van a ocurrir cosas terribles	

7.	Me odio	
	No me gusta como soy	
	Me gusta como soy	

8.	Todas las cosas malas son culpa mía	
	Muchas cosas malas son culpa mía	
	Generalmente no tengo la culpa de que ocurran cosas malas.	

9.	No pienso en matarme	
	Pienso en matarme pero no lo haría	
	Quiero matarme	

10.	Tengo ganas de llorar todos los días	
	Tengo ganas de llorar muchos días	
	Tengo ganas de llorar de cuando en cuando	

11.	Las cosas me preocupan siempre	
	Las cosas me preocupan muchas veces	
	Las cosas me preocupan de cuando en cuando	

12.	Me gusta estar con la gente	
	Muy a menudo no me gusta estar con la gente	
	No quiero en absoluto estar con la gente	
13.	No puedo decidirme	
	Me cuesta decidirme	
	Me decido fácilmente	
14.	Tengo buen aspecto	
	Hay algunas cosas de mi aspecto que no me gustan	
	Soy feo	
15.	Siempre me cuesta ponerme a hacer los deberes	
	Muchas veces me cuesta ponerme a hacerlos deberes	
	No me cuesta ponerme a hacer los deberes	
16.	Todas las noches me cuesta dormirme	
	Muchas noches me cuesta dormirme	
	Duermo muy bien	
17.	Estoy cansado de cuando en cuando	
	Estoy cansado muchos días	
	Estoy cansado siempre	
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.	
	Me siento solo muchas veces	
	Me siento solo siempre	
21.	Nunca me divierto en el colegio	
	Me divierto en el colegio sólo de vez en cuando.	
	Me divierto en el colegio muchas veces.	
22.	Tengo muchos amigos	
	Tengo muchos 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 las asignaturas que antes llevaba bien	
24.	Nunca podré ser tan bueno como otros niños	
	Si quiero 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	
	Me peleo muchas veces.	
	Me peleo siempre.	

ANEXO N° 02: ENCUESTA SOCIODEMOGRÁFICA

Por favor, Rellena tus datos con el código asignado y marca con una (X) los datos describan mejor a tu familia. Asegúrate de no dejar ningún espacio en blanco.

Institución Educativa:

SANTA TERESA () INDUSTRIAL N° 32 () Grado ____ Sección: ____
Código: _____

A. **Edad:** _____

B. **Sexo:** Mujer () Varón ()

C. Estructura familiar:

(1) Padre, madre e hijo/s

(2) Padre, madre, hijos y otros familiares

(3) Un padre o una madre con su/s hijo/s

(4) Padre, madre, hijos y otras personas
(que no son familiares)

(5) Padre con su/s hijo/s y madre con su/s
hijo/s

(6) Otros. _____

D. Estado civil de los padres:

(1) Soltero

(2) Casado

(3) Conviviente

(4) Divorciado

(5) Viudo(a)

F. ¿Cuánto apoyo sientes de tu familia?

(1) Bastante apoyo

(2) Poco apoyo

(3) Nada

E. ¿Cómo te sientes en el colegio y participando en las actividades escolares?

(1) Me siento muy a gusto

(2) La mayor parte me siento a gusto

(3) Casi nunca me siento a gusto

(4) Nunca me siento a gusto

H. ¿Qué actividades extraescolares realizas en tu tiempo libre?

(1) Deporte (Vóley, Básquet,
Fútbol, Natación, etc.)

(2) Arte (Música, Pintura)

(3) Ayudo en actividades de
casa.

(4) Paso tiempo en el
internet (Redes sociales)

(5) Paso tiempo con amigos

(6) Dormir.

(7) Trabajo

(8) Otros. _____

NO OLVIDES RESPONDER TODAS LAS PREGUNTAS...!

Código:

ANEXO N° 03: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado padre de familia de la Institución Educativa:, su hija/o ha sido seleccionada/o para participar en el estudio de factores asociados a la prevalencia de sintomatología depresiva en estudiantes del nivel secundario de Instituciones Educativas de Tarma, que se realizará por las investigadoras Cruz Rodríguez, Ingrid Mishell y Esteban Murillo, Dana Celeste. Asimismo, la presente está respaldada por la Universidad Católica Sedes Sapientiae - Tarma. Para ello, se coordinó con la Dirección del colegio y el profesor de aula su evaluación durante aproximadamente 30 minutos en horario de clases; la cual no tendrá costo alguno.

En ese sentido, su participación será valiosa para conocer más acerca de las variables mencionadas en los/as estudiantes; contribuyendo a generar conocimiento útil para el desarrollo de futuras estrategias psicológicas.

Los derechos con los que cuenta incluyen:

Anonimato: Todos los datos ofrecidos son absolutamente anónimos. Por lo tanto, no se identificará individualmente a los participantes de la investigación.

Integridad: Ninguna de las evaluaciones traerán algún tipo de daño o perjuicio.

Participación voluntaria: Ud. y su hijo/a tiene el derecho a abstenerse de participar o incluso retirarse de esta evaluación cuando lo considere conveniente.

Para cualquier información adicional y/o dificultad contáctese al teléfono de las investigadoras: Cruz Rodríguez, Ingrid Cruz (954446929) o Esteban Murillo, Dana Celeste (948317172)

Por favor, complete y envíe al colegio con su hijo(a) esta parte del documento el día de mañana.

ACEPTO que mi hijo(a) participe en las encuestas para esta investigación.

NO ACEPTO que mi hijo(a) participe en las encuestas para esta investigación.

FIRMA

Nombre del Padre o Apoderado:

.....

DNI:.....

**ANEXO N° 04: PROCESAMIENTO DE DATOS DE LA FICHA
SOCIODEMOGRÁFICA**

VARIABLE	ÍTEMS	CODIFICACIÓN
Edad	12- 13 años	1
	14-15 años	2
	16- 17años	3
Sexo	Mujer	1
	Varón	2
Tipo de estructura familiar	Nuclear	1
	Extensa	2
	Monoparental	3
	Compleja	4
	Ensamblada	5
	Otro	6
Estado civil de los padres	Soltero	1
	Casado	2
	Conviviente	3
	Separado	4
	Divorciado	5
	Viudo	6
Satisfacción con el colegio y actividades escolares	Me siento muy a gusto	1
	La mayor parte me siento a gusto	2
	Casi nunca me siento a gusto	3
	Nunca me siento a gusto	4
Actividades extraescolares	Practicar deportes	1
	Arte	2
	Ayudar en las actividades de casa.	3
	Pasar tiempo en el internet	4
	Pasar tiempo con amistades	5
	Dormir	6
	Trabajar	7
	Otros	8
Percepción sobre el apoyo familiar	Bastante apoyo	1
	Poco apoyo	2
	Nada	3

Fuente: Elaboración de las investigadoras

ANEXO N° 05: PUNTUACIÓN DEL CDI DE KOVACS

VARIABLE	ÍTEMS	CODIFICACIÓN
1	De vez en cuando estoy triste.	0
	Muchas veces estoy triste.	1
	Siempre estoy triste.	2
2	Nunca me va a salir nada bien.	2
	No estoy muy seguro de si las cosas me van a salir bien.	1
	Las cosas me van a salir bien.	0
3	La mayoría de las cosas las hago bien.	0
	Muchas cosas las hago mal.	1
	Todo lo hago mal.	2
4	Muchas cosas me divierten.	0
	Algunas cosas me divierten.	1
	Nada me divierte.	2
5	Siempre soy malo o mala.	2
	Muchas veces soy malo o mala.	1
	Algunas veces soy malo o mala.	0
6	A veces pienso que me puedan pasar cosas malas.	0
	Me preocupa que pasen cosas malas.	1
	Estoy seguro de que me pasarán cosas muy malas.	2
7	Me odio.	2
	No me gusta como soy.	1
	Me gusta como soy.	0
8	Todas las cosas malas son por mi culpa.	2
	Muchas cosas malas son por mi culpa.	1
	Generalmente no tengo la culpa de que pasen cosas malas.	0
9	No pienso en matarme.	0
	Pienso en matarme, pero no lo haría.	1
	Quiero matarme.	2
10	Todos los días tengo ganas de llorar.	2
	Muchos días tengo ganas de llorar.	1
	De vez en cuando tengo ganas de llorar.	0
11	Siempre me preocupan las cosas.	2
	Muchas veces me preocupan las cosas.	1
	De vez en cuando me preocupan las cosas.	0
12	Me gusta estar con la gente.	0
	Muchas veces no me gusta estar con la gente.	1
	Nunca me gusta estar con la gente.	2
13	No puedo decidirme.	2
	Me cuesta decidirme.	1
	Me decido fácilmente.	0
14	Soy simpático o simpática.	0
	Hay algunas cosas de mi apariencia que no me gustan.	1
	Soy feo o fea.	2
15	Siempre me cuesta hacer las tareas.	2
	Muchas veces me cuesta hacer las tareas.	1
	No me cuesta hacer las tareas.	0
16	Todas las noches me cuesta dormir.	2
	Muchas veces me cuesta dormir.	1
	Duermo muy bien.	0
17	De vez en cuando estoy cansado o cansada.	0
	Muchos días estoy cansado o cansada.	1
	Siempre estoy cansado o cansada.	2

	La mayoría de los días no tengo ganas de comer.	0
18	Muchos días no tengo ganas de comer.	1
	Como muy bien.	2
	No me preocupan el dolor ni la enfermedad.	0
19	Muchas veces me preocupan el dolor y la enfermedad.	1
	Siempre me preocupan el dolor y la enfermedad.	2
	Nunca me siento solo o sola	0
20	Muchas veces me siento solo o sola.	1
	Siempre me siento solo o sola.	2
	Nunca me divierto en el colegio.	2
21	Sólo a veces me divierto en el colegio.	1
	Muchas veces me divierto en el colegio.	0
	Tengo muchos amigos.	2
22	Tengo algunos amigos, pero me gustaría tener más.	1
	No tengo amigos.	0
	Mi trabajo en el colegio es bueno.	0
23	Mi trabajo en el colegio no es tan bueno como antes.	1
	Llevo muy mal los cursos que antes llevaba muy bien.	2
	Nunca podré ser tan bueno como otros niños.	2
24	Si quiero, puedo ser tan bueno como otros niños.	1
	Soy tan bueno como otros niños.	0
	Nadie me quiere.	2
25	No estoy seguro de que alguien me quiera.	1
	Estoy seguro de que alguien me quiere.	0
	Generalmente hago lo que me dicen.	2
26	Muchas veces no hago lo que me dicen.	1
	Nunca hago lo que me dicen.	0
	Me llevo bien con la gente.	0
27	Muchas veces me peleo.	1
	Siempre me peleo.	2

Fuente: Adaptación del CDI de Kovacs en escolares de la Ciudad de Cajamarca, 2009

ANEXO N° 06: MATRIZ DE CONSISTENCIA DE LA INVESTIGACIÓN

Problemas	Objetivos	Hipótesis	Variables e Indicadores	Población y Muestra	Alcance y Diseño	Instrumentos	Análisis Estadístico
<p>Problema general: ¿Cuál es la relación entre la sintomatología depresiva y los factores sociodemográficos en los estudiantes del nivel secundario de Instituciones Educativas de Tarma?</p> <p>Problemas específicos: ¿Cuáles son las características de la sintomatología depresiva en los estudiantes del nivel secundario de Instituciones Educativas de Tarma?</p> <p>¿Cuáles son las variables sociodemográficas</p>	<p>Objetivo general: Determinar la relación entre la sintomatología depresiva y los factores sociodemográficos en los estudiantes de las Instituciones Educativas de Tarma.</p> <p>Objetivos específicos: Describir las características de la sintomatología depresiva en los estudiantes del nivel secundario de Instituciones Educativas de Tarma.</p> <p>Describir las variables sociodemográficas que presentan los estudiantes del nivel</p>	<p>Hipótesis general Hi: Existe relación entre sintomatología depresiva y factores sociodemográficos en los estudiantes de las Instituciones Educativas de Tarma.</p> <p>Ho: No existe relación entre sintomatología depresiva y factores sociodemográficos en los estudiantes de las Instituciones Educativas de Tarma.</p>	<p>A. Variable principal: Sintomatología depresiva.</p> <p>Dimensiones: Disforia. Baja autoestima.</p> <p>B. Variables sociodemográficas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sexo. - Edad. - Tipo de estructura familiar. - Percepción del apoyo familiar. - Satisfacción con el colegio. - Actividades extraescolares. 	<p>Población: 1266 escolares del nivel secundario.</p> <p>Muestra: 316 estudiantes de nivel secundario.</p> <p>•Tipo de muestreo: Aleatorio sistemático</p> <p>•Criterios de inclusión: (1) Ser estudiante de educación básica regular del nivel secundario de las instituciones educativas “Santa Teresa” e “Industrial N°32” – Tarma, durante el año 2017. (2) Estudiantes entre las edades de 12 a 17 años. (3) Estudiantes que confirmaron su</p>	<p>Diseño: Transversal</p> <p>Alcance: No experimental.</p>	<p>Validez: En la presente investigación el alfa de Cronbach es 0.827</p> <p>Confiabilidad: Estando el resultado de la validez es de alta confiabilidad el instrumento.</p> <p>A. Nombre del instrumento: “Inventario de Depresión infantil de Kovacs”</p> <p>a. Número y tipo de ítems: 27 ítems.</p> <p>b. Dimensiones: Disforia: 2, 3, 6, 11, 13, 14, 15, 19, 23, 24 y 26. Baja autoestima: 1, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 25 y 27. Depresión infantil: Sumatoria total.</p>	<p>Análisis descriptivo: Tablas y gráficos</p> <p>Análisis inferencial: Test de chi cuadrado</p>

<p>que presentan los estudiantes del nivel secundario de Instituciones Educativas de Tarma?</p>	<p>secundario de Instituciones Educativas de Tarma..</p>			<p>participación de forma verbal. (4) Contar con la autorización expresa y escrita de los padres o responsables para participar en el estudio.</p> <p>Los criterios de exclusión para la muestra son: (1) Estudiantes menores a 12 años y mayores a 17 años. (2) Estudiantes que tengan un diagnóstico de Trastornos depresivos. (3) No contar con la autorización expresa de sus padres o apoderados. (4) Presentar algún malestar físico durante la evaluación. (5) Redacción incompleta del Inventario CDI y/o encuesta sociodemográfica.</p>		<p>c. Valores: -Ausencia del síntoma = 0 puntos. -Presencia en una forma leve = 1 punto. - Presencia en una forma grave = 2 puntos. Por lo que la puntuación total puede oscilar entre 0 y 54 puntos.</p> <p>d. Categorías diagnósticas: Sintomatología depresiva baja (0 - 9 puntos). Sintomatología depresiva media o moderada (10 - 14 puntos). Sintomatología depresiva alta (15 - 34 puntos a más).</p>	
---	--	--	--	--	--	---	--