

FACULTAD DE HUMANIDADES

Escuela Académico Profesional de Psicología

Tesis

**Sintomatología depresiva y estrategias de
afrontamiento en estudiantes de sexto de primaria de
una institución educativa pública de Huancayo 2022**

Hector Francisco Molina Soria
Milagros Floriany Orihuela Gutierrez

Para optar el Título Profesional de
Licenciado en Psicología

Huancayo, 2022

Repositorio Institucional Continental
Tesis digital



Esta obra está bajo una Licencia "Creative Commons Atribución 4.0 Internacional" .

Dedicatoria

A nuestras familias, amigos y
docentes que nos apoyaron
durante todo nuestro camino.

Agradecimiento

A nuestras familias, por su amor y apoyo incondicional durante todo nuestro desarrollo personal y profesional.

A nuestra asesora, Ps. Verónica Sotelo Narváz, quien nos guio con sus conocimientos y experiencia en investigación.

A la Universidad Continental, por brindarnos todos los recursos necesarios a lo largo de nuestra formación académica.

Resumen

El propósito de la investigación fue establecer la relación que existe entre la sintomatología depresiva y las estrategias de afrontamiento predominantes en los estudiantes de sexto de primaria de una institución educativa pública de Huancayo 2022. El estudio fue de enfoque cuantitativo, de diseño no experimental de tipo transeccional, observacional, analítico, y de tipo descriptivo-correlacional. Se trabajó con una población de 55 estudiantes de una institución educativa pública de Huancayo; el muestreo fue censal, se aplicó el Cuestionario de depresión infantil de Kovacs, para medir sintomatología depresiva, y la Escala de afrontamiento para niños (EAN), para evaluar las estrategias de afrontamiento. Los resultados descriptivos indicaron que el nivel de sintomatología mayoritario fue el bajo (78,2%), seguido del nivel moderado (21,8%); en relación con el estilo de afrontamiento, el mayoritario fue el centrado en el problema (51,7%). Así mismo, los resultados inferenciales indicaron que existe relación significativa entre la sintomatología depresiva y los estilos de afrontamiento ($\chi^2=12,136$; 0,000); el afrontamiento improductivo se correlacionó de manera moderada con el estado de ánimo disfórico ($r=0,556$; 0,000) y la autoestima negativa ($r=0,512$; 0,000); mientras que el afrontamiento centrado en el problema tuvo una relación escasa y negativa con disforia ($r=-0,272$; 0,045) y no se correlacionó con la autoestima negativa ($r=-0,136$; 0,322). Se concluyó que la sintomatología depresiva y los estilos de afrontamiento se relacionan en los estudiantes evaluados.

Palabras clave: depresión, estrategias de afrontamiento, disforia, autoestima negativa, estudiantes.

Abstract

The purpose of the research was to establish the relationship between depressive symptomatology and the predominant coping strategies in sixth grade students of a public educational institution in Huancayo 2022. The study had a quantitative approach, a non-experimental design of type transectional, observational, analytical, and descriptive correlational type. We worked with a population of 55 students from a public educational institution in Huancayo, the sampling was census, to whom the Kovacs Childhood Depression Questionnaire was applied to measure depressive symptomatology and the Coping Scale for Children (EAN) to evaluate the strategies of coping. The descriptive results indicated that the majority level of symptomatology was low (78.2%) followed by the moderate level (21.8%), in relation to the coping style, the majority was focused on the problem (51.7%). Likewise, the inferential results indicated that there is a significant relationship between depressive symptomatology and coping styles ($\chi^2=12.136$; 0.000), unproductive coping was moderately correlated with dysphoric mood ($r=0.556$; 0.000) and negative self-esteem ($r=0.512$; 0.000); while problem-focused coping had a weak and negative relationship with dysphoria ($r=-0.272$; 0.045) and did not correlate with negative self-esteem ($r=-0.136$; 0.322). It was concluded that depressive symptomatology and coping styles are related in the students evaluated.

Keywords: depression, coping strategies, dysphoria, negative self-esteem, students.

Índice

| | |
|---|-----|
| Dedicatoria | ii |
| Agradecimiento | iii |
| Resumen..... | iv |
| Abstract..... | v |
| Índice..... | vi |
| Índice de tablas..... | ix |
| Índice de figuras | x |
| Introducción..... | xi |
| Capítulo I: Planteamiento del problema de investigación | 1 |
| 1.1 Planteamiento del problema | 1 |
| 1.2 Formulación de las preguntas de investigación..... | 3 |
| 1.2.1 Problema general..... | 3 |
| 1.2.2 Problemas específicos | 3 |
| 1.3 Objetivos de la investigación | 4 |
| 1.3.1 Objetivo general | 4 |
| 1.3.2 Objetivos específicos | 4 |
| 1.4 Hipótesis | 5 |
| 1.4.1 Hipótesis general | 5 |
| 1.4.2 Hipótesis específicas | 5 |

| | |
|--|----|
| 1.5 Operacionalización de las variables | 6 |
| 1.5.1 Sintomatología depresiva..... | 6 |
| 1.5.2 Estrategias de afrontamiento | 8 |
| 1.6 Justificación e importancia de la investigación..... | 8 |
| 1.6.1 Justificación teórica..... | 8 |
| 1.6.2 Justificación metodológica | 9 |
| 1.6.3 Justificación práctica..... | 9 |
| Capítulo II: Marco teórico | 10 |
| 2.1 Antecedentes del problema..... | 10 |
| 2.1.1 A nivel internacional..... | 10 |
| 2.1.2 A nivel nacional | 12 |
| 2.1.3 A nivel local | 15 |
| 2.2 Bases teóricas | 17 |
| 2.2.1 Depresión..... | 17 |
| 2.2.2 Estrategias de afrontamiento | 30 |
| 2.2.3 Definición de términos básicos | 39 |
| Capítulo III: Metodología de la investigación..... | 40 |
| 3.1 Método..... | 40 |
| 3.2 Tipo de investigación..... | 40 |
| 3.3 Diseño de la investigación..... | 40 |
| 3.4 Nivel de investigación | 40 |

| | |
|---|----|
| 3.5 Población y muestra | 41 |
| 3.6 Muestreo de la investigación | 41 |
| 3.6.1 Criterio de inclusión y exclusión..... | 41 |
| 3.7 Técnicas de recolección de datos | 41 |
| 3.7.1 Instrumentos de recolección de datos | 42 |
| 3.8 Descripción de procedimiento de análisis | 45 |
| 3.9 Aspectos éticos | 46 |
| Capítulo IV: Resultados..... | 47 |
| 4.1 Presentación de resultados..... | 47 |
| 4.1.1 Descripción de variables sociodemográficas..... | 47 |
| 4.1.2 Descripción de las variables de estudio | 49 |
| 4.1.3 Pruebas de hipótesis inferenciales..... | 53 |
| 4.1.4 Discusiones | 57 |
| Conclusiones..... | 61 |
| Recomendaciones..... | 63 |
| Referencias | 65 |
| Anexos | 73 |

Índice de tablas

| | |
|---|----|
| Tabla 1a Operacionalización de sintomatología depresiva..... | 6 |
| Tabla 1b Operacionalización de sintomatología depresiva..... | 7 |
| Tabla 2 Operacionalización de estrategias de afrontamiento..... | 8 |
| Tabla 3 Especificadores de depresión mayor..... | 23 |
| Tabla 4 Sintomatología en niños, adolescentes y adultos..... | 29 |
| Tabla 5 Confiabilidad del inventario de depresión de Kovacs CDI..... | 43 |
| Tabla 6 Confiabilidad de la escala de afrontamiento en niños EAN..... | 45 |
| Tabla 7 Descriptivos de la edad | 47 |
| Tabla 8 Frecuencias de los estudiantes de acuerdo con el sexo..... | 47 |
| Tabla 9 Frecuencia de estudiantes de acuerdo con la sección | 48 |
| Tabla 10 Frecuencias de estudiantes de acuerdo con el nivel de sintomatología depresiva | 50 |
| Tabla 11 Frecuencias de estudiantes de acuerdo con el estilo de afrontamiento predominante..... | 51 |
| Tabla 12 Cuadro de doble entrada de sintomatología depresiva y estilos de afrontamiento predominantes..... | 52 |
| Tabla 13 Prueba chi cuadrado de asociación | 53 |
| Tabla 14 Prueba de normalidad Kolgomorov Smirnov | 55 |
| Tabla 15 Correlaciones con r de Pearson..... | 57 |

Índice de figuras

| | |
|---|----|
| Figura 1. Modelo psicológico del estrés..... | 35 |
| Figura 2. Porcentaje de estudiantes de acuerdo con el sexo..... | 48 |
| Figura 3. Porcentaje de estudiantes de acuerdo con la sección..... | 49 |
| Figura 4. Porcentaje de estudiantes de acuerdo con el nivel de sintomatología depresiva..... | 50 |
| Figura 5. Porcentaje de estudiantes de acuerdo con el estilo de afrontamiento predominante..... | 51 |

Introducción

La depresión puede entenderse como un grupo de comportamientos perjudiciales para el desenvolvimiento de la persona en diversas áreas de su vida y representa una causa importante de discapacidad en todo el mundo (Organización Mundial de la Salud, 2021). Se investiga constantemente acerca de su manifestación y las características que presenta; desde la óptica conductual, la depresión se explica como una forma de relación entre el organismo y eventos ambientales en constante cambio, mejor conocida como situación depresiva (Barraca, 2009); mientras tanto, desde la óptica cognitivo-conductual la depresión es un conjunto de pensamientos, emociones, comportamientos y respuestas fisiológicas no funcionales, y uno de los principales objetivos de las terapias cognitivo-conductuales es lograr la disminución del pensamiento disfuncional o depresivo (Puerta & Padilla, 2011). Así, es necesario indagar las transformaciones que presenta este fenómeno en diferentes grupos etarios y contextos culturales.

El contexto de pandemia agravó la tasa de este problema a nivel global, lo que indica que los eventos catastróficos y/o estresantes desencadenan patrones conductuales disfuncionales (Naciones Unidas, 2020). En ese sentido, el contar con un repertorio conductual apropiado para lidiar con niveles de estrés elevado podría ser un protector de la salud mental; por lo tanto, es fundamental conocer los estilos de afrontamiento que las personas, en este caso niños preadolescentes, utilizan para hacer frente a los conflictos personales y sociales, y qué vinculación existe con los síntomas depresivos.

A continuación, se presentan algunos antecedentes relevantes acerca de la vinculación de ambas variables. Penagos et al. (2013), en su estudio *Ansiedad, depresión y estrategias de afrontamiento en adolescentes víctimas de explotación*

sexual, concluyeron que el empleo de estrategias inadecuadas de afrontamiento al estrés se vincula con sintomatología depresiva y ansiosa. Mallqui (2019), en su investigación *Sintomatología depresiva y estilos de afrontamiento en adolescentes del 5° de secundaria de la Institución Educativa Juana Moreno Huánuco 2017*, concluyó que existe asociación entre ambas variables.

Asimismo, Rosell y Hurtado (2019), en su estudio *Nivel de depresión en estudiantes de dos instituciones educativas públicas, de Chupaca y Jauja, 2019*, llegaron a la conclusión de que el 7,5 % de la I.E. Santa Rosa y el 8,5% de la I.E. Alipio Ponce tienen un nivel severo de depresión. Damas y Manrique (2018), en su investigación *Niveles de sintomatología depresiva en estudiantes del 3er grado de secundaria de instituciones educativas de las ciudades de Huancayo, Satipo y Huancavelica 2017*, concluyeron que la categoría diagnóstica más frecuente en la muestra fue “alta” con 35,8%.

La principal motivación para realizar el estudio fue que se observaron niveles elevados de depresión reportados en estudiantes escolares de la región central del país (Ávila & Espinoza, 2016; Rosell & Hurtado, 2019; Damas & Manrique, 2018). Ello evidencia que este trastorno podría ser una constante en los centros educativos; por lo tanto, es importante realizar diagnósticos psicométricos y programas preventivos desde los primeros grados de estudio. Cabe señalar que para fortalecer la prevención deben conocerse las variables que se encuentran relacionadas con la aparición de sintomatología depresiva; de esta manera, se podrían encontrar factores protectores para la misma, como las estrategias de afrontamiento al estrés.

La investigación estuvo enmarcada por el método científico; asimismo, el estudio fue de enfoque cuantitativo, de tipo básico, observacional, prospectivo, transversal y analítico, con un diseño no experimental descriptivo correlacional.

Los resultados del estudio se podrán generalizar a la población, estudiantes de sexto de primaria de una institución educativa pública, debido a que se ha trabajado con un muestreo censal. El estudio contribuye a la comprensión de las conductas depresivas, que permite plantear y diseñar nuevas formas de intervención de acuerdo con los resultados.

Por otro lado, en cuanto a las limitaciones, los resultados no podrán ser utilizados para describir otras poblaciones. Además, la cantidad de población con la que se trabajó es muy pequeña comparada con la población de estudiantes de primaria en la ciudad de Huancayo. En ese sentido, se sugiere que para próximos estudios similares se aborden estas limitaciones.

El presente estudio cuenta con los siguientes acápite:

El primer capítulo presenta el planteamiento del problema de investigación, que enmarca la pregunta de investigación que motiva al estudio; se determinan los objetivos, que son las acciones para responder la pregunta; las hipótesis, que son enunciados tentativos para resolver la pregunta de investigación; la operacionalización de variables, que define de qué manera se reconocerán en la realidad los constructos teóricos; y la justificación, importancia, viabilidad y limitaciones del estudio.

El segundo capítulo aborda los antecedentes internacionales, nacionales y locales del estudio, que aportan información para contrastar los resultados al marco teórico que brinda sustento al estudio, y la definición de términos básicos, que ofrece definiciones resumidas de los conceptos más importantes del estudio.

El tercer capítulo contiene la metodología, tipo de investigación, diseño y esquema de la investigación, que sitúan al estudio en una taxonomía específica;

además, se establecen la población, la muestra, los instrumentos de recolección de información y el procesamiento de los datos.

El cuarto capítulo presenta los resultados estadísticos por medio de tablas, gráficos y pruebas de hipótesis, ya que la investigación cuantitativa se caracteriza por el uso de la medición de variables y el procesamiento descriptivo e inferencial de los datos, a fin de verificar la veracidad de las hipótesis contrastadas.

El quinto capítulo contiene la discusión, donde se realiza la comparación de los resultados con los antecedentes y las bases teóricas; asimismo, se incluyen los aportes científicos del estudio.

Por último, se muestran las conclusiones y sugerencias que dependen de los objetivos planteados y anexos que contienen la matriz de consistencia, los instrumentos, el consentimiento informado, la autorización de la institución y las fotos de aplicación.

Capítulo I: Planteamiento del problema de investigación

1.1 Planteamiento del problema

La depresión tiene una incidencia mundial elevada, en la actualidad representa una fuente importante de discapacidad y está en camino de ser uno de los problemas de salud con mayor porcentaje de pacientes a nivel mundial (Dine, 2010). Se estima que genera perjuicio a 300 millones de individuos en todo el planeta, aproximadamente; además, en casos extremos puede conducir al suicidio. Se calcula que 800 000 personas pierden la vida por esta razón, y es la segunda causa de muerte en personas dentro del rango de edad de entre 15 y 29 años (Organización Mundial de la Salud, 2021). A través de los años, se ha considerado de forma equivocada que la depresión solo se manifiesta en adultos; sin embargo, es importante aclarar que también se presenta en niños y adolescentes, etapas del desarrollo que se caracterizan por muchos cambios y vulnerabilidad; en ese sentido, la depresión infantil es un problema biopsicosocial importante que se convierte en un inconveniente para el progreso adecuado del ser humano (Carrillo & Muñoz, 2010).

De acuerdo con el informe *Health for the world's adolescents* (World Health Organization, 2014), la depresión es la fuente más importante de invalidez en el grupo etario de 10 a 19 años. En síntesis, la depresión es el efecto de complejas interacciones de variables sociales, biológicas y psicológicas; por ejemplo, el desempleo, el luto y los traumas incrementan la probabilidad de padecer depresión. No obstante, existe evidencia que demuestra que los programas de intervención reducen la depresión; en ese sentido, existen estrategias comunitarias con eficacia como los programas escolares que promueven esquemas de pensamiento positivo en los niños y adolescentes (Organización Mundial de la Salud, 2021).

El Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi realizó un estudio epidemiológico en Lima el año 2012 que evidenció que el 3,5% de infantes de entre 6 y 10 años y el 8% de adolescentes presentan un episodio depresivo; asimismo, mostró que más de 1 700 000 peruanos sufren de este trastorno emocional. Siguiendo esta línea, se ha reportado un 18% de comportamientos suicidas en niños y adolescentes, lo que ubica al Perú en el tercer lugar de Latinoamérica (Huamanttica, 2016).

En Junín se han reportado 33,427 casos de depresión durante el año 2020, en el cual se vivió una cuarentena prolongada; asimismo, se reportaron 46 intentos de suicidio y un incremento de la violencia familiar hasta de 112,053 casos, en que las principales víctimas fueron mujeres, niños y adolescentes ("Más de 33 mil casos de depresión se registraron durante el 2020 en Junín", 2020). De acuerdo con Ávila y Espinoza (2016), en Huancayo existen niveles altos de sintomatología depresiva en infantes de primaria, específicamente de cuarto grado; además, se encontró que los estudiantes de instituciones educativas públicas muestran mayores tasas de conductas depresivas que los estudiantes de instituciones educativas privadas.

Es importante señalar que la correlación entre la sintomatología depresiva y las estrategias de afrontamiento constituyen una prometedora línea de intervención (Souto-Gestal et al., 2018), ya que no son las experiencias estresantes las que generan por sí solas la depresión y otros síntomas emocionales, sino la poca capacidad del sujeto para lidiar exitosamente con las circunstancias complejas; por ejemplo, las estrategias de afrontamiento disfuncionales como la autoinculpación, ignorar el problema y la falta de afrontamiento tienen relación con un bajo nivel de bienestar subjetivo; asimismo, estas estrategias de afrontamiento disfuncionales y evasivas se

asocian a la sintomatología depresiva e influyen en desórdenes posteriores en la adultez (Mallqui, 2019).

Luego de todo lo mencionado a continuación se formula la incógnita del estudio.

1.2 Formulación de las preguntas de investigación

1.2.1 Problema general

¿Qué relación existe entre la sintomatología depresiva y las estrategias de afrontamiento predominantes en los estudiantes de sexto de primaria de una institución educativa pública de Huancayo 2022?

1.2.2 Problemas específicos

- ¿Cuál es el nivel de sintomatología depresiva mayoritario en los estudiantes de sexto de primaria de una institución educativa pública de Huancayo 2022?
- ¿Cuál es la estrategia de afrontamiento predominante en los estudiantes de sexto de primaria de una institución educativa pública de Huancayo 2022?
- ¿Qué relación existe entre el estado de ánimo disfórico y el afrontamiento improductivo en los estudiantes de sexto de primaria de una institución educativa pública de Huancayo 2022?
- ¿Qué relación existe entre el estado de ánimo disfórico y el afrontamiento centrado en el problema en los estudiantes de sexto de primaria de una institución educativa pública de Huancayo 2022?
- ¿Qué relación existe entre la autoestima negativa y el afrontamiento improductivo en los estudiantes de sexto de primaria de una institución educativa pública de Huancayo 2022?

- ¿Qué relación existe entre la autoestima negativa y el afrontamiento centrado en el problema en los estudiantes de sexto de primaria de una institución educativa pública de Huancayo 2022?

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo general

Determinar la relación que existe entre la sintomatología depresiva y las estrategias de afrontamiento predominantes en los estudiantes de sexto de primaria de una institución educativa pública de Huancayo 2022.

1.3.2 Objetivos específicos

- Determinar el nivel de sintomatología depresiva mayoritario en estudiantes de sexto de primaria de una institución educativa pública de Huancayo 2022.
- Determinar la estrategia de afrontamiento predominante en los estudiantes de sexto de primaria de una institución educativa pública de Huancayo 2022.
- Identificar la relación que existe entre el estado de ánimo disfórico y el afrontamiento improductivo en los estudiantes de sexto de primaria de una institución educativa pública de Huancayo 2022
- Identificar la relación que existe entre el estado de ánimo disfórico y el afrontamiento centrado en el problema en los estudiantes de sexto de primaria de una institución educativa pública de Huancayo 2022.
- Identificar la relación que existe entre la autoestima negativa y el afrontamiento improductivo en los estudiantes de primaria de sexto de una institución educativa pública de Huancayo 2022.

- Identificar la relación que existe entre la autoestima negativa y el afrontamiento centrado en el problema en los estudiantes de sexto de primaria de una institución educativa pública de Huancayo 2022.

1.4 Hipótesis

1.4.1 Hipótesis general

Existe una relación significativa entre la sintomatología depresiva y las estrategias de afrontamiento predominantes en los estudiantes de sexto de primaria de una institución educativa pública de Huancayo 2022.

1.4.2 Hipótesis específicas

- El nivel de sintomatología depresiva mayoritario es bajo en los estudiantes de sexto de primaria de una institución educativa pública de Huancayo 2022.
- La estrategia de afrontamiento predominante es centrada en el problema en los estudiantes de sexto de primaria de una institución educativa pública de Huancayo 2022.
- Existe una relación significativa entre el estado de ánimo disfórico y el afrontamiento improductivo en los estudiantes de sexto de primaria de una institución educativa pública de Huancayo 2022.
- Existe una relación significativa entre el estado de ánimo disfórico y el afrontamiento centrado en el problema en los estudiantes de sexto de primaria de una institución educativa pública de Huancayo 2022.
- Existe una relación significativa entre la autoestima negativa y el afrontamiento improductivo en los estudiantes de sexto de primaria de una institución educativa pública de Huancayo 2022.

- Existe una relación significativa entre la autoestima negativa y el afrontamiento centrado en el problema en los estudiantes de sexto de primaria de una institución educativa pública de Huancayo 2022.

1.5 Operacionalización de las variables

1.5.1 Sintomatología depresiva

Tabla 1a

Operacionalización de sintomatología depresiva

Título: Sintomatología depresiva y estrategias de afrontamiento en estudiantes de primaria de una institución educativa pública de Huancayo 2021

Variable del estudio: Sintomatología depresiva

Conceptualización de la variable: Según Beck et al. (2010), desde una óptica cognitiva, la depresión es un conjunto de percepciones negativas que tiene un sujeto acerca de sí mismo, del ambiente que lo rodea y de su futuro, las cuales están ligadas a distorsiones cognitivas.

| Dimensiones | Indicadores | Ítems | Escala de medición |
|-------------|--|--|--|
| Disforia | Tristeza, anhedonia general, culpabilidad, ideación suicida, llanto, aprensión, reducción del interés social, disturbio del sueño, fatiga, disminución del apetito, preocupación somática, sentimiento de soledad, anhedonia en el colegio, declinación del rendimiento escolar, sentimiento de no ser querido, desobediencia, problemas interpersonales | 1, 4, 8, 9, 10, 11, 12, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 23, 25, 26, 27 | Likert: Baja frecuencia 0 Frecuencia media 1 Frecuencia alta 2 Categorías: Sin sintomatología 0 Bajo 1-18 Moderado 19-36 Severo 37-54 |

Tabla 1 b*Operacionalización de sintomatología depresiva*

Título: Sintomatología depresiva y estrategias de afrontamiento en estudiantes de primaria de una institución educativa pública de Huancayo 2021

Variable del estudio: Sintomatología depresiva

Conceptualización de la variable: Según Beck et al. (2010), desde una óptica cognitiva, la depresión es un conjunto de percepciones negativas que tiene un sujeto acerca de sí mismo, del ambiente que lo rodea y de su futuro, las cuales están ligadas a distorsiones cognitivas.

| Dimensiones | Indicadores | Ítems | Escala de medición |
|---------------------|---|-----------------------------------|--|
| Autoestima negativa | Desesperanza, sentimiento de inutilidad, autoimagen negativa, pesimismo, odio a sí mismo, indecisión, autoimagen física negativa, disminución de motivación en tareas del colegio, aislamiento social, autoimagen negativa en comparación con sus pares | 2, 3, 5, 6, 7, 13, 14, 15, 22, 24 | Likert: Baja frecuencia 0 Frecuencia media 1 Frecuencia alta 2 Categorías: Sin sintomatología 0 Bajo 1-18 Moderado 19-36 Severo 37-54 |

1.5.2 Estrategias de afrontamiento

Tabla 2

Operacionalización de estrategias de afrontamiento

Título: Sintomatología depresiva y estrategias de afrontamiento en estudiantes de primaria de una institución educativa pública de Huancayo 2021.

Variable del estudio: Estrategias de afrontamiento

Conceptualización de la variable: Según Lazarus y Folkman (1986, citados en Canessa, 2002), las estrategias de afrontamiento son herramientas comportamentales que utilizan los individuos que sirven para reducir y hacer frente a eventos que generan presión, una serie de respuestas que se utiliza para solucionar o menguar el efecto de los estresores.

| Dimensiones | Indicadores | Ítems | Escala de medición |
|---------------------------------------|--------------------------------|---------------|---|
| Afrontamiento improductivo | Indiferencia | 1, 13, 18, 33 | Likert: Nunca 1 Algunas veces 2 Muchas veces 3 Categorías (niveles): Alto 83-105 Medio 59-82 Bajo 35-58 |
| | Conducta agresiva | 7, 16, 24, 32 | |
| | Reservarse el problema para sí | 9, 17, 26, 30 | |
| | Evitación cognitiva | 2, 21, 35 | |
| Afrontamiento centrado en el problema | Evitación conductual | 6, 11, 23, 29 | |
| | Solución activa | 3, 10, 19, 28 | |
| | Comunicar el problema a otros | 4, 15, 22, 31 | |
| | Búsqueda de información y guía | 5, 12, 20, 27 | |
| | Actitud positiva | 8, 14, 25, 34 | |

1.6 Justificación e importancia de la investigación

1.6.1 Justificación teórica

Este trabajo se incorpora a la línea investigativa acerca de la depresión y las posibles variables asociadas a su aparición como las estrategias de afrontamiento en los niños, lo cual representa un aporte de nuevos conocimientos sobre cómo se relacionan ambas teorías en la problemática planteada. De esta manera, los hallazgos encontrados se podrán extrapolar en poblaciones socioculturalmente equivalentes a

los participantes de este estudio, por lo cual podrán servir como una valiosa referencia para futuros trabajos investigativos.

1.6.2 Justificación metodológica

Luego de realizar una exhaustiva búsqueda en la literatura científica local, se encontró que casi no se ha utilizado la Escala de afrontamiento en niños (EAN); esto abre la posibilidad de poner a prueba el instrumento y sus propiedades psicométricas en la población de niños de Junín, para que la comunidad científica de la zona opte por su empleo tanto en investigación como en intervención individual. Asimismo, existen pocas investigaciones que hayan abordado el problema planteado en el presente estudio, lo que podría deberse a la falta de sensibilización sobre esta problemática en la región.

1.6.3 Justificación práctica

La depresión es un problema de salud pública que debe abordarse de forma global en el sistema educativo nacional. Por este motivo, es importante monitorear el nivel de depresión en la población estudiantil, a fin de establecer diagnósticos psicométricos por medio de la aplicación de instrumentos psicológicos estandarizados que son viables de utilizar en términos económicos y de tiempo. A partir de los resultados se podrán desarrollar programas de intervención de corte preventivo, viables de implementar, que entrenen a este sector vulnerable en estrategias de afrontamiento y conductas protectoras, como identificar su propio malestar, buscar ayuda en su entorno cercano y acudir a los profesionales indicados, todo ello orientado a optimizar su calidad de vida, y prevenir dificultades futuras.

Capítulo II: Marco teórico

2.1 Antecedentes del problema

2.1.1 A nivel internacional

Penagos et al. (2013) realizaron un estudio titulado *Ansiedad, depresión y estrategias de afrontamiento en adolescentes víctimas de explotación sexual*, con el propósito de establecer la vinculación entre dichas variables en dos ciudades de Colombia (Bogotá e Ibagué). El diseño metodológico fue descriptivo correlacional y la muestra estuvo integrada por 39 participantes (32 pertenecientes a la ciudad de Bogotá y 7 a la ciudad de Ibagué) con edades entre 11 y 18 años. Los instrumentos empleados fueron el Inventario de ansiedad de Beck (BAI), Inventario de depresión de Beck (BDI- II) y la Escala de estrategias de afrontamiento para adolescentes (ACS). Los resultados demostraron que existe correlación positiva de la variable depresión con las estrategias ignorar el problema, autoinculparse y reducción de la tensión; así mismo, la variable ansiedad correlacionó de manera positiva con las estrategias reservarlo para sí, autoinculparse y reducción de la tensión. Se concluyó que los participantes utilizan estrategias inadecuadas que generan sintomatología depresiva y ansiosa.

Morales-Rodríguez (2016), en su trabajo “Relaciones entre estrategias de afrontamiento del estrés cotidiano y variables psicoeducativas”, se planteó como objetivo identificar los vínculos que existen entre las estrategias de afrontamiento del estrés cotidiano infantil, ansiedad y factores psicoeducativos como la inteligencia emocional. El diseño fue descriptivo correlacional y participaron 147 estudiantes de primaria y Educación Secundaria Obligatoria (ESO) con edades de entre 12 y 14 años. Se utilizaron los siguientes instrumentos: Escala de afrontamiento para niños (EAN), Inventario emocional BarON ICE, Cuestionario educativo-clínico (CECAD) y

Cuestionario de autoevaluación ansiedad estado/rasgo en niños (STAIC). Los hallazgos mostraron que el factor afrontamiento centrado en el problema está vinculado de forma positiva con solución activa, comunicar el problema, búsqueda de información y guía, actitud positiva, evitación conductual y la inteligencia emocional; así mismo, la relación es negativa con indiferencia y ansiedad-estado. Por otra parte, la dimensión afrontamiento improductivo está relacionada de forma directa con actitud positiva, indiferencia, conducta agresiva, reservarse el problema, evitación cognitiva y evitación conductual.

Muñagorri (2019), en su investigación *Estrés infantil, estilo de afrontamiento y resiliencia (edades comprendidas entre los 10 y 12 años)*, se planteó el objetivo de comparar, de acuerdo con la institución educativa, edad y sexo, las variables estrés cotidiano, tipo de afrontamiento y resiliencia. El diseño fue comparativo correlacional, el muestreo fue no aleatorio y estuvo integrado por 68 participantes (33 niños y 35 niñas) pertenecientes a quinto y sexto de primaria de un colegio público y privado. Para la medición de las variables se utilizó la Escala de afrontamiento para niños (EAN), el Instrumento de estrés cotidiano infantil (ICEI) y la Escala de medición de resiliencia, virtudes humanas. Los hallazgos mostraron que el afrontamiento productivo se halló con mayor puntuación en el centro público ($x=33,43$) que el centro privado ($x=37,04$); en el caso del afrontamiento improductivo, el centro público obtuvo mayor puntuación ($x = 34,29$) que el centro privado ($x = 32,48$); además, se halló una vinculación moderada entre afrontamiento productivo y resiliencia ($r=0,46$) y resiliencia con afrontamiento improductivo ($r=-0,32$); sin embargo, no se hallaron correlaciones significativas entre edad y afrontamiento productivo ($p=0,15$), edad y afrontamiento improductivo ($p=0,65$),

estrés y afrontamiento productivo ($p=0,80$) y estrés y afrontamiento improductivo ($p=0,16$); por último, el afrontamiento productivo aumentó con la edad.

2.1.2 A nivel nacional

El trabajo, ya citado, de Mallqui (2019) tuvo la finalidad de establecer el vínculo entre la sintomatología depresiva y los estilos de afrontamiento en los estudiantes. El estudio fue de alcance correlacional, prospectivo y transversal en la recolección de datos y de nivel descriptivo. La muestra estuvo constituida por 147 estudiantes, a los cuales se les aplicó el Inventario de depresión de Beck (BDI), para medir la sintomatología depresiva, y el instrumento C2-ACS, para cuantificar los estilos de afrontamiento. La contrastación de la hipótesis general se realizó mediante el chi-cuadrado con una significancia de 0.05. Los resultados señalaron que el 54,4% de los evaluados no tiene depresión, el 51% tiene un buen afrontamiento orientado a la resolución de problemas con mucha frecuencia, en el 55,8% se advierte un buen afrontamiento en relación con los demás con mucha frecuencia y el 55,1% muestra un afrontamiento improductivo. Asimismo, se halló una correlación (0,001) entre la sintomatología depresiva y los estilos de afrontamiento.

Melgar (2018), en su investigación *Estrés cotidiano infantil y estrategias de afrontamiento en estudiantes de nivel primaria de Chiclayo*, se planteó como objetivo hallar la relación entre el estrés cotidiano infantil y las estrategias de afrontamiento. El estudio tuvo un diseño no experimental, transaccional y correlacional; asimismo, se empleó una técnica de muestreo no probabilística para seleccionar a 121 estudiantes de primaria con edades entre 9 y 12 años ($M=10,4$ $DE=1,01$), la mayoría perteneciente al 6.º grado de primaria. Los datos se recolectaron a través del Inventario de estrés cotidiano infantil (IECI) y la Escala de afrontamiento para niños (EAN). Los resultados señalaron que existe una relación entre el estrés cotidiano

infantil y las estrategias de afrontamiento. Además, la media de estrategias de afrontamiento centrado en el problema en los varones fue 33,081 y en las mujeres fue 32,678, mientras que la media del afrontamiento improductivo en varones fue 33,016 y en las mujeres fue 33,763.

Obando (2011) realizó una tesis titulada *Sintomatología depresiva y afrontamiento en adolescentes escolares de Lima*, a fin de establecer el vínculo entre la sintomatología depresiva y el afrontamiento en adolescentes escolares de un colegio privado de Lima. El estudio fue de enfoque cuantitativo, diseño no experimental de tipo descriptivo correlacional. La muestra estuvo compuesta por 181 estudiantes de 13 a 18 años de edad. Las pruebas empleadas fueron el Inventario de depresión de Beck II (IDB II) y la Escala de afrontamiento para adolescentes (ACS). Los resultados indicaron que la mayor proporción de los estudiantes presenta un nivel mínimo de sintomatología depresiva (66,85%), leve (18,23%), moderada (9,40%) y severa (5,52%); así mismo, las féminas muestran mayores indicadores depresivos que los varones. Respecto al afrontamiento, se halló que el estilo resolver el problema es mayoritario en los estudiantes y se encontraron diferencias en relación con el sexo, edad y año de estudios; de acuerdo con el sexo, los hallazgos señalan que las féminas suelen emplear el estilo no productivo con mayor frecuencia; según edad, los participantes con edades entre 17 y 18 años suelen emplear la estrategia reducción de la tensión con más frecuencia en contraste con los participantes de menor edad; y en cuanto al año de estudio, el estilo no productivo es más utilizado en estudiantes de primero de secundaria en comparación con el resto. Por último, la sintomatología depresiva correlacionó directamente con los estilos de afrontamiento no productivo, falta de afrontamiento, reducción de la tensión y autoinculparse.

Purisaca y Cajahuanca (2017), en su tesis *Sintomatología depresiva y afrontamiento en escolares de nivel secundario de una institución educativa estatal de la Provincia Constitucional del Callao*, se plantearon la meta de identificar el vínculo entre la sintomatología depresiva y el afrontamiento en adolescentes. El diseño fue no experimental transversal, de tipo correlacional; así mismo, el muestreo fue no probabilístico intencional y estuvo conformado por 112 estudiantes de entre 13 y 17 años de edad. Los instrumentos empleados fueron la Escala de depresión para adolescentes de Reynolds (EDAR) y la Escala de afrontamiento para adolescentes de Frydenberg y Lewis (ACS). Los hallazgos mostraron que existe mayor prevalencia de la dimensión disforia, en especial en el sexo femenino. Con respecto al afrontamiento, el más usado por los estudiantes es el estilo resolver el problema, y las estrategias más comunes en los adolescentes fueron buscar diversiones relajantes, preocuparse y esforzarse, y tener éxito; por el contrario, las menos habituales fueron reducción de la tensión, acción social, ignorar el problema y falta de afrontamiento. Además, se halló una correlación positiva y significativa entre el estilo de afrontamiento no productivo y la dimensión disforia, y autoevaluación negativa y quejas somáticas; una correlación negativa entre el estilo resolver el problema con la dimensión anhedonia, y otras sintomatologías depresivas.

Hutchinson y Meza (2020) realizaron una investigación titulada *Estilos de afrontamiento y violencia en niños residentes de casas de acogida residencial en Lima* con el objetivo de hallar el estilo de afrontamiento predominante en niños albergados. El estudio fue básico y de diseño correlacional, el muestreo fue no probabilístico de tipo convencional y estuvo integrado por 36 niños de entre 9 y 12 años de edad establecidos en Casas de Atención Residencial (CAR). Los instrumentos empleados fueron la Escala de violencia en la niñez (EViN) y la Escala de

afrontamiento para niños (EAN). Los resultados evidenciaron que no existe correlación entre los niveles de violencia con el estilo de afrontamiento improductivo ($r = 0.319$) y el estilo de afrontamiento centrado en el problema ($r = 0.244$). Además, el estilo de afrontamiento improductivo es el más frecuente en los participantes (61.1%) comparado con el afrontamiento centrado en el problema (38.9%).

2.1.3 A nivel local

Rosell y Hurtado (2019), en su tesis *Nivel de depresión en estudiantes de dos instituciones educativas públicas, de Chupaca y Jauja, 2019*, se plantearon el objetivo de identificar la diferencia del nivel de depresión en los estudiantes de las instituciones educativas Santa Rosa, de Huachac, y Alipio Ponce Vásquez, de Jauja. El estudio fue básico, de nivel descriptivo, de diseño no experimental, transeccional y comparativo. Los datos se recopilaron por intermedio del Inventario de depresión infantil de Kovacs (CDI). La muestra estuvo compuesta por 200 estudiantes de entre 11 y 15 años, 100 de cada institución. Los resultados señalaron que no existen diferencias del nivel de depresión entre los estudiantes de ambas instituciones. Asimismo, no se advierte sintomatología depresiva en el 6% de la muestra de la I.E. Santa Rosa y en el 4% de la muestra de la I.E. Alipio Ponce; además, el 36,5% de la I.E. Santa Rosa y el 37,5% de la I.E. Alipio Ponce muestran un nivel leve de depresión. Por último, el 7,5 % de la I.E. Santa Rosa y el 8,5% de la I.E. Alipio Ponce tienen un nivel severo de depresión.

Damas y Manrique (2018), en su tesis ya citada, tuvieron como propósito comparar los niveles de sintomatología depresiva en los estudiantes de tres instituciones educativas de Huancayo, Satipo y Huancavelica. La muestra estuvo conformada por 377 estudiantes de los dos sexos. La investigación fue de nivel descriptivo comparativo y de diseño no experimental y transversal. El instrumento

empleado para recoger los datos fue el Inventario de depresión infantil de Kovacs (CDI). Los resultados mostraron que la categoría diagnóstica más frecuente en la muestra fue alta con 35,8%; asimismo, la I.E. de Huancavelica tiene la mayor cantidad de estudiantes con sintomatología alta con un 41,5%, la I.E. de Huancayo tiene la mayor cantidad de estudiantes con sintomatología depresiva baja con 38,2%, mientras que en la I.E. de Satipo son más frecuentes estudiantes con sintomatología depresiva alta con 37,4%.

Meza (2019), en su investigación *Prevalencia de depresión en estudiantes de 13 a 15 años de la I.E. Alipio Ponce Vásquez, 2018*, tuvo la intención de identificar el nivel de depresión en los estudiantes. Para ello, empleó el método científico, un diseño no experimental, transversal, descriptivo. La muestra estuvo conformada por 184 estudiantes que fueron elegidos por medio de una técnica no probabilística. Para el acopio de datos se empleó el Inventario de depresión infantil (CDI). Los resultados mostraron que el 45,7% de la muestra manifestó sintomatología depresiva, ya que tuvieron un puntaje igual o mayor que 15.

2.2 Bases teóricas

2.2.1 Depresión

2.2.1.1 Definición de la depresión. Según Beck et al. (2010), desde una óptica cognitivista, la sintomatología depresiva es un conjunto de percepciones negativas que tiene un sujeto acerca de sí mismo, del ambiente que lo rodea y de su futuro, las cuales están ligadas a distorsiones cognitivas. Asimismo, la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2014) señaló que los trastornos depresivos son un conjunto de afecciones que se caracterizan generalmente por la existencia de un estado anímico triste, plano o susceptible, la presencia de transformaciones físicas y cognitivas que perjudican considerablemente la funcionalidad del sujeto; lo que distingue a cada diagnóstico específico es la duración, la frecuencia o la supuesta etiología.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2020), en los episodios depresivos leves, moderados o graves, la persona padece un estado de ánimo reducido, pérdida de motivación, reducción de actividad, pérdida o reducción de la capacidad de disfrute, de tener interés y de concentrarse; asimismo, es usual que se presente una sensación de cansancio aún después de esfuerzos insignificantes. Además, se advierte alteraciones del sueño y disminución del apetito. La confianza en uno mismo y la autoestima con frecuencia se encuentran disminuidas y es común la presencia de pensamientos de culpabilidad e incompetencia. El estado de ánimo aplanado casi no cambia en el tiempo y no se debe al ambiente, porque puede presentarse junto con síntomas corporales como la pérdida de atención, de experimentar placer, despertar antes del momento acostumbrado, crisis de humor depresivo-matutinas, enlentecimiento psicomotor, pérdida de peso y apetito, y la reducción del deseo sexual.

2.2.1.2 Teorías sobre la depresión.

a) *Modelo cognitivo*: Beck et al. (2010) señalaron que su modelo cognitivo se constituye de tres factores explicativos del trastorno: la tríada cognitiva, los esquemas y los errores cognitivos.

i) Tríada cognitiva. Se advierte que el paciente tiene una perspectiva negativa sobre él mismo; en otras palabras, el sujeto se ve torpe, infeliz y enfermo, con energía insuficiente para afrontar su vida cotidiana, se autodesprecia, se siente minusválido y asume sus experiencias negativas como defectos propios.

Asimismo, posee una concepción negativa de su realidad y entorno, expresa ideas delirantes de incapacidad, manifiesta que el mundo obstaculiza sus objetivos de manera definitiva. Experimenta sentimientos de frustración y fracaso en su relación con su entorno cercano y se siente impotente para superar su estado.

Finalmente, tiene una visión negativa del futuro y advierte que el resultado de todos sus esfuerzos será un total fracaso.

ii) Esquemas cognitivos. Los esquemas cognitivos tienen la finalidad de explicar cómo se mantienen las actitudes que generan sufrimiento y perjuicio al paciente, es decir, que los distintos estilos de pensamiento de una persona explican su forma de responder a las situaciones exigentes que el mundo les plantea. Estos esquemas pueden estar latentes durante lapsos de tiempo considerables y ponerse en acción por *inputs* específicos del ambiente, lo cual condiciona el desempeño del sujeto.

Existe evidencia de que los pensamientos aversivos, en los casos de depresiones leves, son más sencillos de reestructurar, lo que permite al

paciente alcanzar estilos de vida más tranquilos. Por el contrario, en los estados depresivos más graves, el paciente se encuentra saturado de esquemas negativos y frecuentes, lo que complica la intervención.

iii) Errores cognitivos. Es frecuente encontrar que el sujeto depresivo posee y conserva conceptos negativos y generalizados incluso cuando hay evidencia contraria a sus ideas; por ejemplo, mencionan estos casos:

- Inferencia arbitraria (relativa a la respuesta): Brinda juicios a priori con escasa o inexistente evidencia que lo sostenga.
- Abstracción selectiva (relativa al estímulo): Se enfoca únicamente en detalles poco relevantes, ajenos al contexto, y obvia aspectos más importantes.
- Generalización excesiva (relativa a la respuesta): Se anticipa a los acontecimientos sobre la base de uno o varios hechos aislados.
- Maximización y minimización (relativa a la respuesta): Evalúa de forma errónea las dimensiones de las situaciones, sobredimensionándolas o infravalorándolas.
- Personalización (relativa a la respuesta): Se adjudica a sí mismo la influencia de los fenómenos externos sin evidencia alguna.
- Pensamiento absolutista (relativo a la respuesta): Tiende a organizar de manera dicotómica o dialéctica la información, es decir, clasifica los datos en categorías opuestas sin considerar matices o puntos medios; igualmente, usa esas categorías para describirse a sí mismo.

Kovacs construyó, junto con Beck en 1977, el primer instrumento para medir la depresión desde el enfoque cognitivo, denominado CDI, el cual está dirigido a niños y adolescentes, el cual consideró dos factores: la autoestima negativa y

la disforia (León, 2013). La autoestima está relacionada con rasgos propios del sujeto, quien realiza una valoración de sus características, y llega a una conclusión positiva o negativa que depende de la concepción que construya sobre sí mismo (Wilber, 1955 citado en Steiner, 2005). Además, la disforia es una alteración del estado anímico que contiene sensaciones displacenteras como la tristeza, ansiedad, frustración y pesimismo, tensión e irritabilidad, reacción sobredimensionada a los estímulos, poco autocontrol, comportamiento impulsivo, agresión e ira (Arauzo & Pascual, 2020).

- b) *Modelo conductual*: Antonuccio et al. (1989, citados en Vázquez et al., 2000) señalaron que el acercamiento conductual a la depresión se basa en el uso del método científico y no en teorías específicas o en un grupo de técnicas, es decir, el análisis de la conducta depresiva se cimienta en evidencia empírica proveniente de la psicología experimental, y se centra con mayor énfasis en contingencias actuales de las respuestas depresivas que en la historia de aprendizaje. Este modelo sugiere así que la depresión es un grupo de conductas (cognitivas, motrices y emocionales) aprendidas por el sujeto en su entorno; por ejemplo, en situaciones sociales negativas o circunstancias con bajas tasas de refuerzo.

Dentro del conductismo existen posturas críticas hacia el modelo médico y psicopatológico dentro de la psicología. Tal como señaló Freixa (2003), las etiquetas diagnósticas de la psicopatología son un concepto que engloba un listado de conductas; sin embargo, no brindan información sobre la causa que la origina o los factores que las mantienen, a diferencia de los diagnósticos médicos que implícitamente contienen la causa del padecimiento, como el bacilo de Koch y la tuberculosis. Así se podría caer en el error tautológico de

explicar la tristeza intensa y persistente, la falta de interés y disfrute en actividades y la pérdida de energía de un sujeto diciendo “esta así porque tiene depresión”. De esta manera, el empleo de un análisis funcional de la conducta podría ayudar al psicólogo a comprender los eventos contingentes a las respuestas; por lo tanto, sería útil para modificar la conducta, que incluye a la conducta verbal.

- c) *Modelo psicoanalítico*: De acuerdo con Vallejo-Nájera (2005, citado en Barradas, 2014), para Freud el estado de ánimo depresivo era un mecanismo defensivo, ya que concluyó que la depresión es una exteriorización de hostilidad contra el ser amado ausente o muerto, lo que denominaba como pérdida de objeto, lo cual ocasiona odio y culpa. Para intentar deshacerse de este malestar, el sujeto se autoataca o invierte la dirección de sus sentimientos incómodos hacia él mismo. Así, Freud estableció que una pérdida es un iniciador de la depresión, y que eventos negativos en la niñez temprana generan vulnerabilidad en los sujetos hacia la depresión en etapas posteriores de la vida (Compas y Gotlib, 2003 citados en León, 2013). Por lo tanto, Freud comenzaba la intervención explorando el inconsciente de la persona por intermedio de la asociación libre; además, observaba y estudiaba las reacciones verbales y cognitivas, que lo llevaba a la reconstrucción de las primeras vivencias vitales y la mejoría a su vida presente (God, 1988, citado en Barradas, 2014).
- d) *Psicología positiva*: Seligman (1975, citado en Barlow & Durand, 2008) encontró que perros y ratas responden de una manera interesante en situaciones fuera de su control; si estos animales reciben descargas ocasionales, actúan más o menos bien si hay posibilidades de afrontar los estímulos aversivos realizando alguna respuesta como presionar una palanca, pero si aprenden que no hay nada

que puedan hacer para evitar las descargas, quedan indefensos y se rinden. Esto podría ser considerado un modelo animal de depresión en donde se pierde la contingencia entre el estímulo y la respuesta. En ese sentido, existe una condición importante en los casos humanos, la atribución de que no se tiene ningún control sobre el estrés que hay en la vida. Barlow y Durand (2008) señalaron que estos estilos atributivos pueden ser tres:

- a) Interno: Atribuye las situaciones adversas a defectos personales; por ejemplo, dice “todo es mi culpa”.
- b) Estable: Luego de la aparición de un evento desagradable, genera la atribución de que “las situaciones malas que pasen siempre serán mi culpa”.
- c) Global: Estas atribuciones se generalizan de distintas formas.

2.2.1.3 Clasificación de la depresión. Las taxonomías presentadas a continuación tienen la intención de brindar una nomenclatura general que permita a los clínicos de distintas procedencias o contextos establecer diagnósticos precisos sin importar las orientaciones teóricas distintas: psicodinámica, biológica, conductual, sistémica/familiar, cognitiva, interpersonal (APA, 2014).

- a) *Taxonomía del DSM 5*: Según el APA (2014), los factores comunes de todos los trastornos depresivos son un estado anímico de tristeza, vacío o irritabilidad junto con variaciones somáticas y cognitivas que influyen negativamente en la funcionalidad del sujeto, y lo que los distingue es la duración, la frecuencia o su causa hipotética. A continuación, se presenta una síntesis que resalta los aspectos más importantes de cada categoría diagnóstica; sin embargo, el diagnóstico como acción clínica necesita del empleo del manual citado y de varias técnicas como la entrevista psicológica, la observación conductual, la aplicación de instrumentos psicométricos y el análisis funcional de la conducta,

todo ello sumado a la experiencia del clínico. Es importante recalcar que no podría determinarse un diagnóstico exacto solo con la aplicación de una sola técnica ni mucho menos solo con la información brindada a continuación. Los trastornos depresivos se clasifican de la siguiente manera:

- i) Trastorno de desregulación disruptiva (296.99-F34.8): Se caracteriza por un estado de ánimo de irritación crónica grave y persistente, desproporcionado a las circunstancias e incoherente con el grado de desarrollo en pacientes de entre 6 y 18 años; no debe ser confundido con el trastorno bipolar pediátrico, negativista desafiante y explosivo intermitente, que no debe ser explicado por el consumo de sustancias. Debe estar presente por más de 12 meses y en al menos dos contextos de tres (casa, escuela y compañeros), además de ser evidenciado por padres maestros y compañeros.
- ii) Trastorno de depresión mayor: Se caracteriza por un estado de ánimo deprimido (triste, vacío y sin esperanza) la mayor parte del día durante al menos dos semanas. En niños y adolescentes se puede expresar con irritabilidad. Además, se advierte una pérdida de interés o placer por casi todas las actividades, pérdida de peso, cambios de hábitos de sueño, sentimientos de culpa e inutilidad, agitación o enlentecimiento psicomotor, pérdida de concentración, pensamientos de muerte e ideas suicidas. Este tipo de depresión tiene varios subtipos y se clasifican de acuerdo con su frecuencia, gravedad y algunas características adicionales del diagnóstico clásico de depresión mayor, tal como se advierte en la Tabla 3.

Tabla 3

Especificadores de depresión mayor

| Gravedad/Curso | Episodio único | Episodio recurrente | Características |
|----------------|----------------|---------------------|-----------------|
|----------------|----------------|---------------------|-----------------|

| | | | |
|--------------------------------|----------------|-----------------|---|
| Leve | 296.21 (F32.0) | 296.31 (F33.0) | Pocos o ningún síntoma más allá de los criterios diagnósticos, poco deterioro funcional. |
| Moderado | 296.22 (F32.1) | 296.32 (F33.1) | La cantidad de síntomas, su intensidad y el deterioro funcional se encuentran entre leve y grave. |
| Grave | 296.23 (F32.2) | 296.33 (F33.2) | La cantidad de síntomas supera por mucho los necesarios para diagnosticar, presencia de gran malestar no manejable, notable disfunción. |
| Con características psicóticas | 296.24 (F32.3) | 296.34 (F33.3) | Incluye delirios y alucinaciones. |
| En remisión parcial | 296.25 (F32.4) | 296.35 (F33.41) | Algunos criterios están presentes de una depresión mayor anterior, luego desaparecen hasta por dos meses. |
| En remisión total | 296.26 (F32.5) | 296.36 (F33.42) | Durante los últimos dos meses no hay síntomas. |
| No especificado | 296.20 (F32.9) | 296.30 (F33.9) | Se detectan síntomas de depresión que no se ajustan a ninguna etiqueta diagnóstica y el psicólogo decide no comunicar el motivo específico del no cumplimiento. |

Nota. Tomado de DSM-5 (APA, 2014).

iii) Trastorno depresivo persistente o distimia (300.4 -F34.1): Se caracteriza por un estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, casi todos los días y al menos dos años en adultos y un año en niños y adolescentes. El trastorno depresivo mayor puede haberse presentado antes y algunos de sus síntomas pueden aparecer durante la distimia, aunque no todos; no se encuentra manía ni hipomanía, se advierte malestar y deterioro funcional.

iv) Trastorno disfórico premenstrual (625.4-N94.3): Sus características esenciales son labilidad afectiva, disforia y síntomas de ansiedad repetitivos

durante la etapa premenstrual y culminan al inicio de la menstruación, durante al menos un año en la mayoría de ciclos menstruales y afectan notoriamente la funcionalidad.

- v) Trastorno depresivo inducido por una sustancia o medicamento: Sus síntomas son parecidos a los de un trastorno depresivo mayor; sin embargo, su inicio se asocia al consumo de alguna sustancia como fármacos y drogas de uso recreativo. Los síntomas permanecen hasta después de que el efecto fisiológico de la sustancia termina, incluida la abstinencia.
 - vi) Trastorno depresivo debido a otra afección médica: Se caracteriza por un lapso de tiempo considerable y frecuente de estado anímico deprimido con una importante pérdida de placer e interés en actividades, causado por o relacionado con una enfermedad médica general.
 - vii) Otro trastorno depresivo especificado (311-F32.8): Se detectan síntomas de depresión que no se ajustan a ninguna etiqueta diagnóstica y el psicólogo decide comunicar el motivo específico del no cumplimiento. Puede ser por ansiedad, manía, hipomanía, empeoramiento matutino, catatonía, patrón estacional, etc.
- b) *Taxonomía del CIE 10*: El CIE-10 es el manual utilizado en el sistema estatal de salud del Perú y ubica a la depresión dentro de los trastornos del humor F30-F39, los cuales abordan las patologías del continuo alegría-tristeza. A continuación, se presentan algunos diagnósticos de acuerdo con la OMS (2018).
- i) Episodio depresivo F32: El paciente sufre un estado de ánimo aplanado, con decremento de la energía y reducción de la actividad. Asimismo, se reduce la capacidad de experimentar placer y de interesarse en actividades, sueño y apetito alterados, reducción de la autoestima y confianza en uno mismo,

pérdida de peso, disminución del deseo sexual, pensamientos e ideas de inutilidad y culpa.

- ii) Episodio depresivo leve F32.0: Se advierten dos o tres síntomas del F32 que generan afectación parcial; por este motivo, el paciente aún continúa con gran parte de sus actividades cotidianas.
- iii) Episodio depresivo moderado F32.1: Se evidencian cuatro a más síntomas del F32 que generan una afectación marcada en las actividades cotidianas.
- iv) Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos F32.2: Se muestran varios síntomas del F32, incluidos ideas o actos suicidas.
- v) Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos F32.3: Se advierte un cuadro similar al del F32.2, sumado a alucinaciones y delirios.
- vi) Otros episodios depresivos F32.8: Llamada depresión enmascarada, no cumplen los patrones de F32.0-F32; sin embargo, el clínico determina de naturaleza depresiva.
- vii) Episodio depresivo sin especificación F32.9: Depresión sin especificación.
- viii) Trastorno depresivo recurrente F33: Se caracteriza por breves y leves episodios maníacos, podría considerarse un premórbido del trastorno bipolar.
- ix) Trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve F33.0: Episodios repetidos de depresión, el actual con gravedad leve y sin antecedentes de manía.
- x) Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado F33.1: Episodios repetidos de depresión, el actual con gravedad moderada y sin antecedentes de manía.

- xi) Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave sin síntomas psicóticos
F33.2: Episodios repetidos de depresión, el actual con gravedad alta, sin síntomas psicóticos y sin antecedentes de manía.
- xii) Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave con síntomas psicóticos
F33.3: Episodios repetidos de depresión, el actual con gravedad alta, con síntomas psicóticos y sin antecedentes de manía.
- xiii) Trastorno depresivo recurrente, actualmente en remisión F33.4: Ha tenido episodios repetidos de depresión en el pasado; sin embargo, no presenta síntomas por varios meses.
- xiv) Ciclotimia F34.0: Inestabilidad emocional recurrente con pasos de depresión a euforia leve, pero no es tan severo o duradero para diagnosticar trastorno bipolar o trastorno depresivo recurrente; también se considera un premórbido del trastorno bipolar.
- xv) Distimia F34.1: Depresión crónica que se prolonga varios años, no es muy severa y sus episodios no son muy prolongados.

2.2.1.4 Etiología de la depresión. Barlow y Durand (2008) señalaron que existe una gran cantidad de causas para la depresión, lo cual genera que cada episodio sea distinto, aunque el cuadro clínico sea muy similar, ya que se advierte una situación precipitante diferente. Los psicopatólogos están hallando factores biológicos, psicológicos y sociales que están íntimamente vinculados con la etiología de los trastornos de estado de ánimo, en todas las situaciones precipitantes. Estos factores son los siguientes:

- Influencias familiares y genéticas
- Sucesos de vida estresantes

- Indefensión aprendida
- Estilos cognitivos negativos
- Vulnerabilidad cognitiva
- Sociales y culturales

2.2.1.5 Depresión en niños y adolescentes. Según Field et al. (1988, citados en Barlow y Durand, 2008), los hijos de madres con depresión presentan notorios síntomas depresivos, aun cuando no se contactaron con un adulto depresivo. Se podría creer que la depresión tiene como requisito experiencia en la vida; sin embargo, existen evidencias de que incluso bebés de tres meses pueden deprimirse, aún no se sabe con certeza si esto se debe a la herencia genética, es un aprendizaje temprano del contacto con madres depresivas o una combinación de estas dos variables. En ese sentido, gran cantidad de estudios están de acuerdo en que los trastornos de estado de ánimo, entre ellos la depresión, tienen sintomatología parecida tanto en niños como en adultos, no obstante que su apariencia se modifica de acuerdo con la edad (Barlow y Durand, 2008), tal como se indica en la Tabla 4.

Tabla 4*Sintomatología en niños, adolescentes y adultos*

| Infantil y adolescencia | | | | | Adultos |
|--|---|--|---|--|---|
| 0-36 meses | 3 a 5 años | 6 a 8 años | 9 a 12 años | 13 a 18 años | 18 a + |
| Cara triste y sin expresión, esquiva la mirada, perdida; irritabilidad. | Gestos de tristeza, estado de ánimo inestable. | Infelicidad duradera, estado de ánimo sombrío, irritabilidad. | Gestos de tristeza, irritabilidad, apatía. | Gestos de tristeza, quejas de depresión, apatía irritabilidad. | Estado anímico disfórico. |
| No hay desempeño social, se presentan problemas de alimentación y para dormir, rabietas, irritabilidad enlentecimiento, dificultades de separación/apego, dolencias físicas. | Socialización disminuida, problemas de alimentación, de sueño, rabietas, irritabilidad, enlentecimiento, baja autoestima, corre riesgo de accidentarse, fobia escolar, dolencias físicas. | Socialización disminuida, cambios de peso y apetito, dificultades de sueño, rabietas, irritabilidad, enlentecimiento, baja autoestima, desempeño escolar deficiente, riesgo de tener accidentes, percepción negativa, fobias, ansiedad de separación, dolencias físicas. | Pérdida de interés o de placer, cambios de peso y apetito, insomnio o hipersomnia, comportamiento agresivo, enlentecimiento, culpa, baja autoestima, desempeño escolar deficiente, pensamientos recurrentes de muerte y suicidio, fobias y ansiedad de separación, dolencias físicas. | Pérdida de interés o de placer, cambios de peso y apetito, insomnio o hipersomnia, comportamiento agresivo, retardo psicomotor, pérdida de energía, culpa, desempeño escolar deficiente, pensamientos recurrentes de muerte y suicidio, ansiedad, dolencias físicas. | Pérdida de interés o de placer, modificación del peso y apetito, insomnio o hipersomnia, agitación motriz, retardo psicomotor, pérdida de energía, siente que no tiene valor, concentración disminuida, pensamientos recurrentes de muerte y suicidio, ansiedad, dolencias físicas. |

Nota. Tomado de Carlson y Kashani (1988, citados en Barlow y Durand, 2008).

2.2.1.6 Tratamiento. Barlow y Durand (2008) indicaron que existen varias formas de tratar la depresión, tanto biológicas como psicológicas, que son eficaces al menos en el corto plazo. Se tienen tratamientos psicofarmacológicos con antidepresivos que bloquean la recaptación de ciertos neurotransmisores como la serotonina; asimismo, terapias psicológicas como la Terapia cognitivo conductual (TCC) de Beck y la Terapia racional emotiva conductual (TREC) de Ellis. También, se cuenta con terapias contextuales como la Terapia de resolución de conflictos y la Activación conductual (AC), que ha demostrado ser la más eficaz en el tratamiento de la depresión y ha puesto en duda la efectividad de la medicación y de los tratamientos cognitivos (Pérez, 2007).

2.2.2 Estrategias de afrontamiento

2.2.2.1 Definición. La conceptualización y operacionalización del afrontamiento varía dependiendo de la perspectiva desde la que se estudia y el campo de aplicación que se realiza. El afrontamiento es un constructo que tiene raíces psicodinámicas vinculado al desarrollo del yo para adaptarse y manejar el estrés, y posteriormente por la psicología cognitiva. El estudio de este fenómeno psicológico es paralelo al desarrollo de las teorías del estrés y de la personalidad, por lo que existen variedad de planteamientos estructuralistas y explicativos (Rueda & Aguado, 2003).

Las primeras investigaciones fueron médicas y se desarrollaron en la década de los treinta y cuarenta, centraban su atención al nivel fisiológico del afrontamiento, planteaban que era necesario para la supervivencia predecir y controlar el medio ambiente del sujeto (Amarís et al., 2013).

Para Lazarus y Folkman (1986), las estrategias de afrontamiento son recursos individuales que sirven para reducir y enfrentar eventos estresantes, mientras que Della y Flores (2006, citados en Izquierdo, 2020) consideraron que son una serie de

respuestas que se utilizan para solucionar o menguar el efecto de los estresores. Asimismo, Amarís et al. (2013) recalcaron que son recursos psicológicos que la persona utiliza ante situaciones estresantes. En estas definiciones se puede apreciar que el afrontamiento va acompañado de un evento, situación o hecho estresante, y que es fundamental para entenderlo.

Las estrategias de afrontamiento no son un fenómeno ontológico diferente de la conducta; por el contrario, es un patrón de conductas en sí. En ese sentido, Márquez (2006) indicó que son un conjunto de acciones provocadas por la situación estresante para neutralizarla, es decir, intentos del individuo para adaptarse al evento. Las diferentes definiciones son idénticas; por tanto, se puede decir que el afrontamiento es todo lo que hace la persona para combatir eventos difíciles, los cuales pueden ser repertorios conductuales estructurados o no.

Si bien el usar herramientas ante un problema ayuda a su resolución, pero no necesariamente garantiza lograr el objetivo, de la misma forma el uso de las estrategias no significa el éxito definitivo ante las adversidades (Amarís et al., 2013). Esto se debe a la presencia de factores personales, sociales y culturales.

La conducta de afrontamiento se diferencia de la conducta adaptativa automatizada, que no requiere de esfuerzos para su manifestación y no desborda al sujeto; por el contrario, la conducta de afrontamiento necesita de esfuerzos del individuo para enfrentar la situación (Rodríguez-Marín et al., 1993).

Una misma situación puede ser calificada de estresante y no estresante, pues depende de los recursos de afrontamiento que tenga la persona (Rodríguez-Marín et al., 1993), es decir, las conductas, influenciadas por el contexto social y cultural, que despliega un individuo para manejar la situación.

2.2.2.2 Estrés en el afrontamiento. La adaptación es una función conductual universal, no existen conductas inadaptadas, incluso las denominadas conductas patológicas son funcionales porque el organismo aprendió que realizando esa conducta puede sobrevivir, aunque puede ser ineficaz en un contexto social y cultural desarrollado. Cuando se enfrenta a un hecho nuevo, el organismo evalúa si es amenazante o no para su desempeño en la vida, y reacciona dependiendo de su evaluación. En ese sentido, se entiende al estrés como una estimulación dañina y se han desarrollado estudios para identificar las estimulaciones estresantes, ya sean acontecimientos crónicos, agudos e intermitentes; así como cambios radicales en la vida de una persona (Fierro, 1997).

Es imposible concebir el estrés sin patrón de reacción, es así que Lazarus y Folkman propusieron la comprensión del estrés como un concepto relacional entre el acontecimiento estresor y el sujeto. El estrés es una experiencia y el afrontamiento una práctica (Fierro, 1997).

2.2.2.3 Los recursos de afrontamiento. Los recursos que utiliza el ser humano ante un mismo problema son muy variados (por ejemplo: ante el despido de un trabajo alguien puede buscar otro, mientras que otro puede quedarse en casa sin salir de cama); las conductas observables como recursos pueden ser contradictorias, incluso las emociones desempeñan la función de afrontamiento, como cuando el miedo alerta del peligro, la tristeza es una respuesta para solicitar ayuda o cuando la ira permite defender y atacar (Echeburúa et al., 2001).

Según Rodríguez-Marín et al. (1993), los recursos de afrontamiento pueden ser físicos, psicológicos, estructurales, sociales y culturales.

Los recursos culturales. Son las creencias, valores, normas y símbolos que tienen las personas sobre el problema. Muchas de estas informaciones están socialmente reconocidas y aceptadas en la cultura.

Los recursos estructurales. Incluyen los papeles sociales de las personas en los sistemas y subsistemas sociales (trabajo, familia, amigos, entre otros). Así mismo, tienen que ver con los valores personales y con la forma de cómo se interpreta el rol que la persona desempeña en la sociedad. Sin el repertorio de conductas de los sujetos en diferentes ámbitos se carecería de un importante elemento para actuar en situaciones adversas.

Los recursos sociales. Hacen referencia a las interacciones interpersonales y al contexto que las acompaña; incluye las características de los apoyos sociales, las cuales desempeñan una función de soporte emocional y asistencia tangible muy importante a la hora de enfrentar hechos estresantes.

Los recursos psicológicos. Se refieren a los procesos cognitivos, afectivos y volitivos que acompañan a la acción y a la serie de experiencias del sujeto.

Los recursos físicos. Incluyen las características biológicas del organismo, cosas tangibles como instrumentos o equipos.

2.2.2.4 Modelos teóricos de las estrategias de afrontamiento.

a) *Modelo biologicista de Selye:* Para Selye (1983, citado en Rueda & Aguado, 2003), el afrontamiento son actos que regulan situaciones aversivas del entorno y disminuyen el nivel de perturbación. Se enfoca en respuestas psicofisiológicas de huida y evitación del estrés como formas de afrontamiento. La principal limitación de este enfoque se centra en no considerar la complejidad de la conducta humana y solo toma en cuenta la activación del organismo frente a una amenaza.

b) *Modelo psicoanalítico*: Entiende que el afrontamiento es un conjunto de pensamientos y actos concretos y reflexivos con el que el individuo maneja su entorno. Las estrategias pueden ir desde mecanismos primitivos, que se caracterizan por distorsionar la realidad, hasta mecanismos más sofisticados denominados mecanismos de defensa, los cuales son procesos más organizados del yo (Amarís et al., 2013). Sin embargo, para algunos investigadores de este campo como Menninger, Haan y Valliant (citados en Rueda & Aguado, 2003), existe diferencia entre el afrontamiento y mecanismos de defensa; cuando se habla de la primera, se consideran procesos más complejo del yo, es decir, que permiten ajustar al individuo con su entorno de manera saludable.

Así mismo, comprenden que el afrontamiento es de naturaleza reactiva, que conlleva a la solución de un problema. Este modelo pone énfasis exclusivamente en la persona, y rescata variables mediadoras entre el individuo y el entorno.

c) *Teoría receptor-sensibilizador*: Este modelo fue propuesto en 1964 por Byrne (citado en Izquierdo, 2020), quien plantea dos estilos de afrontamiento: represor, que son estrategias que buscan evitar o negar el problema; y sensibilizador, que implica estar vigilante de la situación y exteriorizar el problema.

d) *Modelo transaccional de estrés y afrontamiento*: Lazarus y Folkman contemplan el afrontamiento como un proceso de permanente cambio y que es resultado de las interacciones de las personas con múltiples eventos de su vida; además, consideran que son intentos conscientes de controlar el estrés, y que las respuestas automáticas no forman parte, necesariamente, del proceso de

afrontamiento (Márquez, 2006). Lazarus y Folkman (1986, citados en Vázquez et al., 2000) distinguieron dos tipos de estrategias:

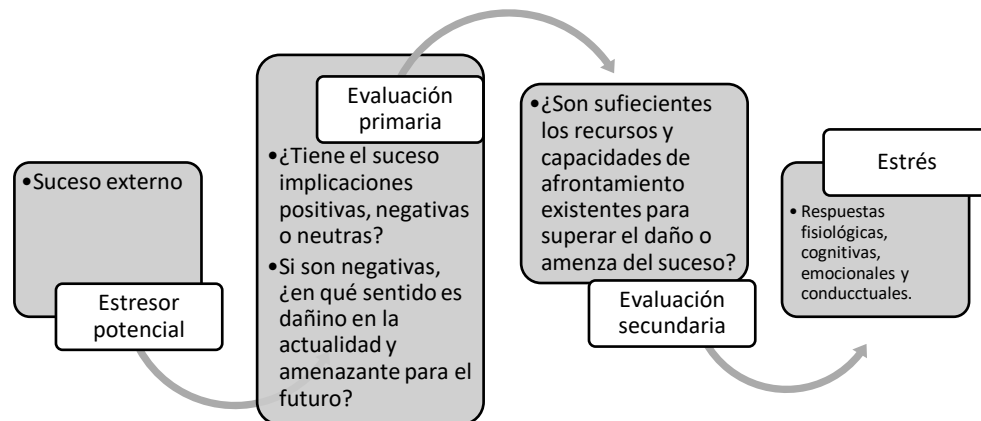
- i) Estrategias de resolución de problemas: empleadas para manejar de manera directa el problema que genera malestar.
- ii) Estrategias de regulación emocional: son procedimientos orientados a gestionar los malestares emocionales frente al problema, buscar apoyo social y soporte emocional.

El uso de cualquiera de las dos formas de estrategias trae, en la mayoría de los casos, consecuencias favorables en el bienestar de la persona. Por ejemplo, si alguien acude al psicólogo(a) porque termina con su novia(o), esto es una estrategia para su regulación emocional y a la vez sirve para resolver el problema.

Así mismo, el modelo propone dos niveles de evaluación: primaria y secundaria. En el nivel primario, el individuo analiza si el acontecimiento es positivo o no y considera efectos presentes y futuros del mismo. En el nivel secundario, se analiza la condición del organismo para afrontar el hecho (Folkman et al., 1986, citados en Márquez, 2006).

Figura 1

Modelo psicológico del estrés



Nota. Tomada de Vázquez et al. (2000).

e) *Modelo teórico de Frydenberg y Lewis*: Este modelo está basado en el modelo de estrés y afrontamiento de Lazarus y Folkman. Frydenberg y Lewis (1993, citados en Canessa, 2002) consideraron que los estilos de afrontamiento pueden presentar aspectos funcionales o disfuncionales, que dependen del análisis que realiza la persona del evento y de sus alternativas de afrontamiento.

El afrontamiento funcional, también llamado adaptativo o productivo, es definido como el proceso donde el problema es identificado, las soluciones se desarrollan mediante acciones concretas. En este tipo de afrontamiento se encuentran dos estilos: resolver el problema, que aborda los problemas de forma directa, y el de referencia hacia los otros, que implica comunicar las dificultades con los otros y buscar soporte en ellos. Por otro lado, el afrontamiento disfuncional, denominado también no productivo, es el manejo y manifestación del componente afectivo ante los eventos estresantes. Es disfuncional debido a que las estrategias que se emplean en este no permiten hallar solución a las dificultades; más bien, buscan evitar las situaciones (Frydenberg, 1997, citado en Canessa, 2002).

f) *Modelo multiaxial asociado del afrontamiento*: Este modelo —desarrollado por Dunahoo, Hobfoll, Monnier, Hulsizer y Johnson— se aleja del abordaje

individual para comprender al afrontamiento como un proceso de componente social. Sostiene que las personas afrontan situaciones estresantes por medio de la organización y desarrollo de sus recursos sociales e individuales; el modelo puede ser de forma intrapersonal e interpersonal. El modelo está ligado a la teoría de la conservación de los recursos (COR), que sostiene que la motivación fundamental del hombre es construir, proteger y fomentar todos sus recursos por el bien de sí mismo y de sus lazos sociales (recursos sociales como la confianza, empatía y responsabilidad); en ese sentido, los comportamientos de afronte están influenciados por reglas sociales que se caracterizan por aparecer en diadas, grupos u organizaciones.

Desde esta perspectiva, el estrés surge cuando se amenaza la individualidad y las uniones sociales y plantea tres ejes en las estrategias de afrontamiento: activo-pasivo, prosocial-antisocial y directo-indirecto (Hobfoll, 1998, citado en Piemontesi & Heredia, 2009).

- g) Modelo de resistencia de ajuste familiar y adaptación: Este modelo da importancia a la familia al momento de enfrentar adversidades; considera que la familia tiene dos etapas: la primera, de ajuste de lo aprendido por los problemas que se enfrentan, y la segunda, de adaptación al estrés. La familia cumple la función de defensa orientada a minimizar los efectos negativos del hecho, pero a la vez busca que el individuo se adapte con respuestas organizadas. Todos los conocimientos adquiridos ante la experiencia de estresores ayudarán a que más adelante se maneje con facilidad el problema; esto permite desarrollar y mejorar las estrategias que se poseen (Amarís et al., 2013).

2.2.2.5 Afrontamiento en niños y adolescentes. Las primeras aproximaciones del afrontamiento en menores de edad surgieron en los setenta sobre la base de literatura científica que reporta hallazgos en población adulta.

Se desarrollaron algunos instrumentos como el Adolescent Coping Scale (ACS), elaborado por Frydenberg y Lewis en 1993, constituido por 79 ítems, distribuidos en ocho escalas, cada una representa una respuesta de afrontamiento: buscar apoyo social, concentrarse en resolver el problema, esforzarse y tener éxito, preocuparse, invertir en amigos íntimos, buscar pertenencia, hacerse ilusiones, falta de afrontamiento, reducción de la tensión, acción social, ignorar el problema, autoinculparse, reservarlo para sí, buscar apoyo espiritual, fijarse en lo positivo, buscar ayuda profesional y diversiones relajantes (Canessa, 2002). El otro instrumento fue la Escala de afrontamiento para niños (EAN), elaborada por Morales-Rodríguez y colaboradores en el 2012; consta de 52 ítems, distribuidos en dos escalas: afrontamiento improductivo, que son estrategias ineficaces para enfrentar eventos estresores; y afrontamiento centrado en el problema, que son alternativas que solucionan y disminuyen el efecto del estresor en el organismo (Melgar, 2018).

En infantes y adolescentes es necesario tomar atención al contexto en el que se producen los acontecimientos estresantes; en ese sentido, existen tres contextos principales: familia, escuela y salud. En los primeros años de vida, los menores de edad se desarrollan principalmente en la familia y cualquier evento que altere esta dimensión (clima del hogar, muerte, divorcio, etc.) generará respuestas estresantes. En la escuela, se empiezan a construir vínculos interpersonales con sus iguales; no coincidir en actividades o intereses puede generar tensión en la persona; así mismo, el tratar de simpatizar a los demás puede generar un ambiente estresante, pero el entorno

más preocupante en la etapa escolar es el rendimiento académico, que puede agudizarse si existe carencia de apoyo familiar.

Por último, la salud, que en la mayoría de casos aparece en la adolescencia, como preocupación de los cambios físicos; sin embargo, el padecer cualquier enfermedad crónica, el estar hospitalizado o realizarse tratamientos invasivos generan estrés en cualquier etapa de desarrollo (Muñagorri, 2019).

2.2.3 Definición de términos básicos

- **Depresión:** Es una categoría diagnóstica que engloba principalmente conductas de tristeza persistente, pérdida de interés (apatía) y disfrute (anhedonia) de actividades, cambios en los hábitos alimenticios y sueño, y un marcado impacto en la funcionalidad social.
- **Sintomatología depresiva:** Son indicadores conductuales que se encuentran agrupados en la categoría diagnóstica de depresión.
- **Autoestima negativa:** Es la concepción lúgubre que tiene un sujeto de sí mismo, la cual denota incapacidad para hacerse cargo de los retos de la vida.
- **Disforia:** Es un estado de ánimo inestable que incluye tristeza, ira, ansiedad, frustración, pesimismo, estrés, irritabilidad, reacción sobredimensionada a los estímulos, poco autocontrol, comportamiento impulsivo, agresión e ira.
- **Estrategias de afrontamiento:** Son recursos conductuales, cognitivos y emocionales que utilizan las personas para reducir y enfrentar eventos estresantes.
- **Afrontamiento improductivo:** Serie de respuestas que no contribuyen al afrontamiento de los eventos estresores.
- **Afrontamiento centrado en el problema:** Capacidad de usar recursos personales y sociales orientados a solucionar las dificultades que se presentan.

Capítulo III: Metodología de la investigación

3.1 Método

El método fue el científico hipotético-deductivo, que se caracteriza por la formulación de una pregunta de investigación y por establecer hipótesis para que puedan ser comprobadas o refutadas (Hernández et al., 2014). La elección del método científico se debió a las características del problema abordado: fenómenos medibles mediante la psicometría y comparables con antecedentes del estudio de las variables, lo cual permite formular hipótesis.

3.2 Tipo de investigación

La investigación fue de tipo básica, la cual se caracteriza por descubrir nuevos conocimientos acerca de fenómenos (Hernández et al., 2014); se optó por este tipo de investigación porque el trabajo contribuye con el fortalecimiento de las teorías existentes y prueba hipótesis para expandir el conocimiento de las mismas.

El enfoque fue cuantitativo, que consiste en usar la medición para analizar la información recogida de las variables de estudio (Hernández et al., 2014). Para el estudio de las variables del presente trabajo se emplearon pruebas psicométricas.

3.3 Diseño de la investigación

El diseño de la investigación fue no experimental, de tipo transversal, de alcance descriptivo correlacional, porque no se realizó manipulación de ninguna variable, las mediciones se hicieron en un solo momento determinado y se analizó la relación no causal entre ambas variables (Hernández et al., 2014).

3.4 Nivel de investigación

La investigación fue de nivel descriptivo correlacional debido a que se pretendió encontrar el nivel de relación entre las variables de estudio e identificar las principales características de las variables de interés (Hernández et al., 2014).

3.5 Población y muestra

La población es un conjunto de individuos con características iguales que comparten el mismo tiempo y espacio (Hernández et al., 2014). Para la presente investigación estuvo conformada por 55 estudiantes de sexto de primaria divididos en dos secciones de una institución educativa pública de Huancayo 2022.

3.6 Muestreo de la investigación

El muestreo fue censal, es decir, el tamaño de la muestra es igual al tamaño de la población (Hernández et al., 2014). En este estudio, los datos se recopilaron de forma presencial, siguiendo las recomendaciones sanitarias correspondientes. El tamaño de la muestra censal fue de 55 estudiantes de una institución educativa pública de Huancayo 2022.

3.6.1 Criterio de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión: Estudiantes del sexto grado matriculados en el año escolar 2022 en la institución educativa pública de Huancayo.

Criterios de exclusión: Estudiantes que no aceptaron el consentimiento informado para participar en la investigación, y estudiantes que no asistieron a la escuela el día del muestreo.

3.7 Técnicas de recolección de datos

La recolección de datos es un conjunto de procedimientos por el cual se obtiene información relevante y necesaria para esclarecer las preguntas de la investigación (Hernández et al., 2014). Para este trabajo se empleó la técnica de la encuesta, la cual se aplicó de manera presencial. Los instrumentos se muestran en el Anexo 2 y los consentimientos informados de los estudiantes participantes en el Anexo 3; para ello, los investigadores se presentaron en la institución académica con el siguiente protocolo de bioseguridad:

- Usaron dos mascarillas: una N 95 o KN 95 y una mascarilla quirúrgica.
- Llevaron una botella de alcohol al 70% para la desinfección de manos.
- Mantuvieron distancia de al menos un metro con los evaluados y docentes, a fin de reducir el riesgo de contagio.
- Tuvieron al día las vacunas correspondientes (tres dosis).

3.7.1 Instrumentos de recolección de datos

3.7.1.1 Instrumento para medir la depresión infantil

Ficha técnica

| | |
|----------------|--|
| Nombre | : Cuestionario de depresión infantil de Kovacs |
| Autor | : María Kovacs (1992) |
| Procedencia | : Toronto |
| Adaptación | : Edmundo Arévalo Luna |
| Rango de edad | : 7 a 15 años |
| Administración | : Colectiva |
| Duración | : 10 a 15 minutos aproximadamente |
| Objetivo | : Evaluar sintomatología depresiva en niños y adolescentes |
| Estructura | : El cuestionario tiene dos factores: disforia y autoestima negativa |
| Nro. de ítems | : 27 ítems con respuesta de tipo Likert |

Validez:

El cuestionario muestra evidencia de validez respecto al constructo y concurrente, tal como lo reporta Grieve (2015) al realizar un análisis factorial donde halló pesos factoriales $\pm 0,30$, y Meza (2019), quien sometió el instrumento a una evaluación de juicios de expertos conformada por tres especialistas, obteniendo un

porcentaje de aceptación alto de 100%; 95% y 100% cada uno. Esta validación se realizó para la aplicación del instrumento a escolares de 13 a 15 años de un colegio de Jauja; al ser esta una población equivalente al nivel sociocultural de la población del presente estudio, se decidió la utilización de esta versión validada del instrumento.

Confiabilidad:

Melo-Vega (2009) reportó que el instrumento tiene un coeficiente de consistencia interna de 0,80 para una muestra escolar y de 0,77 para una muestra clínica; mediante el método de mitades partidas se obtuvo un alfa de Cronbach de 0,82 para la muestra escolar y de 0,80 para la muestra clínica. Por último, la correlación test-retest fue positiva y significativa ($r= 0,84$, $p<0,001$); esto indica que el cuestionario tiene una confiabilidad alta. Asimismo, Grieve (2015), en su estudio, halló un alfa de Cronbach de entre 0,63 y 0,80 y un coeficiente de correlación de Pearson de 0.55, y Meza (2019) halló para su investigación un alfa de Cronbach de 0,735; lo cual ratifica que la prueba es estable a lo largo del tiempo. Para corroborar esta información, los investigadores del presente estudio realizaron una prueba piloto con 17 niños de 10 años, a los cuales se les aplicó los 27 ítems del CDI y se obtuvo un alfa de Cronbach de 0.862, lo cual se interpreta como buena confiabilidad, tal como se aprecia en la Tabla 5. Por este motivo, se decidió pasar a la recolección de datos en la población de interés.

Tabla 5

Confiabilidad del inventario de depresión de Kovacs CDI

| Alfa de Cronbach | N° de elementos | N° |
|------------------|-----------------|----|
| .862 | 27 | 17 |

3.7.1.2 Instrumento para medir los estilos de afrontamiento

Ficha técnica

| | |
|----------------|---|
| Nombre | : Escala de afrontamiento para niños (EAN) |
| Autores | : Francisco Manuel Morales-Rodríguez, María Victoria Trianes, María J. Blanca, Jesús Miranda, Milagros Escobar y Francisco Javier Fernández-Baena |
| Año | : 2012 |
| Adaptación | : Morán (2018) |
| Rango de edad | : 9 a 12 años |
| Administración | : Colectiva |
| Duración | : 20 minutos aproximadamente |
| Objetivo | : Evaluar estrategias de afrontamiento ante los diferentes estresores en los siguientes contextos: ámbito familiar, en la salud, dentro del colegio y en la relación con sus iguales. |
| Estructura | : El instrumento tiene una escala general y 2 específicas: afrontamiento improductivo y afrontamiento centrado en el problema. |
| Nro. de ítems | : 35 ítems con respuesta de tipo Likert |

Validez:

El instrumento mide lo que dice medir tal como lo demuestra Tapia (2017) al realizar una validación de juicio de expertos y encontrar una alta validez; asimismo, su uso en investigaciones como Melgar (2018), Hutchinson y Meza (2020) y Lanchipa (2019) confirman que el cuestionario está validado al contexto peruano. Hutchinson y Meza (2020) realizaron un cálculo de la validez de contenido por medio del índice de Lawshe con un total de seis jueces, donde la mayoría de reactivos

alcanzaron índices de 1 para una población de niños de entre 9 y 12 años de Lima. Al contar con abundante información, que confirma la validez de la EAN, se decidió aplicar esta versión del instrumento en la población de interés del presente estudio.

Confiabilidad:

Melgar (2018), en un trabajo con 121 estudiantes, reportó que el afrontamiento productivo presenta 0.88 de coeficiente de alfa de Cronbach y el afrontamiento improductivo 0.79; además, se aplicó el estadístico KMO con la finalidad de relacionar los coeficientes de correlación, obteniendo .784. Estos resultados demuestran que el instrumento es confiable. A fin de corroborar dicha información, los investigadores del presente estudio llevaron a cabo una prueba piloto con 17 niños de 10 años, a los cuales se les aplicó los 35 reactivos de la EAN y se obtuvo un alfa de Cronbach de 0.815, que se categoriza como buena confiabilidad, tal como se muestra en la Tabla 6. Por este motivo, se decidió aplicar el instrumento en la población objetivo de la presente investigación.

Tabla 6

Confiabilidad de la escala de afrontamiento en niños EAN

| Alfa de Cronbach | N° de elementos | N° |
|------------------|-----------------|----|
| .815 | 35 | 17 |

3.8 Descripción de procedimiento de análisis

Se aplicaron los instrumentos en la muestra de estudiantes y la información recabada fue analizada por medio del software SPSS Statistics 24. Para identificar las características de la muestra se emplearon estadísticos descriptivos como la media, desviación estándar, mínimo, máximo, etc. Para el análisis inferencial se utilizaron los

estadígrafos de correlación r de Pearson y de prueba de normalidad Kolgomorov-Smirnov. Esto permitió alcanzar los objetivos de la investigación.

3.9 Aspectos éticos

El trabajo garantizó el respeto, libertad, bienestar e integridad de los participantes, lo cual se dejó en claro en los consentimientos informados (Anexo 3).

Además, cumplió con los siguientes aspectos éticos:

- **Integridad científica:** Se hizo un uso honesto, transparente, justo y responsable de la metodología.
- **No existe conflicto de intereses:** No se alteró la objetividad del trabajo por intereses económicos, comerciales o de servicio.
- **Buena práctica científica:** Los investigadores no incurrieron en malas acciones para realizar el proyecto de investigación, estuvieron comprometidos con el uso correcto de la ciencia para construir conocimiento.
- **Plagio o autoplagio:** El estudio reconoció la autoría de ideas e información de terceros mediante las citas parafraseadas o directas; los investigadores reconocieron el esfuerzo de otros y difundieron información veraz.

Capítulo IV: Resultados

4.1 Presentación de resultados

En el presente acápite se muestran los resultados descriptivos de las variables sociodemográficas, así como de las variables de estudio sintomatología depresiva y estrategias de afrontamiento. Después, se presentan las contrastaciones de las hipótesis inferenciales de estudio y, por último, se discuten los resultados encontrados.

4.1.1 Descripción de variables sociodemográficas

Se emplearon estadísticos descriptivos como la media, el mínimo, el máximo y la desviación estándar, así como tablas de frecuencias y gráficos de sectores con la finalidad de presentar la información sociodemográfica.

Edad. En la Tabla 7 se advierte que el número de estudiantes de la población fue 55, la edad mínima fue 11 años, mientras que la máxima fue 13 años. El promedio de edad en la población fue 11,24 años y la desviación estándar fue 0.470 años.

Tabla 7

Descriptivos de la edad

| | N° | Mínimo | Máximo | Media | Desv. típ. |
|-------------------------|----|--------|--------|-------|------------|
| Edad | 55 | 11 | 13 | 11.24 | .470 |
| N° válido (según lista) | 55 | | | | |

Sexo. En la Tabla 8 se evidencia que 27 (49,1%) estudiantes fueron de sexo femenino, mientras que 28 (50,9%) estudiantes fueron de sexo masculino.

Tabla 8

Frecuencias de los estudiantes de acuerdo con el sexo

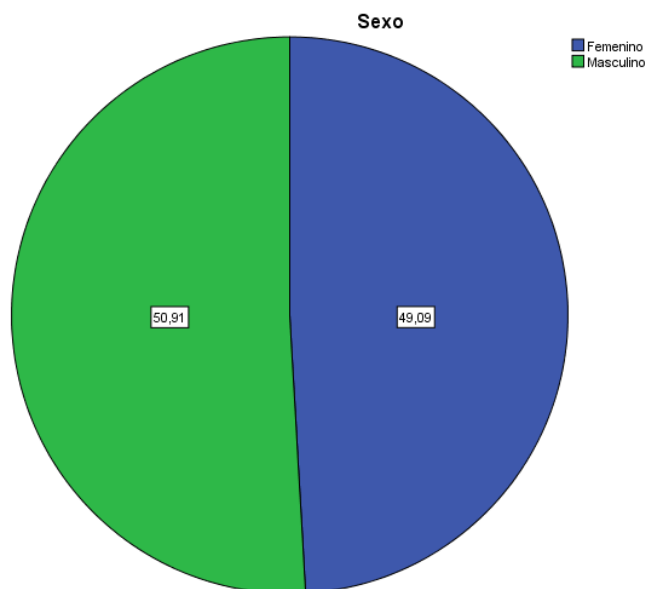
| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-----------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Femenino | 27 | 49.1 | 49.1 | 49.1 |
| Masculino | 28 | 50.9 | 50.9 | 100.0 |

| | | | |
|-------|----|-------|-------|
| Total | 55 | 100.0 | 100.0 |
|-------|----|-------|-------|

En la Figura 2 se observa que existe una ligera mayoría de estudiantes de sexo masculino con 50,91%, frente a un 49,09% de estudiantes de sexo femenino.

Figura 2

Porcentaje de estudiantes de acuerdo con el sexo



Sección. En la Tabla 9 se aprecia que 28 estudiantes (50,9%) pertenecieron a la sección A, mientras que 27 estudiantes (49,1%) pertenecieron a la sección B.

Tabla 9

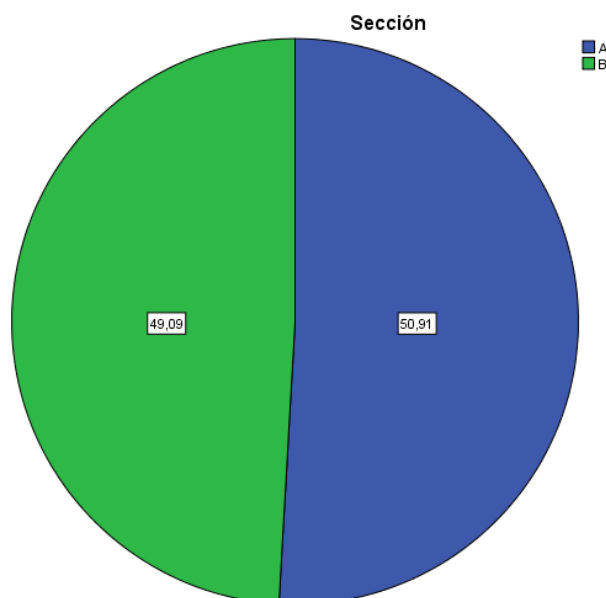
Frecuencia de estudiantes de acuerdo con la sección

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| A | 28 | 50.9 | 50.9 | 50.9 |
| B | 27 | 49.1 | 49.1 | 100.0 |
| Total | 55 | 100.0 | 100.0 | |

En la Figura 3 se evidencia que una ligera mayoría de estudiantes perteneció a la sección A con 50,91%, mientras que el 49,09% de estudiantes perteneció a la sección B.

Figura 3

Porcentaje de estudiantes de acuerdo con la sección



4.1.2 Descripción de las variables de estudio

Se emplearon tablas de frecuencias y de doble entrada, así como diagramas de sectores para mostrar los resultados de ambas variables de estudio. Asimismo, se presentan las contrastaciones de hipótesis específicas descriptivas HE1 y HE2.

Sintomatología depresiva. En la Tabla 10 se observa que 43 estudiantes (78,2%) tuvieron un nivel de sintomatología depresiva bajo, mientras que 12 (21,8%) poseyeron un nivel de sintomatología depresiva moderado. Cabe señalar que no se encontraron estudiantes con puntajes en las categorías de “sin sintomatología” ni severo. Por lo tanto, se aceptó la hipótesis alterna HE1: El nivel de sintomatología depresiva mayoritario es bajo en los estudiantes de sexto de primaria de una institución educativa pública de Huancayo 2022.

Tabla 10

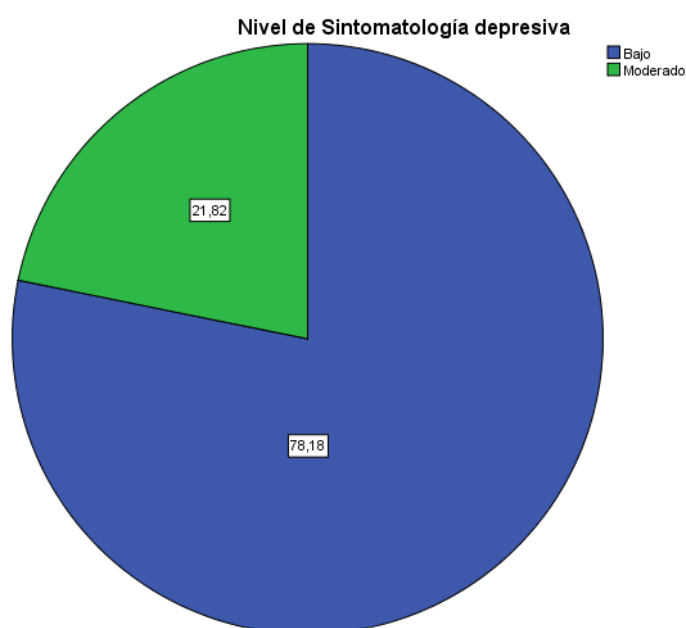
Frecuencias de estudiantes de acuerdo con el nivel de sintomatología depresiva

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|----------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Bajo | 43 | 78.2 | 78.2 | 78.2 |
| Moderado | 12 | 21.8 | 21.8 | 100.0 |
| Total | 55 | 100.0 | 100.0 | |

En la Figura 4 se aprecia que la mayoría de estudiantes tuvo un nivel bajo de sintomatología depresiva con 78,18%, mientras que un 21,82% de estudiantes tuvo un nivel moderado de sintomatología depresiva.

Figura 4

Porcentaje de estudiantes de acuerdo con el nivel de sintomatología depresiva



Estilo de afrontamiento predominante. En la Tabla 11 se advierte que 26 estudiantes (47,3%) mostraron un estilo de afrontamiento predominante improductivo, mientras que 29 estudiantes (52,7%) presentaron un estilo de afrontamiento predominante centrado en el problema. Por lo tanto, se aceptó la HE2: La estrategia

de afrontamiento predominante es centrada en el problema en estudiantes de sexto de primaria de una institución educativa pública de Huancayo 2022.

Tabla 11

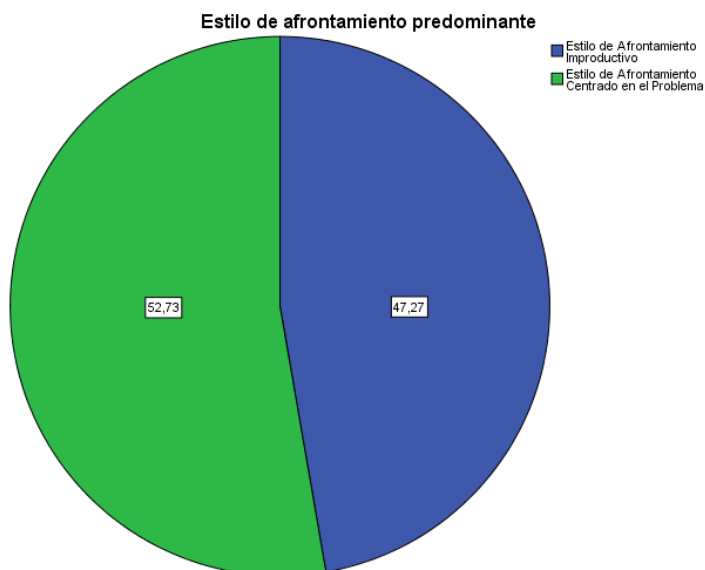
Frecuencias de estudiantes de acuerdo con el estilo de afrontamiento predominante

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Estilo de afrontamiento improductivo | 26 | 47.3 | 47.3 | 47.3 |
| Estilo de afrontamiento centrado en el problema | 29 | 52.7 | 52.7 | 100.0 |
| Total | 55 | 100.0 | 100.0 | |

En la Figura 5 se observa que la mayoría de estudiantes presentó un estilo de afrontamiento predominante centrado en el problema con 52,73%, mientras que el 47,27% de estudiantes mostró un estilo de afrontamiento predominante improductivo.

Figura 5

Porcentaje de estudiantes de acuerdo con el estilo de afrontamiento predominante



En la Tabla 12 se observa que de 43 estudiantes con nivel de sintomatología depresiva bajo, 15 tuvieron un estilo de afrontamiento predominante inproductivo y 28 contaron con un estilo de afrontamiento predominante centrado en el problema. Asimismo, de 12 estudiantes con nivel de sintomatología depresiva moderado, 11 tuvieron un estilo de afrontamiento predominante inproductivo, mientras que solo uno tuvo un estilo de afrontamiento predominante centrado en el problema.

Tabla 12

Cuadro de doble entrada de sintomatología depresiva y estilos de afrontamiento predominantes

| | | Estilo de afrontamiento predominante | | Total |
|-----------------------------------|----------|--------------------------------------|---|-------|
| | | Estilo de afrontamiento inproductivo | Estilo de afrontamiento centrado en el problema | |
| Nivel de sintomatología depresiva | Bajo | 15 | 28 | 43 |
| | Moderado | 11 | 1 | 12 |
| Total | | 26 | 29 | 55 |

4.1.3 Pruebas de hipótesis inferenciales

4.1.3.1 Prueba de hipótesis general.

H0: No existe una relación significativa entre la sintomatología depresiva y las estrategias de afrontamiento predominantes en los estudiantes de sexto de primaria de una institución educativa pública de Huancayo 2022.

H1: Existe una relación significativa entre la sintomatología depresiva y las estrategias de afrontamiento predominantes en los estudiantes de sexto de primaria de una institución educativa pública de Huancayo 2022.

En la Tabla 13 se aprecia que el valor de chi cuadrado es 12,136 con un grado de libertad al tratarse de una tabla de contingencia 2 x 2, para lo cual corresponde un p-valor de $0.000 < 0.05$. Asimismo, el p-valor del test exacto de Fisher es $0.001 < 0.05$. Por lo tanto, se aceptó la H1.

Tabla 13

Prueba chi cuadrado de asociación

| | Valor | gl | Sig. asintótica (bilateral) | Sig. exacta (bilateral) test exacto de Fisher |
|-------------------------|---------------------|----|--------------------------------|---|
| Chi cuadrado de Pearson | 12,136 ^a | 1 | .000 | .001 |
| N° | 55 | | | |

4.1.3.2 Pruebas de hipótesis específicas. Previamente a la realización de las pruebas de hipótesis se aplicó el estadígrafo Kolgomorov-Smirnov, mostrado en la Tabla 14, ya que se cuenta con un $N > 50$ a los puntajes del estado de ánimo disfórico, autoestima negativa, afrontamiento improductivo y afrontamiento centrado en el problema, con la finalidad de establecer el tipo de distribución de los datos. Este estadígrafo contrasta las hipótesis siguientes:

H0: La distribución de los datos es normal.

H1: La distribución de los datos es no normal.

Cuando el p-valor < 0.05 se acepta la H1 y se rechaza la H0, y cuando el p-valor > 0.05 se rechaza la H1 y se acepta la H0; entonces, de acuerdo con la Tabla 10:

El estado de ánimo disfórico tiene un $p=0.287 > 0.05$; por lo tanto, se aceptó la H0 y se rechazó la H1. En otras palabras, los puntajes del estado de ánimo disfórico tienen una distribución normal.

La autoestima negativa tiene un $p=0.378 > 0.05$, entonces se aceptó la H0 y se rechazó la H1. Dicho de otro modo, los puntajes de la autoestima negativa tienen una distribución normal.

El afrontamiento improductivo tiene un $p=0.797 > 0.05$, por lo que se aceptó la H0 y se rechazó la H1. Dicho de otra manera, los puntajes del afrontamiento improductivo tienen una distribución normal.

El afrontamiento centrado en el problema tiene un $p=0.531 > 0.05$; en consecuencia, se aceptó la H0 y se rechazó la H1. En otras palabras, los puntajes del afrontamiento centrado en el problema tienen una distribución normal.

En síntesis, ya que todos los datos tienen distribución normal, se seleccionó el estadígrafo r de Pearson para realizar las correlaciones correspondientes a las pruebas de las hipótesis HE3, HE4, HE5 y HE6.

Tabla 14*Prueba de normalidad Kolgomorov-Smirnov*

| | Total de estado de ánimo disfórico | Total de autoestima negativa | Total de afrontamiento improductivo | Total de afrontamiento centrado en el problema |
|---------------------------|------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------|--|
| N | 55 | 55 | 55 | 55 |
| Z de Kolmogorov-Smirnov | .985 | .911 | .647 | .808 |
| Sig. asintót. (bilateral) | .287 | .378 | .797 | .531 |

i) Prueba de hipótesis específica 3

H0: No existe una relación significativa entre el estado de ánimo disfórico y el afrontamiento improductivo en los estudiantes de sexto de primaria de una institución educativa pública de Huancayo 2022.

H1: Existe una relación significativa entre el estado de ánimo disfórico y el afrontamiento improductivo en los estudiantes de sexto de primaria de una institución educativa pública de Huancayo 2022.

En la Tabla 15 se advierte que el coeficiente de correlación de Pearson es 0.556 con un $p=0.000 < 0.05$; entonces, se aceptó H1. Existe una correlación positiva, moderada y altamente significativa entre el estado de ánimo disfórico y el afrontamiento improductivo.

ii) Prueba de hipótesis específica 4

H0: No existe una relación significativa entre el estado de ánimo disfórico y el afrontamiento centrado en el problema en los estudiantes de sexto de primaria de una institución educativa pública de Huancayo 2022.

H1: Existe una relación significativa entre el estado de ánimo disfórico y el afrontamiento centrado en el problema en los estudiantes de sexto de primaria de una institución educativa pública de Huancayo 2022.

En la Tabla 15 se evidencia que el coeficiente de correlación de Pearson es -0.272 con un $p=0.045 < 0.05$; por lo tanto, se aceptó la H1. Existe una correlación negativa, escasa y significativa entre el estado de ánimo disfórico y el afrontamiento centrado en el problema.

iii) Prueba de hipótesis específica 5

H0: No existe una relación significativa entre la autoestima negativa y el afrontamiento improductivo en los estudiantes de sexto de primaria de una institución educativa pública de Huancayo 2022.

H1: Existe una relación significativa entre la autoestima negativa y el afrontamiento improductivo en los estudiantes de sexto de primaria de una institución educativa pública de Huancayo 2022.

En la Tabla 15 se aprecia que el coeficiente de correlación de Pearson es 0,512 con un $p=0.000 < 0.05$; en consecuencia, se aceptó la H1. Existe una correlación positiva, moderada y altamente significativa entre la autoestima negativa y el afrontamiento improductivo.

iv) Prueba de hipótesis específica 6

H0: No existe una relación significativa entre la autoestima negativa y el afrontamiento centrado en el problema en los estudiantes de sexto de primaria de una institución educativa pública de Huancayo 2022.

H1: Existe una relación significativa entre la autoestima negativa y el afrontamiento centrado en el problema en los estudiantes de sexto de primaria de una institución educativa pública de Huancayo 2022.

En la Tabla 15 se advierte un coeficiente de correlación de Pearson de -0.136 con un $p=0.322 > 0.05$; por lo tanto, se rechazó la H1 y se aceptó la H0.

Tabla 15

Correlaciones con r de Pearson

| | | Total de afrentamiento improductivo | Total de afrentamiento centrado en el problema |
|--|---|---|---|
| Total de estado de ánimo disfórico | Correlación de Pearson Sig. (bilateral) | ,556** .000 | -,272* .045 |
| Total de autoestima negativa | Correlación de Pearson Sig. (bilateral) | ,512** .000 | -.136 .322 |
| N | | 55 | |

4.1.4 Discusiones

Los resultados descriptivos indican que la mayoría de la muestra (78,2%) presentó un nivel bajo de sintomatología depresiva, seguido por el nivel moderado (21,8%). Cabe señalar que ningún estudiante evaluado mostró ausencia de sintomatología depresiva o sintomatología depresiva severa, lo que significa que todos los participantes son posibles casos clínicos o presentan indicadores para desarrollar conductas depresivas.

Este reporte descriptivo difiere de los hallazgos de Mallqui (2019) y Rosell y Hurtado (2019), quienes identificaron que el 54,4% y 10% de su muestra, respectivamente, no tuvo sintomatología depresiva. En cuanto al nivel severo de sintomatología depresiva, algunos estudios hallaron un porcentaje menor que el 18% en muestras de adolescentes (Obando, 2011; Rosell y Hurtado, 2019). Sin embargo, el presente reporte concuerda de manera general con reportes de alta frecuencia de sintomatología leve o baja en muestras similares (Obando, 2011; Rosell y Hurtado,

2019; Damas y Manrique, 2008; Meza, 2010). Si bien los resultados de la evaluación no bastan para afirmar la presencia de este problema psicológico en la población estudiada, representan un indicador que sirve para prevenir futuras apariciones.

El estilo de afrontamiento centrado en el problema se presentó en 51,7% de la muestra y el improductivo en 47,3%; si bien existe una diferencia numérica, no se conoce con certeza si es significativa. Al respecto, algunos estudios hallaron un mayor porcentaje de afrontamiento improductivo en sus muestras (Mallqui, 2019; Melgar, 2018; Purisaca y Cajahuanca, 2017); asimismo, Obando (2011) identificó en una muestra de 181 adolescentes entre 13 y 18 años que el estilo improductivo era mayor en mujeres. En ese sentido, los estudiantes de la muestra ante situaciones estresantes y conflictivas tienden a usar recursos personales y sociales a fin de solucionar el problema.

La muestra con la que se trabajó pertenece a una institución educativa pública; hay estudios en este tipo de poblaciones que identificaron mayor tasa de conductas improductivas ante los problemas en adolescentes (Muñagorri, 2019), pero los hallazgos del presente estudio no comparten esa información. Este resultado abre nuevas preguntas de investigación, tal como la siguiente: ¿Existe diferencia en los estilos de afrontamiento según tipo de institución educativa, nivel socioeconómico, grado académico y sexo en los estudiantes de Huancayo?

El análisis inferencial arrojó que existe asociación entre la sintomatología depresiva y los estilos de afrontamiento ($\chi^2=12,136$; $p=0,000$), que se condice con otros estudios donde también se halló relación (Mallqui, 2019) o donde la conducta depresiva se relacionó con algunas estrategias no productivas como ignorar el problema o autoinculparse (Penagos et al., 2013). Como se utilizó el estadígrafo chi-

cuadrado, resultó imposible determinar de qué manera se relacionan las variables; sin embargo, las hipótesis inferenciales específicas ayudaron a esclarecer esta incógnita.

Se halló relación moderada entre el afrontamiento improductivo con el estado de ánimo disfórico ($r=0,556$; $p=0,000$) y la autoestima negativa ($r=0,512$; $p=0,000$). En ese sentido, los estudiantes de la muestra que presentaron conductas depresivas leves y moderadas, también manifestaron estrategias de afrontamiento no productivo; esto limitaría sus opciones para hacer frente a situaciones estresantes, conflictivas y al contexto depresivo. Además, esto indicó que los adolescentes que no consiguen enfrentar eficazmente las situaciones problemáticas, también presentan un estado de ánimo inestable marcado por la tristeza, ira, frustración, irritabilidad etc.; así mismo, presentan falta de aprecio por sí mismos. Por el contrario, los estudiantes que usan estrategias sociales y personales que logran reducir y enfrentar satisfactoriamente los eventos estresantes, también presentan un estado de ánimo estable.

La relación entre el estilo de afrontamiento no productivo y la disforia también fue hallada por Purisaca y Cajahuanca (2017) y otros síntomas de la depresión (Obando, 2011). De lo mencionado se puede inferir lo siguiente: a) la depresión no solo se manifiesta con un ánimo disfórico y una autoestima negativa, sino también con conductas improductivas para resolver problemas; b) los problemas que enfrentan los estudiantes superan su repertorio conductual; por ende, no logran solucionar estos conflictos, lo que contribuye a que se manifiesten conductas depresivas, es decir, las carencias de contingencias de reforzamiento (usar una serie de conductas que permitan solucionar un evento estresante) tienden a desencadenar la depresión.

Existe relación negativa escasa entre el afrontamiento centrado en el problema y el estado de ánimo disfórico ($r=-0,272$; $p= 0,045$); esto quiere decir que los estudiantes de la muestra que enfrentan los problemas usando recursos personales y

sociales y logran resolverlos, tienden a manifestar un bajo nivel de conducta disfórica (estabilidad emocional). Esto concuerda con el reporte de Morales-Rodríguez (2016), quien reveló que este tipo de afrontamiento está asociado de manera positiva con la solución activa, comunicar el problema, búsqueda de información y evitación conductual. Sin embargo, el hacer frente de manera eficiente a los eventos estresantes no está vinculado con una autoestima saludable ($r=-0,136$; $p=0,322$).

A partir de los hallazgos se puede deducir lo siguiente: a) usar estrategias para resolver los problemas y que estas tengan éxito (contingencias de reforzamiento positivo) está asociado a tener un estado de ánimo estable; en ese sentido, la estabilidad emocional se entiende en términos de la relación entre el organismo y los eventos ambientales, y no como un producto de procesos mentales hipotéticos; b) el tener éxito en la resolución de problemas cotidianos no garantiza una autoestima saludable, pues se hipotetiza que existen más factores ambientales y personales que median ese fenómeno; por ejemplo, conductas orientadas a valores personales que están al margen de la posibilidad o no de resolver de manera satisfactoria un problema.

Conclusiones

Existe relación significativa entre la sintomatología depresiva y las estrategias de afrontamiento en los estudiantes de sexto de primaria de una institución educativa pública de Huancayo 2022, lo que da a entender que la experiencia al enfrentar problemas está vinculada al surgimiento de indicadores depresivos; de esto se infiere que las contingencias de reforzamiento positivo o negativo durante la resolución de eventos estresores se asocia a la manifestación de conductas depresivas.

El nivel de sintomatología mayoritario fue el bajo en los estudiantes de sexto de primaria de una institución educativa pública de Huancayo 2022, y ningún estudiante se categorizó con ausencia de sintomatología; en ese sentido, se concluye que todos los estudiantes de la muestra son casos subclínicos para desarrollar conductas depresivas.

El estilo de afrontamiento predominante centrado en el problema es el mayoritario en los estudiantes de sexto de primaria de una institución educativa pública de Huancayo 2022, comparado con el estilo predominante improductivo, pero solo se trata de una diferencia numérica y no estadística; en ese sentido, los estilos de afrontamiento se presentan de manera arbitraria en la muestra, lo cual abre la puerta a futuras investigaciones, cuyo planteamiento podría ser el siguiente: ¿Qué variables sociodemográficas, personales o ambientales predicen el estilo de afrontamiento?

Existe relación positiva moderada entre el afrontamiento improductivo y el estado de ánimo disfórico en los estudiantes de sexto de primaria de una institución educativa pública de Huancayo 2022; en ese sentido, a mayor frecuencia de conductas improductivas para resolver problemas, mayor inestabilidad y labilidad emocional.

Existe relación positiva moderada entre el afrontamiento improductivo y la autoestima negativa en los estudiantes de sexto de primaria de una institución

educativa pública de Huancayo 2022; en ese sentido, a mayor frecuencia de conductas improproductivas para resolver problemas, mayor autodesprecio.

Existe relación negativa escasa entre afrontamiento centrado en el problema y el estado de ánimo disfórico en los estudiantes de sexto de primaria de una institución educativa pública de Huancayo 2022; esto implica que a mayores recursos para resolver problemas de manera eficaz, menor incidencia de inestabilidad y labilidad emocional, es decir, la gratificación de resolver los problemas cotidianos está asociada a un estado de ánimo estable.

Finalmente, no existe relación significativa entre el afrontamiento centrado en el problema y la autoestima negativa en los estudiantes de sexto de primaria de una institución educativa pública de Huancayo 2022; esto permite considerar que tener un repertorio de conductas efectivas para resolver conflictos no garantiza una autoestima saludable, necesariamente, ya que podría haber otros factores personales y ambientales mediadores.

Recomendaciones

Se recomienda a los profesionales que realizan investigación aplicada en el campo de la conducta depresiva considerar las estrategias de afrontamiento como un componente en el proceso de tratamiento, además de programas preventivos y promocionales.

Se recomienda a los interesados en el tema que investiguen la sintomatología depresiva en otras instituciones educativas, para contrastar si el nivel bajo de sintomatología depresiva se mantiene; esto permitirá comprender mejor los cambios emocionales en los estudiantes huancaínos.

Se recomienda estudiar la variable estilos de afrontamiento en otras poblaciones similares, para contrastar si el estilo centrado en el problema es el más frecuente.

Se recomienda a los profesionales de la salud psicológica que realizan intervención que consideren al componente de afrontamiento improductivo como un factor relevante en los casos de inestabilidad emocional.

Se recomienda que se considere el estilo de afrontamiento improductivo en las intervenciones de los problemas de autoestima negativa y realizar programas preventivos y promocionales para fortalecer el desarrollo de afrontamiento productivo en los problemas.

Se recomienda a los interesados en esta línea de investigación que puedan estudiar otras variables asociadas al estado de ánimo disfórico, aparte del afrontamiento centrado en el problema, para poder predecir con éxito este problema psicológico.

Se recomienda realizar estudios comparativos de la dimensión autoestima negativa para comprobar si existen diferencias significativas en cuanto a variables sociodemográficas.

Referencias

- Amarís, M., Madariaga, C., Valle, M., & Zambrano, J. (2013). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Psicología desde el Caribe*, 30(1), 123-145.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21328600007>
- Arauzo, A., & Pascual, L. (2020). *Sintomatología depresiva en estudiantes del 4º de secundaria de dos instituciones educativas en el distrito de El Tambo, 2019* (Tesis de licenciatura, Universidad Peruana Los Andes, Facultad de Ciencias de la Salud, Huancayo, Perú).
<https://repositorio.upla.edu.pe/handle/20.500.12848/2316>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5a ed.). Médica Panamericana.
- Ávila, C., & Espinoza, J. (marzo-julio de 2016). Indicadores de depresión en niños de cuarto a sexto grado de primaria en la ciudad de Huancayo. *Horizonte de la Ciencia*, 6(10), 195-203.
<https://revistas.uncp.edu.pe/index.php/horizontedelaciencia/article/view/369>
- Barlow, D., & Durand, M. (2008). *Psicopatología* (3a ed.). Paraninfo.
- Barraca, J. (2009). La activación conductual (AC) y la terapia de activación conductual para la depresión (TACD): dos protocolos de tratamiento desde el modelo de la activación conductual. *EduPsykhé*, 8(1), 23-50.
<http://repositorio.ucjc.edu/handle/20.500.12020/171>

- Barradas, M. (2014). *Depresión en estudiantes universitarios: una realidad indeseable*. Palibrio. books.google.es/books?isbn=9781463380472
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B., & Emery, G. (2010). *Terapia cognitiva de la depresión* (19a ed.). Bilbao: Descleé de Brouwer.
https://www.academia.edu/28242118/Terapia_cognitiva_de_la_depresion_Aaron_T_Beck_19a_ed
- Canessa, B. (2002). Adaptación psicométrica de las Escalas de afrontamiento para adolescentes de Frydenberg y Lewis en un grupo de escolares de Lima Metropolitana. *Persona*, (5), 191-233.
<https://doi.org/10.26439/persona2002.n005.876>
- Carrillo, D., & Muñoz, E. (2010). *Estudio de la depresión infantil en los niños de pre-escolar* (Tesina de licenciatura, Universidad de Cuenca, Facultad de Psicología. Cuenca, Ecuador). <https://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/2184/>
- Damas, J., & Manrique, S. (2018). *Niveles de sintomatología depresiva en alumnos del 3er grado de secundaria de instituciones educativas de las ciudades de Huancayo, Satipo y Huancavelica 2017* (Tesis de licenciatura, Universidad Peruana Los Andes, Facultad de Ciencias de la Salud. Huancayo, Perú).
<http://www.repositorio.upla.edu.pe/handle/20.500.12848/325>
- Dine, J. (2010). A global crisis? En *Companies, international trade and human rights*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/cbo9780511660139.002>
- Echeburúa, E., De Corral, P., & Amor, P. (2001). Estrategias de afrontamiento ante los sentimientos de culpa. *Análisis y Modificación de Conducta*, 27(116), 905-929. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7061554>

- Fierro, A. (1997). Estrés, afrontamiento y adaptación. En M. Hombrados (comp.), *Estrés y salud* (pp. 9-38). Valencia: Promolibro.
<http://www.preventoronline.com/imagesbd/down/aénex6457.pdf>
- Freixa, E. (2003). ¿Qué es la conducta? *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3(3), 595-613. http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-89.pdf
- Grieve, A. (2015). *Comparación entre la presencia de sintomatología depresiva en niños de 8 a 10 años con leucemia, discapacidad física y ausencia de problemas de salud física en Lima Metropolitana* (Tesis de licenciatura, Universidad de Lima, Escuela de Humanidades. Lima, Perú).
<https://hdl.handle.net/20.500.12724/1722>
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación* (6a ed.). México D.F.: McGraw-Hill / Interamericana Editores.
<https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>
- Huamanttica, R. (2016). Depresión infantil: un problema desconocido por la sociedad peruana. *Cultura*, 30, 253-259.
https://www.revistacultura.com.pe/revistas/RCU_30_depresion-infantil-un-problema-desconocido-por-la-sociedad-peruana.pdf
- Hutchinson, L., & Meza, F. (2020). *Estilos de afrontamiento y violencia en niños residentes de casas de acogida residencial en Lima* (Tesis de licenciatura, Universidad Ricardo Palma, Facultad de Psicología. Lima, Perú).
<https://hdl.handle.net/20.500.14138/3515>
- Izquierdo, M. (2020). *Estrategias de afrontamiento: una revisión teórica* (Trabajo de grado, Universidad Señor de Sipán, Facultad de Humanidades. Pimentel, Perú).
<https://hdl.handle.net/20.500.12802/6889>

- Lanchipa, M. (2019). *Estresores cotidianos y el afrontamiento del estrés en niños de 8 a 11 años de la ciudad de Arequipa* (Tesis de maestría, Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa, Escuela de Postgrado. Arequipa, Perú).
<http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/9603>
- León, M. (2013). Adaptación del inventario de depresión infantil de Kovacs en escolares de la UGEL 02 de Lima Metropolitana. *PsiqueMag*, 1, 27-44.
<https://docplayer.es/36866563-Adaptacion-del-inventario-de-depresion-infantil-de-kovacs-en-escolares-de-la-ugel-02-de-lima-metropolitana.html>
- Mallqui, J. (2019). *Sintomatología depresiva y estilos de afrontamiento en adolescentes del 5° de secundaria de la Institución Educativa Juana Moreno Huánuco 2017* (Tesis de licenciatura, Universidad de Huánuco, Facultad de Ciencias de la Salud. Huánuco, Perú).
<http://repositorio.udh.edu.pe/handle/123456789/1758>
- Márquez, S. (2006). Estrategias de afrontamiento del estrés en el ámbito deportivo: fundamentos teóricos e instrumentos de evaluación. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(2), 359-378.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33760209>
- Más de 33 mil casos de depresión se registraron durante el 2020 en Junín. (2020). *Antena92*. <https://antena92.com/mas-de-33-mil-casos-de-depresion-se-registraron-durante-el-2020-en-junin-video/>
- Melgar, L. (2018). *Estrés cotidiano infantil y estrategias de afrontamiento en estudiantes de nivel primaria de Chiclayo* (Tesis de licenciatura, Universidad Señor de Sipán, Facultad de Humanidades. Pimentel, Perú).
<https://hdl.handle.net/20.500.12802/6459>

- Melo-Vega, C. (2009). *Sintomatología depresiva en niños trabajadores y no trabajadores que asisten a escuelas públicas de Lima Metropolitana* (Tesis de licenciatura, Pontificia Universidad Católica del Perú, Facultad de Letras y Ciencias Humanas. Lima, Perú). <http://hdl.handle.net/20.500.12404/417>
- Meza, F. (2019). *Prevalencia de depresión en estudiantes de 13 a 15 años de la I.E. "Alipio Ponce Vásquez", 2018* (Tesis de licenciatura, Universidad Continental, Facultad de Humanidades. Huancayo, Perú). <https://hdl.handle.net/20.500.12394/6057>
- Morales-Rodríguez, F. (2016). Relaciones entre estrategias de afrontamiento del estrés cotidiano y variables psicoeducativas. En J. Castejón (coord.). *Psicología y educación: presente y futuro* (pp. 206-211). Asociación Científica de Psicología y Educación. https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/63896/1/Psicologia-y-educacion_22.pdf
- Morán, F. (2018). *Evidencias de validez de la escala de afrontamiento para niños en alumnos del nivel primario del distrito de Trujillo* (Tesis de licenciatura, Universidad César Vallejo, Facultad de Humanidades. Trujillo, Perú). <https://hdl.handle.net/20.500.12692/11303>
- Muñagorri, S. (2019). *Estrés infantil, estilo de afrontamiento y resiliencia (edades comprendidas entre los 10 y 12 años)* (Trabajo de máster, Universidad Pontificia Comillas, Facultad de Ciencias Humanas y Sociales. Madrid, España). <http://hdl.handle.net/11531/53814>
- Naciones Unidas. (13 de mayo de 2020). Informe de políticas: la Covid-19 y la necesidad de actuar en relación con la salud mental. https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/policy_brief_-

_covid_and_mental_health_spanish.pdf

- Obando, R. (2011). *Sintomatología depresiva y afrontamiento en adolescentes escolares de Lima* (Tesis de licenciatura, Pontificia Universidad Católica del Perú, Facultad de Letras y Ciencias Humanas. Lima, Perú).
<https://core.ac.uk/download/pdf/196537238.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento* (2a ed.). Madrid: Médica Panamericana. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42326>
- Organización Mundial de la Salud. (13 de setiembre de 2021). Depresión: datos y cifras. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Penagos, G., Reyes, Y., Rodríguez, M., & Gantiva, C. (2013). *Ansiedad, depresión y estrategias de afrontamiento en adolescentes víctimas de explotación sexual* (Informe de investigación, Universidad de La Sabana, Facultad de Psicología. Bogotá, Colombia). <http://hdl.handle.net/10818/9494>
- Pérez, M. (mayo-agosto de 2007). La activación conductual y la desmedicalización de la depresión. *Papeles del Psicólogo*, 28(2), 97-110.
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77828207>
- Piemontesi, S., & Heredia, D. (2009). Afrontamiento ante exámenes: desarrollos de los principales modelos teóricos para su definición y medición. *Anales de Psicología*, 25(1), 102-111. <https://revistas.um.es/analesps/article/view/71551>
- Puerta, J., & Padilla, D. (julio-diciembre de 2011). Terapia cognitiva-conductual (TCC) como tratamiento para la depresión: una revisión del estado del arte. *Duazary*, 8(2), 251-257. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=512156315016>

- Purisaca, J., & Cajahuanca, A. (2017). *Sintomatología depresiva y afrontamiento en escolares de nivel secundario de una institución educativa estatal de la Provincia Constitucional del Callao* (Tesis de licenciatura, Universidad Católica Sedes Sapientiae, Facultad de Ciencias de la Salud. Lima, Perú).
<https://hdl.handle.net/20.500.14095/215>
- Rodríguez-Marín, J., Pastor, A., & Lopez-Roig, S. (1993). Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. *Psicothema*, 5, 349-372.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72709924>
- Rosell, C., & Hurtado, I. (2019). *Nivel de depresión en estudiantes de dos instituciones educativas públicas, de Chupaca y Jauja, 2019* (Tesis de licenciatura, Universidad Peruana Los Andes, Facultad de Ciencias de la Salud. Huancayo, Perú). <http://www.repositorio.upla.edu.pe/handle/20.500.12848/1842>
- Rueda, M., & Aguado, A. (2003). *Estrategias de afrontamiento y proceso de adaptación a la lesión medular*. Madrid: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales. <http://hdl.handle.net/11181/3220>
- Souto-Gestal, A., Cabanach, R., & Franco, V. (2018). Sintomatología depresiva y estrategias de afrontamiento activo en estudiantes de Fisioterapia. *European Journal of Health Research*, 4(3), 149-157.
<https://doi.org/10.30552/ejhr.v4i3.118>
- Steiner, D. (2005). *La teoría de la autoestima en el proceso terapéutico para el desarrollo del ser humano* (Trabajo de grado, Tecana American University. Maracaibo, Venezuela).
https://tauniversity.org/sites/default/files/tesis/tesis_daniela_steiner.pdf
- Tapia, G. (2017). *Afrontamiento y clima social escolar en los estudiantes del V ciclo*

de primaria de la I. E. "Lara Bonilla", Lurín (Tesis de maestría, Universidad César Vallejo, Escuela de Posgrado. Lima, Perú).

<https://hdl.handle.net/20.500.12692/22076>

Vázquez, F., Muñoz, R., & Becoña, E. (2000). Depresión: diagnóstico, modelos teóricos y tratamiento a finales del siglo XX. *Psicología Conductual*, 8(3), 417-449. <https://www.behavioralpsycho.com/producto/depresion-diagnostico-modelos-teoricos-y-tratamiento-a-finales-del-siglo-xx/>

World Health Organization. (2014). *Health for the world's adolescents: a second chance in the second decade*. Ginebra (Suiza): Autor.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/112750>

Anexos

Anexo 1. Matriz de consistencia: Sintomatología depresiva y estrategias de afrontamiento en estudiantes de sexto de primaria de una institución educativa pública de Huancayo 2022

| PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN | OBJETIVOS | HIPÓTESIS | VARIABLES | DIMENSIONES | MÉTODO |
|--|---|--|---|--|--|
| <p>Problema general: ¿Qué relación existe entre la sintomatología depresiva y las estrategias de afrontamiento predominantes en los estudiantes de sexto de primaria de una institución educativa pública de Huancayo 2022?</p> | <p>Objetivo general: Determinar la relación que existe entre la sintomatología depresiva y las estrategias de afrontamiento predominantes en los estudiantes de sexto de primaria de una institución educativa pública de Huancayo 2022.</p> | <p>Hipótesis: Existe una relación significativa entre la sintomatología depresiva y las estrategias de afrontamiento predominantes en los estudiantes de sexto de primaria de una institución educativa pública de Huancayo 2022.</p> | <p>V1: Sintomatología depresiva</p> | <p>Estado de ánimo disfórico Autoestima negativa</p> | <p>Método: Científico hipotético-deductivo Enfoque: Cuantitativo Tipo de investigación: Básico, observacional prospectivo, transversal y analítico. Nivel de la investigación: Descriptivo-correlacional Diseño: No experimental; transversal; descriptivo correlacional.</p> |

| | | | | | |
|---|---|---|--|--|--|
| <p>Problemas específicos: P1: ¿Cuál es el nivel de sintomatología depresiva mayoritario en los estudiantes de sexto de primaria de una institución educativa pública de Huancayo 2022?</p> | <p>Objetivos específicos: O1: Determinar el nivel de sintomatología depresiva mayoritario en estudiantes de sexto de primaria de una institución educativa pública de Huancayo 2022.</p> | <p>Hipótesis específicas: HE1: El nivel de sintomatología depresiva mayoritario es bajo en los estudiantes de sexto de primaria de una institución educativa pública de Huancayo 2022.</p> | <p>V2: Estrategias de afrontamiento</p> | <p>Afrontamiento improductivo Afrontamiento centrado en el problema</p> | |
| <p>P2: ¿Cuál es la estrategia de afrontamiento predominante en los estudiantes de sexto de primaria de una institución educativa pública de Huancayo 2022?</p> | <p>O2: Determinar la estrategia de afrontamiento predominante en los estudiantes de sexto de primaria de una institución educativa pública de Huancayo 2022.</p> | <p>HE2: La estrategia de afrontamiento predominante es centrada en el problema en estudiantes de sexto de primaria de una institución educativa pública de Huancayo 2022.</p> | | | <p>Población: Finita, 300 estudiantes del sexto de primaria del colegio Madre Teresa de Calcuta 2022.</p> |

| | | | | | |
|---|---|---|--|--|---|
| <p>P3: ¿Qué relación existe entre el estado de ánimo disfórico y el afrontamiento improductivo en los estudiantes de sexto de primaria de una institución educativa pública de Huancayo 2022?</p> | <p>O3: Identificar la relación que existe entre el estado de ánimo disfórico y el afrontamiento improductivo en los estudiantes de sexto de primaria de una institución educativa pública de Huancayo 2022.</p> | <p>HE3: Existe una relación significativa entre el estado de ánimo disfórico y el afrontamiento improductivo en los estudiantes de sexto de primaria de una institución educativa pública de Huancayo 2022.</p> | | | <p>Muestra: Muestreo censal.</p> |
| <p>P4: ¿Qué relación existe entre el estado de ánimo disfórico y el afrontamiento centrado en el problema en los estudiantes de sexto de primaria de una institución educativa pública de Huancayo 2022?</p> | <p>O4: Identificar la relación que existe entre el estado de ánimo disfórico y el afrontamiento centrado en el problema en los estudiantes de sexto de primaria de una institución educativa pública de Huancayo 2022.</p> | <p>HE4: Existe una relación significativa entre el estado de ánimo disfórico y el afrontamiento centrado en el problema en los estudiantes de sexto de primaria de una institución educativa pública de Huancayo 2022.</p> | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|--|--|--|
| <p>P5: ¿Qué relación existe entre la autoestima negativa y el afrontamiento improductivo en los estudiantes de sexto de primaria de una institución educativa pública de Huancayo 2022?</p> | <p>O5: Identificar la relación que existe entre la autoestima negativa y el afrontamiento improductivo en los estudiantes de sexto de primaria de una institución educativa pública de Huancayo 2022.</p> | <p>HE5: Existe una relación significativa entre la autoestima negativa y el afrontamiento improductivo en los estudiantes de sexto de primaria de una institución educativa pública de Huancayo 2022.</p> | | | |
| <p>P6: ¿Qué relación existe entre la autoestima negativa y el afrontamiento centrado en el problema en los estudiantes de sexto de primaria de una institución educativa pública de Huancayo 2022?</p> | <p>O6: Identificar la relación que existe entre la autoestima negativa y el afrontamiento centrado en el problema en los estudiantes de sexto de primaria de una institución educativa pública de Huancayo 2022.</p> | <p>HE6: Existe una relación significativa entre la autoestima negativa y el afrontamiento centrado en el problema en los estudiantes de sexto de primaria de una institución educativa pública de Huancayo 2022.</p> | | | |

Anexo 2. Instrumentos

Instrumento de evaluación para la variable Sintomatología depresiva
Inventario de Depresión Infantil de Kovacs - CDI aplicación en niños de entre 7
y 15 años

Edad:

Sexo:

Grado escolar:

Fecha de hoy:

INSTRUCCIONES

En el presente cuestionario No hay respuestas correctas o incorrectas, únicamente señala la frase que describa mejor **CÓMO TE HAS SENTIDO** últimamente. Marca con una (X) en el rectángulo de la frase que mejor te describe. **DE LAS TRES FRASES QUE SE PRESENTAN EN CADA PREGUNTA, ESCOGE SOLO UNA, LA QUE MÁS SE ACERQUE A CÓMO TE SIENTES.**

| | | |
|---|---|--|
| 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 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 muy terribles. | |
| 7 | Me odio. | |
| | No me gusta cómo soy. | |
| | Me gusta cómo 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 hacer los deberes. | |
| | Muchas veces me cuesta ponerme hacer los deberes. | |
| | No me cuesta ponerme hacer los deberes. | |
| 16 | Todas las noches me cuesta dormir. | |
| | Muchas noches me cuesta dormir. | |
| | 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 solo 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. | |

Escala de Afrontamiento para Niños (EAN)

Edad: _____ Sexo: (Femenino) (Masculino)

Grado de estudios: _____ Fecha de la evaluación: _____

A continuación, encontrarás una serie de frases que se refieren a distintas reacciones sobre determinados problemas. Señala en cada frase, con un X en la casilla correspondiente, si esta reacción no te sucede nunca, algunas veces o muchas veces.

| Nº | ÍTEMS | Nunca | Algunas veces | Muchas veces |
|---|---|-------|---------------|--------------|
| CUANDO HAY ALGÚN PROBLEMA EN CASA | | | | |
| 1 | Me da igual. | | | |
| 2 | Pienso en otra cosa para no acordarme del problema. | | | |
| 3 | Intento solucionar el problema utilizando todos los medios posibles. | | | |
| 4 | Hablo y le cuento el problema a otras personas (por ejemplo, familiares, profesores/as, amigos/as, etc.). | | | |
| 5 | Pido consejo a otras personas sobre qué hacer (por ejemplo, familiares, profesores/as, amigos/as, etc.). | | | |
| 6 | Busco otra cosa que hacer para no pensar en el problema. | | | |
| 7 | Me peleo y discuto con mis familiares. | | | |
| 8 | Pienso que todo se va a arreglar. | | | |
| 9 | Guardo mis sentimientos para mí solo/a. | | | |
| CUANDO ME PONGO ENFERMO/A Y TENGO QUE IR AL MÉDICO | | | | |
| 10 | Intento solucionar el problema utilizando todos los medios posibles. | | | |
| 11 | Busco otra cosa que hacer para no pensar en el problema. | | | |
| 12 | Pido consejo a otras personas sobre qué hacer (por ejemplo, familiares, profesores/as, amigos/as, etc.). | | | |
| 13 | Me da igual. | | | |
| 14 | Pienso que todo se va a arreglar. | | | |
| 15 | Hablo y cuento el problema a otras personas (por ejemplo, familiares, profesores/as, amigos/as, etc.). | | | |
| 16 | Me peleo y discuto con mis familiares. | | | |
| 17 | Guardo mis sentimientos para mí solo/a. | | | |
| CUANDO TENGO PROBLEMAS CON LAS NOTAS | | | | |
| 18 | Me da igual. | | | |
| 19 | Intento solucionar el problema utilizando todos los medios posibles. | | | |
| 20 | Pido consejo a otras personas sobre qué hacer (por ejemplo, familiares, profesores/as, amigos/as, | | | |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | etc.). | | | |
| 21 | Pienso en otra cosa para no acordarme del problema. | | | |
| 22 | Hablo y cuento el problema a otras personas (por ejemplo, familiares, profesores/as, amigos/as, etc.). | | | |
| 23 | Busco otra cosa que hacer para no pensar en el problema. | | | |
| 24 | Me peleo y discuto con mis familiares, profesores/as, etc. | | | |
| 25 | Pienso que todo se va a arreglar | | | |
| 26 | Guardo mis sentimientos para mí solo/a. | | | |
| CUANDO TENGO PROBLEMAS CON ALGÚN COMPAÑERO/A DE CLASE | | | | |
| 27 | Pido consejo a otras personas sobre qué hacer (por ejemplo, familiares, profesores/as, amigos/as, etc.). | | | |
| 28 | Intento solucionar el problema utilizando todos los medios posibles. | | | |
| 29 | Busco otra cosa que hacer para no pensar en el problema. | | | |
| 30 | Guardo mis sentimientos para mí solo/a. | | | |
| 31 | Hablo y cuento el problema a otras personas (por ejemplo, familiares, profesores/as, amigos/as, etc.). | | | |
| 32 | Me peleo y discuto con él o ella. | | | |
| 33 | Me da igual. | | | |
| 34 | Pienso que todo se arreglará. | | | |
| 35 | Pienso en otra cosa para no acordarme del problema. | | | |

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES

“Sintomatología depresiva y estrategias de afrontamiento en estudiantes de sexto de primaria de una institución educativa pública de Huancayo 2022”

Se le invita a ser participante de esta investigación que tiene el objetivo de evaluar el nivel de sintomatología depresiva y las estrategias de afrontamiento en estudiantes de primaria de una institución educativa pública de Huancayo-2022. Por este motivo, usted deberá responder con la mayor honestidad: un formulario con algunos datos personales generales, y dos encuestas. Usted podrá tomar el tiempo necesario y es libre de no participar o de dejar de participar si así lo considera. Si decide participar en el estudio tenga en cuenta las siguientes consideraciones:

Riesgos:

La aplicación de estas encuestas no representa ningún riesgo para su salud.

Beneficios:

Se establecerá un diagnóstico institucional acerca de los factores protectores de la salud mental; este permitirá planificar una futura intervención de prevención psicopatológica y promoción de la salud mental en la institución. Los costos serán cubiertos por los investigadores.

Costos y compensación:

No deberá pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirá incentivo económico o de otra índole.

Confidencialidad:

Su información será manejada bajo total anonimato. Si los resultados de este seguimiento son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participaron en este estudio.

Declaración y/o consentimiento

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo las actividades en las que participaré si decido ingresar al estudio; también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento.

Nombres y Apellidos del participante:

| |
|--|
| |
|--|

Fecha:

Investigadores:

Molina Soria, Francisco

Orihuela Gutiérrez, Milagros

Anexo 4. Autorización de la institución

Huancayo, 17 de Enero, 2022

ACEPTACIÓN PARA APLICACIÓN DE INSTRUMENTO

Ciudad: Huancayo

ASUNTO: ACEPTACIÓN PARA REALIZACIÓN DE INVESTIGACIÓN CON ESTUDIANTES DE 6^{to} DE PRIMARIA

Reciban un cordial saludo, Milagros Floriany Orihuela Gutiérrez y, Héctor Francisco Molina Soria, identificados con DNI: 72257236 Y 70253826 y teléfono celular 966955371 y 924 039 328 respectivamente.

Por medio de la presente se otorga autorización para la aplicación de los instrumentos de investigación. Comprometiéndose a que la recolección de datos se realizará con los debidos protocolos de bioseguridad seguridad, por lo que no perjudicará la salud de los estudiantes de la I.E 30218 "Madre Teresa de Calcuta".

Sin otro particular, me despido.



Lic. Dalila P. Carlos B.
DIRECTORA

Dalila Precila Carlos Belito
Directora de la I.E 30218 "Madre
Teresa de Calcuta"

Anexo 5. Fotos de la recolección de datos



