

FACULTAD DE HUMANIDADES

Escuela Académico Profesional de Psicología

Tesis

**Síntomas depresivos en estudiantes de educación
primaria de instituciones educativas de la ciudad de
Arequipa, 2024**

Marilia Rosita Briceño Alvarado
Jennifer Susan Ccoyori Condori

Para optar el Título Profesional de
Licenciada en Psicología

Arequipa, 2024

Repositorio Institucional Continental
Tesis digital



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

INFORME DE CONFORMIDAD DE ORIGINALIDAD DE TRABAJO DE TESIS

A : Eliana Carmen Mory Arciniega
Decana de la Facultad de Humanidades

DE : Mg. Roberto Orestes Carranza Chipana
Asesor de trabajo de investigación

ASUNTO : Remito resultado de evaluación de originalidad de trabajo de tesis

FECHA : 27 de noviembre de 2024

Con sumo agrado me dirijo a vuestro despacho para informar que, en mi condición de asesor del trabajo de investigación:

Título:

Síntomas Depresivos en Estudiantes de Educación Primaria de Instituciones Educativas de la Ciudad de Arequipa, 2024

Autores:

1. Marilia Rosita Briceño Alvarado – EAP. Psicología
2. Jennifer Susan Ccoyori Condori – EAP. Psicología

Se procedió con la carga del documento a la plataforma "Turnitin" y se realizó la verificación completa de las coincidencias resaltadas por el software dando por resultado 20 % de similitud sin encontrarse hallazgos relacionados a plagio. Se utilizaron los siguientes filtros:

- Filtro de exclusión de bibliografía SI NO
- Filtro de exclusión de grupos de palabras menores SI NO
Nº de palabras excluidas (**en caso de elegir "SI"**): 15
- Exclusión de fuente por trabajo anterior del mismo estudiante SI NO

En consecuencia, se determina que el trabajo de investigación constituye un documento original al presentar similitud de otros autores (citas) por debajo del porcentaje establecido por la Universidad Continental.

Recae toda responsabilidad del contenido del trabajo de investigación sobre el autor y asesor, en concordancia a los principios expresados en el Reglamento del Registro Nacional de Trabajos conducentes a Grados y Títulos – RENATI y en la normativa de la Universidad Continental.

Atentamente,

Mg. Roberto Orestes Carranza Chipana
Asesor de trabajo de investigación

Agradecimientos

A nuestras familias, por el apoyo incondicional que nos han brindado a lo largo de la vida.

A nuestro asesor, Mag. Roberto Carranza Chipana, por su guía a lo largo de varios meses de investigación.

A la Universidad Continental, por su formación durante toda la carrera profesional.

A nuestros docentes, por el esfuerzo y dedicación que le ponen a su trabajo en la formación de futuros profesionales.

A los directores(as) de cada institución educativa, por formar parte y permitirnos realizar nuestra investigación.

Y, finalmente, a los padres de familia y niños de las instituciones educativas, ya que sin su apoyo no habría sido posible llevar a cabo la presente investigación.

Dedicatoria

A mi abuelo, en su memoria, quien me enseñó el amor por el conocimiento.

A mi madre, por enseñarme la perseverancia.

A mi mamuchi y a mi hermana, por la motivación y apoyo incondicional.

Jennifer

A mi mamita Ruth, por su amor, guía y comprensión a lo largo de toda mi vida.

A mi hermanita Sol, por su cariño y soporte.

A mi Rosita, mi papá Lucho y mi tía Aida, por su apoyo incondicional.

A Sofía, por permitirme soñar.

Marilia

Índice de Contenidos

Agradecimientos.....	iv
Dedicatoria.....	v
Índice de Contenidos.....	vi
Lista de Tablas	ix
Lista de Figuras.....	x
Resumen.....	xi
Abstract.....	xii
Introducción	xiii
Capítulo I.....	19
Planteamiento del Problema de Investigación	19
1.1 Planteamiento del Problema	19
1.2 Problemas de Investigación	31
1.2.1 Problema General.	31
1.2.2 Problemas Específicos.	31
1.3 Objetivos.....	32
1.3.1 Objetivo General.....	32
1.3.2 Objetivos Específicos.	32
1.4 Hipótesis	32
1.5 Operacionalización de Variables	34
1.6 Justificación del Estudio	36
Capítulo II.....	40
Marco Teórico	40
2.1 Antecedentes del Problema.....	40

2.1.1 Antecedentes Internacionales.	40
2.1.2 Antecedentes Nacionales.	43
2.1.3 Antecedentes Locales.	45
2.2 Bases Teóricas	48
2.2.1 Teoría sobre la Depresión Infantil.	48
2.2.1.1. Modelo Cognitivo.....	48
2.2.1.2. Modelo de la Indefensión Aprendida.	50
2.2.1.3. Modelo de Autocontrol.	52
2.2.1.4. Modelo Socioambiental.....	52
2.3 Definición de Términos Básicos.....	53
Capítulo III.....	58
Diseño Metodológico.....	58
3.1 Tipo de Investigación.....	58
3.2 Población y Muestra	59
3.2.1 Población.	59
3.2.2 Muestra.	59
3.3 Criterios de Inclusión y Exclusión.....	60
3.3.1 Criterios de Inclusión.....	60
3.3.2 Criterios de Exclusión.....	60
3.4 Técnicas de Recolección y Análisis de la Información	61
3.5 Procedimiento de Recolección de Datos	62
3.6 Análisis de Datos	64
3.7 Aspectos Éticos.....	65
Capítulo IV	66
Resultados.....	66

4.1 Presentación de Resultados.....	66
4.2 Discusión	77
Conclusiones	90
Recomendaciones	92
Referencias.....	94
Anexos	102

Lista de Tablas

Tabla 1 Criterios Weinberg.....	25
Tabla 2 Síntomas de la depresión infantil.....	26
Tabla 3 Operacionalización de sintomatología depresiva acorde con Arévalo	34
Tabla 4 Relación de instituciones educativas consideradas como muestra.	60
Tabla 5 Ficha técnica de la adaptación peruana del Inventario de Depresión Infantil	61
Tabla 6 Prevalencia de las categorías de síntomas depresivos en estudiantes de cuarto, quinto y sexto de primaria.....	66
Tabla 7 Prevalencia de las categorías de la dimensión de estado de ánimo disfórico en estudiantes de cuarto, quinto y sexto de primaria.....	68
Tabla 8 Prevalencia de las categorías de la dimensión de ideas de autodesprecio en estudiantes de cuarto, quinto y sexto de primaria.....	70
Tabla 9 Prevalencia de las categorías de síntomas depresivos presentes en diversas edades de los estudiantes	73
Tabla 10 Prevalencia de las categorías de síntomas depresivos en los estudiantes de sexo femenino y masculino.....	76

Lista de Figuras

Figura 1 Modelo cognitivo de la depresión	49
Figura 2 Prevalencia de las categorías de síntomas depresivos en estudiantes de cuarto, quinto y sexto de primaria.....	67
Figura 3 Prevalencia de las categorías de la dimensión de estado de ánimo disfórico en estudiantes de cuarto, quinto y sexto de primaria.....	69
Figura 4 Prevalencia de las categorías de la dimensión de ideas de autodesprecio en estudiantes de cuarto, quinto y sexto de primaria.....	71
Figura 5 Prevalencia de las categorías de síntomas depresivos presentes en diversas edades de los estudiantes	74
Figura 6 Prevalencia de las categorías de síntomas depresivos en los estudiantes de sexo femenino y masculino.....	76

Resumen

La presente investigación tiene como objetivo determinar la prevalencia de síntomas depresivos en estudiantes de cuarto, quinto y sexto grado de primaria de instituciones educativas de la ciudad de Arequipa, 2024. El estudio es de enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, diseño no experimental y de corte transversal. Así mismo, la muestra está conformada por 427 estudiantes. Para la recopilación de la información se aplicó el Inventario de Depresión Infantil CDI de Kovacs, adaptación de Arévalo (2008). Los resultados muestran que el 62.5 % de los estudiantes no tienen presencia de síntomas depresivos, el 34.0 % registra presencia de síntomas mínima y moderada, el 2.3 % tiene presencia de síntomas depresivos marcada o severa y el 1.2 % en grado máximo. En cuanto a las dimensiones, ambas registraron mayor presencia de síntomas depresivos mínima a moderada, con un 52.5 % en la dimensión de estado de ánimo disfórico y un 50.3 % en la dimensión de ideas de autodesprecio. En cuanto a las edades, los estudiantes de 9, 10, 11 y 12 años no presentaron síntomas depresivos en un alto porcentaje; sin embargo, los estudiantes de 13 años equivalentes a $n = 3$ sí presentaron mayor prevalencia. Así mismo, el sexo masculino tendría mayor tendencia a presentar síntomas depresivos con un porcentaje del 46.7 %, mientras que el sexo femenino presenta un 28.2 %. Por tanto, se concluye que, si bien en la mayoría de la muestra no se registraron síntomas depresivos, se debe considerar los porcentajes hallados de manera aislada en cuanto a dimensiones, edad y sexo, ya que es evidente la necesidad en abordar la problemática tratada en esta investigación.

Palabras claves: ánimo disfórico, depresión infantil, ideas de autodesprecio, infantojuvenil, salud mental

Abstract

The present research aims to determine the prevalence of depressive symptoms in fourth, fifth and sixth grade primary school students from educational institutions in the city of Barcelona, and sixth grade of primary school in educational institutions in the city of Arequipa, 2024. Arequipa, 2024. The study is a quantitative, descriptive, non-experimental, cross-sectional design, non-experimental and cross-sectional design. The sample is made up of 427 students. The sample consisted of 427 students. For the collection of information, the Depression Inventory The Kovacs Childhood Depression Inventory (CDI), adapted by Edmundo Arévalo Luna, will be used for the Arévalo (2008). The results show that 62.5% of the students do not have depressive symptoms. students have no presence of depressive symptoms, 34.0% register minimal and moderate presence of minimal and moderate symptoms, 2.3% have the presence of marked or severe depressive symptoms. depressive symptoms marked or severe, and 1.2% at the maximum degree. In terms of the In terms of dimensions, both recorded a greater presence of minimal to moderate depressive symptoms, with 52.5% of respondents having moderate, with 52.5% in the dimension of dysphoric mood and 50.3% in the dimension of self-deprecation.in the dimension of self-deprecation. In terms of age, students aged 9, 10, 11 and 12 did not present depressive symptoms in a high percentage; however, students aged 13 (n = 3) did present a higher prevalence of depressive symptoms. Likewise, the male sex would have a higher tendency to present depressive symptoms with a percentage of 46.7%, while the female sex presents a percentage of 28.2%. Therefore, it is concluded that, although in the majority of the sample there were no depressive symptoms, the percentages found should be considered in isolation in terms of dimensions, age, and sex, as it is clear that there is a need to address the problem addressed in this research.

Keywords: child and adolescent depression, childhood depression, dysphoric mood, mental health, self-deprecating ideas

Introducción

En la actualidad, los síntomas de depresión en la población infantojuvenil aún presentan limitaciones para poder ser identificados como tal, ya que actualmente en el Perú y a nivel mundial, es un tema de investigación poco estudiado, pues la mayoría de las investigaciones consideran más a la población de adolescentes y adultos. Es por lo que en el Perú, en el área de psicología clínica se estandarizó el uso del Manual clínico CIE 10, pero el que es para población joven y adulta, en el que se ubican los trastornos depresivos dentro de la categoría de trastornos del humor (afectivos); desde la tipificación F32 a la F39, están los apartados de los que se pueden considerar los criterios diagnósticos para detectar sintomatología depresiva en población joven y adulta, sin embargo en la presente investigación se cita al CIE 10 para población infantojuvenil, ya que estos serían los que más se acercan para realizar una valoración de síntomas depresivos en niños y adolescentes, así como, también se suele hacer uso de los criterios de Weinberg que están enfocados en dicha población. Y aun así, sigue siendo complicado poder identificar con relativa exactitud los síntomas de depresión en la población infantojuvenil.

En relación con este tema mencionado, Caballo y Simón (2013) en el Manual de Psicología Clínica infantil y del adolescente, refieren que la depresión en la población infantojuvenil es compleja y presenta características principales de un estado de ánimo disfórico, desmotivación, alteraciones en el apetito, sueño, cansancio, pobre autoestima, culpabilidad, poca concentración, inseguridad al momento de decidir, ideas o intentos de suicidio y problemas en la conducta adaptativa; esto afecta negativamente el estado físico y psicológico del sujeto a nivel personal, familiar, escolar o social. Las características varían o cambian según la edad, ya que en las etapas tempranas de desarrollo habría una tendencia en afectar más «los sistemas psicofisiológicos y motores» (p. 139). Así mismo, es necesario

considerar el tiempo de prevalencia, al momento de diagnosticar a la población infantojuvenil (Caballo y Simón, 2013).

Al haber síntomas depresivos en la población infantojuvenil, estos afectarán en su desarrollo personal, rendimiento académico y sus relaciones interpersonales, desembocando en un incremento en la agresividad, conductas de riesgo, trastornos de la conducta alimentaria, entre otros (Sanidad MDE, Igualdad SSE, 2018, como se citó en Gallego et al., 2020). Así mismo, es importante mencionar que entre el 40 % y el 90 % de menores con diagnósticos de depresión presentan otros trastornos psiquiátricos y alrededor del 50 % sufre dos o más trastornos comórbidos. Los diagnósticos más frecuentes son los de ansiedad, seguidos por trastornos exteriorizados, TDAH y, en adolescentes, trastornos por consumo de sustancias psicoactivas (AACAP, 2007, citado por Vallejo, 2011).

Bajo ese contexto, las investigaciones realizadas en el tema de interés dentro y fuera del país son escasas. Es por lo que es de relevancia presentar algunas de estas investigaciones de mayor interés, como es el caso de España, país en el que se realizó un estudio de prevalencia del diagnóstico de depresión en niños en edad escolar, encontrando una prevalencia del 1.6 %. Así mismo, la prevalencia de síntomas depresivos –sin llegar a considerarse como diagnóstico– en la población mencionada alcanza el 3.4 % (Canals et al., 2018, como se citó en Gallego et al., 2020).

Así mismo, en el Perú, se han reportado 247 171 casos de depresión que han sido atendidos en el 2022, de los cuales el 17.27 % son menores de edad (Ministerio de Salud, 2023).

Se presentan los siguientes antecedentes. A nivel internacional, Méndez (2024), realizó el estudio «Prevalencia sintomatología de depresión y ansiedad infantil tras la pandemia del covid-19» en una escuela de la comunidad náhuatl de San Juan Tahitic del municipio de Zacapoaxtla, Puebla, en México, cuyo objetivo principal era analizar la relación entre ansiedad y depresión en un colegio. La muestra estuvo conformada por 170 niños entre 7 y 12 años. Los

instrumentos utilizados fueron la Escala Manifiesta de Ansiedad en Niños Revisada y el Inventario de Depresión Infantil de Kovacs. El estudio realizado tuvo un enfoque mixto, diseño no experimental descriptivo y corte transversal. Los resultados indicaron que el 76.5 % de los niños no presentaron sintomatología depresiva; sin embargo, el 16.5 % presentó sintomatología depresiva leve y el 7.1 % presentó sintomatología depresiva severa. Así mismo, se encontró un nivel de prevalencia del 23.5 % de encontrar un diagnóstico de depresión en los niños. La investigación concluyó que existió mayor prevalencia de ansiedad que de depresión en la población estudiada; se encontró, también, que los niños que solo se enfocan en labores escolares o a mirar televisión eran más propensos a desarrollar algún cuadro de depresión o ansiedad, siendo, entonces, el sedentarismo uno de los factores que tuvo gran relevancia.

A nivel nacional, Rivera (2022) desarrolló la investigación «Niveles de síntomas depresivos en niños que trabajan en la calle que asisten a centros de asistencia social en Lima, 2021». Dicha investigación tuvo un enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo y corte transversal, con una muestra conformada por 60 niños entre 9 y 11 años, y se utilizó el Inventario de Depresión Infantil de Kovacs. Los resultados mostraron que el 38.33 % presentó sintomatología depresiva severa, el 21.67 % sintomatología depresiva moderada y el 8.33 % sintomatología depresiva leve; el 31.67 % no presentó sintomatología depresiva. También demostraron que existe mayor prevalencia en los varones. Concluyó que más del 50 % de la población estudiada presentó algún tipo de sintomatología depresiva, siendo más frecuente en el sexo masculino que en el femenino; además, los menores de 11 años tuvieron mayor presencia de sintomatología depresiva.

A nivel local, Huareccallo (2024) llevó a cabo la investigación «Factores relacionados a síntomas depresivos en escolares de 10 a 13 años de una institución educativa pública de Arequipa, 2023», cuyo objetivo fue identificar factores que se relacionan a síntomas depresivos en la población mencionada. Para dicho estudio se utilizó una muestra censal de 185 alumnos,

con una metodología de tipo observacional, prospectivo y de corte transversal. Los instrumentos utilizados fueron el Cuestionario de Depresión Infantil (CDI) y el Apgar Familiar. Los resultados mostraron que el 73.5 % no presentó síntomas depresivos, mientras que el 26.5 % de estudiantes sí los presentó; el 38.1 % de las mujeres y el 16.8 % de varones presentó síntomas depresivos. El estudio concluyó que la prevalencia de síntomas depresivos fue del 26.5 %, encontrando relación significativa entre las variables estudiadas.

Por lo que la principal motivación para el desarrollo del presente estudio es poder contribuir con información actual, puesto que esta investigación busca recopilar datos de la prevalencia de las categorías de síntomas depresivos en estudiantes de cuarto, quinto y sexto de primaria de instituciones educativas de la ciudad de Arequipa, 2024, para que se pueda tomar acción frente a esta problemática.

La presente investigación se desarrolla con un enfoque cuantitativo, de propósito intrínseco descriptivo, ya que tiene como finalidad medir datos de una variable determinada (Hernández y Mendoza, 2018). El propósito extrínseco es de corte puro y teórico, ya que se busca generar nuevos conocimientos sin tener ninguna expectativa de uso de estos, ya sea a mediano o corto plazo. Así mismo, el tipo de investigación es bibliográfico con un método de investigación no experimental, ya que busca medir los fenómenos y variables de un contexto natural para poder realizar un análisis (Hernández y Mendoza, 2018). Finalmente, la investigación es de corte transversal, ya que busca recolectar o medir datos en un momento específico (Hernández y Mendoza, 2018).

El tipo de muestra de la presente investigación es censal, ya que no es producto de la probabilidad, sino de las características propias del estudio. La muestra estuvo conformada por 427 estudiantes. Los criterios de inclusión son que los estudiantes estuvieran en cuarto, quinto y sexto grado de primaria en instituciones educativas públicas del distrito de José Luis Bustamante y Rivero, que participen de manera voluntaria firmando el asentimiento informado

y cuyos padres firmen el consentimiento, previa autorización de las instituciones educativas para la realización de la presente investigación.

Así mismo, el instrumento de recolección de datos que se consideró en la presente investigación fue el Inventario de Depresión Infantil (CDI) específicamente la adaptación peruana de Arévalo (2008). Dicha adaptación considera dos indicadores, el estado de ánimo disfórico y las ideas de autodesprecio. Así mismo, este instrumento se ajusta al perfil de la muestra, ya que su aplicación va desde los 8 a 16 años; cuenta con 27 ítems, los que se puntúan de 0 (A), 1 (B) y 2 (C).

A continuación, se detallan los capítulos que tiene la presente investigación y los apartados comprendidos en ellos.

En el Capítulo I se realiza el planteamiento del problema de la investigación, realizando la descripción correspondiente, así como, también el problema general y los problemas específicos que aborda este estudio. En función a estos problemas, se plantean el objetivo general y los objetivos específicos, los cuales responden directamente al problema general y los problemas específicos; los objetivos definen claramente lo que pretende la investigación. Además, en cuanto al apartado de hipótesis, esta investigación explica la razón por la que se considera pertinente, argumentando la ausencia de esta. Así mismo, en este capítulo también se aborda la operacionalización de las variables, la cual contiene las dimensiones del test psicológico, la conceptualización de la variable, los indicadores, ítems y la escala de medición. Este capítulo contiene también la justificación del estudio.

En el Capítulo II se trabaja el marco teórico de la investigación, iniciando con los antecedentes encontrados a nivel internacional, nacional y local. Además, se establecen las bases teóricas del presente trabajo. Por último, se realiza la definición de los términos básicos.

En el Capítulo III se describe el diseño metodológico, dentro del cual se detalla el tipo de investigación llevado a cabo, la población y muestra que abarca la investigación, los criterios

de inclusión y exclusión de la muestra, las técnicas de recolección de datos y análisis de la información, el procedimiento que se realizó para la recolección de datos, el análisis respectivo de los datos, el cronograma y finalmente, los aspectos éticos relacionados a esta investigación.

En el Capítulo IV se presentan los resultados obtenidos para la presente investigación, los cuales están en función a los objetivos planteados; se utilizan tablas y gráficos para cada objetivo, realizando, además, la descripción de los resultados.

En el capítulo V se detalla la discusión de los resultados, realizando el análisis de lo obtenido en la presente investigación y los resultados de otros estudios relacionados con la misma variable.

Finalmente, se muestran las conclusiones a las que se ha llegado, así como, las recomendaciones; ambas relacionadas directamente con los objetivos planteados. Después de ello, se detalla la bibliografía utilizada en el estudio, así como, una serie de anexos como la matriz de consistencia, el modelo de solicitud presentado a las instituciones educativas y el modelo de consentimiento y asentimiento informado, el test CDI y la matriz de resultados.

Capítulo I

Planteamiento del Problema de Investigación

1.1 Planteamiento del Problema

En la historia de la salud mental, existe poca información y reconocimiento sobre los síntomas depresivos en la población infantojuvenil, lo que se debe a mitos y cuestionamientos en la psicopatología, esto por influencia de la corriente del psicoanálisis, la que negó la existencia de la depresión en dicha población, por lo que Rie (1966, como se citó en Caballo y Simón, 2013), llega a postular que no hay formación y consolidación del yo y superyó, siendo esto un argumento para no hablar de baja autoestima o que la población infantojuvenil se culpe a sí misma de causas o factores externos. También es importante mencionar que Lefkowitz y Burto (1978, como se citó en Caballo y Simón, 2013) mencionan que los indicios de una falta de apetito o llanto recurrente son propios de la edad, los que desaparecen conforme el menor pasa la transición de la niñez y adolescencia.

Sin embargo, con el surgimiento de la teoría de la «depresión enmascarada» desarrollada para referirse a un tipo de depresión de adultos, esta pasa a ser usada en la psiquiatría infantil por Neisser, para referirse a conductas desadaptativas (delincuencia), molestias somáticas o problemas conductuales que presente el menor (Guillén et al., 2013).

Todo ello ha permitido tener referencias sobre los síntomas depresivos en la población infantil. Según menciona Caballo y Simón en el Manual Clínico de Psicología del niño y del adolescente, se utiliza el episodio depresivo mayor (trastorno de depresión mayor) del DSM-5 para identificar síntomas depresivos en población infantojuvenil. Sin embargo, esta tiene modificaciones según su edición, por ende, diferencias en los síntomas depresivos en la población infantojuvenil, ya que se toma en cuenta el tiempo de prevalencia que se debe considerar al momento de diagnosticar (Caballo y Simón, 2013). Por tanto, es importante tener

presente que, en el Trastorno depresivo mayor, los episodios tienen una duración de dos semanas a más, con cambios significativos en el área cognitiva, emocional (afecto) y todo lo que influye a las funciones neurovegetativas (APA, 2014). Dichos criterios son utilizados comúnmente para diagnosticar en población joven y adulta.

Así mismo, es preciso considerar la guía clínica CIE-10 que actualmente es la más usada y está estandarizada en el área de la psicología clínica en el Perú, área encargada de identificar los trastorno o afecciones en la salud mental tanto de la población infantojuvenil como la adulta, la cual no habla de trastorno de depresión, si no que esta lo clasifica dentro de los trastornos del humor (afectivos), dentro del cual está la tipificación de Episodio depresivo F32, Trastorno depresivo recurrente F33 y otros trastornos del humor (afectivos) F38/F38.1-10. Sin embargo, en la presente investigación se citará al CIE 10 para niños y adolescentes de la OMS, ya que es el manual de diagnóstico que mejor se ajusta al público objetivo. En este manual la clasificación se mantiene con el nombre de Trastorno del humor (afectivos) F30-F39, encontrándose específicamente en los códigos del F32, F33 y F38.8.

En el manual del CIE 10 (1992) tipifica los trastornos depresivos, como trastornos del humor (afectivos) F30-F39, dentro del cual desglosa diversas categorías diagnósticas, como:

F32 Episodio depresivo.

Dentro de esta clasificación se valoran 3 niveles (leve, moderada y grave). En consecuencia, hay síntomas que siempre se encuentran presentes como el estado de humor depresivo, desinterés por las cosas y pérdida del disfrute por hacer determinadas actividades que generan goce, poca vitalidad e inactividad y la sensación de un recurrente cansancio incluso para desarrollar actividades que requieren un mínimo de esfuerzo físico.

Así mismo, se consideran otros síntomas dentro del episodio depresivo como:

A. Disminución de la atención y concentración

B. Pérdida de la confianza en sí mismo y disminución de la autoestima

- C. Ideas de culpa e inutilidad (incluso en episodios leves)
- D. Perspectiva sombría y pesimista del futuro
- E. Pensamientos y actos de autoagresión o suicidas
- F. Trastornos del sueño
- G. Pérdida de apetito

F32.0 Episodio depresivo leve.

Existen 3 síntomas que son considerados como típicos en una depresión: ánimo depresivo, incremento de fatigabilidad y pérdida de la capacidad de disfrute. De los 3 mencionados, para diagnosticar un F32.0 deben estar presentes al menos dos de ellos, además de tener mínimo 2 síntomas de los mencionados en F32 Episodio depresivo. Hay que considerar, además, que, para dar este diagnóstico, el episodio debe tener una duración de mínimo dos semanas y ninguno de los síntomas debe presentarse en un grado intenso. Una persona con este diagnóstico puede verse afectada por dificultades para realizar algunas actividades, pero lo más probable es que no las deje del todo. Dentro del F32.0 se considera:

F32.00 Sin síndrome somático: presencia de pocos o ningún síntoma somático.

F32.01 Con síndrome somático: presencia de 4 o más síntomas somáticos. En el caso de que haya solo 2 o 3, deben ser de gravedad intensa para consignar este diagnóstico.

F32.1 Episodio depresivo moderado.

Para este diagnóstico se requiere mínimo 2 de los 3 síntomas más representativos en una depresión, los cuales son mencionados en F32.0; además, deben estar presentes mínimo 3 de los demás síntomas, de preferencia deben ser 4. Su duración, al igual que en el F32.0, debe ser de mínimo dos semanas. Una persona con este tipo de episodio depresivo tiene un grado considerable de dificultad para poder desarrollar sus actividades. Se considera dentro de este:

F32.10 Sin síndrome somático: presencia de pocos o ningún síndrome somático

F32.11 Con síndrome somático: presencia de 4 o más síntomas somáticos

F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos.

Además de cumplirse los 3 síntomas típicos de los episodios depresivos, deben existir mínimo 4 de los otros síntomas, alguno de los cuales debe presentar grave intensidad. Se puede justificar una evaluación global de la gravedad de este episodio siempre y cuando la persona no sea capaz o está poco dispuesta a describir varios detalles de los síntomas; esto ocurre cuando hay presencia de síntomas importantes como la inhibición psicomotriz o la agitación. Para diagnosticar un episodio depresivo, se requiere de mínimo dos semanas, como en los casos anteriores, sin embargo, si los síntomas son de rápido inicio y la intensidad de los síntomas es grave, sí se puede acortar el tiempo a menos de dos semanas. En este episodio, no es probable que el paciente pueda continuar sus actividades con normalidad, salvo en un grado extremadamente limitado.

F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos.

Satisface todo lo mencionado en el F32.3, pero, además, se deben presentar ideas delirantes, estupor depresivo o alucinaciones.

F32.8 Otros episodios depresivos.

Esta categoría es para aquellos episodios que no cumplan lo detallado en los episodios del F32.0 al F32.3, pero que, de acuerdo con la impresión diagnóstica global, sí sean de naturaleza depresiva.

F32.9 Episodio depresivo sin especificar.**F33 Trastorno depresivo recurrente.**

En este trastorno prima la frecuencia con la que se dan los episodios de depresión, en el que no es necesario presentar un antecedente de episodios de un aumento de vitalidad o un ligero estado de ánimo elevado; este diagnóstico guarda mucha relación con la presencia de melancolía, depresión vital, depresión endógena. Así mismo, el primer episodio puede

presentarse desde la infancia hasta la senectud con una duración de semanas a meses. En consecuencia, dentro de este diagnóstico se consideran episodios recurrentes de:

- Reacción depresiva
- Depresión psicógena
- Depresión reactiva
- Trastorno depresivo estacional

F33.0 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve.

Los episodios frecuentes de depresión son los mismos del F32.0 más no los anteceden síntomas de manía.

F33.1 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado.

Al igual que en el F33.0 se dan los mismos síntomas, mas lo que prima es que el episodio actual es moderado.

F33.2 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave sin síntomas psicóticos.

Aquí el episodio actual grave no presenta sintomatología ni antecedentes de manía. Así mismo, dentro de este se incluye la depresión endógena sin síntomas psicóticos, depresión mayor recurrente sin síntomas psicóticos, psicosis maníaco-depresiva, tipo depresivo sin síntomas psicóticos y la depresión vital recurrente sin síntomas psicóticos (p. 87).

F33.3 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave con síntomas psicóticos.

F33.4 Trastorno depresivo recurrente, actualmente en remisión.

En este se tiene dos episodios depresivos, como los que se exponen en el F33.0-F33.3, en los que no hubo síntomas depresivos en varios meses.

F33.8 Otros trastornos depresivos recurrentes.

Cuando no cumple con ningún perfil diagnóstico expuesto anteriormente.

F33.9 Trastorno depresivo recurrente sin especificar.

Depresión monopolar sin especificar (p. 83).

F38 Otros trastornos del humor (afectivos).**F38.1 Otros trastornos del humor (afectivos) recurrentes.****F38.00 Episodio afectivo mixto.**

Para ser diagnosticado como tal debe mantenerse mínimo por dos semanas en el que los periodos, es decir, las horas tienden a ser pocas, el que se caracteriza por la mezcla entre síntomas hipomaníacos, maníacos y depresivos.

F38.10 Trastorno depresivo breve recurrente.

Estos se presentan de manera breve en el que los episodios tienden a ser frecuentes mensualmente, dentro del mes estos episodios se presentan de dos a tres días, pero no exceden las dos semanas, en el que su recuperación tiende a ser completa y se considera que cumpla con los criterios de diagnóstico del episodio depresivo en sus tres niveles, leve, moderado o grave (p. 85). Así mismo, para diagnosticar con esta tipificación es necesario considerar que los síntomas depresivos estén presentes gran parte del tiempo; en el caso en el que solo se presente el episodio depresivo en la menarquía se tipifica con F38.8 adjuntando el segundo código (N94.8).

Así mismo, dentro de los conceptos de depresión infantojuvenil se considera la dada por el Instituto Nacional de Salud del Niño (2023), la que refiere que:

La depresión se caracteriza por ser un trastorno de carácter familiar y recurrente, que incide en la adaptación social, el desarrollo emocional y el rendimiento académico de los niños. Así mismo, la palabra depresión viene del latín «deprimere», la que significa hundimiento del ánimo, definiendo al trastorno depresivo como un estado de ánimo bajo, presente la mayor parte del día, casi todos los días durante un período mínimo de dos semanas, se presentan un conjunto de síntomas predominando la tristeza patológica, apatía, anhedonia, irritabilidad o

aburrimiento, sumándose a estos síntomas cognitivos como dificultad en la atención, concentración y quejas somáticas, para diferenciarlas de la distimia, esta consiste en un cambio prolongado y persistente de baja de ánimo, que generalmente es menos intenso, pero más largo en el tiempo que el trastorno depresivo, con una duración de al menos un año (pp. 3-4).

Caballo y Simón (2013) en el Manual de Psicología Clínica infantil y del adolescente, refieren que la depresión en la población infantojuvenil es compleja, puesto que presenta como características principales: un estado de ánimo disfórico, desmotivación, alteraciones en el apetito, sueño, cansancio, pobre autoestima, culpabilidad, poca concentración, inseguridad al momento de decidir, ideas o intentos de suicidio y problemas en la conducta adaptativa; todas ellas terminan afectando negativamente el estado físico y psicológico del sujeto a nivel personal, familiar, escolar o social, las que varían o cambian según la edad; en la infancia habría una tendencia a afectar más «los sistemas psicofisiológicos y motores» (p. 139), por lo que se debe considerar, por ejemplo, los criterios de Weinberg.

Tabla 1

Criterios Weinberg (1973)

Criterios Weinberg	
Síntomas principales	- Número de síntomas principales: 2 (disforia, ideación autodespreciativa) -Criterio: 2 síntomas principales
Síntomas secundarios	- Número de síntomas secundarios: 8 - Criterio: 2 síntomas secundarios como mínimo
Total, síntomas	- Número de síntomas en total: 10 - Criterio: 4 síntomas en total como mínimo
Duración de síntomas	- Criterio: 4 semanas como mínimo
Exclusión	- Criterios: sin especificar

Nota. De «Manual de psicología clínica infantil y del adolescente», por Caballo y Simón, 2013

Por tanto, se debe tener en cuenta que los estudios en este tema en la población infantojuvenil, no han sido explorados lo suficiente. Por eso es necesario considerar a su vez la tabla 2 en la que se hace una descripción de síntomas de depresión más específica en población infantojuvenil.

Tabla 2

Síntomas de la depresión infantil (Weinberg et al., 1973)

Síntomas principales	<ul style="list-style-type: none"> - Estado de ánimo disfórico (melancolía) <ul style="list-style-type: none"> ● Expresiones o muestras de tristeza, soledad, desdicha, indefensión o pesimismo ● Cambios en el estado de ánimo, mal humor ● Irritabilidad, se enfada fácilmente ● Hipersensibilidad, llora fácilmente ● Negativismo, resulta difícil de complacer - Ideación autodespreciativa <ul style="list-style-type: none"> ● Sentimientos de inutilidad, incapacidad, fealdad, culpabilidad (concepto negativo de uno mismo) ● Ideas de persecución ● Deseos de muerte ● Deseo de huir, de escaparse de casa ● Tentativas de suicidio - Conducta agresiva (agitación) <ul style="list-style-type: none"> ● Dificultades en las relaciones interpersonales ● Facilidad para riñas y pendencias ● Poco respeto a la autoridad ● Beligerancia, hostilidad, agitación
Síntomas secundarios	<ul style="list-style-type: none"> ● Discusión, peleas excesivas o ira súbita - Insomnio inicial <ul style="list-style-type: none"> ● Sueño inquieto ● Insomnio tardío ● Difícil despertar por la mañana

-
- Cambios en el rendimiento escolar
 - Quejas frecuentes de los maestros: ensimismado, pobre concentración, escasa memoria
 - Disminución del esfuerzo habitual en tareas escolares
 - Pérdida del interés habitual por actividades extraescolares
 - Socialización disminuida
 - Menor participación en grupo
 - Sociabilidad disminuida, menos simpático, menos agradable
 - Retraimiento social
 - Pérdida de los intereses sociales habituales
 - Cambio de actitud hacia la escuela
 - Pérdida de placer en actividades escolares
 - Negativa o rechazo a ir a la escuela
 - Quejas somáticas
 - Cefalalgias no migrañosas
 - Algias abdominales
 - Mialgias
 - Otras preocupaciones o quejas somáticas
 - Pérdida de la energía habitual
 - Pérdida de interés por actividades y entrenamientos extraescolares
 - Disminución de la energía, fatiga física o mental
 - Cambios en el apetito o en el peso habituales

Nota. Adaptado de Weinberg et al., 1973. De «Manual de psicología clínica infantil y del adolescente», por Caballo y Simón, 2013

En el caso de niños y adolescentes, la depresión usualmente presenta un inicio insidioso y un curso crónico (en adultos, en cambio, generalmente hay un inicio agudo y un curso episódico). Si se compara las familias de niños depresivos con las de adultos depresivos, en la primera existe mayor presencia de casos de trastorno antisocial, por consumo de sustancias y de bipolaridad (Biederman y Spencer, 1999, citado por Vallejo, 2011).

Por otro lado, Marcelli y Cohen (2007, citados en Cardozo, 2019) realizan un aporte importante acerca de la depresión infantil, ya que refieren que esta podría tener origen en la «separación de los padres, muerte de un ser querido, o bien puede tratarse de acontecimientos que para los adultos tienen un valor intrascendente: mudanzas, muerte de animal doméstico, alejamiento de un compañero o amigo» (p. 9).

Así mismo, se agregan otros factores de riesgo como son los problemas de tipo económico y los desastres naturales (Del Barrio y Carrasco, 2013, citados en Villafaña, 2022). En esta línea, se pueden apreciar algunos acontecimientos que cobran gran relevancia en la vida del menor y que pueden llegar a tener consecuencias significativas en los diferentes ámbitos en los que se desarrolla la población infantojuvenil.

Por otro lado, la depresión puede tener origen en una interrelación de factores. En lo que respecta al ámbito físico, se puede mencionar a la predisposición genética y la desregulación de neurotransmisores; en cuanto al nivel psicológico, puede ser la separación de los padres; a nivel social, puede nombrarse a la ausencia de apoyo de su entorno; finalmente, a nivel sociocultural, la condición socioeconómica bajas y las diferencias culturales (Sue et al., 2010, citados en Villafaña, 2022, pp. 46-47).

En un estudio de prevalencia del diagnóstico de depresión en niños en edad escolar en España, se ve una prevalencia del 1.6 % de síntomas depresivos (Canals, 2018, citados en Gallego et al., 2020).

Por tanto, es importante recordar que, al aparecer un trastorno depresivo durante la infancia y adolescencia, surge la tendencia hacia la cronicidad de este, con un riesgo de 2 a 4 veces mayor de padecerlo en la adultez (Martínez, 2014, citados en Gallego et al., 2020).

Esto indica que los síntomas de depresión en la población infantojuvenil llegan a afectar en el desarrollo personal, rendimiento académico y sus relaciones interpersonales, desembocando en un incremento en la agresividad, conductas de riesgo, trastornos de la

conducta alimentaria, entre otros (Sanidad MDE, Igualdad SSE, 2018, citados en Gallego et al., 2020). Al afectar diversas áreas del desarrollo de la población infantojuvenil, con múltiples consecuencias, existe riesgo de una recaída en el futuro, lo que impide tener un desarrollo integral y óptimo, por ende, este se perjudica y limita la adquisición de nuevo conocimiento en las etapas de la vida de la población infantojuvenil.

En el Perú, se han reportado 247 171 casos de depresión que han sido atendidos en el 2022, de los cuales el 17.27 % son menores de edad (Ministerio de Salud, 2023). Así mismo, el Ministerio de Salud (2023) reporta que «la incidencia de la depresión se encuentra alrededor del 5 % en niños y el 20 % en adolescentes (...) En cuanto a la depresión mayor en los niños menores de 13 años tiene una prevalencia de 2.8 % y en los adolescentes entre 13 y 18 años la prevalencia es de 5.6 %» (p. 5).

Por otro lado, en el 2023, se muestra un ascenso en las cifras de casos reportados por ansiedad y depresión postpandemia del 40 %, situación alarmante, donde la ciudad de Arequipa es presentada como la segunda región a nivel de todo el Perú en reportar una mayor tasa de suicidios, con un incremento del 10 %. Así mismo, el Dr. Breison Velarde, director del Complejo de Salud Mental Moisés Heresi, comenta que tanto «el estrés, ansiedad, depresión y conductas suicidas son los principales problemas que afectan la salud mental de la población de Arequipa, especialmente en los más jóvenes» (Frisancho, 2023, párr. 3). Sin embargo, por la falta de personal y capacidad, es decir, formación especializada, actualmente existe una larga lista de espera de casos que no se pueden atender (Frisancho, 2023).

Lamentablemente, a los síntomas depresivos en la población infantojuvenil no se les está dando la relevancia que merecen, no considerando los factores que se le han sumado, como la transición de la pandemia a la realidad actual, ya que si bien en los últimos años se han incrementado un número mínimo de investigaciones sobre síntomas de depresión en la población infantojuvenil, no se han tomado medidas preventivas, o al menos no las necesarias,

para disminuir las estadísticas mencionadas en el presente trabajo; así mismo, no se ha abordado de manera óptima esta problemática presente en la localidad de Arequipa.

Como se ha mencionado, no identificar los síntomas depresivos de manera oportuna puede acarrear como consecuencia más grave el desarrollo de un trastorno de depresión, el que, sin duda, conlleva un alto riesgo de conductas suicidas, desarrollo de otras patologías, autoagresión, entre otros.

Por otro lado, los factores biológicos o genéticos, además de lo que podrían ser acoso escolar, *ciberbullying*, violencia física, fracasos amorosos o académicos, se pueden considerar como generadores de estrés que evidentemente afectan a la población infantojuvenil del país, ya que se ve que la población de estudiantes de cuarto, quinto y sexto de primaria manifiestan depresión y ansiedad infantil, y la no intervención, podría desencadenar en ideación suicida e intento de suicidio o manifestación de conductas violentas (Conasec, 2019).

En una investigación realizada en Arequipa en el colegio «Escuela Ecológica San Lázaro, Arequipa», con el objetivo de determinar la influencia entre la depresión infantil y el rendimiento escolar, se obtuvo como resultado que, de los estudiantes del V ciclo del quinto y sexto grado de primaria de las secciones A y B, el 88 % no presenta signos de depresión infantil, mientras que el 12 % presenta depresión ligera. En cuanto al rendimiento académico, el 88 % tiene buen rendimiento y el 12 % está en proceso. Entonces, se puede concluir que existe una relación significativa entre depresión infantil y rendimiento académico (Macedo y Montes, 2020).

Por tanto, en la presente investigación se plantea la siguiente interrogante ¿Cuál será la prevalencia de las categorías de síntomas depresivos en estudiantes de cuarto, quinto y sexto de primaria de instituciones educativas de la ciudad de Arequipa, 2024?, ya que la respuesta será un aporte significativo para la investigación a nivel local y nacional, ya que se ha constatado que no se cuenta con muchas investigaciones sobre la prevalencia de síntomas de

depresión en la población infantojuvenil, así como, estudios vigentes que hablen de la depresión infantojuvenil a nivel local, por lo que se torna importante realizar el presente estudio.

Esta investigación permite generar un aporte en el desarrollo de las investigaciones sobre la prevalencia de síntomas de depresión en la población infantojuvenil, y a su vez, busca ser de utilidad y servir como referencia para el desarrollo de más investigaciones en el ámbito educativo de corte clínico, donde se valore la misma variable de estudio y se desarrollen planes de prevención e intervención dentro de las instituciones educativas que sirvan de soporte en la atención temprana en casos de una valoración positiva de síntomas de depresión en población infantojuvenil; así mismo, se pueda considerar la creación de instrumentos psicométricos que se ajusten más al perfil de la población infantojuvenil.

1.2 Problemas de Investigación

1.2.1 Problema General.

¿Cuál será la prevalencia de las categorías de síntomas depresivos en estudiantes de cuarto, quinto y sexto de primaria de instituciones educativas de la ciudad de Arequipa, 2024?

1.2.2 Problemas Específicos.

¿Cuál será la prevalencia de las categorías de la dimensión de estado de ánimo disfórico en estudiantes de cuarto, quinto y sexto de primaria de instituciones educativas de la ciudad de Arequipa, 2024?

¿Cuál será la prevalencia de las categorías de la dimensión de ideas de autodesprecio en estudiantes de cuarto, quinto y sexto de primaria de instituciones educativas de la ciudad de Arequipa, 2024?

¿Cuál será la prevalencia de las categorías presentes en diversas edades en estudiantes de primaria de instituciones educativas de la ciudad de Arequipa, 2024?

¿Cuál será la prevalencia de las categorías presentes en estudiantes de sexo masculino y femenino de primaria de instituciones educativas de la ciudad de Arequipa, 2024?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo General.

Determinar la prevalencia de las categorías de síntomas depresivos en estudiantes de cuarto, quinto y sexto de primaria de instituciones educativas de la ciudad de Arequipa, 2024.

1.3.2 Objetivos Específicos.

Establecer la prevalencia de las categorías de la dimensión de estado de ánimo disfórico en estudiantes de cuarto, quinto y sexto de primaria de instituciones educativas de la ciudad de Arequipa, 2024.

Establecer la prevalencia de las categorías de la dimensión de ideas de autodesprecio en estudiantes de cuarto, quinto y sexto de primaria de instituciones educativas de la ciudad de Arequipa, 2024.

Precisar la prevalencia de las categorías presentes en diversas edades en estudiantes de primaria de instituciones educativas de la ciudad de Arequipa, 2024.

Precisar la prevalencia de las categorías presentes en estudiantes de sexo masculino y femenino de primaria de instituciones educativas de la ciudad de Arequipa, 2024.

1.4 Hipótesis

Una de las razones por las que la presente investigación no cuenta con hipótesis, es que su alcance es descriptivo, y en este tipo de investigaciones no se elaboran hipótesis, salvo que

se intente pronosticar una cifra (Hernández y Mendoza, 2018). Así mismo, resaltan que, dentro del enfoque cuantitativo, las investigaciones de alcance correlacional o explicativo son aquellas que deben llevar hipótesis.

Por otro lado, si bien es cierto algunos autores no descartan la posibilidad de poder realizar una hipótesis en investigaciones descriptivas, esta no se considera en el desarrollo del presente trabajo, dado que en el marco teórico no se han encontrado resultados que nos infieran una posibilidad positiva o negativa en poder encontrar síntomas depresivos, puesto que en varios resultados obtenidos se evidencia que sí existe presencia de síntomas depresivos y en otras investigaciones que no hay la presencia de estos síntomas.

Entonces, considerando que no hay un marco teórico cuyos resultados obtenidos se inclinan a una posibilidad, sino más bien son ambivalentes para un planteamiento de hipótesis, la presente investigación considera pertinente no plantear ninguna (hipótesis alternativa e hipótesis nula) y ajustarse a los resultados que se obtengan en la investigación. En la definición planteada por Izcara (2014, citado en Espinoza, 2018) las hipótesis son «explicaciones tentativas de un fenómeno investigado, formuladas a manera de proposiciones. Una hipótesis debe desarrollarse con una mente abierta y dispuesta a aprender, ya que de lo contrario se estaría tratando de imponer ideas, (...)» (p. 125). «Una hipótesis no necesariamente tiene que ser verdadera» (Laudo, 2012, citado en Espinoza, 2018, p. 125). Por tanto, esta definición pone de manifiesto que la hipótesis tiene que formularse después de haber revisado la bibliografía acerca del tema, ya que debe basarse en los descubrimientos de investigaciones previas. (Espinoza, 2018).

1.5 Operacionalización de Variables

Tabla 3

Operacionalización de sintomatología depresiva acorde con Arévalo (2008)

Variable de estudio	Síntomas depresivos			
Conceptualización de variable	Desde la óptica cognitiva, la depresión es un conjunto de percepciones negativas que tiene el sujeto acerca de sí mismo, del ambiente que lo rodea y de su futuro, las cuales están ligadas a distorsiones cognitivas (Beck et al., 2010, citados en Molina y Orihuela, 2022).			
Escala de medición	Estado de ánimo disfórico + ideas de autodesprecio = síntomas depresivos			
	Categorías diagnósticas			
	<ul style="list-style-type: none"> ● No hay presencia de síntomas depresivos dentro de los límites normales ● Presencia de síntomas depresivos mínima y moderada ● Presencia de síntomas depresivos marcada o severa ● Presencia de síntomas depresivos en grado máximo 			
Dimensiones	Conceptualización	Indicadores	Ítems	Escala de medición
Estado de ánimo disfórico (visión negativa de sí mismo)	Es una expresión o muestra de tristeza, soledad, desdicha, indefensión o pesimismo. El niño manifiesta cambios en el estado de ánimo, mal humor, irritabilidad, se enfada fácilmente, llora con facilidad. Es negativista y	-Expresiones o muestras de tristeza, soledad, desdicha, indefensión o pesimismo. -Cambios en el estado de ánimo, mal humor. - Irritabilidad (se enfada fácilmente) -Hipersensibilidad (llora fácilmente) -Sentimientos de inestabilidad, incapacidad, fealdad, culpabilidad (concepto negativo de sí mismo) -Negativismo (resulta difícil de complacer)	1, 2, 3, 4, 6,10, 11, 12, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 26, 27	Ordinal: relación de orden, es decir, de mayor a menor o viceversa (Coronado, 2007). A. Siempre leo libros B. Algunas veces leo libros C. Nunca leo libros Categoría diagnóstica:

	resulta difícil de complacer (Arévalo, 2008).			Máximo puntaje por alcanzar respecto a la presencia del estado de ánimo disfórico: 34
	El niño expresa sentimientos de irritabilidad, incapacidad, fealdad y culpabilidad.			Ordinal: Relación de orden es decir de mayor a menor o viceversa (Coronado Padilla, 2007).
Ideas de autodesprecio (visión negativa del medio y futuro)	Presenta ideas de persecución, deseos de muerte y tentativas de suicidio, revela ideas de escaparse y huir de su casa (Arévalo, 2008).	- Ideas de persecución. - Deseos de muerte. - Deseos de huir, de escaparse de su casa. - Tentativas de suicidio.	5, 7, 8, 9, 13, 14, 15, 23, 24, 25	A. Siempre leo libros B. Algunas veces leo libros C. Nunca leo libros Categoría diagnóstica: Máximo puntaje por alcanzar respecto a la presencia del estado de ánimo disfórico: 20

1.6 Justificación del Estudio

En la actualidad, un tema poco estudiado en la población infantojuvenil es la prevalencia de síntomas de depresión, ya que existen creencias que hacen pensar a los adultos, que esta población no tiene problemas, o no tendría por qué afectarle los problemas o dificultades propios o ajenos a su entorno. Por tanto, la idea de que un menor de edad pueda presentar síntomas de depresión es un tabú y un mito, donde frases como «está irritable», «es una fase», «solo está triste», «todo está en tu cabeza», entre otras, resaltan y pasan de boca a boca, sumado a que la sintomatología de la depresión infantojuvenil es compleja en identificar, básicamente por la etapa de desarrollo en la que se encuentra la población de estudio.

El Ministerio de Salud (2023) evidenció 247 171 casos de depresión que se atendieron en el 2022, de los que el 17.27 % fueron menores de edad. A raíz de estos datos, Sandra Orihuela Fernández, directora de Salud Mental del Minsa, explicaría que, en la actualidad, la depresión ya no es una enfermedad de adultos y que con el impacto del covid-19, los índices en la población infantojuvenil habrían aumentado significativamente, por lo que es de importancia tratar esta condición a tiempo, ya que, si empeora, tiende a derivar en conductas suicidas.

En un estudio realizado por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef, 2021), denominado «Estado mundial de la infancia 2021. En mi mente», se menciona que, en el Perú, la prevalencia de trastornos mentales en la población infantojuvenil de ambos sexos de 10 a 19 años es de 14.9 %, es decir un grupo representativo de 864 837 individuos. Hablando específicamente de la población infantojuvenil de sexo femenino entre 10 y 19 años, la prevalencia es de 13.9 %, es decir, 381 875. Así mismo, en relación con la ansiedad y depresión en la población infantojuvenil entre los 10 y 19 años, se estima que estas podrían representar aproximadamente el 50 % de los trastornos mentales en toda América Latina y el Caribe.

Así mismo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) refiere que, de la población mundial, aproximadamente el 3,8 % presenta algún trastorno depresivo; además, el 50 % de los trastornos mentales se inician en la etapa infantojuvenil, llegando a ser relevantes la ansiedad, depresión, entre otros. Así mismo, los trastornos mentales pediátricos llegan a ser muy costosos, dado que se considera desde la identificación temprana de la sintomatología, la prevalencia que tiene este y una atención frecuente, ya que, si no se lleva un tratamiento continuo, este puede ser un peligro latente en el ciclo de vida de la población infantojuvenil (OMS, 2021, citada en Prado et al., 2023).

En consecuencia, desde un enfoque epidemiológico direccionado al público infantojuvenil, Prado et. al. (2023) mencionan la gran importancia que merece el tema sobre los trastornos depresivos en esta población, ya que existe una alta prevalencia, costo a nivel social y en la salud, ya que los malos diagnósticos y el estar tan infradiagnosticada, repercute significativamente en el desarrollo interpersonal, social, familiar y académico, además de predisponer al sujeto al consumo de determinadas sustancias nocivas para su organismo. Es importante considerar los resultados hallados en el seguimiento que realizó la OMS y El *Global Burden of Disease* en lo que fue del primer año de pandemia «la prevalencia a nivel mundial en lo que respecta a la depresión y a otros trastornos mentales se incrementó en un 25 - 27,6 % encontrándose como factores de riesgo que actualmente se vienen estudiando, el estrés parental, aislamiento social, abuso netamente infantil, inaccesibilidad a servicios básicos, conflicto entre padres y cuidadores [niñeras(os) u otra persona], violencia doméstica, etc. (Prado et al., 2023).

Lo antes mencionado se traduce en razones teóricas para realizar esta investigación, es decir, es necesario realizar una investigación que estudie la existencia de síntomas de depresión en la población infantojuvenil dentro de la región de Arequipa, con el fin de sumar al desarrollo de investigaciones, y en base a ello se considere la elaboración de nuevos instrumentos

psicológicos para población infantojuvenil o se puedan desarrollar planes de prevención e intervención enfocados en instituciones educativas, ya que es el segundo lugar donde esta población pasa mayor cantidad de tiempo, así mismo que sirva de referencia y motivación para profundizar más sobre la depresión en población infantojuvenil, y se pueda romper con los tabúes y creencias de que esta población es inmune a padecer de esta sintomatología, y así esta problemática deje de ser invisible y mitificada por la población adulta.

Por otro lado, las razones prácticas que motivan la realización de esta investigación es la contribución al conocimiento mediante la divulgación de los resultados que se obtendrán de la presente investigación; sumar los resultados obtenidos a otras investigaciones que estudien el mismo tema y pueda servir como un aporte para futuras investigaciones; así mismo sirva como motivación para futuros colegas para desarrollar o implementar programas preventivos que complementen el servicio de salud mental brindado al público infantojuvenil, o puedan elaborar una guía que se pueda utilizar en instituciones educativas sin mezclarlo con la intervención clínica, esto para lograr una intervención temprana y específica, que prevenga el aumento de casos con síntomas de depresión.

Por tanto, es de suma importancia la presente investigación, ya que busca determinar la prevalencia de las categorías de síntomas depresivos en estudiantes de cuarto, quinto y sexto de primaria de instituciones educativas de la ciudad de Arequipa, 2024, ya que no se han realizado muchas investigaciones recientes que estén vigentes dentro del periodo de los últimos 5 años, siendo escasa la información en relación con el tema. Así mismo, es importante que esta investigación pueda contribuir con información vigente que se pueda considerar para el desarrollo de los programas anuales de los colegios y sirva de orientación y guía en el área de la psicología educativa, sobre los temas a tocar en las intervenciones que se hacen dentro de las instituciones educativas.

De esta manera, las motivaciones que promueven la presente investigación son: primero, poder ayudar a visibilizar la problemática de la depresión en la población infantojuvenil vigente en la región de Arequipa, ya que las estadísticas van en aumento, afectando seriamente la calidad de vida de esta población; segundo, concientizar a la población adulta en la validación de determinadas conductas manifiestas en la población infantojuvenil que son indicadores de un posible estado de depresión, para que, de esta forma, se dé una adecuada intervención; tercero, motivar a los centros educativos a generar o utilizar programas de prevención dentro de estos con el fin de prevenir o derivar oportunamente a la población infantojuvenil que presente síntomas de depresión; finalmente, la cuarta motivación es poder ayudar a la desmitificación de la depresión en la población infantojuvenil, para que se deje de normalizar conductas no propias dentro del desarrollo integral del menor y que haya conciencia de que los síntomas de depresión también se pueden presentar en edades tempranas.

Capítulo II

Marco Teórico

2.1 Antecedentes del Problema

2.1.1 Antecedentes Internacionales.

Méndez (2024), en su investigación «Prevalencia sintomatología de depresión y ansiedad infantil tras la pandemia del covid-19 en una escuela de la comunidad náhuatl de San Juan Tahitic del municipio de Zacapoaxtla, Puebla, en México», cuyo objetivo principal era analizar la relación entre ansiedad y depresión en un colegio. La muestra estuvo conformada por 170 niños entre 7 y 12 años. Los instrumentos utilizados fueron la Escala Manifiesta de Ansiedad en Niños Revisada y el Inventario de Depresión Infantil de Kovacs. El estudio realizado tuvo un enfoque mixto, diseño no experimental descriptivo y corte transversal. Los resultados indicaron que el 76.5 % de los niños no presentó sintomatología depresiva; sin embargo, el 16.5 % presentó sintomatología depresiva leve y el 7.1 % presentó sintomatología depresiva severa. Así mismo, se encontró un nivel de prevalencia del 23.5 % de encontrar un diagnóstico de depresión en los niños. La investigación concluyó que existe mayor prevalencia de ansiedad que de depresión en la población estudiada; se encontró, también, que los niños que solo se enfocan en labores escolares o a mirar televisión, son más propensos a desarrollar algún cuadro de depresión o ansiedad, siendo entonces el sedentarismo uno de los factores que tuvo gran relevancia.

Oteiza et al. (2023), en su investigación «Los trastornos depresivos de la infancia y la adolescencia. Principales signos de alerta. Orientación para el tratamiento», cuyo objetivo consistió en desarrollar una revisión bibliográfica actualizada acerca de la depresión infantojuvenil, de tal manera que esta pueda facilitar el uso y detección precoz de los servicios de pediatría, atención primaria y derivación al área de salud mental. Dicha investigación se

desarrolló bajo el enfoque bibliográfico. En ella se presentaron diversos factores de vulnerabilidad y factores de protección, así como, síntomas y criterios diagnósticos para determinada etapa de desarrollo, y pautas para un diagnóstico diferencial. Finalmente, se mencionaron los tratamientos disponibles y cómo intervenir según el nivel de gravedad. En dicha investigación también enfatizaron que en investigaciones recientes hubo un incremento progresivo durante la última década sobre los índices de depresión. Twenge y Duffy (2019) presentaron un estudio donde se evidenció en la población holandesa (personas desde los 12 años, durante 10 años) el incremento alarmante de casos de episodio depresivo mayor, especialmente entre 12 a 17 años, con incremento de 52 % y en un 63 % entre 18 y 25 años, siendo el sexo femenino en el que el incremento fue mayor (citados en Oteíza et al., 2023).

Villafaña (2022), en su investigación «Presencia de depresión en niños de 9 a 10 años, mediante la aplicación del CDI», cuyo objetivo fue conocer la presencia de síntomas de depresión que se determinaron en base al inventario de depresión infantil (CDI) en estudiantes de primaria de entre 9 y 10 años, que se encuentran cursando el 5 «A» y «B» del colegio Amado Nervo de la ciudad de Matehuala, en el Estado de San Luis Potosí, México. El método de investigación fue cuantitativo de alcance exploratorio, descriptivo con diseño no experimental, transversal. Así mismo, tuvo como muestra a 27 sujetos de 9 a 10 años, de los que 15 eran de sexo masculino y 12 de sexo femenino. Los resultados que se obtuvieron fueron: en la escala de autoestima, en el 85.2 % de sujetos se encontró «sin autoestima negativa», el 11.1 % con «autoestima negativa» y el 3.7 % con «autoestima negativa severa». En la escala de Disforia obtuvo que en el 88.9 % se encontró «sin disforia», el 3.7 % «con disforia» y el 7.4 % «con disforia severa». Con relación al resultado global, se encontró que el 85.2 % estuvo en la categoría de «sin sintomatología», el 7.4 % «con sintomatología leve» y el 7.4 % «con sintomatología severa». Por tanto, se concluyó que en la investigación sí se encontró casos que presenten síntomas de depresión sin llegar a tener un cuadro de depresión infantil y también

que sí se encontró población que por su sintomatología cumplieron con los criterios de depresión infantil.

Ecuador Gutiérrez y Zambrano (2021), en su investigación «Depresión en niños y adolescentes de familias disfuncionales que residen en la Fundación Casa Hogar Belén, Portoviejo», el objetivo fue identificar niveles de depresión en niños y adolescentes de familias disfuncionales, mismo que presentó un enfoque cuantitativo, con diseño de investigación de campo y de corte transversal; la muestra es censal, conformada por 35 individuos; la prueba usada fue el Inventario de Depresión Infantil de Kovacs. Los resultados mostraron que la mayoría no presentó riesgo de depresión, con un 65.71 %; en las categorías de riesgo de depresión y clínicamente depresivo, el total fue de 17.14 % para cada uno; también se identificó que más del 50 % tenía pensamientos relacionados a la muerte y sentimientos de soledad. El estudio concluyó que, si bien la mayoría no presentó un riesgo de depresión, hay que prestarle especial atención a todo lo relacionado a la ideación suicida y a los sentimientos de soledad.

Colombia García y Fontalvo (2021), en su investigación «Niveles de ansiedad y depresión en menores escolares», el objetivo fue identificar la relación entre niveles de ansiedad y depresión en niños de 7 a 12 años de una institución educativa; la muestra fue de 80 alumnos, utilizando el Inventario de Depresión Infantil de Kovacs y el Cuestionario de Ansiedad Manifiesta Revisado. La investigación fue de tipo descriptivo, con corte transversal. En los resultados relacionados a la depresión, se apreció que la mayoría de los estudiantes (91.3 %) no llegó a presentar sintomatología depresiva, el 7.5 % presentó depresión leve y un 1.3 % depresión severa; cabe resaltar que, en cuanto a los niveles de depresión leve y depresión severa, todos los casos encontrados fueron de estudiantes del sexo masculino. El estudio concluyó que, tanto en ansiedad como en depresión, los casos que requieren especial atención no representaron a la mayoría de la población. Así mismo, a diferencia de lo encontrado en otras investigaciones,

en donde la mayoría de los casos de depresión fueron encontrados en mujeres, en esta investigación, la mayoría de los casos encontrados fueron en varones.

2.1.2 Antecedentes Nacionales.

Rodríguez y Torres (2022), en su investigación «El apoyo familiar y la depresión infantil en los estudiantes de una institución educativa de Tacna - 2022», el objetivo principal fue analizar la relación existente entre los niveles de apoyo familiar y la depresión infantil en la población mencionada. Esta investigación tuvo un enfoque hipotético deductivo, con diseño correlacional y de corte transversal, la que tuvo una muestra de 240 estudiantes que cursaban el quinto y sexto grado de nivel primario. Se utilizaron dos instrumentos: Escala de valoración del grado de apoyo familiar de Leyton y el Inventario de Depresión Infantil de Kovacs, adaptada por Arévalo (2008). Los resultados mostraron una correlación negativa entre las variables con un coeficiente de correlación de rho de Spearman de $-0,661$; encontraron que el 50 % de estudiantes presentó ausencia de depresión, el 31.1 % tuvo presencia de síntomas depresivos leve, el 14.8 % tuvo presencia de síntomas depresivos a nivel moderado y el 4.1 % presentó síntomas de depresión severa. En esta investigación se concluyó que, a mayor apoyo familiar recibido por los estudiantes, menor es el nivel de depresión infantil; no se encontraron conclusiones centradas solamente en la depresión infantil.

Molina y Orihuela (2022), en su investigación «Sintomatología depresiva y estrategias de afrontamiento en estudiantes de sexto de primaria de una institución educativa pública de Huancayo 2022», cuyo objetivo fue determinar la relación existente entre la sintomatología depresiva y las estrategias de afrontamiento predominantes en los estudiantes de la población estudiada. La investigación fue cualitativa, con diseño no experimental, transeccional, observacional, analítico y descriptiva-correlacional. La población estuvo conformada por 55 individuos que estaban cursando el sexto grado de educación primaria. Así mismo, se utilizó

el Inventario CDI de Kovacs y la Escala EAN. Dentro de los resultados descriptivos que hallaron fue que el 78.2 % presentó un nivel bajo en la sintomatología, un 21.8 % de nivel moderado y en cuanto al estilo de afrontamiento, predominó un 51.7 % específicamente el centrado en el problema, mientras que en los resultados inferenciales se vio una relación considerable entre ambas variables.

Rivera (2022) en su investigación «Niveles de síntomas depresivos en niños que trabajan en la calle que asisten a centros de asistencia social en Lima, 2021», con enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo y corte transversal, con una muestra conformada por 60 niños con edades entre 9 y 11 años y se utilizó el Inventario de Depresión Infantil de Kovacs. Los resultados mostraron que el 38.33 % presentó sintomatología depresiva severa, el 21.67 % sintomatología depresiva moderada y el 8.33 % sintomatología depresiva leve; el 31.67 % no presentó sintomatología depresiva. También demostraron que existe mayor prevalencia en los varones. Se concluyó que más del 50 % de la población estudiada presentó algún tipo de sintomatología depresiva, siendo más frecuente en el sexo masculino que en el femenino; además, los menores de 11 años tuvieron mayor presencia de sintomatología depresiva.

Corro (2020) en su investigación «Relación entre sintomatología depresiva y violencia intrafamiliar en niños de 10-12 años de un colegio estatal del distrito de Ventanilla – Perú», el objetivo fue determinar si existe correlación entre la sintomatología depresiva y la violencia intrafamiliar. Dicha investigación fue de tipo cuantitativo, no experimental y de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 123 alumnos entre los 10 y 12 años. Se utilizaron dos instrumentos: El Inventario de Depresión Infantil de Kovacs y la Encuesta de Violencia intrafamiliar ENDES. Los resultados mostraron que el 59.3 % de los estudiantes presentó sintomatología depresiva normal, el 17.1 % presentó sintomatología depresiva leve y el 3.3 % con sintomatología depresiva severa, teniendo en cuenta que se encontró mayor prevalencia en las mujeres, con 76 %, frente a 24 % en los hombres. El estudio concluyó que

no existió correlación entre las variables estudiadas, sin hacer hincapié únicamente en la variable de sintomatología depresiva.

Así mismo, en relación con investigaciones realizadas a nivel nacional en distritos, actualmente, no se ha logrado encontrar una que cuente con una vigencia de cinco años, por ello se ha considerado la investigación más próxima, desarrollada por Cisneros y Mantilla (2016), «Depresión y ansiedad en niños de colegios estatales del distrito de Chorrillos», cuyo objetivo fue comparar las diferencias en depresión y en ansiedad en estudiantes, considerando el sexo y el ciclo escolar IV y V del nivel de educación primaria de básica regular de colegios estatales de Chorrillos, con un diseño de investigación cuantitativo, no experimental, de corte transversal, usando un muestreo no aleatorio en el que se consideró la edad y sexo de los estudiantes; esta muestra estuvo conformada por 181 niños. Se utilizó como instrumentos el Inventario de Depresión «Beck Youth Inventories» y el Inventario de Ansiedad, ambos del mismo autor. Con relación a los resultados obtuvieron que el sexo femenino presentó mayor incidencia de sintomatología depresiva en comparación con el sexo masculino, así mismo con relación al ciclo que cursaban, se identificó que a mayor edad es menor el nivel de depresión y ansiedad (Cisneros y Mantilla, 2016).

2.1.3 Antecedentes Locales.

Huareccallo (2024) en su investigación «Factores relacionados a síntomas depresivos en escolares de 10 a 13 años de una institución educativa pública de Arequipa, 2023», cuyo objetivo fue identificar factores que se relacionan a síntomas depresivos en la población mencionada en el título. Para dicho estudio se utilizó una muestra censal de 185 alumnos, con una metodología de tipo observacional, prospectivo y de corte transversal. Los instrumentos utilizados fueron el Cuestionario de Depresión Infantil (CDI) y el APGAR Familiar. Los resultados mostraron que el 73.5 % no presentó síntomas depresivos, mientras que el 26.5 %

de estudiantes sí los presentó; el 38.1 % de las mujeres y el 16.8 % de varones presentó síntomas depresivos. El estudio concluyó que la prevalencia de síntomas depresivos fue del 26.5 %, encontrando relación significativa entre las variables estudiadas.

Miranda (2024), en su investigación «Sintomatología de depresión infantil en los estudiantes de 4.º, 5.º y 6.º de primaria de la I. E. P. Camino al Saber, Arequipa 2023» el objetivo fue identificar sintomatología de depresión infantil en estudiantes de 4.º a 6.º de primaria, en una institución educativa ubicada en Arequipa. La muestra estuvo conformada por 54 estudiantes y su metodología fue de corte transversal y nivel descriptivo. Para esta investigación, el instrumento utilizado fue el Cuestionario de depresión infantil (CDI) de Kovacs. En sus resultados se puede observar que la sintomatología depresiva está presente en el 96.3 % de los estudiantes; en la dimensión de disforia predominan los síntomas marcado - severo, concentrándose mayor cantidad de estudiantes en el cuarto grado de primaria, situación que se replica en la dimensión de autoestima negativa; en cuanto a la edad, los estudiantes de 11 años concentran el mayor porcentaje de presencia de sintomatología depresiva, con un 29.6 %. El estudio concluyó que los estudiantes presentan sintomatología depresiva en diferentes niveles, además de la notoria presencia de niveles marcados - severos en ambas dimensiones.

Rubio (2023), en su investigación «Depresión y rendimiento académico en estudiantes de secundaria de la institución educativa Santo Tomás de Aquino de Arequipa, 2022», el objetivo fue determinar la relación entre rendimiento académico y depresión, siendo una investigación sustantiva descriptiva y correlacional, con método inductivo - deductivo y corte transversal. La muestra estuvo conformada por 122 alumnos de primero, segundo y tercer año de secundaria. Los instrumentos utilizados fueron Patient Health Questionnaire-9 para la variable depresión, además de informes de rendimiento académico. Los resultados demostraron que el 35.3 % no presentó ningún grado de depresión, el 26.2 % tiene un grado leve, el 17.2 %

presentó grado moderado, el 12.3 % presentó grado moderadamente severo y el 9 % depresión severa. El estudio concluyó que no hay relación entre la depresión y el rendimiento académico en la población estudiada; además, un dato importante que permite obtener esta investigación es que, sin importar si un estudiante tiene un alto rendimiento académico, puede también sufrir depresión.

Hinojosa (2021), en su investigación «Factores relacionados a síntomas depresivos en adolescentes de una institución educativa estatal en temporada de covid-19», cuyo objetivo fue determinar si existe relación entre algunos factores específicos (sociodemográficos, dinámica familiar, entre otros), con la presencia de síntomas depresivos en dicha población. El estudio fue de tipo observacional, prospectivo y de corte transversal, con una muestra de 204 alumnos entre tercero y quinto de secundaria. En cuanto a los resultados, se observa que el 62.7 % presentó síntomas depresivos, mientras que el 37.3 % restante no los presentó; en cuanto al sexo, el 70.7 % de las mujeres presentó síntomas depresivos; en cuanto a varones, el 47.9 % presentó dichos síntomas. El estudio concluyó que más de la mitad de los estudiantes tuvo síntomas depresivos, por lo que debe ser un tema abordado; así mismo, el sexo con mayor número de estudiantes con síntomas depresivos fue el femenino.

Macedo y Montes (2020), en su investigación «La depresión infantil influye en el rendimiento escolar de los estudiantes del V ciclo de la Institución Educativa Escuela Ecológica San Lázaro, Arequipa 2017», el objetivo general fue poder determinar la influencia entre la depresión infantil y el rendimiento escolar. Tuvo un enfoque de investigación cuantitativo, descriptivo y aplicado a un diseño correlacional, en el que se tomó como población de estudio a los estudiantes de la mencionada institución educativa, en específico del nivel primario, con una muestra censal de 111 estudiantes, usando como herramienta el Cuestionario español de depresión infantil de Rodríguez et al. (1984) y la ficha documental (escala de medición del Ministerio de Educación, 2017). Obtuvieron como resultados que su población de estudio no

mostró evidencias de depresión infantil en un 88 %, pero el 12 % sí presentó una depresión ligera; en relación con el rendimiento escolar, se obtuvo los mismos porcentajes, es decir, un 88 % de logro y un 12 % en proceso. Por tanto, llegaron a la conclusión que la depresión infantil influye en el rendimiento escolar de manera significativa, ya que el nivel de significancia es de un 0.000 y el rho de Spearman es igual a -0.919, lo cual indica una correlación inversa fuerte.

2.2 Bases Teóricas

2.2.1 Teoría sobre la Depresión Infantil.

2.2.1.1. Modelo Cognitivo.

Según se menciona en el Manual de psicología clínica infantil y del adolescente, las diferentes interpretaciones de una misma situación que realizan los sujetos se deben a la manera en la que tiende a pensar según su idiosincrasia, lo que estaría determinado por las vivencias experimentadas en la primera infancia, por lo que si el individuo llega a desarrollar depresión, se debe a la vivencia de experiencias negativas tempranas, que pueden llegar a generar pensamientos irracionales o esquemas cognitivos inadecuados (Beck et al., 1979, citados en Caballo y Simón, 2013).

Los esquemas cognitivos, según García (2015) se refieren a construcciones mentales subjetivas, con regular estabilidad, que constituyen filtros mediante los cuales se percibe el entorno. Son el resultado de aprendizajes significativos que ha tenido el ser humano, que pueden activarse ante la ocurrencia de algún acontecimiento. Por otro lado, Rivadeneira et al. (2013) refieren que los esquemas son una especie de plantilla mental, mediante la cual la persona interpreta los acontecimientos que se presentan a su alrededor; es decir, se los puede definir como un grupo de significados idiosincráticos que utiliza la persona para darle un sentido a situaciones específicas. Entonces, es importante mencionar que los esquemas cognitivos no representan nada patológico en sí mismo, por el contrario, es sano y, además,

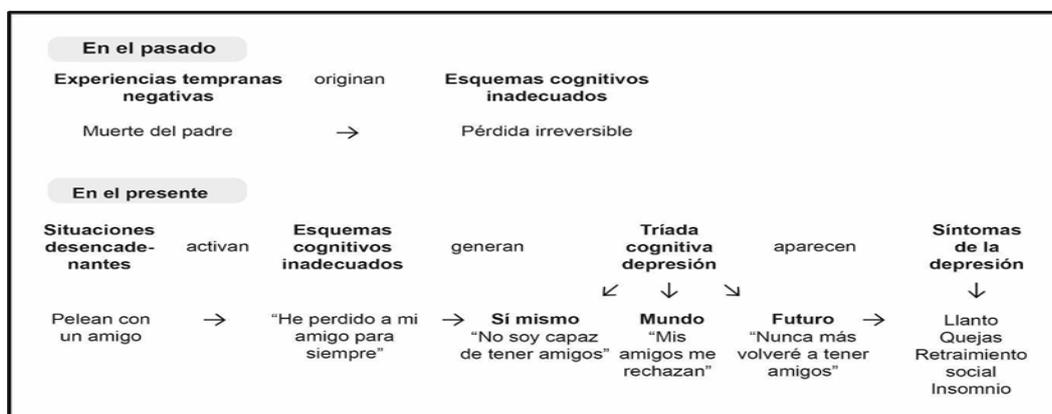
inevitable, pero en algunos casos sí se torna patológico, justamente en los relacionados a la depresión. Los esquemas se manifiestan mediante interpretaciones específicas de una situación, llamadas pensamientos automáticos.

Al aparecer dichos esquemas en el individuo, ya sea porque adolece de un defecto físico o padece de una enfermedad grave o cualquier otra situación de impacto para este, es cuando aparece la triada cognitiva de la depresión, es decir, visión negativa de uno mismo, del mundo y del futuro (Caballo y Simón, 2013). Estos 3 componentes desencadenan en problemas para ser funcional y desarrollarse en su contexto (Collantes, 2023). En la visión negativa de sí mismo, la persona se autopercebe como incapaz, infeliz, torpe, su autoestima es negativa y considera que tiene múltiples defectos, desvalorizando u omitiendo sus virtudes. En cuanto a la visión negativa del mundo, el concepto que la persona tiene de su entorno es el de un ambiente hostil, en el que no existen oportunidades. En lo que respecta a la visión negativa del futuro, la persona proyecta que todo lo que intente será un fracaso, anticipándose a lo que está por suceder, creando todos los escenarios negativos posibles (Molina y Orihuela, 2022).

Esta manera en la que se percibe el sujeto desencadenará los síntomas de la depresión tanto afectivos, motivacionales, cognitivos, motores, fisiológicos y motor. En la figura 1 se muestra un ejemplo del modelo cognitivo de la depresión.

Figura 1

Modelo cognitivo de la depresión (reproducido, con permiso de Méndez, 1998)



Nota. Reproducido del Manual de Psicología clínica infantil y del adolescente (p. 149) por Caballo y Simón, 2013

La persona con depresión no da lugar a un debate acerca de la validez de los pensamientos negativos que tiene, a pesar de que exista evidencia que los pongan en cuestionamiento, ya que de manera sistemática tiende a cometer errores lógicos como: Inferencia arbitraria (sacar conclusiones en base a información insuficiente o con datos en contra), abstracción selectiva (se centra en la atención o enfoque en detalles que se encuentra fuera de contexto y se ignora los aspectos que sí son relevantes), sobregeneralización (conclusiones generales en base a extrapolación de conclusiones a situaciones sin relación alguna), Magnificación y minimización (errores opuestos que sobreestiman los fallos y disminuyen el valor a los logros o habilidades propias), personalización (cuando se toma por responsabilidad los eventos negativos externos sin base objetiva), pensamiento dicotómico (categorización opuesta de una experiencia o situación ubicándose en el polo negativo el niño) (Caballo y Simón, 2013).

Es necesario precisar que el Manual del Inventario de Depresión Infantil (CDI) indica que el desarrollo de este instrumento de medición se basó en la teoría de la depresión de Beck, el cual está estrechamente ligado al modelo cognitivo de depresión del mismo autor. Es un instrumento que está desarrollado bajo el marco teórico cognitivo de corte psicológico.

2.2.1.2. Modelo de la Indefensión Aprendida.

De acuerdo con Seligman (1975, citado en Caballo y Simón, 2013), existe una secuencia que origina la indefensión aprendida. En primer lugar, se debe considerar que el menor se encuentra expuesto a situaciones incontrolables. En segundo lugar, al estar expuesto a situaciones incontrolables, se generan expectativas de incontrolabilidad, por lo que el menor asume que no tiene control sobre una situación. En tercer lugar, estas expectativas de incontrolabilidad originan déficits que caracterizan a la depresión, a nivel de tres aspectos:

motivacional, cognitivo y emocional; en este último se incluyen los sentimientos de indefensión y desesperanza.

A partir de estudios realizados posteriores al modelo mencionado en el párrafo anterior, se determinó que no todos los menores con expectativas de incontrolabilidad llegan a desarrollar depresión, razón por la cual Abramson et al. (1978, citados en Caballo y Simón, 2013) realizan un replanteamiento del modelo, basándose en la teoría de las atribuciones, mediante la cual se puede explicar las diferencias individuales. A continuación, se presentan 3 tipos de atribuciones.

- ***Atribución interna o externa.*** La intensidad en la que se dé la indefensión depende justamente de esta dimensión. Por ejemplo, si un niño y sus compañeros presentan problemas para resolver problemas matemáticos, el niño asume que la dificultad de dichos problemas obedece a un factor externo, como puede ser un alto grado de dificultad en dichos problemas, por lo que no se verá dañada su autoestima; sin embargo, si el niño tiene dificultades para ciertos problemas matemáticos y sus compañeros no las tienen, le va a atribuir su fracaso a un factor interno, como puede ser un bajo nivel intelectual, lo que sí afecta directamente su autoestima (Caballo y Simón, 2013).
- ***Atribución global o específica.*** Si un alumno considera que sus bajas calificaciones en el curso de matemática se deben a un bajo coeficiente intelectual o a la falta de inteligencia, entonces va a generalizar el problema, asumiendo que sus calificaciones serán bajas en todas las materias. Sin embargo, si un estudiante considera que sus malas calificaciones en matemáticas se deben a un alto grado de dificultad de un tema específico, puede asumir que es algo relacionado solamente a ese curso, y como consecuencia va a pensar que sí es capaz de aprobar el resto de las materias (Caballo y Simón, 2013).
- ***Atribución estable o inestable.*** Si un menor asume que la baja calificación en un examen se debe a falta de inteligencia (factor estable), asume que el hecho de no tener control sobre su

rendimiento es algo permanente; sin embargo, sí le atribuye su baja calificación en un examen al hecho de haber tenido pocas horas de sueño la noche anterior (factor inestable), asume que el no tener control es algo solamente ocasional (Caballo y Simón, 2013).

Investigaciones posteriores terminaron confirmando lo planteado en este nuevo modelo de indefensión aprendida, ya que bajos niveles de síntomas depresivos están relacionados con las atribuciones internas, globales y estables.

2.2.1.3. Modelo de Autocontrol.

Este modelo sostiene que la depresión es producto de fallos en el proceso de autocontrol; para ello, se plantean tres fases del proceso de autocontrol. La primera fase vendría a ser la autoobservación, en la que los menores con depresión tienden a centrarse únicamente en eventos negativos y a prestarle atención solo a las consecuencias a corto plazo. A partir de estos sesgos intencionales, se genera una visión negativa de la vida. En la segunda fase estaría la autoevaluación, en esta el comportamiento es valorado según la comparación a la actuación auto observada con estándares internos, realizando atribuciones opuestas; aquí se establecen criterios de valoración poco realistas y se realizan atribuciones incorrectas. En la tercera fase está la administración de consecuencias, esta depende de la autoevaluación realizada, ya que se dan consecuencias a sí mismos. Por ello, tienden a castigarse con frecuencia, lo que en ocasiones podría tener un reforzador social (Caballo y Simón, 2013).

2.2.1.4. Modelo Socioambiental.

Así mismo, en el Manual de psicología clínica infantil y del adolescente se desarrolla el modelo socioambiental, en el que se trata de manera específica al público infantojuvenil. En este manual se cita a Skinner para poder definir las bases de este modelo, ya que ofrece una conceptualización enfocada en los procesos de extinción (disminución de refuerzos ya sean

positivos o negativos) en el individuo. Así mismo, la gravedad de esta va a ser distinta, ya que dependerá del grado de disminución del refuerzo, así como, la mejoría, ya que tiene que ver con el aumento de la tasa de reforzadores (Caballo y Simón, 2013). Dentro de este modelo también se considera que la depresión infantil se presentará por excesos de conductas tales como huir de, o eludir a un factor que sea de estimulación de rechazo para el sujeto, de manera que se manifiesta una incapacidad o falta en la presencia de conductas instrumentales con el fin de tener refuerzos positivos, las cuales se pueden producir por diversos factores como por el desprecio por las aptitudes y sobrevaloración de defectos, pocos reforzadores en conductas positivas, reforzamiento impropio y modificaciones o alteraciones bruscas del entorno (Caballo y Simón, 2013). De acuerdo con el modelo socioambiental, en una primera etapa, los familiares del niño, amistades, personas de su entorno social, ponen su foco de atención en el niño, lo que refuerza el llanto o las expresiones de autculpa; al incrementarse las conductas depresivas en el menor, la relación se torna aversiva, es por ello que, en una segunda etapa, las mismas personas que antes centraron su atención en el niño, ahora lo evitan, y de esta manera se le está retirando reforzadores positivos, agravándose la situación del menor. En consecuencia, diversos investigadores han constatado que la depresión infantil se relaciona con un funcionamiento social inadecuado o deficiente; además, los niños que tienen depresión son evaluados por sus compañeros como «menos populares» (Caballo y Simón, 2013).

2.3 Definición de Términos Básicos

Depresión

Beck (2010) refiere que, desde el punto de vista cognitivo, la sintomatología depresiva vendría a ser percepciones negativas que tiene un sujeto de sí mismo, del entorno y de su futuro, los que estarían ligados a las distorsiones cognitivas (citado en Molina y Orihuela, 2022).

Benavides (2017) define la depresión como la presencia de una tristeza de tipo patológica, que no es producto de factores desencadenantes, es decir, carece de causa; también puede ocurrir que sí haya algún factor desencadenante, pero en caso de que existiese, no tiene proporción con lo que ocasiona en el individuo, es decir, la intensidad del malestar generado, su prolongación en el tiempo y qué tanto le impide o no a la persona poder realizar sus actividades con normalidad, es decir, la funcionalidad. Este autor también resalta que no se debe confundir esta tristeza patológica con la tristeza como emoción, ya que esta última es una respuesta y consecuencia lógica de determinadas circunstancias en la vida de una persona. Cuando se habla de depresión, se habla en realidad de un conjunto de trastornos de tipo afectivo, haciendo referencia a los diferentes diagnósticos que pueden encontrarse en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM y en la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE.

Por otro lado, la OMS (2023) define la depresión como un trastorno caracterizado por la pérdida de interés o disfrute de actividades, además del estado de ánimo de constante tristeza. Cabe resaltar que este trastorno es diferente a los cambios que habitualmente experimenta una persona en cuanto a su estado de ánimo, atribuyéndole una situación más compleja. Así mismo, menciona las repercusiones que tiene la depresión en diferentes aspectos, como el social, laboral, académico o familiar. Así mismo, destaca que es bastante común padecerla hoy en día, resaltando que la prevalencia es mayor en mujeres que en varones.

Depresión infantil

La depresión infantil es considerada como un trastorno afectivo cuyos síntomas característicos son: irritabilidad, inconformidad consigo mismo y con el entorno, pocas o nulas ganas de jugar, así como, socializar. Dichas emociones negativas no corresponden a estímulos específicos que se puedan considerar como el detonador desencadenante por diferentes factores

ya sea duración o intensidad según (Del Barrio, 2007, citado en Borja, 2017). Lo que inevitablemente repercutirá en la disminución del goce por hacer actividades placenteras.

Estado de ánimo disfórico

El término «disforia» se utiliza para referirse a la intranquilidad, ansiedad y sensación vaga e indeterminada de malestar (Olórtégui, 2009). De acuerdo con Cosacov (2007) la disforia es un «sentimiento de malestar o angustia, en contraposición a euforia» (p. 96).

Para efectos de la presente investigación es importante mencionar que se utiliza la adaptación de Arévalo (2008), quien en lugar de utilizar el término «disforia», que es utilizado por Del Barrio y Carrasco (2004), utiliza el término «estado de ánimo disfórico». Así mismo, Arévalo (2008) define el estado de ánimo disfórico como «una expresión o muestra de tristeza, soledad, desdicha, indefensión o pesimismo. El niño manifiesta cambios en el estado de ánimo, mal humor, irritabilidad, se enfada fácilmente, llora con facilidad. Es negativista y resulta difícil de complacerle» (p. 12).

Ideas de autodesprecio

Del Barrio y Carrasco (2004) utilizan el término «autoestima negativa», sin embargo, de acuerdo con la adaptación de Arévalo (2008), el término cambia a «ideas de autodesprecio».

La autoestima se puede definir como la valoración que realiza una persona de sí misma, que abarca no solo sus pensamientos, sino también emociones y las experiencias que ha vivido (Mejía et al., 2011, citados en Panesso y Arango, 2017). De acuerdo con Ceballos et al. (2017) específicamente la autoestima negativa se refiere al autodesprecio o devaluación personal. Así mismo Arévalo (2008) refiere que un niño presenta ideas de autodesprecio cuando «expresa sentimientos de irritabilidad, incapacidad, fealdad y culpabilidad. Presenta ideas de persecución, deseos de muerte y tentativas de suicidio, revela ideas de escaparse y huir de su casa» (p. 12).

Infantojuvenil

De acuerdo con la RAE (2022) «el término ‘infantojuvenil’ se emplea en el español general como adjetivo con el sentido de ‘infantil y juvenil’, uso perfectamente válido».

Niñez

Periodo de la vida del ser humano, que en general abarca de la infancia a la pubertad. (Olórtegui, 2009).

El Ministerio de Salud (2020) realizó una clasificación de las etapas del ciclo vital, denominadas allí como curso de vida. En ella menciona que la etapa de la niñez abarca desde los 0 años hasta los 11 años 11 meses y 29 días. Bajo esta premisa, gran parte de la muestra tomada para la investigación se encuentra en esta etapa.

Así mismo, Papalia (2021) utiliza el término tercera infancia para designar a los menores cuyas edades oscilan entre los 6 y 11 años. Es importante destacar que Papalia (2021) considera tres tipos de desarrollo: físico, cognoscitivo y psicosocial. En cuanto al desarrollo físico, en esta etapa se incrementan las habilidades deportivas y el crecimiento se enlentece. Respecto del desarrollo cognoscitivo, los niños incrementan sus habilidades de lenguaje y memoria y su forma de pensar es lógica y concreta. En lo concerniente al desarrollo psicosocial, se incrementa la complejidad del autoconcepto, lo que tiene influencia directa en la autoestima del menor y se destaca el rol importante que adquieren los compañeros del colegio.

Adolescencia

De acuerdo con Olórtegui (2009), la adolescencia es la etapa que está después de la niñez. Esta etapa del ciclo vital empieza con la aparición de caracteres sexuales secundarios y culmina con el término del crecimiento somático.

En cuanto al curso de vida, el Ministerio de Salud (2020) determina que la adolescencia abarca desde los 12 años hasta los 17 años 11 meses y 29 días. Y en Papalia (2021) establece que, en esta etapa, a nivel físico, el crecimiento es bastante notorio y tiene lugar la madurez

reproductiva; a nivel cognoscitivo se desarrolla el pensamiento abstracto, pero continúa la inmadurez del pensamiento; a nivel psicosocial, uno de los objetivos centrales es la búsqueda de identidad y los pares tienen gran influencia.

Capítulo III

Diseño Metodológico

3.1 Tipo de Investigación

La presente investigación se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo, ya que se buscó estimar las magnitudes u ocurrencia de los fenómenos; además, estuvo fundamentada en investigaciones previas o teorías y utilizó recolección y análisis de datos para responder diferentes interrogantes de investigación, pretendiendo generalizar los resultados obtenidos para posteriormente poder analizar eventos observables mediante la medición (Hernández y Mendoza, 2018).

Por otro lado, el alcance o tipo de investigación según su propósito intrínseco fue solamente descriptivo, ya que tiene como finalidad medir datos de una variable determinada (Hernández y Mendoza, 2018) utilizando técnicas de recolección de datos (Ríos, 2020).

Así mismo, según el propósito extrínseco, según Ríos (2020) la investigación fue de corte puro o teórico, ya que se buscó generar nuevos conocimientos sin tener ninguna expectativa de uso de estos ya sea a mediano o corto plazo.

En cuanto al tipo de investigación según su aproximación a las fuentes de información, se planteó como una investigación bibliográfica, ya que parte del material fue publicado por otros autores. Además, también se le podría considerar como una investigación de campo, ya que recolectó información mediante la utilización de instrumentos (Ríos, 2020).

Respecto del método o diseño de investigación, fue una investigación no experimental, debido a que no se manipularon variables de forma deliberada, solo se midieron fenómenos y variables en un contexto natural para poder realizar un análisis (Hernández y Mendoza, 2018).

Finalmente, la presente investigación fue de corte transversal o transeccional, ya que la recolección o medición de datos se dio en un momento específico, es decir, en un tiempo único (Hernández y Mendoza, 2018).

3.2 Población y Muestra

3.2.1 Población.

Chaudhuri (2018) y Lepkowski (2008b) (citados en Hernández y Mendoza, 2018), mencionan que la población es un conjunto de todos los casos que concuerdan con determinadas especificaciones. En la presente investigación, se consideró como población a los estudiantes de Perú, que residen en el departamento y provincia de Arequipa, que estudiaron en instituciones educativas públicas del distrito de José Luis Bustamante y Rivero y que estuvieron cursando el cuarto, quinto y sexto grado de educación primaria; los estudiantes debieron encontrarse con matrícula vigente y cumplir con asistencia regular a dicha institución.

3.2.2 Muestra.

En relación con la selección de la muestra, esta es de tipo censal, ya que se consideró a todos los estudiantes a los que se tuvo acceso mediante el permiso de la institución educativa y cuyos padres dieron su autorización mediante el consentimiento informado, quienes cumplen con los criterios de inclusión en la presente investigación.

El uso de este tipo de muestra se debe a que, según Hernández (2014, citado en Rucana, 2022), la muestra censal se caracteriza por presentar el número exacto de elementos de la población por ser pertinentes, todos ellos, para los propósitos de investigación (p. 20).

Tabla 4

Relación de instituciones educativas consideradas como muestra.

Participantes	Grados del nivel primario	Cantidad de estudiantes
Colegio 1	4.º, 5.º y 6.º	138
Colegio 2	4.º, 5.º y 6.º	103
Colegio 3	5.º y 6.º	59
Colegio 4	4.º, 5.º y 6.º	33
Colegio 5	4.º, 5.º y 6.º	55
Colegio 6	4.º, 5.º y 6.º	39
Total		
6 instituciones educativas		427

3.3 Criterios de Inclusión y Exclusión

3.3.1 Criterios de Inclusión.

- Estudiantes de instituciones educativas públicas del distrito de José Luis Bustamante y Rivero, previa aceptación de los directores de cada institución educativa
- Estudiantes de cuarto, quinto y sexto grado de primaria
- Estudiantes cuyos padres firmen el consentimiento informado
- Estudiantes que participen de manera voluntaria firmando el asentimiento informado

3.3.2 Criterios de Exclusión.

- Estudiantes de instituciones educativas públicas que no pertenezcan al distrito de José Luis Bustamante y Rivero
- Estudiantes de grados menores a cuarto grado de primaria y de grados superiores a sexto grado de primaria
- Estudiantes cuyos padres se rehúsan a firmar el consentimiento informado
- Estudiantes que se rehúsan a participar de manera voluntaria, por ende, que no firmen el asentimiento informado

3.4 Técnicas de Recolección y Análisis de la Información

La técnica que se utilizó para la recolección de datos fue el instrumento de medición: Inventario de Depresión Infantil con las siglas CDI de María Kovacs, el cual cuenta con una adaptación al Perú por Arévalo (2008). La adaptación peruana de este instrumento psicométrico consta de 27 ítems, en el que cada ítem cuenta con 3 alternativas para marcar; así mismo, está conformado por dos dimensiones: estado de ánimo disfórico e ideas de autodesprecio.

Tabla 5

Ficha técnica de la adaptación peruana del Inventario de Depresión Infantil

Nombre original	<i>Children´s Depression Inventory</i> CDI
Nombre en español	Inventario de Depresión Infantil CDI
Autora	María Kovacs (1977)
Procedencia	<i>Multi-Health System Toronto</i> (Canadá)
Adaptación española	Polonio Lorente (1988) España
Adaptación peruana	Arévalo – 2008
Aplicación	Colectiva e individual
Ámbito de aplicación	Niños y niñas de 8 a 16 años
Duración	Entre 10 y 25 minutos
Finalidad (significación)	Evaluación de sintomatología depresiva - evalúa síntomas depresivos más esenciales en los niños de 8 a 16 años mediante las siguientes dimensiones: Estado de ánimo disfórico (visión negativa de sí mismo), Ideas de autodesprecio (visión negativa del medio y del futuro).
Baremación (tipificación)	Baremos para escolares del nivel primario y adolescentes del nivel secundario, de ambos sexos.
Materiales	Manual y ejemplar autocorregible

Nota: De «Manual del Inventario de Depresión Infantil CDI», 1992 y «Adaptación peruana del Inventario de depresión infantil CDI por el Dr. Arévalo», 2008

Validez

La validez de un instrumento permite demostrar la eficiencia de este. En este caso, de acuerdo con Arévalo (2008) existen dos validaciones.

Validez de contenido

Para validar el Inventario de Depresión Infantil, se utilizó la técnica de criterio de jueces. Se brindó el instrumento a 5 jueces con experiencia trabajando con niños y adolescentes, encontrando la aprobación unánime de los jueces (Arévalo, 2008).

Validez de constructo

La estructura de los 27 ítems de las dimensiones de estado de ánimo disfórico e ideas de autodesprecio, se examinaron mediante el análisis de ítem test, en una muestra de 10 200 niños y adolescentes de las ciudades de Trujillo (3373), Chiclayo (3272) y Piura (3555); se han correlacionado cada uno de los ítems que conforman cada factor con el total de los ítems de cada área. Se utilizó el índice de validez en términos de consistencia interna, a partir del coeficiente de correlación producto-momento de Pearson, cumpliéndose con el criterio $r > 0.31$, para que sean aceptados o válidos cada uno de los ítems (Arévalo, 2008).

Confiabilidad

Para que una prueba resulte confiable, se requiere un alfa de Cronbach > 0.7 ; en el caso de la adaptación peruana del Inventario de Depresión Infantil, el coeficiente de confiabilidad es de 0.9176. En cuanto a sus dimensiones, el índice de confiabilidad fue 0.86 para disforia y 0.78 para autodesprecio en el nivel primario; en el nivel secundario, el índice de confiabilidad fue 0.91 para disforia y 0.85 para autodesprecio (Arévalo, 2008).

3.5 Procedimiento de Recolección de Datos

Para la recolección de datos, en primer lugar, se presentó una solicitud a la institución educativa, en la que se explicó el tema de investigación y el motivo por el que se desarrolló dicha investigación; se solicitó información como la cantidad de alumnado que está en los grados de cuarto, quinto y sexto de primaria; posterior a ello, fue necesario contar con la

autorización de dicha institución educativa en la que se aplicó el instrumento Inventario de Depresión Infantil (CDI) a la población infantojuvenil, considerada en esta investigación.

En segundo lugar, en el procedimiento de la recolección de datos se coordinó la fecha tentativa para la entrega de información de los alumnos (firma de consentimientos y asentimientos informados) y la disposición de los docentes para poder iniciar con la investigación.

En tercer lugar, se proporcionó a los cuidadores o tutores legales de los menores un consentimiento informado para contar con su autorización en la aplicación del instrumento psicométrico; así mismo, se les dio el alcance que a sus menores hijos se les dio también un formato de asentimiento informado para tener la autorización de estos, cuyo fin es informativo. En el consentimiento y asentimiento se explicaron los términos y motivos del desarrollo de la investigación; así mismo, se aclaró que el fin solo es informativo y de índole académico, por ende, no habrá divulgación de datos personales.

En cuarto lugar, una vez obtenida la autorización del padre e hijo, se procedió a aplicar el instrumento «Inventario de Depresión Infantil (CDI)».

En quinto lugar, se inició con la aplicación del instrumento psicométrico; dicho procedimiento parte desde la explicación del llenado del test hasta las condiciones que propiamente refiere el instrumento antes de ser llenado. Posteriormente, se procedió a repartir los instrumentos y se tomó el tiempo de llenado de cada uno; dicho tiempo se estimó entre los 10 a 25 min. Así mismo, conforme los estudiantes entregaron el instrumento psicométrico, se fue revisando que todos los ítems del instrumento estuviesen llenados de manera correcta para dar fin con la aplicación del instrumento.

Finalmente, en sexto lugar, se procedió a realizar el procesamiento de información de manera manual y mediante el uso del programa SPSS.

3.6 Análisis de Datos

Para el análisis de datos se procedió a recolectar y clasificar la información según las dimensiones, el grado de estudios, el sexo y las edades que figuraban en cada una de las pruebas aplicadas del «Inventario de Depresión infantil (CDI)»; se vio por conveniente establecer una discriminación manual en el manejo de la información de los cuestionarios aplicados, para tener un mejor manejo del ingreso de datos a los *softwares* correspondientes.

Por consiguiente, se procedió a la recopilación de datos para su debido análisis, en el que se usó como instrumentos el *software* Microsoft Excel, que es uno de los programas de Office, el que ayudó a la administración de los resultados de manera digital y al ser compatible con el otro programa resultó de gran utilidad. Así mismo, después de tener los resultados digitalizados en el *software* Microsoft Excel, se procedió a utilizar el *software* SPSS *Statistics* 24.0 lanzado en el 2019, el cual, de acuerdo con la IBM (2024), se define al *software* como un programa con una interfaz intuitiva y fácil de usar de SPSS *Statistics*, puede gestionar y analizar fácilmente grandes conjuntos de datos, obteniendo *insights* procesables para tomar decisiones basadas en hechos. Sus avanzados procedimientos estadísticos y técnicas de modelización permiten optimizar las estrategias organizacionales, lo que incluye predecir los comportamientos de los clientes, pronosticar las tendencias del mercado, detectar el fraude para minimizar el riesgo empresarial y llevar a cabo investigaciones confiables para extraer conclusiones precisas. Esto ayudó con el procesamiento de datos complejos para la obtención de los resultados que arrojó la investigación, ya que permitió administrar los datos de manera más sencilla, así como, realizar un análisis de datos completos, obtención de gráficos y tablas y el margen de error de la investigación.

Por lo que, cuando se usó el *software* SPSS *Statistics* 24.0, se pretendió poder obtener como resultados de la investigación, datos exactos que permitieron ver cómo es que se están manejando los datos introducidos al *software* y obtener el objetivo general y los específicos

mediante tablas que grafiquen los resultados obtenidos y así poder establecer una discusión de los resultados que expliquen los hallazgos en la investigación.

3.7 Aspectos Éticos

El proyecto fue evaluado por el Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad Continental para su aprobación antes de iniciar el proceso de recolección de datos. Así mismo, antes de la aplicación del cuestionario se entregó el consentimiento informado que fue dirigido a los padres de familia para que el menor pueda participar de la investigación, así también, el menor de edad tuvo un asentimiento informado en el cual tuvo la libertad de aceptar continuar con la participación de la investigación o no aceptar su participación y posterior a ello se recopiló la información.

A fin de garantizar el respeto por la libre decisión en poder participar o no de la investigación, se consideró documentos que ayudaron a informar, autorizar y recolectar información necesaria para que el trabajo pueda ser desarrollado sin problemas y con total transparencia. Dichos documentos se pueden observar en los anexos 3, 4 y 5.

Capítulo IV

Resultados

4.1 Presentación de Resultados

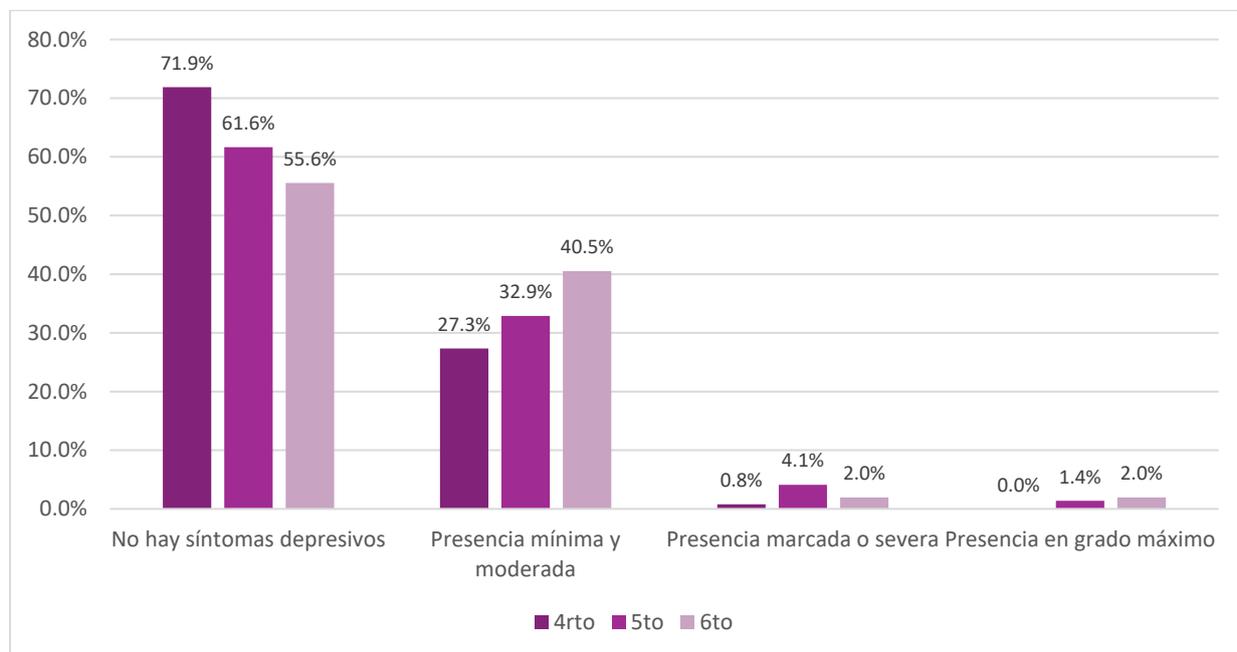
Tabla 6

Prevalencia de las categorías de síntomas depresivos en estudiantes de cuarto, quinto y sexto de primaria

Variable	Categoría	4.º		5.º		6.º		Total	
		f	%	F	%	f	%	f	%
Síntomas depresivos	No hay síntomas depresivos. Dentro de los límites normales	92	71.9	90	61.6	85	55.6	267	62.5
	Presencia de síntomas depresivos mínima y moderada	35	27.3	48	32.9	62	40.5	145	34.0
	Presencia de síntomas depresivos marcada o severa	1	0.8	6	4.1	3	2.0	10	2.3
	Presencia de síntomas depresivos en grado máximo	0	0.0	2	1.4	3	2.0	5	1.2
Total		128	100	146	100	153	100	427	100

Figura 2

Prevalencia de las categorías de síntomas depresivos en estudiantes de cuarto, quinto y sexto de primaria



La tabla 6 y figura 2, muestran los resultados de las categorías de síntomas depresivos según el grado de estudios. En el cuarto grado de primaria, el 71.9 % no presenta síntomas depresivos, porcentaje que agrupa a 92 estudiantes, mientras que la presencia de síntomas depresivos mínima y moderada se encuentra en el 27.3 %, es decir, 35 estudiantes. Dentro de la categoría presencia de síntomas depresivos marcada o severa se agrupa el 0.8 %, lo que representa a solo un estudiante. En este grado no hay presencia de síntomas depresivos en grado máximo en ningún estudiante.

En lo que respecta al quinto grado de primaria, aquí predomina la ausencia de síntomas depresivos, con el 61.6 %, es decir, 90 estudiantes, seguido de la presencia de síntomas depresivos mínima y moderada, que agrupa un 32.9 %, equivalente a 48 estudiantes; la presencia de síntomas depresivos marcada o severa se encuentra en el 4.1 %, es decir, 6 estudiantes, mientras que el 1.4 % tiene presencia de síntomas depresivos en grado máximo, porcentaje que representa a 2 estudiantes.

En cuanto al sexto grado de primaria, predomina la ausencia de síntomas depresivos, con el 55.6 %, es decir, 85 estudiantes, seguida de la presencia de síntomas depresivos mínima y moderada en el 40.5 %, porcentaje que engloba a 62 estudiantes. Así mismo, respecto a las dos categorías restantes, es decir, la presencia de síntomas depresivos marcada o severa y la presencia de síntomas depresivos en grado máximo, cada una agrupa un 2.0 %, es decir, 3 estudiantes en cada categoría.

Finalmente, al obtener el total de los 3 grados de estudios, se encuentra que no hay presencia de síntomas depresivos en el 62.5 % de estudiantes, es decir, 267 alumnos, siendo esta la categoría que predomina. Está seguida de la presencia de síntomas depresivos mínima y moderada, con el 34 %, es decir, 145 estudiantes. Así mismo, se encuentra presencia de síntomas depresivos marcada o severa en el 2.3 %, equivalente a 10 estudiantes, mientras que el 1.2 % presenta síntomas depresivos en grado máximo, porcentaje que representa a 5 estudiantes.

Tabla 7

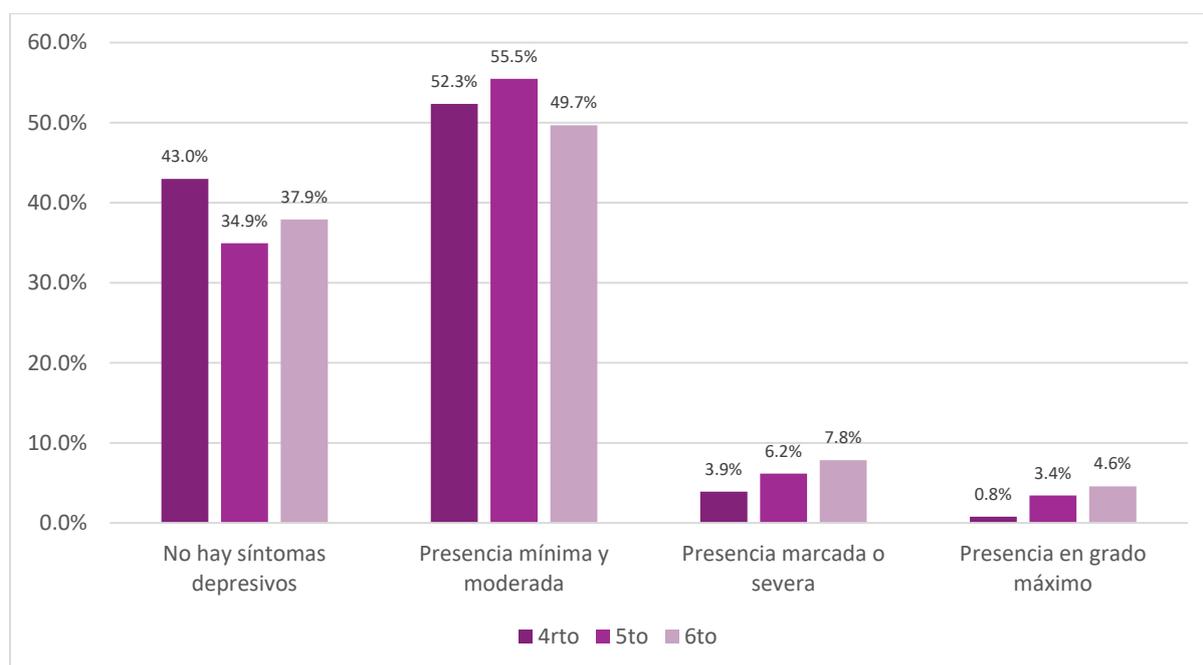
Prevalencia de las categorías de la dimensión de estado de ánimo disfórico en estudiantes de cuarto, quinto y sexto de primaria

Dimensiones (Total)	Categoría	4.º		5.º		6.º		Total	
		f	%	f	%	f	%	f	%
	No hay síntomas depresivos. Dentro de los límites normales	55	43.0	51	34.9	58	37.9	164	38.4
Estado de ánimo disfórico	Presencia de síntomas depresivos mínima y moderada	67	52.3	81	55.5	76	49.7	224	52.5
	Presencia de síntomas marcada o severa	5	3.9	9	6.2	12	7.8	26	6.1

	Presencia de síntomas en grado máximo							
	1	0.8	5	3.4	7	4.6	13	3.0
Total	128	100	146	100	153	100	427	100

Figura 3

Prevalencia de las categorías de la dimensión de estado de ánimo disfórico en estudiantes de cuarto, quinto y sexto de primaria



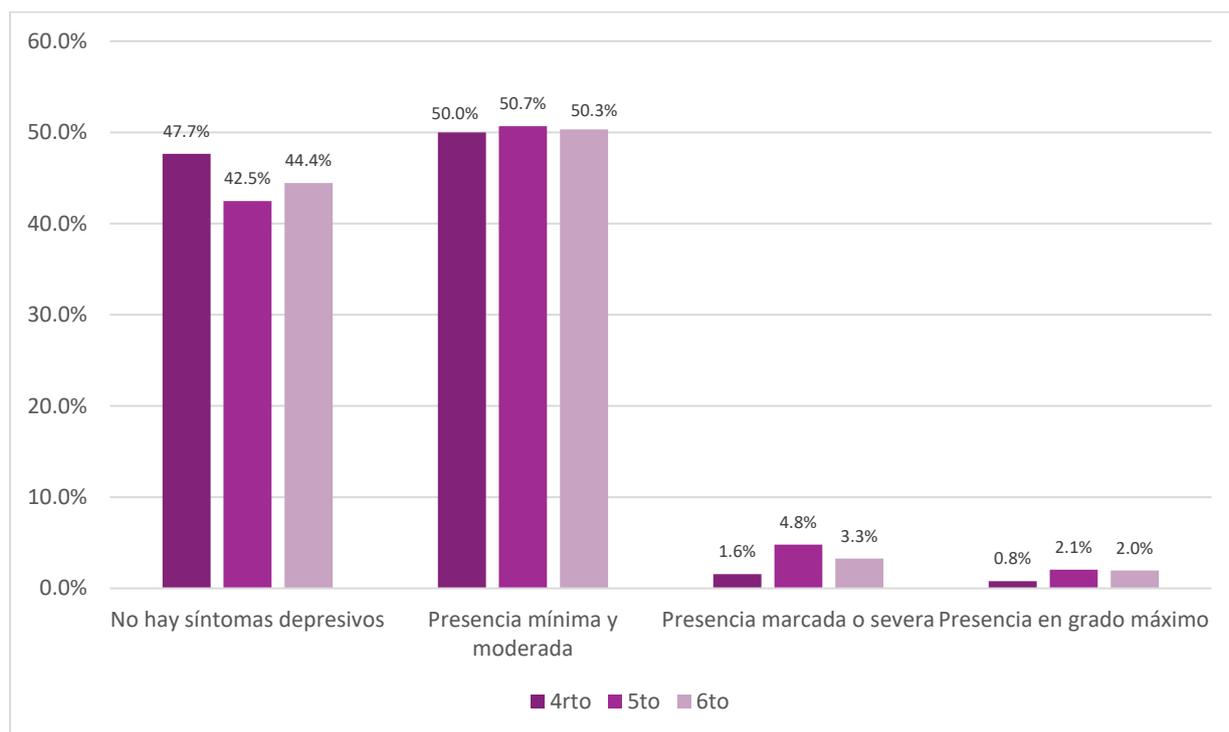
La tabla 7 y figura 3, muestran los resultados relacionados a la dimensión estado de ánimo disfórico para cuarto, quinto y sexto de primaria. En los estudiantes de cuarto grado de primaria, predomina la presencia de síntomas depresivos mínima y moderada con un 52.3 %, es decir, 67 estudiantes, seguido de la no presencia de síntomas depresivos con un 43 %, porcentaje que representa a 55 estudiantes. Luego se tiene la presencia de síntomas depresivos marcada o severa, con un 3.9 %, es decir, 5 estudiantes, mientras que la presencia en grado máximo abarca el 0.8 %, equivalente a un estudiante.

En cuanto al quinto grado de primaria, la mayor cantidad de estudiantes se concentra dentro de la categoría presencia de síntomas depresivos mínima y moderada, con un 55.5 %,

Presencia de síntomas depresivos mínima y moderada	64	50.0	74	50.7	77	50.3	215	50.3
Presencia de síntomas marcada o severa	2	1.6	7	4.8	5	3.3	14	3.3
Presencia de síntomas en grado máximo	1	0.8	3	2.1	3	2.0	7	1.7
Total	128	100	146	100	153	100	427	100

Figura 4

Prevalencia de las categorías de la dimensión de ideas de autodesprecio en estudiantes de cuarto, quinto y sexto de primaria



En la tabla 8 y figura 4, se muestra que en la dimensión ideas de autodesprecio, en relación a los estudiantes de cuarto grado de primaria, prevaleció la presencia de síntomas depresivos mínima y moderada con un 50 % equivalentes a 64 estudiantes; con un 47.7 % equivalente a 61 estudiantes no hay síntomas depresivos; la presencia de síntomas marcada o

severa con un 1.6 %, es decir, 2 estudiantes y finalmente en cuanto a este grado se refiere la presencia de los síntomas en grado máximo es de 0.8 % equivalente a 1 estudiante. Así mismo, con relación a los estudiantes del quinto grado de primaria, predominó la presencia de síntomas depresivos mínima y moderada con un 50.7 % equivalente a 74 estudiantes, seguido de la no presencia de síntomas depresivos con un 42.5 % equivalente a 62 estudiantes, también se encontró que el 4.8 %, equivalentes a 7 estudiantes, mostraron la presencia de síntomas marcada o severa y la presencia de síntomas en grado máximo con un 2,1 % equivalente a 1 estudiante. Finalmente, en cuanto al sexto grado de primaria, se obtuvo porcentajes similares, ya que predomina la presencia de síntomas depresivos mínima y moderada con un 50.3 % equivalentes a 77 estudiantes, seguido de la no presencia de síntomas depresivos en un 44.4 % equivalente a 68 estudiantes y con la presencia de síntomas marcada o severa en un porcentaje del 3.3 % equivalentes a 5 estudiantes; finalmente el 2 % equivalentes a 3 estudiantes tendría presencia de síntomas depresivos en grado máximo.

El total en los resultados obtenidos en la dimensión de las ideas de autodesprecio se verá que el 50.3 % equivalente a 215 estudiantes, tiene la presencia de síntomas depresivos mínima y moderada, seguido del 44.4 % equivalente a 191 estudiantes que no presentan síntomas depresivos, así mismo en un 3.3 % equivalente a 14 estudiantes hay la presencia de síntomas depresivos marcada o severa y finalmente en el 1.7 % equivalentes 7 estudiantes hay la presencia de síntomas en grado máximo.

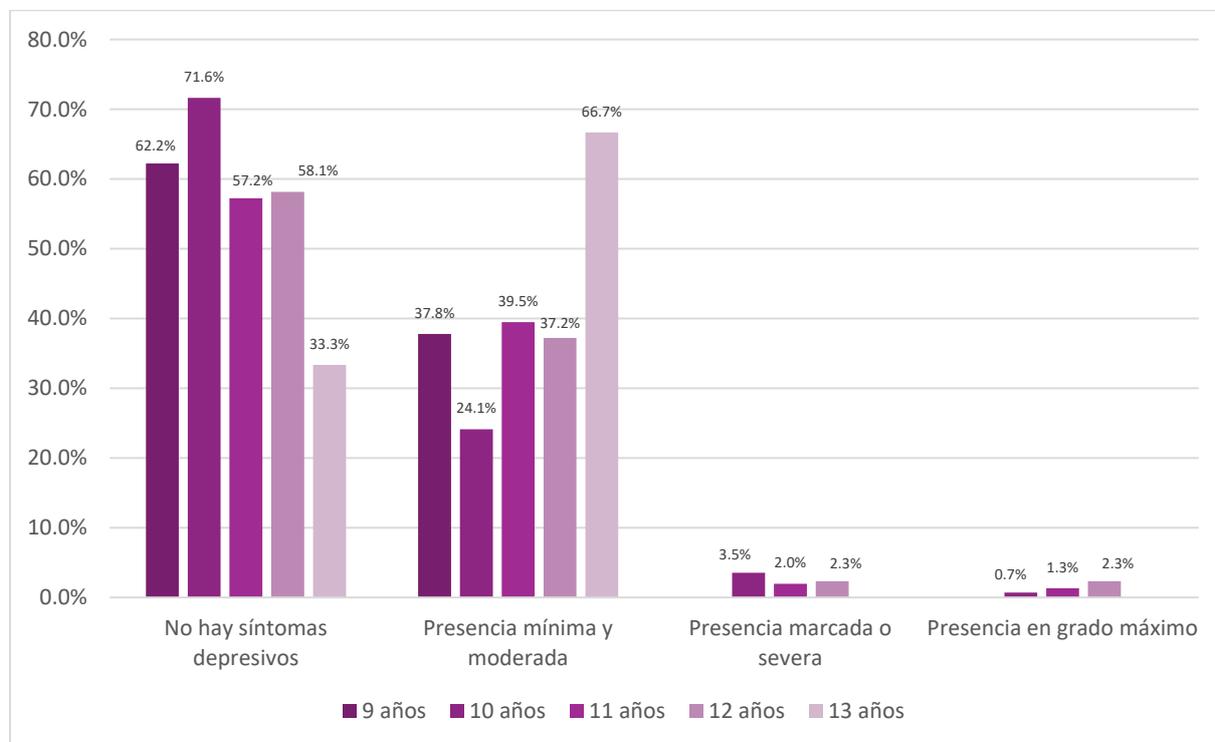
Tabla 9

Prevalencia de las categorías de síntomas depresivos presentes en diversas edades de los estudiantes

Variable	Nivel	9		10		11		12		13	
		f	%	f	%	f	%	F	%	f	%
Síntomas depresivos	No hay síntomas depresivos. Dentro de los límites normales	28	62.2	101	71.6	87	57.2	50	58.1	1	33.3
	Presencia de síntomas depresivos mínima y moderada	17	37.8	34	24.1	60	39.5	32	37.2	2	66.7
	Presencia de síntomas marcada o severa	0	0.0	5	3.5	3	2.0	2	2.3	0	0.0
	Presencia de síntomas en grado máximo	0	0.0	1	0.7	2	1.3	2	2.3	0	0.0
	Total		45	100	141	100	152	100	86	100	3

Figura 5

Prevalencia de las categorías de síntomas depresivos presentes en diversas edades de los estudiantes



La tabla 9 y figura 5, muestran la prevalencia de las categorías de síntomas depresivos de acuerdo con las edades. En cuanto a la edad de 9 años, no se encuentra presencia de síntomas depresivos en el 62.6 %, es decir, 28 estudiantes; esta categoría agrupa a la mayor cantidad de estudiantes de 9 años. Así mismo, se aprecia la presencia de síntomas depresivos mínima y moderada en el 37.8 %, equivalente a 17 estudiantes. En esta edad, no se encuentran estudiantes en las otras dos categorías.

Respecto a la edad de 10 años, que agrupa a 141 estudiantes, el porcentaje más representativo le corresponde a la no presencia de síntomas depresivos, con el 71.6 %, es decir, 101 estudiantes. La categoría presencia de síntomas depresivos mínima y moderada está conformada por el 24.1 %, lo que equivale a 34 estudiantes. Así mismo, la presencia de

síntomas depresivos marcada o severa engloba al 3.5 %, es decir, 5 estudiantes, mientras que la presencia de síntomas depresivos agrupa al 0.7 %, equivalente a solo 1 estudiante.

En lo concerniente a la edad de 11 años, no hay presencia de síntomas depresivos en el 57.2 %, es decir, 87 estudiantes, mientras que el 39.5 % tiene presencia de síntomas depresivos mínima y moderada, lo que equivale 60 estudiantes; la presencia de síntomas depresivos marcada o severa agrupa al 2.0 %, es decir, 3 estudiantes, mientras que la presencia de síntomas depresivos en grado máximo abarca el 1.3 %, conformado por 2 estudiantes.

Así mismo, en cuanto a la edad de 12 años, el 58.1 % de los estudiantes no presenta síntomas depresivos, lo que equivale a 50 alumnos; la categoría presencia de síntomas depresivos mínima y moderada, agrupa al 37.2 %, es decir, 32 estudiantes. Además, en cuanto a las dos categorías restantes, tanto la presencia de síntomas depresivos marcada o severa, como la presencia en grado máximo, ambas agrupan a un 2.3 %, es decir, 2 estudiantes en cada categoría.

Finalmente, solo 3 estudiantes tienen 13 años, encontrándose la presencia de síntomas depresivos mínima y moderada en el 66.7 %, equivalente a 2 estudiantes, mientras que el otro estudiante no presenta síntomas depresivos, representado, en este caso, por un 33.3 %.

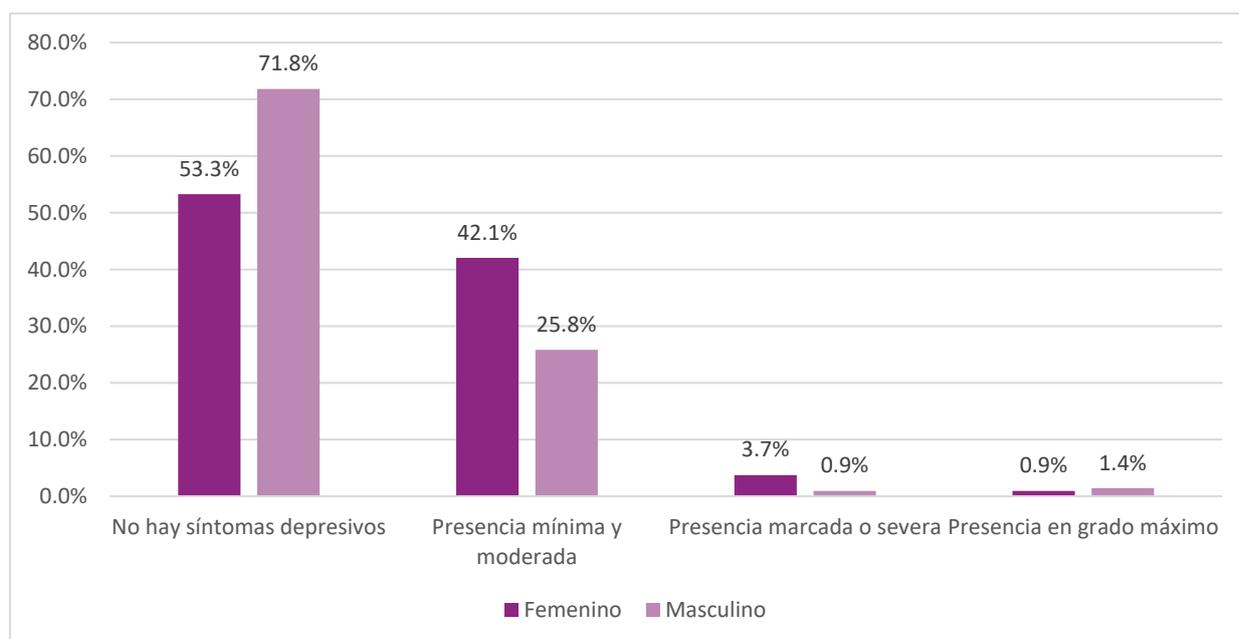
Tabla 10

Prevalencia de las categorías de síntomas depresivos en los estudiantes de sexo femenino y masculino

Variable	Categoría	Masculino		Femenino	
		F	%	f	%
Síntomas depresivos	No hay síntomas depresivos. Dentro de los límites normales	114	53.3	153	71.8
	Presencia de síntomas depresivos mínima y moderada	90	42.1	55	25.8
	Presencia de síntomas marcada o severa	8	3.7	2	0.9
	Presencia de síntomas en grado máximo	2	0.9	3	1.4

Figura 6

Prevalencia de las categorías de síntomas depresivos en los estudiantes de sexo femenino y masculino



En la tabla 10 y figura 6, se observa que en los estudiantes de sexo masculino prevaleció la no presencia de síntomas depresivos con un 53.3 %, equivalente a 114 estudiantes. Con 42.1 % equivalentes a 90 estudiantes, se observa que hay presencia de síntomas depresivos mínimos a moderados; así mismo, se observa que el 3.7 %, es decir, 8 estudiantes estarían presentando la presencia de síntomas depresivos marcada o severa, y el 0.9 % de esta población, es decir, 2 estudiantes de sexo masculino, habría la presencia de síntomas depresivos en grado máximo.

En relación con el sexo femenino se observa que el 71.8 % equivalente a 153 estudiantes, no estaría presentando síntomas depresivos, sin embargo, en el 25.8 % equivalentes a 55 estudiantes, habría la presencia de síntomas depresivos mínima y moderada; en cuanto a la presencia de síntomas marcada o severa, esta población estaría presentando un 0.9 %, es decir, 2 estudiantes; finalmente se observaría que en el 1.4 %, equivalente a 3 estudiantes, si habría la presencia de síntomas depresivos en un grado máximo.

4.2 Discusión

Para la discusión, es importante resaltar que, si bien varios de los antecedentes aquí mencionados utilizan el Inventario de Depresión Infantil de Kovacs, las categorías varían en número y denominación, de acuerdo con la adaptación tomada por cada autor. Por ello, en algunos casos no se encuentra la denominación exacta, pero se trabaja con sus equivalentes.

Para presentar la discusión de los resultados, se debe considerar que se ha trabajado con una muestra de 427 estudiantes, con un rango de edad oscilatorio entre 9 y 13 años, que se encuentran entre los grados de cuarto, quinto y sexto de primaria. Así mismo, cabe resaltar que no se han encontrado investigaciones en los últimos años que trabajen con una muestra similar a la de la presente investigación; pese a ello, se ha realizado los análisis correspondientes con

las investigaciones encontradas. Los resultados que responden al objetivo general muestran la prevalencia de las categorías de síntomas depresivos por grado de estudios y a nivel general.

En cuanto a la presencia de síntomas depresivos en el cuarto grado de primaria, que cuenta con 128 estudiantes, se evidencia un 71.9 % de estudiantes que no presenta síntomas depresivos, mientras que un 27.3 % de estudiantes tiene presencia de síntomas depresivos mínima y moderada y solo el 0.8 % de estudiantes tiene presencia de síntomas depresivos marcada o severa. Si bien la mayoría de los estudiantes del cuarto grado de primaria no presenta sintomatología depresiva, hay un porcentaje representativo que sí la presenta.

Rivera (2022) trabaja con una muestra de 60 escolares, de los cuales, solo 9 forman parte del cuarto grado de primaria; en el caso de esa investigación, el 55.56 % tiene alto nivel de sintomatología depresiva, lo que representa a 5 estudiantes, el 33.3 % no presenta sintomatología y tan solo 1 estudiante, representado por el 11.1 %, presenta sintomatología a nivel moderado. En este caso en particular, sobresale el nivel alto de sintomatología depresiva, pero hay que considerar, además del pequeño número de la muestra, que Rivera (2022) realizó su investigación en niños que trabajan en la calle que asisten a centros de asistencia social, por ende, allí hay un factor de vulnerabilidad importante que considerar.

En el caso de Miranda (2024), quien trabajó con 25 estudiantes en cuarto grado de primaria, se mantiene la tendencia de la presente investigación, ya que prevalece la **PRESENCIA** de síntomas depresivos en este grado, en este caso, en el 92 % de los estudiantes, encontrando **NO** sintomatología depresiva en apenas el 8 %.

En lo que respecta al quinto grado de primaria, la muestra de la presente investigación asciende a 146 estudiantes, donde prevalece la no presencia de síntomas depresivos con un 61.6 %, seguido de la presencia de síntomas depresivos mínima y moderada en el 32.9 %; se encuentra presencia marcada o severa en el 4.1 % y, por último, la presencia en grado máximo en 1.4 %.

En México, Villafaña (2022) trabajó con 27 estudiantes de quinto grado de primaria, que, por el rango de edad, es equivalente al quinto grado de primaria en el Perú. Este investigador encontró que el 85.2 % de estudiantes no presenta sintomatología depresiva, lo que mantiene la tendencia de la presente investigación de la prevalencia de esta categoría; así mismo, encontró que, en las categorías leve y severa, cada una tiene un 7.4 %. A diferencia de los resultados de la presente investigación, los porcentajes en cuanto sintomatología leve o severa son iguales en la investigación de Villafaña (2022), mientras que en la presente investigación hay un claro margen de diferencia entre la presencia de sintomatología mínima y moderada y la presencia severa.

Rivera (2022) trabajó con una muestra de 35 niños que cursan el quinto grado de primaria, encontrando una prevalencia del nivel alto con el 34.3 %, seguida de la ausencia de sintomatología depresiva en el 31.4 %; el nivel moderado de esta sintomatología agrupa al 25.7 % y el menor porcentaje es para el nivel leve de sintomatología depresiva, el cual alcanza un 8.6 %. La prevalencia de los niveles de sintomatología depresiva que encontró Rivera (2022) distan de los encontrados en la presente investigación, sin embargo, hay que considerar que, como se mencionó en el cuarto grado de primaria, Rivera (2022) trabajó con niños en situación de calle, situación visiblemente distinta a la de los estudiantes que participaron de la presente investigación.

A nivel local, Miranda (2024) y, Macedo y Montes (2020) han realizado investigaciones que incluyen el quinto grado de primaria. En el caso de Miranda (2024) trabajó con una pequeña muestra de 14 estudiantes, de los cuales, el 100 % presenta sintomatología depresiva. En el caso de Macedo y Montes (2020), quienes trabajaron con una muestra de 58 estudiantes para el quinto grado de primaria, la situación es distinta, ya que el 77.6 % no presenta sintomatología depresiva, mientras que el 22.4 % de estudiantes presenta sintomatología depresiva ligera. Los resultados de la presente investigación en cuanto a la

ausencia de sintomatología depresiva son similares a los de Macedo y Montes (2020), con la diferencia que estos últimos encontraron solo sintomatología depresiva ligera, mientras que el presente estudio encontró también sintomatología depresiva marcada o severa y en grado máximo. Por tanto, los resultados tanto de Macedo y Montes (2020) como los de la presente investigación, son opuestos a los encontrados por Miranda (2024).

En lo que respecta al sexto grado de primaria, en la presente investigación predomina la ausencia de síntomas depresivos con un 55.6 % de los estudiantes, seguido de la presencia mínima y moderada del 40.5 %, mientras que la presencia de síntomas depresivos marcada o severa y en grado máximo, abarcan cada una un 2 %.

Relacionado con este grado, se encuentran las investigaciones locales de Miranda (2024) y Macedo y Montes (2020); la primera encontró que el total de estudiantes de sexto grado de primaria, en este caso 15, presentan sintomatología depresiva, sin detallar niveles o categorías. Por otro lado, Macedo y Montes (2020) encontraron resultados completamente opuestos a los de Miranda (2024), ya que los 53 estudiantes de sexto grado de primaria no presentaron sintomatología depresiva. Al realizar un análisis de estas dos investigaciones y el presente trabajo, se puede decir que este último tiene un porcentaje que sí presenta sintomatología depresiva y otro que no lo presenta, con prevalencia de la ausencia de síntomas depresivos.

No se han encontrado investigaciones a nivel internacional o nacional que trabajen este tema en sexto grado de primaria.

Los resultados relacionados al total de la muestra de la presente investigación indican que no hay presencia de síntomas depresivos en el 62.5 % de estudiantes, siendo claramente la categoría que predomina; la presencia de síntomas depresivos mínima y moderada abarca el 34 % de estudiantes, mientras que se encuentra presencia **MARCADA** o severa de esta sintomatología en el 2.3 % y presencia en grado máximo en el 1.2 %.

Los resultados encontrados por Méndez (2024) en México, en una muestra de 170 estudiantes, también indican que la mayoría de la muestra no presenta sintomatología depresiva, en este caso, con un 76.1 %, frente a un 23.5 % que sí la presenta; el 16.5 % presenta sintomatología leve y el 7.1 % sintomatología severa; esta investigación trabajó con niños de entre 7 y 12 años. Así mismo, Gutiérrez y Zambrano (2021) en Ecuador, también encontraron en niños de 8 a 12 años, una supremacía del riesgo nulo de presentar depresión, con un 65.7 %, frente a un 34.3 % que tiene riesgo o es clínicamente depresivo, siendo 17.4 % para cada uno. Cabe resaltar que la investigación de Gutiérrez y Zambrano (2021) se realizó en niños de una casa hogar, situación distinta a la de los estudiantes de la presente investigación.

En el caso de García y Fontalvo (2021) en Colombia, el porcentaje de la ausencia de sintomatología depresiva es aún superior a los mencionados anteriormente, con un 91.3 %, frente a un 8.7 % que presenta depresión leve y severa, con 7.5 % y 1.3 % respectivamente; en este caso, las edades de la muestra oscilan entre los 7 y 12 años.

Así mismo, en el caso de Rodríguez y Torres (2022), quienes trabajaron con una muestra de 148 estudiantes en la ciudad de Tacna, se mantiene un balance entre la presencia y ausencia de síntomas depresivos, cada una con un 50 %, En cuanto a los que sí presentan sintomatología depresiva, la presencia de síntomas depresivos leve abarca un 31.1 %, la moderada un 14.8 % y la severa un 4.1 %; se realizó este estudio en estudiantes que cursaban el 5.º y 6.º de primaria. Por otro lado, en la ciudad de Arequipa, Huarccallo (2024) trabajó con una muestra de 185 estudiantes entre los 10 y 13 años, encontrando un 73.5 % sin síntomas depresivos, frente a un 26.5 % que sí presenta estos síntomas; estos resultados son similares a los obtenidos por Méndez (2024), Gutiérrez y Zambrano (2021) y el presente estudio, ya que en estas tres investigaciones prevalece la ausencia de síntomas depresivos.

En Lima, Rivera (2022) que trabajó con una muestra de 60 niños, encontró resultados distintos a los anteriores, puesto que el nivel que resalta es el nivel alto de depresión con el

38.3 %, seguido de la ausencia de depresión en el 31.7 %, nivel moderado en el 21.7 % y leve en el 8.3 %; cabe resaltar que los niños entre 9 y 11 años que abarca su muestra son niños que trabajan en la calle, condición que sería un factor importante para el orden de los niveles de depresión.

Por otro lado, en Arequipa, Rubio (2023) e Hinojosa (2021) trabajaron con el tema de depresión en estudiantes del nivel secundario; el primero trabajó con primero, segundo y tercero de secundaria, mientras que el segundo lo hizo con tercero, cuarto y quinto de secundaria. Rubio (2023) encontró grado nulo de depresión en solo el 35.3 %, frente a un 64.7 % que sí tenían grados de depresión; el 26.2 % en grado leve, el 17.2 % en grado moderado, el 12.3 % en grado moderadamente severo y el 9 % en grado severo. En el caso de Hinojosa (2021) el 62.7 % sí presentó síntomas depresivos, frente a un 37.3 % sin síntomas depresivos. La relevancia de estos estudios en relación con la presente investigación radica en que se puede apreciar que, mientras en el nivel primario predomina la ausencia de sintomatología depresiva, en el nivel secundario ocurre lo contrario, ya que allí predomina la presencia de sintomatología depresiva; es decir, de acuerdo con estas investigaciones, a mayor edad, mayor posibilidad de presentar síntomas depresivos.

Por otro lado, el primer objetivo específico está relacionado a la primera dimensión del CDI, denominada estado de ánimo disfórico. Respecto a resultados hallados sobre las dimensiones del CDI en otras investigaciones, no se han encontrado muestras similares a la de la presente investigación; autores como Villafaña (2022) a nivel internacional y Miranda (2024) a nivel local, presentan resultados por dimensiones, pero trabajan con muestras notoriamente inferiores a la de la presente investigación, razón por la que no se realiza la comparación con las investigaciones mencionadas. A nivel nacional, Rodríguez y Torres (2022) trabajó con una muestra de 148 estudiantes y encontró que no hay presencia de estado de ánimo disfórico en el 50.6 % de los casos, es decir, en la mayoría de estudiantes; por otro

lado, hay presencia leve en el 28.4 %, presencia moderada en el 17.6 % y presencia severa en el 3.4 %; estos resultados son distintos a los encontrados en la presente investigación, ya que la categoría que prevalece en este caso es la de presencia mínima y moderada, con un 52.5 %, seguida del 38.4 % que no presenta síntomas depresivos, el 6.1 % con presencia marcada o severa y el 3 % con presencia en grado máximo.

Con relación a los resultados obtenidos en la dimensión de ideas de autodesprecio se logra identificar una diferencia mínima entre los grados de cuarto, quinto y sexto de primaria en relación con la presencia de síntomas depresivos mínimos y moderados, ya que los porcentajes oscilan entre el 50 % (4.º), 50.7 % (5.º) y un 50.3 % (6.º) representando un total del 50.3 % dentro de esta categoría. Así mismo, en la obtención de los resultados en lo que refiere la no presencia de síntomas depresivos, se identificaría que tampoco habría una diferencia significativa, dado que los porcentajes estarían dentro de un 47.7 % (4.º), 42.5 % (5.º) y un 44.4 % (6.º), representando el total con un 44.4 % dentro de esta categoría. En cuanto a la presencia de síntomas de depresión marcado o severo se verá que sí hay una diferencia relativa en porcentaje dado que estos se encuentran con el 1.6 % (4.º), el 4.8 % (5.º) y un 3.3 % (6.º), los que representan el total del 3.3 %. Finalmente, con relación a la presencia de síntomas depresivos en grado máximo, sí se encontraría similitud en la obtención de los resultados dado que la diferencia es mínima, ya que los porcentajes oscilan entre 0.8 % (4.º), 2.1 % (5.º) y un 2 % (6.º), los que representan el 1.7 % de estudiantes que presentaría dicha categoría. Por lo que se diría que la mayoría de la población estudiada sí estaría presentando ideas de autodesprecio, seguido de la no presencia de esta dimensión, y con unos porcentajes mucho menores, pero no menos importantes.

Así mismo, se puede observar que en la investigación de Miranda (2024) el 94.4 % de los participantes presentaron síntomas marcados o severos de la autoestima negativa, y el 5.6 % de participantes llegaron a presentar síntomas depresivos en un rango mínimo a moderado, lo

que infiere que al igual que en la presente investigación, esta población también estaría presentando ideas de autodesprecio, que es como se denomina a la dimensión en la presente investigación.

Por el contrario, en la investigación de Villafaña (2022) se encontró en los resultados que el 85 % de los participantes no llegaron a presentar síntomas depresivos en la dimensión de autoestima negativa, el 11 % sí presentó una autoestima negativa y el 3.7 % de participantes presentaron síntomas depresivos severos en la dimensión de la autoestima negativa. Lo que claramente infiere que la mayoría de la muestra no presentó una autoestima negativa. Así mismo, es necesario mencionar que el número de participantes es muy inferior al de la presente investigación, sin embargo, se considera dicha investigación porque es una de las únicas investigaciones vigentes, en las que se mida la misma dimensión, aunque en la presente investigación el nombre (ideas de autodesprecio) sea diferente, esto porque la presente investigación hace uso de la adaptación del test original.

Dentro de los datos estadísticos hallados en esta investigación según las edades, se encontró que el 62.2 % en estudiantes de 9 años, el 71.6 % en estudiantes de 10 años, el 57.2 % en estudiantes de 11 años y el 58.1 % en estudiantes de 12 años, no presenta síntomas depresivos, siendo esta la categoría que prevalece. En el caso de los estudiantes de 13 años, solo se registraron 3 estudiantes con esta edad, no encontrando presencia de síntomas depresivos en un estudiante, representado por el 33.3 %.

Así mismo, se ha encontrado la presencia de síntomas depresivos mínima y moderada en el 37.8 % de estudiantes de 9 años, en el 24.1 % de estudiantes de 10 años, en el 39.5 % de estudiantes de 11 años y en el 37.2 % de estudiantes de 12 años. En todas estas edades, la presencia de síntomas depresivos mínima y moderada es la segunda categoría con mayor prevalencia. En los estudiantes de 13 años, se registra el 66.7 % con presencia de síntomas depresivos mínima y moderada, porcentaje que representa a solo 2 estudiantes.

Por otro lado, se ha encontrado presencia de síntomas depresivos marcada o severa en el 3.5 % de estudiantes de 10 años, en el 2 % de los estudiantes de 11 años y en el 2.3 % en estudiantes de 12 años; los estudiantes de 9 y 13 años no registran estudiantes en esta categoría.

Respecto a la última categoría, que es la presencia de síntomas depresivos en grado máximo, esta se encuentra en el 0.7 % de estudiantes de 10 años, en el 1.3 % de estudiantes de 11 años y en el 2.3 % de estudiantes de 12 años. Al igual que en la categoría presentada en el párrafo anterior, las edades de 9 y 13 años no registran estudiantes con presencia de síntomas depresivos en grado máximo; se puede decir, entonces, que esta categoría es la que abarca a un menor número de estudiantes.

En el caso de García y Fontalvo (2021), quienes realizaron su investigación en una institución educativa en Colombia, trabajaron con una muestra de solo 80 estudiantes, que dista de la presentada en esta investigación; aun así, se puede indicar que la mayoría de los estudiantes de 9, 10, 11 y 12 años, no presenta sintomatología depresiva, lo que sigue la tendencia de lo encontrado en la presente investigación. La cantidad de estudiantes con sintomatología depresiva leve o severa es realmente mínima, ya que alcanza tan solo un 8.8 %, frente a un 37 % de estudiantes de la presente investigación, en el rango de edades mencionadas previamente.

Por otro lado, en Lima, Corro (2020) trabajó con una muestra de 123 estudiantes, número también alejado de la muestra presentada en la presente investigación; pese a ello, se ha decidido realizar la comparación a nivel de porcentajes. Estos investigadores encontraron presencia de sintomatología depresiva en el 23.2 % de estudiantes de 10 años, frente a un 28.3 % de estudiantes encontrados en la presente investigación, es decir, los porcentajes no distan mucho entre sí; de los estudiantes de 11 años, Corro (2020) encontró sintomatología depresiva en el 32 % de estudiantes, frente a un 42.8 % encontrado en la presente investigación,

mientras que de los estudiantes de 12 años, el 20 % presentó sintomatología depresiva en la investigación de Corro (2020), frente a un 41.8 % de la presente investigación.

A nivel local, Hwareccallo (2024) trabajó con una muestra de 185 estudiantes, encontrando síntomas depresivos en el 20 % de los estudiantes de 10 años, en el 24.5 % de los estudiantes de 11 años, en el 26.5 % de los estudiantes de 12 años y en el 30.6 % de los estudiantes de 13 años. En relación con la presente investigación, en cuanto a la edad de 10 años, los porcentajes de estudiantes con síntomas depresivos en cada investigación oscilan entre el 20 % y 30 %, situación similar a la de los estudiantes de 11 años, ya que Hwareccallo (2024), encontró sintomatología depresiva en el 24.5 % de estudiantes de esta edad, frente a un 28.3 % encontrado en la presente investigación. En el caso de los estudiantes de 12 años, los porcentajes distan más que el de los niños de 10 y 11 años, ya que Hwareccallo (2024) encontró una prevalencia de sintomatología depresiva en el 26.5 %, frente a un 42.8 % encontrado en la presente investigación.

Entonces, en cuanto al objetivo orientado a síntomas depresivos por edades, no se han encontrado investigaciones que trabajen con una muestra similar a la de la presente investigación, lo cual dificulta el análisis de los resultados; pese a ello, se ha trabajado con las investigaciones que tuvieron mayor muestra. De esta manera, se ha podido detectar la prevalencia de la ausencia de síntomas depresivos.

Tras la recopilación de los datos estadísticos se puede evidenciar que en relación con la presencia de síntomas depresivos en cuanto al sexo de la población, en el sexo masculino habría una predominancia en la no presencia de síntomas depresivos en un 53.3 % y en el sexo femenino el 71.8 %, así mismo, se observa un 42.1 % en el sexo masculino y un 25.8 % en el sexo femenino en la presencia de síntomas depresivos mínima y moderada; por otro lado, se observaría en un 3.7 % en el sexo masculino y en un 0.9 % en el sexo femenino la presencia de síntomas depresivos marcada o severa; finalmente, el porcentaje obtenido en la presencia

de síntomas depresivos en grado máximo, en el sexo masculino estaría con un 0.9 % y el sexo femenino con un 1.4 %. Esto indicaría que el sexo femenino por porcentaje sería el grupo que en su mayoría no estaría presentando síntomas depresivos, pero que por el contrario el sexo masculino estaría presentando un mayor porcentaje en la presencia de síntomas depresivos mínimos a moderados, así como, en los síntomas depresivos marcados o severos. Esto evidencia que dentro de la presente investigación el sexo masculino tendería a presentar mayor predisposición a mostrar síntomas depresivos.

REVISAR Así mismo, en la investigación de García y Fontalvo (2021) se evidencia una predominancia en porcentaje de la presencia de síntomas depresivos en el sexo masculino, ya que el ^{86.8} 57.5 % no tuvo presencia de síntomas, sin embargo, el ^{11.32} 7.5 % presentó síntomas depresivos leves y ^{1.89} el 1.2 % síntomas de depresión severa, mientras que en el caso del sexo femenino la totalidad de esta población no presentó síntomas depresivos. Es importante resaltar que en esta investigación la muestra de sexo masculino superó en número a la de sexo femenino y el número de muestra total no es significativo con relación a la presente investigación, pero se considera por coincidir en uno de los objetivos.

Además, en la ciudad de Lima, Rivera (2022), en su investigación obtuvo como resultado que el porcentaje mayoritario en la presencia de síntomas de depresión es el sexo masculino, ya que solo el 21.43 % no presenta síntomas de depresión, sin embargo, a nivel leve hay un 10.7 %, a nivel moderado 21.43 % y en un nivel alto un 46.43 %. En el caso del sexo femenino los porcentajes son significativos, pero no superan a los presentados en el sexo masculino, ya que el porcentaje que no presenta síntomas de depresión en el sexo femenino es del 40.63 %, en el nivel leve es de 6.25 %, en el moderado es de 21.88 % y en un nivel alto es de 31.25 %, lo que indica que, considerando que su muestra es de 60 participantes, en las que 32 son de sexo femenino y 28 de sexo masculino, la predisposición a presentar síntomas de

depresión la presenta el sexo masculino; cabe resaltar que la muestra del estudio de Rivera (2022) son niños que trabajan en la calle.

En relación con los resultados obtenidos en las anteriores investigaciones sobre la predominancia de la sintomatología en el sexo masculino, se encontró que en la investigación de Corro (2020) en el sexo femenino hay mayor predominancia de síntomas depresivos, ya que el 27.1 % presentó sintomatología depresiva de leve a severa, mientras que en el sexo masculino presentó un 11.3 % de síntomas de leve a severo. Sin embargo, es necesario resaltar que, si bien la muestra es de 123 participantes, el mayor número representativo fue el del sexo femenino ($n = 70$). Finalmente, en la investigación de Hwareccallo (2024) se encontró un resultado similar, ya que se encontró que en el sexo femenino el porcentaje de la presencia de síntomas depresivos fue de 38.10 % y sin síntomas un 61.90 %. Sin embargo, en el sexo masculino la presencia de síntomas fue de un 16.80 % y sin síntomas el 83.20 %. Considerando que la muestra consto de 185 participantes y el número mayoritario fue el del sexo masculino, se puede inferir que, entre estos dos grupos, el sexo femenino tendría mucha mayor predisposición para presentar sintomatología depresiva. Así mismo, las investigaciones de Corro (2020) y Hwareccallo (2024), con relación a la cantidad de muestra son las que más se acercan a la presente investigación y en la que los resultados son contrarios.

Así mismo, es importante considerar que, aunque en la calificación de la mayoría de los test se haya obtenido la no presencia de síntomas de depresión en el CDI, es necesario tener en cuenta que el hecho que el estudiante haya considerado marcar de manera afirmativa algunas preguntas que están relacionadas con el término de la vida, entre otros, deben tenerse en consideración, ya que la presencia de esta idea puede desencadenar el posible inicio del desarrollo de cuadros de depresión hasta su consolidación, como se refiere en *Cincinnati Children's Hospital Medical Center* (2021), algunos de los signos que podrían ser considerados como alarmantes y que llegarían a desencadenar que el menor se vaya a suicidar es hablar y

pensar en la muerte como una opción a la solución de algún problema, ya que refiere que el suicidio es la segunda causa de muerte entre las edades de 10 a 24 años. Por otro lado, en la investigación realizada por Núñez (2022) se manifiesta que «para que un niño llegue al suicidio debe tener antecedentes en su *psique* y en el ambiente en que se vive desde sus etapas de desarrollo anteriores, que influyen en el desarrollo de la depresión» (p. 5), de lo que se infiere la necesidad de tomar acciones con el fin de poder hacer una intervención oportuna en los casos que ya estén registrando determinados patrones de conducta y pensamiento que podrían afectar en el desarrollo integral del menor a futuro.

Dada la información anterior, se debería considerar en futuras investigaciones la realización de estudios con propuestas de guías de intervención psicológica, enfocadas específicamente en el tema de estudio, las que podrían dejarse en el área respectiva una vez finalizado dicho estudio, esto con el fin de retribuir a la población de estudio su aporte y el poder tomar acción en el momento de la investigación, ya que según los resultados obtenidos en esta investigación, es necesaria una intervención en la muestra de estudio.

Conclusiones

1. A partir de los datos estadísticos mostrados en los resultados en estudiantes de cuarto, quinto y sexto grado de primaria, se concluye que más de la mitad de los estudiantes no presenta sintomatología depresiva, seguido de la presencia de síntomas mínima y moderada, y no menos importante sí se evidencia en un porcentaje mucho menor, la presencia de sintomatología depresiva marcada o severa y en grado máximo.
2. Respecto a la prevalencia de las categorías de la dimensión de estado de ánimo disfórico en estudiantes de cuarto, quinto y sexto de primaria, se concluye que sí hay una presencia significativa de sintomatología depresiva mínima y moderada en el total de la muestra, seguido de la no presencia de sintomatología depresiva en menor número y no menos importante en un porcentaje mínimo hay presencia de sintomatología depresiva marcada o severa.
3. En cuanto a la prevalencia de las categorías de la dimensión de ideas de autodesprecio en estudiantes de cuarto, quinto y sexto de primaria, se concluye que en el total de la muestra sí predomina la existencia de los síntomas depresivos en la dimensión de ideas de autodesprecio con una presencia mínima y moderada, en un porcentaje menor en marcada o severa y grado máximo. Así mismo, el número en el que no hay presencia de esta sintomatología es menor a la mitad de la muestra.
4. En la prevalencia de las categorías presentes en diversas edades en estudiantes de primaria, se concluye que en un porcentaje mayoritario no hay presencia de síntomas depresivos en las edades de nueve, diez, once y doce años, sin embargo, sí hay presencia de síntomas depresivos en un porcentaje mayoritario en la edad de trece años, seguido de un porcentaje menor, de la no presencia de síntomas depresivos en esta edad, considerando que la muestra de esta edad solo asciende a 3 estudiantes. Así mismo, en lo que respecta a las demás

categorías se evidencia la presencia de sintomatología depresiva en las edades de nueve, diez, once y doce años, es decir sí hay presencia de sintomatología mínima y moderada, pero solo en las edades de diez, once y doce años habría la presencia de síntomas depresivos marcada o severa y en grado máximo.

5. Respecto a la prevalencia de las categorías presentes en estudiantes de sexo masculino y femenino, se concluye que en el sexo masculino existe mayor presencia de síntomas depresivos y en el sexo femenino menor presencia de esta sintomatología.

Recomendaciones

1. En los estudiantes que presentaron menor incidencia de síntomas depresivos, se recomienda, a manera de prevención, el desarrollo de actividades enfocadas en la psicoeducación de los padres de familia sobre los síntomas de la depresión, para que estos puedan diferenciar entre los síntomas que se presentan en niños y los síntomas que se presentan en adultos. Así mismo, se recomienda el desarrollo de talleres que involucren al personal de los centros educativos.
2. En relación con los estudiantes en los que se encontraron mayor incidencia de casos con síntomas depresivos mínimos y moderados, se recomienda poder desarrollar talleres de autoconocimiento y psicoeducación con relación a la depresión y las emociones. Así mismo, poder brindar estrategias mediante juegos lúdicos con el fin de poder desarrollar una intervención temprana.
3. En el caso de los estudiantes en los que se encontraron síntomas depresivos marcados o severos y en grado máximo, se recomienda poder desarrollar una intervención de psicología clínica, ya que estos deben llevar terapia de manera individual, esto con el fin de poder disminuir los síntomas. Así mismo, considerar el seguimiento en los casos con síntomas en grado máximo.
4. Es necesario considerar que cada intervención se debe ajustar a la edad y sexo del estudiante con el fin de poder tener una adecuada intervención psicológica y sobre todo que se ajuste a las necesidades y exigencias propias de cada edad y sexo. Por tanto, se podrían desarrollar dinámicas y charlas psicoeducativas. Así mismo, se debe considerar realizar un tamizaje general en todo el colegio, el que permitiría conocer el estado de todos los demás estudiantes para así incluirlos dentro de la intervención.

5. Es necesario poder desarrollar pruebas que estén validadas en el sur del Perú enfocadas solo en el público infantojuvenil, que permitan medir las principales afecciones de la salud mental del actual siglo, considerando el uso de terminología adecuada para este público.
6. Desarrollo de talleres de psicoeducación para directores y maestros sobre la depresión en niños y adolescentes considerando, también considerar los temas como estado disfórico e ideas de autodesprecio, con el fin de concientizar y permitirles priorizar la salud mental de los estudiantes, ya que ellos son quienes dan el acceso a poder desarrollar investigaciones como esta.

Referencias

- Arévalo Luna, E. (2008). *Adaptación y estandarización del CDI, para las ciudades de Trujillo, Chiclayo y Piura*. <https://es.scribd.com/document/386432580/Manual-Es-Test>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. (5.^a ed.). Editorial Médica Panamericana, Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría.
- Benavides E., P. (2017). *La depresión, evolución del concepto desde la melancolía hasta la depresión como enfermedad física*. *Revista Pontificia Universidad Católica del Ecuador PUCE*, (105), 171-188.
<https://www.revistapuce.edu.ec/index.php/revpuce/article/view/119/149>
- Borja Herrera Galván, F. (2017). *Depresión infantil: Evaluación y tratamiento* [Disertación, Universidad de La Laguna].
<https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/8830/Depresion%20infantil%20Evaluacion%20y%20tratamiento.%20.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Caballo, V. E. y Simón, M. A. (2013). *Manual de Psicología Clínica infantil y del adolescente*. Ediciones Pirámide.
- Cardozo Giordano, L. (2019). *Depresión infantil: Aproximación al diagnóstico, técnicas de evaluación y tratamiento* [Disertación, Universidad de la República].
<https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/21717/1/Cardozo%20Giordano%2c%20Lucía.pdf>
- Ceballos-Ospino, G. A., Paba-Barbosa, C., Suescún, J., Oviedo H. C., Herazo, E. y Campo-Arias, A. (2017). Validez y dimensionalidad de la escala de autoestima de Rosenberg en estudiantes universitarios. *Revista Pensamiento Psicológico*, 15(2), 29-39.

http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-89612017000200003&script=sci_arttext

Cincinnati Children's (2021). *Depresión y suicidio (Depression and Suicide)*. Cincinnati Children's Hospital Medical Center.

<https://www.cincinnatichildrens.org/espanol/temas-de-salud/alpha/d/depression-suicide>

Cisneros Donayre, S. M. y Mantilla Rea, M. D. R. (2016). *Depresión y ansiedad en niños de colegios estatales del distrito de Chorrillos* [Tesis de licenciatura, Universidad Ricardo Palma]. <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/858>

Consejo Nacional de Seguridad Ciudadana (16 de octubre de 2019). *Salud mental: más de 19 suicidios ocurrieron en Arequipa este año*.

<https://conasec.mininter.gob.pe/noticias/salud-mental-m%C3%A1s-de-19-suicidios-ocurrieron-en-arequipa-este-a%C3%B1o>

Coronado Padilla, J. (2007). Escalas de medición. *Paradigmas*, 2(2), 104-125. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4942056>

Corro Trujillo, J. D. (2020). *Relación entre sintomatología depresiva y violencia intrafamiliar en niños de 10-12 años de un colegio estatal del distrito de Ventanilla – Perú* [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Mayor de San Marcos].

<https://cybertesis.unmsm.edu.pe/backend/api/core/bitstreams/2035ba26-a0ee-49ef-b5fd-d3fce3591c56/content>

Cosacov, E. (2007). *Diccionario de términos técnicos de la Psicología*. Editorial Brujas.

https://www.academia.edu/8158430/Diccionario_de_Terminos_tecnicos_Psicologia

Del Barrio Gándara, V. y Carrasco Ortiz, M. A. (2004). *CDI Inventario de Depresión Infantil*. Multi-Health Systems.

Espinoza, A. (13 de enero de 2024). Perú registró 1.7 millones de niños con depresión en el 2023: una peligrosa cifra récord no vista antes. *Infobae*.

<https://www.infobae.com/peru/2024/01/06/peru-registro-17-millones-de-menores-con-depresion-en-el-2023-una-peligrosa-cifra-record-no-vista-en-decadas/#:~:text=A%20ra%C3%ADz%20de%20esta%20noticia,depresivos%20durante%20el%20a%C3%B1o%202023>

Espinoza Freire, E. E. (2018). La hipótesis en la investigación. *Mendive*, 16(1), 122-139.

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1815-76962018000100122

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2021). *Estado mundial de la infancia 2021*. En mi mente.

<https://www.unicef.org/media/108166/file/Resumen%20regional:%20America%20Latina%20El%20Caribe%20.pdf>

Frisancho Sonco, J. C. (11 de octubre de 2023). Salud mental: Arequipa enfrenta un incremento del 40% en casos de ansiedad y depresión postpandemia. *El Búho*.

<https://elbuho.pe/2023/10/salud-mental-arequipa-enfrenta-un-incremento-del-40-en-casos-de-ansiedad-y-depresion-post-pandemia/>

Gallego Iborra, A., García Aguado, J., Pallás Alonso, C. R., Rando Diego, A., San Miguel

Muñoz, J., Sánchez Ruiz-Cabello, F. J., Colomer Revuelta, J., Cortés Rico, O., Esparza

Olcina, J., Galbe Sánchez-Ventura, J. y Mengual Gil, J. (2020). Cribado de la depresión

mayor en la infancia y adolescencia (parte 1). *Revista Pediatría Atención Primaria*,

22(86), 195-206. <https://scielo.isciii.es/pdf/pap/v22n86/1139-7632-pap-86-22-195.pdf>

García-Allen, J. (5 de octubre de 2015). *La Terapia Cognitiva de Aaron Beck*. Psicología y

Mente. <https://psicologiaymente.com/clinica/terapia-cognitiva-aaron-beck>

García Padilla, A. y Fontalvo Cayón, G. (2021). Niveles de ansiedad y depresión en menores

escolares. *Revista Alternativas en Psicología*, (46), 128-141.

<https://www.alternativas.me/attachments/article/257/Niveles%20de%20ansiedad%20y%20depresión%20en%20menores%20escolares.pdf>

Guillén Guillén, E., Gordillo Montaña, J., Ruiz Fernández, I., Gordillo Gordillo, D. y Gordillo Solanes, T. (2013). ¿Depresión o evolución?: Revisión histórica y fenomenológica del concepto aplicado a la infancia y adolescencia. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 499-506.

<https://www.redalyc.org/pdf/3498/349852173034.pdf>

Gutiérrez-Izquierdo, M. A. y Zambrano Caballero, A. E. (2021). Depresión en niños y adolescentes de familias disfuncionales que residen en la Fundación Casa Hogar Belén, Portoviejo. *Revista Polo del Conocimiento*, 6(11), 1108-1125.

<https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/3317/7386>

Hernández-Sampieri, R. y Mendoza Torres, C. P. (2018). *Metodología de la investigación*. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. McGraw-Hill Interamericana Editores.

Hinojosa Torres, C. J. (2021). *Factores relacionados a síntomas depresivos en adolescentes de una institución educativa estatal en temporada de covid 2019*. La Joya - Arequipa 2020 [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional de San Agustín].

<https://repositorio.unsa.edu.pe/server/api/core/bitstreams/a8ef827e-182a-4ae4-8c87-9aae5b25f164/content>

Huareccallo Suni, D. D. (2024). *Factores relacionados a síntomas depresivos en escolares de 10 a 13 años de una institución educativa pública de Arequipa, 2023* [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional de San Agustín].

<https://repositorio.unsa.edu.pe/server/api/core/bitstreams/0ee35a6f-4e68-4d69-b324-0b8507558240/content>

IBM. (2024). IBM *SPSS Statistics*. <https://www.ibm.com/es-es/products/spss-statistics>

Instituto Nacional de Salud del Niño. (2023). *Guía técnica para el diagnóstico y tratamiento de depresión en niños y adolescentes*. [Archivo PDF].

<http://www.insn.gob.pe/sites/default/files/transparencia/normas-emitidas/2023/R.D.N°033-2023-INSN-DG.pdf>

La Organización Mundial de la Salud (1996). *Trastornos del humor (afectivos) F30-F39*. Clasificación multiaxial de los trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes CIE-10 (pp. 70-85). OMS.

Leonangeli, S., Michelini, Y. y Rivarola Montejano, G. (2022). Depresión, Ansiedad y Estrés en Estudiantes Universitarios Antes y Durante Los Primeros Tres Meses de Cuarentena por covid-19. *Revista Colombiana de Psiquiatría*.

<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2022.04.008>

Macedo Pancahua, D. M. y Montes Cruz, M. D. B. (2020). *La depresión infantil influye en el rendimiento escolar de los estudiantes de V ciclo de la institución educativa Escuela Ecológica San Lázaro, Arequipa 2017* [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional de San Agustín]. <https://repositorio.unsa.edu.pe/server/api/core/bitstreams/96ef1aaa-8db0-4649-9a9b-643ad370fecc/content>

Méndez Espinoza, D. I. (2024). Prevalencia sintomatología de depresión y ansiedad infantil tras la pandemia del covid-19. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades*, 5(1), 1961-1973.

<https://latam.redilat.org/index.php/lt/article/view/1721/2323>

Meza Soto, F. T. (2019). Prevalencia de depresión en estudiantes de 13 a 15 años de la I. E. «Alipio Ponce Vásquez», 2018 [Tesis de licenciatura, Universidad Continental].

https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/6057/2/IV_FHU_501_T_E_Meza_Soto_2019.pdf

Ministerio de Salud. (2020). Documento técnico: Modelo de Cuidado Integral de Salud por curso de vida. [Archivo PDF].

<https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/496394/resolucion-ministerial-030-2020-MINSA.pdf>

Ministerio de Salud. (10 de septiembre de 2022). *El 71.5% de los casos de intento de suicidio en el Perú es de personas entre 15 y 34 años.*

<https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/648965-el-71-5-de-los-casos-de-intento-de-suicidio-en-el-peru-es-de-personas-entre-15-y-34-anos>

Ministerio de Salud. (19 de enero de 2023). *La depresión: un trastorno de salud mental que también afecta a niñas, niños y adolescentes, y requiere la participación de la familia.*

<https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/690010-la-depresion-un-trastorno-de-salud-mental-que-tambien-afecta-a-ninas-ninos-y-adolescentes-y-requiere-la-participacion-de-la-familia>

Miranda Quiroz, D. M. (2024). *Sintomatología de depresión infantil en los estudiantes de 4to, 5to y 6to de primaria de la I.E.P Camino al Saber, Arequipa 2023* [Tesis de licenciatura, Universidad Católica de Santa María]. <https://repositorio.ucsm.edu.pe/items/d0e70c1c-85ad-4de6-beeb-887c9a53f895>

Molina Soria, H. F. y Orihuela Gutiérrez, M. F. (2022). *Sintomatología depresiva y estrategias de afrontamiento en estudiantes de sexto de primaria de una institución educativa pública de Huancayo 2022* [Tesis de licenciatura, Universidad Continental].

<https://repositorio.continental.edu.pe/handle/20.500.12394/12486>

Núñez, B. (2020). *El suicidio infantil como consecuencia de la depresión profunda provocada por el aislamiento de la pandemia* [Tesis licenciatura, Universidad Vasco de Quiroga].

http://dspace.uvaq.edu.mx:8080/jspui/bitstream/123456789/2985/1/Texto_completo.pdf

- Olórtegui Miranda, F. V. (2009). *Diccionario de Psicología*. Editorial San Marcos.
- Organización Mundial de la Salud (31 de marzo de 2023). *Depresión*.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Oteíza Collante, M., Méndez, I., Santamarina Pérez, P. y Romero, S. (2023). Los trastornos depresivos de la infancia y la adolescencia. Principales signos de alerta. Orientación para el tratamiento. *Revista Pediatría Atención Primaria*, 25, 83-93.
<https://scielo.isciii.es/pdf/pap/v25n97/1139-7632-pap-97-25-83.pdf>
- Panesso Giraldo, K. y Arango Holguín, M. J. (2017). La autoestima, proceso humano. *Revista electrónica PSYCONEX: Psicología, psicoanálisis y conexiones*, 9(14), 1-9.
<https://revistas.udea.edu.co/index.php/Psyconex/article/view/328507/20785325>
- Papalia, D. E. y Martorell, G. (2021). *Desarrollo Humano*. Editorial McGraw-Hill Interamericana Editores.
- Prado-Molina, D. G., Serna-Trejos, J. S., Correa-Martínez, V. y Flores Álvarez, L. K. (2023). Trastornos depresivos en niños y adolescentes: enfoque epidemiológico actual. *Revista Perspectiva Clínica*, 40(3), 38-41.
<https://www.aepnya.eu/index.php/revistaaepnya/article/view/1075/1080>
- Ríos Cataño, C. (2020). *Guía para la realización de trabajos de investigación*. Universidad Continental - Huancayo.
- Rivadeneira, C., Dahab, J. y Minici, A. (2013). El modelo cognitivo de la depresión. *Revista de Terapia Cognitivo Conductual CETECIC*, 22, 1-6. <https://cetecic.com.ar/revista/wp-content/uploads/2022/04/el-modelo-cognitivo-de-la-depresion.pdf>
- Rivera Rojas, D. M. (2022). Niveles de síntomas depresivos en niños que trabajan en la calle que asisten a centros de asistencia social en Lima, 2021. *Revista científica PAIAN*, 13(1), 45–66. <https://revistas.uss.edu.pe/index.php/PAIAN/article/view/2175/2723>

- Rodríguez Tanta, M. I. y Torres Ojeda, E. H. (2022). *El apoyo familiar y la depresión infantil en los estudiantes de una institución educativa de Tacna - 2022* [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional de San Agustín].
<https://repositorio.unsa.edu.pe/server/api/core/bitstreams/8e9eead4-409a-4bf7-821f-790d1a2fa4fe/content>
- Rubio Nieto, F. J. (2023). *Depresión y rendimiento académico en estudiantes de secundaria de la institución educativa Santo Tomás de Aquino de Arequipa, 2022* [Tesis de licenciatura, Universidad Autónoma de Ica].
<http://repositorio.autonomadeica.edu.pe/bitstream/autonomadeica/2194/1/RUBIO%20NIETO%20FRANCISCO%20JAVIER.pdf>
- Rucana Cerna, T. (2022). *Procedimiento regular y silencio administrativo en la jurisprudencia del tribunal de servicio civil* [Tesis de licenciatura, Universidad Privada del Norte].
[https://repositorio.upn.edu.pe/bitstream/handle/11537/33957/Rucana%20Cerna%20C%20Tito.pdf?sequence=1&isAllowed=y#:~:text=Según%20Hernández-Sampieri%20\(2014\),para%20los%20propósitos%20de%20investigación](https://repositorio.upn.edu.pe/bitstream/handle/11537/33957/Rucana%20Cerna%20C%20Tito.pdf?sequence=1&isAllowed=y#:~:text=Según%20Hernández-Sampieri%20(2014),para%20los%20propósitos%20de%20investigación)
- Real Academia Española (2022). *RAE informa (Twitter)*.
<https://x.com/RAEinforma/status/1532309416933998593?lang=es>
- Sanz, J. (1993). Distinguiendo ansiedad y depresión: *Revisión de la hipótesis de la especificidad de contenido de Beck*. *Revista Anales de Psicología*, 9(2), 133-170.
https://www.um.es/analesps/v09/v09_2/02-09_2.pdf
- Villafaña González, L. A. (2022). *Presencia de depresión en niños de 9 a 10 años, mediante la aplicación del CDI* [Tesis de licenciatura, Universidad de Matehuala].
<http://132.248.9.195/ptd2022/agosto/0827883/Index.html>

Anexos

Anexo 1. Matriz de consistencia

Síntomas depresivos en estudiantes de educación primaria de instituciones educativas de la ciudad de Arequipa, 2024

Problemas de investigación	Objetivos de investigación	Hipótesis de investigación	Variables	Indicadores	Metodología
<p>Problema general:</p> <p>¿Cuál será la prevalencia de las categorías de síntomas depresivos en estudiantes de cuarto, quinto y sexto de primaria de instituciones educativas de la ciudad de Arequipa, 2024?</p>	<p>Objetivo general:</p> <p>Determinar la prevalencia de las categorías de síntomas depresivos en estudiantes de cuarto, quinto y sexto de primaria de instituciones educativas de la ciudad de Arequipa, 2024.</p>	<p>La presente investigación no cuenta con hipótesis, ya que su alcance será descriptivo, y en este tipo de investigaciones no se elaboran hipótesis, salvo que se intente pronosticar una cifra (Hernández-Sampieri y Mendoza Torres, 2018).</p>	Síntomas depresivos	<p>-Estado de ánimo disfórico.</p> <p>-Ideas de Auto desprecio.</p>	<p>Enfoque: Cuantitativo</p> <p>Alcance o tipo de investigación según propósito intrínseco: Descriptivo</p> <p>Tipo de investigación según propósito extrínseco: Pura o teórica.</p>
<p>Problemas específicos:</p> <p>¿Cuál será la prevalencia de las categorías de la dimensión de estado de ánimo disfórico en estudiantes de cuarto, quinto y sexto de primaria de instituciones educativas de la ciudad de Arequipa, 2024?</p>	<p>Objetivos específicos:</p> <p>Establecer la prevalencia de las categorías de la dimensión de estado de ánimo disfórico en estudiantes de cuarto, quinto y sexto de primaria de instituciones educativas de la ciudad de Arequipa, 2024.</p>	<p>Hernández-Sampieri y Mendoza Torres (2018) resaltan que, dentro del enfoque cuantitativo, las investigaciones de alcance correlacional o explicativo son aquellas que deben llevar hipótesis.</p>			<p>Tipo de investigación según el tipo de fuente de información: Bibliográfica y de campo.</p>
<p>¿Cuál será la prevalencia de las categorías de la dimensión de ideas de autodesprecio en estudiantes de cuarto, quinto y sexto de primaria de instituciones</p>	<p>Establecer la prevalencia de las categorías de la dimensión de ideas de autodesprecio en estudiantes de cuarto, quinto y sexto de primaria de instituciones</p>				<p>Método o diseño de investigación:</p> <p>No experimental.</p> <p>Corte: Transversal.</p> <p>Muestra:</p>

educativas de la ciudad de Arequipa, 2024?	educativas de la ciudad de Arequipa, 2024.	<p>Es de tipo Censal ya se caracteriza por presentar el número exacto de elementos de la población por ser pertinentes, todos ellos, para los propósitos de investigación (Hernández-Sampieri, 2014, citado por Rucana Cerna, 2022, p. 20).</p> <p>TÉCNICAS</p> <ul style="list-style-type: none"> -Análisis de textos -Aplicación de Cuestionario <p>INSTRUMENTO</p> <p>Inventario de Depresión Infantil (CDI) de María Kovacs, adaptado al Perú por Edmundo Arévalo Luna (2008).</p>
¿Cuál será la prevalencia de las categorías presentes en diversas edades en estudiantes de primaria de instituciones educativas de la ciudad de Arequipa, 2024?	Precisar la prevalencia de las categorías presentes en diversas edades en estudiantes de primaria de instituciones educativas de la ciudad de Arequipa, 2024.	
¿Cuál será la prevalencia de las categorías presentes en estudiantes de sexo masculino y femenino de primaria de instituciones educativas de la ciudad de Arequipa, 2024?	Precisar la prevalencia de las categorías presentes en estudiantes de sexo masculino y femenino de primaria de instituciones educativas de la ciudad de Arequipa, 2024.	

Anexo 2. Oficio del comité institucional de Ética en Investigación



Huancayo, 05 de agosto del 2024

OFICIO N°0656-2024-CIEI-UC

Investigadores:

**MARILIA ROSITA BRICEÑO ALVARADO
JENNIFER SUSAN CCOYORI CONDORI**

Presente-

Tengo el agrado de dirigirme a ustedes para saludarles cordialmente y a la vez manifestarles que el estudio de investigación titulado: **SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN PRIMARIA DE UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA DE LA CIUDAD DE AREQUIPA, 2024.**

Ha sido **APROBADO** por el Comité Institucional de Ética en Investigación, bajo las siguientes precisiones:

- El Comité puede en cualquier momento de la ejecución del estudio solicitar información y confirmar el cumplimiento de las normas éticas.
- El Comité puede solicitar el informe final para revisión final.

Aprovechamos la oportunidad para renovar los sentimientos de nuestra consideración y estima personal.

Atentamente




Walter Calderón Gerstein
Presidente del Comité de Ética
Universidad Continental

C. c. Archivo.

Arequipa
Av. Los Incas S/N,
José Luis Bustamante y Rivero
(054) 412 030

Calle Alfonso Ugarte 607, Yanahuara
(054) 412 030

Huancayo
Av. San Carlos 1980
(064) 481 430

Cusco
Urb. Manuel Prado - Lote B, N°7 Av. Collasuyo
(084) 480 070

Sector Angostura KM. 10,
carretera San Jerónimo - Saylla
(084) 480 070

Lima
Av. Alfredo Mendiola 5210, Los Olivos
(01) 213 2760

Jr. Junín 355, Miraflores
(01) 213 2760

Anexo 3. Modelo de solicitud para presentar en las instituciones educativas

Solicito: Permiso para realizar trabajo de investigación.

Señor (a):

Director(a) de la Institución Educativa

Nosotros, **Briceño Alvarado, Marilia Rosita**, identificada con DNI N.º 71921824, con domicilio Complejo Habitacional Deán Valdivia Sector 9 Mz. R Lt. 6 - Cayma, y **Ccoyori Condori, Jennifer Susan**, identificada con DNI N.º 45699942, con domicilio Ampliación Socabaya Mz. D Lt. 6 - Socabaya. Ante Ud. respetuosamente nos presentamos y exponemos:

Que, habiendo culminado la carrera profesional de **Psicología** en la Universidad Continental, solicitamos a Ud. permiso para realizar nuestro trabajo de investigación en la institución educativa que usted preside, la cual trata sobre los *Síntomas depresivos en estudiantes de educación primaria de instituciones educativas de la ciudad de Arequipa, 2024*, para optar el grado de licenciadas en Psicología. Para lo que se requiere de su autorización y poder aplicar un cuestionario a los estudiantes con previo consentimiento de sus padres, y asentimiento de los menores, puesto que son necesario para el desarrollo de la investigación.

Por lo expuesto:

Le rogamos a usted acceder a nuestra solicitud.

Arequipa, _ de Junio del 2024

Marilia Briceño Alvarado

DNI N.º 71921824

Jennifer Ccoyori Condori

DNI N.º 45699942

Anexo 4. Consentimiento informado

1. Título del protocolo de investigación:

«Síntomas depresivos en estudiantes de educación primaria de instituciones educativas de la ciudad de Arequipa, 2024»

2. Institución de investigación, investigador principal, Comité Institucional de Ética en Investigación (CIEI) y Autoridad Reguladora local:

El desarrollo de este estudio es para la obtención del grado de Licenciado en Psicología, de la Facultad de Humanidades de la Universidad Continental.

La investigación se realizará en diversas instituciones educativas del distrito de José Luis Bustamante y Rivero, por las investigadoras Ccoyori Condori Jennifer Susan y Briceño Alvarado Marilia Rosita y Comité Institucional de Ética en Investigación (CIEI) y Autoridad Reguladora local.

3. Introducción:

- a. Se le invita a participar en el protocolo de investigación, el cual consiste en el recojo de información mediante el uso de un cuestionario de manera colectiva, mismo que no sustituye ninguna evaluación clínica, si no responde a propósitos intrínsecamente de investigación
- b. La población de estudio considerada es la infantojuvenil, (de 4to, 5to y 6to de primaria), es decir, menores de edad, ya que cumplen con el propósito y objetivo de investigación. Participación voluntaria libre de coacción e influencia indebida y libertad de terminar su participación. De tal manera, usted puede:
 - Puede hacer todas las preguntas que considere.
 - Tomarse el tiempo necesario para decidir si quiere o no participar.
 - Llevarse una copia sin firmar para leerla nuevamente, si fuera necesario.
 - Conversar sobre el estudio con sus familiares y amigos si lo desea.
 - Puede elegir participar o no del estudio, sin que se vea afectado ninguno de sus derechos.

- Puede retirar su participación en cualquier momento sin dar explicaciones y sin sanción o pérdida de los beneficios a los que tendría derecho.

4. Justificación, Objetivos y propósito de la Investigación:

El estudio busca generar información actual, relacionada a la presencia de sintomatología depresiva en población infantil, ya que en la actualidad se cuenta con muy pocas bases de datos vigentes. Dicho aporte sirve para poder tomar medidas preventivas, mediante el desarrollo de programas que se puedan implementar en las instituciones educativas como soporte en casos de depresión en la población infantojuvenil.

El objetivo del estudio es poder determinar la prevalencia de síntomas depresivos en estudiantes de cuarto, quinto y sexto de primaria de instituciones educativas de la ciudad de Arequipa, 2024.

5. Número de personas a enrolar:

Los participantes son los estudiantes de 4to, 5to y 6to de primaria de instituciones educativas del distrito de José Luis Bustamante y Rivero.

6. Duración esperada de la participación del sujeto de investigación:

Es de mínimo 3 días a 1 semana, esto dependerá de la entrega de todos los consentimientos y asentimientos informados.

7. Las circunstancias o razones previstas bajo las cuales se puede dar por terminado el estudio o la participación del sujeto en el estudio:

Desistir por voluntad propia de continuar con la participación en el estudio.

8. Tratamientos o intervenciones del estudio:

- a. La única intervención se dará mediante la aplicación de un cuestionario.

9. Procedimientos del estudio:

- a. Se aplicará el Inventario de depresión infantil (CDI) adaptación peruana por Edmundo Arévalo (2008), cuyo formato corresponde al de un cuestionario, es decir marcar con una X una opción según sea conveniente para el participante.
- b. La información de los resultados obtenidos se explicará y harán llegar a los directores de las instituciones educativas; dichos resultados obtenidos se ajustarán a las respuestas de los objetivos planteados de la investigación; el tiempo de entrega de resultados va acorde con la finalización del 100 % de esta, salvaguardando la identidad de cada participante.

10. Riesgos y molestias derivados del protocolo de investigación:

- a. No hay riesgos o molestias en el procedimiento del estudio.

11. Compromisos que asume el sujeto de investigación si acepta participar en el estudio:

Marcar la opción que mejor se ajuste a su sentir en el transcurso de 7 días hasta la fecha actual.

12. Beneficios derivados del estudio:

Dentro de los beneficios que se consideran para el participante, está en que ayudarán de manera significativa para poder identificar la presencia de síntomas depresivos en población infantojuvenil, lo que ayudará a la creación de programas de intervención en edades tempranas por parte de otros profesionales interesados en el tema de depresión infantil.

13. Privacidad y confidencialidad:

Garantizar de manera expresa la confidencialidad de la identidad del sujeto de investigación, el respeto a su privacidad y el mantenimiento de la confidencialidad de la información recolectada antes, durante y después de su participación en la investigación. El contenido de esta sección deberá encontrarse dentro de lo permitido por la Ley No 29733, Ley de protección de datos personales y su reglamento.

- a. Datos básicos requeridos: nombre, fecha de nacimiento, edad, sexo, grado de estudios, sección. Así mismo, la recolección de información que se obtendrá de la encuesta

corresponde a identificar si hay la presencia de síntomas depresivos mediante un puntaje específico.

- b. El uso que se dará a los datos del sujeto es para poder hacer una clasificación en la recolección de datos y filtrarlos en el programa SPSS statistics 24.
- c. Los datos de los participantes se clasifican mediante códigos numéricos, que se registrarán en una plantilla de Excel. Así mismo, el acceso a dicha información sólo será manejado por las investigadoras.

14. Situación tras la finalización del estudio, acceso postestudio a la intervención de investigación, que haya resultado ser beneficioso.

Tras la finalización del estudio, los directores de las instituciones educativas tendrán acceso a los resultados encontrados en la investigación.

15. Información del estudio.

- a. El acceso público de la información del estudio estará disponible en la dirección de su página en caso ésta sea aprobada y publicada. web: <https://repositorio.continental.edu.pe>
- b. La información de los resultados finales del estudio se dará a los directores de las instituciones educativas, una vez dada por concluida la investigación, mediante un formato digital, dicha información estará en el repositorio de la Universidad Continental.

16. Datos de contacto

- a. Contactos en caso de cualquier duda o pregunta:
 - Investigador(es): 45699942@continental.edu.pe, cel.: 959090912 y 71921824@continental.edu.pe, cel.: 957584623
 - Presidente del CIEI: eticainvestigacion@continental.edu.pe

Sección para llenar por el sujeto de investigación:

- Yo.....

(Nombre y apellidos)

- He leído (o alguien me ha leído) la información brindada en este documento.
- Me han informado acerca de los objetivos de este estudio, los procedimientos, los riesgos, lo que se espera de mí y mis derechos.
- He podido hacer preguntas sobre el estudio y todas han sido respondidas adecuadamente. Considero que comprendo toda la información proporcionada acerca de este estudio.
- Comprendo que mi participación es voluntaria.
- Comprendo que puedo retirarme del estudio cuando desee, sin que esto afecte el trato hacia mi persona dentro o fuera de la institución educativa.
- Al firmar este documento, yo acepto participar en este estudio. No estoy renunciando a ningún derecho.
- Entiendo que recibiré una copia firmada y con fecha de este documento.

Nombre completo del sujeto de investigación (participante):

.....

Firma del sujeto de investigación:

Lugar:..... **Fecha:**/...../.....

Hora:

Nombre completo del representante legal o tutor (según el caso):

.....

Firma del representante legal o tutor:

Lugar:..... **Fecha:**/...../.....

Hora:

Sección para llenar por el investigador:

Le he explicado el estudio de investigación y he contestado a todas sus preguntas. Confirmando que el sujeto de investigación ha comprendido la información descrita en este documento, accediendo a participar de la investigación en forma voluntaria.

Nombres completos de los investigadores:

Jennifer Susan Ccoyori Condori

Marilia Rosita Briceño Alvarado

.....

.....

Firma del investigador

Firma del investigador

Lugar:..... **Fecha:**..... **Hora:**

«Este consentimiento sólo se aplica para trabajo cuya recolección de datos se hará en el Perú»

Anexo 5. Asentimiento informado

Carta de asentimiento para participación de niños y adolescentes

Título del proyecto: Síntomas depresivos en estudiantes de educación primaria de instituciones educativas de la ciudad de Arequipa, 2024

Hola. Te invitamos a participar en un estudio de investigación que se está realizando para la obtención del grado de Licenciado en Psicología.

- Puedes preguntar todo lo que quieras saber acerca del estudio en cualquier momento.
- Lo que tú decidas estará bien, puedes decir «No» o puedes decir «Sí», antes de realizar el cuestionario.
- Ninguna persona del equipo de investigación se enojará contigo si dices «No» o si ya no quieres continuar antes de iniciar con el cuestionario.
- No importa qué decidas, no cambiará absolutamente nada respecto a tus clases y al colegio.

1. ¿Sabías que?

El estudio que se desarrollará trata sobre síntomas depresivos y nos permitirá saber si hay presencia o no de síntomas depresivos en los estudiantes.

2. ¿Cuál es el objetivo de este estudio?

Determinar la prevalencia de las categorías de síntomas depresivos en estudiantes de cuarto, quinto y sexto de primaria de instituciones educativas de la ciudad de Arequipa, 2024.

3. ¿Por qué te estamos invitando a participar?

Porque formas parte de nuestro público objetivo y nos importa saber cómo te sientes.

4. ¿Qué sucederá si participas en el estudio?

Tú deberás llenar un cuestionario durante el tiempo señalado por tu docente; no se alterará ni perjudicará el desarrollo de tus clases y habrá dos bachilleres en Psicología brindándote las indicaciones para el llenado del cuestionario.

5. ¿Qué beneficios tendrías si decides participar en el estudio?

Ayudar a concientizar sobre la importancia de saber que los niños y adolescentes pueden presentar síntomas depresivos.

Asentimiento del niño(a) o adolescente para su participación

Tu asentimiento indica que platicamos contigo sobre el proyecto, que nos pudiste hacer cualquier pregunta libremente, que aclaramos tus dudas y que estás de acuerdo en participar en este estudio de forma libre, voluntaria y competente.

Nombre del participante:

Firma o Huella digital

Día / Mes / Año

Anexo 6. Inventario de depresión infantil (CDI)

INVENTARIO C.D.I.

(ADAPTACIÓN Y ESTANDARIZACIÓN: EDMUNDO ARÉVALO LUNA - 2008)

NOMBRES Y APELLIDOS..... EDAD:.....
 FECHA DE HOY..... COLEGIO:.....
 GRADO..... /SECCION..... VIVES CON: Papá () Mamá ()
 Hermanos () Abuelos () Otros () Especifica.....

INSTRUCCIONES: Este es un cuestionario que tiene oraciones que están en grupos de tres. Escoge, de cada grupo, una oración, la que mejor diga como te has portado, como te has sentido o que has sentido en las **ÚLTIMAS DOS SEMANAS**, luego coloca una marca como una "X" en los espacios que correspondan. No hay respuesta correcta ni falsa, solo trata de contestar con la mayor sinceridad, lo que es cierto para ti. Aquí tienes unos ejemplos:

1		2	
A. Siempre leo libros	<input type="checkbox"/>	A. Me divierten los recreos	<input checked="" type="radio"/>
B. Algunas veces leo libros	<input checked="" type="checkbox"/>	B. A veces me divierten los recreos	<input type="radio"/>
C. Nunca leo libros	<input type="checkbox"/>	C. Me aburren los recreos	<input type="radio"/>

Nº	ítems	Nº	Ítems
1	A. Rara vez me siento triste <input type="checkbox"/> B. Muchas veces me siento triste <input type="checkbox"/> C. Me siento triste todo el tiempo <input type="checkbox"/>	2	A. Las cosas me van a salir bien <input type="checkbox"/> B. No estoy seguro si las cosas me van a salir bien <input type="checkbox"/> C. Me siento triste todo el tiempo <input type="checkbox"/>
3	A. Hago la mayoría de las cosas bien <input type="checkbox"/> B. Hago muchas cosas mal <input type="checkbox"/> C. Todo lo hago mal <input type="checkbox"/>	4	A. Muchas cosas me divierten <input type="checkbox"/> B. Me divierten algunas cosas <input type="checkbox"/> C. Nada me divierte <input type="checkbox"/>
5	A. Raras veces soy malo <input type="radio"/> B. Soy malo muchas veces <input type="radio"/> C. Soy malo todo el tiempo <input type="radio"/>	6	A. Rara vez pienso que me van a pasar cosas malas <input type="checkbox"/> B. Me preocupa que puedan pasarme cosas malas <input type="checkbox"/> C. Estoy seguro que me pasarán cosas malas <input type="checkbox"/>
7	A. Me gusta a mi mismo <input type="radio"/> B. No me gusta a mi mismo <input type="radio"/> C. Me odio a mi mismo <input type="radio"/>	8	A. Generalmente no tengo la culpa de las cosas malas <input type="radio"/> B. Tengo la culpa de muchas cosas malas <input type="radio"/> C. Tengo la culpa de todas las cosas Malas <input type="radio"/>
9	A. Nunca he pensado en matarme <input type="radio"/> B. A veces pienso en matarme Pero No lo haría <input type="radio"/> C. Quiero matarme <input type="radio"/>	10	A. Rara vez tengo ganas de llorar <input type="checkbox"/> B. Muchos días me dan ganas de llorar <input type="checkbox"/> C. Siento ganas de llorar todos los Días <input type="checkbox"/>

11	<p>A. Rara vez me molesta algo <input type="checkbox"/></p> <p>B. Las cosas me molestan muchas veces <input type="checkbox"/></p> <p>C. Las cosas me molestan todo el tiempo <input type="checkbox"/></p>	12	<p>A. Me gusta estar con otras personas <input type="checkbox"/></p> <p>B. Muchas veces no me gusta estar con otras personas <input type="checkbox"/></p> <p>C. Yo no quiero estar con otras Personas <input type="checkbox"/></p>
13	<p>A. Me decido fácilmente por algo, cuando quiero <input type="radio"/></p> <p>B. Es difícil para mi decidirme por algo <input type="radio"/></p> <p>C. No puedo decidirme por algo <input type="radio"/></p>	14	<p>A. Me veo bien <input type="radio"/></p> <p>B. Hay algunas cosas malas en mi apariencia <input type="radio"/></p> <p>C. Me veo horrible <input type="radio"/></p>
15	<p>A. Hacer las tareas del colegio no es problema <input type="radio"/></p> <p>B. Muchas veces me cuesta esfuerzo hacer las tareas del colegio <input type="radio"/></p> <p>C. Todo el tiempo me cuesta mucho esfuerzo hacer tareas del colegio <input type="radio"/></p>	16	<p>A. Duermo muy bien <input type="checkbox"/></p> <p>B. Varias noches tengo problemas para dormir <input type="checkbox"/></p> <p>C. Todas las noches tengo Problemas para dormir <input type="checkbox"/></p>
17	<p>A. Rara vez me siento cansado <input type="checkbox"/></p> <p>B. Muchos días me siento cansado <input type="checkbox"/></p> <p>C. Todo el tiempo me siento Cansado <input type="checkbox"/></p>	18	<p>A. Como muy bien <input type="checkbox"/></p> <p>B. Varios días no tengo ganas de comer <input type="checkbox"/></p> <p>C. La mayoría de los días no tengo Ganas de comer <input type="checkbox"/></p>
19	<p>A. No me preocupan dolores ni enfermedades <input type="checkbox"/></p> <p>B. Muchas veces me preocupan dolores y enfermedades <input type="checkbox"/></p> <p>C. Todo el tiempo me preocupan Dolores y enfermedades <input type="checkbox"/></p>	20	<p>A. No me siento solo <input type="checkbox"/></p> <p>B. Muchas veces siento solo <input type="checkbox"/></p> <p>C. Todo el tiempo me siento solo <input type="checkbox"/></p>
21	<p>A. Siempre me divierto en el colegio <input type="checkbox"/></p> <p>B. Solo de vez en cuando me divierto en el colegio <input type="checkbox"/></p> <p>C. Nunca me divierto en el colegio <input type="checkbox"/></p>	22	<p>A. Tengo muchos amigos <input type="checkbox"/></p> <p>B. Tengo muchos amigos, pero Quisiera tener más <input type="checkbox"/></p> <p>C. No tengo amigos <input type="checkbox"/></p>
23	<p>A. Mi rendimiento en el colegio es bueno <input type="radio"/></p> <p>B. Mi rendimiento en el colegio no es tan bueno como antes <input type="radio"/></p> <p>C. Mi rendimiento en el colegio es Malo <input type="radio"/></p>	24	<p>A. Soy tan bueno como otros alumnos <input type="radio"/></p> <p>B. Puedo ser tan bueno como otros Alumno, si yo quisiera <input type="radio"/></p> <p>C. Nunca podré ser tan bueno como Otros alumnos <input type="radio"/></p>
25	<p>A. Estoy seguro que hay personas que me quieren <input type="radio"/></p> <p>B. No estoy seguro si alguien me quiere <input type="radio"/></p> <p>C. Nadie me quiere realmente <input type="radio"/></p>	26	<p>A. Generalmente hago caso en lo que me dicen <input type="checkbox"/></p> <p>B. Muchas veces no hago caso en Lo que me dicen <input type="checkbox"/></p> <p>C. Nunca hago caso en lo que me Dicen <input type="checkbox"/></p>
27	<p>A. Me llevo bien con los demás <input type="checkbox"/></p> <p>B. Muchas veces me peleo con los demás <input type="checkbox"/></p> <p>C. Todo el tiempo me peleo con los Demás <input type="checkbox"/></p>		

Anexo 7. Matriz de resultados (base de datos)

#	Sexo	Edad	Grado	Preguntas CDI																										
				ítem 1	ítem 2	ítem 3	ítem 4	ítem 5	ítem 6	ítem 7	ítem 8	ítem 9	ítem 10	ítem 11	ítem 12	ítem 13	ítem 14	ítem 15	ítem 16	ítem 17	ítem 18	ítem 19	ítem 20	ítem 21	ítem 22	ítem 23	ítem 24	ítem 25	ítem 26	ítem 27
1	2	9	4	1	0	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1	2	0	1	1	1	1	2	1	1	0	0	0	1	0	0
2	1	10	4	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
3	1	9	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
4	1	9	4	0	1	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1	0	
5	1	10	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	
6	1	10	4	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	0	0	0	0	1	0	0	0	
7	2	9	4	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1	0	1	1	0	0	1	0	2	2	1	0	0	0	
8	2	9	4	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	0	1	1	1	0	1	0	
9	2	10	4	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	
10	2	9	4	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	
11	2	10	4	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
12	1	10	4	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	
13	2	10	4	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
14	1	10	4	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	0	0	
15	1	10	4	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
16	1	9	4	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	
17	2	9	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0	
18	2	10	4	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	
19	2	11	4	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	
20	2	11	4	0	0	0	1	0	1	1	0	0	1	1	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
21	2	9	4	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	1	
22	2	11	4	0	1	2	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	
23	2	10	4	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	
24	1	10	4	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0	
25	2	10	4	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	2	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	0	1	
26	1	9	4	0	1	0	1	0	0	2	0	1	2	0	0	1	2	0	0	2	0	2	1	0	1	0	0	0	0	
27	2	10	4	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	
28	2	11	5	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	1	0	
29	2	10	5	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	2	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	2	0	0	
30	2	11	5	0	1	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	

#	Sexo	Edad	Grado	Preguntas CDI																											
				item 1	item 2	item 3	item 4	item 5	item 6	item 7	item 8	item 9	item 10	item 11	item 12	item 13	item 14	item 15	item 16	item 17	item 18	item 19	item 20	item 21	item 22	item 23	item 24	item 25	item 26	item 27	
31	2	10	5	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0		
32	2	10	5	1	1	1	1	0	1	2	1	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	2	0	1	0	0	1	
33	1	10	5	0	1	0	1	0	0	1	1	1	0	0	1	2	1	0	1	0	1	2	1	1	1	2	1	0	1		
34	2	11	5	2	1	2	1	2	2	2	1	1	1	2	1	1	1	2	1	0	0	1	0	0	0	2	1	2	1		
35	2	10	5	0	1	0	2	0	2	2	0	1	0	2	0	2	2	0	2	1	0	1	1	1	2	1	2	2	0	0	
36	2	10	5	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0		
37	2	11	5	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	
38	1	10	5	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	
39	1	10	5	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	
40	2	10	5	0	1	0	1	0	0	2	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	
41	1	11	5	0	1	0	2	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	2	1	1	0	
42	1	10	5	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	0	0	
43	1	11	5	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	
44	1	11	5	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	
45	1	11	5	0	1	1	1	0	1	1	1	0	2	1	2	2	1	0	2	1	0	0	0	1	2	1	1	1	0	0	
46	1	10	5	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	0	0	
47	2	11	5	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
48	1	10	5	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0
49	1	10	5	0	1	2	1	2	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	1	0	1	2	1	0	1	
50	2	10	5	0	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	2	0	1	1	1	1	0	1	2	1	1	1	
51	2	10	5	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	1	1	0	0	
52	1	11	5	0	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	1	
53	2	11	5	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	
54	1	12	5	1	0	2	1	1	2	2	2	2	1	1	0	0	1	1	1	0	1	0	1	1	0	0	2	2	1	1	
55	2	10	5	2	0	0	1	0	1	1	0	1	1	0	1	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	
56	1	11	5	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	
57	1	12	6	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	2	1	0	0	1	1	0	0	
58	2	12	6	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1	1	0	0	
59	1	12	6	1	1	0	1	1	0	2	1	1	0	1	1	2	1	1	2	1	1	0	1	1	1	1	1	2	1	0	
60	2	11	6	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	
61	2	11	6	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	1	1	0	0	1	0	0	
62	1	11	6	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	2	1	2	1	0	0	2	0	0	2	2	0	0	0	1	0	0	
63	2	11	6	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	2	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1	2	1	1	0	
64	2	12	6	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	
65	2	13	6	2	2	2	1	0	1	0	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	2	0	1	1	0	0

#	Sexo	Edad	Grado	Preguntas CDI																											
				item 1	item 2	item 3	item 4	item 5	item 6	item 7	item 8	item 9	item 10	item 11	item 12	item 13	item 14	item 15	item 16	item 17	item 18	item 19	item 20	item 21	item 22	item 23	item 24	item 25	item 26	item 27	
66	1	11	6	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	
67	1	11	6	0	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	
68	1	11	6	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	
69	1	11	6	1	1	1	0	0	2	1	1	1	1	1	1	2	1	2	2	2	1	0	2	1	0	2	2	1	1	0	
70	1	11	6	1	1	0	1	0	0	1	0	0	2	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0	2	1	0	0	
71	1	11	6	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	
72	2	11	6	0	1	2	1	0	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	2	0	0	0	
73	2	12	6	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	1	0	
74	1	11	6	1	1	0	0	0	1	0	0	1	2	0	2	1	2	1	2	0	1	0	2	1	1	0	0	2	0	0	
75	1	11	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
76	2	11	6	0	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	
77	2	11	6	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	
78	2	11	6	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	
79	2	12	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	
80	1	12	6	2	1	1	0	0	1	0	1	1	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	2	0	0	0	0	1	0	0	
81	1	11	6	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	2	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	2	1	1	0
82	1	12	6	0	1	0	1	0	1	0	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	0	0	2	0	0	
83	2	9	4	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	0	0	
84	2	10	4	0	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1	2	0	0	0	
85	1	10	4	0	1	1	0	0	1	0	1	1	0	0	0	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1	0	
86	1	10	4	0	1	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	1	1	0	1	1	0	1	0	0	
87	1	10	4	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0
88	1	9	4	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0
89	1	10	4	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
90	2	9	4	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	0	0	0
91	2	10	4	0	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1
92	1	9	4	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	0	2	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	
93	1	10	4	0	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	2	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	
94	2	10	4	0	1	1	0	0	2	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	2	0	1	1	1	0	1	2	
95	1	9	4	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	
96	2	10	4	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	2	0	0	0	0	0	2	0	0	0	
97	2	9	4	1	1	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0
98	1	10	4	0	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0
99	2	10	4	0	1	1	0	2	2	2	1	2	0	2	0	2	1	1	2	0	0	0	1	0	2	0	2	2	0	2	
100	2	10	4	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0

#	Sexo	Edad	Grado	Preguntas CDI																										
				item 1	item 2	item 3	item 4	item 5	item 6	item 7	item 8	item 9	item 10	item 11	item 12	item 13	item 14	item 15	item 16	item 17	item 18	item 19	item 20	item 21	item 22	item 23	item 24	item 25	item 26	item 27
136	1	11	6	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	1	2	1	1	1	1	0
137	1	11	6	0	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	2	0	0	0
138	2	12	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
139	2	12	6	0	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	2	1	1	0	2	1	0	1
140	2	11	6	1	1	0	0	0	2	1	2	0	1	0	0	0	0	0	2	2	2	1	2	2	0	0	0	0	0	
141	1	11	6	2	1	2	1	0	1	1	2	0	2	2	1	2	2	1	2	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1	
142	1	12	6	2	2	0	1	0	1	0	0	1	2	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	
143	2	12	6	2	1	1	2	1	2	1	0	1	1	2	2	2	0	2	2	1	0	2	2	2	2	1	2	1	1	
144	1	11	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
145	2	11	6	1	1	1	1	1	1	2	1	0	2	2	0	1	2	0	1	2	2	2	1	1	0	1	2	0	1	
146	2	12	6	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	
147	2	12	6	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
148	1	12	6	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	1	0	1	2	1	0	
149	2	11	6	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	1	0	
150	1	11	6	0	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	2	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	
151	1	12	6	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	1	1	0	0	1	0	
152	1	12	6	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
153	2	13	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	1	
154	2	11	5	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	
155	1	10	5	2	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	
156	2	11	5	1	1	0	2	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	2	1	2	0	0	1	1	
157	1	10	5	2	2	1	2	1	2	2	2	2	2	1	0	1	2	0	2	2	2	2	0	2	0	1	2	2	0	
158	2	11	5	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	2	0	0	
159	1	10	5	2	1	0	2	0	2	2	2	2	2	2	0	2	2	0	2	2	2	0	2	1	1	0	0	2	1	
160	2	10	5	0	0	1	1	1	0	2	1	1	0	0	1	1	0	1	1	0	0	1	0	0	1	1	2	1	1	
161	2	11	5	1	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1	2	2	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	
162	1	11	5	0	1	0	1	0	0	2	0	1	0	0	1	2	1	2	2	1	2	0	1	2	1	0	2	0	2	
163	1	11	5	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	
164	2	10	4	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	0	
165	2	10	4	1	0	1	1	0	0	0	0	1	2	2	1	2	1	1	2	0	1	0	1	0	0	1	1	0	1	
166	1	10	4	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	0	2	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	0	
167	2	10	4	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
168	1	10	4	0	0	0	0	2	0	0	1	0	1	1	1	1	2	0	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	0	
169	1	9	4	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	

#	Sexo	Edad	Grado	Preguntas CDI																										
				item 1	item 2	item 3	item 4	item 5	item 6	item 7	item 8	item 9	item 10	item 11	item 12	item 13	item 14	item 15	item 16	item 17	item 18	item 19	item 20	item 21	item 22	item 23	item 24	item 25	item 26	item 27
170	2	10	4	0	1	0	1	0	2	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1	2	0	0	1	1	0	0	1	0	0	1
171	2	9	4	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	
172	1	10	4	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
173	1	9	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	
174	1	10	4	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	
175	1	10	4	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
176	2	9	4	0	1	0	1	0	0	0	1	1	2	0	0	2	1	1	2	2	1	1	1	0	0	0	1	0	0	
177	2	11	4	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	2	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	
178	1	11	6	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	0	0	1	0	1	0	0	0	0	2	0	0	0	0	
179	2	12	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	
180	1	12	6	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	
181	1	11	6	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	2	0	0	1	0	0	0	0	0	
182	1	12	6	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	
183	1	12	6	1	1	1	1	1	2	2	1	1	2	1	1	1	2	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	
184	1	11	6	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	2	1	0	1	1	1	1	1	1	0	
185	1	11	6	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
186	2	11	6	0	1	1	1	0	1	1	1	1	2	1	1	0	1	2	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	
187	2	12	6	1	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	1	1	1	0	2	2	0	
188	1	12	6	0	1	1	1	0	1	1	0	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	2	0	0	1	0	1	0	
189	2	12	6	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	0	0	1	0	0	0	1	2	0	0	0	1	
190	1	12	6	0	1	0	1	0	1	0	0	1	2	0	1	1	1	1	2	1	2	2	1	1	0	1	2	0	0	
191	1	12	6	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	0	
192	1	11	6	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	1	1	1	
193	2	12	6	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	
194	2	9	4	1	1	2	2	0	0	0	1	1	2	0	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	
195	1	10	4	0	1	1	1	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
196	2	10	4	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	
197	2	9	4	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	
198	1	9	4	1	1	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1	0	0	
199	1	9	4	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	2	0	0	1	1	0	0	0	1	0	
200	2	9	4	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	
201	1	10	4	2	1	2	1	2	0	2	2	2	1	0	2	0	2	1	1	1	2	0	1	2	0	0	1	2	2	
202	2	10	4	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0	0	1	
203	2	9	4	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	0	1	0	0	1	
204	1	10	4	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	
205	2	10	4	0	1	1	0	0	1	0	1	1	0	0	0	1	1	2	0	0	0	0	1	1	1	0	1	2	1	

#	Sexo	Edad	Grado	Preguntas CDI																												
				item 1	item 2	item 3	item 4	item 5	item 6	item 7	item 8	item 9	item 10	item 11	item 12	item 13	item 14	item 15	item 16	item 17	item 18	item 19	item 20	item 21	item 22	item 23	item 24	item 25	item 26	item 27		
206	2	9	4	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0			
207	2	10	4	0	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0			
208	1	10	5	2	1	2	0	0	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	0	2	2	2	1	1	2	2	2	2	0			
209	1	10	5	0	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	0	0		
210	1	11	5	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	2	1	1	0	0	1	1	0	0			
211	2	10	5	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1	0		
212	2	10	5	2	1	2	1	0	2	2	0	1	2	0	0	0	2	1	2	2	0	0	1	0	0	1	0	2	0	0		
213	2	11	5	1	2	2	1	0	2	2	1	1	1	2	2	2	2	0	2	2	0	2	2	2	2	0	2	2	2	0		
214	1	11	5	2	2	0	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	1	2	1	0	0	1	2	1	1		
215	1	11	5	1	1	1	1	0	0	2	0	1	2	0	0	2	2	0	1	1	1	2	0	0	1	1	2	1	0	0		
216	1	10	5	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0		
217	2	11	5	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0		
218	1	11	5	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	1	1	
219	2	10	5	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	
220	1	10	5	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1		
221	2	10	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	
222	2	11	5	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
223	2	10	5	2	1	2	1	1	1	2	2	2	1	1	0	1	2	1	0	1	0	1	2	1	2	2	2	2	2	1	0	
224	1	10	5	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
225	1	11	5	2	1	1	1	0	1	0	2	1	2	2	0	1	0	1	0	0	0	1	1	1	0	2	1	1	1	1	1	
226	2	10	5	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	
227	1	11	5	0	1	0	1	0	1	2	0	1	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	
228	1	11	5	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	
229	2	11	5	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0	1	1	1	
230	1	11	5	1	1	0	1	0	2	0	0	1	1	1	0	1	0	1	2	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	
231	1	11	5	0	2	0	2	0	2	2	2	2	0	0	1	2	2	2	2	2	1	0	2	2	1	0	1	0	1	0	0	
232	2	10	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
233	1	9	4	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	
234	2	10	4	0	1	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0	1	1	0	2	0	0	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	
235	1	10	4	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	2	1	0	1	1	0	1	2	1	1	1	1	
236	1	10	4	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	2	1	0	0	2	1	2	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	
237	1	9	4	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	2	1	2	0	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	
238	2	9	4	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0	0	1	2	0	1	0	2	1	2	1	0	0	1	1	0	1	0	0	
239	1	9	4	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
240	1	10	4	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0

#	Sexo	Edad	Grado	Preguntas CDI																										
				item 1	item 2	item 3	item 4	item 5	item 6	item 7	item 8	item 9	item 10	item 11	item 12	item 13	item 14	item 15	item 16	item 17	item 18	item 19	item 20	item 21	item 22	item 23	item 24	item 25	item 26	item 27
276	1	9	4	2	1	0	1	0	0	0	1	1	1	0	1	2	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	
277	1	10	4	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	2	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	
278	2	10	4	2	2	0	2	0	1	0	0	2	2	2	2	2	2	0	2	0	1	0	1	2	1	0	0	2	1	
279	1	9	4	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	2	2	0	0	1	0	0	0	0		
280	2	10	4	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0		
281	1	10	4	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0		
282	2	11	4	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0		
283	1	10	4	1	1	0	0	1	1	0	0	1	2	0	1	1	1	1	1	0	1	2	1	1	1	0	1	1		
284	1	9	4	1	1	0	1	0	1	2	0	2	1	2	0	2	2	1	1	1	2	0	2	1	2	1	2	2		
285	1	9	4	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0	2	2	0	0			
286	2	10	4	0	1	1	1	0	1	1	0	1	0	0	0	1	1	0	2	0	0	0	0	1	1	1	1			
287	2	10	4	0	0	1	2	0	1	0	1	2	1	1	0	1	0	1	2	0	1	2	0	0	0	1	1			
288	1	9	4	2	1	0	1	1	1	0	0	1	2	1	2	0	1	0	0	0	0	0	2	0	1	0	1			
289	1	10	4	1	1	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	1	2	0	1	0	1	1	1	1	0	0	2			
290	2	9	4	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0			
291	2	10	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
292	1	9	4	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0			
293	1	10	4	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0			
294	2	10	4	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0			
295	1	10	4	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0			
296	2	10	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
297	2	10	4	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0			
298	2	10	4	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	0	0	1	1	1	1	1			
299	2	9	4	1	0	0	1	1	1	0	1	0	1	2	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0			
300	2	10	4	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	2	1	0	1	0			
301	2	10	4	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0			
302	1	10	4	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	2	0	0	0	1	0	0	0	1			
303	2	9	4	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0			
304	1	9	4	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0			
305	1	10	4	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	0	2	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1			
306	2	10	4	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1				
307	1	10	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
308	2	10	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0			
309	2	10	5	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1				
310	2	11	5	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0			

#	Sexo	Edad	Grado	Preguntas CDI																											
				item 1	item 2	item 3	item 4	item 5	item 6	item 7	item 8	item 9	item 10	item 11	item 12	item 13	item 14	item 15	item 16	item 17	item 18	item 19	item 20	item 21	item 22	item 23	item 24	item 25	item 26	item 27	
311	1	11	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
312	1	11	5	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0		
313	2	11	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0		
314	1	11	5	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1		
315	2	11	5	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	1	0		
316	1	11	5	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	
317	1	11	5	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1	1	0	1	1	2	1	0	1	0	0	0	2	1	0	1	
318	2	11	5	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	
319	2	11	5	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	
320	1	11	5	1	1	0	2	0	2	0	0	1	0	0	0	2	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	
321	1	10	5	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	2	0	0	1	
322	1	11	5	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	
323	1	10	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
324	2	11	5	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	2	0	0	0	0	2	0	0	1	0	1	1	0	0	0	1	
325	1	11	5	1	1	1	0	0	0	2	0	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	
326	1	10	5	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1	
327	2	10	5	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	
328	1	10	5	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	
329	1	10	5	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	
330	1	11	6	0	1	1	1	1	2	2	1	1	0	0	1	1	2	2	0	2	0	0	1	0	1	1	2	1	1	1	
331	1	11	6	1	1	1	0	0	1	1	2	1	2	0	1	1	1	1	1	1	1	2	2	0	1	0	1	1	1	1	
332	1	12	6	2	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	
333	2	12	6	2	0	1	2	1	2	2	1	1	2	0	1	1	2	1	0	0	1	0	2	2	2	1	1	2	1	1	
334	1	13	6	2	0	1	1	0	1	0	1	2	2	2	1	1	0	1	1	2	1	2	1	1	2	0	0	1	0	1	
335	2	12	6	0	1	1	0	2	2	2	1	2	0	0	0	1	2	1	2	2	1	2	0	1	0	2	2	1	1	1	
336	1	11	6	2	1	1	1	0	0	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	2	2	0	2	1	1	0	0	1	0	1	
337	2	11	6	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	
338	2	11	6	0	1	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	0	
339	1	12	6	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
340	1	12	6	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1	2	1	2	1	2	0	1	1	0	0	1	1	1	0	
341	2	12	6	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	0	2	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	
342	1	12	6	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0
343	2	11	6	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1	1	1	0	1	
344	1	11	6	0	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	
345	2	12	6	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	

#	Sexo	Edad	Grado	Preguntas CDI																										
				item 1	item 2	item 3	item 4	item 5	item 6	item 7	item 8	item 9	item 10	item 11	item 12	item 13	item 14	item 15	item 16	item 17	item 18	item 19	item 20	item 21	item 22	item 23	item 24	item 25	item 26	item 27
346	2	11	6	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	
347	2	12	6	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
348	1	12	6	0	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	
349	1	12	6	2	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0	1	1	1	1	
350	1	12	6	1	1	1	1	0	1	2	1	1	1	0	1	1	2	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	
351	2	12	6	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
352	2	12	6	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
353	2	12	6	0	0	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	
354	1	11	6	0	1	1	2	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	
355	2	12	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	
356	2	11	6	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	
357	1	12	6	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	
358	1	11	6	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	
359	2	12	6	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	
360	2	12	6	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	2	0	1	1	1	1	0	
361	1	11	6	0	1	0	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	0	0	
362	2	11	6	2	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	
363	1	12	6	0	1	0	2	0	0	0	2	1	1	0	1	2	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	2	0	0	
364	2	12	6	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
365	2	11	6	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	
366	1	12	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
367	1	12	6	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	2	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	
368	1	12	6	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	
369	1	12	6	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	
370	1	12	6	1	1	2	0	0	1	1	1	1	1	1	1	2	1	0	1	1	1	1	1	0	0	2	2	0	1	
371	1	12	6	1	1	2	1	0	1	2	2	2	2	2	0	2	0	1	1	2	1	0	0	0	0	1	1	0	0	
372	2	12	6	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	2	2	0	1	0	1	1	0	2	1	1	0	
373	2	11	6	0	1	2	1	0	2	2	1	1	0	0	0	1	2	1	1	1	1	1	1	0	1	1	2	1	0	
374	2	11	6	0	1	0	0	0	0	2	1	2	0	0	2	1	1	1	0	2	1	0	0	2	1	1	0	2	0	
375	2	12	6	2	1	2	0	2	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	2	1	1	0	
376	1	11	6	0	1	1	1	0	2	1	1	1	0	0	1	2	1	1	2	0	2	0	1	1	1	1	1	1	0	
377	1	12	6	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	
378	2	11	6	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1	2	2	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	
379	2	11	6	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	
380	1	12	6	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	

#	Sexo	Edad	Grado	Preguntas CDI																											
				item 1	item 2	item 3	item 4	item 5	item 6	item 7	item 8	item 9	item 10	item 11	item 12	item 13	item 14	item 15	item 16	item 17	item 18	item 19	item 20	item 21	item 22	item 23	item 24	item 25	item 26	item 27	
381	1	12	6	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0		
382	1	12	6	0	1	1	1	0	1	0	2	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	1	
383	2	12	6	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	
384	2	11	6	0	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	2	1	1	0	1	
385	2	11	6	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	
386	2	11	6	0	1	0	1	0	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	2	1	1	1	1	0
387	2	11	6	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	
388	1	12	6	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	
389	2	11	6	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	1	1	
390	2	12	6	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
391	2	12	6	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	1	2	1	0	1	0	
392	2	10	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
393	2	11	6	0	1	0	1	0	1	1	0	1	1	0	2	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	1	1	2	1	1	0
394	2	11	6	0	1	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	2	0	0	1	0	0	1	1	1	1	0	0
395	2	11	6	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	
396	1	12	6	0	1	1	1	0	0	2	2	0	0	0	0	0	2	0	1	0	2	1	0	1	0	1	1	0	0	0	
397	1	10	5	0	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	2	0	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	
398	1	11	5	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	0	2	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	
399	2	11	5	0	1	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	
400	2	11	5	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	2	0	0	0	0	0	1	0	2	0	1	2	0	0	0	
401	2	11	5	0	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	1	1	2	0	0	
402	2	11	5	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	
403	1	11	5	1	1	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	
404	2	11	5	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2	0	0	1	0	1	0	1	0	2	0	1	0	1	0	0	0	
405	1	10	5	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	
406	1	11	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	
407	1	12	5	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	
408	2	10	5	0	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	
409	2	10	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	
410	2	10	5	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
411	2	11	5	0	0	0	1	0	2	1	0	1	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	2	1	2	0	1	1	0	0	
412	1	10	5	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	
413	2	11	5	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	
414	2	11	5	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	2	1	0	1	0	2	1	1	1	1	0	1	1	1	1	

#	Sexo	Edad	Grado	Preguntas CDI																										
				item 1	item 2	item 3	item 4	item 5	item 6	item 7	item 8	item 9	item 10	item 11	item 12	item 13	item 14	item 15	item 16	item 17	item 18	item 19	item 20	item 21	item 22	item 23	item 24	item 25	item 26	item 27
415	1	10	5	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	0	0	1	2	0	0	0	1	1	1	0	0	1	2	1	0
416	2	10	5	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	2	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1	0	0	1
417	1	11	5	1	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	1	0	1	2	1	1	0	0	1	0	0	1
418	1	11	5	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0
419	2	10	5	1	1	0	1	0	2	0	0	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	2	0	0	1	0	0	0	0	0
420	2	10	5	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0
421	2	10	5	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0
422	2	10	5	0	0	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1	2	1	2	1	1	1	1	1	0	0	1
423	1	11	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
424	2	11	5	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
425	2	10	5	0	1	0	1	0	2	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	2	0	0	0	0	0
426	1	10	5	1	0	0	0	1	2	0	1	2	2	0	1	2	2	2	2	1	1	2	2	2	1	2	2	2	0	2
427	1	11	5	0	1	2	1	0	1	2	2	2	2	0	0	2	2	2	2	2	2	0	2	0	0	2	0	0	1	0