



Universidad
Continental

FACULTAD DE HUMANIDADES

Escuela Académico Profesional de
Psicología

Tesis

**Prevalencia de depresión en estudiantes de 13 a 15
años de la I. E. «Alipio Ponce Vásquez», 2018**

Fanny Thalia Meza Soto

Huancayo, 2019

para optar el Título Profesional de
Licenciada en Psicología



Repositorio Institucional Continental
Tesis digital



Obra protegida bajo la licencia de [Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 2.5 Perú](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/peru/)

Asesora

Ps. Nadia Toledo Choquehuanca

Agradecimientos

A Dios, por brindarme la dicha de existir y por permitirme llegar hasta este punto exitosamente, también quisiera dedicar este trabajo a mis padres y hermanos quienes son los impulsores de mis sueños.

Expresarle mi gratitud a mi asesora de tesis Mg. Nadia Toledo Choquehuanca y al Ps. Carlos Ávila Benito, por sus ayudas valiosas que han permitido la culminación de la investigación.

A mi alma mater la Universidad Continental y estoy especialmente agradecido a mis distinguidos profesores de la Escuela Académico Profesional de Psicología.

Me gustaría reconocer también al Director de la Institución Educativa PNP. “Cap. PNP. Alipio Ponce Vásquez”, por brindarme las facilidades correspondientes para la aplicación del instrumento psicológico y sobre todo me gustaría darles la enhorabuena a los estudiantes del nivel secundario de 13 a 15 años, ya que sin su participación esta tesis no habría sido posible.

Dedicatoria

Dedico esta tesis a mis padres por permanecer a mi lado en los momentos en que más los necesité y por brindarme su amor incondicional.

De igual forma a los maestros que fueron parte de mi formación profesional, ya que me transmitieron su sabiduría.

Índice de Contenidos

Asesora	ii
Agradecimientos	iii
Dedicatoria	iv
Resumen	x
Abstract	xi
Introducción	xii
Capítulo I: Planteamiento del estudio	15
1.1 Planteamiento y formulación del problema.....	15
1.1.1. Formulación del problema.....	17
1.1.1.1. Problema general.....	17
1.1.1.2. Problemas específicos	17
1.2. Objetivos.....	17
1.2.1. Objetivo general	17
1.2.2. Objetivos específicos	17
1.3. Justificación e importancia	18
1.4. Hipótesis y descripción de variables	18
1.4.1. Hipótesis	18
1.4.2. Variables.....	19
1.5. Matriz de Operacionalización de Variables	19
Capítulo II: Marco teórico	21
2.1. Antecedentes del problema.....	21
2.1.1. Antecedentes nacionales.....	21
2.1.2. Antecedentes internacionales	23
2.2. Bases Teóricas	26
2.2.1. Depresión.....	26
2.2.1.1. Definición.....	26
2.2.1.2. Modelos teóricos de la depresión	28
2.2.1.2.1. Teorías psicodinámicas de los trastornos depresivos.....	28
2.2.1.2.2. Teorías conductuales de los trastornos depresivos	30
2.2.1.2.3. Teorías cognitivas de los trastornos depresivos.....	32
2.2.1.2.4. Teoría psicobiológica de la depresión.....	38
2.2.1.3. Síntomas	39
2.2.1.3.1. Síntomas afectivos	39
2.2.1.3.2. Síntomas somáticos.....	43

2.2.1.3.3. Síntoma conductual.....	46
2.2.1.3.4. Síntomas cognitivos	47
2.2.1.4. Clasificación y criterios de diagnósticos de los trastornos depresivos .	49
2.2.1.4.1. Clasificación y criterios de diagnósticos de la depresión según la CIE-10	49
2.2.1.4.2. Clasificación y Criterios de diagnósticos según la Asociación Psiquiátrica Norteamericana (DSM-IV-TR)	53
2.2.1.5. Depresión en la adolescencia.....	55
2.2.1.6. Depresión según género	57
2.2.1.7. Medición de la depresión.....	59
2.2.1.7.1. Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)	60
2.2.1.7.2. Hamilton Depression Rating Scale (HRSD).....	61
2.2.1.7.3. Escala de Automedición de la Depresión (EAMD).....	61
2.2.1.7.4. Inventario de depresión infantil (CDI).....	62
2.2.2. La adolescencia.....	63
2.2.2.1. Diferencia entre adolescencia y pubertad	65
2.3. Definición de términos básicos	66
Capítulo III: Metodología	69
3.1. Método, tipo y alcance de la investigación	69
3.1.1. Métodos de investigación	69
3.1.2. Tipos de investigación	70
3.1.3. Alcance de investigación	70
3.2. Diseño de la investigación.....	71
3.3. Población y muestra	71
3.3.1. Población	71
3.3.2. Muestra	71
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	72
3.4.1. Descripción del instrumento	72
3.4.1.1. Ficha técnica	73
3.4.1.2. Ficha técnica adaptación peruana	74
3.4.1.3. Validez y confiabilidad del instrumento para la población en estudio .	75
3.4.1.3.1. Validez	75
3.4.1.3.2. Confiabilidad.....	75
Capítulo IV: Resultados y discusión	76
4.1. Resultados del tratamiento y análisis de la información	76
4.1.1. Depresión en estudiantes de 13 a 15 años	77

4.1.2. Depresión en estudiantes de sexo femenino de 13 a 15 años	78
4.1.3. Depresión en estudiantes de sexo masculino de 13 a 15 años.....	79
4.1.4. Síntesis de los objetivos específicos	79
4.2. Discusión de resultados	80
Conclusiones	82
Recomendaciones	83
Referencias bibliográficas	84
Anexos	89

Índice de tablas

Tabla 1. Operacionalización de variables	20
Tabla 2. Clasificación de los trastornos depresivos en la CIE -10.....	53
Tabla 3. Trastornos depresivos según el DSM-V	55
Tabla 4. Fiabilidad del Cuestionario de depresión infantil	75
Tabla 5. Prevalencia de depresión.....	77
Tabla 6. Prevalencia de depresión por sexo	79

Índice de figuras

Figura 1. Prevalencia de depresión en estudiantes mujeres de 13 a 15 años.....	78
Figura 2. Prevalencia de depresión en estudiantes varones de 13 a 15 años.....	79

Resumen

La investigación titulada “Prevalencia de depresión en estudiantes de 13 a 15 años de la I.E. ‘Alipio Ponce Vásquez’, 2018”, tiene como objetivo principal determinar la prevalencia de depresión en dichos estudiantes. El método general que orientó la tesis corresponde al método científico, asimismo el diseño fue no experimental, transversal descriptivo simple. Para fines del estudio la muestra quedó compuesta por 184 estudiantes, lo cual permitió obtener una confiabilidad del 95%, esta muestra se consiguió a través del método no probabilístico. Se recolectaron los datos por medio del Inventario de depresión infantil (CDI), este instrumento es uno de los más empleados para evaluar depresión infantil y en adolescentes, dado que el lenguaje empleado es fácil de leer y comprender. Está compuesto por 27 ítems, en los que se expresan tres frases que manifiestan, en distinta intensidad o frecuencia, la ocurrencia de síntomas depresivos en niños o adolescentes. Se concluye señalando que el 45,7% (84) de los estudiantes evaluados presentan puntaje igual o superior a 15, lo cual nos quiere decir que existe un gran porcentaje de estudiantes con sintomatología depresiva, dicho de otro modo, presentan depresión. De igual forma las mujeres muestra mayor inclinación a la depresión que los varones, considerando que de las 74 adolescente 44 tienen depresión, mientras que, de los 110 adolescentes solo 40 presentaron sintomatología depresiva, es decir, menos de la mitad tienen depresión.

Palabras claves: Depresión, adolescencia, depresión en adolescentes.

Abstract

The research entitled "Prevalence of depression in students from 13 to 15 years of the I.E. 'Alipio Ponce Vásquez', 2018", has as main objective to determine the prevalence of depression in said students. The general method that guided the thesis corresponds to the scientific method, also the design was non-experimental, simple descriptive transversal. For purposes of the study, the sample was composed of 184 students, which allowed to obtain a reliability of 95%, this sample was obtained through the non-probabilistic method. Data were collected through the Childhood Depression Inventory (CDI), this instrument is one of the most used to assess childhood depression and in adolescents, since the language used is easy to read and understand. It is composed of 27 items, in which three sentences are expressed that show, in different intensity or frequency, the occurrence of depressive symptoms in children or adolescents. We conclude by noting that 45.7% (84) of the students evaluated have a score equal to or higher than 15, which means that there is a large percentage of students with depressive symptoms, in other words, they have depression. In the same way, women show greater inclination to depression than men, considering that of the 74 adolescent girls 44 have depression, while of the 110 adolescents only 40 had depressive symptomatology, that is, less than half have depression.

Key words: Depression, adolescence, depression in adolescents.

Introducción

Las enfermedades mentales en los últimos años han ido tomando mayor protagonismo debido a que generan un gran deterioro en la salud de las personas que las padecen. La prevalencia de depresión ocupa el cuarto lugar respecto a todas las enfermedades. Es conocida por ser una enfermedad mental muy frecuente, cuya característica principal es la tristeza prolongada. Esta enfermedad está presente en personas de distintas edades, condición social o género.

La depresión en adolescentes es cada día más frecuente. Estudios epidemiológicos como los de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) refiere que la depresión en la actualidad es la tercera razón de morbilidad y discapacidad entre los adolescentes. Por su parte, SAMHSA (citado en Papalia, Wendkos y Duskin, 2009) alude que, durante el 2004, el 9% de los adolescentes entre 12 y 17 años habrían experimentado como mínimo un episodio depresivo mayor y que solo habrían recibido tratamiento el 40 % de ellos.

En la región Junín se ha identificado un considerable número de adolescentes deprimidos. Alcántara (2018) menciona que según el último informe de la DIRESA Junín, unos 4 mil 836 adolescentes, es decir el 14%, fueron diagnosticados con depresión. Dicho de otro modo, en la región tenemos miles de adolescentes depresivos y víctimas de violencia.

Esta tesis es de gran importancia dado que los resultados obtenidos permitirán mejorar las prácticas profesionales por parte de los docentes, policías y psicólogos que se encuentran laborando en la Institución Educativa en mención. Los padres de familia ampliarán sus conocimientos sobre la adolescencia y la problemática depresión. Finalmente, se podrá realizar programas de intervención cuyo objetivo será fomentar Instituciones Educativas saludables emocionalmente.

El método general que orientó la investigación corresponde al método científico. De alcance descriptivo, dado que únicamente se buscó recoger información sobre la prevalencia de depresión en estudiantes de 13 a 15 años de la I.E. “Alipio Ponce Vásquez”, más no indicar su relación con el contexto u otras variables.

Según la finalidad que persigue, el tipo de investigación fue pura, ya que se buscó expandir las bases teóricas sobre la depresión en adolescentes por medio de la recolección de datos. Asimismo, según el alcance temporal, la investigación fue de tipo transversal, puesto que se estudió la variable depresión en un momento dado. Finalmente, según la amplitud, la investigación fue microsociológico, puesto que se limitó a examinar la variable en un grupo mediano de adolescentes.

El diseño de la tesis fue no experimental, transversal, descriptivo simple; dado que se contempló el fenómeno tal y como se da en su contexto natural y sin manipular la variable. De corte transversal a causa de que se recogieron los datos en un tiempo único, se describió la variable y analizó su incidencia en un momento dado. Mertens (como se citó en Hernández, Fernández y Baptista, 2010) refiere que las investigaciones no experimentales son adecuadas para variables que no pueden o deben ser manipuladas o resulta complicado hacerlo.

El tipo de muestreo utilizado fue no probabilístico, debido a que la selección de los estudiantes no precisó de la probabilidad, sino más bien de causas asociadas con las cualidades de la tesis. Para fines del estudio la muestra quedó compuesta por 184 estudiantes, lo cual permitió obtener una confiabilidad del 95%. Los criterios de inclusión fueron; que los estudiantes tuvieran entre 13 a 15 años, de ambos sexos, que asistan regularmente a clases y que accedieran libremente a ser parte de la investigación.

Se recolectaron los datos por medio del Inventario de depresión infantil (CDI). Este se encarga de valorar la escala disforia y la escala autoestima negativa, de igual modo facilita una

calificación total de depresión. Puede aplicarse a individuos de 7 a 15 años en un tiempo variable de 10 a 25 minutos. Está compuesto por 27 ítems, los cuales están plasmados en 3 frases que ponen en manifiesto la presencia de síntomas depresivos en niños o adolescentes. Cada ítem se valora de 0 a 2 puntos; la frase más negativa tiene mayor puntaje.

La investigación incluye cuatro capítulos: El primer capítulo consiste en el planteamiento del estudio, el segundo plantea el marco teórico, el tercero detalla la metodología aplicada para la elaboración de la tesis y finalmente el cuarto presentan los resultados.

La Autora

Capítulo I

Planteamiento del estudio

1.1 Planteamiento y formulación del problema

La depresión en la adolescencia es un problema de índole mundial, no obstante, se le da escasa importancia debido a que los síntomas son vistos como un aspecto habitual del desarrollo adolescente y porque en parte de nuestra sociedad aún se tiene la idea errónea de que la depresión afecta única y exclusivamente a adultos y ancianos.

De acuerdo con la OMS (2018) en la actualidad la tercera causa de morbilidad y discapacidad entre los adolescentes es la depresión, de igual forma, exponen que en adolescentes de entre 15 y 19 años el suicidio se ha convertido en la tercera causa de defunción. Asimismo, según SAMHSA (citado en Papalia, Wendkos y Duskin, 2009) durante el 2004, el 9% de los adolescentes entre 12 y 17 años habrían experimentado

como mínimo un episodio depresivo mayor y que solo habrían recibido tratamiento el 40 % de ellos.

La depresión en adolescentes no es un problema que deba tomarse a la ligera como se viene haciendo, esta puede traer consecuencias graves y en ocasiones fatales. Según el Ministerio de Salud (MINSA, 2012) los problemas de depresión cada día son más frecuentes, ya que 4 de cada 10 peruanos tienen depresión, asimismo en Lima el 8,6 % de los adolescentes en algún momento de sus vidas han padecido un episodio depresivo.

Durante la adolescencia surgen diversos factores de riesgo que contribuyen directa o indirectamente para que desarrollen depresión, éstos suelen ser; el temor al contacto social, pésima relación con los padres, que sean víctimas de abuso o descuido, ingesta de sustancias adictivas, actividad sexual temprana y padres depresivos. Para Fuente (2017) “la población adolescente de Junín afectada tiene entre 14 y 19 años y la causa para que caigan en depresión está en los conflictos familiares en los que se ven inmersos, falta de adaptación a un grupo, sobre todo en las instituciones públicas en donde son víctimas de bullying” (párr.1).

La presente investigación tuvo como muestra a estudiantes pertenecientes a una Institución Educativa de índole policial, esta sostiene que la educación se logra en base a disciplina y compromiso con el estudio. Su objetivo es formar estudiantes con capacidades intelectuales y físicas, por lo tanto, dan limitada importancia al bienestar psicológico de los adolescentes, teniendo como consecuencia casos de intento de suicidio, bullying, depresión y ansiedad.

1.1.1. Formulación del problema

1.1.1.1. *Problema general*

¿Cuál es la prevalencia de depresión en estudiantes de 13 a 15 años de la I.E. “Alipio Ponce Vásquez”, 2018?

1.1.1.2. *Problemas específicos*

a. ¿Cuál es la prevalencia de depresión en estudiantes de sexo femenino de 13 a 15 años de la I.E. “Alipio Ponce Vásquez”, 2018?

b. ¿Cuál es la prevalencia de depresión en estudiantes de sexo masculino de 13 a 15 años de la I.E. “Alipio Ponce Vásquez”, 2018?

1.2. Objetivos

1.2.1. Objetivo general

Determinar la prevalencia de depresión en estudiantes de 13 a 15 años de la I.E. “Alipio Ponce Vásquez”, 2018.

1.2.2. Objetivos específicos

a. Hallar la prevalencia de depresión en estudiantes de sexo femenino de 13 a 15 años de la I.E. “Alipio Ponce Vásquez”, 2018.

b. Hallar la prevalencia de depresión en estudiantes de sexo masculino de 13 a 15 años de la I.E. “Alipio Ponce Vásquez”, 2018.

1.3. Justificación e importancia

En la región Junín se ha identificado un considerable número de adolescentes deprimidos y casos de suicidio. Alcántara (2018) menciona que según el último informe de la DIRESA Junín, unos 4 mil 836 adolescentes, es decir el 14%, fueron diagnosticados con depresión. Dicho de otro modo, en la región tenemos miles de adolescentes depresivos y víctimas de violencia.

En tal sentido, la presente investigación está dirigida a determinar la prevalencia de depresión en estudiantes de 13 a 15 años de la I.E. “Alipio Ponce Vásquez”, 2018. Teniendo como finalidad que los resultados sean fuente de datos para la Institución Educativa, para el distrito de San Lorenzo, y en un plano más amplio para la provincia de Jauja, esperando que se produzca mayor interés por velar por el bienestar de los adolescentes y que este estudio sirva como antecedente para futuras investigaciones.

Esta tesis es de gran importancia dado que los resultados obtenidos permitirán mejorar las prácticas profesionales por parte de los docentes, policías y psicólogos que se encuentran laborando en la Institución Educativa en mención. Los padres de familia ampliarán sus conocimientos sobre la adolescencia y la problemática depresión. Finalmente, se podrá realizar programas de intervención con el objetivo de tener Instituciones Educativas saludables emocionalmente.

1.4. Hipótesis y descripción de variables

1.4.1. Hipótesis

La investigación no contó con hipótesis, debido a que es de alcance descriptivo y únicamente se buscó conocer la prevalencia de depresión, dicho de otro modo, no se pretendió pronosticar hecho alguno. Vale señalar

Hernández, Fernández y Baptista (2010) sustentan que el planteamiento de hipótesis no siempre está presente en todas las investigaciones cuantitativas. Para formular una hipótesis es preciso tener en cuenta un factor esencial, el alcance inicial del estudio. Resulta importante tener presente que, las investigaciones cuantitativas que cuentan con hipótesis son aquellas en las que su planteamiento expone que es de alcance correlacional o explicativo. Sucede lo mismo con las investigaciones que tienen un alcance descriptivo, no obstante, deben tener como objetivo intentar pronosticar un hecho o una cifra.

1.4.2. Variables

Hollon y Beck (como se citó en Barradas, 2014) conciben la depresión como “el síndrome en el que interactúan diversas modalidades: somática, afectiva, conductual y cognitiva. Considerando que las distorsiones cognitivas en el análisis y procesamiento de la información son la causa principal del desorden a partir del cual se desatan los componentes restantes”.

1.5. Matriz de Operacionalización de Variables

Tabla 1.
Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores
D E P R E S I Ó N	Hollon y Beck (1979) definen la depresión como “el síndrome en el que interactúan diversas modalidades: somática, afectiva, conductual y cognitiva. Considerando que las distorsiones cognitivas en el análisis y procesamiento de la información son la causa principal del desorden a partir del cual se desatan los componentes restantes”.	La depresión es un síndrome que no distingue género, edad, religión o estrato social. Se caracteriza por la tristeza profunda, la pérdida de interés o placer y el incremento de cansancio. Los síntomas suelen estar presentes la mayor parte del día y durante al menos dos semanas.	Somática	<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de peso • Insomnio o hipersomnía • Trastornos digestivos • Cansancio • Dolores • Disfunción sexual
			Afectiva	<ul style="list-style-type: none"> • Tristeza • Ansiedad • Soledad • Desesperanza • Apatía
			Conductual	Aislamiento social
			Cognitiva	<ul style="list-style-type: none"> • Problemas para concentrarse o pensar. • Problemas de memoria • Conflictos para tomar decisiones • Ideas suicidas.

Capítulo II

Marco teórico

2.1. Antecedentes del problema

2.1.1. Antecedentes nacionales

Arequipeño y Gaspar (2017), desarrollaron una investigación sobre *“Resiliencia, felicidad y depresión en adolescentes de 3ero a 5to grado del nivel secundario de instituciones educativas estatales del distrito de Ate Vitarte, 2016”*, con el fin de conocer si los niveles de resiliencia y felicidad guardan relación significativa con los niveles de depresión en los adolescentes de la población mencionada. La tesis fue de corte transversal y de diseño no experimental. Se administró la Escala de Resiliencia Wagnild & Young, la Escala de Felicidad de Lima y la Escala de Depresión para Adolescentes de Reynolds a 315 alumnos del 3er al 5to grado de secundaria. Los resultados

obtenidos exponen que existe una conexión inversa e inmensamente significativa entre el grado de felicidad y la depresión, de igual forma, una conexión inversa baja y altamente significativa entre el nivel de resiliencia y la depresión.

Ramón y Montero (2016), realizaron una tesis titulada “*Niveles de depresión en escolares de una Institución Educativa Nacional En Pampas, Tayacaja, Huancavelica, 2016*”. La investigación fue descriptiva, transversal. La muestra estuvo conformada por 93 estudiantes pertenecientes a la Institución Complejo Educativo “Alfonso Ugarte y Vernal”. El instrumento empleado fue el CDS. Lo revelado por los resultados es que, el 35.5% de los estudiantes que fueron parte de la investigación tienen síntomas de depresión, asimismo, el 32.3% presentan depresión moderada, finalmente 32.3% de estudiantes no manifiestan síntomas de depresión. Se concluye señalando que las mujeres presentan mayor tendencia a la depresión que los varones.

Cerna (2015), desarrolló la investigación “*Estudio comparativo de la prevalencia de la depresión en estudiantes de secundaria provenientes de una institución educativa nacional y privada del distrito de Ate*”, tuvo como objetivo realizar una comparación sobre la prevalencia de depresión en estudiantes de una I.E. pública y otra privada. El estudio fue descriptivo, comparativo transversal. Se trabajó con 227 escolares del colegio nacional y 70 del colegio particular. Para la recolección de datos se hizo uso del Inventario de Depresión de Beck. Los resultados señalaron que la prevalencia de depresión grave fue de 9 % y 11% en el colegio nacional y particular, respectivamente. Las mujeres presentaron mayor prevalencia de depresión grave, 83%. De igual forma se halló

depresión grave en adolescentes de instituciones públicas cuyas edades oscilan entre los 15 y 16 años (50,7%) mientras que en adolescentes de instituciones privadas las edades fluctúan entre los 17 y 18 años (47.6%).

Vásquez (2014), desarrolló la tesis *"Prevalencia de Depresión en Adolescentes de la I. E. Experimental Almirante Miguel Grau Chota 2014"*, para determinar y analizar la prevalencia de depresión en los estudiantes de dicha institución. La tesis fue cuantitativa, descriptiva y no experimental. Se trabajó con 183 alumnos de 10 a 19 años, de ambos sexos y del 1er al 5to grado de secundaria. Para la recolección de datos se administró la Escala Autoaplicada de Depresión de Zung. Finalmente, los resultados pusieron en manifiesto que la prevalencia de depresión es de 8,2%; asimismo, se halló que el 91 ,8% de los evaluados no tienen depresión y el 8,2% tienen depresión leve.

Flores, Perales y Gómez (2014), realizaron el estudio titulado *"Depresión e ideación suicida en los adolescentes de una Institución Educativa Pública del distrito de Chongos Bajo - Perú 2014"*, cuyo objetivo fue determinar la relación entre la ideación suicida y la depresión. El diseño de la investigación fue no experimental, transversal, prospectivo y descriptivo correlacional. Se trabajó con 156 alumnos perteneciente a la I.E. mencionada. Los instrumentos aplicados fueron la Escala de valoración de Hamilton y la Escala de Ideación Suicida de Beck. Los resultados exponen que los distintos niveles de depresión e ideación suicida se encuentran vinculados.

2.1.2. Antecedentes internacionales

Jadán (2017), es autora de la tesis titulada *"Depresión en adolescentes de 14 a 16 años del Colegio 27 de febrero de la Ciudad de Loja, periodo 2015-*

2016”. La investigación dio a conocer los factores de riesgo más relevantes que conllevan a la depresión en los adolescentes de 14 a 16 años de la I.E. ya mencionada, para así construir una propuesta de prevención. Este es un estudio descriptivo, transversal con enfoque cuantitativo. Se administró la “Escala Autoaplicada de Depresión de Zung”. Como resultados se obtuvo que: la prevalencia de depresión es de 65.75%, en cuanto al género tenemos una relación de 1.5 más en las mujeres que en los varones, teniendo en cuenta que en la investigación predominó el género masculino.

Apréez et al. (2012), realizaron la investigación denominada “*Depresión en adolescentes de la Institución Educativa Pedro León Torres en Yacuanquer (Nariño, Colombia), 2012*”. El objetivo primordial de la investigación fue determinar la ocurrencia de depresión en estudiantes de 9, 10 y 11 grado de la I. E. La tesis fue de tipo transversal. La muestra se compuso por 252 escolares. Se administró la Escala de Depresión para Adolescentes de Reynolds, EDAR. Como resultados se conoció que, el 21% de los evaluados tiene depresión, de lo cual el 25.7% corresponde al sexo femenino, evidenciando mayor riesgo que el sexo masculino. Los 15.5 años es la edad promedio de los adolescentes con depresión.

Escribá et. al (2005), desarrollaron la investigación denominada “*Prevalencia de depresión en adolescentes*”, Cuyo fin fue saber cuál es la prevalencia de manifestaciones depresivas en adolescentes y cuáles son las variables sociodemográficas vinculadas a ellas. La investigación fue descriptivo transversal. El total de estudiantes con los que se trabajó fue 389 cuyas edades oscilaban entre los 12 y 16 años, éstos respondieron de manera libre y anónima

el cuestionario. Los instrumentos empleados corresponden al Cuestionario de Depresión para Niños y el Cuestionario APGAR familiar. Se excluyeron a 10 estudiantes que no contestaron por completo a los cuestionarios. De los 389 adolescentes evaluados, 39 dan a conocer puntuaciones del CDS en rango depresivo. En el análisis bivariante sólo hallaron discordancias para la presentación de manifestaciones depresivas en relación con la existencia de disfunción familiar. En el análisis de regresión logística el modelo que mejor predice la presencia de un diagnóstico de depresión incluye las variables disfunción familiar.

Pérez y Urquijo (2001), desarrollaron un estudio sobre *“Depresión en adolescentes. Relaciones con el desempeño académico”*. La investigación tuvo como objetivo en primer lugar, estudiar los indicadores de depresión en adolescentes, según el sexo, la edad y el tipo de escuela a la que pertenecen. En segundo lugar, se buscó conocer cuál era el vínculo con el rendimiento académico en las asignaturas de lengua y matemática. Se trabajó con 888 estudiantes del 7º y 9º grado de EGB., pertenecientes a instituciones públicas y privadas. Los instrumentos empleados fueron el Cuestionario de Depresión para niños y pruebas de logro empleadas en operativos provinciales de evaluación de calidad educativa. Los resultados sugirieron frágiles correlaciones negativas entre los indicadores de depresión y el desempeño escolar en las áreas mencionadas. No obstante, un estudio minucioso conforme al sexo, la edad y el tipo de escuela, señalaron que dicha relación depende de esas variables, asimismo que los efectos se contemplan en las adolescentes y en los estudiantes de instituciones públicas.

2.2. Bases Teóricas

En este apartado se presenta el sustento teórico respecto a la variable depresión y la adolescencia. Se define la depresión desde la perspectiva de diversos autores, organizaciones, asociaciones e instituciones gubernamentales, de igual modo se encuentran conceptos complementarios, que brindarán al lector una idea clara sobre la variable en estudio.

2.2.1. Depresión

2.2.1.1. Definición

Los estudios sobre la depresión se dan inicio a partir de la cultura griega clásica, la cual explicaba las enfermedades y los cambios de temperamento o “humor” a partir de la influencia de cuatro líquidos corporales llamados “humores” que son; la sangre, la flema, la bilis negra y la bilis amarilla. De acuerdo con la teoría de los cuatro humores ofrecida por Hipócrates, los comportamientos hiperactivos eran generados por la abundancia de sangre, en tanto que un comportamiento abatido, apático y un sentimiento de tristeza se debían al exceso de bilis negra. La expresión "bilis negra" o melancolía se volvió en un equivalente de tristeza. Sin embargo, la depresión conocida como tal se da desde 1725 por Richard Blackmore.

Resulta bastante complejo definir la depresión, debido a que incluye aspectos genéticos, biológicos y psicosociales. Sin embargo, durante la historia han surgido diversos autores y organizaciones que la definen, los cuales en su mayoría coinciden en que la depresión se caracteriza por el descenso del humor por un tiempo mayor al habitual.

Belloch, Sandin y Ramos (2009), consideran que para diagnosticar a una persona con depresión no basta con que manifieste sentirse triste. Esta distinción es importante, ya que la depresión comprendida como síntoma se presenta en la mayoría de los cuadros psicopatológicos y en otras condiciones médicas, sin que por ello constituya un síndrome depresivo. De modo que, si el estado de ánimo es utilizado como único criterio para determinar la presencia de depresión cometeríamos una gran cantidad de falsos diagnósticos positivos. Por esta razón, es necesario emplear otros criterios de diagnóstico además del estado de ánimo depresivo.

Por su parte, la OMS (2018) menciona que la depresión se caracteriza por ser una enfermedad cuyos síntomas son la tristeza persistente, la pérdida de interés por actividades que resultaban ser placenteras y la incapacidad para realizar las tareas cotidianas, dichos síntomas deben persistir al menos dos semanas. Asimismo, el paciente depresivo suele manifestar varios de los síntomas mencionados a continuación; alteraciones en el apetito, problemas de sueño, pérdida de energía, ansiedad, inquietud, dificultades para concentrarse, pensamientos de autolesión o suicidio, indecisión y sentimientos de culpa, inutilidad o desesperanza.

Al respecto, Borradas (2014) expone que la depresión es un trastorno emocional que suele manifestarse como un estado de infelicidad y cansancio que puede ser temporal o permanente en el cual prevalecen los síntomas afectivos, aunque, los síntomas de tipo cognitivo, volitivo o incluso somático también están presentes en mayor o menor grado.

Asimismo, Vásquez (2014) define a la depresión como uno de los tipos de alteración del ánimo, consistente en su reducción, con un grado variable de pérdida de interés o problemas para sentir placer en las actividades rutinarias y acompañado de distintos síntomas psíquicos y físicos. Una de las enfermedades psiquiátricas con mayor prevalencia es la depresión

Sin embargo, para la presente tesis se coge la definición propuesta por Hollon y Beck (como se citó en Barradas, 2014, p.11), quienes la definen como el síndrome en el que interactúan diversas modalidades: somática, afectiva, conductual y cognitiva. Considerando que las distorsiones cognitivas en el análisis y procesamiento de la información son la causa principal del desorden a partir del cual se desatan los componentes restantes.

2.2.1.2. Modelos teóricos de la depresión

Existen diversas teorías psicológicas que explican los trastornos depresivos, éstos usualmente son conocidos con el nombre de depresión. A continuación, se describen aquellas que resultan más importantes para la presente investigación, las cuales son; las teorías psicodinámicas, las teorías conductuales, teorías cognitivas y la teoría psicobiológica.

2.2.1.2.1. Teorías psicodinámicas de los trastornos depresivos

Karl Abraham fue el primero en realizar una teoría psicodinámica de la depresión. Para desarrollar esta teoría se vio influenciado por la teoría freudiana del desarrollo psicosexual y por su pericia clínica, llegando a la conclusión de que, en primer lugar, existe una gran relación entre depresión y obsesión; segundo, constantemente el inicio de una depresión se encuentra vinculado al sufrimiento de un desengaño amoroso; finalmente, para evitar o vencer la depresión muchas

personas deprimidas ingieren líquidos o alimentos. Para Abraham la depresión consistía en una exacerbación constitucional y heredada del erotismo oral (Belloch et al., 2009).

Freud realizó una diferenciación entre melancolía y duelo, es decir, discriminó las reacciones depresivas normales “melancolía”, de las reacciones depresivas a causa de la falta de un ser amado “duelo”. Según Freud (citado por Cetina, 2012, p.41) el duelo es la reacción frente a la pérdida de una persona amada, o de una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, un ideal, etc.

Asimismo, tanto el duelo como la melancolía se caracterizan por un estado de ánimo profundamente desolador que es acompañado por la pérdida del interés por el mundo exterior y todo aquello que no tenga conexión con el objeto amado ausente. Sin embargo, la melancolía incluye la perturbación del amor propio, en otras palabras, una gran disminución de la autoestima.

Por otra parte, la melancolía en algunas circunstancias surge como respuesta a la pérdida de un ser amado, no obstante, en gran parte de los casos, el detonante lo constituye una decepción amorosa que puede ser mínima y todo lo que respecta a la pérdida del objeto queda sustraído de la conciencia. Es decir, la persona melancólica puede estar consciente de a quien ha perdido, más no lo que con él ha perdido. Freud (1914-1916) refiere que:

La melancolía se singulariza en lo anímico por una desazón profundamente dolida, una cancelación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de toda productividad y una rebaja en el sentimiento de sí que se exterioriza en autorreproches y auto

denigraciones, y se extrema hasta una delirante expectativa de castigo.
(p.242)

En conclusión, los conceptos mencionados permiten diferenciar el duelo de la melancolía. Queda claro que cuando la persona enfrenta un estado de depresión por una carencia evidente se encuentra atravesando un duelo natural, mientras que, en la melancolía los signos de tristeza entre otros se deben a una disminución de amor propio

Cabe señalar que las teorías psicodinámicas actuales refieren la carencia del objeto amado como causa fundamental de la depresión, más no coinciden con la hipótesis de la ira interiorizada. Las pérdidas tempranas han hecho que la autoestima obedezca a la aprobación y el aprecio de los demás. En consecuencia, la persona puede ser incapaz de superar la frustración cuando son abandonados, rechazados o criticados.

2.2.1.2.2. Teorías conductuales de los trastornos depresivos

El modelo conductual de los trastornos depresivos comparte los mismos fundamentos teóricos que las teorías del aprendizaje. Este modelo enfatiza la propuesta inicial de Skinner, quien postula que la característica fundamental de la depresión es la disminución generalizada de la frecuencia de las conductas.

El psicólogo Charles Ferster fue uno de los primeros en investigar la depresión inmersa en un marco clínico – experimental. Este refiere que la característica principal de la depresión radica en la escasa frecuencia de conductas reforzadas positivamente que sirven para dirigir el medio, por otro

lado, se genera una abundancia de conductas de evitación o escape ante estímulos aversivos.

De igual forma, Ferster expone los siguientes cuatro procesos que explican la patología depresiva. El primero consiste en las modificaciones imprevisibles, repentinas y aceleradas en el medio que implican pérdidas de fuentes de refuerzos o estímulos discriminativos notables para la persona. El segundo radica en los programas de refuerzo de gran valor, que exigen considerables modificaciones de conducta para generar efectos en el medio. El tercero se basa en la dificultad de gestar repertorios conductuales a causa de la aparición de espirales patológicas en las que una baja tasa de refuerzos positivos promueve una disminución de conductas, lo que conlleva una mala adaptación al medio, por consecuencia un menor número de refuerzos positivos que al mismo tiempo generaría una nueva reducción conductual. Finalmente, el cuarto se refiere a los repertorios de observación limitados que conducirían al sujeto deprimido a desfigurar la realidad y a conductas que son reforzadas en escasas circunstancias.

Por otra parte, “para Peter Lewinsohn, la depresión es una respuesta a la pérdida o falta de refuerzos positivos contingente a la conducta” (Belloch et al., 2009, p.276). En tal sentido, la falta de refuerzos positivos referentes a la conducta conformará el origen de la depresión que, al mismo tiempo, se deberían a; un ambiente que no brinda el reforzamiento suficiente, la falta de habilidades sociales para conseguir reforzamiento de un ambiente dado y la incapacidad para gozar de los reforzadores disponibles debido a altos niveles de ansiedad social.

Asimismo, Lewinsohn señala la existencia de factores que mantienen la depresión a corto y largo plazo. De acuerdo con ello, a corto plazo, la conducta depresiva se conservaría al generar refuerzo social positivo por parte de las personas de su entorno de manera simpática. En tanto que, a largo plazo, la conducta depresiva llegaría a ser desagradable para esas otras personas, que tendrían como respuesta evitar a la persona deprimida.

Charles Costello a diferencia de sus antecesores manifiesta que la pérdida de interés general por su entorno es el rasgo característico de los depresivos, lo cual se debe a la pérdida general de efectividad de los reforzadores. Los agentes encargados de dicha pérdida son; los cambios endógenos bioquímicos y neurofisiológicos y la pérdida de uno o varios de los estímulos condicionados o estímulos discriminativos de una cadena conductual.

2.2.1.2.3. Teorías cognitivas de los trastornos depresivos

Para Belloch et al. (2009) “las teorías cognitivas de los trastornos depresivos comparten el mismo supuesto básico: ciertos procesos cognitivos juegan un papel fundamental en el inicio, el curso o la remisión de la depresión” (p. 276). En este apartado, se hace referencia a dos clases de teorías cognitivas de la depresión: las teorías del procesamiento de información y las teorías conductuales-cognitivas

Teorías del procesamiento de información

La teoría cognitiva, contempla que la alteración en el procesamiento de la información es la principal alteración en la depresión. La teoría propuesta por Aaron Beck es la más conocida dentro de esta categoría. De acuerdo con él, en

los trastornos depresivos se da una distorsión o sesgo metódico en el procesamiento de la información.

Beck, Rush, Shaw y Gary (1983) refieren que para explicar el sustrato psicológico de la depresión el modelo cognitivo expone tres conceptos específicos; el primero corresponde a la tríada cognitiva, el segundo a los esquemas y el tercero a los errores cognitivos.

- **La tríada cognitiva:**

Beck et al. (1983) manifiestan que “la tríada cognitiva consiste en tres patrones cognitivos principales que inducen al paciente a considerarse a sí mismo, su futuro y sus experiencias de un modo idiosincrático” (p.19). “Esta tríada resulta de una amplificación de los sentimientos de tristeza y abatimiento, bien en su duración, en su frecuencia o en su intensidad, de forma que interfieren extraordinariamente con la capacidad adaptativa del individuo que los sufre” (Belloch et al., 2009, p.277).

El primer elemento de la tríada se focaliza en la mirada negativa del paciente sobre su persona. Es decir, el individuo suele vincular sus vivencias desagradables a sus defectos, los cuales pueden ser de tipo psíquico, moral o físico. A causa de estos defectos cree que es inservible y que no tiene valor alguno. Asimismo, piensa que no tiene lo que se requiere para conseguir la felicidad plena.

El segundo elemento hace referencia a la predisposición del depresivo a interpretar sus experiencias de modo negativo. El paciente considera que el mundo es muy difícil y le presenta inconvenientes muy complicados para

conseguir sus objetivos. Interpreta sus relaciones con el medio derrotistamente, aun cuando se pudieran encontrar interpretaciones positivas (Beck et al., 1983).

La visión negativa sobre el futuro constituye el tercer elemento de la triada. El sujeto deprimido espera frustraciones, penas y carencias inacabables. Sus expectativas de fracaso están presentes en todo momento. Considera que sus dificultades y sufrimientos actuales persistirán indefinidamente empañando sus proyectos a futuro (Beck et al., 1983).

- **Organización estructural del pensamiento depresivo (esquemas):**

Durante la depresión se mantienen activos una serie de esquemas que la respaldan. Dichos esquemas suelen obtenerse durante la infancia, sin embargo, pueden mantenerse ocultos y accionarse cuando la persona se enfrenta a situaciones estresantes parecidas a aquellas en que se establecieron. Beck et al. (1983) mencionan que algunos patrones cognitivos relativamente estables definen los cimientos de la forma en como el individuo interpreta un conjunto de situaciones. La palabra “esquema” designa estos patrones cognitivos estables.

Cuando una persona se enfrenta a una circunstancia. El esquema es la base para transformar los datos en cogniciones (definidas como cualquier idea con un contenido verbal o gráfico). Así, un esquema constituye la base para localizar, diferenciar y codificar el estímulo con que se enfrenta el individuo. Este categoriza y evalúa sus experiencias por medio de una matriz de esquemas. (Beck et al., 1983, p.21)

- **Errores en el procesamiento de la información:**

Para Beck et al. (1983) los errores sistemáticos que ocurren en el pensamiento del paciente deprimido conservan la creencia de la autenticidad de sus conceptos negativos, aun cuando existe evidencia de lo contrario. Los errores sistemáticos son; la interferencia arbitraria, la abstracción selectiva, la generalización excesiva, la maximización y la minimización, la personalización y el pensamiento absolutista, dicotómico.

Las teorías conductuales-cognitivas

A diferencia de las otras teorías, “las teorías conductuales- cognitivas se centran más en la varianza personal de la interacción Persona × Situación e incluyen procesos cognitivos, e incluso estructuras cognitivas, en su conceptualización de la depresión” (Belloch et al., 2009, p.286). Para explicar ello se exponen las siguientes teorías.

- **Teoría del autocontrol de Rehm**

Rehm refiere que la depresión es resultado de la pérdida de una fuente de reforzamiento externa, lo que llevaría a que la persona se vea obligada al modelamiento de su conducta, no obstante, también señala que el depresivo se encuentra desesperanzado acerca de sus metas a largo plazo y considera que es incapaz de manejar su conducta. (Belloch et al., 2009)

La teoría propuesta por Rehm puede ser considerada como un modelo de diátesis – estrés; un déficit en la serie de conductas de autocontrol se relaciona con la pérdida o desaparición de reforzadores externos para provocar un episodio depresivo. Tal déficit se da en combinación de los siguientes factores:

déficit en las conductas de autoobservación, déficit en las conductas de autoevaluación y déficit en las conductas de autorreforzamiento.

- **Teoría de la autofocalización de Lewinsohn**

Lewinsohn en los últimos tiempos realiza grandes cambios respecto a sus planteamientos iniciales referentes a la depresión. En su nueva teoría pretende unir el modelo conductual antes desarrollado con los hallazgos conseguidos desde enfoques cognitivos y con los trabajos desarrollados dentro de la psicología social sobre la autoconciencia. Lewinsohn y su equipo (Citados por Belloch et al., 2009) mencionan que:

Los factores ambientales son los responsables primarios de la depresión, aunque habría factores cognitivos que mediarían los efectos del ambiente. En particular, la principal variable mediadora sería un aumento de la autoconciencia (es decir, un aumento transitorio y situacional en la autofocalización o cantidad de atención que una persona dirige hacia sí mismo en lugar de hacia el ambiente), aumento que sería resultado de los esfuerzos infructuosos del individuo de enfrentarse y resolver los acontecimientos estresantes que le ocurren. (p.287)

Esta teoría consiste en la existencia de una cadena de acontecimientos que llevan al surgimiento de un episodio depresivo, el cual se daría inicio con la aparición de un suceso antecedente, este puede ser cualquiera que aumente la posibilidad de ocurrencia de depresión en un futuro, dichos sucesos son conocidos como “estresores”.

Los sucesos dan inicio al proceso depresógeno siempre en cuando interrumpen valiosos patrones adaptativos de conducta del sujeto y este no tiene la capacidad de construir otros patrones conductuales que sustituyan a los anteriores. Dicha interrupción y la incomodidad emocional que engendra están vinculados con la depresión en la medida en que lleva a un desequilibrio negativo en la calidad de las interacciones del individuo con el ambiente. (Belloch et al., 2009)

La respuesta emocional negativa que acompaña a los sucesos estresores y el choque emocional negativo que deviene del fracaso de la persona en eliminar el efecto del estrés, son factores que originan un estado elevado de autoconciencia. Asimismo, el incremento de autoconciencia y la intensificación de las emociones negativas acaban las autopercepciones que tienen como objetivo proteger y ensalzar su autoestima, y así llevan a varios de los cambios cognitivos, emocionales y conductuales que se encuentran correlacionados con la depresión. (Belloch et al., 2009)

Lewinsohn y Cols (Citados por Belloch et al., 2009) manifiestan la existencia de factores que aumentan el riesgo de un episodio depresivo, estos son; ser mujer, tener entre 20 y 40 años, tener una historia anterior de depresión, contar con pocas habilidades de afrontamiento, ser excesivamente sensible a los sucesos aversivos, económicamente pobre, mostrar alta tendencia a la autoconciencia, tener baja autoestima, tener un bajo umbral para la activación de autoesquemas depresógenos, mostrar dependencia interpersonal y tener niños menores de 7 años.

De igual forma, manifiestan que existen factores protectores contra la depresión, que son, autoperibirse como una persona socialmente competitiva, experimentar una alta frecuencia de sucesos positivos o agradables, y contar con una persona íntima y cercana en la que se pueda confiar, de modo que la persona no cargue con sus problemas sin apoyo emocional.

Por último, en esta teoría el estado de ánimo deprimido toma un papel muy importante, pues se cree que es imprescindible para la producción de las consecuencias negativas vinculadas a la depresión, sin ella nos encontraríamos frente a un síndrome fragmentado que no englobaría las modificaciones en el procesamiento de la información sobre sí mismo ni las modificaciones en la conducta social.

2.2.1.2.4. Teoría psicobiológica de la depresión

Para Belloch et al. (2009), la depresión deriva de la interacción de cuantiosos componentes constitucionales, evolutivos, ambientales e interpersonales, que alteran los patrones de neurotransmisión entre los hemisferios cerebrales y el sistema límbico, dicho de otro modo, transforma de manera reversible los circuitos cerebrales de recompensa y castigo.

Fundamentalmente, consiste en una desregulación de las monoaminas neurotransmisoras noradrenalina y serotonina, asimismo, probablemente de la acetilcolina y de las endorfinas. Todo ello no solo influye en la conducta de la persona, sino también genera variaciones neurovegetativas y endocrinas, esencialmente en la secreción de cortisol, hormona tiroidea y hormona de crecimiento.

Cabe señalar que, el estado depresivo repercute a su vez en las relaciones interpersonales, el entorno y las pautas de gratificación, concibiendo situaciones depresógenas con experiencias de pérdida, desvalimiento, indefensión y estrés, que influyen una vez más negativamente en la actividad de los neurotransmisores, cerrando así un círculo vicioso de retroalimentación positiva, lo cual mantiene el proceso. (Belloch et al., 2009)

2.2.1.3. Síntomas

La depresión tiene como característica la presencia de síntomas afectivos, somáticos, conductuales y cognitivos. Éstos no suelen ser los mismos para todos, ya que la frecuencia, gravedad, y duración pueden variar en cada individuo y para cada edad. Al respecto Vázquez (citado por Belloch et al., 2009, p.240) exponen que tanto los síntomas como la evolución temporal de una persona deprimida pueden ser muy variados. En ciertos casos se trata de formas episódicas, mientras que en otros de un estado de síntomas permanentes. Asimismo, presenta distintos niveles de gravedad, que son leves, moderados o graves.

2.2.1.3.1. Síntomas afectivos

“La vida sentimental en la depresión varía de paciente a paciente. Algunos se encuentran muy cambiados en su vida sentimental, como si estuvieran internamente muertos y vacíos... En otros, la depresión se exterioriza más bien en un abatimiento, desesperanza y desamparo constantes” (Schramm,1998, p.24). Generalmente la vida de la persona deprimida cambia significativamente, esta experimenta sentimientos de culpa, tristeza, ansiedad, soledad, desesperanza y apatía de forma prolongada.

Tristeza

La tristeza es un sentimiento normal, ocurre como reacción a un suceso desfavorable, suele presentar de forma pasajera, no obstante, es preocupante si se prolonga por semanas o meses. San y Arranz (2010) refieren que en esta enfermedad la tristeza es mucho más intensa que la que experimentamos cuando estamos disgustados o frente algún problema. La tristeza es un sentimiento constante de pérdida, vacío y temor.

Ansiedad

Sierra, Ortega y Zubeidat (2003) refieren que la ansiedad es una respuesta adaptativa, todas las personas han experimentado en determinado momento de su vida un grado moderado de ansiedad. Por su parte, Jarne et al. (2006) refieren que “una definición aceptable de ansiedad sería ésta: ‘un estado subjetivo de incomodidad, malestar, tensión, desplacer y alarma que hace que el sujeto se siente molesto’”(p.119).

Al respecto Corsi (2004) menciona que la ansiedad puede definirse como un estado poco agradable, cuyas características son expectativa aprensiva, intranquilidad y aumento de la vigilancia, en la cual se dan reacciones vegetativas tales como; taquicardia, sudoración, insomnio, tensión muscular, entre otros. El estado de ansiedad surge cuando la persona percibe un peligro, por consiguiente, la ansiedad per se no es considerada una enfermedad ni exclusivamente un síntoma de algún padecimiento sino, una respuesta instintiva y vital que brinda al organismo un mecanismo de adecuación para reaccionar a un peligro inminente.

En conclusión, la ansiedad es una respuesta normal y adaptativa, que surge cuando el individuo se siente en peligro. Es preciso señalar que, experimentar cierta cantidad de ansiedad es necesario para manejar adecuadamente las demandas del día a día, no obstante, se considera patológica cuando es exagerada y prolongada para la circunstancia.

Soledad

La sensación de soledad puede surgir en diversas situaciones y en cualquier momento de nuestra vida. Algunas veces podemos sentirnos solos aun cuando tenemos a muchas personas a nuestro lado o podemos estar solos y no sentirnos afligidos. Para Cardona , Villamil , Henao y Quintero (2009) la soledad es un constructo cuya definición es muy complicada. Lo cierto es que todas las personas la han experimentado en determinado momento de su vida. Se considera como un estado psíquico que surge cuando se pierde a un ser amado.

En las personas deprimidas la soledad se transforma en un sentimiento clínico y profundo que causa infelicidad. El paciente se aísla de su entorno y le es difícil crear vínculos, en consecuencia se ve alterada sus rutinas diarias. El aislamiento creado por el propio paciente hace que descuide significativamente a sus seres queridos y a su entorno social, así como que estos se sientan desplazados, olvidados y descuidados.

Apatía

La apatía es uno de los síntomas más frecuentes en la depresión, se caracteriza por la falta de voluntad o interés por las actividades diarias y las de ocio. De acuerdo con Preston (2002) la apatía “es la falta de motivación para

hacer las cosas, el retiro de la vida social, decaimiento en el nivel de actividad, y/o la restricción de las actividades vitales” (p.34).

Asimismo, en el libro *Auxiliar de Enfermería. Administración del Principado de Asturias* (2018) se menciona que “la persona apática también sufrirá una disminución de la productividad en sus actividades diarias, pérdida de iniciativa, de motivación, no tendrá interés en tener nuevas experiencias, aprender nuevas cosas y en relacionarse con otras personas” (p.206).

Desesperanza

La desesperanza hace que la persona tenga una visión negativa de la vida, piensa que todo le irá mal, en otras palabras, ha perdido la esperanza de que llegue algo mejor ella. Para Calvete, Villardón, Estévez y Espina (2008) “la desesperanza es un estilo atribucional que consiste en una tendencia a hacer inferencias negativas sobre las causas, consecuencias e implicaciones para la propia persona que tienen los sucesos vitales negativos” (párr.1).

Sentimiento de culpa

Todos los individuos han experimentado sentimientos de culpa en cierto momento de su vida. La presencia de estos sentimientos es sana, sin embargo, se convierten en un problema cuando invaden constantemente a la persona. Schramm (1998) menciona que el 90 % de los pacientes manifiestan haber tenido sentimientos de culpa, estado de ánimo ansioso y vergüenza. Casi siempre la culpa se experimenta como un sentimiento de derrota orientado hacia el propio individuo.

2.2.1.3.2. Síntomas somáticos

“Los síntomas somáticos son la forma clínica de presentación de la depresión más frecuente en cualquier parte del mundo” (Chinchilla, 2008, p.362). De igual forma, es importante destacar que, “la existencia de síntomas somáticos en la depresión si se correlaciona con una mayor gravedad de la enfermedad y con una mayor resistencia al tratamiento” (Chinchilla, 2008, p.362).

A continuación, se expone cada uno de los síntomas y el efecto en la persona deprimida. Los síntomas somáticos incluyen el aumento o disminución de peso, insomnio o hipersomnia, trastornos digestivos, dolores (cefalea, osteomusculares, precordial, etc.), cansancio y disfunción sexual.

Aumento o disminución de peso

El aumento o pérdida de peso son uno los síntomas más evidentes de la depresión. Basilio, Gargallo y López (1997) mencionan que “la depresión es la enfermedad psiquiátrica que con más frecuencia se acompaña de variaciones en el apetito y por tanto de variaciones en el peso” (p.470). Las personas deprimidas presentan cambios en el peso que no son saludables (en el último mes pierde el 5% o más del peso corporal).

Los cambios en el peso se deben a que la persona come en exceso o pierde el apetito. Por su parte Basilio et al. (1997) mencionan que “la anorexia o la hiperfagia, con pérdida o aumento de peso respectivamente, son típicas de los episodios depresivos, de tal forma que constituyen uno de los criterios diagnósticos de depresión” (p.470).

Ahora bien “Los cambios en el apetito y el peso son reportados con menor frecuencia en adolescentes que en adultos (as) y puede confundirse con los cambios evolutivos alrededor de la pubertad” (Barradas Alarcón, 2014, p. 19-20). Cabe señalar que las adolescentes muy pocas veces aumentan significativamente de peso, ya que mantienen una preocupación constante por su imagen personal.

Insomnio o hipersomnia

Con frecuencia los problemas de sueño indican la presencia de depresión, en especial cuando no son producidas por alguna enfermedad. Las alteraciones del sueño de origen depresivo tienen como características la interrupción del sueño continuo, pesadillas y mala calidad de sueño.

La mayoría de las personas con depresión se quejan del deterioro en la cantidad y calidad del sueño, en otras palabras, presentan insomnio. Schramm (1998) refiere que “el trastorno fisiológico más típico en el 80%-90% de los depresivos es el insomnio. Se exterioriza por dificultades para dormir o incapacidad para dormir de manera continua, sueño no reparador o despertar matutino anticipado” (p.27).

Asimismo, cabe señalar que muy pocas veces las personas depresivas se quejan de hipersomnia, es decir, sueño excesivamente prolongado o aumento del sueño diurno. Sin embargo, “en las depresiones atípicas, el sueño también puede haber aumentado en el sentido de una hipersomnia” (Schramm,1998, p.27).

Trastornos digestivos

Es preciso señalar que existe una conexión de doble vía entre los trastornos digestivos y las enfermedades mentales. El estrés, la ansiedad y la depresión pueden somatizar en enfermedades intestinales, dado que el sistema digestivo es muy sensible a las emociones. Por otro lado, el sistema digestivo puede influenciar en el comportamiento y las emociones de la persona.

Con frecuencia la depresión provoca trastornos digestivos como dolor abdominal, intestino irritable y episodios repetidos de diarrea o estreñimiento. Asimismo, se ha identificado que en muchos casos la aparición de la gastritis se da cuando la persona se encuentra deprimida, ansiosa o estresada.

Dolores

Los dolores son uno de los síntomas a destacar entre todos los síntomas somáticos, debido a su frecuencia y repercusión. La persona deprimida puede experimentar dolores muy reales en múltiples partes de su cuerpo. De acuerdo con Schramm (1998) el depresivo manifiesta quejas sobre diversas molestias corporales. Estas molestias incluyen cefalea, dolores musculares, trastornos digestivos y sensación de tener un nudo en la garganta.

Cansancio

El cansancio se considera como normal cuando surge como resultado de esfuerzo físico o mental y por la falta de descanso, cabe señalar que el cansancio suele desaparecer después de haber descansado el tiempo adecuado y necesario. “El cansancio, la fatigabilidad, el agotamiento y la falta de energía se experimentan asimismo como físicamente extenuantes” (Schramm, 1998, p.28).

El paciente con depresión suele experimentar el cansancio de forma anormal, ya que se siente cansada sin haber trabajado de forma excesiva y por qué no logra descansar aun cuando duerme por tiempo prolongado. Generalmente, la tensión emocional por la que pasa la persona es el principal causante de su cansancio.

Disfunción sexual

Uno de los síntomas clásicos de los trastornos depresivos es la disminución de la actividad sexual. El paciente depresivo puede presentar una disminución en el interés por las relaciones sexuales. Al respecto, Schramm (1998) menciona que por regla general, el apetito sexual disminuye, se produce pérdida de la libido. A esto se suma que muchas veces los varones experimentan impotencia temporal y las mujeres anorgasmia.

2.2.1.3.3. Síntoma conductual

El 97 % de los depresivos manifiestan que experimentan una marcada reducción de la energía o la actividad. En casos de diagnóstico grave, el paciente no consigue levantarse por las mañanas e iniciar sus actividades matutinas. El paciente depresivo presenta enlentecimiento, deja de realizar actividades favoritas, se aísla de su entorno social, el discurso es escaso, llora demasiado, la gesticulación y la postura corporal son rígidas, limitadas y poco fluidas. En algunos casos la persona se ve atormentada por una fuerte agitación psicomotora y le es imposible mantenerse tranquila.

2.2.1.3.4. Síntomas cognitivos

Las personas con depresión presentan un descenso de las funciones cognitivas en áreas como la memoria, la atención y las funciones ejecutivas. Vázquez y Cols. (Citado por Belloch et al., 2009, p.242) menciona que “el rendimiento cognitivo de una persona deprimida está afectado. La memoria, la atención y la capacidad de concentración pueden llegar a resentirse drásticamente incapacitando su desempeño en las tareas cotidianas”.

La valoración que hace una persona deprimida de sí misma, de su entorno y de su futuro suele ser negativa. La autodepreciación, la autoinculpación y la pérdida de autoestima suelen ser, por lo tanto, contenidos clave en las cogniciones en una persona deprimida. Así pues, para los modelos cognitivos de la depresión, estas cogniciones negativas estarían jugando un papel causal, más que sintomatológico, en el desarrollo del trastorno. Dicho de otro modo, las cogniciones vendrían a ser un elemento etiológico más que un síntoma de la depresión. (Belloch et al., 2009)

Dificultad para concentrarse y pensar

“Casi todos los pacientes conciben las dificultades de concentración y de pensamiento que aparecen en el marco de la depresión, como una incapacidad funcional extrema. De manera típica, apenas pueden leer una página entera de un libro” (Schramm,1998, p.26). La dificultad para pensar o concentrarse afectan la rutina diaria de la personan deprimida, actividades sencillas como leer un texto o ver la televisión se vuelven complicadas o incluso imposibles.

Problemas de memoria

La depresión muchas veces genera problemas de memoria, diversos estudios exponen que la depresión influye negativamente a la memoria episódica y al recuerdo de los acontecimientos vividos. Al respecto Schramm (1998) refiere que” los problemas de memoria se acompañan, a menudo, sobre todo en el caso de pacientes depresivos de mayor edad, del temor a volverse dementes (pseudodemencia depresiva)” (p.27).

Dificultad para tomar decisiones

La toma de decisiones es una de las labores más complicadas y estresantes que tiene que realizar la persona. En el caso de los pacientes depresivos la toma de decisiones y dar su opinión aun en situaciones muy simples o cotidianas puede convertirse en algo imposible, ya que son invadidos por una sensación muy grande de miedo a equivocarse y a la crítica de los demás. De acuerdo con Schramm (1998) el paciente depresivo:

Puede tener muy afectada su capacidad de decisión. Por la mañana puede pasar un tiempo exagerado delante de su armario, bloqueado o incapaz de elegir la ropa adecuada. En casos extremos, el afectado es totalmente ambivalente, prácticamente ya no puede decidir nada y, de este modo, es casi un incapaz. (p.27).

Ideas suicidas

Se llama así en sentido general, al conjunto de pensamientos que revelan un deseo, añoranza o intencionalidad de quitarse la vida. Estas ideas suelen surgir en momentos de profundo dolor emocional. La idea suicida según

Cabanyes y Monge (2017) “surge como pensamientos en torno a la propia muerte, que, al menos al principio, nunca es admitida de forma sosegada y serena, pero que se va vislumbrando como solución a un existir insoportable, cobrando progresivamente forma y definición” (“Ideas suicidas y acto suicida, párr.4”).

2.2.1.4. Clasificación y criterios de diagnósticos de los trastornos depresivos

Tanto en la clínica como en investigaciones los criterios de diagnóstico de depresión usados con mayor frecuencia son los de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE) y los de la clasificación de la Asociación Psiquiátrica Norteamericana (DSM). Para la presente investigación se emplea las versiones más actuales de estas, es decir el CIE- 10 y el DSM-V.

2.2.1.4.1. Clasificación y criterios de diagnósticos de la depresión según la CIE-10

De acuerdo con la CIE-10 la depresión es clasificada dentro de los trastornos del humor (afectivos) (F30- F39). En el siguiente apartado se dará una descripción detallada de la categoría F32 que incluye episodios depresivos y de la categoría F33 que corresponde a trastorno depresivo recurrente.

Episodios depresivos F32

Para diagnóstico un episodio depresivo en cualquiera de los niveles de gravedad se debe tener en cuenta que la duración tiene que ser de por lo menos dos semanas, no obstante, periodos cortos deben ser tomados en cuenta en caso de que los síntomas sean muy graves o de inicio abrupto

En los episodios típicos el paciente padece un decaimiento del ánimo, disminución de la energía y reducción de su actividad. Experimenta un deterioro en la capacidad de disfrute, el interés y la concentración. Generalmente se siente cansado aun después del más mínimo esfuerzo. Casi siempre el sueño se ve perturbado y reduce el apetito. Además, se da un decaimiento de la autoestima y de la confianza en sí mismo, y a menudo surgen ideas de culpa o de inutilidad. (Organización Panamericana de la Salud. (OPS), 1992).

El decaimiento del ánimo cambia poco de un día al siguiente, es discordante con las situaciones y puede acompañarse de síntomas somáticos, tales como el marcado retraso psicomotor, la agitación y la pérdida del apetito, de peso y del apetito sexual. Los niveles de gravedad del episodio depresivo son leve, moderado o grave. La cantidad y la gravedad de los síntomas van a determinar el nivel. (OPS, 1992).

- **Episodio depresivo leve (F32.0)**

El episodio depresivo leve se caracteriza por la presencia de 2 o 3 de los síntomas ya mencionados. Generalmente, el paciente se siente tenso, no obstante, se encuentra en la capacidad para continuar con gran parte de sus actividades diarias. Dicho de otro modo, un paciente con episodio depresivo leve está afectado por ciertos síntomas depresivos, sin embargo, es probable que su vida no se vea significativamente alterada o dañada.

- **Episodio depresivo moderado (F32.1)**

En este episodio generalmente se presentan 4 o más de los síntomas antes señalados, es probable que el paciente tenga muchas dificultades para seguir llevando a cabo sus labores ordinarias. En la misma línea, Escalante y Uribe

(2007) postulan que “un enfermo con un episodio depresivo moderado suele tener grandes dificultades para poder continuar desarrollando su actividad social, laboral o doméstica” (p.5).

- **Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos (F32.2)**

En este caso el paciente experimenta los síntomas de forma marcada y angustiante, en especial la pérdida de la autoestima y las ideas de culpa e inutilidad. Es importante señalar que las ideas suicidas y el acto como tal son muy frecuentes. Por lo general se presenta una cantidad de síntomas “somaticos” (OPS, 1992). Asimismo, de acuerdo con Escalante y Uribe (2007) “durante un episodio depresivo grave no es probable que el enfermo sea capaz de continuar con su actividad laboral, social o doméstica más allá de un grado muy limitado” (p.25).

- **Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos (F32.3)**

Las características de este episodio depresivo son semejantes al del F32.2, sin embargo, a esto se suma la aparición de delirios, alucinaciones y retraso psicomotor, o de estupor tan grave que hace imposible las actividades sociales comunes, puede provocar riesgos para la vida del paciente, a causa de suicidio, deshidratación o inanición. Los delirios y las alucinaciones pueden no ser congruentes con el ánimo. (OPS, 1992).

- **Otros episodios depresivos (F32.8)**

Para un mejor entendimiento de este apartado se cita a Escalante y Uribe (2007), quienes refieren que esta categoría incluye:

Episodios que no reúnan las características de los episodios depresivos señalados en F32.0-F32.3, pero que por la impresión diagnóstica de conjunto indican que son de naturaleza depresiva. Por ejemplo, mezclas fluctuantes de síntomas depresivos con otro; síntomas como tensión, preocupación, malestar o mezclas de síntomas depresivos somáticos con dolor persistente o cansancio no debido a causas orgánicas. (p.26)

- **Episodio depresivo sin especificación (F32.9)**

Este episodio alberga depresión sin especificación y trastorno depresivo sin especificación.

Trastorno depresivo recurrente F33

Se caracteriza por la presencia de episodios repetidos de depresión, como los explicados para el episodio depresivo F32, sin ninguna historia de otros episodios diferentes en los que hubiera habido acrecentamiento del ánimo e incremento de la energía. No obstante, pueden existir episodios breves de ligero aumento del ánimo y de hiperactividad, inmediatamente después de un episodio depresivos, los cuales a veces son provocados por el tratamiento antidepresivo.

Las formas más graves del trastorno depresivo recurrente (F33.2 Y F33.3) tienen bastante en común con conceptos más primarios, como los de depresión maníaco – depresiva, depresión vital, melancolía y depresión endógena. El primer episodio puede suceder entre la niñez y la senectud. El inicio puede ser tanto agudo como insidioso, y la duración del cuadro varía desde unas pocas semanas a varios meses.

El riesgo de que una persona con trastorno depresivo recurrente padesca un episodio de manía no desaparece nunca del todo, por muchos que hayan sido los episodios depresivos que haya experimentado. Si llega a suceder esto el diagnostico debe ser modificado a trastorno afectivo bipolar F31. (OPS, 1992)

Tabla 2.
Clasificación de los trastornos depresivos en la CIE -10

Episodios depresivos F32	F32.0	Episodio depresivo leve. .00 Sin síndrome somático. .01 Con síndrome somático.
	F32.1	Episodio depresivo moderado. .10 Sin síndrome somático. .11 Con síndrome somático.
	F32.2	Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos.
	F32.3	Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos .30 Con síntomas psicóticos congruentes con el estado del ánimo .31 Con síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo
	F32.8	Otros episodios depresivos
	F32.9	Episodio depresivo sin especificación
Trastorno depresivo recurrente F33	F33.0	Trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve. 00 Sin síndrome somático 01 Con síndrome somático
	F33.1	Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado. 10 Sin síndrome somático 11 Con síndrome somático
	F33.2	Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave sin síntomas psicóticos
	F33.3	Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave con síntomas psicóticos *.30 Con síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo *.31 Con síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo
	F33.4	Trastorno depresivo recurrente actualmente en remisión
	F33.8	Otros trastornos depresivos recurrentes
F33.9	Trastorno depresivo recurrente sin especificación	

Nota: Los datos de esta tabla han sido tomados del “Libro de casos de la CIE-10: las diversas caras de los trastornos mentales”, escrito por T. B. Üstün. 2009, España.

2.2.1.4.2. Clasificación y Criterios de diagnósticos según la Asociación Psiquiátrica Norteamericana (DSM-IV-TR)

El DSM-5 no incluye modificaciones significativas referentes a los criterios de diagnóstico del DSMIV-TR. Para el diagnóstico de trastorno de depresión mayor el paciente debe presentar durante dos semanas 5 o más de los

síntomas. Asimismo, cabe señalar que el cuadro depresivo mayor puede dividirse en leve, moderado o grave y con códigos específicos para la remisión parcial, total o no especificada.

Los síntomas son los siguientes; el paciente adulto presenta un estado de ánimo deprimido la mayor parte del día y casi todos los días, no obstante, en caso de niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable. Otros de los síntomas son la disminución del interés o el placer por casi todas o todas las actividades, pérdida o aumento del apetito, alteraciones en peso, insomnio o hipersomnias, agitación o retraso psicomotor, fatiga o pérdida de energía, inapropiado sentimiento de inutilidad o culpabilidad, problemas para concentrarse, pensar o tomar decisiones, ideas recurrentes de muerte e intentos de suicidio.

Cabe señalar que los síntomas mencionados no cumplen los criterios para un episodio mixto, sin embargo, generan malestar clínicamente significativo o deterioro social. Los síntomas no surgen debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o una enfermedad médica y no se explican mejor por la presencia de un duelo.

Tabla 3.
Trastornos depresivos según el DSM-V

296.99 (F34.8).	Trastorno de desregulación perturbador del estado de ánimo (103)
. (.).	Trastorno de depresión mayor (104)
. (.).	Episodio único
296.21 (F32.0).	Leve
296.22 (F32.1).	Moderado
296.23 (F32.2).	Grave
296.24 (F32.3).	Con características psicóticas
296.25 (F32.4).	En remisión parcial
296.26 (F32.5).	En remisión total
296.20 (F32.9).	No especificado
. (.).	Episodio recurrente
296.31 (F33.0).	Leve
296.32 (F33.1).	Moderado
296.33 (F33.2).	Grave
296.34 (F33.3).	Con características psicóticas
296.35 (F33.41).	En remisión parcial
296.36 (F33.42).	En remisión total
296.30 (F33.9).	No especificado
300.4 (F34.1).	Trastorno depresivo persistente (distimia) (108)
	Especificar si: En remisión parcial, En remisión total
	Especificar si: Inicio temprano, Inicio tardío
	Especificar si: Con síndrome distímico puro; Con episodio de depresión mayor persistente; Con episodios intermitentes de depresión mayor, con episodio actual; Con episodios intermitentes de depresión mayor, si episodio actual.
	Especificar la gravedad actual: Leve, Moderado, Grave
625.4 (N94.3).	Trastorno disfórico premenstrual (110)
. (.).	Trastorno depresivo inducido por sustancias /medicamentos (112)
	Especificar si: Con inicio durante la intoxicación, con inicio durante la abstinencia
293.83 (.)	Trastorno depresivo debido a otra afección médica (116)
	Especificar si:
(F06.31).	Con características depresivas
(F06.32).	Con episodio de tipo depresión mayor
(F06.34).	Con características mixtas
311 (F32.8).	Otro trastorno depresivo especificado (117)
311 (F32.8).	Trastorno depresivo no especificado (118)

Nota: Los datos de esta tabla han sido tomados de la “Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5”, escrito por Asociación Americana de Psiquiatría. 2013, Arlington.

2.2.1.5. Depresión en la adolescencia

Si bien la depresión puede tener lugar en cualquier momento de la vida, lo cierto es que está cobrando nuevas víctimas en una población en la cual muchas veces los síntomas pueden ser confundidos con conductas propias de esta etapa. Cabe señalar que la tercera causa de discapacidad y morbilidad en los adolescentes es la depresión, a pesar de ello son pocos los que reciben atención oportunamente.

Esta etapa del desarrollo suele ser muy complicada para todas las personas. Se caracteriza por la presencia de cambios no solo físicos, sino también psicológicos y sociales. El adolescente establece su emancipación emocional y psicológica, conoce todo lo que involucra su sexualidad y se considera parte de su sociedad. Durante la adolescencia la persona se ve expuesta a diversos riesgos, problemas y conflictos que gradualmente permitirán al adolescente captar la realidad. Los problemas más comunes durante esta etapa son los trastornos afectivos con sus distintas variantes clínicas, cabe mencionar que la depresión destaca de entre estos trastornos.

La depresión complica la capacidad del adolescente para seguir con su rutina diaria y grieta los cimientos de su vínculo familiar y social. Vásquez (2014) menciona que la depresión en adolescentes tiene como característica la presencia de sentimientos de tristeza y desánimo, asimismo, frecuentemente la autoestima se ve afectada y se da una ausencia de interés por las actividades rutinarias, las cuales incluyen las actividades escolares.

Los síntomas de la depresión entre los adolescentes y los adultos pueden expresarse de forma distinta, siendo así que manifiestan negatividad, irritabilidad, agresividad, cambio en el apetito, trastornos del sueño, carencia de energía, falta de higiene, aislamiento, dificultad para pensar, se exponen al abuso de alcohol y sustancias, en ocasiones, pueden tener pensamientos suicidas o de autoagresión; tales como cortes superficiales en extremidades y abdomen.

Brent y Birmaher (citados en Papalia, Wendkos y Duskin, 2009, p.481) refieren que el adolescente deprimido no necesariamente está triste, muchas veces puede estar irritable, aburrido o puede costarle experimentar placer. El

riesgo de suicidio es la razón por la que la depresión en adolescentes debe ser tomada muy en serio

De acuerdo con Ugarriza y Escurra (2002):

Es importante no visualizar la sintomatología de la depresión como un aspecto normal del desarrollo adolescente, los síntomas depresivos no son equivalentes a los conceptos difusos de las alteraciones adolescentes. La depresión en los adolescentes constituye un desorden psicológico que si no es tratado puede persistir por meses o años, y en su forma más severa puede tener consecuencias amenazadoras para la vida. (p. 85)

2.2.1.6. Depresión según género

La depresión es una enfermedad que suele afectar tanto a varones como a mujeres de todas las edades y grupos sociales en todo el mundo. De acuerdo con los estudios y la bibliografía consultada, las mujeres están más propensa a experimentar depresión en comparación con los varones. Para Gomez, Hernandez, Rojas, Santacruz y Uribe (2008) “en los trastornos depresivos, la proporción entre mujeres y hombres es de 1:1 hasta la pubertad; a partir de la adolescencia, se hace más frecuente en mujeres que en hombres” (p. 266).

Cabe señalar que, la forma de vivir y manifestar la depresión es distinta para varones como para mujeres. Las mujeres deprimidas suelen expresar sus emociones con mucha naturalidad, mientras que a los varones les cuesta manifestar sus sentimientos y solo atinan a expresar los síntomas físicos de la depresión. A continuación, se expone la forma en como la persona experimenta la depresión de acuerdo con su género.

Las chicas y los chicos no exteriorizan su depresión del mismo modo. Las chicas manifiestan su malestar por medio de preocupaciones sobre la imagen corporal o el peso, o a través de molestias diversas que, aunque de momento no resultan inquietantes, precisan un control detallado en cuanto a su intensidad y persistencia, sobre todo cuando constituyen una exigencia de atención implícita. (Marcelli y Braconnier, 2005, p.259)

Los chicos muestran su depresión de una forma más comportamental y agresiva, descargando de este modo su tensión y el malestar que siente en relación con la imagen negativa que tienen de sí mismo pero que queda enmascarada por una insolencia aparente o una reacción violenta que no son más que la expresión manifiesta en la adolescencia de base. (Marcelli y Braconnier, 2005, p.259)

Los varones tienen mayor dificultad para manifestar sus sentimientos, ya que lo vinculan con debilidad emocional o falta de masculinidad. Generalmente son vistos como el sexo fuerte, se les enseña que llorar es signo de debilidad y que sentirse afligidos es un tema únicamente de mujeres, en consecuencia, cuando se ven expuestos a problemas como la depresión es difícil diagnosticarlos precozmente.

Los varones viven y manifiestan la depresión de forma distinta a las mujeres, pueden parecer enojados o agresivos en lugar de tristes. Usualmente se quejan de síntomas físicos como fatiga, problemas de sueño y dolor de espalda o cabeza, no suelen expresar síntomas como sentimientos de tristeza, falta de autoestima, culpabilidad excesiva y muy pocas veces se les ve llorar. Dicho de otro modo, la depresión en los varones puede estar enmascarada.

En muchos casos, los varones enfrentan la depresión sumergiéndose de manera compulsiva al trabajo, deporte, estudios u otras actividades, con el objetivo de ocultar la depresión de su familia, de sus amigos y de sus compañeros de trabajo. Los varones deprimidos tienen más probabilidad de abusar del alcohol y sustancias ilegales.

Las mujeres tienen mayor facilidad para expresar sus emociones, suelen manifestar abiertamente cuando se sienten tristes, alegres, enojadas, decepcionadas, sorprendidas, etc. A diferencia de los varones, ellas manifiestan los síntomas depresivos de forma dramática. Asimismo, según Borradas (2014) “en las mujeres, la depresión puede interrumpir o prolongar el ciclo menstrual, con posible omisión de uno o diferentes periodos” (p. 18).

Existen muchos factores que pueden hacer que las mujeres estén más predispuestas a tener depresión, estos pueden ser, los cambios hormonales (como en la pubertad, el postparto o la menopausia), el factor sociocultural, antecedentes familiares con depresión y la genética.

Cabe mencionar que muchas mujeres deprimidas pueden gestar un trastorno alimenticio coexistente, como la anorexia o bulimia, asimismo pueden presentar ataques de pánico, ansiedad y conductas obsesivas compulsivas. Todo esto se puede presentar con mayor frecuencia en adolescentes mujeres, ya que se encuentran en una edad bastante complicada y llena de cambios.

2.2.1.7. *Medición de la depresión*

El diagnóstico de la depresión u otro desorden psicológico se realiza en base a los síntomas que manifiesta la persona afectada, estos síntomas pueden

ser evaluados por un psicólogo por medio de la entrevista, pero con frecuencia, en la práctica clínica y especialmente en investigaciones, los problemas psicológicos suelen ser evaluados a través de escalas o cuestionarios, que evalúan con gran exactitud la presencia o ausencia de síntomas que se consideran indicativos del problema psicológico en cuestión.

Generalmente en las investigaciones se hace uso instrumentos como; el Inventario de depresión de Beck BDI-II, la Escala de depresión de Hamilton (HDRS), la Escala de Automedición de la Depresión (EAMD), la Escala de autoevaluación para la depresión de Zung, y el Inventario de depresión infantil (CDI), como forma primaria de evaluación de la depresión.

2.2.1.7.1. Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)

El BDI-II fue elaborado por Aaron T. Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown, el test original fue publicado en 1996, la última revisión y publicación en su adaptación española fue en el 2011. El área de aplicación es la psicología clínica, forense y neuropsicológica. Valora aspectos cognitivos, conductuales, emocionales y somáticos. Este instrumento es el más empleado para medir la depresión en adolescentes

Está constituido por 21 ítems de tipo Likert, los cuales son indicativos de síntomas tales como sentimientos de fracaso, de culpa, tristeza, pérdida de placer, llanto, deseos de muerte, pesimismo, etc. Dichos síntomas concuerdan con los criterios de diagnóstico de los trastornos depresivos según el CIE-10 y el DSM-IV. Se administra individual o colectivamente a adultos y adolescentes (desde los 13 años) con un diagnóstico depresivo en un tiempo de 5 a 10 minutos. El puntaje total se obtiene de la suma de las respuestas a los 21 ítems.

2.2.1.7.2. Hamilton Depression Rating Scale (HRSD).

La escala fue creada por M. Hamilton en 1960. Fue elaborada con el objetivo de ofrecer una medida de la gravedad o intensidad de la depresión. La primera versión surgió en 1960 y contaba con 24 ítems, fue modificada en 1967 y reducida a 21 ítems (Borradas, 2014). En la práctica se hace uso de la versión corta de diecisiete ítems, ya que para medir la gravedad o intensidad de la depresión los últimos cuatro ítems no son significativos.

Esta es una escala heteroaplicada, su administración se lleva a cabo entre 15 a 20 minutos. Cabe señalar que, “no es una escala diagnóstica, por lo que su uso debe ser posterior al reconocimiento de la depresión. Ofrece una medida cuantitativa de la intensidad del trastorno y también puede ser utilizada para evaluar la efectividad del tratamiento” (Chinchilla, 2008, p.367). En muchos casos es utilizada en pacientes alcohólicos y en población geriátrica.

En algunos casos los ítems se valoran de 0 a 2 puntos y en otros de 0 a 4, la puntuación elegida tiene que ser la que más se ajuste a los síntomas manifestados por el paciente. El puntaje total se obtiene de la suma de las puntuaciones por ítems. El rango de puntuación para la versión de 21 y 17 ítems es de 0 a 52. Para el diagnóstico de depresión grave se requiere de un puntaje igual o superior a 25, en casos de depresión moderada puntajes entre 7 y 17, en tanto que valores inferiores corresponden a la ausencia de depresión (Chinchilla, 2008).

2.2.1.7.3. Escala de Automedición de la Depresión (EAMD)

La Escala Autoaplicada de Depresión (EAMD), fue elaborada por Dr. W. Zung en 1965. Puede ser administrada individual o colectivamente, en un

lapso de 5 minutos de trabajo efectivo. El objetivo de esta escala es medir cuantitativamente la depresión. Cuenta con 20 frases, la mitad están formuladas en términos positivos y otra mitad en términos negativos. La persona responde a las frases en base a la frecuencia de los síntomas, haciendo uso de una escala de Likert de cuatro puntos; “Nunca o casi nunca”, “a veces”, “con bastante frecuencia” y “Siempre o casi siempre”.

Es importante señalar que esta escala permite mediar cuantitativamente la intensidad de la depresión, sin tener en cuenta el diagnóstico. Dicho de otro modo, puntajes altos, no diagnostican en sí, sino que refieren la existencia de síntomas que pueden poseer sentido clínico.

2.2.1.7.4. Inventario de depresión infantil (CDI)

El CDI fue elaborado por Maria Kovacs, a partir del Inventario de Depresión BDI. Suele ser aplicado en el ámbito educativo y clínico. Este instrumento es uno de los más utilizados para valorar la depresión en niños y adolescentes. Una de sus fortalezas es el lenguaje fácil de leer y comprender, dado que está conducido a un nivel escolar básico.

Puede ser aplicado individual o colectivamente en un tiempo variable de 10 a 25 minutos, a personas de 7 a 15 años. Está constituido por 27 ítems, en estos se expresan 3 frases que manifiestan en distinta intensidad o frecuencia la ocurrencia de síntomas depresivos en niños y adolescentes (Borradas, 2014). Las preguntas de este cuestionario cubren los criterios de diagnóstico de la depresión infantil.

Evalúa 2 escalas: Disforia y Autoestima negativa. Los ítems son valorados con una escala de 0 a 2 puntos; siendo de intensidad o frecuencia baja 0, de intensidad o frecuencia media 1 y de intensidad o frecuencia alta 2, la frase más negativa tiene mayor puntaje. La puntuación total es obtenida de la suma de la puntuación total de las 2 escalas mencionadas. Dicho de otro modo, el CDI proporciona una puntuación total de depresión y puntuación por escala.

2.2.2. La adolescencia

Durante la adolescencia surgen múltiples modificaciones a nivel biológico, cognitivo, psicológico y social. La magnitud de dichas modificaciones resulta ser más grande en comparación con los que se dan en otros periodos de vida. Para Parolari (2005) el termino adolescencia proviene de adolescere, cuyo significado es crecer. Así pues, la adolescencia es una etapa de crecimiento físico, de la personalidad, intelectual, y de todo el ser.

Esta etapa es muy importante, ya que en ella ocurren cambios que repercuten en todos los aspectos fundamentales de un individuo. Ciertos autores la consideran como un segundo nacimiento dado que los cambios son muy significativos. De hecho, a lo largo de los años, se modifica la estructura personal, el pensamiento, la identidad y las relaciones con la familia y la sociedad. (Moreno, 2015)

El inicio de la adolescencia se caracteriza por los significativos cambios físicos. Es importante señalar que dichos cambios constituyen lo que se denomina pubertad, algunos de estos son; la forma y el tamaño del cuerpo, el desarrollo de los órganos reproductivos, etc. Independientemente de la edad en

que comienzan o terminan los cambios, el proceso de crecimiento físico propio de esta etapa, presenta el mismo perfil en las distintas personas. (García, 2002)

Si bien, resulta muy complicado delimitar con precisión el rango de edades que comprende la adolescencia, a lo largo de la historia han surgido distintos autores, entidades y organizaciones que la delimitan. Según Moreno (2015) “este período de transición entre la infancia y la edad adulta transcurre entre los 11-12 años y los 18-20 años aproximadamente”.

Por su parte, Serrano (citado por Vásquez, 2014, p.21) expone que la adolescencia está comprendida entre 10 a 19 años, esta etapa es más que el paso de la niñez a la adultez, sino que involucra diversos cambios psicológicas, biológicas y sociales. Al respecto, Papalia et al. (2009) refieren que la adolescencia aproximadamente inicia a los 11 años y finaliza a los 19 o 20 años.

Para la OMS la adolescencia se da pasando la niñez y antes de la adultez, exactamente desde los 10 años hasta los 19. La adolescencia es una de las etapas de transición con mayor importancia en la vida de toda persona, cuya característica principal es el ritmo acelerado de crecimiento y de cambios. Esta etapa viene condicionada por diversos procesos biológicos. La pubertad inicia la adolescencia.

Durante la adolescencia, la persona establece independencia psicológica y emocional, aprende a entender y vivir su sexualidad y a considerarse parte de la sociedad. La adolescencia algunas veces puede resultar ser perturbadora, la persona puede pasar rápidamente de la desilusión y decepción a la euforia y optimismo. (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), 2002)

2.2.2.1. Diferencia entre adolescencia y pubertad

A menudo la adolescencia es confundida con la pubertad o juventud. Sin embargo, es preciso entender que la adolescencia es la etapa del desarrollo humano que inicia con la pubertad y en la que se dan no solo cambios físicos, sino también psicológicos y sociales. Al respecto, Parolari (2005) señala que la adolescencia está marcada, sobre todo, por factores biológicos, psíquicos, y sociales. Mientras que, Fize (2001) pide que no limitemos la adolescencia a un asunto netamente de cuerpo y espíritu, ya que involucra también un conjunto de prácticas culturales y de conductas sociales.

Por otro lado, en la pubertad se dan los cambios físicos cuyo producto final es, la maduración de los órganos sexuales. Fize (2001) expone que la adolescencia no es la pubertad, o más bien es sólo uno de sus componentes. Digamos, para simplificar, que la pubertad es la parte biológica de la adolescencia. Asimismo, Parolari (2005) menciona que “la pubertad es la fase del desarrollo del organismo humano en la que el crecimiento físico alcanza su completa madurez” (p.13).

En conclusión, podemos destacar que existe una clara diferencia entre la adolescencia y la pubertad. Mientras que la pubertad se trata de un proceso meramente biológico, la adolescencia se ve marcada por cambios globales en la persona. De acuerdo con Redondo, Galdó y García (2008) “La adolescencia se refiere al proceso de adaptación psicosocial que el individuo debe realizar como consecuencia de los cambios puberales” (p.4).

2.3. Definición de términos básicos

Adolescencia: Para la OMS la adolescencia se da pasando la niñez y antes de la adultez, exactamente desde los 10 años hasta los 19. La adolescencia es una de las etapas de transición con mayor importancia en la vida de toda persona, cuya característica principal es el ritmo acelerado de crecimiento y de cambios. Esta etapa viene condicionada por diversos procesos biológicos. La pubertad inicia la adolescencia.

Ansiedad: La ansiedad es un estado no grato, cuyas características son expectación aprensiva, intranquilidad y aumento de la vigilancia, en la cual se dan reacciones vegetativas tales como; taquicardia, sudoración, insomnio, tensión muscular, entre otros. Ésta es una respuesta normal y adaptativa, que surge cuando el individuo se siente en peligro, proporciona al organismo un mecanismo de adaptación para afrontar el peligro. (Corsi, 2004).

Apatía: Refiere que la apatía es la carencia de motivación para realizar las actividades, el retiro de la vida social, decaimiento en el nivel de actividad, y/o la reducción de las actividades vitales. Preston (2002)

Depresión: Definen la depresión como el síndrome en el que interactúan diversas modalidades: somática, afectiva, conductual y cognitiva. Considerando que las distorsiones cognitivas en el análisis y procesamiento de la información son la causa principal del desorden a partir del cual se desatan los componentes restantes. Hollon y Beck (como se citó en Barradas, 2014, p.11),

Distimia: La distimia consiste en la presencia de síntomas depresivos durante gran parte del día, casi todos los días y por al menos dos años en una persona adulta. En el caso de un adolescente, este criterio se acorta a un año de duración. Los síntomas

depresivos no dejan de estar presentes por un periodo mayor de dos meses para cumplir con el diagnostico de distimia. (Gómez et al., 2008)

Emociones: Goleman (1996) empleó el término emoción para referirse a un sentimiento y sus pensamientos característicos, a las condiciones psicológicas u biológicas que lo caracterizan, así como a una serie de inclinaciones a la actuación.

Felicidad: Seligman (citado por Arequipeño y Gaspar, 2014, p.30) sustenta que, para la psicología positivista la felicidad es vista como el bienestar que provoca satisfacción con la vida, definiéndola como un estado de plena satisfacción que el individuo lo vive de manera subjetiva.

Hipersomnia: La hipersomnia o somnolencia se puede conceptualizar como la sensación subjetiva de sueño a una hora poco habitual. Es preciso tener en cuenta que en algunas circunstancias la hipersomnia no viene referida por el paciente como tal, sino que manifiesta quejas sobre el fuerte cansancio que siente. (Erro y Zandio, 2007).

Insomnio: El insomnio es un estado en el que el individuo ve afectada la calidad y la eficacia de su sueño. Dicho de otro modo, presenta dificultad para iniciar o mantener el sueño, asimismo, que su sueño no resulta ser reparador y placentero, en consecuencia, el individuo no consigue levantarse con la actitud adecuada para enfrentar el día que le espera en forma idónea. (Tensoni, 2000).

Pubertad: La palabra pubertad hace referencia a los cambios que convierten al niño en un individuo sexualmente maduro y con capacidad reproductora: Este es un proceso básicamente biológico desencadenado hormonalmente (Redondo et al. 2008)

Somatización: La somatización consiste en la manifestación de los problemas psicológicos y emocionales en forma de síntomas físicos, es decir, dichos problemas

pueden expresarse en forma de dolores musculares, óseos o gástricos. (Chinchilla, 2008).

Suicidio: El suicidio consiste en causarse la muerte de forma voluntaria y deliberada, el individuo se ve invadido por un deseo constante de dejar de vivir. En el suicidio intervienen sucesivamente el deseo suicida, la idea y el acto suicidas como tal. (Nizama, 2011).

Capítulo III

Metodología

3.1. Método, tipo y alcance de la investigación

El método general que orientó la tesis corresponde al método científico. El cual se refiere a la forma sistemática en cómo se aplica el pensamiento al investigar. Es importante señalar que la investigación es un proceso que, por medio de la aplicación del método científico, busca adquirir información importante y fehaciente para comprender, cotejar, modificar o aplicar el conocimiento.

3.1.1. Métodos de investigación

El enfoque de investigación empleado fue cuantitativo – descriptivo. Al ser una investigación de enfoque cuantitativo se siguió una secuencia rigurosa y se buscó ser objetivo. Es importante tener en consideración que este enfoque “Usa la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición

numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías” (Hernández et al., 2010, p.4). Asimismo, se empleó el método descriptivo debido a que no se buscó la relación entre la variable depresión y adolescencia, sino únicamente se buscó recoger información sobre la prevalencia de depresión y describirla.

3.1.2. Tipos de investigación

Según la finalidad que persigue, el tipo de investigación fue pura, ya que se procuró expandir las bases teóricas sobre la depresión en adolescentes por medio de la recolección de datos. Asimismo, según el alcance temporal, la investigación fue de tipo transversal, puesto que se estudió la variable depresión en un momento dado. Finalmente, según la amplitud, la investigación fue microsociológico, debido a que se limitó a estudiar la variable depresión en un grupo mediano de adolescentes.

3.1.3. Alcance de investigación

La investigación fue de alcance descriptivo, dado que únicamente se buscó recoger información sobre la prevalencia de depresión en estudiantes de 13 a 15 años de la I.E. “Alipio Ponce Vásquez”, más no indicar su relación con el contexto u otras variables. Cabe mencionar que “las investigaciones descriptivas tienen como objetivo precisar propiedades, rasgos y características relevantes de cualquier fenómeno que se estudie. Detalla tendencias de una población o grupo” (Hernández et al., 2010).

3.2. Diseño de la investigación

El diseño de la investigación fue no experimental, transversal descriptivo simple; puesto que se observó el fenómeno tal y como se da en su contexto natural y sin manipular la variable. De corte transversal ya que se recolectaron los datos en un tiempo único, se describió la variable y analizó su incidencia en un momento dado. Mertens (como se citó en Hernández et al., 2010) señala que en caso de variables que no deben o pueden ser manipuladas es apropiada la investigación no experimental.

3.3. Población y muestra

3.3.1. Población

La investigación tiene como población a los estudiantes de la I.E. “Alipio Ponce Vásquez”, la cual se localiza en el centro poblado de Casacancha, distrito de San Lorenzo, provincia de Jauja, departamento Junín. Pertenece al Consorcio de Colegios Policiales del Perú, siendo la segunda Institución Educativa Policial en la región Junín.

Viene funcionando en el turno mañana, cuenta con infraestructura propia, acorde con las exigencias que sus características lo demandan. De igual modo cuenta con tres secciones por grado en 1er y 2do año y dos secciones por grado en 3er, 4to y 5to año. La población escolar en el 2018 es de 350 estudiantes de ambos sexos, los cuales provienen de distintas partes del país.

3.3.2. Muestra

El tipo de muestreo utilizado fue no probabilístico, ya que la selección de los estudiantes no dependió de la probabilidad, sino de causas vinculadas con las particularidades de la tesis.

Es importante recordar que la muestra es un “Subgrupo de la población del cual se recolectan los datos y debe ser representativo de ésta” (Hernández et al, 2010, p.173). Para fines del estudio la muestra quedó compuesta por 184 estudiantes, lo cual permitió obtener una confiabilidad del 95%. Los criterios de inclusión fueron; que los estudiantes tuvieran entre 13 a 15 años, de ambos sexos, que asistan regularmente a clases y que accedieran libremente a ser parte de la investigación.

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Las técnicas aplicadas en la investigación para la recolección de los datos fueron el cuestionario y la observación indirecta. El cuestionario es una modalidad de encuesta que consiste en un cúmulo de interrogantes concerniente a un tema, su finalidad es conseguir información sobre la población con la que se trabaja y respecto a las variables objeto de investigación. Como instrumento de evaluación resulta ser una herramienta ideal, ya que se puede aplicar a un número considerable de personas, es de fácil comprensión y no requiere de personal calificado.

Cabe señalar que, en el mundo existen múltiples cuestionarios para evaluar depresión en niños y adolescentes, sin embargo, son pocos los instrumentos adaptados en el Perú. Para la investigación se hizo uso del Inventario de depresión infantil (CDI), el cual fue adaptado en Cajamarca el 2009.

3.4.1. Descripción del instrumento

El CDI es uno de los instrumentos más utilizados en la población infanto-juvenil, fue construido con el objetivo de medir la sintomatología depresiva y suele ser aplicado en el ámbito educativo y clínico. Debido a que es un instrumento básico y muy utilizado, se han realizado adaptaciones en distintas regiones de nuestro país. Para el presente estudio se tomó como base la

adaptación realizada por Ramírez en el 2009 para la ciudad de Cajamarca ya que sus características sociodemográficas son similares a las de Huancayo Y Jauja.

A continuación, se expone la ficha técnica del instrumento original, la ficha técnica de la adaptación realizada para estudiantes en la ciudad de Cajamarca y la validez y confiabilidad del instrumento para esta investigación.

3.4.1.1. Ficha técnica

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

Autor : María Kovacs

Año : 1977 Original Kavacs y Beck

País : EE. UU.

Administración : Individual – Colectiva

Edades : 7 – 15 años

Tiempo de aplicación : 10 – 25 minutos

Número de ítems : 27

Escalas : *Disforia 16 ítems

*Autoestima 11 ítems

Rango de puntuación : Ítems : 0-2 Inventario: 0-54

Fiabilidad : *Consistencia interna 0.80 (buena)

*Estabilidad temporal (2 semanas) 0.38 (inadecuada)

Validez : *Varianza explicada 23.85% (baja)

*Corrección con autoeficacia -0.50 (buena)

3.4.1.2. *Ficha técnica adaptación peruana*

Autor	: Ramírez Barrantes Renato Javier
Año	: 2009
Ciudad	: Cajamarca
Administración	: Individual – Colectiva
Edades	: 7 – 15 años
Tiempo de aplicación	: 10 – 25 minutos
Numero de ítems	: 27
Confiabilidad	: *Alfa de Cronbach 0.79 (Confiabilidad aceptable) *Por mitades – Spearman 0.79 (Correlación aceptable) *Estabilidad temporal 0.776 (Correlación positiva) $P < 0.001$ (Significativa)
Validez	: *Validez de constructo convergente 0.664 STAIC y CDI (Correlación positiva adecuada) $P < 0.001$ (Significativa). *Validez de criterio concurrente 0.764 CDI y EDAR (Correlación positiva considerable) $P < 0.001$ (Significativa).

3.4.1.3. Validez y confiabilidad del instrumento para la población en estudio

3.4.1.3.1. Validez

Para la validación del instrumento se empleó la técnica de Juicio de Expertos y la Prueba Piloto. Los psicólogos expertos en el área que revisaron minuciosamente los ítems del instrumento fueron:

- Mg. Carlos Ávila Benito aprobó la escala con un 100% de aceptación. (Anexo D)
- Dra. Rocío Coz Apumayta aprobó la escala con 95 % de aceptación. (Anexo E)
- Mg. Carlos Lara Grados aprobó la escala con un 100 % de aceptación. (Anexo F)

3.4.1.3.2. Confiabilidad

Hernández et al. (2010) mencionan que la confiabilidad es el resultado que produce cuando se aplica un instrumento a una misma persona u objeto y dicho resultado debe ser similar o igual en todas las demás aplicaciones. Por ello, para hacer confiable este instrumento se utilizó la medida de consistencia interna a través del coeficiente Alfa de Cronbach, se aplicó una prueba piloto a 30 adolescentes de la I.E. “Alipio Ponce Vásquez” obteniendo una puntuación de 0.735, siendo un instrumento confiable.

Tabla 4.
Fiabilidad del Cuestionario de depresión infantil

Alfa de	
Cronbach	Núm. de elementos
0.735	30

Capítulo IV

Resultados y discusión

4.1. Resultados del tratamiento y análisis de la información

En el presente capítulo se exponen los resultados del análisis de los datos obtenidos tras la aplicación del Inventario de depresión infantil (CDI) a los estudiantes de 13 a 15 años de la I.E. “Alipio Ponce Vásquez” en el distrito de San Lorenzo- Jauja. Incluye dos partes importantes, inicialmente se exponen los resultados vinculados al objetivo general y a los objetivos específicos, y finalmente la discusión de los resultados.

Ahora bien, para determinar cuándo una puntuación es patológica es imprescindible tener en cuenta que Kovacs (citados en Ramírez, 2009, p.27) refiere que el punto de corte 19 es el más apropiado, pues produce una mayor proporción de verdaderos negativos y una menor proporción de falsos positivos. No obstante, Ramírez

en la adaptación del CDI para Cajamarca elaboró percentiles y puntuaciones Z cuyo punto de corte fue 15, siendo éste el punto de corte empleado para la presente investigación.

De acuerdo con lo mencionado, los estudiantes que obtuvieron un puntaje inferior a 15 no presentan sintomatología depresiva, mientras que, los que alcanzaron puntaje igual o superior a 15 son estudiantes que presentan sintomatología depresiva.

4.1.1. Depresión en estudiantes de 13 a 15 años

En la siguiente tabla se evidencia que los 184 estudiantes fueron considerados como datos válidos para la investigación, debido a que se contó con el consentimiento de sus padres y del director de la Institución Educativa para que se les aplique el inventario. Por otra parte, es importante señalar que los estudiantes no tuvieron problemas para la comprender y resolver el instrumento.

Tabla 5.
Prevalencia de depresión

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Con depresión	84	45,7	45,7	45,7
Sin depresión	100	54,3	54,3	100,0
Total	184	100,0	100,0	

Nota. Las cifras en negrita representan el puntaje igual o superior a 15.

Los resultados descritos en la Tabla 4 corresponde al objetivo general de la investigación el cual es, determinar la prevalencia de depresión en estudiantes de 13 a 15 años de la I.E. “Alipio Ponce Vásquez”, 2018. En la tabla se contempla que, el 45,7% (84) de los estudiantes evaluados presentan puntaje

igual o superior a 15, lo cual nos quiere decir que existe un gran porcentaje de estudiantes con sintomatología depresiva, dicho de otro modo, presentan depresión. Asimismo, el 54,3% (100) obtuvieron puntaje inferior a 15, es decir, no presentan sintomatología depresiva.

4.1.2. Depresión en estudiantes de sexo femenino de 13 a 15 años

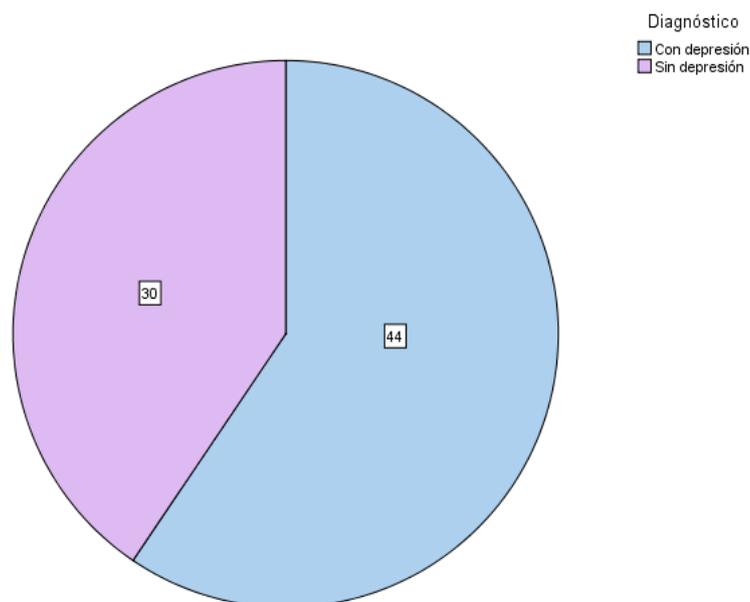


Figura 1. Prevalencia de depresión en estudiantes mujeres de 13 a 15 años.
Nota: El total de estudiantes mujeres evaluadas es 74.

La Figura 1 corresponde al primer objetivo específico de la tesis, hallar la prevalencia de depresión en estudiantes de sexo femenino de 13 a 15 años de la I.E. “Alipio Ponce Vásquez”, 2018. En la tabla se muestra que la prevalencia de depresión en las estudiantes es amplia, ya que 44 adolescentes obtuvieron puntaje igual o superior a 15, lo que significa que presentan sintomatología depresiva, mientras que solo 30 obtuvieron puntaje inferior a 15, es decir, no presentan sintomatología depresiva.

4.1.3. Depresión en estudiantes de sexo masculino de 13 a 15 años

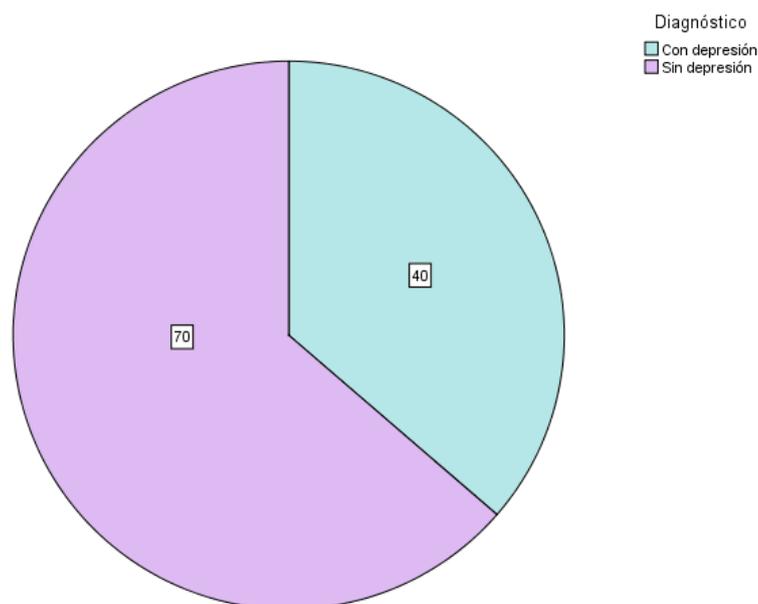


Figura 2. Prevalencia de depresión en estudiantes varones de 13 a 15 años.
Nota: El total de estudiantes varones evaluados es 110.

La Figura 2 corresponde al segundo objetivo específico de la tesis, hallar la prevalencia de depresión en estudiantes de sexo masculino de 13 a 15 años de la I.E. “Alipio Ponce Vásquez”, 2018. En la tabla se expone que la prevalencia de depresión en los estudiantes es mínima, ya que solo 40 adolescentes obtuvieron puntaje igual o superior a 15, lo que significa que presentan sintomatología depresiva, mientras que 70 obtuvieron puntaje inferior a 15, es decir, no presentan sintomatología depresiva.

4.1.4. Síntesis de los objetivos específicos

Tabla 6.
Prevalencia de depresión por sexo

		Con depresión	Sin depresión	Total de evaluados
Varones	Frecuencia	40	70	110
	Porcentaje	21.7	38.1	59.8
Mujeres	Frecuencia	44	30	74
	Porcentaje	23.9	16.3	40.2
Total	Frecuencia	84	100	184
	Porcentaje	45.7	54.3	100

Nota. El número de mujeres evaluadas es menor al de varones.

El objetivo de esta tabla es exponer de manera práctica que la cifra de adolescentes evaluadas con depresión es significativa y alarmante. De 74 adolescente 44 tienen depresión, en tanto que, de los 110 adolescentes solo 40 presentaron sintomatología depresiva, es decir, menos de la mitad tienen depresión.

4.2. Discusión de resultados

La presente tesis tiene como primer descubrimiento la existencia de un porcentaje bastante considerable de estudiantes de 13 a 15 años de la I.E. “Alipio Ponce Vásquez”, 2018 con sintomatología depresiva, es decir, tienen depresión. Lo obtenido en la investigación respalda lo referido por Alcántara (2018), quien menciona en el último informe de la DIRESA Junín que se ha identificado miles de adolescentes depresivos y víctimas de violencia. Dicho de otro modo, la depresión en adolescente está cobrando gran protagonismo en nuestro entorno. Asimismo, guarda relación con la información proporcionada en los estudios del Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado –Hideyo Noguchi donde señalan que la depresión en el Perú es el trastorno clínico más frecuente entre los adolescentes.

Lo mencionado nos hace dar cuenta que la depresión en adolescentes es una realidad, la cual día a día va incrementándose y afectando no solo a adolescentes de las ciudades, sino también de aquellos que viven en los distritos de nuestro país. Esta investigación ofrece datos relevantes de una población nunca estudiada, los cuales nos indican que es probable que en otras Instituciones Educativas aledañas con características similares a la población con la que se trabajó existan adolescentes que tengan depresión.

Por otra parte, se ha visto que la presencia de depresión en adolescentes y en toda persona adulta depende de ciertas características de predisposición. Lewinshon y

Cols señalan que una de estas características es el sexo, siendo las mujeres las más propensas a presentar depresión. Al respecto, Gomez et al. (2008) sustentan que, en los trastornos depresivos, la proporción entre mujeres y varones es de 1:1 hasta la pubertad; mientras que, a partir de la adolescencia, se hace más común en mujeres que en varones. Particularmente en esta investigación se detectó conexión entre el sexo y la depresión, dado que, en efecto, el número de mujeres diagnosticadas con depresión fue mayor que el de varones.

Es importante señalar que todas las I.E. deben tener como responsabilidad moral y científica hacerse cargo no sólo de instruir a los estudiantes sino de velar por su formación y desarrollo integral. Por ello, los resultados de la presente tesis deben ser empleados para la realización de programas preventivos de la depresión y de intervención.

Conclusiones

Tras los resultados obtenidos se concluye que:

- Se logró determinar que la prevalencia de depresión en estudiantes de 13 a 15 años de la I.E. “Alipio Ponce Vásquez”, 2018 es del 45,7%, es decir, 80 de los estudiantes evaluados presentan puntaje igual o superior a 15, lo cual nos quiere decir que existe un gran porcentaje de estudiantes con sintomatología depresiva. Mientras que el 54,3% (100) obtuvieron puntaje inferior a 15, dicho de otro modo, no presentan sintomatología depresiva.
- En cuanto a la prevalencia de depresión en estudiantes de sexo femenino se obtuvo que más de la mitad de las evaluadas presentan sintomatología depresiva, es decir tienen depresión. Lo obtenido es una señal de alarma y preocupación para la Institución Educativa y para el distrito de San Lorenzo, dado que las estudiantes se encuentran muy vulnerables emocionalmente.
- Finalmente, en cuanto a la prevalencia de depresión en estudiantes de sexo masculino se obtuvo que menos de la mitad de los evaluados presentan depresión. De los 110 adolescentes solo 40 presentaron sintomatología depresiva.
- En resumen, las mujeres tienen mayor tendencia a la depresión que los varones.

Recomendaciones

Es de gran necesidad prevenir el incremento de estudiantes con depresión, puesto que, como se ha venido exponiendo en toda la investigación, la depresión interfiere en su vida diaria, causado sufrimiento emocional en los estudiantes y en su entorno familiar. Tras lo mencionado se considera idóneo proponer las siguientes recomendaciones.

- Informar a todo el personal de la I.E. “Alipio Ponce Vásquez” y a los padres de familia sobre la prevalencia de depresión en los estudiantes de 13 a 15 años.
- Se sugiere realizar investigaciones de la misma variable en esta población, con el objetivo de realizar un análisis minucioso que permita conocer cuáles son los factores de riesgo, su relación con el aprovechamiento escolar, las consecuencias más severas que puede traer, entre otros.
- Desarrollar programas de intervención sobre educación emocional.
- Es muy importante que los psicólogos de la Institución Educativa recaben información respecto a los factores que podrían estar vinculados con la presencia de depresión en los estudiantes.
- Capacitar a todo el personal docente sobre cuáles son los síntomas de la depresión y el efecto que puede tener en los estudiantes, de tal manera que se pueda intervenir oportunamente.

Referencias bibliográficas

- Alcántara, H. (21 de Marzo de 2018).** Adolescentes de la región Junín con depresión y expuestos a la violencia. *El Correo*. Obtenido de <https://diariocorreo.pe/edicion/huancayo/adolescentes-de-la-region-junin-con-depresion-y-expuestos-la-violencia-809289/>
- Apráez, M., Araujo, I., Belalcázar, J., Guerrero, D., & Benavides, J. (2012).** Depresión en adolescentes de la Institución Educativa Pedro León Torres en Yacuanquer (Nariño, Colombia), 2012. *Revista Unimar*, 59.
- Arequipeño, F. M., & Gaspar, M. (2016).** *Resiliencia, felicidad y depresión en adolescentes de 3ero a 5to grado del nivel secundario de instituciones educativas estatales del distrito de Ate Vitarte, 2016*. Lima: Universidad Peruana Unión.
- Arros, M., & Valenzuela, F. (2006).** Teoría Psicoanalítica de la depresión: una revisión de distintas propuestas para su comprensión y clasificación. *Gaceta Universitaria*, 474.
- Asociación Americana de Psiquiatría . (2013).** *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Arlington: Asociación Americana de Psiquiatría .
- Auxiliar de Enfermería. Administración del Principado de Asturias. (2018).** Madrid: Editorial CEP.
- Barradas, M. (2014).** *Depresión En Estudiantes Universitarios: Una Realidad Indeseable*. Estados Unidos de America.
- Basilio, E., Fernández, G., & López de la Torre, C. (1997).** *Diagnóstico y tratamiento en enfermedades metabólicas*. Madrid: Díaz de Santos.
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B., & Emery, G. (1983).** *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer.

- Belloch, A., Sandín , B., & Ramos , F. (2008).** *Manual de Psicopatología*. España: Mc Graw Hill.
- Branden, N. (1995).** *Los seis pilares de la autoestima*. Barcelona: Paidós.
- Cabanyes, J., & Monge , M. (2017).** *La salud mental y sus cuidados*. España: Editorial EUNSA.
- Calvete, E., Villardón, L., Estévez, A., & Espina, M. (2008).** La desesperanza, factor de vulnerabilidad ante el estrés. *Infocoponline*, 1. Obtenido de <http://www.infocop.es/print.asp?print=yes>
- Cardona , J., Villamil , M., Henao, E., & Quintero, Á. (2009).** *Concepto de soledad y percepción que de su momento actual tiene el adulto mayor en el municipio de Bello, 2007*. Medellín.
- Cerna, I. (2015).** Estudio comparativo de la prevalencia de la depresión en estudiantes de secundaria provenientes de una institución educativa nacional y privada del distrito de Ate. *Revista Psicológica Herediana*, 34.
- Chinchilla, A. (2008).** *La Depresión y sus Máscaras: Aspectos Terapéuticos*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- Coleman, J., & Hendry, L. (1920).** *Psicología de la adolescencia*. Madrid: Ediciones Morata.
- Corsi, M. (2004).** *Aproximaciones de las neurociencias a la conducta, 2a. ed.* Mexico: Editorial El Manual Moderno.
- Erro, M., & Zandio, B. (2007).** *Las hipersomnias: diagnóstico, clasificación y tratamiento*. Pamplona.

Escalante, M., & Uribe, R. (2007). *Guía técnica: guía de práctica clínica en depresión*. Lima: MINSA.

Fize, M. (2001). *¿Adolescencia en crisis?: Por el derecho al reconocimiento social*. México : Siglo veintiuno editores .

Flores , N., Perales , Y., & Gómez, W. (2016). Depresión e ideación suicida en los adolescentes de una Institución Educativa Pública del distrito de Chongos Bajo - Perú 2014. *Ágora Revista Científica*, 10.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2002). *Adolescencia: una etapa fundamental*. Nueva York: División de Comunicaciones.

Freud , S. (1914-1916) *Obras completas Sigmund Freud* . Buenos Aires : Editores Amorrortu

Fuente, C. (26 de Abril de 2017). Cuidado: 4 de 10 menores sufre depresión en la región y cifra podría elevarse. *El Correo*. Obtenido de <https://diariocorreo.pe/edicion/huancayo/cuidado-4-de-10-menores-sufre-depresion-en-la-region-y-cifra-podria-elevarse-745973/>

García, A. (2002). *La influencia de la familia y el nivel de depresión hacia el consumo de drogas en los adolescentes de la ciudad de México*. México.

Gomez, C., Hernandez, G., Rojas, A., Santacruz, H., & Uribe, M. (2008). *Psiquiatría Clínica: Diagnóstico y tratamiento en niños, adolescentes y adultos*. Bogotá: Editorial Médica Internacional.

Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. d. (2010). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.

Jadán , C. (2017). *Depresión en adolescentes de 14 a 16 años del Colegio 27 De Febrero de la Ciudad de Loja, periodo 2015-2016*. Loja: Universidad Nacional de Loja.

- Jarne, A., Talarn, A., Armayones, M., Horta, E., & Requena, E. (2006).** *Psicopatología*.
Barcelona: Editorial UOC.
- Marcelli, D., & Braconnier, A. (2005).** *Psicopatología del adolescente* . Barcelona : Masson
- Moreno, A. (2015).** *La adolescencia*. Barcelona : Editorial UOC.
- Nerea, H. (2017).** Depresión, ansiedad y alteraciones del sueño. *El Farmacéutico*, 5(2).
Obtenido de <http://elfarmacéutico.es/index.php/profesion/item/8541-depresion-ansiedad-y-alteraciones-del-sueno#.W32QkuhKjIU>
- Nizama, M. (2011).** Suicidio. *Revista Peruana de Epidemiología*, 6.
- O'Brien, M., Roberts, A., & Subak Sharpe, G. (2003).** *Nutricéuticos*. Barcelona : Robin Book.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018).** Adolescentes: riesgos para la salud y soluciones . *Publicacion de la Organización Mundial de la Salud*, 3.
- Papalia, D., Wendkos, S., & Duskin, R. (2009).** *Desarrollo Humano*. México: McGraw-Hill.
- Papalia, D., Wendkos, S., & Duskin, R. (2009).** *Psicología del desarrollo*. Mexico: McGraw-Hill.
- Parolari, F. (2005).** *Psicología de la adolescencia* . Bogotá : San Pablo .
- Prager, D. (2004).** *En busca de la felicidad: como todo en la vida, la felicidad también hay que ganársela*. Barcelona : Amat Editorial.
- Preston, J. (2002).** *Cómo vencer la depresión* . México : Editorial Max México .
- Ramón , W., & Montero , M. (2016).** *Niveles de Depresión en Escolares de una Institucion Educativa Nacional en Pampas, Tayacaja, Huancavelica, 2016*. Huancayo: Universidad Peruana Los Andes.

- Redondo, C., Galdó, G., & García, M. (2008).** *Atención al adolescente*. Santander: PubliCam - Ediciones de la Universidad de Cantabria.
- Retamal, P. (1999).** *Depresión*. Santiago de Chile : Editorial Universitaria .
- San Molina , L., & Arranz Martí, B. (2010).** *Comprender La Depresión* . Barcelona : Editorial Amat .
- Schramm, E. (1998).** *Psicoterapia interpersonal: de las depresiones y otros trastornos psíquicos*. Barcelona: MASSON.
- Sierra, J., Ortega, V., & Zubeidat, I. (2003).** Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos. *Revista Mal - Estar e Subjetividade*, Fortaleza.
- Tensoni, A. (2000).** *Como Vencer El Insomnio*. Buenos Aires : Imaginador .
- Ugarriza , N., & Ecurra, M. (2002).** *Adaptación psicométrica de la Escala de Depresión para Adolescentes de Reynolds (EDAR) en estudiantes de secundaria de Lima metropolitana*. Lima: Persona.
- Vásques, A. (2014).** *Prevalencia de depresión en adolescentes de la I.E. Experimental Almirante Miguel Grau Chota 2014*. Chota: Universidad Nacional De Cajamarca.

Anexos

ANEXO A. Matriz de consistencia de la tesis

TÍTULO: “PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN ESTUDIANTES DE 13 A 15 AÑOS DE LA IE. PNP. ‘ALIPIO PONCE VÁSQUEZ’, 2018”

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	MÉTODO, TIPO Y NIVEL	DISEÑO	POBLACIÓN Y MUESTRA	TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS
<p>Problema general</p> <p>¿Cuál es la prevalencia de depresión en estudiantes de 13 a 15 años de la I.E. “Alipio Ponce Vásquez”, 2018?</p> <p>Problemas específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál es la prevalencia de depresión en estudiantes de sexo femenino de 13 a 15 años de la I.E. “Alipio Ponce Vásquez”, 2018? • ¿Cuál es la prevalencia de depresión en estudiantes de sexo masculino de 13 a 15 años de la I.E. “Alipio Ponce Vásquez”, 2018? 	<p>Objetivo general</p> <p>Determinar la prevalencia de depresión en estudiantes de 13 a 15 años de la I.E. “Alipio Ponce Vásquez”, 2018.</p> <p>Objetivos específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hallar la prevalencia de depresión en estudiantes de sexo femenino de 13 a 15 años de la I.E. “Alipio Ponce Vásquez”, 2018. • Hallar la prevalencia de depresión en estudiantes de sexo masculino de 13 a 15 años de la I.E. “Alipio Ponce Vásquez”, 2018. 	<p>La presente investigación no cuenta con hipótesis, debido a que es de alcance descriptivo. Únicamente se buscó conocer la prevalencia de depresión, dicho de otro modo, no se pretendió pronosticar hecho alguno.</p> <p>Cabe señalar que Hernández, Fernández y Baptista, 2014 señalan que no en todas las investigaciones descriptivas se formulan hipótesis de esta clase o que sean afirmaciones más generales debido a que no es sencillo realizar estimaciones precisas sobre fenómenos.</p>	<p>Método</p> <p>El método general que orientó la tesis corresponde al método científico.</p> <p>Tipo</p> <p>Según la finalidad que persigue, el tipo de investigación fue pura, ya que se procuró expandir las bases teóricas sobre la depresión en adolescentes por medio de la recolección de datos. Asimismo, según el alcance temporal, la investigación fue de tipo transversal, puesto que se estudió la variable depresión en un momento dado. Finalmente, según la amplitud, la investigación fue microsociológico, debido a que se limitó a estudiar la variable depresión en un grupo mediano de adolescentes.</p> <p>Nivel</p> <p>El nivel fue descriptivo ya que no se buscó la relación entre la variable depresión y adolescencia, sino únicamente se buscó recoger información sobre la prevalencia de depresión y describirla.</p>	<p>El diseño de la investigación fue no experimental, transversal descriptivo simple; puesto que se observó el fenómeno tal y como se da en su contexto natural y sin manipular la variable. De corte transversal ya que se recolectaron los datos en un tiempo único, se describió la variable y analizó su incidencia en un momento dado.</p>	<p>Población</p> <p>La investigación tiene como población a los estudiantes de la I.E. “Alipio Ponce Vásquez”.</p> <p>Muestra</p> <p>Para fines del estudio la muestra quedó compuesta por 184 estudiantes, lo cual permitió obtener una confiabilidad del 95%.</p>	<p>Las técnicas empleadas en la investigación para la recolección de los datos fueron el cuestionario y la observación indirecta.</p> <p>Se hizo uso del Inventario de depresión infantil (CDI), el cual fue adaptado en Cajamarca el 2009.</p>

ANEXO B. Matriz de operacionalización del Inventario de depresión infantil CDI

INSTRUMENTO	CONSTRUCTO	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	ÍTEMS (Adaptación Cajamarca)	CATEGORÍAS DIAGNÓSTICAS POR EDADES (Adaptación Cajamarca)		
					7 a 9	10 a 12	13 a 15
Inventario de Depresión Infantil	Síntomatología depresiva	Conjunto de vivencias subjetivas y ciertas conductas observables presentes en la depresión infantil. Del Barrio (2000).	Disforia	1. De vez en cuando estoy triste. Muchas veces estoy triste. Siempre estoy triste. 5. Siempre soy malo o mala. Muchas veces soy malo o mala. Algunas veces soy malo o mala. 7. Me odio. No me gusta como soy. Me gusta como soy. 8. Todas las cosas malas son por mi culpa. Muchas cosas malas son por mi culpa. Generalmente no tengo la culpa de que pasen cosas malas. 9. No pienso en matarme. Pienso en matarme, pero no lo haría. Quiero matarme. 10. Todos los días tengo ganas de llorar. Muchos días tengo ganas de llorar. De vez en cuando tengo ganas de llorar. 12. Me gusta estar con la gente. Muchas veces no me gusta estar con la gente. Nunca me gusta estar con la gente. 16. Todas las noches me cuesta dormir. Muchas veces me cuesta dormir. Duermo muy bien. 17. De vez en cuando estoy cansado o cansada. Muchos días estoy cansado o cansada. Siempre estoy cansado o cansada. 18. La mayoría de los días no tengo ganas de comer. Muchos días no tengo ganas de comer. Como muy bien. 20. Nunca me siento solo o sola. Muchas veces me siento solo o sola. Siempre me siento solo o sola. 21. Nunca me divierto en la escuela. Sólo a veces me divierto en la escuela. Muchas veces me divierto en la escuela. 22. Tengo muchos amigos. Tengo algunos amigos, pero me gustaría tener más. No tengo amigos.	Puntajes bajos de sintomatología depresiva 0-9	Puntajes bajos de sintomatología depresiva 0-7	Puntajes bajos de sintomatología depresiva 0-9
					Puntajes medios de sintomatología depresiva 10 – 15	Puntajes medios de sintomatología depresiva 8- 11	Puntajes medios de sintomatología depresiva 10-14
					Puntajes altos de sintomatología depresiva 16- 34 o más	Puntajes altos de sintomatología depresiva 12- 34 o más	Puntajes altos de sintomatología depresiva 15- 34 o más

INSTRUMENTO	CONSTRUCTO	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	ÍTEMS (Adaptación Cajamarca)	CATEGORÍAS DIAGNÓSTICAS POR EDADES (Adaptación Cajamarca)		
					7 a 9	10 a 12	13 a 15
				25. Nadie me quiere. No estoy seguro de que alguien me quiera. Estoy seguro de que alguien me quiere. 27. Me llevo bien con la gente. Muchas veces me peleo. Siempre me peleo.			
			Autoestima	2. Nunca me va a salir nada bien. No estoy muy seguro de si las cosas me van a salir bien. Las cosas me van a salir bien. 3. La mayoría de las cosas las hago bien. Muchas cosas las hago mal. Todo lo hago mal. 1. Muchas cosas me divierten. Algunas cosas me divierten. Nada me divierte. 6. A veces pienso que me puedan pasar cosas malas. Me preocupa que pasen cosas malas. Estoy seguro de que me pasarán cosas muy malas. 11. Siempre me preocupan las cosas. Muchas veces me preocupan las cosas. De vez en cuando me preocupan las cosas. 13. No puedo decidirme. Me cuesta decidirme. Me decido fácilmente. 14. Soy simpático o simpática. Hay algunas cosas de mi apariencia que no me gustan. Soy feo o fea. 15. Siempre me cuesta hacer las tareas. Muchas veces me cuesta hacer las tareas. No me cuesta hacer las tareas. 19. No me preocupan el dolor ni la enfermedad. Muchas veces me preocupan el dolor y la enfermedad. Siempre me preocupan el dolor y la enfermedad. 23. Mi trabajo en el colegio es bueno. Mi trabajo en el colegio no es tan bueno como antes. Llevo muy mal los cursos que antes llevaba muy bien. 24. Nunca podré ser tan bueno como otros niños. Si quiero, puedo ser tan bueno como otros niños. Soy tan bueno como otros niños. 26. Generalmente hago lo que me dicen. Muchas veces no hago lo que me dicen. Nunca hago lo que me dicen.			

**ANEXO C. Rangos percentiles y puntajes Z correspondientes a los puntajes brutos
(Adaptación Cajamarca).**

PERCENTILES Y CALIFICACIONES Z DE NIÑOS ENTRE 7 Y 9 AÑOS

NIVEL DE PUNTAJE	PUNTAJE BRUTO	RANGOS PERCENTILES	CALIFICACIONES Z
Puntajes Bajos de Sintomatología Depresiva	0	0	31
	1	0	32
	2	1	33
	3	1	35
	4	4	36
	5	7	38
	6	12	39
	7	18	41
	8	25	42
Puntajes Medios de Sintomatología Depresiva	9	33	44
	10	37	45
	11	42	46
	12	49	48
	13	55	49
	14	60	51
Puntajes Altos de Sintomatología Depresiva	15	65	52
	16	69	54
	17	73	55
	18	76	57
	19	79	58
	20	81	60
	21	84	61
	22	85	62
	23	89	64
	24	92	65
	25	94	67
	26	95	68
	27	95	70
	28	96	71
	29	97	73
	30	98	74
	31	99	75
	32	99	77
	33	99	78
	34 o más	99	80

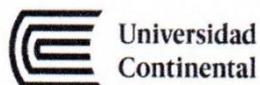
PERCENTILES Y CALIFICACIONES Z DE NIÑOS ENTRE 10 Y 12 AÑOS

NIVEL DE PUNTAJE	PUNTAJE BRUTO	RANGOS PERCENTILES	CALIFICACIONES Z
Puntajes Bajos de Sintomatología Depresiva	0	1	32
	1	1	34
	2	3	36
	3	7	37
	4	11	39
	5	16	41
	6	24	42
Puntajes Medios de Sintomatología Depresiva	7	32	44
	8	38	46
	9	45	48
	10	53	49
Puntajes Altos de Sintomatología Depresiva	11	61	51
	12	68	53
	13	73	54
	14	78	56
	15	82	58
	16	85	60
	17	87	61
	18	89	63
	19	90	65
	20	91	66
	21	92	68
	22	94	70
	23	95	71
	24	97	73
	25	98	75
	26	99	77
	27	99	78
	28	99	80
	29	99	82
	30	99	83
	31	99	85
	32	99	87
	33	99	89
	34 o más	99	90

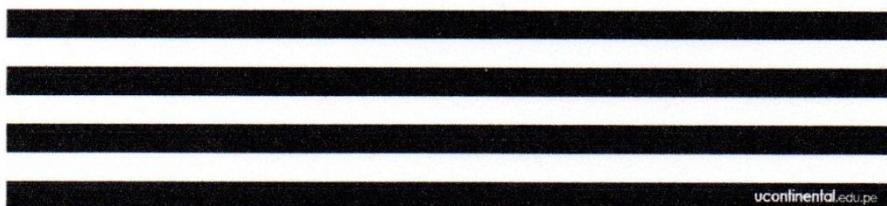
PERCENTILES Y CALIFICACIONES Z DE NIÑOS ENTRE 13 Y 15 AÑOS

NIVEL DE PUNTAJE	PUNTAJE BRUTO	RANGOS PERCENTILES	CALIFICACIONES Z
Puntajes Bajos de Sintomatología Depresiva	0	0	31
	1	1	33
	2	2	34
	3	4	36
	4	6	37
	5	9	39
	6	14	40
	7	20	42
	8	27	43
	9	33	45
Puntajes Medios de Sintomatología Depresiva	10	41	46
	11	49	48
	12	57	49
	13	62	51
	14	65	52
Puntajes Altos de Sintomatología Depresiva	15	69	54
	16	74	55
	17	78	57
	18	81	58
	19	84	60
	20	87	61
	21	88	63
	22	90	64
	23	92	66
	24	94	68
	25	95	69
	26	96	71
	27	96	72
	28	97	74
	29	97	75
	30	98	77
	31	99	78
	32	99	80
	33	99	81
	34 o más	99	83

ANEXO D. Validación de experto N°1



**PROTOCOLO VALIDACIÓN
POR EXPERTOS
(Inventario de depresión
infantil - CDI)**



I. DATOS GENERALES

- 1.1. Nombre del instrumento** : Inventario de depresión infantil CDI
1.2. Título de la investigación : "Prevalencia de depresión en estudiantes de 13 a 15 años de la I.E. 'Alipio Ponce Vásquez', 2018"
1.3. Autor del instrumento : María Kovacs
1.4. País de origen del instrumento : Canadá
1.5. Nombres y apellidos del juez : Carlos Moisés Ávila Benito
1.6. Área laboral : Clínico – Forense
1.7. Profesión : Psicólogo
1.8. Grado académico : Maestría

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN DE LOS ÍTEMS DEL INSTRUMENTO

INDICADORES/ DIMENSIONES	VALORACIÓN					Observación
	Nada 1	Muy poco 2	Algo 3	Bastante 4	Mucho 5	
Síntomas afectivos				/		
Síntomas somáticos				/		
Síntomas conductuales				/		
Síntomas cognitivos				/		

Nro	CRITERIO	SI	N O	OBSERVACION
1	El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de la investigación	/		
2	El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio	/		
3	La estructura del instrumento es adecuada	/		
4	Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de variables	/		
5	La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	/		
6	Los ítems son claros y entendibles	/		
7	El número de ítems es adecuado para su aplicación	/		

INDICADORES	CRITERIOS	DEFICIENTE				REGULAR				BUENO				MUY BUENO				EXCELENTE				
		5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	
CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado																					✓
OBJETIVIDAD	Está expresado en preguntas objetivas-observables																					✓
ACTUALIDAD	Está adecuado al avance de la ciencia y la tecnología																					✓
ORGANIZACIÓN	Tiene una organización lógica																					✓
SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en calidad y cantidad																					✓
INTENCIONALIDAD	Responde a los objetivos de la investigación																					✓
CONSISTENCIA	Está basado en aspectos teóricos, científicos y técnicos																					✓
COHERENCIA	Entre las dimensiones, indicadores, preguntas e índices																					✓
METODOLOGÍA	Responde a la operacionalización de la variable																					✓
PERTENENCIA	Es útil para la investigación																					✓

OPINIÓN DE APLICABILIDAD

.....

.....

.....

PROMEDIO DE VALORACIÓN (0 AL 100%)

100%

DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO

VALIDACIÓN POR CRITERIO DE EXPERTOS

CONSTRUCTO	DIMENSIONES	INDICADORES	Nro.	ITEM	JUEZ 1 (SI/NO)	JUEZ 2 (SI/NO)	JUEZ 3 (SI/NO)	OBS.
Síntomatología depresiva	Síntomas afectivos	Tristeza	1	<ul style="list-style-type: none"> • De vez en cuando estoy triste. • Muchas veces estoy triste. • Siempre estoy triste. 	SÍ			
			10	<ul style="list-style-type: none"> • Todos los días tengo ganas de llorar. • Muchos días tengo ganas de llorar. • De vez en cuando tengo ganas de llorar. 	SÍ			
		Ansiedad	11	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre me preocupan las cosas. • Muchas veces me preocupan las cosas. • De vez en cuando me preocupan las cosas. 	SÍ			
			19	<ul style="list-style-type: none"> • No me preocupan el dolor ni la enfermedad. • Muchas veces me preocupan el dolor y la enfermedad. • Siempre me preocupan el dolor y la enfermedad. 	SÍ			
		Soledad	20	<ul style="list-style-type: none"> • Nunca me siento solo o sola. • Muchas veces me siento solo o sola. • Siempre me siento solo o sola. 	SÍ			
			22	<ul style="list-style-type: none"> • Tengo muchos amigos. • Tengo algunos amigos, pero me gustaría tener más. • No tengo amigos. 	SÍ			
			25	<ul style="list-style-type: none"> • Nadie me quiere. • No estoy seguro de que alguien me quiera. • Estoy seguro de que alguien me quiere. 	SÍ			
		Apatia	4	<ul style="list-style-type: none"> • Muchas cosas me divierten. • Algunas cosas me divierten. • Nada me divierte. 	SÍ			
			21	<ul style="list-style-type: none"> • Nunca me divierto en la escuela. • Sólo a veces me divierto en la escuela. • Muchas veces me divierto en la escuela. 	SÍ			
		Desesperanza	2	<ul style="list-style-type: none"> • Nunca me va a salir nada bien. • No estoy muy seguro de si las cosas me van a salir bien. • Las cosas me van a salir bien. 	SÍ			
			3	<ul style="list-style-type: none"> • La mayoría de las cosas las hago bien. 				

				<ul style="list-style-type: none"> • Muchas cosas las hago mal. • Todo lo hago mal. 	SÍ			
			6	<ul style="list-style-type: none"> • A veces pienso que me puedan pasar cosas malas. • Me preocupa que pasen cosas malas. • Estoy seguro de que me pasarán cosas muy malas. 	SÍ			
			24	<ul style="list-style-type: none"> • Nunca podré ser tan bueno como otros niños. • Si quiero, puedo ser tan bueno como otros niños. • Soy tan bueno como otros niños. 	SÍ			
		Sentimientos de culpa	5	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre soy malo o mala. • Muchas veces soy malo o mala. • Algunas veces soy malo o mala. 	SÍ			
			8	<ul style="list-style-type: none"> • Todas las cosas malas son por mi culpa. • Muchas cosas malas son por mi culpa. • Generalmente no tengo la culpa de que pasen cosas malas. 	SÍ			
		Autoestima baja	7	<ul style="list-style-type: none"> • Me odio. • No me gusta como soy. • Me gusta como soy. 	SÍ			
			14	<ul style="list-style-type: none"> • Soy simpático o simpática. • Hay algunas cosas de mi apariencia que no me gustan. • Soy feo o fea. 	SÍ			
		Síntomas somáticos	Aumento o disminución de apetito	18	<ul style="list-style-type: none"> • La mayoría de los días no tengo ganas de comer. • Muchos días no tengo ganas de comer. • Como muy bien. 		SÍ	
			Insomnio o hipersomnia	16	<ul style="list-style-type: none"> • Todas las noches me cuesta dormir. • Muchas veces me cuesta dormir. • Duermo muy bien. 		SÍ	
			Cansancio	17	<ul style="list-style-type: none"> • De vez en cuando estoy cansado o cansada. • Muchos días estoy cansado o cansada. • Siempre estoy cansado o cansada. 		SÍ	
	Síntomas conductuales	Aislamiento	12	<ul style="list-style-type: none"> • Me gusta estar con la gente. • Muchas veces no me gusta estar con la gente. • Nunca me gusta estar con la gente. 	SÍ			
			27	<ul style="list-style-type: none"> • Me llevo bien con la gente. • Muchas veces me peleo. 	SÍ			

	conductuales		27	<ul style="list-style-type: none"> • Me llevo bien con la gente. • Muchas veces me peleo. • Siempre me peleo. 		
		Incapacidad para realizar actividades	23	<ul style="list-style-type: none"> • Mi trabajo en el colegio es bueno. • Mi trabajo en el colegio no es tan bueno como antes. • Llevo muy mal los cursos que antes llevaba muy bien. 	SI	
			26	<ul style="list-style-type: none"> • Generalmente hago lo que me dicen. • Muchas veces no hago lo que me dicen. • Nunca hago lo que me dicen. 	SI	
	Síntomas cognitivos	Dificultad para concentrarse	15	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre me cuesta hacer las tareas. • Muchas veces me cuesta hacer las tareas. • No me cuesta hacer las tareas. 	SI	
		Dificultad para tomar decisiones	13	<ul style="list-style-type: none"> • No puedo decidirme. • Me cuesta decidirme. • Me decido fácilmente. 	SI	
		Ideas suicida	9	<ul style="list-style-type: none"> • No pienso en matarme. • Pienso en matarme, pero no lo haría. • Quiero matarme. 	SI	

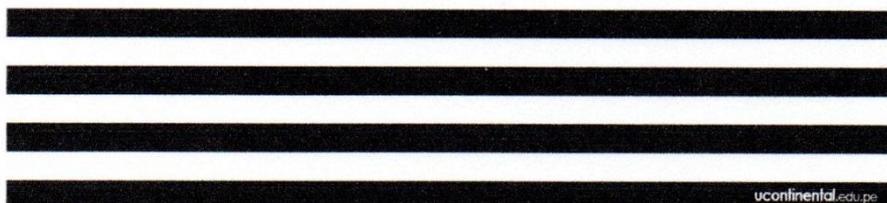


Firma y sello del Juez/Experto

C. P. S. P. S. G. L. B.



**PROTOCOLO VALIDACIÓN
POR EXPERTOS
(Inventario de depresión
infantil - CDI)**



I. DATOS GENERALES

- 1.1. Nombre del instrumento** : Inventario de depresión infantil CDI
1.2. Título de la investigación : "Prevalencia de depresión en estudiantes de 13 a 15 años de la I.E. 'Alipio Ponce Vásquez', 2018"
1.3. Autor del instrumento : María kovacs
1.4. País de origen del instrumento : Canadá
1.5. Nombres y apellidos del juez : Rocío Milagros Coz Apumayta
1.6. Área laboral : Educativo
1.7. Profesión : Licenciada en psicología
1.8. Grado académico : Dra. En educación

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN DE LOS ITEMS DEL INSTRUMENTO

INDICADORES/ DIMENSIONES	VALORACIÓN					Observación
	Nada 1	Muy poco 2	Algo 3	Bastante 4	Mucho 5	
Síntomas afectivos				✓		
Síntomas somáticos				✓		
Síntomas conductuales				✓		
Síntomas cognitivos				✓		

Nro.	CRITERIO	SI	NO	OBSERVACION
1	El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de la investigación	✓		
2	El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio	✓		
3	La estructura del instrumento es adecuada	✓		
4	Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de variables	✓		
5	La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	✓		
6	Los ítems son claros y entendibles	✓		
7	El número de ítems es adecuado para su aplicación	✓		

INDICADORES	CRITERIOS	DEFICIENTE				REGULAR				BUENO				MUY BUENO				EXCELENTE					
		5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100		
CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado																				✓		
OBJETIVIDAD	Está expresado en preguntas objetivas-observables																					✓	
ACTUALIDAD	Está adecuado al avance de la ciencia y la tecnología																					✓	
ORGANIZACIÓN	Tiene una organización lógica																					✓	
SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en calidad y cantidad																					✓	
INTENCIONALIDAD	Responde a los objetivos de la investigación																					✓	
CONSISTENCIA	Está basado en aspectos teóricos, científicos y técnicos																					✓	
COHERENCIA	Entre las dimensiones, indicadores, preguntas e índices																					✓	
METODOLOGÍA	Responde a la operacionalización de la variable																					✓	
PERTENENCIA	Es útil para la investigación																					✓	

OPINIÓN DE APLICABILIDAD

.....

.....

.....

PROMEDIO DE VALORACIÓN (0 AL 100%)

95 %

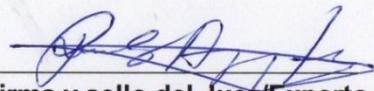
DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO

VALIDACIÓN POR CRITERIO DE EXPERTOS

CONSTRUCTO	DIMENSIONES	INDICADORES	Nro.	ITEM	JUEZ 1 (SI/NO)	JUEZ 2 (SI/NO)	JUEZ 3 (SI/NO)	OBS.
Sintomatología depresiva	Síntomas afectivos	Tristeza	1	<ul style="list-style-type: none"> • De vez en cuando estoy triste. • Muchas veces estoy triste. • Siempre estoy triste. 		✓		
			10	<ul style="list-style-type: none"> • Todos los días tengo ganas de llorar. • Muchos días tengo ganas de llorar. • De vez en cuando tengo ganas de llorar. 		✓		
		Ansiedad	11	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre me preocupan las cosas. • Muchas veces me preocupan las cosas. • De vez en cuando me preocupan las cosas. 		✓		
			19	<ul style="list-style-type: none"> • No me preocupan el dolor ni la enfermedad. • Muchas veces me preocupan el dolor y la enfermedad. • Siempre me preocupan el dolor y la enfermedad 		✓		
		Soledad	20	<ul style="list-style-type: none"> • Nunca me siento solo o sola. • Muchas veces me siento solo o sola. • Siempre me siento solo o sola. 		✓		
			22	<ul style="list-style-type: none"> • Tengo muchos amigos. • Tengo algunos amigos, pero me gustaría tener más. • No tengo amigos. 		✓		
			25	<ul style="list-style-type: none"> • Nadie me quiere. • No estoy seguro de que alguien me quiera. • Estoy seguro de que alguien me quiere. 		✓		
		Apatia	4	<ul style="list-style-type: none"> • Muchas cosas me divierten. • Algunas cosas me divierten. • Nada me divierte. 		✓		
			21	<ul style="list-style-type: none"> • Nunca me divierto en la escuela. • Sólo a veces me divierto en la escuela. • Muchas veces me divierto en la escuela. 		✓		
		Desesperanza	2	<ul style="list-style-type: none"> • Nunca me va a salir nada bien. • No estoy muy seguro de si las cosas me van a salir bien. • Las cosas me van a salir bien. 		✓		
			3	<ul style="list-style-type: none"> • La mayoría de las cosas las hago bien. 		✓		

				<ul style="list-style-type: none"> • Muchas cosas las hago mal. • Todo lo hago mal. 	✓		
			6	<ul style="list-style-type: none"> • A veces pienso que me puedan pasar cosas malas. • Me preocupa que pasen cosas malas. • Estoy seguro de que me pasarán cosas muy malas. 	✓		
			24	<ul style="list-style-type: none"> • Nunca podré ser tan bueno como otros niños. • Si quiero, puedo ser tan bueno como otros niños. • Soy tan bueno como otros niños. 	✓		
		Sentimientos de culpa	5	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre soy malo o mala. • Muchas veces soy malo o mala. • Algunas veces soy malo o mala. 	✓		
			8	<ul style="list-style-type: none"> • Todas las cosas malas son por mi culpa. • Muchas cosas malas son por mi culpa. • Generalmente no tengo la culpa de que pasen cosas malas. 	✓		
		Autoestima baja	7	<ul style="list-style-type: none"> • Me odio. • No me gusta como soy. • Me gusta como soy. 	✓		
			14	<ul style="list-style-type: none"> • Soy simpático o simpática. • Hay algunas cosas de mi apariencia que no me gustan. • Soy feo o fea. 	✓		
		Síntomas somáticos	Aumento o disminución de apetito	18	<ul style="list-style-type: none"> • La mayoría de los días no tengo ganas de comer. • Muchos días no tengo ganas de comer. • Como muy bien. 	✓	
			Insomnio o hipersomnia	16	<ul style="list-style-type: none"> • Todas las noches me cuesta dormir. • Muchas veces me cuesta dormir. • Duermo muy bien. 	✓	
			Cansancio	17	<ul style="list-style-type: none"> • De vez en cuando estoy cansado o cansada. • Muchos días estoy cansado o cansada. • Siempre estoy cansado o cansada. 	✓	
	Síntomas conductuales	Aislamiento	12	<ul style="list-style-type: none"> • Me gusta estar con la gente. • Muchas veces no me gusta estar con la gente. • Nunca me gusta estar con la gente. 	✓		
			27	<ul style="list-style-type: none"> • Me llevo bien con la gente. • Muchas veces me peleo. 	✓		

				<ul style="list-style-type: none"> • Siempre me peleo. 			
		Incapacidad para realizar actividades	23	<ul style="list-style-type: none"> • Mi trabajo en el colegio es bueno. • Mi trabajo en el colegio no es tan bueno como antes. • Llevo muy mal los cursos que antes llevaba muy bien. 	✓		
			26	<ul style="list-style-type: none"> • Generalmente hago lo que me dicen. • Muchas veces no hago lo que me dicen. • Nunca hago lo que me dicen. 	✓		
	Síntomas cognitivos	Dificultad para concentrarse	15	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre me cuesta hacer las tareas. • Muchas veces me cuesta hacer las tareas. • No me cuesta hacer las tareas. 	✓		
		Dificultad para tomar decisiones	13	<ul style="list-style-type: none"> • No puedo decidirme. • Me cuesta decidirme. • Me decido fácilmente. 	✓		
		Ideas suicida	9	<ul style="list-style-type: none"> • No pienso en matarme. • Pienso en matarme, pero no lo haría. • Quiero matarme. 	✓		

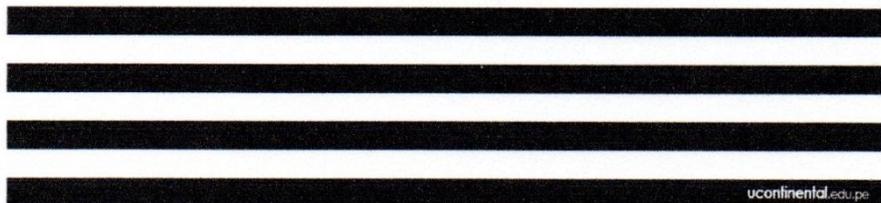


Firma y sello del Juez/Experto

Ms. Rocio Coz Apumayta
 PSICOLOGA
 C.Ps.P. 6266



**PROTOCOLO VALIDACIÓN
POR EXPERTOS
(Inventario de depresión
infantil - CDI)**



I. DATOS GENERALES

- 1.1. Nombre del instrumento** : Inventario de depresión infantil CDI
1.2. Título de la investigación : "Prevalencia de depresión en estudiantes de 13 a 15 años de la I.E. 'Alipio Ponce Vásquez', 2018"
1.3. Autor del instrumento : María Kovacs
1.4. País de origen del instrumento : Canadá
1.5. Nombres y apellidos del juez : Carlos Enrique Lara Grados
1.6. Área laboral : Educativo – Organizacional – Social
1.7. Profesión : Psicólogo
1.8. Grado académico : Maestría

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN DE LOS ÍTEMS DEL INSTRUMENTO

INDICADORES/ DIMENSIONES	VALORACIÓN					Observación
	Nada 1	Muy poco 2	Algo 3	Bastante 4	Mucho 5	
Síntomas afectivos				/		
Síntomas somáticos				/		
Síntomas conductuales				/		
Síntomas cognitivos				/		

Nro.	CRITERIO	SI	NO	OBSERVACION
1	El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de la investigación	/		
2	El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio	/		
3	La estructura del instrumento es adecuada	/		
4	Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de variables	/		
5	La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	/		
6	Los ítems son claros y entendibles	/		
7	El número de ítems es adecuado para su aplicación	/		

INDICADORES	CRITERIOS	DEFICIENTE				REGULAR				BUENO				MUY BUENO				EXCELENTE				
		5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	
CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado																					/
OBJETIVIDAD	Está expresado en preguntas objetivas-observables																					/
ACTUALIDAD	Está adecuado al avance de la ciencia y la tecnología																					/
ORGANIZACIÓN	Tiene una organización lógica																					/
SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en calidad y cantidad																					/
INTENCIONALIDAD	Responde a los objetivos de la investigación																					/
CONSISTENCIA	Está basado en aspectos teóricos, científicos y técnicos																					/
COHERENCIA	Entre las dimensiones, indicadores, preguntas e índices																					/
METODOLOGÍA	Responde a la operacionalización de la variable																					/
PERTENENCIA	Es útil para la investigación																					/

OPINIÓN DE APLICABILIDAD

.....

.....

.....

PROMEDIO DE VALORACIÓN (0 AL 100%)

100%

DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO

VALIDACIÓN POR CRITERIO DE EXPERTOS

CONSTRUCTO	DIMENSIONES	INDICADORES	Nro.	ITEM	JUEZ 1 (SI/NO)	JUEZ 2 (SI/NO)	JUEZ 3 (SI/NO)	OBS.
Síntomatología depresiva	Síntomas afectivos	Tristeza	1	<ul style="list-style-type: none"> • De vez en cuando estoy triste. • Muchas veces estoy triste. • Siempre estoy triste. 	[REDACTED]	[REDACTED]	SÍ	
			10	<ul style="list-style-type: none"> • Todos los días tengo ganas de llorar. • Muchos días tengo ganas de llorar. • De vez en cuando tengo ganas de llorar. 			SÍ	
		Ansiedad	11	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre me preocupan las cosas. • Muchas veces me preocupan las cosas. • De vez en cuando me preocupan las cosas. 			SÍ	
			19	<ul style="list-style-type: none"> • No me preocupan el dolor ni la enfermedad. • Muchas veces me preocupan el dolor y la enfermedad. • Siempre me preocupan el dolor y la enfermedad. 			SÍ	
		Soledad	20	<ul style="list-style-type: none"> • Nunca me siento solo o sola. • Muchas veces me siento solo o sola. • Siempre me siento solo o sola. 			SÍ	
			22	<ul style="list-style-type: none"> • Tengo muchos amigos. • Tengo algunos amigos, pero me gustaría tener más. • No tengo amigos. 			SÍ	
			25	<ul style="list-style-type: none"> • Nadie me quiere. • No estoy seguro de que alguien me quiera. • Estoy seguro de que alguien me quiere. 			SÍ	
		Apatía	4	<ul style="list-style-type: none"> • Muchas cosas me divierten. • Algunas cosas me divierten. • Nada me divierte. 			SÍ	
			21	<ul style="list-style-type: none"> • Nunca me divierto en la escuela. • Sólo a veces me divierto en la escuela. • Muchas veces me divierto en la escuela. 			SÍ	
		Desesperanza	2	<ul style="list-style-type: none"> • Nunca me va a salir nada bien. • No estoy muy seguro de si las cosas me van a salir bien. • Las cosas me van a salir bien. 			SÍ	
			3	<ul style="list-style-type: none"> • La mayoría de las cosas las hago bien. 				

				<ul style="list-style-type: none"> • Muchas cosas las hago mal. • Todo lo hago mal. 		SÍ	
			6	<ul style="list-style-type: none"> • A veces pienso que me puedan pasar cosas malas. • Me preocupa que pasen cosas malas. • Estoy seguro de que me pasarán cosas muy malas. 		SÍ	
			24	<ul style="list-style-type: none"> • Nunca podré ser tan bueno como otros niños. • Si quiero, puedo ser tan bueno como otros niños. • Soy tan bueno como otros niños. 		SÍ	
		Sentimientos de culpa	5	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre soy malo o mala. • Muchas veces soy malo o mala. • Algunas veces soy malo o mala. 		SÍ	
			8	<ul style="list-style-type: none"> • Todas las cosas malas son por mi culpa. • Muchas cosas malas son por mi culpa. • Generalmente no tengo la culpa de que pasen cosas malas. 		SÍ	
		Autoestima baja	7	<ul style="list-style-type: none"> • Me odio. • No me gusta como soy. • Me gusta como soy. 		SÍ	
	14		<ul style="list-style-type: none"> • Soy simpático o simpática. • Hay algunas cosas de mi apariencia que no me gustan. • Soy feo o fea. 		SÍ		
	Síntomas somáticos	Aumento o disminución de apetito	18	<ul style="list-style-type: none"> • La mayoría de los días no tengo ganas de comer. • Muchos días no tengo ganas de comer. • Como muy bien. 		SÍ	
		Insomnio o hipersomnia	16	<ul style="list-style-type: none"> • Todas las noches me cuesta dormir. • Muchas veces me cuesta dormir. • Duermo muy bien. 		SÍ	
		Cansancio	17	<ul style="list-style-type: none"> • De vez en cuando estoy cansado o cansada. • Muchos días estoy cansado o cansada. • Siempre estoy cansado o cansada. 		SÍ	
	Síntomas conductuales	Aislamiento	12	<ul style="list-style-type: none"> • Me gusta estar con la gente. • Muchas veces no me gusta estar con la gente. • Nunca me gusta estar con la gente. 		SÍ	
			27	<ul style="list-style-type: none"> • Me llevo bien con la gente. • Muchas veces me peleo. 		SÍ	

		Incapacidad para realizar actividades	23	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre me peleo. • Mi trabajo en el colegio es bueno. • Mi trabajo en el colegio no es tan bueno como antes. • Llevo muy mal los cursos que antes llevaba muy bien. 			SI	
			26	<ul style="list-style-type: none"> • Generalmente hago lo que me dicen. • Muchas veces no hago lo que me dicen. • Nunca hago lo que me dicen. 			SI	
		Síntomas cognitivos	Dificultad para concentrarse	15			<ul style="list-style-type: none"> • Siempre me cuesta hacer las tareas. • Muchas veces me cuesta hacer las tareas. • No me cuesta hacer las tareas. 	SI
	Dificultad para tomar decisiones		13	<ul style="list-style-type: none"> • No puedo decidirme. • Me cuesta decidirme. • Me decido fácilmente. 			SI	
	Ideas suicida		9	<ul style="list-style-type: none"> • No pienso en matarme. • Pienso en matarme, pero no lo haría. • Quiero matarme. 			SI	


 Lic. Carlos Enrique Lara Grados
 C.P. 2003
 Mg. en Investigación y Docencia
 Universitaria

Firma y sello del Juez/Experto

ANEXO D. Inventario de depresión infantil (CDI)

INVENTARIO DE DEPRESIÓN INFANTIL

CDI

Nombre: _____

Edad: _____ Fecha y lugar de nacimiento: _____ Sexo: M/F

Grado: _____ Sección: _____ I.E.: _____

Instrucciones

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

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

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

Ejemplo:

<input type="checkbox"/>	Siempre leo libros.
<input type="checkbox"/>	De vez en cuando leo libros.
<input type="checkbox"/>	Nunca leo libros.

Recuerda que debes señalar las frases que mejor describan tus sentimientos o tus ideas en las dos últimas semanas.

De las tres frases que se presentan en cada pregunta escoge sólo una, la que más se acerque a cómo eres o te sientes.

Pasa a la página siguiente.

1.

 De vez en cuando estoy triste.
Muchas veces estoy triste.
Siempre estoy triste.

2.

 Nunca me va a salir nada bien.
No estoy muy seguro de si las cosas me van a salir bien.
Las cosas me van a salir bien.

3.

 La mayoría de las cosas las hago bien.
Muchas cosas las hago mal.
Todo lo hago mal.

4.

 Muchas cosas me divierten.
Algunas cosas me divierten.
Nada me divierte.

5.

 Siempre soy malo o mala.
Muchas veces soy malo o mala.
Algunas veces soy malo o mala.

6.

 A veces pienso que me puedan pasar cosas malas.
Me preocupa que pasen cosas malas.
Estoy seguro de que me pasarán cosas muy malas.

7.

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

8.

 Todas las cosas malas son por mi culpa.
Muchas cosas malas son por mi culpa.
Generalmente no tengo la culpa de que pasen cosas malas.

9.

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

10.

 Todos los días tengo ganas de llorar.
Muchos días tengo ganas de llorar.
De vez en cuando tengo ganas de llorar.

11.

 Siempre me preocupan las cosas.
Muchas veces me preocupan las cosas.
De vez en cuando me preocupan las cosas.

12.

 Me gusta estar con la gente.
Muchas veces no me gusta estar con la gente.
Nunca me gusta estar con la gente.

13.

 No puedo decidirme.
Me cuesta decidirme.
Me decido fácilmente.

14.

 Soy simpático o simpática.
Hay algunas cosas de mi apariencia que no me gustan.
Soy feo o fea.

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

ANEXO E. Solicitud de trámite

SOLICITO: Permiso para aplicar el "Inventario de Depresión Infantil- CDI" a estudiantes de 13 a 15 años.

SEÑOR DIRECTOR DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA "CAP. PNP. ALIPIO PONCE VÁSQUEZ"

SD.

Yo **MEZA SOTO, Fanny Thalia**; identificada con DNI. N° 72231534 con domicilio en el Jr. Ricardo Palma N° 223, Distrito de San Lorenzo, Departamento de Junín; bachiller en psicología de la Universidad Continental; con debido respeto me presento y expongo lo siguiente.

Que, valorando los diferentes informes e indicadores en la adolescencia con respecto a salud mental, dentro del cual se ha encontrado evidencia de la presencia de depresión en adolescentes, es mi deseo llevar a cabo la investigación titulada **"PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN ESTUDIANTES DEL NIVEL SECUNDARIO DE 13 A 15 AÑOS DE LA IE. PNP. 'CAP. PNP. ALIPIO PONCE VÁSQUEZ', 2018"**, cuyo objetivo general es determinar la prevalencia de depresión en estudiantes del nivel secundario de 13 a 15 años. Cabe señalar que los resultados obtenidos serán fuente de datos para la Institución Educativa, para el distrito de San Lorenzo, y en un plano más amplio para la provincia de Jauja, esperando que se genere un mayor interés por velar por el bienestar de los adolescentes.

Por lo cual pido a Usted acceder a mi solicitud.

San Lorenzo, 24 de octubre de 2018



MEZA SOTO, Fanny Thalia

DNI. N° 72231534

MINISTERIO DEL INTERIOR	
I.E. PNP. "CAP. PNP. ALIPIO PONCE VÁSQUEZ"	
San Lorenzo - Jauja	
MESA DE PARTE	
Exp. N°: 1375	Fecha: 24 OCT 2018
N° de Folios: 1	Hora: 12:38
Firma:	

ANEXO F. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mediante la presente yo, Carito Avellaneda Gavino
padre de familia de Mariisabel Pajar Avellaneda del 3º D grado
de secundaria de la I.E. "CAP. PNP. ALIPIO PONCE VÁSQUEZ", autorizo se le aplique a
mi menor hijo(a) el "Inventario de Depresión Infantil- CDI" correspondiente a una
investigación sobre depresión en adolescentes, la cual es conducida por Fanny Meza Soto,
Bachiller en Psicología de la Universidad Continental.

Por la presente, declaro que soy conocedor de la participación de mi hijo(a), en la aplicación
del "Inventario de Depresión Infantil- CDI" a desarrollarse el día miércoles 7 de noviembre
de 2018 en las instalaciones de la Institución Educativa "CAP. PNP. ALIPIO PONCE
VÁSQUEZ". La duración de la evaluación será de 30 minutos previamente coordinados con
la dirección de la institución y el profesor responsable del aula.

En conformidad a lo mencionado firmo el presente documento.

Jauja - San Lorenzo, 5 de noviembre de 2018



Firma del padre de familia

DNI: 48707984.

ANEXO G. Fotografías de la investigación

Primer día de aplicación del instrumento



Leyendo las instrucciones del instrumento



Segundo día de aplicación del instrumento



Proporcionando indicaciones adicionales



Estudiantes resolviendo el inventario



Disipando dudas de los evaluados



Tercer día de aplicación del instrumento



Disipando dudas de los evaluados

