



**UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS**

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA  
SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA HUMANA**

**TITULO**

**DEPRESIÓN EN ESTUDIANTES DE SECUNDARIA, DE LA  
INSTITUCIÓN EDUCATIVA, POLICÍA NACIONAL DEL PERÚ  
JORGE CIEZA LACHOS, SAN JUAN DE LURIGANCHO, LIMA 2017**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE  
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA HUMANA**

**AUTORA**

**PINTADO APONTE ROSMERY**

**ASESOR DE TESIS**

**Dra. ARAUJO ROBLES ELIZABETH**

**LIMA – PERÚ**

**2018**

A mis padres Cesar Pintado y Zoila Aponte,  
a mis hermanos; Amparo, César y  
Kassandra y a mis sobrinos; por motivarme  
en los momentos difíciles y más felices de  
mi vida.

Este trabajo de investigación no hubiera tomado el mismo sentido sin el valioso apoyo y la confianza que me han prestado de forma desinteresada tanto mis familiares, asesora, amistades y todas aquellas personas que me apoyaron, a quienes debo un especial reconocimiento siendo mi principal motivación para continuar en el esmero y dedicación correspondiente, a todos ellos mi infinita gratitud.

## RESUMEN

El presente trabajo tuvo como objetivo determinar el nivel de Depresión en adolescentes estudiantes de secundaria según género, edad, grado de escolaridad y contexto familiar. La muestra es censal, se constituye por una población heterogénea, conformada por 170 personas adolescentes estudiantes de ambos sexos, en el rango de 12 a 16 años de edad de la Institución Educativa Policía Nacional del Perú Jorge Cieza Lachos ubicada en la ciudad de Lima, en el distrito de San Juan de Lurigancho. Estudio de tipo descriptivo, diseño no experimental-transversal. Uso el cuestionario Children's Depression Inventory (C.D.I.) creado por María Kovacs (1977), adaptada y estandarizada en Perú por Edmundo Arévalo Luna (2008). Los resultados muestran el nivel mínima y moderado de depresión en estudiantes adolescentes, es decir que en términos generales los adolescentes que fueron estudiados no poseen niveles altos de depresión que requieran atención inmediata; así mismo las estudiantes del género femenino muestran ser más propensas a los síntomas de estado de ánimo disfórico e ideas de autodesprecio, ya que se acercan más al nivel moderado y severo que los varones; en el caso de los estudiantes de 14 y 15 años de edad, quienes cursan el tercero, cuarto y quinto grado de secundaria, alcanzan en un mínimo porcentaje el nivel severo demostrando que existe estado de ánimo disfórico e ideas de autodesprecio en estas edades que señalan la necesidad de apoyo y orientación psicológica, por otro lado en el nivel de Depresión según contexto familiar, los que viven con otras personas muestran un nivel leve de síntomas depresivos significando que no es imprescindible la composición padre-madre para el buen desarrollo psicológico en el estudiante.

Palabras clave: Depresión, estudiantes, adolescentes, CDI.

## **ABSTRACT**

The objective of this study was to determine the level of Depression in adolescent high school students by gender, age, level of schooling and family context. The sample is census, is constituted by a heterogeneous population, made up of 170 adolescent students of both sexes, in the range of 12 to 16 years of age of the Educational Institution National Police of Peru Jorge Cieza Lachos located in the city of Lima, in the district of San Juan de Lurigancho. Descriptive type study, not experimental-transversal design. I use the Children's Depression Inventory (C.D.I.) questionnaire created by María Kovacs (1977), adapted and standardized in Peru by Edmundo Arévalo Luna (2008). The results show the minimum and moderate level of depression in adolescent students, that is to say that in general terms the adolescents that were studied do not have high levels of depression that require immediate attention; Likewise, female students show to be more prone to the symptoms of dysphoric mood and ideas of self-deprecation, since they are closer to the moderate and severe level than males; in the case of students of 14 and 15 years of age, who attend the third, fourth and fifth grade of secondary school, reach a minimum percentage of the severe level showing that there is dysphoric mood and ideas of self-depreciation in these ages that indicate the need for psychological support and counseling, on the other hand in the level of depression according to family context, those who live with other people show a slight level of depressive symptoms meaning that the father-mother composition is not essential for good psychological development in the student.

**Keywords:** Depression, students, adolescents, CDI.

## INTRODUCCIÓN

Una visualización de los estudiantes adolescentes ayuda a describir el fenómeno de la depresión, conocer su historia y analizar el mismo; ya que los síntomas depresivos suelen presentarse por varias razones en los adolescentes y muchas veces no son claramente apreciables en esta etapa, por tanto resulta difícil establecer su autonomía diagnóstica; según esta investigación existen estudiantes que pueden experimentar sentimientos de pérdida, irritabilidad, culpas, negativa sobre sí mismo, deseos de suicidio, sensación de malestar e impotencia ante las exigencias de la vida, etc; siendo estos trastornos cambios psicológicos que alteran la estabilidad emocional del estudiante.

Se observan cambios en el comportamiento de los adolescentes y como sabemos la depresión es un trastorno afectivo que se ve reflejado en el comportamiento. En tal sentido esta investigación pretende describir el fenómeno de la depresión en una muestra de estudiantes de secundaria que se basa en los factores, los tipos y las causas que puedan originar la depresión en estos adolescentes.

Es importante considerar que este proyecto tiene aspectos reflexivos, valorativos, sociales y evolutivos de lo que constituye la depresión; ya que en la actualidad no se toma en cuenta las manifestaciones sintomatológicas como aislamiento social, alteraciones del sueño, ideación suicida, alteraciones del apetito y peso; que llevarían al camino directo del problema existente que pone en riesgo la vida de muchos adolescentes.

Esta investigación describe en el primer capítulo la realidad problemática siendo el nivel de depresión en estudiantes adolescentes lo que nos llevara a estudiar los objetivos de investigación analizando al estudiante en su género, edad, grado de escolaridad y contexto familiar, para luego desarrollar la importancia y viabilidad de la investigación.

El Segundo capítulo está desarrollado por los estudios que anteceden en nuestro país y en el extranjero, en relación al título de esta investigación, signando referencias de estudios como Bienestar Psicológico, Depresión y Rendimiento académico, en estudiantes de secundaria desarrollado en Galicia; así también investigaciones nacionales como

Prevalencia de la Depresión en estudiantes de secundaria en el distrito de Ate., Relación entre la funcionalidad familiar y la Depresión en adolescentes en el Distrito del Agustino, Resiliencia y Depresión en estudiantes de secundaria de Lima Metropolitana; así también se ha desarrollado la teoría que sustenta el tema de la investigación basada a definiciones, conceptos, estudios, extraídos de libros, tesis, etc. siendo de ayuda básica para la comparación de índices de depresión justificando la importancia de la presente investigación.

En el tercer capítulo, se desarrolla las hipótesis derivadas de la problemática y sus objetivos tanto general como específicos; así mismo describe la variable de Depresión y sus dimensiones estado de ánimo disfórico e ideas de autodesprecio con sus respectivos indicadores, los cuales dirigen el desarrollo de esta investigación.

El cuarto capítulo, describe detalladamente el diseño metodológico de esta investigación, el cual se ha orientado a un estudio trasversal no experimental, con una muestra censal de una población heterogénea constituida por 170 estudiantes, a los cuales se aplica la técnica de la encuesta con el cuestionario Children's Depression Inventory (C.D.I.) adaptada y estandarizada en Perú por Edmundo Arévalo Luna (2008), con algunos criterios de exclusión e inclusión, utilizando como recolector de información el SPSS versión 23, plasmado en tablas y su respectiva descripción.

Finalmente el quinto capítulo está desarrollado por el análisis descriptivo, el cual muestra el nivel de depresión en adolescentes según género, edad, grado de escolaridad y contexto familiar, signados en tablas y sus respectivos análisis, así mismo se muestra la discusión, conclusiones y recomendaciones de esta investigación donde se desarrolla el contenido específico de cada problema y sus niveles, describiendo cada objetivo con sus porcentajes respectivos que van desde el leve hasta el severo.

## ÍNDICE

Caratula	i
Dedicatoria	ii
Agradecimientos	iii
Resumen	iv
Abstract	v
Introducción	vi
Índice	viii
<b>CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>10</b>
1.1 Descripción de la realidad problemática	10
1.2 Formulación del Problema	13
1.2.1 Problema principal	13
1.2.2 Problemas Derivados	13
1.3 Objetivos de la investigación	14
1.3.1 Objetivo general	13
1.3.2 Objetivos específicos	13
1.4 Justificación de la investigación	15
1.4.1 Importancia de la investigación	15
1.4.2 Viabilidad de la investigación	16
1.5 Limitaciones del estudio	17
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b>	<b>18</b>
2.1 Antecedentes de la investigación	18
2.1.1 Antecedentes Internacionales	18
2.1.2 Antecedentes Nacionales	20
2.2 Bases teóricas	22
2.3 Definición de términos Básicos	53
<b>CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN</b>	<b>57</b>
3.1 Formulación de la Hipótesis principal y derivada. Variables, definición Conceptual y operacional	57

3.1.1	Hipótesis general	57
3.1.2	Hipótesis derivadas	57
3.2	Operacionalización de variables	59
<b>CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA</b>		<b>60</b>
4.1	Diseño metodológico	60
4.2	Diseño muestral	61
4.2.1	Población	61
4.2.2	Muestra	62
4.2.3	Criterios de inclusión y exclusión	62
4.3	Técnicas de recolección de datos, validez y confiabilidad	63
4.3.1	Técnicas	63
4.3.2	Instrumento	63
4.3.3	validez	67
4.3.4	Confiabilidad	69
4.4	Técnicas del procesamiento de la información	67
4.5	Aspectos Éticos contemplados	70
<b>CAPÍTULO V: ANALISIS Y DISCUSION</b>		<b>71</b>
5.1	Análisis descriptivo, tablas de frecuencia, gráficos.	71
5.2	Discusión y conclusiones	78
5.3	Recomendaciones	82
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</b>		<b>83</b>
<b>ANEXOS Y APENDICES</b>		<b>86</b>
	Matriz de consistencia	87
	Inventario de Depresión Infantil C.D.I	89
<b>INDICE DE TABLAS</b>		<b>91</b>

## **CAPÍTULO I**

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

#### **1.1 Descripción de la realidad problemática**

Según el informe elaborado por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014) los problemas de salud mental “tienden a aparecer al final de la infancia o al comienzo de la adolescencia. Según los estudios más recientes, los problemas de salud mental, en particular, la depresión, constituyen la principal causa de morbilidad en los jóvenes”.

Del mismo modo el Ministerio de Salud del Perú (MINSA) en el 2006 indicó, en el marco del desarrollo de Políticas y Lineamientos de Salud Pública, que la depresión “constituye uno de los factores principales a intervenir, dando prioridad a su prevención e intervención en la etapa de la niñez y adolescencia”.

De acuerdo al Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado (2016) la depresión “es el trastorno mental más frecuente en el país. Se estima que 1’700,000 personas la padecen en el Perú y son los adolescentes la población mas vulnerable ya que por su desarrollo psicológico se vuelven inestables, confrontacionales, no toleran la frustración”.

Se aprecia que este fenómeno incrementa su frecuencia en los adolescentes de nuestro país, siendo las instituciones educativas el lugar de expresión y proyección de sus estados emocionales y en muchos casos el origen social de los mismos.

El sistema laboral y familiar en la actualidad implica muchas más exigencias que influyen en la formación del escolar. Los padres trabajan y se ausentan muchas horas dejándolos solos o en tutela de algún familiar o empleado; en las escuelas existen educandos que limitan su trabajo al desarrollo de sus clases, descuidando la observación de cambios significativos de conducta.

Todo lo anterior puede repercutir negativamente en la vida de los jóvenes estudiantes, de tal forma que estos manifiestan sentimientos de minusvalía, melancolía, pérdida de energía y en general desmotivación para cualquier actividad enriquecedora. Por lo anterior, es de suma importancia conocer para prevenir desenlaces lamentables, se sabe que la depresión es un factor causal del suicidio, por ello, es importante conocer el estado emocional del estudiante ya que se encuentra en proceso de formación, puesto que se debe buscar formas o métodos que permitan que este pueda auto conocerse y desarrollar su personalidad de forma creativa y madura, de este modo mejorarán sus relaciones interpersonales e intrapersonales y con ello una adecuada motivación para su desarrollo personal y social.

Siendo así, se considera pertinente el presente estudio para esclarecer o fortalecer las evidencias sobre la presencia de depresión en los adolescentes en nuestro medio. A partir de estos hallazgos se implementen programas y estrategias de cambio,

pero un cambio que genere beneficios para todos aquellos estudiantes que llevan una vida desorientada a consecuencia de la depresión, para de esta manera aplicar los tratamientos adecuados que les generen un mayor bienestar psicológico en los diferentes campos.

En el contexto educativo los estudiantes de las Instituciones Educativas Policiales no son ajenos a esta realidad, pudiéndose apreciar conductas que dan indicios a problemas emocionales y afectivos, que se hace imprescindible abordar en ambos sexos; dichas Instituciones Educativas están constituidas por la familia policial, por tanto los estudiantes se forman dentro de hogares con padres integrantes de la Policía Nacional del Perú, quienes en la actualidad invierten muchas horas de su tiempo en su institución por la exigencia laboral, motivo por el cual recurren al empleo de terceras personas para el apoyo de crianza, así también hay padres (uno personal policial y otro civil), quienes al pasar de los años no sobrellevan los horarios laborales del miembro policial, trayendo consigo problemas conyugales creándose familias disfuncionales, todo esto trae consigo el abandono emocional y afectivo en los estudiantes, pudiéndose generar en ellos problemas depresivos que puedan ser en su consecuencia resultado de muchos problemas sociales juveniles que existen hoy en día; que muchas veces no son percibidos por su entorno familiar y social, ya que no tienen conocimientos y orientación respecto al fenómeno depresivo y sus consecuencias, de la misma manera en las aulas de esta Institución Educativa no existe en la actualidad material o preparación de los profesionales respecto a este problema psicológico que es de suma importancia para el bienestar estudiantil individual y social.

## **1.2 Formulación del problema**

### **1.2.1 Problema principal**

¿Cuál es el nivel de depresión, en estudiantes de secundaria de la Institución Educativa Policía Nacional del Perú Jorge Cieza Lachos, San Juan de Lurigancho, Lima 2017?

### **1.2.2 Problemas derivados**

1. ¿Cuál es el nivel de estado de ánimo disfórico y de ideas de autodesprecio, según género, en estudiantes de secundaria de la Institución Educativa Policía Nacional del Perú Jorge Cieza Lachos, San Juan de Lurigancho, Lima 2017?
2. ¿Cuál es el nivel de estado de ánimo disfórico y de ideas de autodesprecio, según edad, en estudiantes de secundaria de la Institución Educativa Policía Nacional del Perú Jorge Cieza Lachos, San Juan de Lurigancho, Lima 2017?
3. ¿Cuál es el nivel de estado de ánimo disfórico y de ideas de autodesprecio, según grado de escolaridad, en estudiantes de secundaria de la Institución Educativa Policía Nacional del Perú Jorge Cieza Lachos, San Juan de Lurigancho, Lima 2017?
4. ¿Cuál es el nivel de estado de ánimo disfórico y de ideas de autodesprecio, según contexto familiar, en estudiantes de secundaria de la Institución

Educativa Policía Nacional del Perú Jorge Cieza Lachos, San Juan de Lurigancho, Lima 2017?

### **1.3 Objetivos de la investigación**

#### **1.3.1 Objetivo general**

Determinar el nivel de depresión, en estudiantes de secundaria de la Institución Educativa Policía Nacional del Perú Jorge Cieza Lachos, San Juan de Lurigancho, Lima 2017.

#### **1.3.2 Objetivos específicos**

1. Determinar el nivel de estado de ánimo disfórico y de ideas de autodesprecio, según género, en estudiantes de secundaria de la Institución Educativa Policía Nacional del Perú Jorge Cieza Lachos, San Juan de Lurigancho, Lima 2017.
2. Determinar el nivel de estado de ánimo disfórico y de ideas de autodesprecio, según edad, en estudiantes de secundaria de la Institución Educativa Policía Nacional del Perú Jorge Cieza Lachos, San Juan de Lurigancho, Lima 2017.
3. Determinar el nivel de estado de ánimo disfórico y de ideas de autodesprecio, según grado de escolaridad, en estudiantes de secundaria de la Institución

Educativa Policía Nacional del Perú Jorge Cieza Lachos, San Juan de Lurigancho, Lima 2017.

4. Determinar el nivel de estado de ánimo disfórico y de ideas de autodesprecio, según contexto familiar, en estudiantes de secundaria de la Institución Educativa Policía Nacional del Perú Jorge Cieza Lachos, San Juan de Lurigancho, Lima 2017.

### **1.3 Justificación de la investigación**

#### **1.4.1 Importancia de la investigación**

La investigación es importante ya que generará una serie de conocimientos que servirán como fuente de aporte académico para los profesionales de la salud mental, del área educativa, así como, de la población en general, sobre la importancia de detectar indicadores de depresión en los adolescentes escolares, en forma temprana y conocer sus efectos psicológicos en su desarrollo integral.

Como ya sabemos la depresión en la adolescencia es parte de la realidad actual de nuestra sociedad, sabemos que cuando se aborda este problema en el campo de la psiquiatría del adolescente, la confusión es grande. Un número muy importante de clínicos, tanto pediatras como psiquiatras y psicólogos, se olvidan de considerar esta posibilidad diagnóstica, por tanto, gran porcentaje de los síndromes depresivos en niños y adolescentes, no son diagnosticados, en parte porque sus manifestaciones clínicas son distintas a las de los adultos, porque los niños y aún los adolescentes no son capaces de identificar lo que les ocurre como depresión, y finalmente, porque los

adultos relevantes en la vida del niño y del joven no pueden creer que a su edad, sufra de depresión, y por qué admitirlo así, les amenaza grandemente, pues lo consideran sinónimo de admitir un fracaso como padres o educadores.

Tomando en cuenta lo mencionado anteriormente, finalmente los resultados del presente estudio permitirán el desarrollo de programas de prevención y de intervención psicológica con miras a la detección temprana de la depresión en los adolescentes y poder formular programas adecuados de prevención e intervención.

#### **1.4.2 Viabilidad de la investigación**

La presente investigación es viable ya que se cuenta con los recursos tanto administrativos y económicos para la realización del estudio, así mismo, se cuenta con la facilidad para realizar los trámites de autorización en la institución educativa de la Policía Nacional, de esta forma se ha logrado sensibilizar a los docentes de manera que contribuyan apoyando con minutos de sus horas de clases, para la administración del instrumento.

También es viable debido a que se cuenta con la facilidad para la obtención de la población y muestra objeto de estudio.

#### **1.5. Limitaciones del estudio**

Entre las principales limitaciones respecto al presente estudio se debe considerar que existen pocas investigaciones internacionales que tengan como objeto de estudio la depresión en estudiantes del nivel secundario, la cual empobrece la comparación de datos para un estudio completo en esta investigación.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1 Antecedentes de la investigación**

##### **2.1.1. Antecedentes Internacionales**

Ferrel Ortega, F.; Vélez Mendoza, J.; Ferrel Ballestas, L. (2014) realizó un estudio sobre Factores psicológicos en adolescentes escolarizados con bajo rendimiento académico: depresión y autoestima de cinco Instituciones Educativas Distritales (IED) de Santa Marta- Colombia, el estudio fue de tipo descriptiva y diseño transversal, la muestra se conformó con una población de 629 estudiantes y muestra intencional de 140 estudiantes del Grado 10°, cuya edad oscilaba entre los 14 a 19 años. Se aplicó la Escala de Zung para Depresión (Self-Rating Depression Scale, SDS; Zung, 1965); y la Escala de Autoestima de Rosenberg (Rosenberg, 1989). El estudio concluyó que los estudiantes con bajo rendimiento escolar presentan factores psicológicos negativos que los afectan como los altos niveles de depresión y baja autoestima, ya que se hallaron altos niveles de depresión (86% depresión moderada); baja autoestima (51% autoestima baja) en estos estudiantes.

Estupiñán, N., Pinzón, I., (2014) realizó un estudio Prevalencia Depresión y Factores asociados en estudiantes de secundaria de una Comuna - Medellín 2014, el estudio fue de tipo analítico, de corte trasversal, la muestra se conformó por 453 estudiantes de 16 instituciones educativas, cuya edad oscilaba entre los 10 a 19 años. Se analizaron variables sociodemográficas y del uso del tiempo libre asociadas a la presencia de depresión medida con la escala de depresión de Zung. El estudio concluyó con la prevalencia encontrada del 14,1%. Esta prevalencia es mayor en los adolescentes con un rango de edad entre 14 y 19 años (18,8%). Una vez corrido el modelo multivariado, se encontraron asociaciones entre la presencia de depresión y ser mujer (OR 3,8; IC95% 2,04 – 7,12), el tipo de colegio (OR 3.28; IC 95% 1,24 – 4,24) y el grado escolar con un OR 2,3 (IC 95% 1,24 – 4,24).

Robles, F., Sanchez , A. Galicia, I. (2011) realizó un estudio sobre la relación del Bienestar Psicológico, Depresión y Rendimiento Académico en Estudiantes de Secundaria, el estudio fue de tipo descriptivo-correlacional, la muestra se conformó por 114 adolescentes de los tres grados de educación secundaria cuya edad oscilaba entre los 12 y 16 años. Se aplicó el Inventario de Depresión de Kovacs (1992), la adaptación al castellano de la Escala de Bienestar Psicológico de Rif (Díaz, Rodríguez-Carvajal, Blanco, Moreno-Jiménez, Gallardo, Valle, & Van Dierendonck, 2006). El estudio concluyó en que se muestran diferencias entre hombres y mujeres en el rendimiento escolar y en los niveles de correlación de este parámetro con la depresión y el bienestar psicológico.

### 2.1.2 Antecedentes Nacionales

Cerna, I. (2015) realizó un estudio comparativo de la prevalencia de la depresión en estudiantes de secundaria provenientes de una institución educativa nacional y privada del distrito de Ate. El estudio fue de tipo descriptivo, con diseño comparativo transversal. La población estuvo conformada por 227 estudiantes de la institución educativa nacional y 70 de la institución educativa particular, de ambos sexos, entre 13 y 19 años; de tercero, cuarto y quinto de secundaria. Se aplicó el inventario de depresión de Beck. El estudio concluyó que la prevalencia de depresión grave fue de 9% y 11% en la institución nacional y particular, respectivamente. La muestra de sexo femenino presentó una prevalencia, en mayor proporción, de depresión grave, un 83%. También se encontró depresión grave en los estudiantes de la institución nacional que tenían entre 15 y 16 años (50,7%) y en estudiantes de la institución particular que tenían entre 17 y 18 años (47,6%). Se evidenció diferencias significativas en las dimensiones somáticas y motivacional con relación al sexo y en relación con las instituciones educativas no se evidenció diferencias significativas.

Aguilar, C. et. al. (2010), estudian la Depresión y autoestima en adolescentes con obesidad y sobrepeso: un problema que pesa. Se diseñó un estudio bibliográfico, mediante recopilación de distintos estudios para determinar la relación de la obesidad y el sobrepeso con la baja autoestima y depresión en adolescentes de ambos sexos. Se toma como referencia esta investigación por que determina la existencia de una relación inversa entre la autoestima y la obesidad, con respecto a la depresión, además se identifica que el grupo femenino se ve más afectado en relación al masculino, debido a la cultura social. La apariencia y los cambios son preocupaciones importantes

de los adolescentes, y por esta razón la obesidad los predispone a las consecuencias para la salud mental, siendo una de las causas de la depresión en adolescentes ya que se debe al fuerte impacto social, que tendrá consecuencias negativas frente sus relaciones interpersonales y sobre sus áreas de desarrollo afectivo, personal y estético-físico. La relación entre la obesidad y la depresión podría depender de factores como el sexo, el nivel de la obesidad, el nivel de depresión, socioeconómicos y antecedentes familiares de depresión.

Arenas, S. (2009) realizó un estudio sobre Relación entre la funcionalidad familiar y la depresión en adolescentes del Departamento de Psicología del Hospital Nacional Hipólito Unanue en el distrito del Agustino, departamento de Lima. El estudio fue de tipo descriptivo correlacional, muestra de 63 adolescentes, entre 12 y 17 años, de ambos sexos. Se aplicó el inventario Cuestionario tetradimensional de Depresión (CET-DE), y la Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES III). El estudio concluyó en que la percepción de los niveles de funcionalidad familiar y su relación con la presencia o ausencia de depresión en adolescentes no presenta relación significativa, en cuanto al sexo no se hallaron diferencias estadísticamente significativas, no obstante la frecuencia de depresión en las mujeres se observó que era mayor que en los varones.

Velasquez, C., Montgomery, W. (2009) realizaron un estudio sobre Resiliencia y Depresión en estudiantes de secundaria de Lima Metropolitana con y sin participación en actos violentos, el estudio fue de tipo descriptivo correlacional y comparativo, se realizó en 29 instituciones educativas de los Conos Norte, Este y Sur, de Lima Cercado y Callao, con una muestra de 1309 alumnos, de los cuales 641 están

clasificados como que no participan y 668 como que participan en actos violentos, del tercero al quinto de secundaria, de género masculino y femenino, con una edad promedio de 16 años. Para la obtención de la muestra, se aplicó el procedimiento de muestreo probabilístico, los instrumentos utilizados fueron la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young (1993), y el Inventario de Depresión en la Adolescencia (IDA), adaptado por Aranda (1999). El estudio concluye según los investigadores en que existen correlaciones positivas en los componentes internos de ambas pruebas, mientras que al correlacionarlas entre ellas la relación es más diversa. Se identificaron diferencias entre los alumnos violentos y no violentos en cuanto a los factores de confianza, autoritarismo e ideas suicidas. Asimismo, en la comparación intersexo, se identificaron diferencias entre mujeres y varones respecto al grado de control emocional, toma de decisiones, autocrítica, propensión al llanto y otras variables.

## **2.2 Bases teóricas**

### **2.2.1. Depresión.**

La historia de la evolución del concepto “depresión adolescente” se puede resumir en etapas esenciales: a comienzos del siglo XIX se introduce en el campo científico moderno y resurge de forma progresiva en el transcurso de los últimos veinte años del siglo XX. En una segunda etapa se da menos importancia a los síntomas manifiestos y se da mayor importancia a los conflictos intrapsíquicos que los determinan (enfoque psicoanalítico). A través de diversos estudios se observa que las perturbaciones psicopatológicas adolescentes, no desaparecen de manera espontánea, sino que progresan y se estructuran como una patología definida en la edad adulta, en ausencia de intervenciones oportunas (Casullo, 1998).

Hipócrates, “fue el primero en aportar un descubrimiento importante en el campo de la depresión, reconociéndola como una enfermedad que debe ser considerada y tratada con importancia, llamándola melancolía y haciendo una descripción clínica de ésta mencionando a los cuatro humores corporales”.

Todas las definiciones en relación a la depresión, están basadas prácticamente en un síntoma muy característico de esta enfermedad, la tristeza; el estar triste y sentirse deprimido se utilizan como síntomas principales; así que por tanto depresión es un estado de tristeza que nos lleva al concepto de Marquez (1990), el cual dice, “que la depresión es la falta o el déficit de energía psíquica. Energía psíquica es aquella fuerza que vivifica y anima y que procede de unas relaciones satisfactorias con el ambiente y con uno mismo”.

Aaron Beck, afirma que en “el estado depresivo encontramos este tipo de juicio negativo en lo que llama, “triada cognitiva”, que define la tendencia del depresivo a verse a sí mismo, al entorno y al futuro de modo negativo” (Vargas Mendoza y J.E. 2009).

Beck “desarrolla un modelo sobre la depresión describiendo el tipo de pensamiento de los sujetos depresivos en lo que se refiere a su contenido como a sus características formales y modo de procesar la información”.

Según estos autores podemos darnos cuenta que ellos coinciden en como los pensamientos influyen y pueden cambiar nuestras conductas (Moreno Jiménez y Sebastián Herranz 1986).

De acuerdo a la sintomatología, Beck clasifica las manifestaciones de la depresión en cinco campos.

- 1- Manifestaciones emocionales: apatía, tristeza, falta de afecto hacia los demás, sensación de abatimiento.

- 2- Manifestaciones cognitivas; pensamientos autoculpabilizante, percepción infravalorativas, de sí mismo, expectativas de futuro negativas.
- 3- Manifestaciones motivacionales: deseos de suicidio, dependencia de los demás, tendencia a la huida y evitación, falta de motivación o estímulo, incapacidad para la toma de decisiones.
- 4- Manifestaciones vegetativas: astenia y cansancio.

Manifestaciones motoras: retardo en los movimientos o agitación. (Vargas Mendoza y J.E. 2009).

La clasificación internacional de enfermedades en su décima revisión (CIE – 10), describe el trastorno depresivo recurrente “como un trastorno que se caracteriza por la aparición de episodios repetidos de depresión, que pueden presentar los rasgos de episodio depresivo leve, moderado o grave, pero sin antecedentes de episodios aislados de exaltación del estado de ánimo o aumento de la vitalidad suficientes para satisfacer las pautas de manía”. No obstante, pueden haberse presentado episodios breves de elevación ligera del estado de ánimo o hiperactividad (que satisface las pautas de hipomanía) inmediatamente después de un episodio depresivo, a veces precipitados por el tratamiento antidepresivo. La edad de comienzo y la gravedad, duración y frecuencia de los episodios depresivos pueden ser muy variables y determinantes para el curso del trastorno, así como para el respectivo tratamiento. Los episodios también suelen tener una duración de tres a doce meses (duración media de seis meses), pero las recaídas son menos frecuentes. La recuperación suele ser completa; un pequeño número de enfermos queda crónicamente deprimido, en especial si se trata de personas de edad avanzada (en estos casos ha de utilizarse también esta categoría). A menudo, acontecimientos vitales estresantes son capaces de precipitar episodios aislados con independencia de su

gravedad y en muchas culturas son dos veces más frecuentes en las mujeres que en los varones, tanto los episodios aislados como cuando se trata de depresiones persistentes (Organización Mundial de La Salud, 2000).

Lara, Acevedo y López (1998), indican “que la depresión, puede ser entendida como un estado de ánimo, como la presencia de sintomatología depresiva y como trastorno clínico”. Para Lara (1999), “la depresión es uno de los estados psicológicos desagradables que afecta a la mayoría de las personas en alguna época de su vida; este estado puede ser transitorio o prolongarse más allá de meses o años. Además de que ante la diversa problemática que genera en los individuos, se ha reconocido en países con diversas culturas como el problema de salud mental más común”.

Casullo (1998), indica que “la depresión hace referencia a un cuadro clínico unitario para cuyo diagnóstico se requiere la presencia de un conjunto complejo de síntomas y de criterios de inclusión y exclusión, los cuales abarcan cinco núcleos”.

a) Síntomas anímicos: abatimiento, pesadumbre, infelicidad, irritabilidad (disforia). En algunos casos se pueden negar los sentimientos de tristeza, alegando que se es incapaz de tener sentimiento alguno.

b) Síntomas motivacionales: apatía, indiferencia, disminución de la capacidad de disfrutar (retardo psicomotor).

c) Síntomas cognitivos: valoración negativa de la persona misma, de su entorno, de su futuro.

d) Síntomas físicos: pérdida de sueño, fatiga, pérdida del apetito, así como una disminución de la actividad y los deseos sexuales que en los hombres puede acompañarse de dificultades de erección. Molestias corporales como dolores de cabeza, de espalda, náuseas, vómitos, estreñimiento, micción dolorosa, visión borrosa.

e) Síntomas vinculares: se distingue por el deterioro de las relaciones con los demás; las personas deprimidas normalmente sufren el rechazo de las personas que los rodean, lo que conlleva que se aislen más.

Los síntomas más frecuentes en pacientes con depresión son: insomnio, tristeza, llanto, baja concentración, ideaciones suicidas, fatiga, irritabilidad, retardo psicomotor, anorexia, desesperanza, intentos de suicidio, irritabilidad, problemas de la memoria (Casullo, 1998).

Antes de la publicación del DSM-III las actitudes predominantes hacia el diagnóstico de los trastornos afectivos en niños y adolescentes oscilaban entre la incredulidad de que estos trastornos existieran antes de la adolescencia tardía y la inclusión excesiva de numerosos y diferentes tipos de problemas emocionales y conductuales como reflejo de reacciones depresivas enmascaradas. Se diagnosticaban depresiones enmascaradas en jóvenes que manifestaban hiperactividad, comportamiento agresivo (delincuencia) cuando niños o adolescentes mostraban ocasionalmente un estado de ánimo deprimido y se referían a temas depresivos o pesimistas en los tests proyectivos (Shaffer y Waslick, 2003).

El Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-R), aborda la depresión, distinguiendo diferentes niveles depresivos, estos son:

1. Episodio depresivo mayor.

En este tipo, los síntomas aparecen durante la mayor parte del día, casi a diario y por un período de dos semanas como mínimo. Los síntomas incluyen la alteración del apetito (por lo general disminuye), alteraciones del sueño (insomnio o hipersomnia), agitación manifiesta mediante la incapacidad de permanecer sentado, deambulación continua, retorcimiento de manos, estiramiento o manoseo del cabello y/o piel, enlentecimiento psicomotor y disminución de energía (sentimientos excesivos o inadecuados de

inutilidad o culpa, dificultades de pensamiento o de concentración e ideas de muerte recurrentes o ideas o intentos de suicidio). Los síntomas asociados más frecuentes a este episodio son llanto, irritabilidad, ansiedad, rumiación obsesiva o repetitiva, crisis de angustia, excesiva preocupación por la salud física y fobias.

Respecto a la edad media de inicio es posterior a los 20 años, pero puede comenzar a cualquier edad, incluyendo la infancia. En la etapa de la adolescencia puede aparecer como una conducta antisocial; es común el sentimiento de no ser comprendido o aprobado, inquietud, malhumor y agresividad; son probables las dificultades escolares y puede haber falta de cuidado en el aspecto personal y aumento de las emociones con especial énfasis en la sensibilidad al rechazo de relaciones amorosas. Como factores predisponentes al desarrollo de un episodio depresivo mayor se pueden considerar algunos eventos, como son una enfermedad física crónica y la dependencia de sustancias psicoactivas –en particular la del alcohol y la cocaína. En otras ocasiones este episodio depresivo puede aparecer después de la muerte de un ser querido, la separación conyugal o el divorcio e incluso posterior al parto. La duración de un episodio de este tipo es variable, sin tratamiento puede durar hasta seis meses o más. Por lo general, se combinan los síntomas y la actividad global se restablece a un nivel premórbido, pero en un número elevado de casos algunos síntomas del episodio persisten hasta por dos años, dichos episodios se especifican como de tipo crónico. La complicación más grave que se puede tener es el suicidio.

## 2. Distimia.

Es difícil distinguir la diferencia entre depresión mayor y Distimia, debido a que comparten la sintomatología característica. Generalmente la primera consiste en uno o más episodios depresivos mayores que pueden diferenciarse de la conducta habitual, en

tanto que la Distímia se caracteriza por un síndrome depresivo leve o crónico, que se ha mantenido durante muchos años.

Otros niveles depresivos referidos en el DSM-IV-R, son la Melancolía, el Trastorno Bipolar y la Ciclotímia, episodios depresivos que sólo se mencionarán, ya que para los fines del presente trabajo sólo se consideran el nivel depresivo mayor y el episodio depresivo distímico, esto por las edades en que se desarrollan (la infancia y la adolescencia principalmente) y su relación establecida con el consumo de sustancias psicoactivas.

La depresión es una tristeza sin razón aparente que la justifique; puede aparecer en niños, adolescentes y adultos jóvenes, medios y tardíos. En los niños y adolescentes puede provocar un bajo rendimiento escolar, acompañado de diversas manifestaciones de tristeza y aislamiento voluntario que reportan como “querer estar solos”. Otras características del cuadro clínico son el frecuente pesimismo y el nivel de autoestima bajo. La depresión puede aparecer en un hombre o en una mujer aunque las mujeres son dos o tres veces más propensas que los hombres a tener esta enfermedad debido a las exigencias socioculturales del entorno y a la variación hormonal; pero en términos generales es tratable y puede afectar a todas las personas en cualquier momento de la vida (Vallejo-Nagera, 1999).

### **2.2.2 Depresión en la adolescencia**

Durante este período de la vida hay muchas interrogantes, pocas respuestas y desconcierto ante los cambios en general, tal hecho provoca en ciertos adolescentes malestar emocional, como la sintomatología depresiva, que surge como resultado del propio proceso de la adolescencia.

Para Craig (2001), “la depresión durante la adolescencia ocurre junto con otros trastornos como la ansiedad y los trastornos de conducta, en respuesta a tensiones internas y externas. Señala que es más probable que los varones se involucren en problemas cuando están deprimidos, en tanto que las mujeres suelen presentar trastornos alimentarios como la anorexia o la bulimia al deprimirse, además de que la depresión se interrelaciona con los pensamientos suicidas y el abuso de sustancias”.

Añade que un funcionamiento social deficiente empeora a veces la relación entre el progenitor e hijo durante la adolescencia y puede también afectar las amistades y las relaciones amorosas. Entre los factores que exponen a los adolescentes a la depresión y a las reacciones al estrés se encuentran:

- Imagen corporal negativa, que puede producir depresión y trastornos alimentarios.
- Mayor capacidad de reflexionar sobre uno mismo y sobre el futuro, lo que causa depresión cuando el adolescente piensa en las posibilidades negativas.
- Problemas familiares o de salud mental de los padres, que pueden originar reacciones de estrés y depresión, al igual que trastornos conductuales.
- Conflictos conyugales o divorcio y problemas económicos de la familia, que pueden ocasionar depresión y estrés.
- Poca popularidad entre los compañeros, la cual se relaciona con la depresión en la adolescencia y es uno de los principales indicadores de depresión en el adulto.
- Bajo aprovechamiento escolar, que produce depresión y conducta negativa en los hombres pero que no parece afectar a las mujeres.

Muchos autores coinciden en decir que debido a la inestabilidad que caracteriza a los adolescentes es frecuente que presenten síntomas de diversos trastornos psicológicos que tienden a desaparecer con la conclusión de esta etapa, la depresión es uno de ellos (Mariño, Medina-Mora, Chaparro, González-Forteza, 1993).

Como indica Dallal (2000): “es necesario sistematizar el conocimiento del desarrollo adolescente; considerar la naturaleza del proceso y el ambiente en que se manifiestan sus conductas para después emitir un juicio objetivo. Si se refiere a la adolescencia, Dallal, señala que la presencia de la depresión es, a la vez, un fenómeno común y transitorio y una enfermedad peligrosa que puede derivar en actuaciones autodestructivas:

- Como fenómeno transitorio, es común cuando se enfrentan algunas de las vicisitudes del propio proceso adolescente, antes de que el joven responda al desafío de ese momento de su vida.
- Como enfermedad psiquiátrica, se convierte en peligrosa debido a la tendencia adolescente hacia la escenificación de sus conflictos por medio de actuaciones impulsivas”.

Para Martín (1989), “la depresión tiene repercusiones en tres órdenes:

- En el orden cognitivo: la depresión dificulta la posibilidad de percibir o admitir las relaciones posibles entre la acción y la modificación de las circunstancias o acontecimientos exteriores.
- En el orden emotivo: el depresivo se siente incapaz e impotente frente a la magnitud de las dificultades externas. Cualquier esfuerzo le resulta imposible, tiende a infravalorarse considerándose una persona inútil, incapaz, sometida al destino y sin posibilidad de afirmarse a sí misma a favor de lo que desea o en contra de lo que rechaza.
- En el orden comportamental: el depresivo es un ser pasivo, sin estímulo para la acción, sin esperanza para emprender ningún proyecto vital, hasta llegar al extremo de renunciar al esfuerzo fundamental de vivir”.

A partir de estos datos, se presenta un problema fundamental: diferenciar entre los adolescentes realmente depresivos y aquellos que en el contexto de su cambiante estado de ánimo presentan episodios pasajeros de abatimiento a modo de exagerada reacción ante frustraciones más o menos triviales. Para la mayoría de los adolescentes tales sentimientos son pasajeros, y hacen parte de los altibajos emocionales que suelen presentarse en esta etapa. No obstante, para algunos la depresión o la melancolía puede ser el estado de ánimo predominante, en este tipo de casos, es necesario prestar mayor atención para que el estado depresivo no se torne crónico y traiga consigo problemas de mayor importancia (Wicks y Israel, 1997).

### **2.2.3 Causas de la Depresión**

Hace poco tiempo, algunos años atrás los especialistas hablaban de depresión externa, “exógena” cuando la causa era algún acontecimiento en la vida del paciente, y depresión interna o “endógena” cuando la causa era un desequilibrio en la bioquímica cerebral. Hoy sabemos que esa distinción no es útil porque es muy difícil separar causa y consecuencia. Es cierto que algunas personas parecen estar profundamente deprimidas sin motivo ninguno y podemos suponer que entonces existe un fuerte componente físico en su depresión. Es decir, su cerebro probablemente no asimila bien una sustancia llamada dopamina. Sin embargo, en todas las depresiones se produce la falta de esa sustancia. (Calderón, G. 1984)

Junto a los problemas físicos, desequilibrios hormonales, herencia genética y falta de dopamina en el cerebro, que son los responsables directos de la tristeza y la apatía, existen pautas de pensamiento que se aprenden en la infancia. Hacia los cinco años un niño ya tiene formado lo que será el núcleo básico de su personalidad. A partir

de esta edad, va formando la autoestima y el auto concepto, es decir, lo que piensa de sí mismo. Si no recibe la atención adecuada, si es maltratado o menospreciado, lo que pensará de sí mismo es que no merece ser querido, y esta será una creencia fundamental que condicionará toda su vida. Entonces cualquier desencadenante externo, un fracaso escolar, pérdida de un ser querido, despido, traslado, etc., puede conducir fácilmente a la depresión. De este modo podemos afirmar que las depresiones se producen por un conjunto de causas entre las que figuran como más destacadas: un factor genético, una creencia profunda en no merecer afecto que viene de la infancia y una causa externa que lo precipita. Por lo tanto en los adolescentes, los grandes cambios biológicos de la edad, la creciente sexualidad, la incertidumbre por el futuro y las relaciones interpersonales, ejercen una fuerte presión en el adolescente. (Calderón, G. 1984)

La depresión, es un trastorno que suele presentarse durante los años de la adolescencia y se caracteriza por sentimientos persistentes de tristeza, desánimo, pérdida de la autoestima y ausencia de interés en las actividades usuales. Puede ser una respuesta transitoria a muchas situaciones delicadas y factores de estrés; pero normalmente este estado es común en los adolescentes como consecuencia del proceso normal de maduración, del estrés mismo que este proceso le provoca, de la influencia de las hormonas sexuales y de los conflictos de independencia con los padres. Aunque también puede presentarse como reacción a un evento perturbador, como la ruptura con la novia o novio, muerte de un amigo o pariente o el fracaso en la escuela. Los adolescentes que presentan baja autoestima, que son muy autocríticos o que enfrentan poco sentido de control sobre los eventos negativos, presentan un riesgo particular de deprimirse cuando experimentan eventos generadores de estrés. (Calderón, G. 1984)

#### **2.2.4 Tipos de Depresión.**

Podemos hablar de depresión mayor, depresión menor o Distimia y depresiones puntuales asociadas al parto, la menopausia, la regla, (como pueden ver, muchas asociadas a la mujer) Estos son los tipos más frecuentes que podemos encontrar en la población general, aunque no son los únicos.

Hablamos de depresión mayor cuando nos enfrentamos a un estado severo que afecta profundamente a la persona y su entorno, limitando su actividad diaria y que dura al menos un mes. Como ya hemos dicho, los síntomas suelen ser: tristeza, llanto, falta de apetito (a veces lo contrario), dolores y sobre todo la desesperanza, el pensar que nada va a cambiar, “verlo todo negro”. Algunos enfermos han definido su estado como “un pozo muy hondo”, “una caída sin fin”, “un túnel negro del que no se sale” etc. Estas personas necesitan ayuda profesional para salir de este estado y hay que proporcionársela cuanto antes.

La depresión menor o Distimia, es un estado crónico, casi una “forma de ser”, estas personas parecen no estar nunca felices, ni bien del todo. No es una tristeza tan profunda como la anterior, el estado del paciente no es tan grave, ni se ven tan afectados su trabajo y su vida personal, pero la situación se alarga en el tiempo, a veces durante muchísimos años, hasta el punto que la persona ya no comprende otra forma de vida. Suelen aparecer temporadas bajas y altas, días mejores y peores, pero nunca llega sentirse bien del todo. A esta misma categoría pertenecen las “depresiones estacionales” que algunas personas sufren tan solo en determinadas estaciones como el invierno o la primavera.

En cuanto a las depresiones posparto, post menopausia, etc. parecen tener un fuerte componente hormonal y suelen ser breves pero a veces muy agudas.

### **2.2.5 Sintomatología de la depresión en adolescentes**

La teoría de la depresión enmascarada supuso un avance en el reconocimiento de la depresión infantil. La observación de un estado de ánimo irritable o disfórico en numerosos problemas propios de la infancia y de la adolescencia, como dificultades en el aprendizaje escolar, hiperactividad, conducta antisocial, ansiedad de separación, anorexia nerviosa, rechazo escolar, llevaron a hipotetizar que la depresión era un trastorno latente que se manifestaba de diferentes formas. (Aurora García M. vol. 1. Núm. 3. 2013)

Las manifestaciones clínicas más frecuentes para la depresión en la adolescencia, ordenadas de acuerdo a como se reportan en la literatura son las siguientes: tristeza, quejas de hipocondriasis, ideación suicida, desesperanza, sentimientos de culpabilidad, ansiedad, rabia y angustia en contra de los padres y la autoridad, sensibilidad a la crítica, somatización, fluctuación del humor entre la apatía y la elocuencia, impotencia, soledad, inquietud, sentimientos de inutilidad, huida, falta de interés y falta de energía (Mezzich y Mezzich, 1979).

Los padres y otros adultos que tengan un contacto frecuente con el adolescente pueden apreciar un cambio general en su estado anímico o en su conducta. Un estado de ánimo predominantemente eutímico y alegre puede verse sustituido por un estado de disforia y/o irritabilidad. Puede ser que los padres noten en su hijo un incremento de infelicidad, llanto, reacciones de enfado o verdaderos ataques de rabia ante provocaciones mínimas. Los cambios en el tono emocional y la capacidad de regulación emocional, que finalmente pueden diagnosticarse como manifestaciones de una depresión clínica, generalmente van más allá de la tristeza o el mal humor de la infancia

y la adolescencia. Los cambios de humor que duran más de unos pocos días son más significativos que uno o dos días pasajeros de sentimientos de tristeza o irritabilidad (Shaffer y Waslick, 2003).

De esta manera son los padres quienes por su cercanía a los adolescentes, pueden reconocer los primeros signos de un trastorno del estado de ánimo en desarrollo y consultar por ello. Los niños o adolescentes raramente buscan por si solos el contacto con algún profesional de la salud mental para la evaluación de síntomas afectivos, aunque con más frecuencia pueden contactar con profesionales o servicios disponibles en el mismo recinto escolar. Por lo tanto, puede tener cada vez mayor importancia formar a los profesionales de las escuelas sobre los signos y síntomas de la depresión, para así incrementar la probabilidad de reconocimiento precoz e intervención apropiada para los jóvenes con trastornos del estado de ánimo (Shaffer y Waslick, 2003).

El bajo rendimiento académico, los problemas de absentismo y fracaso escolares son problemas concomitantes comunes en niños y adolescentes con depresión. Aunque a menudo se cree que los problemas concomitantes son consecuencia de la depresión en jóvenes, los problemas académicos pueden preceder al comienzo de los síntomas depresivos en algunos niños. En niños, adolescentes y adultos, generalmente se acepta que los componentes cognoscitivos de los síndromes depresivos dificultan extremadamente el mantenimiento de un nivel académico o rendimiento profesional normales. Las personas jóvenes con depresión a menudo experimentan problemas a causa de una disminución del interés subjetivo en el progreso académico, tienen dificultades para concentrarse y prestar atención tanto en clase como a la hora de hacer los deberes en casa, y manifiestan una pérdida de la energía y motivación requeridos para el éxito académico, lo que hace que el rendimiento escolar pre-mórbido sea cada vez más difícil de mantener. A veces, algunos individuos se sienten tan alterados que

abandonan sus esperanzas de alcanzar cualquier logro o éxito académico y hasta dejan completamente de asistir a la escuela; la depresión clínica es uno de los diagnósticos psiquiátricos más comunes entre la población de jóvenes que se niegan a ir al colegio (Hammen y cols., 1999).

El incremento de los conflictos familiares es una de las causas relacionadas con la depresión en jóvenes. La irritabilidad en los niños puede conducir a frecuentes interacciones insatisfactorias con los padres o hermanos. Los conflictos pueden aparecer por el incremento de los problemas académicos en los niños y adolescentes, y los padres pueden alarmarse, preocuparse o, con frecuencia, enfadarse a causa del empeoramiento en el rendimiento académico. Pueden aparecer disputas relacionadas con los roles familiares cuando un niño con depresión grave es incapaz de mantener determinadas funciones que previamente le han sido asignadas o que el mismo ha asumido. Los adolescentes que afrontan los síntomas de la depresión a menudo intentaran buscar instintivamente otras maneras de sobrellevar la creciente disforia como pueden ser actividades que los adultos pueden considerar problemáticas o poco saludables, y que les llevan incluso a consultar a un especialista (Shaffer y Waslick, 2003).

Es muy frecuente que los adolescentes se esfuercen para satisfacer a sus padres, pero a su vez, descubren que pueden ser incapaces de lograr este fin y que por el contrario deberán renunciar a sus oportunidades de individuación. El adolescente experimenta resentimiento y enojo contra las figuras significativas, expresada mediante accesos de rabia, rebeldía e incluso violencia. Puede suceder que en la mayoría de los casos, el adolescente reprime su enojo, teniendo impulsos sádicos muy pronunciados sin exteriorizarlos provocándole sentimientos de culpa e indignidad. De esta forma el joven desarrollara en esta etapa características de personalidad exigentes junto con una

tendencia a la dependencia, serán interesados y egoístas e ignoraran los sentimientos de los demás. (González, 2001).

Es común además que, especialmente en adolescentes, el primer motivo de consulta de la depresión sea una crisis suicida. Las crisis pueden ser el resultado directo o indirecto de la expresión de pensamientos o ideas suicidas, o de una forma de comportamiento autolesivo que oscila desde la autolesión suicida hasta atentados graves contra la propia vida, acompañados de un deseo expreso de morir. Aunque no todos los niños o adolescentes que han sufrido de crisis suicidas presentan trastornos en el estado de ánimo, la depresión es el primer factor de riesgo para la ideación o intentos suicidas, al igual que para el suicidio consumado, tanto en la población prepuberal como adolescente. Por lo tanto, la evaluación de la presencia de trastorno del estado de ánimo es un componente esencial en la evaluación de todo joven suicida (Shaffer, 2000).

Sin embargo, no todos los síntomas que se presentan durante la depresión en adolescentes son de características conductuales sino que además pueden estar acompañados de sintomatología somática, tales como; dolor de cabeza, fatiga crónica, síntomas gastrointestinales y dolor musculo esquelético. Las enfermedades escolares y los médicos de asistencia primaria pueden ser requeridos para evaluar síntomas somáticos que pueden estar relacionados con la depresión. Además, en los jóvenes, la depresión puede ser un estado comorbido o una complicación de una enfermedad o tratamiento médicos. La depresión es habitual en adolescentes con diabetes mellitus y otras enfermedades médicas. A veces, la depresión puede asociarse a ciertos tipos de tratamiento médico. (Hull y Demkiw-Bartel, 2000).

## Factores de Riesgo de la Depresión Infantil

La interacción de factores ambientales y personales puede generar depresión infantil. Un niño muy vulnerable se puede derrumbar ante pequeñas contrariedades; mientras, que un niño competente sólo se viene abajo ante una gran adversidad. Entre los factores personales se cuenta la vulnerabilidad diferencial de los sujetos a desarrollar una depresión en relación con elementos que atañen al sujeto (sistema nervioso temperamento. personalidad) y que de alguna manera representa una disposición a priori del comportamiento.

Mientras, que en los factores ambientales estarían aquellos que atañen directamente a la familia (apego, dinámica familiar, relaciones) y los que corresponden al entorno social inmediato (escuela) o mediato (sociedad, cultura), además de las variables ecológicas. Los acontecimientos del entorno constituyen la estimulación que condicionan determinadas respuestas del sujeto en función de sus características personales produciéndose una interacción que explica la aparición de la conducta tanto adaptada como desadaptada.

### 1. Factores Personales

Se va a considerar el término "personal" en un sentido amplio, incluyendo aquí todos los factores que atañen a un sujeto tanto desde el punto de vista físico (biológico) como psicológico.

## Biológico

Desde la perspectiva orgánica, se considera que la depresión tiene su origen en una disfunción de los mecanismos neurofisiológicos que regulan la conducta ya sean estos de carácter hereditario o adquirido. Estudios recientes han encontrado una correlación moderada entre síntomas depresivos en gemelos monocigóticos (Ely & Stevenson, 1999 en del Barrio, V. 2000), lo que resulta nuevo es que la localización de esta disfunciones asocia al Sistema Límbico, especialmente el eje hipotalámico-pituitario y a los neurotransmisores implicados en su conexión.

En la actualidad, la evaluación de la base biológica de los elementos orgánicos de la depresión se hace a través de los "marcadores", que son pruebas indirectas de la disfunción que servirá de base para un mejor tratamiento farmacológico.

Se considera que hay marcadores actuales, que solo se encuentran en sujetos actualmente deprimidos y marcadores predictivos que aparecen en los sujetos que tienen tendencia a desarrollar una depresión en el futuro.

El nivel de cortisol es uno de los marcadores actuales de una disfunción del eje hipotalámico -pituitario. Los sujetos deprimidos tienen unos niveles excesivamente altos de cortisol y estos niveles descienden cuando mejoran. Sin embargo; esta relación del cortisol con la depresión tiene un problema y es que solo aparece en un 30 a 50% de los adultos deprimidos y esta proporción es más débil en el caso de los niños (Dahl, R., et al., 1991; Hart, Gunar y otros, 1996).

Otro marcador es la "hormona de crecimiento", parece que en los niños deprimidos se da un déficit de secreción de esta hormona y además están alterados los ritmos de secreción que son fundamentalmente nocturnos en los niños por debajo de los 12 años (Puig - Antich, 1984, 1986 en del Barrio, 2000).

Clásicamente se han encontrado bajos niveles de secreción de norepinefrina, serotonina y melatonina en los sujetos deprimidos (Crytryn et al, 1974 en del Barrio, 2000).

Diversos autores encuentran diferencias en los ritmos del sueño en niños deprimidos, en los que no parecen haber las mismas alteraciones electroencefalográficas que en los adultos; se cree que en los niños se da un proceso madurativo que afecta al sueño y que hace muy difícil la determinación de pautas de normalidad en niveles bajo de edad (en del Barrio, 2000).

Con relación a la transmisión genética se ha encontrado que los familiares de primer y segundo grado de consanguinidad son vulnerables a la depresión, estadísticamente presentan mayores índices depresivos, al igual que en otros disturbios (Nunes, Darío y otros, 1992; Harrington, Fudge y otros, 1993).

### Psicológico

Los factores de riesgos psicológicos se refieren a episodios anteriores, repertorios básicos de conducta, comorbilidad y personalidad. Depresiones precedentes, de solución de problemas de auto-observación, de auto-refuerzo, etc.

El temperamento es una parte biológicamente determinada de la personalidad que incluye el sustrato neurológico, endocrinológico y aún bioquímico desde el cual la personalidad comenzará a formarse. Dentro de los rasgos temperamentales los que se asocian a la depresión son: la emocionabilidad excesiva, porque hace incontrolables las

reacciones de esta naturaleza; la sociabilidad deficiente, porque dificulta la comunicación; y por tanto, la expresión de sentimientos y la actividad deficiente, porque resta capacidad de tener experiencias (en del Barrio, 2000).

Las investigaciones en relación al temperamento y la depresión se basan mayormente en los datos que aportan los padres apuntando a una baja sociabilidad, una alta emocionabilidad y una adaptación deficiente, que suponen un mayor riesgo en la aparición de la depresión infantil (Kelvin et al.,1996; Gooye et aL, 1993 en del Barrio. 2000).

En la actualidad la mayoría de expertos apoyan la idea de la interacción entre lo biológico y lo ambiental de tal manera que es posible que ante los mismos acontecimientos dos sujetos reaccionen de forma diferente porque tienen un sustrato que procesa de distinta manera una misma información o porque han tenido experiencias diferentes (del Barrio, 2000).

Este es el caso de ciertas cualidades personales cuya adquisición depende del aprendizaje social al que se esté sometido que tienen mucho que ver con la posibilidad de ser feliz o por el contrario caer en una depresión: la autoeficacia, la búsqueda de seguridad, las expectativas y la autoestima (Vostanis. Feehan y otros, 1998; Joiner, 1999; Bandura, 1999 en del Barric 2000), las cuales están estrechamente ligadas en la relación que los padres brindan al niño sobre sí mismo.

Dentro de los problemas psicológicos encontramos que la enuresis (Oliveira y Tapia, 1989) y la ansiedad pueden genera depresión en el futuro donde se altera la convivencia perturbando las personas de su entorno (Vásquez, Avila y Rodríguez, 1996 Cole, Truglio y Peeke, 1997; Cole, Peeke y Martin, 1998), dentro de los factores que se relacionan entre ambos son afecto negativo generalizado y anhedonia (Joiner, Catanzaro y Laurent, 1996). Otros estudios sustentan la relación entre ansiedad y depresión

(Crowley y Emerson, 1996; Weems, Hammond- laurence y otros 1997). En el desorden de atención/hiperactividad se puede presentar depresión, ansiedad y tics (Spencer, Biederman y otros 1997).

## 2. Factores Ambientales

En esta parte, consideraremos específicamente aquellos factores ambientales que habitualmente se han relacionado con la aparición de la depresión infantil: familia, escuela, sociedad y ecología.

### Familia

Para un niño el factor ambiental más importante es la familia nuclear, que se comporta como una placenta social y condiciona y mediatiza la mayor parte de los aprendizajes que un ser en desarrollo lleva a cabo. Es evidente que la familia no es una galaxia, sino que viene y actúa inmersa en una sociedad, en una cultura y en una época. Todo ello condiciona su funcionamiento, sus posibilidades y sus expectativas.

Normalmente cuando se habla de familia se usan dos conceptos: el de estructura y el de función. Realmente lo importante es la función, que consiste en educar a un niño para que pueda subsistir autónomamente en el mundo y en las mejores condiciones posibles, consideradas estas desde una perspectiva tanto material como psíquica. Por consiguiente, las variables del entorno familiar juegan un papel

fundamental para el desarrollo y mantenimiento de la depresión, y uno de los posibles síntomas es el suicidio (Payne y Range, 1996).

La afectividad es una de las nutrientes psicológicas importantes para el niño. El niño atiende, aprende y se socializa porque se halla vinculado sentimentalmente a sus progenitores. El cariño que un niño siente por su cuidador primario (apego) es el motor para el esfuerzo de aprender todos los elementos que componen el complejo mundo en el que se tiene que integrar. La carencia de afectividad, donde el niño no se sienta querido, apoyado, admirado, es decir, psíquicamente protegido puede desarrollar diversos tipos de problemas y uno de ellos puede ser la depresión (Hammen, 1993, en Méndez, 1998).

En las relaciones entre padres e hijos parece que el afecto depresivo tiene su fundamento en una etapa muy temprana del desarrollo denominada etapa de fijación sensorial (Millon, 1998).

Prácticamente hay unanimidad en las investigaciones sobre la existencia de una correlación positiva entre las malas relaciones padres- hijos y depresión infantil. Por otra parte, también se ha comprobado que el curso de la depresión en el niño está correlacionada con esta interacción, puesto que cuando la relación es mala es más difícil la recuperación y mejoría del niño, constatándose que las causas son de naturaleza plural (en González, 1998).

En algunas situaciones esas malas relaciones se basan en que los padres no saben controlar sus sentimientos negativos y los dirigen a sus hijos, provocando la

aparición de riñas y peleas, situación que correlaciona positivamente con la depresión infantil (González, 1998).

En otras circunstancias el desencadenante de las malas relaciones son las excesivas expectativas de los padres que someten a los hijos a una presión inadecuada (del Barrio, 2000); los niños comparan sus logros con lo que se pretende de ellos y entran en un proceso de menoscabo de la autoestima que les lleva a la depresión.

Como la relación es un proceso interactivo, en ocasiones no es la conducta paterna sino las condiciones personales de los hijos (temperamento) las que dificultan estas relaciones (González, 1998).

El clima familiar se genera en el tipo de estructura que la familia crea en función de la comunicación y el control. El mal clima familiar es otro de los elementos ambientales clave en el desarrollo de una depresión y se produce más habitualmente en las familias con normas muy rígidas y con distanciamiento afectivo (González, 1998).

La inestabilidad emocional de los padres es un claro factor de riesgo para la aparición de la depresión infantil. Repetidamente se ha constatado que las familias con problemas emocionales crean un entorno que incrementa ciertos factores de riesgo de la depresión, como los niveles bajos de actividad social, intelectual, deportiva, recreativa o cultural y; por lo tanto, no ofrecen a sus hijos las experiencias adecuadas para una vida feliz. También, ocurre que los padres inestables proyectan sus problemas sobre los hijos y crean unas expectativas inadecuadas que son fuente de estrés. La existencia de trastornos depresivos en los padres se considera que es el factor de riesgo más potente en relación con la aparición de la depresión infantil (González, 1998).

La disfuncionalidad familiar revela una tendencia hacia un ciclo crónico de depresión que se caracterizó por límites familiares, poco claros de difícil individualización de relación (Bomba y Jaklewicz, 1997). Asimismo, la agresividad marital son predictivos para que los niños sientan una baja autoestima, problemas de conducta y depresión (O'Srien, Sahadur y otros, 1997).

La inestabilidad emocional de los padres, las desavenencias en el seno de las familias, las rupturas y divorcios hacen que el niño no se sienta querido. El niño elabora una relación lógica primaria: mis padres "se" quieren, por tanto "mis" padres me quieren. Si se rompe la primera proposición peligra la segunda, y la falta de amor el niño la percibe como una grave amenaza hacia su persona (del Barrio, 2000).

Entre los problemas de los padres están todos aquellos que tienen que ver con la salud física y mental. Cualquier tipo de deficiencia en los progenitores se traduce en una dificultad para llevar a cabo las funciones de crianza. La salud mental de los padres tiene relación no sólo con la depresión, sino con todo tipo de alteraciones infantiles. Dentro de los factores desencadenantes de la depresión en la infancia se encuentra correlato entre los problemas de los hijos con los de los padres (Chiarello y Orvaschel, 1995; Zima, Wells y otros, 1996; Manasiss y Hood, 1998; Strech, Davison y otros, 1999), así como percepciones de cuidado parental deficientes durante la infancia (Boyce, Harris, y otros, 1998).

Actualmente, se ha demostrado que la separación de los padres en sí al ser un acontecimiento negativo, tiene un carácter transitorio y no desemboca necesariamente

en una depresión, pero si las diferencias entre la pareja conlleva a utilizar a los hijos para lastimar al otro con un deseo de venganza, esto sí resulta perjudicial para el niño cuando se convierte en espectador impotente de las continuas peleas (Méndez, 1998). Asimismo, cuando los padres se separan con un niño con discapacidad de desarrollo, las reacciones depresivas van a ser diferentes al igual que los problemas familiares (Glidden y Floy, 1997).

Las madres depresivas tienden a mantener relaciones sociales más deficientes, problemas con parientes y amigos, mostrando más problemas con la crianza y niños con dificultades de conducta (Sheppard, 1997). Asimismo, paralelo a la depresión las madres presentan síntomas de ansiedad, lo cual puede hacer que distorsionen los informes respecto a la depresión de sus hijos (Brigs-Gowan, Carter y Schwab-Stone, 1996). En otros estudios los padres refieren que sus hijos presentan desórdenes de conducta y ansiedad, no logrando distinguir a los niños depresivos (Kent, Vostains y Feehan, 1998).

Por otro lado, encontramos que las mujeres de familias divorciadas registraron más niveles de depresión y dificultades de relación que en las mujeres de familias intactas; mientras, que en los hombres no se encontró ninguna diferencia. Las mujeres de familias divorciadas reportaron niveles más altos de depresión que los hombres de familias divorciadas, pero los niveles de relación heterosexual fueron similares. Finalmente, se encontró que los padres que se divorcian cuando sus hijos tienen entre 11 y 14 años los varones tienen mayores dificultades para relacionarse. (Mc Cabe, 1997).

Otra forma de separación o desvinculación es la muerte paterna. Los primeros estudios en este campo sostenían una relación inequívoca entre muerte o pérdida paterna y aparición de depresión tanto en niños como en adultos. Estudios posteriores parecen confirmar que lo que verdaderamente causa la depresión no es tanto la desaparición precoz del padre o de la madre como la falta de un sustituto adecuado que puede establecer una relación de apego y por tanto asumir los cuidados y la atención indispensables para un desarrollo correcto.

La familia con padre ausente y que no participa en la comunidad, presenta con mayor frecuencia niños con conductas desadaptativas en las escuelas y con síntomas depresivos (López, De la Barra y otros, 1995).

En la posición ordinal entre hermanos se considera importante la reacción de las madres, quienes favorecen al hijo primogénito en comparación con el resto de hijos, encontrándose mayores niveles de depresión en niños que ocupan puestos intermedios y últimos siendo los primogénitos los que estarían menos expuestos a sufrir depresión (Frías, et al. 1992, en Reátegui, 1994).

Con respecto al típico hijo único se encontró una proporción de dos a uno en relación al resto de niños con depresión (Nissen, 1989 en Reátegui, 1994).

En comparación al número de hermanos se reportan diferencias entre los grupos de hijos únicos de dos y tres hermanos y los grupos de cinco o más hermanos siendo los últimos grupos los que revelan mayores puntajes de depresión (Frías, et al. 1992, en Reátegui, 1994).

También, se aprecia que las desavenencias entre hermanos influyen en el estado de ánimo del niño, aunque en menor medida que los problemas relacionados con los padres (Méndez, 1998).

La familia con un miembro afectado de depresión, está inmersa en un proceso de retroalimentación negativa que afecta a todo el conjunto, como apuntan los partidarios de la interpretación familiar sistémica; esto es especialmente importante cuando el miembro afectado es la madre, puesto que normalmente esta es una pieza esencial en el funcionamiento familiar.

Otra de las variables estudiadas se da cuando los padres han tenido antecedentes de maltrato durante su infancia tienden a repetir el patrón con sus hijos sea a través del abuso sexual, el maltrato físico con palos, alambres, sogas o quemaduras. Un factor predisponente es la baja situación socioeconómica destacando la importancia de la depresión emocional y aislamiento en los casos de abuso sexual (Castillo, Gonzáles y otros, 1988). Las madres de niños maltratados reportan menos apoyo de sus familias y parejas, y mayor sintomatología depresiva (Kinard, 1996; Craig, 1998).

Una forma patológica de relaciones padres hijos es el abuso infantil (Downey, Feldman y otros, 1994) en la que también se da una ausencia de apego, limitando la capacidad de ajuste personal y social del niño (Bermejo, Verdugo y otros 2000).

La violencia doméstica tiene efectos en el desarrollo del niño presentando depresión y problemas de conducta (Stemberg, Lamb y otros, 1993), dentro de los

síntomas que manifiestan son baja autoestima, llanto, preocupación por muerte o lesión (Freedman, Mokros y Poznaski, 1993). Otros estudios reportan que algunas veces el maltrato detona en agresión y otras en depresión (Downey, Feldman y otros, 1994).

Escuela:

Inmediatamente después de la familia la escuela representa el entorno infantil más cercano, donde el niño suele pasar más horas de vigilia que en su hogar y son los profesores quienes se van a convertir en un modelo muy importante en la vida del niño contribuyendo todo el sistema en su conjunto en el desarrollo intelectual, emocional y de competencia social.

En el aspecto intelectual se ha encontrado que los niños con C.I de 100 o mayor con síntomas depresivos tienden a presentar inhibición intelectual y diferencias en las habilidades cognoscitivas (Lanza, Luis y otros, 1996).

Las calificaciones escolares se han relacionado continuamente con la depresión en los niños, existe polémica sobre cuál es la secuencia más habitual: descenso del rendimiento escolar y aparición de la depresión o visceversa. Por tanto, se adopta una perspectiva mixta y se acepta que en ocasiones es el descenso escolar el factor de riesgo de la depresión, y en otras es la depresión el desencadenante del descenso académico (González, 1998).

La situación de fracaso escolar bloquea la posibilidad que el niño se autoafirme, se integre y sea aceptado por sus profesores y compañeros. Así, pierde fa

capacidad de derivar reforzamientos positivos de su ambiente escolar, siendo esta la causa de la depresión, según el modelo de pérdida de reforzamiento de Lewinsohn.

El modelo educativo es otra variable que ha sido estudiada en relación con la depresión. Tanto en los métodos autoritarios como súper-liberales, se han observado una tendencia superior a la media de frecuencia de síndromes depresivos en la niñez (en Reátegui, 1994).

La sobrecarga escolar considerada como fuente de estrés que causa alteraciones en el niño aunque también podría ser el mal enfoque de los objetivos lo que causaría riesgo de colapsarse bajo el estrés generado por el sistema escolar. En muchos niños depresivos se ha observado inadecuación entre la escuela y su capacidad intelectual; es decir, niños que asisten al tipo de escuela no correspondiente al grado de su habilidad intelectual, generando ya sea sobre-demanda en el caso de los niños no suficientemente inteligentes para el tipo de escuela o grado o una intra-demanda, en el caso de los niños con un nivel intelectual superior a la medida de su clase (en Reátegui, 1994).

En las relaciones con los coetáneos existen dos tipos de relaciones esenciales necesarias para el desarrollo del niño. Las relaciones verticales con individuos normalmente adultos que tienen un mayor conocimiento y poder social, proporcionan al niño la protección y la seguridad que conforman los contextos dentro de los cuales surgen las habilidades sociales básicas. Asimismo los niños deben experimentar las relaciones horizontales. Estas son relaciones con individuos (coetáneos o hermanos) que cuentan con el mismo poder social que el propio niño. Los estudios de niños depresivos indican que se autoperciben con baja aceptación social y poca habilidad atlética al relacionarse con sus pares (Heath y Wiener, 1996). En los niños de tercer grado se

aprecia que la competencia social y depresión es mayor que la competencia académica y depresión, la cual se mantiene hasta sexto grado (Cole, Joan y otros, 1997). Los padres con hijos depresivos expresan que presentan aislamiento social (Puura, Almqvist, Tamminen y otros, 1998). Los profesores observan una actitud social baja, poca participación en grupo y responden a la provocación, más no a las expectativas de los maestros (Shah y Morgan, 1996).

Se ha encontrado correlación entre bajo rendimiento escolar, y problemas de conducta (Briggs- Gowan, Carter y Schuwab-Stone, 1996). Otras investigaciones reportan pobre desempeño escolar, cansancio, quejas somáticas, insensibilidad, agresividad y ausentismo escolar (Tamminen y otros, 1998). Asimismo, presentan poca actividad motora, la cual se relaciona con los promedios clínicos de tristeza, autoestima baja, anhedonia y dolencias físicas, y en grado menor con las valoraciones de hipoactividad, fatiga y pronunciación lenta (Ahomen, Teicher, Genes y otros, 1996).

La depresión predice cambios en la competencia autopercebida en las siguientes áreas: académica, social de siguientes áreas: académica social de atraktividad de conducta y atletismo por los niños y niñas Además las competencias autopercebidas median la relación entre valores de competencia por otros (pares, profesor o padres) y la depresión autoreportada de los niños (Cole, Martín y Powers, 1997). Otros autores reportan que las madres y sus hijas concuerdan en los síntomas depresivos relacionados con el rendimiento escolar (Bennet, Penley y Bates, 1997)

En general, se aprecia que el niño depresivo es valorado negativamente por sus padres, profesores y compañeros generando consecuencias desagradables como

dificultades en la comunicación rechazo y crítica lo cual favorece que el niño disminuya su autoestima y nivel de aspiraciones, se aíse y se sienta culpable de lo negativo que suceda, de esta forma el niño va perdiendo confianza en sí mismo, y lo que pudo haber sido ocasional o producto de inadecuada metodología, enseñanza o estrategias de motivación, se convierte en algo crónico y en fracaso escolar, cuyas consecuencias son mucho más serias y si puede condicionar un cuadro depresivo en el niño.

#### Entorno Social:

Dentro del entorno social mediato encontramos: la sociedad, la economía, la cultura, la política y la ecología.

Si bien se ha señalado que la familia influye primordialmente en el niño los factores sociales influyen en su comportamiento. Uno de estos factores que inciden en su conducta es el nivel socioeconómico en que se desenvuelve el niño. En medios económicos precarios, una enfermedad, una privación de trabajo, un salario insuficiente, producen un trastorno familiar que repercuten en él. Además de la escasez continuada de medios hace que su alimentación sea inadecuada y de lugar a desnutriciones y retrasos en el desarrollo o a estados indefensos del organismo. Es también factor de influencia, el barrio o zona en que el niño vive, el tipo de personas, vecino, amigo con los que comparte.

## 2.3 Definición de términos básicos

- **Adolescencia:** Es la etapa del desarrollo entre la infancia y madurez. Por lo general se considera que empieza poco después de los 10 años y termina antes de los 20. Es una etapa de transición. Es la época de considerable crecimiento y cambios físicos y cognoscitivos.
- **Adolescente:** Deriva del verbo latino „adolescere“; crecer, desarrollarse, se refiere a un joven entre la pubertad y el completo desarrollo del cuerpo.
- **Autolesivo:** Que tiene relación con la autolesión. Que se causa daño a sí mismo.
- **Autodesprecio:** La evaluación negativa sobre uno mismo provoca un sentimiento negativo, de rechazo, enojo u odio contra uno mismo.
- **Conducta:** Con dicho término nos referimos a las acciones y reacciones del sujeto ante el medio. Generalmente, se entiende por conducta la respuesta del organismo considerado como un todo: apretar una palanca, mantener una conversación, proferir enunciados, resolver un problema, atender a una explicación, realizar un contacto sexual; es decir, respuestas al medio en las que intervienen varias partes del organismo y que adquieren unidad y sentido por su inclusión en un fin.
- **Culpabilidad:** Es la consideración de alguien como responsable de actuar en contra de una norma o de su propia conciencia. El concepto de culpabilidad puede analizarse desde varias perspectivas: desde la esfera del derecho, de la religión o como sentimiento personal.
- **Depresión:** Es un trastorno afectivo que varía desde bajas transitorias del estado de ánimo como características de la vida misma, hasta el síndrome clínico, de gravedad y duración importante con signos y síntomas asociados, marcadamente distintos a la

normalidad (Calderón, 1984). Se puede describir como el hecho de sentirse triste, melancólico, infeliz, abatido o derrumbado.

- **Depresión clínica:** Es una enfermedad tratable caracterizada por cambios en el estado de ánimo, el pensamiento y el comportamiento. Por eso se llama trastorno del estado de ánimo. Todos, en varios momentos de la vida, nos sentimos triste o melancólicos. Es normal sentirse triste a veces, pero no en tiempos prolongados.
- **Disforia:** Se caracteriza generalmente como una emoción desagradable o molesta, como la tristeza (estado de ánimo depresivo), ansiedad, irritabilidad o inquietud. Es el opuesto etimológico de la euforia.
- **Emocionalidad:** Capacidad de experimentar o expresar emoción o sentimientos. Carácter o cualidad de emocional. Disposición a vivir o expresar emociones. Tendencia a dar prioridad a la emoción sobre la razón. Aspecto observable de las emociones.
- **Estado de ánimo:** Es el estado emocional que permanece durante un período relativamente largo. Se diferencian de las emociones en que son menos específicos, menos intensos, más duraderos y menos dados a ser activados por un determinado estímulo o evento.
- **Estudiante:** Es la palabra que permite referirse a quienes se dedican a la aprehensión, puesta en práctica y lectura de conocimientos sobre alguna ciencia, disciplina o arte. Es usual que un estudiante se encuentre matriculado en un programa formal de estudios, aunque también puede dedicarse a la búsqueda de conocimientos de manera autónoma o informal.
- **hipocondría o hipocondriasis:** Es una enfermedad por la que el paciente cree, de forma infundada, que padece alguna enfermedad grave. El origen del término hace referencia a una región anatómica, el hipocondrio, situada bajo las costillas y el

apófisis xifoides del esternón, donde, según la escuela médica humoral, se creía que se acumulaban los vapores causantes de este mal. La hipocondría es en esencia una actitud que el individuo adopta ante la enfermedad. La persona hipocondríaca se somete, constantemente, a un autoanálisis minucioso y preocupado, incluso obsesivo, de las funciones fisiológicas básicas, y piensa en ellas como una fuente de segura enfermedad biológica.

- **Idea:** Es una representación mental que surge a partir del razonamiento o de la imaginación de una persona. Está considerada como el acto más básico del entendimiento, al contemplar la mera acción de conocer algo.
- **Monocigóticos:** Mamífero originado en el mismo óvulo fecundado que su hermano. Se refiere a los gemelos que se originan por la fecundación de un óvulo por un solo espermatozoide.
- **Persecución:** Es la acción de seguir a alguien o algo con intención de alcanzarlo. Es el conjunto de acciones represivas o maltrato, persistentes, realizadas por un individuo o más comúnmente un grupo específico, sobre otro grupo o sobre un individuo, del cual se diferencia por la manera de pensar o por determinadas características físicas, religiosas, culturales, políticas, étnicas u otras. Intento de lograr lo que se pretende.
- **Postulados:** Es aquella expresión que presenta una verdad sin demostraciones ni evidencias, pero que es admitida aún pese a la falta de pruebas. La aceptación del postulado está dada por la inexistencia de otras expresiones a las que pueda referirse y por la necesidad de emplearlo en un razonamiento posterior. Por lo tanto son proposiciones que permiten desarrollar juicios lógicos.
- **Síntomas de depresión:** Se refiere a la presencia de síntomas depresivos en el adolescente durante la semana anterior a la aplicación del cuestionario. Cubre las siguientes áreas: ánimo depresivo, sentimientos de culpa y minusvalía, sentimientos de

desesperanza y desamparo, retardo psicomotor, falta de apetito y trastornos del sueño (Villatoro, Andrade- Palos, Fleiz, Medina-Mora y Reyes, 1997).

- **Test psicológico:** Son herramientas que permiten evaluar o medir las características psicológicas de una persona.
- **Teorías:** Es un sistema lógico-deductivo constituido por un conjunto de hipótesis, un campo de aplicación (de lo que trata la teoría, el conjunto de cosas que explica) y algunas reglas que permitan extraer consecuencias de las hipótesis de la teoría. En general las teorías sirven para confeccionar modelos científicos que interpreten un conjunto amplio de observaciones, en función de los axiomas o principios, supuestos y postulados, de la teoría.

## **CAPÍTULO III**

### **HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **3.1 Formulación de hipótesis principal y derivadas. Variables, definición conceptual y operacional.**

##### **3.1.1 Hipótesis general**

Existe nivel severo de depresión, en estudiantes de secundaria de la Institución Educativa Policía Nacional del Perú Jorge Cieza Lachos, San Juan de Lurigancho, Lima 2017.

##### **3.1.2 Hipótesis derivadas**

1. Existe nivel severo de estado de ánimo disfórico y de ideas de autodesprecio, según género, en estudiantes de secundaria de la Institución Educativa Policía Nacional del Perú Jorge Cieza Lachos, San Juan de Lurigancho, Lima 2017.

2. Existe nivel severo de estado de ánimo disfórico y de ideas de autodesprecio, según edad, en estudiantes de secundaria de la Institución Educativa Policía Nacional del Perú Jorge Cieza Lachos, San Juan de Lurigancho, Lima 2017.
3. Existe nivel severo de estado de ánimo disfórico y de ideas de autodesprecio, según grado de escolaridad, en estudiantes de secundaria de la Institución Educativa Policía Nacional del Perú Jorge Cieza Lachos, San Juan de Lurigancho, Lima 2017.
4. Existe nivel severo de estado de ánimo disfórico y de ideas de autodesprecio, según contexto familiar, en estudiantes de secundaria de la Institución Educativa Policía Nacional del Perú Jorge Cieza Lachos, San Juan de Lurigancho, Lima 2017.

### **Definición conceptual**

La depresión es la enfermedad o trastorno mental que se caracteriza por una profunda tristeza, decaimiento anímico, baja autoestima, pérdida de interés por todo y disminución de las funciones psíquicas.

### Definición operacional

La depresión es el resultado de la aplicación del Inventario de Depresión Infantil (C.D.I.) con 27 ítems para medir las siguientes dimensiones: estado de ánimo disfórico e ideas de autodesprecio.

### 3.2 Operacionalización de las variables

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEM
Depresión	• Estado de ánimo disfórico	<ul style="list-style-type: none"><li>• Tristeza</li><li>• Soledad</li><li>• Desdicha</li><li>• Pesimismo</li><li>• Cambios en el estado de ánimo</li><li>• Mal humor</li><li>• Irritabilidad</li><li>• Lloro con facilidad</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 1, 2, 3, 4, 6, 10, 11, 12, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 26, 27.</li></ul>
	• Ideas de auto desprecio	<ul style="list-style-type: none"><li>• Incapacidad</li><li>• Fealdad</li><li>• Culpabilidad</li><li>• Presenta ideas de persecución</li><li>• Deseos de muerte</li><li>• Tentativas de suicidio</li><li>• Revela ideas de escaparse y huir de su casa</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 5, 7, 8, 9, 13, 14, 15, 23, 24, 25.</li></ul>

## **CAPITULO IV**

### **METODOLOGIA**

#### **4.1 Diseño metodológico**

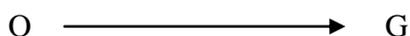
La presente investigación es de tipo descriptivo. Según Rivas (1995) señala que la investigación descriptiva, “trata de obtener información acerca del fenómeno o proceso, para describir sus implicaciones”. Este tipo de investigación, no se ocupa de la verificación de la hipótesis, sino de la descripción de hechos a partir de un criterio o modelo teórico definido previamente.

Para la resolución del problema de esta investigación se utilizará el tipo de estudio descriptivo, pues se pretende identificar y describir el fenómeno que acontece en educación secundaria de la Institución Educativa Policía Nacional del Perú Jorge Cieza Lachos, que son los niveles de depresión en los estudiantes, mediante la observación y descripción de los mismos. Las descripciones tomarán en consideración las dimensiones de la variable general de acuerdo con la edad, sexo, entorno familiar y grado de escolaridad.

El presente estudio se enmarca en el diseño no experimental, el cual consiste en un trabajo de investigación donde el investigador no manipula las variables de estudio. En un estudio no experimental se observan los fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlos (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

Es transversal por que los datos se recopilaron solo una vez en el período de investigación. Se dice trasversal cuando se recolecta datos en un solo momento, en un tiempo único (Hernández et al., 2014).

El investigador busca y recoge información en forma directa para tomar decisiones.



O: observador

G: grupo

## 4.2 Diseño muestral

### 4.2.1. Población

La población con la que se realizó el presente estudio es heterogénea ya que estará conformada por 170 personas adolescentes estudiantes de secundaria, de ambos sexos, en el rango de 12 a 16 años de edad. La recolección de datos para la presente investigación se realizó, en las instalaciones de la Institución Educativa Policía Nacional del Perú Jorge Cieza Lachos del Distrito de San Juan De Lurigancho, Lima.

La población heterogénea es todo lo que incluye personas con creencias y lenguas distintas, y por supuesto, con tipos de razas distintas.

#### **4.2.2. Muestra**

Para la presente investigación, la muestra es censal y está constituida por 170 personas adolescentes estudiantes de ambos sexos de la Institución Educativa Policía Nacional del Perú Jorge Cieza Lachos, del Distrito de San Juan De Lurigancho, Lima.

El estudio corresponde a un muestreo censal; López (1998), opina que “la muestra es censal es aquella porción que representa toda la población”.

#### **4.2.3 Criterios de inclusión y exclusión**

Los criterios de inclusión para conformar la muestra fueron:

- Estar presente en el aula de clases el día de la aplicación de instrumentos.
- Responder adecuadamente al instrumento.
- Dar consentimiento oral de aceptación para participar en el estudio.

Los criterios de exclusión para conformar la muestra fueron:

- No estar en tratamiento psiquiátrico.
- Pertenecer al programa de inclusión educativa.

## **4.3 Técnicas de recolección de datos, validez y confiabilidad**

### **4.3.1 Técnicas**

El presente estudio utilizó la técnica de la encuesta para el acopio de la información. Según Oseda (2008, p. 127) la encuesta “es una técnica destinada a obtener datos de varias personas cuyas opiniones interpersonales interesan al investigador”.

### **4.3.2. Instrumento**

Para la recopilación de los datos se emplea como instrumento el Inventario de Depresión Infantil, cuyo nombre original es Children’s Depression Inventory C.D.I., su nombre en español es Inventario de Depresión Infantil C.D.I de María Kovacs (1977), procedente de Canadá, la adaptación española hecha por Polonio Lorente (1988) y adaptada y estandarizada en Perú por Edmundo Arévalo Luna.

Su administración puede ser Individual y colectiva, se puede aplicar a niños y niñas de 8 a 16 años de edad. Aplicar la prueba toma como tiempo estimado entre 15 a 20 minutos aproximadamente.

Originalmente el Inventario evalúa a través de cinco factores (afecto, problemas interpersonales, ineficacia, anhedonia y autoestima) Kovacs (1977); cuya consistencia y validez en nuestro medio ha sido demostrado por Reategui (1994), Merino y Navarro (2004) Para las ciudades de Trujillo, Chiclayo y Piura, se estandarizó la prueba; basándonos en el modelo de Weinberg (1973) quien asume a los síntomas principales de la depresión de dos formas: Síntoma de estado de ánimo Disfórico (melancolía) y síntoma de Ideas de auto desprecio (Caballo, 1993); en la primera, el niño expresa una visión negativa de sí mismo y en la segunda revela una visión negativa del medio y del futuro. Nosotros asumimos esta posición; porque en

nuestra experiencia, hemos notado en mayor medida la presencia de estos rasgos en los niños y adolescentes de esta región del país.

Así, las dimensiones que evalúa el C.D.I, manteniendo invariable los propósitos y finalidades de la prueba original de la adaptación española, son:

#### **A. Estado de Animo Disfórico:**

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

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

#### **B. Ideas de Auto desprecio:**

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

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

### **C. Normas de aplicación**

a. Calificaciones del usuario: Todos los usuarios del CDI, deben tener una comprensión clara de los principios básicos y limitaciones de las pruebas psicológicas, especialmente de la interpretación. Los usos específicos de la confiabilidad y validez. La interpretación debe ser realizada por personas que tengan familiaridad con la aplicación de pruebas psicológicas

b. Sujetos y tiempo de aplicación: El CDI, es un instrumento que se aplica a niños y adolescentes de ambos sexos cuyas edades oscilen entre los 8 a 16 años, en grados escolares del tercero de primaria al quinto de secundaria, y que manifiesten un nivel lector apropiado para responder a los ítems.

La aplicación del inventario puede ser individual, colectiva o auto administrada, no hay tiempo límite, pero se estima en un promedio de 15 a 20 minutos aproximadamente; siendo un tiempo prudente para que pueda valorársele correctamente el cuestionario.

c. Normas generales y específicas de aplicación: El evaluador, sea psicólogo, psiquiatra, orientador o tutores, deberá atenerse lo más fielmente posible a las instrucciones que se detallan a continuación; toda vez que ha sido tomada en cuenta en la tipificación del instrumento

- Debe cuidarse que los sujetos estén motivados, para ello es preciso explicárseles las razones de dicha evaluaciones y responder las dudas que los evaluados le planteen antes de empezar el cuestionario.

- Durante la aplicación no interrumpir para hacer aclaraciones. Podrá aclararse discretamente al sujeto que pregunta acerca del significado de una palabra. De todas maneras se debe indicar que la formulación de las preguntas es fácil y no hay que buscar complicaciones innecesarias e irreales.
- Los sujetos deberán trabajar con suficiente independencia, distancia y separación, para evitar que intenten comentar alguna respuesta o curiosear sobre lo que responden los demás.
- Al finalizar la prueba se deberá comprobar, al recoger el cuadernillo y la hoja de respuestas, si se ha contestado todos los elementos y si han anotado correctamente los datos de identificación.

d. Normas de calificación: Las puntuaciones directas de las dos dimensiones del CDI, se obtienen, sumando las respuestas marcadas por el sujeto, en base a las siguientes puntuaciones: Marca en la letra A 0 puntos; Marca en la letra B 1 punto; Marca en la letra C 2 puntos.

Para la dimensión de Estado de ánimo Disfórico, se suman las marcas dentro de los recuadros de los siguientes ítems: 1, 2, 3, 4, 6, 10, 11, 12, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 26, 27. Para la dimensión de Ideas de Auto desprecio, se suman las marcas dentro de las figuras ovoidales de los siguientes ítems: 5, 7, 8, 9, 13, 14, 15, 23, 24, 25. Para establecer la Puntuación Directa de la escala total, se suman las puntuaciones alcanzadas en ambas dimensiones. Una vez terminada la corrección y anotadas las puntuaciones directas, se realiza la interpretación normativa, transformándose en puntuaciones derivadas (Centiles), para elaborar el diagnóstico interpretativo.

La interpretación diagnóstica de los resultados se lleva a cabo en base a la Valoración Diagnóstica de Síntomas Depresivos a través del CDI, para niños y adolescentes a continuación:

- |                |   |
|----------------|---|
| <b>1 – 25</b>  | No hay presencia de síntomas depresivos. Dentro de los límites normales |
| <b>26 – 74</b> | Presencia de síntomas depresivos mínima y moderada                      |
| <b>75 – 89</b> | Presencia de síntomas depresivos marcada o severa                       |
| <b>90 – 99</b> | Presencia de síntomas depresivos en grado máximo                        |

#### **4.3.3. Validez**

La validez de un instrumento está destinada a demostrar cuán exitoso y eficiente es un instrumento en la medición de un constructo que está diseñado a evaluar. No existe un modo absoluto de conocer si un instrumento mide completamente un constructo, dado que el constructo no puede ser perfectamente medido por cualquier medio (Ugarriza, 2003). Sin embargo, uno desea demostrar que existe un número suficiente de estudios que utilizando diversas metodologías presentan la evidencia con que el instrumento mide de manera adecuada el constructo para el que fue diseñado. En tal sentido, la validación, es el proceso de recopilación y valoración de la evidencia de validez (Hernández y otros, 2000).

Dado que el CDI, nos proporciona información sobre la presencia o no de los síntomas depresivos en niños y adolescentes; el test será válido si la información que nos brinda, permite conocer la presencia de los síntomas depresivos a través de las dos dimensiones que evalúa.

## **Validez de contenido**

Para precisar la validez de contenido, del CDI, recurrimos a la técnica del criterio de Jueces. Esta técnica consistió en proporcionar el inventario a la opinión de jueces: 05 Psicólogos experimentados con más de 10 años en trabajo con niños y adolescentes; adjuntándoles las definiciones de cada una de las dimensiones y los reactivos del CDI, además de solicitarles las sugerencias acerca de la reducción de los 5 factores de la prueba inicial en las dos dimensiones que proponemos; hallándose una aprobación unánime en los 27 ítems; y con relación a las reducción de los factores de la prueba original; 4 de ellos aprobaron por la dinámica y facilidad para el diagnóstico de los síntomas depresivos. Estos ítems posteriormente fueron sometidos al procesamiento estadístico para demostrar la validez de construcción.

## **Validez de Constructo:**

Este método consiste en demostrar que el test elaborado confirma los supuestos teóricos, para ello desarrolla modelos experimentales, que le permita obtener la validez interna y externa. (Nunally, 1991).

La estructura factorial de los 27 elementos de las dos dimensiones: Estado de ánimo disfórico e ideas de auto desprecio, fueron examinados a través del análisis de ítem test, en una muestra de 10,200 niños y adolescentes de las ciudades de Trujillo (3373), Chiclayo (3272) y Piura (3555), se han correlacionado cada uno de los ítems que conforman cada factor con el total de los ítems de cada área, en las tres ciudades de acuerdo a las edades.

Se utilizó el índice de validez en términos de consistencia interna, a partir del coeficiente de correlación producto-momento de Pearson, cumpliéndose con el criterio  $r > 0.31$ , para que sean aceptados o válidos cada uno de los ítems.

Para precisar con exactitud la correlación entre el ítem y el total de la prueba se utilizó el corrector de Mc Nemar ( $r_{McN}$ )  $r > 0.35$ .

#### **4.3.4. Confiabilidad**

Del mismo modo, se llevó a cabo el análisis de la confiabilidad del inventario en general a través del coeficiente Alfa de Cronbach. De acuerdo a este análisis para que el inventario sea confiable éste debe ser  $> 0.70$ . El resultado alcanzado podemos visualizarlo en la siguiente tabla.

Índice de confiabilidad del inventario en general del CDI en niños y adolescentes de las ciudades de Trujillo, Chiclayo y Piura es de 0,9176.

#### **4.4. Técnicas del procesamiento de la información**

El presente estudio utiliza estadísticos descriptivos: moda, mediana y media para este modo responder a la pregunta de investigación. Para ello los resultados obtenidos en la recolección de información se procesaran en el paquete estadístico SPSS versión 23. La información se presentara en tablas y gráficos acompañados de una descripción de los resultados.

#### **4.5 Aspectos Éticos contemplados**

Para la presente investigación se tomó en cuenta los criterios éticos propuestos por el Colegio de Psicólogos del Perú y las recomendaciones del APA para salvaguardar la confidencialidad y discreción de la información. Los participantes desarrollaron las encuestas libres y voluntariamente, esta encuesta es anónima y antes de desarrollarla otorgaron por escrito su consentimiento.

## CAPITULO V ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

### 5.1 Análisis descriptivo

Los resultados obtenidos en la presente investigación son las siguientes:

#### A. Nivel de depresión

Se aprecia en la tabla 1 que en su mayoría los estudiantes presentan síntomas mínima y moderada; cumpliéndose con lo establecido por Calderón, quien manifiesta que la depresión puede presentarse en la adolescencia ya que no soportan los factores de estrés al cual se enfrentan y tienen poco control sobre los eventos negativos, siendo este estado depresivo común en ellos como consecuencia del proceso normal de maduración y de la influencia hormonal, provocándose la baja autoestima y los conflictos de independencia, generando los diversos síntomas depresivos, los cuales son plasmados en su mayoría en la tabla 1 donde el 100% muestran síntomas de depresión en los estudiantes evaluados en esta investigación.

*Tabla 1 nivel de Depresión*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	PRESENCIA DE SINTOMAS DEPRESIVOS MINIMA Y MODERADA.	169	99,4	99,4	99,4
	PRESENCIA DE SINTOMAS DEPRESIVOS MARCADA O SEVERA.	1	0,6	0,6	100,0
<b>Total</b>		170	100,0	100,0	

## B. Nivel de depresión según:

### B.1 Según género.

Se puede observar que el mayor porcentaje de depresión entre varones y mujeres se ubica en el nivel leve, mostrándose que en el caso de las mujeres una inclinación más alta a la muestra de los varones, lográndose efectuar lo escrito por Vallejo-Nagüera, quien dice que las mujeres son dos a tres veces más propensas a la depresión debido a las exigencias socioculturales del entorno y a la variación hormonal el cual trae consigo la tristeza, irritabilidad y sentimientos negativos de sí mismo, etc., siendo esto tratable; para lo cual en la tabla 2 y 3 se muestran en el género femenino una inclinación mínima al nivel moderado y severo del estado de ánimo Disfórico e Ideas de autodesprecio, siendo estos resultados ligeramente mayor al del género masculino.

*Tabla 2 Nivel de Estado de Animo Disfórico (EAD) según género*

		EAD (agrupado)				
		LEVE	MODERADO	SEVERO	Total	
<b>Sexo</b>	<b>masculino</b>	Recuento	76	5	1	82
		% dentro de Sexo	92,7%	6,1%	1,2%	100,0%
	<b>femenino</b>	Recuento	80	7	1	88
		% dentro de Sexo	90,9%	8,0%	1,1%	100,0%
<b>Total</b>		Recuento	156	12	2	170
		% dentro de Sexo	91,8%	7,1%	1,2%	100,0%

**Tabla 3 Nivel de Ideas de autodesprecio (IAD), según género**

		<b>IAD (agrupado)</b>				
		<b>LEVE</b>	<b>MODERADO</b>	<b>SEVERO</b>	<b>Total</b>	
<b>Sexo</b>	<b>masculino</b>	Recuento	74	8	0	82
		% dentro de Sexo	90,2%	9,8%	0,0%	100,0%
	<b>femenino</b>	Recuento	78	9	1	88
		% dentro de Sexo	88,6%	10,2%	1,1%	100,0%
<b>Total</b>		Recuento	152	17	1	170
		% dentro de Sexo	89,4%	10,0%	0,6%	100,0%

## **B.2 Según edad.**

Se observa que tanto en la tabla 4 y 5 de nivel según edad, que hay una muestra de porcentaje en las edades de 13 y 16 años, que señala un nivel moderado de síntomas depresivos ligeramente mayor a las demás edades, así mismo se muestran en las edades de 14 y 15 años un ligero porcentaje en el nivel severo significando en esta investigación que la depresión en los estudiantes adolescentes se puede dar en cualquier edad; esto se puede relacionar con lo expuesto por Lara, quien sostiene que la depresión es un estado Psicológico desagradable, el cual puede ser transitorio o prolongado y que afecta a la mayoría de personas en alguna época de su vida. Es decir los síntomas depresivos (Ideas o visión negativa) que se muestran en estos estudiantes pueden estar afectando en esta época de su vida.

**Tabla 4 Nivel de Estado de Animo Disfórico (EAD) según edad**

		<b>EAD (agrupado)</b>				
		<b>LEVE</b>	<b>MODERADO</b>	<b>SEVERO</b>	<b>Total</b>	
<b>Edad</b>	<b>12</b>	Recuento	30	0	0	30
		% dentro de Edad	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
<b>13</b>	Recuento	34	5	0	39	
		% dentro de Edad	87,2%	12,8%	0,0%	100,0%
<b>14</b>	Recuento	36	2	1	39	
		% dentro de Edad	92,3%	5,1%	2,6%	100,0%
<b>15</b>	Recuento	30	2	1	33	
		% dentro de Edad	90,9%	6,1%	3,0%	100,0%
<b>16</b>	Recuento	26	3	0	29	
		% dentro de Edad	89,7%	10,3%	0,0%	100,0%
<b>Total</b>	Recuento	156	12	2	170	
		% dentro de Edad	91,8%	7,1%	1,2%	100,0%

**Tabla 5 Nivel de Ideas de autodesprecio (IAD) según edad**

		<b>IAD (agrupado)</b>				
		<b>LEVE</b>	<b>MODERADO</b>	<b>SEVERO</b>	<b>Total</b>	
<b>Edad</b>	<b>12</b>	Recuento	28	2	0	30
		% dentro de Edad	93,3%	6,7%	0,0%	100,0%
<b>13</b>	Recuento	34	5	0	39	
		% dentro de Edad	87,2%	12,8%	0,0%	100,0%
<b>14</b>	Recuento	35	3	1	39	
		% dentro de Edad	89,7%	7,7%	2,6%	100,0%
<b>15</b>	Recuento	31	2	0	33	
		% dentro de Edad	93,9%	6,1%	0,0%	100,0%
<b>16</b>	Recuento	24	5	0	29	
		% dentro de Edad	82,8%	17,2%	0,0%	100,0%
<b>Total</b>	Recuento	152	17	1	170	
		% dentro de Edad	89,4%	10,0%	0,6%	100,0%

### B.3 Según grado.

Se puede apreciar que en el estudio de nivel según grado de escolaridad, muestran los mismos porcentajes que en el estudio realizado por edades; ya que estas edades se comprometen al grado de escolaridad respectivo. Se observa que en ambas tablas 6 y 7, en los grados de segundo y quinto año de secundaria, se resalta un porcentaje mayor en el nivel moderado, así también en los grados de tercero y cuarto de secundaria se muestra un porcentaje mínimo en el nivel severo, las cuales pertenecen a las mismas edades descritas en las tablas de nivel por edades; significando de la misma forma que la depresión en los estudiantes adolescentes se puede dar en cualquier edad; relacionándolo de la misma manera con Lara, quien sostiene que la depresión puede ser transitorio o prolongado y que afecta a la mayoría de personas en alguna época de su vida; así mismo esta sintomatología depresiva según lanza, podría generar en los estudiantes inhibición intelectual y diferencias en las habilidades cognitivas.

**Tabla 6 Nivel de Estado de Animo Disfórico (EAD) según grado de escolaridad**

Grado		EAD (agrupado)			Total
		LEVE	MODERADO	SEVERO	
Primero	Recuento	36	0	0	36
	% dentro de Grado	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Segundo	Recuento	33	5	0	38
	% dentro de Grado	86,8%	13,2%	0,0%	100,0%
Tercero	Recuento	29	2	1	32
	% dentro de Grado	90,6%	6,3%	3,1%	100,0%
cuarto	Recuento	32	2	1	35
	% dentro de Grado	91,4%	5,7%	2,9%	100,0%
Quinto	Recuento	26	3	0	29
	% dentro de Grado	89,7%	10,3%	0,0%	100,0%
Total	Recuento	156	12	2	170
	% dentro de Grado	91,8%	7,1%	1,2%	100,0%

**Tabla 7 Nivel de Ideas de autodesprecio (IAD) según grado de escolaridad**

		IAD (agrupado)				
		LEVE	MODERADO	SEVERO	Total	
<b>Grado</b>	<b>Primero</b>	Recuento	34	2	0	36
		% dentro de Grado	94,4%	5,6%	0,0%	100,0%
	<b>Segundo</b>	Recuento	33	5	0	38
		% dentro de Grado	86,8%	13,2%	0,0%	100,0%
	<b>Tercero</b>	Recuento	28	3	1	32
		% dentro de Grado	87,5%	9,4%	3,1%	100,0%
	<b>cuarto</b>	Recuento	32	3	0	35
		% dentro de Grado	91,4%	8,6%	0,0%	100,0%
	<b>Quinto</b>	Recuento	25	4	0	29
		% dentro de Grado	86,2%	13,8%	0,0%	100,0%
<b>Total</b>		Recuento	152	17	1	170
		% dentro de Grado	89,4%	10,0%	0,6%	100,0%

#### **B.4 Según contexto familiar.**

Se aprecia que en ambas tablas 8 y 9 de nivel según contexto familiar la mayoría se ubica en el nivel leve, sin embargo existe un porcentaje de estudiantes que viven solo con su madre que se ubican en los niveles moderado y severo significando que hay un desequilibrio emocional frente a la ausencia de la figura paterna, el cual se pueda estar suscitando debido a la gran incidencia de madres solteras que existe hoy en día, llevándolas a ausentarse de la vida de sus hijos para poder cumplir con la economía respectiva, para ello realizan un doble esfuerzo, generando en los estudiantes adolescentes los síntomas depresivos como ideas negativas de sí mismo, irritabilidad tristeza, etc., esto puede ser debido a la ausencia familiar y a la carencia de afectividad donde Hammen dice “que el niño o adolescente no se siente querido, apoyado, admirado, genera diversos tipos de problemas uno de ellos la depresión”.

**Tabla 8 Nivel de Estado de Animo Disfórico (EAD) según contexto familiar**

			<b>EAD (agrupado)</b>			
			<b>LEVE</b>	<b>MODERADO</b>	<b>SEVERO</b>	<b>Total</b>
<b>Vives</b>	<b>Papa</b>	Recuento	17	1	0	18
		% dentro de Vives	94,4%	5,6%	0,0%	100,0%
	<b>Mama</b>	Recuento	41	7	1	49
		% dentro de Vives	83,7%	14,3%	2,0%	100,0%
	<b>ambos</b>	Recuento	93	4	1	98
		% dentro de Vives	94,9%	4,1%	1,0%	100,0%
	<b>Otros</b>	Recuento	5	0	0	5
		% dentro de Vives	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	<b>Total</b>	Recuento	156	12	2	170
		% dentro de Vives	91,8%	7,1%	1,2%	100,0%

**Tabla 9 Nivel de Ideas de autodesprecio (IAD) según contexto familiar**

			<b>IAD (agrupado)</b>			
			<b>LEVE</b>	<b>MODERADO</b>	<b>SEVERO</b>	<b>Total</b>
<b>Vives</b>	<b>Papa</b>	Recuento	16	2	0	18
		% dentro de Vives	88,9%	11,1%	0,0%	100,0%
	<b>Mama</b>	Recuento	38	10	1	49
		% dentro de Vives	77,6%	20,4%	2,0%	100,0%
	<b>ambos</b>	Recuento	93	5	0	98
		% dentro de Vives	94,9%	5,1%	0,0%	100,0%
	<b>Otros</b>	Recuento	5	0	0	5
		% dentro de Vives	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	<b>Total</b>	Recuento	152	17	1	170
		% dentro de Vives	89,4%	10,0%	0,6%	100,0%

## **5.2 Discusión y conclusiones**

### **5.2.1 Discusión**

Con relación al objetivo general se encontró que la gran mayoría de las respuestas solo presentan síntomas depresivos mínimos y moderado en un 99.4%, estos resultados contrastan con las investigaciones de Cerna, I. (2015), quien realizó un estudio comparativo de la prevalencia de la depresión en estudiantes de secundaria provenientes de una institución educativa nacional y privada del distrito de Ate, y encontró un nivel de depresión grave (9% institución nacional y 11% particular). Se aprecia que ambos estudios hay un mínimo porcentaje en depresión grave o severa, la misma que no es significativa, es decir que en términos generales los adolescentes que fueron estudiados no poseen niveles altos de depresión que requieran atención.

Con relación al nivel de estado de ánimo disfórico según género, se encontró que tanto hombres como mujeres se ubican en un 91.8% en el nivel leve, con una muestra más alta en el nivel moderado en mujeres con 8% de los hombres con un 6%, por otro lado siguiendo con el estudio realizado por Cerna, I. (2015) en una muestra de estudiantes de secundaria provenientes de una institución educativa nacional y privada del distrito de Ate, encontró que el sexo femenino presentó una mayor prevalencia, en el nivel de depresión grave del 83%. Es decir en ambos estudios se observa una coincidencia con relación a que las mujeres tienen la tendencia a obtener sintomatología depresiva a un nivel moderado a grave, en mayor proporción, en contraste con los puntajes de los varones.

Con relación al nivel de ideas de autodesprecio según género, se encontró que tanto hombres como mujeres se ubican en un 89.4% en el nivel leve, resaltando el nivel moderado donde se observa en hombres un 9.8% y en mujeres una muestra ligeramente más alta con un 10.2%, por otro lado siguiendo con el estudio realizado por Arenas, S. (2009) en una muestra de estudiantes del Departamento de Psicología del Hospital Nacional Hipólito Unanue en el distrito del Agustino, encontró que la frecuencia de depresión en las mujeres era mayor que en los varones. Es decir en ambos estudios se observa una coincidencia con relación a que las mujeres tienen una tendencia a obtener sintomatología depresiva en este caso en un nivel moderado más alto que en los varones.

Con relación al nivel de estado de ánimo disfórico según edad, se encontró que en los estudiantes con edades de 12, 14 y 15 años se ubican en un 91.8% en el nivel leve, con un mínimo porcentaje en nivel moderado, resaltando que en estudiantes con edades de 13 y 16 años presentan en nivel moderado un 12.8% y 10.3%, por otro lado siguiendo con el estudio realizado por Cerna, I. (2015) en una muestra de estudiantes de secundaria provenientes de una institución educativa nacional y privada del distrito de Ate, encontró depresión grave en los estudiantes de la institución nacional que tenían entre 15 y 16 años (50,7%). Es decir en ambos estudios se observa una coincidencia en los estudiantes con la edad de 16 años quienes tienden a obtener sintomatología depresiva de nivel moderado a grave en más porcentaje que las demás edades investigadas.

Con relación al nivel de Ideas de autodesprecio (IAD) según edad, se encontró que en los estudiantes con edades de 12, 14 y 15 años se ubican en un 89.4% en el nivel leve, con un mínimo porcentaje en nivel moderado, resaltando que en estudiantes con edades de 13 y 16 años presentan en nivel moderado un 12.8% y 17.2%, por otro lado siguiendo con el estudio realizado por Cerna, I. (2015) en una muestra de estudiantes de secundaria provenientes de una institución educativa nacional y privada del distrito de Ate, encontró depresión grave en los estudiantes de la institución nacional que tenían entre 15 y 16 años (50,7%). Es decir en ambos estudios se observa una coincidencia en los estudiantes con la edad de 16 años quienes tienden a obtener sintomatología depresiva a un nivel moderado a grave en más porcentaje que las demás edades investigadas.

Con relación al nivel de estado de ánimo disfórico según grado de escolaridad, se encontró que en los estudiantes del primero, tercero, y cuarto grado de secundaria se ubican en un 91.8% en el nivel leve, con un mínimo porcentaje en nivel moderado, resaltando el nivel moderado en los estudiantes del segundo y quinto grado de secundaria, donde muestran un porcentaje de 13.2% y 10.3% relativamente. Por otro lado siguiendo con el estudio realizado por Cerna, I. (2015) en una muestra de estudiantes de secundaria provenientes de una institución educativa nacional y privada del distrito de Ate, encontró depresión grave en los estudiantes de la institución nacional que tenían entre 15 y 16 años (50,7%). Es decir en ambos estudios se observa una coincidencia en los estudiantes con la edad de 16 años quienes se encuentran en su mayoría en el quinto grado de secundaria

tienden a obtener sintomatología depresiva a un nivel moderado a grave en más porcentaje que las demás edades investigadas.

Con relación al nivel de Ideas de autodesprecio según grado de escolaridad, se encontró que en los estudiantes del primero, tercero, y cuarto grado de secundaria se ubican en un 89.4% en el nivel leve, resaltando el nivel moderado en estudiantes del segundo y quinto grado de secundaria, donde muestran un porcentaje de 13.2% y 13.8% relativamente. Por otro lado siguiendo con el estudio realizado por Cerna, I. (2015) en una muestra de estudiantes de secundaria provenientes de una institución educativa nacional y privada del distrito de Ate, encontró depresión grave en los estudiantes de la institución nacional que tenían entre 15 y 16 años (50,7%). Es decir en ambos estudios se observa una coincidencia en los estudiantes con la edad de 16 años quienes se encuentran en su mayoría en el quinto grado de secundaria tienden a obtener sintomatología depresiva a un nivel moderado a grave en más porcentaje que las demás edades investigadas.

Con relación al nivel de estado de ánimo disfórico según contexto familiar, se encontró que en los estudiantes que el 91.8% ubica su respuesta en la categoría leve en depresión, independientemente de que el alumno vive solo o con sus padres el porcentaje de respuestas es significativamente superior a las otras dos (moderado y severo). Estos resultados guardan relación con lo que sostiene Gonzales (1998), quien afirma que “la depresión infantil se da por la inestabilidad emocional de los padres presentándose como factor de riesgo los problemas emocionales, quienes no ofrecen a sus hijos las experiencias adecuadas para una vida feliz, siendo un riesgo más potente padres con trastorno depresivo, creando en los adolescentes fuentes de estrés”. Es decir los estudiantes adolescentes que se encuentran viviendo en ausencia de sus padres a tutela de otras personas no presentan síntomas depresivos ya que no se exponen a la inestabilidad emocional o posibles trastornos depresivos de sus progenitores, observándose que la funcionalidad familiar no es imprescindible en el desarrollo del estudiante.

Con relación al nivel de Ideas de autodesprecio según contexto familiar, se encontró que en los estudiantes que viven solo con su papa, con ambos (papa y mama) u otros familiares, se ubican en un 89.4% en el nivel leve, con un mínimo porcentaje en nivel

moderado, se muestra también que los que viven solo con sus madres, presentan un nivel moderado de 20.4%; Estos resultados se relaciona con lo que indica López, Del Barra (1995), “que una familia con padre ausente y que no participa con la comunidad, crea estudiantes de conductas desadaptativas y con síntomas depresivos”. Es decir en ambos estudios se observa que los estudiantes que no viven con su padre muestran un porcentaje significativo de los demás contextos familiares en el nivel moderado, observándose que la exigencia laboral de las madres en afán de sustituir al padre logra provocar alejamiento social y ausentismo afectivo en el adolescente.

### **5.2.2 Conclusiones**

Respecto al objetivo general se determina el nivel de depresión en estudiantes de secundaria de la Institución Educativa Policía Nacional del Perú Jorge Cieza Lachos, encontrándose la totalidad de la población en los niveles de presencia de síntomas depresivos mínima y moderada y presencia de síntomas depresivos marcada o severa, significando que los estudiantes adolescentes no presentan niveles altos de síntomas depresivos que requieran de atención inmediata, sin embargo se deberá prestar la orientación y cuidado necesario para su prevención.

Por otro lado, respecto al nivel de estado de ánimo disfórico e ideas de autodesprecio, por género, se resalta en los porcentajes entre ambos géneros, a las mujeres más propensas a desarrollar los síntomas depresivos, ya que un mínimo número de estudiantes femeninas llegan a ubicarse en el nivel moderado o severo en más proporción que los varones.

Así mismo, se logra determinar la presencia de síntomas depresivos de nivel moderado y severo, en los estudiantes de educación secundaria, siendo proporcionalmente mínimos, ya que en su mayoría se encuentran en nivel leve, resaltando que estos síntomas se pueden dar a cualquier edad en los estudiantes adolescentes; así también se deberá resaltar que las edades de 14 y 15 años, quienes se encuentran entre el tercero cuarto y quinto grado de instrucción, llegaron al nivel severo, resaltándose como la edad de apoyo y prevención psicológica.

Finalmente, la presente investigación determina la existencia de depresión según contexto familiar, en el nivel leve, resaltando a los estudiantes que viven solo con sus madres quienes alcanzan en un 2.0% el nivel moderado y severo de síntomas depresivos, mostrando la necesidad de orientación y apoyo psicológico; así también se observa que los que viven con otros familiares muestran en su totalidad síntomas depresivo en nivel leve, observándose que la composición familiar padre-madre, no es imprescindible para un buen desarrollo psicológico en el estudiante.

### **5.3 Recomendaciones**

Se debe realizar programas de intervención psicológica según el nivel de depresión alcanzado en los estudiantes, con terapias de apoyo y la respectiva vigilancia de la respuesta del adolescente a este tratamiento.

Desarrollar un programa de escuela para padres donde se les explique a los encargados de los estudiantes acerca de este diagnóstico y se concientice a los padres sobre los signos y la sintomatología de la depresión en los adolescentes, ya que a través de ellos se puede reducir la presencia de factores que activan este fenómeno psicológico.

Preparar actividades, medios sociales y charlas de orientación a los alumnos, que puedan lograr un buen estado de ánimo, visualizar el medio que los rodea con buen sentido del humor, buscando que desarrollen su autoestima, buenas relaciones sociales y familiares, autoreconocimiento de sus logros, inteligencia emocional, así como reconocer los signos y síntomas de este trastorno psicológico; trabajo que deberá realizarse conjuntamente con el personal implicado dentro de la Institución Educativa.

Capacitar al personal docente respecto a la depresión en adolescentes, la sintomatología, los factores, las causas y sus consecuencias; ya que deben ser los reconocedores de este fenómeno y el principal enlace a los familiares para prestar el auxilio respectivo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- American Psychiatric Association (1988). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-IV-R). Barcelona: Masson. Recuperado de <https://psicovalero.files.wordpress.com/2014/06/manual-diagnoc3b3stico-y-estadc3adstico-de-los-trastornos-mentales-dsm-iv.pdf>
- Arenas, S. (2009), *Relación entre la funcionalidad familiar y la depresión en adolescentes*, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, lima, Perú, Facultad de Psicología, E.A.P. de Psicología. Recuperado de [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/2562/Arenas\\_as.pdf;jsessionid=1A116E7621E8A5B8FD1DB73EC234F69A?sequence=1](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/2562/Arenas_as.pdf;jsessionid=1A116E7621E8A5B8FD1DB73EC234F69A?sequence=1).
- Arévalo, E. (2008). *Inventario de Depresión Infantil (CDI) Adaptación y Estandarización, Trujillo – Perú*. Recuperado de <https://es.scribd.com/doc/50593062/Manual-Del-Cdi>
- Beck, A.T., Rush, A, Sahaw, B y Emery, G. (1979). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. New York: Desclee de Brouwer. Recuperado de <https://www.edeslee.com/img/cms/pdfs/9788433006264.pdf>
- Berlanga, C. (1999). *El trastorno depresivo evaluado bajo una perspectiva fenomenológica*. Salud Mental, 22, 4, 26-32. Recuperado de [http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud\\_mental/article/view/754](http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/754)
- Calderón, G. (1984). *Depresión. Causas, Manifestaciones y Tratamiento*. México, Editorial Trillas. Recuperado de <https://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psicologiacom/article/viewFile/758/732> (12OCT16).
- Casullo, M. (1998). *Adolescentes en riesgo: Identificación y orientación psicológica*. Buenos Aires: Editorial Paidós SAICF. Recuperado de [http://find-files.com/?lp=2&cid=rkkb\\_ry83\\_8kku\\_7y5xrsbntt&pub\\_account\\_id=cBywnm5de79PMkZfftrCTNirwZ09zjpMhPCWLPkciH-yvL4INIKdMlj-Z96EkTBBE-IpQqNDdkk\\_\\_\\_&h=88aab166d04d02fed011a3a74859c1c7&t=MjU1NTk2MzY\\_\\_\\_&pass\[filename\]=Adolescentes+En+Riesgo%3A+Identificacion+Y+Orientacion+Psicologica&us=1](http://find-files.com/?lp=2&cid=rkkb_ry83_8kku_7y5xrsbntt&pub_account_id=cBywnm5de79PMkZfftrCTNirwZ09zjpMhPCWLPkciH-yvL4INIKdMlj-Z96EkTBBE-IpQqNDdkk___&h=88aab166d04d02fed011a3a74859c1c7&t=MjU1NTk2MzY___&pass[filename]=Adolescentes+En+Riesgo%3A+Identificacion+Y+Orientacion+Psicologica&us=1)
- Craig, G. (2001). *Desarrollo Psicológico*. México, Novena Edición: Pearson Educación. Recuperado de <https://psiqueunah.files.wordpress.com/2014/09/desarrollo-psicologico-9-ed-craig-baucum.pdf>

- García, A. (2013), *Los trastornos emocionales en la infancia y la adolescencia. Identificación*, Universidad de la Habana, Alternativas Cubanas en Psicología. Recuperado de <http://acupsi.org/articulo/44/los-trastornos-emocionales-en-la-infancia-y-la-adolescencia-identificacin.html>
- García, A. (2002). Tesis que para obtener el título de Licenciado en psicología: *La influencia de la familia y el nivel de depresión hacia el consumo de drogas en los Adolescentes de la ciudad de México*. México D.F. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México. Recuperado de [http://www.uade.inpsiquiatria.edu.mx/tesis/tesis\\_alma\\_garcia.pdf](http://www.uade.inpsiquiatria.edu.mx/tesis/tesis_alma_garcia.pdf)
- Hernández, R.; Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. Sexta Edición. Editorial Mc Graw Hill. México. Recuperado de <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>
- Organización Mundial de La Salud (2000) *Clasificación Internacional de enfermedades*, Décima Revisión. Recuperado de <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/6282/Volume1.pdf?sequence=1>
- Oseda, D. (2008.) *Metodología de la Investigación*. Edit: Pirámide. Huancayo.
- Shaffer D. (2000). *Psicología del Desarrollo: Infancia y Adolescencia*. México, Internacional Thompson Editores. Recuperado de <https://documents.mx/documents/libro-shaffer-completo-psicologia-del-desarrollo1pdf.html>
- Shaffer D., & Waslick, D (2003). *Las múltiples caras de la depresión en niños y adolescentes*. Barcelona, Psiquiatría Editores. Recuperado de <http://librosonlinegratis.com/libro/251656/las-multiples-caras-de-la-depresion-en-ninos-y>
- Wicks, N. & Israel C. (1997). *Psicopatología del niño y del adolescente*. Madrid, Editorial Prentice Hall. Recuperado de [https://drive.google.com/file/d/0B2k\\_q2BOr\\_bkY1FVZ21HY2pqRzA/view](https://drive.google.com/file/d/0B2k_q2BOr_bkY1FVZ21HY2pqRzA/view)
- Estupiñán, N., Pinzón, I., (2014). Trabajo de grado para optar al título de Especialista en epidemiología: *Prevalencia Depresión y Factores asociados en estudiantes de secundaria de una Comuna – Medellín 2014*. Bogotá, Facultad de Medicina, Universidad CES. Recuperado de [http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/13345/Estupi%C3%B1an%](http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/13345/Estupi%C3%B1an%20y%20Pinz%C3%B3n%202014.pdf)

20Pinz% C3% B3n% 20Prevalencia% 20depresi% C3% B3n% 20y% 20factores% 20asociados% 20en% 20una% 20comuna% 20en% 20Medell% C3% ADn.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Ferrel Ortega, F.; Vélez Mendoza, J.; Ferrel Ballestas, L. (2014). *Factores psicológicos en adolescentes escolarizados con bajo rendimiento académico: depresión y autoestima*. Santa Martha, Universidad Autónoma del Caribe, Revista Encuentros, 12 (2), pp. 35-47. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/encu/v12n2/v12n2a03.pdf>

## **ANEXOS Y APENDICES**

## MATRIZ DE CONSISTENCIA

**Título:** Depresión en estudiantes de secundaria de la I.E. PNP Jorge Cieza Lachos- S.J.L.,Lima-2017

**Autor:** Rosmery Pintado Aponte

**Fecha:** 16/12/2017

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	METODOLOGIA	VARIABLES	INSTRUMENTOS
<p><b>Problema Principal</b></p> <p>¿Cuál es el nivel de depresión, en estudiantes de secundaria de la Institución Educativa Policía Nacional del Perú Jorge Cieza Lachos, San Juan de Lurigancho, Lima 2017?</p>	<p><b>Objetivo General</b></p> <p>Determinar el nivel de depresión, en estudiantes de secundaria de la Institución Educativa Policía Nacional del Perú Jorge Cieza Lachos, San Juan de Lurigancho, Lima 2017.</p>	<p><b>Hipótesis General</b></p> <p>Existe nivel severo de depresión, en estudiantes de secundaria de la Institución Educativa Policía Nacional del Perú Jorge Cieza Lachos, San Juan de Lurigancho, Lima 2017.</p>	<p>• <b>Diseño Metodológico:</b></p> <p>Se utilizara el tipo de estudio descriptivo.</p> <p>Las descripciones tomarán en consideración las dimensiones de la variable general, determinando de acuerdo con la edad, sexo, entorno familiar y grado de escolaridad.</p> <p>• no experimental- trasversal.</p>	<p>• <b>Variable</b></p> <p>Depresión</p> <p>• <b>Dimensiones:</b></p> <p>✓ Estado de ánimo</p> <p>Disfórico:</p> <p><u>Ítems:</u></p> <p>1, 2, 3, 4, 6, 10, 11, 12, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 26, 27.</p> <p>✓ Ideas de auto desprecio.</p> <p><u>Ítems:</u></p> <p>5, 7, 8, 9, 13, 14, 15, 23, 24,25.</p>	<p><b>Inventario de Depresión Infantil:</b></p> <p><b>Nombre Original:</b> Children's Depression Inventory C.D.I.</p> <p><b>Nombre en Español:</b> Inventario de Depresión Infantil C.D.I</p> <p><b>Autora:</b> María Kovacs (1977)</p> <p><b>Procedencia:</b> Canadá</p> <p><b>Adaptación española:</b> Polonio Lorente (1988) España</p> <p><b>Adaptación y Estandarización Perú:</b> Edmundo Arévalo Luna</p> <p><b>Administración:</b> Individual y colectiva</p> <p><b>Ámbito de Aplicación:</b> Niños y niñas de 8 a 16 años de edad</p> <p><b>Duración:</b> Tiempo aproximado 15 a 20 minutos.</p> <p><b>Significación:</b> Evalúa síntomas depresivos más esenciales en los niños de 8 a16 años a través de las siguientes dimensiones: Estado de ánimo</p>
<p><b>Problema Derivados</b></p> <p>1. ¿Cuál es el nivel de estado de ánimo disfórico y de ideas de autodesprecio, según género, en estudiantes de secundaria de la Institución Educativa Policía Nacional del Perú Jorge Cieza Lachos, San Juan de Lurigancho, Lima 2017?</p> <p>2. ¿Cuál es el nivel de estado de ánimo disfórico y de ideas de autodesprecio, según edad, en estudiantes de secundaria de la Institución Educativa Policía Nacional del Perú Jorge Cieza Lachos, San Juan de Lurigancho, Lima 2017?</p>	<p><b>Objetivos Específicos</b></p> <p>1. Determinar el nivel de estado de ánimo disfórico y de ideas de autodesprecio, según género, en estudiantes de secundaria de la Institución Educativa Policía Nacional del Perú Jorge Cieza Lachos, San Juan de Lurigancho, Lima 2017.</p> <p>2. Determinar el nivel de estado de ánimo disfórico y de ideas de autodesprecio, según edad, en estudiantes de secundaria de la Institución Educativa Policía Nacional del Perú Jorge Cieza Lachos, San Juan de Lurigancho, Lima 2017.</p>	<p><b>Hipótesis Derivadas</b></p> <p>1. Existe nivel severo de estado de ánimo disfórico y de ideas de autodesprecio, según género, en estudiantes de secundaria de la Institución Educativa Policía Nacional del Perú Jorge Cieza Lachos, San Juan de Lurigancho, Lima 2017.</p> <p>2. Existe nivel severo de estado de ánimo disfórico y de ideas de autodesprecio, según edad, en estudiantes de secundaria de la Institución Educativa Policía Nacional del Perú Jorge Cieza Lachos, San Juan de Lurigancho, Lima 2017.</p>	<p>• <b>Diseño Muestral:</b></p> <p><b>Población:</b> Es heterogénea ya que estará conformada por 170 personas adolescentes estudiantes de educación secundaria de ambos sexos, en el rango de 12 a 16 años de edad, de la Institución Educativa Policía Nacional del Perú Jorge Cieza Lachos.</p> <p><b>Muestra:</b> Corresponde a una muestra censal. Está constituida por 170 personas adolescentes estudiantes de ambos sexos de la Institución Educativa Policía</p>	<p>• <b>Categorías:</b></p> <p>• No hay presencia de síntomas depresivos. Dentro de los límites normales</p> <p>• Presencia de síntomas depresivos mínima y moderada</p> <p>• Presencia de síntomas depresivos marcada o severa</p> <p>• Presencia de síntomas depresivos en grado máximo</p>	

<p>3. ¿Cuál es el nivel de estado de ánimo disfórico y de ideas de autodesprecio, según grado de escolaridad, en estudiantes de secundaria de la Institución Educativa Policía Nacional del Perú Jorge Cieza Lachos, San Juan de Lurigancho, Lima 2017?</p> <p>4. ¿Cuál es el nivel de estado de ánimo disfórico y de ideas de autodesprecio, según contexto familiar, en estudiantes de secundaria de la Institución Educativa Policía Nacional del Perú Jorge Cieza Lachos, San Juan de Lurigancho, Lima 2017?</p>	<p>3. Determinar el nivel de estado de ánimo disfórico y de ideas de autodesprecio, según grado de escolaridad, en estudiantes de secundaria de la Institución Educativa Policía Nacional del Perú Jorge Cieza Lachos, San Juan de Lurigancho, Lima 2017.</p> <p>4. Determinar el nivel de estado de ánimo disfórico y de ideas de autodesprecio, según contexto familiar, en estudiantes de secundaria de la Institución Educativa Policía Nacional del Perú Jorge Cieza Lachos, San Juan de Lurigancho, Lima 2017.</p>	<p>3. Existe nivel severo de estado de ánimo disfórico y de ideas de autodesprecio, según grado de escolaridad, en estudiantes de secundaria de la Institución Educativa Policía Nacional del Perú Jorge Cieza Lachos, San Juan de Lurigancho, Lima 2017.</p> <p>4. Existe nivel severo de estado de ánimo disfórico y de ideas de autodesprecio, según contexto familiar, en estudiantes de secundaria de la Institución Educativa Policía Nacional del Perú Jorge Cieza Lachos, San Juan de Lurigancho, Lima 2017.</p>	<p>Nacional del Perú Jorge Cieza Lachos del Distrito de San Juan De Lurigancho, Lima.</p> <p><b>Los criterios de inclusión</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Estar presente en el aula de clases el día de la aplicación de instrumentos.</li> <li>•Responder adecuadamente al instrumento.</li> <li>•Dar consentimiento oral de aceptación para participar en el estudio.</li> </ul> <p><b>Los criterios de exclusión</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•No estar en tratamiento psiquiátrico.</li> <li>•Pertener al programa de inclusión educativa.</li> <li>•Pertener a educación primaria.</li> </ul>	<p>Disfórico (visión negativa de sí mismo), Ideas de auto desprecio (visión negativa del medio y del futuro).</p> <p>Tipificación: Baremos para escolares del nivel primario, y adolescentes del nivel secundario, de ambos sexos.</p>
--	--	--	---	--

# INVENTARIO C.D.I.

(ADAPTACIÓN Y ESTANDARIZACIÓN: EDMUNDO ARÉVALO LUNA - 2008)

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

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

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

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

11	<p>A. Rara vez me molesta algo <input type="checkbox"/></p> <p>B. Las cosas me molestan muchas veces <input type="checkbox"/></p> <p>C. Las cosas me molestan todo el tiempo <input type="checkbox"/></p>	12	<p>A. Me gusta estar con otras personas <input type="checkbox"/></p> <p>B. Muchas veces no me gusta estar con otras personas <input type="checkbox"/></p> <p>C. Yo no quiero estar con otras Personas <input type="checkbox"/></p>																	
13	<p>A. Me decido fácilmente por algo, cuando quiero <input type="radio"/></p> <p>B. Es difícil para mí decidirme por algo <input type="radio"/></p> <p>C. No puedo decidirme por algo <input type="radio"/></p>	14	<p>A. Me veo bien <input type="radio"/></p> <p>B. Hay algunas cosas malas en mi apariencia <input type="radio"/></p> <p>C. Me veo horrible <input type="radio"/></p>																	
15	<p>A. Hacer las tareas del colegio no es problema <input type="radio"/></p> <p>B. Muchas veces me cuesta esfuerzo hacer las tareas del colegio <input type="radio"/></p> <p>C. Todo el tiempo me cuesta mucho esfuerzo hacer tareas del colegio <input type="radio"/></p>	16	<p>A. Duermo muy bien <input type="checkbox"/></p> <p>B. Varias noches tengo problemas para dormir <input type="checkbox"/></p> <p>C. Todas las noches tengo Problemas para dormir <input type="checkbox"/></p>																	
17	<p>A. Rara vez me siento cansado <input type="checkbox"/></p> <p>B. Muchos días me siento cansado <input type="checkbox"/></p> <p>C. Todo el tiempo me siento Cansado <input type="checkbox"/></p>	18	<p>A. Como muy bien <input type="checkbox"/></p> <p>B. Varios días no tengo ganas de comer <input type="checkbox"/></p> <p>C. La mayoría de los días no tengo Ganas de comer <input type="checkbox"/></p>																	
19	<p>A. No me preocupan dolores ni enfermedades <input type="checkbox"/></p> <p>B. Muchas veces me preocupan dolores y enfermedades <input type="checkbox"/></p> <p>C. Todo el tiempo me preocupan Dolores y enfermedades <input type="checkbox"/></p>	20	<p>A. No me siento solo <input type="checkbox"/></p> <p>B. Muchas veces siento solo <input type="checkbox"/></p> <p>C. Todo el tiempo me siento solo <input type="checkbox"/></p>																	
21	<p>A. Siempre me divierto en el colegio <input type="checkbox"/></p> <p>B. Solo de vez en cuando me divierto en el colegio <input type="checkbox"/></p> <p>C. Nunca me divierto en el colegio <input type="checkbox"/></p>	22	<p>A. Tengo muchos amigos <input type="checkbox"/></p> <p>B. Tengo muchos amigos, pero Quisiera tener más <input type="checkbox"/></p> <p>C. No tengo amigos <input type="checkbox"/></p>																	
23	<p>A. Mi rendimiento en el colegio es bueno <input type="radio"/></p> <p>B. Mi rendimiento en el colegio no es tan bueno como antes <input type="radio"/></p> <p>C. Mi rendimiento en el colegio es Malo <input type="radio"/></p>	24	<p>A. Soy tan bueno como otros alumnos <input type="radio"/></p> <p>B. Puedo ser tan bueno como otros Alumno, si yo quisiera <input type="radio"/></p> <p>C. Nunca podré ser tan bueno como Otros alumnos <input type="radio"/></p>																	
25	<p>A. Estoy seguro que hay personas que me quieren <input type="radio"/></p> <p>B. No estoy seguro si alguien me quiere <input type="radio"/></p> <p>C. Nadie me quiere realmente <input type="radio"/></p>	26	<p>A. Generalmente hago caso en lo que me dicen <input type="checkbox"/></p> <p>B. Muchas veces no hago caso en Lo que me dicen <input type="checkbox"/></p> <p>C. Nunca hago caso en lo que me Dicen <input type="checkbox"/></p>																	
27	<p>A. Me llevo bien con los demás <input type="checkbox"/></p> <p>B. Muchas veces me peleo con los demás <input type="checkbox"/></p> <p>C. Todo el tiempo me peleo con los Demás <input type="checkbox"/></p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>AREAS</th> <th>PD</th> <th>Pc</th> <th>DIAGNÓSTICO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>DISFORIA</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>AUTODES</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>TOTAL</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			AREAS	PD	Pc	DIAGNÓSTICO	DISFORIA				AUTODES				TOTAL			
AREAS	PD	Pc	DIAGNÓSTICO																	
DISFORIA																				
AUTODES																				
TOTAL																				

Evaluador responsable:.....

Firma:.....

<b>INDICE DE TABLAS</b>	<b>PAG.</b>
Tabla 1 Nivel de Depresión	71
Tabla 2 Nivel de Estado de Animo Disfórico (EAD) según género	72
Tabla 3 Nivel de Ideas de autodesprecio (IAD) según género	73
Tabla 4 Niveles de Estado de Animo Disfórico (EAD) según edad	74
Tabla 5 Niveles de Ideas de autodesprecio (IAD) según edad	74
Tabla 6 Niveles de Estado de Animo Disfórico (EAD) según grado de escolaridad	75
Tabla 7 Niveles de Ideas de autodesprecio (IAD) según grado de escolaridad	76
Tabla 8 Niveles de Estado de Animo Disfórico (EAD) según contexto familiar	77
Tabla 9 Niveles de Ideas de autodesprecio (IAD) según contexto familiar	77