



UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE

LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA HUMANA

TITULO:

**PREVALENCIA DE SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA EN
ADOLESCENTES ESTUDIANTES DE QUINTO GRADO DE
SECUNDARIA DE LA I.E.P. "BENITO JUAREZ" N° 0073**

S.J.L - 2017

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

AUTORA:

CRUZ ATILANO LAURA YOLANDA

LIMA – PERÚ

2017

DEDICATORIA

A Jehová por darme la vida y a mis entrañables padres por haberme inculcado el valor de la perseverancia ante cualquier objetivo trazado en mi vida.

AGRADECIMIENTOS

A todas las personas e instituciones que me brindaron orientación, apoyo e información durante la elaboración de la presente investigación.

Al Magister Walter Capa Luque, quien fue mi docente y asesor director de tesis, por su valiosa formación académica en el transcurso de mi carrera profesional.

Al director general de la institución educativa secundaria pública, “Benito Juárez” N° 0073, Javier Ore Eusebio, en donde se me permitió realizar la presente investigación con total confianza y libertad.

A los departamentos de investigación, epidemiología y estadística del Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado - Hideyo Noguchi” por la información y apoyo proporcionados.

Al director de la oficina general de estadística e informática del Ministerio de Salud del Perú (MINSa), Marco Bardales Espinoza, por la información brindada.

A la prestigiosa Biblioteca Nacional del Perú (BNP) por la accesibilidad a su literatura.

Al jefe de la biblioteca de la escuela de psicología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, David Chávez, por la accesibilidad e información brindada.

RESUMEN

El presente estudio tiene como objetivo determinar la prevalencia de sintomatología depresiva en adolescentes del quinto grado de secundaria, pertenecientes a una institución educativa pública del distrito “San Juan de Lurigancho”, según la variante sociodemográfica sexo, tanto a nivel general, como en cada dimensión de la escala, siendo estas: “disforia”, “anhedonia”, “autoevaluación negativa” y “quejas somáticas”. Además, identificar la validez y confiabilidad de la escala general y de sus dimensiones. Así mismo, se elaboraron baremos, tanto para la escala general, como para cada dimensión, en la muestra de estudio.

La investigación siguió la metodología cuantitativa, de tipo descriptiva, correspondiendo al diseño no experimental–transversal. No se estimó tamaño muestral, en vista de la cantidad reducida de la población, optándose a trabajar con su totalidad, siendo por tal, muestreo de tipo intencional correspondiente a un estudio de censo. El estudio se desarrolló sobre 150 adolescentes de ambos sexos, (72 varones y 78 mujeres) fluctuantes entre los 15 y 17 años de edad, estudiantes de quinto grado de secundaria, inscritos en el calendario regular escolar 2017 de la I. E. P. “Benito Juárez” N° 0073. El instrumento de recojo de información fue la Escala de Depresión para adolescentes de Reynolds (EDAR), aplicándose el modelo de 4 dimensiones.

Los resultados del estudio mostraron a nivel general, una prevalencia de sintomatología depresiva mínima del 8.0% en los participantes. No obstante, según el sexo, quedó claro el ausentismo de tal sintomatología en el 100.0 % de los varones,

mientras que las mujeres destacaron con 15,4% de prevalencia. En tal sentido, tal prevalencia en el sexo femenino, circunscrita en cada dimensión de la escala, obtuvo cifras específicas, siendo en la primera dimensión titulada “disforia” 7.7 %. En la segunda dimensión “anhedonia” 15.4 %. En la tercera dimensión “autoevaluación negativa” 6.4 % y finalmente, en la cuarta dimensión “quejas somáticas” 12.8 %. Por ende, se evidencia una prevalencia de sintomatología depresiva mínima en la muestra, sin embargo, relucieron, diferencias significativas según el sexo, dándose mayor prevalencia en las mujeres, a diferencia de los varones, en los estudiantes. Cabe agregar, que la dimensión con mayor prevalencia en las mismas, fue “disforia”, pernoctando, mayor tendencia de las estudiantes, hacia la tristeza, el llanto, sentimientos de soledad, irritabilidad, preocupación, aislamiento, ansiedad escolar y autocompasión.

Por otro lado, en referencia a la confiabilidad y validez de la escala para la muestra de estudio, la fiabilidad a través del Alpha de Crombach, arrojó un índice aceptable de 0.99 para la escala total. En tal sentido, de acuerdo a cada dimensión de la escala, los índices obtenidos fueron 0,96 en “disforia”, 0,95 en “anhedonia”, 0,97 en “autoevaluación negativa” y 0.95 en “quejas somáticas”. Determinándose así, la validez de la escala total, de igual modo, del modelo dimensional aplicado en el estudio.

Palabras clave: Depresión, sintomatología, prevalencia, dimensiones, EDAR

ABSTRACT

The present study aims to determine the prevalence of depressive symptomatology in adolescents in fifth grade secondary school, belonging to a public educational institution in the district "San Juan de Lurigancho". A description is made according to the socio-demographic variant sex, in general level and according to each dimension of the scale, being these: "dysphoria", "anhedonia", "negative self-evaluation" and "somatic complaints". In addition, validity and reliability of the scale were identified. For the research, categorical values were developed, for the scale in general and for each dimension.

For investigation, sample size was not estimated, considering the small amount of the population, therefore, take into account the entire population, being by such a census study. Investigation included 150 male and female adolescents (72 male and 78 female) fluctuating between 15 and 17 years of age, fifth grade students enrolled in 2017 regular school calendar, from P.E.I "Benito Juarez" N° 0073. The research followed the quantitative methodology, of descriptive type, corresponding to the non-experimental-transversal design. The instrument for collecting information was the Depression Scale for Reynolds Adolescents (EDAR).

The results of the study showed, in general, a prevalence of depressive symptomatology is minimal, about participating students, indicating that only 8.0% presents symptoms. However, according to sex, it was clear that 100.0% of the men were characterized by absence in their totality, while the women stood out with a

presence of 15.4%. At the same time, in relation to the prevalence of depressive symptomatology circumscribed in each dimension of the scale, for the same, we can see, on the first dimension titled “dysphoria” a 7.7%. In the second dimension “anhedonia” a 15.4%. In the third dimension “negative self-evaluation” a 6.4%, and finally, regarding the fourth dimension “somatic complaints” 12.8%. Therefore, the prevalence of depressive symptomatology is minimal in the sample, however, this symptomatology has significant differences according to sex. Giving greater prevalence in woman, in contrast to the male, in the fifth grade students. Following this line, the dimension with the highest prevalence was "dysphoria", which showed a greater tendency of students, towards sadness, crying, loneliness's feelings, irritability, worry, isolation, school anxiety and self-pity.

On the other hand, in reference to the reliability and validity of the scale for the study sample, the reliability through the Alpha of Crombach, yielded an acceptable index of 0.99 for the total scale. In this sense, according to each dimension of the scale, the indices were 0.96 in “disphoria”, 0.95 in “anhedonia”, 0.97 in “negative self-evaluation” and 0.95 in “somatic complaints”. Thus, the validity of the scale and the dimensional model chosen in the study were determined.

Key words: Depression symptoms, dimensions, prevalence, EDAR

TABLA DE CONTENIDO

Portada.....	i
Dedicatoria.....	ii
Agradecimientos.....	iii
Resumen.....	iv
Abstract.....	vi
Tabla de contenido.....	x
Lista de anexos y apéndices.....	xii
Lista de tablas.....	xiii
Introducción.....	1
CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
1.1. Descripción de la realidad problemática.....	4
1.2. Formulación del problema.....	10
1.2.1. Problema principal.....	10
1.2.2. Problemas específicos.....	10
1.3. Objetivos de la investigación.....	11
1.3.1. Objetivo principal.....	11
1.3.2. Objetivos específicos.....	12
1.4. Justificación de la investigación.....	13
1.4.1. Importancia de la investigación.....	13
1.4.2. Viabilidad de la investigación.....	15
1.5. Limitaciones del estudio.....	16

CAPITULO II MARCO TEORICO.....	18
2.1. Antecedentes de la investigación.....	19
2.2. Bases teóricas.....	29
2.2.1. Depresión.....	29
2.2.1.1. Manifestaciones clínicas de la depresión en general.....	33
2.2.1.2. Sintomatología depresiva durante la adolescencia.....	34
2.2.2. Modelos psicológicos de la depresión.....	37
2.2.2.1. Modelo psicoanalítico.....	37
2.2.2.2. Modelo clínico depresivo.....	39
2.2.2.3. Modelo neurofisiológico.....	42
2.2.2.4. Modelo bioquímico.....	45
2.2.2.5. Modelo conductual.....	48
2.2.2.6. Modelo cognitivo.....	49
2.2.2.7. Modelo interpersonal.....	51
2.2.3. Tipologías de la depresión.....	53
2.2.3.1. Subtipos depresión mayor y distimia.....	54
2.2.3.2. Subtipos primaria o endógena y secundaria o reactiva.....	57
2.2.3.3. Subtipos unipolar o monopolar y bipolar.....	58
2.2.4. Causas de la depresión en la adolescencia.....	59
2.2.4.1. Factores endógenos.....	60
2.2.4.2. Factores exógenos.....	62
2.2.5. Consecuencias de la depresión en la adolescencia.....	68
2.2.5.1. Ideación suicida y suicidio consumado.....	69
2.2.5.2. Fracaso escolar.....	70
2.2.5.3. Conflictos interpersonales.....	71

2.2.5.4. Uso de sustancias ilegales.....	71
2.3. Definición de términos básicos.....	72
2.3.1. Dimensiones de la EDAR.....	72
2.3.2. Prevalencia.....	73
2.3.3. Categorías generales de la EDAR.....	74
2.3.4. Categorías de las dimensiones de la EDAR.....	75
CAPÍTULO III HIPÓTESIS Y VARIABLE DE	
INVESTIGACIÓN.....	77
3.1. Formulación de hipótesis.....	78
3.1.1. Hipótesis general.....	78
3.1.2. Hipótesis específicas.....	78
3.2. Sintomatología depresiva.....	79
3.2.2. Definición conceptual.....	79
3.2.3. Definición operacional.....	80
CAPÍTULO IV METODOLOGÍA.....	81
4.1. Diseño metodológico.....	82
4.1.1. Metodología de investigación.....	82
4.1.2. Tipo de investigación.....	82
4.1.3. Diseño de investigación.....	83
4.2. Diseño muestral.....	83
4.2.1. Población.....	83
4.2.2. Muestra.....	83
4.2.2.1. Criterios de inclusión.....	84
4.2.2.2. Criterios de exclusión.....	84

4.3. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos.....	84
4.3.1. Técnica.....	84
4.3.2. Instrumento.....	85
4.4. Técnicas para el procesamiento de la información.....	93
4.5. Técnicas estadísticas para el análisis de la información.....	93
4.6. Aspectos éticos contemplados.....	95
CAPITULO V ANALISIS Y DISCUSION.....	98
5.1. Análisis descriptivo.....	100
5.2. Análisis inferencial.....	104
5.3. Comprobación de hipótesis.....	104
5.4. Discusión y conclusiones.....	109
5.4.1. Discusiones.....	109
5.4.2. Conclusiones.....	119
5.4.3. Recomendaciones.....	121
ANEXOS Y APENDICES.....	125
BIBLIOGRAFIA.....	135

LISTA DE ANEXOS Y APENDICES

Anexo 1 Base de datos.....	125
Anexo 2 Escala de depresión para adolescentes de Reynolds (EDAR).....	126
Anexo 3 Validez y confiabilidad de la Escala de depresión para adolescentes de Reynolds (EDAR) para la muestra de estudio	127
Anexo 4 Normas percentilares de la Escala de depresión para adolescentes de Reynolds (EDAR) para la muestra de estudio.....	129
Anexo 5 Matriz de consistencia.....	132
Anexo 6 Formula del estadístico Razón crítica (RC).....	134

INDICE DE TABLAS

Tabla 1	Operacionalización de la sintomatología depresiva.....	80
Tabla 2	Prevalencia de sintomatología depresiva según el sexo en general.....	100
Tabla 3	Prevalencia de sintomatología depresiva en “disforia”.....	101
Tabla 4	Prevalencia de sintomatología depresiva en “anhedonia”.....	102
Tabla 5	Prevalencia de sintomatología depresiva en “autoevaluación-negativa”....	103
Tabla 6	Prevalencia de sintomatología depresiva en “quejas somáticas”.....	103
Tabla 7	Verificación de la hipótesis general.....	105
Tabla 8	Verificación de hipótesis específica 1.....	106
Tabla 9	Verificación de hipótesis específica 2.....	107
Tabla 10	Verificación de hipótesis específica 3.....	108
Tabla 11	Verificación de hipótesis específica 4.....	109
Tabla 12	Fiabilidad de la escala total para la muestra.....	129
Tabla 13	Validez de la escala total para la muestra.....	129
Tabla 14	Fiabilidad de las dimensiones de la escala para la muestra.....	130
Tabla 15	Validez de las dimensiones de la escala para la muestra.....	130
Tabla 16	Normas percentilares para la escala total en la muestra.....	131
Tabla 17	Puntajes categorizados para la escala total en la muestra.....	131
Tabla 18	Normas percentilares para las dimensiones de la escala en la muestra.....	132
Tabla 19	Puntajes categorizados para la dimensión “disforia”.....	132
Tabla 20	Puntajes categorizados para la dimensión “anhedonia”.....	133
Tabla 21	Puntajes categorizados para la dimensión “autoevaluación negativa”.....	133
Tabla 22	Puntajes categorizados para la dimensión “quejas somáticas”.....	133

INTRODUCCION

La depresión implica una complejidad de factores en su desarrollo, en los últimos tiempos, se presenta con mayor frecuencia en la sociedad, sin excluir edades, entre otras características sociodemográficas. En vista a lo mencionado, para la actualidad el adolescente ha llegado a considerarse un blanco crucial para la misma. En este sentido, (Goodyer, Cooper, Polaino-Loreine y Domenich, 1993; véase Mingote y Requena, 2013) mencionan que se destaca la tendencia de la depresión en la etapa de la adolescencia, sobre todo en el género femenino, sobresaliendo el subtipo distimia en un 10 % de las mujeres. Apoyando tal mención, la OMS (2012) indico que la depresión viene afectando en su mayoría a las adolescentes de género femenino con el intervalo de edades de 13 a 19 años.

Por ende, el presente estudio se centró en el objetivo primordial, de determinar la prevalencia de sintomatología depresiva, según la variante sociodemográfica sexo, en adolescentes estudiantes, específicamente del quinto grado de secundaria de una institución pública del distrito “San Juan de Lurigancho”. Así mismo, planteamos determinar tal prevalencia conforme a cada dimensión de la escala según la misma variante.

La investigación está comprendida en cinco capítulos los que se desarrollaron siguiendo un orden cronológico previamente establecido: en el capítulo I apreciamos la realidad problemática o local que envuelve la investigación, se formulan las interrogantes problema, tanto general como específicas a responder, así también, la delimitación de los objetivos general y específicos del estudio. Seguido, se brinda la

justificación de la investigación integrando en ella, los aspectos teórico - científico, profesional - educativo y social-cultural. El capítulo II, implica el marco teórico, en el que se desarrollan los conceptos y modelos psicológicos en torno a la variable de estudio, prosiguiendo, con los antecedentes de investigación, así como también, se definen los términos básicos empleados en el estudio. Por su parte, el capítulo III, abarca la formulación de hipótesis de investigación y las definiciones conceptual y operacional de la variable de estudio. Por otro lado, en el capítulo IV se indica la metodología aplicada en el estudio, dando mayor alcance de la muestra de estudio, como del instrumento utilizado. Así mismo, se describen las técnicas tanto para el procesamiento como para el análisis de la información.

El contenido del capítulo V, da referencia sobre los resultados encontrados en la muestra de estudio, posteriores al análisis estadístico. A través de la aplicación del instrumento administrado. A la vez, se desarrolla la discusión alrededor de los mismos, realizando contrastes con nuestros antecedentes, seguido a ello, presentamos las conclusiones de investigación, sintetizando aspectos relevantes del estudio, para finalmente mostrar las recomendaciones del estudio, con el fin de dar mayor alcance a futuras investigaciones.

CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

El adolescente viene siendo objeto de interés y estudio durante mucho tiempo. Se sabe que aproximadamente uno de cada seis habitantes del mundo es un adolescente, lo que significa que 1200 millones de personas tienen entre 10 y 19 años. Dadas las condiciones actuales respecto a la depresión y la sintomatología específica que esta conlleva en dicha etapa de la vida, se ha incrementado aún más dicho interés.

Horrocks (1993) considera que la adolescencia envuelve características individuales en cuanto a estados de ánimo, intensidad de impulsos y variaciones de la conducta. Así mismo, Pardo (2000; cit. por Sandoval y Umbarilia, 2004) señala que los adolescentes son uno de los grupos etarios que presentan mayor probabilidad de sufrir depresión, dada la etapa de cambios físicos, psicológicos, socioculturales y cognitivos. Por su parte, Kiell (1964; cit. por Horrocks, 1993) afirma que durante la adolescencia prevalece una gran agitación y caos extremo, siendo universal e influenciada por factores culturales. Similarmente, Eysenck y Eysenck (1969; véase Horrocks, 1993) refuerzan manifestando que la adolescencia es un periodo de tensión en la etapa del desarrollo. No obstante, a pesar de tales afirmaciones, aún prevalece la idea de que la adolescencia es el periodo más saludable de la vida, evidenciándose una realidad opuesta.

La realidad local fijada en la presente investigación, radica en la vulnerabilidad de los adolescentes que oscilan entre los 15 a 17 años de edad, estudiantes de quinto grado de secundaria, al ser considerados un grupo proclive ante la prevalencia de sintomatología depresiva. Encontrándose en una edad crítica, en la etapa final de la edad

volitiva, comprendiendo los procesos de crecimiento y desarrollo de la personalidad, llena de cambios físicos y emocionales, lo que, a su vez, implica conflictos y desajustes conductuales. Hallándose, además, a un paso de formar parte de la sociedad como protagonistas, comenzando a experimentar sus propias necesidades, derechos y responsabilidades, lo que comúnmente suele generar una serie de reacciones psicológicas, tal como la depresión en los mismos.

Al presentar sintomatología depresiva, el adolescente no culmina dicha etapa de forma adecuada, ya que se ve afectada, su capacidad general, desempeño escolar, e interacción con su entorno, por ende, sus relaciones interpersonales a futuro. Siendo por tal, necesario evaluar las implicancias del tema, en los estudiantes, ya que en nuestro medio se evidencia poca presencia de los adolescentes en las estadísticas de salud, siendo el único grupo de población que no recibe una atención integral y adecuada, lo cual, pudiese considerarse un riesgo para sus vidas.

Cabe mencionar que los adolescentes son influenciados por factores endógenos (genéticos y fisiológicos) y factores exógenos (familia, el medio y la cultura), los que se relacionan directamente con ellos, en el desarrollo de la sintomatología depresiva, además, de variantes sociodemográficas que los hace aún más vulnerables tal como: la edad, sexo y medio social, no siendo este último determinante, pero sí sumamente influyente. Remarcando la existencia de dichos factores determinantes, Nicolson y Alyers (2001) manifestaron que las causas de la depresión, están sujetos a factores predisponentes y precipitadores tales como: Depresión parental, malas relaciones interpersonales, divorcio y conflictos conyugales de los padres, malos tratos físicos y sexuales. Así mismo, la depresión trae consigo significativas consecuencias tales como:

problemas académicos, problemas interpersonales y en el peor de los casos se llega hasta el suicidio. Tal como muestran, Hafén y Frandsen, (1986; cit. por Buendía Riquelme y Ruiz, 2004) la depresión es el factor de riesgo más común en conductas suicidas en jóvenes.

Sin embargo, existe una explicación postulada por especialistas e incluso por un número creciente de público seguidor de estos asuntos, quienes consideran a la depresión como un patrón común en un sector considerable de adolescentes en algún momento de sus vidas, incluso, algunos investigadores la consideran como parte de la evolución emocional en la adolescencia, constituyéndose entonces, paradójicamente una característica específica del adolescente en determinado periodo.

El panorama que se presenta en la actualidad en torno a la presencia de depresión y su sintomatología en adolescentes estudiantes de secundaria tiene gran impacto tanto en el plano nacional como internacional.

En primera instancia, en el plano nacional se observan cifras importantes referidas a la depresión en adolescentes, es preciso mencionar que los datos más actuales en relación al tema, registrados por consulta externa, datan del año 2015, según el Ministerio de salud del Perú (MINSA) a nivel regional en Lima metropolitana, fueron reportados 6.303 casos de episodios depresivos en sus diversos niveles y clasificaciones (leve, moderado, grave con síntomas psicóticos, grave sin síntomas psicóticos, otros episodios depresivos y otros episodios depresivos no especificados) en adolescentes oscilantes entre los 12 y 17 años de edad. A nivel general, en el Perú se reportaron 17.073 casos de episodios depresivos en adolescentes fluctuantes entre el mismo

intervalo de edades mencionado. Así mismo, según la unidad estadística del instituto nacional de salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” los datos generales más recientes, son referidos al año 2016, donde se registra un 22.40% de atenciones dirigidas a los adolescentes, entre las cuales se encuentra la depresión como motivo de tales atenciones.

En segunda instancia, en el plano internacional, según la Organización mundial de la Salud OMS (2016) el trastorno mental de la depresión viene afectando a 350 millones de personas en el mundo, siendo las mujeres las que predominan en contraste con los hombres, menciona, además, que suele conllevar al suicidio. Según su informe titulado “Health for the world’s adolescents”, omitido el 14 de Mayo del 2014 en Ginebra, la depresión es la principal causa de enfermedad y discapacidad entre los adolescentes de ambos sexos, de edades comprendidas entre 10 y 19 años, seguida de otras, siendo a su vez el suicidio la más funesta consecuencia, por ende, la principal causa de mortalidad entre las adolescentes de 15 a 19 años.

Así mismo, según otros estudios realizados reportados por la (OMS) cada una de dos personas que desarrollan trastornos mentales presenta los primeros síntomas a los 14 años de edad. Se informó, además, que en el 2015 fallecieron alrededor de 1,3 millones de adolescentes, la mayoría de ellos por causas que se hubieran podido prevenir. Se recalca, que en los países de altos ingresos las tasas de mortalidad de entre los 15 y los 19 años son más elevadas, que durante otros periodos de vida. Al respecto, la Dra. Flavia Bustreo, subdirectora general de la (OMS) para la salud de la familia, la mujer y el niño, indica que dicho informe se basa en un importante acervo de datos publicados y en entrevistas realizadas a adolescentes de entre 10 y 19 años de edad de todo el mundo.

Existen datos arrojados por otras investigaciones, por ejemplo, Canols (2001) refiere que se encuentra una prevalencia de depresión en adolescentes de 14 años del 2,3% y en adolescentes de 17 años de 3,4%. Se entiende que, al progresar el conocimiento del sufrimiento depresivo precoz, se ha podido medir mejor en términos de sufrimiento individual y de salud pública.

En una investigación, Galdo y García (2008) determinaron que el orden de la prevalencia de la depresión en adolescentes es del 5 %, lo cual, hace que la patología depresiva sea una de las más frecuentes en este periodo de la vida, con importantes repercusiones como; déficit funcional relacionado a dificultades escolares; problemas familiares y aislamiento social y el mencionado suicidio. Se recalca, que las consecuencias más severas se dan en cuanto más se alargue el proceso de padecimiento.

Claramente, el estudio sobre depresión en adolescentes, viene alarmando al público en general, en vista de los índices mostrados recientemente y por investigaciones anteriores, entre otros estudios internacionales que refuerzan el impacto, se encuentran los estudios de Angold y Costello (1995; véase Mingote y Requena, 2013) los que señalan que la tasa de prevalencia la depresión del subtipo mayor en adolescentes es de 3%, notoriamente mayor a la prevalencia de depresión en niños la cual es de 0.5 % y 1%. Por su cuenta, Chinchilla (2008) menciona que la prevalencia de la depresión en adolescentes va aumentando desde la etapa preescolar hasta la adolescencia, siendo estas cifras en algunos estudios, mayores que en la población adulta. En este sentido, las cifras de prevalencia pueden oscilar entre el 0,5 y el 2,5% de la población refiriéndose esta última cifra a los adolescentes.

Se destaca la tendencia de la depresión en la etapa de la adolescencia, sobre todo en el género femenino, sobresaliendo el subtipo distimia en un 10 % de las mujeres (Goodyer, Cooper, Polaino-Loreine y Domenich, 1993; véase Mingote y Requena, 2013). Al respecto, la OMS (2012) manifiesta que la depresión viene afectando en su mayoría al género femenino de entre los 13 y 19 años de edad.

Otras investigaciones a través del tiempo refuerzan tal afirmación, por ejemplo, Costello y Cols (1996) señalan la tasa de prevalencia de la depresión en adolescentes varía de 3 a un 9 % en adolescentes, identificándose un mayor riesgo en el género femenino que en el género masculino.

Estudios como los mencionados, muestran certeramente, que la depresión es común durante la adolescencia. Se estima que la probabilidad que tenga el adolescente de sobrellevar o afrontar el periodo de depresión dependerá del apoyo que reciba ya sea este de índole familiar o profesional, al no reunirse las condiciones necesarias para ello, será más propenso a sufrir las consecuencias irremediables. Acercándose a dicha ideología, Fenbremeer (1961; cit. por Horrocks, 1993) asegura que las modificaciones dadas según los tiempos de vida, implica la existencia de diferentes estilos de adaptación asumidos por el adolescente serán los que marcarán su diferenciación, no obstante, aún no logra total certeza dicho postulado.

Por tanto, la depresión en el adolescente constituye un serio problema de salud pública cuyo diagnóstico y tratamiento deben de ser lo más precoz posible, vale agregar, que los hogares, colegios públicos y privados son espacios donde se debe conocer y tomar importancia sobre todo lo que conlleva la depresión en los adolescentes, debido a

que está dando lugar al desarrollo de consecuencias negativas en la población. Una de las maneras de lograr objetivos importantes al respecto es informarse de forma específica sobre la realidad respecto a los factores que condicionan el desarrollo de la depresión, así como la de proveer modelos explicativos de los factores psicológicos y contextuales que cumplen una función reguladora o moduladora de los estados emocionales y de protección o riesgo frente a la depresión, para finalmente poder diseñar y establecer programas de promoción de estilos bienestar emocional para los adolescentes en edad escolar. Si los adolescentes con problemas de salud mental reciben la atención que precisan, se pueden evitar muertes y un sufrimiento de por vida.

1.2. Formulación del problema

1.2.1 Problema principal

¿Cuál es la prevalencia de la sintomatología depresiva según el sexo, en los estudiantes del quinto grado de secundaria de la I.E.P. “Benito Juárez” N° 0073 de S.J.L. - 2017?

1.2.2. Problemas secundarios

1.2.2.1. Problema secundario 1

¿Cuál es la prevalencia de la sintomatología depresiva en la dimensión “disforia”, según el sexo, en los estudiantes de quinto grado de secundaria?

1.2.2.2. Problema secundario 2

¿Cuál es la prevalencia de la sintomatología depresiva en la dimensión “anhedonia”, según el sexo, en los estudiantes de quinto grado de secundaria?

1.2.2.3. Problema secundario 3

¿Cuál es la prevalencia de la sintomatología depresiva en la dimensión “autoevaluación negativa”, según el sexo, en los estudiantes de quinto grado de secundaria?

1.2.2.4. Problema secundario 4

¿Cuál es la prevalencia de la sintomatología depresiva en la dimensión “quejas somáticas”, según el sexo, en los estudiantes de quinto grado de secundaria?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Determinar la prevalencia de la sintomatología depresiva según el sexo, en los estudiantes de quinto grado de secundaria de la I.E.P. “Benito Juárez” N° 0073 de S.J.L-2017.

1.3.2. Objetivos específicos

1.3.2.1. Objetivo específico 1

Identificar la prevalencia de la sintomatología depresiva en la dimensión “disforia”, según el sexo, en los estudiantes de quinto grado de secundaria.

1.3.2.2. Objetivo específico 2

Identificar la prevalencia de la sintomatología depresiva en la dimensión “anhedonia”, según el sexo, en los estudiantes de quinto grado de secundaria.

1.3.2.3. Objetivo específico 3

Identificar la prevalencia de sintomatología depresiva en la dimensión “autoevaluación negativa”, según el sexo, en los estudiantes de quinto grado de secundaria.

1.3.2.4. Objetivo específico 4

Identificar la prevalencia de sintomatología depresiva en la dimensión “quejas somáticas” según el sexo, en los estudiantes de quinto grado de secundaria.

1.4. Justificación de la investigación

1.4.1 Importancia de la investigación

La importancia del presente estudio referido a la prevalencia de la sintomatología depresiva en adolescentes estudiantes de quinto grado de secundaria de ambos sexos, radica en relación a la etapa crítica en que se hallan. Se sabe que la depresión varía en su sintomatología en cada grupo etario. Según Agudelo (2007; véase Bustos, Galvis, Rojas, 2015), señala que, en la población adolescente, predomina la sintomatología somática, afectiva, cognitiva y emocional. Teniendo en cuenta las áreas que suelen verse afectadas, es preciso aprender a identificar tales indicadores depresivos, a la vez, entrenar sigilosamente respecto al tema, al entorno que rodea al adolescente.

Al cursar el último grado de educación secundaria, los adolescentes se ven inmersos en una cadena de cambios, tanto físicos como emocionales, encontrándose con mayores responsabilidades, presiones, lo que contribuye a generar determinadas reacciones psicológicas en los mismos, tal como estrés, así también otras alteraciones emocionales. En vista del desconocimiento de la existencia de estrategias claves para manejar tal situación, tienden a desarrollar condiciones emocionales aún más serias como depresión prevaleciendo determinada sintomatología. Por tanto, al presentar síntomas depresivos los adolescentes no transcurren tal periodo de la forma esperada, debido a que interfiere en su capacidad, desempeño escolar, interacción con el entorno, dificultando así sus habilidades sociales, por ende, sus relaciones con el entorno.

En nuestro medio, el MINSA para el año 2015, registro 17.073 casos de episodios depresivos en adolescentes. Sumado a ello, se evidencia poca presencia de los mismos

en las estadísticas de salud, lo cual los remarca como el único grupo de población, que no recibe una atención sistemática en la mayoría de los casos.

Por otro lado, a nivel mundial, se evidencia un incremento de depresión y sus consecuencias en los adolescentes de ambos sexos. Según la Organización mundial de la salud (2016) el suicidio ocupa el primer lugar en mortalidad, en los adolescentes. Por lo que consideramos, sumamente importante el estudio en torno a la prevalencia de la sintomatología depresiva en los adolescentes, recayendo tal justificación en tres contextos de utilidad:

En el aspecto teórico o científico, brinda una contribución de información en torno al tema, así mismo, promueve el desarrollo de estrategias de prevención y manejo de la depresión, en las instituciones educativas públicas. Está demostrado que los programas de prevención de depresión, reducen el desarrollo de la misma.

En el aspecto profesional, en el ámbito educativo e institucional la investigación se presta a concientizar a las autoridades de instituciones educativas públicas a desarrollar o mejorar programas de ayuda psicológica personalizada, preparando adecuadamente a los profesionales relacionados, brindando orientación, tanto a docentes como padres de familia, los cuales tienen contacto directo con adolescentes. Lo que, en efecto, incrementa la probabilidad del reconocimiento precoz e intervención, para los jóvenes con trastornos del estado de ánimo.

En el aspecto social, se sabe que en los últimos tiempos la depresión en adolescentes viene afectando a gran parte de la sociedad, teniendo como base factores, ambientales o

sociales, culturales, familiares y emocionales. Interfiriendo en el desarrollo y desempeño, en el ámbito de interacción entre los sujetos.

Por tanto, queda claro que actuar eficazmente en la detección de los posibles indicadores o síntomas depresivos en los adolescentes que finalizan sus estudios secundarios, implica un desarrollo detallado de sus variantes, razón que justifica determinar la prevalencia de sintomatología depresiva en los adolescentes estudiantes del quinto grado de secundaria de la I.E.P. “Benito Juárez” N° 0073 de S.J.L. 2017.

1.4.2. Viabilidad de la investigación

El presente trabajo de investigación implicó costos en diversos aspectos, tanto recursos humanos, como materiales, además, de servicios, viáticos, gastos financieros y de tiempo, así mismo, acceso a la información y conocimientos entre otros que fueron necesarios para desarrollarla en su totalidad.

Se hizo posible la realización de la investigación, ya que se contó con los recursos necesarios tal como el acceso a la información requerida, lo que hizo posible tener una visión completa sobre el tema de estudio, así también, se accedió al instrumento psicológico escogido para la medición. Además, se tuvo acceso a la población de estudio, contando con la autorización del director del centro educativo implicado.

1.5. Limitaciones del estudio

1.5.1. Limitaciones de tiempo

La presente investigación se desarrolló a partir de la aprobación del proyecto de investigación, en el mes de abril del presente año, hasta su culminación, la que data al agosto. Indicándose que se contaba, con un plazo de tiempo establecido de seis meses, desde la aprobación del proyecto. Para nuestro caso, fue posible culminar la investigación en un trayecto de 4 meses y dos semanas.

1.5.2. Limitaciones de espacio

El estudio se limitó a una sola ubicación geográfica, en este sentido, a un solo centro educativo, siendo el referido el C.E.P. “Benito Juárez” N° 0073 de San Juan de Lurigancho, en la Urbanización - Zarate.

1.5.3. Limitaciones de metodología

Como primera limitación al respecto, nos referimos al uso de un solo instrumento psicológico de medición en torno a la variable de estudio en la muestra. En este caso, la Escala de depresión para Adolescentes de Reynolds - EDAR, Reynolds (2002).

Como segunda limitación por mencionar, indicamos el tamaño reducido de la población de estudio, impidiendo estimar muestra, optándose finalmente, a trabajar con la totalidad. Por ende, obteniendo resultados difíciles de generalizar a la población. Consideramos pertinente para próximos estudios un tamaño poblacional que permita

una estimación de muestra representativa. En donde pudieran estar incluidos participantes de diversos grados de secundaria, como también diversos estratos socioeconómicos.

Como tercera limitación, la metodología utilizada, en este caso, el diseño transaccional ya que los datos obtenidos no implican una evolución directa de los mismos, lo que, si se lograría con un estudio longitudinal, puesto que se podría analizar la evolución de la sintomatología depresiva a través del tiempo en los estudiantes.

Como cuarta y última limitación a referir, implica la imposibilidad de establecer una relación de causalidad, puesto que se llevó a cabo un estudio de tipo descriptivo. Si bien pudimos realizar una descripción detallada según diferencias de la variante sociodemográfica de sexo en este caso. Por otro lado, se dificultó el conocimiento de otros aspectos que pudiesen incrementar o disminuir la variable de estudio en la misma. Por tanto, en una próxima investigación, sería necesario desarrollar un tipo de investigación que permita establecer posibles relaciones entre variables, así mismo, establecer diferencias entre diversas variables de estudio. En dicho sentido, investigaciones de tipo correlacional y comparativas, profundizando en el tema.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

2.1.1. A nivel nacional

Ugarriza y Ezcurra (2002) llevaron a cabo una investigación, con la finalidad de presentar normas percentilares referidas a la Escala de Depresión para Adolescentes de Reynolds (EDAR). Para tal caso, la muestra estuvo compuesta por 1.963 adolescentes estudiantes de secundaria de ambos géneros pertenecientes a colegios estatales y privados de Lima metropolitana. Los resultados mostraron que los coeficientes alfa estaban por encima de 0.87 evidenciando así la consistencia interna de la EDAR. Se halló, además, que la depresión era mayor en el género femenino y en los adolescentes procedentes de colegios estatales. A través del procedimiento de análisis factorial Varimax se dio lugar a seis factores rotados, explicando el 45,8% de la varianza (desmoralización, cólera y tristeza, anhedonia, baja autoestima, somático-vegetativo y ansiedad escolar).

Ramírez (2010) realizó un estudio con la finalidad de estimar la prevalencia e identificar los factores de relación interpersonal asociados a la sintomatología depresiva en estudiantes adolescentes del quinto grado de secundaria de una institución educativa nacional. Para tal sentido, la muestra estuvo conformada por 176 alumnas, con el rango de edad entre 15 y 19 años. El instrumento psicológico empleado fue, la Escala de Depresión para Adolescentes de Reynolds (EDAR). Según los datos registrados, 28 (15.9%) tuvo 15 años, 125 (71.0%) tuvo 16 años y 23 (13.1%) tuvo 17 años. Los resultados indicaron que la prevalencia de depresión fue del 29.5%. Así mismo, el análisis bivariado de presencia de depresión junto a las características sociodemográficas evidenció que la edad, las horas de estudio fuera de las clases, los

antecedentes de violencia sexual y de violencia escolar estuvieron estadísticamente relacionados.

Obando y Cassaretto (2011) ejecutaron un estudio, con el objetivo de determinar la relación entre la sintomatología depresiva y el estilo de afrontamiento, Además, buscaron establecer diferencias entre los mismos, según variables socio-demográficas tales como: edad, género, grado escolar y tipo de familia. La muestra estuvo constituida por 181 participantes (116 hombres y 65 mujeres) fluctuantes entre 13 y 18 años de edad, adolescentes procedentes de un colegio particular de Lima. Se utilizó el Inventario de depresión de Beck II – IDB II (Beck, Steer & Brown, 2006) y la Escala de afrontamiento para adolescentes – ACS (Frydenberg & Lewis, 1997). Los resultados en relación a la sintomatología depresiva, indicaron que cuentan con un nivel mínimo de ésta ($M = 12,27$, $DE = 8,66$). Expresado en términos descriptivos, la mayoría de los participantes es decir el 66,85%, indica nivel mínimo, el 18,23% se ubica en el nivel leve, 9,40% en el nivel moderado, y 5,52% en el nivel severo de depresión. A su vez, no se encontraron diferencias significativas en relación a las variables, edad, grado de estudios y tipo de familia. No obstante, el variante sexo muestra diferencias importantes, presentando las mujeres mayor sintomatología depresiva, frente a los varones con una diferencia moderada de $d = 0.61$. En relación al afrontamiento se halló un mayor uso del estilo resolver el problema, sobre los otros dos estilos, en cuanto a los otros y no productivo. Así mismo, las estrategias más utilizadas en la muestra implican buscar actividades relajantes, preocuparse, distracción física y centrarse en lo positivo. Las menos utilizadas corresponden a acción social, ignorar el problema, falta de afrontamiento y reducción de la tensión. Finalmente se halló una correlación directa y mediana entre sintomatología depresiva y estilo de afrontamiento no productivo. Se

concluye que la presencia de síntomas depresivos se relaciona con la incapacidad personal para afrontar los problemas. De forma similar, se encontraron correlaciones medianas con las estrategias falta de afrontamiento, reducción de la tensión y autocolpa.

Arequipeño y Gaspar (2017) realizaron una investigación teniendo como objetivo, determinar la posible existencia de una relación significativa entre niveles de resiliencia y felicidad con niveles de depresión en adolescentes del tercer al quinto grado de secundaria provenientes de instituciones educativas públicas, del distrito de Ate-Vitarte. Los instrumentos psicológicos empleados fueron, la Escala de Felicidad de Lima (EFL) y para sintomatología depresiva, se utilizó la Escala de depresión para Adolescentes de Reynolds (EDAR). La muestra estuvo conformada por 315 estudiantes de tercero al quinto grado de nivel secundario. Los resultados descriptivos en torno a sintomatología depresiva, indicaron 93.7%, para ausencia y únicamente un 6.3% para presencia. Además, dichos resultados evidenciaron la existencia de una relación inversa y altamente significativa entre el nivel de felicidad y la depresión ($r = -.494$, $p < 0.01$), y una relación inversa baja y altamente significativa entre el nivel de resiliencia y la depresión ($r = -0.236$, $p < 0.01$). Por lo que se concluyó que ante mayor felicidad y resiliencia menor será la presencia de síntomas depresivos.

Fontenla (2017) llevo a cabo un estudio, trazando como objetivo, determinar la relación entre la Depresión y las estrategias de Afrontamiento al estrés en estudiantes de una universidad nacional de Nuevo Chimbote. Para tal caso, la muestra de estudio estuvo conformada por 342 estudiantes, los instrumentos psicológicos utilizados fueron, el inventario de depresión de Beck IDB y el cuestionario de modos de afrontamiento al estrés COPE. Los resultados descriptivos del caso en torno a la depresión arrojaron,

42,7% en el nivel mínimo, 12,6% en el nivel leve, 13,7% en el nivel moderado y 31% en el nivel severo. Por otro lado, el estudio indicó que existe relación muy significativa, inversa y media débil (-,124** a -,427**) entre las dos variables de estudio. Además, al analizar los datos, se llegó a obtener que la subdimensión postergación del afrontamiento se relaciona significativamente, inversa y media débil -,427** con la variable depresión. Por tanto, se concluyó que cuanto mayor sean los estilos de afrontamiento al estrés menor será la depresión en los estudiantes de la muestra.

2.1.2. A nivel internacional

Benito, Aparicio y Briones (1999) con el objetivo de determinar la prevalencia de los síntomas de depresión y examinar su relación con las estrategias de solución de problemas en adolescentes, administraron dos cuestionarios a una muestra de 118 estudiantes de bachillerato oscilantes entre 14-15 años de edad en el distrito de Tetuán en Madrid. Los instrumentos utilizados para el estudio de los síntomas de prevalencia depresiva y los estilos y estrategias de afrontamiento fueron: El Inventario de Depresión de Beck y El Cuestionario de Situaciones de Afrontamiento (CASQ) de Seiffge Krenke. Los resultados muestran que el uso de estrategia disfuncional es significativo, esto indica que los sujetos que puntúan alto en el cuestionario de Beck también lo harán en la elección de estrategias disfuncionales y funcionales pasiva. Por lo tanto, las estrategias de afrontamiento disfuncionales para la solución de problemas son más utilizadas por los adolescentes con más síntomas de depresión.

Pérez y Urquijo (2001) con el objetivo de explorar las características de los estados depresivos en adolescentes y su asociación con la edad, el sexo y el nivel socio

económico, además, explorar las relaciones entre la depresión y el rendimiento escolar en adolescentes, realizaron un estudio correlacional con una muestra de 888 alumnos del 7° y 9° año, de ambos sexos, (447 del sexo femenino y 441 de sexo masculino) asistentes a escuelas públicas y privadas de Mar de plata, Argentina. Los instrumentos empleados para el relevamiento de datos fueron: El Cuestionario de Depresión para niños (CDS) y para evaluar el desempeño académico se utilizaron pruebas de logro utilizadas en operativos provinciales de evaluación de calidad educativa. Los resultados globales indicaron que existen correlaciones negativas estadísticamente significativas entre los indicadores de depresión y el rendimiento escolar en ambas áreas. Además, el análisis pormenorizado de acuerdo al sexo, la edad y el tipo de escuela, indicó que esa asociación depende de estas variables y que los efectos se observan más en las mujeres y en los alumnos de las escuelas públicas.

Cova, Melipillan, Valdivia, Bravo y Valenzuela (2007) realizaron un estudio descriptivo, con la finalidad estimar la presencia de sintomatología, síndromes depresivos y ansiosos en una muestra representativa de adolescentes conformada por 700 adolescentes de la comunidad de Concepción de Chile, representantes de cuatros niveles de la enseñanza media, los instrumentos aplicados fueron, la versión actualizada del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) y el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI). En este caso, los resultados mostraron, una cifra de prevalencia de síndrome depresivo de 32,6% y de síndrome ansioso de 42,3%. Según dichas evidencias se concluyó que las tasas obtenidas están acordes con otros estudios realizados en Chile, y más altas que las halladas en estudios llevados a cabo en muestras similares en otros países. Por lo que, es relevante entender mejor las implicancias de dichos niveles

elevados de sintomatología emocional en adolescentes chilenos. Fortaleciendo estrategias dirigidas a mejorar el nivel de bienestar emocional de los mismos.

Milfont, Merry, Robinson, Denny, Crengle, Ameratunga (2008) realizaron una investigación en Nueva Zelanda, con el objetivo de examinar la confiabilidad y la validación de la Escala de depresión para adolescentes de Reynolds (EDAR) versión abreviada, la muestra se conformó por 9567 estudiantes de secundaria, quienes participaron en la encuesta sobre salud y bienestar 2000, lo que incluyó también la versión completa de la EDAR. La confiabilidad y validez agrupada de ítems, que compone la Escala se comparó con la versión original, siendo analizadas, usando las técnicas estadísticas, Alpha de Cronbach's, Kappa, correlaciones entre las dos versiones del instrumento y el análisis confirmatorio del factor y la correlación a las otras preguntas de la encuesta considerando las relacionadas a la depresión. Los resultados arrojaron, un Alpha de Cronbach de 0.88, para la prueba en su versión abreviada, siendo acorde al índice de valor comparativo 0.96, con margen de error aproximado de 0.092, 90% intervalo de confianza, estandarizado con el margen promedio de escala residual de 0.042, mostrando una invariancia acorde al género, edad y grupo étnico. Lo que fue convincente con otras investigaciones relacionadas con otras preguntas sobre la depresión. Tal como ideación suicida. $r_{0.48}$, mientras que la conclusión final para las dos evaluaciones fue aceptable para las dos pruebas, $k_{0.75}$, un porcentaje elevado de estudiantes clasificó con puntuaciones a los síntomas depresivos utilizando la EDAR versión abreviada, empleando un punto de corte de 26 comparados con los criterios de la EDAR completa. Se concluye que la EDAR (V-A) tuvo una confiabilidad y validez aceptable, teniendo propiedades psicométricas comparables con la EDAR completa, en una población extensa de adolescentes de Nueva Zelanda.

Figueras-Masip, Amador-Campos y Pero-Cebollero (2008) llevaron a cabo un estudio, con el objetivo de analizar la estructura factorial de la Reynolds Adolescent Depression Scale (RADS) a través de un análisis factorial. Sobre una muestra comunitaria de 1.384 participantes (649 varones y 735 mujeres) y sobre una muestra clínica de 217 participantes (95 varones y 122 mujeres) con edades oscilantes entre 11 y 18 años, residentes de Barcelona, España. A pesar de existir tres modelos aprobatorios: un modelo unifactorial, un modelo de cuatro factores y un tercer modelo de cinco factores, escogieron el modelo unifactorial, así mismo, presentaron datos normativos para la RADS en su versión bilingüe, castellano y catalán. Los resultados reportaron, que las puntuaciones medias son inferiores a las de las muestras americanas utilizadas en la baremación. Generalmente, el género femenino obtuvo puntuaciones superiores al género masculino. En relación a la fiabilidad de la RADS, la consistencia interna como la correlación test-retest, fueron elevadas para la muestra comunitaria y la muestra clínica. En cuanto al alfa de Cronbach oscila entre 0,88 (test, muestra comunitaria) y 0,90 (retest, muestra comunitaria) y es de 0,91 en la fase de test de la muestra clínica. En cuanto a la fiabilidad test-retest es de 0,82 en la muestra comunitaria y es de 0,84 para la muestra clínica.

En otra investigación llevada a cabo también por Melipillán, Cova, Rincón y Valdivia (2008) que tuvo como objetivo estudiar y analizar las propiedades psicométricas de la versión del Inventario de Depresión de Beck segunda edición-IDB II (Beck, Steer & Brown, 1996) tomando una muestra de adolescentes procedentes de Chile, quienes eran consultantes a servicios de salud mental, siendo comparada con dos tipos de muestras controles. Los resultados indicaron que el inventario mostró un alto grado de consistencia interna ($\alpha=0,91$) y apropiada correlación test-retest ($r=0,66$),

además de capacidad para identificar adolescentes consultantes en servicios de salud mental. El BDI-II y la escala de afecto depresivo del MACI mostró una correlación de $r=0,82$. Tanto una estructura unifactorial como bifactorial indicando, un adecuado ajuste en el análisis factorial confirmatorio. Por tanto, se concluye que el BDI-II es un instrumento adecuado para evaluar sintomatología depresiva en adolescentes chilenos.

Galicia, Sánchez y Robles (2009) con el objetivo de determinar la relación entre depresión, aprovechamiento escolar y dinámica familiar en adolescentes. Se trabajó con una muestra de 245 escolares adolescentes de ambos sexos con edades fluctuantes entre 13 y 15 años, provenientes del Estado de México. Se utilizaron los instrumentos: Test de Depresión de Zung y el Inventario de Depresión de Kovacs. Los resultados arrojaron relaciones diferenciales entre el rendimiento escolar y depresión, no se encontró lo mismo con respecto a las relaciones familiares. La relación entre depresión, dinámica familiar y aprovechamiento escolar no se establece con el promedio general de calificaciones sino de manera particular con el de algunas asignaturas y sub-escalas de los instrumentos que valoran la dinámica familiar.

Álvarez, Ramírez, Silva, Coffin y Jiménez (2009) con el objetivo de estimar la relación entre la depresión y los conflictos familiares en adolescentes, así mismo, determinar diferencias estadísticas significativas en los niveles de depresión que presentan los adolescentes según su sexo, y según el tipo de comunidad en la que viven (urbana y rural) del estado de Tlaxcala en la república mexicana. Se emplearon los instrumentos: Escala de Clima Familiar (FES) y el Inventario de Depresión de Beck (BDI). La muestra obtenida fue de 342 adolescentes cuya media de edad fue de 13,43 años. El análisis de los datos se efectuó mediante el coeficiente de correlación de

Pearson, y el análisis de varianza (ANOVA). Los resultados muestran que existe una correlación negativa moderada entre la depresión y la cohesión familiar en los participantes. En el análisis de varianza sólo los efectos de interacción mostraron ser significativos.

Contreras-Valdez, Hernández-Guzmán y Freyre (2015) realizaron un estudio, remarcando dos objetivos fundamentales en su investigación, el primero, fue indagar el ajuste de dos modelos factoriales en adolescentes mexicanos de la población general del BDI-II, el unidimensional y el original de Beck et al. (1996) que propone los factores, cognitivo-afectivo y somático-vegetativo. El segundo punto de estudio, fue examinar la invarianza entre géneros, del modelo con mejor ajuste. Utilizaron como instrumento psicológico, el Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II) en adolescentes hispanohablantes. Respecto a la muestra, participaron en dos estudios 1010 y 610 adolescentes, quienes cumplimentaron el BDI-II. Mediante AFC se sometió a prueba las dos estructuras factoriales y por medio de AFC multigrupo, se realizó el análisis de invarianza entre sexos. Los resultados revelaron la superioridad del modelo de dos factores en ambos estudios, sin hallar diferencias entre mujeres y hombres. Por ende, se concluyó según la evidencia hallada, en favor de la teoría de la depresión de Beck y de la validez de constructo del BDI-II en adolescentes.

Manios y Rosero (2011) realizaron un estudio, con el fin de realizar una caracterización demográfica, y además identificar la distribución y frecuencia de las manifestaciones y grados de depresión, participo una muestra de 66 estudiantes de nivel secundario, fluctuantes entre los 13 y 17 años de edad, pertenecientes a una institución educativa distrital de la localidad Suba-Bogotá, Colombia. El instrumento aplicado fue

el inventario de depresión de Beck. Los resultados mostraron que las demostraciones subjetivas más encontrada fueron: irritabilidad 37/66 de los adolescentes; sentimientos de autoacusación estuvo presente en un 30/66. Respecto a las manifestaciones subjetivas, manifestaron poco interés social 23/66, insomnio 26/66 y pérdida de apetito un 23/66. En relación con lo anterior, un 26% de tal grupo de adolescentes, presentaba algún nivel de depresión, distribuidos en 21% de depresión leve, 5% de depresión moderada. El 74 % de este grupo de adolescentes no presentaron ningún grado de depresión.

Beltrán, Freyre y Hernández-Guzmán (2012) realizaron un estudio, con el propósito de evaluar la estructura factorial y las propiedades psicométricas del BDI-IA para adolescentes mexicanos. La muestra estuvo conformada por un total de 385 adolescentes en dos grupos: comunidad general, pacientes psiquiátricos externos con y sin diagnóstico depresivo). Se utilizó el instrumento BDI-IA y una batería de instrumentos para medir constructos relacionados. Los resultados arrojados evidencian que el AFE mostró una solución de dos factores: el Cognitivo-Afectivo y el Somático. El AFC mostro un ajuste aceptable del modelo propuesto por Beck. El BDI-IA mostró un $\alpha = .92$, y mantuvo una relación significativa con medidas de afrontamiento evitativo, respuesta de rumia y ansiedad. Similarmente, mostró buena sensibilidad y especificidad para discriminar entre deprimidos y no deprimidos. Se concluye por tanto que El BDI-IA es una medida válida y confiable de los síntomas depresivos en adolescentes mexicanos de población psiquiátrica y no psiquiátrica.

2.2 Bases teóricas

2.2.1. Depresión

La definición alusiva al termino depresión comprende una amplia gama de información, la cual ha sido sintetizada por diversos autores quienes la han definido desde sus perspectivas individuales, sin embargo, es clara la similitud existente en dichas conceptualizaciones y en el desarrollo de las implicancias sugerentes a la depresión.

Se sabe, que la terminología depresión proviene del latín “Depressio” su traducción significa “Hundimiento” en este sentido, el paciente se siente hundido sobrellevando un peso o carga en su existencia. Ahora bien, el diccionario Larousse menciona que la depresión es la acción y resultado de deprimir o deprimirse, en donde predomina una baja del ánimo o descenso en general. En dicho sentido, es un trastorno afectivo variante, desde decaimiento transitorio del estado de ánimo, hasta el síndrome clínico de gravedad, de larga duración, con síntomas y signos relacionados.

Según la Organización mundial de la salud OMS (2012) la depresión se distingue de las variaciones comunes del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida diaria. Puede convertirse en un problema de salud serio, cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, además, causar gran sufrimiento y alterar las actividades en general es decir laborales, escolares y familiares. En el peor de los casos puede llevar al suicidio. Así mismo, menciono que la depresión se convertirá para el año 2020, en la segunda causa de incapacidad en el mundo.

Rotondo (1991) alega que la depresión es un síndrome representado por tristeza o estado de ánimo venido a menos, dificultad para elaborar el pensamiento, lentificación motriz, añadiendo, pérdida de interés en las actividades, fatiga, sentimiento de culpa, ideas suicidas, disminución del apetito, insomnio, frigidez, angustia. En los casos más severos prevalece existen ideas delusivas, elaboraciones pseudoperceptivas y agitación motora. En su etiología confluyen factores genéticos psicosociales y orgánicos. Para del Barrio (2000) la depresión es un trastorno emocional que se caracteriza por ciertas vivencias subjetivas y ciertas conductas observables, en el plano subjetivo de quien padece depresión sobresalen básicamente los sentimientos de tristeza y desgano, mientras que en plano comportamiento se observan conductas de apatía, trastornos de somáticos y agotamiento, el cual impide evidentemente el disfrute de la vida y en casos agravados, las actividades elementales, incluso el deseo de vivir.

Similarmente, San y Arranz (2010) determinaron que la depresión es la exageración persistente de los sentimientos habituales de tristeza. La depresión es una enfermedad grave, de largos periodos de duración, afecta tanto al cuerpo como a la mente, modifica los hábitos de la persona, el pensamiento, afecta la autovaloración personal, no siendo un estado del que se puede librar a voluntad. Por su lado, Retamal (1989) menciona “la depresión puede ser definida como uno de los tipos de alteración del ánimo, consistente en su disminución, con un grado variable de pérdida de interés o dificultad para experimentar placer en las actividades habituales y acompañado de diversos síntomas psíquicos y físicos” (p.33).

Por su parte, Jervis (2002) sostiene que “la depresión constituye habitualmente una reacción de impotencia y fracaso individual frente a intentos fallidos por controlar los

hilos de nuestra existencia” (p.56). El autor añade que la depresión no es sinónimo de tristeza, aunque ésta se halle presente marcadamente en el síndrome depresivo. Se aclara, que la tristeza constituye una emoción reactiva común a todos los seres humanos ante la pérdida de un objeto afectivo, mientras que la depresión, es un complejo de experiencias que afecta a casi todos los ámbitos de la vida de las personas, debido al carácter múltiple de sus manifestaciones.

La depresión constituye, como señala Fernández (1985; cit. por Jervis, 2002), un empeoramiento en la instalación del ser humano en el seno de la propia sociedad y de la propia cultura, fundamentado en el hecho de que las sociedades en las que vivimos nos proporcionan más conflictos y contenidos de experiencias no gratos que motivos de satisfacción, siendo conscientes de que los seres humanos experimentamos nuestras percepciones como una totalidad. En relación a lo mencionado, la época actual, donde el capitalismo globalizador se ha impuesto no solamente como modelo económico único e incontestable, sino como imperativo ideológico que penetra en los rincones más profundos de nuestro psiquismo, acrecienta la sensación de falta de control sobre nuestra realidad individual y colectiva. Enfatizando que en las personas deprimidas la visión de sí mismos, del mundo y del futuro sufre una deformación negativa dando lugar a lo que Beck (1983; cit. por Jervis, 2002) denomina la tríada cognitiva, señalada por este autor como la única responsable del humor depresivo.

Por otro lado, la asociación Americana de Psicología APA, (2000; véase Obando y Casarretto, 2011) recalcan que la depresión se caracteriza por la presencia de un estado de ánimo triste o irritable, así como por la pérdida de interés o de la capacidad para el placer, en muchas ocasiones puede acompañarse por pérdida de peso, alteraciones del

apetito, insomnio o hipersomnia, agitación o enlentecimiento psicomotor, desmotivación y poca energía, sentimientos de inutilidad o de culpa, dificultades para pensar o concentrarse, indecisión, pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida o intento de suicidio. Además, los síntomas depresivos son los mismos para niños y adolescentes, aunque se sugiere que las manifestaciones de los síntomas pueden variar con la edad.

Prego y Paya (2008; véase Redondo, Galdo y García, 2008) el término depresión tiene múltiples significados tanto en la literatura general como en las publicaciones profesionales, se distinguen tres usos técnicos del término de depresión. En primera instancia, depresión es el humor depresivo, definido como un estado psicológico no patológico y frecuente en la adolescencia. En segunda instancia, es la de un síndrome depresivo que está formado por una constelación de síntomas entre ellos: humor depresivo, fatiga, alteraciones del sueño, que suelen ser manifestados por los pacientes. En tercera instancia, se refiere a la depresión clínica en el sentido del diagnóstico psiquiátrico. Esta definición se apoya en tres elementos: La presencia de una constelación de síntomas depresivos, su persistencia a lo largo de un periodo de tiempo de varias semanas, al menos dos semanas y una afectación del funcionamiento social.

En un estudio actuarial al mando de de la Garza (2004) se define depresión a una enfermedad caracterizada por un estado de ánimo decaído, pérdida de interés e incapacidad para disfrutar de situaciones que anteriormente producían placer, sentimientos de inutilidad y pérdida de autoconfianza.

Otra importante conceptualización referente a la depresión, es la de Berk, quien refiere (1999; cit por Casullo, 2012) que la depresión se caracteriza por sentirse triste, frustrado y sin esperanzas acerca de la vida, acompañada de pérdida de placer en la mayoría de las actividades y trastornos en el sueño, apetito, concentración y energía, siendo el problema psicológico más común en la adolescencia. Por otro lado, Coleman y Hendry (2003) alegaron “es importante distinguir entre la depresión que sufrimos todos en algún momento de nuestras vidas y la depresión clínica que es un trastorno persistente y a menudo devastador” (pp.141).

En suma, podemos notar que en la depresión hay tristeza, pero también desmotivación, somatizaciones, distorsión de la afectividad, trastornos de la comunicación o de la sociabilidad y alteraciones en la forma de percibirse así mismo el sujeto y de su realidad.

2.2.1.1 Manifestaciones clínicas de la depresión en general

Es necesario indicar que no todos los individuos cumplen con los criterios necesarios para diagnosticar un trastorno depresivo, pero puede que sí cumplan con algunos que los coloca en riesgo de sufrir este trastorno (Rodríguez, 2008; véase Obando y Casarretto, 2011).

En un estudio actuarial a cargo de Angulo (2006) indica que no todos los individuos que padecen fases depresivas o maníacas presentan todos los síntomas, en algunos prevalecen pocos y en otros se dan en mayor número. Agrega, que la gravedad de tales síntomas cambia según el sujeto y también con el tiempo.

De acuerdo al DSM- V y el CIE -10 los trastornos depresivos se caracterizan por la presencia de cambios somáticos, cognitivos, emocionales y conductuales los que afectan la función y capacidad del individuo, conduciendo al sujeto a la generación de los síntomas y en el más grave de los casos hacia la ideación suicida. La depresión implica comportamientos psicóticos que alteran la vida en general, es decir a nivel laboral, doméstico, familiar y social (Córdoba y Meléndez, 2010; véase Morla, Saad de Janon y Saad, 2006).

Según Angulo (2006) los síntomas emocionales, implican cambios directamente en los sentimientos de la persona, los que generalmente, son el abatimiento, la tristeza, la pérdida de interés, irritabilidad y preocupación. En cuanto a los síntomas cognoscitivos, resaltan las distorsiones o conceptualizaciones irreales. Por otro lado, los síntomas físicos superpuestos a un estado depresivo, se han relacionado con problemas gastrointestinales y cardiovasculares. Finalmente, los síntomas volitivos están ligados a impulsos y estímulos experimentados constantemente por el sujeto deprimido, en el inicio de la depresión se evidencian dichos cambios claramente, al existir una parálisis de la voluntad como mencionó Beck (1976). Por ende, el individuo tiende a evitar actividades exigentes, ya que carece de total voluntad.

2.2.1.2. Sintomatología depresiva durante la adolescencia

Es oportuno remarcar, los síntomas depresivos habituales durante la adolescencia. Cabe indicar que, en los adolescentes, los síntomas depresivos serán prevalentes a

medida que va incrementando la edad y el grado de escolar, interfiriendo así, en el desarrollo de las habilidades sociales, académicas e interpersonales.

Figueras-Masip, Amador-Campos, Perú-Cebollero (2007) refieren que para (Reynolds 1994) la depresión en los adolescentes generalmente es ignorada, en muchos casos es vista como síntoma de otros problemas. Así mismo, los cambios en el estado de ánimo, aislamiento, cambios en los hábitos de alimentación y en el sueño, dificultades de concentración, disminución de actividad, fatiga e irritabilidad, suelen considerarse como normales en los adolescentes. No obstante, recalcaron que en niños y adolescentes, los mismos indicadores, se muestran como síntomas depresivos.

No obstante, se designa con el termino depresión adolescente cuando "los síntomas depresivos aumentan drásticamente con la llegada de la pubertad. Este cambio es comprensible si nos detenemos y pensamos en todos los desafíos a los que deben hacer frente" (Berk, 1999; p.628).

Es preciso indicar que, en la etapa predecesora a la adolescencia es decir la niñez, se presentan síntomas como: quejas somáticas, irritabilidad y aislamiento social, predominando los síntomas psicofisiológicos y motores. Luego hacia la adolescencia, adquieren mayor importancia los síntomas cognitivos. Además, tanto en la adolescencia, como en la adultez, el enlentecimiento psicomotor, la hipersomnia y las ideas delirantes son más frecuentes. Al respecto, del Barrio (1997) revelo que la sintomatología depresiva infantil, como en la adolescente muestra caracteres semejantes a la depresión adulta, sin embargo, posee características propias, como los relacionados a problemas de conducta.

De acuerdo a una investigación dirigida por Riso, Vinnacia y sus colaboradores, los niños y adolescentes evidencian síntomas emocionales tal como; irritabilidad, baja autoestima, disforia e ideación suicida, así mismo, síntomas conductuales como; aislamiento social, hiperactividad y finalmente síntomas físicos; cambios en el apetito y en el sueño, siendo estos últimos los más característicos dentro de este grupo (Como se cita en Morla, Saad de Janon y Saad, 2006).

Según Shaffer y Waslick (2003) la depresión en niños y adolescentes abarca un conjunto de diferentes problemas clínicos, por lo que es necesario considerar otros trastornos mentales, en este sentido, los cambios en el tono emocional y su capacidad de regulación pueden diagnosticarse como manifestaciones de una depresión clínica, a su vez, dichos cambios de humor son prolongados y significativos, apreciándose malestar a nivel general en el estado de ánimo o la conducta del sujeto.

La depresión en el adolescente, implica un cambio persistente en la conducta, en el decaimiento de la capacidad de disfrutar de los acontecimientos, interactuar con el entorno, rendimiento escolar eficaz, presencia de alteraciones corporales, acompañados de acciones frecuentes de protesta (del Barrio, 2002). Por lo tanto, como menciona Chinchila (2008) durante la etapa adolescente la depresión va a ser más similar a lo que estamos acostumbrados a ver en el adulto, aparecerán marcados cambios en la conducta, tendencia a la disforia e irritabilidad, además, se acentuara la típica impulsividad, característica propia de dicha etapa evolutiva.

Herman, Merrell y Reinke, (2004; véase Figueras-Masip, Amador-Campos, Peró-Cebollero 2007) señalan que cierto grupo de adolescentes evidencian síntomas

depresivos, sin embargo, ocurren en niveles aceptables, no llegando a interferir el funcionamiento y adaptación habitual. A pesar de este ello, suele presentarse un grupo de adolescentes con cambios de humor, comportamiento y funcionamiento referentes a una patología depresiva. Ante tal realidad, es necesario identificar claramente la sintomatología depresiva que indica la presencia de depresión.

2.2.2 Modelos psicológicos de la Depresión

Si bien es cierto, un modelo teórico trata de explicar un concepto sobre determinado tema, tomándose en cuenta diversos niveles en tal análisis. Así mismo, simplifica, pero permite contrastar con la realidad acercándose a ella de manera gradual y analítica (Polaino, 2000).

La depresión posee diversos modelos psicológicos explicativos, siendo estos: el modelo psicoanalítico, clínico-descriptivo, neurofisiológico, bioquímico, conductual, cognitivo e interpersonal, los que desarrollaremos.

2.2.2.1 Modelo Psicoanalítico

Freud fue uno de los pioneros en tocar el tema de la depresión, enfrascándose, en el duelo y la melancolía (Polaino, 2000). Así mismo, cabe mencionar que antes de Freud, otro psicoanalista se encargó de la depresión de una forma extensa y sistemática, no obstante, ambos coincidieron al indicar algunos rasgos comunes de la depresión

Según, Freud (1973; cit. por Polaino, 2000) distingue con claridad entre el duelo y la melancolía. El duelo es la reacción del ser humano ante la pérdida de un ser amado, o equivalentes a esta como la libertad, siendo además un afecto paralelo a la melancolía, que desaparece al cabo de un periodo de tiempo. Por otra parte, la melancolía, se caracteriza por un estado de ánimo profundamente doloroso, incapacidad de sentir interés por el entorno, afección de todas las funciones, y disminución del amor propio, expresada en reproches y acusaciones que el paciente mismo se hace, pudiendo llegar a una delirante espera de castigo, por tanto, la diferencia entre duelo y melancolía, radica en la ausencia de la perturbación de amor propio en el duelo. En dicho sentido, Freud condiciona la aparición del duelo a una situación de pérdida en un sentido exclusivamente afectivo, mientras, el sujeto melancólico no repara en expresar públicamente su autocrítica la percepción de sus defectos está agudizada, mostrando incapacidad para reconocer sus aspectos positivos.

Para Freud (1973) “la melancolía muestra diversas formas clínicas, a su vez, las afecciones somáticas predominan antes las psicógenas” (p. 291). En este punto, dicha teoría o modelo se presta a confusión, requiriendo en su explicación de su propia teoría y de sus instintos.

Otro psicoanalista (Schultz 1951; cit. por Polaino, 2000) reduce el problema de la depresión a solo depresión neurótica, tomando elementos freudianos, la ambivalencia entre el yo reactivo y el yo objetivo, y la regresión parcial a la oralidad.

Por su lado, Melanie Klein (1960; véase Polaino, 2000) sostiene una variación temática y única en la teoría psicoanalítica de la melancolía, indicando que el conflicto llega a establecerse entre el yo y el ello en lugar de entre el yo y la realidad, siendo este

planteamiento psicodinámico muy similar a lo sucedido en las neurosis, enfatizando que en la depresión el yo identificado como objeto bueno, se enfrenta al ello, el cual se identifica como el objeto malo porque implica una gran amenaza o pérdida del objeto bueno

2.2.2.2 Modelo clínico-descriptivo

Es el que tiene la más larga tradición, siendo además los más numerosos, no obstante, en su mayoría son unilaterales e incompletos, a pesar de ello sigue siendo útil para la clínica, especialmente al haberse incorporado datos de la neurofisiología, y de la bioquímica (Polaino, 2000).

2.2.2.2.1. El dilema entre psicosis y neurosis depresiva

Preliminarmente, Jaspers (1913; cit. por Polaino, 2000) propuso que la psicosis (proceso) es una severa perturbación incomprensible, psicológicamente supone una rotura de la continuidad funcional del sujeto, prevaleciendo aquí la diferencia entre la tristeza vital de la tristeza normal. Por su lado, la neurosis (reacción o desarrollo) implica una alteración más leve y comprensible psicológicamente ante los motivos, no suponiendo por el contrario una rotura de la funcionalidad integral del sujeto, evidenciando variantes únicamente del comportamiento y adaptación del sujeto, por tanto, no es considerada patología. No obstante, Polaino (2000) refiere que algunos investigadores (Paykel, 1974 y Copeland, 1975) la psicosis depresiva es extraordinariamente rara y que en su mayoría la depresión puede explicarse por una exposición del sujeto ante el estrés.

Por otra parte, existiría un continuo entre psicosis y neurosis, dicho modelo está centrado en la sintomatología, la personalidad premórbida, la respuesta ante el tratamiento, la duración y el curso de las alteraciones (Kendell y Gourlay, 1970; véase Polaino, 2000). Por su lado, Eysenck (1970; cit. por Polaino, 2000) alega que la depresión no implica categorías, sino dimensiones, y reposa sobre la necesidad de tener en cuenta dos dimensiones importantes neuroticismo y psicotismo para presentar correctamente las variaciones sintomatológicas en los sujetos.

Vale recalcar que la ventaja en este procedimiento radica en que los datos estadísticos recogidos han hecho posible explicar la significación, lo cual hasta entonces no fue posible con ningún otro procedimiento, por ende, con ambas dimensiones se obtiene mayor información que con solo una.

Fould y Bedford (1915; véase Polaino, 2000) realizan una distinción en su modelo jerárquico, entre depresión neurótica (tipo B) y depresión psicótica (tipo A) a partir de la aplicación de un cuestionario a pacientes depresivos, siendo este modelo poco relevante para la nosología y la etiología, basándose en los cambios secuenciales donde el enfermo se restablece o sufre una recaída. Así mismo, Fould (1973) sugiere que el tipo B de depresión es un resto del tipo A.

Por su parte, Kiloh (1961; cit. por Polaino, 2000) el tipo B constituye una depresión difusa que abarca la variabilidad de las reacciones neuróticas ante el estrés. El tipo A en contraste estaría más relacionado a la carga genética y se basaría en alteraciones químicas.

En resumen, queda sin resolver la polémica en torno a la superposición del tipo depresivo A con la depresión endógena psicótica, y del tipo depresivo B con la depresión reactiva neurótica.

2.2.2.2.2. El dilema de la depresión endógena psicógena

Se basa en un punto de vista etiológico, basándose en causas biológicas de la depresión independiente a factores externos ambientales, llamada esta depresión endógena o psicógena y en caso contrario se refiere a la depresión exógena. Lo endógeno con frecuencia esta superpuesto a lo psicótico y lo exógeno a lo neurótico (Polaino, 2000).

Polaino (2000) manifiesta que para algunos autores (Reth y colaboradores, 1975) procedentes de la escuela de Newcastle, la depresión trata de diferentes tipos de enfermedades, siendo lo endógeno correspondiente a la enfermedad depresiva y lo exógeno a los estados de angustia, a su vez, dicho modelo supone dos criterios relevantes el primero el farmacológico el cual está relacionado a la terapia electroconvulsiva y el uso de fármacos. Mientras que el segundo se ve ligado a la aplicación de cuestionarios pruebas o escalas.

La misma distinción bimodal, es aceptada por Gourney y Col 1972, sin embargo, la replicación del estudio realizado por Kendell y Post no fue satisfactoria, por lo que se consideró explicar los resultados obtenidos por los anteriores por el efecto halo.

Por su lado, Lewis (1938; cit. por Polaino, 2000) formulo la existencia de dos tipologías de depresión, aguda y severa como, crónica y leve, pudiendo justificarse en relación a las diferentes cargas genéticas y ambientales a las que se expone cada sujeto.

Por tanto, el diagnóstico clínico tradicional se construye a partir del conjunto de síntomas en el sujeto, dicho perfil se adscribe luego a una específica y determinada entidad nosológica llena de criterios.

2.2.2.3 Modelo Neurofisiológico

Se refiere a un conjunto de datos neurofisiológicos que fundamentan las diferentes formas clínicas de la depresión descritas hasta el momento, poseen un alto grado de sofisticación en cuanto a técnicas, aunque con dificultades en la interpretación de los resultados obtenidos (Polaino, 2000).

En primer lugar, Richter (1928; cit. por Polaino, 2000) registra la resistencia de la piel en un grupo de sujetos depresivos hallándose un alto grado de resistencia y una baja actividad de las glándulas sudoríparas, siendo la conductividad de la piel una variable para discriminar la ansiedad. Ahora bien, el bajo nivel de conductancia se relaciona significativamente con el nivel de severidad de la depresión, el retardo psicomotor, las alteraciones gastrointestinales y la pérdida de peso Nobel y Cols, 1971; véase Polaino 2000).

Acercándonos a otras investigaciones, Mirkin y Cols (1980; véase Polaino, 2000) probaron que los pacientes depresivos endógenos muestran un nivel más bajo de

conductancia, debido a la asociación significativa con una baja tasa en la recaptación plaquetaria de 5-hidroxitriptamina, es decir emiten menor número de respuestas ante los estímulos. Opuestamente a los depresivos no endógenos.

Kendell (1976; cit. por Polaino, 2000) determinó que el poder discriminatorio de la respuesta neurofisiológica permite establecer de manera más precisa el criterio diagnóstico de depresión endógena. Dicha actividad permite también diferenciar depresiones psicóticas versus neuróticas (Byrne, 1975; véase Polaino 2000). En suma, los hechos mostrados permiten diferenciar las depresiones endógenas, a partir de la medición de la actividad electro dérmico.

2.2.2.3.1. Estudio electroencefalográfico del sueño

Las alteraciones del sueño constituyen un síntoma puntual en la depresión constatado incluso clínicamente. Haider (1968; cit. por Polaino, 2000) expreso que se ha comprobado que en los depresivos el sueño se inicia tardíamente, disminuyen horas de sueño, aparecen frecuentes activaciones durante la noche. En dicho sentido Polaino (2000) allega que para otros investigadores (Costello y Cols, 1965; Kuper y Cols, 1978; Mendelson y Cols 1977) en los depresivos la duración del sueño es baja en contraste con sujetos que no padecen depresión, a la vez, se incrementa la movilidad o actividad del paciente durante el sueño, habiendo sido medida mecánicamente la movilidad de la cama además reafirmada por lo registrado en los autoinformes y la observación directa de la enfermera.

En efecto, Aserinsky y Kleitman (1955; véase Polaino 2000) observaron dos tipos de sueño de acuerdo a los movimientos de los ojos del durmiente, un movimiento rápido de los ojos sueño (REM) y un movimiento no rápido de los ojos sueño (no REM).

Por su cuenta, Lahmeyer y Cols (1983; véase Polaino, 2000) estudiaron sistemáticamente el comportamiento en los sujetos depresivos en la fase de sueño REM, hallando que la latencia REM, era relevantemente más corta en los sujetos. Polaino (2000) menciona que distintos autores (Kuper y Cols, 1972; Foster, Copley Cols, 1976) llegaron a iguales conclusiones, considerando el acortamiento de la latencia como un patrón biológico propio de las depresiones endógenas.

Por otro lado, en las depresiones de los adolescentes, existe cierta ambigüedad al respecto, como lo han sostenido algunos investigadores, por ejemplo, Marks (1976; cit por Polaino, 2000) menciona que el insomnio no es necesariamente un síntoma clave en la depresión infantil. En semejanza, Polaino (2000) añade que para otros autores (Taub y Cols, 1976) se encontró hipersomnia en las depresiones juveniles. En sentido contrario, no han encontrado alguna alteración del sueño en preadolescentes con depresión (Antich y Cols, 1982; véase Polaino, 2000).

Los investigadores, Kane y Cols (1967; véase Polaino, 2000) por el contrario, encontraron las mismas alteraciones del sueño en adolescentes y adultos. Así mismo, el autor muestra que otros estudiosos del tema (Lahmeyer y Cols, 1983) corroboraron dicho hallazgo, agregando que las alteraciones del sueño no se dan en todos los tipos de depresión, sino depende más bien, de la interacción entre la patología fisiológica depresiva y la edad del sujeto. Por tanto, Hawkins (1979; cit. por Polaino, 2000) indica que la

comparación entre adultos y adolescentes depresivos pone en evidencia que en los primeros existen alteración en el tiempo total del sueño y en la latencia y continuidad del mismo, mientras en los segundos, no aparecen dichas alteraciones.

Al respecto, Ulrich (1980) postuló a que los resultados han demostrado la existencia de una correlación significativa entre la edad y la reducción de la latencia REM, tanto en adultos como en adolescentes, en cambio la densidad del sueño.

2.2.2.4 Modelo bioquímico

En los deprimidos los complejos sistemas causantes de la comunicación entre neuronas fallan. Los receptores pueden ser susceptibles o insensibles a un determinado neurotransmisor, reaccionando a su liberación de modo deficiente, haciendo posible que la célula libere neurotransmisores antes de conectarse a la neurona vecina, afectando significativamente el estado de ánimo del sujeto. Los modelos bioquímicos implican la presencia de neurotransmisores por lo que es necesario definir el término en mención.

Polanio (2000) refiere que un neurotransmisor es un mediador que interviene en la transmisión del impulso nervioso, proceso clave para entender la sinapsis es decir el lenguaje entre neuronas. El comportamiento funcional de la conexión sináptica se basa en transmitir información hacia la célula nerviosa según la excite o la inhiba, bajo esta actividad subyace un vasto número de procesos y circuitos, dando explicación a las conductas de los seres superiores. Ya que los neurotransmisores y las hormonas son un substrato permanente para el funcionamiento del SNC, se menciona que toda conducta

está asociada con son dichas sustancias. Por tal sentido, existen dos grandes hipótesis en torno a la explicación de las bases biológicas de la depresión.

2.2.2.4.1. La hipótesis catecolaminérgica

Al respecto, Schildkraut (1978; Cit. por Polanio, 2000) propuso que en ciertas depresiones hay déficit de catecolaminas es decir noradrenalina (NA), en determinadas áreas cerebrales, sin embargo, dicho déficit no prevalece en todo tipo de depresión. Por su lado otros autores como Shopsin y Shaw, (1973; véase Polanio, 2000) mencionan que el nivel basal de 3-metoxi-4-hidroxifenilglicol (MHPG) en el líquido céfalo raquídeo (LCR) es más bajo en los deprimidos que en los sujetos normales, existiendo por tanto una correlación positiva entre la gravedad de la depresión y la tasa de (MHPG) en (LCR).

En otro sentido, Jimenson, y Brikmayer (1975; véase Polanio, 2000) alegan que la concentración de ácido homovanílico (HVA) principal metabolito de la dopamina (DA), se encuentra disminuida en el LCR de los enfermos depresivos, también, se ha encontrado disminución de dopamina en los núcleos rojos, estriados y del rafe, en el análisis postmortem de enfermos depresivos no suicidas.

Beskow (1976; cit. por Polanio, 2000) allego que en los suicidas se encontró una disminución de NA en el putamen y un aumento de HVA en la corteza frontal. Por tanto, los hallazgos, confirman parcialmente, la hipótesis de Sulser (1978; cit. por Polanio, 2000) para quien, en algunas depresiones, habría una patología de hipersensibilidad receptorial post-sináptica a la NA o al subsistema noradrenérgico de

electrodérmico es diferente según la edad del sujeto sea este depresivo o no y padezca o no una depresión endógena o neurótica tal como menciona.

2.2.2.4.2. Hipótesis Indolaminérgica

En un trabajo actuarial en 2000 por Polaino, se evidenció que en algunos depresivos hay un decremento de los niveles funcionales de serotonina (5-HT) cerebral. Es decir, la tasa de dicha sustancia aumentaría en el cerebro por la acción de los antidepresivos y de los agentes de la misma. Así mismo, el principal metabolito de la serotonina es el ácido 5-hidro-xiindolacético (5-HIAA). Tal afirmación está sostenida en anteriores trabajos experimentales, como hallaron algunos investigadores Murphy y Col (1978 véase; Polaino, 2000) quienes encontraron que en enfermos depresivos había una reducción de hasta el 30% de 5-HIAA. Anterior a dicho estudio, se reveló que la tasa de 5-HIAA en LCR de pacientes con intentos suicidas, indicaba correlaciones positivas entre la frecuencia de los intentos suicidas y la disminución de la tasa de 5-HIAA, a su vez, analizaron la concentración de 5-HIAA en LCR en pacientes deprimidos, encontrando una distribución bimodal que podría servir como referente para la diferenciación entre los subtipos bioquímicos de la depresión, caracterizados o no, por una alteración en el turnover (ciclo completo de un neurotransmisor iniciado en una síntesis y termina en un catabolismo) de serotonina (Asberg y Col, 1976; véase, Polaino 2000).

Por lo tanto en tal sentido se clasificaron dos subgrupos de deprimidos, el primero está caracterizado por una concentración de 5-HIAA en LCR inferior a 15 mg/ml, evidenciando una correlación significativa entre el grado de severidad de la depresión y la concentración en LCR de dicho metabolito. En contraste, en el segundo subgrupo de

deprimidos la correlación de la mencionada sustancia es superior, siendo por tal razón no significativa. Se ha probado también que el segundo subgrupo con baja concentración de 5-HIAA es significativamente más propenso a los intentos y actos suicidas.

Por consiguiente, de acuerdo al modelo de depresión tratado, puede sostenerse, la probabilidad de que los diferentes tipos de depresión surjan por posibles desbalances bioquímicos en uno de estos subsistemas, con distinta intensidad, dando como resultado la depresión.

2.2.2.5 Modelo conductual

El modelo conductual de la depresión comparte la misma base teórica de las teorías del aprendizaje, en especial del condicionamiento operante con débiles matices. Dichos modelos conductuales, enfatizan la idea original de Skinner (1953; cit. por Belloch y Ibáñez, 1991) propuso que la principal característica de la depresión es una reducción generalizada en la frecuencia de las conductas. De forma parecida, según Jervis (2004) menciona que frecuentemente se observa una reducción de conductas orientadas hacia una meta, lo cual produce la disminución del placer que puede derivar de la actividad física, y poca capacidad de refuerzo, simultáneamente, muchas personas deprimidas dan muestras de una disminución de auto refuerzo en actividades y los logros a los que pueden acceder, dicha disminución lleva al incremento del tiempo de soledad, durante el cual la sobrecarga de pensamientos negativos puede provocar un mayor decaimiento en el estado de ánimo de la personas.

Por otra parte, se ha registrado, sobre la base de estudios fundados en la observación de personas deprimidas, la prevalencia de una gama de conflictos en la conducta, la actitud de dejar las cosas para después, lo cual resulta de la disminución de energía y de confianza. Además, predomina la tensión tanto objetiva como subjetiva a medida que van pasando determinados límites de tiempo, el trabajo se puede llegar hasta un nivel insuperable. Con frecuencia sin darse cuenta de ello, los familiares refuerzan determinadas conductas depresivas y dependientes al intentar ayudar demasiado al afectado. Sin embargo, otras personas que son importantes para el sujeto afectado o deprimido, pueden aumentar el aislamiento del paciente cuando comienzan a ajustar sus vidas a la idea de que el deprimido está ausente.

Del mismo modo, se pueden ir extinguiendo otras fuentes de apoyo social, debido al rechazo frecuente por parte del paciente a las invitaciones a salir, o pueden desaparecer debido a que, a nadie, por lo general, le gustan los llantos repetidos o las conductas quejasas. Al mismo tiempo, otros modelos de más larga duración, y más representativos de las características específicas, pueden predisponer a dificultades depresivas. En particular, una tendencia más generalizada hacia una mayor reactivación emocional y autónoma, llamada neurotismo se ve ligada a ritos aumentados de la depresión.

2.2.2.6 Modelo cognitivo

El modelo cognitivo de la psicopatología depresiva se centra en la perturbación del contenido del pensamiento, por ende del proceso del pensamiento en el origen y en el

mantenimiento de las enfermedades emocionales. En este sentido, el autor se refiere en primera instancia a las anomalías del pensamiento.

Al respecto, Beck (1979; cit. por Jervis, 2002) manifestó que el contenido del pensamiento de la persona deprimida se caracteriza por un aumento considerable del autodesprecio, pesimismo, pensamientos cargados de temor en referencia a uno mismo, al mundo y al futuro. Los estudios nos brindan documentos que comprueban que la frecuencia de pensamientos negativos cambia según la severidad o gravedad de la depresión, hasta el punto que los pacientes evidentemente desvalidos, desilusionados, con tendencias suicidas, tienen la experiencia de 80% o 90 %, o incluso más proporción de pensamientos y sentimientos negativos. Dicho tipo de anomalía depresiva en los pensamientos vincula también fantasías negativas, recuerdos y sueños.

Beck en su modelo incorporo desde el principio, conceptualizaciones y enfoques próximos a los del procesamiento de la información. En tal sentido, los términos específicos como, esquemas, activación, pensamientos automáticos, sesgos atencionales, son comunes en los dos ámbitos a pesar de que haya cierta distancia entre el significado clínico y el estrictamente experimental. Además, la visión de Beck de que la respuesta del sujeto obedece a mecanismos internos, es una idea próxima al procesamiento de la información.

Por otro lado, los modelos cognitivos de la depresión comparten el mismo supuesto básico el cual propone que ciertos procesos cognitivos juegan un papel fundamental en el inicio, el curso y la remisión de la depresión. Por su parte Ingram y Wisnicki (1990; véase Belloch y Ibáñez, 1991) indican que se pueden delimitar tres clases de modelos

que responden, principalmente, a los antecedentes conceptuales de los cuales derivan, pero que reflejan también diferentes supuestos cognitivos, el uso de fuentes diferentes de datos y un interés por unidades cognitivas de análisis distintas: los modelos del procesamiento de Información, los modelos cognitivos sociales y los modelos conductuales cognitivos.

2.2.2.7 Modelo interpersonal

El enfoque interpersonal es uno de los planteamientos psicológicos más recientes e innovadores sobre la depresión. Este enfatiza la importancia de los factores interpersonales, sociales como familiares, en la etiología, mantenimiento y tratamiento de la depresión (Belloch y Ibañez, 1991).

Las bases conceptuales se encuentran en la escuela interpersonal de psiquiatría de Sullivan, en las investigaciones del grupo de Palo Alto basado, en patrones de comunicación interpersonal en las familias con integrantes esquizofrénicos y en la aplicación a las ciencias sociales de la teoría general de los sistemas, pone énfasis la interrelación de todos los elementos que componen un sistema. Sin embargo, existen diferencias muy significativas, en otro tipo de influencias teóricas que subyacen a cada modelo interpersonal. Dichos modelos han sido sostenidos por muchos investigadores (ej., Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron, 1984) quienes son provenientes de la tradición psicoanalítica, sin embargo, prevalecen también otros autores (ej., Coyne (1976); Gotlib y Colby (1987) quienes parten de enfoques conductuales-cognitivos.

Efectivamente, todos los acercamientos interpersonales a la depresión tuvieron su punto de interés en desarrollar una terapia más efectiva para los trastornos depresivos, por ende, abundan las terapias interpersonales y familiares. No obstante, cierta cantidad de autores (ej., Klerman, Cols y Feldman, 1984) afirman a la vez escaseen los intentos de desarrollar modelos teóricos de depresión fundamentados en los principios interpersonales.

Quizás la más clara conceptualización interpersonal de la depresión sea la presentada por Coyne (1976; cit. por Singh y Krimbas, 2000) sugiere que la depresión es una respuesta a la ruptura de las relaciones interpersonales de las cuales los individuos solían obtener apoyo social, y que la respuesta de las personas significativas de su entorno sirven para mantener o exacerbar los síntomas depresivos. Cuando tal ruptura se produce, los depresivos se vuelven a las personas de su ambiente en busca de apoyo social, pero las demandas persistentes de apoyo emitidas por los depresivos gradualmente llegan a ser adversas para los miembros de su entorno social.

Por tanto, las personas, que intentaron en un primer momento controlar la sintomatología depresiva, se sienten cada vez más molestos y frustrados con la constante conducta sintomática depresiva, más aún si sus primeros intentos de control fallaron. Cuando la persona deprimida se da cuenta de tales reacciones negativas en los otros, emite un mayor número de conductas sintomáticas, estableciéndose un círculo vicioso que continúa hasta que las personas del entorno social se apartan totalmente de la persona deprimida, dejándola sola y confirmando así su visión negativa sobre sí mismo.

En tal dirección Gotlib y Colby (1987; véase Sarason y Pierce, 1996) refieren que resaltan los papeles jugados tanto por el individuo específicamente sus estilos cognitivos, como también por los miembros de su ambiente social en el desarrollo, mantenimiento o exacerbando un episodio depresivo.

Por tanto, la cadena que conduce al desarrollo de un episodio depresivo se inicia con la ocurrencia de un elemento estresor de naturaleza interpersonal intrapsíquica o un cambio bioquímico, que puede interaccionar con factores de vulnerabilidad interpersonales tal como: calidad y cantidad de apoyo social; cohesión de la familia; habilidades de la familia para manejar los problemas cotidianos. En tal sentido es importante agregar que al ser tal estresor de naturaleza intrapersonal predominan aspectos como: cogniciones poco adaptativas; habilidades para hacer frente y manejar situaciones de estrés y demás. Siguiendo tal lineamiento Gotlib (1987, cit. por Sarason y Pierce, 1996) afirma que los modelos de diátesis-estrés como los de Beck o el de desesperanza pueden tener operatividad en el desarrollo de la depresión.

2.2.3 Tipologías de la depresión

En vista de que la depresión es un tema muy controversial y ha sido estudiado ampliamente, por lo que existe literatura que muestra diversas clasificaciones clínicas. No obstante, están basadas por lo general de acuerdo a la duración, la intensidad y origen de sus síntomas.

Según el DSM IV los trastornos depresivos son clasificados en: trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastorno depresivo no especificado. Siendo variados, en cada uno de estos, tanto el número, la gravedad y la duración de los síntomas. Por otro lado, existe una clasificación clásica y frecuentemente utilizada en el ámbito europeo dividiendo a la depresión en tres categorías: depresiones endógenas, depresión somatogena y depresión psicógena. (Angulo, 2006). Por consiguiente, la clasificación actual de la depresión, recae en tres tipologías: Subtipos depresión Mayor y Distimia, Subtipos primario o endógeno y secundario o reactivo y Subtipos depresión monopolar o unipolar y bipolar que es la que desarrollaremos en el presente estudio.

2.2.3.1 Subtipos depresión Mayor y Distimia

2.2.3.1.1. Depresión mayor

La depresión mayor o depresión grave, se caracteriza por una combinación de síntomas que interfieren en capacidad de desempeño en todas las esferas del sujeto, y disfrutar de las actividades que antes resultaban placenteras.

Según el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo-Noguchi (2009) la depresión grave incapacita a la persona y le impide desenvolverse con normalidad. Un episodio de depresión grave puede ocurrir solo una vez en el curso de vida de una persona, no obstante, generalmente recurre durante toda su vida, a su vez, la depresión mayor es un desorden que requiere tratamiento, ya que puede ser irremediable si no se trata. En dicho sentido, en la depresión mayor los síntomas se presentan en una

intensidad significativa, tratándose de un proceso agudo, el cual puede darse como un episodio único, sin embargo, también puede repetirse (Del Barrio, 1997).

El DSM-IV denomina al trastorno depresivo mayor, un trastorno del estado de ánimo caracterizado por uno o más episodios, teniendo como criterio esencial un periodo de al menos dos semanas, en donde prevalece un estado de ánimo deprimido y desinterés por las actividades en general, como también al menos cuatro de una lista de determinados criterios, tal episodio se acompaña de un malestar clínico, que afectada la vida del sujeto en general. Se excluyen los episodios de ánimo causados por el uso de sustancias, así como también, los trastornos de estado de ánimo, a causa de una enfermedad orgánica. Además, dichos episodios no son explicados por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizo-freniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

Por lo tanto, vale mencionar que científicamente los términos depresión mayor, generalmente describe una enfermedad que ha sido diagnosticada formalmente y cuya persistencia e intensidad es notoriamente severa.

2.2.3.1.2. Distimia

Se determina como distimia a una forma crónica de la depresión, donde el estado de ánimo perdura bajo durante la mayor parte del tiempo, consta de una duración mínima de dos años, su curso puede ser intermitente, incluso teniendo periodos de normalidad que duran semanas (de la Garza, 2004). Por su parte, Según Del Barrio (1997) “la

distimia se da una intensidad somática menor, pero aparece una cronicidad del problema” (p.24).

De acuerdo a Retamal (1998) la distimia suele asociarse a situaciones ambientales desfavorables, a un aumento de la ansiedad y del grado de deterioro físico. El autor, también menciona que la distimia se asocia a ciertas actitudes y rasgos de la personalidad, como una baja autoestima y una repetida tendencia a general sentimientos de culpa, las frecuentes pérdidas sufridas por la mayoría de las personas en la tercera edad y los condicionamientos socioculturales imperantes en la actualidad.

Por otro lado, la distimia según Valdivia y Condeza (2006) consiste en un cambio permanente y prolongado de baja del ánimo, generalmente tiene menor intensidad no obstante es crónico, con una duración de por lo menos un año. Es importante mencionar que la distimia en el adolescente puede presentar sentimientos de desamor, rabia, auto-depreciación, ansiedad y desobediencia (Valdivia y Condeza, 2006).

Se hace una distinción entre distimia de comienzo temprano, antes de los 21 años y distimia tardía, después de los 21 años. Siguiendo tal enunciado, Akiskal y Cassano (1997; véase Vázquez, Muñoz y Becoña, 1995) señalan que la distimia de comienzo temprano ocurre normalmente en la infancia o en la adolescencia.

2.2.3.2 Subtipos primario o endógeno y secundario o reactivo

2.2.3.2.1. Depresión primaria o endógena

La depresión endógena tendría pocos desencadenantes psicológicos externos, condición que con frecuencia no ocurre en la realidad, se diferencia por un conjunto de características sintomáticas tal como: insomnio del despertar en las mañanas, enlentecimiento psicomotor, tristeza profunda, pérdida de peso, imposibilidad de disfrutar de los acontecimientos gratificantes (Retamal, 1998).

Según Del Barrio 1997 este tipo de depresión tiene lugar “cuando la depresión se da sin que nada pueda justificar su aparición” (p.24).

2.2.3.2.2. Depresión secundaria, reactiva o exógena

Las depresiones reactivas están fuertemente relacionadas a las situaciones desencadenantes externas. Lo que importa de este concepto es que las depresiones no son sólo biológicas o genéticas, sino también psicogénicas y requieren de un adecuado manejo psicoterapéutico, y más aún en una época marcada por los psicofármacos (Retamal, 1998). Se le designa dicho nombre a este tipo de depresión “puesto que es consecuencia de lo ocurrido en el entorno”. Del Barrio, 1997; p.24). Es decir, surge a causa de un acontecimiento importante ocurrido en el medio del sujeto. Por ejemplo, pudiendo ser la muerte de un ser querido, o por padecer algún tipo de burla o acoso.

2.2.3.3 Subtipos depresión monopolar o unipolar y bipolar

2.2.3.3.1. Depresión Unipolar

Retamal (2002) manifiesta que la denominación polaridad alude a la presencia del polo de tristeza patológica o de euforia patológica, por tanto, cuando existe sólo el polo o fase depresiva se designa como depresión monopolar, que es la depresión común o habitual. Es aquella en donde se focaliza la atención en el curso del trastorno, es decir, donde el trastorno presenta cierta uniformidad durante el transcurso del tiempo (Del Barrio, 1997).

2.2.3.3.2. Depresión Bipolar

En un estudio dirigido por Retamal (2002) menciona que trastorno bipolar se refiere al tipo de depresión donde el paciente sufre bruscos cambios, desde la depresión a la manía en el curso de su vida, ahora bien la manía, se puede definir como un estado anímico anormalmente elevado, expansivo o irritable con síntomas tales como, aumento de la autoestima o grandiosidad, menor necesidad de dormir, hiperactividad motora, dichos episodios pueden durar días o meses y en general son más breves, con inicio y término más brusco, que leves o suaves.

Por otra parte, una conceptualización a cargo de Del Barrio (1997) se refiere al tipo de depresión donde el sujeto cursa un pico depresivo, en el que está inmerso y va cambiando hacia un estado de exaltación. Por tanto, ambas fases la maniaca y la depresiva se alternan.

Bipolaridad es la tipología de depresión donde se evidencian dos polos en el sujeto, basados en tristeza y alegría, caracterizándose por una alteración en el equilibrio de ambos, por lo que quien la padece, atraviesa periodos de depresión y exaltación o manía, además, dichos periodos maniacos pueden ser de dos tipos, siendo, euforia basada en un ánimo feliz y disforia representado por irritabilidad. Por tanto, los estados opuestos de la Bipolaridad afectan el funcionamiento cotidiano del paciente (de la garza, 2004).

En 2006, Valdivia y Condeza afirmaron que el trastorno bipolar, se caracteriza por episodios recurrentes de depresión, manía síntomas mixtos o hipomanía, los cuales causan variaciones inusuales y extremas en el ánimo, energía y conducta, lo que interfiere significativamente con el funcionamiento. Así mismo, Lewinsohn y Cols (1995; véase Valdivia y Condeza, 2006) sugieren que el estudio epidemiológico de la prevalencia del trastorno bipolar en la adolescencia se aproxima al 1%.

2.2.5 Causas de la depresión en la adolescencia

Los conocimientos adquiridos durante los últimos años en torno a las causas de la depresión en la etapa de la adolescencia, indica ser multifactorial, es decir, existe predominio de ciertos agentes predisponentes y determinantes. Según la OMS, la depresión surge a causa de interacciones complejas entre factores sociales, psicológicos y biológicos.

En tal mención, de la Garza, (2004) reafirma que la depresión resulta de una combinación de factores genéticos sumado a factores psicológicos. Así mismo, en un

estudio actuarial llevado a cabo por del Barrio (1997) en la adolescencia todo se vuelve problemático, los expertos han denominado dicha etapa como tormentosa, los cambios de todo orden, convierten al adolescente en un ser totalmente vulnerable, y en eje de dichos cambios, por tanto, se halla el gran problema en esta etapa de la vida, que es la consecución de la propia identidad y ahí también se hallan las raíces o causas de la depresión en el adolescente.

Por su parte, en 2001, Nicolson y Alyers postularon que, entre las principales causas de la depresión durante la adolescencia, se envuelven factores predisponentes y precipitantes, dentro de los cuales figuran: Depresión parental, divorcio y conflictos conyugales de los padres, malas relaciones interpersonales, malos tratos físicos y sexuales.

En tal sentido, es importante definir dichos factores causales de la depresión, por lo que se precisa dividirlos en factores genéticos o biológicos (Endógenos) y factores psicológicos o sociales (Exógenos).

2.2.5.1. Factores genéticos o biológicos (Endógenos)

La biología atribuye las causas de la depresión a dos fuentes determinadas el sujeto y sus antecedentes biológicos, en otras palabras, genética y fisiopatología. Al respecto, Morla, Saad de Janon y Saad (2006) indican que la depresión comprende cambios fisiológicos, hormonales y biológicos que surgen en el organismo, influenciando en su producción repercusiones emocionales en el sujeto.

2.2.5.1.1. Aspecto genético

Según Zahn-Waxler, (1995; cit. por Wicks y Isial, 1997) una de las principales áreas de investigación sobre la depresión en el niño y adolescente ha sido el estudio en hijos de padres que padecen depresión. Por lo tanto, experiencias con gemelos monocigotos y con hijos adoptados, corroboran el papel importante del aspecto genético en el desarrollo de la depresión, siendo frecuentes tales casos en algunas familias, cuan mayores sean los antecedentes familiares depresivos, más grandes serán los riesgos a sufrirla, aun habiendo crecido en otros ambientes. Para mayor especificación, según de la Garza (2004) los estudios realizados en gemelos quienes comparten material genético demuestra que existe un 50% de probabilidades de desarrollar depresión, así mismo, siendo hijos de padres que padecieron depresión evidencian que existe una propensión familiar tres veces mayor que en la población en general a desarrollar depresión.

De forma similar, Wicks y Isiel (1997) sugieren que para Rende, (1993) existe influencia genética que opera sobre factores de personalidad y temperamento. En tal punto, del Barrio (1997) afirma que el temperamento viene a ser el conjunto de estructuras somáticas de origen genético, las mismas que explican la forma de un sujeto a reaccionar con estilo particular, ante determinado estímulo. A su vez Del Barrio (1997) señala que para algunos investigadores (Tomas, Chess y Birch 1968) aunque el concepto de temperamento viene de la medicina clásica, está siendo estudiada en púberes recientemente, produciendo gran cantidad de investigación.

2.2.5.1.2. Aspecto Neuroquímico

En el cerebro reside el centro de nuestras emociones, el cual ante la depresión se producen ciertas variaciones en los circuitos neuronales dando como resultado, cambios en los niveles de proteínas esenciales en el funcionamiento psíquico normal. Al respecto, en 2006, Valdivia y Condeza refirieron que los avances en la psiquiatría neurobiológica, ha logrado dar a conocer las influencias genéticas y patrones de agregación familiar, así como, sustratos biológicos de la depresión, indicando, que el sistema límbico está relacionado al control del ánimo, integrando y equilibrando respuestas motoras endocrinológicas a las emociones a través de sistemas de neurotransmisores, especialmente el serotoninérgico y noradrenérgico, asociándose la depresión con una respuesta exagerada del sistema noradrenérgico a determinados estresores.

2.2.5.2 Factores psicológicos y sociales (Exógenos)

El medio que nos rodea es por naturaleza competitiva y exigente. Aunque no todos los sujetos desarrollan una patología depresiva, existen quienes si son susceptibles a su padecimiento. En tal sentido, los factores psicosociales de la depresión están relacionados directamente al ambiente o entorno del adolescente. Al respecto, Guadarrama (2006; véase Morla, Saad de Janon y Saad 2006) indica que los factores exógenos comprenden las causas específicas de origen externo, que rodean al sujeto en su día a día.

2.2.5.2.1. Aspecto psíquico

Están relacionados a la tendencia de responder de manera particular de cada sujeto, ante los estímulos que provienen de su medio, por tanto, en la personalidad del individuo confluyen tantas estructuras orgánicas, como una variedad de acontecimientos externos o experiencias, las cuales van armando la tendencia subjetiva de cada sujeto para reaccionar o responder de modo individual a través del tiempo (Del Barrio, 1997).

En tal sentido, la perspectiva conductual cognitiva los individuos deprimidos no estimulan respuestas interpersonales positivas existiendo pruebas de que los adolescentes y niños deprimidos evidencian déficit en el funcionamiento social. (Kaslow, Brown y Mee, 1994; véase Wicks y Isial, 1997). En relación a mencionado, Seligman y Peterson (1986; cit. por Wicks y Isial, 1997) propusieron que la explicación de la teoría de la indefensión aprendida sobre la depresión propone que algunos individuos, a causa de su historia de aprendizaje, se perciben como sujetos con poco control sobre su entorno, dicha indefensión esta a su vez asociada con el estado de ánimo y las características propias de la depresión.

2.2.5.2.2. Tipo de personalidad

Cuando el propio sujeto no logra identificar su malestar depresivo, ni es diagnosticado certeramente por el profesional pertinente, se produce una infravaloración de los síntomas por parte de sus familiares, amistades y entorno en general optando por aptitudes negativas, que lejos de favorecer al individuo, únicamente se logra incrementar los sentimientos negativos dentro de sí.

2.2.5.2.3. Repercusiones de la depresión de los padres por interacción

Wicks y Isial (1997) refieren que para (Dodge, 1990) los estados depresivos del estado de ánimo en los padres estarían relacionados con una disfunción en sus hijos con una serie de mecanismos, además de la repercusión biológica, pueden también influir a modo de interacción, de padre a hijo. Siguiendo tal concepto, Nolen–Hoeksema (1995; véase Wicks e Isial, 1997) manifiestan que es posible que los padres con depresión, transmitan dichos estilos a sus hijos. Estas formas negativas de pensar también pueden tener repercusión en el modelo general en el que los adultos deprimidos crían a sus hijos.

2.2.5.2.4. El estrés

El hecho de estar sometidos constantemente a una tensión excesiva puede propiciar daño a nivel emocional, físico y puede conducir hacia la depresión a los adolescentes quienes son más propensos a desarrollarla. (Wachtower Bible and Tract, 2017). Entre algunas situaciones que generan estrés en los adolescentes figuran:

Un generador de estrés en el adolescente es el trauma vital temprano. En 2006, Valdivia y Condeza mencionaron que una de las causas de la depresión, sería el maltrato o abuso infantil ya que produciría hipersensibilidad del sistema CRF-ACTH, quedando condicionado. Por tanto, posteriormente, ante alguna situación de estrés desencadenaría una mayor liberación mayor liberación CRF, generándose así la depresión.

2.2.5.2.5. Pérdida o separación

Perdida por separación, viene a ser la explicación psicológica más común de la depresión. Algunos autores psicodinámicos, ponen énfasis en la reducción de la autoestima y el incremento de sentimientos de desesperanza que producen una pérdida (Kessler, 1988; véase Wicks y Isial, 1997). A su vez, los mismos autores, Wicks y Isial (1997) indican que los investigadores (Ferster y Lewinsohn, 1974) aportaron explicaciones de origen conductual donde cuentan también la pérdida y separación como un reforzamiento en el desarrollo de la depresión.

Por su parte, Bifulco, Harris, Brown, Saler y Skolnick, (1992; véase, Wicks y Isial 1997) afirmaron que el vínculo entre pérdida y depresión se da gradualmente, generando una serie de descuidos que hacen proclive al adolescente o sujeto a desarrollar un trastorno depresivo posteriormente. En este sentido un ejemplo de pérdida sería el divorcio de los padres. Por tanto, para algunos autores (Natsuaki y Conger, 2006; Strohschein, 2005) los efectos negativos del divorcio de los padres interfieren en el bienestar emocional y el consecuente desarrollo de sintomatología depresiva.

La depresión, es entendida como la reacción ante la pérdida de un ser querido o de algo semejante, caracterizado por un estado de ánimo profundamente doloroso, carencia de interés por el mundo exterior, incapacidad de amar y afección o inhibición de todas las funciones. (Abraham, 1912; véase Polaino, 2000).

La pérdida del objeto en la adolescencia se relaciona con la pérdida de la protección familiar, el abandono de la imagen de los padres como seres poderosos origina depresión manifestada con una reacción de desafío y rebeldía (calderón, 2001).

2.2.5.2.6. Enfermedad física

Ciertas dolencias orgánicas de gravedad, como el cáncer, suelen conducir hacia la depresión, desencadenando una serie de síntomas, al no ser tratada junto con la enfermedad física podría generarse un círculo vicioso, es decir la influencia del deterioro emocional en la parte orgánica, generando así retardo en la mejoría y efectos positivos del tratamiento.

2.2.5.2.7. Problemas de aprendizaje

La investigación de la Wachtower bible and Tract (2017) revela que los adolescentes que sufren de algún problema de aprendizaje, suelen sentirse rechazados por ello, sumado a esto, muchos padres poseen expectativas muy altas sobre ellos, en cuanto a logros académicos, lo cual pueden tiende a generar estrés en los mismos, por ende, depresión al no lograr cumplir con los objetivos o deseos de sus padres.

2.2.5.2.8. Mal funcionamiento familiar

Por otro lado, Shaffer y Waslick (2003) refieren que para algunos investigadores (Hammen y Cols, 1999) el incremento de los problemas familiares es una de las causas

relacionadas con la depresión en adolescentes ya que la irritabilidad en los adolescentes, dirige frecuentemente a interacciones insatisfactorias con los hermanos y padres.

En 2006, Valdivia y Condeza alegaron que existe relación entre la depresión y el mal funcionamiento familiar, en este sentido, se ha podido comprobar la influencia de personas deprimidas significativas en la vida del adolescente y el niño, existiendo, por tanto, un mecanismo de resonancia afectiva que le hace integrar en su sentir las comunicaciones emocionales de las personas en su entorno. Sin embargo, “los factores ambientales fuera de la familia son también factores pertinentes que aumentan los trastornos depresivos en los jóvenes” (Coleman y Hendry, 2003; p.141).

Siguiendo tal enunciado, en una investigación a cargo de la OMS (2012) la depresión surge a causa de interacciones complejas entre factores sociales, psicológicos y biológicos. Quienes han pasado por circunstancias vitales adversas (desempleo, luto, traumatismos psicológicos) tienen más probabilidades de sufrir depresión. De modo parecido, los trastornos depresivos en la pubertad de acuerdo a Obando y Casarretto (2011) están mayormente asociados con ambientes familiares adversos como la mala relación entre padres e hijos.

2.2.5.2.9. La pobreza

La pobreza pudiera favorecer en el incremento de los síntomas depresivos de los adolescentes. Sin embargo, aun cuando se requiere un proceso de exploración al respecto. En un estudio realizado por Keegan (2002 cit. por Pardo Sandoval y Umbrilia, 2004) señala que vivir en vecindarios caracterizados por problemas sociales como

crimen, violencia, condiciones físicas deplorables, escasos recursos comunitarios y no participar en actividades con personas externas al hogar, los vuelve propensos al desarrollo de síntomas depresivos. Claramente, tal hallazgo sugiere que el hecho de convivir en un ambiente adverso afecta indirectamente, causando que los jóvenes posiblemente presenten síntomas depresivos.

2.2.6 Consecuencias de la depresión en la adolescencia

Según la OMS (2012) la depresión genera estrés y disfunción, así mismo, altera la situación vital de la persona afectada. Estudios de Morla, Saad de Janon y Saad (2006) reportan que los efectos de la depresión, se dan a nivel físico, emocional y conductual. En este sentido, a nivel físico las mujeres tienden a somatizar más que los varones, apareciendo enfermedades infecciosas, consumo de drogas (alcohol y cigarrillo). A nivel emocional surgen sentimientos de miedo, preocupación, soledad, desesperanza, ansiedad, cólera, irritabilidad, baja tolerancia hacia la crítica y auto-reproches. A nivel conductual, prevalece el aislamiento social, vergüenza, conductas agresivas, dificultad de concentración y bajo rendimiento académico (como se cita en Bustos, Galvis, Rojas, 2015).

Por tanto, los adolescentes con depresión suelen experimentar diversos efectos a causa de una disminución del interés, tanto en el plano escolar, personal, además de repercusiones físicas y conductuales. En efecto, el fracaso o bajo rendimiento escolar, los conflictos interpersonales, el incremento en abuso de sustancias ilegales (adicciones) y las conductas suicidas, se configuran como las principales consecuencias de la depresión en los mismos.

2.2.6.1. Ideación suicida y suicidio consumado

No es extraño que en los adolescentes el principal motivo de consulta de la depresión sea una crisis suicida, pudiendo ser esta un resultado directo o indirecto, de la manifestación de pensamientos o ideas suicidas y comportamientos auto-lesivos. El suicidio suele mencionarse con frecuencia en estudios sobre depresión. A menudo, considerándose como un síntoma de la misma.

Según la organización mundial de la salud (2016) el suicidio ocupa el primer lugar en mortalidad, en adolescentes. Al respecto, un estudio conducido por Robins y sus colaboradores (1959) desarrollado en 134 suicidas, demostró que el 94% de los mismos, poseían antecedentes psiquiátricos depresivos, antes de consolidar sus suicidios. Paralelamente, se mencionó otro estudio, dirigido por Sainsbury (1968) en Inglaterra, mostrando porcentajes de antecedentes depresivos, aún más elevados en los sujetos suicidas (Citados en Mendels, 1989, p.26).

Por su lado, Shaffer y Waslick (2003) indican que para algunos investigadores (Shaffer y Cols, 1996; Could 1998) aunque no todos los adolescentes y niños han sufrido crisis suicidas, presentan trastornos del estado de ánimo, siendo la depresión el principal factor de riesgo para la ideación o intentos suicidas y el suicidio consumado, por ende, la determinación de la presencia de un trastorno del estado de ánimo es esencial en la evaluación de todo adolescente con tendencia suicida.

Por otra parte, Hafen y Frandsen, (1986; cit. por Buendía, Riquelme y Ruiz, 2004) refieren que la depresión es el factor de riesgo más común en conductas suicidas en

jóvenes, sin embargo, hay que tener en cuenta que la relación entre depresión y conductas suicidas es muy compleja.

En la mayoría de las tentativas de suicidio están presentes trastornos del estado de ánimo, siendo la depresión uno de los correlatos más potentes de la conducta suicida. Así mismo, para Rudd (1990; cit. Por Buendía, Riquelme y Ruiz, 2004) la depresión ha sido encontrada en la mayoría de las conductas suicidas y es generalmente evaluada en pacientes que pueden considerarse suicidas en potencia, ya que se ha probado que es un predictor significativo tanto de la tentativa de suicidio como del acto suicida.

Al respecto, Mendels (1989) menciona que para algunos investigadores (Farverow y Schneidman (1965) la conducta suicida equivale a un grito de socorro en quien la sufre, transmitiendo un mensaje desesperado de sufrimiento y angustia. Como se sabe, el suicidio es una de las cinco causas principales de muerte entre los adolescentes de las edades de 12 a los 19, en los años, 1999 al 2006 (Miniño, 2010). Por tanto, la depresión está estrechamente ligada al suicidio en niños y adolescentes (Reynols y Mazza, 1994; véase Wicks y Isial, 1997).

En vista de las evidencias, es claro que las personas con trastorno depresivo, sobre todo los adolescentes, corren un alto riesgo de atentar contra su propia vida.

2.2.6.2. Fracaso o bajo rendimiento escolar

En la adolescencia, aumenta el riesgo al fracaso escolar y deterioro del rendimiento, a causa del desinterés por ciertas actividades, tanto de las motivaciones internas como

externas. Sin dejar de lado que existirá, baja autoestima, sentimientos de culpa y de inferioridad con respecto al grupo, ideas recurrentes de muerte, se afectará el sueño, el apetito, tanto por exceso como por defecto, dando paso a importantes consecuencias en muchos casos irremediables (Chinchilla, 2008).

Hammen y Cols (1999; véase Shaffer y Waslick, 2003) señalan que el bajo desempeño académico, los problemas de absentismo, y fracaso escolar son habituales en adolescentes con depresión, siendo los componentes cognitivos, de los síndromes depresivos, los que dificultan significativamente el mantenimiento de un nivel y rendimiento académico óptimo.

2.2.6.3. Conflictos interpersonales

Se debe enfatizar que los severos episodios depresivos no únicamente suceden dentro de la adolescencia, si no que pueden continuar hasta la vida adulta, complicándose con problemas de la misma vida en curso, incluyendo las relaciones interpersonales, el embarazo precoz entre otros.

2.2.6.4. Uso de sustancias ilegales

En relación al incremento del uso de sustancias ilegales durante el periodo de adolescencia, pueden ser simultáneos o por efecto de estados depresivos (Costello y Cols, 1999; Garland y Cols, 2001; véase Shaffer y Waslick, 2003). Los jóvenes deprimidos frecuentemente buscan maneras de aliviarse experimentando o intoxicándose con sustancias ilícitas como la marihuana entre otras. En tal sentido,

Pardo, Sandoval y Umbarila (2004) afirman que la depresión adolescente ha sido relacionada con el abuso de sustancias y el suicidio.

En un estudio realizado con 89 jóvenes de los últimos años de bachillerato en Estados Unidos, encontraron una estrecha relación entre depresión y consumo de sustancias, predominando el consumo de cigarrillos, alcohol y marihuana. El consumo de sustancias empieza por lo general en la adolescencia. Algunos de los factores de riesgo identificados para esta conducta son la presión ejercida por su entorno, la popularidad y la depresión, Pardo et al. (2004).

2.3 Definición de términos básicos

2.3.1. Dimensiones de la sintomatología depresiva

Con el fin de lograr una mayor comprensión sobre la sintomatología depresiva en los adolescentes, se definen las dimensiones de la escala, las que proporcionan una estimación adecuada de la gravedad o intensidad sintomática. En este punto, Reynolds (2002) propone el modelo de cuatro dimensiones o factores, las cuales son:

2.3.1.1. Dimensión Disforia

Disforia, según el autor, implica a los indicadores depresivos de: tristeza Llanto, soledad, irritabilidad, preocupación, aislamiento, ansiedad escolar y autocompasión.

2.3.1.2. Dimensión anhedonia

Anhedonia para el autor, contiene los indicadores depresivos de: anhedonia general, anhedonia pares, disforia, bajo merito personal, reducción de comunicación, trastornos del apetito y valía personal. Al respecto, Rotondo (1991) mención que anhedonia, hace referencia a la mengua o incapacidad de goce, sin pérdida de las funciones cognoscitiva. Suele manifestarse en las depresiones. Expresada como quejas y sufrida por el paciente. Vale indicar que también se presenta en casos de esquizofrenia.

2.3.1.3. Dimensión autoevaluación negativa

Autoevaluación negativa, el autor abarca los indicadores depresivos de: abatimiento, daño a sí mismo, autodesaprobación, evaluado por padres, no apreciado, desesperanza, autoreproche y autoestima.

2.3.2.4. Dimensión quejas somáticas

Quejas somáticas contiene los indicadores de quejas somáticas, fatiga, alteraciones del sueño, aburrimiento, cólera, pesimismo.

2.3.2. Prevalencia

El termino prevalencia es un concepto estadístico, empleado por lo general en epidemiología, la cual, es la especialidad que trata sobre el control de las enfermedades y su repercusión en la sociedad. Así mismo, la prevalencia, hace referencia al número

total de personas que presentan síntomas o padecen determinada enfermedad durante un periodo de tiempo, dividido por la población con posibilidad de llegar a padecer dicha enfermedad.

2.3.3 Categorías generales de la EDAR en la muestra de estudio

La categorización de la EDAR para la calificación en la investigación, se determinó, tras un proceso de establecimiento de normas percentilares, teniendo como base al puntaje directo hallado en el percentil 90, el mismo percentil utilizado por el autor de la escala, en su primera y segunda versión (Reynolds 2002). Así mismo, tomándose en cuenta, el puntaje mínimo de 33 y el puntaje máximo de 108 obtenidos en el estudio. Ahora bien, los baremos creados rigen únicamente para la muestra de estudio, según sus características.

2.3.3.1. Ausencia de sintomatología depresiva

Implica la falta de indicadores depresivos, necesarios para determinar la presencia de sintomatología depresiva en el sujeto. Para el presente estudio se determinó la categoría de ausencia a la puntuación directa obtenida de 102 y por debajo de la misma.

2.3.3.2. Presencia de sintomatología depresiva

Para determinar la categoría presencia, es necesaria la evidencia de diversos indicadores depresivos, subscritos en cualquiera de las dimensiones de la escala. Para el

presente estudio se alude como presencia a la puntuación directa obtenida de 103 y por encima del mismo.

2.3.4. Categorías para las dimensiones de la EDAR en la muestra de estudio

2.3.4.1. Categorías de la dimensión disforia

Para dicha categorización el percentil 90 indico, una puntuación directa de (29) y por debajo, como ausencia y una puntuación de (30) y por encima, como presencia, tomando en cuenta las puntuaciones mínimas de (8) y máxima de (31) en tal dimensión.

2.3.4.2. Categoría de la dimensión anhedonia

Para tal categorización el percentil 90 indico, una puntuación directa de (23) y por debajo, como ausencia y una puntuación de (24) y por encima, como presencia, tomando en cuenta las puntuaciones mínimas de (7) y máxima de (25) en tal dimensión.

2.3.4.3. Categorías de la dimensión autoevaluación negativa

En dicha categorización el percentil 90 indico, una puntuación directa de (28) y por debajo, como ausencia y una puntuación de (29) y por encima, como presencia, tomando en cuenta las puntuaciones mínimas de (8) y máxima de (31) en tal dimensión.

2.3.4.4. Categorías de la dimensión quejas somáticas

Para la última categorización el percentil 90 indico, una puntuación directa de (24) y por debajo, como ausencia y una puntuación de (25) y por encima, como presencia, tomando en cuenta las puntuaciones mínimas de (7) y máxima de (26) en tal dimensión.

CAPITULO III: HIPOTESIS Y VARIABLES DE INVESTIGACION

3.1 Formulación de hipótesis

3.1.1 Hipótesis general

Existe mayor prevalencia de sintomatología depresiva en las mujeres, a diferencia de los varones, estudiantes del quinto grado de secundaria de la I.E.N. “Benito Juárez” N° 003 S.J.L. - 2017.

3.1.2 Hipótesis específicas

3.1.2.1. Hipótesis específica 1

Existe mayor prevalencia de sintomatología depresiva en la dimensión “disforia”, en las mujeres, a diferencia de los varones, estudiantes de quinto grado de secundaria.

3.1.2.2. Hipótesis específica 2

Existe mayor prevalencia de sintomatología depresiva en la dimensión “anhedonia”, en las mujeres, a diferencia de los varones, estudiantes de quinto grado de secundaria.

3.1.2.3. Hipótesis específica 3

Existe mayor prevalencia de sintomatología depresiva en la dimensión “autoevaluación negativa”, en las mujeres, a diferencia de los varones, estudiantes de quinto grado de secundaria.

3.1.2.4. Hipótesis específica 4

Existe mayor prevalencia de sintomatología depresiva en la dimensión “quejas somáticas”, en las mujeres, a diferencia de los varones, estudiantes de quinto grado de secundaria.

3.2. Sintomatología depresiva

3.2.1 Definición conceptual

Retamal (1989) menciona que la depresión puede ser definida como uno de los tipos de alteración del ánimo, consistente en su disminución, con un grado variable de pérdida de interés o dificultad para experimentar placer en las actividades comunes y está acompañado de una serie de síntomas depresivos, tanto psíquicos como físicos.

En el sentido de sintomatología depresiva, Angulo (2006) refiere que los síntomas emocionales, implican cambios en los sentimientos del individuo, generalmente, son el abatimiento, la tristeza, la pérdida de interés, irritabilidad y preocupación. Respecto a los síntomas cognoscitivos, resaltan las distorsiones o conceptualizaciones irreales. Finalmente, los síntomas físicos superpuestos a un estado depresivo, se han relacionado con problemas gastrointestinales y cardiovasculares.

3.2.2 Definición operacional

Tabla 1 Operacionalización de la sintomatología depresiva

<i>Dimensiones</i>	<i>Indicadores</i>	<i>Ítems</i>	<i>Alternativas</i>	<i>Categorización</i>	<i>Categorización (dimensiones)</i>
Disforia	Tristeza	7			Ausencia SD
	Llanto	8			(8-29) pts.
	Soledad	3			Presencia SD
	Irritabilidad	16			(30-31) pts.
	Preocupación	26			
	Aislamiento	6			
	Ansiedad escolar	2			
Anhedonia	Autocompasión	21	Casi nunca 1		
	Anhedonia general	25	Rara vez 2		Ausencia SD
	Anhedonia pares	10	A. veces 3		(7-23) pts.
	Disforia	1	C. siempre 4		Presencia SD
	Bajo merito personal	12		Ausencia SD	(24-25) pts.
	Reducción de comunicación	23		(33-102) pts.	
	Trastornos del apetito	29		Presencia SD	
Autoevaluación negativa	Valía personal	5		(103-108) pts.	
	Abatimiento	13			Ausencia SD
	Daño a si mismo	14			(8-28) pts.
	Auto desaprobación	20			Presencia SD
	Devaluado por padres	4			(29-31) pts.
	No apreciado	9			
	Desesperanza	30			
Quejas somáticas	Autoreproche	19			
	Autoestima	15			
	Queja somática 1	27			Ausencia SD
	Queja somática 2	11			(7-24) pts.
	Fatiga	18			Presencia SD
	Alteraciones del sueño	24			(25-26) pts.
	Aburrimiento	28			
Cólera	22				
Pesimismo	17				

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1 Diseño metodológico

4.1.1. Metodología de la investigación

La presente investigación corresponde a la metodología cuantitativa, por ser el procedimiento de decisión que pretende señalar entre ciertas alternativas, usando magnitudes numéricas que pueden ser tratadas mediante herramientas del campo de la estadística.

4.1.2. Tipo de investigación

La investigación es de tipo descriptivo, debido a que realiza una reseña del estado actual sobre determinado fenómeno o variable, es decir, describe la prevalencia de la variable en estudio. Como menciona Balluerca y Vergara (2002) los estudios descriptivos tienen como objetivo principal la descripción y observación de los fenómenos que ocurren en ambientes naturales. También permiten estudiar procesos, cambio y plantear cuestiones relativas a la relación entre variables. Así mismo, Spector (1993; cit. por Balluerca y Vergara, 2002) propuso que tal tipo de investigación descriptiva, no implica la manipulación activa de las condiciones experimentales, sino la selección para la descripción de aquellos o aquellas variables que cumplen determinados criterios y que despierten el interés en el investigador.

4.1.3. Diseño de investigación

La investigación, corresponde al diseño no experimental, ya que no existe manipulación de la variable en cuestión, de igual manera, no se establecen relaciones causales entre variables, Tal como afirman Balluerca y Vergara (2002) el diseño no experimental se basa en observar fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para luego analizarlos. A su vez, la investigación es de corte transversal debido al periodo de duración breve utilizado en la medición de la variable.

4.2 Diseño muestral

4.2.1 Población

La población de estudio estuvo conformada por 150 adolescentes de ambos géneros, (72 varones y 78 mujeres) cuyas edades fluctúan entre los 15 y 17 años de edad, estudiantes de quinto grado de secundaria, pertenecientes a la Institución Educativa Nacional “Benito Juárez” N° 0073 del distrito, San Juan de Lurigancho, los que, a su vez, conforman en su totalidad cuatro aulas del grado escolar mencionado.

4.2.2 Muestra

Para el presente estudio, el muestreo corresponde al tipo intencional (Kerlinger, 1993) quien lo define como el uso de toda la población como muestra. En vista de la cantidad reducida de la población, se incluyó a los 150 estudiantes (78 mujeres y 72 varones) en su totalidad, en otras palabras, corresponde por tal a una investigación censal. Así mismo, la muestra de estudio se escogió por conveniencia, buscando que tal

grupo de estudiantes compartan ciertas características, entre otros factores necesarios para la investigación.

4.2.2.1 Criterios de inclusión

Para el estudio se optó por estudiantes exclusivamente de quinto grado de secundaria, con edades oscilantes entre los 15 y 17 años de edad, que hayan completado los datos sociodemográficos requeridos en el cuestionario.

4.2.2.2 Criterios de exclusión

Se excluyó a los estudiantes que correspondan a grados escolares inferiores al indicado, así mismo, a quienes sobrepasaban el intervalo de edades establecido, como también menores a dicho intervalo, además, a quienes no completaron los datos sociodemográficos requeridos en el cuestionario.

4.3 Técnicas e instrumentos de la recolección de datos

4.3.1 Técnica

La técnica utilizada para la obtención de datos fue la encuesta, debido a que permite obtener datos de manera más sistemática que otros procedimientos de observación, tal como menciona Grasso (2006) las encuestas hacen posible el registro detallado de los datos, permitiendo estudiar una población a través de muestras con garantías de representatividad, la generalización de las conclusiones con conocimiento de los

márgenes de error y el control de algunos factores que indiquen sobre el fenómeno a observar, como por ejemplo las formas de efectuar las preguntas y el contexto en que estas se formulan y contestan.

4.3.2. Instrumento

El instrumento psicológico utilizado para la medición y recopilación de datos a partir de la muestra en estudio, fue la Escala de depresión para adolescentes de Reynolds EDAR segunda versión (2002).

4.3.2.1. Descripción del instrumento

La primera versión La Escala de Depresión para Adolescentes de Reynolds (EDAR) fue creada por Reynolds en Estados Unidos en el año 1987. Posteriormente el autor dio lugar a su segunda versión en el año 2002. El instrumento se elaboró de acuerdo a los síntomas depresivos presentados en el DSM-III por la asociación americana de psiquiatría (1980) determinados tanto para depresión mayor, como para distimia, así también, conforme a los síntomas de los criterios diagnósticos de investigación (Spitzer, Endicott y Robins, 1978).

La Escala de fue diseñada como prueba exploratoria para medir e identificar sintomatología depresiva exclusivamente en adolescentes tanto en el ámbito escolar, como en el ámbito clínico, descarta síntomas e indicadores de depresión, siendo útil para identificar a los adolescentes que denotan síntomas depresivos entre los que no evidencian síntoma alguno. Así como también, para la investigación y evaluación de

resultados de los tratamientos para patologías depresivas. No obstante, tal prueba no proporciona un diagnóstico de depresión total, conforme a los criterios diagnósticos requeridos por la asociación americana de psiquiatría (2000). Actualmente, su aplicación está indicada en adolescentes cuyas edades se encuentran entre los 13 y 18 años, pudiendo ser aplicada en personas fuera de dicho rango de edades.

La escala está conformada por 30 ítems los que comprenden: disforia, ansiedad escolar, soledad, devaluado por padres, valía personal, aislamiento, tristeza, llanto, no apreciado, anhedonia pares, queja somática, bajo merito personal, abatimiento, daño así mismo, autoestima, irritabilidad, pesimismo, fatiga, auto-reproche, desaprobarse así mismo, compasión de sí mismo, cólera, reducción de la comunicación, alteraciones del sueño, anhedonia general, preocupado, queja somática, aburrimiento, trastornos del apetito, ansiedad escolar. De los 30 ítems, siete son inconsistentes a la depresión, dichos reactivos se califican de modo inverso.

En relación a las dimensiones o factores de la escala, la versión original, consta de tres modelos factoriales disponibles, el primero se refiere al unifactorial, el segundo contiene cuatro factores y el tercero contiene cinco factores. Para su segunda versión Reynolds (2002) hizo referencia a la estructuración de cuatro factores los que fueron titulados “disforia”, “anhedonia”, “autoevaluación negativa” y “quejas somáticas”. En la adaptación peruana de la escala, Ugarriza y Escurra (2002) denominaron seis factores.

En cuanto a la administración la EDAR puede ser aplicada individualmente o colectivamente, las instrucciones pueden ser expresadas verbalmente, cuando los adolescentes tienen ciertas dificultades de lectura. Esta forma de aplicación de la EDAR

implica entre cinco o diez minutos en su desarrollo. Para evitar influir en el estado de ánimo de los evaluados, en la escala podría sustituirse el título de “depresión” por “sobre mí mismo”.

Para la puntuación, el punto de corte percentilar establecido preliminarmente por Reynolds (1987) fue el percentil 90, al igual que en su segunda versión para el año 2002. No obstante, para la adaptación peruana de la escala, se tomó en cuenta el percentil 92. Para la presente investigación, se tomó en cuenta el percentil 90, al igual que el autor en su segunda versión.

La calificación se da a través de las respuestas, se evalúa la frecuencia de ocurrencia o la duración de cada síntoma específico. En tal sentido, la calificación se da de acuerdo a la escala Likert, compuesta de cuatro alternativas puntuadas: “casi nunca” (1), “rara vez” (2), “algunas veces” (3) y “casi siempre” (4).

Los criterios tomados en cuenta para la invalidación de un protocolo de la (EDAR) corresponden:

Seis o más omisiones, respuestas que siguen un mismo patrón, es decir, responder igual en todos los ítems, respuestas inconsistentes en los pares de ítems (1; 7) y (9; 12) que son opuestos, pero claramente relacionados. Por otra parte, se debe tener en cuenta que, al interpretar el puntaje total de la EDAR, otros factores pudieran intervenir en la respuesta del adolescente pudiendo ser: enfermedad orgánica e incomprensión de determinados ítems, entre otros factores.

4.3.2.2. Adaptación y validación en el extranjero

Con el fin de validar la EDAR como una medida de la sintomatología depresiva en adolescentes, se han ejecutado diversas investigaciones en el extranjero, en un periodo de seis años, empleándose diferentes procedimientos.

En tal sentido, la validez de contenido, analizada por medio de la congruencia del ítem con la sintomatología clínica, permite apreciar que los 30 ítems de la EDAR hacen referencia a síntomas específicos de la depresión, incluyendo los señalados por la American Psychiatric Association (APA) en el DSM-III, además de otros síntomas de depresión fijados en el estudio del criterio diagnóstico (RDC), investigado por Carlson y Stroeber, (1979; véase Redondo Galgo y García, 2008) referido a la depresión unipolar en adolescentes.

Así mismo, la EDAR, ha sido aplicada, en muestras tanto comunitarias, como clínicas de adolescentes de diversos países, entre ellos Estados Unidos. En muestras anglosajonas se encontraron medias entre 52,19 y 62,60. En dichos estudios se hallaron significativos contrastes según el género, haciendo referencia a las mujeres con puntuaciones más elevadas. Figueras-Masip, et al. (2007)

Reynolds (1987) en la primera versión de la EDAR, obtuvo coeficientes de consistencia interna dados entre 0,92 y 0,96, en estudios sobre participantes con edades fluctuantes entre 13 18 años. La consistencia interna fue de 0,92 y la fiabilidad test-retest de 0,80 (en 6 semanas), de 0,79 (en tres meses) y de 0,63 (en un año). En la

segunda versión (Reynolds, 2002) los coeficientes de consistencia interna fueron 0,92 y 0,93, y la fiabilidad test-retest se dio entre 0,85 y 0,89 (en dos semanas).

Por su parte, Milfont, Merry, Robinson, Denny, Crengle, Ameratunga (2008) desarrollaron una investigación en Nueva Zelanda, buscando examinar la confiabilidad y la validez de la Escala de depresión para adolescentes de Reynolds (EDAR) versión abreviada, sobre 9567 estudiantes de secundaria, incluyendo además la versión completa de la misma. La puntuación directa de corte para la escala completa fue de 77 y para la abreviada fue de 26. La confiabilidad y validez agrupada de ítems, que compone la Escala se comparó con la versión original completa. Concluyéndose que dicha versión abreviada tuvo una confiabilidad y validez aceptable, teniendo propiedades psicométricas comparables con la versión completa, en una población extensa de adolescentes de Nueva Zelanda.

4.3.2.4. Adaptación y validación en el Perú

La EDAR es la primera escala de depresión exclusiva para adolescentes adaptada y estandarizada en población adolescente escolar, en el Perú.

Ugarriza y Ecurra (2002) llevaron a cabo un estudio con el fin de adaptar y estandarizar la Escala de Depresión para Adolescentes de Reynolds (EDAR) en una muestra representativa de adolescentes estudiantes de secundaria de Lima metropolitana, compuesta por 1.963 estudiantes de ambos sexos, correspondientes a colegios públicos y privados. Así también, establecer las diferencias de los niveles de

depresión presentes, según el sexo y tipo de gestión escolar, además, establecer la confiabilidad de la escala y determinar su validez de constructo a través del análisis factorial. En tal, los resultados indicaron coeficientes alfa obtenido de 0.87 demostrando consistencia interna de la EDAR. Finalmente, se halló mayor depresión en las mujeres y en los escolares de colegios públicos. El procedimiento de análisis factorial Varimax evidencio una solución de seis factores rotados, explicando el 45,8% de la varianza, siendo estos: “desmoralización”, “cólera y tristeza”, “anhedonia”, “baja autoestima”, “somático-vegetativa” y “ansiedad escolar”.

Las evidencias para la validez de la escala se muestran a través de la interpretación de los factores de la estructura de los ítems, en la muestra de estandarización peruana. A su vez, mencionan que la prueba adaptada mostró una alta consistencia interna tanto en adolescentes como en adultos jóvenes. Mostrando un índice de confiabilidad de la escala total de 0.84, en relación a la madre 0.74, en relación al padre 0.80 y en relación a los pares 0.79.

Los autores concluyeron que la EDAR posee una alta consistencia interna al ser también aplicada en alumnos de una universidad privada de Lima este, donde los índices de confiabilidad obtenidos en dicha ocasión fueron: comunicación 0,85; confianza mutua 0,84; alienación 0,83. La escala total obtuvo un Alpha de confiabilidad de 0,93.

Por otro lado, se desarrollaron otras investigaciones, tal como un estudio de confiabilidad test-retest desarrollado por estudiantes de la Universidad de Lima, a través del procedimiento re-test con la EDAR en un periodo de dos semanas, sobre una

muestra de 142 alumnos de un colegio estatal. Arrojando un coeficiente de confiabilidad de .71 para los grados primero y segundo, compuesto por 60 adolescentes. Para el grupo de tercero cuarto y quinto de secundaria fue de .89, conformado por 82 adolescentes. Se mostró que las medias entre el test y el re-test disminuyeron para ambos grupos.

Por su lado, Arequipeño y Gaspar (2017) realizaron un estudio con el fin determinar la posible existencia de una relación significativa entre niveles de resiliencia y felicidad con niveles de depresión en adolescentes del tercer al quinto grado de secundaria provenientes de instituciones educativas públicas, del distrito de Ate-Vitarte. Los instrumentos psicológicos empleados fueron, la Escala de Felicidad de Lima (EFL) y la Escala de depresión para Adolescentes de Reynolds (EDAR). En una muestra de 315 estudiantes de tercero al quinto grado de nivel secundario. Los resultados evidenciaron la existencia de una relación inversa y altamente significativa entre el nivel de felicidad y la depresión ($r = -.494$, $p < 0.01$), y una relación inversa baja y altamente significativa entre el nivel de resiliencia y la depresión ($r = -.236$, $p < 0.01$). Concluyendo que ante mayor felicidad y resiliencia menor será la presencia de síntomas depresivos.

De modo parecido, Ramírez (2010) realizó un estudio con la finalidad de estimar la prevalencia e identificar los factores de relación interpersonal asociados a la sintomatología depresiva en estudiantes adolescentes del quinto grado de educación secundaria de una institución educativa nacional. En una muestra 176 alumnas de entre 15 y 19 años de edad. Empleando también la Escala de Depresión para Adolescentes de Reynolds (EDAR). Según los datos registrados correspondientes a la muestra, 28 (15.9%) tuvo 15 años, 125 (71.0%) tuvo 16 años y 23 (13.1%) tuvo 17 años. Los resultados indicaron que la prevalencia de depresión fue del 29.5%. Así mismo, el

análisis bivariado de presencia de depresión junto a las características socio-demográficas evidencia que la edad, las horas de estudio fuera de las clases, los antecedentes de violencia sexual y de violencia escolar estuvieron estadísticamente relacionados.

4.3.2.5 Validez y Confiabilidad para el estudio

Como señala Carranza (2013) la validez está relacionada a un conjunto de estudios encaminados a mostrar evidencias científicas sobre si un instrumento mide realmente lo que se pretende medir. Siguiendo tan línea, Elosua (2003) también ha sostenido que la validez brinda una base científica ante la interpretación de las puntuaciones en un uso concreto del instrumento. Así mismo que la validez se determina a través de fuentes internas como externas.

En referencia a la validez del estudio, se identificó un grado de significancia $<.05$ de (0.00) en la prueba de esfericidad de Bartlett y un valor >0.5 de (0.980) en la medida de adecuación KMO, además de comunalidades >0.4 por cada ítem, confirmándose así, la validez de la Escala, en la muestra de estudio. Así mismo, la fiabilidad, se obtuvo por medio del índice alfa de Cronbach para la escala general dando un valor de (0.90). En tal sentido, para cada dimensión de la escala los valores fueron (0.963), (0.959), (0.972) y (0.954). Confirmándose así, la confiabilidad de la escala EDAR para la muestra de estudio. (Ver Anexo 3).

4.4. Técnicas del procesamiento de la información

4.4.1 Procedimiento

Preliminarmente, se redactaron los documentos necesarios, en vista de obtener la autorización del centro educativo elegido para el desarrollo la presente investigación. Posteriormente, se dio inicio a la investigación, utilizando la técnica de la encuesta o cuestionario, a través de la administración de la Escala de depresión de Reynolds (EDAR).

La evaluación se realizó en el espacio designado y con el apoyo del auxiliar del grado escolar respectivo y de los docentes presentes en cada aula, para el momento de la evaluación. Para empezar, se hizo saber a los examinados el motivo de la aplicación de la prueba y la importancia de la sinceridad en su desarrollo. Por consiguiente, se les entregó el protocolo, brindando las instrucciones del caso, lo que consistió en la forma de responder el cuestionario, conforme la lista de los 30 enunciados presentados referidos a sintomatología depresiva. Es decir, respecto a las cuatro alternativas de respuesta, “casi nunca”; “rara vez”; “algunas veces” y “casi siempre”. Se recalcó, que debían leer atentamente y elegir solo una por cada enunciado, marcando con un aspa o un círculo debajo de la alternativa elegida.

4.5. Técnicas estadísticas para el análisis de la información

4.5.1. Procedimiento

Las respuestas consignadas en el instrumento aplicado, se organizaron en una base de datos, empleándose para ello la hoja de cálculo Excel de Office 2010, la cual, se

procedió a exportar al paquete estadístico SPSS versión 20 para Windows en español, con el propósito de realizar los análisis de datos correspondientes.

En primer lugar, se determinó la confiabilidad y validez del instrumento (EDAR). Estimando la consistencia interna a través del índice de Alpha de Cronbach, obteniéndose valores aceptables, tanto para la escala en general, como para cada una de las dimensiones, constatándose así, la confiabilidad de la escala para la muestra de estudio. Así mismo, se identificó un grado de significancia $p < .05$ en la prueba de esfericidad de Bartlett, un valor $> .05$ en la medida de adecuación KMO y comunalidades > 0.4 en cada ítem, determinándose así, la validez de la Escala.

En un segundo lugar, se llevó a cabo la elaboración de los baremos, con el fin de realizar la categorización tanto para la escala total, como para cada una de sus dimensiones en la muestra de estudio. Estableciendo normas puntuales, ciñéndonos al percentil establecido en la segunda versión original de la escala (Reynolds 2002).

Según los objetivos de la investigación, se aplicó la estadística descriptiva, con el fin de determinar la prevalencia de la variable de estudio en la muestra, según la variante sociodemográfica sexo, tanto en la escala total, como en cada una de sus dimensiones. Para lo cual, se utilizaron tablas de frecuencias absolutas para un análisis (unidimensional) y tablas de contingencia para un análisis (bidimensional).

Luego se procedió a realizar la verificación de hipótesis, general y específicas, a través de la prueba estadística de Razón crítica RC de Garrett (1976). Para definir la

significación de diferencias de las proporciones porcentuales obtenidas. Finalmente, los resultados se presentan en tablas según corresponde.

4.6 Aspectos éticos

Para la elaboración de la presente investigación se tomaron cuenta dos aspectos éticos fundamentales, las normas de redacción estilo de la Asociación Americana de Psicología APA (6ta edición). Así mismo, de los principios éticos y reglas del colegio de psicólogos del Perú.

4.6.1. Estilo de redacción de la investigación

La investigación se debe ceñir a las reglas establecidas por la Asociación Americana de Psicología APA (6ta edición)

4.6.2. Principios éticos y reglas del colegio de psicólogos del Perú

De acuerdo al capítulo 11 del código de ética del colegio de psicólogos del Perú, para actividades de investigación se tomarán en cuenta diversos artículos los que estipulan:

Art. 79: Al diseñar una investigación, el profesional asume la responsabilidad de realizar una evaluación cuidadosa de su aceptabilidad ética. En la medida en que esta evaluación sugiera un compromiso con algunos de los principios éticos, el

investigador tiene obligación de buscar consejo ético y de salvaguardar los derechos humanos de los participantes.

Art. 80: La responsabilidad por el establecimiento y mantenimiento de prácticas éticas en la investigación reposa en el investigador. Esta responsabilidad abarca el tratamiento dado por los colaboradores, asistentes, estudiantes y, empleados todos los cuales asumen iguales responsabilidades paralelas.

Art. 81: El investigador debe informar al participante de todas las características de la investigación que puedan influir en su decisión de participar, y explicar otros aspectos de la investigación que requiera el participante. El no revelarse esto se atribuye mayor responsabilidad en el investigador, pues tiene obligación de proteger el bienestar y dignidad del participante.

Art. 82: La apertura y honestidad son características esenciales de la relación entre el investigador y el sujeto de investigación. Cuando los requerimientos metodológicos de un estudio exigen retener información, el investigador debe asegurarse de que el participante comprenda los motivos para este acto y tener suficiente sustento para los procedimientos empleados.

Art. 83: El investigador debe respetar la libertad del individuo para declinar su participación o para que se retire de la investigación. La obligación de proteger esta libertad presupone constante vigilancia, cuando el Investigador está en una posición de prestigio sobre el participante.

Art. 84: Una investigación éticamente aceptable comienza con el establecimiento de un acuerdo claro y justo entre el investigador y el participante. Se especificarán con claridad las responsabilidades de cada uno. El investigador tiene la obligación de honrar todas las promesas y compromisos en el acuerdo.

Art. 85: Después de recoger los datos, el investigador proporciona al participante información sobre la naturaleza del estudio, a fin de aclarar cualquier malentendido que pueda haber surgido. En los casos en que los valores científicos o humanos justifican retener información, el investigador adquiere una especial responsabilidad de evitar consecuencias perjudiciales para el participante.

Art. 86.: El investigador considera seriamente la posibilidad de que se produzcan efectos negativos posteriores y los elude o elimina tan pronto como se lo permita el plan del experimento.

Art. 87: La información obtenida sobre los participantes de una investigación durante el curso de la misma es confidencial, a menos que haya habido un acuerdo contrario previo. Cuando exista la posibilidad de que terceros tengan acceso a dicha información, esta posibilidad, así como las medidas para proteger la confidencialidad, deben ser explicadas a los participantes como parte del proceso para obtener el consentimiento de estos últimos.

CAPÍTULO V: ANALISIS Y DISCUSIÓN

A continuación, se presentan los resultados más relevantes, de acuerdo a los objetivos planteados en la presente investigación.

En primera instancia, se muestra la descripción de los resultados obtenidos alrededor de la prevalencia de sintomatología depresiva en los estudiantes, según la variante sociodemográfica sexo a nivel general. Posteriormente, se describe dicha prevalencia en referencia a las cuatro dimensiones de la escala tituladas: “disforia”, “anhedonia”, “autoevaluación negativa” y “quejas somáticas”, según la misma variante sociodemográfica. A través de la administración de la escala de depresión para adolescentes de Reynolds (EDAR).

Por consiguiente, se da a conocer el estadístico inferencial para la verificación de hipótesis. Así también, se presenta la verificación de hipótesis estadísticas, tanto general como específica, así mismo.

5.1. Análisis descriptivo

5.1.1. Análisis descriptivo general para la escala total

5.1.1.1. Prevalencia de sintomatología depresiva según el sexo, en los adolescentes estudiantes de quinto de secundaria de la I.E.P. “Benito Juárez” N° 0073 de S.J.L. 2017.

En la Tabla 2 se observa a nivel general, el 92.0 % de los estudiantes muestra ausencia de sintomatología depresiva, mientras el 8.0% indica presencia de sintomatología depresiva. A su vez, según el sexo queda al descubierto que el 100.0 % de los varones se caracteriza por mostrar ausencia de sintomatología depresiva, por su lado, el 84.6 % de las mujeres muestran ausencia, observándose que un 15.4% evidencia sintomatología depresiva.

Tabla 2 Prevalencia de sintomatología depresiva según el sexo, en los estudiantes de quinto grado de secundaria de la I.E.P "Benito Juárez" N° 0073 de S.J.L. - 2017

	<i>Sintomatología D.</i>		<i>Masculino</i>		<i>Femenino</i>	
	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Ausencia	138	92	72	100	66	84.6
Presencia	12	8	0	0	12	15.4
Total	150	100	72	100.0	78	100

5.1.2. Análisis descriptivo específico para las dimensiones de la escala

5.1.2.1. Prevalencia de sintomatología depresiva en la dimensión “disforia” según el sexo, en los estudiantes de quinto de secundaria

En la Tabla 3 se aprecia a nivel general que el 95.3% de los estudiantes muestra ausencia de síntomas depresivos relacionados a la dimensión “disforia”, evidenciando el 4.7% presencia de esta. A su vez, según el sexo el 100% de los estudiantes varones indican ausencia. En tal sentido el 91.0 % de las estudiantes mujeres muestra ausencia, mientras que el 9.0 % hace referencia a presencia.

Tabla 3 Prevalencia de la sintomatología depresiva en la dimensión “disforia” según el sexo, en los estudiantes de quinto grado de secundaria.

<i>Prevalencia</i>	<i>Disforia</i>		<i>Masculino</i>		<i>Femenino</i>	
	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Ausencia	143	95.3	72	100	71	91.0
Presencia	7	4.7	0	0	7	9.0
Total	150	100	72	100.0	78	100

5.1.2.2. Prevalencia de sintomatología depresiva en la dimensión “anhedonia” según el sexo, en los estudiantes de quinto de secundaria

En la Tabla 4 se aprecia a nivel general que el 92.0% de los estudiantes muestra ausencia de síntomas depresivos relacionados a la dimensión “anhedonia”, evidenciando

el 8.0% presencia de esta. A su vez, según el sexo el 100% de los estudiantes varones indica ausencia. En tal sentido el 84.6% de las estudiantes mujeres muestra ausencia, mientras que el 15.4 % hace referencia a presencia.

Tabla 4 Prevalencia de la sintomatología depresiva en la dimensión “anhedonia” según el sexo, en los estudiantes de quinto grado de secundaria.

<i>Prevalencia</i>	<i>Anhedonia</i>		<i>Masculino</i>		<i>Femenino</i>	
	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Ausencia	138	92.0	72	100	66	84.6
Presencia	12	8.0	0	0	12	15.4
Total	150	100	72	100.0	78	100

5.1.2.3. Prevalencia de la sintomatología depresiva en la dimensión “autoevaluación negativa” según el sexo, en los estudiantes de quinto grado de secundaria

En la Tabla 5 se aprecia a nivel general que el 96.7% de los estudiantes muestra ausencia de síntomas depresivos relacionados a la dimensión “autoevaluación negativa”, evidenciando el 3.3% presencia de esta. A su vez, según el sexo el 100% de los estudiantes varones indica ausencia. En tal sentido el 93.6 % de las estudiantes mujeres muestra ausencia, mientras que el 6.4 % hace referencia a presencia.

Tabla 5 Prevalencia de sintomatología depresiva en la dimensión “autoevaluación negativa” según el sexo, en los estudiantes de quinto grado de secundaria

<i>Prevalencia</i>	<i>Autoevaluación negativa</i>		<i>Masculino</i>		<i>Femenino</i>	
	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Ausencia	145	92	72	100	73	93.0
Presencia	5	3.3	0	0	5	6.4
Total	150	100	72	100.0	78	100

5.1.2.4. Prevalencia de la sintomatología depresiva en la dimensión “quejas somáticas” según el sexo, en los estudiantes de quinto grado de secundaria

En la Tabla 6 se aprecia a nivel general que el 99.3% de los estudiantes muestra ausencia de síntomas depresivos relacionados a la dimensión “quejas somáticas”, evidenciando el 6.7% presencia de esta. A su vez, según el sexo el 100% de los estudiantes varones indica ausencia. En tal sentido el 87.2% de las estudiantes mujeres muestra ausencia, mientras que el 12.8% hace referencia a presencia.

Tabla 6 Prevalencia de sintomatología depresiva en la dimensión “quejas somáticas” según el sexo, en los estudiantes de quinto grado de secundaria.

<i>Prevalencia</i>	<i>Quejas somáticas</i>		<i>Masculino</i>		<i>Femenino</i>	
	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Ausencia	140	93.3	72	100	68	87.2
Presencia	10	6.7	0	0	10	12.8
Total	150	100	72	100.0	78	100

5.2. Análisis inferencial

Ya que en el presente estudio descriptivo se trabajó específicamente con frecuencias y porcentajes, se determinó usar el estadístico de razón crítica RC de Garrett H.E. (1971) el cual sirve para comparar proporciones porcentuales. Así mismo, establecer la existencia de diferencias significativas entre tales proporciones. (Véase anexo F). Por ende, nos permitió realizar la verificación de hipótesis según el sexo, en nuestra muestra de estudio, tanto de la escala general como respecto a cada dimensión.

5.3. Comprobación de hipótesis

5.3.1. Prueba de hipótesis general

Formulamos las hipótesis estadísticas generales:

H₁ Existe mayor prevalencia de sintomatología depresiva en las mujeres, a diferencia de los varones, estudiantes del quinto grado de secundaria de la I.E.N. “Benito Juárez” S.J.L. - 2017.

H₀ No existe mayor prevalencia de sintomatología depresiva en las mujeres a diferencia de los varones, estudiantes del quinto grado de secundaria de la I.E.N. “Benito Juárez” S.J.L. - 2017.

Tabla 7 Porcentajes de la prevalencia de la sintomatología depresiva según el sexo, estudiantes del quinto grado de secundaria de la I.E.N. “Benito Juárez” S.J.L. - 2017.

<i>Prevalencia</i>	<i>N</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>RC</i>
Varones	72	0	0%	3.47 **
Mujeres	78	12	15.40%	

Nota: * sign al 0.05 / ** sign al 0.01

Interpretación: Observando la Tabla 7 podemos apreciar que se ha obtenido una Razón Crítica de 3.47, la cual es mayor que el valor crítico ($RC \geq 1.96$ al nivel de significación de 0.05 o $RC \geq 2.58$ al nivel de significación de 0.01) por lo cual rechazamos la hipótesis nula.

5.3.2. Prueba de hipótesis específicas

5.3.2.1. Verificación de la hipótesis específica 1

Formulamos las hipótesis estadísticas:

H₁ Existe mayor prevalencia de sintomatología depresiva en la dimensión “disforia” en las mujeres, a diferencia de los varones, estudiantes del quinto grado de secundaria.

H₀ No existe mayor prevalencia de sintomatología depresiva en la dimensión “disforia” en las mujeres, a diferencia de los varones, estudiantes del quinto grado de secundaria.

Tabla 8 Porcentajes de prevalencia de la sintomatología depresiva en la dimensión "disforia" según el sexo

Disforia	N	f	%	RC
Varones	72	0	0%	2.6
Mujeres	78	7	8.97%	

Nota: * sign al 0.05 / ** sign al 0.01

Interpretación: Observando la tabla 8 podemos apreciar que se ha obtenidos una Razón Crítica de 2.6, la cual es mayor que el valor crítico ($RC \geq 1.96$ al nivel de significación de 0.05 o $RC \geq 2.58$ al nivel de significación de 0.01) por lo cual rechazamos la hipótesis nula.

5.3.2.2. Verificación de la hipótesis específica 2

Formulamos las hipótesis estadísticas:

H₁ Existe mayor prevalencia de sintomatología depresiva en la dimensión “anhedonia” en las mujeres, a diferencia de los varones, estudiantes del quinto grado de secundaria.

H₀ No existe mayor prevalencia de sintomatología depresiva en la dimensión “anhedonia” en las mujeres, a diferencia de los varones, estudiantes del quinto grado de secundaria.

Tabla 9 Porcentajes de prevalencia de la sintomatología depresiva en la dimensión “anhedonia” según el sexo

<i>Anhedonia</i>	<i>N</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>RC</i>
Varones	72	0	0%	3.47 **
Mujeres	78	12	15.40%	

Nota: * sign al 0.05 / ** sign al 0.01

Interpretación: Observando la tabla 9 podemos apreciar que se ha obtenidos una Razón Crítica de 3.47, la cual es mayor que el valor crítico ($RC \geq 1.96$ al nivel de significación de 0.05 o $RC \geq 2.58$ al nivel de significación de 0.01) por lo cual rechazamos la hipótesis nula.

5.3.2.3. Verificación de la hipótesis específica 3

Formulamos las hipótesis estadísticas:

H₁ Existe mayor prevalencia de sintomatología depresiva en la dimensión “autoevaluación negativa” en las mujeres, a diferencia de los varones, estudiantes del quinto grado de secundaria.

H₀ No existe mayor prevalencia de sintomatología depresiva en la dimensión “autoevaluación negativa” en las mujeres, a diferencia de los varones, estudiantes del quinto grado de secundaria.

Tabla 10 Porcentajes de prevalencia de la sintomatología depresiva en la dimensión "autoevaluación negativa" según el sexo

<i>Autoevaluación negativa</i>	<i>N</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>RC</i>
Varones	72	0	0%	2.18 **
Mujeres	78	5	3.33%	

Nota: * sign al 0.05 / ** sign al 0.01

Interpretación: Observando la tabla 10 podemos apreciar que se ha obtenidos una Razón Crítica de 2.18, la cual es mayor que el valor crítico ($RC \geq 1.96$ al nivel de significación de 0.05 o $RC \geq 2.58$ al nivel de significación de 0.01) por lo cual rechazamos la hipótesis nula.

5.3.2.4. Verificación de la hipótesis específica 4

Formulamos las hipótesis estadísticas:

H₁ Existe mayor prevalencia de sintomatología depresiva en la dimensión “quejas somáticas” en las mujeres, a diferencia de los varones, estudiantes del quinto grado de secundaria.

H₀ No existe mayor prevalencia de sintomatología depresiva en la dimensión “quejas somáticas” en las mujeres, a diferencia de los varones estudiantes del quinto grado de secundaria.

Tabla 11 Porcentajes de prevalencia de la sintomatología depresiva en la dimensión "quejas somáticas" según el sexo

<i>Quejas somáticas</i>	<i>N</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>RC</i>
Varones	72	0	0%	3.14 **
Mujeres	78	10	6.67%	

Nota: * sign al 0.05 / ** sign al 0.01

Interpretación: Observando la tabla 11 podemos apreciar que se ha obtenidos una Razón Crítica de 3.14, la cual es mayor que el valor crítico ($RC \geq 1.96$ al nivel de significación de 0.05 o $RC \geq 2.58$ al nivel de significación de 0.01) por lo cual rechazamos la hipótesis nula.

5.4. Discusión y conclusiones

5.4.1. Discusión

Teniendo presente la energía y ganas de divertirse de los adolescentes, pudiese resultar extraño identificar un cuadro que alerte sobre un estado depresivo, en los mismos, ya sea en general o según el sexo, no obstante, suele darse comúnmente, como lo muestra la presenta investigación descriptiva.

En el presente capítulo, se procede a discutir los resultados, mostrados en el acápite anterior. Para lo cual, cabe señalar que nuestro objetivo principal de investigación, se plasmó en determinar la prevalencia de sintomatología depresiva, en los estudiantes del

quinto grado de secundaria, según la variante sociodemográfica sexo, tanto general. Así como, respecto a cada una de las dimensiones de la escala.

Los resultados de la presente investigación descriptiva, donde obtuvimos un índice de Alfa de Crombach general aceptable de (0.99). Nos indican la existencia de una prevalencia de sintomatología depresiva mínima de (8.0%) a nivel general en los estudiantes, destacándose la categoría ausencia con un (92.0 %). Por otro lado, se halló una predominancia de (15.4%) del sexo femenino, mientras que el sexo masculino mostro ausencia en su totalidad con (100%). Remarcándose así, a través del estadístico de Razón critica empleado en el presente estudio, siendo, (RC= 3.47), para nuestro caso, lo que nos permitió, determinar la existencia de una diferencia significativa entre las proporciones porcentuales halladas. Dando lugar así, a la aceptación de nuestra hipótesis alternativa general, la cual establece, que existe mayor prevalencia de sintomatología depresiva en las mujeres, a diferencia de los varones, en los estudiantes del quinto de secundaria de la I.E.P. “Benito Juárez” N° 0073 de S.J.L. 2017.

Ahora bien, en relación a la prevalencia de sintomatología depresiva referente a las dimensiones en los estudiantes, a modo general obtuvimos (4.0%) en “disforia”, (8.0%) en “anhedonia”, (3.3%) en “autoevaluación negativa” y (6.7%) respecto a “quejas somáticas”. A su vez, según el sexo, remarcamos que únicamente en las mujeres se dio dicha prevalencia de sintomatología depresiva. En tal sentido, la dimensión con menor prevalencia por las estudiantes fue “autoevaluación negativa” con un (6.4%), mientras que la dimensión con mayor prevalencia fue disforia con un (15.4%).

Por tanto, a pesar de ser mínima la prevalencia de sintomatología encontrada en la muestra de estudio, nuestros resultados postulan el hecho de considerar a las mujeres participantes, como las más vulnerables a presentar sintomatología depresiva frente a los varones, así mismo, los síntomas más comunes en las mismas incluyen tristeza, llanto, soledad, irritabilidad, preocupación, aislamiento, ansiedad escolar y autocompasión. Por otro lado, los síntomas menos frecuentes en las mismas, hacen referencia al abatimiento, daño de sí mismas, autodesaprobación, sentirse devaluadas, sentimientos de falta de aprecio, desesperanza, autoreproche y autoestima baja. No obstante, se hallan presentes.

Antes de continuar, debemos mencionar que, en un primer momento, nuestra elección del instrumento la Escala de depresión para adolescentes de Reynolds (EDAR) se basó al hecho, de haber sido adaptada y estandarizada en nuestro medio por Ugarriza y Ezcurra (2002). Además, de ser la más pertinente según nuestra población adolescente. A pesar de ello, nos encontramos con ciertas diferencias, en vista a lo reducida de nuestra muestra, frente a la de tal estudio. Lo que nos llevó a establecer nuestra propia categorización, elaborando baremos exclusivos para la muestra, tomando en cuenta el corte percentilar ya establecido por el autor de la escala, en su versión original. Sumado a ello, el modelo factorial al que se dio lugar en tal caso, no se ciñó a nuestro estudio. Por lo que optamos a emplear el modelo de cuatro factores de la versión original de la escala. Reynolds (2002). Sin dejar de tener en cuenta, la existencia de dos modelos más, también aceptables, establecidos por dicho autor.

Comparando nuestros hallazgos en torno a la prevalencia de síntomas depresivos según el sexo, a lo encontrado por Ugarriza y Ezcurra (2002) quienes presentaron

normas percentilares de la Escala de Depresión para Adolescentes de Reynolds (EDAR). Sobre una muestra mayor de 1.963 adolescentes estudiantes de ambos sexos, pertenecientes a colegios estatales y privados de Lima. Para tal investigación, el índice de alfa de Crombach general fue de 0.87, lo que demostró adecuada consistencia interna de la escala para tal estudio. Siendo así también en nuestro caso, obteniendo (0.99) al respecto. Se halló, además, que la depresión era mayor en el sexo femenino, expresado en medias en dicho caso ($M= 57.199$) para los varones y ($M= 61.55$) en las mujeres. Siendo también predominante el sexo femenino en nuestro hallazgo, el cual expresamos en cifras porcentuales de (15.4%) para nuestro estudio. No obstante, diferimos en razón al sexo masculino ya para nuestra muestra, la ausencia fue total de 100% en los mismos. Prosiguiendo con los autores, remarcamos que dichos adolescentes eran su mayoría procedentes de colegios estatales. Al respecto no damos mayor alcance, ya que únicamente realizamos una descripción en torno a la variante sociodemográfica sexo y en una sola institución pública.

Los investigadores, a través del procedimiento de análisis factorial Varimax dieron lugar a seis factores rotados, explicando el 45,8% de la varianza, los que fueron “desmoralización”, “cólera” y “tristeza”, “anhedonia”, “baja autoestima”, “somático-vegetativo” y “ansiedad escolar”. He aquí, donde enfatizamos otro contraste en relación a nuestro estudio, ya que optamos a diferencia suya, por el modelo factorial de cuatro dimensiones ya establecido por Reynolds (2002), por ser el más adecuado en nuestra muestra de estudio.

Así también, Respecto a la la prevalencia de síntomas depresivos según variantes socio demográficas como sexo, nuestros resultados guardan cierta similitud, con lo

mostrado por Obando y Cassaretto (2011) sobre una muestra de 181 participantes de ambos sexos, fluctuantes entre 13 y 18 años de edad, procedentes de un colegio particular de Lima. A pesar de que, a diferencia nuestra, para tal ocasión utilizaron el Inventario de depresión de Beck II (IDB-II) para medir la sintomatología depresiva, además de la Escala de afrontamiento para adolescentes (ACS), por ser un estudio correlacional. Se buscó también, establecer diferencias según variables sociodemográficas tales como: edad, sexo, grado escolar y tipo de familia. En dicha investigación, los resultados, relacionados al análisis descriptivo de sintomatología depresiva evidenciaron que la mayoría de los participantes, es decir el 66,85%, conto con un nivel mínimo o ausencia, siendo esto cercano a nuestros hallazgos, mientras que el 18,23% se ubicó en un nivel leve, el 9,40% en el nivel moderado, y el 5,52% en un nivel severo de depresión. Debemos indicar que tal instrumento psicológico, es más extenso en cuanto a medición de niveles, puesto que el utilizado en nuestro estudio, únicamente determina las categorías ausencia y presencia de tal sintomatología, aun así, coincidimos en ser la categoría ausencia, mayor en proporciones porcentuales.

Así mismo, para dicha ocasión, se obtuvo un puntaje medio de 12,27 ($DE = 8,66$). No encontrándose diferencias significativas en relación a las variables, edad, grado de estudios y tipo de familia. Sin embargo, según el sexo se evidencio mayor presencia de sintomatología depresiva en el sexo femenino, en contraste al masculino, siendo esto último, similar a nuestro hallazgo. Para tal caso, se mostró una diferencia de tamaño moderado ($d = ,61$) entre ambos sexos.

De forma parecida, en una reciente investigación nacional, Arequipeño y Gaspar (2017) buscaron determinar la posible existencia de una relación significativa entre los

niveles de resiliencia y felicidad con los niveles de depresión, en adolescentes estudiantes del tercer al quinto grado de secundaria de instituciones educativas públicas, del distrito de Ate-Vitarte. Para determinar la sintomatología depresiva, al igual que en nuestra investigación, utilizaron la Escala de depresión para Adolescentes de Reynolds (EDAR). Además de los instrumentos, Escala de Felicidad de Lima (EFL) y una escala de resiliencia, por corresponder en tal caso, a un estudio correlacional. A diferencia nuestra, la muestra estuvo conformada por un grupo mayor de 315 estudiantes de tercero al quinto grado de secundaria. Para tal ocasión, los resultados descriptivos referentes a sintomatología depresiva, en los que nos centraremos, indicaron que la categoría ausencia fue la más destacada con un 93.7%, siendo ello muy cercano a nuestros resultados de (92.0%), a pesar de no ser exactamente iguales en proporciones porcentuales. A su vez, la categoría presencia aludió únicamente a un 6.3% en dicho estudio, lo cual también, es muy similar a nuestra cifra porcentual de (8.0%) en tal categoría.

En tal sentido, según el sexo los autores obtuvieron un (94,6%) de varones y un (93,0%) de mujeres en la categoría ausencia de sintomatología depresiva. Además, en la categoría presencia, se halló un (7.0 %) en las mujeres y un (5.4 %) en los varones. En contraste a ello, para nuestro estudio, la ausencia de dicha sintomatología en el sexo masculino fue total prevaleciendo un (100%), mientras, que en tal estudio si se dio un porcentaje mínimo en los mismos, en nuestro caso, la prevalencia de sintomatología depresiva se dio únicamente en el sexo femenino en un (15.4%), a diferencia del estudio mencionado, en el cual fue menor la cantidad porcentual para tal sexo.

En relación al análisis de la sintomatología depresiva de acuerdo a la dimensiones de la escala, cabe indicar que a diferencia de nuestra, los autores aplicaron el modelo de seis dimensiones, mientras en nuestro estudio, se optó por el modelo de 4 dimensiones, por ser el más conveniente según nuestro tipo de investigación, ya que buscamos determinar la confiabilidad no solo de la escala en general, sino también de cada una de las dimensiones de la escala, para nuestra muestra de estudio, lo cual difirió con lo realizado por los autores.

Prosiguiendo, con los resultados de dichos autores, en cuanto a las dimensiones de la escala, a modo general, demostraron la existencia de un gran porcentaje de adolescentes, de ambos sexos, en la categoría ausencia, las cifras porcentuales para cada dimensión, fueron 79.0% en “desmoralización”, 77.5% en “expresiones emocionales”, 80.6% “anhedonia”, 79.4% en “baja autoestima” 69.2% en “somático vegetativa” y 72.7% en “ansiedad escolar”. Al respecto, en nuestro estudio para tal categoría, predominó también un gran porcentaje de ambos sexos a manera general, por cada dimensión, siendo las proporciones de (95.3%) en “disforia”, (92.0%) en “anhedonia”, (96.7%) en “autoevaluación negativa” y (93.3%) respecto a “quejas somáticas”.

A la vez, según el modelo dimensional que usaron, en cuanto a la categoría presencia, los autores obtuvieron por cada dimensión, las cifras de 21.0% en “desmoralización”, 22.5% en “expresiones emocionales”, 19.4% en “anhedonia”, 20.6% en “somático vegetativo” 30.8% en baja autoestima y 27.3% en ansiedad escolar. Al respecto, en nuestro estudio, diferimos con lo reportado por dichos autores, ya que, en nuestros resultados, los varones no mostraron presencia alguna, para las dimensiones, determinándose a nivel general, una prevalencia de (4.0%) en “disforia”, de (8.0%) en

“anhedonia”, de (3.3%) en “autoevaluación negativa” y de (6.7%) respecto a “quejas somáticas”, únicamente en el sexo femenino.

Ahora bien, según el sexo los autores hallaron que en los varones la dimensión con menor prevalencia fue “expresiones emocionales” con 19.2% y las dimensiones con mayor prevalencia fueron “baja autoestima” y “ansiedad escolar”, al compararse con las otras cuatro dimensiones empleadas por los mismos, siendo 26.2% por igual en dichas dimensiones. Por su lado, las mujeres en la dimensión “anhedonia” mostraron una menor prevalencia de 15.7%, mostrando mayor prevalencia en la dimensión “somático vegetativa” con un 36.2%. Con dichos datos demostraron, que los varones de su muestra tienden a presentar mayor dificultad en cuanto a su seguridad y control emocional para sí mismos, frente a las mujeres, siendo las ultimas, más sensibles a la somatización. Comparando lo mencionado, con el reporte de nuestro estudio según el sexo, si bien ya mencionamos, que en nuestro caso únicamente las mujeres arrojaron presencia de sintomatología depresiva en cada dimensión, según el modelo dimensional que aplicamos. Remarcaremos, que la dimensión con menor prevalencia fue “autoevaluación negativa” con un 6.4%, mientras que la dimensión con mayor prevalencia fue “disforia” con un 15.4%. Lo que evidencia mayor tendencia de las mismas hacia la tristeza, el llanto, sentimientos de soledad, irritabilidad, preocupación, aislamiento, ansiedad escolar y autocompasión, presentando menor incremento de somatización en contraste al estudio descrito.

Por otro lado, los resultados de los autores de tal trabajo, evidenciaron la existencia de una relación inversa y altamente significativa entre el nivel de felicidad y la depresión ($r = -0.494$, $p < 0.$), y una relación inversa baja y altamente significativa entre

el nivel de resiliencia y la depresión ($r = - 0.236$, $p < 0.01$). Por lo que se concluyeron que ante mayor felicidad y resiliencia menor será la presencia de síntomas depresivos. Al respecto nuestro estudio, no da mayor alcance por ser netamente descriptivo, habiéndose fijado alrededor únicamente alrededor de la variable depresión.

Similarmente, Ramírez (2010) busco estimar la prevalencia de sintomatología depresiva, además de identificar factores de relación interpersonal asociados a la misma, sobre 176 adolescentes estudiantes de quinto grado de secundaria, pertenecientes a una institución educativa pública, siendo exclusivamente del sexo femenino, lo cual difirió de nuestro estudio en donde se incluyeron ambos sexos, no obstante, el rango de edades de 15 a 19 años, fue cercano al nuestro. Al igual que en nuestro estudio, se aplicó la Escala de depresión para Adolescentes de Reynolds (EDAR). No obstante, para tal caso, los resultados indicaron que la prevalencia de depresión en las adolescentes fue del 29.5%, diferenciándose con 14.1% más, a lo hallado en nuestros resultados de (15.4%), no siendo muy marcada tal diferencia. En cuanto al análisis bivariado con otras características sociodemográficas evidencian que la edad, las horas de estudio fuera de las clases, los antecedentes de violencia sexual y de violencia escolar estuvieron estadísticamente relacionados.

Comparando los resultados generales de nuestra investigación con algunos estudios en el extranjero, tal como el de Manios y Rosero (2011) quienes con el fin de realizar una caracterización demográfica e identificar la distribución y frecuencia de las manifestaciones y grados de depresión, sobre una muestra de 66 estudiantes de nivel secundario, fluctuantes entre los 13 y 17 años de edad, pertenecientes a una institución educativa distrital de la localidad Suba-Bogotá, Colombia. Si bien es cierto, para tal

estudio se empleó una muestra más reducida, así mismo, se empleó otro instrumento psicológico, siendo en este el Inventario de depresión de Beck. No obstante, tales resultados mostraron cierta similitud con el nuestro, ya que a nivel general se obtuvo una proporción porcentual reducida de 26% de tal grupo de adolescentes, indicando algún nivel de depresión, siendo tal cifra cercana a la nuestra de (15.4 %). Para tal caso, los autores determinaron una distribución porcentual según niveles, remarcando esta otra diferencia con nuestro estudio, ya que la escala de depresión que utilizamos únicamente midió las categorías de ausencia y presencia de sintomatología depresiva, en contraste al instrumento empleado por los autores, el cual es más extenso ya que determina los niveles (ausencia, leve, moderado y severo).

Ahora bien, prosiguiendo con los resultados obtenidos en tal trabajo, los más resaltantes fueron 21% para el nivel de depresión leve y un 5% para el nivel de depresión moderada. Siendo el más predominante el nivel ausencia con 74 % de este grupo de adolescentes no presentaron ningún grado de depresión. Similarmente a nuestro caso en donde la categoría ausencia se posiciono con un 92.0% de los adolescentes. Por otra parte, las demostraciones subjetivas más encontradas fueron: irritabilidad, sentimientos de autoacusación, poco interés social, insomnio y pérdida de apetito. Por su parte nuestro estudio, índico que los síntomas más prevalentes se hallan en la dimensión anhedonia siendo, la tristeza, el llanto, sentimientos de soledad, irritabilidad, preocupación, aislamiento, ansiedad escolar y autocompasión. Lo cual se halla similar, únicamente con el indicador de irritabilidad.

Queda fijado el postulado, sobre la vulnerabilidad de las mujeres hacia la sintomatología depresiva, no siendo únicamente nuestro estudio el que apunta a tal

afirmación, sino también, el punto de similitud que encontramos con los diversos hallazgos, a pesar, de los diferentes métodos de investigación aplicados y diferentes tamaños muestrales de las demás investigaciones.

Si bien es cierto, el tipo de investigación descriptiva, que es el que aplicamos, no va más allá de describir la forma o estado actual sobre la prevalencia de la variable sobre la muestra, es decir, no busca determinar relaciones causales o diferencias complejas entre diversas variables de estudio. No obstante, si permite tener una noción realista de la presencia de la misma sobre la muestra elegida. Lo que permite, fomentar o incentivar la creación de programas para mejorar la calidad de atención, a la muestra, respecto a la variable estudiada.

5.4.2. Conclusiones

De acuerdo a nuestro hallazgo general, podemos concluir que existe mayor prevalencia de sintomatología depresiva en el sexo femenino frente al masculino, lo cual queda reforzado, con los resultados de otras investigaciones de nuestro medio y el exterior, por lo que podemos atrevernos a mencionar, que las mujeres en edad escolar, suelen ser las más vulnerables ante el desarrollo de un cuadro depresivo, lo que afectaría diversos aspectos de su vida.

Ahora bien, en torno a nuestros hallazgos específicos, sabemos que las mujeres participantes, puntuaron en todas las dimensiones circunscritas a tal sintomatología depresiva, no obstante, resaltaron en la dimensión “anhedonia” la cual contiene los

indicadores de tristeza, llanto, sentimientos de soledad, irritabilidad, preocupación, aislamiento, ansiedad escolar y autocompasión. Pues bien, aquello nos revela, que ante alguna circunstancia configurada en algunos de los factores tanto endógenos es decir (transmisión genética), como también exógenos (tipo de personalidad, pérdida, pobreza, clima familiar conflictivo, trauma vital temprano, entre otros), que hemos mencionado a lo largo de nuestro estudio, las adolescentes presentan mayores dificultades.

Al respecto, ante una pérdida pudiesen ser más vulnerables a presentar gran incremento de tristeza, tiendiendo a llantos incontenibles, baja de energía, lo que genera inactividad, pudiendo repercutir también, en sus actividades académicas. Otro indicador depresivo común en las estudiantes de la muestra, se refiere a los sentimientos de soledad, en este punto, suele estar vinculada a sentimiento de incompreensión por parte del entorno, lo que promueve el aislamiento, colocándolas en riesgo a desarrollar, angustia y baja autoestima, siendo posible, tornarse vulnerables a desarrollar baja inmunológica. En torno a la ansiedad escolar, pudieran presentar problemas emocionales, lo que se ve muy relacionado a la afección en su desempeño escolar.

Por tanto, es una realidad que las adolescentes en edad escolar, se caracterizan por su inestabilidad, hasta cierto grado la adolescencia es considerada una etapa depresiva naturalmente transitoria. No obstante, en muchos casos se vuelve patológica, afectando su modo de ver y percibir la vida en el futuro. En tal sentido, el sufrimiento personal de la depresión en adolescentes, es uno de los efectos más expresivos, al no ser alertados de la presencia de los indicadores de la misma, no podrán ser diagnosticados, por lo tanto, no se llevara el tratamiento pertinente, así mismo, los adolescentes no comprenderán la sintomatología depresiva y los cambios experimentados dentro de sí, a

medida que transcurren los días, afectando así, a sus familias, grupo de amigos, con quienes conviven.

Durante largos periodos de tiempo la depresión tiene a ser una experiencia que marca, que obliga a vivir de manera diferente, a consecuencia de ello, perderán el respeto por sí mismos, siendo incapaces de reconocer su sintomatología, así como del manejo de la situación. Muchos de los adolescentes inmersos en la depresión, intentan escapar en busca de una salida al dolor, encontrándose con desesperanza, desaliento en el peor de los casos con repercusiones irreparables como el suicidio, siendo este una actitud desesperada que se puede prevenir, con una atenta vigilancia de su entorno se podría evitar. La depresión en esta etapa de vida, para la sociedad viene a ser una implicancia total, ya que cada año las cifras de adolescentes deprimidos se van incrementando.

5.4.3. Recomendaciones

La presente investigación, conlleva un intento a fin de determinar la prevalencia de una variable común entre los adolescentes estudiantes que cursan el último grado de secundaria, sin embargo, durante su desarrollo encontramos una serie de aspectos, los que no permiten generalizar los resultados a la población general. En base a ello brindamos algunas recomendaciones, pudiendo ser tomadas en cuenta hacia futuras investigaciones

En primer lugar, nos referimos a la metodología de diseño transaccional empleada, ya que los datos obtenidos no involucran una evolución en la muestra, lo que, si se

lograría con un estudio longitudinal, ya que se haría posible analizar la evolución de la sintomatología depresiva en diversos periodos de tiempo en la muestra de estudio.

En segundo lugar, podemos mencionar el tamaño reducido de la población de estudio, por lo que no se estimó tamaño muestral. A pesar de trabajar con la totalidad, los resultados son difíciles de generalizar a la población más allá de la muestra. En tanto, consideramos pertinente para futuros estudios optar hacia un tamaño poblacional que permita una estimación muestral representativa.

En tal sentido, sería sugerible que pudieran darse en condiciones que permitan una generalización de resultados en la población escolar de nuestro medio, lo que implicaría, incluir tanto estudiantes de instituciones públicas como privadas, optando así, por muestras más extensas, en donde, además, pudieran estar incluidos participantes de diversos grados de secundaria, como también diversos estratos socioeconómicos, que permitan realizar comparaciones complejas.

Ahora bien, tal intento por describir la prevalencia de sintomatología depresiva en población escolar da paso a próximas investigaciones, sin embargo, en tercer lugar, nos referiremos a la imposibilidad de establecer una relación de causalidad en nuestro estudio, puesto que se llevó a cabo un estudio de tipo descriptivo. Si bien es cierto, pudimos realizar una descripción detallada según diferencias de la variante sociodemográfica de sexo.

Por lo que fue imposible, el conocimiento de diversos aspectos capaces de incrementar o disminuir la variable de estudio en la misma. Por ende, en una próxima

investigación, sería pertinente desarrollar un tipo de investigación que permita establecer posibles relaciones entre variables, así mismo, establecer diferencias entre diversas variables de estudio, más allá de variantes sociodemográficas. En dicho sentido, investigaciones de tipo correlacional y comparativas, profundizando en el tema.

Por otro lado, las recomendaciones en relación a los resultados, indican la necesidad en torno a la claridad del panorama, sobre la prevalencia de la sintomatología depresiva, en los adolescentes que cursan los últimos años de educación media, en las diversas instituciones educativas públicas, preparando eficazmente al personal circunscrito en su entorno, tanto docentes, padres y círculo social en general. Ya que pronto tendrán un papel protagónico y fundamental en nuestra sociedad, ya sea como, futuros profesionales, padres de familia y próximos formadores en los diferentes sectores públicos o privados. De lo contrario, se provocaría la ausencia de futuros profesionales activos en sus puestos de trabajo y de fuerzas positivas en la comunidad.

Por tales implicancias es pertinente comprender la depresión en los adolescentes para actuar óptimamente buscando la ayuda profesional requerida, por alguien cercano quien tal vez se encuentre sufriendo tal enfermedad. Al respecto, entre las estrategias comunitarias más eficaces para prevenir la depresión desde la adolescencia, se encuentran los programas escolares para promover un modelo de pensamiento positivo entre los niños y adolescentes. Las intervenciones dirigidas a los padres de niños con problemas de conducta pueden reducir los síntomas depresivos de los padres y en consecuencia mejorar los resultados de sus hijos. Así mismo, resulta un aporte de conocimientos tanto para posibles lectores interesados en el tema, como para quienes se

encuentran inmersos en temas referentes al desarrollo de la depresión en jóvenes, pudiendo ser estos: psicólogos, docentes, estudiantes y padres de familia, etc.

ANEXO 1

BASE DE DATOS

N	SEXO	Dis	Anh	AN	Q.S	TOTAL	N	SEXO	Dis	Anh	AN	Q.S	TOTAL
1	M	10	8	10	8	36	1	F	28	24	26	19	97
2	M	10	8	11	10	39	2	F	27	22	25	21	95
3	M	10	7	8	8	33	3	F	27	23	26	23	99
4	M	10	7	9	8	34	4	F	28	20	28	20	96
5	M	10	8	9	11	38	5	F	29	19	28	24	100
6	M	11	7	9	13	40	6	F	30	21	25	22	98
7	M	12	8	9	14	43	7	F	28	20	24	23	95
8	M	12	8	11	12	43	8	F	29	20	25	21	95
9	M	11	9	8	11	39	9	F	29	23	26	22	100
10	M	10	7	11	12	40	10	F	27	20	24	22	93
11	M	13	9	11	10	43	11	F	27	22	26	24	99
12	M	12	7	9	11	39	12	F	28	22	28	23	101
13	M	12	10	9	11	42	13	F	28	22	25	23	98
14	M	10	9	9	11	39	14	F	28	24	29	24	105
15	M	11	7	9	9	36	15	F	30	21	29	23	103
16	M	13	7	10	11	41	16	F	27	24	28	24	103
17	M	12	8	10	8	38	17	F	27	23	27	23	100
18	M	10	7	9	8	34	18	F	28	23	28	25	104
19	M	10	8	10	10	38	19	F	31	25	26	22	104
20	M	13	9	11	13	46	20	F	27	23	25	24	99
21	M	9	8	10	11	38	21	F	27	23	26	24	100
22	M	10	8	10	10	38	22	F	28	22	26	25	101
23	M	11	10	10	12	43	23	F	29	22	28	23	102
24	M	13	8	12	10	43	24	F	26	23	25	22	96
25	M	12	7	8	9	36	25	F	26	22	26	21	95
26	M	15	7	11	9	42	26	F	27	21	26	22	96
27	M	14	8	10	11	43	27	F	26	21	26	23	96
28	M	13	7	9	10	39	28	F	28	20	27	22	97
29	M	11	7	11	11	40	29	F	27	20	28	23	98
30	M	12	10	9	12	43	30	F	27	24	26	22	99
31	M	12	8	14	9	43	31	F	28	22	28	24	102
32	M	9	9	9	8	35	32	F	29	22	27	24	102
33	M	9	7	8	10	34	33	F	28	24	31	25	108
34	M	9	7	9	14	39	34	F	29	24	28	23	104
35	M	8	9	9	14	40	35	F	27	22	27	23	99
36	M	9	7	10	10	36	36	F	28	25	28	25	106
37	M	11	8	11	8	38	37	F	28	21	27	23	99
38	M	10	7	9	11	37	38	F	30	22	26	22	100
39	M	10	7	9	11	37	39	F	29	19	25	25	98
40	M	9	8	8	11	36	40	F	27	21	28	24	100
41	M	10	8	8	11	37	41	F	27	20	25	22	94
42	M	12	7	11	10	40	42	F	25	24	26	24	99
43	M	9	9	10	10	38	43	F	29	21	27	25	102
44	M	11	8	10	9	38	44	F	26	20	27	23	96
45	M	13	8	11	10	42	45	F	25	22	27	24	98
46	M	16	8	8	10	42	46	F	25	21	26	24	96
47	M	14	9	8	11	42	47	F	28	21	27	23	99
48	M	14	8	9	9	40	48	F	27	23	26	25	101
49	M	12	7	8	8	35	49	F	26	19	27	23	95
50	M	9	7	9	9	34	50	F	28	22	26	23	99
51	M	9	7	12	9	37	51	F	27	23	26	23	99
52	M	11	7	11	11	40	52	F	28	22	23	25	98
53	M	10	8	10	10	38	53	F	29	25	28	26	108
54	M	10	8	10	11	39	54	F	30	20	24	23	97
55	M	13	8	11	10	42	55	F	28	19	26	23	96
56	M	12	8	10	12	42	56	F	26	22	23	20	91
57	M	12	7	13	11	43	57	F	28	20	27	22	97
58	M	11	8	13	9	41	58	F	24	20	26	22	92
59	M	13	7	9	10	39	59	F	29	21	26	21	97
60	M	10	8	8	8	34	60	F	28	22	29	24	103
61	M	11	8	8	10	37	61	F	28	20	28	22	98
62	M	11	10	9	8	38	62	F	28	20	29	24	101
63	M	11	8	9	9	37	63	F	27	19	28	23	97
64	M	11	8	10	7	36	64	F	27	22	26	25	100
65	M	11	8	10	7	36	65	F	27	21	28	23	99
66	M	9	8	8	8	33	66	F	28	19	26	23	96
67	M	11	11	10	7	39	67	F	25	21	25	23	94
68	M	10	10	11	7	38	68	F	27	20	24	24	95
69	M	12	8	11	7	38	69	F	26	20	25	23	94
70	M	10	9	9	9	37	70	F	27	23	25	20	95
71	M	12	8	12	8	40	71	F	28	21	26	23	98
72	M	12	8	10	11	41	72	F	28	22	28	23	101
							73	F	30	22	27	24	103
							74	F	26	22	28	20	96
							75	F	27	24	23	20	94
							76	F	27	21	25	23	96
							77	F	27	22	23	22	94
							78	F	31	25	27	24	107

ANEXO 2

Instrumento: Escala de depresión para adolescentes de Reynolds (EDAR)

(Sobre mí mismo) por William M. Reynolds

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____
 Colegio: _____ Grado: _____ Fecha: _____

Instrucciones:

A continuación, se presenta una lista de oraciones sobre cómo te sientes. Lee cada una y decide sinceramente cuán a menudo te sientes así: **Casi nunca, Rara vez, Algunas veces o Casi siempre.** Marca el casillero o recuadro que está debajo de la respuesta que mejor describe cómo te sientes realmente. Recuerda, que no hay respuestas correctas ni equivocadas. Sólo escoge la respuesta que dice cómo te sientes generalmente.

	Casi nunca	Rara vez	Algunas veces	Casi siempre
1. Me siento feliz				
2. Me preocupa el colegio				
3. Me siento solo				
4. Siento que mis padres no me quieren				
5. Me siento importante				
6. Siento ganas de esconderme de la gente				
7. Me siento triste				
8. Me siento con ganas de llorar				
9. Siento que no le importo a nadie				
10. Tengo ganas de divertirme con los compañeros				
11. Me siento enfermo				
12. Me siento querido				
13. Tengo deseos de huir				
14. Tengo ganas de hacerme daño				
15. Siento que no les gusto a los compañeros				
16. Me siento molesto				
17. Siento que la vida es injusta				
18. Me siento cansado				
19. Siento que soy malo				
20. Siento que no valgo nada				
21. Tengo pena de mí mismo				
22. Hay cosas que me molestan				
23. Siento ganas de hablar con los compañeros				
24. Tengo problemas para dormir				
25. Tengo ganas de divertirme				
26. Me siento preocupado				
27. Me dan dolores de estómago				
28. Me siento aburrido				
29. Me gusta comer				
30. Siento que nada de lo que hago me ayuda				

ANEXO 3

Confiabilidad y validez de la Escala de depresión para adolescentes de Reynolds (EDAR) para la muestra total

Fiabilidad de la Escala total

Tabla 12 Estadístico de fiabilidad para la escala total

<i>Cronbach</i>	<i>N de elementos</i>
0.99	30

Validez de la escala total

Tabla 13 Medida de adecuación de kaiser Meyer - Olkin y prueba de Bartlett para la escala total

<i>EDAR</i>	<i>KMO</i>	<i>Sig. Bartlett</i>
	0.980	0.000

Confiabilidad y validez para las dimensiones de la escala en la muestra total

Fiabilidad para las dimensiones de la escala

Tabla 14 Estadístico de fiabilidad para las dimensiones de la escala

<i>Dimensión</i>	<i>Cronbach</i>	<i>N de elementos</i>
Disforia	0.96	8
Anhedonia	0.96	7
Autoevaluación negativa	0.97	8
Quejas somáticas	0,95	7

Validez para las dimensiones de la escala

Tabla 15 Medida de adecuación de kaiser Meyer - Olkin y prueba de Bartlett para las dimensiones de la escala

<i>Dimensiones</i>	<i>KMO</i>	<i>Sig. Bartlett</i>
Disforia	0.948	0.000
Anhedonia	0.962	0.000
Autoevaluación negativa	0.913	0.000
Quejas somáticas	0.939	0.000

ANEXO 4

Normas percentilares y categorización para la Escala de Depresión para Adolescentes de Reynolds (EDAR) en la muestra

Baremo para la escala general en la muestra total

Tabla 16 Percentiles para la escala total

<i>Percentil</i>	<i>Puntaje total</i>
5	35
10	36
15	37
20	38
25	39
30	40
35	41
40	42
45	43
50	94
55	95
60	96
65	97
70	98
75	99
80	99
85	100
90	102
95	104
99	108

Tabla 17 Puntajes directos categorizados de la escala general, para la muestra

<i>Sintomatología D.</i>	<i>Puntajes</i>
Ausencia	Mínimo 33
Presencia	Máximo 108

Baremos para las dimensiones de la escala en la muestra total

Tabla 18 Percentiles para las dimensiones de la escala

Percentil	Disforia	Anhedonia	Autoevaluación negativa	Quejas somáticas
5	9	7	8	8
10	10	7	9	8
15	10	7	9	9
20	11	8	9	10
25	11	8	10	10
30	12	8	10	11
35	12	8	11	11
40	13	9	11	11
45	14	10	12	13
50	25	19	23	20
55	26	20	25	22
60	27	20	25	22
65	27	21	26	23
70	27	21	26	23
75	28	22	26	23
80	28	22	27	23
85	28	22	27	24
90	29	23	28	24
95	29	24	28	25
99	31	25	30	25

Tabla 19 Puntajes directos categorizados de la dimensión "disforia" de la escala, para la muestra

Disforia	Puntajes
Ausencia	Mínimo 8
Presencia	Máximo 31

Tabla 20 Puntajes directos categorizados de la dimensión "anhedonia" de la escala, para la muestra

<i>Anhedonia</i>	<i>Puntajes</i>
Ausencia	Mínimo 7
Presencia	Máximo 25

Tabla 21 Puntajes directos categorizados de la dimensión " autoevaluación negativa" de la escala, para la muestra

<i>Autoevaluación negativa</i>	<i>Puntajes</i>
Ausencia	Mínimo 8
Presencia	Máximo 31

Tabla 22 Puntajes directos categorizados de la dimensión " quejas somáticas" de la escala, para la muestra

<i>Quejas somáticas</i>	<i>Puntajes</i>
Ausencia	Mínimo 7
Presencia	Máximo 26

ANEXO 5

MATRIZ DE CONSISTENCIA

**PREVALENCIA DE SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA EN ADOLESCENTES
ESTUDIANTES DE QUINTO GRADO DE SECUNDARIA DE LA I.E.P.
“BENITO JUAREZ” N° 0073 S.J.L. - 2017**

PROBLEMAS DE INVESTIGACION	OBJETIVOS DE INVESTIGACION	HIPOTESIS DE INVESTIGACION	VARIABLE DE INVESTIGACION	METODOLOGIA
<p>Problema principal</p> <p>¿Cuál es la prevalencia de sintomatología depresiva, según el sexo en los adolescentes de quinto grado de secundaria de la I.E.P. “Benito Juárez” de S.J.L. - 2017?</p> <p>Problemas secundarios:</p> <p>1. ¿Cuál es la prevalencia de sintomatología depresiva en la dimensión “disforia”, según el sexo en los estudiantes de quinto grado de secundaria?</p> <p>2. ¿Cuál es la prevalencia de sintomatología depresiva en la dimensión “anhedonia”, según el sexo, en los adolescentes estudiantes de quinto grado de secundaria?</p> <p>3. ¿Cuál la prevalencia de sintomatología depresiva en la dimensión “autoevaluación negativa”, según el sexo, en los estudiantes de quinto de secundaria?</p> <p>4. ¿Cuál es la prevalencia de</p>	<p>Objetivo general</p> <p>Determinar la prevalencia de sintomatología depresiva, según el sexo en los adolescentes estudiantes de quinto grado de secundaria de la I.E.P. “Benito Juárez” de S. J.L. - 2017.</p> <p>Objetivos específicos:</p> <p>1. Identificar la prevalencia de sintomatología depresiva en la dimensión “disforia” según el sexo, en los estudiantes.</p> <p>2. Identificar la prevalencia de sintomatología depresiva en la dimensión “anhedonia”, en los estudiantes de quinto grado de secundaria.</p> <p>3. Identificar en la prevalencia de sintomatología depresiva en la dimensión “autoevaluación negativa”, según el sexo, en los a estudiantes de quinto grado de secundaria.</p>	<p>Hipótesis general</p> <p>Existe mayor prevalencia de sintomatología depresiva en las mujeres en contraste a los varones estudiantes de quinto grado de secundaria de la I.E.P. “Benito Juárez” de S.J.L. - 2017.</p> <p>Hipótesis específicas:</p> <p>1. Existe mayor prevalencia de sintomatología depresiva en la dimensión “disforia” en las mujeres, a diferencia de los varones, estudiantes de quinto grado de secundaria.</p> <p>2. Existe mayor prevalencia de sintomatología depresiva en la dimensión “anhedonia” en las mujeres, a diferencia de los varones, estudiantes de quinto grado de secundaria.</p> <p>3. Existe mayor prevalencia de sintomatología depresiva en la dimensión “autoevaluación negativa” en las mujeres a diferencia de los varones, estudiantes de quinto grado de secundaria.</p>	<p>Variable:</p> <p>Depresión (sintomatología depresiva)</p> <p>Definición conceptual</p> <p>Retamal (1989) menciona que la depresión puede ser definida como uno de los tipos de alteración del ánimo, consistente en su disminución, con un grado variable de pérdida de interés o dificultad para experimentar placer en las actividades comunes y está acompañado de una serie de síntomas psíquicos y físicos.</p> <p>Sintomatología depresiva</p> <p>Definición operacional (Dimensiones e indicadores).</p> <p>1.Disforia</p> <p>Indicadores:</p> <p>Tristeza (7), llanto (8), soledad (3), irritabilidad (16), preocupación (26), aislamiento (6), ansiedad escolar (2), autocompasión (21).</p> <p>2. Anhedonia</p> <p>Indicadores:</p>	<p>Tipo de investigación</p> <p>El presente estudio se adapta al tipo de investigación descriptivo.</p> <p>Diseño de investigación</p> <p>El presente trabajo por su naturaleza corresponde al diseño no experimental-transversal.</p> <p>Método de investigación</p> <p>El presente estudio corresponde a la metodología cuantitativa.</p> <p>Población</p> <p>La población consta de 150 adolescentes de ambos sexos, (78 mujeres y 72 varones), fluctuantes entre 15 y 17 años de edad, estudiantes de quinto grado de secundaria del turno tarde, de la I.E.P “Benito Juárez” N°</p>

<p>sintomatología depresiva en la dimensión “quejas somáticas”, según el sexo, en los estudiantes de quinto grado de secundaria?</p>	<p>4. Identificar la prevalencia de sintomatología depresiva, en la dimensión “quejas somáticas”, según el sexo, en los estudiantes de quinto grado de secundaria.</p>	<p>4. Existe mayor prevalencia de sintomatología depresiva en la dimensión “quejas somáticas” en las mujeres, a diferencia de los varones, estudiantes de quinto grado de secundaria.</p>	<p>Anhedonia general (25), anhedonia pares (10), disforia (1), bajo merito personal (12), reducción de la comunicación (23), trastornos del apetito (29) y valía personal (5).</p> <p>3.Autoevaluacion negativa</p> <p>Indicadores:</p> <p>Abatimiento (13), daño de sí mismo (14), auto desaprobación (20), devaluado por padres (4), no apreciado (9), desesperanza (30), auto reproche (19) y autoestima (15).</p> <p>4. Quejas somáticas.</p> <p>Indicadores:</p> <p>Queja somática (27), queja somática (11), fatiga (18), alteraciones del sueño (24), aburrimiento (28), cólera (22) y pesimismo (17).</p>	<p>0073 de S.J.L., 2017. Los que conforman 4 aulas en su totalidad.</p> <p>Muestra</p> <p>Para la presente investigación, en vista de la cantidad reducida de la población, se optó a trabajar con la totalidad. En este sentido, (Kerlinger, 1993) define muestreo intencional, como el uso de toda la población como muestra.</p> <p>Técnica</p> <p>Para la recopilación de información, se utilizará la técnica de la encuesta a través de la aplicación de un cuestionario.</p> <p>Instrumento</p> <p>El instrumento psicológico aplicad fue la Escala de depresión para adolescentes de Reynolds (EDAR).</p>
--	---	--	---	--

ANEXO 6

Formula del estadístico de razón crítica RC de Garrett (1971) para comparar proporciones porcentuales.

$$RC = \frac{p_1 - p_2}{\sqrt{PQ \left[\frac{1}{N_1} + \frac{1}{N_2} \right]}}$$

En donde:

$$P = \frac{N_1 P_1 + N_2 P_2}{N_1 + N_2}$$

$$Q = 1 - P$$

P1: porcentaje hallado en el grupo de varones (presencia SD)

P2: porcentaje hallado en el grupo de mujeres (Presencia SD)

N1: número de sujetos del primer grupo (Varones)

N2: número de sujetos del segundo grupo (Mujeres)

Referencias bibliográficas

- Angulo, J. (2006). *Prevalencia de los niveles de depresión en la demencia tipo Alzheimer en personas mayores de 60 años del IECN y del albergue San Vicente de Paul de la ciudad de Lima*. (Tesis de licenciatura). Escuela académico profesional de psicología, facultad de psicología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima
- Arequipeño, F. y Gaspar, M. (2017). *Resiliencia, felicidad y depresión en adolescentes de 3ero a 5to grado del nivel secundario de instituciones educativas estatales del distrito de Ate Vitarte, 2016*. (Tesis de licenciatura inédita). Escuela profesional de psicología, facultad de ciencias de la salud de la Universidad Peruana Unión, Lima. Recuperado de http://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/397/Flor_Tesis_bachiller_2017.pdf?sequence=1
- Agudelo, D. y Gómez, M. (2014). Propiedades Psicométricas del Inventario de depresión estado rasgo (IDER) con una muestra de población general colombiana. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 32(1), 71-84. Recuperado de <http://revistas.urosario.edu.co/index.php/apl/article/view/apl32.1.2014.05/2357>.
- Aguirre, A. (1994). *Psicología de la adolescencia*. Recuperado de <http://books.google.es/books?id=ENVMNZgyxQIC&pg=PA65&dq=la+adolescencia&hl=es&sa=X&ei=mhNkVOCMAAsypNpndgJgP&ved=0CGMQ6AEwCTgK#v=onepage&q=la%20adolescencia&f=false>.
- Álvarez, M., Ramírez, B. y Silva, A., Coffin, N. y Jiménez, M. (2009). La relación entre depresión y conflictos familiares en adolescentes. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 9(2), 205-216. Recuperado de <http://www.ijpsy.com/volumen9/num2/232/la-relacin-entre-depresin-y-conflictos-ES.pdf>.

- Arenas, S. (2009). *Relación entre la funcionalidad familiar y la depresión en adolescentes*. (Tesis de Licenciatura). Escuela académico-profesional, Facultad de psicología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima. Recuperado de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2562/1/arenas_as.pdf.
- Balluerca, N. y Vergara, A. (2002). *Diseños de investigación experimental en psicología*. Recuperado de <https://books.google.com.pe/books?id=F6g6mEqC8CIC&pg=PA322&dq=dise%C3%B1os+de+investigacion&hl=es419&sa=X&ei=9beUVcn1H8j3AGri4OYAQ&ved=0CCsQ6AEwAg#v=onepage&q=dise%C3%B1os%20de%20investigacion&f=false>.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B.F. y Emery, G. (2005). Visión general. El problema de la depresión. En S. Del Viso Pabon (Ed). *Terapia cognitiva de la depresión*. (pp. 11-28). Bilbao, España: Declee de Brouwer.
- Belloch, A., Ibañez, E. (1991). Trastornos depresivos: Datos clínicos y modelos teóricos. *Manual de psicopatología*, 2(1), 30-54. Recuperado de http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psisalud/carmelo/PUBLICACIONES_pdf/1991-Trastornos%20Depresivos-Datos%20y%20modelos.pdf.
- Belloch, A., Sandin, B. y Ramos, F. (2008). *Manual de psicopatología*. Madrid, España: McGraw-Hill.
- Beltrán, M., Freyre, M., y Hernández-Guzmán, L. (2012). El Inventario de Depresión de Beck: Su validez en población adolescente. *Terapia psicológica*, 30(1), 5-13. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/785/78523000001.pdf>
- Benitos, A., Aparicio, M. y Briones, A. (1999). Síntomas de depresión en los adolescentes, estrategias de solución de problemas y educación para la salud comunitaria. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 5(1), 1-11. Recuperado de <http://www.aepcp.net/arc/01.2000%281%29.Benito-Aparicio-Briones.pdf>.

- Berghman, R., Kliegman, E. y Jenson, H. (2006). *Tratado de pediatría*. Recuperado de https://books.google.es/books?id=6a_ILbxRKwkC&pg=PA85&dq=niveles+de+depression+en+adolescentes&hl=es&sa=X&ei=_7KQVfLPCMKcgwT1xYDYBg&ved=0CD0Q6AEwBTgK#v=onepage&q=niveles%20de%20depression%20en%20adolescentes&f=false.
- Buendía, J., Riquelme, A. y Ruiz, A. (2004). *El suicidio en adolescentes*. Recuperado de http://books.google.es/books?id=PLVv4WJEUyKc&pg=PA35&dq=depression+en+adolescentes&hl=es&sa=X&ei=c_NaVlr8L4T0yASZ7ICwCQ&ved=0CC4Q6AEwAA#v=onepage&q=depression%20en%20adolescentes&f=false.
- Bustos, V., Galvis, E. y Rojas, S. *Instrumentos de tamizaje de depresión para niños, adolescentes y adultos, revisión narrativa de la literatura*. (Tesis de licenciatura inédita). Departamento de enfermería clínica, facultada de enfermería de la Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá Colombia. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v77n2/v77n2ao2.pdf>
- Carranza, R. (2012). Depresión y características demográficas asociados en estudiantes líderes y universitarios de Lima Metropolitana. *Apuntes universitarios. Revista de investigación*. 2(2) 2225-7136. Recuperado de <http://apuntesuniversitarios.upeu.edu.pe/index.php/revapuntes/article/view/24/22>
- Calderón, G. (2001). *Depresión. Un libro para enfermos deprimidos y médicos en general*. D. F. México: Trillas.
- Casullo, G. (2012). *Ser adolescente en el siglo XXI*. Recuperado de <https://books.google.es/books?id=egJsBgAAQBAJ&pg=PT63&dq=nivele+de+depression+mas+comun+en+adolescentes&hl=es&sa=X&ei=ifqTVfj-I4z6AHelpyoAQ&ved=0CCMQ6AEwAQ#v=onepage&q=nivele%20de%20depression%20mas%20comun%20en%20adolescentes&f=false>.

- Chappa, H. (2003). *Distimia y otras depresiones crónicas. Tratamiento psicofarmacológico y cognitivo social*. Recuperado de <https://books.google.es/books?id=yJZacIMB7RAC&pg=PA176&dq=descripci%C3%B3n+inventario+de+depresion+de+beck&hl=es&sa=X&ei=ShyUVdfYE8qw-AGC6oGgDQ&ved=0CDoQ6AEwAw#v=onepage&q=descripci%C3%B3n%20inventario%20de%20depresion%20de%20beck&f=false>.
- Chinchilla, A. (2008). *La depresión y sus máscaras aspectos terapéuticos*. Recuperado de http://books.google.es/books?id=Yvp51Web9JsC&pg=PA63&dq=depresion+en+adolescentes&hl=es&sa=X&ei=vphbVLHME_TLsATsp4CYDQ&ved=0CFMQ6AEwBw#v=onepage&q=depresion%20en%20adolescentes&f=false.
- Coleman, J. C. y Hendry L. B. (1999). *Psicología de la adolescencia*. Recuperado de <http://books.google.es/books?id=94Od90KAzNYC&printsec=frontcover&dq=la+adolescencia&hl=es&sa=X&ei=uhFkVJHKHMmgNobdgcAB&ved=0CFoQ6AEwBw#v=onepage&q=la%20adolescencia&f=false>.
- Contreras-Valdez, J., Hernández-Guzmán, L. y Freyre, M. A. (2015). Validez de constructo del Inventario de Depresión de Beck II para adolescentes. *Terapia psicológica*, 33(3), 195-203. Recuperado de <http://teps.cl/index.php/teps/article/view/6/7>
- Cova, F., Melipillan, R., Valdivia, M., Bravo, E. y Valenzuela E. (2007). Sintomatología depresiva y ansiosa en estudiantes de enseñanza media. *Revista Chilena de Pediatría*, 78 (2)151-159. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062007000200005&script=sci_arttext
- De la Garza, F. (2004). *Depresión angustia y bipolaridad. Guía para pacientes y familiares*. D.F. Mexico: Trillas.

Del Barrio, V. (2000). *La depresión infantil. Factores de riesgo y sus posibles soluciones*. Málaga, España: ALJIBE.

Del barrio, V. y Carrasco, M. (2013). *Depresión en niños y adolescentes*. Madrid, España: Síntesis.

Domenech-Llaveria, E. (2005). *Actualizaciones en psicología y o psicopatología en la adolescencia*. Recuperado de <https://books.google.es/books?id=RLvVz7ueZEQC&pg=PA96&dq=nivele+de+depression+mas+comun+en+adolescentes&hl=es&sa=X&ei=ifqTVfj-I4z6-AHelyoAQ&ved=0CB4Q6AEwAA#v=onepage&q=nivele%20de%20depression%20mas%20comun%20en%20adolescentes&f=false>.

Figueras-Masip, A., Amador-Campos, J. y Peró-Cebollero, M. (2007). Características psicométricas de la Reynolds Adolescent Depression Scale en población comunitaria y clínica. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(1), 247-266. Recuperado de <file:///D:/Users/a/Documents/EDAR%20Antedecente%20extranjero.pdf>

Figueras, A. (2006). *Multimétodo y multiinformante de la sintomatología depresiva en niños y adolescentes*. (Tesis Doctoral). Facultad de psicología de la Universidad de Barcelona, España. Recuperado de http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/2534/01.AFM_INTRO.pdf;jsessionid=CB2EA9D140F23224BF40C0F330EADB58.tdx2?sequence=2.

Fize, M. (1994). *Adolescencia en crisis: Por el derecho al reconocimiento*. Recuperado de <http://books.google.es/books?id=UxcvbVy6Fw4C&printsec=frontcover&dq=la+adolescencia&hl=es&sa=X&ei=mhNkVOCMAAsypNpndgJgP&ved=0CDgQ6AEwATgK#v=onepage&q=la%20adolescencia&f=false>.

Fontenla, N. (2017). *Depresión y Estrategias de Afrontamiento al estrés en estudiantes de una universidad nacional del distrito de Nuevo Chimbote*. (Tesis de licenciatura). Escuela

- académico profesional de psicología de la Universidad Cesar Vallejo. Recuperado de http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/UCV/403/1/fontenla_mn.pdf
- Florenzano, R. y Valdez, M. (2004). Problemas e intervenciones en la salud mental del adolescente. En G. Huepe (Ed). *El adolescente y sus conductas de riesgo*. (pp. 182-188). Santiago de Chile, Chile: Ediciones universidad católica de Chile.
- Garrett H. E. (1971). *Estadística Aplicada a la psicología y a la Educación*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Galicia, I., Sánchez, A. y Robles, F. (2009). Factores asociados a la depresión en adolescentes: Rendimiento escolar y dinámica familiar. *Anales de psicología*, 25(2), 227-240. Recuperado de <http://revistas.um.es/analesps>.
- García-Fernández, J., Martínez-Monteagudo, M. e inglés, C. (2013). ¿Cómo se relaciona la ansiedad escolar con el rendimiento académico? *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 4(1), 63-76. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/2451/245126428003.pdf>
- Glick, I. y Yalon, I. (1999). *Tratamiento de la depresión*. Recuperado de <https://books.google.es/books?id=ID3VmoTbtuQC&pg=PA173&dq=definici%C3%B3n+del+inventario+de+depresion+de+beck&hl=es&sa=X&ei=5B-UVeLAAsTy-QHlqZlA&ved=0CDEQ6AEwAQ#v=onepage&q=definici%C3%B3n%20del%20inventario%20de%20depresion%20de%20beck&f=false>.
- Gonzales, J. (2001). Psicopatología de la adolescencia. En I. Rojas (Ed). *Neurosis en la adolescencia*. (pp. 29 – 33). D. F., Mexico: Manual moderno.
- González, C., Ramos, L., Caballero, M. y Wagner, F. (2003). Correlatos psicosociales de depresión, ideación e intento suicida en adolescentes mexicanos. *Psicothema*, 15(4), 524-532. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/1102.pdf>.

- Grasso, L. (2006). *Encuestas elementos para su diseño y análisis*. Recuperado de https://books.google.com.pe/books?id=jL_yS1pfbMoC&pg=PA17&dq=pruebas+psicologicas+tipo+encuesta&hl=es-419&sa=X&ei=ebyUVcGSHcqsAG79rLwDg&ved=0CCcQ6AEwAQ#v=onepage&q=pruebas%20psicologicas%20tipo%20encuesta&f=false.
- Horrocks, J.E. (1993). *Psicología de la adolescencia*. México: Trillas.
- Instituto Nacional de Salud Mental (2009). *Depresión*. Departamento de salud y servicios humanos. Recuperado de http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depression/depression_38791.pdf.
- Iraztorza, L. (2012). *Personalidad depresiva: Concepto y diferenciación: Diagnóstico diferencial entre trastorno de personalidad depresiva y distimia*. (Tesis Doctoral). Facultad de medicina de la Universidad Complutense de Madrid, España. Recuperado de <http://eprints.ucm.es/15066/1/T24648.pdf>.
- Jervis, G. (2002). *La depresión dos enfoques complementarios*. Recuperado de <http://books.google.es/books?id=DGDnf2SQIdAC&printsec=frontcover&dq=depression&hl=es&sa=X&ei=BOFaVKyRH4AygSI9oHIAg&ved=0CEYQ6AEwBg#v=onepage&q=depression&f=false>.
- Manios, M. y Rosero, B. (2011). *Manifestaciones y grados de depresión en un grupo de adolescentes, de una institución educativa distrital de la localidad de Suba*. (Tesis de licenciatura). Facultad de enfermería, departamento de clínica de la Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá. Recuperado de <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/9636/Tesis16-8.pdf?sequence=1>
- Mendels, J. (1989). *La depresión*. España, Barcelona: Editorial Herder.

- Melipillán, R., Cova, F., Rincón, P. y Valdivia, M. (2008). Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión de Beck–II en Adolescentes Chilenos. *Terapia psicológica*, 26(1), 59-69. Recuperado de <file:///D:/Users/a/Downloads/Propiedades%20Psicom%C3%A9tricas%20del%20Inventario%20de%20Depresi%C3%B3n%20de%20BeckII%20en%20Adolescentes%20Chilenos.pdf>
- Milfont, T., Merry, S., Robinson, E., Denny, S., Crengle, S. y Ameratunga, S. (2008) 'Evaluating the short form of the Reynolds Adolescent Depression Scale in New Zealand adolescents', *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 42:11, 950-954. Recuperado de URL: <http://dx.doi.org/10.1080/00048670802415343>
- Mingote, C. y Requena, M. (2013). *El malestar de los jóvenes*. Recuperado de <https://books.google.es/books?id=PmYfHk6ps4MC&pg=PA365&dq=domenech+y+cooper+depression&hl=es&sa=X&ei=DRSWVdrxGYGwQGYmJmgBg&ved=0CCkQ6AEwAA#v=onepage&q=domenech%20y%20cooper%20depression&f=false>.
- Montejo, P. (1986). *La depresión y otros estados afectivos*. España: Quorum.
- Morla, R., Saad de Janon, E. y Saad, J. (2006). Depresión en adolescentes y desestructuración familiar en la ciudad de Guayaquil, Ecuador. *Revista colombiana de psiquiatría*. 35(2), 155-157. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80635203>
- Nicolson, D. y Ayers, H. (2002). *La adolescencia guía práctica para el profesorado y la familia* Recuperado de http://books.google.es/books?id=KPCD8zqYwiAC&pg=PA110&dq=depression+en+adolescentes&hl=es&sa=X&ei=vphbVLHME_TLsATsp4CYDQ&ved=0CD4Q6AEwAw#v=onepage&q=depression%20en%20adolescentes&f=false.

- López-Ibor, J. (2003) *Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. España, Madrid: Masson, S.A.
- Obando, R, y Casaretto, M. (2011). *Sintomatología depresiva y afrontamiento en adolescentes escolares de Lima*. (Tesis de licenciatura). Facultad de letras y ciencias humanas de la Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima. Recuperado de <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/1238>.
- Parolari, F. (1995). *Psicología de la adolescencia: Despertar de la vida*. Recuperado de <http://books.google.es/books?id=BK78doiXndkC&printsec=frontcover&dq=la+adolescencia&hl=es&sa=X&ei=mhNkVOCMAAsypNpndgJgP&ved=0CF4Q6AEwCDgK#v=onepage&q=la%20adolescencia&f=false>.
- Polaino, A. (2000). *La depresión*. Barcelona, España: Martínez Roca.
- Prego, R. y Paya, B. (2008). La depresión en la adolescencia. En C. Redondo, G. Galdo y M. García (Eds). *Atención al adolescente*. (277-277). Recuperado de <https://books.google.es/books?id=uqJt5tN3sDYC&pg=PA277&dq=depression+adolescentes&hl=es&sa=X&ei=dpSQVbToFsWjNoG5lMgE&ved=0CD8Q6AEwBQ#v=onepage&q=depression%20adolescentes&f=false>.
- Ramírez, P. (2010) Sintomatología depresiva en adolescentes mujeres: prevalencia y factores de relación interpersonal asociados. *Revista Peruana de Epidemiología*, 14 (1), 1-7. Recuperado de <file:///D:/Users/a/Documents/EDAR%20PERU%20ANTREDECENTE%20RAMIREZ.pdf>
- Redondo, C., Galdo, G. y García, M. (2008). *Atención al adolescente*. Recuperado de http://books.google.es/books?id=uqJt5tN3sDYC&pg=PA277&dq=depression+en+adolescentes&hl=es&sa=X&ei=vphbVLHME_TLsATsp4CYDQ&ved=0CE8Q6AEwBg#v=onepage&q=depression%20en%20adolescentes&f=false.

- Retamal, P. (1998). *Depresión*. Recuperado de http://books.google.es/books?id=1kwVmA7st_cC&printsec=frontcover&dq=depression&hl=es&sa=X&ei=BOFaVKyRH4AygSI9oHIAg&ved=0CDkQ6AEwBA#v=onepage&q=depression&f=false.
- Riveros, M., Hernández, H. y Rivera, J. (2007). Niveles de depresión y ansiedad en estudiantes universitarios de Lima Metropolitana. *Revista de investigación en Psicología*, 10(1), 91-102. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ripsi/v10n1/v10n1a05.pdf>.
- Rojas, E. (1981). *Psicopatología de la depresión*. España, Barcelona: Salvat editores, S. A.
- Rosenthal, C. (2002). *Tratamiento conductual cognitivo de la depresión y ansiedad*. (Tesis de licenciatura). Facultad de letras y ciencias humanas de la Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- Rotondo, H. (1991). Psiquiatría infantil. E. Felipa, V. Alva y E. Oliver (Eds). *Manual de psiquiatría*. (249-252). Lima, Perú: Enotria S.A.
- San Molina, L. y Arranz, B. (2010). *Comprender la depresión*. Recuperado de <http://books.google.es/books?id=HJYHDDdw6L8C&printsec=frontcover&dq=depression&hl=es&sa=X&ei=BOFaVKyRH4AygSI9oHIAg&ved=0CDMQ6AEwAw#v=onepage&q=depression&f=false>.
- Sarason, I., Pierce, G. y Sarason, B. (1996). *Cognitive interference*. Recuperado de <https://books.google.es/books?id=ArG3AAQBAJ&pg=PA352&dq=Gotlib+y+Colby&hl=es&sa=X&ei=ST6ZVfvYA8aegwSbj5d4&ved=0CF4Q6AEwCA#v=onepage&q=Gotlib%20y%20Colby&f=false>.
- Schneider, P. R. (1980). *La depresión*. España, Barcelona: Ediciones Acervo.
- Shaffer, D. y Waslick, B. (2003). Depresión en niños y adolescentes. En B. D. Waslick, R. Kandel y A. Kakouros. (Eds). *Las múltiples caras de la depresión en niños y adolescentes*. (pp. 1-19). Barcelona, España: Ars Médica.

- Singh, R. y Krimbas, C. (2000). *Evolutionary genetics*. Recuperado de [https://books.google.es/books?id=flmuDNNpYTIC&pg=PA63&dq=Coyne+\(1976&hl=es&sa=X&ei=1kCZVbb9Acm_ggSi74LgCA&ved=0CCkQ6AEwAQ#v=onepage&q=Coyne%20\(1976&f=false](https://books.google.es/books?id=flmuDNNpYTIC&pg=PA63&dq=Coyne+(1976&hl=es&sa=X&ei=1kCZVbb9Acm_ggSi74LgCA&ved=0CCkQ6AEwAQ#v=onepage&q=Coyne%20(1976&f=false).
- Soutullo, C. y Mardomingo, M. (2010). *Manual de psiquiatría del niño y el adolescente*. Recuperado de http://books.google.es/books?id=GVRNZL5wDj0C&pg=PA15&dq=depression+en+adol+escentes&hl=es&sa=X&ei=vphbVLHME_TLsATsp4CYDQ&ved=0CGAQ6AEwCQ#v=onepage&q=depression%20en%20adolescentes&f=false.
- Spranger, E. (1948). *PSICOLOGIA DE LA EDAD JUVENIL*. Buenos Aires, Argentina: Castilla.
- Spitzer, R.L., Endicott, J. y Robins, E. (1978). Research Diagnostic Criteria: Rationale and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 35, 773-782.
- Ugarriza, N. y Ezcurra, M. (2002). Adaptación psicométrica de la Escala de Depresión para Adolescentes de Reynolds (EDAR) en estudiantes de secundaria de Lima metropolitana. *Persona*, 5(1), 83-130. Recuperado de [http://fresno.ulima.edu.pe/sf%5Csf_bdfde.nsf/imagenes/8110C7602378638B05257391004D8AE5/\\$file/04-PERSONA5-ugarriza.pdf](http://fresno.ulima.edu.pe/sf%5Csf_bdfde.nsf/imagenes/8110C7602378638B05257391004D8AE5/$file/04-PERSONA5-ugarriza.pdf)
- Valdivia, M. y Condeza, I. (2006). Psiquiatría del adolescente. En M. Larraguibel (Ed). *Trastorno depresivo en adolescentes*. (pp. 145- 152). Santiago de Chile, Chile: Mediterráneo.
- Vázquez, F., Muñoz, R. y Becoña, E. (2000). Depresión: Diagnostico, modelos teóricos y tratamiento a finales del siglo XX. *Psicología conductual*, 8(3), 423 Recuperado de <http://www.funveca.org/revista/PDFespanol/2000/art02.3.08.pdf>.

Watchtower Bible and Tract Society (2017). Adolescentes con depresión causas y ayudas.

Despertad. 98(1), 3-7.

Wicks, R. y Israel, A. (2006). Psicopatología del niño y el adolescente. En I. Ozores (Ed).

Depresión y problemas en las relaciones entre iguales. (pp. 142- 172). Madrid, España:

Pearson Prentice Hall.

Yapko, (2006). *Para romper los patrones de la depresión.* Recuperado de

<https://books.google.es/books?id=HNqn2CMrQQsC&pg=PA54&dq=dimensiones+de+depresion&hl=es&sa=X&ei=k4iYVZGAD4SagwT7lL3ICw&ved=0CC4Q6AEwAA#v=onepage&q=dimensiones%20de%20depresion&f=false>.