



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA HUMANA

INFORME DE TESIS

FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN EN LOS
ESTUDIANTES DE 1º, 2º y 3º DE LA INSTITUCION EDUCATIVA
SEÑOR DE LOS MILAGROS DEL C. P. M. CHEN CHEN -
MOQUEGUA. AÑO 2016

PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGIA HUMANA

AUTOR: Bach. REYNALDO EDGARDO MAMANI CENTENO

ASESOR:

Dr. RAFAEL ENRIQUE AZÓCAR PRADO

Tacna - Perú

2016

DEDICATORIA

A mi esposa y mis hijos con mucho amor y cariño
le dedico todo mi esfuerzo y trabajo puesto para
la realización de esta tesis.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios ser maravilloso que me dio fuerza y fe para creer lo que me parecía imposible terminar. A mi familia por ayudarme con mis hijos mientras yo realizaba esta investigación.

Agradezco a mi asesor el Dr. Rafael Enrique Azócar Prado por su asesoría siempre dispuesta aún en la distancia. .

RESUMEN

La presente investigación se planteó la siguiente pregunta: ¿Cuáles son los factores asociados a la depresión en los estudiantes del 1º, 2º y 3º año de nivel secundario de la Institución Educativa Señor de los Milagros del C.P.M. Chen Chen, de Moquegua?. Para responder esta interrogante se realizó una investigación descriptiva, correlacional, transversal y multivariada en los meses de mayo, junio, julio y agosto del año 2016. En esta investigación participaron 159 alumnos y alumnas. La muestra estuvo compuesta por 159 alumnos de 1º, 2º y 3º año de secundaria. Por lo tanto, se trata de un muestreo no probabilístico. Las variables estudiadas fueron dinámica familiar, rasgos psicopatológicos (ansiedad, hostilidad y sensibilidad social) y los desórdenes alimenticios (anorexia-bulimia). Estas variables se asociaron con la depresión infantil. Los instrumentos utilizados fueron: cuestionario de depresión infantil, cuestionario de dinámica familiar, cuestionario SCOFF para el cribado para Anorexia –Bulimia y el cuestionario de rasgos psicopatológicos (adaptación del SCL-90 revisado). Los resultados fueron los siguientes: se halló que la mitad de la muestra (50.3%) se ubica en el nivel bajo de depresión. Mientras que el 23.3% se ubica en el nivel medio. Finalmente, el 26.4% de la muestra presenta un nivel alto. Se demostró que la dinámica familiar de los alumnos y alumnas está correlacionada (asociada) estadísticamente con la depresión. Se determinó que los rasgos psicopatológicos (ansiedad, hostilidad y sensibilidad social) están asociados a la depresión en los alumnos. Se determinó que la depresión infantil está asociada a los desórdenes de la conducta alimentaria (anorexia-bulimia).

Palabras clave: depresión infantil, desórdenes alimenticios, dinámica familiar, rasgos psicopatológicos.

ABSTRACT

This research was posed the question: ¿What are the factors associated with depression in students of 1st, 2nd and 3rd year of secondary level of the Educational Institution of the Señor de los Milagros, C.P.M. Chen Chen, Moquegua? To answer this question a descriptive, correlational, cross-sectional study was conducted and Multivariate in the months of May, June, July and August 2016. In this research 159 students participated. The sample consisted of 159 students of 1st, 2nd and 3rd grade. Therefore, it is a non-probability sampling. The variables studied were family dynamics, psychopathological traits (anxiety, hostility and social sensitivity) and eating disorders (anorexia-bulimia). These variables were associated with childhood depression. The instruments used were: questionnaire childhood depression, family dynamics questionnaire, scoff questionnaire for screening for Anorexia -Bulimia and psychopathological traits questionnaire (SCL-90 adaptation revised). The results were as follows: it was found that half of the sample (50.3%) is at the low level of depression. While 23.3% is located on the middle level. Finally, 26.4% of the sample has a high level. It was shown that family dynamics of the students is correlated (associated) with statistically depression. It was determined that the psychopathological traits (anxiety, hostility and social sensitivity) are associated with depression in students. It was determined that childhood depression is associated with eating behavior disorders (anorexia-bulimia).

Keywords: childhood depression, eating disorders, family dynamics, psychopathological traits.

INDICE

	Pág.
Carátula	1
Dedicatoria	2
Agradecimientos	3
Resumen	4
Abstract	5
Índice	6
Introducción	8
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
1.1 Descripción de la realidad problemática	9
1.2 Delimitación de la investigación	11
1.2.1. Delimitación temporal	11
1.2.2. Delimitación geográfica	11
1.2.3. Delimitación social	12
1.3. Formulación del problema	12
1.3.1. Problema principal	12
1.3.2. Problemas secundarios	12
1.4. Objetivos de la investigación	13
1.4.1. Objetivo general	13
1.4.2. Objetivos específicos	13
1.5. Hipótesis de la investigación	14
1.5.1. Hipótesis general	14
1.5.2. Hipótesis secundarias	14
1.6. Justificación de la investigación	15

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO DE LA INVESTIGACIÓN	17
2.1. Antecedentes de la investigación	17
2.2. Bases teóricas	23
2.3. Definición de términos básicos	37
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	39
3.1. Tipo de investigación	39
3.2. Diseño de la investigación	39
3.3. Población y muestra de estudio	39
3.3.1. Población	39
3.3.2. Muestra	40
3.4. Variables, dimensiones e indicadores	40
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	43
3.5.1. Técnicas	43
3.5.2. Instrumentos	44
3.6. Procedimientos	50
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	51
4.1. Resultados	51
4.2. Contrastación de hipótesis	57
Conclusiones	65
Recomendaciones	66
Referencias	68
Anexos	72
1. Instrumentos	73
2. Consentimiento Informado para Padres o Tutores	79
3. Matriz de consistencia	81

INTRODUCCIÓN

A nivel nacional, no existen estudios precisos sobre la depresión en la etapa de la adolescencia. Pero, mediante las noticias periodísticas es posible deducir que la cifra es relativamente alta. A nivel regional no se conocen las estadísticas respecto a la cantidad exacta de niños y adolescentes que presentan síntomas depresivos. Pero, a pesar que aún no se conozcan dichas estadísticas, lo importante es precisar que sí existe una cantidad importante de escolares que presente diversos síntomas de este trastorno afectivo, conocido como depresión. Moquegua, como región en desarrollo no está ajeno a esta problemática de salud pública. La depresión afecta a niños y adolescentes sin distinción de raza, credo religioso, condición económica, edad, etc. Por otro lado, la depresión constituye un riesgo alto en el desarrollo de otros graves problemas, como el suicidio, el consumo de drogas, el abandono de la escuela, el abandono del hogar, etc. La depresión puede desarrollarse por diversas razones. Entre estas razones se encuentra la dinámica familiar disfuncional, las carencias económicas, los desajustes emocionales y sociales, la presión escolar, entre otros factores. Por otro lado, la depresión también está asociada a otros síndromes psicopatológicos, tales como ansiedad, hostilidad, adicciones, introversión social, desórdenes alimenticios, etc. Se propone realizar una investigación de campo para contribuir así a determinar los niveles de depresión en la población escolar y, determinar si la depresión está asociada a otros factores, tales como: dinámica familiar, desórdenes alimenticios, rasgos psicopatológicos. Los resultados de la presente investigación contribuirá a prevenir que más alumnos y alumnas se sumen a la lista de suicidas, desertores escolares, reprobación escolar, consumidores de drogas, entre otras consecuencias.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática

La depresión ha sido y es uno de los más grandes problemas de salud mental en todo el mundo. En efecto, no hay país o ciudad que esté libre de este mal. La depresión no distingue edad, género, país, estatus socioeconómico, religión o zona geográfica donde uno habite. La depresión es una condición muy humana, y está presente en cada etapa de nuestra vida. Lo podemos sufrir cuando somos niños, adolescente, adultos o ancianos.

La depresión acarrea múltiples consecuencias para quien lo sufre. Estas consecuencias también afectan al nivel familia del individuo depresivo. Las consecuencias pueden ser económicas, familiares, sociales y laborales. Pero lo peor, es la misma muerte, pues como sabe cualquier alumno de psicología, la depresión es un primer paso al suicidio. Es decir, la depresión puede acarrear la muerte misma.

Como sucede con otras enfermedades, tanto físicas como mentales, la depresión también puede evaluarse y medirse. La depresión puede diagnosticarse a tiempo, y por lo tanto puede prevenirse. En efecto, si la depresión puede identificarse en sus primeras etapas, entonces es posible neutralizar su efecto en la persona. Por ello, se han creado diversos instrumentos

de diagnóstico de la depresión: Beck Depression Inventory, Hamilton Rating Scale for Depression y Montgomery Asberg depression Rating Scale, entre otros.

Cuando se habla de prevenir la depresión o identificar a tiempo los primeros síntomas, pensamos inmediatamente en identificar la depresión en el periodo infantil o en la adolescencia. La niñez también conoce la depresión, aunque se afirme que los problemas de los adultos son superiores y más graves que los problemas de la niñez. A pesar de ello, es conocido que los niños y niñas también pueden sufrir de depresión, aunque sus manifestaciones pueden ser distintas a la depresión de un adulto.

Por otro lado, la depresión en la etapa adolescente también tiene sus propias causas, su propia dinámica y su propia sintomatología. Además, en la adolescencia pueden presentarse dificultades emocionales, familiares, sociales y educativas; para los cuales, el adolescente no está preparado para enfrentarlas. Es por ello, que no es raro encontrar adolescentes en estado de depresión.

Es de interés para los psicólogos de profesión y más aún, para los estudiantes de la psicología, conocer los diversos procedimientos para identificar a tiempo los primeros síntomas de la depresión y así abordar la recuperación de un niño, adolescente o adulto aquejado por este trastorno de la salud mental. Por otro lado, creemos que si la depresión es identificada a tiempo, se puede evitar no solo suicidios, sino también, abandono de la escuela, consumo de drogas, consumo de bebidas alcohólicas, pandillaje, delincuencia, entre otros.

El estudio de la depresión no sólo debe llevarnos a establecer los niveles de afectación en una población determinada, sobre todo en la población infantil o adolescente. La principal tarea de un futuro profesional de la psicología sería la de identificar aquellos factores que están asociados a la depresión, ya sean factores familiares, sociales o personales.

El problema que nos ocupa esta vez, intenta no sólo conocer los niveles de depresión en la población escolar en la provincia Mariscal Nieto de la Región Moquegua, sino también identificar aquellos factores que estarían asociados o relacionados a la depresión. Creemos que de este modo podemos hacer frente con mayor probabilidad de éxito a este trastorno que año a año viene afectando a nuestra niñez y adolescencia.

1.2. Delimitación de la investigación

1.2.1. Delimitación temporal

La presente investigación se realizó en los meses de mayo, junio, julio y agosto del presente año 2016

1.2.2. Delimitación geográfica

La investigación se llevó a cabo en la Institución Educativa Señor de los Milagros del C.P.M. Chen Chen, Moquegua.

1.2.3. Delimitación social

En la presente investigación participaron los estudiantes de 1º, 2º y 3º año de nivel secundario de la Institución Educativa Señor de los Milagros del C.P.M. Chen Chen, Moquegua.

1.3. Formulación del problema

1.3.1. Problema principal

¿Cuáles son los factores asociados a la depresión en los estudiantes del 1º, 2º y 3º año de nivel secundario de la Institución Educativa Señor de los Milagros del C.P.M. Chen Chen, Moquegua?

1.3.2. Problemas secundarios

- A. ¿Cuáles son los niveles de depresión en la población escolar de 1º, 2º y 3º año de secundaria de la I.E. Señor de los Milagros del C.P.M. Chen Chen, Moquegua?

- B. ¿Cómo se asocia la dinámica familiar con la depresión en los estudiantes del 1º, 2º y 3º año de nivel secundario de la I.E. Señor de los Milagros del C.P.M. Chen Chen, Moquegua?

- C. ¿Cuáles son los rasgos psicopatológicos asociados a la depresión en los estudiantes del 1º, 2º y 3º año de nivel secundario de la I.E. Señor de los Milagros del C.P.M. Chen Chen, Moquegua?

D. ¿Cómo se asocia los desórdenes alimenticios con la depresión en los estudiantes del 1º, 2º y 3º año de nivel secundario de la I.E. Señor de los Milagros del C.P.M. Chen Chen, Moquegua?

1.4. Objetivos de la investigación

1.4.1. Objetivo general

Determinar los factores asociados a la depresión en los estudiantes del 1º, 2º y 3º año de nivel secundario de la Institución Educativa Señor de los Milagros del C.P.M. Chen Chen, Moquegua.

1.4.2. Objetivos específicos

- A. Identificar los niveles de depresión en la población escolar de 1º, 2º y 3º año de secundaria de la I.E. Señor de los Milagros del C.P.M. Chen Chen, Moquegua.

- B. Determinar si la dinámica familiar está asociada a la depresión en los estudiantes del 1º, 2º y 3º año de nivel secundario de la I.E. Señor de los Milagros del C.P.M. Chen Chen, Moquegua.

- C. Determinar si los rasgos psicopatológicos están asociados a la depresión en los estudiantes del 1º, 2º y 3º año de nivel secundario de la I.E. Señor de los Milagros del C.P.M. Chen Chen, Moquegua.

D. Determinar cómo se asocia los desórdenes alimenticios con la depresión en los estudiantes del 1º, 2º y 3º año de nivel secundario de la I.E. Señor de los Milagros del C.P.M. Chen Chen, Moquegua.

1.5. Hipótesis de la investigación

1.5.1. Hipótesis general

La dinámica familiar, los rasgos psicopatológicos y los desórdenes alimenticios se asocian a la depresión en los estudiantes del 1º, 2º y 3º año de nivel secundario de la Institución Educativa Señor de los Milagros del C.P.M. Chen Chen, Moquegua .

1.5.2. Hipótesis específicas

- A. Existe un nivel alto de depresión en la población escolar de 1º, 2º y 3º año de secundaria de la I.E. Señor de los Milagros del C.P.M. Chen Chen, Moquegua.

- B. La dinámica familiar está asociada a la depresión en los estudiantes del 1º, 2º y 3º año de nivel secundario de la I.E. Señor de los Milagros del C.P.M. Chen Chen, Moquegua.

- C. Los rasgos psicopatológicos están asociados a la depresión en los estudiantes del 1º, 2º y 3º año de nivel secundario de la I.E Señor de los Milagros del C.P.M. Chen Chen, Moquegua.

D. Los desórdenes alimenticios están asociados a la depresión en los estudiantes del 1º, 2º y 3º año de nivel secundario de la I.E. Señor de los Milagros del C.P.M. Chen Chen, Moquegua.

1.6. Justificación de la investigación

La presente investigación se justifica por varias razones que se menciona a continuación:

- A. En primer lugar, existe una razón de tipo legal: La obtención del título profesional de Licenciado en Psicología Humana establece como condición imprescindible la sustentación de una tesis universitaria. Dicha sustentación deber ser aprobada por un jurado calificador.
- B. La segunda razón tiene que ver como la variable misma; es decir, la depresión. Si la depresión afecta a un sector importante de la población infantil y juvenil, y ello trae consecuencias graves para la salud, el trabajo, la familia y la vida misma. Como bien se sabe, la depresión constituye un riesgo alto para el suicidio de quien padece esta enfermedad o desorden del estado de ánimo.
- C. La tercera razón está relacionada a la segunda, pero incrementa nuestro interés por el tema. Pues la presente tesis se fija como punto central estudiar la depresión en la población infantil y adolescente. Es decir, la presente investigación tiene como centro de interés la depresión en la población escolar de los primeros años de nivel secundario. Creemos que si se logra identificar factores que están asociados a la depresión, entonces es posible reducir la alta incidencia de este desorden afectivo en la población en general. Y especialmente, en la población infantil y juvenil.

Por otro lado, es importante destacar que año tras año son muchos los padres de familia, docentes y autoridades educativas de salud pública que vienen expresando su preocupación por algunos aspectos relacionados a la depresión infantil; tal como abandono de la escuela, bajo rendimiento escolar, conductas de autolesión, consumo de sustancias psicoactivas y bebidas alcohólicas, entre otras consecuencias de la depresión. Además, de la preocupación e interés por este tema por parte de los profesionales y autoridades, son los medios de comunicación quienes también han tratado con interés este problema en la población infantil y juvenil de la región de Moquegua.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO DE LA INVESTIGACIÓN

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. Antecedentes internacionales:

A. Óscar Sánchez y Francisco Méndez (2009) son los autores de la investigación titulada: “El optimismo como factor protector de la depresión infantil y adolescente” (Murcia-España). En dicha investigación, los autores señalan que su estudio muestra que “(...) un estilo explicativo optimista consistente en explicar los acontecimientos positivos mediante atribuciones permanentes y globales y los negativos mediante atribuciones temporales y específicas se relaciona significativamente con menor sintomatología depresiva. Se discuten las implicaciones de estos resultados a la luz de del modelo reformulado de indefensión aprendida (Abramson, Seligman y Teasdale, 1978) y la teoría de la desesperanza (Abramson, Metalsky y Alloy, 1989). También se sugiere tener en cuenta nuevos conceptos como el de flexibilidad explicativa y otros factores que pueden influir, como la autoestima, la percepción de controlabilidad sobre las situaciones estresantes o el grado de importancia otorgado a las mismas. Las chicas presentan un estilo explicativo más optimista en la preadolescencia y que los niños mayores presentan puntuaciones en depresión más elevadas.

B. Concepción López, María Alcántara, Visitación Fernández, Maravillas Castro y José López (2010) en su investigación titulada: “Características y prevalencia de los problemas de ansiedad, depresión y quejas somáticas en una muestra clínica infantil de 8 a 12 años, mediante el CBCL” (Murcia-España) presentan los resultados de la sintomatología de ansiedad, depresión y quejas somáticas, obtenida en una muestra clínica de 300 niños y niñas de edades entre 8 y 12 años. Los autores emplearon como instrumento una escala abreviada (96 ítems) del CBCL (Child Behavior Checklist, Achenbach y Edelbrock, 1983). La prevalencia encontrada en los factores CBCL-DSM para la muestra total, estimada a partir del percentil 98, es 54% en ansiedad, 32% en alteraciones afectivas y 29% en quejas somáticas; apareciendo más niños que niñas en las dos primeras alteraciones. Se realizó un análisis factorial común y se hallaron tres síndromes empíricos: ansiedad-depresión, quejas somáticas y retraimiento-depresión. En estos síndromes empíricos la prevalencia, a partir de la media más una desviación típica, es: 18% en ansiedad-depresión y quejas somáticas, y del 14% en retraimiento-depresión, en todos los casos superior en niños que en niñas.

C. Gualberto Buena-Casal, Hugo Carretero-Dios y Macarena de los Santos Roig (2001) son los autores de la investigación titulada: “Relación entre la depresión infantil y el estilo de Respuesta reflexivo-impulsivo” (Granada-España). El objetivo del presente estudio es analizar la relación que hay entre la sintomatología depresiva en los niños de entre 10 y 12 años y la incertidumbre con la que se enfrentan a los problemas. Se evaluó del estilo de respuesta reflexivo-impulsiva por medio de la adaptación española del

Matching Familiar Figures Test 20 (MFFT-20). Se eligió este estilo de respuesta por haberse demostrado su relación con los cuadros psicopatológicos, como la depresión, y por operativizarse con incertidumbre en las tareas de respuesta. Para evaluar la depresión se utilizó la adaptación española del Inventario de Depresión Infantil, CDI. Los resultados demuestran que hay relación entre la depresión infantil y la incertidumbre al responder a los problemas. Los sujetos depresivos cometen un mayor número de errores en el MFFT-20, aunque la latencia de respuesta no difiere de los que no son depresivos, es decir, que su actuación es más ineficiente.

D. Stefano Vinaccia, Ana Gaviria, Luís Atehortúa, Piedad Martínez, Catalina Trujillo y Japcy Quiceno (2006). "Prevalencia de depresión en niños escolarizados entre 8 y 12 años del oriente antioqueño a partir del "child depression inventory" –CDI" (Antioquía-Colombia). El objetivo de la siguiente investigación fue estudiar la prevalencia de la depresión en una población infantil del oriente antioqueño. Muestra: 768 sujetos entre los 8 y los 12 años, de los cuales 379 eran de género masculino y 389 de género femenino residentes en el municipio de La Ceja (Antioquia). Los instrumentos que se utilizaron fueron Children Depresión Inventory (CDI) versión en español de la escala original de Kovacs (1992) de Davanzo et al (2004). Se encontró una media de depresión en la escala total de 10,52 y una desvaloración estándar de 5,61. La prevalencia de sintomatología depresiva encontrada fue de un 25.2% de la muestra investigada utilizando como punto de corte puntajes superiores a los 17 puntos. Los autores señalan que los resultados evidencia que es alta la sintomatología

depresiva encontrada en niños escolares del oriente antioqueño; se necesita mayor atención e investigación en esta población.

2.1.2. Antecedentes nacionales:

A. Luis Raffo Benavides (1994), en su investigación titulada: “Depresión y autoconcepto en niños institucionalizados y no institucionalizados” (Lima-Perú), investiga la depresión y el autoconcepto en grupos de niños peruanos expuestos a situaciones socioafectivas negativas, destacando la importancia y características específicas de este desorden en el campo psicológico y clínico. Fueron seleccionados 35 niños institucionalizados, 30 niños de una zona marginal de Lima y 20 niños con diagnóstico de depresión; todos varones entre 8 y 14 años. Se estudió la correlación entre ambas variables, se comparó los puntajes a nivel intergrupar y se adaptó el CDI (Children Depressive Inventory, Kovacs, 1983). Se obtuvo una correlación negativa y significativa entre las variables de depresión y autoconcepto. Asimismo, se encuentra que la institucionalización y el bajo nivel socioeconómico tienen influencia en el grado de depresión hallado en los niños examinados, en cambio tienen poca trascendencia en el nivel de autoconcepto. La evaluación de la validez y confiabilidad de los instrumentos utilizados brinda resultados óptimos, presentándose datos adicionales importantes.

B. Sáenz González, María-Paz (2010). *Sintomatología depresiva y acoso escolar en un grupo de adolescentes escolares* (Lima-Perú). Esta investigación de tesis explora la presentación y características de la

sintomatología depresiva y el acoso escolar en escolares de primero, segundo y tercero de secundaria de un colegio estatal con administración religiosa del distrito de San Martín de Porres ubicado en Lima, Perú. Asimismo, se indagó a nivel exploratorio la relación entre estos dos fenómenos. La muestra estuvo conformada por adolescentes entre 11 y 15 años de edad, el promedio de edad fue de 13 años. Se les aplicó grupalmente una adaptación del Inventario de Depresión Infantil (CDI) para investigar la sintomatología depresiva y el Cuestionario sobre intimidación y maltrato entre iguales (Secundaria) para el acoso escolar. Con respecto a la sintomatología depresiva, se halló que la media para toda la muestra fue de 11.28 con una desviación estándar de 6.2. Adicionalmente, no se hallaron diferencias según edad, grado o sexo, pero sí en función a características familiares e interpersonales. En cuanto al acoso escolar, se halló una incidencia, entre víctimas y agresores, de 5.7% y una participación ocasional en conductas de agresión del 53.2%. Asimismo, no se halló relación entre las características familiares e interpersonales, y la participación en acoso escolar. Siendo las víctimas las más afectadas, los resultados demuestran que la incidencia en acoso escolar sí está relacionada a la presentación de sintomatología depresiva.

C. Renato Ramírez (2009) en su tesis titulada: "Adaptación del Inventario de Depresión Infantil de Kovacs en escolares de la ciudad de Cajamarca". El presente estudio tiene como finalidad adaptar el Inventario de Depresión Infantil de Kovacs (2004) para la zona urbana de Cajamarca. Para ello, se realizó una adaptación lingüística y se

evaluó a una muestra de escolares de dicho lugar. La muestra probabilística por racimos estuvo conformada por 623 niños y adolescentes entre 7 y 15 años. La prueba alcanza una confiabilidad aceptable ($\text{Alfa}=0.79$) y una adecuada correlación ítem-test corregida en la mayoría de los ítems que conforman el inventario; también muestra una estabilidad temporal positiva considerable de 0.776, en un lapso de 30 días. Asimismo, presenta una validez de criterio concurrente considerable con el cuestionario EDARS; mientras que en relación a la validez de constructo convergente, se obtuvo una correlación positiva media con el constructo de ansiedad, a través del STAIC. La validez de constructo evaluado a través de análisis factorial exploratorio muestra que no se reproduce la composición de factores planteada por los autores de la prueba. En lo referente a las variables medidas, se encuentran diferencias significativas en función del grupo de edad e institución educativa, mas no en función del sexo.

2.1.3. Antecedentes locales

Luego de revisar diversas instituciones académicas en la región Moquegua, no se hallaron investigaciones o estudios sobre depresión infantil.

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. Definiciones de depresión

Es necesario señalar que para precisar la definición de la depresión infantil, es importante diferenciar entre lo que es la depresión como síntoma, como síndrome y como trastorno.

Ramírez (2009) señala que la depresión-síntoma, se entiende como un estado de ánimo disfórico (identificada por el sujeto como sentirse desgraciado, triste, melancólico, pesimista, etc.), que se experimenta en cualquier momento del ciclo vital, como consecuencia de vivencias que pueden resultar negativas o dolorosas para la persona; dicho estado tiene una naturaleza temporal (Cuevas y Teva, 2006, citado de Ramírez, 2009). Wicks-Nelson e Israel (1997, citado de Ramírez, 2009) refieren además, que éste es el sentido más coloquial del término depresión y que no implica enfermedad.

La depresión-síndrome, se refiere a un conjunto de síntomas concomitantes con el estado disfórico, asociados a problemas somáticos (trastornos vegetativos), conductuales (cambios psicomotores), cognitivos y motivacionales (Cuevas y Teva 2006, citado de Ramírez, 2009). Estos autores precisan que si el síndrome es producto de antecedentes previos de tipo psicológico, psiquiátrico, médico o ambiental, éste pasaría a ser un problema secundario.

Cueva y Teva (2006, citado de Ramírez, 2009) señala que la depresión-trastorno, tiene connotaciones más amplias que lo que representa la depresión como síndrome; pues, además, se presenta de forma persistente y repercute de

manera negativa en diversas áreas de la vida del niño o del adolescente; adicionalmente se reconocen ciertos elementos que han predispuesto y que mantienen la presencia del trastorno; como son, la historia familiar, el contexto, los aspectos biológicos, cognitivos, etc.

Así, lo que se entiende por depresión infantil es lo que corresponde al trastorno. En la actualidad, nadie duda de la existencia de este trastorno; sin embargo, existen divergencias en los investigadores frente a la pregunta de si los niños o los adolescentes pueden experimentar la gran variedad de aspectos afectivos, somáticos, cognitivos y conductuales que experimentan los adultos con depresión mayor (Wicks-Nelson e Israel, 1997, citados de Ramírez, 2009). Algunos autores consideran que los síntomas de los niños y adolescentes pueden ser equiparables a los del adulto, mientras que otros piensan que es necesaria una evaluación de los síntomas considerando los diferentes niveles del desarrollo.

2.2.2. Descripción de la depresión

La clasificación propuesta en el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association [APA], 2002, citado de Ramírez, 2009) considera para niños y adultos los mismos criterios diagnósticos (Ver Tabla 1), salvo dos características que lo diferencian: (a) la aceptación de que, en niños y adolescentes, la irritabilidad puede reemplazar el estado de ánimo depresivo; y (b) que los niños o adolescentes no solo subirán o bajarán de peso; sino que, al estar en proceso de crecimiento, se considera que la inapetencia y la falta de un peso adecuado para su edad es un indicador importante a tomar en cuenta.

Los autores del CIE-10 (Organización Mundial de la salud [OMS], 2007) no reconocen ningún criterio específico en función de la edad. Sin embargo, los criterios diagnósticos del CIE-10 se diferencia del DSM-IV-TR, pues consideran que la pérdida de la autoestima es un síntoma separado del criterio de sentimiento inapropiado de inutilidad y culpa excesivas e inapropiadas; así como también, se diferencian en el número de síntomas utilizados para los criterios diagnósticos, por lo menos seis aparte de los síntomas generales (Ramírez, 2009).

Tabla 1: Criterios diagnósticos para el episodio depresivo mayor (APA, 2002)

- | |
|--|
| <p>A. Presencia de 5 o más de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) ó (2).</p> <p>(1) Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto o la observación realizada por otros. Nota: En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.</p> <p>(2) Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día casi cada día.</p> <p>(3) Pérdida importante del peso sin hacer régimen o aumento de peso, o pérdida o aumento de apetito casi cada día. Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperados.</p> <p>(4) Insomnio e hipersomnia casi cada día.</p> <p>(5) Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día.</p> <p>(6) Fatiga o pérdida de energía casi cada día.</p> <p>(7) Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo)</p> |
|--|

- (8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión casi cada día.
- (9) Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.
- B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.
- C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D. Los síntomas no son debidos a efectos fisiológicos directos de una sustancia o una enfermedad médica.
- E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo, los síntomas persisten durante 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

Fuente: Ramírez, R. (2009). *Adaptación del inventario de depresión infantil de Kovacs en escolares de la ciudad de Cajamarca*. Facultad de Letras y Ciencias Humanas. Especialidad de Psicología. Tesis para optar el título de Licenciado en Psicología con mención en Psicología Clínica. PUCP. Lima

2.1.3. Depresión infantil

Del Barrio (2005, citado de Ramírez, 2009) hace una síntesis de lo que varios autores refieren como síntomas habituales de la depresión infantil y los clasifica en seis categorías:

A. Emocionales:

En los cuales se encuentran los sentimientos de tristeza, pérdida del disfrute, falta de sentido de humor, cambios bruscos de humor, irritabilidad; así como la ausencia de interés y llanto excesivo.

B. Motores:

Se hace referencia por un lado a la hipoactividad, letargo, enlentecimiento motor, inmovilidad, torpeza, estupor y atonía; y, por el contrario, también encontramos la hiperactividad e inquietud.

C. Cognitivos:

La autora cita la falta de concentración, pérdida de memoria y descenso en el rendimiento académico; así como, pesimismo, desesperanza, indecisión, sentimientos de culpa, baja autoestima e ideas de suicidio.

D. Sociales:

Entre ellos encontramos el aislamiento, retraimiento, evitación e incompetencia social.

E. Conductuales:

En esta categoría encontramos síntomas referidos exclusivamente a la depresión infantil, en comparación a la adulta, entre los cuales se cita: protestas, riñas, desobediencia, rabietas, indisciplina escolar, delincuencia, drogas y piromanía.

F. Psicosomáticos:

Entre estos síntomas destacan la enuresis, fatiga, pérdida de dolores múltiples, pesadillas cambios de sueño y apetito; así como la baja defensas inmunológicas, dermatitis y alergias.

Weinberg et al. (1973, citados de Ramírez, 2009) señalan los criterios diagnósticos de la depresión infantil y que son presentados a continuación:

Tabla 2: Criterios diagnósticos de la depresión infantil

<p>A. Disforia o ideas de autoimpresión (atribución a uno mismo de cualidades o rasgos negativos).</p> <p>B. Al menos dos de los siguientes síntomas:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Agresión.2. Problemas de sueño.3. Descenso en el rendimiento escolar.4. Socialización disminuida.5. Cambio de actitud hacia la escuela.6. Quejas somáticas.7. Falta de energía.8. Cambios en el apetito.9. Cambios de peso. <p>C. Estos síntomas representarían un cambio en la conducta habitual del niño.</p> <p>D. Los síntomas durarán al menos un mes.</p>
--

Fuente: Ramírez, R. (2009). *Adaptación del inventario de depresión infantil de Kovacs en escolares de la ciudad de Cajamarca*. Facultad de Letras y Ciencias Humanas. Especialidad de Psicología. Tesis para optar el título de Licenciado en Psicología con mención en Psicología Clínica. PUCP. Lima

2.1.4. Epidemiología de la depresión infantil y adolescente en el Perú

Según el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” (2012) “Los niños y los adolescentes al igual que los adultos pueden sufrir de depresión”. Agrega esta institución que la depresión: “(...) es un trastorno que se presenta de muchas formas, con grados y duración variados y es definida como un trastorno cuando los síntomas depresivos persisten en el tiempo e interfieren con las capacidades productivas y relacionales”.

Para este Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” (2012) la etiología de la depresión es multicausal y hasta la actualidad no está totalmente clara. “La depresión puede ser desencadenada por eventos estresantes como maltrato, problemas en la escuela, pérdida de seres queridos, divorcio de los padres, problemas de aprendizaje, alteraciones físicas o problemas médicos; sin embargo, también puede producirse sin una causa específica. Si en la familia hay antecedentes de depresión, el niño y/o adolescente tendrá mayor riesgo de presentarla”.

Estudios realizados en EE.UU. indican que alrededor del 5% de los niños y adolescentes de la población general padece de depresión en algún momento de su vida. En la infancia tanto los niños como las niñas tienen el mismo riesgo de desarrollarla, en la adolescencia las niñas tienen 2 veces más riesgo de presentarla. La depresión es más seria cuando se presenta antes de los 10 años de edad y no es desencadenada por ningún evento estresante (Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”, 2012)

En el Perú, según los Estudios Epidemiológicos del INNSM “HD-HN” en Salud Mental 2002-2007, el episodio depresivo es el trastorno clínico más frecuente en adolescentes (8,6%-Lima; 5,7%-Sierra; 4,7%-Selva; 4,2%-Fronteras y 4,4%-Costa. Otro estudio realizado en adolescentes de la ciudad de Huancayo, encontró una prevalencia de 12,08%, de acuerdo a puntajes obtenidos en el Inventario de Depresión para niños y Adolescentes de Kovacs (CDI) y gracias a la aplicación concurrente de una entrevista semi-estructurada. Así mismo, en otra investigación realizada en cuatro colegios del distrito de Pichanaki, provincia de Chanchamayo, Departamento de Junín, se reportaron síntomas depresivos en escolares adolescentes hasta en el 36,4% (Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”, 2012).

2.1.5. Dinámica familiar: Características

Las profesionales de la Salud, las cubanas: Teresa Ortega Veitía, Dolores de la Cuesta Freijomil y la Lic. Caridad Días Retureta (2008), en su artículo digital denominado “Propuesta de un instrumento para la aplicación del proceso de atención de enfermería en familias disfuncionales”, propusieron que la dinámica familiar debe estudiarse a partir de la existencia de ocho componentes o características:

a. Cohesión:

Unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas cotidianas.

b. Armonía:

Correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo.

c. Comunicación:

Los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias de forma clara y directa.

d. Permeabilidad:

Capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones.

e. Afectividad:

Capacidad de los miembros de la familia de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros.

f. Roles:

Cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar.

g. Adaptabilidad:

Habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas ante una situación que lo requiera.

2.1.6. Dinámica familia positiva: Características

La experta española Irene Martínez Zarandona en su ensayo titulado “La Familia Funcional”, menciona otras características de las familias funcionales que complementarán aquellas mencionadas líneas arriba. Veamos cada una de ellas:

A. Capacidad que tienen para satisfacer las necesidades materiales.

Un primer aspecto que caracteriza a las familias funcionales de las disfuncionales, se refiere a la capacidad que tienen para satisfacer — aunque sea en los rangos mínimos— las necesidades materiales de alimentación, techo, salud, educación y diversión.

B. Sensación de pertenencia.

El contexto familiar procura a sus miembros una sensación de pertenencia y aceptación que contribuye a desarrollar la identidad personal y la autonomía de las personas que lo conforman.

C. Comunicación clara y directa.

La mayoría de sus intercambios comunicativos son claros y directos, y el manejo de las emociones es pertinente a la situación vivida. En caso de disgustos y discrepancias, aunque a veces es difícil, encuentran la posibilidad para poder hablarlos.

D. Buscan soluciones a los problemas.

Cualquier familia enfrenta problemas, aunque sea funcional. Lo que hace la diferencia es la forma como enfrentan y buscan las soluciones.

E. Resolución de los conflictos.

Los conflictos que la familia enfrenta y supera ayudan a sus miembros a crecer y, a la larga, tienen un efecto positivo: los chicos aprenden a no ser personas extremadamente rígidas, pues no se resisten al cambio y buscan alternativas.

F. Roles y pautas claros.

Los roles tradicionales, que son las pautas de convivencia, tienen que ver con lo que se debe hacer o no en cada familia; en la mayoría de las funcionales son claros y convincentes para todos.

G. Relaciones afectivas horizontales.

Las relaciones afectivas entre todas las personas pertenecientes a la familia se dan de manera horizontal y con cierto margen de consenso; sin embargo, se debe guardar la jerarquía entre las personas de autoridad y los hijos.

H. Predisposición al cambio.

Algo que caracteriza a las familias funcionales es que están predisuestas al cambio, y así logran nuevos equilibrios. Son capaces de enfrentar las vicisitudes que pasan a lo largo de la vida, cuando por el proceso de madurez —tanto de los padres como de los hijos— se les plantean nuevos retos y problemas.

2.1.7. Dinámica familiar negativa: características

El psicólogo argentino Félix Larocca (2006) hace una relación de características de las familias disfuncionales:

- A. Los miembros de la familia no son respetados como individuos únicos y de igual valor que los otros miembros.
- B. Los miembros de la familia son desalentados de ser únicos o diferentes de otros en la familia. Con frecuencia se requiere conformidad.
- C. Los padres no dan seguimiento y son inconsistentes. No son buenos modelos a seguir.
- D. Cuando se presentan problemas, se mantienen escondidos, y al miembro de la familia con el problema se le avergüenza para que mantenga silencio.
- E. Los problemas mayores de la familia se niegan y de esta manera permanecen sin resolver. Se alienta a los miembros a mostrar una buena cara al mundo.
- F. Los roles familiares son rígidos e inflexibles.
- G. Las reglas familiares son rígidas y las infracciones o son ignoradas o castigadas severamente. Las respuestas son inconsistentes.
- H. Los miembros de la familia son culpados y avergonzados continuamente; no se responsabilizan fácilmente por su comportamiento personal y sus consecuencias.
- I. Los errores de los miembros de la familia son criticados severamente. Se espera que los miembros siempre estén "en lo correcto" o "sean perfectos". No se enseña a los miembros -deben aprender solos y esperar la crítica si no hacen las cosas correctamente.

J. Los padres son infalibles y todo poderosos. Enseñan al niño que ellos siempre están en control y no deben ser cuestionados. Los niños no tienen el derecho a no estar de acuerdo.

2.1.8. Desórdenes de la conducta alimentaria

Para Lelis Nazario (s.f.) los principales desórdenes alimentarios serían los siguientes:

A. Anorexia

La anorexia es una enfermedad severa que afecta del 0,5 al 1% de personas a través de sus vidas. Las mujeres constituyen del 90 al 95% del total y los estudios recientes indican que es prevalente en todas las clases sociales y etnias. Es doblemente más frecuente en las adolescentes, con una edad promedio de 15 años, aunque puede comenzar a presentarse desde la niñez.

Es la causa más común de pérdida de peso en mujeres jóvenes y de admisiones a servicios hospitalarios de niños y adolescentes. A su vez, es la enfermedad psiquiátrica con la mayor tasa cruda de mortalidad: cerca del 5,6% por década de enfermedad. Steinhausen (2002, citado de Nazario, s.f.) encontró que menos de la mitad de los pacientes (46%) se recuperan completamente, mientras que una tercera parte mejora parcialmente o persevera con síntomas residuales, y un 20% desarrolla un cuadro crónico.

B. Bulimia

Según Lelis Nazario (s.f.) la bulimia tiene una prevalencia de 1% en adolescentes y mujeres jóvenes. Las mujeres son las más afectadas y suele comenzar entre los 17 a 25 años de edad. Solo un subgrupo recibe tratamiento, probablemente quienes tienen mayores disturbios.

Sin embargo, la AED-Reporte (2012) señala que los desórdenes de la conducta alimentaria serían los siguientes:

- A. Anorexia nervosa o nerviosa (AN), subtipos restrictivo y atracón/purgación.
- B. Bulimia nervosa o nerviosa (BN), tipos purgativo y no purgativo.
- C. Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificados (TANE), incluyendo Trastorno por Atracón (TPA).

Esta institución refiere que: los trastornos de la conducta alimentaria son enfermedades graves, con complicaciones físicas y psicológicas que ponen en riesgo la vida. Además de las niñas y mujeres, los TCA pueden afectar niños y hombres; niños, adolescentes y adultos; gente de cualquier estrato socioeconómico y de cualquier raza; y gente con una gran variedad de cuerpos, pesos y tallas. El peso no es el único indicador clínico de un TCA. La gente con peso normal, también puede tener un TCA.

Los individuos que se encuentran por encima de su rango natural de peso, pueden no estar recibiendo una nutrición correcta, y los pacientes dentro de su rango natural de peso pueden estar asociados a prácticas poco saludables, para el control del peso. En los niños y adolescentes, debe investigarse la posibilidad de un TCA, ante la falta de ganancia del peso o estatura esperada, y/o el retraso/interrupción del desarrollo puberal.

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

A. Depresión clínica

Es un trastorno del estado anímico en el cual los sentimientos de tristeza, pérdida, ira o frustración interfieren con la vida diaria durante un período de algunas semanas o más (MedlinePlus).

B. Depresión-síndrome

Se refiere a un conjunto de síntomas concomitantes con el estado dísforico, asociados a problemas somáticos (trastornos vegetativos), conductuales (cambios psicomotores), cognitivos y motivacionales (Cuevas y Teva 2006, citado de Ramírez, 2009).

C. Depresión-trastorno

Se presenta de forma persistente y repercute de manera negativa en diversas áreas de la vida del niño o del adolescente; adicionalmente se reconocen ciertos elementos que han predisuesto y que mantienen la presencia del trastorno; como son, la historia familiar, el contexto, los

aspectos biológicos, cognitivos, etc. (Cuevas y Teva, 2006, citado de Ramírez, 2009).

D. Dinámica familiar

Es el conjunto de relaciones interpersonales que se presentan al interior de una familia y que se caracteriza por presentar algún grado de adaptación, vida en común, crecimiento personal, afecto entre sus miembros y resolución conjunta de problemas.

E. Desórdenes alimenticios

Los desórdenes alimenticios incluyen la presencia de pensamientos y sentimientos negativos y de autocrítica sobre el peso corporal y sobre la comida y de hábitos alimentarios que interfieren en el funcionamiento normal del cuerpo y las actividades cotidianas.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo de investigación

De acuerdo con la orientación es una investigación básica; de acuerdo a la técnica de contrastación, es una investigación descriptiva; de acuerdo con la direccionalidad, es prospectiva; de acuerdo con el tipo de fuente de recolección de datos, es retrolectiva; de acuerdo con la evolución del fenómeno, es transversal, de acuerdo con la comparación de las poblaciones, es una investigación de tipo descriptiva-correlacional.

3.2. Diseño de la investigación

Se realizó un estudio no experimental, correlacional, cuantitativo, transversal y multivariado.

3.3. Población y muestra de estudio

3.3.1. Población

La población evaluada fue:

1er año de secundaria: dividida en tres secciones

1ero A: 23

1ero B: 21

1ero C: 22

Total 1er año: 66

2do año de secundaria: dividida en tres secciones

2do A: 25

2do B: 29

2do C: 25

Total 2do año: 79

3er año de secundaria: dividida en dos secciones

3ero A: 17

3ero B: 20

Total 3er año: 37

3.3.2. Muestra

La muestra está compuesta por 182 alumnos de 1º, 2º y 3º año de secundaria, pero por motivos ajenos a la investigación (ausencia de alumnos, inasistencia a clases, negación a participar en la investigación, etc.) sólo participaron 159 alumnos y alumnas. Por lo tanto, se trata de un muestreo no probabilístico.

3.4. Variables, dimensiones e indicadores

Variables X:

A. Dinámica familiar

Indicadores:

- Adaptación a los cambios
- Vida en común
- Crecimiento de cada integrante de la familia
- Afecto entre todos
- Resolución de problemas en conjunto

B. Rasgos psicopatológicos

Indicadores:

Ansiedad

- Asustarse de repente, sin razón alguna.
- Latidos acelerados
- Sentirse muy nervioso/a, agitado/a
- Tener ataques de mucho miedo o de pánicos.
- Estar inquieto/a; no poder estar sentado/a sin moverse.
- Sentir que algo malo le va a pasar.

Hostilidad

- Sentirse enojado/a, malhumorado/a.
- Explotar y no poder controlarse.
- Necesitar golpear o lastimar a alguien.
- Necesitar romper o destrozar cosas.
- Meterse muy seguido en discusiones.
- Gritar o tirar cosas.

Sensibilidad interpersonal

- Sentirse incómodo/a con personas del otro sexo.
- Sentir que no le comprenden.
- Sentir que no “cae bien a la gente”, que no les agrada.
- Sentirse inferior a los demás.
- Sentirse incómodo/a cuando le miran o hablan de él (ella).
- Estar muy pendiente de lo que los demás puedan pensar de él (ella).

C. Desórdenes alimenticios

Indicadores:

- Sensación de estar enfermo/a porque siente el estómago lleno
- Preocupación porque siente que tiene que controlar cuanto come
- Pérdida recientemente de más de 5 ó 6 Kilos en un periodo de tres meses
- Creer que está gordo/a aunque otros digan que está delgado/a
- Cree que la comida domina su vida

Variable Y: Depresión Infantil

Indicadores:

- Tristeza
- Llanto
- Aprensión
- Sentimiento de no ser querido
- Sentimientos de inutilidad
- Autoimagen física negativa
- Sentimientos de soledad
- Aislamiento social (falta de amigos)
- Declinación del rendimiento escolar
- Problemas interpersonales
- Pesimismo
- Preocupación somática
- Desesperanza
- Anhedonia (general)
- Indecisión

- Disminución del apetito
- Anhedonia (en el colegio)
- Odio a sí mismo
- Ideación suicida
- Disturbio de sueño
- Fatiga
- Disminución de motivación en tareas de colegio
- Auto-imagen negativa en comparación con los pares
- Culpabilidad
- Reducción del interés social
- Autoimagen negativa
- Desobediencia

3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.5.1. Técnicas

La técnica de recolección de datos se denomina encuesta. Se le define como una investigación realizada sobre una muestra de sujetos representativa de un colectivo más amplio, utilizando procedimientos estandarizados de interrogación con intención de obtener mediciones cuantitativas de una gran variedad de características objetivas y subjetivas de la población.

3.5.2. Instrumentos

A. Cuestionario de depresión infantil

Este inventario (Children's Depression Inventory - CDI), es el instrumento más utilizado y aceptado por los diversos expertos en el tema de la depresión infantil (Cuevas y Teva, 2006, citado en Ramírez, 2009). Tiene por objetivo evaluar la sintomatología depresiva, se usa en la evaluación, investigación y el rastreo de casos (screening). El CDI, al ser el primer instrumento publicado para evaluar la depresión infantil, ha sido extensamente utilizado y se ha convertido en un instrumento básico.

El Inventario de Depresión Infantil (CDI) ha sido diseñado para medir la sintomatología depresiva en niños y adolescentes. Es una prueba fácil de leer y comprender pues ha sido creada para un nivel muy básico de escolaridad (Sood y Nirbhay, 1996) por lo que se puede aplicar desde los 7 años.

La última versión del CDI (2004) en español presenta 27 ítems, cada uno de ellos expresados en tres frases que muestran, en distintas intensidades o frecuencias, la presencia de sintomatología depresiva en el niño o el adolescente. El contenido de estos ítems cubre la mayor parte de los criterios utilizados para el diagnóstico de la depresión infantil. El resultado de la prueba permite obtener datos acerca del nivel de la depresión total y de dos escalas adicionales: Disforia y Autoestima negativa (Kovacs, 2004, citado en Ramírez, 2009).

Aplicación

La prueba puede ser aplicada individual o colectivamente. Se recomienda la aplicación individual en niños pequeños y en población clínica, mientras que su uso colectivo facilita el uso de la prueba en la investigación y el rastreo de casos (screening). Para la aplicación de la prueba, se pide a los participantes que escriban sus datos personales y luego el evaluador debe leer las instrucciones en voz alta, poniendo especial atención en que los niños pequeños atiendan y comprendan las instrucciones. Sólo se necesita la hoja de respuestas, un lápiz y un borrador. La aplicación dura entre 10 y 20 minutos.

Calificación

La calificación de cada ítem se hace con una escala de 0 a 2 puntos, la puntuación de 0 corresponde a la intensidad o frecuencia de aparición más baja del síntoma, el 1 corresponde a la intensidad o frecuencia media y el 2 a la mayor frecuencia e intensidad. Luego de esta calificación, se podrá obtener la puntuación directa de la escala de Disforia, sumando los puntajes de los ítems 2, 3, 6, 11, 13, 14, 15, 19, 23, 24 y 26; y la puntuación directa de la escala de Autoestima, sumando los puntajes de los ítems restantes 1, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 25 y 27. La suma de ambas escalas nos proporcionará la puntuación directa de depresión. Estas puntuaciones directas serán transformadas en sus correspondientes percentiles (Ramírez, 2009).

Confiabilidad

En el estudio que Raffo (1991, citado en Ramírez, 2009) realizó en el Perú, se obtuvo un adecuado nivel de consistencia interna (0,81), así como correlaciones ítem-test comprendidas entre 0,21 y 0,63. Reátegui (1994, citado

en Ramírez, 2009) encuentra, en su estudio realizado en nuestro medio con 685 niños, que el CDI obtiene una alta consistencia interna ($\alpha = 0,81$), obteniéndose similar consistencia en los resultados obtenidos en la población de escolares ($n=570$; $\alpha = 0,80$) y en la población clínica ($n=62$; $\alpha = 0,77$).

En la investigación de tesis titulada: “Adaptación del inventario de depresión infantil de Kovacs en escolares de la ciudad de Cajamarca”, del Bachiller Renato Ramírez Barrantes (2009) la prueba alcanza una confiabilidad aceptable (Alfa=0.79) y una adecuada correlación ítem-test corregida en la mayoría de los ítems que conforman el inventario.

En la versión española del CDI (2004) se utilizó una muestra de 7759 varones y mujeres, con edades entre 7 y 15 años, encontrándose una confiabilidad por mitades de 0.79 y por Alfa de Cronbach de 0,80 los cuales son indicadores de un buen grado de confiabilidad (Ramírez, 2009).

Validez de contenido.

Raffo (1991, citado en Ramírez, 2009) encuentra una validez de contenido por criterio de jueces por encima del 80% en todos los ítems.

Validez de criterio.

Para hallar la validez de criterio concurrente del CDI en las versiones anteriores, se realizaron 23 estudios entre 1980 y 2001, que correlacionaron los puntajes del inventario con los de otras pruebas que evalúan depresión (Ramírez, 2009).

B. Cuestionario de dinámica familiar

El APGAR familiar es un instrumento que muestra cómo perciben los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global.

Las preguntas abiertas valoran la dinámica familiar en las áreas de adaptación, vida en común, crecimiento, afecto y resolución. La información obtenida proporciona datos básicos sobre el nivel de dinámica familiar, dando al docente o psicólogo/a una idea de qué áreas necesitan una valoración e intervención más detallada y de las fuerzas familiares que pueden utilizarse para solucionar otros problemas familiares (MINSAL, s.f.).

Calificación:

Los individuos se clasifican en:

1. Normofuncionales, de 7 - 10 puntos
2. Disfuncionales de 0 - 6
 - Graves de 0 - 2
 - Leves de 3 - 6

Confiabilidad:

Según Bellón aameño, Delgado, Luna del Castillo y Lardelli (1996) Los coeficientes de correlación intraclase de los 5 ítems del Apgar-familiar fueron superiores a 0,55, tanto si eran autocumplimentados como con entrevistador; los de la escala fueron 0,86 y 0,81, respectivamente. La correlación ítem-escala varió de 0,61 a 0,71. El alfa de Crombach fue 0,84.

C. Cuestionario SCOFF para el cribado para Anorexia -Bulimia

Morgan, Reid y Lacey (1999) desarrollaron un test denominado SCOFF (acrónimo de 5 preguntas), mediante el cual se podría cribar adecuadamente los TCA en las consultas de atención primaria. Un resultado en dicho test de 2 respuestas positivas indicaría la posibilidad de un TCA (anorexia, bulimia o sus diferentes variedades), el cual debería ser después diagnosticado por un psicólogo con la aplicación de los métodos habituales. El test SOFF tendría una sensibilidad del 100% y una especificidad del 87,5%. En la opinión de dichos autores, el 12,5% de falsos positivos entraría en el rango de lo aceptable, habida cuenta de la gran sensibilidad.

Población:

Es un cuestionario auto administrado de 5 ítems con respuestas dicotómicas (Sí –No). Cada respuesta afirmativa es valorada con un punto.

Calificación:

El punto de corte propuesto para el cribado en la población general es igual o superior a 2 puntos.

D. Cuestionario de rasgos psicopatológicos

Este inventario (Adaptado) ha sido desarrollado para evaluar patrones de síntomas presentes en individuos y puede ser utilizado tanto en tareas comunitarias como de diagnóstico clínico. Esta vez, solo este cuestionario está evaluando la presencia de tres (03) síntomas psicopatológicos: ansiedad, hostilidad y sensibilidad interpersonal.

La ansiedad es definida como un conjunto de síntomas y comportamientos asociados clínicamente con elevados niveles de ansiedad, inquietud, nerviosismo, tensión nerviosa y ataques de pánico. La sensibilidad es definida como los sentimientos de inferioridad e inadecuación personal, especialmente en comparación con otras personas: auto depreciación e incomodidad durante las interacciones personales. Por otro lado, la hostilidad incluye pensamientos, sentimientos y acciones característicos del estado afectivo negativo, caracterizado con rabia o ira. La selección de ítems incluye la expresión de agresión, irritabilidad, rabia y resentimiento.

Es un cuestionario de 18 ítems, a razón de 6 ítems para cada dimensión. En términos generales una persona que ha completado su escolaridad primaria lo puede responder sin mayores dificultades. En caso de que el sujeto evidencie dificultades lectoras es aconsejable que el examinador le lea cada uno de los ítems en voz alta.

Su administración no requiere más de CINCO minutos. Se le pide a la persona que está siendo evaluada que responda en función de cómo se ha sentido durante los últimos siete días, incluyendo el día de hoy (el de la administración del inventario). Es aplicable a personas entre 13 y 65 años de edad.

Confiabilidad:

Los coeficientes Alpha (de Cronbach) de todas las subescalas fueron superiores a 0,8.

3.6. Procedimientos

Se llevaron a cabo las siguientes acciones que garantizan el éxito de la investigación:

- a. Se evaluaron los instrumentos de recojo de datos teniendo en cuenta los objetivos planteados en la presente investigación y con las sugerencias de docentes psicólogos que conocen la variable a investigar (depresión infantil).
- b. Se llevó a cabo una prueba piloto para determinar la fiabilidad del instrumento de recojo de datos (cuestionarios e inventario).
- c. Se procedió a solicitar los permisos respectivos al director de la I.E. Señor de los Milagros del C.P.M. Chen Chen, Moquegua para la aplicación de las encuestas. La solicitud del permiso correspondiente irá acompañada del ofrecimiento de que los resultados del estudio serán alcanzado a los responsables de la institución.
- d. Se procedió a enviar una solicitud escrita de consentimiento informado a los padres de familia. La respuesta a esta solicitud permitirá hacer ajustes a la selección de la muestra.
- e. Luego de la aplicación de las encuestas se procedió a la tabulación y tratamiento estadístico de los datos.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1. Resultados

Tabla 1: Niveles de depresión infantil

Niveles	f	%
Nivel bajo de sintomatología depresiva	80	50.3
Nivel medio de sintomatología depresiva	37	23.3
Nivel alto de sintomatología depresiva	42	26.4
Total	159	100%

Fuente: Investigación sobre depresión, infantil, dinámica familiar, anorexia-bulimia y rasgos psicopatológicos en alumnos de nivel secundario/Moquegua/2016

Interpretación:

La tabla 1 contiene los resultados de la evaluación de la depresión infantil. Se halló que la mitad de la muestra (50.3%) se ubica en el nivel bajo de depresión. Mientras que el 23.3% se ubica en el nivel medio. Finalmente, el 26.4% de la muestra presenta un nivel alto. Estos resultados indican que aproximadamente 1 de cada 4 alumnos (26.4%) tienen dificultades emocionales: pesimismo, tristeza, sensación de soledad, abatimiento, desánimo y la sensación de que sus problemas no se resuelven.

Tabla 2: Niveles de dinámica familiar

Niveles	f	%
Disfunción familiar grave	5	3.1
Disfunción familiar leve	47	29.6
Buen funcionamiento familiar	107	67.3
Total	159	100%

Fuente: Investigación sobre depresión, infantil, dinámica familiar, anorexia-bulimia y rasgos psicopatológicos en alumnos de nivel secundario/Moquegua/2016

Interpretación:

La tabla 2 contiene los resultados de la evaluación de la dinámica familiar. En este sentido, se halló que el 67.3% de la muestra se ubica en el nivel buen funcionamiento familiar. Es decir, la mayoría de los alumnos pertenecen a familias donde existe adecuada comunicación, cohesión, afectividad, permeabilidad y adaptabilidad entre todos sus integrantes. Sin embargo, el 29.6% de la muestra se ubicó en el nivel de disfunción familiar leve. Finalmente el 3.1% de la muestra pertenece a familias disfuncionales (nivel grave).

Estos resultados reflejan que la mayoría de los alumnos pertenecen a familias cuya dinámica familiar es positiva; donde sus integrantes se comunican, se apoyan mutuamente y se adaptan a los cambios. En las familias funcionales los hijos e hijas pueden desarrollar sus aptitudes y capacidades. Por otro lado, las familias funcionales promueven la comunicación, la coordinación y el apoyo permanente a los hijos e hijas. Es por ello, que es poco probable que los alumnos y alumnas que pertenecen a este tipo de familias desarrollen síntomas depresivos, ansiosos o presenten trastornos de comportamiento.

Tabla 3: Niveles de anorexia-bulimia

Niveles	f	%
Ausencia de anorexia-bulimia	140	88.1
Presencia de anorexia-bulimia	19	11.9
Total	159	100%

Fuente: Investigación sobre depresión, infantil, dinámica familiar, anorexia-bulimia y rasgos psicopatológicos en alumnos de nivel secundario/Moquegua/2016

Interpretación:

La tabla 3 contiene los resultados de la evaluación de la anorexia-bulimia. En este sentido, se halló que el 88.1% de la muestra se ubica en el nivel de ausencia; es decir, no presentan síntomas que corresponden a desórdenes en la conducta alimentaria. Mientras que el 11.9% de los alumnos y alumnas evaluados sí presentan indicadores de desórdenes de conducta alimentaria.

Estos resultados indican que una mayoría importante de la muestra de alumnos y alumnas, cuyas edades están comprendidas entre los 11 y los 15 años, no presenta las señales claras de la presencia de desórdenes de la conducta alimentaria. Es decir, tienen preocupaciones por los alimentos que ingieren, sienten necesidad de controlar su peso, experimentan la sensación de estar gordos/as; o también se han adelgazado debido a que han modificado sus patrones alimentarios (dietas restrictivas).

No debe obviarse que en los últimos años, cada vez son más los adolescentes (varones y mujeres) que se acomplejan por su propio peso.

Tabla 4: Niveles de ansiedad

Niveles	f	%
Nivel bajo de ansiedad	122	76.7
Nivel medio de ansiedad	35	22.1
Nivel alto de ansiedad	2	1.2
Total	159	100%

Fuente: Investigación sobre depresión, infantil, dinámica familiar, anorexia-bulimia y rasgos psicopatológicos en alumnos de nivel secundario/Moquegua/2016

Interpretación:

Los niveles de ansiedad que presentan los alumnos y alumnas son relativamente bajos para la gran mayoría de la muestra (76.7%). Sin embargo, se encontró que el 22.1% de la muestra se ubica en un nivel medio.

Estos resultados aparentan ser favorables, pero el hecho de que 1 de cada 4 alumnos y alumnas tengan niveles medios (o regulares) de ansiedad si es un problema de salud. Es decir, se trata de una porción importante de alumnos de 1º a 3º año de secundaria que están atravesando dificultades para controlar sus nervios y su ansiedad. Es bien sabido que la ansiedad afecta el proceso educativo. Los alumnos ansiosos no responden con eficacia a los desafíos educativos; no participan en actividades escolares con eficiencia y no experimentan bienestar en los contextos educativos. Es por ello, que en ninguna escuela debe existir alumnos con ansiedad de nivel medio y mucho menos en un nivel alto.

Tabla 5: Niveles de hostilidad

Niveles	f	%
Nivel bajo de hostilidad	137	86.2
Nivel medio de hostilidad	18	11.3
Nivel alto de hostilidad	4	2.5
Total	159	100%

Fuente: Investigación sobre depresión, infantil, dinámica familiar, anorexia-bulimia y rasgos psicopatológicos en alumnos de nivel secundario/Moquegua/2016

Interpretación:

Como es de conocimiento para cualquier persona interesada en el estudio de los trastornos de comportamiento, la hostilidad implica la existencia de enojo o ira; es decir, la hostilidad es producto es una emoción negativa; de una reacción agresiva frente a algún estímulo. El comportamiento hostil refleja la existencia de emociones negativas (enojo, ira, irritabilidad). Es decir, la hostilidad es una reacción de ataque que se dirige hacia alguien y en algunos casos hacia sí mismo (suicidio, autolesiones, por ejemplo).

En la investigación, se halló que el 86.2% de la muestra en un nivel bajo de hostilidad. Por otro lado, el 11.3% se ubica en el nivel medio. Finalmente, el 2.5% pertenece al nivel alto. Como puede observarse en la tabla 5, son muy pocos los alumnos y alumnas que presentan reacciones o actitudes hostiles en su comportamiento. Sin embargo, la existencia de 11.3% de la muestra con nivel medio en hostilidad, ya debe preocupar a los autoridades educativas.

Tabla 6: Niveles de sensibilidad

Niveles	f	%
Nivel bajo de sensibilidad	127	79.9
Nivel medio de sensibilidad	30	18.8
Nivel alto de sensibilidad	2	1.3
Total	159	100%

Fuente: Investigación sobre depresión, infantil, dinámica familiar, anorexia-bulimia y rasgos psicopatológicos en alumnos de nivel secundario/Moquegua/2016

Interpretación

Este rasgo psicológico implica que el alumno con nivel alto en sensibilidad social puede experimentar incomodidad con personas del otro sexo; siente que no le comprenden sus compañeros de la escuela; siente que no “cae bien a sus compañeros de aula”, que no les agrada; se siente inferior a los demás, siente incomodidad cuando lo miran o hablan y está muy pendiente de lo que sus compañeros puedan pensar de él o ella. En algunos casos, se trata simplemente de alumnos y alumnas con timidez e introversión social. Es obvio que estos alumnos con alto nivel de sensibilidad social tendrán problemas para hacer exposiciones, exámenes orales, participar en actividades deportivas y artísticas, entre otras actividades educativas.

En la presente investigación se halló que el 79.9% de la muestra se ubica en el nivel bajo de sensibilidad social. Mientras que el 18.8% se ubica en el nivel medio y, el 1.3% pertenece al nivel alto.

4.2. Contraste de las hipótesis

Hipótesis específica 1:

La dinámica familiar está asociada a la depresión en los estudiantes del 1º, 2º y 3º año de nivel secundario de la I.E. Señor de los Milagros del C.P.M. Chen Chen, Moquegua.

Formulación de la Hipótesis

$H_0 =$	La dinámica familiar NO está asociada a la depresión en los estudiantes del 1º, 2º y 3º año de nivel secundario de la I.E. Señor de los Milagros del C.P.M. Chen Chen, Moquegua.
$H_1 =$	La dinámica familiar está asociada a la depresión en los estudiantes del 1º, 2º y 3º año de nivel secundario de la I.E. Señor de los Milagros del C.P.M. Chen Chen, Moquegua.

Tabla de contingencia Depresión Infantil * Apgar Familiar

		Apgar Familiar			Total
		Disfunción familiar grave	Disfunción familiar leve	Buen funcionamiento familiar	
	Nivel Alto	5	18	19	42
	Nivel Medio	0	14	23	37
	Nivel Bajo	0	15	65	80
Total		5	47	107	159

Nivel de Significancia: Se trabajó con el nivel de significancia Alfa = 0,05 ó 5%

Regla teórica para toma de decisión

Si el Valor de Sig. < 0.05, entonces se Rechaza la Hipótesis Nula (H_0)

Si el Valor de Sig. \geq 0.05, entonces no se Rechaza la Hipótesis Nula (H_0)

Estadística de contraste de Hipótesis

Se utilizó la prueba estadística Chi cuadrado de Pearson para determinar la asociación entre las variables Dinámica Familiar y Depresión Infantil. Con los siguientes resultados:

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	25,957 ^a	4	,000
Razón de verosimilitudes	25,696	4	,000
Asociación lineal por lineal	21,297	1	,000
N de casos válidos	159		

a. 3 casillas (33,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,16.

Interpretación:

Como el valor sig. Asintótica = 0.000 es menor que 0.05, entonces se rechaza la hipótesis nula; por lo tanto podemos afirmar con un 95% de probabilidad que: La dinámica familiar está asociada a la depresión en los estudiantes del 1º, 2º y 3º año de nivel secundario de la I.E. Señor de los Milagros del C.P.M. Chen Chen, Moquegua.

Hipótesis específica 2:

Los rasgos psicopatológicos están asociados a la depresión en los estudiantes del 1º, 2º y 3º año de nivel secundario de la I.E Señor de los Milagros del C.P.M. Chen Chen, Moquegua.

Formulación de la Hipótesis

$H_0 =$	Los rasgos psicopatológicos NO están asociados a la depresión en los estudiantes del 1º, 2º y 3º año de nivel secundario de la I.E Señor de los Milagros del C.P.M. Chen Chen, Moquegua.
$H_1 =$	Los rasgos psicopatológicos están asociados a la depresión en los estudiantes del 1º, 2º y 3º año de nivel secundario de la I.E Señor de los Milagros del C.P.M. Chen Chen, Moquegua.

Tabla de contingencia

		Ansiedad			Total
		Nivel bajo	Nivel medio	Nivel alto	
	Nivel Bajo	72	8	0	80
	Nivel Medio	27	10	0	37
	Nivel Alto	23	17	2	42
Total		122	35	2	159

Tabla de contingencia

		Hostilidad			Total
		Nivel bajo	Nivel medio	Nivel alto	
	Nivel Bajo	79	1	0	80
	Nivel Medio	29	7	1	37
	Nivel Alto	29	10	3	42
Total		137	18	4	159

Tabla de contingencia

		Sensibilidad			Total
		Nivel bajo	Nivel medio	Nivel alto	
	Nivel Bajo	75	4	1	80
	Nivel Medio	31	6	0	37
	Nivel Alto	21	20	1	42
Total		127	30	2	159

Nivel de Significancia: Se trabajó con el nivel de significancia Alfa = 0,05 ó 5%

Regla teórica para toma de decisión

Si el Valor de Sig. < 0.05, entonces se Rechaza la Hipótesis Nula (H_0)

Si el Valor de Sig. \geq 0.05, entonces no se Rechaza la Hipótesis Nula (H_0)

Estadística de contraste de Hipótesis

Se utilizó la prueba estadística Chi cuadrado de Pearson para determinar la asociación entre las variables rasgos psicopatológicos: ansiedad, hostilidad, sensibilidad y Depresión Infantil, con los siguientes resultados:

Ansiedad

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	22,289 ^a	4	,000
Razón de verosimilitudes	22,259	4	,000
Asociación lineal por lineal	20,851	1	,000
N de casos válidos	159		

a. 3 casillas (33,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
La frecuencia mínima esperada es ,47.

Hostilidad

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	23,592 ^a	4	,000
Razón de verosimilitudes	27,262	4	,000
Asociación lineal por lineal	21,167	1	,000
N de casos válidos	159		

a. 5 casillas (55,6%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
La frecuencia mínima esperada es ,93.

Sensibilidad

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	34,272 ^a	4	,000
Razón de verosimilitudes	33,168	4	,000
Asociación lineal por lineal	26,503	1	,000
N de casos válidos	159		

a. 3 casillas (33,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
La frecuencia mínima esperada es ,47.

Interpretación:

Como el valor sig. Asintótica = 0.000 es menor que 0.05 para la ansiedad, hostilidad y sensibilidad, entonces se rechazan las hipótesis nulas; por lo tanto podemos afirmar con un 95% de probabilidad que: Los rasgos psicopatológicos están asociados a la depresión en los estudiantes del 1º, 2º y 3º año de nivel secundario de la I.E Señor de los Milagros del C.P.M. Chen Chen, Moquegua.

Hipótesis específica 3:

Los desórdenes alimenticios están asociados a la depresión en los estudiantes del 1º, 2º y 3º año de nivel secundario de la I.E. Señor de los Milagros del C.P.M. Chen Chen, Moquegua.

Formulación de la Hipótesis

$H_0 =$	Los desórdenes alimenticios NO están asociados a la depresión en los estudiantes del 1º, 2º y 3º año de nivel secundario de la I.E. Señor de los Milagros del C.P.M. Chen Chen, Moquegua.
$H_1 =$	Los desórdenes alimenticios están asociados a la depresión en los estudiantes del 1º, 2º y 3º año de nivel secundario de la I.E. Señor de los Milagros del C.P.M. Chen Chen, Moquegua.

Tabla de contingencia Depresión Infantil * Anorexia Bulimia

		Anorexia Bulimia		Total
		Ausencia de Anorexia-Bulimia	Presencia de Anorexia-Bulimia	
	Nivel Bajo	77	3	80
	Nivel Medio	34	3	37
	Nivel Alto	29	13	42
Total		140	19	159

Nivel de Significancia: Se trabajó con el nivel de significancia Alfa = 0,05 ó 5%

Regla teórica para toma de decisión

Si el Valor de Sig. < 0.05, entonces se Rechaza la Hipótesis Nula (H_0)

Si el Valor de Sig. \geq 0.05, entonces no se Rechaza la Hipótesis Nula (H_0)

Estadística de contraste de Hipótesis

Se utilizó la prueba estadística Chi cuadrado de Pearson para determinar la asociación entre la variable desórdenes alimenticios y depresión Infantil. Con los siguientes resultados:

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	25,957 ^a	4	,000
Razón de verosimilitudes	25,696	4	,000
Asociación lineal por lineal	21,297	1	,000
N de casos válidos	159		

a. 3 casillas (33,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,16.

Interpretación:

Como el valor sig. Asintótica = 0.000 es menor que 0.05, entonces se rechaza la hipótesis nula; por lo tanto podemos afirmar con un 95% de probabilidad que: Los desórdenes alimenticios están asociados a la depresión en los estudiantes del 1º, 2º y 3º año de nivel secundario de la I.E. Señor de los Milagros del C.P.M. Chen Chen, Moquegua.

CONCLUSIONES

PRIMERA:

Se halló que la mitad de la muestra (50.3%) se ubica en el nivel bajo de depresión. Mientras que el 23.3% se ubica en el nivel medio. Finalmente, el 26.4% de la muestra presenta un nivel alto. Estos resultados indican que 1 de cada 4 alumnos presentan indicadores depresivos.

SEGUNDA:

Se demostró que la dinámica familiar de los alumnos y alumnas está correlacionada (asociada) estadísticamente con la depresión. Por lo tanto si se desea reducir a los niveles de depresión infantil se debería trabajar en mejorar la dinámica familiar de esta institución educativa.

TERCERA:

Se determinó que los rasgos psicopatológicos (ansiedad, hostilidad y sensibilidad social) están asociados a la depresión en los alumnos. Es decir, los alumnos con ansiedad, hostilidad y sensibilidad social, tienen mayor probabilidad de experimentar depresión.

CUARTA:

Se determinó que la depresión infantil está asociada a los desórdenes de la conducta alimentaria (anorexia-bulimia). Por ello, debería prevenirse el desarrollo de desórdenes alimentarios en los alumnos y alumnas, y de este modo se lograría reducir el riesgo de depresión infantil en la población escolar.

RECOMENDACIONES

PRIMERA:

La depresión en la infancia y adolescencia es un asunto grave en la salud pública de una región, y mucho más si se trata de una institución educativa. Cuando se aborda la problemática de la salud psicológica en los alumnos de nivel secundaria, se piensa en el consumo de sustancias psicoactivas, ideación suicida, trastornos de personalidad. Sin embargo, la depresión en las etapas tempranas de la vida si constituye un riesgo incrementado en el suicidio. Y como bien se conoce, los medios de comunicación han informado en reiteradas ocasiones acerca de situaciones en las cuales jóvenes adolescentes de uno y otro sexo, han intentado suicidarse y en algunos casos, tuvieron éxito en sus intentos. Ante el dramatismo de los suicidios en la adolescencia, los padres de familia exigen que las autoridades educativas desarrollen programas para prevenir los desórdenes afectivos, como la depresión o ansiedad. En ese sentido, proponemos que las autoridades educativas contraten a profesionales de la salud mental y además conformen un equipo multidisciplinario para que se propongan actividades de prevención de la depresión entre los alumnos y alumnas.

SEGUNDA:

Una de las tareas inmediatas propuestas es que las autoridades educativas desarrollen investigaciones de índole psicológica - con la supervisión y dirección de un profesional de la psicología – que permita indagar acerca de las causas de la depresión. Sin un estudio de las causas no se haría una adecuada labor de prevención y atención de esta problemática de salud pública y educativa.

TERCERA:

Se propone que las autoridades educativas y en coordinación con la asociación de padres de familia promuevan convenios con instituciones de salud para que se desarrolle una amplia jornada de charlas y talleres con la participación de los propios padres de familia y de los alumnos y alumnas. En este sentido, los padres de familia deben saber identificar a tiempo los síntomas de la depresión. Pues se considera que una detección temprana de la depresión, reduce el riesgo del suicidio y de otras consecuencias graves de esta grave enfermedad. Por otro lado, los alumnos y alumnas también deben participar en los talleres de identificación de la depresión, y también en aquellas actividades de sensibilización y terapia que le permita aprender habilidades psicológicas para afrontar situaciones sociales, educativas y familiares que podrían provocarle reacciones depresivas.

CUARTA:

Habiéndose demostrado que la depresión está asociada a los desórdenes alimentarios, es fundamental que las autoridades educativas hagan todos los esfuerzos para reducir la influencia de la publicidad comercial que alienta la delgadez como prototipo de belleza. Lamentablemente en los propios hogares se puede fomentar el desarrollo de desórdenes alimentarios en forma consciente o inconsciente. Por ello, el desarrollo de un amplio y efectivo programa de escuela de padres debe incluir una correcta educación en nutrición.

REFERENCIAS

- Bellón Saameño, Delgado Sánchez, Luna del Castillo y Lardelli Claret (1996) *Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar*. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Granada. Universidad de Granada (España). Recuperado el 12 de abril de 2016, de: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27>
- Buela-Casal, G., Carretero-Dios, H. y Dos Santos Roig, M. (2001). Relación entre la depresión infantil y el estilo de Respuesta reflexivo-impulsivo. *Salud Mental*, Vol. 24, Nº. 3, junio 2001. Recuperado el 30 de abril de 2016, de <http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2001/sam013d.pdf>
- Instituto Nacional de Salud Mental (2012). Estudio epidemiológico de salud mental de niños y adolescentes en Lima Metropolitana y Callao 2007. *Anales de Salud Mental*. Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi. Suplemento 1. Volumen XXVIII. Año 2012. ISSN-1023-389X. Recuperado del 29 de abril de 2016, de: <http://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2007-ASM-EESM-NYA.pdf>
- Larocca, F. (2006). Familia funcional y la familia disfuncional. Recuperado el 30 de abril de 2016, de: <http://www.monografias.com/trabajos48/familia-disfuncional/familia-disfuncional2.shtml>
- López, M.A., Fernández, V., Castro, M. y López, J. (2010). Características y prevalencia de los problemas de ansiedad, depresión y quejas somáticas en

una muestra clínica infantil de 8 a 12 años, mediante el CBCL (Child Behavior Checklist). *Anales de psicología*. 2010, vol. 26, nº 2 (julio), 325-334. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia. Murcia (España). Edición web. <http://revistas.um.es/analesps>.

Martínez, I. (2005). *La familia funcional*. Recuperado el 30 de abril de 2016, de:
http://sepiensa.org.mx/contenidos/2005/f_ffuncionales/ffuncio_1.htm

MedliPlus (s.f.). *Depresión: descripción general*. Página actualizada 05 abril 2016. Recuperado el 30 de abril de 2016, de:
<https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003213.htm>

Ministerio de Salud de Chile –MINSAL (s.f.). *Apgar familiar*. Recuperado de en:
http://respiratorio.minsal.cl/PDF/AVNI/APGAR_FAMILIAR.pdf

Morgan, J.F.; Reid, F. y Lacey, J.H. (1999). The SCOFF questionnaire: assesment of a new screening tool for eating disorders. *BMJ* 1999;319:1467-8. *Medline*. Recuperado de: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-el-test-scoff-una-posible-13051586>

Nazario, L. (s.f.). *Trastornos de conducta alimentaria: Algunos aspectos relevantes*. Recuperado el 27 de abril de 2016, de:
http://www.galenusrevista.com/IMG/pdf/Transtornos_de_conducta_Alimentaria.pdf

Ortega, T., Cuesta, D. y Díaz, C. (1999). Propuesta de un instrumento para la aplicación del proceso de atención de enfermería en familias disfuncionales. *Revista Cubana Enfermería* [online]. 1999, vol. 15, no. 3 [citado 2016-04-27], pp. 164-168. Recuperado de:

<http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03191999000300005&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0864-0319.

Raffo, L. (1994). Depresión y autoconcepto en niños institucionalizados y no institucionalizados” Lima. *Revista de Psicología*. PUCP. Vol. 12, Núm. 2.

Ramírez, R. (2009). *Adaptación del inventario de depresión infantil de Kovacs en escolares de la ciudad de Cajamarca*. Facultad de Letras y Ciencias Humanas. Especialidad de Psicología. Tesis para optar el título de Licenciado en Psicología con mención en Psicología Clínica. PUCP. Lima

Reporte AED (2012). *Trastornos de la conducta alimentaria: Puntos críticos para un reconocimiento temprano y manejo de riesgos médicos en el cuidado de individuos con trastornos de la conducta alimentaria* (Segunda edición). Recuperado el 26 de abril de 2016, de: <http://www.aedweb.org/downloads/Guide-Spanish.pdf>

Sánchez, Ó. y Méndez, F. (2009). El optimismo como factor protector de la depresión infantil y adolescente. *Clínica y Salud*, 20(3), 273-280. Recuperado en 30 de abril de 2016, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742009000300008&lng=es&tlng=es.

Sáenz González, M.P. (2010). *Sintomatología depresiva y acoso escolar en un grupo de adolescentes escolares*. Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología con mención en Psicología Clínica. Facultad de Letras y Ciencias Humana. PUCP. Recuperado el 30 de abril de 2016, de: <http://repositorio.pucp.edu.pe/index/handle/123456789/46219?show=full>

Sitio Web Teletica - Costa Rica (s.f.). *Concepto de familia*. Recuperado el 28 de abril de: <http://www.teletica.com/archivo/buendia/semanal/familia.htm>

Vinaccia, S., Gaviria, A., Atehortúa, L., Martínez, P., Trujillo, C. y Quiceno, J. Prevalencia de depresión en niños escolarizados entre 8 y 12 años del oriente antioqueño a partir del "child depression inventory" –CDI. (Antioquía-Colombia). *Revista diversitas – perspectivas en psicología* - Vol. 2, Nº. 1, 2006. Recuperado el 30 de abril de 2016, de:
<http://revistas.usantotomas.edu.co/index.php/diversitas/article/view/130/181>

ANEXOS

Anexo 1: Cuestionarios

Anexo 2: Consentimiento informado

Anexo 3: Matriz de consistencia

ANEXO 1

PARTE I: Cuestionario de depresión infantil- CDI

Grado y sección: _____ Sexo: M () F () Edad: _____

Lugar de nacimiento: _____

INSTRUCCIONES

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

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

Hagamos un ejemplo. Pon una equis sobre la letra (a, b ó c) que MEJOR te describa

Ejemplo:

- Siempre leo libros
- De vez en cuando leo libros
- Nunca leo libros

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

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

Pasa a la página siguiente.

- | | |
|--|---|
| <p>1.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> De vez en cuando estoy triste. <input type="radio"/> Muchas veces estoy triste. <input type="radio"/> Siempre estoy triste. | <p>2.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Nunca me va a salir nada bien. <input type="radio"/> No estoy muy seguro de si las cosas me van a salir bien. <input type="radio"/> Las cosas me van a salir bien. |
| <p>3.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> La mayoría de las cosas las hago bien. <input type="radio"/> Muchas cosas las hago mal. <input type="radio"/> Todo lo hago mal. | <p>4.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Muchas cosas me divierten. <input type="radio"/> Algunas cosas me divierten. <input type="radio"/> Nada me divierte. |
| <p>5.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Siempre soy malo o mala. <input type="radio"/> Muchas veces soy malo o mala. <input type="radio"/> Algunas veces soy malo o mala. | <p>6.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> A veces pienso que me puedan pasar cosas malas. <input type="radio"/> Me preocupa que pasen cosas malas. <input type="radio"/> Estoy seguro de que me pasarán cosas muy malas. |
| <p>7.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Me odio. <input type="radio"/> No me gusta como soy. <input type="radio"/> Me gusta como soy. | <p>8.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Todas las cosas malas son por mi culpa. <input type="radio"/> Muchas cosas malas son por mi culpa. <input type="radio"/> Generalmente no tengo la culpa de que pasen cosas malas. |
| <p>9.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> No pienso en matarme. <input type="radio"/> Pienso en matarme pero no lo haría. <input type="radio"/> Quiero matarme. | <p>10.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Todos los días tengo ganas de llorar. <input type="radio"/> Muchos días tengo ganas de llorar. <input type="radio"/> De vez en cuando tengo ganas de llorar. |
| <p>11.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Siempre me preocupan las cosas. <input type="radio"/> Muchas veces me preocupan las cosas. <input type="radio"/> De vez en cuando me preocupan las cosas. | <p>12.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Me gusta estar con la gente. <input type="radio"/> Muchas veces no me gusta estar con la gente. <input type="radio"/> Nunca me gusta estar con la gente. |
| <p>13.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> No puedo decidirme. <input type="radio"/> Me cuesta decidirme. <input type="radio"/> Me decido fácilmente. | <p>14.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Soy simpático o simpática. <input type="radio"/> Hay algunas cosas de mi apariencia que no me gustan. <input type="radio"/> Soy feo o fea. |

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

PARTE II: Familia y desórdenes alimenticios

Instrucciones:

Coloca un aspa (X) en la columna que mejor refleje tu forma de ver tu familia.

Situaciones	Casi nunca	A veces	Casi siempre
1. ¿Estás satisfecho/a con la ayuda que recibes de tu familia cuando tienes un problema			
2. ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en tu casa?			
3. ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en tu casa?			
4. ¿Está satisfecho con el tiempo que tú y tu familia pasan juntos?			
4. Sientes que tu familia te quiere			

Instrucciones:

Coloca un aspa (X) en la columna que mejor refleje tu forma de ver tu cuerpo.

Ítems	Sí	No
1. ¿Tienes la sensación de estar enfermo/a porque sientes el estómago tan lleno que te resulta incómodo?		
2. ¿Estás preocupado/a porque sientes que tienes que controlar cuanto comes?		
3. ¿Has perdido recientemente más de 5 ó 6 Kilos en un periodo de tres meses?		
4. ¿Cree que estás gordo/a aunque otros digan que estás demasiado delgado/a?		
5. ¿Dirías que la comida domina su vida?		

PARTE III: R-P. SCL-90 (Adaptado)

A continuación le presentamos una lista de problemas que tiene la gente. Lea cada uno de ellos y marque su respuesta con una cruz en la columna correspondiente, pensando en cómo se sintió, en qué medida ese problema le ha preocupado o molestado durante la última semana (7 días).

Tiene cinco (5) posibilidades de respuesta:

- Nada
- Muy poco
- Poco
- Bastante
- Mucho

No hay respuestas buenas o malas: todas sirven. No deje frases sin responder.

Nº	Situación	Nada	Muy poco	Poco	Bastante	Mucho
1	Te asustas de repente, sin razón alguna.					
2	Tienes latidos acelerados					
3	Te sientes muy nervioso/a, agitado/a					
4	Tienes ataques de mucho miedo o de pánicos.					
5	Estás inquieto/a; no puedes estar sentado/a sin moverte.					
6	Sientes que algo malo te va a pasar.					
7	Te sientes enojado/a, malhumorado/a.					
8	Explotas y no puedes					

	controlarte.					
9	Necesitas golpear o lastimas a alguien.					
10	Necesitas romper o destrozar cosas.					
11	Te metes muy seguido en discusiones.					
12	Gritas o tiras cosas.					
13	Te sientes incómodo/a con personas del otro sexo.					
14	Sientes que no te comprenden.					
15	Sientes que no “caes bien a la gente”, que no les agradas.					
16	Te sientes inferior a los demás.					
17	Sientes incomodidad cuando te miran o hablan.					
18	Estas muy pendiente de lo que los demás puedan pensar de ti.					

Gracias por tu colaboración

ANEXO 2

Consentimiento Informado para Padres o Tutores

Estimado padre/madre de familia:

La referida investigación es conducida por Reynaldo Edgardo Mamani Centeno, Bachiller de Psicología de la Universidad Alas Peruanas, filial Tacna. Este estudio se realizará en la ciudad de Moquegua con 182 alumnos elegidos al azar, con la finalidad de realizar una investigación para conocer los niveles de depresión infantil, los niveles de desórdenes alimenticios, la existencia de rasgos psicopatológicos y la percepción de la dinámica familiar por parte de los estudiantes. Los resultados de este estudio serán parte de una Tesis y a la vez servirán para ayudar a mejorar los programas de detección de niños y adolescentes que presenten síntomas depresivos, así como también ser una herramienta útil para los psicólogos de nuestra localidad.

Si usted está de acuerdo en permitir que su hijo(a) participe, le pediremos a él/ella que complete un cuestionario en los próximos días. La duración de toda la evaluación no llevará más de 20 minutos previamente coordinados con la dirección del colegio y el profesor responsable del aula.

La información recopilada acerca de su hijo(a) se tratará en forma confidencial. La información se usará para fines del estudio y sin ningún otro propósito. Los padres de familia, el personal de la escuela y otros estudiantes no tendrán acceso a esta información. No se usará el nombre de su hijo(a) en ninguno de los informes. Para que su hijo(a) participe en el estudio, AMBOS,

usted y su hijo(a), deben estar de acuerdo en participar. Su decisión sobre la participación de su hijo(a) en este estudio es completamente voluntaria. La presente investigación está autorizada por el Director del centro educativo.

De tener preguntas sobre la participación de su menor hijo en este estudio, puede contactar a Reynaldo Edgardo Mamani Centeno al teléfono: 941090019.

POR FAVOR COMPLETE Y ENVÍE AL COLEGIO CON SU HIJO/A ESTA PARTE

DEL DOCUMENTO, A MÁS TARDAR EL DIA DE MAÑANA.

Nombre del/de la niño(a): _____

Lea la información a continuación y marque uno de los recuadros.

- ACEPTO que mi hijo(a) participe en las encuestas para esta investigación.
- NO ACEPTO que mi hijo(a) participe en las encuestas para esta investigación.

Firma del padre/tutor: _____

Nombre del padre/tutor: _____

Fecha: _____

Desde ya le agradecemos su participación.

ANEXO 3

Factores asociados a la depresión en los estudiantes de 1º, 2º y 3º año de secundario de la institución educativa Señor de los Milagros del C.P.M. Chen Chen – Moquegua, en el año 2016

Problema	Objetivos	Hipótesis
<p>Problema principal</p> <p>¿Cuáles son los factores asociados a la depresión en los estudiantes del 1º, 2º y 3º año de nivel secundario de la Institución Educativa Señor de los Milagros del C.P.M. Chen Chen – Moquegua?</p>	<p>Objetivo general</p> <p>Determinar los factores asociados a la depresión en los estudiantes del 1º, 2º y 3º año de nivel secundario de la Institución Educativa Señor de los Milagros del C.P.M. Chen Chen – Moquegua.</p>	<p>Hipótesis general</p> <p>La dinámica familiar, los rasgos de personalidad y los desórdenes alimenticios se asocian a la depresión en los estudiantes del 1º, 2º y 3º año de nivel secundario de la Institución Educativa Señor de los Milagros del C.P.M. Chen Chen – Moquegua.</p>
<p>Problemas secundarios</p> <p>A. ¿Cuáles son los niveles de depresión en la población escolar de 1º, 2º y 3º año de secundaria de la I.E. Señor de los Milagros del C.P.M. Chen Chen – Moquegua?</p>	<p>Objetivos específicos</p> <p>A. Identificar los niveles de depresión en la población escolar de 1º, 2º y 3º año de secundaria de la I.E. Señor de los Milagros del C.P.M. Chen Chen.</p>	<p>Hipótesis específicas</p> <p>A. Existe un nivel alto de depresión en la población escolar de 1º, 2º y 3º año de secundaria de la I.E. Señor de los Milagros del C.P.M. Chen Chen.</p>

<p>B. ¿Cómo se asocia la dinámica familiar con la depresión en los estudiantes del 1º, 2º y 3º año de nivel secundario de la I.E. Señor de los Milagros del C.P.M. Chen Chen – Moquegua?</p> <p>C. ¿Cuáles son los rasgos psicopatológicos asociados a la depresión en los estudiantes del 1º, 2º y 3º año de nivel secundario de la I.E. Señor de los Milagros del C.P.M. Chen Chen – Moquegua?</p> <p>D. ¿Cómo se asocia los desórdenes alimenticios con la depresión en los estudiantes del 1º, 2º y 3º año de nivel secundario de la I.E. Señor de los Milagros del C.P.M. Chen Chen – Moquegua?</p>	<p>B. Determinar si la dinámica familiar está asociada a la depresión en los estudiantes del 1º, 2º y 3º año de nivel secundario de la I.E. Señor de los Milagros del C.P.M. Chen Chen.</p> <p>C. Determinar si los rasgos psicopatológicos están asociados a la depresión en los estudiantes del 1º, 2º y 3º año de nivel secundario de la I.E. Señor de los Milagros del C.P.M. Chen Chen.</p> <p>D. Determinar cómo se asocia los desórdenes alimenticios con la depresión en los estudiantes del 1º, 2º y 3º año de nivel secundario de la I.E. Señor de los Milagros del C.P.M. Chen Chen.</p>	<p>B. La dinámica familiar está asociada a la depresión en los estudiantes del 1º, 2º y 3º año de nivel secundario de la I.E. Señor de los Milagros del C.P.M. Chen Chen.</p> <p>C. Los rasgos psicopatológicos están asociados a la depresión en los estudiantes del 1º, 2º y 3º año de nivel secundario de la I.E. Señor de los Milagros del C.P.M. Chen Chen.</p> <p>D. Los desórdenes alimenticios están asociados a la depresión en los estudiantes del 1º, 2º y 3º año de nivel secundario de la I.E. Señor de los Milagros del C.P.M. Chen Chen.</p>
--	---	---