



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE PSICOLOGÍA

“SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN ADOLESCENTES DE UN
COLEGIO ESTATAL MIXTO DE LIMA METROPOLITANA”

Tesis para optar el título profesional de:

Licenciada en Psicología

Autora:

Jessica Mabel Orbegoso Pérez

Asesor:

Mg. Janeth Imelda Suárez Pasco

Lima - Perú

2021

DEDICATORIA

A mi padre, que me ha enseñado el significado del esfuerzo y la entrega.

A Nicole, porque todo lo que hago lo hago pensando en ti.

A mi madre, por estar presente sin estarlo.

AGRADECIMIENTO

A mi padre, por su apoyo incondicional.

TABLA DE CONTENIDOS

DEDICATORIA.....	2
AGRADECIMIENTO	3
ÍNDICE DE TABLAS.....	5
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	7
RESUMEN	8
CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN	9
CAPÍTULO II. MÉTODO	24
CAPÍTULO III: RESULTADOS.....	28
CAPÍTULO IV. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	67
REFERENCIAS.....	81
ANEXOS.....	89

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	29
Tabla 2	31
Tabla 3	33
Tabla 4	34
Tabla 5	35
Tabla 6	37
Tabla 7	38
Tabla 8	39
Tabla 9	40
Tabla 10	41
Tabla 11	42
Tabla 12	43
Tabla 13	48
Tabla 14	49
Tabla 15	49
Tabla 16	50
Tabla 17	50
Tabla 18	51
Tabla 19	51
Tabla 20	52
Tabla 21	52
Tabla 22	53

Tabla 23	53
Tabla 24	54
Tabla 25	54
Tabla 26	55
Tabla 27	55
Tabla 28	56
Tabla 29	56
Tabla 30	57
Tabla 31	57
Tabla 32	58
Tabla 33	58
Tabla 34	59
Tabla 35	59
Tabla 36	60
Tabla 37	60
Tabla 38	61
Tabla 39	61
Tabla 40	62
Tabla 41	62
Tabla 42	63
Tabla 43	63
Tabla 44	64
Tabla 45	64
Tabla 46	65
Tabla 47	65

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Estructura Factorial propuesta	36
Gráfico 2. Histograma para la variable edad	40
Gráfico 3. Gráfico de sectores para la variable género	41
Gráfico 4. Gráfico de barras para la variable grado	42
Gráfico 5. Gráfico de histograma para el factor Depresión	44
Gráfico 6. Gráfico de histograma para la dimensión Desmoralización	44
Gráfico 7. Gráfico de histograma para la dimensión Cólera y tristeza	45
Gráfico 8. Gráfico de histograma para la Anhedonia.....	46
Gráfico 9. Gráfico de histograma para la Baja autoestima.....	46
Gráfico 10. Gráfico de histograma para la dimensión Somático-vegetativo	47
Gráfico 11. Gráfico de histograma para la dimensión Ansiedad escolar.....	48

RESUMEN

La depresión es un estado que produce discapacidad y genera problemas de salud a nivel mundial, afectando a más de 300 millones de personas y existiendo un incremento desde el 2015 (OMS,2017). Dada la magnitud de este constructo, se realiza esta investigación que lleva por título “Sintomatología depresiva en adolescentes de un colegio estatal mixto de Lima Metropolitana” teniendo como población 110 adolescentes de un colegio estatal mixto, de nivel de investigación: descriptivo-comparativo, de diseño no experimental-transversal. Para esta investigación se utilizó la Escala de depresión para adolescentes de Reynolds (EDAR) en su adaptación por Ugarriza y Escurra (2002), obteniendo puntajes significativos en la dimensión cólera y tristeza y dimensión ansiedad escolar, como puntajes promedios baja autoestima, y la dimensión somático-vegetativo, como puntajes no significativos en la dimensión desmoralización y la dimensión de anhedonia. Como puntaje total, se obtuvo puntajes promedio, presentando una media de 61,33 y una desviación estándar de 11,799.

Palabras clave: Adolescentes, depresión, descriptivo-comparativo

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN

1.1. Realidad problemática

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017) la depresión es un estado que produce discapacidad y genera problemas de salud a nivel mundial, afecta a más de 300 millones de personas y existe un incremento desde el 2015. Los porcentajes de depresión infantil se estiman entre un 8% y 10%, teniendo una prevalencia igual en niños y en niñas de 2% y el 5% en la infancia (Del Barrio, 2000). En la adolescencia esta cifra cambia de 2:1 en las mujeres; al instalarse a temprana edad, es alto el riesgo de suicidio o intento de suicidio, siendo el trastorno depresivo una de las primordiales causas de mortalidad y morbilidad (Pacheco y Chaskel, 2016).

Un estudio realizado en el Perú en el año 2012 (Ramos, 2018) refiere que las enfermedades neuropsiquiátricas son unos de los principales factores de disfuncionalidad y mortalidad, ya que solo las personas con depresión presentan un alto riesgo de suicidio 44 veces mayor que los que no presentan esta condición, afectando principalmente a los adolescentes. De acuerdo con el Instituto Nacional de Salud Mental, “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi” (INSM “HD-HN”) en esta población específica 4 de cada 100 adolescentes han atentado contra su vida. La incidencia del comportamiento suicida de las mujeres es significativamente más alta que la de los hombres (tasa de prevalencia anual, mensual y anual de deseo de muerte, pensamientos suicidas, tasa de suicidio, plan de suicidio y prueba de vida) (INSM “HD-HN”, 2012).

La depresión en la población infanto-juvenil, es una condición crónica que puede llegar a persistir en la adultez clasificándose en una depresión severa o recurrente (Vargas,

Tovar & Valverde, 2010). Las sintomatologías se manifiestan por comportamiento o malestar físico, todo lo opuesto a los adultos que presentan sintomatología depresiva típicas. De igual forma, se puede expresar en alteraciones de su desarrollo psicosocial, dificultades escolares, problemas familiares o con sus pares (Borghero et al., 2018).

Actualmente la depresión en la adolescencia ha cobrado mayor relevancia por las consecuencias y afectación en la salud pública. Por lo que los sistemas de clasificación más utilizados para la depresión son los de la American Psychiatric Association (APA, 2013) (Manual Diagnóstico y Estadístico, DSM-5) y los de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10). Para el diagnóstico de depresión mayor según el DSM-5 los síntomas deben estar presentes por más de dos semanas y debe presentar cambios funcionales. De igual forma, se debe identificar 5 o más síntomas:

- Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, en niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.
- Disminución significativa de interés o placer en las actividades la mayor parte del día.
- Pérdida o aumento de peso sin dieta y de apetito casi todos los días. En los niños, considerar la imposibilidad de lograr el aumento de peso esperado.
- Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
- Agitación o retraso psicomotor casi todos los días.
- Fatiga o pérdida de energía
- Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada.
- Disminución de la capacidad para concentrarse o tomar decisiones.
- Pensamiento de muerte recurrente, ideas suicidas, intento de suicidio o un plan para llevarlo a cabo.

En la clasificación del CIE-10 (World Health Organization, 2000), la depresión se determina por la pérdida de la capacidad del disfrute e interesarse por las cosas que le

causaba placer, presencia del humor depresivo, disminución de actividades, de vitalidad, atención, concentración, sentimientos de inferioridad, pérdida de confianza, sentimientos de inutilidad e inferioridad, pensamientos o actos suicidas desesperanza en el futuro, disminución o aumento del apetito y alteraciones del sueño.

Por otro lado, existen diferencias al diagnosticar la depresión según su sistema de clasificación. Es decir, Para el CIE-10 dependiendo de la severidad y presencia de la sintomatología, se puede catalogar como episodio depresivo leve, moderado o severo, cuando se presenta solo un episodio y trastorno depresivo recurrente cuando se presenta más de un episodio. A diferencia del DSM IV-TR, donde se cataloga a la depresión en diferentes trastornos según su sintomatología, con diferentes términos como depresión mayor, distimia, entre otros (Arenas, 2009).

De acuerdo con la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y Adolescencia (2018) el desarrollo juvenil implica importantes actividades físicas, cognitivas y sociales, que plantea un gran desafío de adaptación, agitación frecuente, incomodidad, malentendidos o cambios de humor; estas actuaciones generalmente disminuyen con el tiempo. Sin embargo, en este rango de edad los clínicos a menudo necesitan distinguir entre las expresiones emocionales desarrolladas normativamente y las de depresión.

Dentro de esta población, los hallazgos científicos informan relaciones importantes entre el entorno donde se desenvuelven y su salud mental, puesto que al detectarlo tempranamente se pueden predecir variables psicológicas asociadas que repercuten en su bienestar psicológico como: estrés, abuso de sustancias, discapacidad laboral, bajo niveles de apoyo social, sintomatología depresiva en la adultez, trastorno de personalidad y conductas agresivas (Contreras, Hernández, & Freyre, 2015).

Adolescencia:

La adolescencia es una transición del ser humano donde se deja la infancia y se prepara para entrar a la vida adulta. Caracterizándose por la separación del sistema familiar y el desenvolvimiento en una sociedad más amplia; donde se conduce a nuevas relaciones significativas, cambios psicológicos y sociales (Krauskopf, 2003). Esta fase se lleva a cabo entre los 10 y 19 años que se determina por factores biológicos, sociales o culturales y económicos (OMS, 2014).

Adolescencia y depresión:

La depresión mayor en la adolescencia se expresa a través de conductas desafiantes, hostiles o coléricas, además de conductas negligentes. Siendo esto una de las características importantes para el diagnóstico depresivo, ya que la tristeza profunda se puede camuflar mediante las conductas de irritabilidad o cólera en la población infanto-juvenil (Mesones, 2010; Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia ,2018; World Health Organization, 2000).

Nardi (2004) realiza un artículo donde da a conocer las diferentes formas de expresión de la depresión en los adolescentes y las modalidades de intervención. Donde el autor, presenta las causas que pueden llevar a este trastorno del humor, así como da relevancia a la explicación de los procesos madurativos de los adolescentes y el cambio de humor a través de aspectos biológicos.

Por otro lado, un estudio realizado en Paraguay a estudiantes de colegios públicos y privados llegó a la conclusión que los factores asociados al síndrome depresivo son: violencia psicológica, apreciación de sobreprotección, protección de un solo padre

biológico, abuso físico y abuso sexual en las féminas que participaron en la investigación; principalmente estos factores se expresan en el entorno familiar (Arrom et al., 2015). Al ser expuesto a estos abusos a temprana edad como en la infancia, los adolescentes tienen mayor probabilidad de expresar síntomas depresivos. Sin embargo, la prevalencia en mujeres es 7 veces mayor que en los hombres. Así como mayor posibilidad de tener ideación suicida a lo largo de su vida. (McHolm et al., 2003)

En el 2012 se realizó una investigación para determinar sintomatologías depresivas en adolescentes de una institución educativa de Ecuador teniendo como muestra a 252 estudiantes, de noveno, décimo y undécimo. El instrumento empleado fue la Escala de Depresión para Adolescentes de Reynolds, por su alta fiabilidad de consistencia interna siendo este de 0.91 a 0.96 a diferencias de la escala Hamilton con una fiabilidad de 0.76 % y en la escala de Zung con una fiabilidad del 0.71 a 0.89. Llegando a la conclusión que la escala de Reynolds presenta una alta especificidad en la detección inicial de la depresión. Como resultado, la edad promedio que presentaron depresión e ideación suicida fue en adolescentes de 15 a 16 años a diferencia de los rangos de edades de 13 a 14 años y concluyendo que existe una mayor prevalencia en el sexo femenino (Amezquita, Gonzáles & Zuluaga, 2008; Apráez et al., 2012).

Según Navarro, Moscoso & De la Cruz (2017) en el Perú desde el 2000 al 2016 existen 31 artículos publicados relacionados a la depresión en adolescentes. Sin embargo, estas presentan inconsistencia en la investigación, en el muestreo, en el procedimiento y en los instrumentos. Solo 9 investigaciones reportaron prevalencia de depresión y presenta una estructura sólida donde manifiestan el diseño de investigación, es decir las investigaciones restantes carecían de ellas. Al realizar el filtro, solo 11 investigaciones pertenecían al área de Ciencias de la Salud, 8 de psicología y 2 multidisciplinarias. De ellos 19 se han publicado en revistas peruanas y las dos restantes son de revistas

internacionales, siendo la característica de la muestra, adolescentes de nacionalidad peruana, llegando a la conclusión que las investigaciones encontradas carecen de credibilidad y consistencia, existiendo una necesidad de reproducción científica confiable en Perú.

Dominguez-Lara (2016) realizó una investigación de síntomas depresivos en una muestra de adolescentes escolarizados de Lima y diferencias según género, empleando el instrumento de Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2) que examina los aspectos emocionales y cognitivos que estén vinculados con los síntomas depresivos como desesperanza, desánimo, desinterés en las cosas y displacer. Se tuvo 589 adolescentes de la edad de 13 a 17 años como muestra y al igual que Vargas, Tovar & Valverde (2010) hallaron que la prevalencia de depresión en adolescentes de Lima Metropolitana y Callao es igual o mayor en adolescentes de otros países según su investigación reportada. Además, concuerdan que las edades que presentan mayor prevalencia de sintomatología son de 15 a 17 años, encontrando mayor incidencia en mujeres. Para Arenas (2009) y Mamani & Quispe (2016) la familia brinda apoyo social y emocional para que los miembros puedan responder a la crisis, Pero si la familia es disfuncional en estas áreas, afectará su cohesión y adaptabilidad. Los resultados indican que los adolescentes con depresión perciben a sus familias estructuralmente dispersa pudiendo ser un factor para la expresión de sintomatologías depresivas. Por otro lado, los ámbitos donde se desenvuelven y más tiempo transcurren en la adolescencia es en casa y en los colegios, pudiendo identificar significancia de la depresión con el rendimiento académico. Es decir, a mayor sintomatología depresiva menos rendimiento académico (Ramos & Solorzano, 2015).

En Perú, Ugarriza & Ecurra en el 2002 realizaron una Adaptación psicométrica de la Escala de Depresión para Adolescentes de Reynolds (EDAR) en estudiantes de

Secundaria de Lima Metropolitana de 49 distritos de Lima y diferentes estratos socioeconómicos, entre la edad de 12 y 18 años, teniendo como muestra 1.963 adolescentes. Siendo la primera estandarización de escala de depresión para adolescentes, teniendo como muestra adolescentes escolares. Además de identificar los niveles de la sintomatología depresiva es un método eficaz para dar iniciativa a la exploración de otras problemáticas que pueda tener los adolescentes, ya que la depresión puede estar asociada a otras alteraciones tanto mentales como conductuales entre ellos las que más incidencia presentan son, bajo rendimiento académico, abuso de sustancias psicoactivas y problemas de comportamientos. Dentro del análisis de la escala de EDAR, se identificaron 6 dimensiones; las cuales fueron las siguientes: dimensión de desmoralización, de cólera y tristeza, de anhedonia, de baja autoestima, de somático-vegetativo y de ansiedad escolar.

Para Rudilla et al., (2015) la desmoralización es la aparición de desánimo, desgano, desaliento, fracaso en todo lo que puede realizar la persona y la pérdida del sentido de la vida. Por otro lado, tras una revisión bibliográfica exhaustiva se identifica que la variable desmoralización solo es estudiada en personas que se encuentran al final de su vida y en condiciones médicas graves como en cuidados paliativos. Existiendo una carencia de estudios en la adolescencia (García-Soriano & Bareto, 2008; Kelly et.al., 2002; Kissane et al., 2001; Ramos et al.,2018).

Adriazola (2018) en su investigación “Clima social familiar, expresión de cólera-hostilidad y personalidad en adolescentes de familia nuclear biparental y monoparental” determina que la familia tiende a ser el soporte emocional como económico en la adolescencia, ayudándoles a la adaptación que la sociedad les demande. Es por ello, que al realizar la comparación de familias nucleares biparentales y monoparentales se halla que existe mayor índice de cólera y hostilidad en adolescentes con un solo padre. Por otro lado, se determina que no existe diferencias significativas de acuerdo con el sexo, no

siendo determinante para la aparición de dicha variable. De forma similar, un estudio realizado en Lima Metropolitana por Muro (2010), tuvo como finalidad describir los niveles de cólera e indicadores de acoso escolar en estudiantes de una institución educativa pública, donde descubrió diferencias de cólera en la adolescencia, precisando que a menor edad mayor los niveles de cólera manifiesta. Estos resultados fueron semejantes en la tesis de Ramos (2015), encontrando que en el grado de 4° y 5° de secundaria existía un mejor control de impulsos.

Según Olivares (1995), la Anhedonia se caracteriza por la pérdida del placer o no encontrar goce en las actividades que antes disfrutaba; así también es llamado aplanamiento afectivo. Cabe resaltar, que en su estudio se evidencia que la anhedonia se presenta con mayor frecuencia en personas que tienen esquizofrenia. En contraposición Klein (1974) siendo uno de los primeros en investigar este término y la prevalencia de ella, para Klein la anhedonia se cataloga dentro de los síntomas de depresión siendo indispensable para el diagnóstico depresivo. No obstante, en España se realizó una investigación con el objetivo de identificar la “prevalencia y características depresivas en adolescentes no clínicos” por Fonseca-Pedrero et al., (2011) en el cual se utilizó el EDAR de Reynolds, donde se halló resultados no significativos en la dimensión anhedonia en función de la edad y sexo, a diferencia de la dimensión disforia y quejas somáticas donde se detectó prevalencia en el sexo femenino.

Para Sebastián (2012) la autoestima es el valor que la persona se da a sí misma y el conocimiento de sus propias cualidades y cómo estas le hace ser la persona que es. Además, la autoestima se va construyendo a través de la realidad que va viviendo la persona y esto está influido por la cultura, factores sociales, familiares y entre sus pares. La baja autoestima se caracteriza por presentar sentimientos de inferioridad, desánimo o desgano, miedo e inseguridad, preocupación excesiva por el que dirán dificultando su

desenvolvimiento con normalidad, además de evitar nuevas responsabilidades por sentirse incapaz de afrontar nuevos retos, se le suele ver decaído, retraído, sensibles a las críticas de los demás y duro al realizarse autocríticas, presentan pocas habilidades sociales (Panesso & Arango, 2017).

La investigación realizada por Navarro, Tomas & Oliver (2006), tiene como objetivo explorar las relaciones de los factores de autoestima con las variables atributivas: sociodemográficas, personales, familiares, académicas. Los factores del cuestionario Autoconcepto AF-5 fueron: académica, social, familiar, emocional y física. Dentro de su estudio exploratorio, encontró que las variables atributivas sexo y edad no eran significativas, puesto que no se encontró diferencias entre ellas. Orteaga et al., (2014), determinó que los estudiantes que presentaron baja autoestima tenían mayor prevalencia al presentar depresión, además de manifestar mayores dificultades académicas deteriorando su rendimiento académico.

Según López et. al (2010), las quejas somáticas se encuentran dentro de los síndromes internalizantes guardando relación con la labilidad, las obsesiones, los problemas somáticos, miedos, fobias, entre otros. Además, las somatizaciones se pueden expresar mediante cefaleas, vértigos, problemas de la vista, erupciones cutáneas, dolores de estómago, contracciones, vómitos, entre otros. En la investigación de Lemos et al., (1992) titulado “Salud mental de los adolescentes asturianos”, determina que las conductas internalizadas, presentan mayor incidencia en el sexo femenino a comparación del sexo masculino. Es decir, las mujeres presentan mayor alteración del humor, ansiedad y síntomas fisiológicos en comparación a los hombres que predominan en alteraciones conductuales como agresividad y en la violación de las reglas. Similares a los resultados obtenidos por Alarcón & Bárrig (2015) en su investigación “Conductas internalizantes y externalizantes en adolescentes”, donde se tuvo como muestra a 298 adolescentes entre

las edades de 12 a 18 años de sexo femenino y masculino; teniendo como resultados significativos y presentando diferencia de acuerdo al sexo, ya que las mujeres tienen prevalencias en las quejas somáticas, ansiedad y depresión; sin embargo, no se encontraron diferencias significativas en la variable edad.

Por otro lado, Alcántara et al., (2013), en su investigación “Alteraciones psicológicas en menores expuestos a violencia de género: Prevalencia y diferencias de género y edad” explora las dimensiones del Child Behavior Checklist (CBCL) las cuales mediante el análisis factorial se identificaron 8 síndromes depresivos que fueron: ansiedad/depresión, retraimiento, problemas somáticos, problemas sociales, del pensamiento, de atención, conducta disruptiva y conducta agresiva. Dentro de sus resultados se aprecia que solo en la dimensión problemas sociales, se encontró diferencias estadísticamente significativas, de acuerdo con su edad y sexo, difiriendo de los anteriores autores.

La ansiedad escolar, según García-Fernández, Inglés, Martínez-Monteagudo y Redondo, (2008). Es una desadaptación que se manifiesta por medio de respuestas fisiológicas, a través de la cognición y por medio del comportamiento; todos estos procesos se activan cuando el adolescente se encuentra en una situación amenazante o peligrosa haciendo que el individuo se encuentre incapacitado. De la misma manera, asevera que de acuerdo con su desarrollo evolutivo la ansiedad gradualmente se vuelve severa con sintomatologías más intensas, ocasionándole alteraciones en su adaptación. Dentro de las instituciones educativas existen situaciones que pueden activar la ansiedad escolar como el castigo, la agresión, la evaluación de sus pares y la evaluación escolar (Martínez-Monteagudo, Inglés, Trianes & García-Fernández, 2011). Para González et al., (2016) en su estudio “Diferencias en ansiedad escolar y autoconcepto en adolescentes chilenos”, hallando relevancia que a menor autoconcepto mayor presencia de ansiedad

escolar. Es decir, al existir predominancia en la ansiedad escolar, el estudiante se identifica como incapaz de afrontar los retos educativos, presenta menor autoestima, tiene dificultad para relacionarse y desenvolverse en su ambiente.

En la investigación ¿Cómo se relaciona la ansiedad escolar con el rendimiento académico? realizada por García-Fernández et al., (2013), teniendo una muestra de 520 estudiantes entre las edades de 12 a 18 años, se identificó que la ansiedad escolar se encuentra presente en alumnos con alto rendimiento y bajo rendimiento. Sin embargo, cada uno de ellos se caracteriza por el valor que le da cada área de su vida; por ejemplo, los estudiantes que presentaron alto rendimiento tenían puntuaciones más altas en ansiedad ante el fracaso, castigo escolar, ansiedad ante la agresión, ansiedad conductual y psicofisiológica, a diferencia de las personas que tenían bajo rendimiento escolar que se hallaron puntuaciones altas en ansiedad psicofisiológica. Concluyendo que los estudiantes que presentan mayor ansiedad ante el fracaso escolar y castigo tienen la probabilidad de tener éxito a diferencia de los estudiantes que tiene alta ansiedad ante la evaluación social.

Por lo expuesto anteriormente la presente tesis, tiene como justificación teórica avalar por medio de los resultados la vigencia de la teoría en el contexto peruano. Por lo expuesto anteriormente, la depresión es una alteración del ánimo que en la adolescencia es difícil de detectar, puesto que existen factores biológicos y sociales, que dificultan discernir la sintomatología depresiva en esta población. Sin embargo, la depresión es unas de las alteraciones del humor que a nivel mundial y nacional trae consecuencias de mortalidad y disfuncionalidad en un futuro como en las áreas laborales, educativas, entre otras, por lo que es de interés público. Teniendo como justificación práctica, conocer la sintomatología depresiva en alumnos de una institución estatal-mixta, ya que al detectar la intensidad de los síntomas a temprana edad se pueden prevenir alteraciones

psicológicas y/o comportamentales que afecten o atenten contra su propia vida como ideaciones suicidas o propiamente dicho el suicidio.

1.2. Formulación del problema

¿Qué sintomatología depresiva presentan los adolescentes de un colegio estatal mixto de Lima Metropolitana?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

- Conocer la sintomatología depresiva en adolescentes de un colegio estatal mixto de Lima Metropolitana.

1.3.2. Objetivos específicos

- Identificar las puntuaciones de la dimensión de desmoralización en adolescentes de un colegio estatal mixto de Lima Metropolitana.
- Comparar las puntuaciones de la dimensión de desmoralización en adolescentes de un colegio estatal mixto de Lima Metropolitana de acuerdo con el sexo.
- Comparar las puntuaciones de desmoralización en adolescentes de un colegio estatal mixto de Lima Metropolitana de acuerdo con la edad.
- Identificar las puntuaciones de expresiones emocionales vinculadas a la cólera y tristeza en adolescentes de un colegio estatal mixto de Lima Metropolitana.
- Comparar las puntuaciones de expresiones emocionales vinculadas a la cólera y tristeza en adolescentes de un colegio estatal mixto de Lima Metropolitana de acuerdo con el sexo.
- Comparar las puntuaciones de expresiones emocionales vinculadas a la cólera y tristeza en adolescentes de un colegio estatal mixto de Lima Metropolitana de acuerdo con la edad.
- Identificar las puntuaciones de anhedonia en adolescentes de un colegio estatal mixto de Lima Metropolitana.

- Comparar las puntuaciones de anhedonia en adolescentes de un colegio estatal mixto de Lima Metropolitana de acuerdo con el sexo.
- Comparar las puntuaciones de anhedonia en adolescentes de un colegio estatal mixto de Lima Metropolitana de acuerdo con la edad.
- Identificar las puntuaciones de baja autoestima en adolescentes de un colegio estatal mixto de Lima Metropolitana.
- Comparar las puntuaciones de baja autoestima en adolescentes de un colegio estatal mixto de Lima Metropolitana de acuerdo con el sexo.
- Comparar las puntuaciones de baja autoestima en adolescentes de un colegio estatal mixto de Lima Metropolitana de acuerdo con la edad.
- Identificar las puntuaciones de componentes somáticos- vegetativos en adolescentes de un colegio estatal mixto de Lima Metropolitana.
- Comparar las puntuaciones de componentes somáticos- vegetativos en adolescentes de un colegio estatal mixto de Lima Metropolitana de acuerdo con el sexo.
- Comparar las puntuaciones de componentes somáticos- vegetativos en adolescentes de un colegio estatal mixto de Lima Metropolitana de acuerdo con la edad.
- Identificar las puntuaciones de ansiedad escolar en adolescentes de un colegio estatal mixto de Lima Metropolitana.
- Comparar las puntuaciones de ansiedad escolar en adolescentes de un colegio estatal mixto de Lima Metropolitana de acuerdo con el sexo.
- Comparar las puntuaciones de ansiedad escolar en adolescentes de un colegio estatal mixto de Lima Metropolitana de acuerdo con la edad.

1.4. Hipótesis

1.4.1. Hipótesis general

- Existe sintomatología depresiva en adolescentes de un colegio estatal mixto de Lima Metropolitana.

1.4.2. Hipótesis específicas

- Existe una puntuación alta de desmoralización en adolescentes de un colegio estatal mixto de Lima Metropolitana.

- Existe diferencias entre las puntuaciones promedio de desmoralización en adolescentes de un colegio estatal mixto de Lima Metropolitana de acuerdo con el sexo.
- Existe diferencias entre las puntuaciones promedio de desmoralización en adolescentes de un colegio estatal mixto de Lima Metropolitana de acuerdo con la edad.
- Existe una puntuación alta de expresiones emocionales vinculadas a la cólera y tristeza en adolescentes de un colegio estatal mixto de Lima Metropolitana.
- Existe diferencias entre las puntuaciones promedio de expresiones emocionales vinculadas a la cólera y tristeza en adolescentes de un colegio estatal mixto de Lima Metropolitana de acuerdo con el sexo.
- Existe diferencias entre las puntuaciones promedio de expresiones emocionales vinculadas a la cólera y tristeza en adolescentes de un colegio estatal mixto de Lima Metropolitana de acuerdo con la edad.
- Existe una puntuación alta de anhedonia en adolescentes de un colegio estatal mixto de Lima Metropolitana.
- Existe diferencias entre las puntuaciones promedio de anhedonia en adolescentes de un colegio estatal mixto de Lima Metropolitana de acuerdo con el sexo.
- Existe diferencias entre las puntuaciones promedio de anhedonia en adolescentes de un colegio estatal mixto de Lima Metropolitana de acuerdo con la edad.
- Existe una puntuación alta de baja autoestima en adolescentes de un colegio estatal mixto de Lima Metropolitana.
- Existe diferencias entre las puntuaciones promedio de baja autoestima en adolescentes de un colegio estatal mixto de Lima Metropolitana de acuerdo con el sexo.

- Existe diferencias entre las puntuaciones promedio de baja autoestima en adolescentes de un colegio estatal mixto de Lima Metropolitana de acuerdo con la edad.
- Existe una puntuación alta de componentes somáticos- vegetativos en adolescentes de un colegio estatal mixto de Lima Metropolitana.
- Existe diferencias entre las puntuaciones promedio de componentes somáticos- vegetativos en adolescentes de un colegio estatal mixto de Lima Metropolitana de acuerdo con el sexo.
- Existe diferencias entre las puntuaciones promedio de componentes somáticos- vegetativos en adolescentes de un colegio estatal mixto de Lima Metropolitana de acuerdo con la edad.
- Existe una puntuación alta de ansiedad escolar en adolescentes de un colegio estatal mixto de Lima Metropolitana.
- Existe diferencias entre las puntuaciones promedio de ansiedad escolar en adolescentes de un colegio estatal mixto de Lima Metropolitana de acuerdo con el sexo.
- Existe diferencias entre las puntuaciones promedio de ansiedad escolar en adolescentes de un colegio estatal mixto de Lima Metropolitana de acuerdo con la edad.

CAPÍTULO II. MÉTODO

2.1. Tipo de investigación

La presente investigación es de diseño no experimental-transversal ya que no existe manipulación de variables ni grupos de control aleatorios (Ato, López y Benavente, 2013). El nivel de investigación es descriptivo-comparativo el cual se basa en la observación y cuantificación de las características de un grupo, sin la vinculación de causalidad (Tacillo, 2018).

2.2. Población-muestra:

Para este estudio se contó con adolescentes de sexo femenino y masculino de una institución educativa pública de Lima Metropolitana. La población-muestra fue de 110 adolescentes del 4° y 5° grado de secundaria.

2.3. Criterio de inclusión:

- Pertenecer al grupo de edad entre 14 y 17 años, de una sola institución educativa.
- Alumnos de 4° y 5° grado de secundaria.
- Asistencia a la aplicación del test.
- Participación voluntaria de los estudiantes.
- Estudiantes que sí cuenten con recursos tecnológicos.

2.4. Criterios de exclusión:

- Para esta investigación fueron los datos incompletos como edad y sexo.
- Descartes de pruebas al tener más de dos omisiones de preguntas.
- Que no se hayan presentado en las fechas de la aplicación.
- Estudiantes que no cuenten con recursos tecnológicos.

2.5. Técnicas e instrumentos de recolección y análisis de datos

Para la recolección de datos se utilizó la Escala de depresión para adolescentes de Reynolds (EDAR), con la adaptación de Ugarriza y Ecurra realizada en el 2002. Esta adaptación se llevó a cabo con una población de Lima- Perú, teniendo como 1.963 participantes que fueron escolares de sexo femenino y masculino; la edad de los participantes osciló entre los 13 y 18 años.

Esta prueba da a conocer la sintomatología depresiva en adolescentes dentro de la población escolar ya que cuenta con un factor propio que mide esta área. La adaptación arrojó 6 factores los cuales fueron: desmoralización, cólera y tristeza, anhedonia, baja autoestima, somático-vegetativo y ansiedad escolar.

Esta escala cuenta con 30 ítems y se emplea la respuesta tipo Likert, teniendo como alternativa: “casi nunca”, “rara vez”, “algunas veces” y “casi siempre”. Los ítems presentados, se encuentran orientados en tiempo presente para identificar síntomas actuales.

Por otro lado, la adaptación de la Escala de depresión para adolescentes de Reynolds (EDAR) presenta un coeficiente de alfa por encima de .87, demostrando consistencia interna. La confiabilidad por el método de mitades fue de .85 demostrando consistencia de las respuestas a los reactivos que evalúan la sintomatología depresiva. La confiabilidad de test-retest es .89, teniendo como estabilidad la sintomatología un periodo de dos semanas.

Para analizar la base de datos, en primer lugar, se tuvo que calcular la normalidad, el cual se realizó por medio de los estadísticos Kolmogorov-Smirnov o Shapiro-Wilk dependiendo la cantidad de la muestra que se quiso examinar. Al ser una investigación descriptiva, los posibles estadísticos para analizar las preguntas comparativas fueron, T de Student para muestras independientes o Anova de una Vía si es que el P-Valor fue mayor a 0.05 utilizando estadísticos paramétricos. En contraste, si la significancia era menor a este valor se empleó estadísticos no paramétricos como U de Mann-Whitney o H de Kruskal-Wallis. Es preciso recalcar que cada estadístico que se empleó fue dependiendo de la cantidad de la muestra y de la distribución respetando la regla de la

normalidad. Finalmente, se reportó la prueba de significancia de hipótesis nula (PSHN) utilizando el estadístico tamaño del efecto - Regla D de Cohen.

2.6. Procedimiento

Para llegar al objetivo de la investigación se siguieron varias etapas:

1. Se seleccionó el instrumento, según el año de publicación e investigaciones que sustentan su validez y confiabilidad dentro del contexto peruano y en la población específica.
2. Se seleccionó el lugar según las características de la población donde se aplicó la prueba, gestionando los permisos pertinentes para la aplicación de esta. Cabe resaltar, que en la actualidad las instituciones educativas públicas y privadas se encuentran atravesando un proceso adaptativo por la coyuntura que atraviesa el país, es por ello que la aceptación de los permisos tuvo un proceso de 1 mes y medio.
3. Se creó la versión electrónica de la escala seleccionada para su fácil acceso, ya que, por asuntos sanitarios, no se pudo aplicar el test presencialmente. Se tomó en cuenta las preguntas de investigación planteadas como las variables atributivas: sexo, edad y grado escolar.
4. Se difundió el enlace de la prueba a las autoridades pertinentes para posteriormente, realizar la aplicación masiva. Dentro de este proceso se presentaron dificultades, puesto que muchos de los alumnos pertenecientes de la institución educativa estatal, no contaban con recursos tecnológicos para desarrollar el cuestionario virtual.
5. De acuerdo con lo recolectado se depuró la base de datos según los criterios de exclusión o teniendo en cuenta los criterios de inclusión. Así mismo, antes del análisis de los resultados, se utilizaron principios de aquiescencia o disaquiescencia eliminando los casos con tendencia a colocar los ítems 4 o 1, puesto que al procesarse los datos con toda la información podría llegarse a resultados no reales por información extrema.
6. Se realizó el análisis estadístico para contrastar las hipótesis planteadas. Para ello se hizo el análisis psicométrico para corroborar el análisis de validez y confiabilidad, además se emplearon estadísticos descriptivos para identificar el comportamiento de las variables, y estadísticos inferenciales teniendo como finalidad responder las hipótesis de investigación.

7. Por otro lado, se elaboró la discusión donde se buscó la confrontación de los resultados obtenidos y los antecedentes expuestos, realizando un análisis y sustentando los resultados. Dicho esto, se dio paso a la conclusión donde se realizó la apreciación de lo hallado y cómo esto ayudó a resolver la pregunta de investigación.
8. Para finalizar, se realizó las recomendaciones acerca de la importancia de abordar las sintomatologías depresivas a temprana edad, puesto que podrían ayudar a prevenir alteraciones psicológicas y/o comportamentales que afecten o atenten contra su propia vida como ideaciones suicidas o propiamente dicho el suicidio.

2.7. Aspectos éticos

Dentro de esta investigación se consideran los aspectos éticos según el Código de ética profesional del Colegio de Psicólogos del Perú (2017). Esta investigación tiene lineamientos que buscan reflejar principios morales, respetando los derechos humanos y la competencia del profesional. Por lo que se tiene como pilares el respeto a la dignidad, la autonomía y la integridad.

Se respeta el artículo 25° del Código de Ética Profesional del Psicólogo Peruano, presentando un consentimiento informado antes de la aplicación del instrumento. Dentro de este, se menciona el objetivo de la prueba, en qué consiste, el tiempo aproximado que le tomará resolver la evaluación y la confidencialidad de la investigación. Ya que se busca, evitar riesgos que atenten contra la identidad del participante, exponiendo la responsabilidad científica (Martín, 2013). De igual forma dentro de la investigación se antepone la salud psicológica de los encuestados sobre los intereses de la investigación, cumpliendo con el artículo 26°. Finalmente, siguiendo el artículo 27°, la información brindada en esta investigación es verídica o sin alteraciones en los resultados o datos presentados, cumpliendo con el criterio de rechazar el plagio o falsificación, así como conflicto de intereses (Universidad Peruana Cayetano Heredia, curso: Conducta Responsable en Investigación, 27 de junio de 2020).

CAPÍTULO III: RESULTADOS

ANÁLISIS PSICOMÉTRICO

Todo test psicométrico debe tener la propiedad de confiabilidad y de validez. Según Argibay (2006), la validez tiene la capacidad de determinar si la prueba mide efectivamente lo que dice medir. Así mismo, valida las características o dimensiones que calcula el test. Por otro lado; según Aliaga (2007), la confiabilidad dentro de un análisis psicométrico refleja el margen de error que presenta la medición. Es decir, toda medición está formada por un valor verdadero y por el error. Mientras más alto es el valor del error, menor es la precisión del instrumento al medir el constructo.

Análisis de validez

El instrumento utilizado para esta tesis fue la adaptación de Ugarriza y Escurra (2002) de la Escala de depresión para adolescentes de Reynolds (EDAR). Esta prueba, tiene como autor original a William Reynolds el cual creó dos versiones de la escala, la primera (Reynolds, 1987) que cuenta con 6 dimensiones y la segunda (Reynolds, 2002) que cuenta con 4 dimensiones. La adaptación de Ugarriza y Escurra (2002) se realizó dentro del contexto peruano teniendo como muestra a adolescentes de 13 a 18 años de Lima-metropolitana; presentando en sus análisis de datos 6 dimensiones las cuales son: Desmoralización, Cólera y tristeza, Anhedonia, Baja autoestima, Somático-Vegetativo y Ansiedad escolar.

Sin embargo, se realizó validez de contenido para corroborar que los reactivos de la prueba sean representativos para el constructo que se desea medir. Para Escobar-Pérez & Cuervo-Martínez (2008) el análisis de contenido se realiza frecuentemente de dos formas, una de ellas consiste, en la evaluación de los ítems y su grado de relación con los planteamientos del constructo, por medio de jueces que presenten experticia y diversidad de conocimiento en el tema.

En este caso, se busca hallar el coeficiente de validez de contenido V de Aiken, teniendo como finalidad cuantificar la importancia de los ítems. Se recurrió a 3 jueces quienes revisaron los ítems y calificaron los reactivos de 1 al 5; cuando el resultado total se acerca más a 1 mayor será su validez de contenido (Merino & Livia, 2009).

Tabla 1

Resultados de análisis de contenido V de Aiken

Ítem	Juez 1	Juez 2	Juez 3	V de Aiken
1	1.00	1.00	1.00	1.00
2	1.00	1.00	1.00	1.00
3	1.00	1.00	1.00	1.00
4	1.00	1.00	1.00	1.00
5	1.00	1.00	1.00	1.00
6	1.00	1.00	1.00	1.00
7	1.00	1.00	1.00	1.00
8	1.00	1.00	1.00	1.00
9	1.00	1.00	1.00	1.00
10	1.00	1.00	0.50	0.83
11	1.00	1.00	1.00	1.00
12	1.00	1.00	1.00	1.00
13	1.00	1.00	1.00	1.00
14	1.00	1.00	1.00	1.00
15	1.00	1.00	1.00	1.00
16	1.00	1.00	1.00	1.00
17	1.00	1.00	1.00	1.00
18	1.00	1.00	1.00	1.00
19	1.00	1.00	1.00	1.00
20	1.00	1.00	1.00	1.00
21	1.00	1.00	0.50	0.83
22	1.00	1.00	1.00	1.00
23	1.00	1.00	1.00	1.00
24	1.00	1.00	1.00	1.00
25	1.00	1.00	1.00	1.00
26	1.00	1.00	1.00	1.00
27	1.00	1.00	1.00	1.00
28	1.00	1.00	1.00	1.00
29	1.00	1.00	1.00	1.00
30	1.00	1.00	1.00	1.00

Fuente: elaboración propia.

Como se aprecia en la Tabla 1, la validación de jueces se hizo por medio del V de Aiken, en el cual se obtuvo un valor de Aiken superior a 0,80. Teniendo como resultado en el ítem 10 y 21 un valor de 0,83 siendo este el más bajo.

Además, se reporta la validez de constructo a través del análisis factorial confirmatorio (AFC). Según Pérez-Gil, et al. (2000) El AFC, contrasta si las dimensiones y reactivos aportan al constructo, es decir si existe una alta aproximación al modelo teórico. Esto se da, ya que existe una estructura teórica previamente planteada.

Tabla 2

Tabla de análisis de cargas factoriales estandarizadas

Factor	ítems	Estimate	SE	Z	p	Cargas factoriales estandarizadas.
Desmoralización	A1	0.4070	0.0593	6.866	< .001	0.6200
	A3	0.6353	0.0915	6.946	< .001	0.6263
	A4	0.4993	0.0801	6.230	< .001	0.5731
	A5	0.3583	0.0752	4.763	< .001	0.4544
	A8	0.3871	0.0956	4.049	< .001	0.3937
	A9	0.6263	0.0797	7.859	< .001	0.6861
	A12	0.5214	0.0665	7.839	< .001	0.6870
	A13	0.4954	0.0925	5.356	< .001	0.5042
	A14	0.2849	0.0601	4.738	< .001	0.4512
	A20	0.7282	0.0688	10.576	< .001	0.8448
	A30	0.5031	0.0776	6.481	< .001	0.5911
Colera y Tristeza	A7	0.5770	0.0806	7.162	< .001	0.6635
	A16	0.5843	0.0886	6.597	< .001	0.6292
	A17	0.5799	0.0921	6.298	< .001	0.6023
	A18	0.4334	0.0869	4.989	< .001	0.4910
	A22	0.3655	0.0795	4.597	< .001	0.4585
	A26	0.4098	0.0870	4.710	< .001	0.4713
	A28	0.4332	0.0913	4.746	< .001	0.4713
Anhedonia	A10	0.3354	0.1181	2.839	0.005	0.4582
	A23	0.7654	0.2308	3.317	< .001	0.8121
	A25	0.1807	0.0755	2.394	0.017	0.3065
Baja Autoestima	A6	0.4706	0.0995	4.731	< .001	0.4822
	A15	0.4051	0.0893	4.537	< .001	0.4730
	A19	0.4414	0.0989	4.464	< .001	0.4534
	A21	0.6816	0.0935	7.291	< .001	0.6965
Somático-Vegetativo	A11	0.0800	0.0975	0.821	0.412	0.1080
	A24	0.9290	0.2692	3.450	< .001	0.8974
	A27	0.3121	0.1099	2.840	0.005	0.3564
	A29	0.0817	0.0935	0.874	0.382	0.0942
Ansiedad Escolar	A2	0.8793	0.0593	14.832	< .001	1.0000

Como se aprecia en la Tabla 2, la mayoría de las cargas factoriales se encuentran por encima de 0.3. En la dimensión somático-vegetativo en los ítems A11 y A29, se obtuvieron cargas factoriales menores a 0.30 por lo que se infiere que dichos ítems no aportan en gran medida a las dimensiones correspondientes.

Por otro lado, en la tabla 3 se observa la correlación entre las dimensiones de la prueba. En este caso es ideal que las correlaciones no sean tan altas (mayores a 0,800) ni tan bajas (menores a 0,300).

Tabla 3
Tabla de Factor Covarianza

		Estimate	SE	Z	p	Cargas factoriales
Desmoralización	Desmoralización	1.0000 ^a				
	Cólera y Tristeza	0.6869	0.0748	9.180	<.001	0.6869
	Anhedonia	0.1869	0.1198	1.560	0.119	0.1869
	Baja Autoestima	0.8626	0.0690	12.508	<.001	0.8626
	Somático-Vegetativo	0.1650	0.1470	1.123	0.261	0.1650
	Ansiedad Escolar	0.0301	0.1019	0.296	0.768	0.0301
Cólera y Tristeza	Cólera y Tristeza	1.0000 ^a				
	Anhedonia	0.0176	0.1442	0.122	0.903	0.0176
	Baja Autoestima	0.7093	0.0991	7.154	<.001	0.7093
	Somático-Vegetativo	0.5073	0.1613	3.146	0.002	0.5073
	Ansiedad Escolar	0.1784	0.1076	1.658	0.097	0.1784
Anhedonia	Anhedonia	1.0000 ^a				
	Baja Autoestima	0.1213	0.1460	0.831	0.406	0.1213
	Somático-Vegetativo	-0.0739	0.1372	-0.538	0.590	-0.0739
	Ansiedad Escolar	0.0788	0.1143	0.689	0.491	0.0788
Baja Autoestima	Baja Autoestima	1.0000 ^a				
	Somático-Vegetativo	0.0193	0.1390	0.139	0.890	0.0193
	Ansiedad Escolar	0.0260	0.1196	0.217	0.828	0.0260
Somático-Vegetativo	Somático-Vegetativo	1.0000 ^a				
	Ansiedad Escolar	0.2284	0.1401	1.631	0.103	0.2284
Ansiedad Escolar	Ansiedad Escolar	1.0000 ^a				

Como se observa en la tabla 3, las correlaciones entre las dimensiones que más cerca se encuentran al puntaje 1.0 es la dimensión desmoralización con la dimensión cólera y tristeza y desmoralización con baja autoestima. La cual fue de 0.6869 y de 0.8626 correspondientemente. Por otro lado, se encontró una buena correlación entre la dimensión cólera y tristeza y baja autoestima la cual tuvo un puntaje de 0.7093 y la correlación entre la dimensión cólera y tristeza y somático-vegetativo fue de 0.5073.

Otro de los criterios importantes para identificar una buena validez de un test son los ajustes del modelo. Las siguientes tablas (Tabla 4 y Tabla 5) nos muestran algunos indicadores:

Tabla 4

Tabla de ajustes de modelo

χ^2	df	p
602	391	<.001

En la tabla 3 hallaremos el ajuste de X^2/df , el cual debe ser menor a 2 o 4. En este caso el valor obtenido fue 1.539, lo cual evidencia un buen ajuste. Por otro lado, en la Tabla 5, se obtuvieron los siguientes ajustes:

Tabla 5

Tabla de ajustes de modelo

CFI	TLI	SRMR	RMSEA	RMSEA 90% CI	
				Lower	Upper
0.753	0.725	0.0852	0.0700	0.0588	0.0809

El CFI (Comparative Fit Index) es un índice previo al BFI, que corrige para evitar que tome valores más allá del rango 0-1. En general, se considera que el CFI debe estar en torno a .95 o mayor a .90 para considerar que el modelo se ajusta adecuadamente a los datos. En este caso, el valor obtenido fue de 0.753, lo cual indica que no cumplió el valor solicitado.

Por otro lado, el RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation) y SRMR (Standardized Root Mean-Square), que son medidas de cuantía de error del modelo deben tener para que sea considerado un buen ajuste del modelo, valores inferiores a .05 (Browne & Cudeck, 1993), o incluso el RMSEA menor a .08. En este caso el RMSEA tuvo 0.0700 y el SRMR un valor de 0.0852. Como se aprecia solo cumplió en el RMSEA.

De esta manera finalmente, se ha analizado la validez del instrumento por medio del análisis factorial confirmatorio, donde se concluye que la mayoría de los ajustes del modelo sí se cumplieron. Es así que la prueba sí cuenta con buenas evidencias de validez.

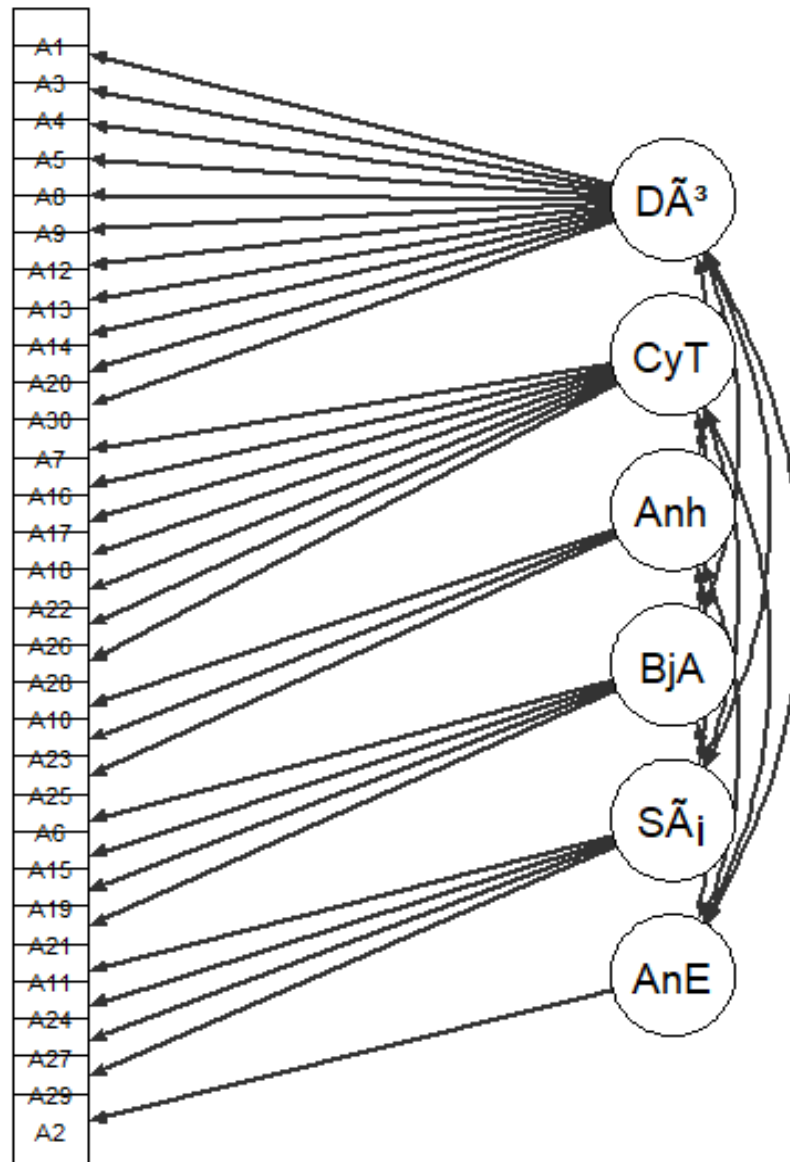


Gráfico 1. Estructura Factorial propuesta

Este gráfico muestra la correlación de las variables observadas (ítems) con las variables latentes (dimensiones) y su pertenencia.

Análisis de Confiabilidad

La confiabilidad de un test es la precisión de la medición, toda medición presenta error de medición y un valor verdadero. Cuando se determina la confiabilidad, se puede inferir que la prueba mide características relativamente estables. De igual forma, es preciso informar que la inestabilidad de la prueba se produce por errores de medición, siendo estos como estados internos temporales como motivación, disposición o factores externos, como el ambiente donde se realizará el test o distracciones (Argibay, 2006).

La confiabilidad que se empleó para este test fue de consistencia interna, por medio del coeficiente de alfa, lo cual según Aiken (2003) cada ítem conforma distintos factores; no obstante, dentro de ellos cada reactivo debería medir lo mismo que el factor y el constructo existiendo correlación entre sí. Es decir, la consistencia interna del instrumento se establecerá en función de la magnitud del valor que representa la correlación entre sus partes.

Tabla 6

Tabla de confiabilidad total del test

	mean	sd	Cronbach's α	McDonald's ω
Depresión	2.04	0.393	0.863	0.867

Como se aprecia en la tabla 6, la confiabilidad del Alfa de Cronbach estuvo comprendida entre 0,863, lo que según Cicheti (1994), sería una confiabilidad buena. Por otro lado, el Omega de McDonald fue de 0.867, lo que según Campo-Arias y Oviedo (2008) sería buena. En ambos casos, los dos estadísticos cumplieron lo solicitado.

Complementariamente, se analizó la confiabilidad de cada uno de los ítems, como se ve en la Tabla 7. Lo cual la capacidad discriminativa que tuvo cada ítem debió ser mayor a 0,200 demostrando si el ítem es bueno o no.

Tabla 7

Tabla de confiabilidad de ítem-test

	Media	sd	item-rest correlation	Cronbach's α	McDonald's ω
A1	1.53	0.660	0.5411	0.856	0.859
A2	3.16	0.883	0.1365	0.865	0.869
A3	2.35	1.019	0.6174	0.852	0.857
A4	1.69	0.875	0.4216	0.858	0.862
A5	1.85	0.792	0.4182	0.858	0.862
A6	2.05	0.980	0.4689	0.856	0.861
A7	2.45	0.874	0.5774	0.854	0.858
A8	2.15	0.988	0.4003	0.858	0.863
A9	1.85	0.917	0.5667	0.854	0.858
A10	1.43	0.735	0.0241	0.867	0.871
A11	1.75	0.744	0.2256	0.862	0.867
A12	1.54	0.762	0.5401	0.855	0.858
A13	1.79	0.987	0.5439	0.854	0.859
A14	1.32	0.634	0.3805	0.859	0.863
A15	1.89	0.860	0.3307	0.860	0.864
A16	2.35	0.933	0.4764	0.856	0.861
A17	2.38	0.967	0.4942	0.856	0.860
A18	2.83	0.887	0.4301	0.858	0.862
A19	2.08	0.978	0.3862	0.859	0.863
A20	1.63	0.866	0.6873	0.851	0.854
A21	1.77	0.983	0.5414	0.854	0.859
A22	2.90	0.801	0.3495	0.860	0.864
A23	1.83	0.947	0.1539	0.865	0.868
A24	2.32	1.040	0.2562	0.863	0.867
A25	1.28	0.592	0.0548	0.865	0.871
A26	2.65	0.874	0.3298	0.860	0.865
A27	1.85	0.880	0.2035	0.864	0.868
A28	3.03	0.923	0.3867	0.859	0.863
A29	1.59	0.870	0.0867	0.866	0.870
A30	2.05	0.855	0.5232	0.855	0.859

Como se corrobora en la Tabla 7, los ítems que obtuvieron puntajes por debajo de 0,200 fueron los ítems A2, A10, A23, A25, y A29 cuyos valores fueron de: 0.1365, 0.0241, 0.1539, 0.0548, 0.0867, respectivamente. Esto quiere decir que los ítems mencionados no son tan confiables.

Tabla 8

Tabla de Confiabilidad de las dimensiones

Dimensiones	Cronbach's α	McDonald's ω
Desmoralización	0.489	0.536
Cólera y tristeza	0.483	0.554
Anhedonia	0.665	0.702
Baja autoestima	0.528	0.569
Somático-vegetativo	0.620	0.644
Ansiedad escolar	0.656	0.682

En la Tabla 8 se reportaron las confiabilidades de las dimensiones de desmoralización, cólera y tristeza, anhedonia, baja autoestima, somático-vegetativo y ansiedad escolar. Las confiabilidades reportadas, como Alfa de Cronbach y Omega de McDonald fueron superior a 0,400. Sin embargo, se concluye que la mejor dimensión fue la de Anhedonia, reportando un puntaje de 0.665 en Alfa de Cronbach y 0.702 de Omega de McDonald.

ANÁLISIS DESCRIPTIVO

Tabla 9

Tabla Descriptivo para la variable edad

	M	DS	g1	g2
EDAD	15,08	,544	,059	,386

Como se aprecia en la tabla 9, la media de la edad fue de 15,08 años, con una desviación estándar de ,544, una asimetría de ,059 y una curtosis de ,386.

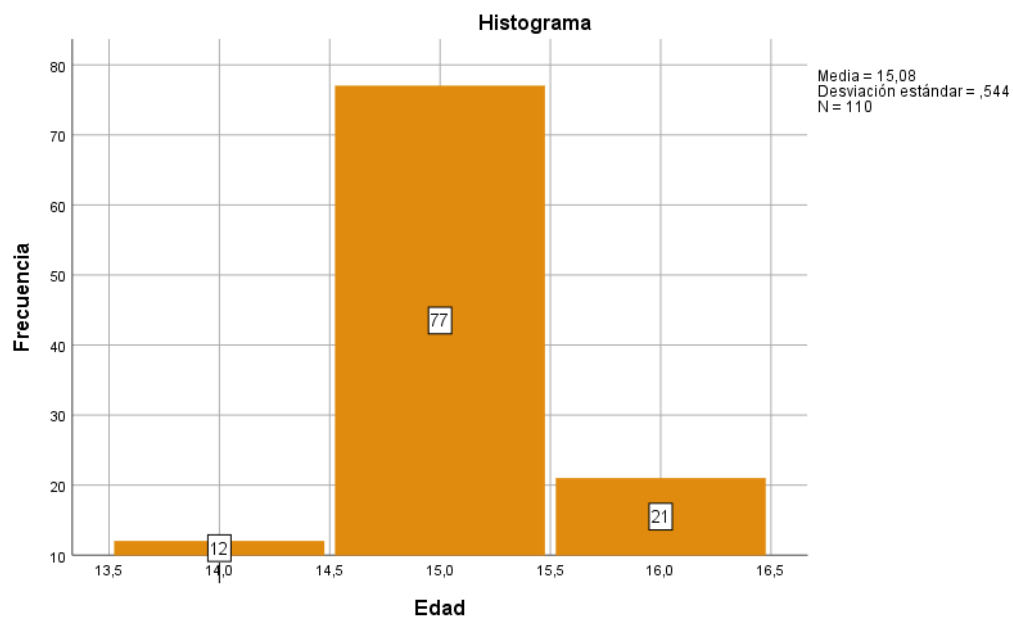


Gráfico 2. Histograma para la variable edad

Tabla 10

Tabla de frecuencia para la variable sexo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Masculino	55	50,0	50,0	50,0
	Femenino	55	50,0	50,0	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

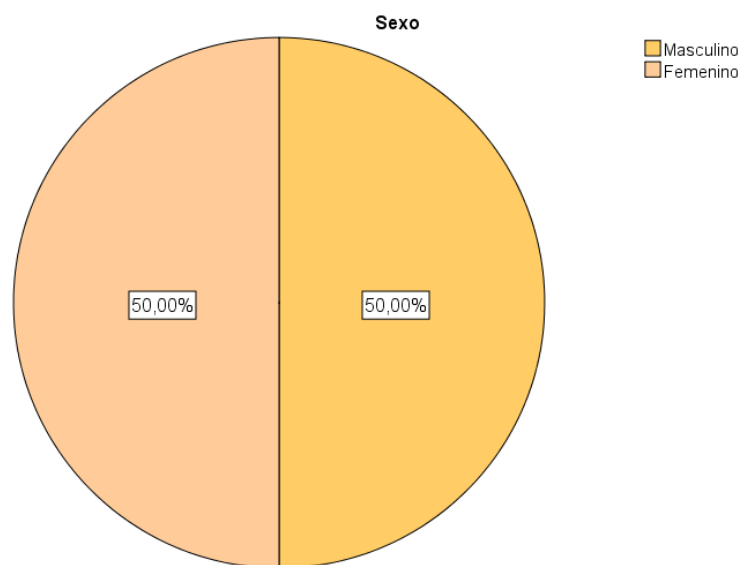


Gráfico 3. Gráfico de sectores para la variable género

Como se aprecia en la tabla 10 y en el gráfico 3 la muestra estuvo conformada por 110 personas de las cuales los hombres representan el 50,0% y las mujeres el 50,0%.

Tabla 11

Tabla de frecuencia para la variable grado

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Cuarto de Secundaria	80	72,7	72,7	72,7
	Quinto de secundaria	30	27,3	27,3	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

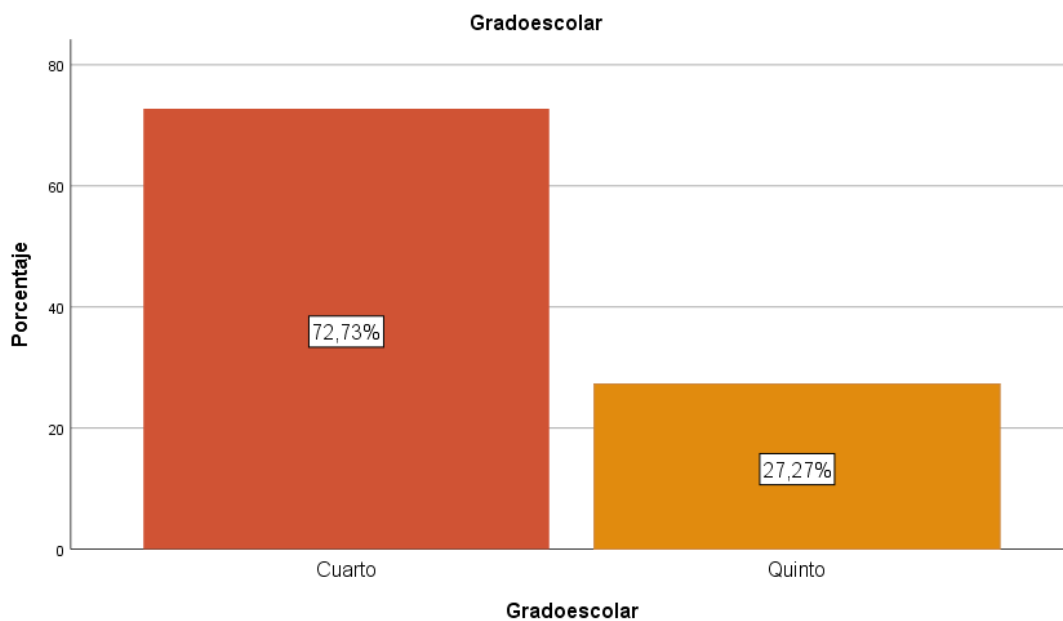


Gráfico 4. Gráfico de barras para la variable grado

En el caso de la variable grado (ver tabla 11 y gráfico 4), se contó con 72,73% de alumnos en el grado de Cuarto de Secundaria y 27,27 % de alumnos ubicados en el grado de Quinto de Secundaria.

ANÁLISIS DE COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS

En este apartado se dará respuestas a las preguntas de investigación desde el objetivo general hasta los específicos. Para ello, se reporta una tabla descriptiva para analizar el constructo Depresión y sus dimensiones: Desmoralización, Cólera y tristeza, Anhedonia, Baja autoestima, Somático-Vegetativo y Ansiedad escolar.

Con respecto al objetivo general y específicos, se pretende encontrar las puntuaciones en el constructo de depresión en los adolescentes de la institución educativa pública de lima metropolitana, así como en sus dimensiones mencionadas anteriormente.

Tabla 12

Tabla Descriptiva para Depresión y sus dimensiones.

	N	Min	Máx	M	D.E.	g1	g2
Depresión	110	34	97	61,33	11,799	,417	,245
Desmoralización	110	11	39	19,75	5,951	,856	,173
Cólera y tristeza	110	7	28	18,57	3,925	-,318	,296
Anhedonia	110	3	10	4,54	1,646	1,129	1,030
Baja autoestima	110	4	14	7,79	2,602	,332	-,735
Somático-Vegetativo	110	4	13	7,51	2,049	,309	,028
Ansiedad escolar	110	1	4	3,16	,883	-,898	,125

Como se aprecia en la tabla 12, se aplicó la prueba a 110 estudiantes, el cual presentaron una media de 61,33 en depresión y una desviación estándar de 11,799. En el gráfico 5 se puede observar que los datos se encuentran acumulados en el centro de la curva. En este caso, la Depresión se encuentra en un nivel promedio, aceptando H_i general y rechazando la H_o general.

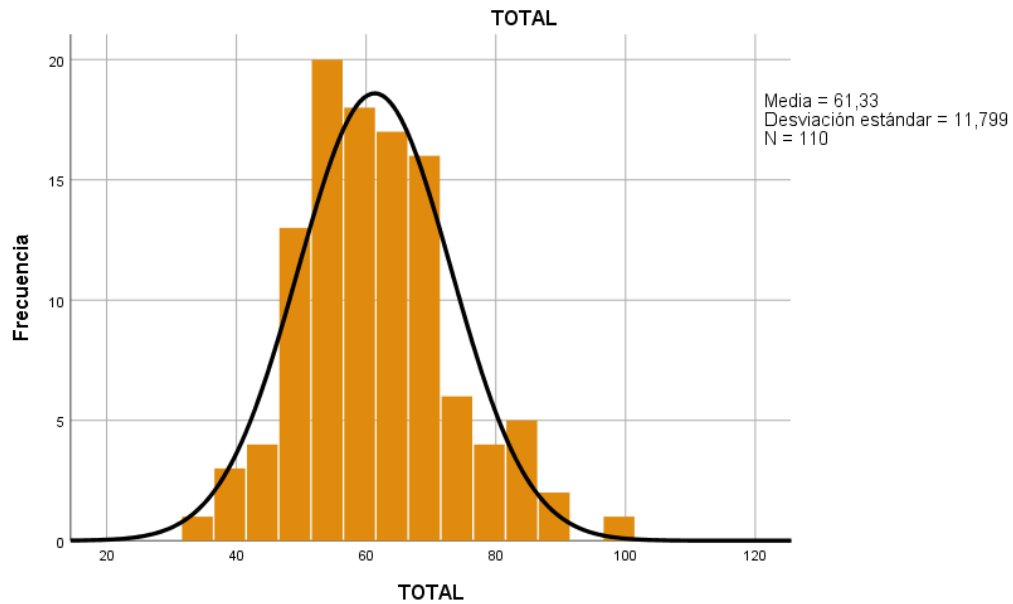


Gráfico 5. Gráfico de histograma para el factor Depresión

De igual forma, la media de la dimensión Desmoralización fue una M de 19,75 y presentó una desviación estándar de 5,951 (ver tabla 12). Como se aprecia en el Gráfico 6, los valores acumulados se encuentran hacia los valores inferiores, por lo que se infiere que la puntuación en desmoralización es baja. Se rechaza H_1 y se acepta H_0 .

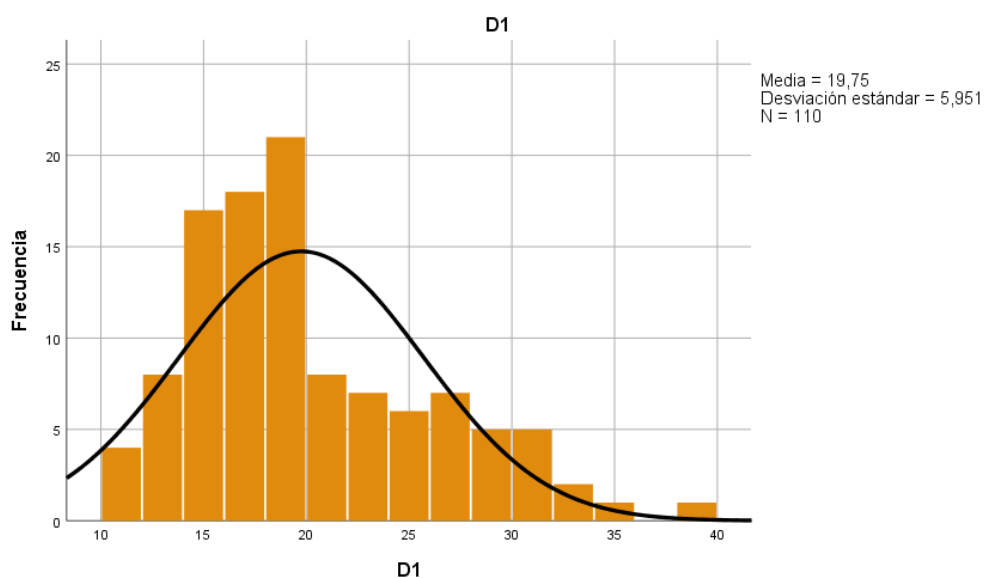


Gráfico 6. Gráfico de histograma para la dimensión Desmoralización

En la dimensión Cólera y tristeza se obtuvo una media de 18,57 y una desviación estándar de 3,925 (ver tabla 12). Es decir, los puntajes acumulados se encuentran hacia los valores superiores, infiriendo que la puntuación en la dimensión cólera y tristeza es alta (ver gráfico 7). Se acepta H_1 y se rechaza H_0 .

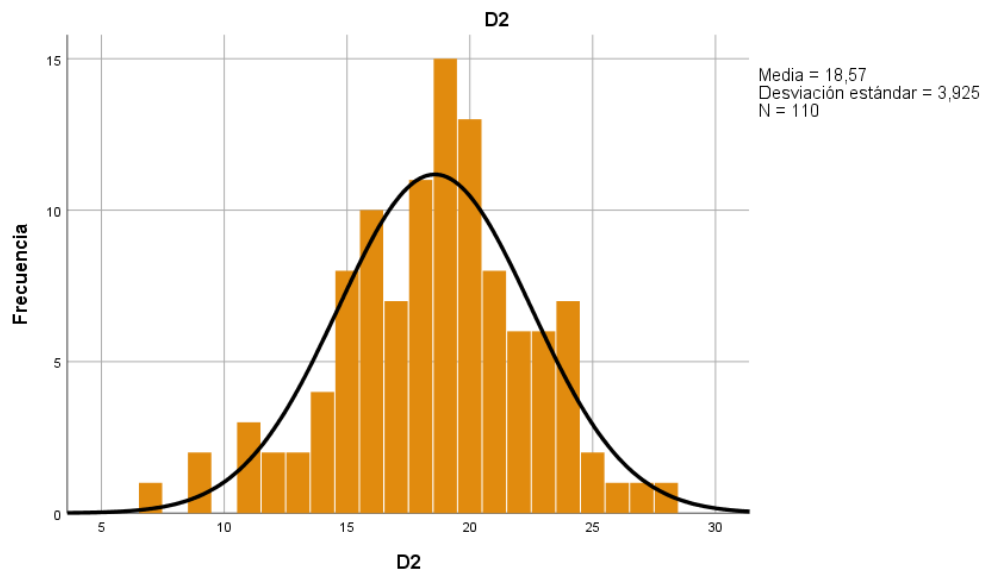


Gráfico 7. Gráfico de histograma para la dimensión Cólera y tristeza

Según la Tabla 12, la dimensión Anhedonia obtuvo una media de 4,54 y una desviación estándar de 1,646. Lo cual quiere decir que sus puntajes se encuentran acumulados en los valores inferiores (ver gráfico 8). Por estos datos, se infiere que la puntuación en la dimensión anhedonia sea posiblemente baja, aceptando H_0 y rechazando H_1 .

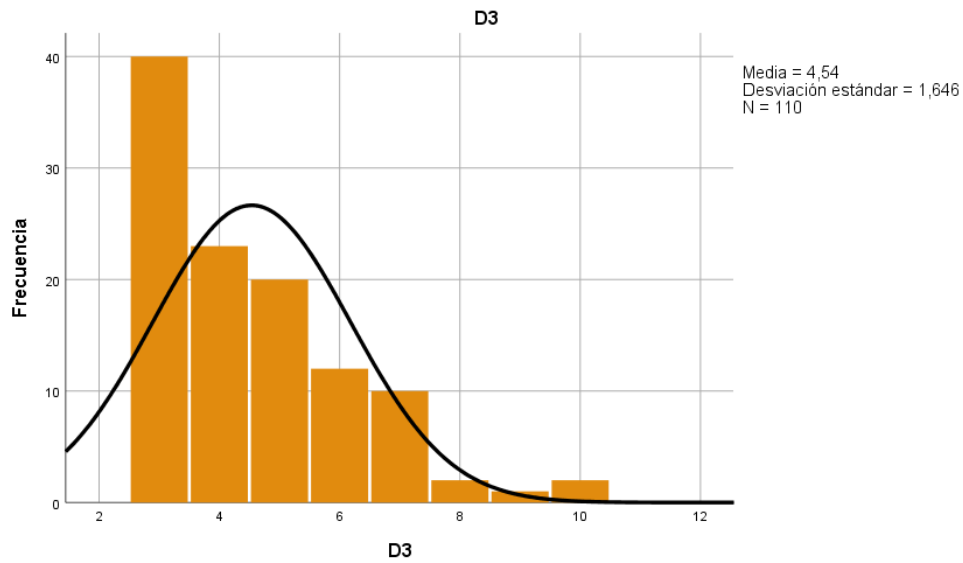


Gráfico 8. Gráfico de histograma para la Anhedonia

Por otro lado, la dimensión Baja autoestima obtuvo una media de 7,79 y una desviación estándar de 2,602. En el gráfico 9 se puede corroborar que los puntajes acumulados se encuentran en el centro del gráfico. Concluyendo que existe una puntuación promedio. Aceptando H_0 y rechazando H_1 .

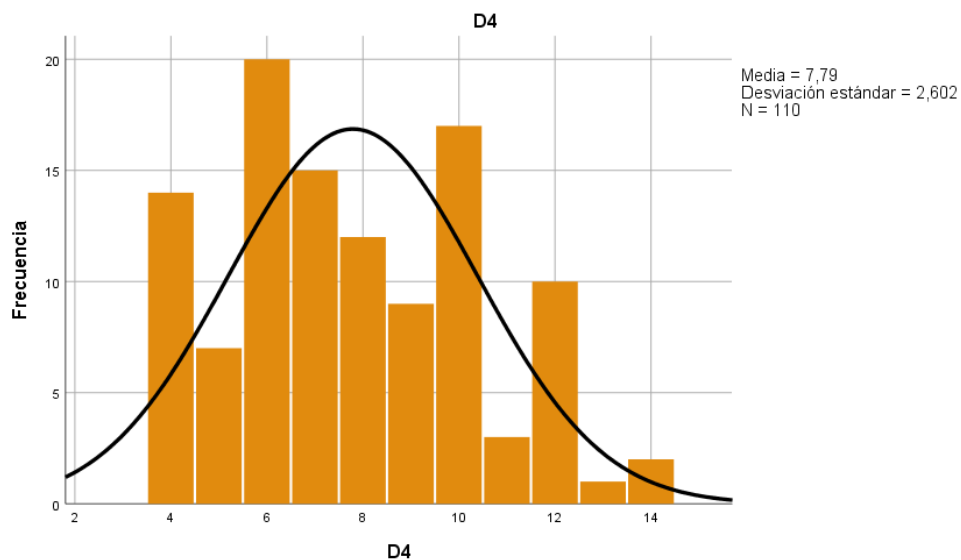


Gráfico 9. Gráfico de histograma para la Baja autoestima

En la tabla 12, la dimensión Somático-Vegetativo obtuvo una media de 7,51 y una desviación estándar de 2,049. Lo cual como se corrobora en el gráfico 10, los puntajes obtenidos se encuentran en el centro del gráfico. Concluyendo que no hay una tendencia marcada a puntajes inferiores o superiores. Es decir, se rechaza H_1 y se acepta H_0 .

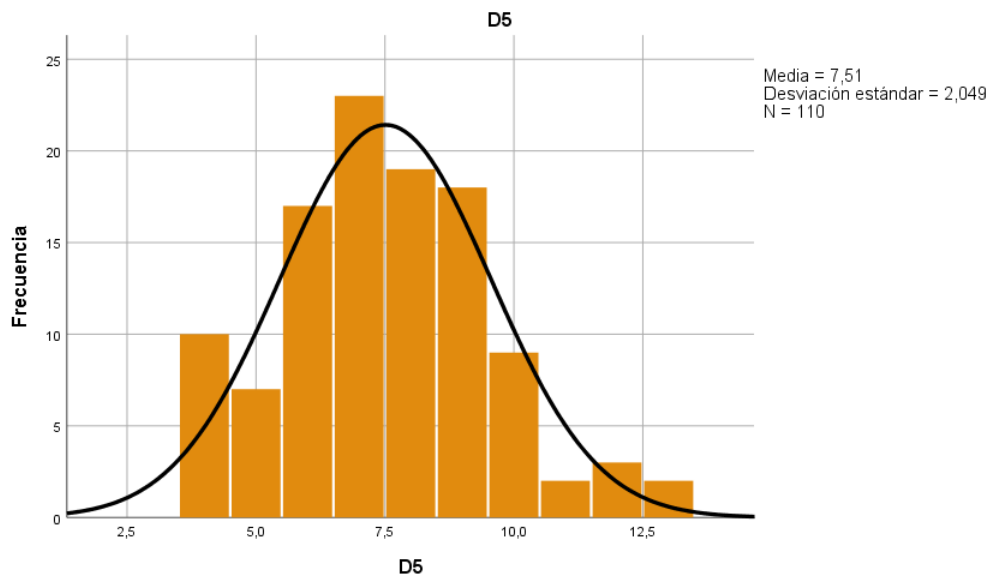


Gráfico 10. Gráfico de histograma para la dimensión Somático-vegetativo

En la dimensión Ansiedad escolar (ver tabla 12) se obtuvo una media de 3,16 y una desviación estándar de ,883. Contrastando con el gráfico 11, los puntajes acumulados se encuentran hacia los valores superiores, infiriendo que la ansiedad escolar en este grupo es alta. Aceptando H_1 y rechazando H_0 .

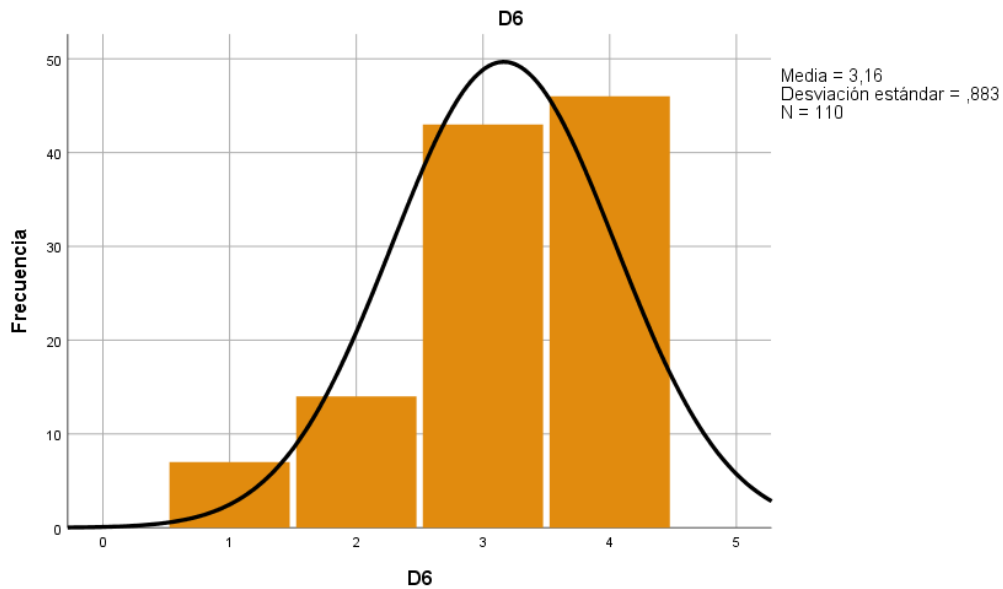


Gráfico 11. Gráfico de histograma para la dimensión Ansiedad escolar

Continuando con el análisis de comprobación de hipótesis, se utilizarán estadísticos inferenciales. Es preciso resaltar, que esta investigación presenta hipótesis en función de análisis comparativos. Comparando las dimensiones con las variables atributivas.

Tabla 13

Estadísticos de la normalidad para el factor de Desmoralización según sexo

	SEXO	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Desmoralización	Masculino	,146	55	,005	,941	55	,009
	Femenino	,175	55	,000	,919	55	,001

Debido a que la significación de ambos grupos fue menor a 0,05 se concluye que la Desmoralización para el grupo masculino como para el grupo femenino tiene distribución no normal, por lo que se utilizará estadísticos no paramétricos. Es decir, para la comparación de puntuaciones altas de acuerdo con el sexo, se utilizará el estadístico U de Mann-Whitney.

Tabla 14

Estadístico U de Mann-Whitney para el factor de Desmoralización según sexo.

Desmoralización	Grupos	N	Rango promedio	U	p
Sexo	Masculino	55	50,49	1237,000	,099
	Femenino	55	60,51		

Tabla 15

Tabla Descriptiva de las variables grupo masculino y femenino

		Sexo	Estadístico
Desmoralización	Masculino	Media	18,65
		Desv. Desviación	5,074
	Femenino	Media	20,85
		Desv. Desviación	6,578

En este caso el p-valor fue mayor a 0,05 (ver tabla 14) por lo que se concluye que no son datos significativos, es decir no existe diferencia de desmoralización entre el grupo masculino y femenino. En el grupo masculino se obtuvo una M de 18,65, una D.E. de 5,074 y en el grupo femenino la M fue de 20,85, y la D.E. de 6,578, de tal forma, con estos

datos se calculó la D de Cohen obteniendo un valor de 0.375 reportando un tamaño del efecto pequeño. Dicho de otra forma, se rechaza H_1 y se acepta H_0 .

Tabla 16

Estadísticos de la normalidad para el factor de Desmoralización según edad

	Edad	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Desmoralización	14	,189	12	,200*	,918	12	,271
	15	,165	77	,000	,921	77	,000
	16	,154	21	,200*	,960	21	,507

Dentro de la tabla 16 se reportó la significancia del grupo edad, en el cual solo el grupo de 15 años obtuvo con un p-valor de ,000 siendo este menor a la regla de normalidad 0.05. No obstante, los demás grupos obtuvieron un puntaje mayor 0.05. El grupo de 14 años obtuvo una significancia de ,271, el grupo de 16 años obtuvo una significancia de ,507. Sin embargo, se utilizarán estadísticos no paramétricos. Es decir, para la comparación de puntuaciones altas de acuerdo a la edad, se utilizará el estadístico H de Kruskal Wallis.

Tabla 17

Estadístico H de Kruskal Wallis para el factor de Desmoralización según edad

Desmoralización	Grupos	N	Rango Promedio	Kruskal-Wallis	p
Edad	14	12	49,29	,728	,695
	15	77	55,48		
	16	21	59,12		
	Total	110			

Tabla 18
Tabla Descriptiva de las variables grupo edad

	Edad		Estadístico
Desmoralización	14	Media	18,33
		Desv. Desviación	4,376
	15	Media	19,86
		Desv. Desviación	6,300
	16	Media	20,14
		Desv. Desviación	5,498

En este caso el p-valor fue mayor a 0,05 siendo este ,695 por lo que se concluye que no son datos significativos, es decir no existe diferencia de la desmoralización entre las edades de 14, 15, 16. Sin embargo se reportó el puntaje mayor y menor de la M y D.E (ver tabla 18) para calcular la de D de Cohen obteniendo un valor de 0.353 lo cual significa que el tamaño del efecto en los grupos es pequeño. Rechazando H_1 y aceptando H_0 .

Tabla 19
Estadísticos de la normalidad para el factor de Cólera y tristeza según sexo

	Sexo	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Cólera y tristeza	Masculino	,106	55	,185	,955	55	,039
	Femenino	,089	55	,200*	,985	55	,711

Como se aprecia en la tabla 19, el grupo masculino tuvo una significancia mayor a ,050 siendo este de ,185 y el grupo femenino tuvo un p-valor de ,200, presentando una distribución no normal. Por lo que, según la regla de la normalidad se utilizará estadísticos no paramétricos. Es decir, para la comparación de puntuaciones altas de acuerdo al sexo, se utilizará el estadístico U de Mann de Whitney.

Tabla 20

Estadístico U de Mann-Whitney para el factor de Cólera y tristeza según sexo.

Cólera y tristeza	Grupos	N	Rango promedio	U	p
Sexo	Masculino	55	53,77	1417,500	,569
	Femenino	55	57,23		

Tabla 21

Tabla Descriptiva de las variables grupo masculino y femenino

	Sexo		Estadístico
Cólera y tristeza	masculino	Media	18,18
		Desv. Desviación	4,115
	femenino	Media	18,96
		Desv. Desviación	3,722

En este caso el p-valor fue mayor a 0,05 por lo que se concluye que no son datos significativos (ver tabla 20), es decir no existe diferencia de la dimensión Cólera y tristeza entre el grupo masculino y femenino. En el caso de los hombres la M fue de 18,18 y la D.E de 4,115 y el grupo femenino la M fue de 18,96 y una D.E de 3,722. Con estos datos se calculó la D de Cohen obteniendo un valor de 0.199 corroborando que los grupos no difieren. Dicho de otra forma, se rechaza H_1 y se acepta H_0 .

Tabla 22

Estadísticos de la normalidad para el factor de cólera y tristeza según edad

	Edad	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Cólera y tristeza	14	,144	12	,200*	,931	12	,395
	15	,062	77	,200*	,988	77	,677
	16	,246	21	,002	,909	21	,052

Dentro de la tabla 22 se reportó la significancia del grupo edad, en el cual el grupo de 14 años obtuvo un valor de ,395 el grupo de 15 años obtuvo un valor de ,200, el grupo de 16 años obtuvo un valor de ,052. Es decir, tiene una distribución normal, por lo que se utilizará el estadístico no paramétrico H de Kruskal Wallis.

Tabla 23

Estadístico H de Kruskal Wallis para el factor de cólera y tristeza según edad

Cólera y tristeza	Grupos	N	Rango Promedio	Kruskal-Wallis	p
Edad	14	12	53,21	,712	,701
	15	77	57,12		
	16	21	50,86		
	Total	110			

Tabla 24

Tabla Descriptiva de las variables grupo edad

Edad			Estadístico
Cólera y tristeza	14	Media	18,50
		Desv. Desviación	2,844
	15	Media	18,83
		Desv. Desviación	3,995
	16	Media	17,67
		Desv. Desviación	4,211

En este caso el p-valor fue mayor a 0,05 por lo que se concluye que no son datos significativos, es decir no existe diferencia de cólera y tristeza entre las edades de 14, 15, 16. Esto significa que se rechaza H_1 y se acepta H_0 . Sin embargo, se reportó el puntaje mayor y menor de la M y D.E (ver tabla 24) para calcular la de D de Cohen obteniendo un valor de 0.219 siendo el tamaño del efecto pequeño.

Tabla 25

Estadísticos de la normalidad para el factor de anhedonia según sexo

	SEXO	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Anhedonia	Masculino	,203	55	,000	,845	55	,000
	Femenino	,222	55	,000	,845	55	,000

Debido a que la significación de ambos grupos fue menor a 0,05 se concluye que la Anhedonia para el grupo masculino como para el grupo femenino tiene distribución no normal, por lo que se utilizará estadísticos no paramétricos. Es decir, para la comparación de puntuaciones altas de acuerdo con el sexo, se utilizará el estadístico U de Mann-Whitney.

Tabla 26

Estadístico U de Mann-Whitney para el factor de Anhedonia según sexo

Anhedonia	Grupos	N	Rango promedio	U	p
Sexo	Masculino	55	55,83	1494,500	,911
	Femenino	55	55,17		

Tabla 27

Tabla Descriptiva de las variables grupo masculino y femenino

		Sexo	Estadístico
Anhedonia	masculino	Media	4,58
		Desv. Desviación	1,718
	femenino	Media	4,49
		Desv. Desviación	1,585

En este caso el p-valor fue mayor a 0,05 siendo este de ,911 por lo que se concluye que no son datos significativos, se calculó la D de Cohen con los datos de la tabla 27, obteniendo un puntaje de 0.054, esto quiere decir que no existe diferencia de anhedonia entre el grupo masculino y femenino, rechazando H_1 y se aceptando H_0 .

Tabla 28

Estadísticos de la normalidad para el factor de Anhedonia según edad

	Edad	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Anhedonia	14	,215	12	,132	,903	12	,172
	15	,202	77	,000	,850	77	,000
	16	,238	21	,003	,808	21	,001

Dentro de la tabla 28 se reportó la significancia del grupo edad, en el cual solo el grupo de 14 años obtuvo con un p-valor de ,172 siendo este mayor a la regla de normalidad 0.05. No obstante, los demás grupos obtuvieron un puntaje menor 0.05. El grupo de 15 años obtuvo una significancia de ,000 y el grupo de 16 años obtuvo una significancia de ,001. En conclusión, se utilizarán estadísticos no paramétricos. Es decir, para la comparación de puntuaciones altas de acuerdo con la edad, se utilizará el estadístico H de Kruskal Wallis.

Tabla 29

Estadístico H de Kruskal Wallis para el factor de Anhedonia según edad

Anhedonia	Grupos	N	Rango Promedio	Kruskal-Wallis	p
Edad	14	12	56,67	,039	,981
	15	77	55,58		
	16	21	54,52		
	Total	110			

Tabla 30
Tabla Descriptiva de las variables grupo edad

		Edad	Estadístico
Anhedonia	14	Media	4,42
		Desv. Desviación	1,240
	15	Media	4,55
		Desv. Desviación	1,651
	16	Media	4,57
		Desv. Desviación	1,886

En este caso el p-valor fue mayor a 0,05 por lo que se concluye que no son datos significativos. Esto significa que se rechaza H_1 y se acepta H_0 . No obstante, se reportó el puntaje mayor y menor de la M y D.E (ver tabla 30) para calcular la de D de Cohen obteniendo un valor de 0.089, es decir no existe diferencia de la anhedonia entre las edades de 14, 15 y 16.

Tabla 31
Estadísticos de la normalidad para el factor de baja autoestima según sexo

	SEXO	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Baja autoestima	Masculino	,120	55	,046	,945	55	,014
	Femenino	,142	55	,007	,944	55	,013

Según la Tabla 31, la significación del grupo femenino fue menor a 0,05 teniendo como puntaje de ,007 y el grupo masculino obtuvo un puntaje de ,046, presentando una distribución no normal, por lo que se utilizará estadísticos no paramétricos. Es decir, para la comparación de puntuaciones altas de acuerdo con el sexo, se utilizará el estadístico U de Mann-Whitney.

Tabla 32

Estadístico U de Mann-Whitney para el factor de baja autoestima según sexo

Baja autoestima	Grupos	N	Rango promedio	U	p
Sexo	Masculino	55	50,39	1231,500	,090
	Femenino	55	60,61		

Tabla 33

Tabla Descriptiva de las variables grupo masculino y femenino

		Sexo	Estadístico
Baja autoestima	masculino	Media	7,35
		Desv. Desviación	2,428
	femenino	Media	8,24
		Desv. Desviación	2,715

En este caso el p-valor fue mayor a 0,05 por lo que se concluye que no son datos significativos, es decir no existe diferencia de baja autoestima entre el grupo masculino y femenino, por lo que se determinó el tamaño del efecto con la D de Cohen obteniendo un valor de 0.346 demostrando que existe una diferencia pequeña. Dicho de otra forma, se rechaza H_1 y se acepta H_0 .

Tabla 34
Estadísticos de la normalidad para el factor de baja autoestima según edad

	Edad	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Baja Autoestima	14	,198	12	,200*	,898	12	,147
	15	,141	77	,001	,947	77	,003
	16	,197	21	,032	,919	21	,081

Dentro de la tabla 34 se reportó la significancia del grupo edad, en el cual solo el grupo de 15 años obtuvo con un p-valor de ,001 siendo este menor a la regla de normalidad ,050. No obstante, los demás grupos obtuvieron un puntaje mayor de ,050. El grupo de 14 años obtuvo una significancia de ,147 y el grupo de 16 años obtuvo una significancia de ,081. En conclusión, se utilizará estadísticos no paramétricos. Es decir, para la comparación de puntuaciones altas de acuerdo a la edad, se utilizará el estadístico H de Kruskal Wallis.

Tabla 35
Estadístico H de Kruskal Wallis para el factor de baja autoestima según edad

Baja autoestima	GRUPOS	N	Rango Promedio	Kruskal-Wallis	P
EDAD	14	12	50,75	,633	,729
	15	77	57,04		
	16	21	52,57		
	Total	110			

Tabla 36

Tabla Descriptiva de las variables grupo edad

		Edad	Estadístico
Baja autoestima	14	Media	7,33
		Desv. Desviación	1,923
	15	Media	7,94
		Desv. Desviación	2,692
	16	Media	7,52
		Desv. Desviación	2,657

En este caso el p-valor fue mayor a 0,05 por lo que se concluye que no son datos significativos, es decir no existe diferencia de la baja autoestima entre las edades de 14, 15 y 16. Esto significa que se rechaza H_1 y se acepta H_0 . No obstante, se reportó el puntaje mayor y menor de la M y D.E (ver tabla 36) para calcular la de D de Cohen obteniendo un valor de 0.234 siendo el tamaño del efecto pequeño.

Tabla 37

Estadísticos de la normalidad para el factor de Somático-vegetativo según sexo

	Sexo	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Somático-vegetativo	Masculino	,138	55	,011	,955	55	,039
	Femenino	,115	55	,068	,958	55	,050

Debido a que la significación del grupo masculino fue menor a ,050 teniendo como puntaje de ,011 y en el grupo femenino se obtuvo un puntaje de ,068 se concluye que tiene distribución no normal, por lo que se utilizará estadísticos no paramétricos. Es

decir, para la comparación de puntuaciones altas de acuerdo con el sexo, se utilizará el estadístico U de Mann-Whitney.

Tabla 38

Estadístico U de Mann-Whitney para el factor de somático-vegetativo según sexo

		Sexo	Estadístico
Somático-vegetativo	masculino	Media	7,40
		Desv. Desviación	1,770
	femenino	Media	7,62
		Desv. Desviación	2,305

Tabla 39

Tabla Descriptiva de las variables grupo masculino y femenino

somático-vegetativo	Grupos	N	Rango promedio	U	p
Sexo	Masculino	55	54,84	1476,000	,825
	Femenino	55	56,16		

En este caso el p-valor fue mayor a 0,05 siendo este de ,825 por lo que se concluye que no son datos significativos, En la tabla 39 se reporta una M de 7,62 y D.E de 2,305 perteneciente al grupo femenino y una M de 7,40 y D.E de 1,770 del grupo masculino con estos datos se calcula la D de Cohen obteniendo un puntaje de 0.107 y reportando que los grupos no difieren. Es decir, no existe diferencia de Somático- vegetativo entre el grupo masculino y femenino, rechazando H_1 y aceptando H_0 .

Tabla 40

Estadísticos de la normalidad para el factor Somático-vegetativo según edad

	Edad	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Somático-vegetativo	14	,203	12	,186	,916	12	,255
	15	,118	77	,010	,956	77	,009
	16	,198	21	,031	,917	21	,074

Dentro de la tabla 40 se reportó la significancia del grupo edad, en el cual solo el grupo de 15 años obtuvo un p-valor de ,010 siendo este menor a la regla de normalidad ,050. No obstante, los demás grupos obtuvieron un puntaje mayor de ,050. El grupo de 14 años obtuvo una significancia de ,255 y el grupo de 16 años obtuvo una significancia de ,074. En conclusión, se utilizará estadísticos no paramétricos. Es decir, para la comparación de puntuaciones altas de acuerdo con la edad, se utilizará el estadístico H de Kruskal Wallis.

Tabla 41

Estadístico H de Kruskal Wallis para el factor Somático-vegetativo según edad

Somático-vegetativo	Grupos	N	Rango Promedio	Kruskal-Wallis	p
Edad	14	12	43,58	2,520	,284
	15	77	58,24		
	16	21	52,26		
	Total	110			

Tabla 42

Tabla Descriptiva de las variables grupo edad

		Edad	Estadístico
Somático- vegetativo	14	Media	6,83
		Desv. Desviación	1,403
	15	Media	7,69
		Desv. Desviación	2,148
	16	Media	7,24
		Desv. Desviación	1,947

En este caso el p-valor fue mayor a 0,05 por lo que se concluye que no son datos significativos, es decir no existe diferencia de sintomatología somático-vegetativo entre las edades de 14, 15 y 16. Esto significa que se rechaza H_1 y se acepta H_0 . No obstante, se reportó el puntaje mayor y menor de la M y D.E (ver tabla 42) para calcular la de D de Cohen obteniendo un valor de 0.416 siendo el tamaño del efecto pequeño.

Tabla 43

Estadísticos de la normalidad para el factor de Ansiedad escolar según sexo

	Sexo	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Ansiedad escolar	Masculino	,232	55	,000	,826	55	,000
	Femenino	,266	55	,000	,775	55	,000

Debido a que la significación del grupo femenino y masculino fue menor a ,050 obteniendo como puntaje de ,000 en ambos grupos, se concluye que presenta una distribución no normal, por lo que se utilizará estadísticos no paramétricos. Es decir, para la comparación de puntuaciones altas de acuerdo con el sexo, se utilizará el estadístico U de Mann-Whitney.

Tabla 44

Estadístico U de Mann-Whitney para el factor de Ansiedad escolar según sexo

Ansiedad escolar	Grupos	N	Rango promedio	U	p
Sexo	Masculino	55	52,49	1347,000	,287
	Femenino	55	58,51		

Tabla 45

Tabla Descriptiva de las variables grupo masculino y femenino

		Sexo	Estadístico
Ansiedad	masculino	Media	3,07
		Desv. Desviación	,920
Escolar	femenino	Media	3,25
		Desv. Desviación	,844

En este caso el p-valor fue mayor a 0,05 siendo este de ,287 por lo que se concluye que no son datos significativos. En la tabla 45 se reporta una M de 3,25 y D.E de ,844 perteneciente al grupo femenino y una M de 3,07 y D.E de ,920 del grupo masculino con estos datos se calcula la D de Cohen obteniendo un puntaje de 0.204 y reportando un tamaño del efecto pequeño. Es decir, no existe diferencia de ansiedad escolar entre el grupo masculino y femenino, rechazando H_1 y aceptando H_0 .

Tabla 46

Estadísticos de la normalidad para el Ansiedad escolar según edad

	EDAD	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Ansiedad escolar	14	,304	12	,003	,777	12	,005
	15	,240	77	,000	,816	77	,000
	16	,266	21	,000	,752	21	,000

Dentro de la tabla 46 se reportó la significancia del grupo edad, en el cual el grupo de 14, 15 y 16, años obtuvieron un p-valor menor a 0.05 siendo este de ,005, ,000 y ,000 respectivamente. Por lo que se empleará el estadístico no paramétrico H de Kruskal Wallis para la comparación de puntuaciones altas de acuerdo a la edad.

Tabla 47

Estadístico H de Kruskal Wallis para el factor Ansiedad escolar según edad

Ansiedad escolar	Grupos	N	Rango Promedio	Kruskal-Wallis	p
Edad	14	12	60,50	,926	,629
	15	77	53,73		
	16	21	59,12		
	Total	110			

Tabla 48

Tabla Descriptiva de las variables grupo edad

	Edad		Estadístico
Ansiedad Escolar	14	Media	3,33
		Desv. Desviación	,778
	15	Media	3,12
		Desv. Desviación	,888
	16	Media	3,24
		Desv. Desviación	,944

En este caso el p-valor fue mayor a 0,05 siendo este ,629 por lo que se concluye que no son datos significativos, es decir no existe diferencia de ansiedad escolar entre las edades de 14, 15 y 16. Sin embargo se reportó el puntaje mayor y menor de la M y D.E (ver tabla 48) para calcular la de D de Cohen obteniendo un valor de 0.133 lo cual significa que los grupos no difieren. En conclusión, se rechaza H_1 y se acepta H_0 .

CAPÍTULO IV. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

4.1 Discusión

La presente investigación pretende describir la variable e identificar la prevalencia del constructo depresión según el modelo teórico de la Escala de depresión para adolescentes de Reynolds (EDAR), adaptado por Ugarriza & Escurra (2002). Durante la investigación existió impedimentos para proceder a la recolección de datos convirtiendo la escala a la modalidad virtual. Esto debido a la coyuntura del aislamiento social por el COVID-19, respetando las directrices de la Organización Mundial de la Salud (2020) y la normativa del Ministerio de Salud (2020), Resolución Ministerial N°361-2020-MINSA. Puesto que, el colegio se encontraba dentro de los distritos de alto riesgo de transmisión de Covid-19.

Según el objetivo general, conocer la sintomatología depresiva en adolescentes de un colegio estatal mixto de Lima Metropolitana. Los resultados en la tabla 12 y el gráfico 4, muestran que la depresión tiene una M de 61 y una D.E de 11,8. Es decir, la depresión en este grupo evaluado es promedio. Al igual que lo encontrado en Amezcuita, Gonzáles & Zuluaga (2008), en su investigación *“Prevalencia de depresión e ideación suicida en estudiantes de 8°, 9°, 10° y 11° grado, en ocho colegios oficiales de Manizales”* hallando resultados similares, donde determinan que la depresión moderada en los escolares de Colombia fue de un 6,4%, y un 21,3% de la categoría leve. De igual forma, en la investigación de Vargas, Tovar & Valverde (2010) titulada *“Prevalencia y factores asociados con el episodio depresivo en adolescentes de Lima Metropolitana y Callao”* el episodio depresivo en los adolescentes evaluados fue de 8.6% es decir hubo puntaje bajo, sin embargo, se encontraba presente el constructo, al igual que la presente investigación.

Estos resultados significativos se atribuyeron a las variables sociodemográficas, además de reportar prevalencia depresiva al menor grado de satisfacción personal y en sus relaciones intrafamiliares. Por el contrario, para Arenas (2009) en su investigación titulada *“Relación entre la funcionalidad familiar y la depresión en adolescentes”* se detectó que el 68% no presentaron indicadores de depresión, además de no hallar diferencias significativas con las variables sexo y edad. Cabe resaltar que en su investigación se tuvo como muestra a 63 adolescentes entre la edad de 12 y 17 años. De este modo, se considera que al tener como muestra a 110 estudiantes en la presente

investigación siendo 55 hombre y 55 mujeres, no se encontró significancia por la limitada muestra evaluada.

En efecto, al cambiar la modalidad de aplicación de la escala se concluye que el puntaje obtenido pudo haber sido alterado por la influencia de los padres o la falta de privacidad para contestar las respuestas del EDAR. No obstante, los alumnos del colegio evaluado presentan indicadores de riesgo, como consumo de sustancias psicoactivas, problemas alimenticios y ausencia de soporte emocional, contrastando con Contreras, Hernández, & Freyre (2015) que, al existir factores de riesgo, existe mayor prevalencia en la aparición de la Depresión.

Los siguientes objetivos específicos están planteados de acuerdo con las seis dimensiones de la Escala de depresión para adolescentes de Reynolds (EDAR) además de realizar comparaciones con las variables atributivas que fueron sexo y edad.

De acuerdo con el primer objetivo específico, identificar las puntuaciones de desmoralización en adolescentes de un colegio estatal mixto de Lima Metropolitana, los resultados obtenidos en la tabla 12 y el gráfico 4 demostraron que los valores acumulados eran inferiores, es decir no se encontró desmoralización en este grupo. Para Rudilla et.al. (2015), en su investigación titulada “Síndrome de desmoralización como alternativa diagnóstica al estado de ánimo deprimido en pacientes paliativos”, refiere que la desmoralización es la pérdida de la esperanza y sentido de la vida. Al igual que para García-Soriano & Bareto (2008), teniendo una mayor incidencia en las personas que se encuentran en la fase terminal de su vida o en pacientes oncológicos. De la misma forma, Kelly et.al (2002) y Kissane et.al (2001), determinan que existe prevalencia de desmoralización en pacientes con determinadas características como: discapacidad, enfermedades crónicas, aislamiento social, percepción de ser una carga o de dependencia hacia los demás. Llegando a tener pensamientos suicidas o deseo moderado de acelerar su propia muerte como causa de la aparición de desmoralización, teniendo una validez predictiva. Dicho esto, se concluye que el puntaje obtenido en esta dimensión es debido a condiciones de vida en que los estudiantes se encuentran y la ausencia de características como discapacidades o enfermedades incurables, según lo respaldado por los anteriores autores.

Según el segundo objetivo, comparar las puntuaciones de desmoralización en adolescentes de un colegio estatal mixto de Lima Metropolitana de acuerdo con el sexo, los resultados obtenidos en la tabla 14, evidencian una significancia de ,099 lo cual indica

que los datos no fueron significativos, al igual que la D de Cohen demostrando un tamaño del efecto pequeño. Se encuentran resultados similares en el estudio de Ramos et.al (2018) titulado “Síndrome de desmoralización. Estimación de la prevalencia en una población de pacientes en cuidados paliativos en domicilio” dentro de la investigación se estudió a 100 personas en las cuales se obtuvieron datos significativos de personas con ausencia de actitud religiosa, sufrimiento, según formación académica y espiritualidad, determinando que la variable sexo y edad no es relevante para la presencia de la desmoralización. Justificando lo encontrado en el tercer objetivo específico, comparar las puntuaciones de desmoralización en adolescentes de un colegio estatal mixto de Lima Metropolitana de acuerdo con la edad. Puesto que se reportó en tabla 17 una significancia de ,695 determinando que los datos no fueron significativos. Dicho esto, se observa que la variable desmoralización, presenta escasa bibliografía científica, además de no encontrar reportes o investigaciones en adolescentes, dificultando el análisis de la variable; sin embargo, con la teoría expuesta se puede inferir que la desmoralización no es determinante por el sexo o edad sino más bien por la calidad de vida y factores asociados a la salud física.

En el cuarto objetivo específico, identificar las puntuaciones de expresiones emocionales vinculadas a la cólera y tristeza en adolescentes de un colegio estatal mixto de Lima Metropolitana. Como se aprecia en la tabla 12, la dimensión presentó una M de 18,57, constatando con el gráfico 6, que la puntuación es alta en el factor cólera y tristeza.

En la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia (2018), se expone las diferencias sintomatológicas de la depresión en adultos y en la población infanto-juvenil. En la adolescencia la depresión se expresa mediante conductas negligentes, acciones hostiles o coléricas. Además, de manifestar irritabilidad en el estado de ánimo o tristeza profunda (World Health Organization, 2000; American Psychiatric Association, 2013). Para Mesones (2010), la cólera está relacionada con la agresión, describiéndola como una reacción primaria, que se expresa como irritabilidad, indignación, enojo y furia. Es preciso resaltar que, dentro de la institución educativa estatal evaluada, se halló conductas de riesgo como irritabilidad, conductas negligentes que atentan contra la integridad de sí mismos. Por otro lado, Arrom et. al (2015) menciona que estas conductas tienen una causa pudiendo estar asociada, con la impotencia de vivir entre violencia psicológica, física, sexual, sobreprotección o la

protección de un solo padre, por lo que se evidencia la necesidad de un soporte psicológico dentro de la escuela, ya que se idéntica la poca importancia de la salud mental.

El quinto objetivo específico, comparar las puntuaciones de expresiones emocionales vinculadas a la cólera y tristeza en adolescentes de un colegio estatal mixto de Lima Metropolitana de acuerdo con el sexo, como se aprecia en la tabla 20, se obtuvo un p-valor de ,569 lo cual indica que no hay datos significativos, teniendo como media en el grupo femenino 18,96 y en el grupo masculino una media de 18,18 (Ver tabla 21). De la misma forma el tamaño del efecto arrojó que no existe diferencia de la dimensión Cólera y tristeza en los grupos femenino y masculino. Teniendo un resultado similar a Adriaola (2018) en su tesis titulada “Clima social familiar, expresión de cólera-hostilidad y personalidad en adolescentes de familia nuclear biparental y monoparental” se identifica que la familia al ser el primer soporte del adolescente además de ser el que le acompaña durante su desarrollo evolutivo, marca un hito en la vida del individuo. Por lo que es importante la unión de la familia. Dentro del estudio se encontró que en las familias monoparentales existía un mayor índice de cólera y hostilidad determinando que el sexo no era predeterminante para la aparición de este constructo. Cabe resaltar, dentro de esta institución educativa, existe prevalencia en las familias disfuncionales o familias monoparentales, el hijo viviendo sola con la madre o viviendo solo con los padres, además existen casos donde los estudiantes viven con parientes, mas no con su familia nuclear, infiriendo que una de las causas para la obtención del puntaje en cólera y tristeza sea esta condición.

En el sexto objetivo específico, comparar las puntuaciones de expresiones emocionales vinculadas a la cólera y tristeza en adolescentes de un colegio estatal mixto de Lima Metropolitana de acuerdo con la edad. Como resultado, se obtuvo una significancia de ,701. Sin embargo, se identificó que el grupo de 14 años presentó una M de 18,50 siendo el mayor entre los grupos de 15 y 16 años (ver tabla 24). Existiendo una mayor prevalencia a esta edad en cólera y tristeza, no obstante, los resultados no llegan ser significativos. En la investigación realizada por Muro (2010), titulada “Colera y acoso escolar en un grupo de adolescentes de un colegio estatal en Lima Metropolitana” se encontró diferencias en la escala de cólera aplicada en adolescentes, de acuerdo con la edad y grado escolar. Hallando mayor prevalencia en adolescentes de menores grado al igual que en la presente investigación. Al igual que, Ramos (2015) en su tesis titulada “Nivel de irritabilidad, cólera y agresión en adolescentes de la I.E. Wilma Sotillo de

Bacigalupo de Tacna, 2014”, se encontró prevalencia de la cólera de nivel medio en el grado de 3° de secundaria con un valor de 13,3% en contraste con 4° y 5° de secundaria obteniendo puntos mínimos. Infiriendo que estos resultados fueron debido a la dificultad de control de impulsos, es decir la cólera es un estado emocional donde se inhibe el control sobre el temperamento, además con las investigaciones anteriores se puede concluir que, al presentar índices altos de irritabilidad o cólera, existe predominio en ejercer la violencia o agresión en sus diferentes dimensiones. Siendo necesario tomar medidas preventivas para desarrollar el control de impulsos en esta población.

Según el séptimo objetivo específico, identificar las puntuaciones de anhedonia en adolescentes de un colegio estatal mixto de Lima Metropolitana. Los resultados encontrados en la tabla 12, reflejan una media 4,54 comprobando por medio del gráfico 7 que la puntuación de la dimensión es baja. Para Klein (1974), la anhedonia es la pérdida del placer o disminución de interés por actividades que antes se disfrutaba. De la misma manera, determina que existe una correlación positiva con la depresión. Es decir, a mayor anhedonia mayor depresión. Según Olivares (1995) en su investigación “Anhedonia: una revisión conceptual” a través de un estudio sistemático, concluye que la anhedonia es la insensibilidad o anestesia del placer, también denominado aplanamiento afectivo. Encontrando, que existe congruencia con lo mencionado por Olivares (1995) y Klein (1974), ya que el total de la Depresión en los resultados obtenidos fueron bajos al igual que en la dimensión anhedonia.

En el octavo objetivo específico, comparar las puntuaciones de anhedonia en adolescentes de un colegio estatal mixto de Lima Metropolitana de acuerdo con el sexo, como se evidencia en la tabla 26 se reportó significancia de ,911 lo cual indica que los puntajes en esta dimensión con la variable sexo no son significativos, concluyendo que no existe diferencias de la dimensión anhedonia entre los hombres y mujeres. Encontrando resultados similares en la investigación de Fonseca-Pedrero et. al (2011) titulada “Prevalencia y características de la sintomatología depresiva en adolescentes no clínicos” donde evaluó a 1.863 adolescentes españoles, teniendo como resultado la prevalencia de la dimensión disforia y quejas somáticos en comparación a las puntuaciones de las demás dimensiones evaluadas, siendo estas anhedonia y autoevaluaciones negativas. Es decir, al igual que esta investigación no se encontraron datos significativos en la dimensión anhedonia según sexo ni edad. Justificando los resultados hallados al comparar las puntuaciones de anhedonia en adolescentes de un

colegio estatal mixto de Lima Metropolitana de acuerdo con la edad, ya que los datos obtenidos en la tabla 29 no fueron significativos (p -valor = ,981), indicando que no existe diferencias entre los grupos de 14, 15 y 16 años que fueron evaluados. A través de las investigaciones revisadas se concluye que existe una deficiencia en el estudio científico de la dimensión anhedonia en adolescentes, puesto que las revisiones se encuentran enfocadas en personas que presentan la condición de esquizofrenia, dificultando una mejor identificación de este constructo en la adolescencia. Concluyendo que se necesita la reproducción científica del constructo en los adolescentes, ya que es indispensable para el diagnóstico depresivo (Klein, 1974).

En el décimo objetivo específico, identificar las puntuaciones de baja autoestima en adolescentes de un colegio estatal mixto de Lima Metropolitana, se halló una M de 7,5 y una $D.E$ de 2,05, presentando una puntuación promedio de la dimensión. De acuerdo con Panesso & Arango (2017) la personas que poseen baja autoestima tiene dificultades para hacer frente a los problemas, tienden a evitar responsabilidades porque les cuesta asumirlas, su estado de ánimo suele ser decaído, se preocupan demasiado, son inseguros, temerosos, presentan complejos de inferioridad, se realizan críticas que suelen ser destructivas para sí mismas, y tienen pocas habilidades sociales. Por otro lado, la autoestima es una construcción social que se va formando a través de las vivencias, emociones y sentimientos, pudiendo concluir que está ligado a la aceptación de sus pares o del medio donde se desenvuelven (Sebastián, 2012). Dentro del grupo evaluado no se encontró puntajes extremos, es decir no existe una autoestima alta ni una autoestima baja; sin embargo, presentan algunas características que denotan una autoestima baja. Así mismos, los adolescentes de esta institución educativa estatal pueden presentar dificultades en su desenvolvimiento cotidiano y en sus habilidades sociales, por lo que es importante realizar una investigación a profundidad del constructo Autoestima, además de considerar que la obtención de la puntuación promedio pueden estar ligadas a la ansiedad escolar (Ortega et.al, 2014), pudiendo existir un deterioro en su rendimiento académico.

De acuerdo con el objetivo específico décimo primero, comparar las puntuaciones de baja autoestima en adolescentes de un colegio estatal mixto de Lima Metropolitana de acuerdo con el sexo. En la tabla 32 se puede evidenciar que no se obtuvo diferencias significativas, puesto que el p -valor fue de ,090. Estos resultados fueron semejantes a Navarro, Tomas & Oliver (2006) en su investigación “Factores personales, familiares y

académicos en niños y adolescentes con baja autoestima”, donde se estudió cada factor del constructo comparándolas con las variables personales, académicas y entre familias, dando como resultado que los factores sociodemográficos no afectan en la prevalencia de la baja autoestima, es decir la edad y el sexo no son significativos. Dicho esto, en el objetivo específico décimo segundo comparar las puntuaciones de baja autoestima en adolescentes de un colegio estatal mixto de Lima Metropolitana de acuerdo con la edad, se encontró que no existe diferencias significativas entre las edades de 14 a 16 al igual que lo expuesto por Navarro, Tomas & Oliver en el 2006. Por otro lado, se identifica la importancia de la autoestima en los adolescentes; ya que, al tener una elevada autoestima, existe un autoconcepto positivo hacia sí mismo potenciando sus habilidades sociales y presentando mayor seguridad para enfrentar las adversidades que se le presentan día a día.

Según el objetivo específico décimo tercero, identificar las puntuaciones de componentes somáticos- vegetativos en adolescentes de un colegio estatal mixto de Lima Metropolitana. Se obtuvo una M de 7,51 y una D.E de 2,049 es decir se presentan datos promedios. Para López et. al (2010), el componente somático vegetativo se encuentra dentro de los síndromes internalizantes, guardando relación con la labilidad del estado de ánimo, obsesiones, ansiedad, inseguridad, miedo, fobias y tristezas. Por otro lado, puede expresarse mediante cefaleas, vértigos, erupciones en la piel, dolores de estómago, vómitos, contracciones, problemas de la vista, entre otros.

Según el objetivo específico décimo cuarto, al comparar las puntuaciones de componentes somáticos- vegetativos en adolescentes de un colegio estatal mixto de Lima Metropolitana de acuerdo con el sexo, se halla una significancia de ,825, concluyendo que los datos no fueron significativos, no encontrando diferencias entre el grupo femenino y masculino. Así mismo, se hallaron puntajes diferentes a lo de Lemos et.al (1992) en su estudio titulado “Salud mental de los adolescentes asturianos”, donde determina que el sexo femenino presenta mayores alteraciones fisiológicas a diferencias de los hombres que tienden a presentar agresividad y violación de las reglas. De la misma manera Alarcón & Bárrig (2015) en su investigación “Conductas internalizantes y externalizantes en adolescentes”, llega al mismo resultado; sin embargo, no se halla diferencias en variable atributiva edad. Comprendiendo los resultados en el objetivo específico décimo quinto, comparar las puntuaciones de componentes somáticos-vegetativos en adolescentes de un colegio estatal mixto de Lima Metropolitana de acuerdo con la edad, donde se obtuvo una

significancia de ,284 concluyendo no existe diferencias entre la variable edad. Dicho de otro modo, la edad no es indispensable para la aparición del factor somáticos-vegetativo. Al igual que Alcántara et. al (2013), en su estudio “Alteraciones psicológicas en menores expuestos a violencia de género: Prevalencia y diferencias de género y edad”, identificando que no existe diferencias significativas en la variable edad al igual que sexo.

Según el objetivo específico décimo sexto, identificar las puntuaciones de ansiedad escolar en adolescentes de un colegio estatal mixto de Lima Metropolitana, se encuentra una M de 3,16 y una D.E de ,883 indicando que existe una alta ansiedad escolar. El ítem 2 del EDAR donde se le pregunta al estudiante “me preocupa el colegio” se presenta con mayor incidencia en la respuesta casi siempre “Casi siempre”. Según, García-Fernández, Inglés, Martínez-Monteagudo y Redondo, 2008; y Martínez-Monteagudo, Inglés, Trianes & García-Fernández, 2011. La ansiedad escolar es un patrón desadaptativo que se expresa por medio de respuestas físicas, procesos cognitivos y de conductas. Además, esta se genera por la presencia del castigo, evaluación de los pares, evaluación académica, agresión entre pares, o situaciones dentro del colegio que pueden generar ansiedad escolar. Concluyendo que, al existir ansiedad escolar existe una mayor prevalencia en las dificultades académicas deteriorando también su vida social. Es fundamental que en este grupo se conozca y aprenda a controlar las emociones en esa transición de la vida, puesto que el adolescente, busca sobresalir, busca el reconocimiento y liderar donde se desenvuelve, atribuyendo mayor significancia a las relaciones sociales (Krauskopf, 2003; y OMS, 2014).

En el objetivo específico décimo séptimo, al comparar las puntuaciones de ansiedad escolar en adolescentes de un colegio estatal mixto de Lima Metropolitana de acuerdo con el sexo, se halló una significancia de ,287 no existiendo diferencias entre el sexo femenino y masculino. De igual forma, en el objetivo específico décimo octavo al comparar las puntuaciones de ansiedad escolar en adolescentes de un colegio estatal mixto de Lima Metropolitana de acuerdo con la edad, se obtuvo una significancia de ,629 es decir los datos no fueron significativos y no se encontraron diferencias entre las edades de 14 a 16 años. Dentro de las investigaciones de ansiedad escolar no reportan las diferencias entre la edad y sexo. Para García-Fernández et. al (2013), en su estudio “¿Cómo se relaciona la ansiedad escolar con el rendimiento académico?” se identificó que los adolescentes que tienen alto y bajo rendimiento presentan ansiedad escolar. Sin embargo, este se genera de acuerdo con lo que la persona valora. Es decir, en la muestra

evaluada los estudiantes que tienen un bajo rendimiento escolar presentan puntuaciones altas en ansiedad psicofisiológicas, en comparación con los estudiantes con alto rendimiento, ya que ellos tienden a presentar ansiedad ante la agresión, ansiedad cultural, ansiedad ante el fracaso, castigo escolar, ansiedad conductual y psicofisiológicas. A partir de lo expuesto, se concluye que la ansiedad es un estado de alerta frente a situaciones que se pueden traducir como amenazantes o nuevas; sin embargo, la ansiedad en niveles moderados sirve como un motor adaptativo frente a las situaciones que se presentan movilizándolo al individuo que lo padece. No obstante, cuando estos niveles de ansiedad son severos, puede llegar a producir inmovilización, presentando dificultades al momento de prestar atención, al concentrarse, o fallas en la memoria, entre otras; siendo un bloqueo para el estudiante durante el proceso de aprendizaje, pudiendo ocasionar burlas dentro de las aulas, afianzando pensamientos autodestructivos y afectando gravemente su participación social. Por otro lado, es necesario estudiar y fortalecer las capacidades de los alumnos dentro de las instituciones educativas, puesto que la escuela y el hogar son los ámbitos donde el adolescente pasa la mayor parte de su vida (Ramos & Solorzano, 2015). Para terminar, se identificó que, dentro de la ansiedad escolar, los factores personales como las habilidades adaptativas guardan mayor relación con la Ansiedad escolar que las variables edad y sexo.

No obstante, el presente estudio presenta varias limitaciones que sería recomendable tener en consideración para futuras investigaciones, siendo una de ellas la aplicación de forma presencial, ya que al ser virtual dificulta las resoluciones de problemas o dudas que el participante presente en el momento, siendo este una de las posibles alteraciones de las respuestas, ya que la aplicación de la escala en esa población presenta factores de alto riesgo. Por otro lado, al ser una institución educativa pública en un sector socioeconómico bajo, no todos los alumnos presentan un dispositivo tecnológico, internet en casa o medios donde se podía resolver la prueba, trayendo consigo la falta de privacidad al responder las preguntas, pudiendo ser violado su privacidad por padres o supervisores con los que se encuentre en el momento.

Dentro de la revisión bibliográfica del constructo depresión, se identificó la carencia de material bibliográfico científico confiable, puesto que al emplear la escala de depresión para adolescentes de Reynolds (EDAR), se vio en la necesidad de buscar la teoría de cada uno de las dimensiones, identificando que el factor desmoralización y anhedonia, no presentan investigaciones recientes, además de enfocarlo en otras

condiciones de vida, dentro de ellos pacientes oncológicos, esquizofrénicos, con discapacidad, entre otros; así como de grupo etario siendo en su mayoría adultos mayores.

CONCLUSIONES

En base al objetivo general conocer la sintomatología depresiva en adolescentes de un colegio estatal mixto de Lima Metropolitana, se encontró un puntaje bajo en la depresión. En el cual se concluye que debido a la coyuntura que se atraviesa en el presente año, 2020 y las limitaciones que se presentó para aplicar el test de forma virtual, pudo existir alteraciones en las respuestas, ya que los alumnos de la presente institución educativa presentan factores de riesgo, existiendo mayor prevalencia para el diagnóstico depresivo (Contreras, Hernández, & Freyre, 2015). Dicho esto, se debe buscar soporte psicológico, para los adolescentes de forma preventiva, ya que la depresión no solo afectaría su vida social y familiar sino también su vida académica, repercutiendo en su rendimiento estudiantil.

En el objetivo, identificar las puntuaciones de desmoralización en adolescentes de un colegio estatal mixto de Lima Metropolitana, se hallaron valores inferiores de la dimensión. Puesto que existe una mayor prevalencia en personas con enfermedades crónicas o discapacidad según lo planteado por Kelly et. al (2002) y Kissane et. al (2001), infiriendo que los resultados obtenidos, se debió a las condiciones de vida que presentan los adolescentes evaluados, además de identificar la escasa reproducción científica de la desmoralización en adolescentes. En la comparación de las puntuaciones de desmoralización en adolescentes de un colegio estatal mixto de Lima Metropolitana de acuerdo con el sexo no se encontraron datos estadísticamente significativos, al igual que en la comparación de las puntuaciones de desmoralización en adolescentes de un colegio estatal mixto de Lima Metropolitana de acuerdo con la edad. Justificado por García-Soriano & Bareto (2008) y Rudilla et. al (2015), Así mismo, se considera la ampliación del estudio de la desmoralización en la población infanto-juvenil, puesto que las investigaciones solo se orientan en personas en cuidado paliativos o con enfermedades crónicas.

En el objetivo, identificar las puntuaciones de expresiones emocionales vinculadas a la cólera y tristeza en adolescentes de un colegio estatal mixto de Lima Metropolitana. se halló puntuación alta en el factor. Siendo esto una de las sintomatologías más importantes para el diagnóstico depresivo en la adolescencia. World Health Organization (2000) y American Psychiatric Association (2013). En la comparación de las puntuaciones de expresiones emocionales vinculadas a la cólera y tristeza en adolescentes de un colegio estatal mixto de Lima Metropolitana de acuerdo

con el sexo y edad no se encontraron diferencias significativas, siendo esto respaldado por Adriaola (2018). Se concluye que, para la aparición de la cólera, no existe el predominio en uno de los sexos; sin embargo, si se encuentra arraigado a las características personales, sociales y culturales donde se desenvuelve el estudiante. Por consiguiente, se recomienda que en la I.E. estatal donde se aplicó la presente investigación, cree un espacio preventivo y promocional frente a los impulsos que poseen los adolescentes frenando las futuras agresiones o violencias.

En la identificación de las puntuaciones de anhedonia en adolescentes de un colegio estatal mixto de Lima Metropolitana, se identificaron resultados no significativos, al igual que al comparar las variables edad y sexo no se encontró diferencias algunas. La anhedonia tiene como característica principal la pérdida del placer, insensibilidad o anestesia del placer. Además, al existir mayor anhedonia existe mayor predisposición para la depresión, guardando congruencia con Klein (1974) y Olivares (1995). En función de los resultados obtenidos por edad y sexo, Fonseca-Pedrero et. al. (2011) respaldan los resultados obtenidos. Dentro de las investigaciones se observa que la anhedonia se encuentra enfocado en pacientes psiquiátricos como esquizofrénicos, en el cual se requiere mayor reproducción científica.

En el objetivo, identificar las puntuaciones de baja autoestima en adolescentes de un colegio estatal mixto de Lima Metropolitana. se hallaron puntajes promedios, es decir existen características de la baja autoestima, según Panesso & Arango (2017); Sebastián (2012); y Ortega et. al. (2014). Teniendo a la baja autoestima como una construcción social que se va formando y que guarda relación con el desenvolvimiento académico y con sus pares. Es por ello, al encontrar la presencia de baja autoestima, se recomienda monitorear, orientar y en caso presentara alteración patológica, recibir una terapia que le ayude al adolescente desenvolverse según las demandas de su edad. Por otro lado, en la comparación de las puntuaciones de baja autoestima en adolescentes de un colegio estatal mixto de Lima Metropolitana de acuerdo con el sexo y edad, no se hallaron diferencias significativas por lo que Navarro, Tomas & Oliver (2006), justifican la ausencia de estas variables, demostrando que para la presencia de la baja autoestima no existe una edad determinada, así como la predominancia en los sexos.

Al identificar las puntuaciones de componentes somáticos-vegetativos en adolescentes de un colegio estatal mixto de Lima Metropolitana, se encontraron puntajes promedios en la dimensión. Donde López et. al (2010), determina que la depresión puede

expresarse por quejas somáticas. Al comparar las puntuaciones de componentes somáticos-vegetativos en adolescentes de un colegio estatal mixto de Lima Metropolitana de acuerdo con el sexo y la edad, no se reportaron datos significativos en el cual Alcántara et. al (2013) determina que para la presencia de los componentes somáticos- vegetativos no existen diferencias entre el hombre y la mujer o frente a las edades. Concluyendo que dentro de los resultados se hace presente los síntomas somáticos, por lo que se recomienda buscar estrategias de antiestrés frente a las demandas que se le presenta en el centro educativo, infiriendo que se debe a la ansiedad escolar que se hace presente en este grupo.

En el objetivo, identificar las puntuaciones de ansiedad escolar en adolescentes de un colegio estatal mixto de Lima Metropolitana, se encuentra un alto porcentaje en el factor ansiedad escolar, para García-Fernández, Inglés, Martínez-Monteagudo y Redondo, 2008; y Martínez-Monteagudo, Inglés, Trianes & García-Fernández, (2011); se determina que es un patrón desadaptativo que impulsa a paralizarse o enfrentar con las situaciones nuevas que se presentan. En la comparación de las puntuaciones de ansiedad escolar en adolescentes de un colegio estatal mixto de Lima Metropolitana de acuerdo con el sexo y edad, no se encontraron diferencias significativas por lo que García-Fernández et. al (2013) y Ramos & Solorzano (2015) contrastan la información encontrada, concluyendo que habilidades adaptativas son determinantes para la aparición de la ansiedad escolar.

Para finalizar, la depresión es una alteración del humor que trae consigo consecuencias en la salud pública, presentando altos índices de morbilidad y mortalidad. El objetivo de la investigación fue identificar las sintomatologías depresivas en los adolescentes de un colegio estatal mixto. Como se pudo observar anteriormente, dentro de la investigación se presentaron sintomatologías de ansiedad escolar, somático-vegetativo, cólera-tristeza y baja autoestima. Cabe resaltar, que el modelo teórico de la presente escala está basado en el DSM- III TR. Dentro de este estudio, se ha observado que no existe diferencias significativas en función a las variables atributivas sexo y edad. Sin embargo, se ha encontrado que la dimensiones pueden presentarse independientemente de las variables sociodemográficas a las que se le vincule. Dicho esto, se concluye esclareciendo que las sintomatologías depresivas que mayor incidencia tuvieron fueron las quejas somáticas o somatizaciones, cólera y tristeza siendo la familia un papel importante para el control de la ira o la cólera. Por último, la ansiedad escolar y

la baja autoestima encontrando una relación positiva a través de la revisión científica, es decir a menor autoestima, mayor nivel de ansiedad escolar.

REFERENCIAS

- Adriazola, S. (2018). *“Clima social familiar, expresión de cólera-hostilidad y personalidad en adolescentes de familia nuclear biparental y monoparental”*. (Tesis para obtener el grado de bachiller). Arequipa-Perú.
- Aiken, L. (2003). Test psicológicos y evaluación. México: Pearson Education.
- Alarcón, D., & Bárrig, P. (2015). Conductas internalizantes y externalizantes en adolescentes. *LIBERABIT*, 21(2), 253-259.
- Alcántara-López, M., López, C., Castro, M., & López-García, J. (2013). Alteraciones psicológicas en menores expuestos a violencia de género: prevalencia y diferencias de género y edad. *Anales de Psicología*, 29(3), 741-747.
- Aliaga, J. (2007). Psicometría: Tests Psicométricos, confiabilidad y validez. En: www.unmsm.edu.pe/psicologia/.../05Libro EAPAliaga.pdf. Recuperado el 22 de mayo del 2020.
- American Psychiatric Association. (2013). *Manual de diagnóstico y estadística de trastornos mentales* (5ª ed.). Washington DC: Autor.
- Amezquita, A., Gonzáles, R., & Zuluaga, D. (2008). Prevalencia de Depresión e ideación suicida en Estudiantes de 8º, 9º, 10º y 11º grado, en ocho colegios oficiales de Manizales. *Hacia la Promoción de la Salud*, 13(1), 143-153.
- Argibay, J. (2006). Técnicas psicométricas. Cuestiones de Validez y Confiabilidad. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, (8), 15- 33.
- Apráez, M., Araujo, I., Belalcázar, J., Guerrero, D., & Benavides, J. (2012). Depresión en Adolescentes de la Institución Educativa Pedro León Torres en Yacuanquer (Nariño, Colombia), 2012. *Revista Unimar* 59, 75-82.

- Arrom. C., Samudio. M., Ruoti. M., & Orúe E. (2015). Síndrome depresivo en la adolescencia asociado a género, abuso sexual, violencia física y violencia. *Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud*, 13(3):39-44.
- Arenas, S. (2009). *Relación entre la funcionalidad familiar y la depresión en adolescentes*. (Tesis para optar título profesional). Universidad Mayor de San Marcos. Lima-Perú.
- Ato, M., López, J., & Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología*, 29 (3), 1038-1059.
- Borghero, F., Martínez, V., Zitko, P., Vöhringer, P., Cavada, G., & Rojas, G. (2018). Tamizaje de episodio depresivo en adolescentes. Validación del instrumento PHQ-9. *Rev Med Chile*, 146, 479-486.
- Campo-Arias, A., & Oviedo, H. (2008). Propiedades Psicométricas de una Escala: la Consistencia Interna. *Revista de Salud Pública*, 10(5), 831-839.
- Colegio de Psicólogos del Perú. (2017). *Código de Ética Profesional del Psicólogo Peruano*. Lima, Perú: Autor.
- Contreras, J. A., Hernández, L., & Freyre, M. A. (2015). Validez de constructo del Inventario de Depresión de Beck II para adolescentes. *Terapia Psicológica*, 33(3), 195-203.
- Del Barrio, V. (2000). *La depresión infantil: factores de riesgo y posibles soluciones*. Málaga: Aljibe.
- Domínguez-Lara, S. (2016). Síntomas depresivos en una muestra de adolescentes escolarizados de Lima y diferencias según género. *Revista Chilena de Pediatría*, 87(5), 437-438.
- Escobar-Pérez, J., & Cuervo-Martínez, A. (2008). Validez de contenido y juicio de expertos: una aproximación a su utilización. *Avances en medición*, 6(1), 27-36.

- Epskamp, S. (2017). *semPlot: Path Diagrams and Visual Analysis of Various SEM Packages' Output*. [R package]. Retrieved from <https://cran.r-project.org/package=semPlot>.
- Fonseca-Pedrero, E., Paino, M., Lemos-Giráldez, S., & Muñiz, J. (2011). Prevalencia y características de la sintomatología depresiva en adolescentes no clínicos. *Actas Esp Psiquiatr*, 39(4):217-25.
- García-Fernández, J., Inglés, C., Martínez-Monteagudo, M., & Redondo, J. (2008). Evaluación y tratamiento de la ansiedad escolar en la infancia y la adolescencia. *Psicología Conductual*, 16(3), 413-437.
- García-Fernández, J., Martínez-Monteagudo, M., & Inglés, C. (2013). ¿Cómo se relaciona la ansiedad escolar con el rendimiento académico? *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 4(1),63-76.
- García-Soriano, G., & Bareto, P. (2008). Trastornos del estado de ánimo al final de la vida: ¿Desmoralización o depresión? *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 13(2),123-133.
- González, C., Inglés, C., Vicent, M., Lagos-San Martín, N., Sanmartín, R., & García-Fernández, J. (2016). Diferencias en ansiedad escolar y autoconcepto en adolescentes chilenos. *Actos de investigación psicológicas*, 6(3),2509-2515.
- Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y la Adolescencia. (2018) Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y la Adolescencia. Actualización. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Unidad de Asesoramiento Científico-técnico (Avalia-t); 2018. Guías de Práctica Clínica en el SNS.

- Instituto Nacional de Salud Mental. (2013). Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao Replicación 2012. Informe General. *Anales de Salud Mental*, Vol. XXIX, Suplemento 1.
- Kelly, B., Burnett, P., Pelusi, D., Sadger, S., Varghese, F., & Robertson, M. (2002). Terminally Ill Cancer Patients' Wish to Hasten Death. *Palliat Med.* 16(4):339-45.
- Kissane, D., Clarke, D., & Street, A. (2001). Demoralization síndrome-a relevant psychiatric diagnosis for palliative care. *Journal of Palliative Care*, 17(1), 12–21.
- Krauskopf, D. (2003). “Juventud, riesgo y violencia”. En Dimensiones de la Violencia. PNUD. El Salvador.
- Klein, DF. (1974). Endogenomorphic Depression: A Conceptual and Terminological Revision. *Arch Gen Psychiatry*, 31(4):447-454.
- Lemos, S., Fidalgo, A., Calvo, P., & Menéndez, P. (1992). Salud mental de los adolescentes asturianos. *Psicothema*, 4(1): 21-48.
- López, C., Alcántara, M., Fernández, V. Castro, M., & 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*, 26(2):325-334.
- Mamani, B., & Quispe, C. (2016). *Depresión y disfunción familiar en estudiantes del cuarto año de secundaria de la Institución Educativa Secundaria Industrial Perú Birf, Juliaca – 2015*. (Tesis para optar título profesional). Perú.
- Martin, S. (2013). Aplicación de los principios éticos a la metodología de la investigación. *Enferm Cardiol*, Año XX (58-59),27-30.
- Martínez-Monteaquedo, M., Inglés, C., Trianes, M., & García-Fernández, J. (2011). Perfiles de ansiedad escolar: Diferencias en Clima Social y Violencia entre

- Igualdes. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 9(3), 1023–1042.
- McHolm, A., MacMillan, H., & Jamieson, E. (2003). The relationship between childhood physical abuse and suicidality among depressed women: Results from a community sample. *The American Journal of Psychiatry*, 160(5),933-8.
- Merino, C., & Livia, J. (2009). Intervalos de confianza asimétricos para el índice de validez de contenido: Un programa Visual Basic para la V de Aiken. *Anales de Psicología*, 25(1), 169-171.
- Ministerio de Salud del Perú – MINSA. (2020). Resolución Ministerial N°361-2020-MINSA. Recuperado de:
https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/846048/RM_361-2020-MINSA.PDF
- Muro, M (2010). “*Cólera y acoso escolar en un grupo de adolescentes de un colegio estatal en Lima Metropolitana*”. (tesis para optar el título de licenciada). Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima, Perú.
- Nardi, B. (2004). La Depresión Adolescente. *Psicoperspectivas*, 3(1),95-126.
- Navarro, E., Tomas, J., & Oliver, A. (2006). Factores personales, familiares y académicos en niños y adolescentes con baja autoestima. *Boletín de psicología*, 88,7-25.
- Navarro-Loli, J., Moscoso, M., & Calderón-De la Cruz, G. (2017). La investigación de la depresión en adolescentes en el Perú: una revisión sistemática. *Liberabit*, 23(1), 57-74.
- Olivares, J. (1995). Anhedonia: una revisión conceptual. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 15(52),9-24.
- Organización Mundial de la Salud. (2020). Key Messages and actions for COVID-19 Prevention and Control in Schools. March 2020. Recuperado de:

https://www.unicef.org/media/65716/file/Key%20Messages%20and%20Actions%20for%20COVID-19%20Prevention%20and%20Control%20in%20Schools_March%202020.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2017). *Depresión*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Organización Mundial de la Salud. (2014). Salud para los adolescentes del mundo Una segunda oportunidad en la segunda década. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.

Ferrel, F., Vélez, J., & Ferrel, L. (2014). Factores psicológicos en adolescentes escolarizados con bajo rendimiento académico: depresión y autoestima. *Revista Encuentros*, 12(2),35-47.

Pacheco. P., & Chaskel. R. (2016). Depresión en niños y adolescentes. *Precop SCP CCAP*, 15(1),30-38.

Panesso, K., & Arango, M. (2017). La autoestima, proceso humano. *Revista electrónica Psyconex*, 9(14).

Pérez-Gil, J., Chacón, S., & Moreno, R. (2000). Validez de construcción: el uso de análisis factorial exploratorio-confirmatorio para obtener evidencias de validez. *Psicothema*, 12(2),442-446.

R Core Team (2018). R: A Language and environment for statistical computing. [Computer software]. Retrieved from <https://cran.r-project.org/>.

Ramos W. (2018). Situación epidemiológica del intento de suicidio. Enero-diciembre 2017. *Boletín Epidemiológico del Perú*, 27(34),776-779.

Ramos, A., & Solozano, J. (2015). “*Depresión y rendimiento académico en los alumnos del cuarto grado de secundaria de la institución educativa Politécnico Túpac*

- Amaru-Chilca-2014*”. (Tesis para optar título profesional). Universidad Nacional del Centro del Perú. Huancayo-Perú.
- Ramos, D. (2015). “*Nivel de irritabilidad, cólera y agresión en adolescentes de la I.E. Wilma Sotillo de Bacigalupo de Tacna, 2014*”. (tesis para optar el título de licenciatura). Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. Facultad de Ciencias de la Salud. Tacna, Perú.
- Ramos, D., Sanz, Á., Vargas, L., Mirón, J., Alonso, M., & González, M. (2018). Síndrome de desmoralización. Estimación de la prevalencia en una población de pacientes en cuidados paliativos en domicilio. *Medicina Paliativa*. 25(4),255-259.
- Rudilla, D., Barreto, P., Oliver, A., & Galiana, L. (2015). Síndrome de desmoralización como alternativa diagnóstica al estado de ánimo deprimido en pacientes paliativos. *Psicología*, 12(2-3),315-334.
- Revelle, W. (2019). psych: Procedures for Psychological, Psychometric, and Personality Research. [R package]. Retrieved from <https://cran.r-project.org/package=psych>.
- Rosseel, Y., et al. (2018). lavaan: Latent Variable Analysis. [R package]. Retrieved from <https://cran.r-project.org/package=lavaan>.
- Sebastián, V. (2012). Autoestima y Autoconcepto Docente. *PHAINOMENON*. 11(1),23-34.
- Soriano-García, G., & Barreto, P. (2008). Trastorno del estado de ánimo al final de la vida: ¿Desmoralización o depresión? *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 13(2),123-133.
- The jamovi project (2019). jamovi. (Version 1.1) [Computer Software]. Retrieved from <https://www.jamovi.org>.

Tacillo, E. (2016). *Metodología de la investigación científica*. Universidad Jaime Bausate

y Meza. Recuperado de:

<http://repositorio.bausate.edu.pe/handle/bausate/36?show=full>

Vargas, H., Tovar, H., & Valverde, J. (2010). Prevalencia y factores asociados con el episodio depresivo en adolescentes de Lima Metropolitana y Callao. *Revista Peruana de Epidemiología*, 14(2).

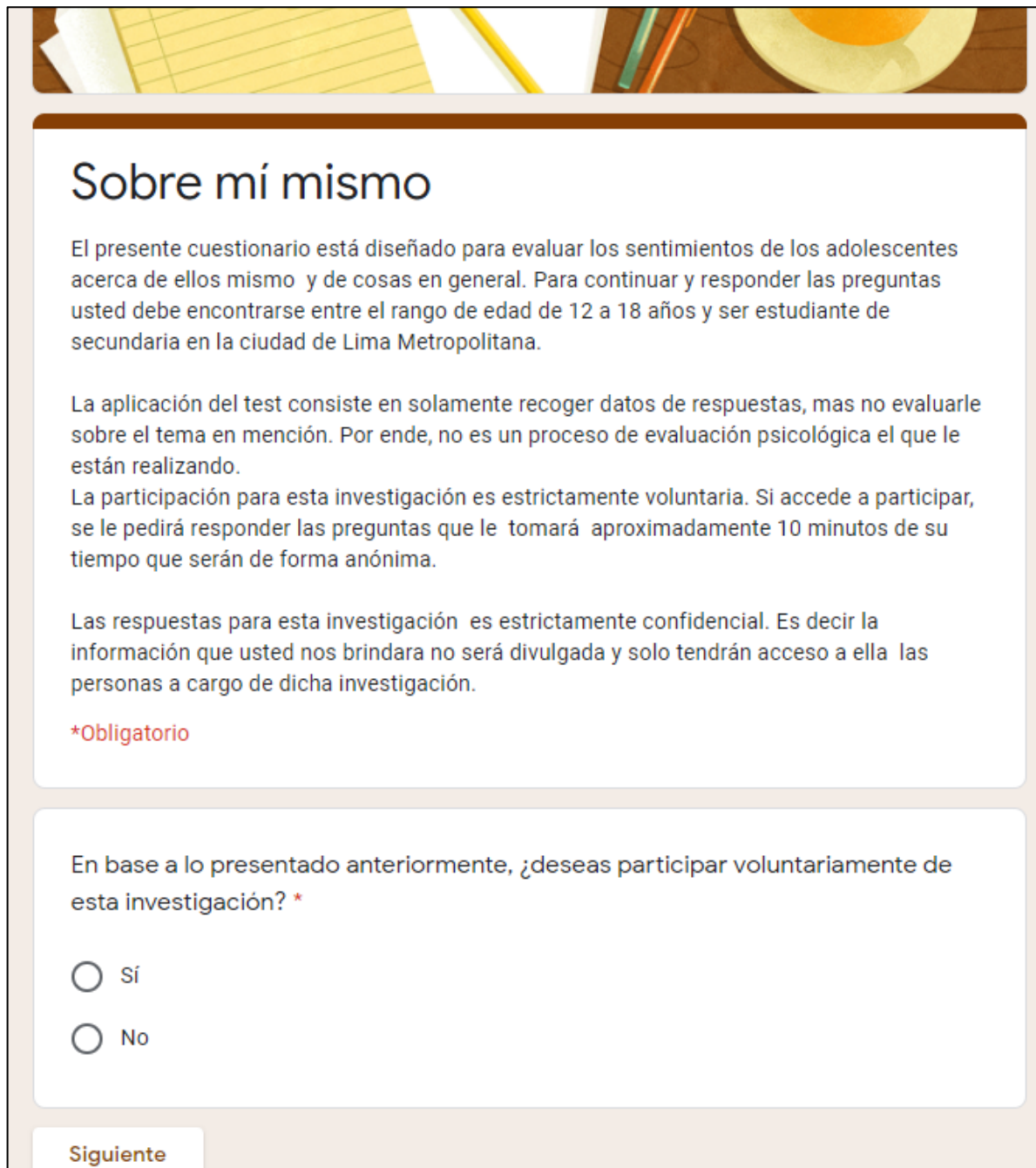
Ugarriza, N., & Ecurra, M. (2002). Adaptación psicométrica de la Escala de Depresión para Adolescentes de Reynolds (EDAR) en estudiantes de secundaria de Lima Metropolitana. *Persona* 5, 83-130.

World Health Organization. (2000). Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Editorial. Médica Panamericana. Referido de: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42326>

ANEXOS

Anexo n° 1. Escala de depresión en adolescentes (EDAR) – Virtual

Contiene consentimiento informado. Enlace: [Sobre mí mismo \(google.com\)](https://www.google.com)



Sobre mí mismo

El presente cuestionario está diseñado para evaluar los sentimientos de los adolescentes acerca de ellos mismo y de cosas en general. Para continuar y responder las preguntas usted debe encontrarse entre el rango de edad de 12 a 18 años y ser estudiante de secundaria en la ciudad de Lima Metropolitana.

La aplicación del test consiste en solamente recoger datos de respuestas, mas no evaluarle sobre el tema en mención. Por ende, no es un proceso de evaluación psicológica el que le están realizando.

La participación para esta investigación es estrictamente voluntaria. Si accede a participar, se le pedirá responder las preguntas que le tomará aproximadamente 10 minutos de su tiempo que serán de forma anónima.

Las respuestas para esta investigación es estrictamente confidencial. Es decir la información que usted nos brindara no será divulgada y solo tendrán acceso a ella las personas a cargo de dicha investigación.

***Obligatorio**

En base a lo presentado anteriormente, ¿deseas participar voluntariamente de esta investigación? *

Sí

No

Siguiente

Sobre mi mismo

Datos personales

Edad *

12

13

14

15

16

17

18

Sexo *

Femenino

Masculino

Grado escolar *

No se tomará en cuenta la sección de los grados.

Tercero secundaria

Cuarto de secundaria

Quinto de secundaria

Instrucciones

A continuación se presenta una lista de oraciones sobre como te sientes. Lee cada una y decide sinceramente cuán a menudo te sientes así: Casi nunca, Rara vez, Algunas veces o Casi siempre.

Marca la respuesta que mejor describe como te sientes. Recuerda que no hay respuestas correctas ni equivocadas. Solo escoge la respuesta que dice como te sientes generalmente

1. Me siento feliz *

- Casi siempre
- Rara vez
- Algunas veces
- Casi nunca

2. Me preocupa el colegio *

- Casi nunca
- Casi siempre
- Algunas veces
- Rara vez

3. Me siento solo *

- Rara vez
- Casi siempre
- Algunas veces
- Casi nunca

4. Siento que mis padres no me quieren *

- Casi nunca
- Rara vez
- Casi siempre
- Algunas veces

5. Me siento importante *

- Casi nunca
- Casi siempre
- Rara vez
- Algunas veces

6. Siento ganas de esconderme de la gente *

- Algunas veces
- Casi nunca
- Rara vez
- Casi siempre

7. Me siento triste *

- Casi siempre
- Casi nunca
- Algunas veces
- Rara vez

8. Me siento con ganas de llorar *

- Rara vez
- Casi nunca
- Casi siempre
- Algunas veces

9. Siento que no le importo a nadie *

- Casi nunca
- Algunas veces
- Casi siempre
- Rara vez

10. Tengo ganas de divertirme con mis compañeros *

- Casi siempre
- Algunas veces
- Rara vez
- Casi nunca

11. Me siento enfermo *

- Casi nunca
- Casi siempre
- Algunas veces
- Rara vez

12. Me siento querido *

- Casi nunca
- Casi siempre
- Rara vez
- Algunas veces

13. Tengo deseos de escapar *

- Algunas veces
- Rara vez
- Casi siempre
- Casi nunca

14. Tengo ganas de hacerme daño *

- Casi siempre
- Rara vez
- Algunas veces
- Casi nunca

15. Siento que no les gusto a mis compañeros *

- Casi nunca
- Rara vez
- Casi siempre
- Algunas veces

16. Me siento molesto *

- Casi siempre
- Algunas veces
- Rara vez
- Casi nunca

17. Siento que la vida es injusta *

- Casi nunca
- Rara vez
- Casi siempre
- Algunas veces

18. Me siento cansado *

- Algunas veces
- Casi nunca
- Casi siempre
- Rara vez

19. Siento que soy malo *

- Casi siempre
- Rara vez
- Casi nunca
- Algunas veces

20. Siento que no valgo nada *

- Algunas veces
- Casi nunca
- Rara vez
- Casi siempre

21. Tengo pena de mi mismo *

- Casi nunca
- Algunas veces
- Casi siempre
- Rara vez

22. Hay cosas que me molestan *

- Algunas veces
- Rara vez
- Casi nunca
- Casi siempre

23. Siento ganas de hablar con mis compañeros *

- Casi siempre
- Algunas veces
- Casi nunca
- Rara vez

24. Tengo problemas para dormir *

- Algunas veces
- Casi siempre
- Casi nunca
- Rara vez

25. Tengo ganas de divertirme *

- Casi siempre
- Algunas veces
- Casi nunca
- Rara vez

26. Me siento preocupado *

- Casi siempre
- Rara vez
- Algunas veces
- Casi nunca

27. Me dan dolores de estómago *

- Casi siempre
- Algunas veces
- Rara vez
- Casi nunca

28. Me siento aburrido *

- Casi nunca
- Algunas veces
- Casi siempre
- Rara vez

29. Me gusta comer *

- Algunas veces
- Rara vez
- Casi siempre
- Casi nunca

30. Siento que nada de lo que hago me ayuda *

- Rara vez
- Casi siempre
- Casi nunca
- Algunas veces

Atrás

Siguiente

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google. [Notificar uso inadecuado](#) - [Términos del Servicio](#) - [Política de Privacidad](#)

Anexo n° 2. Formato de evaluación del Juez 1

NOMBRE DE LA VARIABLE Y DEFINICION CONCEPTUAL DE LA MISMA	DIMENSIONES Y DEFINICIÓN	ITEMS SELECCIONADOS (INDICANDO SI ES POSITIVO O NEGATIVO)	REPRESENTATIVIDAD					CORRECCIONES DE LOS ITEMS
			My R	R	MdR	PR	NR	
<p>Depresión en Adolescentes</p> <p>La depresión en adolescentes se manifiesta principalmente por síntomas de comportamiento o malestar físico, todo lo opuesto a los adultos que presentan sintomatología depresiva típicas. Los siguientes síntomas deben mantenerse al menos dos semanas consecutivas.</p> <p>-Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, en niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.</p> <p>-Disminución significativa de interés o placer en las actividades la mayor parte del día.</p> <p>-Perdida o aumento de peso sin dieta y de apetito casi todos los días. En los niños, considerar la imposibilidad</p>	<p>Desmoralización:</p> <p>Este factor está representado por un factor general de desmoralización con sentimientos de desesperanza, no sentirse apreciado, bajo merito personal, abatimiento, soledad y llanto.</p>	Siento que no valgo nada (ítem positivo)	X					
		Siento que no le importo a nadie (ítem positivo)	X					
		Me siento querido (ítem negativo)	X					
		Siento que mis padres no me quieren (ítem positivo)	X					“quieren”
		Tengo deseos de huir (ítem positivo)	X					Reemplazar “escapar” por “huir”
		Tengo ganas de hacerme daño (ítem positivo)	X					
		Me siento feliz (ítem negativo)	X					
		Siento que nada de lo que hago me ayuda (ítem positivo)	X					
		Me siento solo (ítem positivo)	X					
		Me siento con ganas de llorar (ítem positivo)	X					
	Me siento importante (ítem negativo)	X						
	<p>Colera y tristeza:</p> <p>Comprende ítems que se caracterizan por expresiones emocionales vinculadas a la cólera, irritabilidad, desanimo, aburrimiento, tristeza y fatiga.</p>	Hay cosas que me molestan (ítem positivo)	X					
		Me siento molesto (ítem positivo)	X					
		Me siento aburrido (ítem positivo)	X					
		Me siento triste (ítem positivo)	X					
		Me siento preocupado (ítem positivo)	X					
		Siento que la vida es injusta (ítem positivo)	X					

<p>de lograr el aumento de peso esperado.</p> <p>-Insomnio o hipersomnia casi todos los días.</p> <p>-Agitación o retraso psicomotor casi todos los días.</p> <p>-Fatiga o pérdida de energía</p> <p>-Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada.</p> <p>-Disminución de capacidad para concentrarse o tomar decisiones.</p> <p>-Pensamiento de muerte recurrente, ideas suicidas, intento de suicidio o un plan para llevarlo a cabo.</p>		Me siento cansado (ítem positivo)	X					
	Anhedonia	Tengo ganas de divertirme (ítem negativo)	X					
	Ítems relacionados a la falta de la capacidad de sentir placer.	Tengo ganas de divertirme con los compañeros (ítem negativo)	X					
		Siento ganas de hablar con los compañeros (ítem negativo)	X					
	Baja autoestima	Siento que soy malo (ítem positivo)	X					
	Vinculado a la autoestima, crítica desvalorizada de sí mismo y aislamiento	Siento que no les gusto a los compañeros (ítem positivo)	X					"a mis compañeros..."
		Tengo pena de mí mismo (ítem positivo)	X					
		Siento ganas de esconderme de la gente (ítem positivo)	X					
	Somático-Vegetativo	Tengo problemas para dormir (ítem positivo)	X					
	Involucra un componente externalizado somático-vegetativo de la depresión expresado por alteraciones del sueño, del apetito y queja somática.	Me siento enfermo (ítem positivo)	X					
		Siento que la vida es injusta (ítem positivo)	X					
		Me gusta comer (ítem negativo)	X					
	Ansiedad Escolar	Me preocupa el colegio (ítem positivo)	X					
Este factor está vinculado a factores escolares que producen ansiedad.								

Anexo n° 3. Formato de evaluación del Juez 2

NOMBRE DE LA VARIABLE Y DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LA MISMA	DIMENSIONES Y DEFINICIÓN	ITEMS SELECCIONADOS (INDICANDO SI ES POSITIVO O NEGATIVO)	REPRESENTATIVIDAD					CORRECCIONES DE LOS ITEMS
			My R	R	MdR	PR	NR	
<p>Depresión en Adolescentes La depresión en adolescentes se manifiesta principalmente por síntomas de comportamiento o malestar físico, todo lo opuesto a los adultos que presentan sintomatología depresiva típicas. Los siguientes síntomas deben mantenerse al menos dos semanas consecutivas.</p> <p>-Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, en niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.</p> <p>-Disminución significativa de interés o placer en las actividades la mayor parte del día.</p> <p>-Perdida o aumento de peso sin dieta y de apetito casi todos los días. En los niños, considerar la imposibilidad</p>	<p>Desmoralización: Este factor está representado por un factor general de desmoralización con sentimientos de desesperanza, no sentirse apreciado, bajo merito personal, abatimiento, soledad y llanto.</p>	Siento que no valgo nada (ítem positivo)	X					
		Siento que no le importo a nadie (ítem positivo)	X					
		Me siento querido (ítem negativo)	X					
		Siento que mis padres no me quieren (ítem positivo)	X					
		Tengo deseos de huir (ítem positivo)	X					
		Tengo ganas de hacerme daño (ítem positivo)	X					
		Me siento feliz (ítem negativo)	X					
		siento que nada de lo que hago me ayuda (ítem positivo)	X					
		Me siento solo (ítem positivo)	X					
		Me siento con ganas de llorar (ítem positivo)	X					
	Me siento importante (ítem negativo)	X						
	<p>Colera y tristeza: Comprende ítems que se caracterizan por expresiones emocionales vinculadas a la cólera, irritabilidad, desanimo, aburrimiento, tristeza y fatiga.</p>	Hay cosas que me molestan (ítem positivo)	X					
		Me siento molesto (ítem positivo)	X					
		Me siento aburrido (ítem positivo)	X					
		Me siento triste (ítem positivo)	X					
		Me siento preocupado (ítem positivo)	X					
		Siento que la vida es injusta (ítem positivo)	X					

<p>de lograr el aumento de peso esperado.</p> <p>-Insomnio o hipersomnias casi todos los días.</p> <p>-Agitación o retraso psicomotor casi todos los días.</p> <p>-Fatiga o pérdida de energía</p> <p>-Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada.</p> <p>-Disminución de capacidad para concentrarse o tomar decisiones.</p> <p>-Pensamiento de muerte recurrente, ideas suicidas, intento de suicidio o un plan para llevarlo a cabo.</p>		Me siento cansado (ítem positivo)	X					
	Anhedonia	Tengo ganas de divertirme (ítem negativo)	X					
	Ítems relacionados a la falta de la capacidad de sentir placer.	Tengo ganas de divertirme con los compañeros (ítem negativo)	X					
		Siento ganas de hablar con los compañeros (ítem negativo)	X					
	Baja autoestima	Siento que soy malo (ítem positivo)	X					
	Vinculado a la autoestima, crítica desvalorizada de sí mismo y aislamiento	Siento que no les gusta a los compañeros (ítem positivo)	X					
		Tengo pena de mí mismo (ítem positivo)	X					
		Siento ganas de esconderme de la gente (ítem positivo)	X					
	Somático-Vegetativo	Tengo problemas para dormir (ítem positivo)	X					
	Involucra un componente externalizado somático-vegetativo de la depresión expresado por alteraciones del sueño, del apetito y queja somática.	Me siento enfermo (ítem positivo)	X					
		Siento que la vida es injusta (ítem positivo)	X					
		Me gusta comer (ítem negativo)	X					
	Ansiedad Escolar	Me preocupa el colegio (ítem positivo)	X					
	Este factor está vinculado a factores escolares que producen ansiedad.							

Anexo n° 4. Formato de evaluación del Juez 3

NOMBRE DE LA VARIABLE Y DEFINICION CONCEPTUAL DE LA MISMA	DIMENSIONES Y DEFINICIÓN	ITEMS SELECCIONADOS (INDICANDO SI ES POSITIVO O NEGATIVO)	REPRESENTATIVIDAD					CORRECCIONES DE LOS ITEMS
			My R	R	MdR	PR	NR	
<p>Depresión en Adolescentes</p> <p>La depresión en adolescentes se manifiesta principalmente por síntomas de comportamiento o malestar físico, todo lo opuesto a los adultos que presentan sintomatología depresiva típicas. Los siguientes síntomas deben mantenerse al menos dos semanas consecutivas.</p> <p>-Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, en niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.</p> <p>-Disminución significativa de interés o placer en las actividades la mayor parte del día.</p> <p>-Perdida o aumento de peso sin dieta y de apetito casi todos los días. En los niños, considerar la imposibilidad</p>	<p>Desmoralización:</p> <p>Este factor está representado por un factor general de desmoralización con sentimientos de desesperanza, no sentirse apreciado, bajo merito personal, abatimiento, soledad y llanto.</p>	Siento que no valgo nada (ítem positivo)	X					
		Siento que no le importo a nadie (ítem positivo)	X					
		Me siento querido (ítem negativo)	X					
		Siento que mis padres no me quieren (ítem positivo)	X					*quieren
		Tengo deseos de huir (ítem positivo)	X					
		Tengo ganas de hacerme daño (ítem positivo)	X					
		Me siento feliz (ítem negativo)	X					
		siento que nada de lo que hago me ayuda (ítem positivo)	X					
		Me siento solo (ítem positivo)	X					
		Me siento con ganas de llorar (ítem positivo)	X					
	Me siento importante (ítem negativo)	X						
	<p>Colera y tristeza:</p> <p>Comprende ítems que se caracterizan por expresiones emocionales vinculadas a la cólera, irritabilidad, desanimo, aburrimiento, tristeza y fatiga.</p>	Hay cosas que me molestan (ítem positivo)	X					
		Me siento molesto (ítem positivo)	X					
		Me siento aburrido (ítem positivo)	X					
		Me siento triste (ítem positivo)	X					
		Me siento preocupado (ítem positivo)	X					
		Siento que la vida es injusta (ítem positivo)	X					

<p>de lograr el aumento de peso esperado.</p> <p>-Insomnio o hipersomnia casi todos los días.</p> <p>-Agitación o retraso psicomotor casi todos los días.</p> <p>-Fatiga o pérdida de energía</p> <p>-Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada.</p> <p>-Disminución de capacidad para concentrarse o tomar decisiones.</p> <p>-Pensamiento de muerte recurrente, ideas suicidas, intento de suicidio o un plan para llevarlo a cabo.</p>		Me siento cansado (ítem positivo)	X					
	Anhedonia	Tengo ganas de divertirme (ítem negativo)	X					
	<p>Ítems relacionados a la falta de la capacidad de sentir placer.</p>	Tengo ganas de divertirme con los compañeros (ítem negativo)			X			La pregunta anterior explora la dimensión de modo general y esta redundante de manera parcial.
		Siento ganas de hablar con los compañeros (ítem negativo)	X					
	<p>Baja autoestima</p> <p>Vinculado a la autoestima, crítica desvalorizada de sí mismo y aislamiento</p>	Siento que soy malo (ítem positivo)	X					
		Siento que no les gusta a los compañeros (ítem positivo)	X					
		Tengo pena de mí mismo (ítem positivo)			X			Encaja más en la dimensión cólera y tristeza.
	<p>Somático-Vegetativo</p> <p>Involucra un componente externalizado somático-vegetativo de la depresión expresado por alteraciones del sueño, del apetito y queja somática.</p>	Siento ganas de esconderme de la gente (ítem positivo)	X					
		Tengo problemas para dormir (ítem positivo)	X					
		Me siento enfermo (ítem positivo)	X					
		Me dan dolores de estómago (ítem positivo)	X					
	<p>Ansiedad Escolar</p> <p>Este factor está vinculado a factores escolares que producen ansiedad.</p>	Me gusta comer (ítem negativo)	X					
		Me preocupa el colegio (ítem positivo)	X					