



UNIVERSIDAD
PRIVADA
DEL NORTE

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE PSICOLOGÍA

“SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN ESTUDIANTES 4°
DE SECUNDARIA DE UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA
PRIVADA DE LIMA NORTE”

Tesis para optar el título profesional de:

Licenciada en Psicología

Autor:

July Pilar Auqui Pongo

Asesor:

Lic. Ricardo del Río Pinedo

Lima – Perú

2019

DEDICATORIA

A mis padres, por su gran dedicación de esfuerzo y valentía frente a los conflictos que se presentaban, gracias por enseñarme a luchar por mis sueños y aprender de la vida en cada circunstancia.

A mi hermana, por su gran entusiasmo de proyectarme con gran visión emprendedora a nuevos retos profesionales.

A O'brian , por su gran amor incondicional y por darme las fuerzas de continuar con cada objetivo, sin darme marcha atrás.

AGRADECIMIENTO

Muchas gracias, es solo una palabra que tiene un gran motivo en especial, durante este largo período, con dificultades, aprendizajes, sueños y logros. En definitiva, un aprendizaje que deja huella para no cometer los mismos errores sino para aprender y conservarlo como una experiencia. Infinitas gracias a mis padres por tanto cariño y amor sin escrúpulos, por la paciencia y la virtud de saber comunicarse conmigo en los momentos tensos, la gratitud y la confianza se intensificó por ver lograr un sueño que tanto he querido desde pequeña, forjándome con grandes valores y educación frente a los retos que la vida propone. No hay una manera de decirles, que estoy totalmente agradecida con ustedes, hemos pasado, por tanto, y ahora estamos aquí diciendo que valió la pena todo el esfuerzo emprendido.

Mi hermana, sin duda alguna, es la pieza fundamental de este logro, las palabras de aliento y la empatía particular que tiene conmigo, me forjó a emprender una nueva marcha frente a los cambios inmediatos, en las tristezas se vio reflejada el gran amor humanitario y en la felicidad la motivación persistente. Agradecida contigo, así será para siempre.

A O'brian, que llegó en el momento menos esperado, pero entregó todo el amor, cariño y paciencia; y sobretodo supo respetar los proyectos personales de cada uno, compartiendo logros, esfuerzos, pasatiempos, entre otros. No hay duda, que llegó la persona indicada en el momento indicado. Gracias por ser el soporte de todos los días.

A mi asesor, por su gran capacidad de disposición y optimismo, y por confiar en mí en cada hoja de la investigación. Su enseñanza sobrepasa límites y el cariño de una gran amistad conlleva a un logro profesional. Muchas gracias.

A cada uno de ustedes les pertenece este trabajo, se han llevado un gran espacio en mi corazón, por haberme alentado en cualquier momento del día. Estoy totalmente agradecida y no hay mayor felicidad, que es la amistad de cada uno.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

| | |
|--|-----------|
| DEDICATORIA | ii |
| AGRADECIMIENTO..... | iii |
| ÍNDICE DE CONTENIDOS | iv |
| ÍNDICE DE TABLAS..... | v |
| ÍNDICE DE FIGURAS | vii |
| RESUMEN..... | vii |
| ABSTRACT | ix |
| CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN..... | 10 |
| 1.1. Realidad problemática..... | 10 |
| 1.2. Formulación del problema..... | 12 |
| 1.3. Justificación..... | 12 |
| 1.4. Limitaciones..... | 13 |
| 1.5. Objetivos | 13 |
| 1.5.1. <i>Objetivo general</i> | 13 |
| 1.5.2. <i>Objetivos específicos</i> | 13 |
| CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO | 14 |
| 2.1. Antecedentes | 14 |
| 2.2. Bases teóricas | 19 |
| 2.2.1. <i>Depresión infantil</i> | 19 |
| 2.2.2. <i>Modelos explicativos</i> | 22 |
| 2.2.3 <i>Dimensiones de la depresión.</i> | 29 |
| 2.3. Hipótesis | 31 |
| 2.3.1. <i>Hipótesis General</i> | 31 |
| 2.3.2. <i>Hipótesis Específicas</i> | 31 |
| CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA | 32 |
| 3.1. Diseño de investigación..... | 33 |
| 3.2. Unidad de estudio | 33 |
| 3.3. Población..... | 33 |
| 3.4. Muestra..... | 33 |
| 3.5. Métodos, instrumentos y procedimientos de análisis de datos | 34 |
| 3.5.1. <i>Para recolectar datos</i> | 34 |
| 3.5.2. <i>Instrumentos</i> | 35 |

| | |
|--|-----------|
| CAPÍTULO 4. RESULTADOS..... | 39 |
| 4.1. Análisis e interpretación de resultados descriptivos de los participantes | 39 |
| 4.2. Análisis e interpretación de resultados descriptivos del ánimo disfórico..... | 42 |
| 4.3. Análisis e interpretación de resultados descriptivos de las ideas de autodesprecio..... | 43 |
| 4.4. Análisis e interpretación de los niveles de depresión infantil..... | 46 |
| 4.4.1. <i>Análisis descriptivos de los criterios diagnósticos de la depresión infantil según género</i> | 47 |
| 4.4.1. <i>Análisis descriptivo de los niveles de ánimo disfórico e ideas de autodesprecio.....</i> | 49 |
| CAPÍTULO 5. DISCUSIÓN..... | 50 |
| CONCLUSIONES | 53 |
| RECOMENDACIONES | 55 |
| REFERENCIAS | 56 |
| ANEXOS | 59 |
| N°1. <i>Consentimiento Informado.....</i> | 59 |
| N° 2. <i>Ficha Sociodemográfica.</i> | 60 |
| N° 3. <i>Cuestionario de depresión infantil (CDI).....</i> | 61 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | |
|---|----|
| Tabla 1. Matriz de Operacionalización de la variable de depresión infantil..... | 32 |
| Tabla 2. Normas en percentiles del Inventario de depresión infantil, en adolescentes del nivel secundario (Arévalo, 2008) | 37 |
| Tabla 3. Distribución de la muestra de estudiantes de una institución educativa privada, según género. | 39 |
| Tabla 4. Distribución de los estudiantes por edad. | 40 |
| Tabla 5. Distribución de la muestra por secciones | 41 |
| Tabla 6. Niveles del Ánimo Disfórico en la muestra de los estudiantes..... | 42 |
| Tabla 7. Niveles de Ideas de Autodesprecio en la muestra de los estudiantes | 43 |
| Tabla 8. Niveles del estado de ánimo disfórico de la muestra de estudiantes, según género..... | 44 |
| Tabla 9. Niveles de las ideas de autodesprecio de la muestra de estudiantes, según género..... | 45 |
| Tabla 10. Criterios diagnósticos de depresión infantil de la muestra de los estudiantes | 46 |
| Tabla 11. Criterios diagnósticos de depresión infantil de la muestra de los estudiantes, según género. | 47 |
| Tabla 12. Niveles de Ánimo disfórico e Ideas de Autodesprecio en la muestra de los estudiantes | 49 |

ÍNDICE DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| Figura 1. Distribución de la muestra de estudiantes de una institución educativa privada según género. | 39 |
| Figura 2. Distribución de la muestra de estudiantes de una institución educativa privada según edad. | 40 |
| Figura 3. Distribución de la muestra de estudiantes de una institución educativa privada según sección. | 41 |
| Figura 4. Niveles del estado de Ánimo Disfórico en la muestra de los estudiantes de una institución educativa privada. | 42 |
| Figura 5. Niveles de Ideas de Autodesprecio en la muestra de los estudiantes de una institución educativa privada. | 43 |
| Figura 6. Niveles del estado de ánimo disfórico de la muestra de estudiantes, según género. | 44 |
| Figura 7. Niveles de ideas de autodesprecio de la muestra de estudiantes, según género. | 45 |
| Figura 8. Criterios diagnósticos de depresión infantil de la muestra de los estudiantes de una institución educativa privada según sección. | 46 |
| Figura 9. Criterios diagnósticos de depresión infantil de la muestra de los estudiantes de una institución educativa privada según género. | 48 |
| Figura 10. Niveles del estado de ánimo disfórico e ideas de autodesprecio de la muestra de estudiantes de una institución educativa privada. | 49 |

RESUMEN

Se realizó la investigación con el fin de describir la sintomatología depresiva en estudiantes de 4° secundaria de una institución educativa privada de Lima Norte. La investigación, dentro del enfoque cuantitativo correspondió a un estudio básico sustantivo, fue desarrollada bajo un diseño no experimental y transversal mediante el método descriptivo. Se empleó la Inventario de depresión infantil de María Kovacs (1977), adaptado y validado por Edmundo Arévalo Luna (2008), para la recolección de información de los 238 estudiantes que constituyeron la muestra. Los datos obtenidos se analizaron y presentaron en tablas de frecuencias, procediéndose también a hacer las comparaciones en función al género. Se encontró que el 82 % de los estudiantes cuentan con la presencia de síntomas depresivos en grado máximo, 16% de estudiantes con presencia de síntomas depresivos marcado o severo, mientras que el 2% de estudiantes presentan síntomas depresivos mínimo y moderado.

Palabras claves: Sintomatología depresiva , estudiantes.

ABSTRACT

The research was carried out in order to describe the depressive symptomatology in students of 4th grade of a private educational institution in North Lima. The research, within the quantitative approach corresponded to a substantive basic study, was developed under a non-experimental and transversal design using the descriptive method. The Maria Kovacs Child Depression Inventory (1977), adapted and validated by Edmundo Arévalo Luna (2008), was used to collect information on the 238 students who constituted the sample. The data obtained are analyzed and selected in frequency tables, comparisons can also be made according to gender. It was found that 82% of the students have the presence of depressive symptoms to a maximum degree, 16% of the students with presence of marked or severe depressive symptoms, while 2% of the students have minimal and moderate depressive symptoms.

Key words: Depressive symptomatology students.

CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN

1.1. Realidad problemática

En la vida cotidiana, los seres humanos pasan por cambios en su estado del ánimo, producidos por una serie de problemas en el ámbito familiar, económico, personal, político, religioso, cultural entre otros; de acuerdo al contexto de la persona y a sus capacidades intrapersonales para enfrentar estos conflictos. Según estadísticas del Ministerio de Salud en el año 2016, 1.839.161 personas de 12 años a más tuvieron un trastorno depresivo de a causa de una situación significativa en su vida. Por ello, distintas disciplinas han establecido formas de detectarla mediante patrones del comportamiento y actitudes, a través de la observación de dicha conducta. Se ha evidenciado fuente que los niños son la población más vulnerable ante ésta problemática y se considera como la principal causa el bajo apoyo emocional que tienen como respaldo.

A nivel mundial, en el último informe emitido por la asamblea de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017), más de 300 millones de personas viven con depresión, y esto es un incremento de más del 18% entre 2005 y 2015. La falta de apoyo a las personas con trastornos mentales, junto con el miedo al estigma, impiden que muchos accedan al tratamiento que necesitan para vivir vidas saludables y productivas. Por esta razón, el informe de Health for the World's Adolescents (OMS, 2014), menciona que la depresión es la principal causa de enfermedad y discapacidad en una población de 10-19 años de edad, y el suicidio ocupa el tercer lugar entre las causas de mortalidad, cuya significancia describe a un problema con tal escala que aumenta la probabilidad de muerte en el mundo.

Situación similar ocurre a nivel nacional, en donde el Ministerio de Salud (2017) demuestran mediante un estudio en 31 centros de salud mental comunitario, que se han atendido aproximadamente 2 millones de personas, cuya incidencia de edad se presenta en niños y jóvenes menores de 18 años que representan el 70% de la población, a causa de problemas emocionales, como depresión vinculados a conflictos familiares. Sin embargo, el desarrollo de programas de prevención, promoción y rehabilitación ante la depresión, se encuentra limitado en el estado peruano, incrementándose notablemente el riesgo suicida.

Por su parte el Instituto Nacional de Salud Mental (INSM) Honorio Delgado-Hideyo Noguchi (2018), señala que el 20% de niños y adolescentes peruanos presenta afectada su salud mental, lo que indica un riesgo en su proceso educativo, es decir, que uno de cada cinco niños necesita la ayuda de manera inmediata.

De manera similar, sostiene que la depresión ataca al 28% de escolares limeños entre 12 y 17 años, y de ellos una cantidad importante tiene ideas suicidas que en algunos casos logra culminar esta autoeliminación, de lo antedicho se desprende, que el 79% de los alumnos ha pensado alguna vez en la autoeliminación como una salida rápida para solucionar sus problemas.

Bobes (2015), refiere que, es el medio escolar el que permite detectar comportamientos suicidas en los adolescentes ya que son muchas las horas en las que están en el colegio y hay muchos observadores competentes que pueden ayudar a identificarlos. Por ello, los centros educativos han incrementado de forma constante en los últimos años a nivel nacional campañas de salud mental para informar a la población estudiantil sobre dicho problema , y así poder requerir la ayuda pertinente.

En conclusión, los diversos cambios tecnológicos y demandas sociales estarían acelerando el ritmo de vida del niño y adolescente quienes se encuentran inmersos en estas exigencias del día a día, por lo que el desarrollo de habilidades y competencias que le permitan sobrevivir y destacar en la sociedad. Todo ello, genera una cantidad de emociones positivas y negativas que pueden desencadenar en una inestabilidad emocional y va a depender de los recursos que utilicen para afrontar estos eventos.

De ahí que la necesidad de indagar acerca de la depresión infantil en las instituciones educativas se hacen cada vez un requerimiento más imperante.

1.2. Formulación del problema

¿Existen diferencias en los niveles de sintomatología depresiva según sexo en estudiantes de 4 de secundaria de una institución educativa privada de Lima Norte?

1.3. Justificación

Los resultados de la presente investigación permitirán conocer con mayor importancia los niveles de sintomatología depresiva según el sexo en los estudiantes de una institución educativa privada de Lima Norte, además de ofrecer un enfoque real de la significancia de elaborar programas de intervención para la salud mental en el campo educativo.

Asimismo, el presente estudio nos permitirá profundizar el estado disfórico (visión negativa de sí mismo) y las ideas de autodesprecio (visión negativa del entorno y del futuro), cuyos niveles muestran la presencia de síntomas depresivos en grado máximo, severo, mínimo o sin la presencia; sirviendo como base para la comprensión de la variable estudiada en ambientes educativos, con la finalidad de plantear nuevas estrategias y planes para el enfoque de fortalecer aspectos intrapersonales e interpersonales de los estudiantes para potenciar sus niveles de percepción interna y externa frente a las diversas dificultades de la vida cotidiana y escolar.

Los estudiantes pueden verse afectados por sus niveles de sintomatología depresiva, puesto que al verse inmerso en un entorno debe afrontar retos y frustraciones, así como, un fracaso escolar, familiar, social, entre otros. Con tal adecuado manejo o interpretación de los mismos son un desliz en la continuidad de su rendimiento académico y conductual durante su formación escolar.

Por ende, si no se conocen los niveles adecuados de sintomatología depresiva, sus rendimientos podrían verse afectados en forma negativa y obtener un deterioro en lo personal. De acuerdo a lo mencionado, esta investigación justifica la necesidad de comprender el papel de la depresión infantil en la vida personal y académica de los estudiantes de una institución educativa y de este modo potenciar su efecto positivo en el campo educativo.

1.4. Limitaciones

En la investigación el proceso de recopilación de datos estuvo determinado de acorde a los horarios del curso de Tutoría llevados a cabo por cada salón, teniendo que adaptar el recojo de información a los tiempos otorgados.

1.5. Objetivos

1.5.1. Objetivo general

Comparar los niveles de sintomatología depresiva según sexo en estudiantes de 4 de secundaria de una institución educativa privada de Lima Norte.

1.5.2. Objetivo específicos

- Comparar los niveles de estado de ánimo disfórico según sexo en estudiantes de 4 de secundaria de una institución educativa privada de Lima Norte.
- Comparar los niveles de ideas de autodesprecio según sexo en estudiantes de 4 de secundaria de una institución educativa privada de Lima Norte.
- Describir el nivel de sintomatología depresiva en estudiantes de 4 de secundaria de una institución educativa privada de Lima Norte.

CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

En el estudio realizado por Damas y Manrique de la Cruz en el año 2017, tuvo como objetivo comparar los niveles de sintomatología depresiva en estudiantes del 3er grado de secundaria con un promedio de edad de 13 a 15 años de las instituciones educativas de las ciudades de Huancayo, Satipo y Huancavelica. El estudio es de tipo descriptivo comparativo con un diseño no experimental transversal; medidas por el uso del Inventario de Depresión Infantil de Kovacs (CDI), validado y adaptado para el presente estudio, cuyas dimensiones son: Estado de Ánimo disfórico (tristeza, soledad, desdicha, indefensión y/o pesimismo) e Ideas de Auto- desprecio (incapacidad, fealdad, culpabilidad, deseos de muerte y tentativas de suicidio). Estas escalas fueron aplicadas en una muestra de 377 alumnos de ambos géneros, que se encuentran cursando el 3er grado de secundaria. Dentro de los resultados se observó que : la sintomatología depresiva prevalente de la muestra total es la categoría diagnóstica alta; en el análisis por ciudades, los estudiantes de la ciudad de Huancavelica poseen mayor porcentaje de sintomatología depresiva alta, con edad prevalente de 13 años y género masculino; los de la ciudad de Huancayo presentan un mayor porcentaje de sintomatología depresiva baja, con prevalencia del género masculino y alumnos de 13 años; mientras que en los de la ciudad de Satipo prevalecen la sintomatología depresiva alta, género femenino y edad de 15 años . Concluyendo así, que la ciudad de Huancavelica posee mayor porcentaje de sintomatología depresiva alta (41,5%) en la edad de 13 años y en el género masculino, mientras que, Huancayo tiene mayor predominancia de sintomatología depresiva baja, en la edad de 13 años, alumnos de género femenino, por lo tanto, la diferencia no es significativa. Por otro lado, la ciudad de Satipo prevalece la sintomatología depresiva alta, en la edad de 15 años, en el género femenino.

En el estudio Depresión y Clima social en adolescentes de la institución educativa Imperio de Tahuantinsuyo en el distrito de Independencia, realizado por Jaimes y Tacuchi (2016) ,tuvo como objetivo determinar la relación de las variables de estudio, medidas por la Escala de Depresión (Zung) y la Escala del clima social familiar (FES). El estudio es de tipo cuantitativo, de diseño correlacional y de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 263 adolescentes del 1° a 5° año de secundaria de ambos sexos de nacionalidad peruana cuyas edades oscilan entre los 11 y 17 años. Con respecto a los resultados, existe relación significativa y negativa entre la depresión y el clima social familiar hallando que el 98,9% presentó algún grado de depresión. En relación al clima social familiar el 66,9% de los adolescentes viven en un clima social familiar inadecuado. Se concluye que si existe relación significativa, inversa y moderada entre las variables depresión y clima social familiar. Las dimensiones de la depresión presentaron una relación significativa, inversa y baja con la variable clima social familiar. Mientras que la variable depresión también presentó una relación significativa, inversa y baja con las dimensiones del clima social familiar.

Soria (2013), en su investigación tuvo como objetivo determinar los niveles de depresión en adolescentes universitarios y su relación con el nivel de funcionamiento familiar y su rendimiento académico. El estudio tuvo una población de 265 estudiantes y una muestra censal de 56, con edades entre 17-21 años matriculados en el semestre 2012-II en la Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza en el Cercado de Lima. Se utilizó un diseño descriptivo correlacional, cuya técnica de recolección de datos fue la encuesta teniendo como instrumentos: EDAR, Apgar Familiar, Escala de Funcionamiento Familiar de Olson y Hoja de Registro. En los resultados de investigación indican que el 63% de adolescentes se clasificó en depresión moderada y 16% en severa, con funcionamiento familiar en nivel medio (55%), observándose igual comunicación con el padre y madre, predominando un rendimiento de nivel bueno (60,7%) y entre ellos el 39,3% se clasificó en depresión moderada. La depresión

(física, social y psicológica), la interacción familiar (cohesión y adaptabilidad) y los niveles de comunicación familiar no están relacionados. Se concluye que, existe una alta frecuencia de depresión en los adolescentes, independiente de su funcionamiento e interacción familiar y rendimiento académico.

Restrepo, Vinaccia y Margarita (2010), su investigación tuvo como objetivo evaluar las relaciones entre la resiliencia, la depresión y la calidad de vida relacionada con la salud en 36 adolescentes de ambos géneros entre los 10 a 12 años de edad de quinto a séptimo grado de educación básica de un colegio oficial de la ciudad de Medellín, Colombia. El diseño del estudio fue exploratorio-correlacional transversal. Se utilizaron como instrumentos de medida el cuestionario de calidad de vida infantil Kid-Kindl, la escala de resiliencia para adolescentes (ARS) y el inventario de depresión infantil (CDI). Teniendo como resultado a nivel descriptivo, una calidad de vida favorable, es decir, con altas puntuaciones de resiliencia y niveles clínicamente no significativos de depresión infantil. En conclusión, la percepción de calidad de vida en los adolescentes puede verse modulada positiva o negativamente por la resiliencia y la depresión.

Por otro lado, Quinceno y Vinnacia (2013), en su estudio analizaron las diferencias en fortalezas personales, depresión, estrés diario y calidad de vida infantil según el sexo y el estrato socio-económico, en 686 adolescentes entre 12 y 16 años de Bogotá (Colombia). El diseño fue descriptivo-comparativo de corte transversal. Se utilizaron la Escala de Resiliencia Adolescente (ARS), la Escala de Autotrascendencia versión adolescentes (STS), la Escala Subjetiva de Felicidad (SHS), el Test de Orientación de Vida en los Jóvenes (YLOT), el Inventario de Depresión Infantil (CDI), el Inventario Infantil de Estresores Cotidianos (IIEC) y el Cuestionario de Salud y Bienestar Niños y Adolescentes (The KIDSCREEN-52). En

relación a los resultados se aprecia que los hombres tienen mejores niveles de calidad de vida y fortalezas personales que las mujeres y éstas presentan niveles más altos de emociones negativas. En conclusión, se aprecia que los factores emocionales y sociales tienen un comportamiento diferencial según el sexo en la adolescencia y por tanto se hace necesario intervenciones puntuales considerando las diferencias de sexo.

Ubillús(2017), realizó una investigación integral cuyo objetivo fundamental consistió en establecer la asociación entre depresión y rendimiento académico en estudiantes del Ciclo Básico de la Unidad Educativa Técnica “Mitad del Mundo”-Ecuador. Se diseñó un estudio descriptivo transversal, enfocado en una muestra de 227 adolescentes entre 12 a 15 años de la institución. Como instrumento de evaluación se considero el Inventario de Depresión Infantil (CDI), cuyas dimensiones patológicas evaluadas son el Estado de ánimo disfórico y las ideas de autodesprecio, simultáneamente la evaluación del rendimiento académico fue obtenida a través de los promedios quimestrales del año lectivo 2017. Es así, que los resultados obtenidos muestran que el 71% de adolescentes no presenta síntomas depresivos, el 18% con niveles mínimos moderados, el 6% con niveles depresivos severos y el 5% restante presenta depresión en grado máximo. Destacando la importancia que demanda la educación moderna ante el fracaso escolar y el incremento de problemas derivados de la depresión en la salud mental de los adolescentes, así como para implementarla en soluciones integrales para la comunidad educativa.

Ferrer, Ferrer y Vélez (2014), realizaron una investigación que tuvo como objetivo describir los niveles de depresión y autoestima en estudiantes de secundaria con bajo rendimiento académico, de cinco Instituciones Educativas Distritales (IED) de Santa Marta- Colombia. La investigación fue descriptiva y diseño transversal, con una población de 629 estudiantes y

muestra intencional de 140 estudiantes del Grado 10°, clasificados como de bajo rendimiento académico, 51% varones y 49% mujeres, con edades de 14 a 19 años. Se utilizó como instrumento de evaluación la Escala de Zung para Depresión (Self-Rating Depression Scale, SDS; Zung, 1965); y la Escala de Autoestima de Rosenberg (Rosenberg, 1989). Como resultado se hallaron altos niveles de depresión (86% depresión moderada); baja autoestima (51% autoestima baja) en estos estudiantes. Es así que, estos resultados muestran que los estudiantes con bajo rendimiento escolar presentan factores psicológicos negativos que los afectan como los altos niveles de depresión y baja autoestima, lo que exige implementar estrategias de intervención psicológicas e interdisciplinarias para favorecer su óptimo aprendizaje y adecuada socialización.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Depresión infantil

Esta variable, se considera la principal en el eje de sus dimensiones, ha despertado un mayor interés para la salud mental. La depresión es una alteración patológica multicausal que afecta progresivamente a millones de personas en la actualidad. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2010). Es así, que la depresión presenta un esquema que involucra una visión negativa de sí mismo, del entorno y del futuro. A este esquema se lo conoce como la tríada cognitiva. La persona se ve a sí mismo incapaz e inútil, quizás despreciable o defectuoso. Con relación a su entorno, interpreta en términos de daños y pérdidas la mayor parte de sus experiencias vitales al tiempo que cree que el futuro vendrá acompañado de fracasos y frustraciones. Dado que la persona con depresión se siente desesperanzada, cree que las situaciones venideras serán incontrolables; responde entonces con pasividad y resignación a no poder modificarlas (Beck, 1987). Asimismo, Friedman y Thase (1995), sostienen que la depresión es un trastorno del estado de ánimo.

Rojas (2006) define la depresión como un conjunto de patologías psíquicas con una sintomatología determinada que se vinculan con cambios negativos que sufre el individuo. Desde el punto de vista del sentido cognitivo-conductual, nos menciona que la depresión es consecuencia de desarreglos cognitivos, dado que, en el transcurso del proceso de socialización de las personas, se forman conceptos como consecuencia de identificarse con personas importantes, de experiencias y juicios sobre uno mismo (Beck, 1918).

En ese sentido, se define la depresión como un conjunto de patologías psíquicas con una sintomatología determinada que se vinculan con cambios negativos que sufre el individuo (Rojas,2006). Por otra parte, refiere que la depresión afecta la creatividad, el gusto o las ganas por el trabajo; los estudios y todas las actividades que antes disfrutaba la persona (Navarro, 1990). En la misma línea, otros autores como Waslick, refieren que los síntomas de la depresión infantil son muy similares a lo largo del periodo evolutivo y que sólo una pequeña minoría de niños y adolescentes presentan diferencias por lo que no proponen un enfoque evolutivo. Por ello, la etapa de la adolescencia es crucial, ya que, ocurren cambios que prevalecen en el desarrollo de su personalidad. Tal como menciona, Bermúdez, Teval & Buela Casal (2009), y Papalia (2005) definen la adolescencia como “Una etapa de transición entre la niñez y la edad adulta, que conlleva cambios físicos, cognoscitivos y psicosociales”. Es un periodo que va en promedio desde los 13 - 18 años.

Por otro lado, haciendo una comparación de ambos sexos Granet & Levinson (2000) explican que existen unas cuantas diferencias asociadas a la distinción hombre – mujer, aunque referidas principalmente a aspectos culturales y sociales. En general, los hombres experimentan depresiones de forma más cognitiva, mientras que las mujeres tienden a tener depresión de forma más emocional. En tal sentido, la percepción de la depresión en ambos sexos conlleva a la propensión de comunicar la depresión.

Es importante conocer que todos los adolescentes reprimen sus emociones en diferentes situaciones lo que dará de resultado un desorden afectivo y por ende la depresión, es una enfermedad común pero grave y la mayor parte de quienes la padecen necesitan tratamiento para mejorar. Por ello, con una adecuada prevención e intervención temprana se accede a elaborar planes estratégicos para la ayuda necesaria.

De tal modo, existen causas psicológicas de la depresión, cuya presencia de las actitudes disfuncionales incluye una visión pesimista de uno mismo, el mundo o el futuro ó un estilo atribuciones negativo del individuo, en el cual los acontecimientos negativos de la vida son conceptualizados como resultado de causas internas (uno mismo) y proceden al desarrollo del trastorno depresivo. Por esta razón, los acontecimientos negativos se considera a menudo un factor estresante o precipitante, estas incluyen experiencias de pérdida o fracasos, en las cuales se debe considerar los trastornos en el desarrollo infantil temprano o tardío, en los conflictos agudos, conflictos crónicos, trastornos de relación social; en cuanto a los trastornos en el desarrollo infantil (Riveros, 2004).

En efecto, se clasifica en tres niveles: leve, moderado y severo (MINSAL,2006):

Depresión leve: caracterizada por síntomas de tristeza, perdida de interés y de capacidad de disfrutar, aumento de fatigabilidad.

Depresión moderada: se observan dificultades para actividades sociales, labores y cognitivas (la persona no puede no concentrarse).

Depresión grave: caracterizada por sus síntomas de angustia o agitación, además de pérdida de estimación de sí mismo y sentimientos de culpa.

Sin embargo, la depresión se reconoce por varios síntomas. Es importante recalcar que todas las personas que sufren de depresión experimentan todos los síntomas, ya que varía de una persona a otra (DSM-V,2013). Entre ellos, se encuentran tristeza y malhumor gran parte del día, desinterés a estar con los familiares, amigos o pareja; dificultad para sentir cariño, pérdida o aumento significativo de apetito y peso, insomnio, fatiga, pensamientos de muerte o ideas suicidas, entre otros. A nivel mundial, la depresión se presenta con mucha frecuencia, y se

reporta que la padecen unos 350 millones de personas. La depresión es diferente a los estados de ánimo habituales de una persona. De tal manera, señala que es una enfermedad mental caracterizado por la presencia de tristeza, anhedonina, sensación de agotamiento, falta de concentración, sentimientos negativos hacia sí mismo, perturbaciones en el apetito y desordenes en el sueño (OMS,2016).

Por ello, la depresión es una etapa que debe ser analizada con cuidado, cuando la persona se aísla y no quiere saber sobre el mundo externo (Kovacs,2005).

2.2.2. Modelos explicativos

2.2.2.1. Teoría del procesamiento de información de Beck

Entre los diferentes modelos teóricos que explican el funcionamiento de la depresión infantil , el modelo teórico de Beck se encuentra dentro de las teorías cognitivas, denominadas del procesamiento de la información, donde se plantea la metáfora de que el hombre es un sistema que procesa información en un medio que cambia continuamente y que por lo tanto le demanda capacidades adaptativas. Esto da a entender que el ser humano es un constructor activo de su realidad, ya que capta, codifica, acumula y recupera información de su entorno; de tal manera que esta información que capta sobre el exterior o sobre sí mismo pueden transformarse en el plano cognitivo, afectando sus respuestas conductuales y emocionales. Es por esto que algunos procesos cognitivos tienen gran importancia en el inicio, curso y remisión de la depresión (Segal, Williams y Teasdale,2008).

El modelo cognitivo de la depresión, propone tres elementos que explican la depresión: la triada cognitiva, los esquemas y los errores cognitivos.

- La triada cognitiva consiste en tres patrones cognitivos, visión negativa de sí mismo (la persona tiende a subestimarse y a criticarse), de sus expectativas (el individuo piensa que los obstáculos que se le presentan son insuperables y que las demandas son exageradas) y la visión negativa de su futuro (tiene que ver con la anticipación de dificultades, sufrimientos y fracasos).

Beck (1974) comprobó que los contenidos del pensamiento de los pacientes deprimidos diferían de quienes no estaban deprimidos.

- Una visión negativa de sí mismo: Frecuentemente el depresivo se considera inútil, deficiente, inadecuado. Tiende a resaltar defectos propios de cualquier índole y a atribuir a estos el despliegue de sus experiencias desagradables y poco exitosas, rechazándose a sí mismo y suponiendo que los de-más también lo hacen.
- Consideración negativa del mundo: El depresivo aprecia al mundo como portador de exigencias que dificultan el logro de los objetivos propuestos, de manera que las interacciones con el ambiente resultan en derrotas.
- Consideración negativa del futuro.: Las expectativas acerca del futuro se visualizan en forma amenazante, lo cual supone que los problemas se perpetuarán y que a los males existentes se añadirán otros mayores (Rodríguez y Suarez,2012).

- Los esquemas son patrones cognitivos que establecen determinada manera en que el individuo estructura sus distintas experiencias. Los pacientes psicopatológicos pueden distorsionar sus conceptualizaciones de tal modo que ajustan la realidad a fuertes esquemas inadecuados. Al inicio de una depresión la persona puede analizar objetivamente sus pensamientos, pero mientras más avanza la patología es dominado por pensamientos negativos y repetitivos, que no cambian a pesar de los estímulos externos. Pueden estar inactivos durante un largo tiempo y activarse por alguna experiencia ambiental, aun cuando haya escasa relación lógica entre el estímulo y el esquema. En su presencia el paciente experimenta pérdida del control sobre su pensamiento e incapacidad de acudir a esquemas adecuados (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979)

-Los errores cognitivos que presenta una persona con depresión son: la inferencia arbitraria de una conclusión en ausencia de evidencia o de manera contraria a ella, la abstracción selectiva consiste en interpretar la totalidad de una experiencia en base a un elemento poco relevante, la generalización excesiva es la producción de ideas a partir de un hecho, el cual será aplicado para otros casos sin presentar relación aparente, la maximización o minimización es cuando una persona exagera o minimiza determinado hecho ya sea en magnitud o significancia, la personalización consiste en que la persona se atribuye la responsabilidad de fenómenos externos sin ninguna base objetiva y por ultimo tenemos el pensamiento absolutista donde el paciente suele tomar los extremos negativos para describirse a sí mismo. Establece que una razón por la que el individuo tendente a la depresión desarrolla estas cogniciones erróneas, en primer lugar, está causada por la experiencia de una gran pérdida, en el momento en que ésta resulta abrumadora para la persona (Beck,1967).

- 1. Inferencia arbitraria (relativo a la respuesta):** se refiere al proceso de adelantar una determinada conclusión en ausencia de la evidencia que la apoye o cuando la evidencia es contraria a la conclusión.
- 2. Abstracción selectiva (relativo al estímulo):** consiste en centrarse en un detalle extraído fuera de su contexto, ignorando otras características más relevantes de la situación, y conceptualizar toda la experiencia en base a ese fragmento.
- 3. Generalización excesiva (relativo a la respuesta):** se refiere al proceso de elaborar una regla general o una conclusión a partir de uno o varios hechos aislados y de aplicar el concepto tanto a situaciones relacionadas como a situaciones inconexas.
- 4. Maximización y minimización (relativo a la respuesta):** quedan reflejadas en los errores cometidos al evaluar la significación o magnitud de un evento; errores de tal calibre que constituyen una distorsión.
- 5. Personalización (relativo a la respuesta):** se refiere a la tendencia y facilidad del cliente para atribuirse a sí mismo fenómenos externos cuando no existe una base firme para hacer tal conexión.
- 6. Pensamiento absolutista, dicotómico (relativo a la respuesta):** se manifiesta en la tendencia a clasificar todas las experiencias.

Según lo planteado por este modelo teórico, una persona con depresión tiende a organizar la realidad sobre la base de un tipo de pensamiento débil. Asimismo, señala que los eventos negativos producidos en edades tempranas forman un estilo de pensamiento con esquemas cognitivos inadecuados a cerca de uno mismo, su entorno y el futuro, los cuales permanecen latentes hasta que acontezca alguna experiencia detonante (Damas y Manrique, 2017). Estos esquemas, según propone el autor, se formarían en etapas tempranas del desarrollo, aunque

pueden permanecer inactivos durante largos periodos de tiempo y ser activados por sucesos ambientales específicos (Beck, Rush, Shaw y Emery 1979).

2.2.2.2. Teoría de la indefensión aprendida de Seligman

Por otro lado, según Seligman (1967) propone la indefensión aprendida señalando que es un "estado psicológico que se produce frecuentemente cuando los acontecimientos son incontrolables". Una consecuencia es incontrolable cuando su probabilidad de ocurrencia es la misma ocurra o no una determinada respuesta voluntaria por parte el organismo. Por el contrario, si cuando ocurre una respuesta la probabilidad de que se produzca una consecuencia es diferente de su probabilidad cuando la respuesta no ocurre, entonces la consecuencia es dependiente de esa respuesta y dicha consecuencia se dice que es controlable. Para Seligman, un organismo llega a estar indefenso frente a una determinada consecuencia cuando ésta ocurre independientemente de todas sus respuestas voluntarias.

El fenómeno de la Indefensión Aprendida se manifiesta a través de tres déficits:

- A nivel motivacional, se observa un retraso en la iniciación de respuestas voluntarias. Si un organismo espera que sus respuestas no afecten a las consecuencias, la probabilidad de emitir tales respuestas disminuirá en el futuro.
- A nivel cognitivo, se da una dificultad en aprender posteriormente que una respuesta controla una consecuencia, cuando previamente no la ha controlado. Aprender que una consecuencia no está relacionada con sus respuestas interfiere proactivamente con el aprendizaje futuro de que la consecuencia es ahora dependiente de sus respuestas.

•Finalmente, a nivel emocional, cuando las consecuencias durante la fase de pre-tratamiento son suficientemente aversivas, se producen una serie de desórdenes conductuales y fisiológicos característicos de un estado de ansiedad y miedo seguido de depresión (Hiroto, 1974; Hiroto y Seligman, 1975)

2.2.2.3. Teoría de la atribución de Abramson, Seligman y Teasdale

Por otro lado, para Abramson, Seligman y Teasdale (1978) señalan que la persona depresiva atribuirá su inestabilidad emocional a causas externas a un evento positivo. El modelo reformulado de indefensión aprendida (Abramson, Seligman y Teasdale, 1978) y un desarrollo posterior, conocido como teoría de la desesperanza (Abramson, Metalsky y Alloy, 1989), defienden que las personas con un estilo atribucional o explicativo negativo, tienen una probabilidad mayor de desarrollar depresión cuando se enfrenten con situaciones de carácter negativo o estresante y consideradas importantes por ellas.

La atribución es el proceso cognitivo mediante el cual las personas explicamos las situaciones que experimentamos. Así, por ejemplo, ante un fracaso en una actividad, algunos lo pueden explicar aludiendo a la mala suerte, mientras que otros pueden pensar que son muy torpes o incapaces de realizarla. Dependiendo de qué razones se aduzcan, se experimentarán diferentes emociones. En nuestro ejemplo, la persona que explicó su fracaso debido a su torpeza, se sentirá más desanimada o incluso triste que la que consideró que el problema se debía a la mala suerte.

El estilo atribucional negativo que se ha propuesto como un factor para desarrollar depresión hace referencia a una tendencia relativamente estable a explicar las situaciones negativas o fracasos mediante causas internas (la causa es algo de la persona, no ambiental), estables (la

causa se mantiene a lo largo del tiempo) y globales (la causa afecta a otras áreas de la vida, no sólo a ese tipo de situaciones concretas) (Sanjuán y Magallares,2006).

2.2.2.4. Teoría de la desesperanza

La teoría de desesperanza (TD) de la depresión (Abramson, Metalsky y Alloy, 1989) consiste en un modelo cognitivo de vulnerabilidad-estrés. De acuerdo con la teoría, las personas que poseen estilos inferenciales negativos (es decir, la vulnerabilidad) poseen mayor riesgo que las personas que no exhiben dichos estilos para desarrollar síntomas depresivos, especialmente los síntomas del hipotetizado subtipo de depresión por desesperanza, cuando experimentan sucesos vitales negativos (es decir, el estrés). La vulnerabilidad cognitiva está constituida por tres patrones inferenciales desadaptativos:

- 1) Tendencia a inferir que los factores estables (probabilidad de persistir durante el tiempo) y globales (probabilidad de afectar a muchas áreas de la vida) causan los sucesos negativos.
- 2) Tendencia a inferir que los sucesos negativos presentes conducirán a eventos negativos futuros.
- 3) Tendencia a inferir características negativas sobre sí mismo/ a cuando ocurren sucesos negativos. Se asume que la vulnerabilidad cognitiva es una causa que contribuye a la depresión, incrementando la probabilidad de desarrollar síntomas depresivos en presencia, pero no en ausencia, de sucesos vitales negativos; pero tal vulnerabilidad no es ni necesaria ni suficiente para la ocurrencia de los síntomas depresivos.

2.2.3. Dimensiones de la depresión infantil según Weinberg

Dicho lo anterior, la depresión infantil se clasifica en estado de ánimo disfórico e ideas de autodesprecio, síntomas principales de la depresión (Weinberg, 1973):

- Estado de ánimo disfórico:

Es una expresión o muestra de tristeza, soledad, desdicha, indefensión y/o pesimismo. El niño manifiesta cambios en el estado de ánimo, mal humor, irritabilidad, se enfada fácilmente, llora con facilidad. Es negativista y resulta difícil de complacerle. Los estados de ánimo y sensaciones disfóricas se caracterizan por las afirmaciones y el aspecto de la persona que indican tristeza, soledad, ausencia de felicidad, desesperanza, oscilaciones afectivas, irritabilidad, hipersensibilidad, actitud negativa y dificultad de ser complacido. Los niños y los adolescentes tienden a ser más sensibles a su entorno y presentan un estado de ánimo más reactivo y en mayor medida que los adultos. Pueden no verbalizar su disforia o no demostrar que siempre están tristes. Así pues, las alteraciones del estado de ánimo se expresan a menudo en forma de días variados, de tal manera que algunos días el estado de ánimo, la conducta y los sentimientos son normales, mientras que existen otros períodos intercalados de sentimientos de depresión e irritabilidad. La irritabilidad es frecuente en este grupo de edad, y a menudo el estado de ánimo irritable se debe a sentimientos de tristeza.

-Ideas de autodesprecio:

Las ideas de autodesprecio se manifiestan por sentimientos de ser inútil, estúpido, feo o culpable y por creencias de persecución, deseos de muerte e ideas de suicidio. En este grupo de edad, es frecuente proyectar los sentimientos de poca autoestima en creencias de

persecución (p. ej., «todo el mundo me odia» o «no soy un buen chico»). Cognitivamente, a los niños y también a muchos adolescentes les puede resultar difícil expresar el sentimiento de culpabilidad, pero los sentimientos de inutilidad y culpabilidad por tener problemas son evidentes en su conducta y a menudo en sus afirmaciones. Estas ideas de auto desprecio frecuentes en los niños y adolescentes deprimidos se corresponden con los síntomas de sentimientos de inutilidad o culpabilidad inapropiado. De tal modo, el niño expresa sentimientos de irritabilidad, incapacidad, fealdad y culpabilidad. Presenta ideas de persecución, deseos de muerte y tentativas de suicidio, revela ideas de escaparse y huir de su casa.

Los síntomas a las que hacen referencia estas dos dimensiones son los siguientes (Arevalo,2008):

- Expresiones o muestras de tristeza, soledad, desdicha, indefensión y/o pesimismo.
- Cambios en el estado de ánimo, mal humor.
- Irritabilidad (se enfada fácilmente)
- Hipersensibilidad (Llora fácilmente)
- Negativismo (Resulta difícil de complacer)
- Sentimientos de inestabilidad, incapacidad, fealdad, culpabilidad (concepto negativo de sí mismo)
- Ideas de persecución.
- Deseos de muerte.
- Deseos de huir, de escaparse de su casa.
- Tentativas de suicidio.

2.3. Hipótesis

2.3.1. Hipotesis General:

Ha: Existen diferencias en los niveles de la sintomatología depresiva según sexo en estudiantes de 4 de secundaria de una institución educativa privada de Lima Norte.

Ho: No existen diferencias en los niveles de la sintomatología depresiva según sexo en estudiantes de 4 de secundaria de una institución educativa privada de Lima Norte.

2.3.2. Hipotesis Específicas:

- ▣ Existe diferencias en los niveles de estado de ánimo disfórico según sexo en estudiantes de 4 de secundaria de una institución educativa privada de Lima Norte.
- ▣ Existe diferencias en los niveles de ideas de autodesprecio según sexo en estudiantes de 4 de secundaria de una institución educativa privada de Lima Norte.
- ▣ Existe diferencia en el nivel de sintomatología depresiva en estudiantes de 4 de secundaria de una institución educativa privada de Lima Norte.

CAPITULO 3. METODOLOGIA

3.1. Operacionalización de la variable

Tabla 1. Matriz de Operacionalización de la variable de depresión infantil

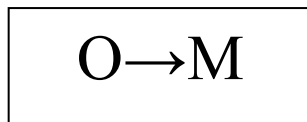
| VARIABLE | DEFINICIÓN CONCEPTUAL | DIMENSIONES | ITEMS |
|--------------------------|--|---------------------------|---|
| Síntomatología Depresiva | Se caracteriza por un estado de ánimo habitualmente decaído y por la pérdida de la capacidad previa de disfrute y del interés por las actividades cotidianas de la vida diaria y por las cosas que solían interesar y gustar a la persona. Suelen aparecer otros síntomas como la irritabilidad, ansiedad, cansancio excesivo y continuo, problemas de sueño, cambios en el apetito y dificultades de concentración y toma de decisiones, sentimientos de inutilidad y culpa (Beck, 1967). | Estado de Ánimo Disfórico | 1,2,3,4,6,10,11,12,16,17,18,19,20,21,22,26,27 |
| | | Ideas de Auto desprecio | 5,7,8,9,13,14,15,23,24,25 |

Aplicación de la escala Likert con letra A, 0 puntos; letra B, 1 punto y letra C, 2 puntos.

3.2. Diseño de la investigación

El diseño de esta investigación es de carácter no experimental; esto quiere decir que se realiza sin operar a propósito las variables, sino que se sustenta en la observación de fenómenos en su entorno natural para su análisis posterior. Así también, es de corte transversal, es decir, los datos fueron recolectados en un solo momento. Del mismo sentido, corresponde a un tipo de estudio descriptivo, puesto que se pretende medir o recolectar información de la población a evaluar permitiendo precisar las particularidades y los perfiles del grupo que conforma la población estudiada, asimismo se considera las dimensiones de la variable abordada para poder especificarla (Hernández, Fernández & Baptista, 2014).

Su esquema es el siguiente:



Dónde:

M: Muestra

O: Observación

3.3. Unidad de estudio

Estudiantes de 4 de secundaria de una institución educativa privada de Lima Norte.

3.4. Población

La población está constituida por 320 estudiantes de 6 salones de una institución educativa privada de Lima Norte.

3.5. Muestra

Hernández, et al. (2014), refieren que la muestra es una parte que representa toda la población, de la cual se hace un levantamiento de información para luego ser analizados. Para la presente investigación, la muestra estuvo conformada por 238 estudiantes de 6 salones de una institución educativa privada de Lima Norte, cantidad obtenida por muestreo probabilístico a partir de la siguiente fórmula:

$$n = \frac{NZ^2 pq}{(N-1)E^2 + Z^2 pq} =$$

Donde:

z= 2 al 95.5%

p= 0.7

q = (1-p) = 0.3

e = 3%

N= 320

Muestra=238

3.6. Métodos, instrumentos y procedimientos de análisis de datos

3.6.1. Para recolectar datos

En principio, para la recolección de datos se solicitó el permiso correspondiente a la Directora General de dicha institución educativa privada. Posteriormente, se ingresó a las aulas en coordinación con la tutora a cargo, se realizó la explicación a los estudiantes en cada una de las aulas con respecto al tema y los fines de la investigación realizada. Se procedió al llenado de la ficha de consentimiento informado, por quienes voluntariamente decidieron participar del estudio, quienes finalmente llenaron una ficha de datos y el instrumento de recolección de datos para el análisis posterior de la variable de estudio.

3.6.2. Instrumentos

Para la obtención de los datos, se emplearon 3 instrumentos: ficha de consentimiento informado, ficha de datos demográficos y el inventario de Depresión Infantil (CDI) construida para estudiantes de 8 a 16 años por María Kovacs (1977) en su versión adaptada, validada y estandarizada a nuestro medio por Edmundo Arévalo (2008).

Arévalo (2008), al realizar el análisis de ítems llevo a cabo modificaciones en 13 de ellos de los 27 reactivos, quedando 14 de ellos de acuerdo a la versión por Maria Kovacs. Así mismo, para establecer la confiabilidad se llevó a cabo estudios de correlación utilizando el método de la división en dos mitades o Split-Half, corregido con la fórmula de Spearman Brown, para probar la fiabilidad, hallando datos que nos señalan de su buena consistencia. El instrumento, en la versión adaptada, alcanzó un coeficiente de confiabilidad de 0.9176 a través del coeficiente Alfa de Crombach. En la prueba se aprecia que los ítems se correlacionan de manera significativa, con los puntajes totales de los demás ítems del inventario ($p < 0.001$), lo cual indica que todos los ítems del CDI contribuyen al diagnóstico de los síntomas depresivos y son pertinentes al mismo.

3.6.2.1. Ficha de consentimiento informado

Con fines éticos, se procedió a informar a los participantes del estudio sobre el tema de investigación y, dado que la participación es voluntaria, se empleó la ficha de consentimiento informado (ver Anexo 1) para constatar tal derecho.

3.6.2.2. Ficha de datos demográficos

Con fines exploratorios y estadísticos, se procedió a recoger información respecto a ciertas características sociales y demográficas de los participantes, se empleó la ficha de datos demográficos (ver Anexo 2) para ser analizados posteriormente.

3.6.2.3. Inventario de depresión infantil

El nombre original del inventario es “Children’s Depression Inventory C.D.I.”, traducido en “Inventario de Depresión Infantil C.D.I”, autora María Kovacs (1977) con procedencia de Canadá, adaptado al español por Polonio Lorente (1988) España y adaptado a nuestra

realidad nacional por Edmundo Arévalo Luna (2008), su administración puede ser individual o colectiva para niños y niñas de 8 a 16 años de edad. La prueba tiene una duración: de 15 a 20 minutos y su objetivo general es evaluar síntomas depresivos más esenciales en los niños de 8 a 16 años a través de las siguientes dimensiones: Estado de ánimo disfórico (visión negativa de sí mismo), Ideas de auto desprecio (visión negativa del medio y del futuro). Asimismo, se aplicó para su estandarización a una muestra mixta de estudiantes de una institución educativa privada (ver Anexo 3).

FICHA TÉCNICA

Nombre Original: Children’s Depression Inventory C.D.I.

Nombre en español: Inventario de Depresión Infantil C.D.I

Autora: María Kovacs (1977)

Procedencia: Canadá

Adaptación española: Polonio Lorente (1988) España

Adaptación y Estandarización: Edmundo Arévalo Luna

Administración: Individual y colectiva

Ámbito de Aplicación: Niños y niñas de 8 a 16 años de edad

Duración: Tiempo aproximado 15 a 20 minutos.

Significación: Evalúa síntomas depresivos más esenciales en los niños de 8 a 16 años a través de las siguientes dimensiones: Estado de ánimo disfórico (visión negativa de sí mismo), Ideas de auto desprecio (visión negativa del medio y del futuro).

Tipificación: Baremos para escolares del nivel primario, y adolescentes del nivel secundario, de ambos sexos.

Estructura: El Inventario de depresión Infantil de Kovacs está compuesta de un total de 27 ítems, agrupado en 2 dimensiones, los cuales se presentan en una escala de Likert de 0 a 2 de la siguiente manera:

A.0

B1

C.2

Calificación: Las puntuaciones directas de las dos dimensiones del CDI, se obtienen, sumando las respuestas marcadas por el sujeto, en base a las siguientes puntuaciones:

Marca en la letra **A** 0 puntos; Marca en la letra **B** 1 punto; Marca en la letra **C** 2 puntos. Para la dimensión de Estado de ánimo disfórico, se suman las marcas dentro de los recuadros de los siguientes ítems: 1, 2, 3, 4, 6, 10, 11, 12, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 26, 27. El puntaje máximo a alcanzar es de 34. A mayor puntaje, mayor presencia del estado de ánimo disfórico. Para la dimensión de Ideas de Auto desprecio, se suman las marcas dentro de las figuras ovoidales de los siguientes ítems: 5, 7, 8, 9, 13, 14, 15, 23, 24, 25. El puntaje máximo a alcanzar es 20. A mayor puntaje, mayor presencia de ideas de auto desprecio. Para establecer la puntuación directa de la escala total, se suman las puntuaciones alcanzadas en ambas dimensiones. Una vez terminada la corrección y anotadas las puntuaciones directas, se realiza la interpretación normativa, transformándose en puntuaciones derivadas (Centiles), para elaborar el diagnóstico interpretativo.

Tabla 2. Normas en percentiles del Inventario de depresión infantil, en adolescentes del nivel secundario (Arévalo, 2008)

| Estado de ánimo Disfórico | | Ideas de Auto desprecio | | Escala total | | |
|---------------------------|----|-------------------------|----|--------------|----|-----------|
| PD | PC | PD | PC | PD | PC | |
| 23 a Más | 99 | | | 35 a más | 99 | |
| 22 | 97 | | | 33-34 | 96 | |
| 21 | 93 | | | 31-32 | 93 | |
| 20 | 88 | | | 29-30 | 90 | |
| 19 | 85 | | | 28 | 88 | |
| 18 | 80 | 17 a más | 99 | 27 | 85 | |
| 17 | 75 | 16 | 98 | 26 | 80 | |
| 16 | 73 | 15 | 95 | 24-25 | 75 | |
| 15 | 68 | 14 | 90 | 23 | 70 | |
| 14 | 63 | 13 | 85 | 21-22 | 65 | |
| 13 | 60 | 12 | 80 | 19-20 | 60 | |
| 12 | 58 | 11 | 75 | 18 | 50 | |
| 10 | 55 | 10 | 70 | 17 | 45 | |
| 9 | 53 | 9 | 65 | 16 | 40 | |
| 8 | 50 | 8 | 60 | 15 | 35 | |
| 7 | 45 | 7 | 55 | 14 | 30 | |
| 6 | 35 | 6 | 50 | 12-13 | 25 | |
| 5 | 30 | 5 | 40 | 10-11 | 20 | |
| 4 | 20 | 4 | 30 | 9 | 15 | |
| 3 | 10 | 3 | 20 | 8 | 10 | |
| 2 | 5 | 2 | 10 | 7 | 5 | |
| 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 3 | |
| | | | | 5 a menos | 1 | |
| 8.018 | | 5.842 | | 17.439 | | X |
| 2.962 | | 2.041 | | 4.768 | | DS |
| | | 5,394 | | | | N |

Interpretación:

La interpretación diagnóstica de los resultados se lleva a cabo en base a la valoración extraída de la población de referencia.

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

3.6.3. Análisis de datos

Para la obtención de los resultados, en primer lugar, se generó una matriz de datos ordenados en Excel, misma que se trasladó posteriormente a una base de datos en el programa SPSS 24. Una vez creada la base de datos, se procedió a realizar el análisis descriptivo de los mismos y finalmente se ordenaron los resultados en tablas y figuras. Los datos se analizaron en forma general y según sexo, siguiendo las normas éticas en la transparencia de la aplicación de los datos y posteriores resultados.

CAPÍTULO 4. RESULTADOS

4.1. Análisis e interpretación de resultados descriptivos de los participantes

Tabla 3

Distribución de la muestra de estudiantes de una institución educativa privada, según género

| Género | <i>f</i> | Porcentaje |
|--------------|------------|--------------|
| Masculino | 113 | 47,5 |
| Femenino | 125 | 52,5 |
| Total | 238 | 100,0 |

En la Tabla 3 y Figura 1, se muestran la distribución de los estudiantes por género, en el cual se observa que el 52.5 % corresponde al sexo femenino con una amplia mayoría, en comparación con los estudiantes del sexo masculino que representa el 47.5%.

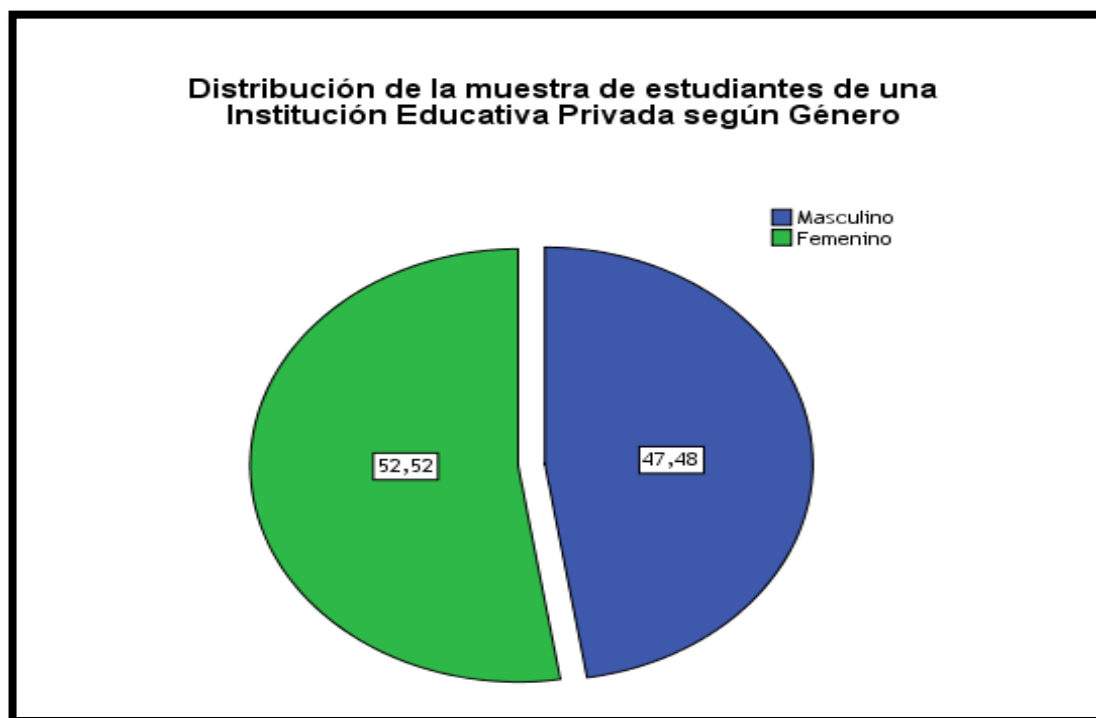


Figura 1. Distribución de la muestra de estudiantes de una institución educativa privada según género.

Fuente: Elaboración propia

Tabla 4

Distribución de los estudiantes por edad

| Edad | <i>f</i> | Porcentaje |
|--------------|------------|--------------|
| 14 | 161 | 67.6 |
| 15 | 77 | 32.4 |
| Total | 238 | 100,0 |

En la Tabla 4 y Figura 2, se muestra la distribución de los estudiantes por edad, en el cual se observa que el 67.6% corresponde a los de 14 años de edad y el 32.4% pertenece a los de 15 años de edad.

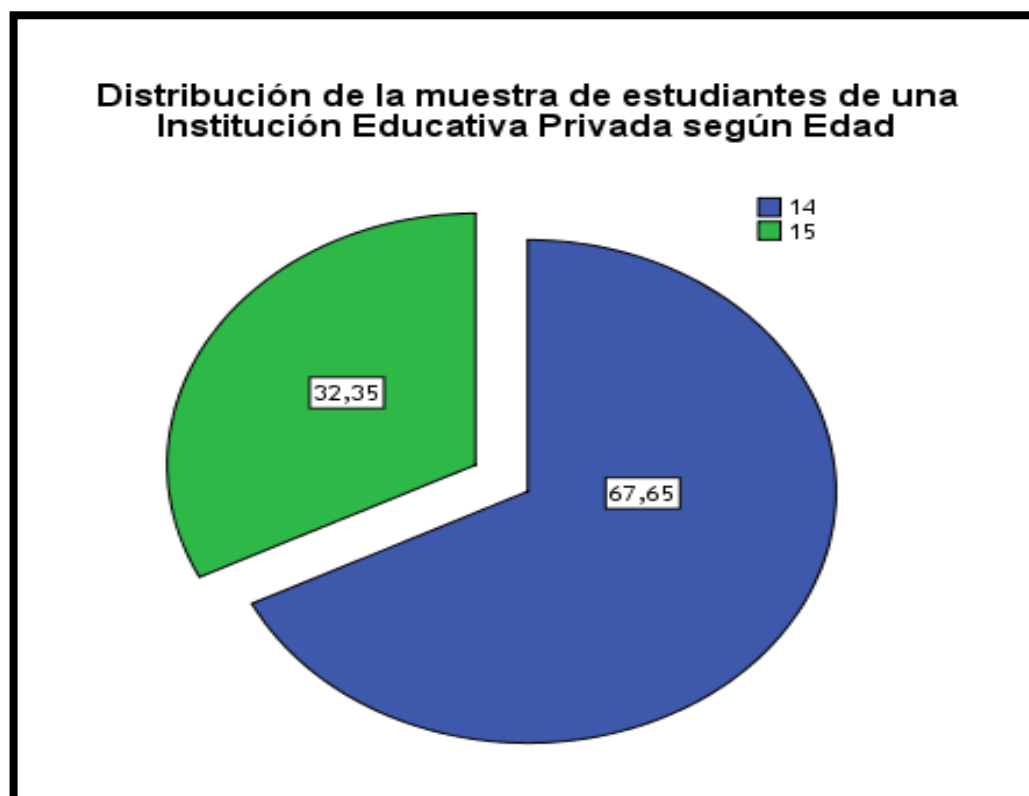


Figura 2. Distribución de la muestra de estudiantes de una institución educativa privada según edad.

Fuente: Elaboración propia a partir de la muestra de 238 estudiantes de una institución educativa privada

Tabla 5

Distribución de la muestra por secciones

| Sección | <i>f</i> | Porcentaje |
|--------------|------------|--------------|
| A | 41 | 17,2 |
| B | 43 | 18,1 |
| C | 41 | 17,2 |
| D | 40 | 16,8 |
| E | 50 | 21,0 |
| F | 23 | 9,7 |
| Total | 238 | 100,0 |

En la Tabla 5 y Figura 3, se muestra la distribución de la muestra por secciones. Representando en el salón A un 17,2 % de estudiantes, salón B un 18,1% de estudiantes, en el salón C un 17,2 % de estudiantes, salón D un 16,8 % de estudiantes, salón E un 21% de estudiantes y en el salón F un 9,7% de estudiantes. Siendo un total de estudiantes 238 evaluados.

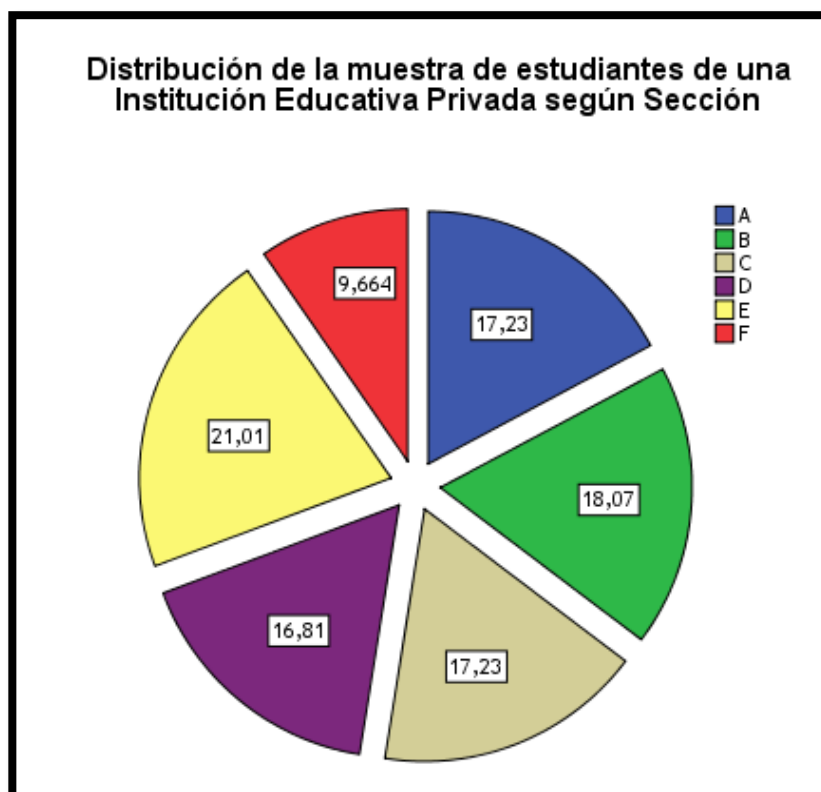


Figura 3. Distribución de la muestra de estudiantes de una institución educativa privada según sección.

Fuente: Elaboración propia a partir de la muestra de 238 estudiantes de una institución educativa privada

4.2. Análisis e interpretación de resultados descriptivos del Ánimo Disfórico

Tabla 6

Niveles del Ánimo Disfórico en la muestra de los estudiantes

| Niveles | <i>f</i> | Porcentaje |
|--------------|------------|--------------|
| Alto | 136 | 57,1 |
| Moderado | 72 | 30,3 |
| Bajo | 30 | 12,6 |
| Total | 238 | 100,0 |

En la Tabla 6 y Figura 4, se muestra el análisis sobre los niveles del ánimo disfórico de los estudiantes. Se observa que el 57.1% de la muestra de estudiantes refiere que tiene un nivel alto, seguido por 30.3% que señala que tiene un nivel moderado, y 12.6% tiene un nivel bajo del ánimo disfórico.

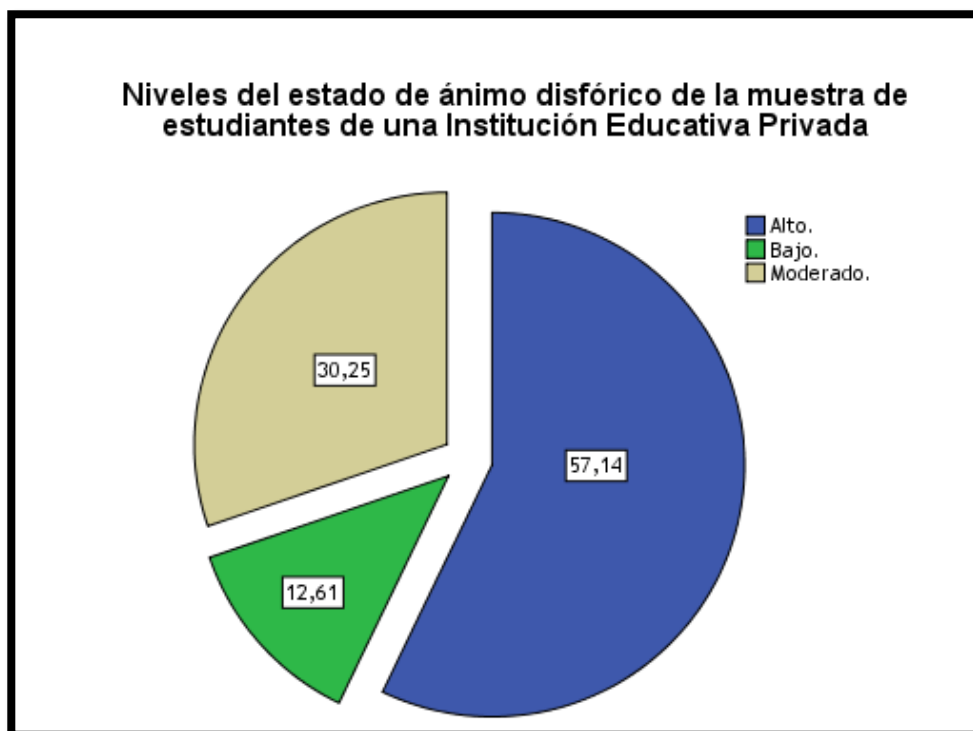


Figura 4. Niveles del estado de Ánimo Disfórico en la muestra de los estudiantes de una institución educativa privada.

Fuente: Elaboración propia a partir de la muestra de 238 estudiantes de una institución educativa privada.

4.3. Análisis e interpretación de resultados descriptivos de Ideas de Autodesprecio

Tabla 7

Niveles de Ideas de Autodesprecio en la muestra de los estudiantes

| Niveles | <i>f</i> | Porcentaje |
|--------------|------------|--------------|
| Alto | 88 | 37,0 |
| Moderado | 94 | 39,5 |
| Bajo | 56 | 23,5 |
| Total | 238 | 100,0 |

En la tabla 7 y Figura 5, se muestra el análisis sobre los niveles de ideas de autodesprecio, se observa que el 37% de la muestra de estudiantes refiere que tiene un nivel alto, seguido por 39,5% que señala que tiene un nivel moderado, y 23,5% tiene un nivel bajo de ideas de autodesprecio.



Figura 5. Niveles de Ideas de Autodesprecio en la muestra de los estudiantes de una institución educativa privada.

Fuente: Elaboración propia a partir de la muestra de 238 estudiantes de una institución educativa privada.

Tabla 8

Niveles del estado de ánimo disfórico de la muestra de estudiantes, según género

| Sexo | Dx_EAD | | | Total |
|--------------|------------|-----------|-----------|------------|
| | Alto | Bajo | Moderado | |
| Masculino | 66 | 16 | 31 | 113 |
| Femenino | 70 | 14 | 41 | 125 |
| Total | 136 | 30 | 72 | 238 |

En la tabla 8 y Figura 6, se muestra el análisis sobre los niveles del ánimo disfórico según el género, se observa que el 66% de la muestra de estudiantes de género masculino refiere que tiene un nivel alto, mientras que el 70% de estudiantes del género femenino, así mismo, se observa que el 31% de la muestra de estudiantes de género masculino refiere que tiene un nivel moderado, mientras que el 41 % de estudiantes del género femenino. Por otro lado, se observa que el 16% de la muestra de estudiantes de género masculino refiere que tiene un nivel bajo, en contraste, el 14% de estudiantes del género femenino.

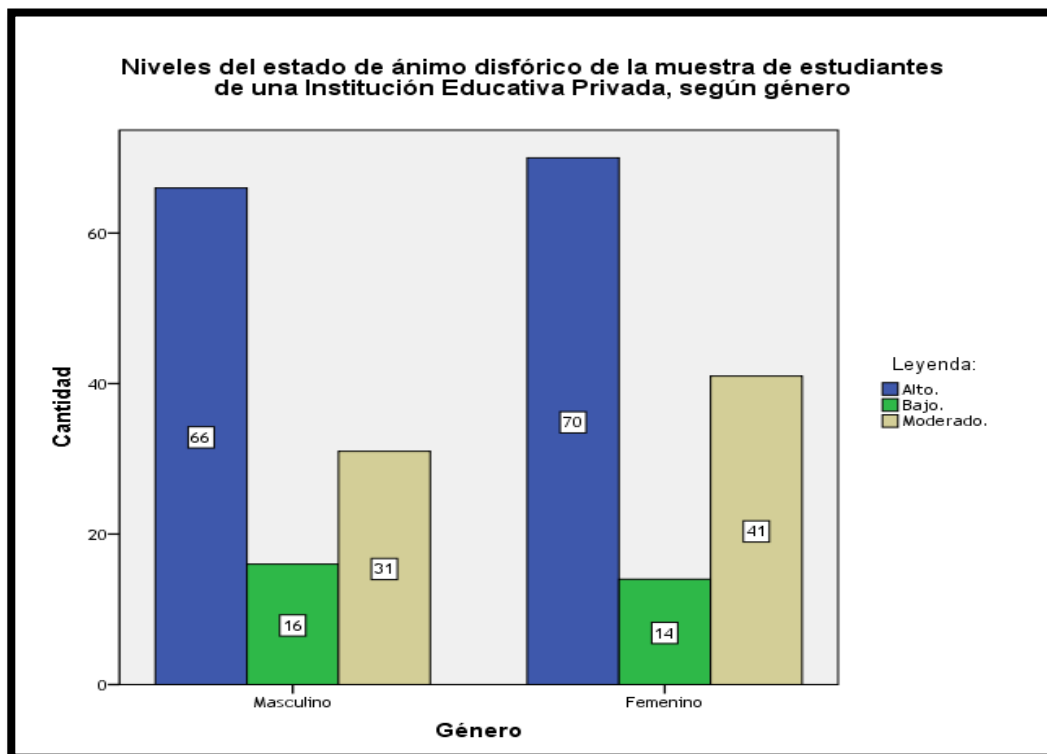


Figura 6. Niveles del estado de ánimo disfórico de la muestra de estudiantes, según género.

Fuente: Elaboración propia a partir de la muestra de 238 estudiantes de una institución educativa privada.

Tabla 9

Niveles de las ideas de autodesprecio de la muestra de estudiantes, según género

| Sexo | Dx_IAD | | | Total |
|--------------|-----------|-----------|-----------|------------|
| | Alto | Bajo | Moderado | |
| Masculino | 41 | 21 | 51 | 113 |
| Femenino | 47 | 35 | 43 | 125 |
| Total | 88 | 56 | 94 | 238 |

En la tabla 9 y Figura 7, se muestra el análisis sobre los niveles de ideas de autodesprecio según el género, se observa que el 41% de la muestra de estudiantes de género masculino refiere que tiene un nivel alto, mientras que el 47% de los estudiantes de género femenino, así mismo, se observa que el 51% de la muestra de estudiantes de género masculino refiere que tiene un nivel moderado, mientras que el 43 % de estudiantes de género femenino. Por otro lado, se observa que el 21% de la muestra de estudiantes del género masculino refiere que tiene un nivel bajo, en contraste, el 35% de estudiantes del género femenino.

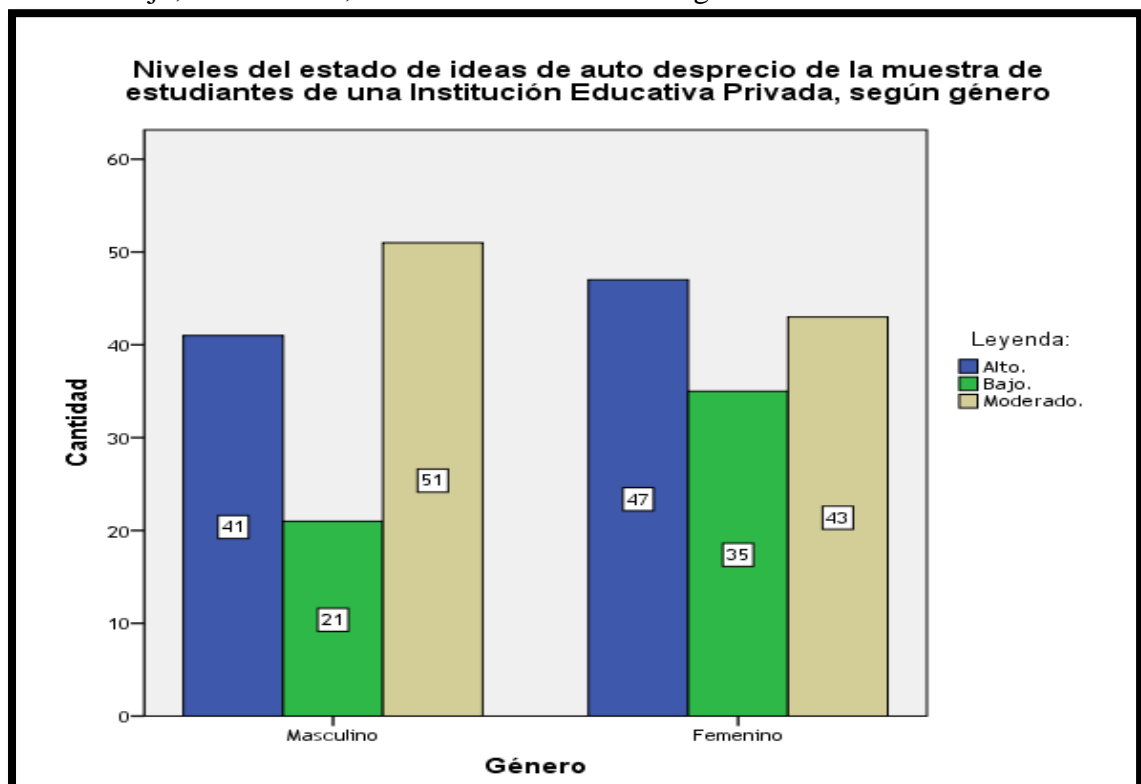


Figura 7. Niveles de ideas de autodesprecio de la muestra de estudiantes, según género.
Fuente: Elaboración propia a partir de la muestra de 238 estudiantes de una institución educativa privada.

4.4. Análisis descriptivo de los niveles de depresión infantil

Tabla 10

Criterios diagnósticos de depresión infantil de la muestra de los estudiantes

| Criterios diagnósticos | <i>f</i> | Porcentaje |
|--|-----------------|-------------------|
| Presencia de síntomas depresivos en grado máximo. | 196 | 82,4 |
| Presencia de síntomas depresivos marcada o severa. | 37 | 15,5 |
| Presencia de síntomas depresivos mínima y moderada | 5 | 2,1 |
| Total | 238 | 100,0 |

En la tabla 10 y Figura 8, se muestra el análisis sobre los niveles de la depresión infantil, se observa que el 82.4% de la muestra de estudiantes refiere presencia de síntomas depresivos en grado máximo, seguido por 15.5% señala presencia de síntomas depresivos severo, y 2.1% con presencia de síntomas depresivos mínimo y moderado, mientras que no hay presencia de síntomas depresivos y se encuentra dentro de los límites normales dentro de la muestra.

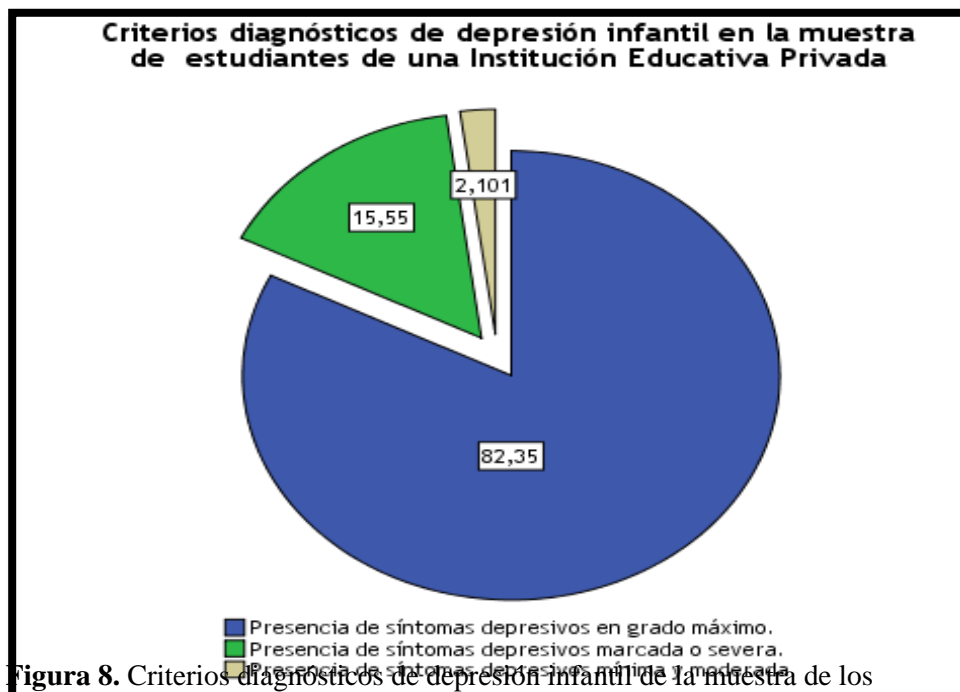


Figura 8. Criterios diagnósticos de depresión infantil de la muestra de los estudiantes de una institución educativa privada según sección.

Fuente: Elaboración propia a partir de la muestra de 238 estudiantes de una institución educativa privada.

4.4.1 Análisis descriptivo de los criterios diagnósticos de la depresión infantil según género

Tabla 11

Criterios diagnósticos de depresión infantil de la muestra de los estudiantes, según género

| Sexo | Dx_PEDT | | | Total |
|--------------|--|---|--|------------|
| | Presencia de síntomas depresivos en grado máximo | Presencia de síntomas depresivos marcada o severa | Presencia de síntomas depresivos mínima y moderada | |
| Masculino | 96 | 15 | 2 | 113 |
| Femenino | 100 | 22 | 3 | 125 |
| Total | 196 | 37 | 5 | 238 |

En la tabla 11 y Figura 9, se muestra el análisis sobre los niveles de la depresión infantil, se observa que el 96% de la muestra de estudiantes de género masculino refiere presencia de síntomas depresivos en grado máximo, mientras que el 100% de estudiantes de género femenino, seguido por 15% de estudiantes de género masculino señala presencia de síntomas depresivos severo, a diferencia de 22% de estudiantes de género femenino; mientras que el 2% de estudiantes de género masculino cuenta con la presencia de síntomas depresivos mínimo, a comparación del 3% de estudiantes del género femenino, mientras que no hay presencia de síntomas depresivos en el género masculino y femenino.

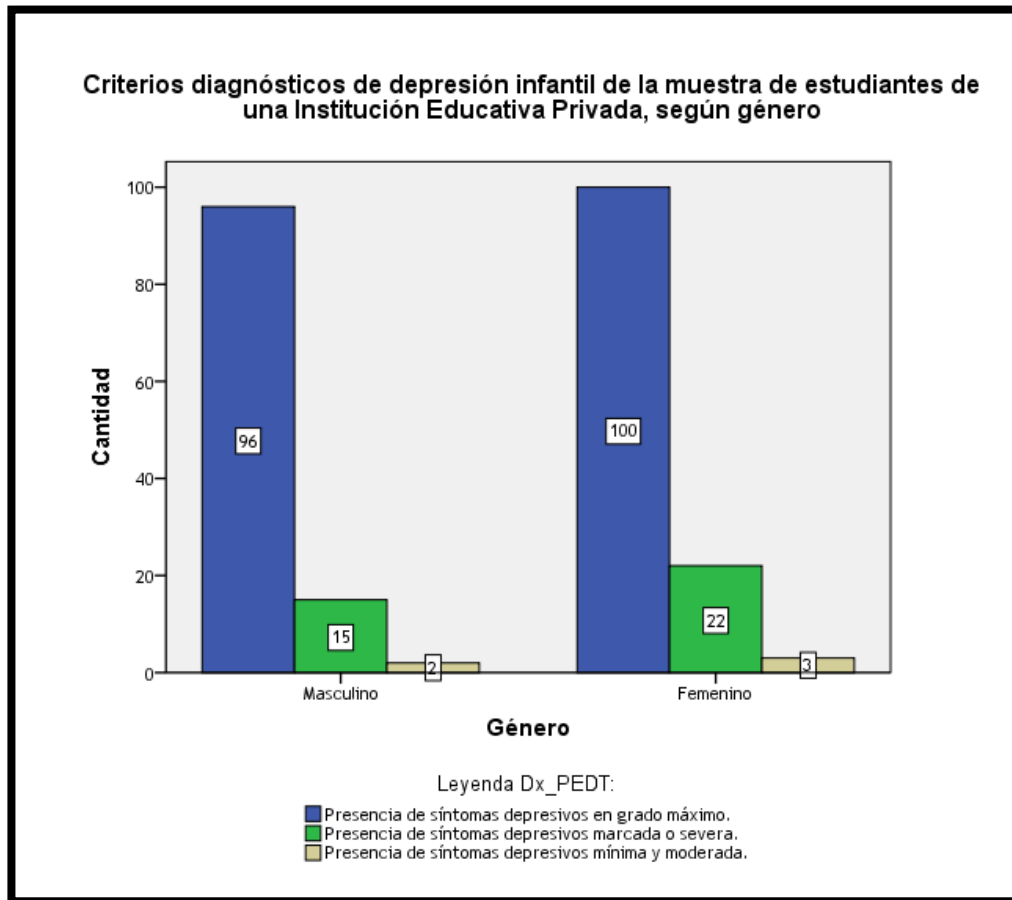


Figura 9. Criterios diagnósticos de depresión infantil de la muestra de los estudiantes de una institución educativa privada según género.

Fuente: Elaboración propia a partir de la muestra de 238 estudiantes de una institución educativa privada.

4.3.2 Análisis descriptivo de los niveles de Ánimo disfórico e Ideas de Autodesprecio

Tabla 12

Niveles de Ánimo disfórico e Ideas de Autodesprecio en la muestra de los estudiantes

| Niveles | Dx_IAD | | | Total |
|--------------|-----------|-----------|-----------|------------|
| | Alto | Bajo | Moderado | |
| Alto | 67 | 18 | 51 | 136 |
| Bajo | 6 | 10 | 14 | 30 |
| Moderado | 15 | 28 | 29 | 72 |
| Total | 88 | 56 | 94 | 238 |

En la tabla 12 y Figura 10, se muestra el análisis sobre los niveles del ánimo disfórico e ideas de autodesprecio, se observa que el 67 estudiantes de la muestra refiere que tiene un nivel alto en las dos dimensiones (ideas de autodesprecio y estado de ánimo disfórico), mientras que 10 estudiantes presenta un nivel bajo en las ideas de autodesprecio y un bajo nivel en el estado del ánimo disfórico y 29 estudiantes presenta un nivel moderado en las ideas de autodesprecio y estado de ánimo disfórico.

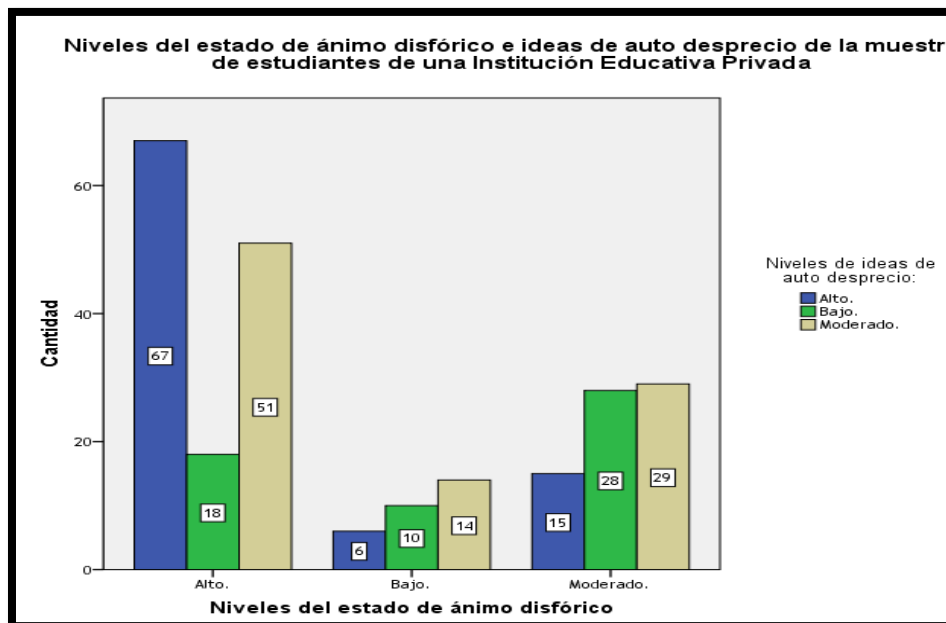


Figura 10. Niveles del estado de ánimo disfórico e ideas de autodesprecio de la muestra de estudiantes de una institución educativa privada.

Fuente: Elaboración propia a partir de la muestra de 238 estudiantes de una institución educativa privada.

CAPÍTULO 5. DISCUSIÓN

El presente estudio brinda una aproximación acerca de la depresión infantil entre el ánimo disfórico e ideas de autodesprecio en una muestra de 238 estudiantes de ambos sexos: mujeres y varones de 4 año de secundaria de una institución educativa privada, donde se aplica el Cuestionario de Depresión Infantil, instrumento de la autora María Kovacs (1977), adaptado y estandarizado para el contexto escolar por Edmundo Arévalo (2008).

Para Beck (1967) la depresión infantil se caracteriza por un estado de ánimo habitualmente decaído y por la pérdida de la capacidad previa de disfrute y del interés por las actividades cotidianas de la vida diaria y por las cosas que solían interesar y gustar a la persona. Suelen aparecer otros síntomas como la irritabilidad, ansiedad, cansancio excesivo y continuo, problemas de sueño, cambios en el apetito y dificultades de concentración y toma de decisiones, sentimientos de inutilidad y culpa.

A partir de los hallazgos encontrados en la presente investigación, se puede afirmar que el 82,4% de los estudiantes se encuentran en un nivel alto de la depresión infantil, estos resultados guardan relación con los resultados reportados por Damas y Manrique de la Cruz (2017), quienes encontraron que una mayor prevalencia de sintomatología Depresiva alta en los estudiantes de la ciudad de Huancavelica (41,5%) en comparación a los estudiantes de Huancayo (32,4%) y Satipo (37,4%). Asimismo, se obtuvo una prevalencia de sintomatología Depresiva alta en el género masculino, con el 39% de los estudiantes evaluados, mientras que el género femenino alcanzó el 32,2%; estos resultados guardan relación con los hallazgos de Jaimes y Tacuchi (2016), donde el 98,9% de estudiantes adolescentes en el estudio presentó algún grado de depresión. Cabe resaltar, Rojas (2006) menciona que la depresión es consecuencia de desarreglos cognitivos, dado que, en el transcurso del proceso de socialización de las personas, se forman conceptos como consecuencia de identificarse con personas importantes, de experiencias y juicios sobre uno mismo. En contraste, de acuerdo a la investigación 15,5% señala presencia de síntomas depresivos severo, y 2,1% con presencia de síntomas depresivos mínimo y moderado. Teniendo en cuenta, que la muestra no hubo hallazgo de la no presencia de síntomas depresivos en los rangos normales, lo que señala que, la muestra se encuentra con la presencia de síntomas grave, severo y moderado.

De acuerdo con la teoría de Weinberg (1973), clasifica los síntomas depresivos en el estado de Ánimo Disfórico y las Ideas de Autodesprecio; síntomas principales de la depresión infantil en los niños y adolescentes.

Respecto a la dimensión del estado de Ánimo Disfórico, se obtuvo un 57,1% de los estudiantes se encuentran con un nivel alto, lo cual indica que los estudiantes tienen expresiones o muestras de tristeza, soledad, desdicha, indefensión y/o pesimismo, cambios en el estado de ánimo, mal humor, irritabilidad, hipersensibilidad, negativismo y sentimientos de desesperanza. Seguido con un 30,3% en el nivel moderado y 12,6 % en el nivel bajo. Por otro lado en las Ideas de Autodesprecio, se obtuvo que los estudiantes se encuentran con un nivel alto 37%, lo cual señala sentimientos de inestabilidad, incapacidad, culpabilidad, ideas de persecución, deseos de huir , de escaparse de su casa, indecisión, autoimagen física negativa, disminución del apetito y aislamiento social, lo que señala que es un problema para su adaptación al entorno e identidad de sí misma(o) y, consecuentemente para su desarrollo académico, personal , familia, entre otros. Seguido con un 39,5% en el nivel moderado y 23,5 % en el nivel bajo.

Por otro lado, según las diferencias de género de depresión infantil, es el género femenino que presenta un nivel alto de depresión infantil con un 100%, mientras que el género masculino presenta un 96%. Asimismo, guarda relación con la investigación desarrollada por Granet & Levinson (2000) explican que existen diferencias asociadas a la distinción hombre – mujer, aunque referidas principalmente a aspectos culturales y sociales. Ya que, los hombres experimentan depresiones de forma más cognitiva, mientras que las mujeres tienden a tener depresión de forma más emocional.

Con respecto a los niveles del estado de ánimo disfórico e ideas de autodesprecio según el género, en nuestro estudio se observó que el 70% de la muestra de los estudiantes del género masculino de una institución educativa privada presento un nivel alto en el ánimo disfórico, a diferencia del género femenino con un 66% que presento el mismo nivel alto. Del mismo modo, se observó que el 47% de la muestra de los estudiantes del género femenino presento un nivel alto en las ideas de autodesprecio a diferencia del género masculino con un 41% que presento un nivel alto. Al respecto, podemos mencionar que nuestros resultados tienen relación con el estudio de Quinceno y Vinnacia (2013), debido que, los hombres tienen mejores niveles de calidad de vida y fortalezas personales que las mujeres y éstas presentan

niveles más altos de emociones negativas. Lo que aprecia que los factores emocionales y sociales tienen un comportamiento diferencial según el sexo en la adolescencia y por tanto se hace necesario intervenciones puntuales considerando las diferencias de sexo. Asimismo, en el estado de ánimo disfórico el 41% de estudiantes del género femenino presento un nivel moderado y un 31% en el género masculino con el mismo nivel moderado. Estos resultados, agregan que el 16% del género masculino y un 14% del género femenino presento un nivel bajo. En contraste, con las ideas de autodesprecio donde el 51% de estudiantes del género masculino y un 43% del género femenino presento un nivel moderado, mientras que el 35% del género femenino y 21% del género masculino presento un nivel bajo.

La principal contribución del estudio permitirá profundizar los conocimientos teóricos, desde una mirada de la depresión infantil y sus dimensiones del Estado de ánimo disfórico e ideas de autodesprecio en los estudiantes de una institución educativa privada, y como la depresión infantil se relaciona con el género masculino y femenino desde sus propias dimensiones.

CONCLUSIONES

- En el presente estudio se halló que el 48% de los estudiantes fueron varones, teniendo el mayor número con el 52% de mujeres.
- De la muestra total de estudiantes, se halló que el 57% presentan un nivel alto en el estado del ánimo disfórico, y un 37% en las ideas de autodesprecio.
- Siguiendo la muestra total de estudiantes, se encontró que el 82 % de los estudiantes cuentan con la presencia de síntomas depresivos en grado máximo, 16% de estudiantes con presencia de síntomas depresivos marcado o severo, mientras que el 2% de estudiantes presentan síntomas depresivos mínimo y moderado.
- De acuerdo a la muestra, no se halló la no presencia de síntomas depresivos dentro de los límites normales.
- Con respecto al análisis descriptivo de la depresión infantil según género, se demostró que: 196 estudiantes obtuvieron el 96% de los estudiantes del género masculino y el 100% de los estudiantes del género femenino presentan síntomas depresivos en grado máximo, asimismo, 37 estudiantes obtuvieron el 15% de estudiantes del género masculino y el 22% del género femenino presentan síntomas depresivos marcados o severo. En contraste, 5 estudiantes obtuvieron el 2% de estudiantes del género masculino y el 3 % de estudiantes del género femenino cuentan con la presencia de síntomas depresivos mínimo y moderado.
- Con respecto al análisis descriptivo del estado de ánimo disfórico según género resulta que: el 66% de los estudiantes del género masculino y el 70% de estudiantes del género femenino presentan un nivel alto, mientras que el 31% de estudiantes del género masculino y el 41% de estudiantes del género femenino presentan un nivel moderado, y por último, el 16% de estudiantes del género masculino y el 14% del género femenino presentan un nivel bajo.
- Con respecto al análisis descriptivo de las ideas de autodesprecio según género resulta que: el 41% de los estudiantes del género masculino y el 47% de estudiantes del género femenino presentan un nivel alto, mientras que el 51% de estudiantes del

género masculino y el 43% de estudiantes del género femenino presentan un nivel moderado, y, por último, el 21% de estudiantes del género masculino y el 35% del género femenino presentan un nivel bajo.

- La presente investigación muestra una aproximación acerca de la depresión infantil en estudiantes de una institución educativa privada de Lima Norte, de acuerdo al estado de ánimo disfórico e ideas de autodesprecio. Los resultados obtenidos evidencian que el estado de ánimo disfórico e ideas de autodesprecio existen diferencias según sexo en estudiantes.
- Finalmente, se evidenció diferencias según sexo masculino y femenino en la depresión infantil en estudiantes de una institución educativa privada de Lima Norte.

RECOMENDACIONES

- Realizar futuras investigaciones sobre la depresión infantil de los estudiantes de instituciones educativas, abarcando tanto privadas y estatales y así tener nuevas luces a posteriores investigaciones.
- Considerar una evaluación de manera integral a todos los estudiantes de una institución educativa privada, de esta manera se podría generar un filtro desde un primer momento, detectando a quienes requieren potenciar sus estados de sí mismo, del entorno y del futuro, con la finalidad de alcanzar un adecuado desarrollo personal, y de alinearse al perfil del estudiante.
- Extender los estudios expuestos en esta tesis al estudio de un diseño de tipo experimental sobre el tema en donde se tomen muestras a diferentes niveles educativos en diferentes partes del Perú y así determinar las diferencias de cada población y contexto, y de esta manera se podrían tomar medidas de solución integral y descentralizado.
- Evaluar la necesidad de aplicar una intervención socioemocional para la población estudiantil, con el fin de mejorar sus capacidades de relaciones intrapersonales e interpersonales, con el desarrollo de diseños de programas de intervención con énfasis a la autoestima, habilidades sociales, entre otros.

REFERENCIAS

- Alencar, E. M. L. S. (2006). *O papel do psicólogo escolar na prevenção de dificuldades sócio-emocionais do aluno com altas habilidades*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Alencar, E. M. L. S. (2006). *Características sócio-emocionais do superdotado*. São Paulo: EPU.
- Analitis et al. (2009). *Being bullied: associated factors in children and adolescents 8 to 18 years old in 11 European countries*. Europa:Pediatrics
- Arellano (2012). *Programa de Intervención psicoeducativa para la optimización de las habilidades sociales de alumnos de Primer Grado de Educación Secundaria del Centro Educativo Diocesano “El Buen Pastor”*. Lima: Unmsm
- Bierman, K. (2009). *Programas y servicios que han comprobado su efectividad para reducir la agresión en niños pequeños*. En: R. Tremblay, R. Barr, R. Peters, M. Boivin (Eds.), *Enciclopedia sobre el Desarrollo de la Primera Infancia*. Recuperado de <http://www.encyclopediainfantes.com/documents/BiermanESPxp.pdf> el 07/07/16.
- Bronfenbrenner, U (1977). *Toward an experimental ecology of human development*. España:Harvard University Press.
- Belsky (1993). *Child maltreatment: An ecological integration*. New York: Cambridge University Press.
- Cortez, Lopez, Mejia & Salgado (2013). *Programa de Psicoterapia para reducir la agresividad: Basado en la terapia racional emotiva*. Madrid: Cat
- Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida Sin Drogas-DEVIDA (2009). *Programa Familias Fuertes: Amor y límites*. Guía para el Facilitador. Lima: Devida
- Espinosa & Laverde (2007). *Intervention program in children with personality's dissocial trastorn*. Bogota: Universidad Los Libertadores

- García y Vaca (2011). *CONVES: programa para mejorar la convivencia escolar: primaria*. España: Tea ediciones
- Gaviria, A., Martínez, P., Atheortúa, F. y Trujillo, C. (2006, mayo). *Prevalencia de la depresión en niños escolarizados, entre los 8 y 12 años, del municipio de la Ceja, Antioquia*. Ponencia en el XII Congreso Colombiano de Psicología, Medellín, Colombia.
- Garaigordobil (2004). *Programa de juego cooperativo para la conducta agresiva y antisocial con niños de 10 – 12 años*. España: Cide
- Goldstein, A. (1991). *El comportamiento agresivo: Evaluación e intervención*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Hernández, R. Fernández, C. y Baptista, M (2014). *Metodología de Investigación*. México: Mc Grall Hill.
- Keenan, K. (2009). *Desarrollo y socialización de la agresión durante los primeros cinco años de vida*. En: R. Tremblay, R. Barr, R. Peters, M. Boivin (Eds.), *Enciclopedia sobre el Desarrollo de la Primera Infancia*. Recuperado de <http://www.encyclopedia-infantes.com/documents/KeenanESPxp.pdf> el 07/07/16.
- Lipsey & Wilson (2007). *Practical Meta-Analysis Applied Social Research Methods*. España: Books Store
- Lizano & Muñoz (2005). *Programa de Desarrollo de Conducta Asertiva*. Lima: Unife
- Mestre, M.V., Tur, A., Samper, P., Nácher, M.J., y Cortés, M.T. (2007). *Estilos de crianza en la adolescencia y su relación con el comportamiento prosocial*. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 39(2), 211-225
- Pepler, D. (2009). *Apoyo a niños pequeños y sus familias para reducir la agresión*. En: R. Tremblay, R. Barr, R. Peters, M. Boivin (Eds.), *Enciclopedia sobre el Desarrollo de la Primera Infancia*. Recuperado de <http://www.encyclopediainfantes.com/documents/PeplerESPxp.pdf>. el 07/07/16.

- Ramírez, C. (1999). *Transmisión intergeneracional de la violencia a partir de las historias de vida*. Bogotá: Universidad San Buenaventura.
- Rutter, M. & Taylor (eds) (2002). *Child and Adolescent Psychiatry* (4th edn). London: Blackwell.
- Scott, A., Shaw, M. & Joughin, C. (2001). *Finding the Evidence: A Gateway to the Literature in Child and Adolescent Mental Health* (2nd edn). London: Gaskell.
- Wolfe, D (1987). *Child abuse: Implications for child development and psychopathology*. London: Sage
- Unicef (2008). *Violencia Escolar en América Latina y el Caribe*. Chile: Unicef Org
- Unicef (2006). *Fórum Nacional por la Niñez*. España: Unicef Org
- Valiente, C. (2004). *Alucinaciones y delirios*. Madrid: Síntesis

ANEXOS:

N°1. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Acepto participar de forma voluntaria en el estudio denominado "SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN ESTUDIANTES DE 4° SECUNDARIA DE UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PRIVADA DE LIMA NORTE", así mismo comprendo lo que se me solicita y también sé que puedo hacer las consultas que estime pertinentes. Sé que puedo contactarme con la investigadora y también con el Área de Coordinación en cualquier momento.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria y anónima. La información que se recoja será confidencial y no se usara para ningún otro propósito fuera de este estudio de investigación.

De ante antemano, se agradece por su disponibilidad y participación.

Firma del participante: _____

Seudónimo: _____

Fecha: ___/___/___

Nº2. Ficha Sociodemográfica

| FICHA SOCIODEMOGRÁFICA | |
|--|---|
| Fecha de nacimiento: | Edad: |
| Lugar de nacimiento: | Sexo: <input type="radio"/> F <input type="radio"/> M |
| Composición Familiar: | Lugar que ocupa: |
| <input type="radio"/> Solo mamá | <input type="radio"/> Solo papá |
| <input type="radio"/> Ambos padres | <input type="radio"/> Otros familiares |
| <hr/> | |
| Distrito en el que vive: | Fecha: |
| Vivienda: <input type="radio"/> Propia | <input type="radio"/> Alquilada |
| <input type="radio"/> Otros | |

Nº3. Cuestionario de depresión Infantil (CDI)

CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN INFANTIL (CDI)

(Adaptado y estandarizado por Edmundo Arévalo Luna,2008)

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

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

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

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

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