



UNIVERSIDAD  
**AUTÓNOMA**  
DE ICA

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ICA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA ACADÉMICO DE PSICOLOGÍA

TESIS

**“DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES DE 12 A 17 AÑOS DURANTE LA  
PANDEMIA POR COVID-19 EN LA URBANIZACIÓN EL ROSEDAL,  
CHINCHA– 2021”**

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN  
**Calidad de vida, resiliencia y bienestar psicológico**

Presentado por:  
**Edith Fiorela Chuquispuma Peve**

Tesis desarrollada para optar el Título Profesional de  
Licenciada en Psicología

Docente asesor:  
Mg. Marco Antonio Mera Portilla  
Código Orcid N°0000-0002-2819-5423

Chincha, Ica, 2021

**Asesor**

MG. MARCO ANTONIO MERA PORTILLA

**Miembros del jurado**

- Dr. Edmundo Gonzáles Zavala
- Dr. William Chu Estrada
- Dr. Martín Campos Martínez

## **DEDICATORIA**

En primer lugar, a Dios, a mi mamá, mi papá que está en el cielo y hermanos que me brindaron su apoyo en esta etapa tan bonita de mi carrera y por ser mi fortaleza ya que nunca dejaron que bajara la cabeza cuando todo se complicaba. Los Amo.

## **AGRADECIMIENTOS**

Mi agradecimiento infinito a Dios, a mis padres Lucio Chuquispuma y Clelia Peve, y; a mis hermanos quienes me apoyaron en todo momento para que pueda terminar esta carrera, al personal académico y administrativo de la Universidad Autónoma de Ica, quienes supieron impartir sus conocimientos con mucho esfuerzo, para hacer posible la preparación profesional y en especial a mi asesor Mg. Marco Antonio Mera Portilla, por el aporte a la elaboración de esta tesis.

## Resumen

El objetivo de esta investigación fue determinar el nivel de depresión en adolescentes de 12 a 17 años durante la pandemia por COVID-19 en la Urbanización El Rosedal, Chincha – 2021. El método empleado fue de enfoque cuantitativo, de tipo básico, de diseño descriptivo simple. La población y muestra de estudio estuvo constituida por 80 adolescentes de ambos sexos habitantes de la Urbanización El Rosedal en la provincia de Chincha. El instrumento empleado fue el Cuestionario de Depresión Infantil previamente validado para menores de edad peruanos por el psicólogo Edmundo Arévalo. Los resultados encontrados indican que, en la dimensión “Estado de ánimo disfórico” se halló el 30% (n=24) de la muestra presenta síntomas depresivos marcados y el 70% (n=56) presenta síntomas depresivos en grado máximo; en la dimensión “Ideas de autodesprecio”, se halló que el 50% (n=40) de la muestra presenta síntomas depresivos leves, el 17,5% (n=14) presenta síntomas depresivos moderados, el 32,5% (n=26) presenta síntomas depresivos en grado máximo, finalmente en la variable “depresión” se halló que el 33,8% de la muestra (n=27), presenta síntomas depresivos mínimos, el 16,3% (n=13) presenta síntomas depresivos marcados y el 50% (n=40) presenta síntomas depresivos en grado máximo. Se concluye que la mayoría de adolescentes encuestados presentan síntomas depresivos en grado máximo (50%), por lo cual se recomienda iniciar la coordinación de charlas virtuales con los padres, familias y adolescentes encuestados a fin de promocionar la salud mental y la importancia de una adecuada higiene mental para evitar el agravamiento de los cuadros depresivos que han sido materia de estudio en la presente investigación durante la pandemia por COVID-19.

**Palabras clave: Depresión. Adolescente. Pandemia.**

## **Abstract**

The objective of this research was to determine the level of depression in adolescents between 12 and 17 years of age during the COVID-19 pandemic in the El Rosedal Urbanization, Chincha - 2021. The method used was a quantitative approach, basic type, descriptive design simple. The study population and sample consisted of 80 adolescents of both sexes, who lived in the El Rosedal urbanization in the province of Chincha. The instrument used was the Infant Depression Questionnaire previously validated for Peruvian minors by the psychologist Edmundo Arévalo. The results found indicate that, in the dimension "Dysphoric mood", 30% (n = 24) of the sample presented marked depressive symptoms and 70% (n = 56) presented depressive symptoms to a maximum degree; In the dimension "Ideas of self-deprecation", it was found that 50% (n = 40) of the sample presented mild depressive symptoms, 17.5% (n = 14) presented moderate depressive symptoms, 32.5% (n = 26) presents depressive symptoms to a maximum degree, finally in the variable "depression" it was found that 33.8% of the sample (n = 27) presented minimal depressive symptoms, 16.3% (n = 13) presented marked depressive symptoms and 50% (n = 40) had depressive symptoms to a maximum degree. It is concluded that the majority of surveyed adolescents present depressive symptoms to a maximum degree (50%), for which it is recommended to initiate the coordination of virtual talks with the parents, families and adolescents surveyed in order to promote mental health and the importance of a adequate mental hygiene to avoid the worsening of the depressive symptoms that have been the subject of study in this research during the COVID-19 pandemic.

**Keywords: Depression. Teen. Pandemic.**

## ÍNDICE GENERAL

Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Resumen	v
Palabras clave	v
Abstract	vi
Índice general	viii
Índice de figuras y de cuadros	ix
I. INTRODUCCIÓN .....	13
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	14
2.1. Descripción del problema .....	14
2.2. Pregunta de investigación general.....	16
2.3. Preguntas de investigación específicas .....	16
2.4. Objetivo general.....	16
2.5. Objetivos específicos .....	16
2.6. Justificación e importancia .....	17
2.7. Alcances y limitaciones.....	18
III. MARCO TEÓRICO.....	20
3.1. Antecedentes.....	20
3.2. Bases teóricas .....	23
3.3. Identificación de las Variables.....	37
IV. METODOLOGIA.....	38
4.1. Tipo y Nivel de investigación .....	38
4.2. Diseño de la investigación .....	38
4.3. Operacionalización de las variables.....	40
4.4. Hipótesis general y específicos.....	42
4.5. Población – muestra .....	42
4.6. Técnicas e instrumentos: Validación y confiabilidad .....	45
4.7. Recolección de datos.....	46

4.8. Técnicas de análisis e interpretación de datos .....	47
V. RESULTADOS.....	48
5.1. Presentación de resultados .....	48
5.2. Interpretación de resultados .....	75
VI. ANÁLISIS DE RESULTADOS .....	79
6.1. Análisis de resultados .....	79
6.2. Comparación de resultados con antecedentes .....	80
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	82
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	84
ANEXOS .....	89
<i>Anexo 1: Matriz de consistencia.....</i>	<i>90</i>
<i>Anexo 2: Matriz de operacionalización de variables .....</i>	<i>92</i>
<i>Anexo 3: Instrumento de medición.....</i>	<i>94</i>
<i>Anexo 4: Ficha de validación de instrumentos de medición.....</i>	<i>96</i>
<i>Anexo 5: Base de datos .....</i>	<i>97</i>
<i>Anexo 6: Informe de turniting .....</i>	<i>98</i>

## Índice de figuras y cuadros

Tabla 1 .....	26
Tabla 2 .....	40
Tabla 3 .....	44
Tabla 4 .....	45
Tabla 5 .....	46
Tabla 7 .....	49
Tabla 8 .....	50
Tabla 9 .....	51
Tabla 10 .....	52
Tabla 11 .....	53
Tabla 12 .....	54
Tabla 13 .....	55
Tabla 14 .....	56
Tabla 15 .....	57
Tabla 16 .....	58
Tabla 17 .....	59
Tabla 18 .....	60

Tabla 19 .....	61
Tabla 20 .....	62
Tabla 21 .....	63
Tabla 22 .....	64
Tabla 23 .....	65
Tabla 24 .....	66
Tabla 25 .....	67
Tabla 26 .....	68
Tabla 27 .....	69
Tabla 28 .....	70
Tabla 29 .....	71
Tabla 30 .....	72
Tabla 31 .....	73
Tabla 32 .....	74
Tabla 33 .....	75
Tabla 34 .....	76
Tabla 35 .....	77
Tabla 36 .....	78

I.	INTRODUCCIÓN .....	19
II.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	20
2.1.	Descripción del problema .....	20
2.2.	Pregunta de investigación general .....	22
2.3.	Preguntas de investigación específicas .....	22
2.4.	Objetivo general .....	22
2.5.	Objetivos específicos .....	22
2.6.	Justificación e importancia .....	23
2.7.	Alcances y limitaciones .....	24
III.	MARCO TEÓRICO .....	26
3.1.	Antecedentes .....	26
3.2.	Bases teóricas .....	29
	<b>Tabla 1.....</b>	<b>32</b>
	<b>Sintomatología depresiva infanto – juvenil según la edad .....</b>	<b>32</b>
3.3.	Identificación de las Variables.....	43
IV.	METODOLOGIA.....	44
4.1.	Tipo y Nivel de investigación .....	44
4.2.	Diseño de la investigación .....	44
4.3.	Operacionalización de las variables .....	46
	<b>Tabla 2.....</b>	<b>46</b>
	<b>Operacionalización de las variables.....</b>	<b>46</b>
4.4.	Hipótesis general y específicos .....	48

4.5. Población – muestra .....	48
<b>Tabla 3.....</b>	<b>50</b>
<i>Distribución de frecuencias y porcentajes con respecto al sexo de la muestra de estudio .....</i>	<i>50</i>
<b>Tabla 4.....</b>	<b>51</b>
<i>Medidas de tendencias central con respecto a la edad de los participantes.....</i>	<i>51</i>
4.6. Técnicas e instrumentos: Validación y confiabilidad .....	51
<b>Tabla 5.....</b>	<b>52</b>
<i>Estadísticos de fiabilidad.....</i>	<i>52</i>
4.7. Recolección de datos .....	52
4.8. Técnicas de análisis e interpretación de datos .....	53
<b>V. RESULTADOS .....</b>	<b>54</b>
5.1. Presentación de resultados .....	54
<b>Figura 2. Diagrama de barras porcentuales del ítem 01 .....</b>	<b>54</b>
<b>Tabla 7.....</b>	<b>55</b>
<i>Distribución de frecuencias y porcentajes del ítem 02 .....</i>	<i>55</i>
<b>Figura 3. Diagrama de barras porcentuales del ítem 02 .....</b>	<b>55</b>
<b>Tabla 8.....</b>	<b>56</b>
<b>Figura 4. Diagrama de barras porcentuales del ítem 03 .....</b>	<b>56</b>
<b>Tabla 9.....</b>	<b>57</b>

<i>Distribución de frecuencias y porcentajes del ítem 04 .....</i>	<i>57</i>
<i>Figura 5. Diagrama de barras porcentuales del ítem 04 .....</i>	<i>57</i>
<i>Tabla 10.....</i>	<i>58</i>
<i>Distribución de frecuencias y porcentajes del ítem 05 .....</i>	<i>58</i>
<i>Figura 6. Diagrama de barras porcentuales del ítem 05 .....</i>	<i>58</i>
<i>Tabla 11.....</i>	<i>59</i>
<i>Figura 7. Diagrama de barras porcentuales del ítem 06 .....</i>	<i>59</i>
<i>Tabla 12.....</i>	<i>60</i>
<i>Distribución de frecuencias y porcentajes del ítem 07 .....</i>	<i>60</i>
<i>Figura 8. Diagrama de barras porcentuales del ítem 07 .....</i>	<i>60</i>
<i>Tabla 13.....</i>	<i>61</i>
<i>Distribución de frecuencias y porcentajes del ítem 08 .....</i>	<i>61</i>
<i>Figura 9. Diagrama de barras porcentuales del ítem 08 .....</i>	<i>61</i>
<i>Tabla 14.....</i>	<i>62</i>
<i>Distribución de frecuencias y porcentajes del ítem 09 .....</i>	<i>62</i>
<i>Figura 10. Diagrama de barras porcentuales del ítem 09 .....</i>	<i>62</i>
<i>Tabla 15.....</i>	<i>63</i>
<i>Distribución de frecuencias y porcentajes del ítem 10 .....</i>	<i>63</i>
<i>Figura 11. Diagrama de barras porcentuales del ítem 10 .....</i>	<i>63</i>

<b>Tabla 16.....</b>	<b>64</b>
<b><i>Distribución de frecuencia y porcentaje del ítem 11 .....</i></b>	<b>64</b>
<b><i>Figura 12. Diagrama de barras porcentuales del ítem 11 .....</i></b>	<b>64</b>
<b>Tabla 17.....</b>	<b>65</b>
<b><i>Distribución de frecuencias y porcentajes del ítem 12 .....</i></b>	<b>65</b>
<b><i>Figura 13. Diagrama de barras porcentuales del ítem 12 .....</i></b>	<b>65</b>
<b>Tabla 18.....</b>	<b>66</b>
<b><i>Distribución de frecuencias y porcentajes del ítem 13 .....</i></b>	<b>66</b>
<b><i>Figura 14. Diagrama de barras porcentuales del ítem 13 .....</i></b>	<b>66</b>
<b>Tabla 19.....</b>	<b>67</b>
<b><i>Distribución de frecuencias y porcentajes del ítem 14 .....</i></b>	<b>67</b>
<b><i>Figura 15. Diagrama de barras porcentuales del ítem 14 .....</i></b>	<b>67</b>
<b>Tabla 20.....</b>	<b>68</b>
<b><i>Distribución de frecuencias y porcentajes del ítem 15 .....</i></b>	<b>68</b>
<b><i>Figura 16. Diagrama de barras porcentuales del ítem 15 .....</i></b>	<b>68</b>
<b>Tabla 21.....</b>	<b>69</b>
<b><i>Distribución de frecuencias y porcentajes del ítem 16 .....</i></b>	<b>69</b>
<b><i>Figura 17. Diagrama de barras porcentuales del ítem 16 .....</i></b>	<b>69</b>
<b>Tabla 22.....</b>	<b>70</b>

<i>Distribución de frecuencias y porcentajes del ítem 17 .....</i>	<i>70</i>
<i>Figura 18. Diagrama de barras porcentuales del ítem 17 .....</i>	<i>70</i>
<i>Tabla 23.....</i>	<i>71</i>
<i>Distribución de frecuencias y porcentajes del ítem 18 .....</i>	<i>71</i>
<i>Figura 19. Diagrama de barras porcentuales del ítem 18 .....</i>	<i>71</i>
<i>Tabla 24.....</i>	<i>72</i>
<i>Figura 20. Diagrama de barras porcentuales del ítem 19 .....</i>	<i>72</i>
<i>Tabla 25.....</i>	<i>73</i>
<i>Distribución de frecuencias y porcentajes del ítem 20 .....</i>	<i>73</i>
<i>Figura 21. Diagrama de barras porcentuales del ítem 20 .....</i>	<i>73</i>
<i>Tabla 26.....</i>	<i>74</i>
<i>Distribución de frecuencias y porcentajes del ítem 21 .....</i>	<i>74</i>
<i>Figura 22. Diagrama de barras porcentuales del ítem 21 .....</i>	<i>74</i>
<i>Tabla 27.....</i>	<i>75</i>
<i>Distribución de frecuencias y porcentajes del ítem 22 .....</i>	<i>75</i>
<i>Figura 23. Diagrama de barras porcentuales del ítem 22 .....</i>	<i>75</i>
<i>Tabla 28.....</i>	<i>76</i>
<i>Figura 24. Diagrama de barras porcentuales del ítem 23 .....</i>	<i>76</i>
<i>Tabla 29.....</i>	<i>77</i>

<i>Distribución de frecuencias y porcentajes del ítem 24 .....</i>	<b>77</b>
<i>Figura 25. Diagrama de barras porcentuales del ítem 24 .....</i>	<b>77</b>
<i>Tabla 30.....</i>	<b>78</b>
<i>Distribución de frecuencias y porcentajes del ítem 25 .....</i>	<b>78</b>
<i>Figura 26. Diagrama de barras porcentuales del ítem 25 .....</i>	<b>78</b>
<i>Tabla 31.....</i>	<b>79</b>
<i>Distribución de frecuencias y porcentajes del ítem 26 .....</i>	<b>79</b>
<i>Figura 27. Diagrama de barras porcentuales del ítem 26 .....</i>	<b>79</b>
<i>Tabla 32.....</i>	<b>80</b>
<i>Figura 28. Diagrama de barras porcentuales del ítem 27 .....</i>	<b>80</b>
5.2. Interpretación de resultados.....	<b>81</b>
<i>Tabla 33.....</i>	<b>81</b>
<i>Consolidado de respuestas al instrumento.....</i>	<b>81</b>
<i>Tabla 34.....</i>	<b>82</b>
<i>Distribución de frecuencias y porcentajes con respecto a la variable de estudio</i>	
<i>“Depresión”.....</i>	<b>82</b>
<i>Gráfico 29. Diagrama de barras porcentuales con respecto a la variable de estudio</i>	
<i>Depresión.....</i>	<b>82</b>
<i>Tabla 35.....</i>	<b>83</b>

<i>Distribución de frecuencias y porcentajes con respecto a la dimensión “Estado de ánimo disfórico”</i> .....	83
<i>Gráfico 30. Diagrama de barras porcentuales con respecto a la dimensión Estado de ánimo disfórico</i> .....	83
<i>Tabla 36</i> .....	84
<i>Distribución de frecuencias y porcentajes con respecto a la dimensión “Ideas de autodesprecio”</i> .....	84
<i>Gráfico 31. Diagrama de barras porcentuales con respecto a la dimensión Ideas de autodesprecio</i> .....	84
<b>VI. ANÁLISIS DE RESULTADOS</b> .....	85
6.1. Análisis de resultados .....	85
6.2. Comparación de resultados con antecedentes .....	86
<b>CONCLUSIONES</b> .....	88
<b>RECOMENDACIONES</b> .....	89
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	90
<b>ANEXOS</b> .....	95
<i>Anexo 1: Matriz de consistencia</i> .....	96
<i>Anexo 2: Matriz de operacionalización de variables</i> .....	98
<i>Anexo 3: Instrumento de medición</i> .....	100
<i>Anexo 4: Ficha de validación de instrumentos de medición</i> .....	102

<b>Anexo 5: Base de datos .....</b>	<b>103</b>
<b>Anexo 6: Informe de turniting.....</b>	<b>104</b>

## **I. INTRODUCCIÓN**

Actualmente, la depresión es uno de los trastornos clínicos de mayor incidencia y severidad en el mundo, puesto que implica la anulación e invalidación de los procesos conductuales y volitivos naturales y espontáneos de las personas humanas (Navarro, Moscoso & Calderón, 2017). Tanta es la preocupación por esta patología mental, que la Organización Mundial de la Salud estima que actualmente, esta patología es el segundo factor causal de condición discapacitante a nivel mundial (OMS, 2012).

En el caso de la población infantil, la depresión se presenta como un cuadro de trastorno mental que, además de ser reforzada por situaciones adversas en el entorno primario, se consolida a causa de variaciones y alteraciones bioquímicas que la mayoría de veces generan un grado de perjuicio tan extenso que requieren medicación farmacológica (Sanz & García, 2020).

En el Perú, la depresión infantil tiene una prevalencia del 8% al 10%, siendo más frecuente en niñas, además que varía con la edad, incrementándose una vez que el niño se vuelve adolescente debido a los cambios endocrinológicos, perceptuales y a nivel de pensamiento, los cuales evolucionan con la edad del niño (Anaya, 2012).

En la provincia de Chincha, y específicamente en la Urbanización Rosedal, la depresión infantil ha sido una variable que no ha sido estudiada con anterioridad, razón por lo cual, y ante la significatividad de la interpretación clínica de la misma durante el desarrollo humano, se hace de necesario estudio a fin de determinar el nivel de depresión infantil en adolescentes que habitan en esta zona.

Por ello, el presente trabajo desarrolla el tema de la depresión infantil en población chinchana, basándose en los siguientes apartados: Planteamiento del problema, Marco teórico, Metodología, Resultados, Análisis de los resultados, Conclusiones y recomendaciones, Referencias bibliográficas y Anexos.

## II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### 2.1. Descripción del problema

En todos los países que componen el planeta Tierra, según el Comunicado de Prensa de la OMS (2019), anualmente cometen actos de suicidio en promedio 800 000 personas, lo cual indica que cada 40 segundos como mínimo se suicida una persona, asimismo, de esta tasa de suicidio se registra que el 24% de suicidas son menores de edad que llevaron a tomar esta fatal decisión como producto de un cuadro depresivo adverso, asimismo, de los casos registrados, el 25,9% de los suicidios fueron cometidas por menores de edad de sexo femenino, mientras que el 19,6% fueron cometidos por adolescentes varones.

En Estados Unidos, aun teniendo un sistema de salud integral con una capacidad de control epidemiológico y sanitario exhaustivo, existe una prevalencia de depresión infantil del 5% (Bello et al, 2015), lo cual indica el indicio temprano de esta alarmante patología de salud mental en niños americanos.

Por otro lado, una alerta de la Agencia de noticias “Andina” (2019) reporta que en Latinoamérica al menos 65 000 adolescentes se encuentran deprimidos a tal punto de llegar al suicidio, es decir uno de cada siete adolescentes; asimismo, en el Perú se registra lamentablemente 1000 suicidios adolescentes anualmente.

En el Perú, el reporte epidemiológico del Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado (2021) estima que el 9% de la población infantil ha padecido en algún momento algún cuadro de depresión, de los cuales, se evidencian síntomas conductuales relacionados al problema emocional, de modo que uno de cada ocho niños tiene predisposición a desarrollar alguna patología mental durante el transcurso de su vida.

Por su parte, los investigadores arequipeños Rivera, Arias y Cahuana (2018) refieren que existe una alta vulnerabilidad de los niños peruanos a padecer y desarrollar en grado severo, diversos tipos de depresión, en donde, siendo muy diferente a los casos de pacientes depresivos adultos, se puede evidenciar a través

de un conjunto de síntomas conductuales y alimentarios la suma de hechos relacionados al cuadro clínico de la depresión en los niños, lo cual genera un alto coste en la salud mental, bienestar y calidad de vida, incluso teniendo impacto en su desarrollo humano.

Cisneros y Donayre (2016), indican que, en la población de niños peruanos, aquellos de sexo femenino presentan mayores cuadros de depresión por encima de aquellos de sexo masculino, lo cual evidencia mayores niveles de temor, preocupación, estado de ánimo negativo y desarrollo de sintomatología fisiológica relacionada a la depresión.

Asimismo, resulta preocupante que el 50% de niños peruanos que padecen enfermedades o algún tipo de cáncer presenten niveles de depresión significativos, lo cual es una cifra porcentual más que el doble de la prevalencia en aquellos niños que no padecen ninguna patología orgánica (Grieve, 2015).

El Ministerio de Salud (2019) en el Boletín Epidemiológico Semanal correspondiente a la jurisdicción de salud de Ica, refiere que, en Chíncha, existe una prevalencia del 59,6% de depresión, cifra que es superior a la provincia de Pisco (55,8%) y a la provincia de Nasca (56,3%).

Asimismo, en la provincia de Chíncha, existe una alta incidencia de maltrato emocional o también denominado violencia psicológica en las familias chinchanas, en donde los niños desarrollan cuadros depresivos asociados a la sumisión, temerosidad, inseguridad, baja autoestima y agresividad, todo ello teniendo como móvil factor causal la depresión (Belahonia, 2017).

Según el psicólogo Jorge Bruce (2017), la depresión en niños chinchanos, es un problema de salud pública que amerita ser abordado desde los ejes principales de acción interventiva psicológica y paidopsiquiátrica, puesto que a medida que se incrementa el uso de los recursos de las tecnologías de la información y el acceso a dispositivos móviles, los niños presentan mayor vulnerabilidad a desarrollar cuadros depresivos significativos a nivel clínico.

Con respecto a la Urbanización El Rosedal, las autoras del presente trabajo, han sido testigos oculares de la presencia de adolescentes que manifiestan el cuadro clínico depresivo, visualizándose que en los parques públicos de esta jurisdicción se encuentran adolescentes llorando y con un estado anímico de desesperanza, a pesar de ello, actualmente no se halla evidencia documental en torno a investigaciones que se hayan efectuado en torno a los niveles de depresión infantil en esta jurisdicción, por lo cual resulta necesario investigar.

## **2.2. Pregunta de investigación general**

¿Cuál es el nivel de depresión en adolescentes de 12 a 17 años durante la pandemia por COVID-19 en la Urbanización El Rosedal, Chincha – 2021?

## **2.3. Preguntas de investigación específicas**

### **Problemas específicos 01:**

¿Cuál es el nivel de la dimensión Estado de ánimo disfórico en adolescentes de 12 a 17 años durante la pandemia por COVID-19 en la Urbanización El Rosedal, Chincha – 2021?

### **Problema específico 02:**

¿Cuál es el nivel de la dimensión Ideas de autodesprecio en adolescentes de 12 a 17 años durante la pandemia por COVID-19 en la Urbanización El Rosedal, Chincha – 2021?

## **2.4. Objetivo general**

Determinar el nivel de depresión en adolescentes de 12 a 17 años durante la pandemia por COVID-19 en la Urbanización El Rosedal, Chincha – 2021.

## **2.5. Objetivos específicos**

Determinar el nivel de la dimensión Estado de ánimo disfórico en adolescentes de 12 a 17 años durante la pandemia por COVID-19 en la Urbanización El Rosedal, Chincha – 2021.

Determinar el nivel de la dimensión Ideas de autodesprecio en adolescentes de 12 a 17 años durante la pandemia por COVID-19 en la Urbanización El Rosedal, Chincha – 2021.

## **2.6. Justificación e importancia**

La justificación de una investigación se concibe como la descripción de los aspectos que resultan pertinentes para efectuar el estudio. Asimismo, se desarrolla teniendo en cuenta los siguientes criterios: conveniencia, relevancia social, implicancias prácticas, valor teórico y utilidad metodológica. A continuación, se procede a desarrollar cada uno de los criterios mencionados según lo dispuesto por Hernández y Mendoza (2018):

**Es conveniente.** Puesto que el desarrollo de la presente investigación sirve para el estudio del nivel de la depresión infantil en una muestra de estudio chinchana.

**Es relevante socialmente.** La sociedad se beneficiará con el desarrollo de la presente investigación debido a que los niños son el futuro de la misma, y por ello, es necesario identificar y determinar el nivel de depresión infantil que puedan tener.

**Tiene implicancias prácticas.** La investigación ayuda a resolver el problema del vacío en el conocimiento que se tiene con respecto al estudio de la depresión infantil a nivel local.

**Guarda valor teórico.** El estudio de la depresión infantil desde la evaluación sintomatológica permitirá ampliar y validar el cuadro clínico de la depresión con evidencia empírica.

**Es útil metodológicamente.** Puesto que los resultados constituyen una línea basal para proceder a futuro, a desarrollar planes de intervención y prevención de la depresión infantil, así como estudios de mayor complejidad.

Por otro lado, la importancia que el desarrollo del presente estudio figura para la realización del mismo, radica en la depresión en menores de edad, durante el contexto de emergencia sanitario actual y la coyuntura pandémica que ha obligado al aislamiento social obligatorio, limitando las posibilidades de ejercicio de la dimensión social del ser humano, hacen que sea necesario el estudio descriptivo de los niveles de depresión en menores de edad en una muestra chinchana, por ello recae la importancia del presente estudio.

Asimismo, desde las entidades del Estado encargadas de garantizar y prevenir afecciones físicas y de salud mental ligadas al Estado de emergencia, se fundamenta la importancia de crear investigaciones que sirvan para informar sobre la situación actual de un trastorno tan frecuente en el mundo, como lo es: “la depresión”, y más aún porque en la muestra donde se pretende desarrollar la investigación no se han llevado a cabo estudios anteriores sobre la misma.

## **2.7. Alcances y limitaciones**

Los alcances del presente estudio se especifican en los siguientes apartados:

El presente estudio explora la variable depresión en una muestra de adolescentes de 12 a 17 años procedentes de la Urbanización El Rosedal en la provincia de Chincha.

La investigación abarca a aquellos adolescentes que autoricen y consientan su participación a través de su autorización verbal y la de sus padres de familia.

A nivel metodológico, se emplea un instrumento diseñado y validado específicamente para población peruana.

El procesamiento de los datos tiene un alcance descriptivo simple en tablas de distribución de frecuencias y porcentajes, tanto para la variable de estudio como para las dimensiones que la componen.

Por otro lado, las limitaciones son las siguientes:

La negativa de los padres de familia de brindar autorización para la participación de la investigación de sus menores hijos adolescentes.

Negativa por parte de los adolescentes a responder a los test psicológicos que se pretenden aplicar principalmente por el temor del contagio de la propagación del COVID19.

El periodo de recojo de información es limitado puesto que la investigación tiene un corte transversal, asimismo, no se recoge información en toda Chíncha, sino únicamente en la jurisdicción de la Urbanización El Rosedal.

Los instrumentos psicológicos a aplicarse miden únicamente la depresión en menores de edad, sin embargo, el diseño descriptivo – simple del estudio no considera la aplicación de algún tipo de orientación y consejería para la intervención inmediata de casos detectados.

### III. MARCO TEÓRICO

#### 3.1. Antecedentes

##### 3.1.1. Internacionales

Orgilés et al. (2020) desarrolló la investigación titulada: *“Depresión en preadolescentes españoles: diferencias en función de las variables familiares”* en España, con el objetivo de determinar si existía algún tipo de diferencias en el conjunto de síntomas depresivos de los púberes de acuerdo al tipo de dinámica familiar interparental que perciben. El diseño de la investigación fue descriptivo comparativo de enfoque cuantitativo. La muestra de estudio estuvo conformada por 632 participantes voluntarios que fueron autorizados por sus padres en virtud que se trabajó con una muestra de menores de edad. Los autores emplearon como instrumento de recogida de datos el Inventario de Depresión Infantil. Los resultados indicaron que se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre el conflicto interparental y la depresión infantil ( $F=4.274$ ;  $p=.01$ ), asimismo se encontró que el principal factor recurrente en la depresión de la muestra fue el conflicto entre sus padres ( $M=5.06$ ;  $DT=2.94$ ). Los autores concluyeron que, en la muestra de estudio, la presencia de conflictividad en la familia destaca la necesidad de enfrentar la salud mental de los menores de edad a fin de intervenir en el tiempo oportuno.

Fernández (2019) desarrolló la tesis doctoral denominada: *“Problemas emocionales en niños españoles: estrategias de evaluación y eficacia del protocolo preventivo transdiagnóstico super skills for life”* en España, con el objetivo de proponer una serie de estrategias para el diagnóstico e intervención de niños deprimidos y con indicadores de ansiedad. El enfoque desarrollado fue mixto, mientras que el diseño metodológico fue una investigación acción participativa. La muestra de estudio estuvo conformada por 32 niños con edades fluctuantes entre los 6 y 12 años. Asimismo, los resultados encontrados indicaron que el 76% de niños comprende el diagnóstico de sus problemas emocionales, mientras que el 80% de niños logró superar el cuadro depresivo al cual estaba expuestos. Por lo descrito, se concluye que el programa y el conjunto de actividades antidepresivas

planteadas a modo de ejercicios fue eficaz para el abordaje, evaluación e intervención de la condición clínica depresiva en niños españoles.

Alvarado (2017) publicó su tesis profesional titulada: *“Nivel de depresión y sus factores de riesgo en estudiantes de 8 a 10 años de la escuela de educación básica “Ciudad de Loja” periodo enero – agosto del 2016”* en Ecuador, con el propósito de determinar el grado depresivo y los factores de riesgo que los asocian en niños de ambos sexos con edades comprendidas entre los 8 y 10 años que estudian en la escuela Ciudad de Loja en el año 2016. El enfoque de la investigación fue cuantitativo, mientras que el diseño metodológico fue descriptivo simple. Con respecto a la muestra de estudio, se trabajó con 180 niños que fueron seleccionados mediante la técnica de muestreo no probabilística criterios de inclusión y exclusión. El instrumento empleado fue el Cuestionario de Depresión Infantil y una ficha sociodemográfica para el recojo de las variables intervinientes. Una vez se analizaron los resultados tras el análisis estadístico se pudo determinar que el 64% de niños presentan síntomas depresivos leves, el 28% de niños presentan depresión en nivel moderado, mientras que el 8% presenta depresión en estado crónico o severo. Asimismo, en lo que respecta a los factores de riesgo se halló mayor incidencia del factor social (n=64) en los niños deprimidos. Los autores concluyeron que la depresión es una condición clínica patológica de alta preocupación en la población infantil ecuatoriana.

### **3.1.2. Nacionales**

Pérez (2018) desarrolló la investigación titulada: *“Presencia de depresión en estudiantes de V ciclo de la institución educativa estatal San Luis Gozanga – 711 de Urubamba, Cusco – 2018”* en Cusco con el objetivo de describir la incidencia de depresión en estudiantes cusqueños. La estructura metodológica que se adoptó fue de enfoque cuantitativo de diseño descriptivo – comparativo. La muestra de estudio estuvo constituida por 102 niños escolares, a quienes se les aplicó el instrumento de recolección de datos Inventario de depresión infantil de Kovacs (CDI). Tras el análisis de los datos, se halló que el 100% de niños no tiene depresión infantil alguna que sea considerada a nivel clínico. Por lo tanto, se concluyó que los niños

cusqueños que formaron parte de la muestra de estudio se encuentran sanos y aptos mentalmente.

Castro y Luján (2018) divulgaron y publicaron el estudio denominado: *“Sintomatología depresiva y resiliencia en niños”* en Lima, en el cual adoptaron a nivel metodológico un tipo descriptivo – correlacional con diseño no experimental de corte transversal. El objetivo de la investigación fue medir el nivel de severidad de los síntomas depresivos en una muestra de niños limeños. El instrumento empleado para la recolección de los datos fue dos: Inventario de depresión infantil y el Inventario de factores personales de resiliencia. La muestra de estudio estuvo constituida por 146 niños desde el 3° hasta el 5° grado de educación primaria procedentes de colegios públicos de Lima Metropolitana. Una vez efectuada la recolección de los datos, se encontró que el 86,6% de niños no presenta síntomas, asimismo, el 12,3% presenta síntomas depresivos mínimos, el 0% presenta síntomas severos, y, finalmente, el 0,7% presenta síntomas en grado máximo de depresión. Estos resultados llevaron a concluir a los autores que, aunque la mayoría de niños muestrados no presentan depresión, si existieron algunos pocos que presentan este trastorno del estado del ánimo, por lo cual se requiere identificar los casos particularmente para iniciar el abordaje necesario.

Gozzer y Santana (2017) publicaron el estudio denominado: *“Sintomatología depresiva y estilos parentales en niños del Colegio Privado Peruano Canadiense de Chiclayo, 2015”* en Chiclayo en el cual emplearon un método de investigación descriptivo con análisis de datos enfocado en lo cuantitativo. El objetivo de la investigación fue conocer si existe relación entre los síntomas depresivos y los estilos parentales en niños chiclayanos. La muestra de estudio fue constituida por 119 estudiantes de ambos sexos desde 3° hasta 6° grado de primaria. El instrumento empleado fue el Inventario de depresión Infantil de Kovacs CDI. Una vez analizados los resultados estadísticamente se halló que el 73% de estudiantes no presentan algún cuadro depresivo, mientras que el 36% de niños tiene un estilo parental de sobreprotección, y el 12% presenta un estilo negligente. Con las

conclusiones, se halla que el existe asociación significativa entre la depresión infantil y los estilos parentales autoritario ( $p=.0164$ ).

## **3.2. Bases teóricas**

### **3.2.1. Variable Depresión**

La depresión infantil como parte de los trastornos del estado del ánimo (TEA) registran una prevalencia que varía entre el 4% a 5% epidemiológicamente, lo cual indica que es alta en comparación con otros cuadros psicopatológicos infantiles, además de eso, en la población infantil la depresión se presenta en la misma magnitud tanto para las niñas como para los niños (Bonet, Fernández y Chamón, 2011).

De esta manera, se puede concebir la depresión infantil como el desorden que genera perjuicio en la salud mental de los niños, y que es generado por múltiples sucesos tales como disfuncionalidades familiares principalmente, asimismo, se puede evidenciar inestabilidad emocional en estos casos (Carrillo & Muñoz, 2010).

Bonet, Fernández y Chamón (2011) indican que la depresión infantil presenta dos rasgos esenciales las cuales sirven para el diagnóstico diferencial en comparación con la depresión adulta: la incapacidad del niño para manifestarse verbalmente a nivel afectivo y la condición de desarrollo de la personalidad que propician la variabilidad de los síntomas según la edad del niño, siendo ambos, altamente complejo de diferenciarlos, y también de diagnosticarlos.

Además de esto, la depresión infantil se caracteriza por irritabilidad y cambios constantes en la conducta del niño, lo cual puede evidenciarse en el aburrimiento persistente o en la falta de energía que puede presentar al momento de socializar en el contexto escolar (Loubat et al., 2008).

Por lo descrito, también resulta imperativo revisar los postulados de García (2003) quien indican que en los niños también puede aparecer como producto de la depresión infantil no tratado, lo que es el riesgo, ideación, intento y ejecución e

conductas autolesivas e incluso suicidas que ponen en total riesgo la vida del niño en desarrollo.

### **Origen de la depresión**

Históricamente, la depresión o también denominada “abatimiento”, es una de las alteraciones mentales de naturaleza más antigua en la humanidad, de hecho, mucho antes de llamarse depresión se le conoció como “melancolía”, haciendo alusión a la bilis negra en el contexto de la medicina Hipocrática (Sigerist, 1961).

Asimismo, la terminología “melancolía” remonta su nacimiento al estudio de Hipócrates y siendo consolidada en 1725 por sir Richard Blackmore quien fue uno de los pilares para que se produzca el nacimiento de la psiquiatría científica en el siglo XIX, en donde se abordaba la depresión desde el uso de técnicas ambientalistas, empíricas y con los primeros antidepresivos farmacológicos que fueron desarrollándose en este tiempo (Freud, 2000).

A nivel etimológico, la depresión parte sus antecedentes desde la cultura griega clásica, en donde explica que los cambios de temperamento y las alteraciones de humor son influenciadas por los humores hipocráticos tales como: la sangre, la flema, la bilis negra y la bilis amarilla, apuntando como causa de la depresión un incremento excesivo de la bilis negra en el individuo.

Posteriormente, los romanos consideraban como atrabiliario al estado de tristeza profunda lo que puede considerarse en la actualidad como un síntoma depresivo basado en la distimia, esto se caracteriza porque el sujeto entra en un periodo de crisis se relaciona con la baja energía del espíritu (Freud, 2000).

Pasando por todos estos tiempos históricos, recién fue en 1725 cuando el médico Guillermo III de Inglaterra emplea el término depresión refiriéndose a un estado de tristeza y abatimiento profundo que no puede ser controlado por sus propias capacidades psicológicas.

De igual forma, Karl Ludwing emplea el término ciclotimia para denominar las alteraciones en las fases depresivas y maniacas sobre la depresión psiquiátrica dando referencia a la atribución melancólica manteniendo la depresión, pero con un significado de mayor severidad y agravamiento (Freud, 2000).

### **Cuadro clínico de la depresión en menores de edad**

Todo trastorno psicopatológico presenta un cuadro clínico que lo diferencia de otras alteraciones, considerando ello, resulta adecuado y coherente afirmar que la depresión infantil presenta sus propias características clínicas dentro de sus dominios nosológicos.

En tal sentido, el cuadro clínico de la depresión se manifiesta según la edad que presenta el adolescente, a partir de la siguiente tabla, Bonet, Fernández y Chamón (2011) diferencian los síntomas según las categorías de edad:

**Tabla 1*****Sintomatología depresiva infanto – juvenil según la edad***

Edad del niño	Síntomas depresivos
Menores de 7 años	A. Nerviosismo B. Inseguridad C. Irritabilidad D. Rabieta E. Llanto inmotivado F. Somatizaciones G. Fatiga inmotivada H. Incremento de la actividad motriz I. Abulia J. Fobias K. Encopresis o enuresis
De 7 hasta los 10 años	A. Irritabilidad B. Agresividad C. Agitación o inhibición psicomotriz D. Astenia E. Apatía F. Tristeza G. Aburrimiento H. Culpabilidad I. Baja autoestima J. Falta de concentración K. Alteraciones conductuales L. Somatizaciones M. Alteraciones mnésicas
De 10 años hasta la adolescencia	A. Disociabilidad B. Excesivo consumo de alcohol C. Irritabilidad D. Hurtos E. Fugas F. Anhedonia G. Cogniciones irracionales H. Déficit de atención I. Alteraciones de la conducta alimentaria J. Ideación suicida

## **Teoría de la depresión infantil de Loubat, Aburto y Vega (2008)**

Loubat, Aburto y Vega (2008) indican que la depresión infantil es un cuadro clínico patológico que presenta un conjunto de síntomas que pueden ser estructurados en los siguientes apartados:

Ámbito anímico. Las alteraciones en el estado de ánimo se ven influenciadas por la baja motivación, la irritabilidad y la tensión excesiva en la depresión infantil.

Ámbito conductual. Los cambios comportamentales indican que los niños deprimidos presentan inhibición, agresión, conductas de protesta e incluso sobreactivación conductual.

Ámbito cognitivo. La ideación suicida es un factor clave para la detección de la depresión infantil, además de los pensamientos de desvalorización constantes y recurrentes.

Ámbito fisiológico. La fatiga desmedida, los trastornos de eliminación como enuresis o encopresis, problemas de peso y desórdenes mnésicos se ejercen y se presentan en la depresión infantil.

Sobre la base de esta teoría, el enfoque psicoterapéutico de la depresión infantil incorpora a la familia como esencial para la intervención, de igual modo, se ejerce el trabajo colaborativo, cooperativo y multidisciplinario trabajando con redes de autoayuda a través del colegio y entidades de salud pública para darle seguimiento a la depresión del niño.

## **Teoría de la depresión infanto – juvenil de Rodríguez (1999)**

Según esta teoría, la depresión infantil presenta sus propios rasgos, signos y síntomas, los cuales pueden conducir compulsivamente al diagnóstico de la depresión infantil, en donde cada indicador clínico es un elemento de exploración psicológica analizado contextualmente debido al proceso de desarrollo humano que atraviesa el infante (Rodríguez, 1999).

Según esta teoría, durante la depresión infantil en curso prevalecen los síntomas de retraimiento, aburrimiento, tristeza desmotivada, sentimiento de desgano, imposibilidad de aceptar ayuda de sus padres, sentimiento de rechazo y desarrollo de otros cuadros tales como la violencia autoinfligida.

En este enfoque teórico también se da el caso que las manifestaciones clínicas se centralizan en los síntomas psicodramáticos, tales como miedos nocturnos, llantos y gritos compulsivos, en donde los padres muchas veces lo confunden como engreimiento o mala conducta, sin embargo, en realidad es por un cuadro depresivo la causa de todas estas conductas desadaptadas socialmente.

La tozudez como parte de la síntesis depresiva se da como un objeto indicativo del curso de un trastorno psicológico en donde la desorganización yoica, la mala gestión de la estabilidad emocional y la carencia en la capacidad para expresar sus sentimientos negativos hacen que la depresión infantil se dé al mismo tiempo de otros trastornos que emporan y agravan crónicamente la depresión infantil.

Caravero y Martínez (2019) indican que el déficit atencional, la hiperactividad, la conducta de oposición recurrente y las alteraciones en el desarrollo del lenguaje generan síndromes de exteriorización, síndromes de interiorización y otros síndromes relacionados a la conducta explosiva.

### **Teoría de la depresión infantil de Kovacs (1992)**

La depresión infantil de acuerdo a Kovacs (1992), indica que es un cuadro que se presenta de modo extraño durante la práctica psicológica, y que, se caracteriza por tener un cuadro diferente en todos sus extremos a la depresión adulta, puesto que un niño que aparentemente no llora puede ser un niño deprimido, siendo la sobreactivación conductual el principal factor relevante durante el curso de la identificación y determinación de la intensidad de la depresión en niños.

Por otro lado, la depresión infantil subyace al contexto cultural, social, idiosincrásico y familiar en el que se presenta, puesto que los niños, al no verbalizar su sufrimiento, tienden a presentar una suma de indicadores que muchas veces se

confunden con otros cuadros o condiciones comportamentales, siendo sumamente difícil el diagnóstico de la depresión en esta muestra de estudio.

De ahí a que Kovacs (1992) permita ampliar el horizonte de medición de la depresión a partir de un diagnóstico más preciso y objetivo que no sólo se base en los síntomas, sino que también parta de la entrevista semiestructurada para llegar a dimensionar de forma adecuada los factores que alertan de la depresión infantil y el curso de la misma.

Así pues, la teoría de la depresión de Kovacs (1992) plantea que el componente afectivo depresor se ajusta a cinco criterios esenciales, los cuales son: afecto, problemas interpersonales, anhedonia, ineficiencia y autoestima. Además de estos factores, las ideas de autodesprecio como principal síntoma de la depresión y el más frecuente calan sobre la sintomatología clínica en niños y en adolescentes.

Por otro lado, las revisiones a la teoría de la depresión de Kovacs (1992), se han efectuado en muchos ámbitos y desde diversos enfoques teóricos de la psicología, sin embargo, llama la atención el enfoque peruano, liderado por Arévalo (2008), quien menciona que las dimensiones la depresión infantil basándose en la teoría de Kovacs (1992) se pueden sintetizar en dos grandes ejes: el Estado de ánimo disfórico y las Ideas de autodesprecio.

### **Dimensión de la depresión Infantil - Estado de ánimo disfórico**

El ánimo disfórico se concibe como un estado en el que el niño no es capaz de disfrutar con normalidad su vida ni las actividades que competen a su grado de desarrollo tales como los juegos o interacción fluida con el entorno que le rodea (Arévalo, 2008).

Esta dimensión de la depresión se caracteriza por la tristeza recurrente y la mayoría de las veces inmotivada o exagerada, es decir, que el niño se sienta triste sin la necesidad de tener algo por lo que sentirse triste o, en su defecto, tiene algo

por lo cual sentirse triste pero no es proporcional a los sentimientos de tristeza que demandan sus síntomas.

Asimismo, en esta dimensión se presenta la soledad como característica esencial de la depresión, en donde el niño a pesar de no estar sólo, y estar acompañado por sus padres, familiares y entorno amical, aún así tiende a aislarse para reforzar sus sentimientos de apatía social y soledad constante, lo cual alimentan aún más su estado de ánimo disfórico.

Por otro lado, se podrían presentar sentimientos de desdicha, indefensión y/o desmotivación exagerada, los cuales definitivamente vuelven vulnerable al infante de padecer no sólo depresión, sino también ser víctima de la amargura y del negativismo agravado (Kovacs, 1992).

La disforia también se entiende como una suma de propiedades de bajas revoluciones anímicas en donde el sujeto percibe abatimiento en todas sus esferas de comportamiento y pensamiento ideológico que no lo hacen llevar una vida de manera adecuada y propicia.

## **Indicadores del Estado de ánimo disfórico**

### **Tristeza**

La tristeza de acuerdo a lo mencionado por Kovacs (1992), es un estado anímico ocurrido por una situación adversa que se manifiesta con síntomas exteriorizados como el llanto, la melancolía, el pesimismo y un estado general de insatisfacción.

Además de ello, la tristeza es un sentimiento constante que puede ser naturalizado cuando la situación lo amerita, sin embargo, se desnaturaliza cuando existe un sentimiento desencadenante no justificado y, por ende, la tristeza supone la fijación focalizada de un modo pesimista que contiene el individuo.

Por otro lado, a nivel psicológico, la tristeza no siempre indica depresión, aunque este estado anímico negativo genera desequilibrio del estado emocional de

forma general el sujeto suele presentar perjudicialidad y sensación de daño crónico, entonces su capacidad de adaptación se ve desbordada por la tristeza y por tanto, se convierte en patológica y aparece la depresión.

## **Soledad**

La soledad se entiende como la sensación circunstancial de estar solos y ausentarse de compañía, de igual forma, esta situación genera una pena puesto que el individuo al experimentar soledad tiene la necesidad de que alguien esté acompañada con alguien (Arévalo, 2008).

En tal sentido, la soledad, es más que todo una experiencia subjetiva, en donde la sensación de estar sólo proviene de la capacidad de no estar cómodo ni sentir bienestar cuando se ausenta la compañía de otro individuo independientemente del sexo que tenga.

Asimismo, es diferente la soledad voluntaria de la involuntaria, siendo la soledad voluntaria la elección del individuo por permanecer sólo, sin embargo, la soledad involuntaria tiene que ver con que el contexto estimula la ausencia de compañía por diversas situaciones que se encuentran fuera del control del individuo, por ello, esto genera resentimiento y tristeza profunda en el individuo.

## **Desdicha**

La desdicha se concibe como el estado de infortunio y anti bienestar que experimenta un individuo durante un momento que atraviesa y que le propicia complicaciones en su vida o limita el logro de un objetivo previamente determinado o planificado (Caravero & Martínez, 2019).

La desdicha también se encuentra asociada y relacionada a la mala racha o negativismo en el destino del individuo, de hecho, aquella persona que se suele llamar desdichada también tiene a ser desafortunada, por lo cual, existe una tendencia a perder la esencia de disfrute de las cosas.

Momentos desdichados hacen a una persona desdichada el externalizante concepto de vivir sucesos trágicos y consecuencias nefastas en su vida y que afectan su proyecto personal de superación y desarrollo.

### **Indefensión**

La indefensión es un concepto que aplicado a la psicología tiene que ver con la imposibilidad de ostentar defensa contra algo que le sucede o algo que se le imputa a una persona en particular (Gozzer & Santana, 2017), es decir, la persona es vulnerable a todo.

De igual forma, las teorías depresivas dispuestas por investigadores (Gozzer & Santana, 2017) indican que la indefensión es un constructo psicológico no innato aprendido, en donde existe una percepción de ausencia de control percibido como incontrolable.

Esto también suele asociarse a nivel psicológico, como la ineficacia del comportamiento para desenvolverse asertivamente y la imposibilidad para propiciar cambios trascendentales que sumen al desarrollo personal del individuo.

La indefensión no sólo es un estado de vulnerabilidad, sino que se incurre en la configuración de infravaloración de la capacidad para defenderse de elementos que tengan el tono detonante de desestabilizar del ánimo del individuo.

### **Pesimismo**

El pesimismo como indicador de la depresión autógena se fundamenta en la propensión a criticar todo y verle todo lo malo a cualquier situación o cosa, prejuzgando todo como desfavorable o negativo (Fernández, 2019).

La filosofía de la persona pesimista se caracteriza por la atribución al universo de la mayor imperfección posible y que, por ende, todo lo existente en la realidad en la que vivimos es crudamente imperfecto, lo cual no es objetivo frente a la capacidad de racionalidad del sujeto.

Sin embargo, la depresión hace que el individuo sea pesimista frente a todo lo que vive y frente a todo lo que tiene, viéndole todo lo malo a todo, lo que sumado con una convivencia diaria, empieza a degradar la vida y salud mental de la persona pesimista.

### **Dimensión de la depresión Infantil - Ideas de autodesprecio**

Arévalo (2008) indica que las ideas de autodesprecio son un conjunto de contenidos cognitivos que la mayoría de veces no son verbalizadas a nivel de exteriorización por los niños, pero si a nivel de interiorización, puesto que se sienten tristes, irritables, incapaces de hacer las cosas, y en todos los ámbitos de su acción infantil, como por ejemplo el hogar y la escuela.

Por otro lado, es importante destacar la prognosis de fealdad que experimentan, sintiéndose inferiores a otros o feos en comparación a otros niños, lo cual le genera culpa aun siendo niños.

Asimismo, es clave afirmar que las ideas de autodesprecio también se asocian con el sentimiento de persecución, en donde el niño piensa que todos lo observan por ser feo o por ser menos que otros.

En el caso de los deseos de muerte, estos se presentan a consecuencia de la total incontinencia afectiva que siente el niño siendo incapaz de controlar sus emociones más profundas e incluso que superan la complejidad de su nivel de desarrollo, a fin de generar deseos de morir, tentativas de suicidio, o conductas autolesivas menores contra otros o contra sí mismo (Arévalo, 2008).

Las ideas de autodesprecio son, lamentablemente, difíciles de identificar en los niños ya que, al no poder ser exteriorizadas por vergüenza, entonces se hace de complejo cuidado para el psicólogo ya que se debe entablar un adecuado rapport para identificar todo aquel pensamiento que sea autodestructivo y que propicie la oportunidad de atentar contra la salud mental del niño. El autodesprecio, al ser de tipo cognitivo, debe ser contemplado desde el abordaje cognitivo conductual.

Lamentablemente, el aparecimiento de las ideas de autodesprecio dentro de un cuadro depresivo genera claudicación de los recursos de defensa interna y desmotivación para vivir, por lo descrito, el sujeto deprimido que se siente auto despreciado tiene mayores probabilidades de cometer actos autolesivos e incluso autodestructivos como el suicidio auto propiciado (Pérez, 2018).

## **Indicadores de las ideas de autodesprecio**

### **Irritabilidad**

Teóricamente la irritabilidad es el fenómeno en el cual un organismo identifica algún cambio procedente del ambiente y se consume en respuesta a dicho estímulo generando efectos en el individuo.

En el caso de la psicología, funciona de la misma manera, sin embargo, se manifiesta de forma exagerada o desproporcionada debido al entorno al que es sometido una persona, generando inestabilidad emocional ya que el contexto adverso no es provocado intencionalmente (Pérez, 2018).

La irritabilidad también se expresa cuando por cualquier motivo o circunstancia, muchas veces no justificada, se exasperan las respuestas con cambios de humor imposibles de controlar lo que también se relaciona con brotes de cólera e ira en un momento determinado que son inesperados socialmente.

### **Sentimiento de incapacidad**

El sentimiento de incapacidad como indicador de la depresión se define como el estado en el cual un individuo se siente disgustado con sus propias capacidades personales y las cree innecesarias e insuficientes para cumplir con un objetivo en concreto y determinado.

Asimismo, el sentimiento de incapacidad se presenta en los cuadros depresivos como alternancia a la manera de autoperibirse pesimistamente, siendo claves fundamentales de la baja autoestima durante un cuadro depresivo personalizado.

Por lo descrito, el sentimiento de incapacidad se materializa concretamente en verbalizaciones que son objeto de negativismo tales como: “no soy capaz para esto”, “no nací para esto”, “soy inútil”, etc.

### **Culpabilidad excesiva**

La culpabilidad es un sentimiento de remordimiento por algo que un individuo ha hecho que es categorizado como inadecuado o malo, sin embargo, cuando esta culpabilidad se presenta desmesuradamente y cuando no tiene una causa que justifique su aparición, entonces se estipula como indicador de la depresión (Arévalo, 2008).

La culpabilidad excesiva del individuo genera sentimientos negativos que lo atormentan constantemente y lo alejan de la experimentación de la felicidad, sumado a ello, es necesario estipular que los tiempos para sentirse culpables son constantes y permanentes, agravando el estado depresivo y en muchos casos, generando otras patologías psicológicas mas críticas.

### **Sentimientos de inferioridad**

Los sentimientos de inferioridad son el conjunto de indicadores más destacados de lo que viene a ser la depresión en una estructura psicológica individual, puesto que el sujeto se siente menos que lo demás, lo cual es compatible con la autocrítica.

Esta percepción negativa, genera sentimientos impropios de salud mental y ajenos al bienestar puesto que se materializa en la propia conducta del sujeto, verbalizando manifestaciones tales como: “soy menos que los demás”, “otros son mejores que yo”, “otros pueden lograrlo, yo nunca lo lograré”, etc.

### **Etiología de la depresión**

La configuración etiológica del trastorno depresivo se basa en las causas que argumentan su existencia en la psiquis humana, teniendo como principal factor al eje biológico funcional hormonal del mecanismo endocrinológico cerebral, en donde

el déficit de neurotransmisores tales como: noradrenalina y serotonina en la zona límbica cortical cerebrovascular propician el decaimiento anímico del individuo.

Y es que, a nivel biológico funcional, la importancia de la serotonina durante el curso de un cuadro depresivo se halla en el aminoácido esencial obtenido de la ingesta dietética de alimentos balanceados, sin embargo, cuando estos no son metabolizados de forma adecuada, y con las influencias del entorno cercano, se genera alteración hormonal y, por tanto, propicia la aparición de un conjunto de síntomas depresivos.

Así como la etiología del estrés tiene sus causas probables en los móviles de acción y mecanismos regulatorios de neurotransmisores, también tiene que ver la exposición prolongada y recurrente a un estado de estrés incontrolable como un factor duradero de los trastornos del estado anímico, tal como la depresión humana.

Cuando un individuo se somete a una situación experiencial de estrés sostenido, genera cambios duraderos en la funcionalidad cerebral, lo cual altera su estructura y por ende se evidencia en el comportamiento del mismo, ampliando bajo condiciones de inmunoterapia psicológica el afecto de no lograr controlar la carga emocional negativa que siente como consecuencia de sentimientos de desvalía y desgano, por tanto, la depresión se ve agudizada entrando en un círculo anímico negativo del cual resulta complejo superar.

### **Clasificación nosológica de la depresión**

La clasificación nosológica depresiva se basa en los manuales de clasificación internacionales, los cuales han sido validadas mediante estudios de alcance científico constituido por investigadores y profesionales clínicos, es así que el presente apartado se fundamenta en base al CIE – 10.

De esta manera, la clasificatoria mencionada incluye los siguientes cuadros depresivos: episodio depresivo leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos y grave con sintomatología psicótica, además de ello, se incorpora un apartado donde se menciona “otros tipos de episodios depresivos” es decir, ahí se colocarán los

episodios sin especificar o también denominados depresiones atípicas (OMS, 1992).

Los episodios depresivos se pueden conceptualizar como el padecimiento de un estado de ánimo negativista, en donde el individuo experimenta la ausencia y reducción de la facultad para tomar interés y capacidad para disfrutar las cosas que antes les gustaban, asimismo sufre una infracción del eje de bienestar lo que genera que sea vuelva letárgico y una sensación de fatiga desmesurada (OMS, 1992).

Asimismo, en este nivel de depresión, se experimenta la pérdida de estabilidad en las emociones, de hecho, esto dura alrededor de dos semanas, y afecta el funcionamiento general de la persona y en su conjunto de actividad laboral y socio efectivísimo (OMS, 1992).

### **3.3. Identificación de las Variables**

**Variable de estudio:** Depresión infantil

**Dimensión 01:** Estado de ánimo disfórico

**Dimensión 02:** Ideas de autodesprecio

## **IV. METODOLOGIA**

Los criterios metodológicos y los alcances estructurales del presente estudio se configuran en base a lo mencionado por Hernández y Mendoza (2018) en su libro: “Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta”.

### **4.1. Tipo y Nivel de investigación**

El tipo de investigación que se ajusta al desarrollo del presente estudio es el estudio de tipo básico, en razón que se concibe como el método empleado en investigación para definir y caracterizar los rasgos del comportamiento, nivel o dinámica de una variable en una muestra determinada, incrementando el acervo documentario en torno a la variable que se estudia, siendo en este caso la variable de estudio: “depresión” (Hernández y Mendoza, 2018).

Asimismo, el nivel de estudio de la investigación empleado es el descriptivo, porque implicó la observación del objeto de estudio y su medición cuantitativa para posteriormente proceder a usarse y replicarse en datos precisos que reflejen a nivel científico la intensidad o forma en la que presenta la variable de estudio “depresión” en la muestra (Hernández y Mendoza, 2018).

Por lo descrito, el presente estudio es de tipo básico, porque reúne información, y de nivel descriptivo, además de pretender describir el nivel de depresión en una muestra de menores de edad chinchanos.

### **4.2. Diseño de la investigación**

Según Hernández y Mendoza (2018), la investigación no experimental se denomina a aquel estilo metodológico en el que el investigador sólo se limita a observar la variable y más no a ejercer algún grado de influencia, manipulación o transformación de la misma, dejándola intacta y únicamente describiendo su existencia en la muestra de estudio.

Por otro lado, el corte transversal se define como la manera en la que el investigador recoge los datos por única vez en el tiempo, no llevando ningún tipo de

control o seguimiento en el tiempo, sino que una única vez recoge los datos (Hernández y Mendoza, 2018).

Por lo descrito, se plantea que el presente estudio es de diseño no experimental y de corte transversal, puesto que no se ejerció ningún tipo de cambio. Modificación, configuración o manipulación en la variable “depresión infantil”, además que se recogieron los datos por única vez en el tiempo.

### 4.3. Operacionalización de las variables

Tabla 2

#### Operacionalización de las variables

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	Nº DE ITEMS	VALOR FINAL	CRITERIOS PARA ASIGNAR VALORES
Depresión infantil	Cualitativa ordinal	Conjunto de síntomas anímicos negativos en el niño (Kovacs, 1992)	El niño se siente triste, sin ganas de relacionarse, se aísla y siente culpa y desprecio contra sí mismo.	Estado de ánimo disfórico	Tristeza Soledad Desdicha Indefensión Pesimismo	1,2,3,4,5 ,6,10,11, 12,16,17 ,18,19,20,21,22, 26,27	<p>No hay presencia de síntomas depresivos [0 a 5]</p> <p>Presencia de síntomas depresivo mínimo [6 a 15]</p> <p>Presencia de síntomas depresivos marcados [16 a 20]</p> <p>Presencia de síntomas depresivos en grado máximo</p>	<p>La sumatoria de los resultados de todos los ítems toma como producto los niveles categorizados por dimensión, y finalmente, la sumatoria total se categoriza en los siguientes niveles de la depresión infantil general:</p> <p>No hay presencia de síntomas depresivos [0 a 14]</p> <p>Presencia de síntomas depresivo mínimo [15 a 33]</p> <p>Presencia de síntomas depresivos marcados [34 a 38]</p>

---

[21 a más]

Presencia de síntomas  
depresivos en grado  
máximo  
[39 a más]

No hay  
presencia de  
síntomas  
depresivos  
[0 a 3]

Presencia de  
síntomas  
depresivo  
mínimo  
[4 a 13]

Ideas de  
autodesprecio

Irritabilidad  
Sentimiento de  
incapacidad  
Culpabilidad  
excesiva  
Sentimientos de  
inferioridad

5,7,8,9,1  
3,14,15,  
23,24,25

Presencia de  
síntomas  
depresivos  
marcados  
[14 a 15]

Presencia de  
síntomas  
depresivos  
en grado  
máximo  
[16 a más]

#### **4.4. Hipótesis general y específicos**

No aplica para las investigaciones descriptivas según lo dispuesto por Hernández y Mendoza (2018).

Este principio del no planteamiento de hipótesis se basa en que la naturaleza del estudio descriptivo es “describir”, “medir”, “observar” o “explorar” el comportamiento de una variable en una muestra de estudio determinada, principalmente priorizando una precisión alta y validez de rigor científico y ético.

Por tanto, el sólo hecho de “medir” una sola variable a fin de describirla no requiere del planteamiento de hipótesis en razón que no se aplica la estadística inferencial para efectuar pronósticos o predicciones, sino que, por el contrario, las investigaciones descriptivas únicamente se basan en la observación absoluta de la variable.

#### **4.5. Población – muestra**

##### **Población**

Hernández y Mendoza (2018) mencionan que la población de estudio es un universo de elementos que configuran una gama de estudio para la investigación, tomando como referencia ello, se hace necesario considerar que la población de estudio en la presente investigación está considerada por la totalidad de adolescentes de ambos sexos que habitan en la Urbanización El Rosedal en el distrito de Pueblo Nuevo en Chíncha, de modo que:

$$N = 80 \text{ adolescentes}$$

##### **Muestra**

Con respecto a la muestra de estudio, se sabe que es el subconjunto de elementos que ameritan ser estudiados por el investigador en base a un criterio de proporcionalidad y racionalidad (Hernández y Mendoza, 2018).

En el caso del presente estudio se emplea la técnica no probabilística por criterios de inclusión y exclusión, en la cual, basándose en la teoría metodológica de propuesta por Hernández y Mendoza (2018), no se aplica una fórmula matemática para conocer el número de muestras a considerar es de 80 adolescentes, sino que más bien, únicamente forman parte de la muestra aquellos participantes que reúnen los criterios que a continuación se detallan:

**Criterios de inclusión:**

Edad comprendida entre los 12 a 17 años

Autorización de sus padres a participar de la investigación

Brindar el número de celular de los padres

Voluntad del adolescente de participar del estudio.

Ambos sexos

Morador de la Urbanización “El Rosedal”

**Criterios de exclusión:**

Menor de 12 años o mayor de 18 años

Negativa de sus padres a que el niño participe de la investigación

Negación del adolescente de participar del estudio

No ser habitante de la Urbanización “El Rosedal”

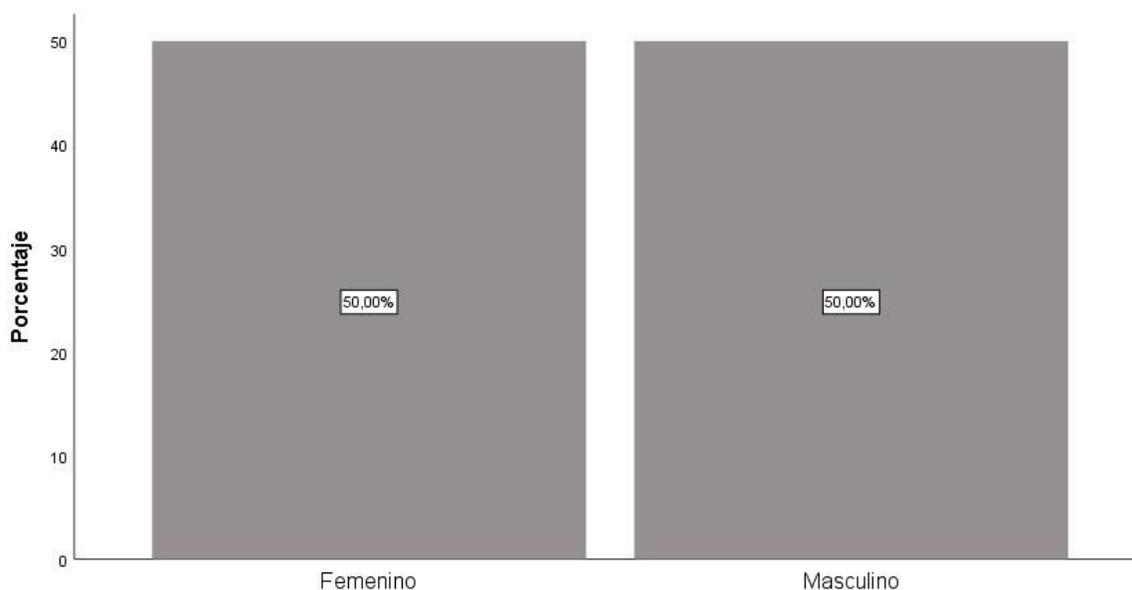
Por ello, únicamente conformaron la muestra de estudio aquellos participantes que cumplieron con los criterios de inclusión y que no contemplan ninguno de los criterios de exclusión establecidos.

**Tabla 3**

***Distribución de frecuencias y porcentajes con respecto al sexo de la muestra de estudio***

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Femenino	40	50,0	50,0	50,0
	Masculino	40	50,0	50,0	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

*Figura 1.* Diagrama de barras porcentuales con respecto al sexo de los participantes



**Interpretación:**

En la Tabla 3, se observa la distribución de frecuencias y porcentajes con respecto al sexo de la muestra de los participantes, en donde el 50% de los encuestados son de sexo femenino y el 50% de los encuestados son de sexo masculino.

**Tabla 4**

***Medidas de tendencias central con respecto a la edad de los participantes***

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Desviación
Edad	80	12	17	13,85	1,519

**Interpretación:**

En la Tabla 4, se observa las medidas de tendencia central con respecto a la edad de los participantes, en donde la edad mínima registrada es de 12 años, la edad máxima de 17 años, la edad promedio de 13.85 años y el coeficiente de desviación de 1.519, lo que indica que la dispersión de los datos es moderada con respecto a la media.

**4.6. Técnicas e instrumentos: Validación y confiabilidad**

Para instrumentalizar la investigación emplearemos el instrumento CDI, el cual se denomina Inventario de Depresión Infantil, a continuación, se describe su ficha técnica:

**Ficha técnica:**

<b>Nombre del instrumento</b>	:	Inventario de depresión infantil
<b>Autor</b>	:	M. Kovacs
<b>Siglas</b>	:	CDI
<b>Objetivo</b>	:	Valoración de la depresión infantil
<b>Dimensiones</b>	:	Estado de ánimo disfórico Ideas de autodesprecio
<b>N° de ítems</b>	:	27 ítems
<b>Forma de respuesta</b>	:	Alternativa múltiple
<b>Publicación</b>	:	1992
<b>Adaptación peruana</b>	:	Arévalo (2008)

**Confiabilidad** : .9176

**Categorías** : No hay presencia de síntomas depresivos  
 Presencia de síntomas depresivo mínima  
 Presencia de síntomas depresivos marcado  
 Presencia de síntomas depresivos en grado máximo

Con respecto a la Tabla 5, el análisis de consistencia interna del instrumento a través del método Alfa de Cronbach, se ha obtenido un valor de .932, con lo cual se garantiza la fiabilidad de los datos obtenidos puesto que se cuenta con una alta confiabilidad psicométrica.

**Tabla 5**

***Estadísticos de fiabilidad***

Alfa de Cronbach	N de elementos
,932	27

**4.7. Recolección de datos**

Para la recogida de la información se empleó la modalidad del cuestionario, según Hernández y Mendoza (2018), esta modalidad opera bajo las disposiciones del suministro de un instrumento a los participantes que contengan reactivos para que de esta manera el participante pudiese responder a cada uno de los ítems de forma direccionada.

De esta manera, la recogida de datos en la presente investigación consistió en las visitas domiciliarias tomando como prioridad el respeto por todas las medidas restrictivas durante la pandemia por COVID19, además de garantizar el uso adecuado de las medidas y protocolos de bioseguridad necesarios para evitar la propagación viral.

#### **4.8. Técnicas de análisis e interpretación de datos**

En lo que respecta al análisis de los datos, de acuerdo a lo estipulado por Hernández y Mendoza (2018), se define como el conjunto de procesos y pasos secuenciales y sistemáticos que incluyen la toma de decisiones a fin de poder describir de forma estadística los datos que han sido recogidos de la muestra de estudio.

En tal sentido, para el análisis de los datos del presente estudio, se procedió a emplear el uso del paquete estadístico SPSS versión 27, en donde se calcularon los puntajes brutos a partir de la sumatoria, y posteriormente se categorizaron en niveles.

Los datos reportados han sido presentados en tablas de distribución de frecuencias y porcentajes, así como en diagrama de barras porcentuales.

## V. RESULTADOS

### 5.1. Presentación de resultados

Tabla 6

#### *Distribución de frecuencias y porcentajes del ítem 01*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Rara vez me siento triste	57	71,3	71,3	71,3
Muchas veces me siento triste	21	26,3	26,3	97,5
Me siento triste todo el tiempo	2	2,5	2,5	100,0
Total	80	100,0	100,0	



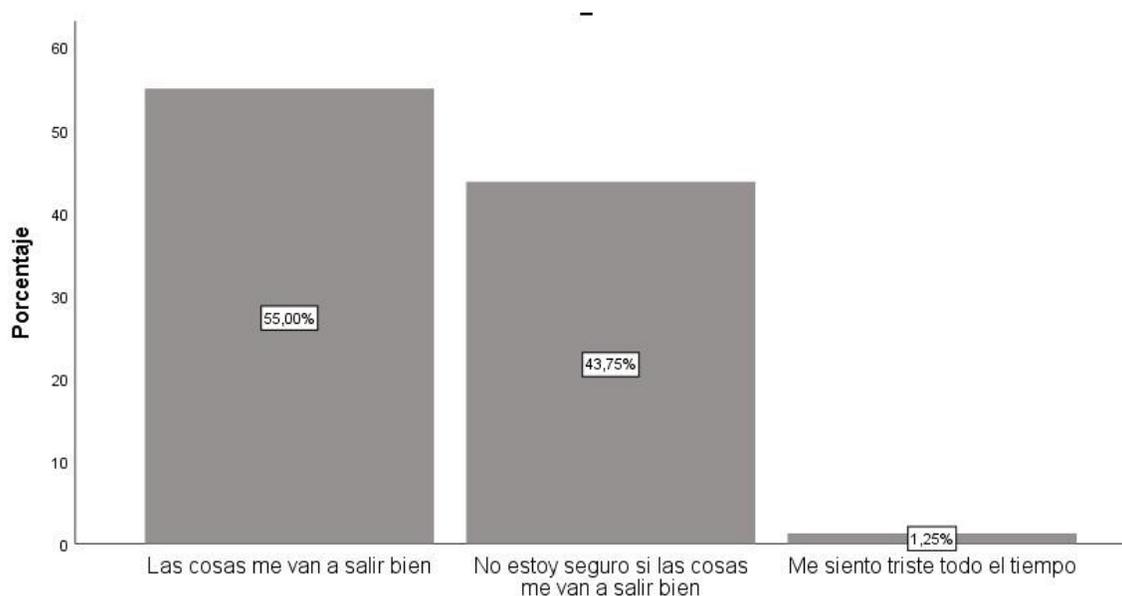
**Figura 2. Diagrama de barras porcentuales del ítem 01**

**Interpretación:** En la tabla 6, se presenta la distribución de frecuencias y porcentajes con respecto al ítem 01 del instrumento, en donde el 71,3% ha respondido “Rara vez me siento triste”, el 26,3% “Muchas veces me siento triste” y el 2,5% ha respondido “Me siento triste todo el tiempo”.

**Tabla 7**

***Distribución de frecuencias y porcentajes del ítem 02***

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Las cosas me van a salir bien	44	55,0	55,0	55,0
No estoy seguro si las cosas me van a salir bien	35	43,8	43,8	98,8
Me siento triste todo el tiempo	1	1,3	1,3	100,0
Total	80	100,0	100,0	



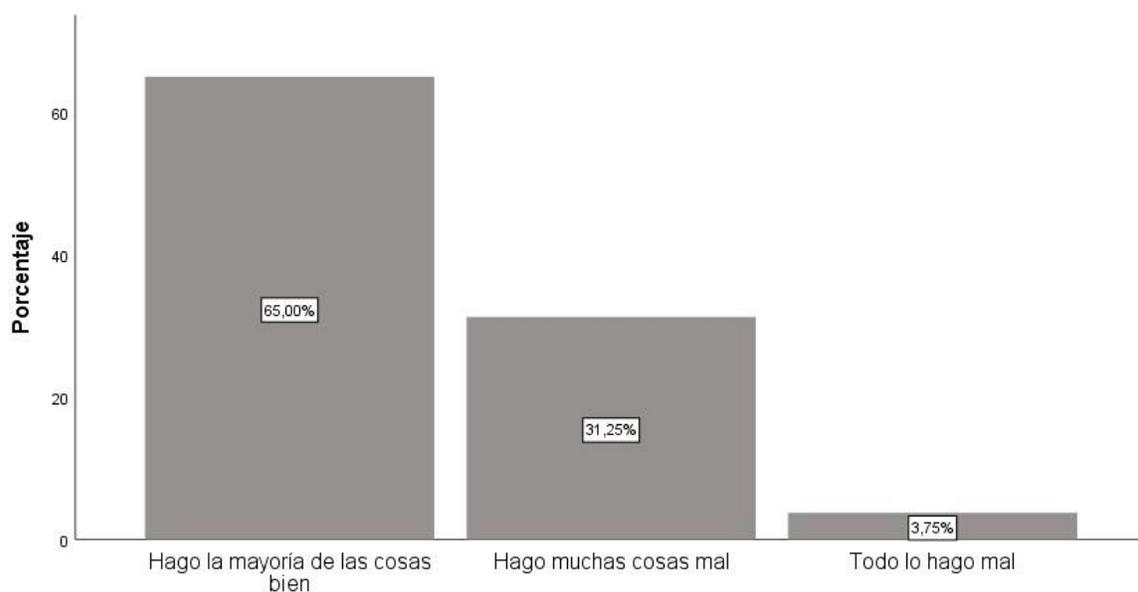
**Figura 3. Diagrama de barras porcentuales del ítem 02**

**Interpretación:** En la tabla 7, se presenta la distribución de frecuencias y porcentajes con respecto al ítem 02 del instrumento, en donde se registra que el 55% ha respondido las cosas me van a salir bien, el 43,8% ha respondido no estoy seguro si las cosas me van a salir bien y el 1,3% ha respondido me siento triste todo el tiempo.

**Tabla 8**

***Distribución de frecuencias y porcentajes del ítem 03***

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Hago la mayoría de las cosas bien	52	65,0	65,0	65,0
Hago muchas cosas mal	25	31,3	31,3	96,3
Todo lo hago mal	3	3,8	3,8	100,0
Total	80	100,0	100,0	



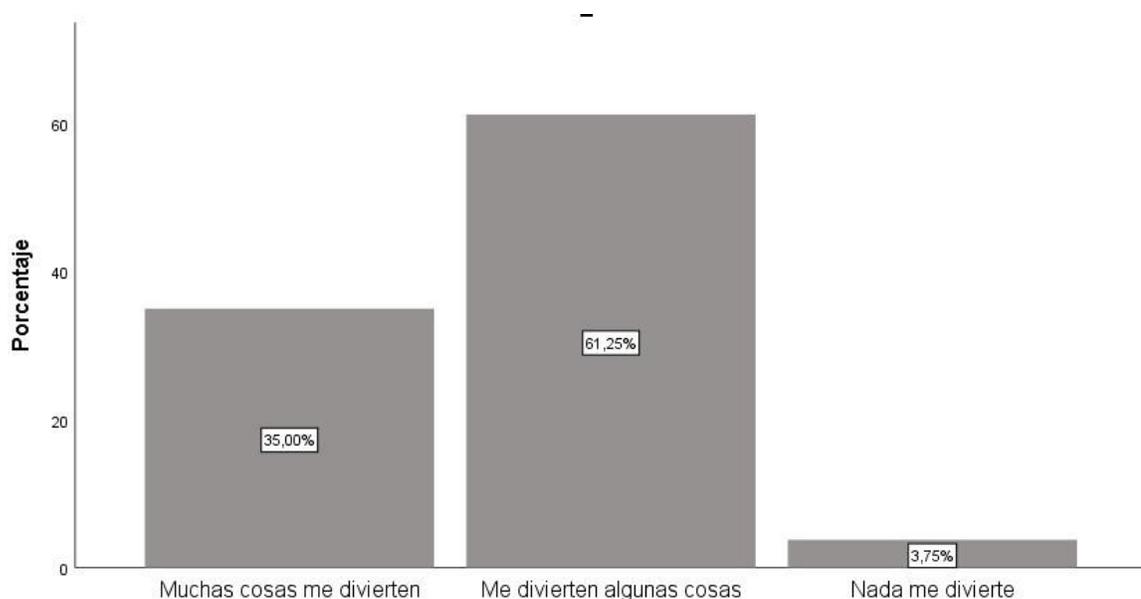
**Figura 4. Diagrama de barras porcentuales del ítem 03**

**Interpretación:** En la tabla 8, se presenta la distribución de frecuencias y porcentajes con respecto al ítem 03 del instrumento, en donde se registra que el 65% ha respondido que hace la mayoría de las cosas bien, el 31,3% hace muchas cosas mal y el 3,8% percibe que todo lo hace mal.

**Tabla 9**

***Distribución de frecuencias y porcentajes del ítem 04***

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Muchas cosas me divierten	28	35,0	35,0	35,0
Me divierten algunas cosas	49	61,3	61,3	96,3
Nada me divierte	3	3,8	3,8	100,0
Total	80	100,0	100,0	



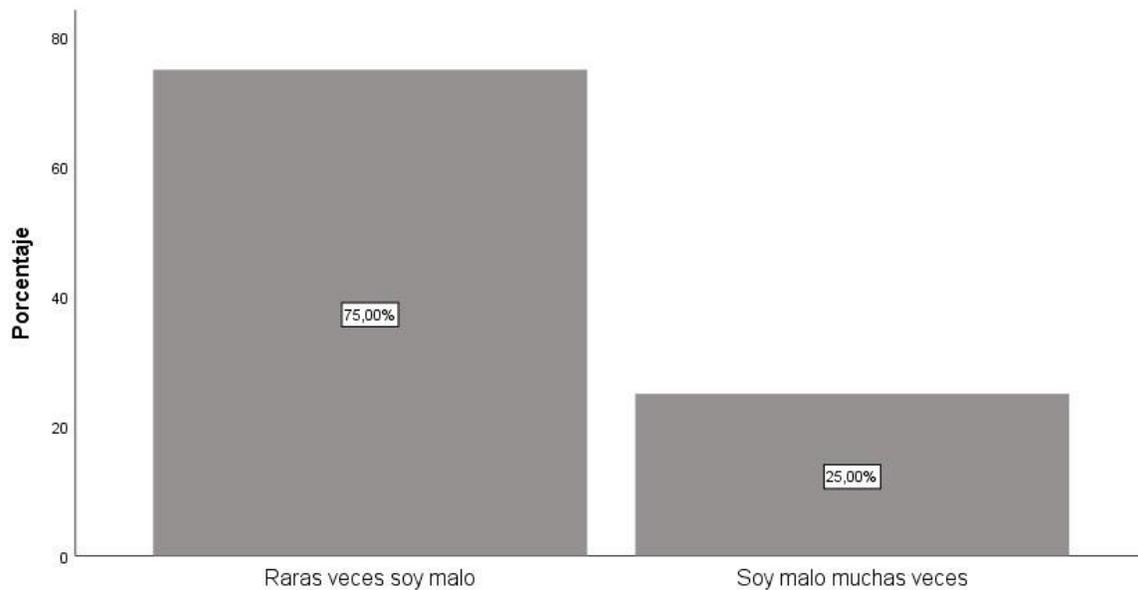
**Figura 5. Diagrama de barras porcentuales del ítem 04**

**Interpretación:** En la tabla 9 se presentan los resultados de frecuencias y porcentajes con respecto al ítem 04, en donde se registra que el 35% de personas respondieron que muchas cosas le divierten, el 61,3% ha respondido que le divierten algunas cosas y el 3,8% refiere que nada le divierte.

**Tabla 10**

***Distribución de frecuencias y porcentajes del ítem 05***

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Raras veces soy malo	60	75,0	75,0	75,0
Soy malo muchas veces	20	25,0	25,0	100,0
Total	80	100,0	100,0	



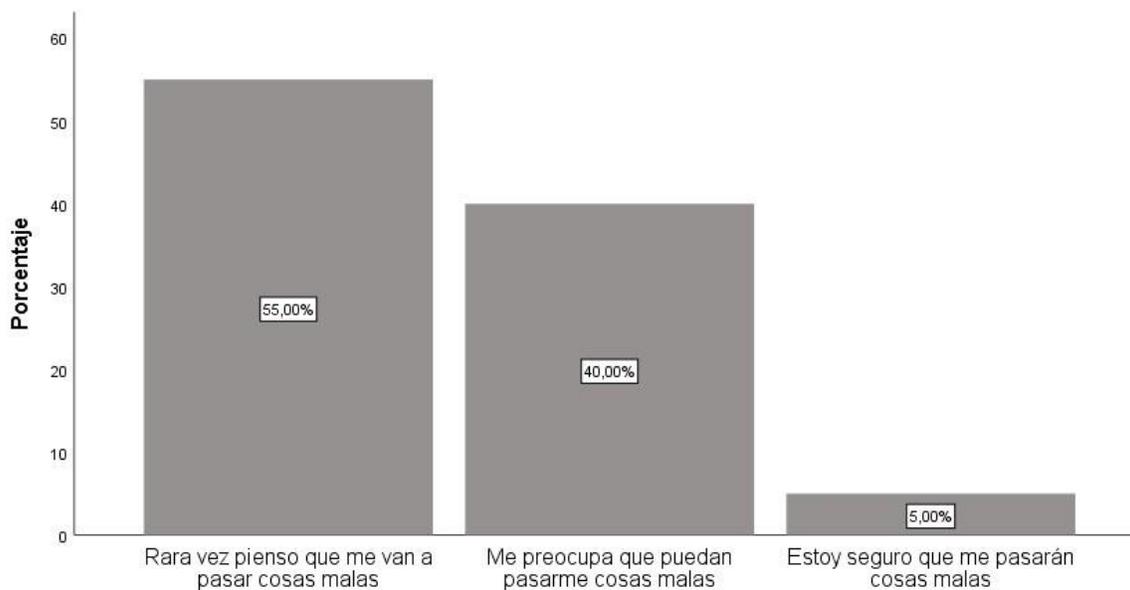
***Figura 6. Diagrama de barras porcentuales del ítem 05***

**Interpretación:** En la tabla 10 se presentan los resultados de frecuencias y porcentajes con respecto al ítem 05, en donde se registra que el 75% de la muestra refiere que raras veces ser malo y el 25% indica que es malo muchas veces.

**Tabla 11**

***Distribución de frecuencias y porcentajes del ítem 06***

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Rara vez pienso que me van a pasar cosas malas	44	55,0	55,0	55,0
Me preocupa que puedan pasarme cosas malas	32	40,0	40,0	95,0
Estoy seguro que me pasarán cosas malas	4	5,0	5,0	100,0
Total	80	100,0	100,0	



**Figura 7. Diagrama de barras porcentuales del ítem 06**

**Interpretación:** En la tabla 11 se presenta la distribución de frecuencias y porcentajes para el ítem 06, en donde se registra que el 55% de la muestra piensa que rara vez le van a pasar cosas malas, el 40% le preocupa que puedan pasarle cosas malas y el 5% está seguro que le pasarán cosas malas.

**Tabla 12**

***Distribución de frecuencias y porcentajes del ítem 07***

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Me gusto a mí mismo	58	72,5	72,5	72,5
No me gusto a mí mismo	20	25,0	25,0	97,5
Me odio a mí mismo	2	2,5	2,5	100,0
Total	80	100,0	100,0	



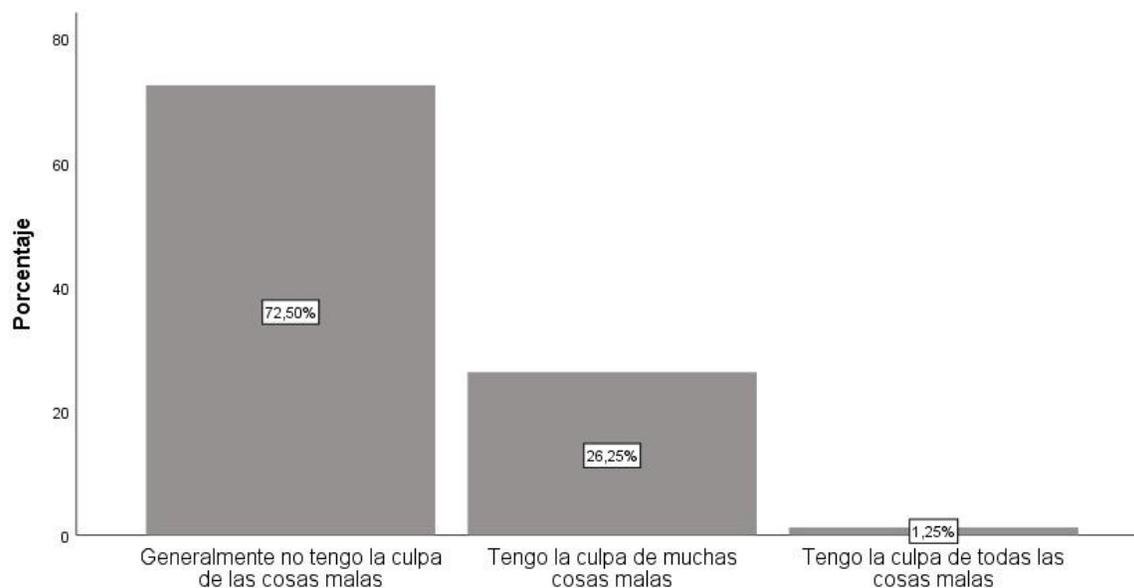
**Figura 8. Diagrama de barras porcentuales del ítem 07**

**Interpretación:** En la tabla 12, se presenta la distribución de frecuencias y porcentajes del ítem 07, en donde el 72,5% refiere que le gusta a sí mismo, el 25% indica que no se gusta a sí mismo y el 2,5% indica que se odia a sí mismo.

**Tabla 13**

***Distribución de frecuencias y porcentajes del ítem 08***

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Generalmente no tengo la culpa de las cosas malas	58	72,5	72,5	72,5
Tengo la culpa de muchas cosas malas	21	26,3	26,3	98,8
Tengo la culpa de todas las cosas malas	1	1,3	1,3	100,0
Total	80	100,0	100,0	



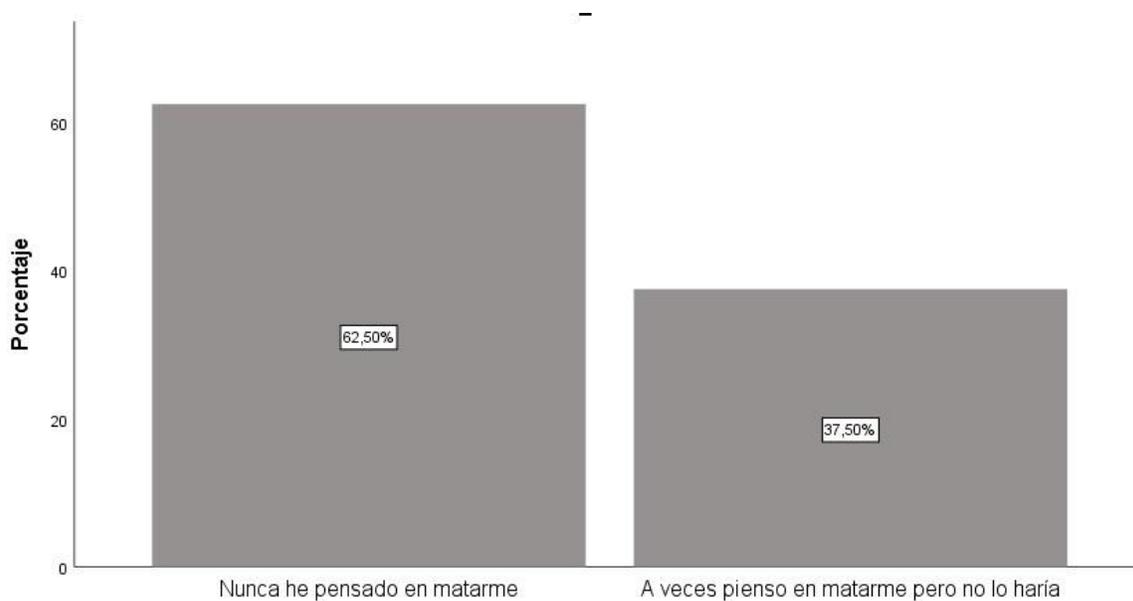
**Figura 9. Diagrama de barras porcentuales del ítem 08**

**Interpretación:** En la tabla 13, se presenta la distribución de frecuencias y porcentajes con respecto al ítem 08, en donde el 72,5% indica que generalmente no tiene la culpa de las cosas malas, el 26,3% tiene la culpa de muchas cosas malas y el 1,3% indica que tiene la culpa de todas las cosas malas.

**Tabla 14**

***Distribución de frecuencias y porcentajes del ítem 09***

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nunca he pensado en matarme	50	62,5	62,5	62,5
A veces pienso en matarme, pero no lo haría	30	37,5	37,5	100,0
Total	80	100,0	100,0	



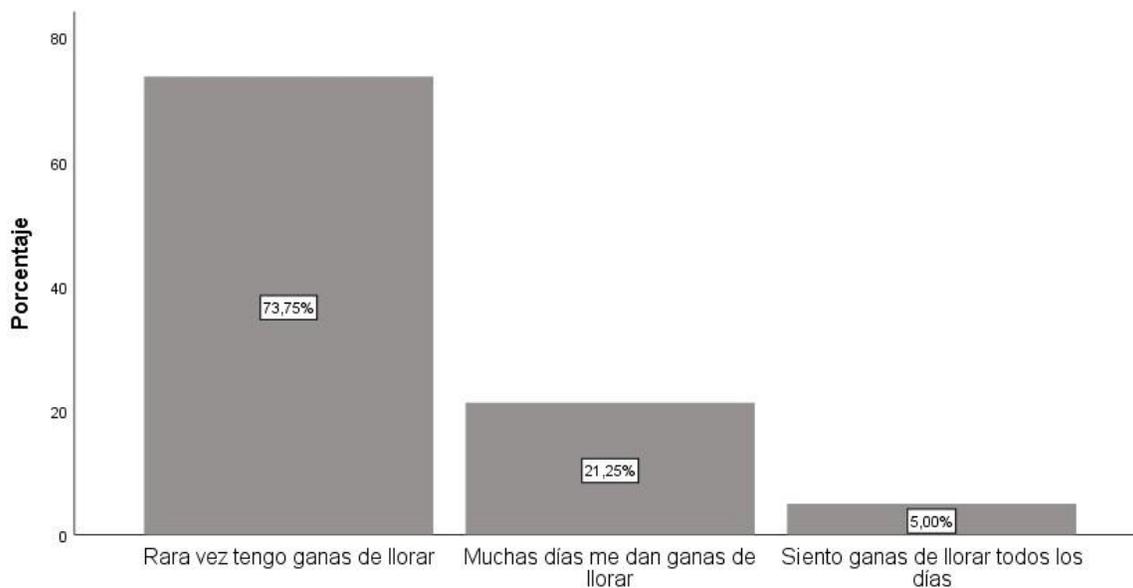
**Figura 10. Diagrama de barras porcentuales del ítem 09**

**Interpretación:** En la tabla 14, se presenta la distribución de frecuencias y porcentajes con respecto al ítem 09, en donde el 62,5% ha respondido que nunca ha pensado en matarse y el 37,5% refiere que a veces piensa en matarse, pero no lo haría.

**Tabla 15**

***Distribución de frecuencias y porcentajes del ítem 10***

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Rara vez tengo ganas de llorar	59	73,8	73,8	73,8
Muchos días me dan ganas de llorar	17	21,3	21,3	95,0
Siento ganas de llorar todos los días	4	5,0	5,0	100,0
Total	80	100,0	100,0	



**Figura 11. Diagrama de barras porcentuales del ítem 10**

**Interpretación:** En la tabla 15 se presentan las respuestas del ítem 10, en donde el 73,8% de los encuestados indica que rara vez tiene ganas de llorar, el 21,3% refiere que muchos días le dan ganas de lloran y el 5% indica que siente ganas de llorar todos los días.

**Tabla 16**

***Distribución de frecuencia y porcentaje del ítem 11***

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Rara vez me molesta algo	52	65,0	65,0	65,0
Las cosas me molestan muchas veces	24	30,0	30,0	95,0
Las cosas me molestan todo el tiempo	4	5,0	5,0	100,0
Total	80	100,0	100,0	



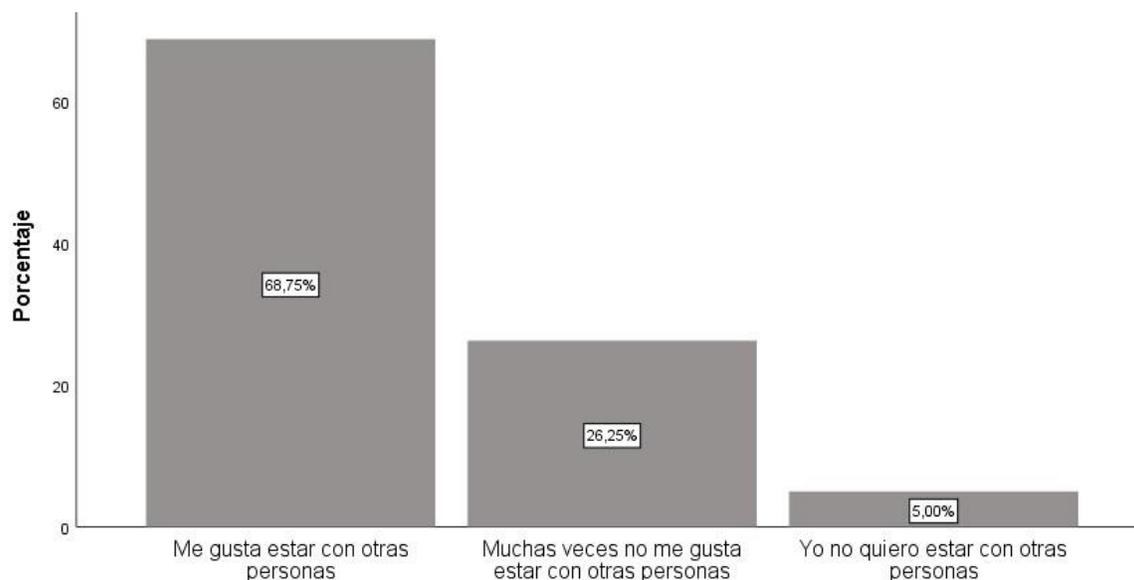
**Figura 12. Diagrama de barras porcentuales del ítem 11**

**Interpretación:** En la tabla 16 se presenta la distribución de frecuencias y porcentajes en relación al ítem 11, en donde el 65% respondió que rara vez le molesta algo, el 30% indica que las cosas le molestan muchas veces y el 5% refiere que las cosas le molestan por mucho tiempo.

**Tabla 17**

***Distribución de frecuencias y porcentajes del ítem 12***

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Me gusta estar con otras personas	55	68,8	68,8	68,8
Muchas veces no me gusta estar con otras personas	21	26,3	26,3	95,0
Yo no quiero estar con otras personas	4	5,0	5,0	100,0
Total	80	100,0	100,0	



**Figura 13. Diagrama de barras porcentuales del ítem 12**

**Interpretación:** En la tabla 17 se presenta la distribución de frecuencias y porcentajes con respecto al ítem 12, en donde el 68,8% indica que le gusta estar con otras personas, el 26,3% refiere que muchas veces no le gusta estar con otras personas y el 5% refiere que no quiere estar con otras personas.

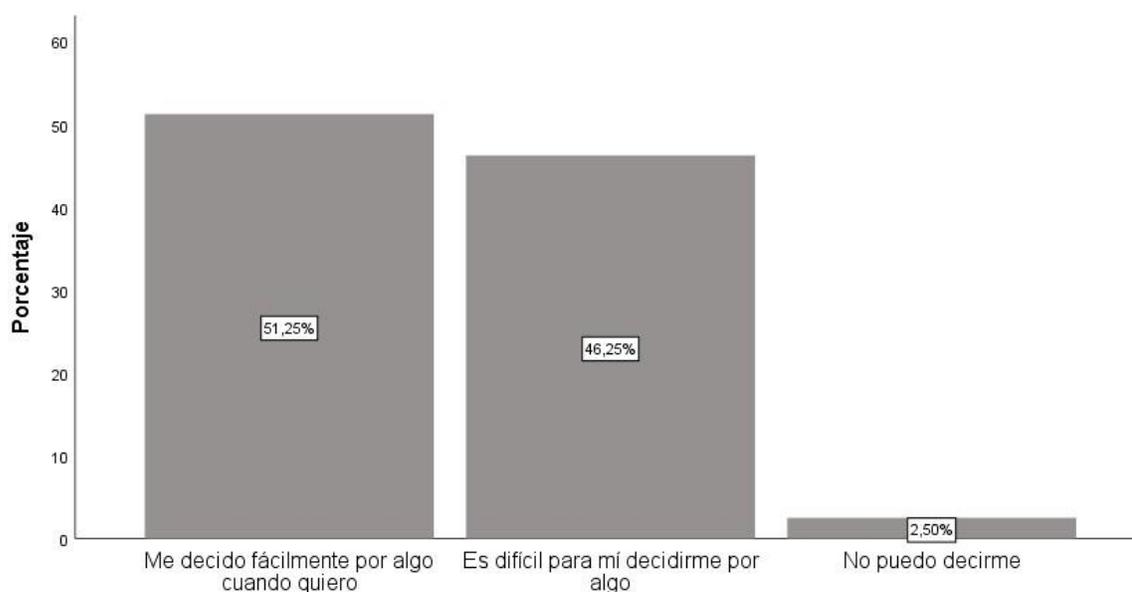
**Tabla 18**

***Distribución de frecuencias y porcentajes del ítem 13***

---

Me decido fácilmente por algo cuando quiero	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Es difícil para mí decidirme por algo	41	51,2	51,2	51,2
No puedo decidirme	37	46,3	46,3	97,5
Total	2	2,5	2,5	100,0

---



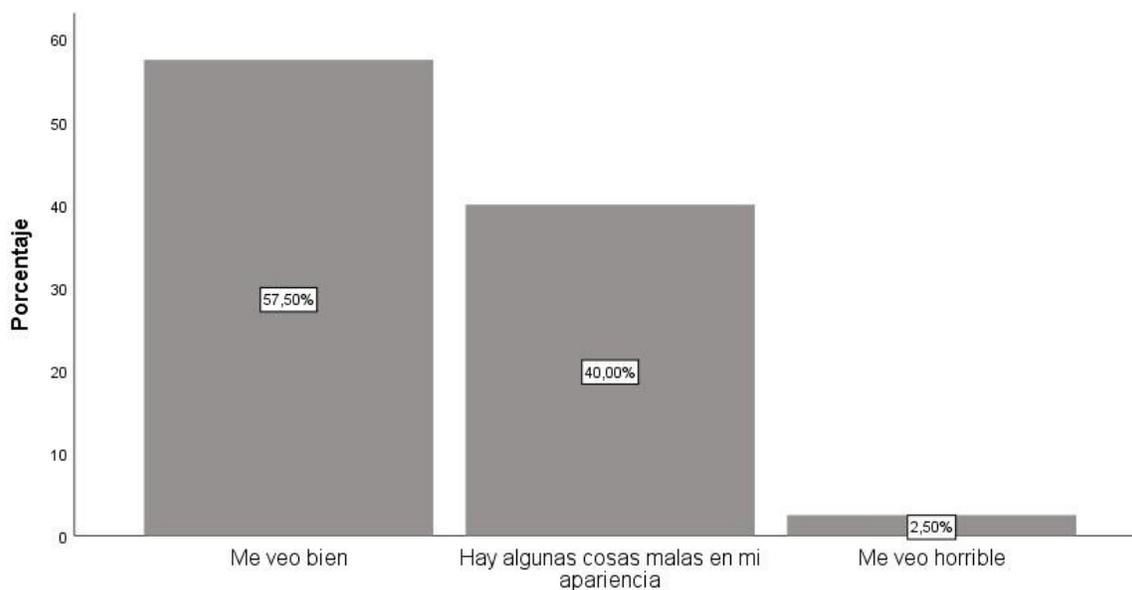
**Figura 14. Diagrama de barras porcentuales del ítem 13**

**Interpretación:** En la tabla 18, se presenta la distribución de frecuencias y porcentajes con respecto al ítem 13, en donde el 51,2% refiere que se decide fácilmente por algo cuando quiere, el 46,3% refiere que le resulta difícil decidirse por algo y el 2,5% indica que no puede decidir nada.

**Tabla 19**

***Distribución de frecuencias y porcentajes del ítem 14***

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Me veo bien	46	57,5	57,5	57,5
Hay algunas cosas malas en mi apariencia	32	40,0	40,0	97,5
Me veo horrible	2	2,5	2,5	100,0
Total	80	100,0	100,0	



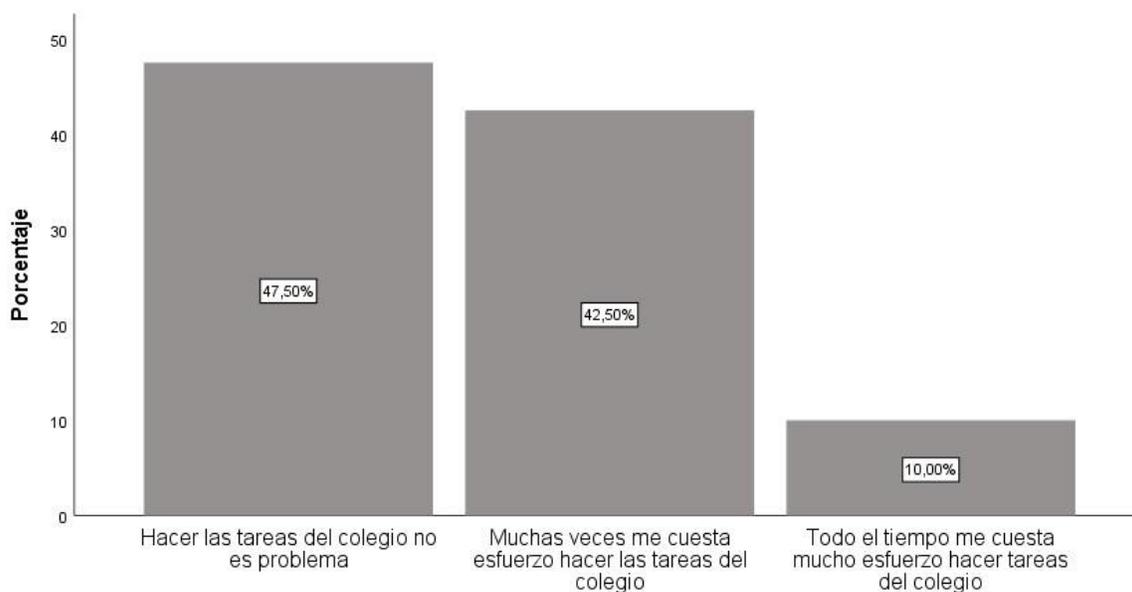
**Figura 15. Diagrama de barras porcentuales del ítem 14**

**Interpretación:** En la tabla 19 se presenta la distribución de frecuencias y porcentajes con respecto al ítem 14, en donde el 57,5% de la muestra indica que no se ve bien, el 40% refiere que hay algunas cosas malas en su apariencia y el 2,5% indica que se ve horrible.

**Tabla 20**

***Distribución de frecuencias y porcentajes del ítem 15***

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Hacer las tareas del colegio no es problema	38	47,5	47,5	47,5
Muchas veces me cuesta esfuerzo hacer las tareas del colegio	34	42,5	42,5	90,0
Todo el tiempo me cuesta mucho esfuerzo hacer tareas del colegio	8	10,0	10,0	100,0
Total	80	100,0	100,0	



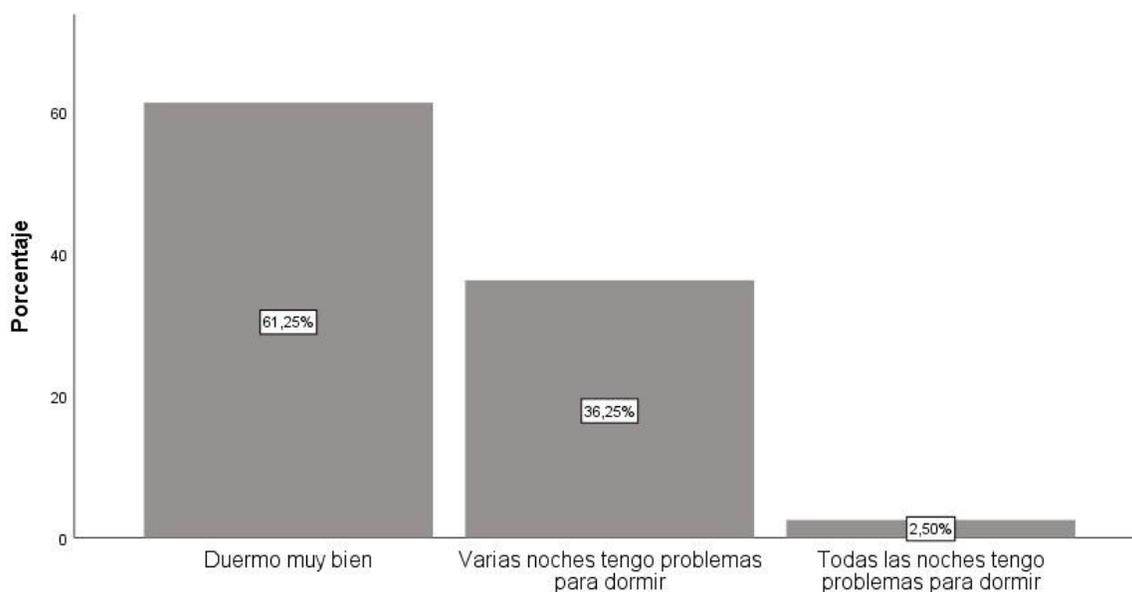
**Figura 16. Diagrama de barras porcentuales del ítem 15**

**Interpretación:** En la tabla 20 se registran las respuestas para la distribución de frecuencias y porcentajes del ítem 15, en donde se encontró que el 47,5% indica que hace las tareas del colegio sin problema, el 42,5% indica que muchas veces le cuesta esfuerzo hacer las tareas del colegio y el 10% refiere que todo el tiempo le cuesta mucho esfuerzo hacer tareas del colegio.

**Tabla 21**

***Distribución de frecuencias y porcentajes del ítem 16***

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Duermo muy bien	49	61,3	61,3	61,3
Varias noches tengo problemas para dormir	29	36,3	36,3	97,5
Todas las noches tengo problemas para dormir	2	2,5	2,5	100,0
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	



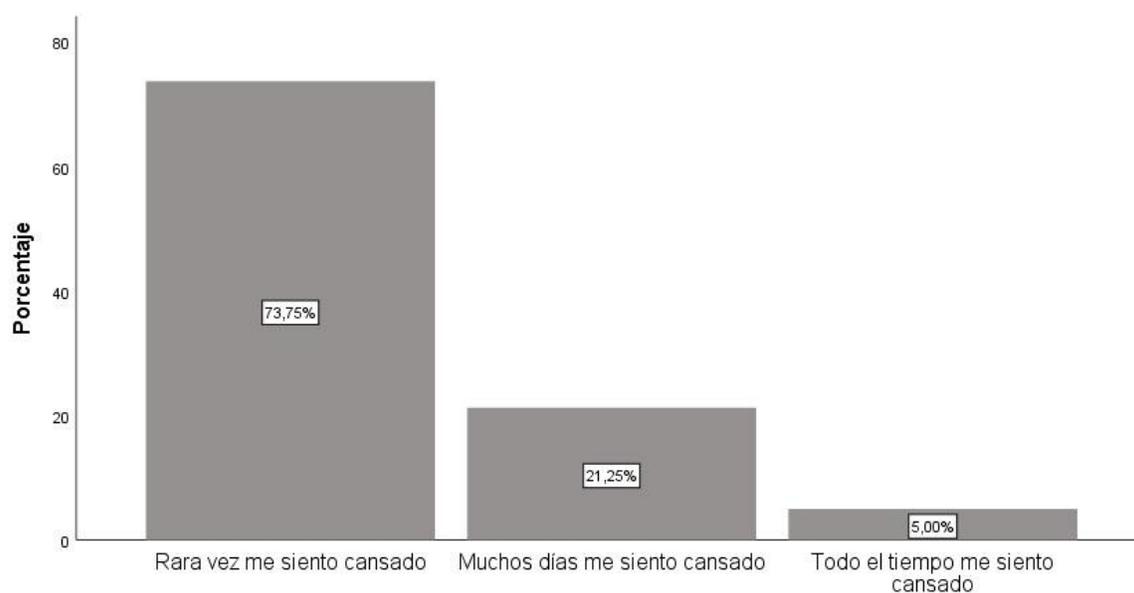
**Figura 17. Diagrama de barras porcentuales del ítem 16**

**Interpretación:** En la tabla 21 se presenta la distribución de frecuencias y porcentajes con respecto al ítem 16, en donde se registra que el 61,3% duerme muy bien, el 36,3% indica que varias noches tiene problemas para dormir y el 2,5% indica que todas las noches tiene problemas para dormir.

**Tabla 22**

***Distribución de frecuencias y porcentajes del ítem 17***

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Rara vez me siento cansado	59	73,8	73,8	73,8
Muchos días me siento cansado	17	21,3	21,3	95,0
Todo el tiempo me siento cansado	4	5,0	5,0	100,0
Total	80	100,0	100,0	



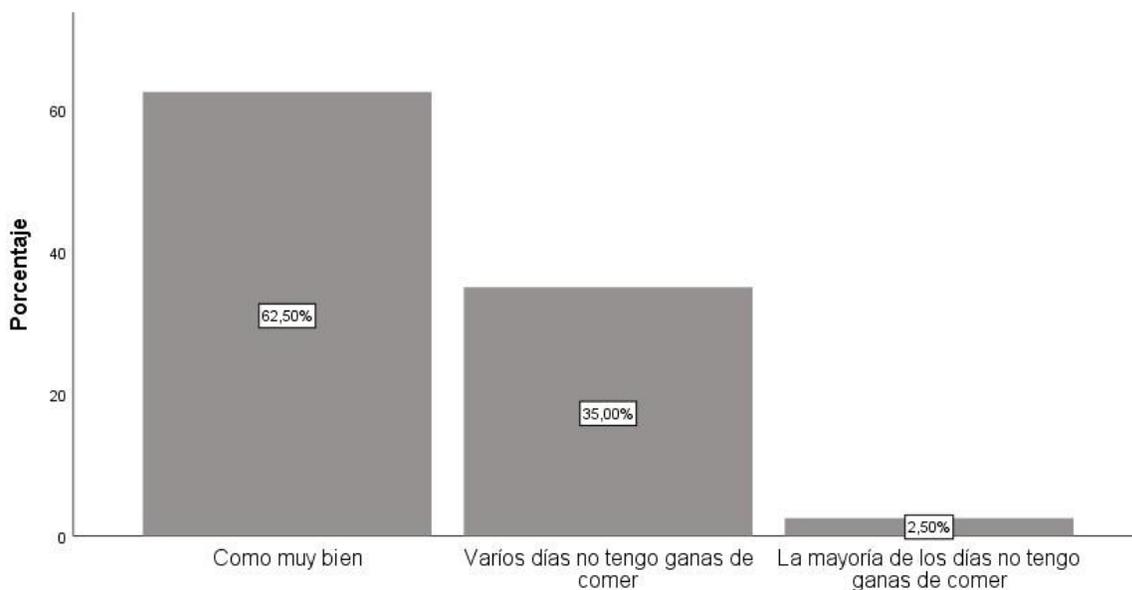
**Figura 18. Diagrama de barras porcentuales del ítem 17**

**Interpretación:** En la tabla 22 se presenta la distribución de frecuencias y porcentajes con respecto a las respuestas del ítem 17, en donde se registra que el 73,8% indica que rara vez se siente cansado, el 21,3% indica que muchos días se siente cansado y el 5% refiere que todo el tiempo se encuentra cansado.

**Tabla 23**

***Distribución de frecuencias y porcentajes del ítem 18***

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Como muy bien	50	62,5	62,5	62,5
Varios días no tengo ganas de comer	28	35,0	35,0	97,5
La mayoría de los días no tengo ganas de comer	2	2,5	2,5	100,0
Total	80	100,0	100,0	



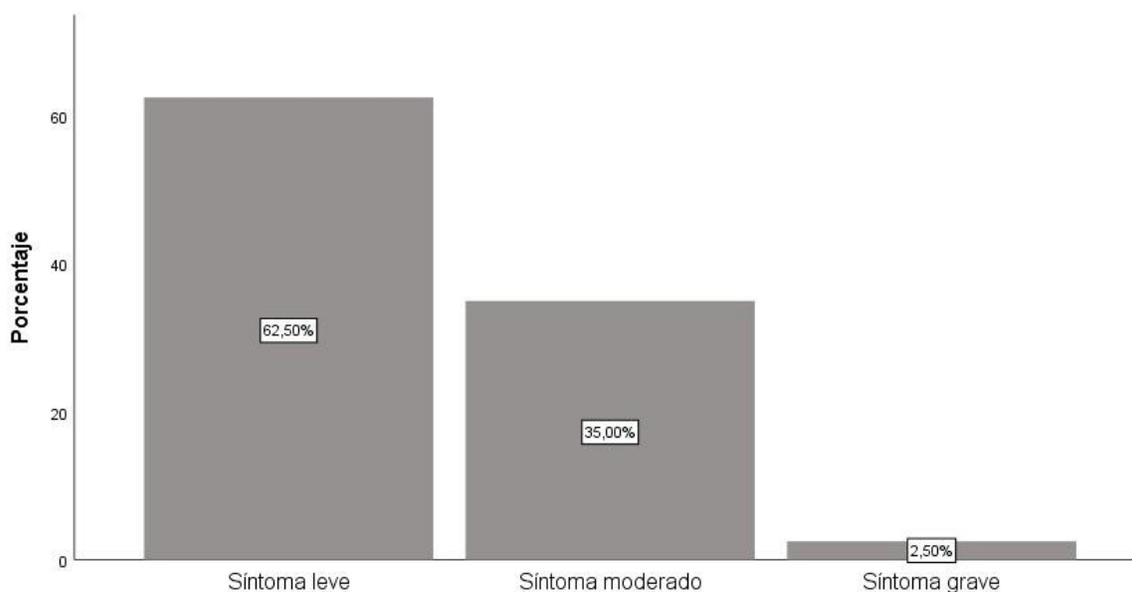
**Figura 19. Diagrama de barras porcentuales del ítem 18**

**Interpretación:** En la tabla 23 se presenta la distribución de frecuencias y porcentajes con respecto al ítem 18, en donde se registra que el 62,5% refiere que come muy bien, el 35% indica que varios días no tiene ganas de comer y el 2,5% indica que la mayoría de los días no tiene ganas de comer.

**Tabla 24**

***Distribución de frecuencias y porcentajes del ítem 19***

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Síntoma leve	50	62,5	62,5	62,5
Síntoma moderado	28	35,0	35,0	97,5
Síntoma grave	2	2,5	2,5	100,0
Total	80	100,0	100,0	



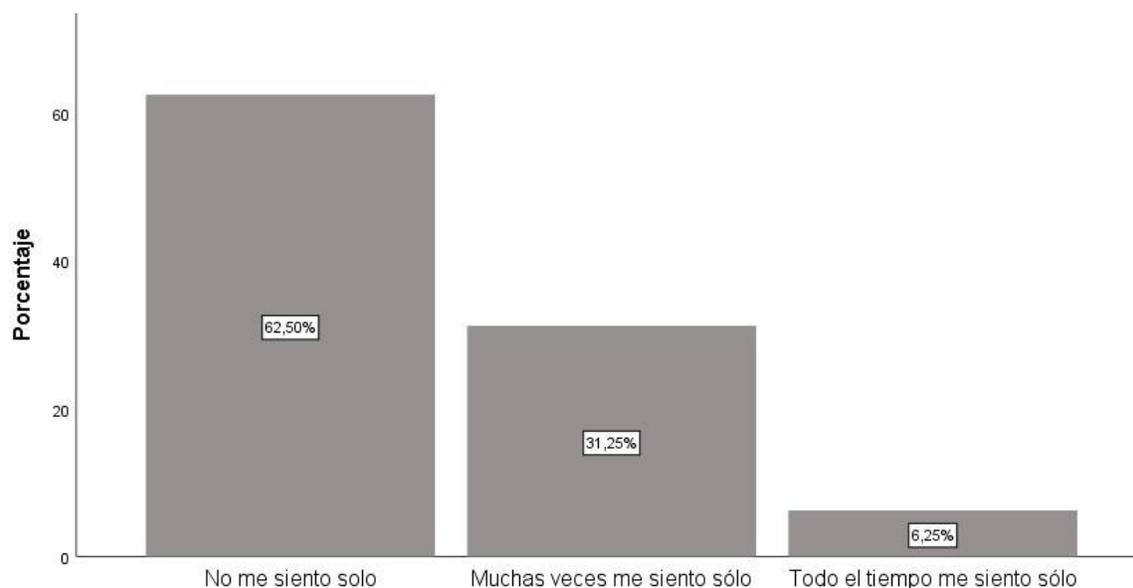
**Figura 20. Diagrama de barras porcentuales del ítem 19**

**Interpretación:** En la tabla 24 se presenta la distribución de frecuencias y porcentajes con respecto a la gravedad de los síntomas, en donde se registra que el 62,5% de la muestra presenta síntoma leve, el 35% presenta síntoma moderado y el 2,5% presenta síntoma grave.

**Tabla 25**

***Distribución de frecuencias y porcentajes del ítem 20***

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No me siento solo	50	62,5	62,5	62,5
Muchas veces me siento sólo	25	31,3	31,3	93,8
Todo el tiempo me siento sólo	5	6,3	6,3	100,0
Total	80	100,0	100,0	



**Figura 21. Diagrama de barras porcentuales del ítem 20**

**Interpretación:** En la tabla 25 se presenta la distribución de frecuencias y porcentajes con respecto al ítem 20, en donde se registra que el 62,5% indica que no se siente sólo, el 31,3% siente que muchas veces se siente sólo y el 6,3% indica que siente que todo el tiempo se siente sólo.

**Tabla 26**

***Distribución de frecuencias y porcentajes del ítem 21***

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Siempre me divierto en el colegio	44	55,0	55,0	55,0
Solo de vez en cuando me divierto en el colegio	33	41,3	41,3	96,3
Nunca me divierto en el colegio	3	3,8	3,8	100,0
Total	80	100,0	100,0	



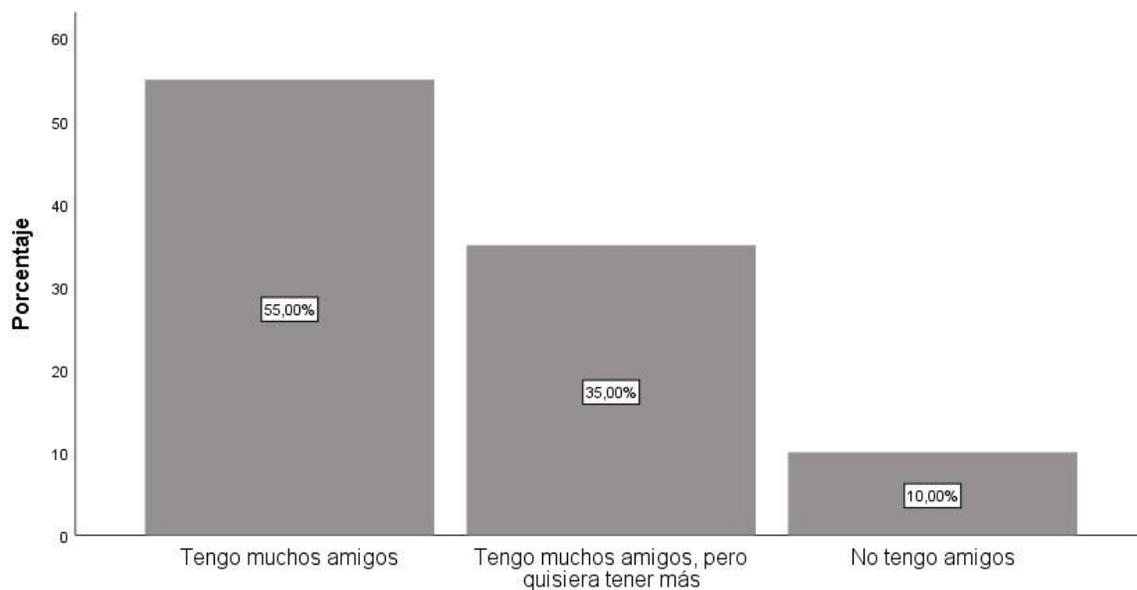
**Figura 22. Diagrama de barras porcentuales del ítem 21**

**Interpretación:** En la tabla 26 se presenta la distribución de frecuencias y porcentajes con respecto al ítem 21, en donde se registra que el 55% de la muestra indica que siempre se divierte en el colegio, el 41,3% refiere que sólo de vez en cuando se divierte en el colegio y el 3,8% indica que nunca se divierte en el colegio.

**Tabla 27**

***Distribución de frecuencias y porcentajes del ítem 22***

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Tengo muchos amigos	44	55,0	55,0	55,0
Tengo muchos amigos, pero quisiera tener más	28	35,0	35,0	90,0
No tengo amigos	8	10,0	10,0	100,0
Total	80	100,0	100,0	



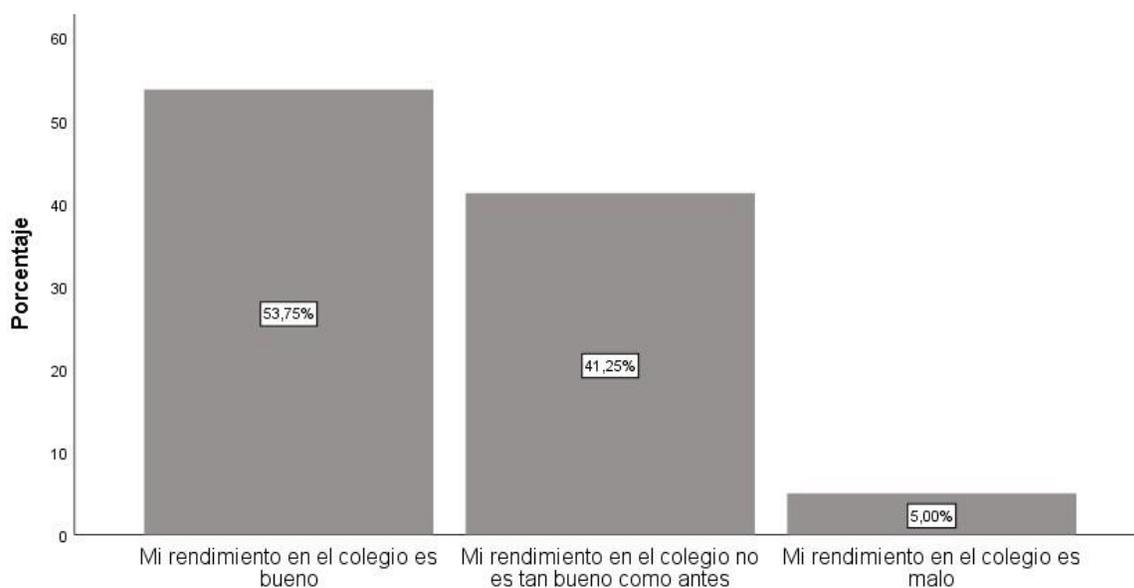
**Figura 23. Diagrama de barras porcentuales del ítem 22**

**Interpretación:** En la tabla 27 se presenta la distribución de frecuencias y porcentajes con respecto al ítem 22, en la cual se registra que el 55% de la muestra refiere tener muchos amigos, el 35% indica tener muchos amigos, pero quisiera tener más amigos, mientras que el 10% refiere no tener ningún amigo.

**Tabla 28**

***Distribución de frecuencias y porcentajes del ítem 23***

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Mi rendimiento en el colegio es bueno	43	53,8	53,8	53,8
Mi rendimiento en el colegio no es tan bueno como antes	33	41,3	41,3	95,0
Mi rendimiento en el colegio es malo	4	5,0	5,0	100,0
Total	80	100,0	100,0	



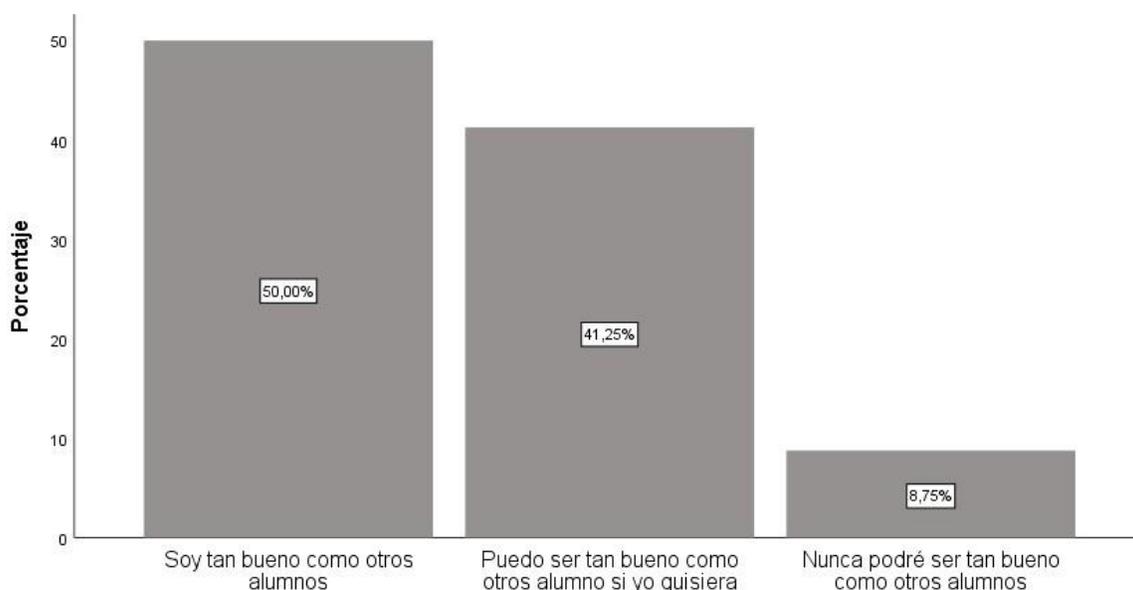
**Figura 24. Diagrama de barras porcentuales del ítem 23**

**Interpretación:** En la tabla 28 se presenta la distribución de frecuencias y porcentajes con respecto al ítem 23, en donde el 53,8% de la muestra indica que su rendimiento en el colegio es bueno, el 41,3% indica que su rendimiento en el colegio no es tan bueno como antes y el 5% indica que su rendimiento en el colegio es malo.

**Tabla 29**

***Distribución de frecuencias y porcentajes del ítem 24***

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Soy tan bueno como otros alumnos	40	50,0	50,0	50,0
Puedo ser tan bueno como otros alumnos si yo quisiera	33	41,3	41,3	91,3
Nunca podré ser tan bueno como otros alumnos	7	8,8	8,8	100,0
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	



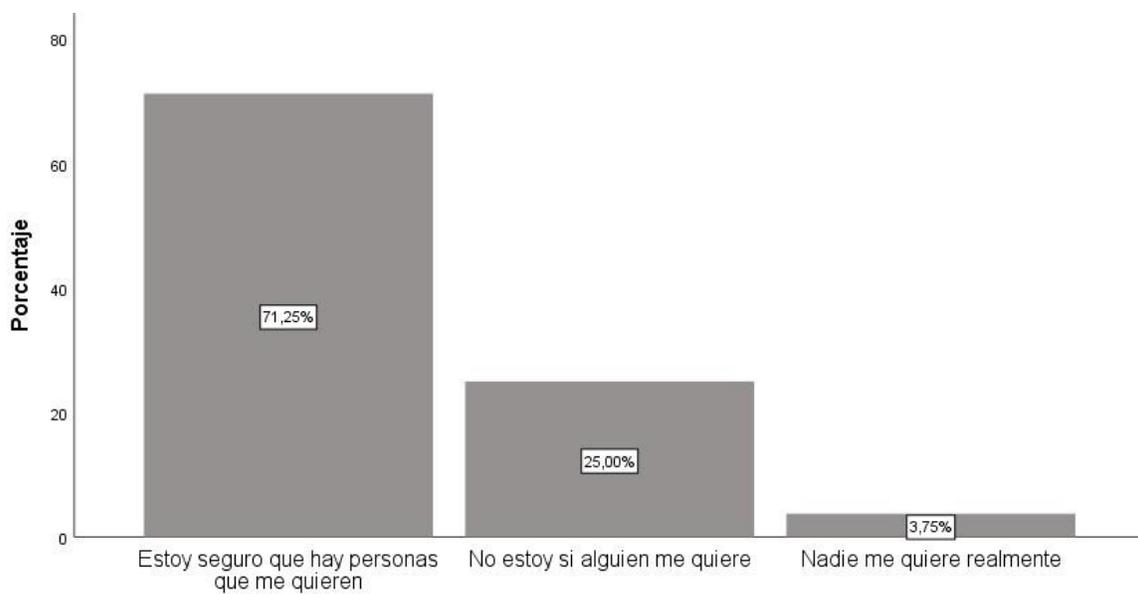
**Figura 25. Diagrama de barras porcentuales del ítem 24**

**Interpretación:** En la tabla 29 se presenta la distribución de frecuencias y porcentajes con respecto al ítem 24, en donde el 50% de los encuestados refiere que es tan bueno como otros alumnos, el 41,3% indica que puede ser tan bueno como otros alumnos si lo quisiese y el 8,8% indica que nunca podrá ser tan bueno como otros alumnos.

**Tabla 30**

***Distribución de frecuencias y porcentajes del ítem 25***

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Estoy seguro que hay personas que me quieren	57	71,3	71,3	71,3
No estoy si alguien me quiere	20	25,0	25,0	96,3
Nadie me quiere realmente	3	3,8	3,8	100,0
Total	80	100,0	100,0	



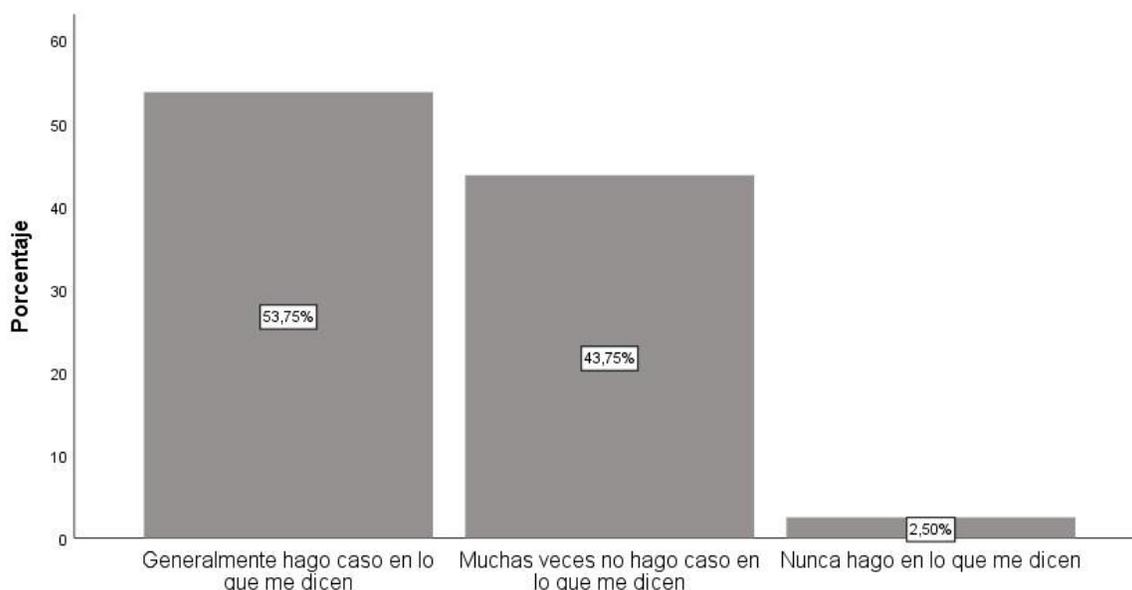
**Figura 26. Diagrama de barras porcentuales del ítem 25**

**Interpretación:** En la tabla 30 se presenta la distribución de frecuencias y porcentajes con respecto a las respuestas del ítem 25, en donde se indica que el 71,3% de la muestra refiere que está seguro que hay personas que le quieren, el 25% indica que hay algunos que le quieren, mientras que el 3,8% refieren que nadie le quiere realmente.

**Tabla 31**

***Distribución de frecuencias y porcentajes del ítem 26***

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Generalmente hago caso en lo que me dicen	43	53,8	53,8	53,8
Muchas veces no hago caso en lo que me dicen	35	43,8	43,8	97,5
Nunca hago en lo que me dicen	2	2,5	2,5	100,0
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	



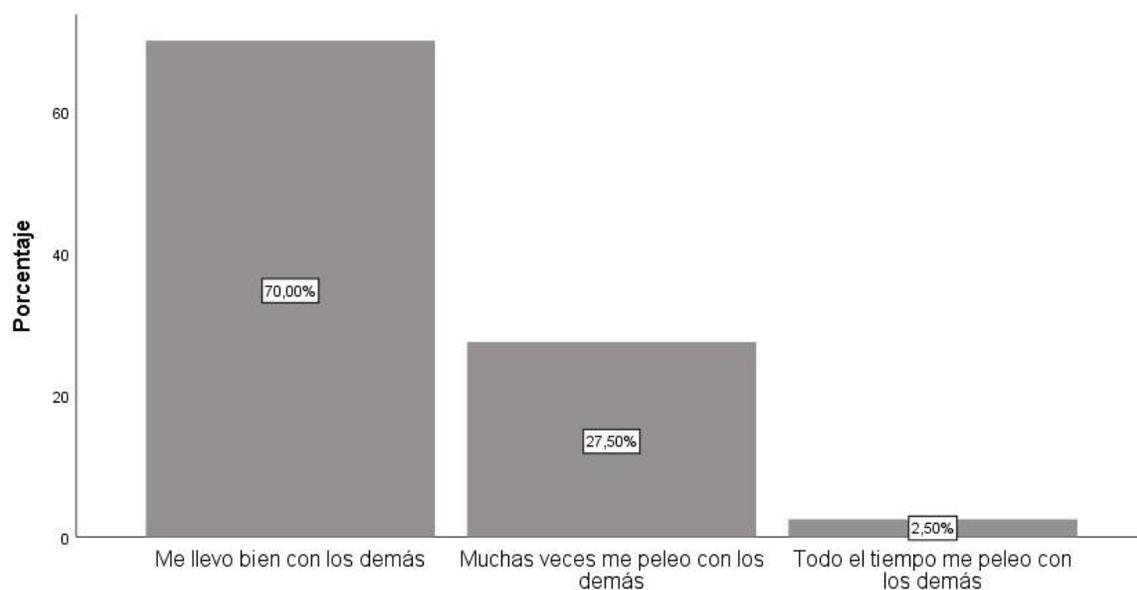
**Figura 27. Diagrama de barras porcentuales del ítem 26**

**Interpretación:** En la tabla 31 se presenta la distribución de frecuencias y porcentajes con respecto a las respuestas del ítem 26, en donde se presenta que el 53,8% indica que generalmente hace cosas en lo que le dicen, el 43,8% refiere que muchas veces no hace caso de lo que le dicen y el 2,5% nunca hace caso en lo que le dicen.

**Tabla 32**

***Distribución de frecuencias y porcentajes del ítem 27***

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Me llevo bien con los demás	56	70,0	70,0	70,0
Muchas veces me peleo con los demás	22	27,5	27,5	97,5
Todo el tiempo me peleo con los demás	2	2,5	2,5	100,0
Total	80	100,0	100,0	



**Figura 28. Diagrama de barras porcentuales del ítem 27**

**Interpretación:** En la tabla 32 se presenta la distribución de frecuencias y porcentajes con respecto a las respuestas del ítem 27, en donde se presenta que el 70% indica que se lleva bien con los demás, el 27,5% refiere que muchas veces se pelea con los demás y el 2,5% indica que todo el tiempo se pelea con los demás.

## 5.2. Interpretación de resultados

**Tabla 33**

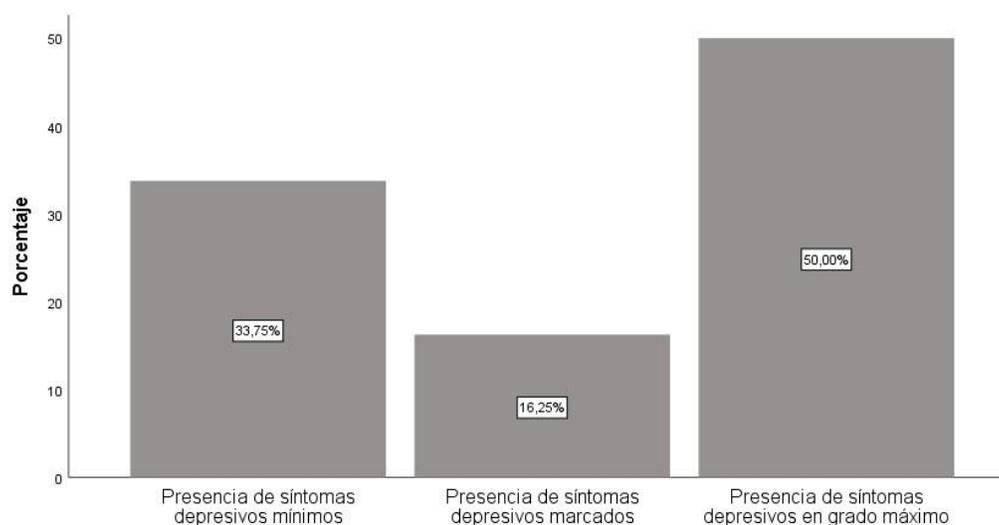
***Consolidado de respuestas al instrumento***

	Respuesta A		Respuesta B		Respuesta C		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
ITEM_01	57	71,3%	21	26,3%	2	2,5%	80	100,0%
ITEM_02	44	55,0%	35	43,8%	1	1,3%	80	100,0%
ITEM_03	52	65,0%	25	31,3%	3	3,8%	80	100,0%
ITEM_04	28	35,0%	49	61,3%	3	3,8%	80	100,0%
ITEM_05	60	75,0%	20	25,0%	0	0,0%	80	100,0%
ITEM_06	44	55,0%	32	40,0%	4	5,0%	80	100,0%
ITEM_07	58	72,5%	20	25,0%	2	2,5%	80	100,0%
ITEM_08	58	72,5%	21	26,3%	1	1,3%	80	100,0%
ITEM_09	50	62,5%	30	37,5%	0	0,0%	80	100,0%
ITEM_10	59	73,8%	17	21,3%	4	5,0%	80	100,0%
ITEM_11	52	65,0%	24	30,0%	4	5,0%	80	100,0%
ITEM_12	55	68,8%	21	26,3%	4	5,0%	80	100,0%
ITEM_13	41	51,2%	37	46,3%	2	2,5%	80	100,0%
ITEM_14	46	57,5%	32	40,0%	2	2,5%	80	100,0%
ITEM_15	38	47,5%	34	42,5%	8	10,0%	80	100,0%
ITEM_16	49	61,3%	29	36,3%	2	2,5%	80	100,0%
ITEM_17	59	73,8%	17	21,3%	4	5,0%	80	100,0%
ITEM_18	50	62,5%	28	35,0%	2	2,5%	80	100,0%
ITEM_19	50	62,5%	28	35,0%	2	2,5%	80	100,0%
ITEM_20	50	62,5%	25	31,3%	5	6,3%	80	100,0%
ITEM_21	44	55,0%	33	41,3%	3	3,8%	80	100,0%
ITEM_22	44	55,0%	28	35,0%	8	10,0%	80	100,0%
ITEM_23	43	53,8%	33	41,3%	4	5,0%	80	100,0%
ITEM_24	40	50,0%	33	41,3%	7	8,8%	80	100,0%
ITEM_25	57	71,3%	20	25,0%	3	3,8%	80	100,0%
ITEM_26	43	53,8%	35	43,8%	2	2,5%	80	100,0%
ITEM_27	56	70,0%	22	27,5%	2	2,5%	80	100,0%

**Tabla 34**

***Distribución de frecuencias y porcentajes con respecto a la variable de estudio “Depresión”***

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>Presencia de síntomas</b>				
depresivos mínimos	27	33,8	33,8	33,8
Presencia de síntomas depresivos marcados	13	16,3	16,3	50,0
Presencia de síntomas depresivos en grado máximo	40	50,0	50,0	100,0
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	



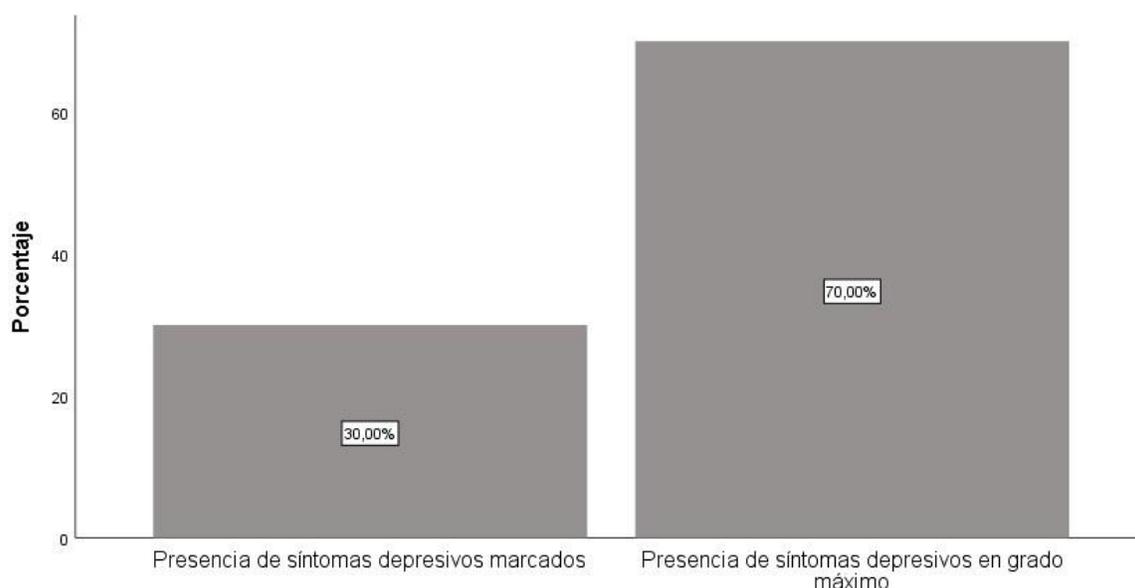
**Gráfico 29. Diagrama de barras porcentuales con respecto a la variable de estudio Depresión**

**Interpretación:** En la Tabla 34, se observan los resultados con respecto a la variable depresión, en donde se observa que el 33,8% de la muestra (n=27), presenta síntomas depresivos mínimos, el 16,3% (n=13) presenta síntomas depresivos marcados y el 50% (n=40) presenta síntomas depresivos en grado máximo.

**Tabla 35**

***Distribución de frecuencias y porcentajes con respecto a la dimensión  
“Estado de ánimo disfórico”***

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Presencia de síntomas depresivos marcados	24	30,0	30,0	30,0
Presencia de síntomas depresivos en grado máximo	56	70,0	70,0	100,0
Total	80	100,0	100,0	



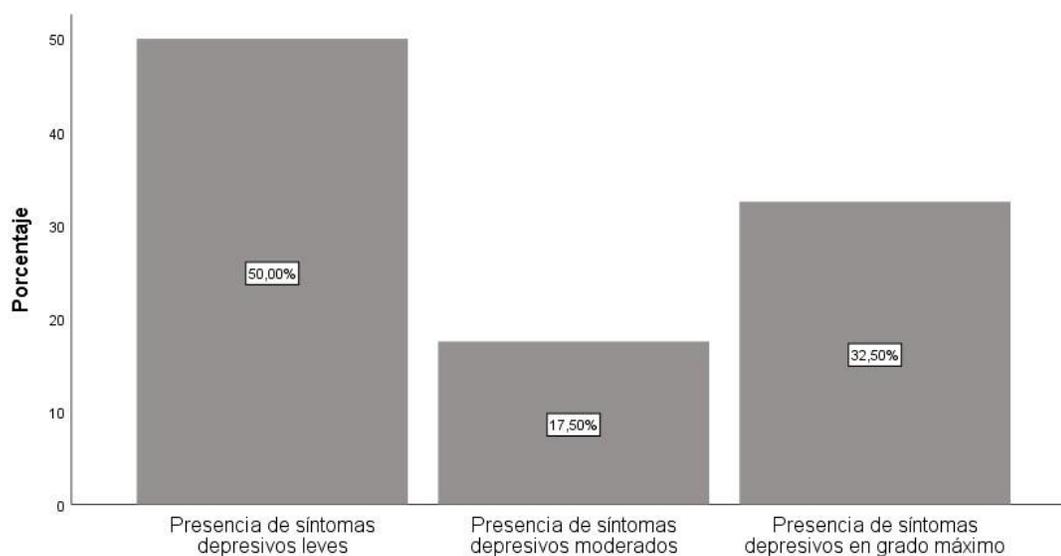
**Gráfico 30. Diagrama de barras porcentuales con respecto a la dimensión Estado de ánimo disfórico**

**Interpretación:** En la Tabla 35, se observa la distribución de frecuencias y porcentajes con respecto a la dimensión “Estado de ánimo disfórico”, en donde se registra que el 30% (n=24) presenta síntomas depresivos marcados y el 70% (n=56) presenta síntomas depresivos en grado máximo.

**Tabla 36**

***Distribución de frecuencias y porcentajes con respecto a la dimensión “Ideas de autodesprecio”***

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>Presencia de síntomas</b>				
depresivos leves	40	50,0	50,0	50,0
Presencia de síntomas depresivos moderados	14	17,5	17,5	67,5
Presencia de síntomas depresivos en grado máximo	26	32,5	32,5	100,0
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	



**Gráfico 31. Diagrama de barras porcentuales con respecto a la dimensión Ideas de autodesprecio**

**Interpretación:** En la Tabla 36, se observa la distribución de frecuencias y porcentajes con respecto a la dimensión “Ideas de autodesprecio”, en donde se observa que el 50% (n=40) de la muestra presenta síntomas depresivos leves, el 17,5% (n=14) presenta síntomas depresivos moderados, el 32,5% (n=26) presenta síntomas depresivos en grado máximo.

## **VI. ANÁLISIS DE RESULTADOS**

### **6.1. Análisis de resultados**

Los resultados encontrados indican que el instrumento aplicado ha obtenido una alta fiabilidad en la muestra de estudio, de modo que los resultados que se reportan en el presente documento, forman parte de la evidencia académica obtenida por un método de investigación riguroso y con el empleo de un instrumento de recogida de datos adecuado e idóneo para la variable que se estudia.

Con respecto a la variable de estudio, se ha hallado que la mayoría de adolescentes encuestados (50%) presentan síntomas depresivos en grado máximo, lo cual se interpreta como un indicador de alto riesgo para la preservación de salud mental de la muestra de estudio, de modo que estos adolescentes tienden a presentar un bajo estado de ánimo negativista y una inadecuada capacidad para disfrutar de la vida, lo que genera desesperanza e indefensión emocional volviendo vulnerable a nivel afectivo al adolescente a padecer cualquier conducta depresiva que atente contra su salud y su vida misma.

En la dimensión “Estado de ánimo disfórico”, se cuenta con un 70% de adolescentes que presentan síntomas de disforia crónicos, lo cual refiere que tienen un ánimo negativo que no les permite ser felices y constantemente sienten culpabilidad, soledad y desdicha que les agobia y genera una conducta débil y represiva a nivel psicológico.

En la dimensión “Ideas de autodesprecio”, se registra que la mayoría de adolescentes encuestados (50%) presenta contenidos cognitivos de infravaloración y desmotivación leves que generan perjuicio a la entidad psicológica personal, aunque estos, como se menciona, son leves, sin embargo, si tienen significancia clínica relevante puesto que pueden ser la puerta de entrada al agravamiento de otro tipo de ideaciones depresivas de mayor cronicidad depresiva.

Finalmente, se ha de mencionar que los resultados encontrados, aunque no conforman un diagnóstico confirmatorio formal, sí representan un tamizaje breve

exploratorio para una aproximación a la estimación de la frecuencia de la gravedad y curso de la depresión en la muestra adolescentes de estudio.

## **6.2. Comparación de resultados con antecedentes**

Orgilés et al. (2020) coincide con lo encontrado en el presente estudio, puesto que menciona, dentro de sus resultados encontrados, que la frecuencia de depresión en menores de edad es alta, sólo que no se llega a considerar en todos sus extremos a nivel clínico, puesto que los síntomas se encuentran en forma subjetiva en la dimensión conductual, en tal sentido, es necesario afirmar que los síntomas encontrados en el presente estudio en su mayoría han sido con respecto a la presencia de un estado de ánimo disfórico y no en ideas concretas de autodesprecio.

Por su parte, también los resultados coinciden con lo hallado por Fernández (2019) quien encontró que el 76% de menores de edad comprende el diagnóstico de sus problemas emocionales relacionados a un cuadro depresivo, lo cual es similar a los resultados del presente estudio en donde se determinó que el 50% de adolescentes encuestados presentan un nivel máximo de síntomas depresivos.

Sin embargo, en el estudio académico de Alvarado (2017) se halló que el 64% de menores de edad presentan síntomas depresivos leves, el 28% de niños presentan depresión en nivel moderado, mientras que el 8% presenta depresión en estado crónico o severo, lo cual no coincide con los resultados en el presente estudio, en donde, por el contrario, se ha hallado una alta frecuencia de sintomatología depresiva en grado máximo, por lo que, profundizando en el análisis, se puede inferir que Alvarado (2017), desarrolló su estudio con menores ecuatorianos, mientras que en el presente estudio se ha trabajado con menores de edad adolescentes peruanos.

Aunque en la investigación del psicólogo peruano Pérez (2018), se halló que el 100% de niños no tiene depresión infantil alguna que sea considerada a nivel clínico, por lo tanto, se concluyó que los niños cusqueños que formaron parte de la muestra

de estudio se encuentran sanos y aptos mentalmente, lo cual tampoco difiere de los datos hallados en el presente estudio, de modo que se declara la improcedencia de los resultados compatibles en todos sus extremos, quedando fundado el argumento que la procedencia jurisdiccional de la muestra de estudio es un factor diferencial para el hallazgo de resultados particulares con respecto a una variable psicológica compleja como lo es “la depresión”.

Por su parte, Castro y Luján (2018) divulgaron y publicaron el estudio denominado: “Sintomatología depresiva y resiliencia en niños” en Lima, en el cual hallaron que el 86,6% de niños no presenta síntomas, asimismo, el 12,3% presenta síntomas depresivos mínimos, el 0% presenta síntomas severos, y, finalmente, el 0,7% presenta síntomas en grado máximo de depresión. Estos resultados llevaron a concluir a los autores que, aunque la mayoría de niños mostrados no presentan depresión, si existieron algunos pocos que presentan este trastorno del estado del ánimo, por lo cual se requiere identificar los casos particularmente para iniciar el abordaje necesario. Estos resultados también difieren de lo hallado en el presente documento, toda vez que se ha hallado que la mayoría de la muestra de estudio padece depresión en grado máximo, sin embargo el motivo de estas diferencias se basa en el grupo etéreo, puesto que mientras Castro y Luján (2018) investigaron la depresión en niños, en el presente estudio se ha estudiado a adolescentes, aunque si bien es cierto, ambos grupos son menores de edad, la diferencia se encuentra en la etapa de desarrollo humano que atraviesa existiendo diferencias en los procesos afectivos motivacionales.

Los investigadores psicólogos peruanos, Gozzer y Santana (2017) halló que el 73% de menores de edad chiclayanos no presentan algún cuadro depresivo, lo cual difiere de lo hallado en el presente estudio en donde más bien se encontró que la mayoría de adolescentes en etapa escolar presentan cuadros depresivos crónicos, por lo cual, se infiere que el lugar de crecimiento influye en el desarrollo socioafectivo y anímico del menor de edad, influyendo ello en el curso depresivo.

## CONCLUSIONES

Las conclusiones a las cuales se ha llegado han sido las siguientes:

En la variable “depresión” se halló que el 33,8% de la muestra (n=27), presenta síntomas depresivos mínimos, el 16,3% (n=13) presenta síntomas depresivos marcados y el 50% (n=40) presenta síntomas depresivos en grado máximo.

En la dimensión “Estado de ánimo disfórico” se halló el 30% (n=24) de la muestra presenta síntomas depresivos marcados y el 70% (n=56) presenta síntomas depresivos en grado máximo.

En la dimensión “Ideas de autodesprecio”, se halló que el 50% (n=40) de la muestra presenta síntomas depresivos leves, el 17,5% (n=14) presenta síntomas depresivos moderados, el 32,5% (n=26) presenta síntomas depresivos en grado máximo.

## RECOMENDACIONES

El nivel de depresión de los adolescentes amerita ser abordado desde un enfoque de consejería individual personalizada basado en la terapia cognitiva conductual emotiva para evadir la agudización del cuadro depresivo.

El estado de ánimo disfórico que se presenta en grado máximo en los adolescentes que participaron del estudio, requiere ser intervenido desde el entrenamiento en habilidades socioemocionales para el afrontamiento y contención afectiva adecuada e idónea.

Las ideas de autodesprecio en grado leve que tienen los adolescentes que participaron del estudio requieren ser deconstruidos desde la sensibilización sistemática a fin de reestructurar cognitivamente los contenidos de autodesprecio que tienen los adolescentes sobre sí mismos.

Implementar sesiones de motivación y energización psicológica a fin de revertir el alto porcentaje de adolescentes que padecen un estado de ánimo disfórico.

Derivar los casos más críticos a las instancias de salud local, como la posta médica de la jurisdicción de Pueblo Nuevo, a fin de que considere como alarma epidemiológica en salud mental, las constantes ideas de autodesprecio leves que tienen los adolescentes.

Iniciar charlas virtuales con los padres, familias y adolescentes encuestados a fin de promocionar la salud mental y la importancia de una adecuada higiene mental para evitar el agravamiento de los cuadros depresivos que han sido materia de estudio en la presente investigación durante la pandemia por COVID-19.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alvarado, Y. (2017). *Nivel de depresión y sus factores de riesgo en estudiantes de 8 a 10 años de la escuela de educación básica "Ciudad de Loja" periodo enero – agosto del 2016*. [Tesis para optar el título profesional de Medicina General, Universidad Nacional de Loja]. Repositorio UNL. <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/19558/1/TESIS%20DEPRESI%C3%93N%20INFANTIL%20ESCUELA%20CIUDAD%20DE%20LOJA.pdf>
- Anaya, M. A. (2012). *La depresión*. Lima, Perú: Comisión del niño y de la familia del Colegio de Psicólogos del Perú. [ftp://181.177.250.17/descargas/mais/adolescente/DAIS/06\\_la\\_depresiona\\_infancia\\_adolescencia.pdf](ftp://181.177.250.17/descargas/mais/adolescente/DAIS/06_la_depresiona_infancia_adolescencia.pdf)
- Andina (10 de octubre de 2019). *Salud mental: jóvenes son la población con más riesgo de suicidio*. <https://andina.pe/agencia/noticia-salud-mental-jovenes-son-poblacion-mas-riesgo-suicidio-769206.aspx>
- Arévalo, E. (2008). *Adaptación y estandarización del CDI para las ciudades de Trujillo, Chiclayo y Piura*. Trujillo, Perú.
- Belahonia, M. *Modalidad de castigo aplicada por los padres en los estudiantes del Colegio Divino Niño del distrito de Chincha Alta, 2017*. [Trabajo de investigación para optar el título profesional de Licenciada en Psicología, Universidad Autónoma de Ica]. Repositorio UAI. <http://repositorio.autonomadeica.edu.pe/bitstream/autonomadeica/130/1/MELLY%20OCHOA%20BELAHONIA-CASTIGO%20APLICADA%20POR%20PADRES%20EN%20ESTUDIANTES.pdf>
- Bello, A., O Higgins, M., Páez, L., Torales J. & Arce, A. (2015). Trastorno depresivo y su asociación con la edad en pacientes de la Cátedra y Servicio de Psiquiatría, FCM-UNA. *An. Fac. Cienc. Méd*, 48(2), 53-63. <http://dx.doi.org/10.18004/An.fcm/1816-8949.048.02.053-063>

- Bonet, C., Fernández, M., & Chamón, M. (2011). Depresión, ansiedad y separación en la infancia: Aspectos prácticos para pediatras ocupados. *Pediatría Atención Primaria*, 13(51), 471-489. <https://dx.doi.org/10.4321/S1139-76322011000300012>
- Bruce, J. (2017). Cómo tratar la depresión en niños y adolescentes. Chíncha: Perú LNG. <http://www.chinchaenlanoticia.com/2017/04/depresion-tambien-puede-afectar-salud.html>
- Caravero, J. & Martínez, N. (2019). Salud mental infantil: una prioridad a considerar. *Salud pública México*, 61(4), 11-20. <https://doi.org/10.21149/9727>
- Carrillo, D. & Muñoz, E. (2010). Estudio de la depresión infantil en los niños de pre-escolar. [Tesis para la obtención del título de Licenciado en Psicología, Universidad de Cuenca]. Repositorio UCUENCA. <https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/2184/1/tps688.pdf>
- Castro, C. & Luján, L. (2018). Sintomatología depresiva y resiliencia en niños. *Avances en Psicología*, 26(6), 189 – 199. <http://revistas.unife.edu.pe/index.php/avancesenpsicologia/article/download/1190/1134/>
- Cisneros, S. & Mantilla, M. (2016). *Depresión y ansiedad en niños de colegios estatales del distrito de Chorrillos*. [Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Psicología, Universidad Ricardo Palma]. Repositorio URP. [https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/urp/858/cisneros\\_ds-mantilla\\_rm%5b1%5d.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/urp/858/cisneros_ds-mantilla_rm%5b1%5d.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Fernández, I. (2019). *Problemas emocionales en niños españoles estrategias de evaluación y eficacia del protocolo preventivo transdiagnóstico super skills for life*. [Tesis doctoral, Universidad Miguel Hernández]. Repositorio Dialnet. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=248354>
- Freud, S. (2000). *Duelo y melancolía*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Amorrortu.
- García, R. (2003) *Trastornos del estado de ánimo*. Santiago: Edit. Mediterráneo.

- Gozzer, M. & Santana, I. (2017). Sintomatología depresiva y estilos parentales en niños del Colegio Privado Peruano Canadiense de Chiclayo, 2015. *Revista cuerpo médico*, 10(1), 13-19. [http://repositorio.utp.edu.pe/bitstream/UTP/2516/4/Marissa%20Jessica%20Gozzer-Minchola\\_Articulo\\_Revista%20del%20Cuerpo%20M%C3%A9dico%20del%20HNAAA\\_spa\\_2019.pdf](http://repositorio.utp.edu.pe/bitstream/UTP/2516/4/Marissa%20Jessica%20Gozzer-Minchola_Articulo_Revista%20del%20Cuerpo%20M%C3%A9dico%20del%20HNAAA_spa_2019.pdf)
- Grieve, A. (2015). *Comparación entre la presencia de sintomatología depresiva en niños de 8 a 10 años con leucemia, discapacidad física y ausencia de problemas de salud física en Lima Metropolitana*. [Tesis para optar el título profesional de Licenciado en Psicología, Universidad de Lima]. Repositorio ULIMA. [https://repositorio.ulima.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12724/1722/Grieve\\_Herrera\\_Alexandra.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ulima.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12724/1722/Grieve_Herrera_Alexandra.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Hernández, R. & Mendoza, C (2018). *Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. Ciudad de México, México: Editorial Mc Graw Hill.
- Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi (2021). *Uno de cada ocho niños o adolescentes presentarán algún problema de salud mental*. Lima, Perú: Sala de prensa virtual. <https://www.insm.gob.pe/oficinas/comunicaciones/notasdeprensa/2012/011.html>
- Kovacs, M. (1992). *Children's Depression Inventory CDI Manual*. New York: Multi-Health Systems
- Loubat O, Margarita, Aburto M, María Elena, & Vega A (2008). Aproximación a la Depresión Infantil por Parte de Psicólogos que Trabajan en COSAM de la Región Metropolitana. *Terapia psicológica*, 26(2), 189-197. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082008000200005>

- Navarro, J., Moscoso, M. & Calderón, G. (2017). La investigación de la depresión en adolescentes en el Perú: una revisión sistemática. *Liberabit*, 23(1), 57-74. <https://dx.doi.org/https://doi.org/10.24265/liberabit.2017.v23n1.04>
- OMS (1992). *Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades*. Ginebra: Clínicas y pautas para el diagnóstico.
- OMS (2012). *Plan de acción sobre salud mental 2013 – 2020*. Ginebra, Suiza: Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029\\_spa.pdf;jsessionid=7CE9A97A5120469A79C52544C5421B12?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf;jsessionid=7CE9A97A5120469A79C52544C5421B12?sequence=1)
- OMS (9 de setiembre de 2019). *Cada 40 segundos se suicida una persona*. <https://www.who.int/es/news/item/09-09-2019-suicide-one-person-dies-every-40-seconds>
- Orgilés, M., Samper, D., Fernández, I. & Espada, J. (2020). Depresión en preadolescentes españoles: diferencias en función de variables familiares. *Revista de Psicología clínica con niños y adolescentes*, 4(2), 129 – 134. <https://dialnet.unirioja.es/download/articulo/6036912.pdf>
- Pérez, E., Cervantes, V., Hijuelos, N., Pineda, J. & Salgado, H. (2017). Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión mayor. *Biomédica*, 28(2), pp. 17-20.
- Pérez, P. (2018). *Presencia de depresión en estudiantes de V ciclo de la institución educativa estatal San Luis Gozanga – 711 de Urubamba, Cusco – 2018*. [Tesis para optar el título profesional de Psicología, Universidad Andina del Cusco]. Repositorio UANDINA. [http://repositorio.uandina.edu.pe/bitstream/UAC/2462/1/Parko\\_Tesis\\_bachiller\\_2018.pdf](http://repositorio.uandina.edu.pe/bitstream/UAC/2462/1/Parko_Tesis_bachiller_2018.pdf)
- Rivera, R., Arias, W. & Cahuana, M. (2018). Perfil familiar de adolescentes con sintomatología depresiva en la ciudad de Arequipa, Perú. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 56(2), 117-126. <https://dx.doi.org/10.4067/s0717-92272018000200117>

- Rodríguez, J. (1999). El síndrome depresivo en el niño y en el adolescente. *Adolescencia y Salud*, 1(1), 83-88. [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-41851999000100013&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-41851999000100013&lng=en&tlng=es)
- Sanz, J. & García, M. (2020). Las ideas equivocadas sobre la depresión infantil y adolescente y su tratamiento. *Clínica y Salud*, 31(1), 55-65. <https://dx.doi.org/10.5093/clysa2020a4>
- Sigerist, H. (1961). *History of Medicine*. New York, EE.UU: Oxford University Press.
- Silva, L (2019). Suicidio de niños y adolescentes: una advertencia para el cumplimiento del imperativo global. *Acta Paulista de Enfermagem*, 32(3), III-IVI. Epub July 29, 2019. <https://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201900033>

## **ANEXOS**

### Anexo 1: Matriz de consistencia

PROBLEMAS	OBJETIVOS	VARIABLES Y DIMENSIONES	METODOLOGÍA
<p><b>Problema general:</b> ¿Cuál es el nivel de depresión en adolescentes de 12 a 17 años durante la pandemia por COVID-19 en la Urbanización El Rosedal, Chincha – 2021?</p>	<p><b>Objetivo general</b> Determinar el nivel de depresión en adolescentes de 12 a 17 años durante la pandemia por COVID-19 en la Urbanización El Rosedal, Chincha – 2021.</p>	<p><b>Variable de estudio:</b> Depresión Infantil</p> <p><b>Dimensión 01:</b> Estado de ánimo disfórico</p> <p><b>Dimensión 02:</b> Ideas de autodesprecio</p>	<p><b>Enfoque:</b> Cuantitativo</p> <p><b>Método:</b> Inductivo</p> <p><b>Tipo:</b> Descriptivo Simple</p> <p><b>Nivel de estudio:</b> Básico</p> <p><b>Diseño:</b> No Experimental de corte transversal.</p> <p><b>Población y muestra:</b> 80 niños</p> <p><b>Técnica de muestreo:</b> No probabilística por criterios de inclusión y exclusión</p> <p><b>Instrumentos:</b> Inventario de depresión infantil (CDI)</p>
<p><b>Problemas específicos 01:</b> ¿Cuál es el nivel de la dimensión Estado de ánimo disfórico en adolescentes de 12 a 17 años durante la pandemia por COVID-19 en la Urbanización El Rosedal, Chincha – 2021?</p>	<p><b>Objetivo específico 01:</b> Determinar el nivel de la dimensión Estado de ánimo disfórico en adolescentes de 12 a 17 años durante la pandemia por COVID-19 en la Urbanización El Rosedal, Chincha – 2021.</p>		
<p><b>Problema específico 02:</b> ¿Cuál es el nivel de la dimensión Ideas de autodesprecio en adolescentes de 12 a 17 años durante la pandemia por COVID-19 en la Urbanización El Rosedal, Chincha – 2021?</p>	<p><b>Objetivo específico 02:</b> Determinar el nivel de la dimensión Ideas de autodesprecio en adolescentes de 12 a 17 años durante la pandemia por COVID-19 en la Urbanización El Rosedal, Chincha – 2021.</p>		

---

**Procesamiento de datos:**

En SPSS a través de:

- Tablas de frecuencias y porcentajes
  - Diagramas de barras
  - Tablas de medidas de tendencia central
-

## Anexo 2: Matriz de operacionalización de variables

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	Nº DE ITEMS	VALOR FINAL	CRITERIOS PARA ASIGNAR VALORES
Depresión infantil	Cualitativa ordinal	Conjunto de síntomas anímicos negativos en el niño (Kovacs, 1992)	El niño se siente triste, sin ganas de relacionarse, se aísla y siente culpa y desprecio contra sí mismo.	Estado de ánimo disfórico	Tristeza Soledad Desdicha Indefensión Pesimismo	1,2,3,4,5 ,6,10,11, 12,16,17 ,18,19,20, 21,22, 26,27	No hay presencia de síntomas depresivos [0 a 5]  Presencia de síntomas depresivo mínimo [6 a 15]  Presencia de síntomas depresivos marcados [16 a 20]  Presencia de síntomas depresivos en grado máximo [21 a más]	La sumatoria de los resultados de todos los ítems toma como producto los niveles categorizados por dimensión, y finalmente, la sumatoria total se categoriza en los siguientes niveles de la depresión infantil general:  No hay presencia de síntomas depresivos [0 a 14]  Presencia de síntomas depresivo mínimo [15 a 33]  Presencia de síntomas depresivos marcados [34 a 38]

---

			No hay presencia de síntomas depresivos [0 a 3]	<del>Presencia de síntomas depresivos en grado máximo [39 a más]</del>
Ideas de autodesprecio	Irritabilidad Sentimiento de incapacidad Culpabilidad excesiva Sentimientos de inferioridad	5,7,8,9,13,14,15,23,24,25	Presencia de síntomas depresivo mínimo [4 a 13]	
			Presencia de síntomas depresivos marcados [14 a 15]	
			Presencia de síntomas depresivos en grado máximo [16 a más]	

---

### Anexo 3: Instrumento de medición

42

## INVENTARIO C.D.I.

(ADAPTACIÓN Y ESTANDARIZACIÓN: EDMUNDO ARÉVALO LUNA - 2008)

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

**INSTRUCCIONES:** Este es un cuestionario que tiene oraciones que están en grupos de tres. Escoge, de cada grupo, una oración, la que mejor diga como 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"/>

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

ADAPTACIÓN Y ESTANDARIZACIÓN DEL CDI. EDMUNDO ARÉVALO LUNA

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 mi 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 de vez en cuando 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="checkbox"/>																
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="radio"/> 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="radio"/> C. Nadie me quiere realmente <input type="radio"/>	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																			

Evaluador responsable:.....

Firma:.....

#### Anexo 4: Ficha de validación de instrumentos de medición

**NORMAS EN PERCENTILES DEL CDI, EN ADOLESCENTES DEL NIVEL SECUNDARIO,  
PARA LAS CIUDADES DE TRUJILLO, CHICLAYO Y PIURA  
(E. Arévalo Luna – 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		<b>X</b>
2.962		2.041		4.768		<b>DS</b>
		5,394				<b>N</b>

## Anexo 5: Base de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

Visible: 35 de 35 variables

NIM_DIF	IDEAS_AUTO DESPRECIO	DEPRESIÓN	CAT_EST_ANIM_DISF	CAT_IDEAS_AUTODESPRECIO	CAT_DEPRESION
1	14	41	Presencia de síntomas depresivos en grado máximo	Presencia de síntomas depresivos moderados	Presencia de síntomas depresivos en grado máximo
2	17	48	Presencia de síntomas depresivos en grado máximo	Presencia de síntomas depresivos en grado máximo	Presencia de síntomas depresivos en grado máximo
3	11	32	Presencia de síntomas depresivos en grado máximo	Presencia de síntomas depresivos leves	Presencia de síntomas depresivos mínimos
4	12	34	Presencia de síntomas depresivos en grado máximo	Presencia de síntomas depresivos leves	Presencia de síntomas depresivos marcados
5	13	35	Presencia de síntomas depresivos en grado máximo	Presencia de síntomas depresivos leves	Presencia de síntomas depresivos marcados
6	12	32	Presencia de síntomas depresivos marcados	Presencia de síntomas depresivos leves	Presencia de síntomas depresivos mínimos
7	12	35	Presencia de síntomas depresivos en grado máximo	Presencia de síntomas depresivos leves	Presencia de síntomas depresivos marcados
8	13	35	Presencia de síntomas depresivos en grado máximo	Presencia de síntomas depresivos leves	Presencia de síntomas depresivos marcados
9	15	35	Presencia de síntomas depresivos marcados	Presencia de síntomas depresivos moderados	Presencia de síntomas depresivos marcados
10	13	39	Presencia de síntomas depresivos en grado máximo	Presencia de síntomas depresivos leves	Presencia de síntomas depresivos en grado máximo
11	13	37	Presencia de síntomas depresivos en grado máximo	Presencia de síntomas depresivos leves	Presencia de síntomas depresivos marcados
12	13	37	Presencia de síntomas depresivos en grado máximo	Presencia de síntomas depresivos leves	Presencia de síntomas depresivos marcados
13	16	40	Presencia de síntomas depresivos en grado máximo	Presencia de síntomas depresivos en grado máximo	Presencia de síntomas depresivos en grado máximo
14	10	28	Presencia de síntomas depresivos marcados	Presencia de síntomas depresivos leves	Presencia de síntomas depresivos mínimos
15	17	43	Presencia de síntomas depresivos en grado máximo	Presencia de síntomas depresivos en grado máximo	Presencia de síntomas depresivos en grado máximo
16	11	31	Presencia de síntomas depresivos marcados	Presencia de síntomas depresivos leves	Presencia de síntomas depresivos mínimos
17	16	43	Presencia de síntomas depresivos en grado máximo	Presencia de síntomas depresivos en grado máximo	Presencia de síntomas depresivos en grado máximo
18	15	47	Presencia de síntomas depresivos en grado máximo	Presencia de síntomas depresivos moderados	Presencia de síntomas depresivos en grado máximo
19	15	39	Presencia de síntomas depresivos en grado máximo	Presencia de síntomas depresivos moderados	Presencia de síntomas depresivos en grado máximo
20	10	28	Presencia de síntomas depresivos marcados	Presencia de síntomas depresivos leves	Presencia de síntomas depresivos mínimos
21	15	39	Presencia de síntomas depresivos en grado máximo	Presencia de síntomas depresivos moderados	Presencia de síntomas depresivos en grado máximo
22	14	40	Presencia de síntomas depresivos en grado máximo	Presencia de síntomas depresivos moderados	Presencia de síntomas depresivos en grado máximo
23	16	42	Presencia de síntomas depresivos en grado máximo	Presencia de síntomas depresivos en grado máximo	Presencia de síntomas depresivos en grado máximo

Vista de datos Vista de variables

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

Visible: 35 de 35 variables

	SEXO	EDAD	ITEM_01	ITEM_02	ITEM_03	ITEM_04	ITEM_05	ITEM_06	ITEM_07	ITEM_08	ITEM
1	1	13	2	2	2	2	2	2	1	2	1
2	1	14	2	2	2	2	2	2	2	1	1
3	2	17	1	2	1	2	1	1	1	1	1
4	2	15	1	1	1	1	1	2	1	1	2
5	2	15	1	2	1	2	1	2	1	1	1
6	1	14	1	2	1	1	1	1	1	1	1
7	1	17	1	2	1	2	1	1	1	1	1
8	1	15	1	1	2	2	1	1	1	1	1
9	1	13	1	1	1	2	1	1	1	1	2
10	1	12	2	2	1	2	1	3	1	1	1
11	2	13	1	2	1	2	1	1	1	1	2
12	2	13	1	1	1	2	1	1	1	1	2
13	2	12	1	1	2	2	1	1	1	2	2
14	1	14	1	1	1	1	1	1	1	1	1
15	2	14	1	2	2	2	1	2	3	1	1
16	1	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1
17	2	13	1	2	2	2	2	1	1	1	1
18	2	15	1	2	1	2	1	3	2	1	2
19	1	13	2	1	1	2	2	2	1	1	2
20	1	15	1	1	1	1	1	1	1	1	1
21	2	15	1	1	2	2	1	2	2	1	1
22	2	15	1	2	2	2	1	1	1	1	2
23	1	14	1	2	2	1	2	2	1	2	2
24	2	16	1	1	2	1	2	2	2	2	1

Vista de datos Vista de variables

## Anexo 6: Informe de turniting

“DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES DE 12 A 17 AÑOS DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19 EN LA URBANIZACIÓN EL ROSEDAL, CHINCHA- 2021”

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.urp.edu.pe Fuente de Internet	2%
2	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	2%
3	repositorio.uncp.edu.pe Fuente de Internet	2%
4	repositorio.autonomadeica.edu.pe Fuente de Internet	2%
5	www.mir.es Fuente de Internet	1%
6	repositorio.uap.edu.pe Fuente de Internet	1%
7	docslide.us Fuente de Internet	1%
8	Submitted to Universidad Nacional Intercultural de Quillabamba Trabajo del estudiante	1%

Excluir citas    Apagado    Excluir coincidencias < 1%  
Excluir bibliografía    Activo