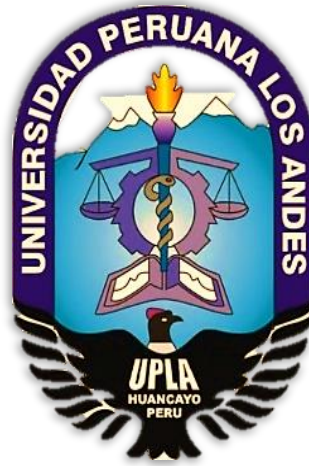


# UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Psicología



## TESIS

### **SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN ADOLESCENTES DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS SECUNDARIAS DE COSTA, SIERRA Y SELVA DEL PERÚ, 2019.**

Para optar : Título profesional de Psicóloga.

Autor : Bach. Reymundo García, Arali Ibeth

Asesor : Dra. Jesús Peña, Mercedes Merryl

Línea de investigación : Salud Mental en contexto pluri y multiculturales

Línea de investigación institucional: Salud y Gestión de la Salud

Fecha de inicio y culminación: agosto 2019- diciembre 2019.

Huancayo – Perú, 2019

## **DEDICATORIA**

El presente trabajo está dedicado a mis padres: Freddy y Nancy,  
y a mi hermana Amara.

También me gustaría dedicar este trabajo al grupo de estudio  
tertulia conductual quienes creen en la formación académica seria y  
la importancia de la psicología en la contribución de un desarrollo  
social científico de nuestra comunidad.

## **AGRADECIMIENTO**

A la Dra Mercedes Merryl Jesús Peña, al Ps. José Antonio Cuadros Espinoza, Ps. Nataly Gabriela Solis Tapia, por su guía en mi formación académica y personal.

A mis apreciados compañeros de aula: Willy, Esther, Zarela y Araceli por su amistad.

A Clara García Lino, Mercy Garcia Lino por su contribución en el proyecto.

Al señor Juanito de la biblioteca.

## INTRODUCCIÓN

La depresión es la principal causa de problemas de salud y discapacidad en todo el mundo su manifestación, es decir, el conjunto de síntomas que lo caracteriza suele ser: pérdida de interés, sentimientos de culpa, falta de concentración, trastornos del sueño o apetito; a pesar de que se han logrado avances en cuanto a su estudio y delimitación, aún existen diferencias en la expresión de su sintomatología ya sea por: el nivel socioeconómico, género, grado de instrucción, ubicación geográfica, grupo etario, etc. ,en busca de poder esclarecer este panorama y contribuir en la literatura científica, el principal objetivo de la presente investigación fue comparar la diferencia de la sintomatología depresiva en adolescentes de Instituciones Educativas Secundarias de la costa, sierra y selva del Perú.

Se utilizo el método científico, con un tipo de investigación básica, nivel descriptivo, y diseño de investigación: no experimental-transversal-descriptivo comparativo; para alcanzar el objetivo propuesto se utilizó el inventario de depresión de Beck BDI-II, en una muestra 243 estudiantes de instituciones educativas de costa, sierra y selva.

El Capítulo I contiene el planteamiento y delimitación del problema, la formulación de problemas y objetivos, así como su justificación; el Capítulo II desarrolla el marco teórico donde se presentan los antecedentes: internacionales y nacionales, bases teóricas y marco conceptual de la investigación.

Las hipótesis de investigación, así como la definición de la variable se presenta en el capítulo III; en el capítulo IV se describe la Metodología donde se desarrolla el método, tipo, nivel, diseño; en el capítulo V se presentan los resultados; el capítulo VI análisis y discusiones de resultados; el capítulo VII conclusiones y posteriormente el capítulo VIII recomendaciones.

Finalmente ponemos a consideración la presente investigación para ser evaluada y así, contribuya en futuras investigaciones.

## CONTENIDO

DEDICATORIA .....	ii
AGRADECIMIENTO .....	iii
INTRODUCCIÓN .....	iv
RESUMEN .....	x
ABSTRACT.....	xi
CAPÍTULO I .....	12
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	12
1.1.Descripción de la realidad problemática. ....	12
1.2.Delimitación del problema .....	14
1.3.Formulación del problema.....	14
1.3.1. Problema General.....	14
1.3.2. Problemas Específicos .....	14
1.4.Justificación .....	15
1.4.1. Social.....	15
1.4.2. Teórica .....	16
1.4.3. Metodológico .....	16
1.5.Objetivos.....	16
1.5.1. Objetivo General.....	16
1.5.2. Objetivos Específicos.....	17
CAPÍTULO II .....	18

MARCO TEÓRICO .....	18
2.1. Antecedentes.....	18
2.2. Bases teóricas o científicas .....	23
Adolescencia.....	55
2.3. Marco conceptual .....	59
CAPÍTULO III.....	61
HIPÓTESIS Y VARIABLES .....	61
3.1. Hipótesis general .....	61
3.2. Hipótesis específicas.....	61
CAPÍTULO IV .....	63
METODOLOGÍA .....	63
4.1. Método de investigación.....	63
4.2. Tipo de investigación.....	63
4.3. Nivel de investigación .....	63
4.4. Diseño de investigación.....	63
4.5. Población y muestra.....	64
4.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos. ....	66
4.7. Técnicas de procesamiento de análisis de datos. ....	67
4.8. Aspectos éticos de la investigación. ....	68
CAPÍTULO V .....	70
RESULTADOS .....	70
5.1. Descripción de resultados.....	70

5.2.Resultados inferenciales .....	80
CAPITULO VI .....	85
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS .....	85
CAPITULO VII .....	93
CONCLUSIONES .....	93
CAPITULO VIII.....	94
RECOMENDACIONES.....	94
REFERENCIAS.....	95
ANEXOS .....	108
Anexo 1 Matriz de consistencia.....	109
Anexo 2 Operacionalización de variables .....	110
Anexo 3 Matriz de operacionalización del instrumento.....	111
Anexo 4: Instrumento de evaluación y constancia. ....	112
Anexo 5 Validez y confiabilidad de los instrumentos .....	117
Anexo 6 Data de procesamiento de datos.....	122
Anexo 7: Consentimiento informado de los padres u apoderados.....	128
Anexo 8: Consentimiento informado de los estudiantes .....	131
Anexo 9 Fotos de la aplicación del instrumento.....	134

## CONTENIDO DE TABLAS

<i>Tabla 1</i> Muestra de la investigación .....	68
<i>Tabla 2</i> Sintomatología depresiva de los adolescentes de las I.E. según región.....	70
<i>Tabla 3</i> Sintomatología depresiva según sexo de la institución educativa de la costa.....	71
<i>Tabla 4</i> Sintomatología depresiva según edad de la institución educativa de la costa. ....	72
<i>Tabla 5</i> Sintomatología depresiva según grado de instrucción de la I.E. de la costa. ....	73
<i>Tabla 6</i> Sintomatología depresiva según sexo de la institución educativa de la sierra .....	74
<i>Tabla 7</i> Sintomatología depresiva según edad de la institución educativa de la sierra.....	75
<i>Tabla 8</i> Sintomatología depresiva según grado de instrucción de la I.E. de la sierra. ....	76
<i>Tabla 9</i> Sintomatología depresiva según sexo de la institución educativa de la selva.....	77
<i>Tabla 10</i> Sintomatología depresiva según edad de la institución educativa de la selva. ....	78
<i>Tabla 11</i> Sintomatología depresiva según grado de instrucción de la I.E. de la selva. ....	79
<i>Tabla 12</i> Diferencia de la sintomatología depresiva en la costa, sierra y selva .....	81
<i>Tabla 13</i> Diferencia de la sintomatología depresiva según edad. ....	82
<i>Tabla 14</i> Diferencia de la sintomatología depresiva según sexo.....	83
<i>Tabla 15</i> Diferencia de la sintomatología depresiva según grado de instrucción. ....	84
<i>Tabla 16</i> Confiabilidad del inventario de depresión de beck – I.E. de la costa. ....	117
<i>Tabla 17</i> Validez interna del inventario de depresión de beck – I.E. de la costa. ....	118
<i>Tabla 18</i> Confiabilidad del inventario de depresión de beck – I.E. de la sierra. ....	119
<i>Tabla 19</i> Validez interna del inventario de depresión de beck – I.E. de la sierra.....	119
<i>Tabla 20</i> Confiabilidad del inventario de depresión de beck – I.E. de la selva.....	120
<i>Tabla 21</i> Validez interna del inventario de depresión de beck – I.E. de la selva. ....	121



## CONTENIDO DE FIGURAS

<i>Figura 1</i> Sintomatología depresiva en los adolescentes de las I.E. según región.....	701
<i>Figura 2</i> Sintomatología depresiva según sexo de la institución educativa de la costa.....	712
<i>Figura 3</i> Sintomatología depresiva según edad de la institución educativa de la costa. ....	733
<i>Figura 4</i> Sintomatología depresiva según grado de instrucción de la I.E. de la costa. ....	744
<i>Figura 5</i> Sintomatología depresiva según sexo de la institución educativa de la sierra. ....	755
<i>Figura 6</i> Sintomatología depresiva según edad de la institución educativa de la sierra. ....	766
<i>Figura 7</i> Sintomatología depresiva según grado de instrucción de la I.E. de la sierra. ....	777
<i>Figura 8</i> Sintomatología depresiva según sexo de la institución educativa de la selva. ....	788
<i>Figura 9</i> Sintomatología depresiva según edad de la institución educativa de la selva. ....	79
<i>Figura 10</i> Sintomatología depresiva según grado de instrucción de la I.E. de la selva. ....	80

## RESUMEN

La investigación tiene su inicio con la pregunta, ¿Cuál es la diferencia en la sintomatología depresiva en adolescentes de Instituciones Educativas Secundarias de costa, sierra y selva del Perú, 2019?, para ello se buscó comparar la diferencia de la sintomatología depresiva en adolescentes de Instituciones Educativas Secundarias de costa, sierra y selva del Perú. El tipo de investigación fue básico, nivel descriptivo, y diseño de investigación: no experimental-transversal-descriptivo-comparativo. Se trabajó con una muestra conformada por 243 adolescentes de 11 a 18 años del primer al quinto año de secundaria de las Instituciones Educativas Secundarias de la costa, sierra y la selva. Se aplicó el Inventario de Depresión de Beck- II, los datos fueron procesados y analizados con el Programa Estadístico para Ciencias Sociales SPSS versión 24 y la hipótesis fue contrastada con prueba estadística no paramétrica Chi-cuadrado de Pearson. En los resultados se tiene un p-valor (0,414), entonces  $0,414 > 0,05$ , por consiguiente se concluye que no existe diferencias significativas en la sintomatología depresiva de los estudiantes de Instituciones Educativas Secundarias de la costa, sierra y selva,2019, así mismo se recomienda realizar réplicas de la investigación, mediante estudios múltiples en diferentes regiones del Perú.

Palabras claves: Sintomatología depresiva, adolescentes.

## **ABSTRACT**

The research begins with the question, What is the difference in depressive symptomatology in adolescents from Secondary Educational Institutions of the coast, mountains and jungle of Peru, 2019? To do this, we sought to compare the difference in depressive symptoms in adolescents from Secondary Educational Institutions of the coast, mountains and jungle of Peru. The type of research was basic, descriptive level, and research design: non-experimental-transversal-descriptive comparative. We worked with a sample made up of 243 adolescents from 11 to 18 years old from the first to the fifth year of secondary school in the Secondary Educational Institutions of the coast, mountains and jungle. The Beck-II Depression Inventory was applied, the data was processed and analyzed with the Statistical Program for Sciences Social SPSS version 24 and the hypothesis was tested with Pearson's Chi-square non-parametric statistical test. In the results, there is a p-value (0.414), then  $0.414 > 0.05$ , therefore it is concluded that there are no significant differences in the depressive symptoms of the students of Secondary Educational Institutions of the coast, mountains and jungle, 2019. Likewise, it is recommended to carry out replications of the research, through multiple studies in different regions of Peru.

**Key words:** Depressive symptoms, adolescents

## CAPÍTULO I

### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

#### 1.1. Descripción de la realidad problemática.

Entre los principales problemas de salud mental del mundo se encuentra la depresión siendo categorizada como un problema de salud pública, debido a su prevalencia alta en la población ya que más de 300 millones de personas en el mundo la padecen, conllevando al suicidio en su mayor gravedad (Organización Mundial de la Salud, 2018). La manifestación de la depresión se da acorde al contexto social de la persona e incluso varía de acuerdo a los países, tal como lo demuestra los resultados de Reza, y otros (2012), en la encuesta mundial de salud, en países de ingresos económicos bajos y medianos, se encontro que mientras mayor desigualdad exista tanto en ingresos económicos y educación, mayores son las posibilidades de que se de prevalencia de la depresión. Centrándonos en América Latina y el Caribe el 5% de la población, presentan depresión y de este grupo solo 4 de cada diez reciben la atención sanitaria (Organización Panamericana de la Salud, 2012). En el Perú la depresión ha sido identificada como la primera causa de carga de enfermedad mental (Velasquez, 2006). Encontrándose que al menos dos millones de peruanos la padecen (Acosta, 2018). “Los estudios epidemiológicos realizados en los últimos años indican que la prevalencia de vida de cualquier trastorno mental es de 37,9 %, con pequeñas diferencias entre las poblaciones de costa, sierra y selva” (Ministerio de Salud, 2008). En la ciudad de Lima 600 mil personas presentan depresión y solo el 25% recibe atención médica (Acosta, 2018). El Instituto Nacional de Salud Mental (2012) *Honorio Delgado Hideyo-Noguchi* reporta que

los adolescentes entre 15 y 18 años presentan trastorno depresivo en una proporción de 10,3%, siendo mayor la prevalencia en el sexo femenino.

En la región Junín según refiere la coordinación de Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental, a través del tamizaje que se realizó se encontró que 19,676 personas, entre las edades de dos a ochenta años, presentan algún trastorno mental, de los cuales 5,716 presentan prevalencia en trastornos depresivos (Mendoza, 2019). La ciudad de Huancayo presenta mayor prevalencia de ansiedad y depresión, ya que se atendió más de 6,000 casos de trastornos depresivos (Andina. Agencia Peruana de Noticias, 2013). Así mismo en la ciudad de Jauja se registró 180 casos mensuales de intentos de suicidio en menores de 18 años, y con mayor prevalencia en las mujeres (RPP, 2012).

La población adolescente en la región Junín según refiere Diresa, 4 mil 836 adolescentes, que son el 14%, ha sido diagnosticado con depresión” (Diario Correo, 2018). La adolescencia es una etapa vulnerable debido a los cambios no solo biológicos sino también sociales que enfrenta el futuro adulto y que influirán en la estructura que cada persona mantendrá a la largo de su vida (Rodríguez, Nájera, & Díaz, 2005). Es relevante realizar intervenciones según las necesidades de los adolescentes de cada región y según el impacto cuantitativo que represente la población adolescente de un departamento. (Ministerio de Salud, 2009), por lo que el enfoque de salud debe considerar las diferentes variantes culturales que manifiesta cada región, los programas de salud deben comprender estos, para que resulten eficaces y lleguen a la población en general sin modificar o pretender establecer hábitos higiénicos, (de lo que están compuestos los programas de salud) sino más bien de modificar los ya existentes en las culturas adaptándolos (Aguirre, 2016). Actualmente en el Perú se han realizado diversos estudios que tratan de analizar y

comprender los síntomas depresivos en los adolescentes, sin embargo no se accedió a estudios en los que se considere las diferencias culturales de las regiones Costa, Sierra y Selva que nuestro país por sus características propias tiene.

Por lo que el objetivo de este proyecto fue describir y comparar la sintomatología depresiva en tres regiones del Perú Costa, Sierra y Selva. En este contexto y con los antecedentes mencionados planteamos la siguiente pregunta. ¿Qué diferencias existen en la sintomatología depresiva en adolescentes de Instituciones Educativas Secundarias de la Costa, Sierra y Selva del Perú, 2019?

## **1.2. Delimitación del problema**

Esta investigación se realizó en adolescentes de la I.E.E. Manuel Scorza Torre N° 8161 de la ciudad de Lima (Costa), I.E.E. Enrique Gómez Espinoza de la ciudad de Jauja (Sierra) y la I.E.E. Los Ángeles de Ubiriki-Chanchamayo (Selva) en la jornada escolar del año 2019.

## **1.3. Formulación del problema**

### **1.3.1. Problema General**

¿Cuál es la diferencia en la sintomatología depresiva en adolescentes de Instituciones Educativas Secundarias de costa, sierra y selva del Perú, 2019?

### **1.3.2. Problemas Específicos**

¿Cuál es la diferencia de la sintomatología depresiva en adolescentes según sexo de las Instituciones Educativas Secundarias de costa, sierra y selva del Perú, 2019?

¿Cuál es la diferencia de la sintomatología depresiva en adolescentes según edad de las Instituciones Educativas Secundarias de costa, sierra y selva del Perú, 2019?

¿Cuál es la diferencia de la sintomatología depresiva en adolescentes según grado de instrucción escolar de las Instituciones Educativas Secundarias de costa, sierra y selva del Perú, 2019?

## **1.4. Justificación**

### **1.4.1. Social**

La depresión es una problemática multifactorial que trasciende el ámbito escolar debido al alto grado de discapacidad social que genera en el ejercicio de las tareas personales y cotidianas por lo que se ha constituido como un problema de salud pública, así mismo es importante remarcar el hecho de que la mayoría de trastornos mentales ocurren antes de que las personas cumplan los 21 años, debido a esto cualquier investigación que busque esclarecer su prevalencia, consecuencias, diferencias en cuanto a la manifestación de sintomatología contribuye en la comprensión de esta compleja y difícil problemática. Además, con el presente trabajo se pudieron beneficiar las instituciones educativas que participaron en el estudio ya que contribuyó en la toma de conciencia del personal del área administrativa y los estudiantes, de que la depresión es una problemática cercana a cada uno de nosotros y que además necesita ser abordada con programas de prevención, promoción y planes de intervención acorde a la comunidad educativa ya sea con: escuela para padres, talleres con los estudiantes y docentes, para así mejorar la salud mental de sus integrantes.

### **1.4.2. Teórica**

El Perú junto a otros países de la región no destaca en la producción de conocimiento teórico, de ahí que la mayoría de test psicológicos, libros y artículos científicos sean elaborados principalmente en Estados Unidos y en menor proporción por Europa, por ello la presente investigación nació debido a la importancia de contar con estimaciones psicopatológicas de los trastornos afectivos como la depresión considerando variables culturales de las diferentes regiones con las que cuenta nuestro país, es así que con esta investigación se busca contribuir a la literatura científica de la depresión y más aun con aportes de un estudio que considera la importancia de la cultura para la medición y evaluación psicológica, ya que este es un campo de investigación fructuoso en resultados y muy poco explorado.

### **1.4.3. Metodológico**

Se respetó los principios instrumentales del inventario utilizado, se realizó la validez y confiabilidad del instrumento de acuerdo a las instituciones educativas evaluadas según regiones (costa, sierra y selva) para obtener resultados veraces y objetivos que permitan el análisis que explique mejor la realidad problemática de la presente investigación.

## **1.5. Objetivos**

### **1.5.1. Objetivo General**

Comparar la sintomatología depresiva en los adolescentes de las Instituciones Educativas Secundarias de la costa, sierra y selva del Perú, 2019.



### **1.5.2. Objetivos Específicos**

Identificar la diferencia de la sintomatología depresiva según sexo en adolescentes de Instituciones Educativas Secundarias de Costa, Sierra y Selva del Perú, 2019.

Identificar la diferencia de la sintomatología depresiva según edad en adolescentes de Instituciones Educativas Secundarias de Costa, Sierra y Selva del Perú, 2019.

Identificar la diferencia de la sintomatología depresiva en adolescentes según grado de instrucción escolar de Instituciones Educativas Secundarias de Costa, Sierra y Selva del Perú, 2019.

}

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. Antecedentes**

##### **Antecedentes internacionales**

Ho, Wai, Mak y Wing, (2018) investigación titulada: Factores cognitivos asociados con la depresión y ansiedad: estudio de longitudinal de dos años; trabajaron con una muestra de 214 estudiantes de séptimo y décimo grado de un colegio de Hong Kong, se evaluó en el 2016 y 2017. Se utilizaron instrumentos psicométricos para medir los niveles de sensibilidad de ansiedad, el procesamiento de atención selectiva y síntomas de ansiedad y depresión; Concluyeron que: las adolescentes en comparación a los adolescentes presentaron síntomas de ansiedad y sensibilidad a la ansiedad en el año 2016, también se dio el incremento de la prevalencia depresiva del 2016 al 2017, los análisis de regresión revelaron que la dimensión de las preocupaciones físicas de la sensibilidad a la ansiedad, el sesgo de atención positiva y, en menor medida, el sesgo de atención negativa, se relaciona con el desarrollo de síntomas de ansiedad y sintomatología depresiva después de un año. El temor a la incapacidad mental precedía la depresión después de un año, pero no los síntomas de ansiedad, además refieren que el entrenamiento de la sensibilidad a la ansiedad para reducir problemas somáticos y la modificación del sesgo atencional para aumentar la atención habitual a estímulos positivos y desasirse de los negativos puede reducir la ansiedad y síntomas depresivos en estudiantes de Secundaria.

Larios, Laborde, Sánchez, Gaviria, y Lastre (2017) en su investigación titulada: Caracterización de factores de riesgo psicosociales que inciden en Trastorno depresivo mayor en adolescentes, que trabajó con una población de 120 adolescentes entre las edades

de 12 a 19 años, de los cuales la muestra seleccionada fue de 84 estudiantes. Trabajaron con los siguientes Instrumentos: Encuesta semiestructurada diseñada para la investigación, S.Q.R. para la depresión, el Test de Autoestima de Rosenberg, Cage para el consumo de alcohol, APGAR para disfunción familiar; concluyeron que existe relación significativa entre los factores de baja autoestima y disfuncionalidad familiar, por lo que podrían considerarse factores predisponentes para la presencia de un diagnóstico presuntivo de depresión.

Orgilés, Samper, Martínez, y Espada (2017) en su investigación titulada: Depresión en preadolescentes españoles: Diferencias en función de variables familiares, se trabajo con la muestra de 632 preadolescentes con edades comprendidas entre 10 y 12 años, el 51% niñas; se trabajo con el instrumento del Inventario de Depresión Infantil; sus conclusiones son que los niños cuyos progenitores son divorciados frente a los que no presentan niveles bajos de autoestima, además aquellos preadolescentes con padres casados y relacion interpersonal adecuada presentan leves niveles de disforia.

Jauregui, Bernaras, Soroa, Sarasa, y Garaigordobil (2015) en su investigación titulada: Sintomatología depresiva en adolescentes asociadas al contexto escolar y clínico, trabajaron con una muestra de 1 285 estudiantes de 12 a 16 años. Utilizaron el instrumento del Cuestionario de Depresión para los niños (CDS) y el auto informe de personalidad S3 del Sistema de Evaluación de la conducta de niños y adolescentes (BASC) e información del rendimiento académico por parte de los tutores; y obtuvieron los siguientes resultados se encontró prevalencia de 3,8% de participantes con sintomatología grave, hallándose puntuaciones significativamente superiores en mujeres, si bien no se hallaron diferencias en función de edad. Las variables predictoras en ambos sexos fueron: estrés social,

atipicidad, ansiedad, sentido de incapacidad y somatización. En el caso de los varones el locus control externo también fue un predictor y en las mujeres, fue la autoestima.

Ceballos (2015) en su investigación titulada: Ideación suicida, depresión y autoestima en adolescentes escolares de Santa Marta; trabajaron con una muestra de 242 estudiantes de 15 a 19 años; utilizaron los siguientes instrumentos: Inventario de Depresión de Beck, la Escala de Autoestima de Rosenberg, la Escala de Ideación Suicida de Beck y de un cuestionario socio demográfico. Concluyeron que existe relación estadística significativa entre depresión e ideación suicida, lo que quiere decir que mientras mayor autoestima presenten los estudiantes menores será la probabilidad que presenten sintomatología depresiva y también menor ideación suicida. También sus resultados reflejan lo que la literatura científica ya ha expresado, existe relación directa entre sintomatología depresiva e ideación suicida. No se encontró relación de prevalencia de depresión con respecto al género.

### **Antecedentes nacionales**

Pérez (2018) en su investigación titulada: Presencia de Depresión en Estudiantes de V Ciclo de la Institución Educativa Estatal San Luis Gonzaga – 711 de Urubamba, Cusco – 2018, trabajo con una muestra de 102 estudiantes de V ciclo. Trabajaron con el Inventario de Depresión Infantil de Kovacs (CDI); concluyo que la población no presenta sintomatología o riesgo de sintomatología de Depresión, aunque por otra parte sí se encontró riesgo de sintomatología en las dimensiones Disforia y Autoestima Negativa. Para la comparación entre sexo y procedencia, la población no presenta diferencias en los resultados.

Damas y Manrique (2018) en su tesis titulada: Niveles de sintomatología depresiva en alumno de secundaria de instituciones educativas de las ciudades de Huancayo, Satipo y Huancavelica. Utilizaron el Inventario de depresión Infantil de Kovacs CDI, y trabajaron con una muestra de alumnado femenino y masculino de tercer grado de educación secundaria de tres instituciones educativas siendo un total de 377 alumnos. La sintomatología depresiva prevalente en la muestra total es la categoría diagnóstica alta; en el análisis por ciudades, la ciudad de Huancavelica posee mayor porcentaje de sintomatología depresiva alta, con edad prevalente de 13 años y género masculino; los de la ciudad de Huancayo presenta sintomatología baja, con prevalencia del género masculino y alumnos de 13 años; mientras que en la ciudad de Satipo prevalecen la sintomatología depresiva alta, género femenino y edad de 15 años.

Ramón y Montero (2016) en su tesis: Niveles de depresión en escolares de una Institución Educativa Nacional en Pampas, Tayacaja, Huancavelica, utilizaron el instrumento de Cuestionario de Depresión para Niños, trabajaron con una muestra de 93 escolares y obtuvieron los siguientes resultados que el 35.5% escolares evaluados presentan indicadores de depresión, seguido de presencia de depresión moderada 32.3%, no presentan indicadores de depresión un 32,3% de adolescentes. Se concluye presentan niveles de depresión con un 33%, asimismo el sexo femenino presenta mayor tendencia a la depresión que el sexo masculino, aunque la diferencia es no significativa y no existiendo relación entre las variables.

Jesús et al (2016) realizaron una investigación titulada: Prevalencia de sintomatología depresiva en adolescentes de una Institución Educativa pública de un

distrito de Huancayo; según sexo, grado escolar y edad. Se trabajó con diseño descriptivo simple transversal, la muestra fue de 609 adolescentes, varones (52%) y mujeres (48%), de tercer a quinto grado de secundaria de 13 a 19 años de edad. El tipo de muestreo fue el no probabilístico intencional evaluados con el BDI-II. Se concluye que, la prevalencia de sintomatología depresiva es el 63,4% con depresión mínima, 13,5% en depresión leve y depresión moderada y 9,7% en depresión severa. La prevalencia de síntomas depresivos según sexo se caracteriza por mayor presencia en las mujeres tanto en los niveles de depresión moderada en un 7.9% frente a un 5,6% (varones). La prevalencia de síntomas depresivos según grado escolar, la depresión es más elevada en el grupo de los estudiantes del tercer grado frente a los estudiantes de cuarto y quinto de secundaria. La prevalencia de síntomas depresivos según edades es más significativa en los grupos de 15 a 17 años.

Cerna (2015) en su investigación titulada: Estudio comparativo de la prevalencia de la depresión en estudiantes de secundaria provenientes de una institución educativa nacional y privada del distrito de Ate, trabajo con la población de 227 estudiantes de la institución educativa nacional y 70 de la institución educativa particular. Utilizo el Inventario de Depresión de Beck, y halló que la prevalencia de la depresión grave fue de 9% en la institución nacional y 11% en la institución particular. La muestra del personal femenino es en mayor proporción que la población masculina y el grupo de mayor prevalencia en edad fue el de 15 y 16 años en la institución nacional y 17 y 18 años en la institución particular. No encontrándose evidencias significativas en cuanto a las dimensiones somáticas y motivacionales con relación al sexo y en relación a las instituciones educativas.

Díaz y Peñarrieta (2014) en su investigación: Sintomatología depresiva en niños provenientes de hogares de padres separados y no separados, trabajaron con una población de 1217 estudiantes de ambos sexos entre las edades de 9 a 12 años de los cuales 639 fueron varones y 578 mujeres, en 15 instituciones educativas de la ciudad de Arequipa. Utilizaron como instrumento una ficha de recolección de datos diseñada por las investigadoras para conocer la dinámica y estructura familiar y una adaptación del inventario de Depresión Infantil (CDI) Kovacs, se obtuvo los siguientes resultados que refieren que no existe relación significativa entre la sintomatología depresiva en niños provenientes de hogares separados y no separados no comprobándose la hipótesis planteada.

## **2.2. Bases teóricas o científicas**

### **Sintomatología de la depresión**

#### **La depresión**

La depresión según el National Institute of Mental Health (2018) “es un trastorno del estado de ánimo común pero grave que causa síntomas severos que se siente, piensa y maneja las actividades diarias, como dormir, comer o trabajar.” Así mismo las consecuencias de la depresión afectan la calidad de vida, la funcionalidad de la persona con su medio e incluso puede generar discapacidad en cuanto a las actividades que realiza e incrementar los índices de mortalidad en otras enfermedades médicas (Revista Peruana de Epidemiología, 2010).

La depresión, se puede comprender como un trastorno del ánimo, sin embargo es importante resaltar su concepción como síndrome (conjunto de síntomas), de los

cuales se puede mencionar las alteraciones en el ciclo del sueño, disminución o aumento de apetito, dificultades en la concentración, así como sentimientos de que no existe una solución u otra alternativa frente a las situaciones difíciles que una persona puede atravesar, ideas de que la valía personal es muy poca o insuficiente frente a los demás, siendo necesaria la presencia de alguno de estos síntomas para realizar el diagnóstico de depresión clínica así como el tiempo que debe ser durante al menos dos semanas y que exista dificultades de la persona con su medio (Segal, Williams, & Teasdale, 2002).

Garza (2012) refiere que la depresión actualmente es considerada como un “fenómeno multifactorial en el que influyen diversas situaciones que hacen vulnerable al sujeto para padecer depresión”. En su acepción común la depresión puede ser entendida como estar triste; sin embargo, aun cuando esta sea una característica, esta no define al trastorno clínico llamado: Trastorno Depresivo mayor o también llamado episodio depresivo, este último es más que solo tristeza sino también un conjunto de síntomas que unidos son considerados como depresión (Segal, Williams, & Teasdale, 2008).

### **Sintomatología de la depresión**

Se entiende por síntoma a las descripciones de la experiencia del paciente como las quejas, pero que son evaluadas por el entrevistador quien será el que las categorizará de patológicas si fuese necesario (Olivares, 1995). Debido a los cambios propios de la adolescencia (físico, cognitivo, social, emocional y



crecimiento) es difícil reconocer la sintomatología depresiva en el grupo etario de adolescentes.

El Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos (2015) refiere que los síntomas de la depresión son: sentimientos persistentes de ansiedad, sentimientos de desesperanza y/o pesimismo, sentimientos de culpa, inutilidad, y/o impotencia, irritabilidad, inquietud, pérdida de interés en las actividades o pasatiempos que antes disfrutaba, incluso las relaciones sexuales, fatiga, dificultad para concentrarse, retomar detalles, y para tomar decisiones, insomnio, despertar temprano, dormir demasiado, comer excesivamente o perder el apetito, pensamientos suicidas o intentos de suicidio, dolores y malestar persistentes, dolores de cabeza, cólicos, o problemas digestivos que no se alivian incluso con tratamiento.

Por otro lado, Pacheco y Chaskel (2016) mencionan que los síntomas en los adolescentes son semejantes al de los niños; pero que a diferencia de los primeros, el adolescente suele presentar conductas negativistas y disociales (desafío a la autoridad), iniciar en el consumo de sustancias (alcohol, drogas, etc.), presentan irritabilidad, aislamiento, descuido en su apariencia personal, hipersensibilidad, retraimiento social, incapacidad de disfrutar de actividades que antes le resultaban gratificantes, autoestima disminuida y autoimagen deteriorada; también puede darse autoagresiones, como cortes superficiales, rasguñare, pellizcarse y pensamientos donde quitarse la vida es una posibilidad.

Si bien es cierto la sintomatología del adulto y el adolescente comparten ciertos síntomas, no son del todo iguales, ya que como señalan diversos autores la irritabilidad sería un síntoma distintivo entre ellos (Pacheco & Chaskel, 2016). El

Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su V Edición nos refiere que la sintomatología de la depresión de los adultos, los adolescentes y niños, comparten algunos criterios diagnósticos, pero también menciona que uno de los síntomas en los que la sintomatología del adulto se diferencia a la del adolescente o niño es: el encontrarse irritable, que puede ser entendido como conductas externalizantes (American Psychiatric Association , 2002) (APA).

### **Niveles de la sintomatología de la depresión**

De acuerdo con Kates y Mach (2007) (citado por Heinze & Camacho, 2010) determinar la severidad en el diagnóstico de depresión “cuenta con implicaciones diagnósticas y terapéuticas de gran ayuda al clínico y al paciente. Al terapeuta, le ayuda para la correcta toma de decisiones, así como un índice de eficacia, efectividad y eficiencia del tratamiento. Y al paciente, como apoyo para favorecer el autocuidado en su tratamiento”.

- **Depresión Leve:** “La sintomatología depresiva, solo genera una pequeña alteración en la funcionalidad o las actividades sociales o en sus relaciones personales”.
- **Depresión Moderado:** “Los síntomas generan una alteración en la funcionalidad o las actividades sociales o en sus relaciones interpersonales; sin que llegue a ser severo”.
- **Depresión Grave:** “La sintomatología depresiva genera una alteración en la funcionalidad de la vida cotidiana del sujeto y/o manifiesta ideación suicida o síntomas psicóticos”.

## **Sintomatología depresiva según el enfoque Cognitivo**

Beck, Steer y Brown (2006) en el Manual del Inventario de Depresión de Beck, señala que los síntomas que ellos recolectaron de más de 500 pacientes al momento de elaborar el instrumento BDI-II son: “tristeza, visión negativa de las situaciones que vivencia cada uno, fallar en las actividades, anhedonia, sentimiento de que cualquier situación adversa es responsabilidad de cada uno, no estar de acuerdo con su autoimagen, actuar de manera severa frente a las conductas idiosincráticas de cada uno, ideas de quitarse la vida, llanto, intranquilidad, dificultad para participar en actividades, dificultad para decidir, disminución de energía para realizar actividades, cambios en el ciclo fisiológico del sueño, alterarse frente a pequeñas situaciones que no justifican su actuar, cambios en el consumo de alimentos debido a pérdida de apetito, dificultad para centrar la atención en un estímulo, pocas energías para realizar actividades, pérdida de deseo sexual”. Por otro lado; Beck, John, Brian, y Emery (2010), mencionan que los síntomas motivacionales son: poca fuerza de voluntad, deseos de escape y evitación; los síntomas físicos: la apatía, pocas energías, inhibición motriz.

## **Síntomas Afectivos**

Afectividad según Real Academia Española (2018) es el conjunto de emociones, sentimientos, y pasiones de una persona.

- **Tristeza:** Los pacientes informan que se sienten tristes a través de expresiones verbales haciendo referencia al cuerpo, como: “La tristeza está en mí, en mi

cuerpo” estos casos lo que tiene que hacer el psicoterapeuta es reconocer las expresiones del paciente que representen tristeza. (Beck et al, 2010).

- **Sentimientos de culpa:** La culpa es una emoción que se produce cuando el agente o persona que lo presenta siente que ha realizado algo malo, que ha roto un tabú, indebido, prohibido, deshonesto, indecoroso, y este no se produce en función a lo que la persona entienda por moral, más allá de que si realmente lo sea (Hansberg, 1996). Mosher (1979) (citado por Etxebarria, 1992) refiere que los sentimientos de culpa se refieren “un factor de inhibición de la conducta a la que se halla asociado.” Beck, John, Brian, & Emery (2010) refieren que el terapeuta debe poner especial atención en los sentimientos de culpa, debido a que suele ser arbitraria y muchas veces no necesariamente es justificada, por ejemplo: una paciente no se siente culpable por no cuidar a sus hijos, pero si se siente culpable porque ser asertiva, negándose a ayudar a una colega.
- **Llanto:** La secreción lagrimal o también llamado “llanto” corresponde a una historia evolutiva del hombre, que obedece a una inicial respuesta fisiología como el llanto basal o reflejo, y finalmente el llanto psicoemocional que responde a una forma de expresar los sentimientos. El llanto descontrolado es el llanto de petición de ayuda, y presenta particularidades en su expresión como pueden ser: taparse los ojos, ocultar la mirada, llorar, jalándose los cabellos, etc (Jarrín, 2011). El llanto es un síntoma común en la depresión,

puede ocurrir durante la consulta, el paciente puede sollozar hasta que le cueste formular palabras (Beck et al, 2010).

- **Sentimientos de Castigo:** Se entiende por castigo a la “pena que se impone a quien ha cometido un delito o falta” (Real Academia Española, 2018). Así mismo, Nunner, Winkler y Sodian (1988) (citado por Sánchez, 2009) el castigo obedece a la atribución moral de una situación donde se establece una medida correctiva. Por lo que se puede entender el sentimiento de castigo como la emoción generada de que uno es sometido a una medida correctiva, pero esto no necesariamente implica que la justificación de este supuesto castigo se encuentre justificada.
  
- **Agitación:** “Trastorno emotivo que se caracteriza por una hiperactividad corporal desordenada y confusa” (Real Academia Española, 2018). La agitación no es un diagnóstico individual que corresponda a una sola enfermedad, sino que es un síntoma común en varias enfermedades, por lo que no tiene un código de clasificación en el CIE-10 (Stucchi et al, 2014). Finalmente, Sadock y Sadock (2009), Fernández et al (2009) y Hankin et al (2011) (citado por Stucchi et al, 2014) refieren que la agitación psicomotora es un estado de hiperactividad física y mental descontrolada e improductiva, asociada a la tensión interna, este es el concepto más claro que se aproxima al síntoma que estoy tratando de dilucidar, pero no es precisamente la agitación psicomotriz a lo que se refiere Beck et al (2006) en el Inventario de Depresión BDI-II, sino más bien a encontrarse “más inquieto de lo habitual”.

- **Irritabilidad:** De acuerdo con la Real Academia Española (2018), es la “propensión a irritarse”. Snaith y Taylor (1985) (citado por Busto, 2017) mencionan que es un sentimiento caracterizado por reaccionar de manera irascible frente a situaciones que no justifican este actuar, estas situaciones pueden ser específicas o también puede manifestarse la irritabilidad de manera generalizada frente a cualquier situación, así mismo cuando la persona expresa esta emoción no presenta un efecto catártico al culminar esta, sino que siempre es una experiencia desagradable. También es importante mencionar que Busto (2017) en su investigación titulada “La irritabilidad como síntoma en psiquiatría” concluyó que es un síntoma diagnóstico de diferentes enfermedades, además de que se encuentra relacionado con los trastornos emocionales o externalizantes; en el caso de la relación entre la irritabilidad y la depresión, es en esta donde se asocia a altos y bajos niveles de irritabilidad.

### **Síntomas Motivacionales**

Es el conjunto de factores internos o externos que determinan en parte las acciones de una persona” (Real Academia Española, 2018). Según Mínguez (2018), están inmersos la anhedonia “incapacidad para sentir placer de tareas que anteriormente resultaban placenteras”, la abulia, apatía “falta de voluntad o energía para hacer algo”, lentitud psicomotora, retraimiento conductual, entre otros.

- **Pesimismo:** Puede entenderse como la forma en la que valoramos la realidad, en base a nuestros prejuicios, vivencias, intereses personales, intereses de grupos sociales, etcétera (Canela, 2016). Scheier y Carver (2000) (citado por

Giménez, 2005) definen el pesimismo como la actitud de esperar a que sucedan cosas negativas.

- **Pérdida de placer:** Primero pasaremos a definir que es el placer. Oyarzún (1999) haciendo énfasis en los escritos de Epicuro refiere que el placer es “el principio y fin del vivir venturoso” lo cual no necesariamente implica la ausencia del dolor, sino el saber vivir con lo que uno tiene, el gozar la abundancia de lo poco que uno pueda tener. Así mismo; Chapman, Chapman y Raulin (1976) (citado por Olivares, 1995) definen al placer como “un afecto fuertemente positivo, un recuerdo estimatorio de la experiencia y una complacencia”, así mismo ellos mencionan a la anhedonia como “un defecto caracterial que dura toda la vida en la capacidad de experimentar placer”. En el trabajo llevado a cabo por Olivares (1995) se concluye que la anhedonia se puede entender como un rasgo, así como la incapacidad de sentir el placer como sensación y de ser consciente de ella.
- **Pérdida de Interés:** A diferencia del anterior está más relacionada con la apatía que con la anhedonia y tiene causas específicas y diferenciadas de la anhedonia. Una persona que presenta apatía se encuentra completamente orientado y consciente (observa, recuerda, ve y oye); sin embargo, es indiferente a todo lo que pasa a su alrededor; sea esta alegría, tristeza, peligro o vacío no tiene diferente significancia para él (Olivares, 1995).
- **Pérdida de energía:** “Eficacia, poder, virtud para obrar” (Real Academia Española, 2018). Se puede entender como la pérdida del deseo impulso de

hacer. De acuerdo a Kraepelin, un concepto general que engloba la pérdida de placer, interés o aniquilación de cualquier actividad emocional supone la indiferencia (Olivares, 1995).

- **Cansancio o fatiga:** “Falta de fuerzas que resulta de haberse fatigado” (Real Academia Española, 2018). En el campo de los médicos el cansancio o fatiga se considera como un síntoma predictor de diversas enfermedades no solo medicas sino también de carácter psicológico, así mismo se encuentra relacionado con la calidad de vida (Pedraz, 2018).

### **Síntomas Cognitivos**

Estos son tratados principalmente en la Teoría de Beck de la depresión, ya que en esta teoría se trabaja con el presupuesto de que los efectos y conductas del paciente están determinado por la forma en la que este percibe el mundo y esto sucede en base a las cogniciones que ha ido adquiriendo a lo largo de su vida, estas cogniciones, también llamado esquemas le ayudan a procesar la realidad.

- **Fracaso:** El fracaso puede darse como la percepción real o subjetiva frente a un evento que puede ser: dificultades familiares, problemas laborales, dificultades escolares, etc. Un indicador diagnóstico importante a la hora de valorar la gravedad e intensidad depresiva es el fracaso en relación a uno mismo. Los sentimientos de fracaso se manifiestan por actitudes de derrota o vencimiento (Díaz, 2008).



- **Disconformidad con uno mismo:** Se entiende por disconformidad que es la “Diferencia de unas cosas con otras en cuanto a su esencia, forma o fin” (Real Academia Española, 2018). Se puede entonces definir en el campo de la psicología como la no conformidad con uno mismo, como la no autoaceptación. De acuerdo con Ryff (1989), Ryff y Keyes (1995) (citado por Asla, Agirrezabal, López, López, & Broz, 2014), la autoaceptación es “la capacidad para ver y aceptar las propias fortalezas y debilidades”. Para Branden (2011) la autoaceptación se puede entender como la aprobación de las diversas facetas de la personalidad y no buscar ningún cambio en base a la ilusión de perfeccionar tu imagen. De modo que, un paciente que presenta síntomas depresivos presenta dificultades que le permitan ser consciente y aceptar su condición de forma objetiva, que a su vez lo lleva al menosprecio de sí mismo.
- **Autocrítica:** “La autocrítica es concebida como un estilo cognitivo de personalidad mediante el cual el individuo se evalúa y se juzga a sí mismo” (De Rosa, Dalla, Rutzstein, & Keegan, 2012). Dunkley et al (2006) (citado por De Rosa et al, 2012), refieren que existe una autocrítica adaptativa y otra más disfuncional, la primera, se refiere a una autocrítica que ayuda a la persona a poder reconocer sus defectos para así modificarlos y poder construir su identidad, la segunda en cambio, se caracteriza en que la persona que lo presenta se censura de manera exagerada, peyorativa, y generando insatisfacción consigo mismo.

- **Pensamiento o deseos suicidas:** Rascon et al (2004) refieren que “la ideación suicida es un síntoma frecuente e inespecífico que refleja un nivel de conflicto interno asociado con desesperanza y falta de autoestima”. Asimismo, de acuerdo a varias investigaciones internacionales las personas con alguna enfermedad psiquiátrica son más propensas a ejecutar actos suicidas. Toro, Avendaño y Castrillón (2016) (citado por Pérez, Martínez, Vianchá, & Avendaño, 2017) refiere que la ideación suicida comprende pensamientos o ideas de la persona en la que dependiendo del grado o especificidad planea o desea su propia muerte. Nieto y Bravo (1980) (citado por Rascon et al, 2004) describen a personas con riesgo de suicidarse mediante algunas características, y las divide en dos grupos:
  - a) Características de riesgo grave: Presentan “deseo de morir, presencia de psicosis, depresión, culpa por fallecimiento, autoestima baja, deseo intenso de castigo, aislamiento y decepción, ansiedad, pérdida de apetitos como: hambre, sexo, sueño y actividad”.
  - b) Características de riesgo más peligroso: Presentan características ya mencionadas sumadas a “psicosis previa, nota suicida, método violento, enfermedad crónica, intervenciones quirúrgicas recientes, mutilaciones, alcoholismo o drogadicción, hipocondriasis, percepción de carga excesiva, desamparo y aislamiento”.
- **Indecisión:** La Real Academia Española (2018) lo define como una falta de decisión. Di Schiena, Luminet, Chang, y Philippot (2013), refieren que la

indecisión es uno de los síntomas primordiales que define la depresión, entendiendo la depresión como el aplazamiento de la elección. Germeijs y Boeck (2002) (citado por Di Schiena et al, 2013) plantean el concepto operacional de la indecisión entendida como el tiempo de espera para la elección percibida y el malestar generado en el proceso de toma de decisión.

- **Desvalorización:** “Quitar valor, consideración o prestigio a alguien o algo” (Real Academia Española, 2018). Según Baena, Sandoval, Urbina, Juárez, y Villaseñor (2005) las personas depresivas con sentimientos de desvalorización tienen sensaciones de “subestimación propia en forma de ideas de indignidad o Inferioridad”.
- **Dificultad de concentración:** Para poder describir este síntoma primero vamos a definir concentración que según refiere Real Academia Española (2018) es “Centrar intensamente la atención en algo”. Así mismo, Domínguez y Yáñez (2013) mencionan que es “el proceso orientado por un sujeto que goza de un horizonte de significación y valoración de la información”. La concentración de una persona depresiva se relaciona a la minimización de actividades, en donde su pensamiento se encuentra abstraído y poco operativo. La lentitud y monotonía de su concentración es dolorosa para el depresivo. La incapacidad de detenerse en cuanto a la concentración se debe a la desestructuración de su conciencia, por tanto, pierde el dominio de olvidar la

situación que lo preocupa y la impotencia le genera sufrimiento prolongado (Hassan, 2015).

### **Síntomas Fisiológicos**

Tanto la pérdida de apetito como la de deseo sexual son los primeros síntomas en manifestarse en la sintomatología depresiva, no suele ser uno de los síntomas objetivos a trabajar en la terapia cognitiva conductual puesto que el paciente difícilmente se queja de estos, sin embargo, es necesario que el terapeuta le explique (Beck et al, 2010).

- **Pérdida de interés en el sexo:** La sexualidad ha ocurrido desde que existe el hombre, abarca diversos factores como el sexo, el género, la orientación sexual, el erotismo, la vinculación afectiva, el amor y la reproducción, se expresa acorde a los parámetros de la cultura, y a las idiosincrasias de cada persona (Arango, 2008). De acuerdo con Marina et al (2013) las personas con depresión no tratados, frecuentemente presentan una reducción de deseo sexual (40% en hombre y 50% en mujeres). Los factores contribuyentes a esta dificultad son; por un lado, los pacientes que se muestran renuentes a tratar el tema con su médico y por el otro; los médicos que no toman en consideración la exploración del aspecto sexual de sus pacientes.
- **Cambios de hábitos de sueño:** El sueño es una función fisiológica universal, cuenta con las siguientes fases: 1) Vigilia, inicia al momento de intentar dormir, en esta etapa todavía no se cierran los párpados; 2) Sueño lento o

sueño REM, en esta etapa no se presenta movimientos oculares; 3) Sueño REM o sueño paradójico, es la etapa donde las personas refieren “soñar”, también se da la relajación de la masa muscular por lo que su volumen disminuye (Reyes & Rodrigo, 2014). En cuanto a la perturbación del sueño, estos son los síntomas más apremiantes de la depresión, pueden presentarse al momento de acostarse a dormir, las interrupciones durante el sueño y también el despertar muy temprano; los pacientes suelen percibir su ciclo del sueño muy corto, sin embargo es su percepción suele ser errada, creen que el tener un sueño muy corto les va a perjudicar (creencia de que necesita dormir más, de lo que realmente requiere); el terapeuta puede enseñar al paciente a practicar ejercicios de relajación antes de dormir, así como también, técnicas de respiración, yoga o visualizar imágenes agradables antes de dormir (Beck et al, 2010).

- **Cambios de apetito:** Ramos (2002) (citado por Núñez et al, 2014) mencionan que la necesidad fisiológica de consumir alimentos surge cuando nuestro cuerpo necesita consumir hidratos, proteínas, lípidos, una vez consumidos se producen contracciones estomacales. La sensación de hambre según refiere el Observatorio de Hidratación y Salud de Madrid (2007) (citado por Núñez et al, 2014) se debe a que el cuerpo al deshidratarse un 1%, actúa en consecuencia enviando una señal al sistema nervioso que puede ser interpretado como hambre o necesidad de ingerir alimentos. La regulación del apetito varía acorde a cada persona es complejo porque obedece a múltiples factores que afectan tanto biológicos, como: ingesta calórica, el control del

índice glucémico, así como factores sociales-personales: los hábitos, el estilo de vida y la práctica del ejercicio (Carranza, 2016). En algunos casos de depresión no solo se da la pérdida de apetito, sino también el incremento, donde el paciente llega a engordar, en algunos casos ocurre al inicio de la depresión, en otros a medio proceso depresivo, pero en la mayoría de las personas cuando la depresión se agudiza suelen perder peso considerablemente, suele trabajarse primero los otros síntomas de la depresión y cuando este merme se puede sugerir un régimen alimenticio (Beck et al, 2010).

### **Enfoques teóricos de la depresión**

La depresión al ser un problema de salud mental de relevancia y que está presente en la historia ha sido abordado por diferentes modelos: Modelo psicodinámico, modelo cognitivo y conductual.

#### **Modelo Psicodinámico**

Este modelo tiene como objeto de estudio el inconsciente que para Freud se manifestaba a través del habla, los pacientes manifestaban los eventos traumáticos, por lo que Freud creía que sus neurosis se debían a eventos ocurridos en el pasado (Murguía & Reyes, 1956). Bajo este modelo Freud no habla en explícito del término depresión, pero si refirió melancolía, él explica que es producto de la ambivalencia del yo, lo que genera odio, y que al no poder expresarlo se dirige hacia el sí mismo (Avila, 1990).

## **Modelo Cognitivo**

El modelo cognitivo presenta el supuesto teórico que las conductas y consecuencias se deben al modo que el individuo estructura el mundo. Y esta forma en la que el individuo estructura el mundo son las llamadas cogniciones. Las cogniciones o esquemas son reglas con las cuales las personas se direccionan para tomar decisiones en su vida, por lo que estas rigen su desenvolvimiento en el mundo. Esta teoría busca enseñar al paciente a identificar y modificar las cogniciones que son perjudiciales para la persona. El modelo cognitivo establece tres conceptos específicos con los que pretende explicar el constructo psicológico de la depresión: primero, plantea que existen tres entidades relacionadas entre ellas que tiene el nombre de tríada cognitiva, que son la percepción perjudicial que tiene el paciente acerca de sí mismo; segundo, la percepción negativa a cerca de la relación que tiene el paciente con su familia y amigos; tercero la percepción negativa que tiene del mundo en general, de que las situaciones que atraviere no van a mejorar (Beck et al, 2010).

## **Modelo Conductual**

Este modelo presenta el supuesto teórico de que la psicología al ser una ciencia tiene como objeto de estudio el comportamiento humano y sus interacciones con el medio; desde este supuesto la depresión se entiende como un alteración del curso común de las emociones en las personas, y se puede entender bajo el presupuesto conductista como una conducta no ajustada al medio, donde la persona en su repertorio conductual puede presentar excesos

conductuales (cuando se realiza una conducta en exceso) así como déficits (cuando la presencia de la conducta es muy poca en frecuencia, casi nula). Entre estas conductas se encuentran la añoranza, melancolía, pesadumbre, arrepentimiento, aflicción (sentimientos dominados por tristeza), disminución de la interacción de la persona con su entorno, así como enlentecimiento psicomotor (Anicama, 2010).

### **Etiología de la depresión**

La depresión es entendida como una enfermedad sistémica, heterogénea y compleja, que afecta a diferentes sistemas, aunque sus principales manifestaciones se expresan en el plano psíquico (Silva, 2002). En el aspecto biológico la depresión se debería a los neurotransmisores como la serotonina, la noradrenalina y la dopamina, su disminución o concentraciones anómalas (generalmente bajas) estarían asociadas con los síntomas depresivos. Algunas teorías afirman que es probable que exista una relación entre la dopamina y la depresión siendo disfuncional entre el circuito meso límbico dopaminérgico y el receptor D1 de la dopamina (Sadock & Sadock, 2012).

También se menciona aspectos genéticos como refiere Garza (2012) la herencia genética puede transmitir la tendencia familiar a padecer trastornos de ánimo, y que estos podrían transmitirse por genes, pero aun cuando se puede heredar la vulnerabilidad genética (se han realizado estudios con gemelos que tienen padres con trastornos afectivos tienden a generar vulnerabilidad en sus hijos en proporción tres veces mayor que la población general, a pesar de que viviesen en hogares



adoptivos y lejos de sus padres biológicos), sin embargo no se puede afirmar que la depresión se deba solo a la transmisión de genes.

Algunos autores han planteado marcos teóricos en los que tratan de explicar cómo diversos factores interaccionan para dar lugar a las diferencias de género en depresión. Los autores coinciden en plantear la presencia de factores de vulnerabilidad que, en interacción con estresores propios de la adolescencia, van a dar lugar a la aparición de la sintomatología depresiva.

Entre los diversos factores de riesgo existen cuatro de ellos que acorde a la literatura científica se ha encontrado que presentan asociación con el trastorno depresivo mayor y son: el género (la mujer según la literatura científica presenta mayor vulnerabilidad a presentar depresión), los eventos vitales estresantes (situaciones en las que la vida de la persona se ve afectada o incluso amenazada), experiencias hostiles en el grupo primario de socialización, experiencias desfavorables durante la niñez y algunos rasgos de la constitución de la personalidad como pueden ser predisposición a alejarse o mantenerse aislado, mostrarse tímido, etc (Silva, 2002).

### **Criterios para el episodio depresivo mayor**

Según el Manual diagnóstico estadístico de enfermedades mentales DSM-IV-TR, de la American Psychiatric Association (2002) (APA) los criterios diagnósticos para el episodio depresivo mayor son: presentar un estado de ánimo deprimido, pérdida de interés, placer a las actividades que anteriormente le gustaban; el estado de ánimo de perdurar la mayor parte del día, y la mayoría de los días, variación del

peso (aumento o disminución), alteración del ciclo del sueño (insomnio o hipersomnia), pérdida de energía, retraso psicomotor, sentirse culpable pero de manera exagerada e inapropiada, ideación o conductas suicidas; todos los síntomas mencionados deben afectar la funcionalidad de la persona ya sea en el campo: social, laboral, u otras áreas; así mismo estos síntomas no deben tener causa u orgánica o haya sido generado por afección médica.

En la Guía de Bolsillo de la Clasificación CIE-10 de la Organización Mundial de la Salud (2004) clasifica la depresión dentro de los trastornos del humor o afectivos, siendo su sintomatología tan variada, se clasifica debido a su función del número y severidad de los síntomas un episodio depresivo puede especificarse como leve, moderado o grave. En esta clasificación se habla de episodio depresivo que presenta los siguientes criterios: período de duración (2 semanas), no presentar los criterios de otros trastornos mentales como pueden ser maníacos o hipomaniacos, ingesta de sustancias psicoactivas, ningún trastorno de origen orgánico), pérdida de interés y ausencia de respuesta emocional en actividades que anteriormente le generaban placer, iniciar el día despertándose en la mañana más temprano de lo habitual en la persona pudiendo ser por dos o más horas, en las mañanas el humor que presenta el paciente se torna más deprimente, disminución de movimientos psicomotores que es observado por otras personas del entorno del paciente, menoscabo del apetito o aumento de este, variación del peso corporal del paciente ya sea de aumento o disminución en un 5%, y disminución del impulso sexual; en el episodio depresivo leve, la funcionalidad, es decir como interacciona el paciente con su medio, no presenta repercusión aun cuando se presenten algunos síntomas,

es capaz de continuar con sus actividades; en el episodio depresivo moderado, el paciente presenta los síntomas y conflictos para interaccionar y realizar las actividades que siempre realizaba (actividades de autocuidado, trabajar, cocinar, salir con amigos, etc.); el episodio depresivo grave, el paciente presenta varios de los síntomas de manera evidente, y estos afectan casi la totalidad de su funcionalidad, estos son los pacientes que les cuesta salir de la cama, y pueden mantenerse en esta condición incluso sin comer, en algunos casos presenta riesgo de intento suicida.

Los criterios diagnósticos de Investigación de la CIE-10 y el DSM-IV comparten muchos criterios, por ejemplo: el de tiempo (2 semanas), enlentecimiento psicomotor, disminución de interés en las cosas, culpa excesiva e inapropiada, alteración del sueño, alteración del apetito; aun cuando ambos sistemas de clasificación utilicen términos diferentes, buscan expresar lo mismo (Organización Panamericana de la Salud, 2012).

## **Epidemiología**

La importancia de lograr delimitar o cuantificar la depresión radica en poder determinar con mayor exactitud la incidencia (casos nuevos) y prevalencia (casos que ya se conocen) para así poder realizar una intervención acorde al trastorno eficazmente (Del Barrio & Miguel, 2013). “En el Perú, según los Estudios Epidemiológicos del INNSM “HD-HN” en Salud Mental 2002-2007, el episodio depresivo es el trastorno clínico más frecuente en adolescentes (8,6%-Lima; 5,7%-Sierra; 4,7%-Selva; 4,2%-Fronteras y 4,4%-Costa”.

El Instituto Nacional de Salud Mental (2012) ha realizado estudios epidemiológicos en nuestro país, pero ninguno de alcance nacional, sin embargo, es importante resaltar los resultados obtenidos con respecto a la población adolescente en función a la depresión, los cuales son que el 14,7% de los adolescentes manifiestan un problema emocional y/o conductual que puede ser diagnosticado (entendido como zona de riesgo). Con respecto a la zona de riesgo esta se entiende como la presencia de alguno de los síntomas pero que sin embargo no cumple los criterios para ser considerado en el marco de un trastorno mental.

Con respecto a la diferencia acorde al sexo el 16,4% de los adolescentes y 13% de las adolescentes presentan un problema emocional y/o conductual (en zona de riesgo). (Instituto Nacional de Salud Mental, 2012). Así mismo, Molina et al (2001) (citado por Mazadiego et al, 2011) refieren que se puede catalogar de dos formas las dificultades que presentan los niños, niñas, los y las adolescentes en cuanto a su interrelación con los demás: a) desórdenes de interiorización como pueden ser ansiedad, timidez, retraimiento y depresión, y b) desórdenes exteriorizados, que pueden ser irritabilidad, desobediencia o destructividad. En marco a este concepto los resultados de Instituto Nacional de Salud Mental (2012), en su informe nos refieren que “Los problemas internalizados alcanzaron un puntaje total de 8,38, siendo mayor en el caso de las Mujeres, y los problemas externalizados alcanzaron un puntaje total de 9,1, siendo mayor en el caso de los hombres” en el grupo etario de 11 a 14 años.

Entre los síndromes clínicos que se identificaron en este estudio el Instituto Nacional de Salud Mental, (2012) halló que la conducta agresiva, es seguida por la sintomatología ansioso depresiva, posteriormente se encuentra los problemas de: atención, sociales, conducta, quejas somáticas y problemas del pensamiento.

En cuanto al grupo etario de 15 a 18 años de edad se obtuvo los siguientes resultados en los adolescentes de 15 a 18 años, reflejan que el 16,3% de los adolescentes tiene un problema emocional y/o conductual. Son los varones quienes representan un porcentaje de 15,5% frente a las mujeres que son el 17,2% que presentan un problema emocional y/o conductual que puede ser diagnosticado (es decir se encuentran en zona de riesgo). Son las mujeres (9,0) a diferencia de los varones quienes manifiestan mayores problemas de internalización (somatización, marcada timidez, tristeza, etc.). Los problemas de externalización (irritabilidad, agresividad, desobediencia, etc.) se manifiestan más en los varones con un porcentaje de 8,69 (Instituto Nacional de Salud Mental, 2012).

### **Depresión desde la perspectiva cultural**

Existen diferentes enfoques para percibir la gnoseología de los constructos que entendemos como enfermedades mentales desde la psiquiatría cultural se ha planteado a lo largo de la historia tres enfoques: el primero de ellos, el enfoque clásico o positivista refiere que aun cuando existan diferencias universales todos los trastornos presentan una forma universal de manifestación; el segundo enfoque de la psiquiatría, es el hermenéutico o crítico, este refiere que las entidades gnoseológicas de las enfermedades mentales están determinados por la cultura del

paciente, por lo que su existencia es independiente a esta, tampoco se puede generalizar o aplicar para otras culturas; el tercer enfoque se llama integrado (clásico y crítico), este refiere que los trastornos mentales presentan constitución biológica al ser humano, por lo que se presenta independientemente de la cultura, pero que estos se expresaran acorde a la cultura (Stein, Patel, & Heinze, 2011)

Kleinman (1986), Kleinman y Good (1986) y Marsella (1987) (citado por Villaseñor, Rojas, Albarran, & Gonzáles, 2006) declaran que los trastornos, en especial los estados de animo como el trastorno depresivo se alteran en cuanto a su manifestacion de acuerdo a cada cultura. Kleinman (1986) (citado por Villaseñor et al, 2006) menciona que la cultura no puede ser entendida como una variable inamovible, ya que esto puede dar lugar a confusiones con respecto a la comprensión de la depresión. Los sentimientos depresivos de tristeza son universales su comprensión tiene que ser necesariamente individual el cómo se comunica, expresa y entiende varia de cultura a cultura (Botto, Acuña, & Jinénez, 2014).

La clínica en su ejecución necesita considerar que la estigmatización de la depresión es tan variada en las culturas, que a veces es necesario comprenderla en su entorno para así llegar a un acertado diagnóstico, por lo que es importante conocer el vocabulario del que disponen las personas al momento de expresar su tristeza, esto varia acorde a la cultura donde se desenvuelve la persona ya que en algunas es socialmente aceptada mientras que en otras es difícil que incluso se mencione, por lo que la persona decide llevar esta emoción sola (Villaseñor et al, 2006).

Es capital que el personal sanitario conozca la aproximación cultural, entendida esta última como la búsqueda de comprensión de principios rectores que ayuden a entender las variabilidades entre culturas, para así poder realizar intervención en una adecuada comprensión de la expresión de la enfermedad mental del individuo siempre en un marco de respeto, de un adecuado diagnóstico para así brindar un servicio de salud adecuado y eficaz (Villaseñor et al, 2006).

Zevallos (2015), menciona que lo cultural entendido como un factor que responde al origen étnico de cada grupo poblacional es de vital importancia para entender las percepciones internas. Y estas en consecuencia influyen en como las personas manifiestan sus síntomas. Para poder brindar un servicio de salud adecuado es necesario que el personal de salud comprenda que la población requiere personal que comprenda la globalidad de los problemas “Construir un servicio de salud adecuado constituye una labor compleja y requiere de la colaboración de profesionales altamente cualificados en sus áreas respectivas: salud, economía, antropología, etc” (Campos, 2016).

### **Depresión en la sierra**

La región de la cordillera de los Andes también llamada zona alto andina o sierra comprende un 32% del territorio del Perú (Torres, 2009). “En la Sierra habitan 8 millones 268 mil 183, y concentran el 28,1% de la población” (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2018). A pesar de ello la población andina cuenta con pocos estudios de investigación donde se trabaje con sus peculiaridades. Resaltamos el estudio de Zevallos (2015) en la población Andina, donde se realizó un análisis descriptivo transversal a los

resultados obtenidos en los estudios epidemiológicos de Salud Mental realizado por el Instituto Nacional Honorio Delgado- Hydeyo Noguchi en la población de la Sierra peruana Urbana y rural, en los departamentos de Ancash, Ayacucho y Cajamarca, se buscó determinar si existe algún tipo de relación entre la prevalencia de depresión asociada a la pertenencia étnica quechua de la población.

La prevalencia depresiva es mayor en la población quechua que es de un 17.6% mientras que la población andina no quechua es de 15.6%; también se identificó que existe relación entre la presencia de la sintomatología depresiva con el estado civil de viudez y esto puede deberse a que la población quechua a través del periodo de violencia política en nuestro país; la literatura científica nos refiere que el duelo de una persona cercana en situaciones repentinas que no es tratado de manera oportuna puede complicarse y generar cuadros depresivos (Zevallos, 2015).

También debido a las características propias de la cultura es importante mencionar que se encontró mayor manifestación de la sintomatología depresiva en la población quechua rural de mayor nivel de escolaridad y menor nivel de pobreza, lo cual podría explicarse como señala Cronehed (1996) (citado por Zevallos, 2015) en su texto Identidad y nacionalismo en el Perú, que la población indígena tiene el mito de que la educación es una forma de acceder a la movilidad social siendo vista como la salvación a la pobreza y exclusión social con la que vive esta población como consecuencia de las contingencias históricas, el peruano andino pretende ser insertado socialmente



en este proceso de aculturación en el cual se cholifica, perdiendo su identidad como indígena para ser aceptado como mestizo, sin embargo independientemente de que su inserción social sea o no exitosa, le genera frustración lo cual podría explicar el porque se obtuvo este resultado.

Es importante señalar que el Instituto Nacional de Salud Mental en su Estudio Epidemiológico en la Sierra Rural 2008, no considero al departamento de Junín para su estudio. Sin embargo existen estudios en nuestra región que no son de carácter epidemiológico pero que si nos pueden brindar información acerca de la depresión, como los realizados por Ramón y Montero (2016) donde encontraron que más del 50% de los estudiantes presentan sintomatología depresiva, además, es importante resaltar que acorde al instrumento que utilizaron el cuestionario para niños (CDS) Lang y Tisher, que cuenta con indicadores acorde a las dimensiones de depresión, siendo los indicadores: propuesta afectiva negativa, problemas sociales, autoestima negativa, preocupación por la muerte, sentimientos de culpabilidad, encontrándose que el indicador de problemas sociales es uno donde se encontro mayor prevalencia de depresión y que pueda deberse a los eventos estresantes que tal como señala la literatura científica (Venegas, 2014), influye en la depresión.

Otro estudio que se realizó en la región fue el de Damas y Manrique (2018) quienes trabajaron con estudiantes de las instituciones educativas de las ciudades de Huancayo, Satipo y Huancavelica, utilizaron Inventario de Depresión Infantil de Kovacs CDI que cuenta con las dimensiones que son

Estado de Ánimo disfórico (tristeza, soledad, desdicha, indefensión y/o pesimismo) e Ideas de Auto-desprecio (incapacidad, fealdad, culpabilidad, deseos de muerte y tentativas de suicidio). De este estudio se resalta que se haya tomado tres tipos de muestra de tres ciudades distintas, hallarón en sus estudios: la prevalencia de Sintomatología Depresiva Alta en los estudiantes de la ciudad de Huancavelica (41,5%) en comparación a los estudiantes de Huancayo (32,4%) y Satipo (37,4%). Si realizamos un análisis a mayor profundidad, en la ciudad de Huancayo se encontró que en sus resultados globales prevalece la sintomatología depresiva baja (38.2%); en cuanto a la diferencia por sexo son los varones quienes presentan sintomatología depresiva alta (38.2%), frente a las mujeres (23.9%); esto dista mucho con los resultados obtenidos en el estudio de Salinas (2015) quien trabajo con una institucion educativa de El Tambo Huancayo, donde encontraron que ningun varon tiene depresion grave, en depresion moderada (1.30%); al igual que en la poblacion femenina con respecto a depresión grave (0.6%). Estas diferencias pueden deberse quizas a los instrumentos utilizados, puesto que en este último estudio a diferencia del primero donde se utilizó Inventario de Depresión Infantil de Kovacs CDI, se utilizó el Inventario de Depresión de Beck.

### **Depresión en la selva**

La amazonia peruana es no solo un referente de riquezas en cuanto a recursos naturales, sino también en cuanto a cultura debido al desarrolla que esta región tiene y a los problemas que enfrenta y sus soluciones (Oficina

Nacional de Diálogo y Sostenibilidad, 2013). Siendo la población “en la Selva 4 millones 76 mil 404 personas; y representaron el 13,9%” de la población total del Perú (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2018).

Ribeiro y Wise (2008) refieren que de los diferentes grupos etnicos que existieron solo quedan 68 en la amazonia peruana, debido a los acontecimientos sociales que vivio esta población en la epoca del caucho, se diezmo los sobrevivientes huyeron a las cabeceras, incluso al dia de hoy algunas de estas comunidades han resistido los intentos de contacto por parte de la civilización (misioneros y expolradores). De los 68 grupos etnicos el que vivio o se desenvolvio en Junin fue el Arahuaque que es una de las familias linguisticas con mayor extensión.

Es importante resaltar que esta información es de 1975, existiendo pocos estudios en la actualidad acerca de esta población. En cuanto a las investigaciones se refiere resalta el que realizo en Instituto Honorio Delgado Hydeyo Noguchi en la cinco ciudades de la Selva Peruana, resalto el análisis que hizo a estos resultados Bernal (2010) de corte transversal, en personas adultas de Iquitos, Bagua, Tarapoto, Pucallpa y Puerto Maldonado, aquí se analizo las variables: sociodemográficas, síndromes folklóricos, agentes sanadores, métodos de diagnóstico y tratamiento, prevalencia, asociación de síndromes folklóricos con tres síndromes psicológicos.

Lo que podemos resaltar de este estudio es el hecho de que se busca una perspectiva de los pobladores, y no desde un punto desde el modelo medico,

como lo hacen la mayoría de los estudios, es por ello que se consideraron los síndromes folklóricos “susto”, “daño”, “mal de ojo”, “aire” y “chucaque”, la población encuestada los reconoce, así como sus signos y síntomas, que aun cuando no son considerados síndromes, constituyen entidades para los pobladores, en este estudio se encontró relación de estos síntomas con tres síndromes psiquiátricos (tipos de ansiedad, episodio depresivo o indicadores psicóticos) encontrándose que podría haber predisposición por parte de los pobladores que acuden a los curadores folklóricos y presentar algún síntoma psiquiátrico.

### **Depresión en la costa**

En el Censo Nacional del 2017 en nuestro país refiere que, la zona de la Costa aloja al 58% de la población total, siendo de 17 millones 37 mil 297 habitantes. (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2018). Esta zona del país es la que cuenta con mayores recursos económicos, por lo que muchas personas del interior del país migran para modificar su condición a mestizo y poder tener acceso a los servicios básicos para mejorar su calidad de vida, sin embargo, el estado no puede abastecer a toda esta población (Instituto Nacional de Salud Mental, 2012).

El Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi como parte de sus estudios epidemiológicos en todo el país, realizó el año 2012 un estudio en la población de Lima Metropolitana y Callao, donde resalta sus peculiaridades como el rápido crecimiento de esta población que se da de manera caótica, existiendo desigualdad social intraurbana, pobreza y

que esta puede presentar relacion con la salud mental (episodios depresivos) tal como señala la Organización Mundial de la Salud (2003) (citado por Instituto Nacional de Salud Mental, 2012).

El Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi (2012) menciona en este estudio que se encontró que el trastorno afectivo con mayor prevalencia es el trastorno de depresión con un 14.1% en el grupo etario de 15 a 18 años. Las características que presenta esta población (Lima Metropolitana y Callao) según lo recabado por Instituto Nacional de Salud Mental (2012), el 42, 6% presentan familias constituidas por ambos padres, en general un padre de cada pareja cuenta con estudios secundarios, el ejercicio de autoridad no es en la mayoría ejercido por ambos padres sino por uno de ellos, también existe percepción de cohesión en una familia de padres a hijos (pedir ayuda), también al momento de afrontar problemas la mayoría de las familias se unen para solucionar, sin embargo, las adolescentes consideran que sus opiniones no son consideradas, así mismo la mayoría de adolescentes en esta zona del país saben leer y escribir (91.6%).

Vargas, Tovar, y Valverde (2010) trabajaron con los datos del Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental 2002, con una población de 12 a 17 años, buscaron identificar los factores asociados con los episodios depresivos en adolescentes, quienes residen permanente o habitualmente en Lima Metropolitana y Callao. Sus resultados refieren que existe mayor prevalencia depresiva en el grupo etario de 15 a 17 años (12.1%) en comparación a los adolescentes de 12 a 14 años (5.4%). Así mismo es en el

sexo femenino (13.4%) donde se presenta mayor prevalencia frente a los varones (3.9%); en cuanto a variables demograficas aquellos que estan buscando trabajo presentaron mayor prevalencia de depresión (23.2%), comparados con aquellos que no estan buscando trabajo (8.2%), tambien se encontro que existe una relación directa donde si aumenta la insatisfacción con el aspecto fisico (5.8% a 19.6%) y las relaciones sociales con la prevalencia del episodio depresivo (de 6.1% a 13.5%).

En cuanto a estudios en esta zona en determinadas Instituciones Educativas contamos con Arenas (2009) en su tesis de grado trabajo con una muestra de 63 adolescentes, entre 12 y 17 años, del distrito del Agustino, departamento de Lima, trabajo con el Cuestionario tetradimensional de Depresión (CET-DE), sus resultados muestra que la relación entre la presencia o ausencia de depresión según el sexo, se da en la mayoría de las adolescentes y de ellas el 22% tienen indicadores de depresión, porcentaje que duplica a los varones con depresión (10%).Por lo que se vuelve a confirmar los resultados de el estudio de Instituto Nacional Honorio Delgado Hideyo Noguchi donde es el sexo femenino donde se manifiesta mayor prevalencia de los episodios depresivos.

Asi mismo, Cerna (2015) evaluó sintomatologia depresiva con el Inventario de depresion de Beck en una población de 227 estudiantes de una institución educativa nacional y 70 de la institución educativa particular, sus resultados explican que existe prevalencia de depresion grave de 9% en la institucion educativa nacional, y un 11% de sintomatologia depresiva en la

institucion particular. En cuanto a las diferencias por sexo es en la poblacion femenina donde se manifiesta mayor prevalencia en depresion grave con un 83%. En el grupo etario de 15 y 16 años se encontro prevalencia en (50,7%) en la institucion estatal, en la institución particular se encontro prevalencia depresiva grave en el grupo etario de 17 y 18 años (47.6%).

Zeballos y Ingaruca (2017) encontro que el nivel de la depresión que predomina es el nivel mínimo (46%), le sigue el nivel de depresión leve (32%), el nivel de depresión moderado (14%), finalmente el nivel de depresión severo (8%).

### **Adolescencia**

La adolescencia comprende un importante período de la vida, durante el cual se producen grandes cambios físicos, cognitivos, sociales y psicológicos (Magaña, 2003). Para la Organización Mundial de la Salud (2018), la adolescencia comprende el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años”.

Anteriormente se creía que la adolescencia no existía, que las personas transitaban de la niñez a la adultez acorde a los cambios bilógicos o cuando se aprendía una actividad laboral, empero esto no es cierto, la adolescencia es un fenómeno globalizado que presenta peculiaridades acordes al entorno donde se desenvuelve. La adolescencia, presenta cambios no solo biológicos (pubertad) sino también cognitivos y sociales. Puede iniciar a los 11 años y culminar a los 20 años, por lo que no es un periodo exacto (Papalia, Wendlkos, & Duskin, 2009).

Algunos autores como Iglesias (2013) comprenden la adolescencia desde un periodo en el cual la persona al encontrarse en la segunda década de la vida, iniciaran un periodo de aprendizaje de conocimientos para poder afrontar la vida adulta.

### **Etapas de la adolescencia**

El Ministerio de Salud (2009) (MINSAL-Chile) menciona tres fases o sub etapas de la adolescencia:

- Adolescencia temprana o inicial (10 a 13 años).
- Adolescencia media (14-16 años).
- Adolescencia tardía (17-19).

Sin embargo, no es proceso claramente diferenciado, ya que varía de persona a persona (Papalia et al, 2009).

### **Cambios cognitivos**

Los cambios cognitivos en los adolescentes se producen como consecuencia clara de su desarrollo, ya que los adolescentes son capaces de ir más allá de la realidad concreta, es en el pensamiento abstracto (aquel donde la persona puede abstraer la realidad sin necesidad de un reflejo o algo concreto) de las operaciones formales, donde el adolescente se diferencia del niño por su nivel cognitivo, sin embargo, no es un proceso común en los adolescentes ya que cada uno lo desarrolla acorde a su individualidad (Papalia et al, 2009), además es importante señalar tal como lo mencionan Guemes, Ceñal, y Hidalgo (2017) que es en este periodo donde se logra el desarrollo moral, es decir cuando la persona diferencia lo que está bien o está mal.



## **Cambios corporales**

Los cambios corporales o puberales se producen por los cambios hormonales debido a la interacción del sistema nervioso central, hipotálamo, hipófisis, gónadas y suprarrenales con la influencia de factores genéticos y ambientales, los cambios como la talla representa del 20 al 25% de la talla adulta; siendo definitiva en las mujeres entre los 16 a 17 años y en los varones a los 21 años, con respecto al peso es en esta edad donde adquirimos el 50% del peso adulto (las mujeres acumulan más grasa y en los varones se da el crecimiento, óseo y muscular (Guemes et al, 2017). Con respecto al cerebro del adolescente como Giedd (2004) (citado por Guemes et al, 2017) menciona que, es en esta etapa donde el cerebro continuo con su desarrollo, por lo que tiene la capacidad de adaptarse.

## **Cambios Socio-emocionales**

Esta etapa para Iglesias (2013) se divide en tres importantes componentes: La lucha de independencia – dependencia: se explica como el conflicto que se da en el adolescente por independizarse del seno familiar, implica también un “vacío emocional”, agudizándose para finalmente disminuir en la adolescencia tardía.

La importancia de la imagen corporal, tiene relación con los cambios biológicos que sufre el adolescente, debido a estos cambios el adolescente se preocupa acerca de su cuerpo, le genera inseguridad su atractivo, así como, se da el interés por la sexualidad, esto disminuye en la adolescencia tardía, donde

se da menor importancia a la apariencia para finalmente darse la aceptación corporal (Iglesias, 2013).

### **Depresión en la adolescencia**

La comprensión de la depresión es necesaria desde cada grupo etarios (infancia, adolescencia, adultez y vejez) y es un tema del cual nadie puede estar exento ya que afecta la felicidad y capacidad de trabajo en la actualidad (Xavier, 2011). Brent (1997) (citado por Nardi, 2004) refiere que la depresión adolescente se caracteriza por una amplia variabilidad clínica y la no satisfactoria respuesta a los tratamientos psicofarmacológicos. “Es importante no visualizar la depresión como un aspecto normal del desarrollo adolescente, los síntomas depresivos no son equivalentes a los conceptos difusos de las alteraciones adolescentes” (Nelly & Escurra, 2002).

Goodyear et al (2000) (citado por Garza, 2012) refiere que los adolescentes que presentan niveles de depresión preexistentes (trastornos psiquiaticos, padecido adversidades cronicas) pueden desarrollar en su posterior desarrollo patologia social. El adolescente que presenta depresión manifiesta pensamientos depresivos como: mis amigos me rechazan porque soy desagradable, decepciono a mis padres con mi forma de ser, las cosas no cambian todo sigue igual, me va mal en la escuela no sirvo; asi mismo, los adolescentes que se encuentran en una etapa depresiva presentan, rumiación, que consiste en pensar intensamente en algo preocupante, y se da cuando el adolescente no cuenta con los recursos ni estrategias para afrontar el problema, por lo que lo hace de manera pasiva, siendo este patrón comun y en

mayor proporción en las mujeres, ya que suelen pensar más en sí mismas (Garza, 2012).

### 2.3. Marco conceptual

**Sintomatología de la depresión:** es la pérdida de gratificación, pérdida de alegría, deseo de evitar los problemas, dificultad en la toma de decisiones, dificultad de concentración, problemas de atención, alteración de los ciclos biológicos del sueño y la alimentación (Beck et al, 2010).

**Síntomas afectivos:** La afectividad se puede entender como la dimensión del vivir, como un modo de estar en la realidad, en la que la persona responde a los requerimientos del mundo (Quiroga, 1991). En cuanto a los síntomas afectivos Beck et al (2010) refiere que son: tristeza, apatía, pérdida de sentimientos, pérdida de alegría y ansiedad.

**Síntomas Motivacionales:** La motivación es entendida como un proceso dinámico en el que la persona busca satisfacer necesidades como dolor, hambre o evitar castigos (Soriano, 2001). Según refiere Beck et al (2010) los síntomas cognitivos que manifiesta el paciente son: “deseos de escapar (normalmente vía suicidio), deseo de evitar problemas o incluso actividades cotidianas”

**Síntomas cognitivos:** “El término cognición refiere el procesamiento mental de la información” (Morrison, 2014). Entonces los síntomas cognitivos de la depresión según Beck et al (2010) son dificultad en centrar atención a un determinado estímulo, problemas de atención, distorsiones cognitivas (inferencia arbitraria, abstracción selectiva, generalización excesiva, maximización y minimización, personalización).

**Síntomas fisiológicos:** La fisiología es la ciencia que estudia el funcionamiento de los seres vivos, su origen y desarrollo, cada ser vivo presenta sus propias características (Hall, 2012).

**Adolescencia:** Es un periodo de transición de la infancia a la adultez donde se dé un desarrollo rápido y que se encuentra condicionada por un desarrollo biológico que es universal puesto que se presenta en todos los adolescentes sin considerar la cultura de donde este provenga, sin embargo la duración y las características de la adolescencia varían acorde al lugar donde vive el adolescente ya que debido a los cambios sociales en algunas partes del mundo se prolonga (la evolución de las prácticas sexuales, la evolución de actitudes y la mundialización de la comunicación) (Organización Mundial de la Salud, 2020).

## **CAPÍTULO III**

### **HIPÓTESIS Y VARIABLES**

#### **3.1. Hipótesis general**

**H<sub>1</sub>** Existen diferencias significativas en la sintomatología depresiva en los adolescentes de Instituciones Educativas secundarias de la costa, sierra y selva – 2019.

**H<sub>0</sub>** No existen diferencias significativas en la sintomatología depresiva en los adolescentes de Instituciones Educativas secundarias de la costa, sierra y selva – 2019.

#### **3.2. Hipótesis específicas**

##### **Hipótesis específica 1**

**H<sub>1</sub>** Existe diferencia de la sintomatología depresiva en adolescentes según edad de Instituciones Educativas Secundarias de costa, sierra y selva del Perú, 2019.

**H<sub>0</sub>** No existe diferencia de la sintomatología depresiva en adolescentes según edad de Instituciones Educativas Secundarias de costa, sierra y selva del Perú, 2019.

##### **Hipótesis específica 2**

**H<sub>1</sub>** Existe diferencia de la sintomatología depresiva en adolescentes según sexo de Instituciones Educativas Secundarias de costa, sierra y selva del Perú, 2019.

**H<sub>0</sub>** No existe diferencia de la sintomatología depresiva en adolescentes según sexo de Instituciones Educativas Secundarias de costa, sierra y selva del Perú, 2019.

##### **Hipótesis específica 3**

**H<sub>1</sub>** Existe diferencia de la sintomatología depresiva en adolescentes según grado de instrucción escolar de Instituciones Educativas Secundarias de costa, sierra y selva del Perú, 2019.

**H<sub>0</sub>** No existe diferencia de la sintomatología depresiva en adolescentes según grado de instrucción escolar de Instituciones Educativas Secundarias de costa, sierra y selva del Perú, 2019.

### 3.3. Variables

**Variable de estudio:** Sintomatología depresiva

**Definición conceptual:** Es el conjunto de síntomas en cuanto a la pérdida de gratificación, pérdida de alegría, deseo de evitar los problemas, dificultad en la toma de decisiones, dificultad de concentración, problemas de atención, alteración de los ciclos biológicos del sueño y la alimentación (Beck, John, Brian, & Emery, 2010).

**Definición operacional:** La sintomatología de la depresión se mide con el Inventario de Depresión de Beck – BDI II, evalúa síntomas afectivos, motivacionales, cognitivos, conductuales y fisiológicos.

## **CAPÍTULO IV**

### **METODOLOGÍA**

#### **4.1. Método de investigación**

Se trabajó con el método científico debido a que se utilizó un conjunto de procedimientos sistematizados para llegar al objetivo de la presente investigación (Sánchez & Reyes, 2017).

Así mismo el método específico que se utilizó fue descriptivo ya que se estudió la variable sintomatología depresiva sin alterarla o modificarla.

(Sánchez & Reyes, 2017).

#### **4.2. Tipo de investigación**

La presente investigación es de tipo básica también llamada pura, se busca describir la realidad para recoger información del medio, para así enriquecer la teoría. El presente proyecto no tiene fines aplicativos prácticos inmediatos (Sánchez & Reyes, 2017).

#### **4.3. Nivel de investigación**

El nivel de investigación es descriptivo porque busca recoger información actual del problema, así como sus propiedades, en un tiempo y espacio determinado (Sánchez & Reyes, 2017).

#### **4.4. Diseño de investigación**

El diseño de investigación es no experimental-transversal-descriptivo comparativo: dado que el objetivo del presente proyecto es detallar la prevalencia de una variable, así mismo realizar descripciones comparativas entre diferentes grupos de personas (Sánchez & Reyes, 2017).

El siguiente esquema es:

M1 → O1

M2 → O2

M3 → O3

Donde:

M1= muestra de la Institución de la Costa.

M2=muestra de la Institución de la Sierra.

M3= muestra de la Institución de la Selva.

O1= Observación de la Institución de la Costa.

O2= Observación de la Institución de la Sierra.

O3= Observación de la Institución de la Selva.

#### **4.5. Población y muestra.**

Se denomina muestra al subgrupo de la población con el que trabaja el investigador, este debe presentar características de semejanza como ser del mismo grupo etario, en este caso ser adolescentes, estar matriculados en una Institución Educativa Estatal, etc (Hernández, Fernández y Baptista, 2014)

Asimismo, Hernández et al (2014) refiere que las muestras no probabilísticas, conocidas también como muestras dirigidas son aquellas que se encuentran direccionadas por las peculiaridades de la investigación, en este caso se utilizó la técnica de muestreo no probabilístico por conveniencia, ya que se seleccionó a los estudiantes considerando la característica de este estudio.

En el presente estudio se trabajó con tres muestras independientes cada una de ellas perteneciente a una región distinta del Perú para así poder lograr el objetivo propuesto.



En la I.E. de la Costa se trabajó con una muestra de 85 estudiantes, en la I.E. de la Sierra la muestra estuvo conformada por 85 estudiantes y finalmente, en la I.E. de la Selva la muestra fue de 75 estudiantes, haciendo una muestra total de 243 estudiantes varones y mujeres, para los criterios de inclusión y exclusión en cada institución se consideró lo siguiente:

***Criterios de inclusión***

Tener entre 11 a 17 años.

Asistir a la institución educativa con regularidad

***Criterios de exclusión***

Presentar alguna discapacidad física o psicológica que lo imposibilite a desarrollar el cuestionario.

Que hayan dejado algunos ítems sin responder.

Que hayan marcado más de dos ítems en una respuesta.

*Tabla n°1. Muestra de la investigación*

<b>Institución educativa</b>	<b>Muestra de estudiantes por grado de instrucción</b>					<b>Total</b>
	Primero	Segundo	Tercero	Cuarto	Quinto	
Costa	19	17	17	15	17	85
Sierra	23	15	15	15	17	85
Selva	11	19	15	17	11	73
<b>Total</b>	53	51	47	47	45	243

**Fuente:** Elaboración propia en base a los resultados del Inventario de Depresión de Beck, 2020.

## 4.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

### 4.6.1. Técnicas.

#### *La observación*

Vargas (2011) refiere que la observación es la técnica utilizada por el investigador para describir la realidad, debido a esto la investigación se inició con la observación de la realidad de nuestro contexto, para así poder identificar un fenómeno específico, reconocer sus características y utilizar un instrumento pertinente.

### 4.6.2. Instrumentos.

Un instrumento de medición psicológica evalúa una muestra de los repertorios de la conducta del evaluado que son producto de su interacción social para así poder hacer inferencias del constructo a trabajar (Aragón, 2004) en ese sentido de acuerdo a la investigación el instrumento que se empleó en el presente proyecto para medir la variable es:

## **INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK BDI-II.**

### FICHA TÉCNICA

- **Objetivo** : Evaluar la sintomatología depresiva según criterios DSM-IV
- **Edad** : A partir de los 13 años en adelante (adolescentes y adultos).
- **Normas** : Puntuaciones de corte según el grado de severidad de la depresión.
- **Tipo de administración** : 10 a 15 minutos.
- **Ámbitos de aplicación** : Clínico, forense, educativo e investigación aplicada.
- **Descripción** : El inventario de depresión de Beck BDI-II, tiene como autores: Aaron T. Beck, Robert A. Steer y Gregory k. Brown. Actualmente es uno de

los instrumentos más utilizados para medir la sintomatología depresiva, debido a su validez y confiabilidad ya sea en poblaciones clínicas o no clínicas. (Rodríguez & Farfan, 2015).

- **Contenido:** La prueba consta de 21 ítems, en una escala de cuatro puntos, cuya suma total fluctúa entre 0 y 63 puntos, en cada uno de los ítems, el usuario escogerá entre cuatro alternativas ordenadas de menor a mayor gravedad, la frase que manifieste mejor su estado de ánimo durante las últimas dos semanas, incluyendo el día en que se le está tomando la evaluación con el instrumento. (Rodríguez & Farfan, 2015).
- **Calificación:** En cuanto a la calificación del inventario, cada ítem se valora de 0 a 3 puntos en función de la alternativa escogida y, en esta prueba tras sumar se obtiene el resultado directo la puntuación de cada ítem, no hay necesidad de conversión, se puede obtener una puntuación total que varía de 0 a 63, el puntaje de 63 indicaría la severidad máxima de la depresión (Rodríguez & Farfan, 2015). Cuenta con estudios que respaldan su confiabilidad y validez en el Perú.
- **Confiabilidad y Validez del Cuestionario:** Los análisis de fiabilidad por Alfa de Cronbach realizados por el autor Rodríguez & Farfan, (2015) mostraron resultados de 0.891, lo que indica que la escala tiene consistencia interna. Así mismo, el autor analizó la validez de la escala por medio del análisis factorial exploratorio y confirmatorio.

#### **4.7. Técnicas de procesamiento de análisis de datos.**

El procesamiento de datos es el proceso mediante el cual el investigador recolecta información para ser agrupados y estructurados para responder en informes estadísticos

(Mardoqueo, 2005) y de esta manera responder al problema de investigación, objetivos, hipótesis de estudio.

#### **4.7.1. Análisis estadístico.**

En el presente estudio se trabajó con el método descriptivo inferencial que se demostró con la hipótesis, para lo cual se trabajó con las tablas de frecuencia y diagramas y se utilizó la prueba estadística chi cuadrada por homogeneidad.

El análisis estadístico brindo los datos, que fueron revisados de forma manual y que se procesaron mediante el SPSS, versión 25 mediante estadística descriptiva, frecuencia y tablas cruzadas. Para la contrastación de hipótesis se utilizó chi-cuadrada debido a que este nos permitió “comparar diversas muestras y extraer conclusiones sobre la igualdad en las distribuciones poblacionales de cada una de ellas” (Amaya, 2017).

Así mismo se adaptó el instrumento, Inventario de Depresión de Beck para cada una de las tres muestras con las que se trabajó.

#### **4.8. Aspectos éticos de la investigación.**

Las consideraciones éticas del presente proyecto de investigación se encuentran basadas en el Reglamento del Comité de Investigación de la Universidad Peruana Los Andes (2019) en su artículo 6, al igual que el Código de Ética de Investigación (2019) en su artículo 4 y el Reglamento de Investigación (2017) en su artículo 19, mencionan que el CONSENTIMIENTO INFORMADO Y EXPRESO, es la manifestación de voluntad

informada, libre, inequívoca y específica, mediante el cual las personas a participar consienten en brindar su información para el proyecto de investigación establecido.

Así mismo, el Código de Nüremberg(1947) señala en su I recomendación que es “absolutamente importante el consentimiento voluntario del sujeto humano”.

Por todo lo antes señalado, la investigación debe cumplir los parámetros necesarios para así garantizar que se cumplan con los criterios éticos evitando plagios y cerciorándose de que la integridad de los sujetos a participar en la investigación se encuentre salvaguardada.

En la ejecución de esta investigación se procedió a visitar cada una de las tres instituciones de la Costa, Sierra y Selva donde se conversó con el director para que nos brinde la autorización y poder trabajar con una muestra de los estudiantes.

Luego se pasó a explicar a los padres y estudiantes el objetivo de la investigación para así poder solicitar el consentimiento informado y asegurándoles que la información obtenida solo sería utilizada para la investigación salvaguardándose los datos personales de los estudiantes.

## CAPÍTULO V

### RESULTADOS

#### 5.1. Descripción de resultados

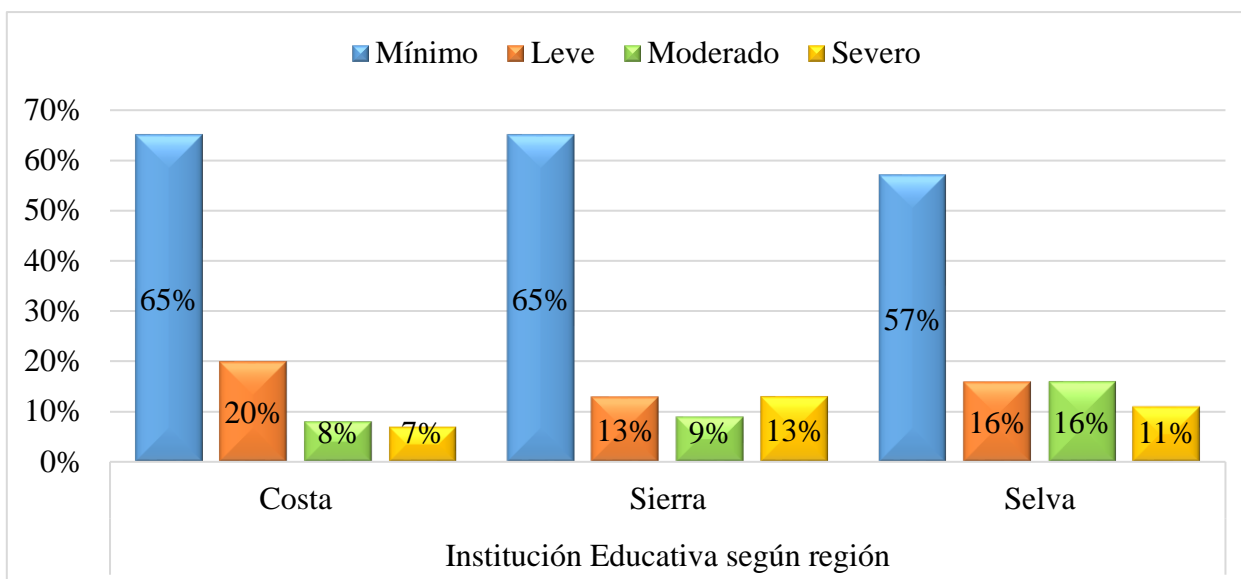
En el siguiente capítulo, se presentan los resultados descriptivos con tablas cruzadas de contingencia en frecuencias y porcentajes y figuras que expresen gráficamente los resultados. Así mismo, se detallan los resultados inferenciales que comprueban las hipótesis planteadas, para luego discutir los resultados. A continuación, se exponen los siguientes:

**Tabla 2** *Sintomatología depresiva de los adolescentes de las I.E. según región*

Sintomatología depresiva		Institución Educativa según región			Total
		Costa	Sierra	Selva	
Mínimo	F	55	55	41	151
	%	65%	65%	57%	62%
Leve	F	17	11	12	40
	%	20%	13%	16%	17%
Moderado	F	7	8	12	27
	%	8%	9%	16%	11%
Severo	F	6	11	8	25
	%	7%	13%	11%	10%
<b>Total</b>	F	85	85	73	243
	%	100%	100%	100%	100%

**Nota:** la mayoría de los estudiantes poseen sintomatología depresiva mínima en la costa y sierra con 65% respectivamente.

**Figura 1** *Sintomatología depresiva en los adolescentes de las I.E. según región*



**Fuente:** Elaboración propia en base a los resultados del Inventario de Depresión de Beck, 2020.

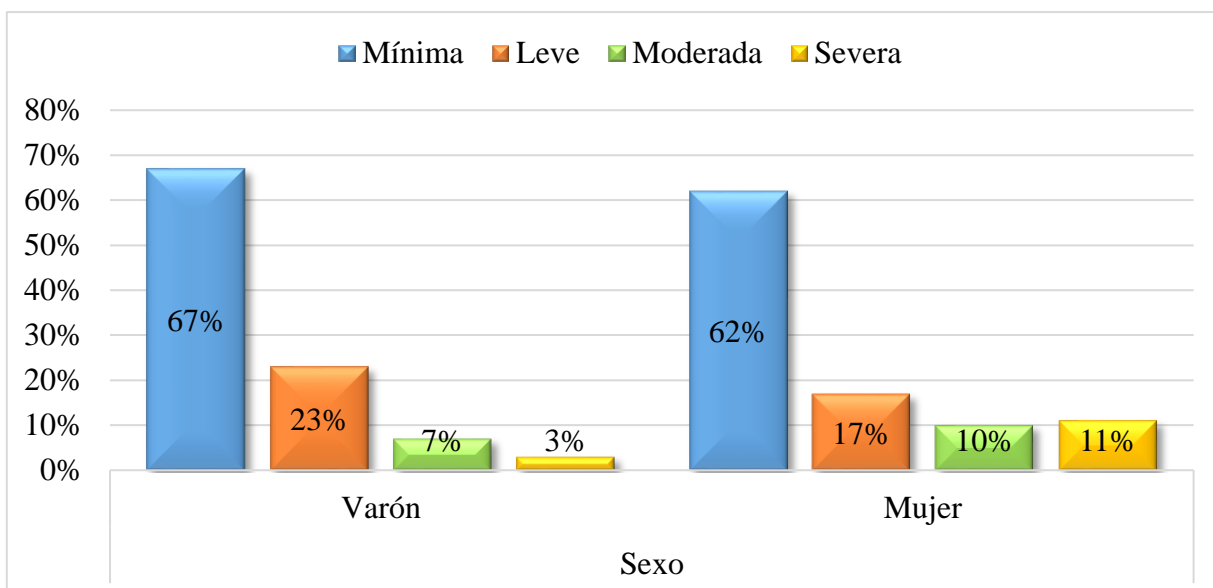
**Descripción:** En la tabla 2 y figura 1, se observa que, los estudiantes de la Institución Educativa de la costa, obtuvieron 65% de sintomatología depresiva mínima, el 20% leve, 8% moderado y el 7% posee sintomatología depresiva severa. Los estudiantes de la Institución Educativa de la sierra obtuvieron 65% de sintomatología depresiva mínima, 13% leve, 9% moderado y el 13% posee sintomatología depresiva severa. Los estudiantes de la Institución Educativa de la selva obtienen 57% en sintomatología depresiva mínima, 16% leve, 16% moderada y 11% severa.

**Tabla 3** Sintomatología depresiva según sexo de la Institución Educativa de la costa.

Sintomatología depresiva		Sexo		Total
		Varón	Mujer	
Mínima	F	29	26	55
	%	67%	62%	65%
Leve	F	10	7	17
	%	23%	17%	20%
Moderada	F	3	4	7
	%	7%	10%	8%
Severa	F	1	5	6
	%	3%	11%	7%
<b>Total</b>	F	43	42	85
	%	100%	100%	100%

**Nota:** el 67% de los estudiantes son varones y tienen sintomatología depresiva mínima.

**Figura 2** Sintomatología depresiva según sexo de la Institución Educativa de la costa.



**Fuente:** Elaboración propia en base a los resultados del Inventario de Depresión de Beck, 2020.

**Descripción:** En la tabla 3 y figura 2, se observa que, los estudiantes varones de la Institución Educativa de la costa, poseen 67% de sintomatología mínima, 23% leve, 7% moderado y 3% severo. Las adolescentes tienen 62% de sintomatología depresiva mínima, 17% leve, 10% moderada y 11% severa.

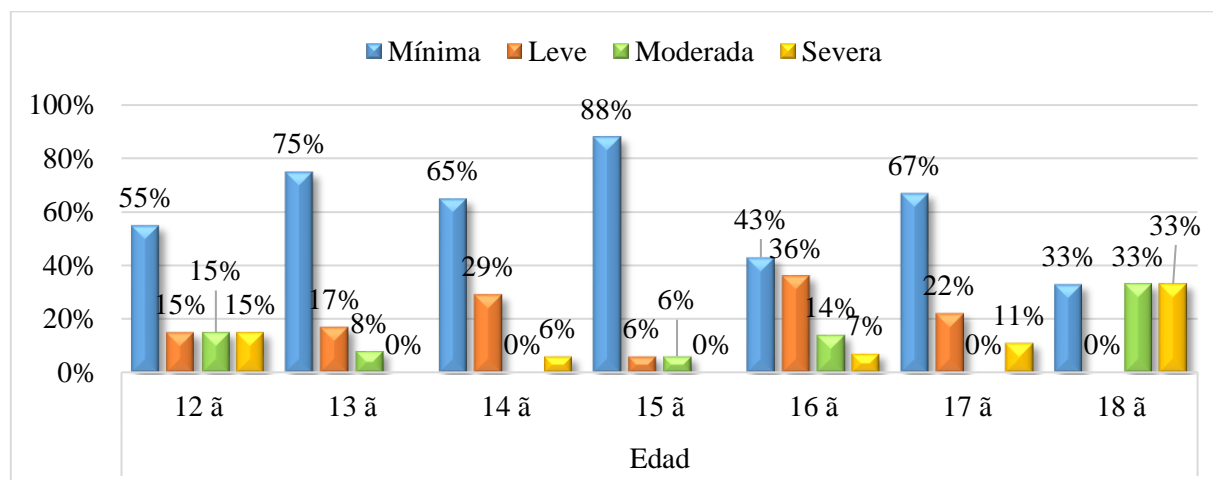
**Tabla 4** Sintomatología depresiva según edad de la Institución Educativa de la costa.

Sintomatología depresiva		Edad							Total
		12 ã	13 ã	14 ã	15 ã	16 ã	17 ã	18 ã	
Mínima	f	7	9	11	15	6	6	1	55
	%	55%	75%	65%	88%	43%	67%	33%	65%
Leve	f	2	2	5	1	5	2	0	17
	%	15%	17%	29%	6%	36%	22%	0%	20%
Moderada	f	2	1	0	1	2	0	1	7
	%	15%	8%	0%	6%	14%	0%	33%	8%
Severa	f	2	0	1	0	1	1	1	6
	%	15%	0%	6%	0%	7%	11%	33%	7%
	f	13	12	17	17	14	9	3	85
<b>Total</b>	%	100%	100%	100%	100%		100%	100%	100%

**Nota:** el 88% de los estudiantes tienen 15 años y poseen sintomatología depresiva mínima.



**Figura 3** Sintomatología depresiva según edad de la Institución Educativa de la costa.



**Fuente:** Elaboración propia en base a los resultados del Inventario de Depresión de Beck, 2020.

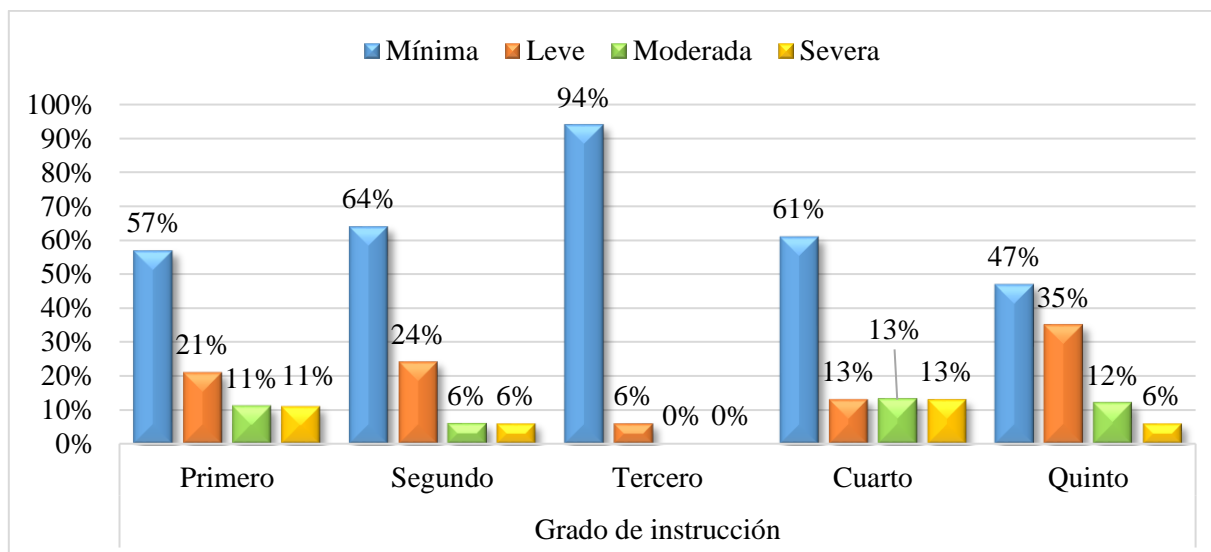
**Descripción:** En la tabla 4 y figura 3, se observa que los estudiantes de la institución educativa de la costa que tienen 12 años poseen: 55% sintomatología depresiva mínima, 15% leve, 15% moderada y 15% severa. Los estudiantes con 13 años tienen: 75% con sintomatología depresiva mínima, 17% leve y 8% moderada. Los estudiantes con 14 años tienen: 65% de sintomatología depresiva mínima, 29% leve y 6% severa. Los estudiantes con 15 años tienen: 88% de sintomatología depresiva mínima, 6% leve y 6% moderada. Los estudiantes con 16 años poseen: 43% de sintomatología depresiva mínima, 36% leve, 14% moderada y 7% severa. Los estudiantes de 17 años tienen: 67% sintomatología depresiva mínima, 22% leve y 11% severa. Los estudiantes con 18 años poseen: 33% en sintomatología mínima, moderada y severa respectivamente.

**Tabla 5** Sintomatología depresiva según grado de instrucción de la I.E. de la costa.

Sintomatología depresiva		Grado de instrucción					Total
		Primero	Segundo	Tercero	Cuarto	Quinto	
Mínima	f	11	11	16	9	8	55
	%	57%	64%	94%	61%	47%	65%
Leve	f	4	4	1	2	6	17
	%	21%	24%	6%	13%	35%	20%
Moderada	f	2	1	0	2	2	7
	%	11%	6%	0%	13%	12%	8%
Severa	f	2	1	0	2	1	6
	%	11%	6%	0%	13%	6%	7%
<b>Total</b>	f	19	17	17	15	17	85
	%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

**Nota:** 94% de los estudiantes están en tercer grado de secundaria y tienen sintomatología depresiva mínima.

**Figura 4** Sintomatología depresiva según grado de instrucción de la I.E. de la costa.



**Fuente:** Elaboración propia en base a los resultados del Inventario de Depresión de Beck, 2020.

**Descripción:** En la tabla 5 y figura 4 se puede observar que, de los estudiantes que están en primer grado, el 57% tienen sintomatología depresiva mínima, 21% leve, 11% moderada y 11% severa. Los estudiantes que están en segundo grado tienen: 64% mínima, 24% leve, 6% moderada y 6% severa. Los estudiantes que están en tercer grado, el 94% tiene mínima y 6% leve. Los estudiantes que están en cuarto grado tienen: 61% mínima, 13% leve, 13% moderada y 13% severa. Y los estudiantes que están en quinto grado tienen: 47% de sintomatología depresiva mínima, 35% leve, 12% moderada y 6% severa.

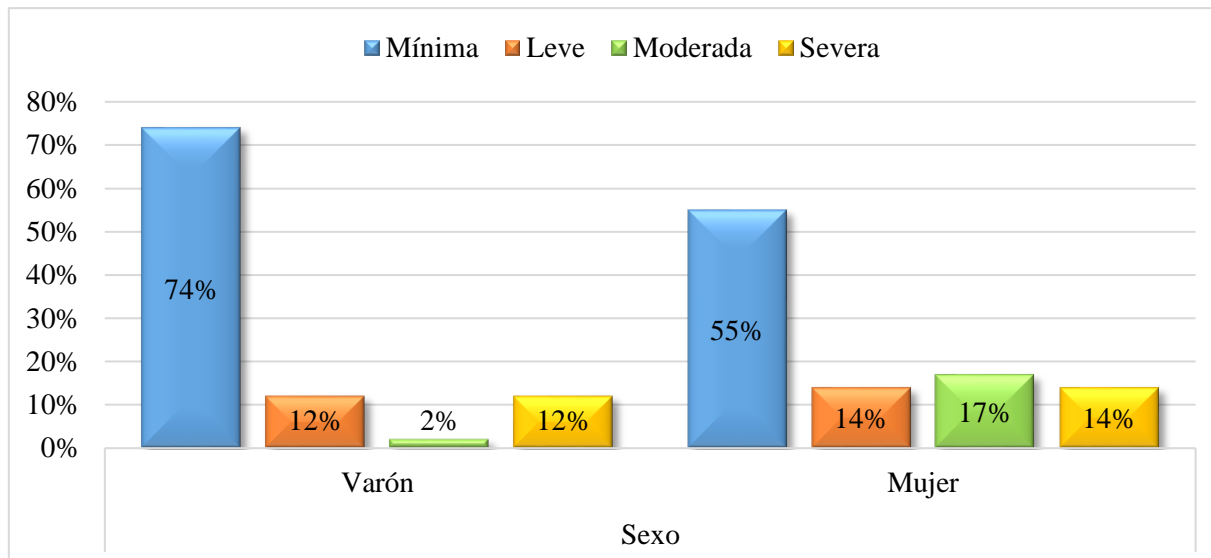
**Tabla 6** Sintomatología depresiva según sexo de la institución educativa de la sierra

Sintomatología depresiva	Sexo	Sexo		Total
		Varón	Mujer	
Mínima	F	32	23	55
	%	74%	55%	65%
Leve	F	5	6	11
	%	12%	14%	13%
Moderada	F	1	7	8
	%	2%	17%	9%
Severa	F	5	6	11
	%	12%	14%	13%
<b>Total</b>	F	43	42	85

%	100%	100%	100%
---	------	------	------

**Nota:** el 74% de estudiantes son varones y tienen sintomatología depresiva mínima.

**Figura 5** Sintomatología depresiva según sexo de la institución educativa de la sierra.



**Fuente:** Elaboración propia en base a los resultados del Inventario de Depresión de Beck, 2020.

**Descripción:** En la tabla 6 y figura 5 podemos apreciar que, los estudiantes varones de la institución educativa de la sierra tienen: 74% de sintomatología depresiva mínima, 12% leve, 2% moderada y 12% severa. Del total de las estudiantes, el 55% poseen sintomatología depresiva mínima, 14% leve, 17% moderada y 14% severa.

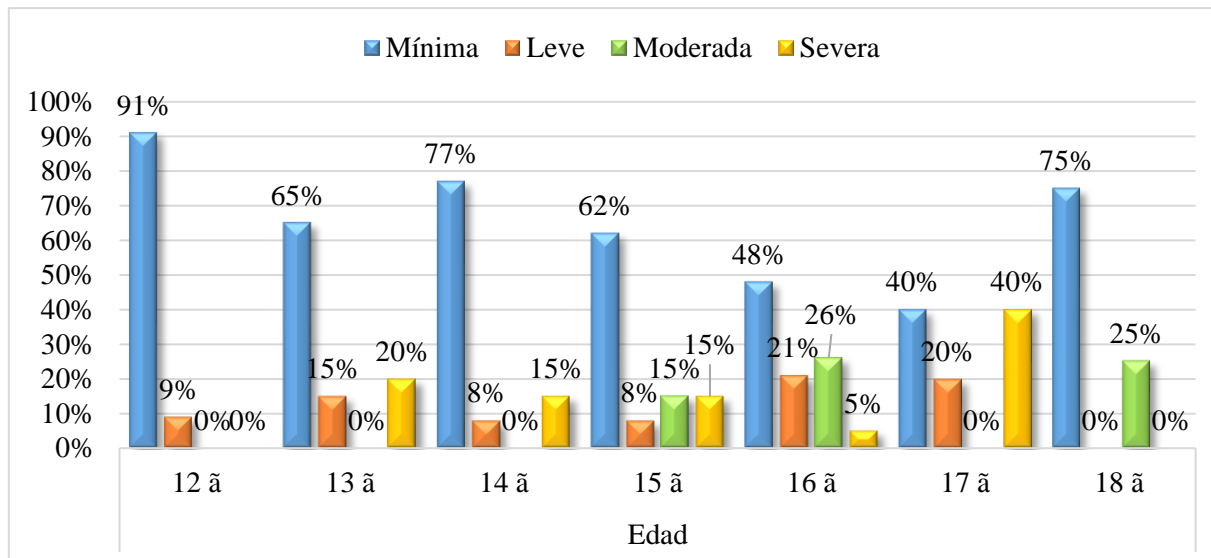
**Tabla 7** Sintomatología depresiva según edad de la institución educativa de la sierra.

Sintomatología depresiva	Edad								Total
		12 ã	13 ã	14 ã	15 ã	16 ã	17 ã	18 ã	
Mínima	f	10	13	10	8	9	2	3	55
	%	91%	65%	77%	62%	48%	40%	75%	65%
Leve	f	1	3	1	1	4	1	0	11
	%	9%	15%	8%	8%	21%	20%	0%	13%
Moderada	f	0	0	0	2	5	0	1	8
	%	0%	0%	0%	15%	26%	0%	25%	9%
Severa	f	0	4	2	2	1	2	0	11
	%	0%	20%	15%	15%	5%	40%	0%	13%

<b>Total</b>	f	11	20	13	13	19	5	4	85
	%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

**Nota:** el 91% de estudiantes tiene 12 años y poseen sintomatología depresiva mínima.

**Figura 6** Sintomatología depresiva según edad de la institución educativa de la sierra.



**Fuente:** Elaboración propia en base a los resultados del Inventario de Depresión de Beck, 2020.

**Descripción:** En la tabla 7 y figura 6, podemos apreciar que, dentro de los estudiantes que tienen 12 años de edad, el 91% tienen sintomatología depresiva (SD) mínima y el 9% leve. De los estudiantes con 13 años, el 65% tiene SD mínima, 15% leve y 20% severa. De los estudiantes con 14 años, el 77% tiene SD mínima, 8% leve y 15% severa. De los estudiantes con 15 años, el 62% tiene SD mínima, 8% leve, 15% moderada y 15% severa. De los estudiantes con 16 años, el 48% posee SD mínima, el 21% leve, 26% moderada y 5% severa. De los estudiantes con 17 años, el 40% tiene SD mínima, 20% leve y 40% severa. De los estudiantes con 18 años, el 75% tiene SD mínima y el 25% moderada.

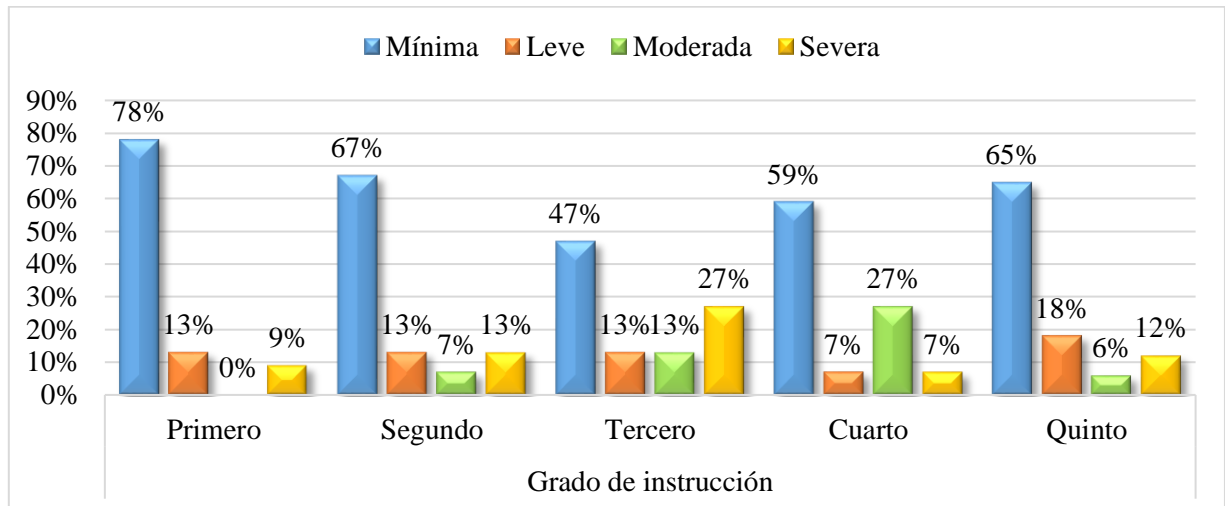
**Tabla 8** Sintomatología depresiva según grado de instrucción de la I.E. de la sierra.

Sintomatología depresiva	Grado de instrucción					Total	
	Primero	Segundo	Tercero	Cuarto	Quinto		
Mínima	f	18	10	7	9	11	55
	%	78%	67%	47%	59%	65%	65%
Leve	f	3	2	2	1	3	11
	%	13%	13%	13%	7%	18%	13%
Moderada	f	0	1	2	4	1	8
	%	0%	7%	13%	27%	6%	9%

Severa	f	2	2	4	1	2	11
	%	9%	13%	27%	7%	12%	13%
<b>Total</b>	f	23	15	15	15	17	85
	%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

**Nota:** 78% de los estudiantes están en primer grado y tienen sintomatología depresiva mínima.

**Figura 7** Sintomatología depresiva según grado de instrucción de la I.E. de la sierra.



**Fuente:** Elaboración propia en base a los resultados del Inventario de Depresión de Beck, 2020.

**Descripción:** En la tabla 8 y figura 7, podemos apreciar que, del total de estudiantes que están en primer grado en la institución educativa de la sierra, el 78% tiene sintomatología depresiva (SD) mínima, el 13% leve y el 9% severa. Del total de estudiantes que están en segundo grado, el 67% tiene SD mínima, el 13% leve, el 7% moderada y el 13% severa. Del total de estudiantes que están en tercer grado, el 47% tiene SD mínima, el 13% leve, 13% moderada y 27% severa. Del total de estudiantes de cuarto grado, el 59% tiene SD mínima, el 7% leve, el 27 moderado y el 7% severa. Del total de estudiantes de quinto grado, el 65% tiene SD mínima, 18% leve, 6% moderada y 12% severa.

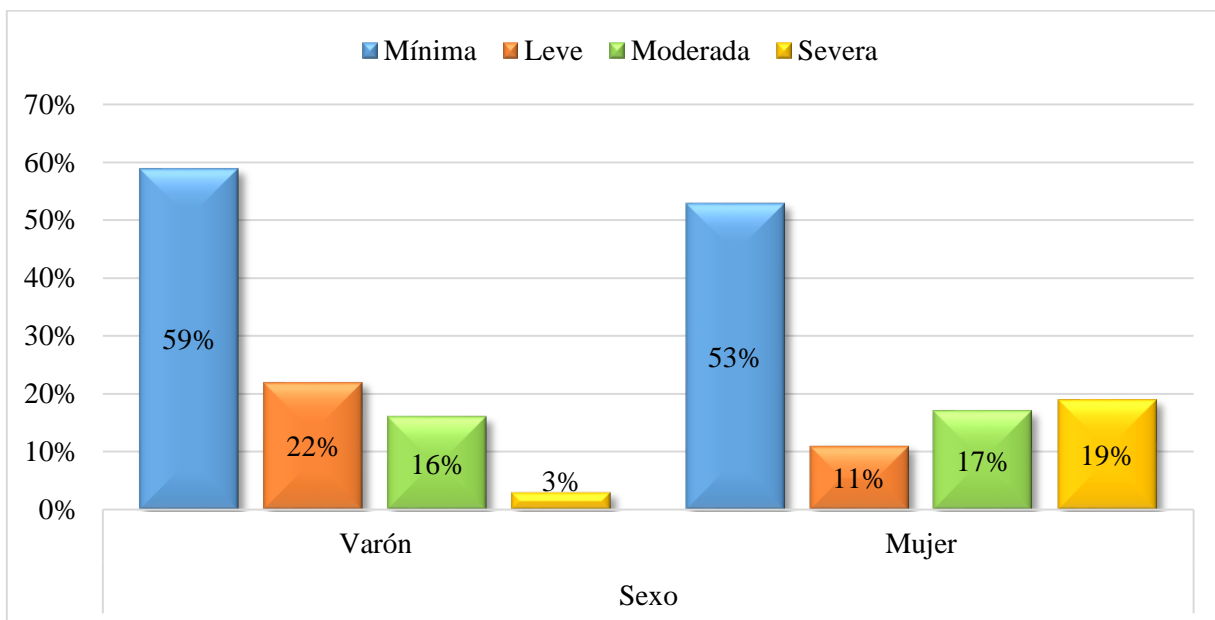
**Tabla 9** Sintomatología depresiva según sexo de la institución educativa de la selva.

Sintomatología depresiva	Sexo	Sexo		Total
		Varón	Mujer	
Mínima	F	22	19	41
	%	59%	53%	56%
Leve	F	8	4	12
	%	22%	11%	16%
Moderada	F	6	6	12
	%	16%	17%	16%

Severa	F	1	7	8
	%	3%	19%	11%
<b>Total</b>	F	37	36	73
	%	100%	100%	100%

**Nota:** 59% del total de varones tienen sintomatología depresiva mínima.

**Figura 8** Sintomatología depresiva según sexo de la institución educativa de la selva.



**Fuente:** Elaboración propia en base a los resultados del Inventario de Depresión de Beck, 2020.

**Descripción:** En la tabla 9 y figura 8, podemos apreciar que del total de estudiantes varones de la institución educativa de la selva, el 59% posee sintomatología depresiva mínima, 22% leve, 16% moderada y 3% severa. Del total de estudiantes mujeres de la institución educativa de la selva, el 53% tiene sintomatología depresiva mínima, 11% leve, 17% moderada y el 19% posee sintomatología depresiva severa.

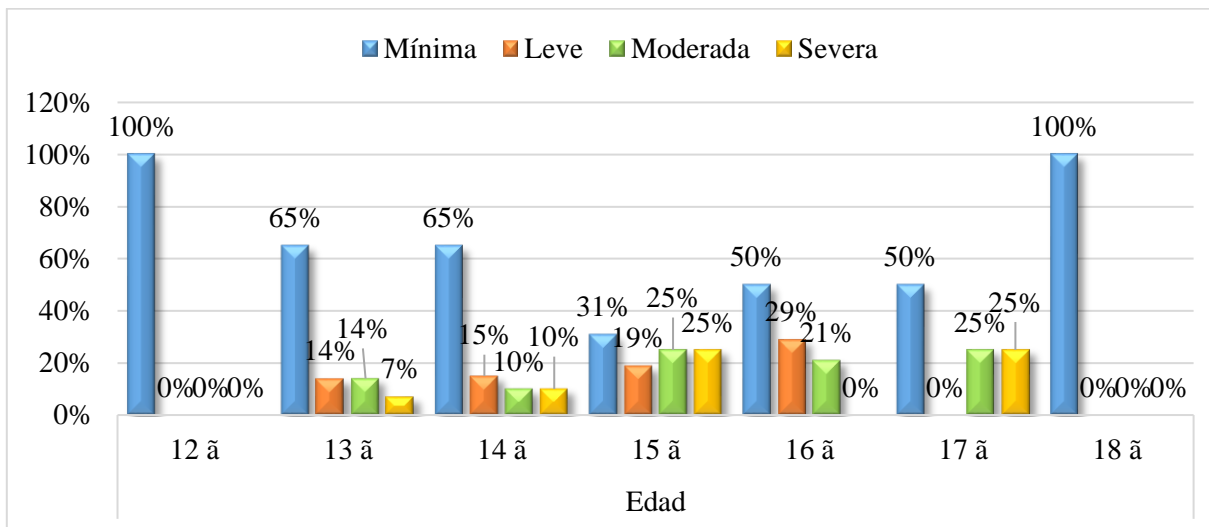
**Tabla 10** Sintomatología depresiva según edad de la institución educativa de la selva.

Sintomatología depresiva		Edad							Total
		12 ã	13 ã	14 ã	15 ã	16 ã	17 ã	18 ã	
Mínima	f	3	9	13	5	7	2	2	41
	%	100%	65%	65%	31%	50%	50%	100%	56%
Leve	f	0	2	3	3	4	0	0	12
	%	0%	14%	15%	19%	29%	0%	0%	16%
Moderada	f	0	2	2	4	3	1	0	12
	%	0%	14%	10%	25%	21%	25%	0%	16%
Severa	f	0	1	2	4	0	1	0	8

	%	0%	7%	10%	25%	0%	25%	0%	11%
<b>Total</b>	f	3	14	20	16	14	4	2	73
	%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

**Nota:** son la mayoría, estudiantes de 14 años, de los cuales, el 65% presenta sintomatología depresiva mínima.

**Figura 10** Sintomatología depresiva según edad de la institución educativa de la selva.



**Fuente:** Elaboración propia en base a los resultados del Inventario de Depresión de Beck, 2020.

**Descripción:** En la tabla 10 y gráfico 9, podemos observar que, todos los estudiantes con 12 años presentan sintomatología depresiva (SD) mínima. Del total de estudiantes con 13 años, el 65% presenta sintomatología depresiva mínima, el 14% leve, 14% moderada y 7% severa. Del total de estudiantes con 14 años, el 65% presenta SD mínima, 15% leve, 10% moderada y 10% severa. Del total de estudiantes con 15 años, el 31% presenta SD mínima, 19% leve, 25% moderada y 25% severa. Del total de estudiantes con 16 años, el 50% tiene SD mínima, el 29% leve y el 21% moderada. Del total con 17 años, el 50% tiene SD mínima, el 25% moderada y el 25% severa. Todos los estudiantes con 18 años tienen SD mínima.

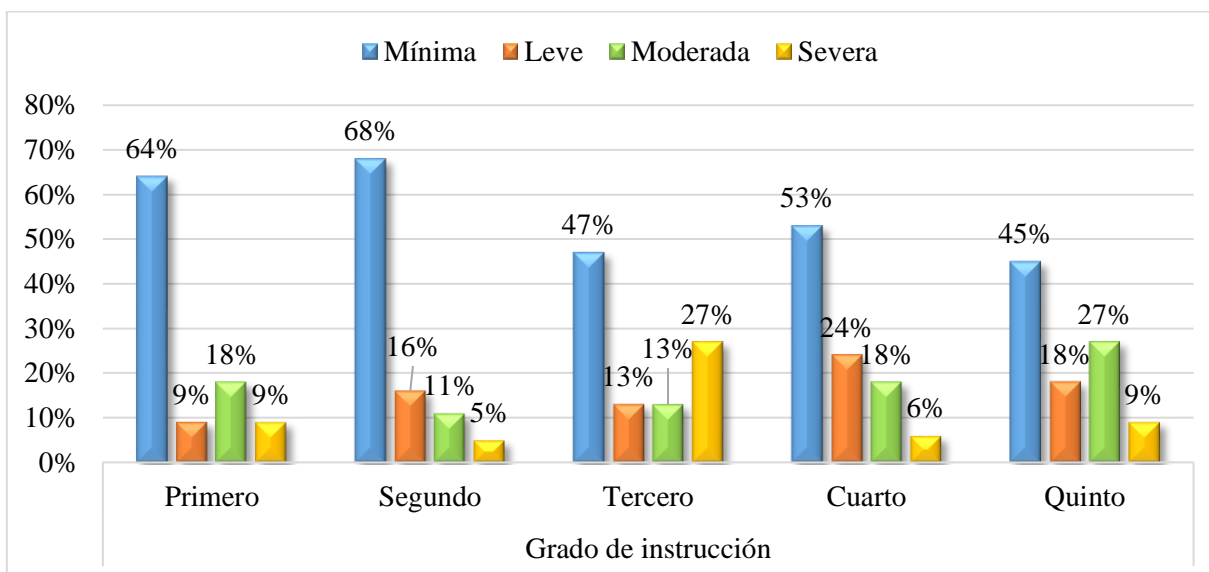
**Tabla 11** Sintomatología depresiva según grado de instrucción de la I.E. de la selva.

Sintomatología depresiva	Grado de instrucción					Total	
	Primero	Segundo	Tercero	Cuarto	Quinto		
Mínima	f	7	13	7	9	5	41
	%	64%	68%	47%	53%	45%	56%
Leve	f	1	3	2	4	2	12
	%	9%	16%	13%	24%	18%	16%
Moderada	f	2	2	2	3	3	12
	%	18%	11%	13%	18%	27%	16%

Severa	f	1	1	4	1	1	8
	%	9%	5%	27%	6%	9%	11%
Total	f	11	19	15	17	11	73
	%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

**Nota:** la mayoría está en segundo grado, de los cuales el 68% presenta sintomatología depresiva mínima.

**Figura 9** Sintomatología depresiva según grado de instrucción de la I.E. de la selva.



**Fuente:** Elaboración propia en base a los resultados del Inventario de Depresión de Beck, 2020.

**Descripción:** Dentro de la tabla 11 y figura 10, observamos que, el 64% de estudiantes que está en primer grado de secundaria de la I.E. de la selva, presenta sintomatología depresiva (SD) mínima, 9% leve, 18% moderada y 9% severa. Del total de estudiantes de segundo grado, el 68% tiene SD mínima, 16% leve, 11% moderada y 5% severa. Del total de tercer grado, el 47% tiene SD mínima, 13% leve, 13% moderada y 27% severa. Del total de los de cuarto, el 53% presenta SD mínima, 24% leve, 18% moderada y 6% severa. Del total de estudiantes de quinto grado, el 45% presenta SD mínima, el 18% leve, el 27% moderada y 9% severa.

## 5.2. Resultados inferenciales

### Hipótesis general

**H<sub>1</sub>** Existen diferencias significativas en la sintomatología depresiva de los adolescentes de Instituciones Educativas secundarias de la costa, sierra y selva.



**H<sub>0</sub>** No existen diferencias significativas en la sintomatología depresiva de los adolescentes de Instituciones Educativas secundarias de la costa, sierra y selva.

**Prueba de Chi – cuadrado de Pearson**

**Criterio para determinar la Hipótesis:**

**P-valor  $\leq \alpha$  = La H<sub>1</sub> se aprueba. Es significativo**

**P-valor  $> \alpha$  = La H<sub>0</sub> se aprueba. No es significativo**

**Tabla 12** Diferencia de la sintomatología depresiva en la costa, sierra y selva

Número	gl	X <sup>2</sup>	P – Valor	Valoración	Nivel Alfa $\alpha$
243	6	6,079	0,414	>	0,05

**Decisión:**

El p-valor (0,414) es mayor al nivel alfa (0,05). Por lo tanto, no es significativa.

**Conclusión:**

Se acepta la hipótesis nula, ya que **no existe diferencias significativas**.

**Interpretación:**

Se aprueba la hipótesis nula, ya que **no existe diferencias significativas** en la sintomatología depresiva en los adolescentes de las Instituciones Educativas secundarias de la costa, sierra y selva.

---

**Hipótesis específica 1**

**H<sub>1</sub>** Existen diferencias significativas en la sintomatología depresiva de los adolescentes de Instituciones Educativas secundarias de la costa, sierra y selva, 2019 según edad.

**H<sub>0</sub>** No existen diferencias significativas en la sintomatología depresiva de los adolescentes de Instituciones Educativas secundarias de la costa, sierra y selva 2019, según edad.

**Prueba de Chi – cuadrado de Pearson**

**Criterio para determinar la Hipótesis:**

**P-valor  $\leq \alpha$  = La H<sub>1</sub> se aprueba. Es significativo**

**P-valor  $> \alpha$  = La H<sub>0</sub> se aprueba. No es significativo**

**Tabla 13** Diferencia de la sintomatología depresiva según edad.

Institución Educativa	gl	X <sup>2</sup>	P – Valor	Valoración	Nivel Alfa $\alpha$
Costa	18	20,865	0,286	>	0,05
Sierra	18	23,760	0,163	>	
Selva	18	15,246	0,645	>	

**Decisión:**

Los p-valor de la I.E. costa (0,286), I.E. sierra (0,163) I.E. selva (0,645) son mayores al nivel alfa (0,05). Por lo tanto, no son significativas.

**Conclusión:**

Se acepta la hipótesis nula, ya que **no existe diferencias significativas**.

**Interpretación:**

Se aprueba la hipótesis nula, ya que **no existe diferencias significativas** en la sintomatología depresiva en los adolescentes de las Instituciones Educativas secundarias de la costa, sierra y selva, 2019, según edad.

---

**Hipótesis específica 2**

**H<sub>1</sub>** Existen diferencias significativas en la sintomatología depresiva de los adolescentes de Instituciones Educativas secundarias de la costa, sierra y selva, 2019 según sexo.

**H<sub>0</sub>** No existen diferencias significativas en la sintomatología depresiva de los adolescentes de Instituciones Educativas secundarias de la costa, sierra y selva 2019, según sexo.

### Prueba de Chi – cuadrado de Pearson

**Criterio para determinar la Hipótesis:**

**P-valor  $\leq \alpha$  = La H<sub>1</sub> se aprueba. Es significativo**

**P-valor  $> \alpha$  = La H<sub>0</sub> se aprueba. No es significativo**

**Tabla 14** Diferencia de la sintomatología depresiva según sexo.

Institución Educativa	gl	X <sup>2</sup>	P – Valor	Valoración	Nivel Alfa $\alpha$
Costa	3	3,491	0,322	>	
Sierra	3	6,144	0,105	>	0,05
Selva	3	6,040	0,110	>	

#### Decisión:

Los p-valor de la I.E. costa (0,322), I.E. sierra (0,105) I.E. selva (0,110) son mayores al nivel alfa (0,05). Por lo tanto, no son significativas.

#### Conclusión:

Se acepta la hipótesis nula, ya que **no existe diferencias significativas**.

#### Interpretación:

Se aprueba la hipótesis nula, ya que **no existe diferencias significativas** en la sintomatología depresiva en los adolescentes de las Instituciones Educativas secundarias de la costa, sierra y selva, 2019, según sexo.

---

### Hipótesis específica 3

**H<sub>1</sub>** Existen diferencias significativas en la sintomatología depresiva de los adolescentes de Instituciones Educativas secundarias de la costa, sierra y selva, 2019 según grado de instrucción.

**H<sub>0</sub>** No existen diferencias significativas en la sintomatología depresiva de los adolescentes de Instituciones Educativas secundarias de la costa, sierra y selva 2019, según grado de instrucción.

**Prueba de Chi – cuadrado de Pearson**

**Criterio para determinar la Hipótesis:**

**P-valor  $\leq \alpha$  = La H<sub>1</sub> se aprueba. Es significativo**

**P-valor  $> \alpha$  = La H<sub>0</sub> se aprueba. No es significativo**

**Tabla 15** Diferencia de la sintomatología depresiva según grado de instrucción.

<b>Institución Educativa</b>	<b>gl</b>	<b>X<sup>2</sup></b>	<b>P – Valor</b>	<b>Valoración</b>	<b>Nivel Alfa <math>\alpha</math></b>
Costa	12	12,203	0,429	>	0,05
Sierra	12	12,699	0,391	>	
Selva	12	7,831	0,798	>	

**Decisión:**

Los p-valor de la I.E. costa (0,429), I.E. sierra (0,391) I.E. selva (0,798) son mayores al nivel alfa (0,05). Por lo tanto, no son significativas.

**Conclusión:**

Se acepta la hipótesis nula, ya que **no existe diferencias significativas**.

**Interpretación:**

Se aprueba la hipótesis nula, ya que **no existe diferencias significativas** en la sintomatología depresiva en los adolescentes de las Instituciones Educativas secundarias de la costa, sierra y selva, 2019, según el grado de instrucción.

## CAPITULO VI

### ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La depresión es uno de los trastornos afectivos con mayor prevalencia a nivel mundial, y que además, se presenta en los diferentes grupos etarios, de estos, los adolescentes son quienes presentan mayor vulnerabilidad debido a los cambios físicos, psicológicos y sociales a los cuales se tienen que adaptar, el desarrollo de una enfermedad mental en este periodo de vida suele perdurar en el transcurso de la vida de la persona, de ahí la importancia que se realicen estudios en esta población, siendo también necesario considerar las diferencias culturales en cuanto a la manifestación de síntomas, puesto que estas varían acorde al lugar de procedencia del evaluado, es por ello que la presente investigación estudió la sintomatología depresiva en tres Instituciones Educativas secundarias de las regiones de costa, sierra y selva del Perú en el año 2019, buscando describir la diferencia en cuando a la manifestación de la sintomatología. A continuación, se presenta la discusión de los resultados:

Respecto a la identificación de las diferencias de la sintomatología depresiva de los estudiantes de las Instituciones Educativas según región se encontró que los estudiantes de la Institución Educativa de la costa, obtuvieron 65% de sintomatología depresiva mínima, el 20% leve, 8% moderado y el 7% posee sintomatología depresiva severa. Los estudiantes de la Institución Educativa de la sierra obtuvieron 65% de sintomatología depresiva mínima, 13% leve, 9% moderado y el 13% posee sintomatología depresiva severa (véase tabla y figura 1). Los estudiantes de la Institución Educativa de la selva obtienen 57% en sintomatología depresiva mínima, 16% leve, 16% moderada y 11%

severa. La mayoría de los estudiantes, tienen sintomatología mínima o nula, es decir, los estudiantes no presentan conductas idiosincráticas, ideas de quitarse la vida, llanto, intranquilidad, dificultad para participar en actividades, dificultad para decidir, disminución de energía para realizar actividades, cambios en el ciclo fisiológico del sueño, alterarse frente a pequeñas situaciones que no justifican su actuar, cambios en el consumo de alimentos debido a pérdida de apetito, dificultad para centrar la atención en un estímulo, pocas energías para realizar actividades (Beck et al, 2006).

Sin embargo, existen casos con sintomatología depresiva moderada y severa, 15% en la costa, 22% en la sierra y 27% en la selva. La selva presenta mayores casos de sintomatología depresiva, muchas investigaciones refieren que esta zona del país es geográficamente y políticamente ignorada, causa que puede conllevar a que los adolescentes puedan presentar mayor patología físicas y mentales, tal y como se demuestra en los registros actuales (Bernal, 2010). En segundo lugar se presenta la sierra, con mayor presencia de sintomatología depresiva, esta población es caracterizador por la identidad y nacionalismo que adquirieron por la violencia que se vivió en la década de los 80s y 90s dejó secuelas en el centro y sur del país, la depresión y problemas sociales como una de las consecuencias que han sufrido los pobladores (Zevallos, 2015). Al realizar la contrastación de las hipótesis utilizando el estadístico de Chi cuadrado de Pearson, se obtuvo un p-valor de 0,414 siendo este mayor al nivel alfa (0,05) es decir no existe diferencias significativas de la sintomatología depresiva entre la región costa, sierra y selva del Perú (véase tabla 11).

No existen diferencias en las tres muestras, debido a que la mayoría de los estudiantes poseen sintomatología depresiva mínima, esto predispone a que los resultados inferenciales compare los datos por proporsión. Tanto en la costa, en la sierra, como en la selva, los síntomas afectivos más resaltantes son el llanto y el sentimiento de castigo, los síntomas cognitivos predominantes son la autocrítica, la indecisión y la dificultad de concentración; en los síntomas fisiológicos encontrados con mayor frecuencia es los cambios de hábitos de sueño y dentro de los síntomas motivacionales, se encontró la pérdida del placer. Todos estos síntomas definieron a las personas que obtuvieron niveles moderados y severos en los resultados generales. Estos niveles se refieren a la alteración en la funcionalidad de las actividades normales de la vida cotidiana, que pueden desestabilizar el equilibrio psicológico del ser humano (Kates & Mach, 2007 citado por Heinze & Camacho, 2010). Nuestros resultados se asemejan a lo encontrado por Cerna (2015); Ho, et al. (2018); Jauregui et al. (2015) y Pérez (2018) donde reportan que no existe diferencia de sintomatología depresiva en cuanto al sexo, procedencia, edad y grado de instrucción.

La investigación presente delimitó sus objetivos a variables sociodemográficas como el sexo, edad y grado de instrucción relacionado a la sintomatología depresiva. Es así que, se presentan los resultados según las variables mencionadas:

Respecto a la sintomatología depresiva relacionada con el sexo de la institución educativa de la costa, se observó que los estudiantes varones de la Institución Educativa de la costa, poseen 67% de sintomatología mínima, 23% leve, 7% moderado y 3% severo. Las adolescentes tienen 62% de sintomatología depresiva mínima, 17% leve, 10%

moderada y 11% severa (véase tabla y figura 2). En la institución educativa de la sierra se estableció que los estudiantes varones de la institución educativa de la sierra tienen 74% de sintomatología depresiva mínima, 12% leve, 2% moderada y 12% severa. Del total de las estudiantes, el 55% poseen sintomatología depresiva mínima, 14% leve, 17% moderada y 14% severa (véase tabla y figura 5). Y en la región selva, del total de estudiantes varones de la institución educativa de la selva, el 59% posee sintomatología depresiva mínima, 22% leve, 16% moderada y 3% severa. Del total de estudiantes mujeres de la institución educativa de la selva, el 53% tiene sintomatología depresiva mínima, 11% leve, 17% moderada y el 19% posee sintomatología depresiva severa (véase tabla y figura 8). En las tres instituciones educativas, las mujeres presentan mayor sintomatología depresiva moderada y severa, liderando la región selva, sierra y costa, respectivamente; este resultado puede deberse a múltiples factores relacionados síntomas afectivos y motivacional como la autocrítica, sentimientos de castigo pérdida del interés, con mayor preocupación en las mujeres, por los cambios físicos, hormonales y conductuales propios de su adolescencia (Iglesias, 2013).

Al realizar la contrastación de hipótesis utilizando el estadístico de Chi cuadrado de Pearson, se obtuvo p-valor para la costa (0,322), I.E. sierra (0,105) I.E. selva (0,110) son mayores al nivel alfa (0,05) por lo tanto, no son significativas (véase tabla 13). Estos resultados se debería, además por los cambios fisiológicos, psicológicos y conductuales anteriormente descritos, a que ellas están permitidas social y culturalmente al dolor o llanto más que los varones, en la selva con mayor prevalencia por su contexto cultural y problemática sociopolítica que padeció durante la época del caucho donde muchas comunidades y pobladores han sido repelidos por las empresas industrializadas, causando



pérdidas de patrimonio y estabilidad emocional en los pobladores de esta parte del Perú (Ribeiro & Wise, 2008). Sin embargo no existe diferencias con las otras regiones debido a que en la mayoría de los resultados, en las tres regiones, se presentó sintomatología depresiva mínima o nula. Por ende, no existe diferencias significativas en la sintomatología depresiva en los adolescentes de las Instituciones Educativas secundarias de la costa, sierra y selva, 2019, según sexo. Estos resultados se evidencian en lo estudiado por Damas y Manrique (2015) y Ramón y Montero (2016) donde hallaron que las mujeres adolescentes presentan mayor incidencia de sintomatología depresiva que los varones.

Respecto a la sintomatología depresiva comparada en los estudiantes de las instituciones educativas de la costa, sierra y selva según la edad, se observa que los estudiantes de la costa que presentan mayor sintomatología depresiva son los que tienen 12 años con 30% y 16 años con 21% (véase tabla y figura 3). Mientras que en la sierra el 20% de los estudiantes con 13 años, presenta sintomatología depresiva severa, el 30% de los estudiantes con 15 años, tiene sintomatología moderada y severa y el 31% de los estudiantes con 16 años presenta sintomatología moderada y severa (véase tabla y figura 6). En la institución educativa de la selva, el 20% de los estudiantes de 14 años presentan sintomatología depresiva entre moderada y severa. Mientras que el 50% de los estudiantes con 15 años presentan sintomatología depresiva entre moderada y severa (véase tabla y figura 9). La presencia de sintomatología depresiva se da mayormente en la selva y en promedio la depresión produce dentro de los 15 y 16 años de edad en las tres muestras. Estos estudiantes pertenecen a la generación Z, que se caracteriza por la vinculación directa con la tecnología desde temprana edad, expuestos a crisis cuando ingresen al mundo académico y conciben la diferencia práctica con su realidad cotidiana; estos

cambios podrían generar preocupación o tristeza en la culminación de una etapa escolar para insertarse en el mundo laboral o estudio superior que decide su futuro, a esto se le conocería como el cambio paradigmático dentro del desarrollo adolescente (Di Lucca, 2015).

Por ello, al realizar la contrastación de hipótesis utilizando el estadístico de Chi cuadrado de Pearson se obtuvo un p-valor en la costa (0,286), I.E. sierra (0,163) I.E. selva (0,645) son mayores al nivel alfa (0,05). Por lo tanto, no existe diferencias significativas en la sintomatología depresiva en los adolescentes de las Instituciones Educativas secundarias de la costa, sierra y selva, 2019, según edad. Estos resultados explican que a pesar que existen casos de depresión moderada y severa, no son significativos para hallar la diferencia, puesto que la gran mayoría de estudiantes presenta sintomatología depresiva mínima, lo que impide que el análisis estadístico pueda ejercerse con eficacia, debido a que la mayoría de los resultados puntúan 0. Además; al formar parte de la generación Z encontrarían mayores factores de distracción y así, puedan invertir su tiempo en espacios tecnológicos que eviten sentimientos o emociones negativos como la tristeza, culpa o frustración. La investigación presente se asemeja a lo planteado por Pérez (2018), Cerna (2015) y Damas y Manrique (2018) donde encontraron que la presencia de sintomatología depresiva moderada y severa se encuentra en estudiantes de 15 y 16 años de edad.

Respecto a la diferencia de la sintomatología entre la costa, sierra y selva según el grado de instrucción. En la costa se encontró en los estudiantes de primer grado 22% de manifestación de sintomatología depresiva moderada y severa; y 26% en cuarto grado presentan sintomatología depresiva entre moderada y severa (véase tabla y figura 4). En

la sierra el 40% de los estudiantes de tercer grado presentan sintomatología depresiva, entre moderada y severa; y los estudiantes de cuarto grado tienen sintomatología moderada y severa en 34% (véase tabla y figura 7). Los estudiantes de la selva presentan sintomatología depresiva moderada y severa, del total de los estudiantes son de tercer grado el 40% y el 24% del total de los estudiantes son de cuarto grado de secundaria (véase tabla y figura 10). Se demuestra que en el tercer y cuarto grado de secundaria se presenta mayor sintomatología depresiva en niveles moderados y severos. Estos cambios que se producen en la educación secundaria, se encuentran ligados directamente a la edad, y como se mencionaba anteriormente, en esta etapa, los adolescentes se encuentran en la búsqueda de: rasgos, características, culturas, creencias, valores, hábitos, comportamientos, actitudes, formas de relación y normas; los adolescentes se encuentran ya sobre la marcha de un plan y proyecto formativo, personal y profesional, mismo que define sus: compromisos, sexualidad, función en la sociedad, relaciones, en suma, su vida de manera genérica. Por lo tanto, aquí se elude el proceso transicional que viven los adolescentes, al considerárseles muy comúnmente con definiciones ya asumidas en lo que respecta a su proceso de desarrollo personal y académico (Ducoing, 2017).

Al realizar la contrastación de hipótesis, utilizando el estadístico de Chi cuadrado de Pearson se obtuvo un p-valor en la I.E. de la costa (0,429), I.E. de la sierra (0,391) I.E. de la selva (0,798), estos p-valor son mayores al nivel alfa (0,05); por lo tanto, no hay diferencias significativas (véase tabla 14). Aunque exista presencia de sintomatología depresiva moderada y severa, no son suficientes para causar significancia en las diferencias, se pudo exponer que existen mayores casos de estudiantes con sintomatología depresiva mínima. Estos se podrían explicar con lo descrito líneas arriba, en cuanto a la

generación Z y los cambios físicos y psicológicos propios de la adolescencia. Estos resultados también se asemejan a lo planteado por Pérez (2018), Cerna (2015) y Damas y Manrique (2018) donde encontraron que no existe diferencias significativas según grado de instrucción.

La investigación presente intentó explicar la diferencia de la sintomatología depresiva según institución educativa de la costa, sierra y selva; sin embargo, se hallaron algunas limitaciones que impidieron resultados objetivos, como la deseabilidad social, caracterizada por sentimientos, actitudes o comportamientos que buscan aprobación social en la sociedad, los estudiantes tienden a responder los reactivos en dirección de presentarse a sí mismos en términos socialmente aceptables para ganar la aprobación de otro (Edwards, 1957; citado por Méndez, 2012). También se presentó muerte experimental en la selva de 12 estudiantes que sesgaron sus pruebas.

## **CAPITULO VII**

### **CONCLUSIONES**

- No existe diferencias significativas en la sintomatología depresiva en los adolescentes de Instituciones Educativas secundarias de la costa, sierra y selva – 2019 puesto que la mayoría de los resultados reportan sintomatología depresiva mínima, por ende, no hay suficientes datos cuantitativos para comparar estadísticamente.
- No existe diferencia de la sintomatología depresiva en adolescentes de Instituciones Educativas Secundarias de costa, sierra y selva del Perú, 2019 según edad. Aunque existen casos de sintomatología depresiva en estudiantes de 15 y 16 años, no son suficientes para hallar la diferencia estadística.
- No existe diferencia de la sintomatología depresiva en adolescentes de Instituciones Educativas Secundarias de costa, sierra y selva del Perú, 2019 según sexo. Aunque las mujeres tienden a presentar sintomatología depresiva moderada y severa, no son suficientes datos para hallar la diferencia, puesto que tanto en casos de varones y mujeres, la mayoría presenta sintomatología depresiva mínima.
- No existe diferencia de la sintomatología depresiva en adolescentes de Instituciones Educativas Secundarias de costa, sierra y selva del Perú, 2019 según grado de instrucción escolar. La mayoría de los estudiantes presenta sintomatología depresiva mínima, sin embargo, se hallan casos con niveles moderados y severos en el tercero y cuarto grado, pero no son suficientes para procesar la diferencia estadística según las regiones.

## **CAPITULO VIII**

### **RECOMENDACIONES**

- Realizar réplicas de la investigación, donde se considere el factor cultural, mediante estudios múltiples en diferentes regiones del Perú para así obtener resultados generalizables ya que los resultados de esta investigación no son determinantes.
- A los responsables del área psicopedagógica de las Instituciones educativas, implementar los mecanismos para el apoyo profesional de los estudiantes que obtuvieron grado de sintomatología moderado y severo, se recomienda asistir a una entrevista con un especialista para asegurar diagnóstico clínico.
- Ejecutar planes de prevención y promoción de la salud mental con respecto a la presencia de sintomatología depresiva en los estudiantes de las instituciones secundarias, fortaleciendo capacidades de padres de familia, docentes y pares.

## REFERENCIAS

- Acosta, M. *El comercio*. Obtenido de Depresión: cuando vivir se convierte en una tarea soportable: <https://elcomercio.pe/lima/sucesos/vivir-convierte-tarea-insoportable-noticia-492188>
- Aguirre, G. (2016). Las programas de salud y la situación intercultural. En R. Campos-Navarro, *Antropología médica e interculturalidad* (págs. 488-495). Ciudad de México : Interamericana Editores.
- American Psychiatric Association . (2002). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR). Barcelona: Masson, S.A.
- Amezquita, M., Gonzáles, R., & Zuluaga, D. (2008). Prevalencia de depresión e ideación suicida en estudiantes de 8°, 9°, 10° y 11° grado, en ocho colegios oficiales de manizales. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*, 13, 143-153.
- Andina. *Agencia Peruana de Noticias*. Obtenido de Depresión y ansiedad son las patologías que más afectan a población en Huancayo.: <https://andina.pe/agencia/noticia-depresion-y-ansiedad-son-las-patologias-mas-afectan-a-poblacion-huancayo-444836.aspx>
- Anicama, J. (2010). *Análisis y modificación del comportamiento en la práctica clínica*. Lima: Industria Gráfica Decourt.
- Apaza, N., & Gonzales, G. (2010). La sintomatología infantil y las diferencias del estilo cognitivo: reflexivo- impulsivo. (*Tesis de grado*). Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa, Arequipa.
- Arango, I. (2008). *Sexualidad Humana*. Mexico: Manual Moderno.
- Arenas, S. (2009). Relación entre la funcionalidad familiar y la depresión. (*Tesis de grado*). Universidad Mayor de San Marcos, Lima. Obtenido de

[http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/2562/Arenas\\_as.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/2562/Arenas_as.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Asla, N., Agirrezabal, A., López, A., López, A., & Broz, R. (2014). Ser mujer con VIH: autorealiación y autoaceptación. *Revista de Psicología de la Salud (new age)*, 2(1).

Asociacion Americana de Psiquiatría. (2002). *Manual Diagnostico y Estadistico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR)*. Barsezona: Mansson, S.A.

Avila, A. (1990). Psicodinámico de la depresión. *Anales de Psicologia*, 37-58.

Beck, A., John, R., Brian, S., & Emery, G. (2010). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. Bilbao: EDITORIAL DESCLEÉ DE BROWER.

Beck, A., Steer, R., & Brown, G. (2006). *BDI-II Inventario de Depresión de Beck*. Buenos Aires: Paidós.

Bernal, E. (2010). Estudio epidemiológico y síndromes folklóricos en cinco ciudades de la Selva Peruana. *Anales de Salud Mental*, 49-59.

Biblioteca Nacional de Medicina de los EE.UU. (s.f.). *Medline Plus Información de salud para usted*. Obtenido de <https://vsearch.nlm.nih.gov/vivisimo/cgi-bin/query-meta?v%3Aproject=medlineplus-spanish&v%3Asources=medlineplus-spanish-bundle&query=depression>

Botto, A., Acuña, J., & Jinénez, J. (2014). La depresion como diagnóstico complejo. Implicancias para el desarrollo de recomendaciones clínicas. *Revista Medica de Chile*, 1297-1305. Obtenido de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v142n10/art10.pdf>

Branden, N. (2011). *El poder de la autoestima. Como potenciar este importante recurso psicológico*. Barcelona: Ediciones Paidós.

Busto, M. (2017). La irritabilidad como síntoma en psiquiatría infanto-juvenil. (*Tesis Doctoral*). Universidad de Málaga, Malaga.



- Campos-Navarro, R. (2016). Salud Intercultural en América Latina. En R. Campos-Navarro, *Antropología médica e interculturalidad* (págs. 36-43). Ciudad de México: Interamericana editores.
- Canela, E. (2016). Los fundamentos del pesimismo en el pensamiento sociológico de José Ramón López. *Ciencia y Sociedad*, 41(2), 273-304.
- Carranza, L. (Jul-Sep de 2016). Fisiología del apetito y el hambre. *Enfermería Investiga, Investigación, Vinculación, Docencia y Gestion*, 1(3), 117- 124.
- Ceballos-Ospino, G., Suarez-Colorado, Y., Suescún-Arregocés, J., Gamarra-Vega, L., Gonzáles, K., & Sotelo-Manjarres, A. (2015). Ideación Suicida, Depresión y Autoestima en adolescentes. *Duazary*, 12(1), 15-22.
- Cerna, I. (2015). Estudio comparativo de la prevalencia de la depresión en estudiantes de secundaria provenientes de una institución educativa nacional y privada del distrito de Ate. *Revista de Psicología Heredia*, 10, 34-40.
- Damas, J., & Manrique, S. (2018). Niveles de sintomatología depresiva en alumnos del 3er grado de secundaria de instituciones educativas de las ciudades de Huancayo, Satipo y Huancavelica 2017. (*Tesis de licenciatura*). Universidad Peruana Los Andes, Huancayo.
- De Rosa, L., Dalla, A., Rutzstein, G., & Keegan, E. (2012). Perfeccionismo y Autocrítica. Consideraciones Clínicas. *Revista Argentina de Clínica Psicológico*, XXI(3), 209-215.
- Del Barrio, V., & Miguel, C. (2013). *Depresión en niños y adolescentes*. Madrid: Editorial Síntesis S.A.
- Di Schiena, R., Luminet, O., Chang, B., & Philippot, P. (2013). Why are Depressive Individual Indecisive? Different Modes of Rumination Account for Indecision in Non-clinical Depression. *Cogn Ther Res*, 713-724. doi: 10.1007/s10608-012-9517-9

- Diario Correo. (21 de Marzo de 2018). *Adolescentes de la región Junín con deresión y expuestos a la violencia*. Obtenido de Segun indica especialista, es importante curar a los menores en esta etapa para prevenir adultis violentos y futuras tragedias familiares: <https://diariocorreo.pe/edicion/huancayo/adolescentes-de-la-region-junin-con-depresion-y-expuestos-la-violencia-809289/>
- Diaz, C., & Peñarrieta, M. (2014). Sintomatología depresiva en niños provenientes de hogares de padres separados y no separados. (*Tesis de grado*). Universidad Católica de Santa María, Arequipa.
- Díaz, L. (s.f.). Respuestas de la psicología y la psiquiatría ante el fracaso. *Acontecimiento*, 51-55.
- Domínguez, A., & Yáñez-Canal, J. (2013). El concepto de Atención y Consciencia en la Obra de William James. *Revista Colombiana de Psicología*, 22(1), 199-214.
- Etxebarria, I. (1992). Sentimientos de culpa y abandono de los valores paternos. *Infancia y Aprendizaje*, 67-88.
- Gaete, V. (2015). Desarrollo psicosocial del adolescente. *Revista Chilena de Pediatría*, 436-443. Obtenido de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rcp/v86n6/art10.pdf>
- Garza, F. d. (2012). *Depresión en la infancia y adolescencia*. Mexico: Editorial Trillas.
- Giménez, M. (2005). Optimismo y pesimismo. Variables asociadas en el contexto escolar. *Pulso*, 9-23.
- Guavita, P., & Sanabria, P. (2006). Prevalencia de Sintomatología depresiva en una población estudiantil de la facultad de medicina de la Universidad Militar Nueva Granada, Bogotá Colombia. *Revista Facultad Medicina Nacional de Colombia*, 54(2), 76-87.
- Guemes, M., Ceñal, M., & Hidalgo, M. (2017). *Desarrollo durante la adolescencia. Aspectos físicos, psicologicos y sociales*. Obtenido de

<https://www.adolescenciasema.org/ficheros/PEDIATRIA%20INTEGRAL/Desarrollo%20durante%20la%20Adolescencia.pdf>

Hansberg, O. (1996). De las emociones morales. *Revista de Filosofía*, IX(16), 151-170.

Ho, S., Wai, D., Mak, C., & Wing, K. (2018). Factores Cognitivos asociados a la depresión and ansiedad en adolescentes: Estudio longitudinal de dos años. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 227-234.

Iglesias, J. (2013). Desarrollo adolescente aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatría Integral*, 88-93.

Instituto Nacional de Estadística e Informática. *Instituto Nacional de Estadística e Informática*.

Obtenido de <https://www.inei.gov.pe/prensa/noticias/poblacion-del-peru-totalizo-31-millones-237-mil-385-personas-al-2017-10817/>

Instituto Nacional de Salud Mental. (2012). Informe General. Anales de Salud Mental Año 2012. *Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Niños y Adolescentes en Lima Metropolitana y Callao 2007, Vol. XXVIII, (Suplemento 1.)*. Lima. Obtenido de <http://www.insm.gov.pe/investigacion/archivos/estudios/2012%20ASM%20-EESM%20-LM.pdf>

Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos. (2015). *Instituto Nacional de la Salud Mental*. Obtenido de La depresión lo que usted debe saber: <https://infocenter.nimh.nih.gov/pubstatic/SP%2015-3561/SP%2015-3561.pdf>

Jarrín, E. (2011). Dacriopsicología": Estudio sobre el origen y clasificación del llanto emocional. (*Tesis Doctoral*). Universidad de Alcalá, Alcalá.

Jauregui, J., Bernaras, E., Soroa, M., Sarasa, M., & Garaigordobil, M. (2015). Sintomatología depresiva en adolescentes y variables asociadas al contexto escolar y clínico. *Behavioral Psychology/ Psicología Conductual*, 245-264.

- Larios, J., Laborde, C., Sánchez, M., Gaviria, G., & Lastre, G. (2017). Caracterización de factores de riesgo psicosociales que inciden en Trastorno depresivo mayor en adolescentes. *Ciencia e Innovacion en Salud*, 1-8.
- Magaña, M. (2003). La adolescencia hoy. *Anales de Pediatría.*, 95-96.
- Mazadiego-Infante, T., Vera-Pedroza, A., & Ruiz-Carús, S. (2011). Problemas internalizados y externalizados en una muestra de niños de Educación Básica. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 3(1), 17-23. doi:DOI:10.5460/jbhsi.v3.1.27680
- Mendoza, A. *Dario Correo*. Obtenido de Registran más de 19 mil personas con problemas de salud mental en Junín. Recibieron atención en centros de salud más de siete mil pacientes: <https://diariocorreo.pe/edicion/huancayo/registran-mas-de-19-mil-personas-con-problemas-de-salud-mental-en-junin-876695/>
- Ministerio de Salud. (2008). Informe sobre los servicios de Salud Mental del Subsector Ministerio de Salud del Perú. *Instruente de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (IESM-OMS)*, 1-35. Obtenido de [https://www.who.int/mental\\_health/mhgap/evidence/mh\\_who\\_aims\\_peru\\_apr2010\\_en.pdf?ua=1](https://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/mh_who_aims_peru_apr2010_en.pdf?ua=1)
- Ministerio de Salud. (05 de Mayo de 2009). *Análisis de Situación de Salud de las y los Adolescentes Ubicándolos y Ubicándonos.2009*. Disponible en <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/An%C3%A1lisis%20de%20Situaci%C3%B3n%20de%20Salud%20de%20las%20y%20los%20Adolescentes%20Ubic%C3%A1ndolos%20y%20Ubic%C3%A1ndonos.pdf>
- Ministerio de Salud. (11 de Mayo de 2017). *Documento tecnico, situación de salud de los adolescentes y jóvenes en el Perú', 2017*. Obtenido de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4143.pdf>

- Moad, C. (2007). Depresión en Adolescentes de Escuelas Públicas y Privadas. *Universidad Iberoamericana*, 15(1), 6-12.
- Muñoz, M. (2014). Factores de riesgo familiares y personales que pueden generar depresión en los adolescentes chilenos. (*Tesis Doctoral*). Universidad de Salamanca, Salamanca.
- Murguía, D., & Reyes, J. (1956). El psicoanálisis. Freud y sus continuadores. *Revista de Psiquiatría de Uruguay*, 19-36.
- Nardi, B. (2004). La depresión adolescente. *Revista de la escuela de Psicología Psicoperspectivas*, 95 - 127).
- National Institute of Mental Health. (Febrero de 2018). *nimh.nih.gov*. Obtenido de <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/depression/index.shtml>
- Nelly, U., & Escurra, M. (2002). Adaptación psicométrica de la Escala de Depresión de la Escala de Depresión para Adolescentes de Reynolds (EDAR) en estudiantes de secundaria de Lima metropolitana. *Persona*, 83-130.
- Noguchi”, I. N.--. (s.f.).
- Núñez-Hernández, V., Vargas-Cerero, E., Sánchez-Madrigal, J., Jaramillo, E., Mastínez-Navarro, J., & Nava, A. (Enero- Abril de 2014). Nociones sobre fisiología del apetito. *Aptito y hambre. www.Mediagraphic.com. El residente*, 9(1), 15-19.
- Olivares, J. (1995). Anhedonia: una revisión conceptual. *Asoc. Esp. Neuropsiq*, XV(52), 9-24.
- OMS. (9 de Octubre de 2012). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de La depresión es una enfermedad frecuente y las personas que la padecen necesitan apoyo y tratamiento. La OMS celebra el 20° aniversario del Día Mundial de la Salud Mental: [https://www.who.int/mediacentre/news/notes/2012/mental\\_health\\_day\\_20121009/es/](https://www.who.int/mediacentre/news/notes/2012/mental_health_day_20121009/es/)

- ONU. (14 de Mayo de 2014). *Noticias ONU. Mirada global. Historias humanas*. Obtenido de La OMS resalta el impacto de la depresión entre niños y adolescentes: <https://news.un.org/es/story/2014/05/1301391>
- Organizacion Mundial de la Salud. (2004). *Clasificacion de los Trastornos y de Comportamiento con Glosario y criterios Diagnostico de Investigacion* . Madrid: Editorial Medica Panamericana, S.A.
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Guía de Bolsillo de la Clasificación CIE-10*. Madrid: Editorial Medica Panamericana.
- Organización Mundial de la Salud. (22 de Marzo de 2018). *Orgnizacion Mundial de la Salud*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Organización Mundial de la Salud. (s.f.). *Salud de la madre, el recién nacido y el niño adolescente*. Obtenido de *Desarrollo en la adolescencia. Un periodo de transición de crucial importancia:* [https://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/dev/es/](https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/)
- Organización Panamericana de la Salud. (9 de Octubre de 2012). *Organización Panamericana de la Salud*. Obtenido de *Día Mundial de la Salud Mental: la depresión es el trastorno mental más frecuente:* [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=7305:2012-dia-mundial-salud-mental-depresion-trastorno-mental-mas-frecuente&Itemid=1926&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7305:2012-dia-mundial-salud-mental-depresion-trastorno-mental-mas-frecuente&Itemid=1926&lang=es)
- Orgilés, M., Samper, D., Martínez, F., & Espada, J. (2017). Depresión en preadolescentes españoles: Diferencias en función de variables familiares. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 4(2), 129-134.

- Oyarzún, P. (1999). Epicuro: Carta a Meneceo. Noticia, traducción y notas de Pablo Oyarzún. *ONOMAZEIN*, 403-425.
- Pacheco, P., & Chaskel, R. (2016). Depresión en niños y adolescentes. *Precop Sociedad Colombiana de Psiquiatria*, 15(1), 30-38.
- Papalia, D., Wendlkos, S., & Duskin, R. (2009). *Desarrollo Humano*. Mexico: Mc Graw Hill. INTERAMERICANA EDITORES. S.A. de C.V.
- Pedraz-Petrozzi, B. (2018). Fatiga: historia, neuroanatomía y características psicopatológicas. Una revisión de la Literatura. *Rev Neuropsiquiatria*, 81(3), 174-182.
- Pérez, M., Martínez, L., Vianchá, M., & Avedaño, B. (2017). Intento e ideación suicida y su asociación con el abuso sexual en adolescentes escolarizados de Bocayá-Colombia. *Revista Diversitas- Perspectivas en Psicología*, 13(1), 091-101.
- Pérez, P. (2018). Presencia de Depresión en Estudiantes de V Ciclo de la Institución Educativa Estatal San Luis Gonzaga – 711 de Urubamba, Cusco - 2018. (*tesis de grado*). Universidad Andina del Cusco, Urubamba, Cusco.
- Podestá, P. (2006). Un acercamiento al concepto de cultura. *Journal of economics, Finance and Administrative Science*, 11(21), 25-39. Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/3607/360733601002.pdf>
- Ramón, W., & Montero, M. (2016). Niveles de depresión en escolares de una institución. (*Tesis de licenciatura*). Universidad Peruana Los Andes, Huancayo.
- Rascon, M., Gutiérrez, M. d., Valencia, M., Día, R., Leños, C., Rodríguez, & Soledad. (2004). Percepción de los familiares del intento e ideación suicidas de pacientes con esquizofrenia. *Salud Mental*, 27(5), 44-52.
- Real Academia Española. (2018). *Diccionario de la lengua española*. Obtenido de <https://dle.rae.es/?id=Y04VD47>

- Revista Peruana de Epidemiología. (2010). Historia Natural de la Depresion. *Revista Peruana de Epidemiología*, 14(10), 86-91.
- Reyes, G., & Rodrigo, M. (2014). Trastornos del sueño. *Departamento de Pediatría. Unidad de Psiquiatría*, 3-16.
- Reza, A., Bergen, N., Mendis, S., Harer, S., Verdes, E., Kunst, A., & Somnatch, C. (junio de 2012). Desigualdad socioeconómica en la prevalencia de enfermedades no transmisibles en países de ingresos bajos y medianos: Resultados de la Encuesta Mundial de Salud. *BMC Public Health*, 2-13. doi:<https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-474>
- Ribeiro, D., & Wise, M. (2008). *Los grupos étnicos de la amazonia Peruana*. Lima: Instituto Lingüístico de Verano. Obtenido de <http://centroderecursos.cultura.pe/sites/default/files/rb/pdf/Los%20grupos%20etnicos%20de%20la%20Amazonia%20peruana.pdf>
- Riveros, M., Hernández, H., & Rivera, J. (2007). Niveles de depresión y ansiedad en estudiantes universitarios de Lima Metropolitana. *IIPSI*, 10(1), 91-102.
- Rodríguez, E., & Farfan, D. (2015). Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión de Beck en estudiantes de 5to año de secundaria de Huancayo,2013. *Revista de Investigación Universitaria*, 4(2), 71-78.
- Rodríguez, L., Nájera, M., & Díaz, F. (2005). Génesis del alcoholismo en estudiantes adolescentes. *Revista Digital Buenos Aires*.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self image*. Princeton, N.J.: Princeton University Press.
- RPP, N. *RPP Noticias*. Obtenido de Actualidad. Junín: Reportan más de 180 intentos de suicidio al mes en Jauja: <https://rpp.pe/peru/actualidad/junin-reportan-mas-de-180-intentos-de-suicidio-al-mes-en-jauja-noticia-510591>



- Sadock, B., & Sadock, V. (2012). *Kaplan & Sadock Manual de Bolsillo de Psiquiatría Clínica*.  
Español: ISBN edición española.
- Salinas, C. (2015). Relación entre la depresión y el rendimiento académico de los adolescentes del cuarto grado de secundaria del colegio "Luis Aguilar Romaní" De el Tambo Huancayo. (*Tesis de titulación*). Universidad Peruana Los Andes, Huancayo.
- Sánchez, G. (mayo-agosto de 2009). Teorías de niñas y niños sobre el castigo parental. Aportes para la educación y la crianza. *Actualidades Investigativas en Educación*, 9(2), 1-29.
- Sánchez, G. (mayo-agosto de 2009). Teorías de niñas y niños sobre el castigo parental. Aportes para la educación y la crianza. *Actualidades Investigativas en Educación*, 9(2), 1-29.
- Sánchez, H., & Reyes, C. (2017). Metodología y Diseños en la Investigación Científica. Lima: Business Support Aneth S.R.L.
- Segal, Z., Williams, M., & Teasdale, J. (2002). *Terapia cognitiva de la depresión basada en la consciencia plena*. Bilbao: DESCLÉE DE BROUWER.
- Segal, Z., Williams, M., & Teasdale, J. (2008). *Terapia Cognitiva de la Depresión Basada en la Consciencia Plena*. Sevilla: Editorial Desclée de Brouwer. S.A.
- Silva, H. (2002). Nuevas perspectivas en la biología de la depresión. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 580-92.
- Sostenibilidad, O. N. Situación en la AMAZONIA PERUANA: realidad y perspectivas, intervención de la ONDS. *Willaqniki*(12), 1-42.
- Stein, D., Patel, V., & Heinze, G. (2011). Temas de investigación DSM-V Depresión y trastorno de ansiedad generalizada. En D. Goldberg, K. Kendler, P. Sirovatka, & D. Regier, *Comentario sobre "Análisis factorial confirmatorio de trastornos mentales comunes entre distintas culturas"* (págs. 192-195). Madrid: Editorial Médica Panamericana S.A.

- Stucchi-Portocarrero, S., Cruzado, L., Fernández-Ygreña, R., Bernuy-Mayta, M., Vargas-Murga, H., Alvarado-Sánchez, F., . . . Núñez-MoscOSO, P. (2014). Guía de práctica clínica para el tratamiento de la agitación psicomotora y la conducta agresiva. *Neuro-Psiquiatría*, 77(1), 19-30.
- Távara, L. (2004). Contribución de las adolescentes a la muerte materna en el Perú. *Ginecología y Obstetricia*, 111-122.
- Torres-Muga, L. (2009). *Geografía del Perú*. Lima, Perú: Utópica Ediciones. Obtenido de La Región de la Sierra abarca un 32% del territorio del Perú, como antes se dijo, y también
- Torres-Muga, L. (s.f.). *Geografía*.
- Unicef Perú. *unicef.org*. Obtenido de [https://www.unicef.org/peru/spanish/children\\_3789.htm](https://www.unicef.org/peru/spanish/children_3789.htm)
- Vargas, H., Tovar, H., & Valverde, J. (Agosto de 2010). Prevalencia y factores asociados con el episodio depresivo en adolescentes de Lima Metropolitana y Callao. *Revista Peruana de Epidemiología*, 14(2), 1-7.
- Velasquez, A. (2006). Análisis del Estudio de Carga de Enfermedad en el Perú, MINSA-2004 y Propuesta Metodológica para el Ajuste con Datos Nacionales de Morbilidad. *Abt Associates*, 64.
- Venegas, A. (2014). Influencia de los sucesos vitales estresantes en la depresión en adolescentes de la UPAO. Perú.2013-2014. (*Tesis de licenciatura*). Universidad Privada Antenor Orreg, Trujillo.
- Villaseñor, J., Rojas, C., Albarran, A., & Gonzáles, A. (2006). Un enfoque transcultural de la depresión. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 69(1-4), 43-50. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/3720/372039389004.pdf>
- Xavier, F. (2011). *El niño que no sonríe*. Madrid: Piramide.

Zeballos, S., & Ingaruca, M. (2017). Relación entre depresión y funcionalidad familiar en estudiantes de secundaria de la Institución Educativa Túpac Amaru, Distrito de Comas-Lima 2017. (*Tesis de grado*). Universidad Peruana Los Andes, Huancayo.

Zevallos-Bustamante, S. (2015). Prevalencia de depresión en poblaciones andinas. *Anales de Salud Mental*, XXXI(2), 9-22. Obtenido de file:///C:/Users/Arali/Downloads/14-55-1-PB.pdf

## **ANEXOS**

Anexo 1: Matriz de consistencia.

Anexo 2: Matriz de operacionalización de variables.

Anexo 3: Matriz de operacionalización de instrumento.

Anexo 4: Instrumento de investigación y constancia de su aplicación.

Anexo 5: Confiabilidad y validez del instrumento.

Anexo 6: La data de procesamiento de datos.

Anexo 7: Consentimiento informado.

Anexo 8: Fotos de la aplicación del instrumento.

**Anexo 1** Matriz de consistencia

**“SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA EN ADOLESCENTES DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS SECUNDARIAS DE LA COSTA, SIERRA Y SELVA DEL PERÚ, 2019”**

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	METOLOGÍA
<p><b>PROBLEMA PRINCIPAL</b></p> <p>¿Cuál es la diferencia de la sintomatología depresiva en adolescentes de Instituciones Educativas Secundarias de la Costa, Sierra y Selva del Perú, 2019?</p> <p><b>PROBLEMAS ESPECIFICOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ¿Cuál es la diferencia de la sintomatología depresiva en adolescentes de Instituciones Educativas Secundarias de Costa, Sierra y Selva del Perú, 2019 según sexo?</li> <li>▪ ¿Cuál es la diferencia de la sintomatología depresiva en adolescentes de Instituciones Educativas Secundarias de Costa, Sierra y Selva del Perú, 2019 según edad?</li> <li>▪ ¿Cuál es la diferencia de la sintomatología depresiva en adolescentes de Instituciones Educativas Secundarias de Costa, Sierra y Selva del Perú, 2019 según grado?</li> </ul>	<p><b>OBJETIVO GENERAL</b></p> <p>Comparar la diferencia de la sintomatología depresiva en adolescentes de Instituciones Educativas Secundarias de la Costa, Sierra y Selva del Perú, 2019.</p> <p><b>OBJETIVOS ESPECIFICOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Determinar la diferencia de la sintomatología depresiva en adolescentes de Instituciones Educativas Secundarias de Costa, Sierra y Selva del Perú, 2019 según sexo.</li> <li>▪ Determinar la diferencia de la sintomatología depresiva en adolescentes de Instituciones Educativas Secundarias de Costa, Sierra y Selva del Perú, 2019 según edad.</li> <li>▪ Determinar la diferencia de la sintomatología depresiva en adolescentes de Instituciones Educativas Secundarias de Costa, Sierra y Selva del Perú, 2019 según grado.</li> </ul>	<p><b>HIPÓTESIS GENERAL</b></p> <p>Existe diferencia significativa de la Sintomatología en los adolescentes de las Instituciones Educativas Secundarias de la Costa, Sierra y Selva del Perú, 2019.</p> <p><b>HIPÓTESIS ESPECIFICAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Existe diferencias de la sintomatología depresiva en adolescentes de Instituciones Educativas Secundarias de Costa, Sierra y Selva del Perú, 2019 según sexo.</li> <li>▪ Existe diferencias de la sintomatología depresiva en adolescentes de Instituciones Educativas Secundarias de Costa, Sierra y Selva del Perú, 2019 según edad.</li> <li>▪ Existe diferencias de la sintomatología depresiva en adolescentes de Instituciones Educativas Secundarias de Costa, Sierra y Selva del Perú, 2019 según grado.</li> </ul>	<p><b>TIPO DE INVESTIGACIÓN</b> Básica.</p> <p><b>NIVEL DE INVESTIGACIÓN</b> Descriptivo.</p> <p><b>DISEÑO DE INVESTIGACIÓN</b> No experimental-Transversal Descriptivo Comparativo M1 O1 M2 O2 M3 O3 M1= muestra de la Institución de la Costa. M2=muestra de la Institución de la Sierra. M3= muestra de la Institución de la Selva. O1= Observación de la Institución de la Costa. O2= Observación de la Institución de la Sierra. O3= Observación de la Institución de la Selva.</p> <p><b>POBLACION</b> Todo el alumnado femenino y masculino de las siguientes Instituciones Educativas I.E.E. Manuel Scorza Torre N° 8161de la ciudad de Lima (Costa), I.E.E. Enrique Gómez Espinoza de la ciudad de Jauja (Sierra) y la I.E.E. Los Angekes de Ubiriki-Chanchamayo (Selva), del año 2019, siendo un total de 890 estudiantes.</p> <p><b>MUESTRA</b> El alumnado femenino y masculino de cada institución será de 85 estudiantes por institución por lo que será un total de 267 estudiantes.</p>

Anexo 2 Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	Ítems	ESCALA DE MEDICIÓN
<b>SINTOMATOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN</b>	<p>Aaron Beck refiere que: “la depresión es el estado de ánimo caracterizado por tristeza frecuente, disminución de la autoestima, pérdida de intereses sociales, familiares e individuales afectando las áreas afectiva, cognitiva, física, desarrolla y mantiene una visión negativa de sí mismo, de su entorno y de su futuro. (Beck, John, Brian, &amp; Emery, 2010)</p>	<p>La depresión se mide con el Inventario de Depresión de Beck, Steer y Brown (2006). Este instrumento mide la sintomatología más resaltante de la depresión a nivel cognitivo, afectivo, conductual y social.</p>	<p>Es unidimensional</p>	<p>1,2,3,4 ,5,6,7, 8,9,10, 11,12, 13,14, 15,16, 17,18, 19,20, 21</p>	<p>Ordinal</p>

**Anexo 3: Matriz de operacionalización de un instrumento.**

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	ESCALA DE MEDICIÓN	Instrumento
<b>SINTOMATOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN</b>	Es unidimensional	Sentirse triste gran parte del tiempo.	1	Ordinal	Inventario de depresión de Beck- II
		Sentirse culpable respecto a varias cosas que he hecho o me gustaría hacer.	5		
		Llorar más de lo habitual	10		
		Sentirse que a veces soy castigado.	6		
		Sentirse más inquieto de lo habitual.	11		
		Actuar más irritable de lo habitual.	17		
		Percibir el futuro con pocas posibilidades positivas.	2		
		Disfrutar de las actividades que realiza.	4		
		Dejar de interesarse en actividades o personas, que anteriormente si ocurría.	12		
		Presentar energía para realizar actividades.	15		
		Sentirse cansado, más de lo habitual.	20		
		Percibirse como poco valioso.	14		
		Sentir que fracasas más de lo debido.	3		
		Aceptar mis acciones y pensamientos como adecuados.	7		
		Utilizo adjetivos calificativos peyorativos en mis acciones.	8		
		Pienso en matarme.	9		
		Demorar demasiado al tomar decisiones.	13		
		Dificultad al centrarse en un estímulo.	19		
		Cambios en el interés en el sexo, fuera de lo habitual.	21		
Cambios en los patrones del sueño comunes.	16				
Cambios en la cantidad común del consumo de alimentos.	18				

## Anexo 4: Instrumento de evaluación y constancia.

### INSTRUMENTO DE APLICACIÓN

# BDI-II<sup>1</sup>

Nombre: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Educación: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de enunciados. Por favor, lea cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija **uno** de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las **últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambio en los Hábitos de Sueño) y el ítem 18 (Cambios en el Apetito).

<p><b>1. Tristeza</b></p> <p>0 No me siento triste.</p> <p>1 Me siento triste gran parte del tiempo.</p> <p>2 Estoy triste todo el tiempo.</p> <p>3 Estoy tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.</p>	<p><b>6. Sentimientos de Castigo</b></p> <p>0 No siento que estoy siendo castigado.</p> <p>1 Siento que tal vez pueda ser castigado.</p> <p>2 Espero ser castigado.</p> <p>3 Siento que estoy siendo castigado.</p>
<p><b>2. Pesimismo</b></p> <p>0 No estoy desalentado respecto de mi futuro.</p> <p>1 Me siento más desalentado respecto de mi Futuro que lo que solía estarlo.</p> <p>2 No espero que las cosas funcionen para mí.</p> <p>3 Siento que no hay esperanza para mi futuro Y que sólo puede empeorar.</p>	<p><b>7. Disconformidad con Uno Mismo</b></p> <p>0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.</p> <p>1 He perdido la confianza en mí mismo.</p> <p>2 Estoy decepcionado conmigo mismo.</p> <p>3 No me gusto a mí mismo.</p>
<p><b>3. Fracaso</b></p> <p>0 No me siento como un fracasado.</p> <p>1 He fracasado más de lo que hubiera debido.</p> <p>2 Cuando miro hacia atrás veo muchos fracasos.</p> <p>3 Siento que como persona soy un fracaso total.</p>	<p><b>8. Autocrítica</b></p> <p>0 No me critico ni me culpo más de lo habitual.</p> <p>1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo.</p> <p>2 Me critico a mí mismo por todos mis errores.</p> <p>3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.</p>
<p><b>4. Pérdida de Placer</b></p> <p>0 Obtengo placer como siempre por las cosas de las que disfruto.</p> <p>1 No disfruto tanto de las cosas como solía Hacerlo.</p> <p>2 Obtengo muy Poco placer de las cosas de las que solía disfrutar.</p> <p>3 No Puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.</p>	<p><b>9. Pensamientos o Deseos Suicidas</b></p> <p>0 No tengo ningún pensamiento de matarme.</p> <p>1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría.</p> <p>2 Querría matarme.</p> <p>3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.</p>
<p><b>5. Sentimientos de Culpa</b></p> <p>0 No me siento particularmente culpable.</p> <p>1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.</p> <p>2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.</p> <p>3 Me siento culpable todo el tiempo.</p>	<p><b>10. Llanto</b></p> <p>0 No lloro más de lo habitual.</p> <p>1 Lloro más de lo que solía hacerlo.</p> <p>2 Lloro por cualquier pequeñez.</p> <p>3 Siento Ganas de llorar pero no puedo.</p>

Título Original: *Beck Depression Inventory* (Second Edition)  
Traducido y adaptado con permiso  
© 1996, 1997 by Aaron T. Beck, by the Psychological Corporation,  
USA.  
© De la traducción al castellano 2006 by the Psychological  
Corporation, USA  
Todo los derechos reservados.

Subtotal Página 1

Continúa atrás

1. Adaptación: Lic. María Elena Brenlla



<p><b>11. Agitación</b></p> <p>0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.</p> <p>1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.</p> <p>2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto.</p> <p>3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.</p> <p><b>12. Pérdida de interés</b></p> <p>0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.</p> <p>1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.</p> <p>2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.</p> <p>3 Me es difícil interesarme por algo.</p> <p><b>13. Indecisión</b></p> <p>0 Tomo mis decisiones tan bien como siempre.</p> <p>1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones.</p> <p>2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.</p> <p>3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.</p> <p><b>14. Desvalorización</b></p> <p>0 No siento que yo no sea valioso.</p> <p>1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme.</p> <p>2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.</p> <p>3 Siento que no valgo nada</p> <p><b>15. Pérdida de Energía</b></p> <p>0 Tengo tanta energía como siempre.</p> <p>1 Tengo menos energía que la que solía tener.</p> <p>2 No tengo suficiente energía para hacer demasiado.</p> <p>3 No tengo energía suficiente para hacer nada.</p> <p><b>16. Cambios en los Hábitos de Sueño</b></p> <p>0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.</p> <hr/> <p>1a Duermo un poco más que lo habitual.</p> <p>1b Duermo un poco menos que lo habitual.</p> <hr/> <p>2a Duermo mucho más que lo habitual.</p> <p>2b Duermo mucho menos que lo habitual.</p> <hr/> <p>3a Duermo la mayor parte del día.</p> <p>3b Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.</p>	<p><b>17. Irritabilidad</b></p> <p>0 No estoy más irritable que lo habitual.</p> <p>1 Estoy más irritable que lo habitual.</p> <p>2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.</p> <p>3 Estoy irritable todo el tiempo.</p> <p><b>18. Cambios en el Apetito</b></p> <p>0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.</p> <hr/> <p>1a Mi apetito es un poco menor que lo habitual.</p> <p>1b Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.</p> <hr/> <p>2a Mi apetito es mucho menor que antes.</p> <p>2b Mi apetito es mucho mayor que lo habitual.</p> <hr/> <p>3a No tengo apetito en absoluto.</p> <p>3b Quiero comer todo el tiempo.</p> <p><b>19. Dificultad de Concentración</b></p> <p>0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.</p> <p>1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.</p> <p>2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.</p> <p>3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.</p> <p><b>20. Cansancio o Fatiga</b></p> <p>0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.</p> <p>1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.</p> <p>2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.</p> <p>3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.</p> <p><b>21. Pérdida de Interés en el Sexo</b></p> <p>0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.</p> <p>1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.</p> <p>2 Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.</p> <p>3 He perdido completamente el interés en el sexo.</p>
--	--

\_\_\_\_\_ Subtotal Página 2

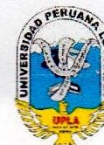
\_\_\_\_\_ Subtotal Página 1

\_\_\_\_\_ Puntaje total

# CONSTANCIA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA DE LA COSTA



UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA



“AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN E IMPUNIDAD”

**SOLICITUD: AUTORIZACIÓN PARA  
EJECUCIÓN DE PROYECTO DE  
INVESTIGACIÓN**

Señora:

Lic. VELAZCO LIVIA, Ana Maria

**DIRECTORA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA N° 8161 MANUEL SCORZA TORRES**

Yo Arali Ibeth REYMUNDO GARCIA, identificada con DNI N°70974837, bachiller de la Carrera Profesional de Psicología de la Universidad Peruana Los Andes me presento ante Ud. y expongo:

Tengo a bien dirigirme a usted a fin de saludarla cordialmente y a la vez mencionarle que bajo la asesoría de la Dr. Mercedes Jesús Peña, vengo ejecutando el proyecto de investigación titulada **“SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA EN ADOLESCENTES DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS SECUNDARIAS DE COSTA, SIERRA Y SELVA-2019”**, proyecto de Investigación que se ejecuta en estricto cumplimiento al Código de Ética para la investigación científica de la Universidad Peruana Los Andes, por la que se respetara el principio de confidencialidad resguardo de identidad y participación voluntaria.

Por lo expuesto, tengo a bien solicitar autorice a la portadora de la presente el acceso a los **estudiantes de vuestra Institución Educativa** así como la aplicación de instrumentos a las personas que han sido seleccionadas para participar en esta investigación.

Sin otro en particular esperando la atención que el presente merezca. Sea propicio para expresar los sentimientos de estima y deferencia personal.

**Atentamente**

Bach. REYMUNDO GARCIA Arali Ibeth  
DNI: 70974837



Lic. Ana Maria Velazco Livia  
DIRECTORA

# CONSTANCIA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA DE LA SIERRA



**UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**



**"AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN E IMPUNIDAD"**

**SOLICITUD: AUTORIZACIÓN PARA  
EJECUCIÓN DE PROYECTO DE  
INVESTIGACIÓN**

**Señora:**

**Lic. RAMOS PAUCARPURA, Rocio.**

**DIRECTORA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA ENRIQUE GOMEZ ESPINOZA**

Yo Arali Ibeth REYMUNDO GARCIA, identificada con DNI N°70974837, bachiller de la Carrera Profesional de Psicología de la Universidad Peruana Los Andes me presento ante Ud. y expongo:

Tengo a bien dirigirme a usted a fin de saludarla cordialmente y a la vez mencionarle que bajo la asesoría de la Dr. Mercedes Jesús Peña, vengo ejecutando el proyecto de investigación titulada **"SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA EN ADOLESCENTES DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS SECUNDARIAS DE COSTA, SIERRA Y SELVA-2019"**, proyecto de Investigación que se ejecuta en estricto cumplimiento al Código de Ética para la investigación científica de la Universidad Peruana Los Andes, por la que se respetara el principio de confidencialidad resguardo de identidad y participación voluntaria.

Por lo expuesto, tengo a bien solicitar autorice a la portadora de la presente el acceso a los **estudiantes de vuestra Institución Educativa** así como la aplicación de instrumentos a las personas que han sido seleccionadas para participar en esta investigación.

Sin otro en particular esperando la atención que el presente merezca. Sea propicio para expresar los sentimientos de estima y deferencia personal.

**Atentamente**



*Rocio Ramos Paucarpura*  
Lic. Rocio Ramos Paucarpura  
DIRECTORA

BACH. REYMUNDO GARCIA Arali Ibeth

DNI: 70974837



# CONSTANCIA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA DE LA SELVA



UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA



"AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN E IMPUNIDAD"

## SOLICITUD: AUTORIZACIÓN PARA EJECUCIÓN DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Señora:

Lic. HUALLULLO PRINZ, Wiberth.

**DIRECTOR DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA LOS ANGELES DE UBIKIRI, DISTRITO DE PERENE CHANCHAMAYO**

Yo Arali Ibeth REYMUNDO GARCIA, identificada con DNI N°70974837, bachiller de la Carrera Profesional de Psicología de la Universidad Peruana Los Andes me presento ante Ud. y expongo:

Tengo a bien dirigirme a usted a fin de saludarla cordialmente y a la vez mencionarle que bajo la asesoría de la Dr. Mercedes Jesús Peña, vengo ejecutando el proyecto de investigación titulada **"SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA EN ADOLESCENTES DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS SECUNDARIAS DE COSTA, SIERRA Y SELVA-2019"**, proyecto de Investigación que se ejecuta en estricto cumplimiento al Código de Ética para la investigación científica de la Universidad Peruana Los Andes, por la que se respetara el principio de confidencialidad resguardo de identidad y participación voluntaria.

Por lo expuesto, tengo a bien solicitar autorice a la portadora de la presente el acceso a **los estudiantes de vuestra Institución Educativa** así como la aplicación de instrumentos a las personas que han sido seleccionadas para participar en esta investigación.

Sin otro en particular esperando la atención que el presente merezca. Sea propicio para expresar los sentimientos de estima y deferencia personal.

Atentamente

Bach. REYMUNDO GARCIA Arali Ibeth  
DNI: 70974837



WIBERT JACK HUALLULLO PRINZ  
CUI N° 1020061627  
DIRECTOR

U°B

I.E. LOS ANGELES DE UBIKIRI	
MESA DE PARTES	
N° Exp. 119	Fecha 01
Fecha 14/11/2020	8:00
Firma	[Signature]

## Anexo 5 Validez y confiabilidad de los instrumentos

### CONFIABILIDAD DEL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK INSTITUCIÓN EDUCATIVA DE LA COSTA

#### Prueba del Coeficiente de Alpha de Cronbach

Criterio para determinar la confiabilidad del instrumento:  
Según George y Mallery (2003)

- P-valor > **0,90** = La confiabilidad es **Excelente**
- P-valor > **0,80** = La confiabilidad es **Buena**
- P-valor > **0,70** = La confiabilidad es **Aceptable**
- P-valor > **0,60** = La confiabilidad es **Relativamente aceptable**
- P-valor > **0,50** = La confiabilidad es **Cuestionable**
- P-valor < **0,50** = La confiabilidad es **Deficiente**

**Tabla 16** Confiabilidad del Inventario de Depresión de Beck – I.E. de la costa.

Número de Ítems	Coeficiente de Alpha de Cronbach (p-valor)	Significancia	Nivel de Significancia
21	0,901	>	0,60

**Entonces:**

El p-valor (0,901) es mayor al nivel de significancia (0,60). Por lo tanto, es confiable.

**Decisión:**

El “Inventario de Depresión de Beck” tiene un coeficiente de 0,901. Representando así, confiabilidad excelente con un 90.1% a favor.

### VALIDEZ DEL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK INSTITUCIÓN EDUCATIVA DE LA COSTA

#### Prueba de Validez Interna modalidad de Correlación Ítem - Test

Criterio para determinar la Validez del instrumento:

- P-valor < **0,30** = El ítem se observa o se anula.
- P-valor  $\geq$  **0,30** = El ítem aprueba.

**Tabla 171** Validez interna del Inventario de Depresión de Beck – I.E. de la costa.

ÍTEM	Correlación Ítem - Test	$\alpha$ si el Ítem es eliminado	Decisión
Ítem 01	0,531	0,896	Aprobado por criterio Ítem -Test
Ítem 02	0,662	0,893	Aprobado por criterio Ítem -Test
Ítem 03	0,531	0,896	Aprobado por criterio Ítem -Test
Ítem 04	0,504	0,897	Aprobado por criterio Ítem -Test
Ítem 05	0,359	0,900	Aprobado por criterio Ítem -Test
Ítem 06	0,459	0,899	Aprobado por criterio Ítem -Test
Ítem 07	0,543	0,896	Aprobado por criterio Ítem -Test
Ítem 08	0,480	0,898	Aprobado por criterio Ítem -Test
Ítem 09	0,535	0,896	Aprobado por criterio Ítem -Test
Ítem 10	0,531	0,896	Aprobado por criterio Ítem -Test
Ítem 11	0,543	0,896	Aprobado por criterio Ítem -Test
Ítem 12	0,441	0,899	Aprobado por criterio Ítem -Test
Ítem 13	0,684	0,892	Aprobado por criterio Ítem -Test
Ítem 14	0,672	0,894	Aprobado por criterio Ítem -Test
Ítem 15	0,779	0,892	Aprobado por criterio Ítem -Test
Ítem 16	0,543	0,896	Aprobado por criterio Ítem -Test
Ítem 17	0,531	0,896	Aprobado por criterio Ítem -Test
Ítem 18	0,392	0,900	Aprobado por criterio Ítem -Test
Ítem 19	0,511	0,897	Aprobado por criterio Ítem -Test
Ítem 20	0,350	0,901	Aprobado por criterio Ítem -Test
Ítem 21	0,505	0,897	Aprobado por criterio Ítem -Test

**Nota:** Todos los ítems se aprueban según la correlación ítem – test.

## CONFIABILIDAD DEL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK INSTITUCIÓN EDUCATIVA DE LA SIERRA

### Prueba del Coeficiente de Alpha de Cronbach

Criterio para determinar la confiabilidad del instrumento:  
Según George y Mallery (2003)

- P**-valor > **0,90** = La confiabilidad es **Excelente**
- P**-valor > **0,80** = La confiabilidad es **Buena**
- P**-valor > **0,70** = La confiabilidad es **Aceptable**
- P**-valor > **0,60** = La confiabilidad es **Relativamente aceptable**
- P**-valor > **0,50** = La confiabilidad es **Cuestionable**
- P**-valor < **0,50** = La confiabilidad es **Deficiente**

**Tabla 18** *Confiabilidad del Inventario de Depresión de Beck – I.E. de la sierra.*

Número de Ítems	Coefficiente de Alpha de Cronbach (p-valor)	Significancia	Nivel de Significancia
21	0,920	>	0,60

**Entonces:**

El p-valor (0,920) es mayor al nivel de significancia (0,60). Por lo tanto, es confiable.

**Decisión:**

El “Inventario de Depresión de Beck” tiene un coeficiente de 0,920. Representando así, confiabilidad excelente con un 92% a favor.

**VALIDEZ DEL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK  
INSTITUCIÓN EDUCATIVA DE LA SIERRA**

**Prueba de Validez Interna modalidad de Correlación Ítem - Test**

**Criterio para determinar la Validez del instrumento:**

**P-valor < 0,30** = El ítem se observa o se anula.

**P-valor ≥ 0,30** = El ítem aprueba.

**Tabla 19** *Validez interna del Inventario de Depresión de Beck – I.E. de la sierra.*

ÍTEM	Correlación Ítem - Test	$\alpha$ si el Ítem es eliminado	Decisión
Ítem 01	0,447	0,919	Aprobado por criterio Ítem -Test
Ítem 02	0,548	0,917	Aprobado por criterio Ítem -Test
Ítem 03	0,834	0,910	Aprobado por criterio Ítem -Test
Ítem 04	0,483	0,918	Aprobado por criterio Ítem -Test
Ítem 05	0,328	0,920	Aprobado por criterio Ítem -Test
Ítem 06	0,623	0,915	Aprobado por criterio Ítem -Test
Ítem 07	0,457	0,918	Aprobado por criterio Ítem -Test
Ítem 08	0,557	0,917	Aprobado por criterio Ítem -Test
Ítem 09	0,348	0,920	Aprobado por criterio Ítem -Test
Ítem 10	0,569	0,919	Aprobado por criterio Ítem -Test
Ítem 11	0,817	0,910	Aprobado por criterio Ítem -Test
Ítem 12	0,668	0,914	Aprobado por criterio Ítem -Test
Ítem 13	0,814	0,911	Aprobado por criterio Ítem -Test
Ítem 14	0,801	0,911	Aprobado por criterio Ítem -Test
Ítem 15	0,398	0,919	Aprobado por criterio Ítem -Test
Ítem 16	0,716	0,913	Aprobado por criterio Ítem -Test
Ítem 17	0,629	0,915	Aprobado por criterio Ítem -Test
Ítem 18	0,362	0,920	Aprobado por criterio Ítem -Test

Ítem 19	0,367	0,920	Aprobado por criterio Ítem -Test
Ítem 20	0,605	0,915	Aprobado por criterio Ítem -Test
Ítem 21	0,558	0,916	Aprobado por criterio Ítem -Test

**Nota:** Todos los ítems se aprueban según la correlación ítem – test.

## CONFIABILIDAD DEL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK INSTITUCIÓN EDUCATIVA DE LA SELVA

### Prueba del Coeficiente de Alpha de Cronbach

Criterio para determinar la confiabilidad del instrumento:  
Según George y Mallery (2003)

- P-valor > 0,90** = La confiabilidad es **Excelente**
- P-valor > 0,80** = La confiabilidad es **Buena**
- P-valor > 0,70** = La confiabilidad es **Aceptable**
- P-valor > 0,60** = La confiabilidad es **Relativamente aceptable**
- P-valor > 0,50** = La confiabilidad es **Cuestionable**
- P-valor < 0,50** = La confiabilidad es **Deficiente**

**Tabla 20** Confiabilidad del Inventario de Depresión de Beck – I.E. de la selva.

Número de Ítems	Coeficiente de Alpha de Cronbach (p-valor)	Significancia	Nivel de Significancia
21	0,880	>	0,60

**Entonces:**

El p-valor (0,880) es mayor al nivel de significancia (0,60). Por lo tanto, es confiable.

**Decisión:**

El “Inventario de Depresión de Beck” tiene un coeficiente de 0,880. Representando así, confiabilidad excelente con un 88% a favor.

## VALIDEZ DEL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK INSTITUCIÓN EDUCATIVA DE LA SELVA

### Prueba de Validez Interna modalidad de Correlación Ítem - Test

Criterio para determinar la Validez del instrumento:

- P-valor < 0,30** = El ítem se observa o se anula.
- P-valor ≥ 0,30** = El ítem aprueba.



**Tabla 2** Validez interna del Inventario de Depresión de Beck – I.E. de la selva.

<b>ÍTEM</b>	<b>Correlación Ítem - Test</b>	<b><math>\alpha</math> si el Ítem es eliminado</b>	<b>Decisión</b>
Ítem 01	0,613	0,870	Aprobado por criterio Ítem -Test
Ítem 02	0,605	0,870	Aprobado por criterio Ítem -Test
Ítem 03	0,595	0,870	Aprobado por criterio Ítem -Test
Ítem 04	0,482	0,874	Aprobado por criterio Ítem -Test
Ítem 05	0,440	0,877	Aprobado por criterio Ítem -Test
Ítem 06	0,422	0,876	Aprobado por criterio Ítem -Test
Ítem 07	0,615	0,870	Aprobado por criterio Ítem -Test
Ítem 08	0,366	0,878	Aprobado por criterio Ítem -Test
Ítem 09	0,558	0,872	Aprobado por criterio Ítem -Test
Ítem 10	0,407	0,881	Aprobado por criterio Ítem -Test
Ítem 11	0,595	0,870	Aprobado por criterio Ítem -Test
Ítem 12	0,453	0,875	Aprobado por criterio Ítem -Test
Ítem 13	0,296	0,881	Aprobado por criterio Ítem -Test
Ítem 14	0,500	0,874	Aprobado por criterio Ítem -Test
Ítem 15	0,494	0,876	Aprobado por criterio Ítem -Test
Ítem 16	0,438	0,876	Aprobado por criterio Ítem -Test
Ítem 17	0,595	0,870	Aprobado por criterio Ítem -Test
Ítem 18	0,595	0,870	Aprobado por criterio Ítem -Test
Ítem 19	0,532	0,873	Aprobado por criterio Ítem -Test
Ítem 20	0,468	0,875	Aprobado por criterio Ítem -Test
Ítem 21	0,258	0,880	Aprobado por criterio Ítem -Test

**Nota:** Todos los ítems se aprueban según la correlación ítem – test.

**Anexo 6** Data de procesamiento de datos.

**DATA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA DE LA COSTA**

<b>Colegio</b>	<b>Edad</b>	<b>Sexo</b>	<b>Grado</b>	<b>Nivel de Sintomatología</b>
I.E. de la costa	16	F	5to	Mínimo
I.E. de la costa	17	M	5to	Mínimo
I.E. de la costa	17	M	5to	Leve
I.E. de la costa	17	M	5to	Mínimo
I.E. de la costa	16	M	5to	Leve
I.E. de la costa	16	F	5to	Leve
I.E. de la costa	16	F	5to	Leve
I.E. de la costa	16	M	5to	Leve
I.E. de la costa	16	F	5to	Mínimo
I.E. de la costa	17	M	5to	Severo
I.E. de la costa	17	F	5to	Mínimo
I.E. de la costa	16	F	5to	Moderado
I.E. de la costa	16	F	5to	Mínimo
I.E. de la costa	17	M	5to	Moderado
I.E. de la costa	16	F	5to	Mínimo
I.E. de la costa	15	F	5to	Mínimo
I.E. de la costa	16	M	5to	Leve
I.E. de la costa	15	F	4to	Severo
I.E. de la costa	15	F	4to	Mínimo
I.E. de la costa	15	F	4to	Mínimo
I.E. de la costa	16	F	4to	Moderado
I.E. de la costa	16	F	4to	Mínimo
I.E. de la costa	15	F	4to	Leve
I.E. de la costa	15	M	4to	Mínimo
I.E. de la costa	15	M	4to	Mínimo
I.E. de la costa	15	M	4to	Mínimo
I.E. de la costa	15	F	4to	Mínimo
I.E. de la costa	16	F	4to	Severo
I.E. de la costa	15	M	4to	Mínimo
I.E. de la costa	15	F	4to	Mínimo
I.E. de la costa	15	M	4to	Moderado
I.E. de la costa	15	M	4to	Leve
I.E. de la costa	14	M	3ro	Leve
I.E. de la costa	14	M	3ro	Mínimo
I.E. de la costa	14	M	3ro	Mínimo
I.E. de la costa	15	F	3ro	Mínimo
I.E. de la costa	15	M	3ro	Mínimo
I.E. de la costa	15	F	3ro	Mínimo
I.E. de la costa	18	F	3ro	Mínimo
I.E. de la costa	15	M	3ro	Mínimo
I.E. de la costa	15	M	3ro	Mínimo

I.E. de la costa	14	M	3ro	Mínimo
I.E. de la costa	15	M	3ro	Mínimo
I.E. de la costa	15	F	3ro	Mínimo
I.E. de la costa	16	F	3ro	Mínimo
I.E. de la costa	14	M	3ro	Mínimo
I.E. de la costa	15	M	3ro	Mínimo
I.E. de la costa	15	F	3ro	Mínimo
I.E. de la costa	14	M	3ro	Mínimo
I.E. de la costa	14	F	2do	Mínimo
I.E. de la costa	14	F	2do	Leve
I.E. de la costa	13	F	2do	Mínimo
I.E. de la costa	14	M	2do	Mínimo
I.E. de la costa	13	M	2do	Mínimo
I.E. de la costa	14	F	2do	Leve
I.E. de la costa	13	M	2do	Mínimo
I.E. de la costa	13	F	2do	Mínimo
I.E. de la costa	13	M	2do	Moderado
I.E. de la costa	14	M	2do	Leve
I.E. de la costa	14	F	2do	Severo
I.E. de la costa	14	F	2do	Mínimo
I.E. de la costa	14	F	2do	Mínimo
I.E. de la costa	14	F	2do	Mínimo
I.E. de la costa	14	F	2do	Mínimo
I.E. de la costa	14	F	2do	Leve
I.E. de la costa	13	M	2do	Mínimo
I.E. de la costa	12	F	1ro	Severo
I.E. de la costa	12	F	1ro	Mínimo
I.E. de la costa	13	F	1ro	Mínimo
I.E. de la costa	12	M	1ro	Mínimo
I.E. de la costa	12	F	1ro	Mínimo
I.E. de la costa	12	F	1ro	Severo
I.E. de la costa	12	F	1ro	Moderado
I.E. de la costa	12	M	1ro	Mínimo
I.E. de la costa	12	F	1ro	Mínimo
I.E. de la costa	12	F	1ro	Moderado
I.E. de la costa	12	M	1ro	Leve
I.E. de la costa	12	F	1ro	Leve
I.E. de la costa	13	M	1ro	Leve
I.E. de la costa	12	F	1ro	Mínimo
I.E. de la costa	13	F	1ro	Leve
I.E. de la costa	13	M	1ro	Mínimo
I.E. de la costa	13	F	1ro	Mínimo
I.E. de la costa	13	F	1ro	Mínimo
I.E. de la costa	12	F	1ro	Mínimo

## DATA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA DE LA SIERRA

COLEGIO	EDAD	SEXO	GRADO	Grados de sintomatología
I.E. de la Sierra	17	M	5to	Mínimo
I.E. de la Sierra	15	M	5to	Severo
I.E. de la Sierra	16	M	5to	Leve
I.E. de la Sierra	16	M	5to	Mínimo
I.E. de la Sierra	15	M	5to	Mínimo
I.E. de la Sierra	17	M	5to	Severo
I.E. de la Sierra	17	M	5to	Mínimo
I.E. de la Sierra	16	M	5to	Moderado
I.E. de la Sierra	16	M	5to	Mínimo
I.E. de la Sierra	18	M	5to	Mínimo
I.E. de la Sierra	16	M	5to	Mínimo
I.E. de la Sierra	16	M	5to	Mínimo
I.E. de la Sierra	16	M	5to	Mínimo
I.E. de la Sierra	17	M	5to	Mínimo
I.E. de la Sierra	16	M	5to	Leve
I.E. de la Sierra	17	M	5to	Leve
I.E. de la Sierra	15	M	5to	Mínimo
I.E. de la Sierra	16	F	4to	Mínimo
I.E. de la Sierra	17	F	4to	Moderado
I.E. de la Sierra	16	F	4to	Mínimo
I.E. de la Sierra	16	F	4to	Moderado
I.E. de la Sierra	14	F	4to	Mínimo
I.E. de la Sierra	16	F	4to	Moderado
I.E. de la Sierra	15	F	4to	Severo
I.E. de la Sierra	17	F	4to	Mínimo
I.E. de la Sierra	15	F	4to	Moderado
I.E. de la Sierra	15	F	4to	Mínimo
I.E. de la Sierra	15	F	4to	Leve
I.E. de la Sierra	16	F	4to	Mínimo
I.E. de la Sierra	15	F	4to	Mínimo
I.E. de la Sierra	15	F	4to	Mínimo
I.E. de la Sierra	16	M	4to	Mínimo
I.E. de la Sierra	14	F	3ro	Severo
I.E. de la Sierra	15	F	3ro	Mínimo
I.E. de la Sierra	14	F	3ro	Severo
I.E. de la Sierra	16	F	3ro	Leve
I.E. de la Sierra	14	F	3ro	Mínimo
I.E. de la Sierra	16	F	3ro	Moderado
I.E. de la Sierra	15	F	3ro	Mínimo
I.E. de la Sierra	14	F	3ro	Mínimo
I.E. de la Sierra	14	F	3ro	Mínimo

I.E. de la Sierra	14	F	3ro	Mínimo
I.E. de la Sierra	17	F	3ro	Severo
I.E. de la Sierra	14	F	3ro	Mínimo
I.E. de la Sierra	16	F	3ro	Severo
I.E. de la Sierra	16	F	3ro	Moderado
I.E. de la Sierra	16	F	3ro	Leve
I.E. de la Sierra	12	F	2do	Mínimo
I.E. de la Sierra	13	F	2do	Leve
I.E. de la Sierra	13	M	2do	Severo
I.E. de la Sierra	12	F	2do	Leve
I.E. de la Sierra	13	M	2do	Severo
I.E. de la Sierra	13	M	2do	Mínimo
I.E. de la Sierra	15	F	2do	Moderado
I.E. de la Sierra	13	M	2do	Mínimo
I.E. de la Sierra	13	F	2do	Mínimo
I.E. de la Sierra	13	M	2do	Mínimo
I.E. de la Sierra	13	F	2do	Mínimo
I.E. de la Sierra	14	M	2do	Mínimo
I.E. de la Sierra	13	M	2do	Mínimo
I.E. de la Sierra	13	M	2do	Mínimo
I.E. de la Sierra	15	M	2do	Mínimo
I.E. de la Sierra	13	M	1ro	Mínimo
I.E. de la Sierra	14	M	1ro	Mínimo
I.E. de la Sierra	14	M	1ro	Leve
I.E. de la Sierra	14	M	1ro	Mínimo
I.E. de la Sierra	12	F	1ro	Mínimo
I.E. de la Sierra	13	F	1ro	Mínimo
I.E. de la Sierra	13	F	1ro	Severo
I.E. de la Sierra	14	M	1ro	Mínimo
I.E. de la Sierra	13	F	1ro	Leve
I.E. de la Sierra	12	F	1ro	Mínimo
I.E. de la Sierra	12	F	1ro	Mínimo
I.E. de la Sierra	13	F	1ro	Mínimo
I.E. de la Sierra	12	M	1ro	Mínimo
I.E. de la Sierra	13	M	1ro	Mínimo
I.E. de la Sierra	12	F	1ro	Mínimo
I.E. de la Sierra	13	M	1ro	Leve
I.E. de la Sierra	12	M	1ro	Mínimo
I.E. de la Sierra	13	M	1ro	Mínimo
I.E. de la Sierra	12	M	1ro	Mínimo
I.E. de la Sierra	11	M	1ro	Mínimo
I.E. de la Sierra	12	M	1ro	Mínimo
I.E. de la Sierra	13	M	1ro	Mínimo
I.E. de la Sierra	13	M	1ro	Severo

## DATA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA DE LA SELVA

<b>Colegio</b>	<b>Edad</b>	<b>Sexo</b>	<b>Grado</b>	<b>Nivel de sintomatología</b>
I.E. de la selva	16	F	5to	Leve
I.E. de la selva	17	M	5to	Mínimo
I.E. de la selva	16	M	5to	Leve
I.E. de la selva	16	M	5to	Mínimo
I.E. de la selva	17	F	5to	Moderado
I.E. de la selva	16	M	5to	Mínimo
I.E. de la selva	16	M	5to	Moderado
I.E. de la selva	17	F	5to	Severo
I.E. de la selva	17	F	5to	Mínimo
I.E. de la selva	16	F	5to	Moderado
I.E. de la selva	16	F	5to	Mínimo
I.E. de la selva	16	M	4to	Mínimo
I.E. de la selva	15	M	4to	Mínimo
I.E. de la selva	16	F	4to	Mínimo
I.E. de la selva	15	F	4to	Moderado
I.E. de la selva	16	M	4to	Leve
I.E. de la selva	16	F	4to	Mínimo
I.E. de la selva	15	F	4to	Severo
I.E. de la selva	16	M	4to	Leve
I.E. de la selva	16	F	4to	Moderado
I.E. de la selva	16	M	4to	Mínimo
I.E. de la selva	17	M	4to	Mínimo
I.E. de la selva	14	M	4to	Moderado
I.E. de la selva	14	F	4to	Mínimo
I.E. de la selva	15	M	4to	Leve
I.E. de la selva	17	M	4to	Mínimo
I.E. de la selva	15	M	4to	Mínimo
I.E. de la selva	15	M	4to	Leve
I.E. de la selva	15	M	3ro	Mínimo
I.E. de la selva	14	M	3ro	Mínimo
I.E. de la selva	15	M	3ro	Mínimo
I.E. de la selva	14	F	3ro	Severo
I.E. de la selva	15	M	3ro	Mínimo
I.E. de la selva	14	M	3ro	Mínimo
I.E. de la selva	14	F	3ro	Leve
I.E. de la selva	14	F	3ro	Mínimo
I.E. de la selva	15	F	3ro	Severo
I.E. de la selva	15	F	3ro	Severo

I.E. de la selva	15	F	3ro	Severo
I.E. de la selva	14	F	3ro	Mínimo
I.E. de la selva	15	F	3ro	Leve
I.E. de la selva	15	F	3ro	Moderado
I.E. de la selva	15	M	3ro	Moderado
I.E. de la selva	13	F	2do	Mínimo
I.E. de la selva	14	M	2do	Mínimo
I.E. de la selva	14	M	2do	Leve
I.E. de la selva	13	M	2do	Mínimo
I.E. de la selva	13	F	2do	Mínimo
I.E. de la selva	14	F	2do	Mínimo
I.E. de la selva	14	F	2do	Moderado
I.E. de la selva	13	M	2do	Mínimo
I.E. de la selva	14	M	2do	Mínimo
I.E. de la selva	14	M	2do	Mínimo
I.E. de la selva	14	M	2do	Mínimo
I.E. de la selva	13	F	2do	Leve
I.E. de la selva	15	M	2do	Moderado
I.E. de la selva	14	F	2do	Mínimo
I.E. de la selva	14	M	2do	Mínimo
I.E. de la selva	14	F	2do	Mínimo
I.E. de la selva	14	M	2do	Severo
I.E. de la selva	13	M	2do	Mínimo
I.E. de la selva	13	M	2do	Leve
I.E. de la selva	13	M	2do	Mínimo
I.E. de la selva	13	M	1ro	Moderado
I.E. de la selva	13	F	1ro	Mínimo
I.E. de la selva	14	F	1ro	Mínimo
I.E. de la selva	14	M	1ro	Leve
I.E. de la selva	13	M	1ro	Moderado
I.E. de la selva	13	F	1ro	Mínimo
I.E. de la selva	13	F	1ro	Mínimo
I.E. de la selva	12	F	1ro	Mínimo
I.E. de la selva	13	F	1ro	Severo
I.E. de la selva	12	F	1ro	Mínimo
I.E. de la selva	12	F	1ro	Mínimo

**Anexo 7: Consentimiento informado de los padres u apoderados**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PADRE O APODERADO DE LA I.E. DE LA COSTA**

**INSTITUCIÓN** : Universidad Peruana Los Andes.

**INVESTIGADORA** : REYMUNDO GARCIA, Arali Ibeth.

**PROYECTO** : "Síntomatología depresiva en adolescentes de Instituciones Educativas Secundarias de Costa, Sierra y Selva del Perú, 2019"

Por medio del presente documento hago constar que acepto voluntariamente la participación del menor de edad que está bajo mi responsabilidad en la investigación titulada "**Síntomatología depresiva en adolescentes de Instituciones Educativas Secundarias de Costa, Sierra y Selva del Perú, 2019**" a cargo del bachiller Reymundo García Arali Ibeth de la Universidad Peruana Los Andes-Perú.


Comprendo perfectamente que el propósito del estudio es comparar la sintomatología depresiva en los estudiantes de Instituciones Educativas Secundarias de la Costa, Sierra y Selva del Perú, 2019.

Se me ha explicado que la encuesta utilizada en psicología no compromete ningún riesgo para el menor.

El personal que realizará la encuesta es un personal calificado.

Firmo el documento como prueba de mi aceptación recibiendo previamente la información y objeto del trabajo, además la información obtenida se manipulará con confidencialidad y sólo con fines científicos, que en ningún caso será publicado el nombre o identificación del menor de edad que está bajo mi cargo.

Para cualquier información adicional sobre el proyecto puedo llamar al Asesor Dr. JESUS PEÑA Mercedes Merryl al teléfono 964823333.

<b>Apellidos y Nombres:</b>	
<b>DNI:</b>	
<b>Firma:</b>	
<b>Fecha:</b>	19-11-19
	<input checked="" type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Apoderado

HUELLA DIGITAL





**CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PADRE O APODERADO DEL COLEGIO DE LA SIERRA**

**INSTITUCIÓN** : Universidad Peruana Los Andes.

**INVESTIGADORA** : REYMUNDO GARCIA, Arali Ibeth.

**PROYECTO** : "Síntomatología depresiva en adolescentes de Instituciones Educativas Secundarias de Costa, Sierra y Selva del Perú, 2019"

Por medio del presente documento hago constar que acepto voluntariamente la participación del menor de edad que está bajo mi responsabilidad en la investigación titulada "Síntomatología depresiva en adolescentes de Instituciones Educativas Secundarias de Costa, Sierra y Selva del Perú, 2019" a cargo del bachiller Reymundo García Arali Ibeth de la Universidad Peruana Los Andes-Perú.

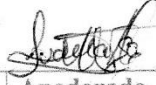
Comprendo perfectamente que el propósito del estudio es comparar la sintomatología depresiva en los estudiantes de Instituciones Educativas Secundarias de la Costa, Sierra y Selva del Perú, 2019.

Se me ha explicado que la encuesta utilizada en psicología no compromete ningún riesgo para el menor.

El personal que realizará la encuesta es un personal calificado.

Firmo el documento como prueba de mi aceptación recibiendo previamente la información y objeto del trabajo, además la información obtenida se manipulará con confidencialidad y sólo con fines científicos, que en ningún caso será publicado el nombre o identificación del menor de edad que está bajo mi cargo.

Para cualquier información adicional sobre el proyecto puedo llamar al Asesor Dr. JESUS PEÑA Mercedes Merryl al teléfono 964823333.

<b>Apellidos y Nombres:</b>			
<b>DNI:</b>			
<b>Firma:</b>			
<b>Fecha:</b>	18 - 11 - 19	<b>Padre</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>Apoderado</b> <input type="checkbox"/>

HUELLA DIGITAL



## CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PADRE O APODERADO DE LA I.E. DE LA SELVA

**INSTITUCIÓN** : Universidad Peruana Los Andes.

**INVESTIGADORA** : REYMUNDO GARCIA, Arali Ibeth.

**PROYECTO** : "Sintomatología depresiva en adolescentes de Instituciones Educativas Secundarias de Costa, Sierra y Selva del Perú, 2019"

Por medio del presente documento hago constar que acepto voluntariamente la participación del menor de edad que está bajo mi responsabilidad en la investigación titulada "**Sintomatología depresiva en adolescentes de Instituciones Educativas Secundarias de Costa, Sierra y Selva del Perú, 2019**" a cargo del bachiller Reymundo García Arali Ibeth de la Universidad Peruana Los Andes-Perú.


Comprendo perfectamente que el propósito del estudio es comparar la sintomatología depresiva en los estudiantes de Instituciones Educativas Secundarias de la Costa, Sierra y Selva del Perú, 2019.

Se me ha explicado que la encuesta utilizada en psicología no compromete ningún riesgo para el menor.

El personal que realizará la encuesta es un personal calificado.

Firmo el documento como prueba de mi aceptación recibiendo previamente la información y objeto del trabajo, además la información obtenida se manipulará con confidencialidad y sólo con fines científicos, que en ningún caso será publicado el nombre o identificación del menor de edad que está bajo mi cargo.

Para cualquier información adicional sobre el proyecto puedo llamar al Asesor Dr. JESUS PEÑA Mercedes Merryl al teléfono 964823333.

<b>Apellidos y Nombres:</b>			
<b>DNI:</b>			
<b>Firma:</b>			
<b>Fecha:</b>	21- 11 - 19	<del>Padre</del>	Apoderado

HUELLA DIGITAL



Anexo 8: Consentimiento informado de los estudiantes

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ESTUDIANTE DE LA COSTA**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Fecha 19-11-18

Yo Manuel Scorza

alumno(a)

de Manuel Scorza, en base a lo expuesto en el presente documento, acepto voluntariamente participar en la investigación **"SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN ESTUDIANTES DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS DE LA COSTA, SIERRA Y SELVA"**, conducida por Bach. Reymundo García Arali Ibeth, investigadora de la Universidad Peruana Los Andes.

He sido informado(a) de los objetivos, alcance y resultados esperados de este estudio y de las características de mi participación. Reconozco que la información que provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y anónima. Además, esta no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio.

He sido informado(a) de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin tener que dar explicaciones ni sufrir consecuencia alguna por tal decisión.



Nombre y firma del participante



Arali Ibeth Reymundo García  
Investigador Responsable

## CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ESTUDIANTE DE LA SIERRA

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha 18/11/2019

Yo [Redacted]

alumno(a)

de Enrique Gomez Espinosa, en base a lo expuesto en el presente documento, acepto voluntariamente participar en la investigación **"SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN ESTUDIANTES DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS DE LA COSTA, SIERRA Y SELVA"**, conducida por Bach. Reymundo García Arali Ibeth, investigadora de la Universidad Peruana Los Andes.

He sido informado(a) de los objetivos, alcance y resultados esperados de este estudio y de las características de mi participación. Reconozco que la información que provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y anónima. Además, esta no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio.

He sido informado(a) de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin tener que dar explicaciones ni sufrir consecuencia alguna por tal decisión.

[Redacted]  
Nombre y firma del  
participante

[Signature]  
Arali Ibeth-Reymundo García  
Investigador Responsable

## CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ESTUDIANTE DE LA SELVA

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha 19 de Noviembre 2019

Yo \_\_\_\_\_ alumno(a)

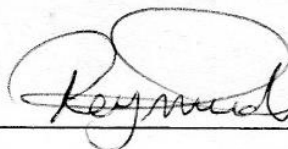
de IEI Los Angeles U., en base a lo expuesto en el presente documento, acepto voluntariamente participar en la investigación "**SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN ESTUDIANTES DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS DE LA COSTA, SIERRA Y SELVA**", conducida por Bach. Reymundo García Arali Ibeth, investigadora de la Universidad Peruana Los Andes.

He sido informado(a) de los objetivos, alcance y resultados esperados de este estudio y de las características de mi participación. Reconozco que la información que provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y anónima. Además, esta no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio.

He sido informado(a) de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin tener que dar explicaciones ni sufrir consecuencia alguna por tal decisión.



Nombre y firma del  
participante



Arali Ibeth Reymundo García  
Investigador Responsable



Anexo 9 Fotos de la aplicación del instrumento.

## FOTOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA DE LA COSTA



FOTOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA DE LA SIERRA





## FOTOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA DE LA SELVA





