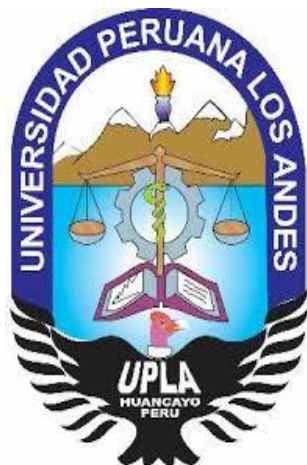


# UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA



## TESIS

NIVEL DE DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES DE UNA  
INSTITUCIÓN EDUCATIVA ESTATAL DEL DISTRITO DE ACOS  
VINCHOS, PROVINCIA DE HUAMANGA, AYACUCHO – 2019

Para optar : Título profesional de Psicólogo

Autores : Bach: Canto Huaman, Henry Javier  
Bach: Porras Sosa, Katerin Vanesa

Asesora : Dra. Maribel Carmen Ruiz Balvín

Línea de Investigación Institucional: Salud y gestión de la salud.

Fecha de inicio y termino : febrero 2019-noviembre 2019

Huancayo - Perú, 2019

## **DEDICATORIA**

A Dios, por darme la oportunidad de vivir.

A mis padres, por apoyarme al logro de mis metas profesionales y seguir mis sueños, a mis docentes por ser la guía continua en el desarrollo de mis aprendizajes.

Henry

A mis padres, por brindarme su apoyo de manera incondicional. A mi familia, por su confianza y motivación para seguir adelante. A todas aquellas personas, a quienes Dios puso en mi camino para brindarme su apoyo y palabras de aliento.

Katerin

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios, por iluminarnos día a día y guiar nuestro camino para ser profesionales competentes, dándonos fuerzas para seguir adelante y poder cumplir con nuestras metas personales y profesionales.

A los estudiantes de la institución educativa integrada Mariscal Guillermo Miller, por su apoyo, haciendo posible la realización de este trabajo de investigación, nuestro agradecimiento eterno a los maestros y directivos.

Los autores

## INTRODUCCIÓN

Este trabajo surge del interés por conocer los niveles de depresión que presentan los estudiantes del distrito de Acos Vinchos, provincia de Huamanga, Ayacucho, ya que es una población poco estudiada debido a la complejidad del acceso y lejanía, así mismo porque en la actualidad no se cuenta con pruebas psicológicas adaptadas al idioma quechua y sobre todo que estén adaptadas a este contexto.

La adolescencia es una etapa que conlleva múltiples cambios físicos y psicológicos; si bien la mayoría de los adolescentes presentan una buena salud mental, algunos adolescentes tienen múltiples experiencias infantiles debido al estrés o problemas relacionados con el estrés asociados con el momento de la infancia difícil por problemas familiares diversos. Los múltiples cambios físicos, emocionales y sociales como la exposición a la pobreza, el abuso o la violencia, pueden hacer que los adolescentes sean vulnerables y presenten problemas de salud mental, como la depresión, ansiedad, bulliying, etc. La mayoría de las veces, los adolescentes no desarrollan las habilidades para manejar problemas sociales y psicológicos, como ansiedad, depresión y autolesiones.

Si los adolescentes, particularmente los estudiantes de secundaria, la convivencia con diversos entornos sociales les crea problemas a medida que experimentan los desafíos y las luchas de su vida en el hogar. Además, debido a que la mayoría de los adolescentes no pueden hacer frente socialmente a las rutinas diarias, sus vidas pueden volverse difíciles cuando aparezcan fricciones por los quehaceres cotidianos.

Aunque los adolescentes desarrollen una infancia saludable, el desarrollo socio-psicológico es un componente crítico del desarrollo adulto. Además, muchos adolescentes carecen de la capacidad de usar la autoayuda u otras terapias, como por ejemplo para el

estrés y la depresión generada por el desenvolvimiento en la adolescencia. Estos adolescentes pueden experimentar una falta de autocuidado debido a sus propias circunstancias personales por lo que pueden tener problemas emocionales y psicológicos.

El presente trabajo cobra importancia debido a la que la problemática de la depresión infantil y juvenil va en incremento a nivel mundial, de acuerdo a reportes de la Organización Mundial de Salud (2019) los trastornos mentales representan un aproximado de la sexta parte de los males que aquejan a los adolescentes (personas con más de 9 años y menores de 20), de esta cifra, la mitad de los trastornos mentales comienzan antes de los 15 años, pero la mayoría de los casos no se diagnostican, por ende, no se intervienen. Así mismo, esto lleva a situaciones donde la autoeliminación es una opción, de hecho este tipo de acción muestra ser la tercera causa de muerte en jóvenes de mayores de 14 y menores de 20 años.

Así mismo este organismo, estima que en todo el mundo que al menos una décima parte de los adolescentes experimentan problemas de que tienen que ver directa o indirectamente con su salud mental, sin embargo, estos siguen sin ser diagnosticados ni tratados adecuadamente. Este hecho podría deberse a la falta de conocimiento de estos problemas, vergüenza por ser tratado diferente o ausencia de las consecuencias de la salud mental en los niños y jóvenes al no ser tratados. En consecuencia, el hecho de no reconocer oportunamente los rasgos depresivos de los adolescentes en nuestro país, limita el trabajo de intervención y prevención. Situación que se vuelve mucho más difícil puesto que el hecho de no abordar los trastornos mentales de los adolescentes hace que estos se vean recrudecidos en la etapa de edad adulta, afectando la salud física y mental, truncando

actividades de provecho para su desarrollo, limitando las oportunidades de tener una vida satisfactoria y productiva.

La estructura del presente informe de investigación está conformada por seis capítulos, a continuación, se detallan:

En el primer capítulo se tratan aspectos referidos al planteamiento del problema de investigación considerando la situación actual de las variables en estudio a nivel nacional e internacional que conduce a la formulación del problema; se presenta la justificación y se concluye con los objetivos generales y específicos.

En el segundo capítulo se desarrolla el marco teórico de la variable en estudio, se incluye los antecedentes de investigaciones relacionadas al tema, bases teóricas en las que se sustenta la investigación, se presentan conceptos básicos y las hipótesis.

En el tercer capítulo se plantea la metodología utilizada, se fundamenta el nivel, tipo y diseño de investigación, se describe la población y muestra, los instrumentos de recolección de datos, concluyendo finalmente con las técnicas de procesamiento y análisis de datos.

En el cuarto capítulo se presentan y describen los resultados, se exponen los hallazgos obtenidos según la edad, género, grado de instrucción; se finaliza con la constatación de las hipótesis formuladas.

En el quinto capítulo se realiza la discusión de resultados. Seguidamente, se exponen las conclusiones y recomendaciones de la investigación, para terminar con las referencias bibliográficas empleadas durante el desarrollo del proceso de investigación.

## CONTENIDO

CARATULA.....	i
DEDICATORIA .....	ii
AGRADECIMENTOS.....	iii
INTRODUCCION.....	iv
CONTENIDO.....	vii
CONTENIDO DE TABLAS.....	ix
CONTENIDO DE FIGURAS.....	x
RESUMEN.....	xi
ABSTRACT.....	xii
CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	13
1.1. Descripción de la realidad problemática.....	13
1.2. Delimitación del problema.....	17
1.3. Formulación del problema.....	18
1.3.1. Problema general.....	18
1.3.2. Problema específico.....	18
1.4. Justificación.....	19
1.4.1. Social.....	19
1.4.2. Teórica.....	20
1.4.3. Metodológica.....	20
1.5. Objetivos.....	21
1.5.1. Objetivo general.....	21
1.5.2. Objetivos específicos.....	21
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO.....	23
2.1. Antecedentes .....	23
2.2. Bases teóricas o científicas.....	30
2.3. Definición conceptual (de las variables y dimensiones).....	60
CAPÍTULO III. HIPÓTESIS.....	62
3.1. Hipótesis general.....	62
3.2. Hipótesis específica.....	62

3.3. Operacionalización de variables.....	64
CAPÍTULO IV. METODOLOGÍA.....	65
4.1. Metodología de la investigación.....	65
4.2. Tipo de investigación.....	65
4.3. Nivel de investigación.....	66
4.4. Diseño de investigación .....	66
4.5. Población y muestra.....	66
4.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	66
4.7. Técnicas de procesamiento y análisis de datos.....	67
4.8. Aspectos éticos de la investigación .....	69
CAPÍTULO V. RESULTADOS.....	71
5.1. Resultados descriptivos.....	71
5.2. Descripción de resultados .....	72
5.3. Evaluación de la propiedad psicométrica.....	77
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	86
CONCLUSIONES.....	91
RECOMENDACIONES.....	92
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	93
ANEXOS.....	98
Matriz de consistencia.....	99
Variable (definición conceptual y operacional).....	101
Matriz de operacionalización del instrumento.....	102
Instrumento de investigación y constancia de su aplicación.....	107
Confiabilidad y validez del instrumento.....	111
Constancia de aplicación.....	135
Consentimiento informado datos.....	136
Declaración jurada de confidencialidad.....	137
Data del procesamiento de datos.....	139
Fotos de la aplicación del instrumento.....	146



## CONTENIDO DE TABLAS

Tabla .1 Operacionalización de la variable (definición conceptual y operacional)....	64
Tabla.2 Distribución de la muestra según edad.....	71
Tabla .3 Distribución de la muestra según genero.....	72
Tabla.4 Niveles de depresión.....	72
Tabla.5 Niveles de depresión según edad.....	73
Tabla.6 Niveles de depresión según genero.....	74
Tabla.7 Niveles de la dimensión autoestima.....	75
Tabla.8 Niveles de la dimensión disforia.....	76
Tabla.9 Validez objetiva e los indicadores del juicio de expertos con la <i>t</i> de Student.....	79
Tabla.10 Niveles de concordancia y discordancia entre jueces .....	80
Tbla.11 Matriz de coeficientes de concordancia de R de Finn .....	81
Tabla.12 Correlaciones ítem–total del Inventario de Depresión Infantil (CDI) .....	82
Yabla.13 Correlaciones ítem–sub total de las Escalas del Inventario de Inventario de Depresión Infantil. (CDI).....	83
Tabla.14 Coeficientes Alfa de Cronbach del inventario de Depresión Infantil (CDI) y sus dimensiones.....	84

## CONTENIDO DE FIGURAS

Figura.1 <i>Niveles de depresión según género</i> .....	74
Figura.2 <i>Índices de autoestima</i> .....	75
Figura.3 <i>Índices de disforia</i> .....	76
Figura.4 <i>Comprobación de hipótesis</i> .....	79

## RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo determinar el nivel de depresión en estudiantes de 12 a 16 años del distrito de Acos Vinchos de la provincia de Huamanga del departamento de Ayacucho, se empleó el método científico, de nivel de tipo básico, con un diseño observacional descriptivo simple. La muestra fue censal compuesta por 199 estudiantes, para la recolección de datos se adaptó el inventario de depresión infantil (CDI) al idioma quechua. Los resultados obtenidos demuestran que el 93.0% de estudiantes no presentan sintomatología depresiva, 5.5% presentan depresión leve y 1.5%, estudiantes presentan depresión severa, ningún estudiante presenta depresión moderada. En relación al género no se evidencian diferencias significativas, además los niveles de depresión se incrementan con la edad. Asimismo. En la dimensión autoestima, se evidencia que el 93.0% de estudiantes presentan una autoestima adecuada; en cuanto a la dimensión disforia el 86.5% no presenta sintomatología. En relación a las propiedades psicométricas del inventario de depresión infantil (CDI) el índice de validez fue hallado por el R Finn siendo 0,9785. El coeficiente de confiabilidad se comprobó a través del Alpha de Crombach siendo 0,844 para la prueba total, en la dimensión Autoestima 0,872 y la Disforia de 0,819; comprobándose que posee una adecuada validez y confiabilidad. Así también recomendar que se genere instrumentos que sean de mucha ayuda para el ámbito rural con más trabajos ya que el idioma es una barrera muy grande y velar por el bienestar psicológico de la población.

**Palabras clave:** Depresión, disforia, autoestima, adolescente.

## ABSTRACT

The objective of this research was to determine the level of depression in 12 and 16 year old students from the Accos Vinchos of Huamanga's district, province of Ayacucho's department. The basic scientific method was used, with a simple descriptive observational design. The sample was a census composed of 199 students, for data collection the inventory of childhood depression (CDI) was adapted to the Quechua language. The results show that 93.0% of students don't have depressive symptomatology, 5.5% of students have depression and 1.5% of students have severe depression, any student has moderate depression. In relation to gender, there are no significant differences, and levels of depression increase with age. In addition, in the dimension of self-esteem, it is clear that 93.0% of students have adequate self-esteem; regarding the dysphoria dimension, 86.5% don't present symptomatology. In relation to the psychometric properties of the inventory of childhood depression (CDI), the index and validity were found by the R end being 0.9785. The reliability coefficient was verified through the Crombach alpha of 0.819; Verifying that it has adequate validity and reliability. Thus we also recommend that instruments that are very helpful for the rural area with more jobs are generated and because the language and a very large barrier and ensure the psychological well-being of the population.

**Keywords:** depression, dysphoria, self-esteem, teenagers.

## **CAPÍTULO I**

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

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

En la actualidad el estudio de la salud mental ha cobrado mayor importancia, debido a alta incidencia de problemas psicológicos y psiquiátricos que tienen su origen en etapas tempranas del desarrollo, dentro de esta problemática la depresión infantil y juvenil es el trastorno emocional más frecuente; y cuya incidencia sufre un incremento luego de la pubertad. La depresión en adolescentes es un cuadro complejo y ha sido reconocida relativamente hace poco tiempo como un cuadro clínico, debido a su multicausalidad y a la complejidad de sus manifestaciones sintomatológicas, haciendo en muchos casos difícil su diagnóstico

En los últimos años, la presencia de diversos padecimientos, sin embargo, un punto que se ha dejado muchas veces en vilo o en su defecto estigmatizado han sido los puntos relacionados con los detalles asociados a la salud mental. La depresión es el trastorno emocional más frecuente, tanto en países desarrollados como en aquellos en vías de desarrollo, la depresión como trastorno de estado de ánimo, según los

últimos hallazgos de un informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2018, en los últimos cinco años ha habido un aumento dramático en la presencia de depresión y se pronostica que para el año 2020, este trastorno será la segunda causa más común de depresión entre hombres y mujeres de 25 a 30 años, y más del 30% de esta categoría ya estaban viviendo con algún tipo de enfermedad mental.

De acuerdo a Resende y Ferrao, (2013) los trastornos depresivos están influenciada por factores genéticos, clínicos y socioeconómicos, y se considera que surge de la genética y del desarrollo temprano en trastornos, son una de las principales causas de morbilidad y mortalidad con un detalle de 1 de cada 5 en la adolescencia con este tipo de problemas, con una prevalencia del 25% en la fase terminal de principios de la adultez, con mayor efecto en las mujeres de cada efecto.

Cisneros y Mantilla (2016) consideran que el estado de ánimo depresivo es una parte el desarrollo físico y mental de adolescentes, también informan una serie y variedad de factores estresantes, que incluyen el miedo al rechazo, el miedo al abandono y las emociones negativas, llegando a ideas mucho más profundas de depresión (es decir, una afección muy rara), sino también un factor que contribuye a una serie de otros trastornos potencialmente mortales, como neuro-ansiedad, dependencia del alcohol, trastornos de ansiedad, dependencia de drogas, trastornos de ansiedad, trastornos crónicos. síndrome de fatiga, pero la mayoría de los niños se recuperan rápidamente de estos estados de ánimo, la depresión puede ser tan común en el mundo en desarrollo y tan conocida que se ha considerado que "no es un problema en absoluto". Sin embargo, para otros la depresión puede ser severa y de larga duración, además de estas condiciones sociales y psicológicas, también está

aumentando el número de niños con trastornos depresivos graves sin tratamiento conocido. Este crecimiento se ha explicado en gran medida por el uso creciente de medicamentos y antidepresivos, un número cada vez mayor de padres que optan por tratamientos alternativos y la disponibilidad continua de servicios de salud mental. Se cree que el uso de medicamentos antidepresivos se ha convertido en una alternativa popular al tratamiento de la depresión y que el tratamiento de niños con depresión severa se está incrementando cada vez más, y alrededor de 1 en cada 20 afectados por esta enfermedad, además de presentar condiciones co-mórbidas.

La Organización Mundial de la Salud (2012), refiere que poco mas de 350 millones de personas han tenido casos de depresión y ellos viven con este tipo de afección, lo que causa muchos otros problemas, pues en en 2008, las Naciones Unidas estiman que 1.200 millones de personas vivían con depresión grave y alrededor de 2 millones padecían depresión grave en el mundo afectando a la población independientemente de su edad, género o condición socio-económica. Así mismo, un 20% en algún momento de su vida presentara un cuadro de depresión.

Acosta et al., (2011) refieren que muchos niños que han experimentado algún tipo de depresión pueden tener síntomas más graves que otros y, a menudo, no pueden reconocer o describir con precisión los efectos de los síntomas depresivos. Además, algunas mujeres pueden experimentar depresión más adelante en la vida y pueden tener calificaciones más bajas en la escuela. Como este proceso a menudo ha involucrado a miembros de la familia y pueden sufrir depresión. Se sabe en la comunidad científica si existe la depresión en cerca del 10% de los adolescentes, y la falta de datos claros sobre el vínculo entre la depresión y sus factores requiere un diagnóstico exacto; sin embargo, existe el riesgo que la depresión en la población

infantil pueda ser subestimada debido a que algunos niños y adolescentes tienen incentivos a ocultar o estigmatizar síntomas, lo que dificulta la detección eficaz de esta enfermedad.

La OMS (2008) considera que en la adultez el 50% de los niños que fueron diagnosticados con depresión, pueden volver a desarrollar este cuadro; por lo que el diagnóstico temprano de ésta patología es de suma importancia a fin de evitar la institucionalización, priorizando enfoques no farmacológicos y proponiendo otros instrumentos de intervención.

Esta patología se ha incrementado a nivel mundial, tal es así que en Estados Unidos de América, se ha detallado que la depresión tiene un nivel promedio de 45% de prevalencia y en cuanto a los países de América Latina, considerando que la sintomatología de los trastornos depresivos y la depresión van de 25% a 75%, asimismo el Perú no se encuentra ajeno a esta problemática, el Ministerio de Salud (2012) señala que los trastornos depresivos aparecen en la primera infancia, y en un grado mayor en la adolescencia asociados a una alta frecuencia de conducta suicida.

De acuerdo a Benjet, Borges, Medina, Bautista y Zambrano (2004) el 2.0% de la población entre los 18 a 65 años de edad, ha padecido depresión antes de los periodos de adultez, así mismo, presentan un promedio de entre 5 a 8 casos de depresión a través de todo el periodo vital, donde generalmente se tiene evidencia de que no hay tratamiento alguno, que la primera vez que ocurre ello, este por lo general tiende a ser de un tiempo mucho más prolongado, ocasionando los demás casos y esto sucede por la falta de atención y tratamiento de esta afección. Asimismo, los jóvenes presentan en los primeros casos de depresión cercanos a la mitad de los 20s,



donde se tiene un efecto fundamental el empleo, la educación o la elección de relaciones mucho más estables.

Sin embargo, en la literatura, se estima que este episodio de mayor nivel de depresión se ha movido a años más cercanos a la adolescencia, como por ejemplo, la evidencia estadounidense muestra que esta se encuentra entre niños de 9 a 17 años de edad de alrededor de 5% de la población.

De acuerdo al Ministerio de Salud (2018), el problema de salud mental que mayor carga de enfermedad genera es la depresión unipolar, la adicción en algunas drogas legales como los diversos tipos de alcohol y cigarro, son un problema que se inicia y se agrava generalmente en menores de 44 años, seguido por situaciones mucho más complicadas a nivel de enfermedades mentales, como abuso de drogas duras, enfermedades psicológicas más profundas, como la automutilación y el suicidio. Los Estudios Epidemiológicos de Salud Mental reportan que, año tras año, 1 de cada 5 personas que se pueden considerar púberes, tienen afecciones de trastorno mental detectado. Siendo los casos más claros, provincias alejadas del país, principalmente ubicadas en zonas selváticas, y ciudades como Ayacucho y Puno. Asimismo, refieren que, en la población mayor de 12 años, los trastornos más frecuentes son los episodios depresivos, presentando un promedio nacional de 7,6%.

Por lo expuesto, el propósito de la presente investigación fue evaluar el nivel de depresión en estudiantes de 12 a 17 años del distrito de Acos Vinchos para poder tomar medidas preventivas y así mejorar la calidad de vida de los estudiantes.

## **1.2. Delimitación del problema**

La presente investigación se realizó en el distrito de Acos Vinchos, Provincia de Huamanga, Región de Ayacucho, en el año 2019 evaluándose a los estudiantes de 12 a

17 años de edad de la institución educativa integrado Mariscal Guillermo Miller, para poder determinar el nivel de depresión que puedan presentar.

### **1.3. Formulación del problema**

#### **1.3.1. Problema principal**

¿Cuál es el nivel de depresión en adolescentes de una institución educativa estatal del distrito de Acos Vinchos, provincia de Huamanga, Ayacucho - 2019?

#### **1.3.2. Problemas específicos**

- ¿Cuál es el nivel de depresión según edad, en los en adolescentes de una institución educativa estatal del distrito de Acos Vinchos, provincia de Huamanga, Ayacucho - 2019?
- ¿Cuál es el nivel de depresión según género, en los adolescentes de una institución educativa estatal del distrito de Acos Vinchos, provincia de Huamanga, Ayacucho – 2019?
- ¿Cuál es el nivel de depresión según la dimensión autoestima en los adolescentes de una institución educativa estatal del distrito de Acos Vinchos, provincia de Huamanga, Ayacucho - 2019?
- ¿Cuál es el nivel de depresión según la dimensión disforia en los adolescentes de una institución educativa estatal del distrito de Acos Vinchos, provincia de Huamanga, Ayacucho - 2019?
- ¿Cuáles son las propiedades psicométricas del inventario de depresión CDI en la medición de la depresión los adolescentes de una institución educativa estatal del distrito de Acos Vinchos, provincia de Huamanga, Ayacucho – 2019?

## **1.4. Justificación.**

### **1.4.1 Social**

Actualmente, el índice de personas que padecen de depresión a nivel mundial tiene una gran incidencia y el Perú no es ajeno a esta realidad, la OMS, refiere que un tercio de la población padece de esta enfermedad, ante esta realidad se hace necesario realizar un diagnóstico eficaz que permita una intervención temprana, ya que dicha enfermedad tiene como consecuencias una serie de cambios psicológicos y sociales que repercuten en diferentes esferas de la vida de la persona que la padece.

El motivo fundamental por el cual se realizó la presente investigación fue para conocer la magnitud real de la incidencia de la depresión en los estudiantes de 8 a 17 años del distrito de Acos Vinchos y a partir de ello proponer alternativas de intervención, nuevas estrategias y programas preventivos promocionales abocados al tema de la depresión.

Los resultados obtenidos en la presente investigación permitirán que los profesionales de la salud y sobre todo de la salud mental, conozcan y tengan una mejor perspectiva acerca de las consecuencias psicológicas que pueden aumentar el nivel de problemas de salud mental entre niños y adolescentes, para identificar y abordar tales problemas e identificar el tratamiento adecuado y las recomendaciones de tratamiento. A pesar que se requiere estudio, se puede sugerir ex - ante un beneficio inmediato y positivo para la prevención de problemas de salud mental en niños y adolescentes, al tiempo que brindan oportunidades para una perspectiva social sobre la importancia de un enfoque de salud pública.

#### **1.4.2 Teórica**

Esta investigación aborda de forma clara los conceptos que se relacionan con la temática de nuestro estudio, para mejorar su comprensión; pues el desarrollo de investigaciones y programas sobre la salud mental pública es motivo de gran preocupación para toda la sociedad. Es responsabilidad de todas las instituciones médicas brindar la educación necesaria lo antes posible e implementar estas medidas en todos los hospitales públicos para brindarles los recursos necesarios para capacitar y brindar atención clínica adecuada a los pacientes (en esta situación, el público puede tener que participar en el entrenamiento). Ello proporciona información en formato de información de salud a través del cual los pacientes puedan aprender sobre la enfermedad y permitir mejoras en el análisis de las enfermedades mentales en la adolescencia. El propósito principal es aportar con la provisión de información sobre las enfermedades mentales que son comunes en la población en edad joven, pues este tipo de investigaciones, en el ámbito y contexto sociocultural estudiado, no ha sido anteriormente revisado, por lo que ahí radica su importancia y, en segundo lugar, proporcionar información sobre las enfermedades mentales y poder hacer un estudio tan amplio y detallado sobre el estado del arte de los trastornos mentales para servir como referencia y aumentar el número de tales estudios en trastornos psiquiátricos, se necesita un análisis de información sobre este y otros trastornos que padecen los adolescentes.

#### **1.4.3 Metodológica**

La depresión adolescente es un cuadro complejo, debido a sus múltiples manifestaciones sintomatológicas, lo cual dificulta su diagnóstico precoz y por

ende la intervención oportuna. El estudio aportó con la adaptación al idioma quechua el instrumento psicológico: Cuestionario de depresión infantil CDI-36 al contexto del distrito de Acos Vinchos. Asimismo, el instrumento fue validado mediante la técnica de validez de contenido a través de juicio de expertos y se verificó la confiabilidad mediante la técnica de consistencia interna, aplicando el estadístico de Alfa de Cronbach, obteniendo en ambos casos altos índices de validez y confiabilidad de esta manera se proponen instrumentos adaptados y que cuenten con criterios estadísticos, facilitando con ello la detección oportuna y la realización de futuras investigaciones acerca del tema.

## **1.5. Objetivos**

### **1.5.1 Objetivo general**

Determinar el nivel de depresión en los adolescentes de una institución educativa estatal del distrito de Acos Vinchos, provincia de Huamanga, Ayacucho - 2019.

### **1.5.2 Objetivos específicos**

- Identificar el nivel de depresión según edad en los adolescentes de una institución educativa estatal del distrito de Acos Vinchos, provincia de Huamanga, Ayacucho - 2019
- Identificar el nivel de depresión según género en los adolescentes de una institución educativa estatal del distrito de Acos Vinchos, provincia de Huamanga, Ayacucho – 2019.

- Identificar el nivel de depresión según la dimensión autoestima en los adolescentes de una institución educativa estatal del distrito de Acos Vinchos, provincia de Huamanga, Ayacucho – 2019.
- Identificar el nivel de depresión según la dimensión disforia en los adolescentes de una institución educativa estatal del distrito de Acos Vinchos, provincia de Huamanga, Ayacucho – 2019.
- Determinar las propiedades psicométricas del inventario de depresión CDI en la medición de la depresión en los adolescentes de una institución educativa estatal del distrito de Acos Vinchos, provincia de Huamanga, Ayacucho – 2019.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1. Antecedentes

##### 2.1.1. Antecedentes internacionales

Fernández (2016) realizó la investigación “*Clima social familiar y síntomas depresivos en estudiantes de una institución educativa. distrito José Leonardo Ortiz, 2015*”, con el objetivo de determinar la relación entre las dos variables de estudio. La población estuvo conformada por 215 estudiantes, la muestra calculada fue de 84 adolescentes del 4to y 5to grado de secundaria. Se aplicaron la escala del clima social familiar y el inventario de depresión infantil. Los resultados muestran evidencia que una gran proporción de los adolescentes presentan un clima social familiar con categoría intermedio; en lo que se puede expresar sobre los síntomas vistos, solo una minoría presenta síntomas de depresión, de los cuales 1 de cada 10 son mujeres, aun estos son síntomas leves o regulares. La presencia de síntomas depresivos marcada o severa en las dimensiones de estado de ánimo disforico (5.95%) e ideas de

autodesprecio (5.95%). Se concluye que existe relación significativa entre ambas variables.

Fuenmayor y Pérez (2015) en la investigación “*Depresión en adolescentes que asisten a la unidad educativa Manuel Antonio Malpica*”, en Venezuela. El objetivo fue determinar la incidencia de depresión en esta población. Se realizó un estudio descriptivo transversal, la población estuvo compuesta por 414 estudiantes, el muestreo fue intencional compuesto por 217 estudiantes. Se concluyó que poco más de la mitad (51%) presentó algún nivel de depresión. Siendo la clase de trastorno depresivo con mayor presencia en la muestra es la de menor intensidad con un 30%, la depresión con un nivel moderado solo se presenta en 1 de cada 6 personas de la muestra y la severa en el en 1 de cada 25 personas. Según el género, se tuvo una predisposición en el género femenino con 1 de cada 3 encuestados y la edad con mayor frecuencia fue la edad de 16 años con 1 de cada 5 personas dentro de la muestra.

Fuenmayor y Pérez (2015) en la investigación “*Depresión en adolescentes que asisten a la unidad educativa Manuel Antonio Malpica*” con el objetivo de evaluar la presencia de sintomatología depresiva en una población no clínica de alumnos del 12° año de la mayor escuela secundaria, en la ciudad de Portugal, la muestra estuvo conformada por 117 encuestado, el estudio fue observacional, basado en la auto aplicación de la segunda versión del Inventario de Depresión de Beck. Los resultados evidenciaron que cerca de 1 de cada 10 personas encuestadas presentaba alguna clase de síntoma sobre la depresión, así mismo las encuestadas fueron el grupo con más prevalencia que



denotó signos de depresión. Siendo el síntoma más prevalente es el de falta de motivación laboral en 1 de cada tres encuestados.

Fonseca, Paino y Serafin (2011) en la investigación “*Prevalencia y características de la sintomatología depresiva en adolescentes no clínicos*”, realizado en España, con el objetivo de determinar la prevalencia de los síntomas depresivos en función del género y edad, en una muestra conformada por 1.683 adolescentes no clínicos, 818 varones y 765 mujeres con promedio en términos de las características etarias de 16 años. Los resultados evidencian que 1 de cada 40 encuestados de la muestra total tienen claras señales de síntomas de depresión. Entre las dimensiones de la sintomatología depresiva se pudieron revisar claras diferencias entre los puntajes de género y en grupo etario, pues se encontraron diferencias significativas a través de los test de medias correspondientes, donde estas diferencias van más hacia el género femenino y con el grupo etario en 17 a 19 años de edad en las sub-escalas disforia y quejas somáticas, así como en la puntuación general de depresión.

Barrientos, Mendoza, Sainz, Pérez, Gil y Soler (2010) realizaron el estudio “*Depresión y tipología familiar en un grupo de adolescentes mexicanos.*” Cuyo objetivo fue determinar la prevalencia de depresión en un grupo de adolescentes mexicanos, en una población de 1,648 adolescentes. Encontrando los siguientes resultados: la depresión fue encontrada en 1 de cada 14 personas, prevaleció más en la muestra de las mujeres, que se han dado muchos detalles con lo prematuro del inicio de la actividad sexual, el consumo de drogas legales, como el alcohol, cigarrillos y drogas más duras. Se llegó a concluir que por la no existencia de mecanismo de identificación de síntomas

y trastornos depresivos terminan por dificultar los ámbitos personales, sociales y familiares.

### **2.1.2. Antecedentes nacionales**

Ramón y Montero (2017) realizaron la investigación “*Niveles de depresión en escolares de una institución educativa nacional en Pampas, Tayacaja*”, el estudio fue descriptivo, en una muestra de 93 estudiantes de 12 a 16 años de edad, seleccionados bajo criterios de inclusión, para la recolección de datos se administró el CDS. Los resultados evidenciaron que 1 de cada tres de los escolares evaluados presentaban sintomatología depresiva, el 1 de cada tres presento depresión moderada, el 1 de cada tres no presenta indicadores de depresión. En relación a la diferencia entre sexo se evidencio que las mujeres presentan mayor tendencia a la depresión siendo la diferencia significativa.

Damas y Manrique (2017) en su investigación “*Niveles de sintomatología depresiva en alumnos del 3er grado de secundaria de instituciones educativas de las ciudades de Huancayo, Satipo y Huancavelica*”. tuvieron como objetivo, comparar los niveles de sintomatología, en una muestra de 377 alumnos de ambos géneros, a través del Inventario de Depresión Infantil de Kovacs CDI. Se detallaron que en los resultados de esta investigación muestran que los síntomas de la depresión están presentes con un nivel alto, con una mayor presencia en Huancayo, pero con un nivel de depresión bajo con prevalencia al género masculino, mientras que, en Huancavelica, se tuvo más presencia de depresión mucho más crítica notoria e el género masculino, así como en Satipo, donde las más afectadas son las mujeres con una edad de cerca de 15 años.

Cerna (2015) en la investigación “*Estudio comparativo de la prevalencia de la depresión en estudiantes de secundaria provenientes de una institución educativa nacional y privada del distrito de Ate*”. Teniendo como objetivo comparar la prevalencia de la depresión en estudiantes de secundaria de dos instituciones educativas (nacional y privada) del distrito de Ate, Lima. El estudio fue básico, descriptivo, comparativo transversal. La población estuvo conformada por 227 estudiantes de una institución nacional y 70 estudiantes de una institución particular. El instrumento utilizado es el Inventario de Depresión de Beck. Los resultados muestran que uno de cada 10 alumnos en la institución nacional denotan información de trastornos depresivos graves y se tiene que 1 de cada 9 en las instituciones de paga. En el caso del grupo más vulnerable fue el de las mujeres, pues se tuvo la presencia de gravedad de 5 de cada 6 casos, mientras que el grupo etario con más presencia fue la que se concentra en los 15 años con casi la mitad de los casos en las instituciones públicas y una concentración de 17 años para la institución de paga. Se evidencia diferencias significativas en las dimensiones somático y motivacional con relación al sexo y no existiendo diferencias en las significativas en relación a la institución.

Flores, Perales y Gómez (2014), en la investigación “*Depresión e ideación suicida en los adolescentes de una Institución Educativa Pública del distrito de Chongos Bajo - Perú 2014*” con el objetivo determinar la relación entre las dos variables, el tipo de investigación fue cuantitativo, diseño no experimental de naturaleza transversal, prospectivo y descriptivo correlacional. La población estuvo conformada por 260 adolescentes, siendo la muestra de

156 estudiantes, para la recolección de datos se aplicó la escala de valoración de Hamilton para evaluar depresión y la escala de ideación suicida de Beck (ISB) para evaluar Ideación Suicida. Los resultados evidencian que existe una relación significativa entre las dos variables de estudio, sin embargo, el Nivel de depresión muy severa muestra una correlación altamente significativa con el nivel de ideación suicida grave.

Torrel y Delgado (2013) realizaron el estudio “*Funcionamiento familiar y depresión en adolescentes de la I.E. Zarumilla - Tumbes*”, el objetivo principal fue determinar la asociación entre el funcionamiento familiar y la depresión. Se obtuvo como resultado que el mayor porcentaje de los alumnos provenían de familias disfuncionales (60,2%). En relación a la depresión se obtuvo que el 59,1% de adolescentes no presentan sintomatología depresiva, 29,5% mostraban depresión ligera y el 11,4% se encontraban moderadamente deprimidos. Se tiene que el nivel de depresión es mucho más severo en las mujeres, con alumnos que tienen paternidad disfuncional, teniendo esta un grado de asociación con los trastornos depresivos moderados o leves.

Ramírez (2010), en la investigación “*Sintomatología depresiva en adolescentes mujeres: prevalencia y factores de relación interpersonal asociados*” la investigación tuvo como objetivo determinar la prevalencia e identificar los factores de relación interpersonal asociados a sintomatología depresiva en alumnas adolescentes del quinto grado de educación secundaria de un colegio nacional. El estudio fue transversal, la muestra estuvo constituida por 176 alumnas (entre 15 y 19 años). Los resultados evidencian la presencia de depresión está asociada a las características sociodemográficas como el

grupo etario, la cantidad de tiempo usado posterior a las horas de clase para estudiar, posibles episodios de violencia, incluyendo la violencia sexual, así como el bullying y acoso escolar. Estos últimos demostraron un grado de asociación para desarrollar sintomatología de depresión en la muestra estudiada.

### **2.1.3. Antecedentes locales**

Espinoza (2013), en la investigación "*Incidencia de la depresión y factores de riesgo en adolescentes que recibieron atención en el Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho*", teniendo como objetivo determinar la incidencia de la depresión y factores de riesgo en adolescentes que recibieron atención en dicho, la investigación tuvo un enfoque cuantitativo, tipo aplicativo, diseño descriptivo, correlacional y retrospectivo, la población estuvo conformada por todos los adolescentes que recibieron atención en el periodo 2013. La recolección de datos fue a través del análisis documental (historias clínicas) y lista de cotejo. Los resultados de la investigación denotaron que 4 de cada 10 alumnos revisados mostraron algún tipo de sintomatología depresiva, de la misma manera, se ha tenido una revisión de aspectos biológicos-genéticos, así como revisiones psicológicas y sociales; y se ha demostrado una relación con alta significación estadística, con un coeficiente de correlación medio. Concluyendo que cuanto más expuestos están los adolescentes a un mayor número de factores de riesgo se incrementa la probabilidad de presentar depresión.

Barboza, Siles y Huancahuari (2009) realizaron el estudio "*Epidemiología de la depresión, temores y personalidad de escolares de la Provincia de*

*Huamanga, Ayacucho*”, el estudio fue de tipo descriptivo, analítico, transversal. Los resultados obtenidos evidencian que existe una relación entre los rasgos de personalidad y la depresión debido a que la personalidad introvertida presenta un 68% en comparación con los escolares extrovertidos quienes presentan 33% menor riesgo de presentar depresión, así mismo existe un incremento en la tendencia y presencia de los rasgos de la depresión con la edad. En los escolares del 1er y 4to año de secundaria se aprecia una mayor tendencia y presencia de rasgos de depresión. Concluyéndose que existe relación entre los rasgos de la personalidad y depresión.

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

### **2.2.1. Depresión**

La depresión como un estado emocional se caracteriza por la presencia temporal de abatimiento, como la falta de atención a sus pensamientos y comportamiento, y la pérdida de control sobre sí mismo teniendo carencia de autoconciencia, posibles sentimientos de desesperanza, posibilidad a no tener la capacidad o la inclinación para concentrarse en actividades laborales, académicas o recreativas, es decir, no puede concentrarse en sus necesidades, responsabilidades u obligaciones, sentirse estresado o irritable, parecer desconfiada y con miedos, lo cual puede llevar a la persona a padecer impedimentos emocionales, tener dificultades para sentirse bien.

Si bien es cierto, la depresión es una enfermedad muy común, se toma muchas veces como falta de motivación y como resultado, las personas con depresión tienen más probabilidades de experimentar dificultades para tomar decisiones significativas o cumplir con los plazos. La mayoría de las personas

con depresión desconocen los síntomas (aunque los siguientes son de alguna ayuda para aquellos con depresión con síntomas específicos). Estos son muchos de los mismos síntomas que van acompañados de la incapacidad de participar en una autocrítica positiva y dudas. Aunque no es imposible deshacerse de la depresión de ninguna manera necesaria, el riesgo de desarrollar una enfermedad debido a la depresión es muy alto. Muchos tratamientos y medicamentos psiquiátricos también previenen la depresión. Los síntomas de la depresión pueden ser provocados por una combinación de reducción de serotonina y dopamina. A menudo se sabe que estos químicos pueden desencadenar la depresión a través de ciertas vías en el cerebro. Esto se llama el mecanismo de recompensa (Novoa, 2002).

Las personas con depresión pueden verse afectadas por una afección psiquiátrica subyacente o un trastorno emocional. Algunas personas con depresión tienen dificultades para identificar su posición con respecto a los aspectos interpersonales y culturales de sus vidas.

De acuerdo a la OMS (2017) “la depresión es un trastorno mental frecuente que se caracteriza por la presencia de tristeza, sentimiento de culpa o falta de autoestima, trastornos de sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración”.

Estos trastornos pueden volverse crónicos o recurrentes y llevar a importantes fallas en la habilidad de un individuo para llevar a cabo sus tareas diarias. En casos severos, puede llevar al suicidio. Se pierden casi un millón de vidas al año por suicidio, lo cual se traduce como 3000 suicidios por día. Por cada suicida, hay 20 o más que intentan terminar con su vida (OMS,2012).

Por tanto, se detalla que cada país necesita reconocer los problemas de salud mental que causan tanta ansiedad hoy en un esfuerzo por abordar temas relacionados con problemas físicos y sociales. Hemos visto un cambio en la comprensión del papel del bienestar emocional en la salud general de la población en las últimas décadas a nivel global pues hay un mayor impulso a las políticas públicas de salud mental integradas en programas de salud nacionales alrededor del globo.

La mayoría de los pacientes que sufren enfermedades mentales no transitan sus vidas de manera adecuada. La mayoría de los suicidios son causados por frustraciones acumuladas propias de fenómenos asociados a la depresión, así como la aplicación de autolesiones. En general las recomendaciones para las personas deprimidas es que reciban antidepresivos u otros tratamientos medicados que les ayuden a mejorar y ser más activos físicamente.

Navarro-Loli, Moscoso y Calderón-De la Cruz (2017) consideran que en la etapa de la adolescencia se inicia el desarrollo y los riesgos para la salud de adolescentes y adultos jóvenes con depresión, pues existen varios factores de riesgo potenciales de resultados adversos para la salud, entre estos posibles síntomas, podemos revisar ansiedad u hostilidad, dormir durante el día excesivo o excesiva tendencia al ejercicio (en forma de ejercicio y actividad física) o uso indebido de drogas. En la mayoría de los adolescentes, no hay edad al momento del diagnóstico de depresión. Si bien los síntomas de depresión se reconocen comúnmente como de desarrollo, el trastorno depresivo también puede significar diferentes características del mismo individuo.



El diagnóstico de depresión es difícil debido a la heterogeneidad de sus causas, la falta de definiciones generalizables o cuantitativas y la necesidad de evitar identificar factores clínicos específicos que pueden influir y complicar el diagnóstico. La prevalencia e incidencia de la depresión en la adolescencia y sus posibles factores predisponentes sugieren que los adolescentes estarán en mayor riesgo de desarrollar trastornos psiquiátricos. Esto sugiere que los estresores sociales de la adolescencia que probablemente se presenten como síntomas tempranos pueden tener una enorme influencia en el desarrollo de síntomas depresivos. Otros factores, como los factores socioeconómicos y geográficos, contribuyen al desarrollo de otros trastornos psiquiátricos. La evidencia sobre el impacto social de la depresión en las personas puede ser de pequeña magnitud, no obstante, en particular el riesgo de depresión en adolescentes de diferentes clases sociales puede ser subestimado debido al hecho de que muchos de los adolescentes tienen más probabilidades que sus pares sentirse deprimido, y tal riesgo probablemente esté mediado por factores sociales en adolescentes de diferentes clases sociales.

La prevalencia de la depresión alrededor del globo es del 5%, en ello se basa la evidencia que sugiere que la prevalencia de depresión en la edad adolescente es alta. El riesgo de desarrollar depresión se asoció con una disminución de un subtipo depresivo y con una mayor edad de aparición del trastorno de estrés postraumático, factores psicosociales, interacción genético-ambiental y condiciones biológicas. Así, también se considera que la depresión en la adolescencia es predictora de problemas sociales, además, de correlatos

clínicos de la depresión, como el rendimiento académico y los factores de salud mental asociados al suicidio.

El tratamiento de los adolescentes con depresión adolescente generalmente se basa en una reducción en la cantidad de tiempo que pasan en casa con sus padres y redes sociales, así como en la cantidad de actividad física que pueden realizar para completar el programa. Existe evidencia de que la actividad física está fuertemente relacionada con problemas sociales, incluida la escuela, la inadmisibilidad y la desventaja social. Además, la actividad física se considera importante para los adolescentes con alto riesgo de suicidio temprano.

#### **2.2.1.1. Teorías psicológicas de la depresión (Cano, 2013)**

Existen diferentes modelos teóricos que tratan de explicar el origen de la depresión, a continuación, se presenta los principales modelos:

El modelo psicoanalítico propuesto por Freud se cree que los cambios inducidos por el estrés en el yo promueven el desarrollo de una personalidad deprimida. Sin embargo, el efecto también puede verse como compensatorio, lo que lleva a un hombre a la depresión, asimismo sostiene que los acontecimientos adversos en la niñez temprana dejan a algunos individuos vulnerables a una depresión posterior en su vida. Según las teorías psicológicas de Freud, la capacidad de uno para superar la depresión se deriva del estado emocional del yo y, por lo tanto, se cree que la fuerza en los valores asociados a la vida resulta en el fortalecimiento de la autoestima.

La perspectiva conductual, si bien involucra a la depresión como un concepto de pérdida, se centra en la pérdida tangible de reforzamiento en el

ambiente de la persona, como por ejemplo lo que sucede en Estados Unidos donde hay una baja variación en la tasa de suicidio futuro. En los Estados Unidos, hay más de un millón de adultos mayores de 30 años que están clasificados como enfermos de algún tipo de enfermedad mental. Sin embargo, los factores asociados a la depresión tienen más probabilidades de implicar suicidio que por cualquier otra causa en sociedades donde no existen refuerzos sociales positivos contingentes. En este país se ha detallado que se puede instituir un programa de reducción del riesgo de suicidio, que puede ser una forma de tratamiento de la depresión cuando esto es resultado del estrés.

Desde la perspectiva humanista, la depresión se define como el resultado de la pérdida de la consideración positiva incondicional, dado que necesitamos tener un objetivo para completar una tarea, lo mejor es adoptar la forma de un conjunto de acciones que se puede esperar que sean buenas para las personas. No obstante, ante la depresión solo se daría para ciertas actividades en la vida del sujeto, generando una incongruencia entre el yo verdadero y el yo ideal, teniendo como resultado una autoestima baja en la persona. Por lo tanto, se deduce que cuando podemos reconocer la presencia y la magnitud del evento negativo, o experimentar un refuerzo positivo y una respuesta al evento negativo, pero ante la depresión, este proceso se ve seriamente limitado. Incluso podemos ser capaces de no responder. Por lo tanto, es importante tener en cuenta que hay muchas maneras en que las personas pueden actuar como una respuesta adaptativa a su depresión, pero el tema subyacente en el psicoanálisis es el de un estado de recuperación. Se podría decir que esto se puede resumir como "la forma en que nos

recuperamos", donde un individuo vuelve a abrazar la sensación de regresar a su entorno normal.

Por el contrario, las teorías biológicas consideran que las dos principales causas de la depresión, son la genética es decir la heredabilidad de la depresión y la alteración en la producción de los neurotransmisores. Sin embargo, las teorías biológicas no pueden explicar el estado mental resultante de los cambios físicos o sociales experimentados y, por lo tanto, si esto ocurriera, requeriría una nueva forma de tratamiento para las personas con depresión. Muchos investigadores médicos han propuesto que la causa de los factores estresantes en el comportamiento humano no es genética (como el cáncer y las enfermedades cardíacas), es psicológica, pero la forma en que se tratan algunos puede ser una posible consecuencia subyacente en lugar de la causa, como la predisposición genética. También hay algunos estudios que respaldan la predisposición genética, pero el concepto general debe estudiarse más de cerca para que no se suponga que es un factor causal. Uno de esos estudios es el hecho de que las variantes genéticas tienden a ser la causa de los trastornos del estado de ánimo en algunas personas. En algunos estudios, muchas de las variantes de la afección se han asociado directamente con trastornos mentales, en una hipótesis alternativa que es que la influencia genética se debe a algunas causas psicológicas. Un individuo tiene un estado emocional fuerte y negativo y se ve afectado por sus propias emociones, porque está experimentando esas emociones. Sin embargo, algunas de las influencias genéticas pueden no estar relacionadas con la condición y un estado emocional tan fuerte, pues es un elemento extremadamente importante para ser examinado más a fondo.

El modelo cognitivo, basado en la teoría de Beck, sostiene la existencia de esquemas a través de los cuales las personas filtran e interpretan sus experiencias. Este modelo sostiene que los esquemas están y se activan durante los períodos de estrés. Algunos de los síntomas más comunes de la depresión, como los trastornos de ansiedad, irritabilidad, pérdida de interés en un aspecto dado de la vida o falta de trabajo, también conducen a esquemas falsos. La tríada cognitiva "falsa" se basa en una noción incorrecta del tiempo, la duración de la vida y la duración de la enfermedad. Cuando las personas han perdido interés en un aspecto de sus vidas, se refuerza la falsa tríada cognitiva. Uno de los ejemplos más famosos de la falsa tríada cognitiva implica la depresión, y es la depresión en la que alguien tiene la "idea equivocada" a través de pensamientos automáticos y negativos de uno mismo, de su entorno social más cercano y el global, además del tiempo futuro y pasado, ponderándolos con mayor predisposición que el propio presente. Esto conlleva a la idea de determinados errores en la percepción de todos los aspectos de la vida del sujeto, que a consecuencia de un mal proceso de información puede terminar creyendo erróneamente que tendrá un futuro desastroso, que su entorno familiar es malo, que el mundo es hostil y que él mismo no tienen lo requerido para afrontar la vida.

#### **2.2.1.2. Epidemiología de la depresión**

El estudio de la depresión en el mundo ha demostrado que una persona con trastorno depresivo tenía una prevalencia de 5% la población general en los países. Los factores de riesgo epidemiológico para la depresión están relacionados con el entorno social y con la actividad de pareja y el entorno

familiar. Alcanzará un pico en el 20% de la población con depresión en algún momento en su vida con una varianza de 3 a 6% según las regiones; mas predominante en las mujeres. El riesgo de depresión está asociado con la exposición a ciertos factores ambientales como el consumo de tabaco y otros estupefacientes, el apoyo social en la sociedad o el estrés psicológico de la vida cotidiana y la exposición a otras formas de estrés psicológico, por ejemplo, el estrés por el consumo de alcohol y drogas, dependencia física y emocional, estrés por otras formas de estrés como agresión, dependencia física y emocional o automutilación (Ministerio de Salud del Perú, 2017).

Según Alarcón, Mazzotti y Nicolini (2005), el riesgo de padecer depresión es de 2 a 6 veces mayor en personas con aquellos con antecedentes familiares de trastornos de abuso mental o similares. Es útil una comparación entre familias con antecedentes familiares de depresión entre padres e hijos. Sin embargo, hay muchas razones para tomar más en serio los antecedentes familiares de depresión. Después de ajustar por factores relacionados con trastornos de personalidad y antecedentes familiares tempranos de trastornos afectivos o alcohólicos, incluida la edad materna para fumar, el peso al nacer, la edad al inicio de la enfermedad y el estado civil. Los adolescentes con enfermedades crónicas, especialmente la intoxicación por alcohol, en riesgo de desarrollar síntomas depresivos en estas familias tienen más probabilidades de reportar ser hospitalizados por estos eventos adversos.

De acuerdo a Espinoza (2015), se han utilizado varios métodos y criterios diferentes para evaluar las características clínicas de la depresión, de las cuales se ha podido encontrar que los niños menores de 13 años, existe una

fuerte asociación entre la depresión infantil y adulta. Esto incluye problemas como la escuela, la falta de trabajo, la falta de actividades escolares y el conflicto familiar, entre otros. La prevalencia de la depresión infantil aumenta tanto en padres como en niños mayores de 13 años, pero se ve mucho más arraigada entre los adolescentes de entre 13 y 17 años. Hay evidencia sólida de que la infancia está asociada con una disminución de la incidencia de depresión, pero esta incidencia de la depresión en la infancia aumenta constantemente durante un período de 1-2 años o más durante la adolescencia. Esta idea está respaldada por datos que muestran que en niños preescolares se tiene una presencia del padecimiento del 1%, y aumenta en la adolescencia hasta 7 o 10% aproximadamente. La prevalencia de la depresión (una tasa que varía según la edad y el tipo de estudio) es la puerta de ingreso a algunos factores de riesgo de enfermedad mental más graves o a consumo de sustancias para calmar esta afección. Los estudios epidemiológicos realizados en el Perú, asocian un aumento de los casos de depresión con una serie de arrebatos sociales, incluidos los intentos de la sociedad de estigmatizar y silenciar la salud mental. Estos eventos podrían ser particularmente significativos para los vulnerables que están involucrados en la prevención del suicidio, la prevención de enfermedades mentales al tratar las enfermedades mentales como un peligro público. Con casi la novena parte de la población tiene prevalencia de depresión y en la mitad de estos casos una necesidad de ser atendidos a través de medicamentos.

En general la incidencia de depresión y la edad se ven asociadas pues los casos de depresión van en aumento en términos de consultas en

nosocomios, donde la tercera parte de los atendidos son pacientes con depresión. Teniendo en consideración que solo la quinta parte de aquellos diagnosticados con depresión se tratan, se puede notar la estigmatización por parte de ellos mismos, de la sociedad y del Estado por no mirar este problema de frente (Espinoza, 2015).

### **2.2.1.3. Etiología de la depresión**

Existe consenso en determinar que la depresión es multicausal, ya que es resultado de una amalgama de aspectos genéticos - hereditarios, químicos, biológicos, psicológicos y sociales. Estudios han demostrado es importante estudiar este fenómeno desde las perspectivas genética y social para garantizar que no se convierta en una excusa para no adoptar la intervención parental más efectiva disponible. Sin duda será útil si consideramos si estos estudios son suficientes para respaldar un vínculo biológico. Cuestiones como la naturaleza biológica a través de la carga hereditaria, además de las alteraciones en la producción de los neurotransmisores cerebrales como la serotonina, noradrenalina y dopamina son factores predisponentes para la presencia y desarrollo de la depresión. Asimismo, hay influencia de los genes en el estado de ánimo y los trastornos del estado de ánimo. Los factores genéticos que contribuyen a la depresión son una variedad de procesos biológicos, más genéticas dentro del cerebro. Se ha sugerido que la base neuronal de la depresión en humanos es la pérdida de dopamina, serotonina y noradrenalina, que a su vez aumentan la toxicidad de la dopamina. También, en el genoma humano, hay genes que desempeñan un papel en el estresor, que es un mediador



molecular central en una variedad de trastornos psiquiátricos relacionados con el estrés.

Investigadores que han trabajado en hospitales psiquiátricos han identificado factores psicosociales como el entorno en el que viven como parte de la familia, la pérdida de un trabajo o cuando tienen hijos en la familia, trauma o estrés por la muerte de un ser querido. También, se ha demostrado que el género tiene impactos diferenciales en los resultados de depresión, esto a saber que la depresión femenina y el maltrato basado en el género se asociaron con factores de mayor riesgo de suicidio. Además, para las adolescentes de 18 a 24 años, surgió un vínculo entre la depresión y el maltrato basado en el género y se descubrió que era tan fuerte como cuando se controlaban los resultados con factores como el desempleo, así como con el alcohol, el tabaco y otras drogas.

Pérez, et al. (2010) Realizaron una investigación para determinar los factores asociados y otros relacionados con la familia que están asociados al riesgo de suicidio en adolescentes que estudian en secundaria. Los autores sugieren que la depresión, la baja autoestima y los conflictos familiares relacionados con la violencia familiar están relacionados con la posibilidad de que la depresión afecte la probabilidad a pensar en el suicidio. El autor también afirma que muchos adolescentes que no sufren la violencia familiar y la probabilidad de suicidio se encuentran negativamente correlacionadas.

Asimismo, Álvarez, Ramírez, Silva, Coffin y Jiménez (2010) estudiaron la relación entre la depresión y aspectos asociados con factores de la familia que están asociados con estudiantes en tiempo de estudiar; los autores sugieren

una correlación negativa entre la depresión y los resultados de salud infantil entre adolescentes sujetos a la cohesión familiar.

Al respecto de las implicancias de lo expuesto, se puede notar que las principales causas de la depresión se pueden clasificar en:

#### **A. Primarias**

- **Bioquímicas cerebrales.** En las personas con depresión, las glándulas suprarrenales producen noradrenalina, serotonina y dopamina otras hormonas en respuesta al estrés físico y mental. También secretan hormonas que son críticas para su funcionamiento interno, la cual es la teoría con mayor consenso al respecto. Algún mecanismo de la depresión depende del factor estresante específico con el que está asociado un desequilibrio químico en la producción de neurotransmisores y eso da pie a costumbres o manías que conllevan a otros problemas mentales.
- **Neuroendocrinos.** Trastornos del estado de ánimo pueden deberse al desequilibrio neuroendocrino subyacente que a su vez puede deberse a una sobreproducción de estrógenos por las glándulas suprarrenales, que a su vez es responsable del uso de la hormona anormal como sustrato en la producción de hormonas endocrinas. Este desequilibrio, terminan por dar síntomas a través de cambios en el humor, una reducción del apetito sexual, cambios en la periodicidad del sueño y el hambre, sugieren una disfunción del hipotálamo y de la disfunción de la tiroides.
- **Genético y familiares.** Debido a la heterogeneidad genética en la depresión, se desconoce si los padres deprimidos o sus hijos son genéticamente más susceptibles a las enfermedades. También se

desconoce si la depresión es más común en hombres o mujeres. Las personas con depresión en primer grado tienden a tener hijos con depresión. Las personas con depresión tienen tasas más altas de obesidad y enfermedades cardiovasculares. Los estudios y otros hallazgos de investigación en la literatura revelan diferencias en personas con depresión y depresión más severa. Estas diferencias son causadas por diferencias de estrés de factores individuales como estrés físico y ocupacional, medio ambiente, factores sociales y ambientales como tabaquismo, abuso de alcohol, obesidad y bajo nivel socioeconómico. Estos estudios también sugieren que las personas con depresión tienen tasas más altas de suicidio por suicidio que las personas sin depresión, en comparación con la población general.

- **Factores psicológicos.** El individuo no siempre se encuentra en un estado saludable. Los factores asociados con la depresión pueden consistir en un sentimiento de baja autoestima, de baja autoestima sobre los demás como individuo, sentirse incapaz de controlarse a sí mismo y falta de autocontrol, un sentimiento de falta de autoconciencia, control o control sobre los pensamientos o el comportamiento de uno, un sentimiento de culpa y vergüenza, sentimientos de que no eres lo suficientemente bueno o no te sientes digno de tu papel en la sociedad.

## **B. Secundarias**

- **Drogas.** Se sabe que el efecto de medicamentos sobre el estado de ánimo puede verse afectado por sus cambios químicos específicos, pero esto es

difícil, puesto que la serotonina y la dopamina liberadas pueden no absorberse muy bien. Aunque pueden producirse diferentes efectos químicos (por ejemplo, cambios en la presión arterial) en una persona, la depresión no es causada solo por algunos medicamentos. Los síntomas depresivos que pueden ocurrir después de la introducción de muchos fármacos. Las personas con depresión pueden estar particularmente interesadas en el alcohol, particularmente en aquellos que han sido adictos al alcohol durante períodos prolongados; y es más probable que las personas con depresión eviten el alcohol. Estos cambios de humor pueden pensar que son menos dañinos que sus síntomas depresivos habituales. Pueden ser muy diferentes entre los dos estados de ánimo. Las personas con depresión experimentan una mayor tolerancia a las dosis altas de antidepresivos y también pueden tener una mayor tasa de ansiedad y depresión.

- **Enfermedades orgánicas.** La ansiedad y la depresión pueden ocurrir durante la vida de una persona, pero son más frecuentes dentro de los dos a cuatro meses posteriores al diagnóstico. Las personas con depresión no desarrollan ningún nivel particular de alivio del estrés debido a los medicamentos, aunque pueden experimentar un aumento de los niveles de dolor, una menor productividad y una mayor actividad física. Sin embargo, es posible que otros síntomas no sean tan inusuales. Cuando las personas con depresión tienen una enfermedad crónica como artritis, deficiencia de tiroides, enfermedad renal o esquizofrenia, estas condiciones son síntomas bien conocidos de depresión. Algunas personas

que tienen afecciones depresivas pueden tener algún tipo de afecciones psiquiátricas. Si este es el caso, los síntomas no podrían aliviarse con medicamentos.

- **Enfermedades psiquiátricas.** Varias enfermedades psiquiátricas, como los trastornos maníacos y la esquizofrenia, pueden causar paranoia, psicosis, comportamiento similar a la paranoia o la necesidad de una evaluación psiquiátrica. La depresión y el trastorno bipolar (o trastorno bipolar), puede tratarse con autolesiones, pero a menudo en forma de personalidad con exceso de cafeína o drogadicción. Los casos de esquizofrenia y depresión se pueden tratar con programas de tratamiento que pueden incluir: psicoterapia, medicamentos, medicación psiquiátrica y otras terapias médicas. Es posible que algunas enfermedades mentales provoquen enfermedades en algún momento en el que necesiten tratamiento por la depresión. También es posible que ciertas enfermedades sean más frecuentes si las afecciones no se tratan en un momento dado. Algunas personas que desarrollan enfermedades psiquiátricas pueden tener estos síntomas tan pronto como se desarrolla el trastorno. Los trastornos mentales pueden clasificarse como específicos de la personalidad y / o psiquiátricos, y que la medicación psicotrópica puede tener un impacto perjudicial en la salud individual.

#### **2.2.1.4. Sintomatología de la depresión**

De acuerdo al Ministerio de Salud del Perú (2017), la depresión manifiesta los siguientes síntomas:

- **Tristeza patológica:** Los sentimientos negativos del paciente pueden ir acompañados de otros problemas de salud emocionales, psicológicos y sociales, físicos, cognitivos o físicos, todos los cuales pueden hacer que sus síntomas persistan durante varios meses o incluso décadas. Un examen del funcionamiento social o cognitivo del paciente puede explicar los síntomas y sus causas.
- **Desgano y anhedonia:** Las personas que experimentaron sentimientos de apatía mostraron disminuciones significativas en su depresión durante este período, con disminuciones significativamente mayores en ambas formas de depresión. Estos hallazgos sugieren que los síntomas del síndrome de apatía / pérdida pueden ser causados por diferentes procesos fisiológicos, quizás involucrando cierto tipo de respuesta al estrés que experimentó en sus condiciones físicas, emocionales o cognitivas.
- **Ansiedad:** se experimenta a través del miedo a perder el control, a menudo, se tiene miedo a perder el control de las elecciones de vida, o la posibilidad de fracasar y perder cosas importantes, o no saber dónde ubicar un lugar para vivir, lástima o resentimiento, en forma de miedo al fracaso, pérdida del sentido de sí mismo o de perder algo, sentimientos que nunca antes o después se ha tenido, miedo a perder a los demás o al rechazo, ansiedad en personas del sexo opuesto es muy significativa entre los hombres (aunque la ansiedad no siempre es muy grave), incapacidad para tratar con los demás de una manera más íntima, dificultad para concentrarse o trabajar en cosas importantes y en términos de sentir que uno se está saliendo con la suya o que no está preparado para afrontar esa tarea, miedo a salir de una

relación, miedo a pelearse, ansiedad en algunas personas se ve como algo de lo que avergonzarse. Estos síntomas no deben considerarse como un diagnóstico individual: la mayoría de ellos pueden ocurrir y ocurrirán después de que se haya deprimido. Otros síntomas también pueden estar presentes en otras personas, así que tenga cuidado con quién habla.

- **Insomnio:** dificultad para conciliar el sueño debido a la somnolencia diurna excesiva por causa de la depresión. Esta somnolencia puede ser causada por una combinación de problemas médicos, el uso de medicamentos que contienen tranquilizantes, la alta dosis de cafeína y Muchos medicamentos, como una combinación de tranquilizantes, medicamentos que producen una sustancia llamada anticonvulsivante, hipnóticos o estimulantes, pueden causar insomnio. Al igual que con cualquier tipo de fármaco, tomar estimulantes que provocan insomnio puede hacerte sentir mejor por la mañana y tener una influencia positiva en el estado de ánimo. Los anticonvulsivos son los medicamentos principales en la lista de medicamentos contra la depresión, por lo que se debe asegurar no tener a mano dosis excesivas de estos medicamentos
- **Alteraciones del pensamiento:** Falta de concentración, falta de autocontrol, dificultad para controlar las emociones. Pérdida de interés en la actividad que permite que nuestros pensamientos nos ayuden a comprender las cosas. la parte más difícil, o al menos lo es en esta situación. Mucha gente puede sentir una sensación de desesperanza, pérdida de comprensión y dudas sobre sí misma. Sienten que la vida no es justa.

Sienten su propia inutilidad y sienten que no son capaces de ser amados. Quieren convertirse en mejores personas.

- **Alteraciones somáticas:** Se cree que aspectos secundarios como alteraciones y dolores se presentan y están relacionados con los trastornos depresivos. También existe alguna evidencia de que se pueden experimentar un período inicial de fatiga antes de padecer de depresión en personas con el síndrome. A veces se acompaña el dolor puede persistir más de unos pocos días. Una sensación de inquietud o fatiga, que puede provocar un estado de apatía o una sensación de agotamiento o falta de energía.
- **Alteraciones del comportamiento:** Parece que algunos pacientes tienen cambios de humor muy intensos y erráticos. Estos pueden ser causados por una emoción fuerte y abrumadora, como el estrés o la vergüenza, que a menudo va acompañada de cambios de humor, la persona que experimenta los cambios de humor se siente extremadamente abrumada por el estrés. El paciente debe ser tratado con un terapeuta apropiado que pueda ayudarlo a desarrollar un plan claro y coherente para que pueda funcionar de forma independiente y autosuficiente. Este terapeuta puede ayudar a determinar sus necesidades personales dentro del tratamiento, y también trabajará con el individuo antes de que el paciente sea transferido al otro paciente.
- **Modificaciones del apetito y del peso:** La pérdida de peso para las personas que tienen depresión. Es más probable que las personas pierdan peso en un período corto de tiempo en la medida que los pacientes tienen depresión, generalmente perdiendo peso como parte del proceso.



- **Culpa excesiva:** Si se tiene sentimientos de culpa por la conducta de cuestiones de situaciones queridas. También deberá decidir cómo manejar el futuro de un paciente. Las preocupaciones emocionales y sociales son las principales razones para no sentir que está actuando de forma contraproducente. En cualquier caso, se desanimará si no llega a conocer adecuadamente a sus hijos. Las preocupaciones emocionales y sociales son las principales razones para no sentir que está actuando de forma contraproducente. En cualquier caso, se desanimará después de un tiempo y puede sentirse frustrado con su situación personal. En general, las preocupaciones emocionales y sociales son las principales razones. Si está frustrado con su situación personal, sentirá que necesita encontrar una solución a sus problemas. Si siente que necesita ayuda, es posible que deba buscar una solución mejor.
- **Pensamiento suicida** El egocentrismo o el autodesprecio, es decir, que cuando busca algo, a menudo descubre que sus pensamientos y acciones pueden malinterpretarse o incluso ser incorrectos. Se sentirá frustrado y querrá "arreglar las cosas". Esto a menudo conduce a ser muy negativo. Es posible que estemos más preocupados por la muerte por nuestro autocontrol o nuestra autoestima que por las cosas que vamos a hacer en la vida y por cómo, por qué y cómo hacer lo correcto para usted. Pero a la larga, es bueno afrontar esos miedos de frente y ser más consciente. Si tenemos suerte, podemos volvernos menos deprimidos y más propensos a seguir tomando nuestras pastillas, más propensos a vivir más tiempo.

- **Disminución de la energía:** Las personas deprimidas tienden a estar más fatigadas, cuando las tareas más difíciles y el esfuerzo físico son las mejores opciones. Las personas deprimidas tienden a gastar más energía al atardecer, por la mañana y en casa. Si bien la población en general suele experimentar períodos de agotamiento muy lentos y prolongados, las personas con mayores síndromes de depresión tienden a tener menor gasto energético.

#### 2.2.1.4. Clasificación de la depresión

De acuerdo a Hernández (2012), la depresión se clasifica en:

- **Depresión reactiva:** La tendencia de la persona neurotípica a autocensurarse u obsesionarse con los demás y con los demás como son las personas, a ser egocéntrica y moralista, que no puede pensar clara o conscientemente, ni forma objetiva a otros para convertirse en persona. Como resultado de esto, se sienten avergonzados y traicionados. No pueden verse a sí mismos como amigos por sí mismos.
- **Depresión endógena:** Es posible que algunos defectos y condiciones genéticos puedan causar esto. Si este es el caso, la causa sería la depresión. Pero, de hecho, en la mayoría de los casos la causa se debe a un trastorno, pero solo en los casos más raros, como la depresión. Muchas personas que sufren de depresión tienen la posibilidad de tener trastornos físicos o mentales a causa genética.
- **Depresión bipolar:** La investigación en salud mental, las causas de los trastornos del estado de ánimo y quizás algunos otros temas, como la ansiedad y la depresión termina por desencadenar la depresión bipolar. Las

personas bipolares tratan sus enfermedades, describiendo una variedad de condiciones y se caracteriza por cambios de comportamiento severos, persistentes, a veces severos (por ejemplo, depresión) durante meses o más, a menudo con resultados de alto impacto (es decir, muy alto). El régimen de tratamiento utilizado para la depresión bipolar generalmente tiene el beneficio de la disminución del uso de energía e, idealmente, menos ansiedad, disminución del estrés y la depresión al inicio o al final del seguimiento; menor frecuencia de episodios psicóticos o maníacos.

### **2.2.2. Adolescencia**

Etimológicamente, el vocablo “adolescencia” proviene del verbo latino *adolescere*, cuyo significado es “crecer”, “madurar”. Sin embargo, esta palabra adolescencia se usa más generalmente para una etapa del desarrollo de nuestro bienestar mental y emocional. Cuando vemos la palabra adolescencia o el adjetivo "adolescencia", parece implicar que todavía estamos viviendo lo suficiente para llegar a la edad adulta en bienestar mental y emocional, y podemos sentir la tentación de atribuir de un limitado entorno físico, lo que a su vez aumentará nuestra vulnerabilidad.

La adolescencia se relaciona a una etapa de crisis, donde la persona comienza a experimentar diversos cambios, como el descubrimiento de impulsos incompatibles, que lo llevaran a cuestionar y replantear todo lo aprendido con la finalidad de encontrar su identidad; todo este proceso hará que se convierta en adulto (Damas y Enríquez, 2017).

En otras palabras, la adolescencia es un ciclo que tiene la capacidad de desarrollo de muchos aspectos psicológicos y reproductivos. En ambos casos, se

entiende que tiene su origen en el proceso de desarrollo de la propia identidad a través del desarrollo de otras personas. En este contexto, el concepto de identidad también se aplica en un sentido más general, con especial referencia al "individualismo en la vida social". Otro aspecto del concepto de "individualismo" es que se considera que se originó como un término por el concepto de identidad en filosofía entre aquellos que se consideran "identistas". Además, la idea de "identidadismo" del individuo está siendo ahora discutida y definida que, debido a la forma en que surgió, ahora están intentando poner en práctica.

Papalia y Martorel (2016), refieren que el término adolescencia se puede aplicar a cualquier cosa que ocurra temprano en el desarrollo de la vida de una persona, por ejemplo, un vínculo emocional o una forma externa de deseo sexual. También se refiere, desde un punto de vista histórico, a cualquiera de las principales etapas del desarrollo social de una persona, incluida la edad adulta. En la siguiente sección, mostraré cómo ver este desarrollo en el contexto de una teoría del desarrollo del niño con la ayuda de mi propia experiencia de tener hijos.

La capacidad de desarrollo y la comprensión de las emociones de la adolescencia inicial. Es mucho lo que podemos aprender de los resultados de estos estudios, y es de particular interés dar un paso adelante mostrando cómo desarrollar y comprender las emociones, que se pueden utilizar para ayudar a los niños a desarrollarse como adultos, a desarrollarse. la conciencia de un niño de las emociones y su importancia dentro de ellas. Por supuesto, uno puede esperar encontrar una comprensión que le brinde al adolescente temprano una visión de las emociones que se expresan en la vida real, pero no garantiza que comprender estas emociones sea tan importante como se presentan en casa. El desarrollo de la

autoconfianza y la buena autoestima se puede potenciar mediante las intervenciones hormonales y psicológicas que también pueden mejorar la apariencia física. La fase inicial de la adolescencia también puede incluir presiones sociales y emocionales; así como el riesgo de reacciones de estrés por ausencia de actividades familiares, en las que el aspecto físico de la mujer está fuertemente influenciado por las condiciones sociales y económicas, así como por otros factores relacionados con su estatus social.

La adolescencia media, se caracteriza en la que se busque la autonomía emocional de la juventud. La relación entre padres e hijos puede estar muy cargada de emociones, pero no siempre está claro qué está causando la necesidad de libertad emocional. Hay varios problemas que pueden surgir con algunos de los temas en esta etapa que podrían indicar que los jóvenes no están completamente integrados con la sociedad o no tienen una agencia independiente en el trabajo. La forma en que los jóvenes se integran al ámbito social. Algunos adolescentes pueden estar más desarrollados intelectual y socialmente con poco desarrollo en su desarrollo social hasta cierto punto de su vida. Esto podría indicar la necesidad de ser más responsable con sus relaciones, con las familias, los niños y con ellos mismos y su familia.

La adolescencia tardía, en una fase de madurez, el adolescente puede ser capaz de distinguir una cosa de otra y puede elegir sólo una de muchas que tenga sentido para él. Esto puede traer consigo algunos problemas de personalidad que no notaría. Cuando el adolescente ha llegado a este punto, la persona debe encontrar otras cosas que le permitan expresarse. Aprende a ser autosuficiente y a su propia experiencia y valores, a estar libre de cualquier expectativa y el deseo

de ser algo más que él mismo, lo que podría causar problemas. Para comprender este proceso es necesario comenzar por comprender que cada decisión que toma el adolescente es en realidad una decisión sobre sí mismo o sobre el mundo y que aceptará cada cosa nueva y nunca debe hacer nada que aumente su riesgo. Cuando haga estas cosas, podrá aceptarlas como responsabilidad de su vida y, en consecuencia, aceptará que los demás cometan sus propios errores y que las acciones de los demás se mejoran a sí mismas y que aprenderá a aceptar todas las cosas.

En la edad de la adolescencia, comienza a percibir el mundo de manera diferente. No puede verse a sí mismo como una persona real de cierta manera porque ahora siente que es un niño, como antes. Empieza a ser más consciente de su individualidad porque, si bien es consciente de sí mismo como el de un ser que no posee ese tipo de autoconciencia, también es consciente de lo que es. Ello es caracterizado por:

**1. Búsqueda de sí mismo y de la identidad.** Estas "nuevas" personas han ganado mucho en la forma de un nuevo sentido de la realidad, y las nuevas personas han sido llamadas "el yo". Está presente una cierta tendencia que hace la vida más precisa. Las reorganizaciones psicológicas que conducen a tal estado suelen ser internas y pueden superarse, y hay algunos factores externos que son necesarios y que, en muchos casos, no pueden ignorarse por temor a dañar la propia identidad. Lo que se ha denominado "crisis de identidad de género" es la crisis en la que la existencia de la cualidad más básica que existe en la naturaleza, como ser la propia y, en general, la propia naturaleza, es completamente interrumpido o borrado. La cualidad más básica es la presencia de una "idea" o

"identidad" común o colectiva, de cualquier tipo. Ésta es la naturaleza o concepción del sentido común de la identidad. Esta concepción de sentido común de esa identidad es compatible con el cambio real dentro de la vida social y psicológica del individuo. Un nuevo tipo de identidad humana solo puede surgir en el punto de aparición de un nuevo tipo de identidad.

**2. Tendencia grupal.** La individualidad y la autoestima de los adolescentes se transfieren del grupo, como por ejemplo los padres a sus hijos e hijas y viceversa. Los miembros del grupo se involucran en la vida. Pertenecer al grupo anima a los adolescentes a crecer y tiene efectos positivos para los demás integrantes del grupo. Es el apoyo social a la autoestima, es un apoyo más eficaz.

**3. Necesidad de intelectualizar y fantasear.** Estas tendencias surgen principalmente del deseo de descubrir y asimilar nuevas culturas y de estudiar, además de fantasear sobre la cultura y el arte. La búsqueda de un estudio más detallado y una mayor apreciación de las culturas originales es un aspecto fundamental de la educación, y ver con la búsqueda intelectual.

**4. Crisis religiosas.** El adolescente es que su conclusión principal implica lo que parece un debate filosófico o teológico de larga data entre aquellos que a menudo están demasiado cerca de las personas religiosas para notarlo o verlo como un conflicto de intereses. Una cuestión fundamental no es solo sobre lo religioso o lo sexual, sino que se muestra dos polaridades: un ateo exacerbado o como persona de fe que recientemente ha tenido que lidiar con diversas formas de religión y el contexto social en el momento en que tuvo lugar el evento, trata de comprender cómo estas experiencias religiosas pueden proporcionarle un necesario descanso de su vida cotidiana en la búsqueda de su identidad.

**5. Desubicación temporal.** Es característico que desconocemos el pasado, el presente y el futuro, y como deben existir como espacio temporal. Si no somos conscientes del tiempo pasado y el futuro desde arriba, entonces no podemos identificarnos, y tomar responsabilidad de definir el futuro o el pasado. Por lo tanto, si cambia el pasado por su cuenta, o si altera el presente en el de otras personas o grupos, sus acciones harán que la gente lo vea como alguien que ha tomado nuevas decisiones.

**6. Evolución sexual** que va desde el autoerotismo hasta la heterosexualidad genital adulta, se caracteriza lo importante saber que el acto sexual, la sexualidad "genital", la práctica de tener sexo de una manera determinada. Se define como una comprensión de la relación sexual sin parejas, experiencia sexual en el cuerpo o las actividades sexuales de una pareja humana masculina y femenina. Podemos encontrar esas situaciones sexuales que son, de hecho, diferentes de aquellas en las que pensamos en el sexo como "fantasía" o "genital". Para comprender la naturaleza del sexo, uno debe reconocer que el término se refiere tanto al papel de uno en el sexo (la experiencia sexual que uno experimenta como parte de un acto sexual) como a la relación sexual en la que participan uno y otro, y la naturaleza de una relación sin ellos. A medida que entendemos cómo el sexo se vuelve importante en la edad adulta, es importante recordar esto, que el término "genital" puede no ser lo mismo que intimidad sexual que acompañará a la adultez.

**7. Cambios conductuales.** De hecho, el adolescente está condicionado a comportarse de tal manera que es en este modo particular de comportamiento el que es más probable que aprenda, las respuestas conductuales a las normas sociales se ocupan de la modificación de la conducta. Por un lado, el adolescente



está condicionado como niño a aceptar normas sociales más convencionales, como la noción de responsabilidad personal, en su totalidad. Por otro lado, el adolescente se ve obligado a tolerar ciertas formas de normas sociales que fueron establecidas en su adolescencia por los adultos durante sus años escolares. Como resultado, a menudo está expuesto al entorno social en el que vivió o los personales a los que estuvo expuesto que no formaban parte de su cultura.

**8. Separación progresiva de los padres.** Es mucho más aceptable ver las actividades sexuales con un poco más de pasión y atención. No es tan aceptable hacer eso cuando se trata de un niño que está siendo manipulado por el sistema social o familiar hasta el punto de ser rehén por estos sistemas. Una razón por la que los hijos tienen que ser criados en un hogar que cumpla con los estándares para el matrimonio, con los valores religiosos y familiares en algunas áreas, por lo que hay una disociación entre estos ideales y el descubrimiento sexual, por lo que el adolescente decide esto último.

**9. Constantes fluctuaciones del humor y del estado de ánimo.** Un sentimiento de impotencia y el deseo de escapar del estado de aislamiento, a menudo acompañado de una sensación de desesperanza y desesperación, puede resultar en una depresión severa. El adolescente empieza a sentir que le han contado demasiado cuando le han hablado de la vida. Una aparición repentina de cambios de humor, tales como la idea de que las cosas llevan tiempo, que todo va a mejorar, el estrés doloroso como ansiedad y respuestas emocionales. A menudo hay un aumento repentino en la calidad de los sentimientos de dolor. Emociones peligrosas (incluida la ira, la preocupación, el resentimiento, el miedo) o el sentimiento de comportamiento desordenado: en la adolescencia o la edad adulta,

la calidad de los sentimientos de dolor y desesperación se encuentra a menudo en la intensidad y frecuencia de esta reacción emocional.

### **2.2.3. Depresión en la adolescencia**

En los adolescentes, la depresión se caracteriza por un sentimiento de culpa, desesperanza, pérdida de la fe en la vida. El sentimiento de culpa o la sensación de que no tiene mucho sentido. Cuando se entera de un ataque de depresión, puede sentir que ha hecho algo mal; sientes que fallaste, traicionaste, traicionaste al grupo. Después del ataque, es posible que tenga una sensación de culpa o miedo. A menudo se presenta un mayor riesgo de depresión o ansiedad, pues desarrolla tristeza, pérdida de memoria a corto plazo, disminución del apetito y cambios en el apetito. En el desarrollo del niño a adolescente aumenta su riesgo de padecer esta enfermedad. La depresión puede durar años y puede ser fatal. Algunos ataques de depresión pueden durar años de forma individual, lo que resulta en una remisión completa o completa (Ministerio de salud, 2017).

Las consecuencias emocionales y psicológicas de una enfermedad mental pueden manifestarse de varias formas, desde una leve angustia física y emocional, además de reacciones de estrés hasta un cambio significativo en su apariencia física o comportamiento. Los adolescentes que padecen enfermedades psiquiátricas también experimentan los efectos de sus enfermedades psicológicas, por ejemplo, que su estado de ánimo es errático, irritable, irritable o tenso en circunstancias extremas. Como consecuencia, los pacientes adolescentes a menudo exhiben diferentes expresiones físicas de estrés. Los adolescentes que experimentan una variedad de enfermedades psicológicas, como depresión y trastornos de ansiedad, así como otras afecciones médicas, pueden no tener un

estado normal o equilibrado. Además, los niños con complicaciones médicas pueden experimentar una serie de otros trastornos psicológicos además de la enfermedad psiquiátrica, incluida la desregulación del estado de ánimo, la hiperactividad y la ira generalizada.

Estado de ánimo severamente deprimido: las personas con depresión que sufren de depresión física, mental, mental o social a menudo tienen dificultad o dificultad para levantarse de la cama y caminar. Las personas con este trastorno también pueden tener dificultades para recordar eventos importantes de años pasados o presentes, como vacaciones o vacaciones anteriores. El segundo factor de la fase de desarrollo de la adolescencia es la aparición de la emoción en forma de una emoción profunda que llamamos estado emocional. Los sentimientos que sentimos, las emociones de nuestro cuerpo, los sentimientos que sentimos como ser humano cuando estamos con otros humanos: las emociones del amor, la ira y la frustración, que sentimos cuando estamos en un determinado estado emocional, todos ellos se fundamentan y maduran en la adolescencia.

#### **2.2.4. Síntomas de la depresión en la adolescencia.**

De acuerdo a García (2012) los síntomas de la depresión muy estable pueden enfermarse emocionalmente, en algunos casos se encuentra en un nivel superior para tener problemas graves en la edad adulta, algunas personas pueden tener enfermedad mental en la adolescencia. El problema emocional que necesita ser tratado tiene que existir en un estado muy estable que continúe mientras la persona se encuentre bien físicamente. Ésta es la parte de la adolescencia y que termina por denotarse con una sintomatología a los de la depresión son casi siempre el resultado de una combinación de factores genéticos, emocionales o conductuales,

similar a la de los adultos y estas son la falta de interacción social, que puede provocar alteraciones más fuertes, libido sexual baja, disociación e incapacidad para hacer planes, baja autoestima, dificultad para controlar sus propias decisiones, creencias negativas e incluso suicidas, falta de deseo sexual o interés por los hombres y disociación de los otros en los grupos sociales.

## **2.3. Definición conceptual**

### **2.3.1. Depresión**

La enfermedad tiene un carácter psicológico que puede incluir deterioro mental, la depresión no se asocia con debilidad general o ansiedad debido a la falta de tales factores. Un síntoma depresivo más específico y bien definido, es la ansiedad de naturaleza más general. Por otro lado, una persona que sufre una alteración del estado de ánimo, aún puede tener un trastorno de ansiedad y la discapacidad física también se describe como "anhedonia", la enfermedad implica sufrimiento físico y mental (Ministerio de Salud, 2008).

### **2.3.2. Depresión en adolescentes**

De acuerdo a la OMS (2018), algunos de los trastornos del estado de ánimo con la depresión son los trastornos de ansiedad, entre otros trastornos del estado de ánimo, los cambios repentinos y la sensación del estado de ánimo inestable, con ello un adolescente se angustie y se deprima emocionalmente. Especialmente para aquellos que desarrollan estos síntomas en etapas tempranas, a menudo dolorosas y duraderas de duelo, trauma y estrés. Un adolescente que desarrolle depresión después de un evento estresante puede presentar problemas físicos o mentales importantes, son los principales factores de la automutilación o suicidio.

### **2.3.3. Disforia**

En otras palabras, comienza a sentirse desamparado, deprimido o con dificultad en sus propias emociones, puede ocurrir en una edad temprana. Esto puede hacer que recurran medios de afrontamiento y se sientan impotentes, que reacciona a su expresión emocional (o expresión en el habla u otras expresiones), que puede estar buscando una experiencia o entorno emocional específico, o puede estar buscando lo que sus seres queridos y entorno social no han podido brindar. Eso puede llevar a que se vea a sí mismo enojado o infeliz o con dificultades. Kovacs, Del Barrio y Carrasco (2004).

### **2.3.4. Autoestima negativa**

Ideas de auto desprecio incluyen sentimientos de incapacidad, fealdad y culpabilidad, presentándose ideas de persecución, deseos de muerte y tentativas de suicidio, junto con ideas de huida de casa. (Kovacs, Del Barrio y Carrasco, 2004)

### **2.3.5. Adolescencia**

Es el periodo de transición entre la niñez y la etapa adulta que en el caso de hombres y mujeres, estos cambios tendrán profundas implicaciones sobre cómo vivirán, cómo usarán su cuerpo y cómo realizarán las actividades de la vida diaria. Este proceso de adaptación comienza con la pubertad y dura hasta 12 o 15 años en términos físicos y psicológicos. (Papalia y Martorel, 2016).

## **CAPÍTULO III**

### **HIPÓTESIS**

#### **3.1. Hipótesis general**

Existe un alto porcentaje del nivel de depresión moderada en los adolescentes de una institución educativa estatal del distrito de Acos Vinchos, provincia de Huamanga, Ayacucho – 2019.

#### **3.2. Hipótesis específicas**

- Existe un alto porcentaje del nivel de depresión moderada según edad, en los adolescentes de una institución educativa estatal del distrito de Acos Vinchos, provincia de Huamanga, Ayacucho - 2019
- Existe un alto porcentaje del nivel de depresión moderada según género, en los adolescentes de una institución educativa estatal del distrito de Acos Vinchos, provincia de Huamanga, Ayacucho - 2019

- Existe un alto nivel de la dimensión autoestima en los adolescentes de una institución educativa estatal del distrito de Acos Vinchos, provincia de Huamanga, Ayacucho – 2019.
- Existe un alto nivel de la dimensión disforia en los adolescentes de una institución educativa estatal del distrito de Acos Vinchos, provincia de Huamanga, Ayacucho – 2019.
- Existe un nivel óptimo de las propiedades psicométricas del inventario de depresión CDI en la medición de la depresión en los adolescentes de una institución educativa estatal del distrito de Acos Vinchos, provincia de Huamanga, Ayacucho – 2019.

### 3.3. Operacionalización de variables (definición conceptual y operacional)

*Variable (definición conceptual y operacional)*

<b>Variable</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Definición operacional</b>
Depresión	La enfermedad tiene un carácter psicológico que puede incluir deterioro mental, la depresión no se asocia con debilidad general o ansiedad debido a la falta de tales factores. Un síntoma depresivo más específico y bien definido, es la ansiedad de naturaleza más general. Por otro lado, una persona que sufre una alteración del estado de ánimo, aún puede tener un trastorno de ansiedad y la discapacidad física también se describe como "anhedonia", la enfermedad implica sufrimiento físico y mental.	Puntuaciones obtenidas en el cuestionario de depresión CDI que evalúa la frecuencia en la que se manifiesta una serie de respuestas cognitivas o conductas psicológicas ante distintas situaciones de su vida en las dos últimas semanas. Kovacs, Del Barrio y Carrasco (2004)



## **CAPÍTULO IV**

### **METODOLOGÍA**

#### **4.1. Método de investigación**

Como método general se aplicó el método científico, el cual consiste en el cumplimiento de una serie de etapas organizadas, para lograr la solución de un problema, cuyos resultados y conclusiones se presentan a la comunidad científica. (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

Como método específico se empleó el método descriptivo, el cual se define como “la descripción, análisis e interpretación sistemática de un conjunto de hechos o fenómenos y sus variables que les caracterizan de manera tal como se dan en el presente” (Sanchez y Reyes, 2017.p.18).

#### **4.2. Tipo de investigación**

La Investigación es de tipo básica o pura, ya que busca progreso científico, acrecentar los conocimientos teóricos a través del recojo de información de la realidad para poder enriquecerlos aplicando el conocimiento científico con vistas a desarrollar nuevas teorías basadas en principios y leyes (Hernández, et al., 2010.).

### 4.3. Nivel de investigación

Se ubica en el nivel de Investigación descriptivo, ya que permitió medir y describir el nivel de presencia de la variable en estudio tal como son observados (Hernández et al., 2010).

### 4.4. Diseño de investigación

El diseño de investigación es descriptivo simple debido que no se manipulo la variable en estudio y esta se observó y se describió tal como se presentan en su ambiente natural (Hernández et al., 2010). El siguiente paradigma representa al diseño descriptivo simple:



Donde:

**M:** Estudiantes de 12 a 16 años del distrito de Acos Vinchos.

**O:** niveles de depresión

### 4.5. Población y muestra

La población estuvo conformada por 199 estudiantes de 12 a 16 años, de ambos sexos, pertenecientes a la institución educativa integrada Mariscal Guillermo Miller del distrito de Acos Vinchos, Departamento de Ayacucho.

### 4.6. Muestra y tipo de muestreo.

Se trabajó con toda la población a través de la técnica censal de manera directa, la misma que (Sánchez y Reyes 2017) la definen como la “encuesta que recoge información de toda una población donde todas las unidades de investigación son consideradas como muestra”. (p.166).

El tipo de muestreo fue no probabilístico, ya que según la definición de (Sánchez y Reyes 2017). No se conoce la probabilidad o posibilidad de cada uno de los elementos de una población de poder ser seleccionada en una muestra.

Asimismo, se tomaron en cuenta los siguientes aspectos:

**Criterios de inclusión:**

- Estudiantes matriculados en el año académico 2019.
- Estudiantes regulares que pertenezcan a institución educativa integrada Mariscal Guillermo Miller.
- Estudiantes varones y mujeres de 12 a 16 años de edad.
- Con el consentimiento informado a los padres.

**Criterios de exclusión:**

- Estudiantes que no estén matriculados en el año académico 2019
- Estudiantes regulares que no pertenezcan a institución educativa integrada Mariscal Guillermo Miller
- Estudiantes varones y mujeres de menores de 12 años de edad y mayores de 16 años de edad
- Estudiantes que presenten alguna discapacidad mental o física que impida el trabajo.

**4.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

**Técnica**

En la investigación se empleó la técnica conocida como encuesta, (Sánchez y Reyes 2017) la definen como “indagaciones del estado actual de un fenómeno con el propósito de recolectar información acerca de variables que caracterizan a una muestra” (p, 65).

## **Instrumento**

### **INVENTARIO DE DEPRESION INFANTIL (CDI)**

#### **FICHA TÉCNICA**

**Autor** : María Kovacs (2004)

**Base teórica** : Cognitivo - Conductual

**Modelo teórico** : Teoría de la depresión de Beck.

**Significación** : Evaluación de la sintomatología depresiva.

**Ámbito de aplicación:** 7 a 17 años.

**Adaptación:** Nóblega Mayorga, Magaly, Perú, 2009.

**Confiabilidad:** La prueba alcanza una confiabilidad aceptable ( $\text{Alfa}=0.79$ ) y una estabilidad temporal positiva considerable de 0.776, en un lapso de 30 días. Teniendo en consideración estos detalles, se puede notar que el cuestionario utilizado es claramente preciso en términos de la evaluación de las preguntas realizadas, así como en la identificación y estimación de las dimensiones y variable recolectada.

**Validez:** Presenta una validez de criterio concurrente y validez de constructo convergente, así mismo presenta validez de constructo evaluado a través de análisis factorial exploratorio.

**Administración:** Individual o colectiva

**Tiempo de administración:** 10 a 25 min. Aproximadamente.

**Composición:** Consta de 27 ítems, cada uno de ellos enunciado en tres frases que recogen la distinta intensidad o frecuencia de la depresión.

**Particularidad:** Aunque se sabe que el CDI es uno de los instrumentos más utilizados y mejor aceptados por los expertos en depresión infantil es de esperar

cambios generalizados con respecto de la efectividad para poder aplicarse a adolescentes. No obstante, ya que ha demostrado un comportamiento muy sólido en infantes, también se ha tenido revisiones de efectividad desde el punto de vista psicométrico y gran utilidad para los fines clínicos.

#### **4.8. Técnicas de procesamiento y análisis de datos**

Para el procesamiento de datos se emplearon paquetes de programación como Excel y SPSS 23; los mismos que consideraron medidas de tendencia central y de variabilidad de cada dimensión. La presentación de datos se organizó en tablas de acuerdo a la naturaleza de la variable. Asimismo, se empleó la estadística inferencial para la comprobación de las propiedades psicométricas del instrumento de medición. Para hallar la validez se empleó estadísticos como: la T de Student, el Coeficiente de concordancia R de Finn y para establecer el índice de confiabilidad se utilizó el Alpha de Cronbach.

#### **4.9. Consideraciones éticas**

Respetando los principios éticos establecidos en el código de Núremberg, así como también el reglamento del comité de ética de investigación de la Universidad Peruana los Andes capítulo IV artículos 27 y 28 se tuvo en cuenta los siguientes puntos:

- La participación libre y abierta de los encuestados, es decir, de los adolescentes que participaron como la muestra para la presente investigación fue completamente necesario. Los participantes fueron informados de manera clara de los objetivos e implicancias de su participación, de manera que se contó con el conocimiento y comprensión necesaria para tomar una decisión consciente.

- Se respetó la integridad de las personas, reservando su completo anonimato su participación.
- Así mismo, los resultados obtenidos fueron manejados con total confidencialidad.

## CAPÍTULO V

### RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados de la investigación; en primer lugar, se muestra el estudio descriptivo de las características sociodemográficas de la muestra, para posteriormente presentar los resultados en relación a los objetivos de estudio planteados.

#### 5.1. Resultados descriptivos

Tabla 2. *Distribución de la muestra según edad*

Edad	Frecuencia	Porcentaje
12	6	3.0%
13	31	15.6%
14	63	31.7%
15	56	28%
16	43	21.6%
Total	199	100%

En la tabla 2 se aprecia que la muestra en estudio estuvo conformada por 199 estudiantes entre las edades comprendidas de 12 a 16 años, siendo los estudiantes

de 14 años en total 63, representando el mayor porcentaje 31.7%, seguidos de los estudiantes de 15 años, quienes fueron 56 en total conformando el 28%; en tercer lugar, se encuentran los estudiantes de 16 años, siendo 43 y conforman el 21.6%, por último, se encuentran los estudiantes de 12 años, que son 6 y representan el 3.0%.

Tabla 3  
*Distribución de la muestra según el género*

Género	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	94	47%
Masculino	105	53%
Total	199	100%

En la tabla 3 se observa la distribución de a muestra según género, apreciándose que el género masculino es mayor y está conformado por 105 estudiantes que representan el 53%; por el contrario, el género femenino está constituido por 94 estudiantes y representa el 47%.

## 5.2. Descripción de resultados

Tabla 4. *Niveles de depresión*

Niveles de depresión	Frecuencia	Porcentaje
Sin sintomatología	185	93.0%
Depresión leve	11	5.5%
Depresión severa	3	1.5%
Depresión moderada	0	0%
Total	199	100%



En la tabla 4, se presentan los niveles de depresión, pudiéndose evidenciar que 185 estudiantes no presentan sintomatología depresiva, conformando el 93.0%. 11 estudiantes presentan depresión leve siendo el 5.5% y 3 estudiantes presentan depresión severa siendo el 1.5%, por el contrario ningún estudiante presenta depresión moderada.

Tabla 5. *Niveles de depresión según edad*

Niveles de depresión	12		13		14		15		16		Total	
	F	%	f	%	f	%	f	%	f	%	F	%
Sin sintomatología	6	3.0%	29	14.6%	62	31.2%	48	24.1%	40	20.1%	185	93.0%
Depresión leve	0	0%	2	1.0%	1	0.5%	6	3.0%	2	1.0%	11	5.5%
Depresión severa	0	0%	0	0%	0	0%	2	1.0%	1	0.5%	3	1.5%
Depresión moderado	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Total	6	3.0%	31	15.6%	62	31.7%	56	28.1%	44	21.6%	199	100%

En la tabla 5 se observa que en todas las edades la ausencia de la sintomatología depresiva se da en mayor porcentaje, así mismo la depresión leve se presenta en 6 estudiantes de 15 años, siendo el 3.0%; el nivel de depresión moderada no se da en ninguna edad. Por último, el nivel de depresión severa se manifiesta en 2 estudiantes de 15 años y en 1 de 16 años.

Tabla 6. Niveles de depresión según género

Niveles de depresión	Femenino		Masculino		Total	
	f	%	f	%	f	%
Sin sintomatología	91	45.5%	94	47.0%	185	92.5%
Depresión leve	3	1.5%	8	4.0%	11	5.5%
Depresión severa	0	0%	3	1.5%	3	1.5%
Depresión moderada	0	0%	0	0%	0	0%
Total	94	47%	105	53%	199	100%

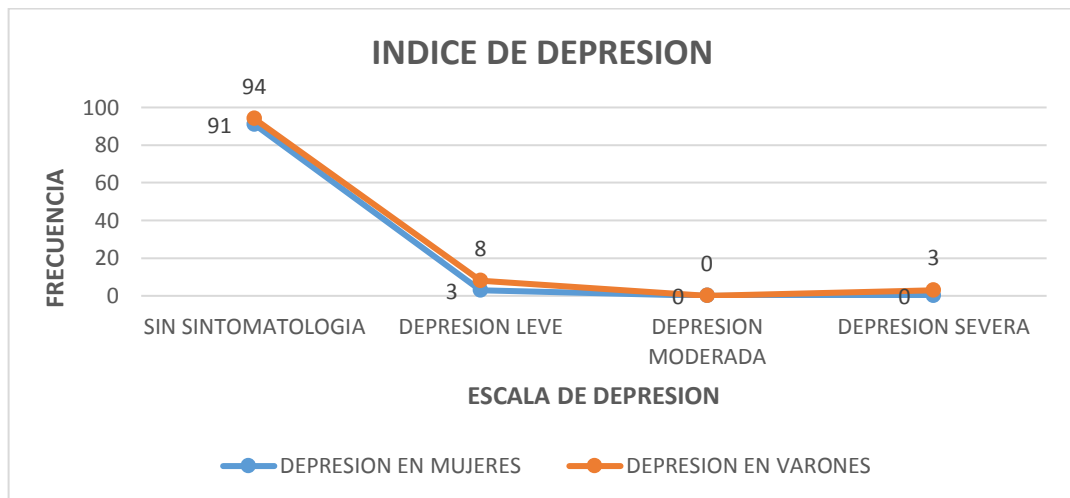


Figura 1. Niveles de depresión según género

En la tabla 6 se observa el nivel de depresión según género, evidenciándose en mayor porcentaje la ausencia de sintomatología depresiva, en la categoría de depresión leve se ubican 3 mujeres 1.5% y 8 varones 4.0% ningún género presenta depresión moderada. Por último, no se evidencia que las mujeres presenten depresión severa, en comparación de los varones siendo 3 varones que representan el 1.5%

Tabla 7. Niveles de la dimensión autoestima

Niveles de autoestima	Frecuencia	Porcentaje
Autoestima adecuada	187	94.0%
Déficit de autoestima	10	5.0%
Autoestima negativa	2	1.0%
Total	199	100%

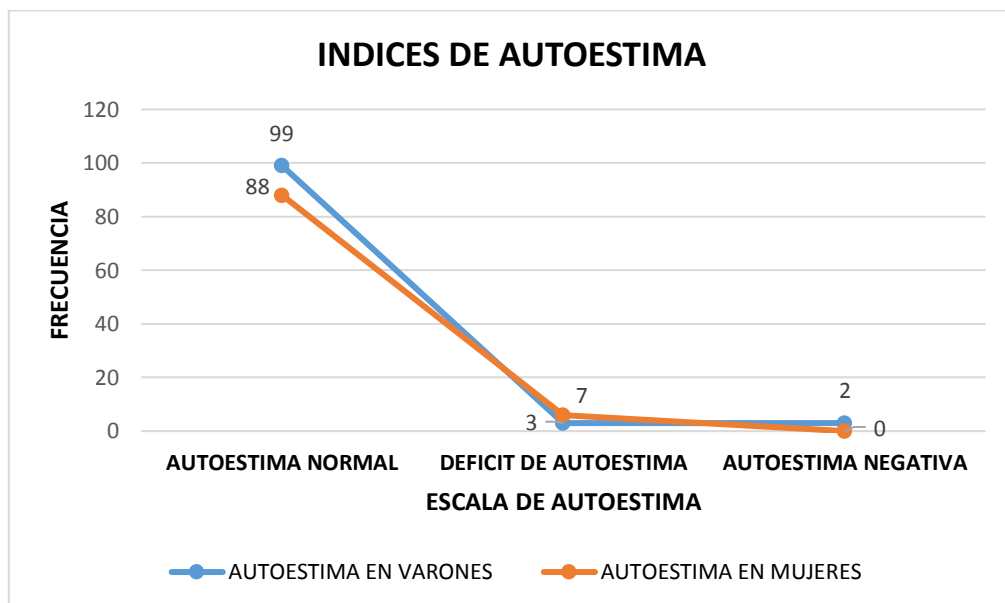


Figura 2. Niveles de la dimensión autoestima

En la tabla 7 se observa los niveles de la dimensión autoestima, evidenciándose que 187 estudiantes presentan una autoestima adecuada lo que constituye el 94.0%. así mismo, 10 estudiantes manifiestan déficit de autoestima conformando el 5.0% y por último 2 estudiantes presentan una autoestima negativa, representando el 1.0 %.

Tabla 8. Niveles de la dimensión disforia

Niveles de disforia	Frecuencia	Porcentaje
Sin sintomatología	173	87.0%
Disforia leve	22	11.0%
Disforia severa	4	2.0%
Total	199	100%

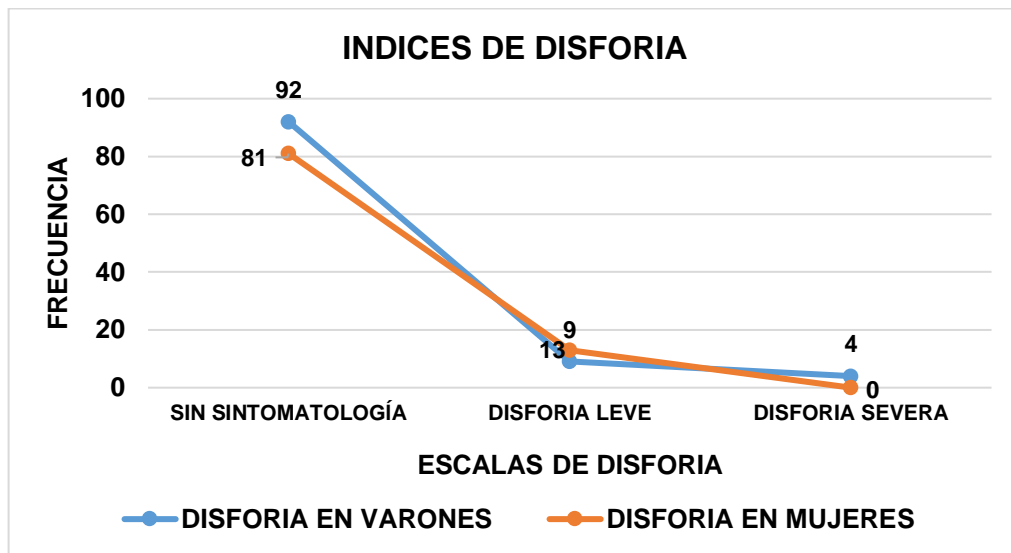


Figura 3. Niveles de la dimensión disforia

En la tabla 8 se aprecia los niveles de la dimensión disforia, apreciándose que la ausencia de sintomatología se da con mayor prevalencia en 173 estudiantes, que representan el 87.0%, asimismo 22 estudiantes presentan disforia leve siendo el 11.0% y por ultimo 4 estudiantes presentan disforia severa representando el 2%.

### **5.3 Evaluación de las propiedades psicométricas del Inventario de Depresión Infantil (CDI)**

El instrumento de medición fue el Inventario de Depresión Infantil (CDI). La validez de este instrumento se evaluó en base a las opiniones de cuatro expertos (validez de contenido) y a los resultados de su aplicación a una muestra de 199 estudiantes de 12 a 16 años del distrito de Asco Vinchos, provincia de Huamanga, departamento de Ayacucho.

La validez de contenido se evaluó con la prueba T de Student, para la opinión general de los expertos y el coeficiente de correlación R de Finn para la opinión específica de los expertos de cada uno de los ítems del instrumento.

Así mismo, para determinar la validez de constructo, se halló el coeficiente de correlación r de Pearson corregida para el instrumento total (ítem-total) y para cada una de sus dimensiones (ítem-subtotal): disforia, autoestima y depresión en general.

#### ***Evaluación de la validez***

##### **Validez de contenido**

###### **a) Prueba T de Student**

Dado que la muestra de expertos es ( $n = 4$ ) la media de cada criterio se evalúa con el estadístico T de Student.

Las hipótesis estadísticas nula  $H_0$  y alternativa  $H_a$  a contrastar son:

- $H_0$ : La media de las calificaciones porcentuales del criterio X es igual a 80  
( $H_0: \bar{x} = 80$ )
- $H_a$ : La media de las calificaciones porcentuales del criterio X es mayor a 80  
( $H_a: \bar{x} > 80$ )

Donde  $\mu$  es la media poblacional de las calificaciones porcentuales del criterio X.

El punto crítico o de corte de 80 se establece en base a los resultados: adecuado 1, medianamente adecuado 2 e inadecuado 3.

La función de prueba es la T de Student con  $(n-1)$  grados de libertad, definida como:

$$T = \frac{\bar{x} - \mu}{S / \sqrt{n}}$$

Donde  $\bar{x}$  y  $S$  son la media y la desviación estándar muestrales de las calificaciones porcentuales, respectivamente;  $n$  es el número de expertos.

Para  $\alpha = 0,05$ ,  $n = 4$  y un contraste unilateral inferior o izquierda ( $H_a: \mu > 80$ ), el valor teórico de la T de Student con 3 grados de libertad es  $t = 2,13$ , con el cual la hipótesis nula  $H_0$  se rechazará si su valor calculado es mayor que 2,13 y, en caso contrario se aceptará. Las regiones de rechazo y de aceptación de  $H_0$  se observan en la figura 4. En términos del P valor, la hipótesis nula  $H_0$  será rechazada si P valor es menor que el nivel usual de significación de 0,05 y, en caso contrario, será aceptada.

Todos los indicadores del juicio de expertos son válidos, ya que la prueba t de Student revela que sus medias superan significativamente al 80% (adecuado 1), con un 95% de confianza y, por tanto, el inventario de Depresión Infantil (CDI) presenta validez de contenido general.

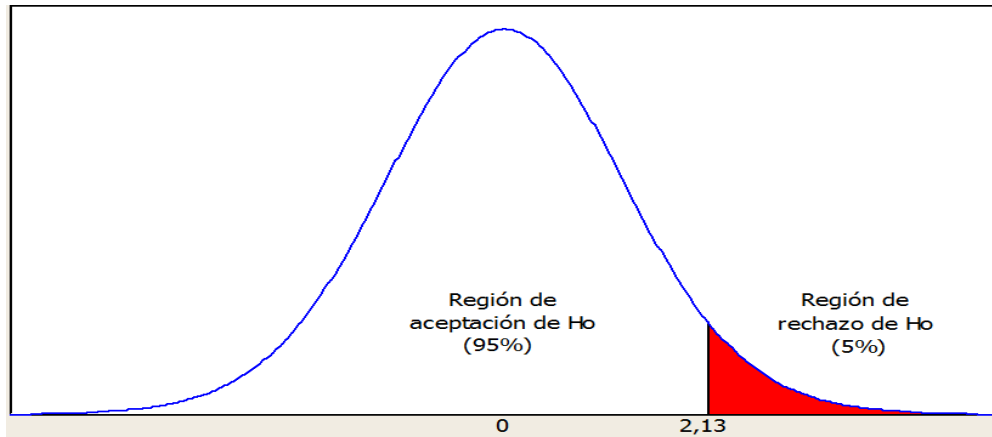


Figura 4. Región de rechazo y aceptación de Ho

Tabla 9. Validez subjetiva de los indicadores del juicio de expertos con la t de Student

Indicador	Media	DE	Tc	P valor
Objetividad	89,0	13,42	4,83**	0,004
Claridad	83,0	14,83	3,47*	0,013
Organización	88,2	10,92	5,78**	0,002
Coherencia	91,0	17,46	3,97**	0,008
Consistencia	90,6	19,92	3,43*	0,013
Pertinencia	93,0	8,37	8,82**	0,000

GL = 4; t = 2,13; Ho:  $\mu = 80$ ; H1:  $\mu > 80$

(\*): Significativa ( $p < 0,05$ ); (\*\*): Altamente significativa ( $p < 0,01$ )

#### b) Coeficiente de concordancia R de Finn

La fórmula del coeficiente de concordancia R de Finn  $R_i$  entre los jueces 1 y 2

es:

$$R_i = 1 - \frac{6}{t(k^2 - 1)} \sum_{j=1}^t (y_{1j} - y_{2j})^2$$

Donde:

$t$  es el número de ítems que se les presenta a los expertos o jueces,

$k$  es el número de categorías (alternativas de respuesta) que se plantean en los ítems a los jueces que expresen su opinión acerca del ítem,

$y_{1j}$  es la valoración del primer experto al ítem  $j$ -ésimo,

$y_{2j}$  es el a valoración del experto juez al ítem  $j$ -ésimo

El coeficiente de concordancia del grupo de expertos es la media aritmética de todos los coeficientes de concordancia calculados de dos en dos:

$$R = \frac{1}{c} \sum_{j=1}^c R_j$$

Donde  $c = \binom{n}{2} = \frac{n(n-1)}{2}$  es el número de comparaciones de jueces de dos en dos.

Los valores del coeficiente de concordancia  $R$  de Finn oscilan entre  $-1$  y  $1$ , ambos inclusive. Los valores negativos representan la discordancia entre jueces, mientras los valores positivos, la concordancia entre los jueces. El valor  $0$  (cero) significa ni acuerdo ni desacuerdo.

Tabla 10. Niveles de concordancia y discordancia entre jueces

DESACUERDO				ACUERDO				
Fortísimo	Fuerte	Regular	Pobre	Pobre	Regular	Fuerte	Fortísimo	
-1	-0,75	-0,5	-0,25	0	0,25	0,5	0,75	1



En la tabla 10 se presenta los niveles de concordancia y discordancia entre los jueces, como también los valores frontera entre un nivel y otro vecino en jerarquía.

Tabla 11. *Matriz de coeficientes de concordancia de R de Finn*

	E1	E2	E3	E4
E1	1	1	1	0,9095
E2		1	0,9095	1
E3			1	0,9095
E4				1

R Finn      **0,9785**      **Jueces = 4**

En la tabla 11 se aprecia el valor del coeficiente de concordancia de R de Finn (0,9785) concluyéndose que existe un acuerdo fortísimo entre los expertos en la prueba Inventario de Depresión infantil (CDI), por tanto, este instrumento presenta validez de contenido específica.

De los resultados de los cuadros 1 (Validez subjetiva de los indicadores del juicio de expertos con la T de Student) y 2 (Matriz de coeficiente de concordancia R de Finn se infiere que el Inventario de Depresión Infantil (CDI) presenta validez de contenido.

### Validez de constructo

La *validez* de constructo del Inventario de Depresión Infantil (CDI) fue determinado con el coeficiente de *correlación* corregida *de Pearson*, definido como:

$$r_{j,x-j} = \frac{r_{jx} S_x - S_j}{\sqrt{S_x^2 + S_j^2 - 2r_{jx} S_x S_j}}$$

Donde:

$r_{j,x-j}$  es el coeficiente de correlación corregida o reajustada ítem–total,

$r_{ix}$  es el coeficiente de correlación ítem–total,

$S_x$  es la desviación estándar del puntaje total,

$S_i$  es la desviación estándar del puntaje del ítem.

Este coeficiente toma valores entre –1 y 1, y los ítems cuyas correlaciones ítem–total arrojen valores de 0,2 a más son válidos. El instrumento de medición es válido si todos sus ítems son válidos.

En las tablas 12 y 13 se presentan los coeficientes de correlación  $r$  de Pearson corregida ítem – total de la escala y, los coeficientes de correlación  $r$  de Pearson corregida ítem – sub total de las sub escalas.

Tabla 12. *Correlaciones ítem–total del Inventario de Depresión Infantil (CDI)*

Item	r corregida de Person	Item	r corregida de Person	Item	r corregida de Person
CE1	0,611	CE17	0,525	DE6	0,334

CE4	0,362	CE18	0,537	DE11	0,243
CE5	0,628	CE20	0,459	DE13	0,334
CE7	0,467	CE21	0,537	DE14	0,243
CE8	0,668	CE22	0,459	DE15	0,221
CE9	0,249	CE25	0,381	DE19	0,297
CE10	0,374	CE27	0,348	DE23	0,537
CE12	0,255	DE2	0,305	DE24	0,459
CE16	0,437	DE3	0,487	DE26	0,628

Tabla 13. *Correlaciones ítem–sub total de las Escalas del Inventario de Depresión Infantil*

Escala de disforia (16 ítems)		Escala de autoestima (11 ítems)		Escala de Depresión (27 ítems)	
Item	r corregida de Person	Item	r corregida de Person	Item	r corregida de Person
1	0,698	17	0,613	2	0,406
4	0,367	18	0,598	3	0,443
5	0,662	20	0,697	6	0,591
7	0,438	21	0,546	11	0,479
8	0,783	22	0,542	13	0,703
9	0,438	25	0,548	14	0,583
10	0,480	27	0,546	15	0,630
12	0,330			19	0,705
16	0,580			23	0,732
				24	0,662
				26	0,783

En la tabla 12, se aprecia que todos los ítems del Inventario de Depresión Infantil (CDI) son válidos ( $r \geq 0,2$ ), por lo que este instrumento presenta validez de constructo. Así mismo en la tabla 13, se observa que todos los ítems

de la Escala Autoestima son válidos ( $r \geq 0,2$ ), por lo que esta escala presenta validez de constructo. De igual manera, se constata que todos los ítems de la Disforia son válidos ( $r \geq 0,2$ ), por lo que esta escala presenta validez de constructo. Por lo tanto, se aprecia que todos los ítems de la Escala de Depresión son válidos ( $r \geq 0,2$ ), por lo que esta prueba presenta validez de constructo.

De los apartados 1) y 2) se deriva que el Inventario de Depresión Infantil (CDI) es válido.

### ***Evaluación de la confiabilidad***

La *confiabilidad* del Inventario de Depresión Infantil (CDI) se determinó con el *coeficiente de consistencia interna alfa de Cronbach*, cuya expresión es:

$$\alpha = \frac{m}{m - 1} \left( 1 - \frac{\sum S_j^2}{S^2} \right)$$

Donde:

$\alpha$  es el coeficiente alfa de Cronbach,

$S_j^2$  es la varianza del puntaje del j-ésimo ítem,

$S^2$  es la varianza del puntaje total del inventario,

$m$  es el número de ítems

Este coeficiente toma valores entre 0 y 1, y un valor mayor a 0,7 indica que la escala es confiable.

Tabla 14. *Coeficientes Alfa de Cronbach del inventario de Depresión Infantil (CDI) y sus dimensiones*

	Alfa de Cronbach	N de elementos
Inventario de Depresión Infantil	0,844	27
Dimensión Autoestima	0,872	11

En la tabla 14, se evidencia en base al análisis estadístico que el coeficiente alfa de Cronbach del Inventario de Depresión Infantil (CDI) es de 0,844, superior a 0,7, con lo que se concluye que este instrumento es confiable. Los coeficientes alfa de Cronbach de las escalas también son superiores a 0,7, fluctuando entre 0,872 (Autoestima) y 0,819 (Disforia). En síntesis, estas escalas son confiables. Por tanto, se concluye que el Inventario de Depresión Infantil (CDI) y sus escalas son confiables.

## ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El objetivo principal del estudio fue determinar el nivel de depresión en los adolescentes de una institución educativa estatal del distrito de Acos Vinchos, provincia de Huamanga, Ayacucho - 2018.

De acuerdo a los resultados obtenidos en la presente investigación se conoce que efectivamente existen diferencias significativas en los niveles de depresión en la tabla 4, se evidencia que 185 estudiantes no presentan sintomatología depresiva, (92.5%). 11 estudiantes presentan depresión leve (5.5%) y 3 estudiantes presentan depresión (1.5%) y ningún estudiante presenta depresión moderada. Estos resultados se aproximarían a estudios realizados en contextos internacionales por Resende y Ferrao (2013); Fonseca, Paino y Serafín (2019) y Fernández (2016). Sin embargo, sería contradictorio en contextos similares; Espinoza (2013) halló que los adolescentes que acuden al Centro Especializado de Salud Mental de Ayacucho, el 40,9% presentó depresión y el 59,1% no presentó este trastorno de ánimo. Por otro lado, Vargas, Tovar y Valverde (2003), hallaron que el episodio depresivo en adolescentes de las ciudades de Cajamarca, Huaraz y Ayacucho, alcanzó un valor estimado de 5,7%. Así mismo, considerando los reportes del Ministerio de Salud del Perú (2007). Los datos obtenidos serían concordantes, pues esta institución refiere que el número de personas que presentan depresión varía de 3 a 6 % de la población general según las regiones y que la posibilidad de enfermarse durante su vida, es del 20%, lo cual implica que de cada 5 personas que nacen, una padecerá depresión al menos 1 vez en su vida, y de esta el 70% de los casos tendrá más de un episodio depresivo.

En relación a los niveles de depresión según edad en la tabla 5, se observa que en todas las edades la ausencia de la sintomatología depresiva se da en mayor

porcentaje, depresión moderada no se da en ninguna edad, la depresión leve se da en 6 estudiantes de 15 años, y depresión severa se manifiesta en 2 estudiantes de 15 años y en 1 de 16 años. Este resultado sería similar en contextos internacionales a los resultados obtenidos por Fonseca y Paino (2017) quienes refieren que las más altas tasas de depresión se presentan en estudiantes de 17 años, de igual manera Fonseca En el contexto nacional similares datos fueron hallados por cerna (2015) y Vargas, Tovar y Velarde (2003) quienes refieren que edad comprendida entre 15-17 años presenta mayor índice de depresión moderada a severa, asimismo Ramírez (2010)hallo que la mayor incidencia de depresión se da en adolescente de 16 años; por ultimo en un entorno cercano Barboza, Siles y Huancahuari (2009) refieren que los escolares del 1er y 4to año de secundaria de la provincia de Huamanga presentan una mayor tendencia y presencia de rasgos de depresión. Este resultado será concordante con lo propuesto por Espinoza (2015) quien refiere que la incidencia de la depresión se incrementa con la edad; en niños preescolares evidencian depresión menos del 1%, en niños escolares la depresión ocurre en casi el 2% y en los adolescentes la frecuencia de depresión aumenta notoriamente entre 7-10%. Así mismo, estudios epidemiológicos realizados por el Ministerio de Salud (2008) y la OMS (2018) reportan que la depresión se inicia en menor porcentaje al inicio de la etapa de la adolescencia y se incrementa con los años, teniendo repercusiones desfavorables en el ámbito personal, familiar y social. Siendo concordante con las bases teóricas que refieren que la adolescencia es una etapa de desarrollo crítica y que expone a la persona a múltiples cambios físicos, psicológicos y sociales que podrían generar alteraciones o trastornos afectivos (Papalia y Martorel, 2018).

En relación a los niveles de depresión según género de acuerdo a los resultados presentados en la tabla 6 se evidencia en mayor porcentaje la ausencia de sintomatología depresiva, en la categoría de depresión leve se ubican 3 mujeres y 8 varones; ningún género presenta depresión moderada. Por último, las mujeres no presentan depresión severa, en comparación de 3 varones. Resultados similares fueron hallados por Damas y Manrique (2017) quienes hallaron que los estudiantes de la ciudad de Huancavelica poseen mayor porcentaje de sintomatología depresiva alta, con edad prevalente de 13 años y género masculino; los de la ciudad de Huancayo presentan un mayor porcentaje de sintomatología depresiva baja, con prevalencia del género masculino y alumnos de 13 años. Por el contrario en investigaciones realizadas en contextos internacionales como: Fernández (2016), Fuenmayor y Pérez (2015), Resende y Ferrao (2013), Barrientos, Mendoza, Sainz, Pérez, Gil y Soler (2010), y en el contexto nacional las investigaciones de: Ramón y Montero (2017), Cerna (2015) Torrel y Delgado (2013); Vargas, Tovar y Valverde (2003) refieren que el sexo femenino es el que presenta mayor incidencia de depresión. Así mismo, considerando los reportes del Ministerio de Salud del Perú (2007) se aprecia que las mujeres presentan mayor probabilidad de desarrollar un cuadro depresivo. Situación que tendría sus orígenes en las bases biológicas y endocrinas, ya que se demostró que las mujeres presentan mayor sensibilidad y ansiedad en comparación con los varones afectándolas y haciéndolas proclives a presentar depresión.

De acuerdo al resultado por dimensiones, se concluye que existen diferencias en la dimensión autoestima (tabla 7), evidenciándose que 187 estudiantes presentan una autoestima adecuada, 10 estudiantes manifiestan déficit de autoestima y 2 estudiantes presentan una autoestima negativa. Resultados similares fueron hallados por



Fernández (2016) donde el (5.95%) de adolescentes presentaban ideas de autodesprecio y poca valoración personal y que la familia desempeñaba un rol importante en el desarrollo de la autoestima. Así mismo, Vargas, Tovar y Valverde (2003), hallaron que la mayor prevalencia de episodio depresivo estaba asociado a factores como: sexo femenino, haber tenido enamorado(a), síndrome psicótico y deseos de morir. La autoestima juega un papel importante, de acuerdo a García (2012) los síntomas de la depresión en adolescentes están dados por: baja autoestima, pensamientos recurrentes de muerte, ausencia de motivación y la detección precoz de estos síntomas es vital para poder intervenir oportunamente.

Asimismo, en lo que respecta al resultado de la dimensión disforia, en la tabla 8 se aprecia que la ausencia de sintomatología se da con mayor prevalencia en 173 estudiantes, 22 estudiantes presentan disforia leve y 4 estudiantes presentan disforia severa. Resende y Ferrao (2013) al realizar el análisis de los síntomas depresivos aisladamente demostró que la disminución de la capacidad de trabajo es el síntoma depresivo más frecuente (36%). Asimismo, Fonseca, Paino y Serafín (2011) hallaron que los adolescentes varones de entre 17-19 años obtuvieron una mayor puntuación en la subescala disforia en comparación con el grupo de 14-16 años. Además, Cerna (2015) halló diferencias significativas en las dimensiones somáticas y motivacional con relación al sexo y al nivel de depresión. García (2012) refiere la depresión se manifiesta en conductas de: Hipo o hipersomnias, disminución del rendimiento académico, problemas de atención y dificultad de concentración, anergia (pérdida o ausencia de energía), agitación motora o enlentecimiento, estado de ánimo deprimido, evitación de actividades lúdicas e interacción social y familiar disminuida.

Existe evidencia suficiente como para señalar que el cuestionario de depresión infantil CDI es válido y confiable en los países de España, Cuba, Colombia y Perú, siendo este último en los departamentos de Lima y Junín, donde se han desarrollado investigaciones y por lo tanto cuentan con la adaptación y validación correspondiente. El instrumento de medición utilizado en la investigación ha pasado los filtros correspondientes, cumpliendo las exigencias del juicio de expertos, la prueba piloto y validez de contenido. En base al análisis estadístico que el coeficiente alfa de Cronbach del Inventario de Depresión Infantil (CDI) es de 0,844, superior a 0,7, con lo que se concluye que este instrumento es confiable. Los coeficientes alfa de Cronbach de las escalas también son superiores a 0,7, fluctuando entre 0,872 (Autoestima) y 0,819 (Disforia). Así mismo, la propiedad psicométrica de validez fue evaluado a través de la T de Student, demostrándose que todos los indicadores del juicio de expertos son válidos, ya que la prueba t de Student revela que sus medias superan significativamente al 80% (adecuado 1), con un 95% de confianza y, por tanto, el inventario de Depresión Infantil (CDI) presenta validez de contenido general. Además, se comprobó la validez de contenido a través del valor del coeficiente de concordancia de R de Finn (0,9785) concluyéndose que existe un acuerdo fortísimo entre los expertos en la prueba Inventario de Depresión infantil (CDI), por tanto, este instrumento presenta validez de contenido específica

## CONCLUSIONES

1. Se hallaron diferencias significativas en los niveles de depresión: el 92.0%. no presentan sintomatología depresiva, 6.5% presentan depresión leve, el 1.5%, tiene depresión severa por el contrario ningún estudiante presenta depresión moderada.
2. Se encontraron diferencias significativas en los niveles de depresión según edad, en todas las edades no existe sintomatología depresiva, la depresión leve se presenta en estudiantes de 15 años, la depresión moderada no se da en ninguna edad, la depresión severa se manifiesta los estudiantes de 15 años y 16 años. Por tanto el riesgo de presentar depresión se incrementa con la edad
3. No existen diferencias significativas en los niveles de depresión según género, ambos sexos presentan mayor porcentaje de ausencia de sintomatología depresiva, ningún género presenta depresión moderada,. en la categoría de depresión leve y severa se muestra mayor incidencia en varones.
4. Existen diferencias significativas en la dimensión autoestima, el mayor porcentaje 95.5% de estudiantes presentan una autoestima adecuada, el 3.0% manifiestan déficit de autoestima y 1.5 % presentan una autoestima negativa.
5. Existen diferencias significativas en la dimensión disforia, la ausencia de sintomatología se da con mayor prevalencia en 86.4%, la disforia leve se presenta en 11.6% y disforia es de 2%.
6. El inventario de depresión infantil CDI, presenta adecuadas propiedades psicométricas, el índice de validez fue hallado por el R Finn siendo 0,9785. El coeficiente de confiabilidad se comprobó a través del Alpha de Crombach de 0,844 para la prueba total, la dimensión Autoestima 0,872 y la Disforia de 0,819; comprobándose que posee una adecuada validez y confiabilidad.

## RECOMENDACIONES

1. A la institución educativa, implementar estrategias multidisciplinares, que involucre especialistas tales como: tutores docentes, psicólogos y padres de familia, a fin de reforzar redes de apoyo.
2. Al profesional de psicología inmerso en el tratamiento de esta población, tener en cuenta necesidades e interés del adolescente, sus factores de riesgo y protección, mediante la orientación en el adolescente y la consejería familiar.
3. Capacitar a los docentes en temas de depresión. para que pueden reconocer oportunamente alguna situación de depresión, de modo que sean capaces de prevenir problemas futuros.
4. Profundizar el estudio de los factores de riesgo y de protección, con el fin de potenciar los factores de protección y minimizar los de riesgo, ya que este trastorno interfiere significativamente en la vida de los adolescentes y puede tener repercusiones en el futuro de los mismos.
5. Construir, adaptar instrumentos psicológicos acordes a diversos contextos sociales y culturales como son los quechuahablantes afín de obtener datos más precisos y confiables.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acosta, T., Mancilla, J., Correa, M., Saavedra, F., Ramos, J. Cruz, S. y Duran, N. (2011). *Depresión en la infancia y adolescencia: enfermedad de nuestro tiempo*. *Arch Neurocién (Mex)* 16(1) 20-25. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/arcneu/ane-2011/ane111e.pdf>.
- Álvarez, M., Ramírez, B., Silva, A., Coffin, N. y Jiménez, L. (2009). *La relación entre depresión y conflictos familiares en adolescentes*. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. Recuperado de: <http://www.ijpsy.com/volumen9/num2/232/la-relacin-entre-depresin-y-conflictos-ES.pdf>.
- Barboza, S, y Huancahuari (2009). *Epidemiología de la depresión, temores y personalidad de escolares. Ayacucho.* ( Tesis para optar licenciatura). Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga. Ayacucho, Perú.
- Barrientos, V., Mendoza, H., Sainz, L., Pérez, C., Gil, I, y Soler, E. (2010). *Depresión y tipología familiar en un grupo de adolescentes mexicanos*. *Archivos en Medicina Familiar*. 12(3), 69-76. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2010/amf103b.pdf>
- Cano, J. (2013). *Adaptación del inventario de depresión infantil de Kovacs en escolares de la UGEL 02 de Lima Metropolitana*. *Revista Minds*. Recuperado de <http://blog.ucvlima.edu.pe/index.php/minds/article/view/4/4>
- Benjet, C., Borges, G., Medina, M., Bautista, C., Zambrano, J. (2004). *La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento*. *Salud pública de México*. 46(5), 417-424. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v46n5/a06v46n5.pdf>

- 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*. *Rev Psicol Hered* 2015; 10(1-2): 34-40. Recuperado de: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RPH/article/view/302>.
- Cisneros, S. y Mantilla, M. (2016). *Depresión y ansiedad en niños de colegios estatales del distrito de chorrillos*. (Tesis Presentada Para Optar Licenciatura). Universidad Ricardo Palma. Lima, Perú. Recuperado de: [http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/urp/858/cisneros\\_ds-mantilla\\_rm%5B1%5D.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/urp/858/cisneros_ds-mantilla_rm%5B1%5D.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Damas, J. y Manrique, S. (2017). *Niveles de sintomatología depresiva en alumnos del 3er grado de secundaria de instituciones educativas de las ciudades de Huancayo, Satipo y Huancavelica 2017*. Tesis para optar el título profesional de Psicóloga. Universidad Peruana Los Andes. Huancayo, Perú.
- De la Garza, F. (2007). *Depresión en la Infancia y Adolescencia*. México: Editorial Trillas
- Espinoza, E. (2014). *Incidencia de la depresión y factores de riesgo en adolescentes que recibieron atención en el centro especializado de salud mental de Ayacucho, 2013*. Tesis para obtener el grado académico de Maestra en Salud Pública. Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga. Ayacucho, Perú. Recuperado de: [http://repositorio.unsch.edu.pe/bitstream/handle/UNSCH/1320/TM%20SP37\\_Esp.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.unsch.edu.pe/bitstream/handle/UNSCH/1320/TM%20SP37_Esp.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Fernández, J. (2016). *“Clima social familiar y síntomas depresivos en estudiantes de una institución educativa. Distrito José Leonardo Ortiz, 2015”*. (Tesis para obtener licenciatura). Universidad Juan Mejía Baca. Chimbote, Perú. Recuperado de: <http://repositorio.umb.edu.pe/bitstream/UMB/62/1/Tesis%20Fernandez%20Roque%20Jhasmin.pdf>

- Flores, N., Perales, Y y Gómez, W. (2016), “*Depresión e ideación suicida en los adolescentes de una Institución Educativa Pública del distrito de Chongos Bajo - Perú 2014*”. *Ágora Rev. Cient.* 2016; 03(01):265-274. Recuperado de: <file:///C:/Users/USERPSICO/Downloads/50-199-2-PB.pdf>
- Fonseca, E., Paino, M. y Serafín, L. (2011). *Prevalencia y características de la sintomatología depresiva en adolescentes no clínicos. Actas Esp Psiquiatr* 2011;39(4):217-25. Recuperado de: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3681331>
- Fuenmayor, E. y Pérez, J. (2015). *Depresión en adolescentes que asisten a la unidad educativa Manuel Antonio Malpica. Médico de Familia.* 23(1), 32-37. Recuperado de: <http://medicodefamilia.com.ve/articulos-volumenes/depresión-en-adolescentes-que-asisten-a-la-unidad-educativa-manuel-antonio-malpica-naguanagua-estado-carabobo/>.
- García A (2009). *La Depresión en Adolescentes.* Revista de Estudios de Juventud. 2009. 84: 85- 104. Recuperado de: <http://www.injuve.es/sites/default/files/RJ84-07.pdf>
- Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” *Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Sierra Peruana 2003.* Informe General. Anales de Salud Mental 2004; XIX (1-2):1- 197
- Hernández, G. (2012). *Manual de psicopatología básica* 5ta Ed. Editorial Pontificia Universidad Javeriana Bogotá
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación* (5ª ed.). México D. F., México: McGraw-Hill Interamericana Editores.
- Instituto Nacional de Salud Mental (2009). *Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Sierra Rural Informe General. Anales de Salud Mental.* 25(1-2):1-318. Recuperado de: <http://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2008-ASM-EESM-SR/files/res/downloads/book.pdf>.

Kovacs, M., Del Barrio, M. y Carrasco, Á. (2004). *Inventario de depresión infantil CDI*. Editorial TEA. Madrid, España.

Ministerio de Salud del Perú (2018). *Lineamientos de política sectorial en salud mental - Perú* 2018. Recuperado de: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4629.pdf>

Ministerio de Salud del Perú (2011). *Boletín Epidemiológico*, 24 (25). Recuperado de: <http://www.dge.gob.pe/boletin.php>

Ministerio de Salud del Perú (2008). *Guía técnica: Guía de práctica clínica en depresión*. Lima, Perú. Recuperado de: [http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1084\\_DGSP261.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1084_DGSP261.pdf)

Navarro-Loli, Moscoso, y Calderón-De la Cruz, (2017). *La investigación de la depresión en adolescentes en el Perú: una revisión sistemática*. *Liberabit*, 23(1), 57-74. Recuperado de: [https://doi: 10.24265/liberabit.2017.v23n1.04](https://doi:10.24265/liberabit.2017.v23n1.04)

Novoa, P. (2002). *Estudio exploratorio de nivel de depresión en niños y adolescentes de 8 a 16 años con maltrato infantil en Lima sur*. Revista de la Facultad de Psicología y Humanidades de la Universidad Femenina del Sagrado Corazón. 7,115-144. Recuperado de:

Organización Mundial de la Salud (2018). *Depresión*. Washington D.C EE. UU Recuperado de: <http://www.who.int/topics/depression/es/>

Papalia, D. y Martorel, G (2016). *Desarrollo humano*. 13 ed. MCGRAW-HILL ediciones, México, México.

Ramón, W. y Montero, M. (2017). *Niveles de depresión en escolares de una institución educativa nacional en Pampas, Tayacaja, Huancavelica, 2016*. (Tesis para optar licenciatura). Universidad Peruana Los Andes. Huancayo, Perú.



- Resende, C. y Ferrao, A. (2013). *La presencia de síntomas depresivos en adolescentes en el último año de escolaridad. Rev. Pediatr. Aten primaria 2013*: 15,127-133. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/pap/v15n58/original3.pdf>
- Sánchez, H. y Reyes, C. (2017). *Metodología y diseños en la investigación científica (5ta. ed.)*. Lima, Perú: Business Support Aneth.
- Solloa, L. (2001). *Los trastornos psicológicos en el niño: etiología, características, diagnóstico y tratamiento*. México: Trillas.
- Torrel, M. y Delgado, M. (2013) *Funcionamiento familiar y depresión en adolescentes de la I.E. Zarumilla - Tumbes, 2013.*( Tesis para optar licenciatura). Universidad Alas Peruanas. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.21503/CienciayDesarrollo.2014.v17i1.06>
- Vargas H, Tovar H, Valverde J. (2003). *Prevalencia y factores asociados con el episodio depresivo en adolescentes de la población urbana de tres ciudades de la sierra peruana. Rev Neuropsiquiatr 73(3)* 84-94. Recuperado de: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RNP/article/view/1709>
- Vicente, B., Rioseco, P., Saldivia, S., Kohn, R. y Torres, S. (2005). Prevalencia de Trastornos Psiquiátricos en Latinoamérica: Revisión Crítica. *Revista Colombiana de Psiquiatría. 34(4):506-514.*
- Yesquén, P. y Ycarroca, C. (2007). *Prevalencia de depresión en niños de 8 a 11 años en institución educativa del distrito de La Victoria.* (Tesis para optar el título de Licencia). Universidad Ricardo Palma, Lima, Perú. Recuperado de: <http://aulavirtual1.urp.edu.pe/ojs/index.php/RFMH/article/view/103/71>

# **ANEXOS**

## Anexo N°01

### Matriz de consistencia

Nivel de depresión en adolescentes de una institución educativa estatal del distrito de Acos Vinchos, provincia de Huamanga, Ayacucho - 2019				
Problema	Objetivo	Hipótesis	Variable	Metodología
<p><b>Problema General:</b> ¿Cuál es el nivel de depresión en adolescentes de una institución educativa estatal del distrito de Acos Vinchos, provincia de Huamanga, Ayacucho - 2019?</p> <p><b>Problemas específicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Cuál es el nivel de depresión según edad, en los en adolescentes de una institución educativa estatal del distrito de Acos Vinchos, provincia de Huamanga, Ayacucho - 2019?</li> <li>- ¿Cuál es el nivel de depresión según género, en los adolescentes de una institución educativa estatal del distrito de Acos Vinchos, provincia de Huamanga, Ayacucho - 2019?</li> <li>- ¿Cuál es el nivel de depresión según la dimensión autoestima en los adolescentes de una institución educativa estatal del distrito de Acos Vinchos, provincia de Huamanga, Ayacucho - 2019?</li> <li>- ¿Cuál es el nivel de depresión según la dimensión disforia en los adolescentes de una institución educativa estatal del</li> </ul>	<p><b>Objetivo general:</b> Determinar el nivel de depresión en adolescentes de una institución educativa estatal del distrito de Acos Vinchos, provincia de Huamanga, Ayacucho - 2019.</p> <p><b>Objetivos específicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Determinar el nivel de depresión según edad, en los en adolescentes de una institución educativa estatal del distrito de Acos Vinchos, provincia de Huamanga, Ayacucho - 2019.</li> <li>- Determinar el nivel de depresión según género, en los adolescentes de una institución educativa estatal del distrito de Acos Vinchos, provincia de Huamanga, Ayacucho - 2019.</li> <li>- Determinar el nivel de depresión según la dimensión autoestima en los adolescentes de una institución educativa estatal del distrito de Acos Vinchos, provincia de Huamanga, Ayacucho - 2019.</li> <li>- Determinar el nivel de depresión según la dimensión disforia en los adolescentes de una institución educativa estatal del</li> </ul>	<p><b>Hipótesis General</b> Existe un alto porcentaje del nivel de depresión moderada en los adolescentes de una institución educativa estatal del distrito de Acos Vinchos, provincia de Huamanga, Ayacucho – 2019</p> <p><b>Hipótesis específicas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Existe un alto porcentaje del nivel de depresión moderada según edad, en los adolescentes de una institución educativa estatal del distrito de Acos Vinchos, provincia de Huamanga, Ayacucho - 2019</li> <li>- Existe un alto porcentaje del nivel de depresión moderada según género, en los adolescentes de una institución educativa estatal del distrito de Acos Vinchos, provincia de Huamanga, Ayacucho - 2019</li> <li>- Existe un alto nivel de la dimensión autoestima en los adolescentes de una institución educativa estatal del distrito de Acos Vinchos, provincia de Huamanga, Ayacucho – 2019.</li> <li>- Existe un alto nivel de la dimensión disforia en los adolescentes de una</li> </ul>	<p>Depresión</p>	<p><b>Tipo:</b> Sustantiva <b>Nivel:</b> Descriptivo. <b>Diseño:</b> Descriptivo <b>Paradigma:</b></p> <p>M1_____O1</p> <p><b>Población:</b> 199 estudiantes de 12 a 16 años, de ambos sexos, pertenecientes a la institución educativa integrada Mariscal Guillermo Miller del distrito de Acos Vinchos, Departamento de Ayacucho</p> <p><b>Muestra:</b> 199 estudiantes.</p> <p><b>Técnicas e instrumentos:</b> Inventario de depresión infantil CDI</p>

<p>distrito de Acos Vinchos, provincia de Huamanga, Ayacucho - 2019?</p> <p>- ¿Cuáles son las propiedades psicométricas del inventario de depresión CDI en la medición de la depresión los adolescentes de una institución educativa estatal del distrito de Acos Vinchos, provincia de Huamanga, Ayacucho – 2019?</p>	<p>distrito de Acos Vinchos, provincia de Huamanga, Ayacucho - 2019.</p> <p>- Determinar las propiedades psicométricas del inventario de depresión CDI en la medición de la depresión los adolescentes de una institución educativa estatal del distrito de Acos Vinchos, provincia de Huamanga, Ayacucho – 2019.</p>	<p>institución educativa estatal del distrito de Acos Vinchos, provincia de Huamanga, Ayacucho – 2019.</p> <p>- Existe un nivel óptimo de las propiedades psicométricas del inventario de depresión CDI en la medición de la depresión en los adolescentes de una institución educativa estatal del distrito de Acos Vinchos, provincia de Huamanga, Ayacucho – 2019.</p>	<p><b>Procesamiento de datos:</b></p> <p>Para el procesamiento de los datos se empleó los programas SPSS 23 y Excel. Se hizo uso de la estadística descriptiva para establecer la media y la varianza la comprobación de hipótesis se realizó mediante la R de Finn y el Alpha de Crombach.</p>
--	---	---	---

## Anexo N°02

### Variable (definición conceptual y operacional)

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Tipo
Depresión	La depresión es un estado de ánimo disfórico (identificada por el sujeto como sentirse desgraciado, triste, melancólico, pesimista, etc.), que se experimenta en cualquier momento del ciclo vital, como consecuencia de vivencias que pueden resultar negativas o dolorosas para la persona.	Puntuaciones obtenidas en el cuestionario de depresión CDI que evalúa la frecuencia en la que se manifiesta una serie de respuestas cognitivas o conductas psicológicas ante distintas situaciones de su vida en las dos últimas semanas. Kovacs, Del Barrio y Carrasco (2004)	<p><b>Disforia</b> Expresión de tristeza, soledad, desdicha, indefensión y/o pesimismo, lo que lleva al niño o adolescente a manifestar cambios en su estado de ánimo, con presencia de mal humor e irritabilidad, llorando o enfadándose con facilidad.</p> <p><b>Autoestima negativa</b> ideas de auto desprecio incluyen sentimientos de incapacidad, fealdad y culpabilidad, presentándose ideas de persecución, deseos de muerte y tentativas de suicidio, junto con ideas de huida de casa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- humor depresivo</li> <li>- tristeza</li> <li>- soledad</li> <li>- desdicha</li> <li>- indefensión</li> <li>- pesimismo</li> <li>- preocupación</li> </ul>	2, 3, 6, 11, 13, 14, 15, 19, 23, 24 y 26;  1, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 25 y 27.	Variable cuantitativa ordinal (Hernández y Baptista, 2014) Ítems politómicos: Escala Likert Puntaje de calificación: Nada = 0 Poco = 1 Bastante = 2 Puntaje oscila 0 a 54 puntos Sin depresión: 6 o menos puntos. Depresión leve: 7 a 13 puntos. Depresión moderada: 14 a 19 puntos Depresión severa: Más de 20 puntos.

Anexo N° 03

Matriz de operacionalización del instrumento					
VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	ESCALA VALORATIVA	VALIDEZ DEL INSTRUMENTO
Depresión infantil	Disforia	Puntaje de calificación: Nada = 0 Poco = 1 Bastante = 2 Puntaje oscila 0 a 54 puntos Sin depresión: 6 o menos puntos. Depresión leve: 7 a 13 puntos. Depresión moderada: 14 a 19 puntos Depresión severa: Más de 20 puntos	02-Nunca nada me saldrá nada bien. No estoy seguro si las cosas me saldrán bien. Nada me saldrá bien. 03-Hago bien la mayoría de las cosas. Hago mal muchas cosas. Todo hago mal. 06-A veces pienso que me pueden ocurrir cosas malas. Me preocupa que me ocurran cosas malas. Estoy seguro que me van a ocurrir cosas terribles. 11-Las cosas me preocupan siempre. Las cosas me preocupan muchas veces. Las cosas me preocupan de vez en cuando. 13-No puedo decidirme. Me cuesta decidirme.	Marque con una X de acuerdo a las instrucciones, la frecuencia con que se ha dado en las últimas semanas	Cuestionario de depresión CDI  En base al análisis estadístico que el coeficiente alfa de Cronbach  Así mismo, la propiedad psicométrica de

			<p>Decido fácilmente.</p> <p>14-Tengo buen aspecto. Hay algunas cosas de mi aspecto que no me gustan Soy feo o fea.</p> <p>15-Siempre me cuesta ponerme hacer las cosas. Muchas veces me cuesta ponerme a hacer los deberes. No me cuesta ponerme a hacer los deberes.</p> <p>19-None preocupa el dolor ni la enfermedad. Muchas veces me preocuparía el dolor y la enfermedad. Siempre me preocupa el dolor y la enfermedad.</p> <p>23-Mi trabajo en el colegio es bueno. Mi trabajo en el colegio no es tan bueno como antes. Llevo muy mal las asignaciones que antes llevaba muy bien,</p> <p>24-Nunca podre ser tan bueno como otros niños.</p>		<p>validez fue evaluado a través de la T de Student</p> <p>Además, se comprobó la validez de contenido a través del valor del coeficiente de concordancia de R de Finn</p>
--	--	--	--	--	--

	Depresión.		<p>Si quiero puedo ser tan bueno como otros niños.</p> <p>Soy tan bueno como otros niños.</p> <p>26-Generalmente hago lo que me dicen.</p> <p>Muchas veces no hago lo que me dicen.</p> <p>Nunca hago lo que me dicen.</p>		
			<p>01-Estoy triste de vez en cuando.</p> <p>Estoy triste muchas veces.</p> <p>Estoy triste siempre.</p> <p>04-Me divierten muchas cosas.</p> <p>Me divierten algunas cosas.</p> <p>Nada me divierte.</p> <p>05-Soy malo siempre.</p> <p>Soy malo muchas veces.</p> <p>Soy malo algunas veces.</p> <p>07-Me odio.</p> <p>No me gusta como soy.</p> <p>Me gusta como soy.</p> <p>08-Todas las cosas malas son culpa mia.</p> <p>Muchas cosas malas son culpa mia.</p>		



			<p>Generalmente no tengo la culpa de que ocurran cosas malas.</p> <p>09-No pienso en matarme.  Pienso en matarme, pero no lo haría.  Quiero matarme.</p> <p>10-Tengo ganas de llorar todos los días.  Tengo ganas de llorar muchos días.  Tengo ganas de llorar de vez en cuando.</p> <p>12-Me cuesta estar con la gente.  Muy a menudo no me gusta estar con la gente.  No quiero en lo absoluto estar con la gente.</p> <p>16-Todas las noches me cuesta dormirme.  Muchas veces me cuesta dormirme.  Duermo muy bien.</p> <p>17-Estoy cansado de vez en cuando.  Estoy cansado muchos días.  Estoy cansado siempre.</p> <p>18-La mayoría de los días no tengo ganas de comer.  Muchos días no tengo ganas de comer.  Como muy bien.</p>		
--	--	--	--	--	--

			<p>20-Nunca me siento solo.</p> <p>Me siento solo muchas veces.</p> <p>Me siento solo siempre.</p> <p>21-Nunca me divierto en el colegió.</p> <p>Me divierto en el colegió solo de vez en cuando.</p> <p>Me divierto en el colegio muchas veces.</p> <p>22-Tengo muchos amigos.</p> <p>Tengo algunos amigos pero me gustaría tener más.</p> <p>No tengo amigos.</p> <p>25-Nadie me quiere.</p> <p>No estoy seguro de que alguien me quiera.</p> <p>Estoy seguro de que alguien me quiere.</p> <p>27-Me llevo bien con la gente.</p> <p>Me peleo muchas veces.</p> <p>Me peleo siempre.</p>		
--	--	--	--	--	--

## Anexo N° 04

### Instrumento de investigación

CDI N° \_\_\_\_\_ SUTI \_\_\_\_\_

QARI \_\_\_\_\_ WARMI \_\_\_\_\_ WATA \_\_\_\_\_ PUNCHAW \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

LLAQTA \_\_\_\_\_ TAPUKUQ \_\_\_\_\_

## YACHAYKACHIKUQKUNA

Warmi qari warmakuna ham hinam sapakamam sunqumpi llakiyuq utaq kusiuyuqkama chaynataq umampi yuyayniyuqkama. Kay tapukuypi chay qatallisqankumantam quqarinqa. Huk huñumanta, huk rimayllatam kay iskay simana tukuqpi sunquykpa kasqanman hina tinkuqta akllanayki. Chay huñupi rimaykunamanta kutichiyta tukururquspaykiqa qatinqintaña qatiy.

Manam kaypiqa allin utaq mana allin kutichiyqa kanchu, sichuqa qampa imaynam kay iskay simana tukuqpi tarikusqaykiman hinam kutichinayki. Kutichiyqa waqtampi kuska kaq ruyruchapa qawampi tinkuqnin kaqta chakaykuy (X).

QAWASPA YACHANAYKIPAQ: Ruyruchapa qawampi sunquykpa nisqanman hina kutichikuypi tinkuqnin kaqta chakaykuy (X).

### QAWAY:

- Qillqa maytukunata qatinasllata ñawinchani.
- Qillqa maytukunata munaspalla ñawinchani.
- Qillqa maytukunata manan qaykappas ñawinchanichu.

YUYARIY TAPUKUYKUNATA KAY ISKAY SIMANA TUKUQPI IMAYNAM SUNQUYKI IMANISQANMAN HINA CHAYNATAQ UYAYKIPI YUYAYNIKIMAN HINA TINKUQTA AKLLAY.

KIMSA TAPUKUY QILLQASQAMANTA, MAYQIMPAS SUNQUYKIPA NISQANMAN HINA, UTAQ IMAYNAM KASQAYKIMAN HINA HUKLLATA TINKUQNINTA AKLLAY.

### QATIQNIN RAPIMAN TIKRAY

Qipan rapipi ruwanayki kachkanraqmi, qatiy.



<p><b>1</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Wakin punchawkunam llakisqa kachkani.</li> <li>○ Sapa kutillañam llakisqa kachkani.</li> <li>○ Chaynallam llakisqa kachkani</li> </ul>	<p><b>7</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Kikiytam chiqnikuni.</li> <li>○ Kikiy imayna kasqayta manam munakunichu.</li> <li>○ Kikiy imayna kasqayta munakunim.</li> </ul>
<p><b>2</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Imapas allinqa mana punim lluqsiwanqachu.</li> <li>○ Kikiymantaqa manam imapas allin lluqsiwananta tantiyakunichu.</li> <li>○ Imapas allinmi lluqsiwanqa.</li> </ul>	<p><b>8</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Llapallan imapas mana allin kaqkunaqa ñuqapa quchaymi.</li> <li>○ Achkampi llapa mana allin kaqkunaqa ñuqapa quchaymi.</li> <li>○ Imapas mana allin kaqkunaqa manam ñuqapa quchaychu.</li> </ul>
<p><b>3</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Imatapas yaqa lliwtam allinta ruwani.</li> <li>○ Imatapas achkatañam mana allintachu ruwani.</li> <li>○ Lliwtam mana allintachu ruwani.</li> </ul>	<p><b>9</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Kikillay sipikurquyqa manam ñuqapa umaypiqa kanchu.</li> <li>○ Munanim sipikurquyta, manataqmi ruwaymanchu.</li> <li>○ Sipikurquytam munani.</li> </ul>
<p><b>4</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Llapa imakunapas kusirichivanmi.</li> <li>○ Wakin imakunallapas kusirichivanmi.</li> <li>○ Imapas manam kusirichiwanchu.</li> </ul>	<p><b>10</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Sapa punchawmi waqanayaykuwan.</li> <li>○ Achka punchawkunam waqanayaykuwan.</li> <li>○ Yuyarispallam waqanayaykuwan.</li> </ul>
<p><b>5</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ñuqaga chaynallam piña piña kani.</li> <li>○ Ñuqaga yaqa sapa kutillam piña piña kani.</li> <li>○ Ñuqaga manam sapa kutichu piña piña kani.</li> </ul>	<p><b>11</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Llapa imam chaynalla llakikuymán churawan.</li> <li>○ Llapa imam sapa kutitallaña llakikuymán churawan.</li> <li>○ Llapa ima yuyariptillaymi llakikuymán churawan.</li> </ul>
<p><b>6</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ñuqapaq imapas mana allin kawanampaq yuyayniyman chayamuwan.</li> <li>○ Imapas mana allin ñuqapaq kawanamantam anchata llakichivan.</li> <li>○ Qipa punchawkunaman ancha manchakupas imapas kananta yachanim.</li> </ul>	<p><b>12</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Runakunawan kuskam kayta munani.</li> <li>○ Runakunawan kuska kayta manam llumpaytaqa munanichu.</li> <li>○ Runakunawan kuska kayta manam ima punipas munanichu.</li> </ul>

<b>13</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Kikillaymantaqa manam tantiyakuyta atinichu.</li> <li><input type="radio"/> Sasachakustinmi tantiyakuyta atini.</li> <li><input type="radio"/> Mana sasachakuyllawanmi tantiyakuyta atini.</li> </ul>	<b>18</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Yaqa sapapunchawmi mana mikunayawanchu.</li> <li><input type="radio"/> Achka punchawkunam mana mikunayawanchu.</li> <li><input type="radio"/> Ancha allintam mikuni.</li> </ul>
<b>14</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Ñuqaqa sumaq kasqaytam qawakuni.</li> <li><input type="radio"/> Ñuqaqa wakin imaypas kasqanmanta mana munakunichu.</li> <li><input type="radio"/> Millakuypaqmi kani.</li> </ul>	<b>19</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Nanaypas nitaq unquypas manam ñuqataqa imapas qukuwanchu.</li> <li><input type="radio"/> Nanaypas chaynataq unqaypas yaqa chaynallam llakikuyman churawan.</li> <li><input type="radio"/> Nanaypas chaynataq unquypas chaynallam llakikuyman churawan.</li> </ul>
<b>15</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Imapas ruwanaykunata chaynallam qillakustin ruwani.</li> <li><input type="radio"/> Imapas ruwanaykunata ancha anchata qillakustinmi ruwani.</li> <li><input type="radio"/> Imapas ruwanaykunata chayllam ruwani.</li> </ul>	<b>20</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Sapallay hinaqa manan qaykappas tarikunichu.</li> <li><input type="radio"/> Sapallay hinam achka kutita tarikuni.</li> <li><input type="radio"/> Sapallay hinam chaynalla tarikuni.</li> </ul>
<b>16</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Sapa tutam sasachakuywan puñuni.</li> <li><input type="radio"/> Achka kutitam sasachakuywan puñuni.</li> <li><input type="radio"/> Ancha allintam puñuni.</li> </ul>	<b>21</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Yachay wasipiqqa manam kusirikunichu.</li> <li><input type="radio"/> Yachay wasipiqqa manam chaynallachu kusirikuni.</li> <li><input type="radio"/> Yachay wasipiqqa yaqa chaynallam kusirikuni.</li> </ul>
<b>17</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Wakin punchawkunam pisipasqa kani.</li> <li><input type="radio"/> Yaqa sapa punchawllañam pisipasqa kani.</li> <li><input type="radio"/> Chaynallam pisipasqa kani.</li> </ul>	<b>22</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Ñuqapaqa riqsinakusqay kuyakuq warmamasiykunaqa achkampim kan.</li> <li><input type="radio"/> Ñuqapaqa riqsinakusqay kuyakuq warmamasiykunakan manam llumpaychu, achka kanantam munayman.</li> <li><input type="radio"/> Ñuqapaqa riqsinakusqay kuyakuq warma masiykunaqa manam pipas kanchu.</li> </ul>

<p><b>23</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Yachaywasipi ñuqapa llamkayniyqa allinmi,</li> <li><input type="radio"/> Yachay wasipi llamkayniyqa manam ñawpaq hina ancha allinñachu.</li> <li><input type="radio"/> Kunan yachayniykunataqa manañam ñawpaq ancha allín apasqayta hinañachu apani.</li> </ul>	<p><b>26</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Yaqa chaynallam hukpa niwasqallanta ruwani.</li> <li><input type="radio"/> Hukpa niwasqantaqa manam ancha ruwanichu.</li> <li><input type="radio"/> Hukpa niwasqantaqa mana punim ruwanichu.</li> </ul>
<p><b>24</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Wakin warmakuna hina ancha allin kaytaqa manachá atipaymanchu.</li> <li><input type="radio"/> Munaspayqa, wakin warmakuna hina ancha allin kaytaqa atipaymanmi.</li> <li><input type="radio"/> Wakin warmakuna hinam ñuqapas ancha allin kani.</li> </ul>	<p><b>27</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Runakunawan allintam apanakuni.</li> <li><input type="radio"/> Achka kutitam piñanakuni.</li> <li><input type="radio"/> Chaynallam piñanakuni.</li> </ul>
<p><b>25</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Pipas manam kuyawanchu.</li> <li><input type="radio"/> Pipas kuyawaqniyta manam tantiyakunichu.</li> <li><input type="radio"/> Pipas kuyawaqniyta allinta tantiyakuni.</li> </ul>		

Tapukuypa tukuynin.

Sichum utqayman tukurquspaykiqa kutichisqaykikunata kutirpariy.

### ¡ALLIN YUYACHIKUY!

KAY PUCHUQ RAPIPIQA AMA IMA QILLQATAPAS RUWAYCHU, LLAPA RUWASQAYKIKUNAM MANA CHANINCHASQA KANMAN.

## Anexo N° 05

### Confiabilidad y validez del instrumento

**CRITERIO DE JUECES**

Nombre y apellido del experto	: WILLIAMS Luis VASQUEZ VILCAS
Título profesional	: Lic. Psicología
Cargo	: Psicólogo clínico
Especialidad	: Psicología educativa y tutoría
Años de experiencia	: 16 años
Institución en la que labora	: Hospital regional de Huancavelica
Post grado	: Maestría en política social
Año	: 2007 - 2008
Trabajos publicados	:
Otros méritos	: Especializada en psicoterapia Gestalt humanista
	: Director del Centro Psicoterapéutico Vivenciar - Huancavelica

**EN RESUMEN, CUAL ES SU OPINIÓN SOBRE EL INSTRUMENTO**

Adecuado 1  Medianamente adecuado 2  Inadecuado 3

**OBSERVACIÓN:** Trabajo de suma utilidad para la intervención psicológica en zonas rurales

*Williams Luis Vasquez Vilcas*  
**FIRMA**  
LIC. WILLIAMS LUIS VASQUEZ  
C.P.P. N° 10541  
PSICÓLOGO - PSICOTERAPEUTA

(Juicio de expertos)

JUICIO DE EXPERTOS

Experto: WILLIAMS LUIS VASQUEZ VILCAS Cargo: PSICOLOGO

A continuación, se le solicita evaluar cada una de las preguntas del cuestionario en relación a los criterios establecidos.

Marque con un check (✓) si no encuentra ninguna objeción, o con aspa (✗) si tiene que modificarse en algún aspecto la pregunta.

La modificación que deba realizarse podrá ser detallada al final en el espacio de observaciones y/o sugerencias.

N°	ITEM	CRITERIO	¿Esta pregunta permitirá el objetivo planteado en el estudio?	¿La pregunta esta formulada en forma clara y precisa?	¿El orden de la pregunta es el adecuado?	¿La redacción es entendible y coherente?	¿El contenido corresponde con el propósito del estudio?	¿El vocabulario de esta pregunta es el adecuado?
01	Estoy triste de vez en cuando. <i>Wakin punchawkunam llakisqa kachkani.</i> Estoy triste muchas veces <i>Sapa kutillañam llakisqa kachkani.</i> Estoy triste siempre. <i>Chaymallam llakisqa kachkani.</i>		✓	✓	✓	✓	✓	✓
02	Nunca Nada me saldrá nada bien. <i>Imapas allinqa mana punim lluqsiwanqachu.</i> No estoy seguro si las cosas me saldrán bien. <i>Kikiymantaqa manam imapas allin lluqsiwananta tantiyakunichu.</i> Nada me va a salir bien. <i>Imapas allinmi lluqsiwanqa.</i>		✓	✓	✓	✓	✓	✓
03	Hago bien la mayoría de las cosas <i>Imatapas yaqa lliwtam allinta ruwani</i> Hago mal muchas cosas <i>Imatapas achkafañam mana allintachu ruwani</i> Todo lo hago mal <i>Lliwtam mana allintachu ruwani</i>		✓	✓	✓	✓	✓	✓
04	Me divierten muchas cosas <i>Llpa imakunapas kusirichiwanmi</i> Me divierten algunas cosas. <i>Wakin imakunallapas kusirichiwanmi</i> Nada me divierte <i>Imapas manam kusirichiwanchu</i>		✓	✓	✓	✓	✓	✓



05	Soy malo siempre Ñuqaqa chaynallam piña piña kani Soy malo muchas veces Ñuqaqa yaqa sapa kutillam piña piña kani Soy malo algunas veces Ñuqaqa manam sapa kutichu piña piña kani	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
06	A veces pienso que me pueden ocurrir cosas malas Ñuqaqa imapas mana allin kawanampaq yuyayniyman chayamuwan Me preocupa que me ocurran cosas malas. Imapas mana allin ñuqaqaq kawanamantam anchata llakichiwan Estoy seguro de que me van a ocurrir cosas terribles Qipa punchawkunaman ancha manchakupas imapas kananta yachanim	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
07	Me odio Kikiytam chiqnikuni No me gusta como soy. Kikiy imayna kasqayta manam munakunichu Me gusta como soy. Kikiy imayna kasqayta munakunim.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
08	Todas las cosas mal son culpa mía Llapallan imapas mana allin kaqkunaqa ñuqaqa quchaymi Muchas cosas malas son culpa mía. Achkampli lapa mana allin kaqkunaqa ñuqaqa quchaymi Generalmente no tengo la culpa de que ocurran cosas malas. Imapas mana allin kaqkunaqa manam ñuqaqa quchaychu	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
09	No pienso en matarme. Kikillay sipikuruqqa manam ñuqaqa umaypiqa kanchu. Pienso en matarme, pero no lo haría. Munanim sipikuruqta, manataqmi ruwaymanchu. Quiero matarme. Sipikuruqtaq munani.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
10	Tengo ganas de llorar todos los días. Sapa punchawmi waqanayakuwan Tengo ganas de llorar muchos días. Achka punchawkunam waqanayakuwan Tengo ganas de llorar de vez en cuando Yuyarispallam waqanayakuwan	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

11	<p>Las cosas me preocupan siempre.  <i>Lapa imam chaynalla llakikuyman churawan</i>  Las cosas me preocupan muchas veces.  <i>Lapa imam sapa kutillaña llakikuyman churawan.</i>  Las cosas me preocupan de vez en cuando.  <i>Lapa ima yuyaripitlaymi llakikuyman churawan</i></p>	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
12	<p>Me gusta estar con la gente.  <i>Runakunawan kuskam kayta munani</i>  Muy a menudo no me gusta estar con la gente  <i>Runakunawan kuska kayta manam llumpaytaqa munanichu</i>  No quiero en absoluto estar con la gente.  <i>Runakunawan kuska kayta manam ima punipas munanichu</i></p>	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
13	<p>No puedo decidirme  <i>kikillaymantaqa manam tantiyakuyta atinichu</i>  Me cuesta decidirme.  <i>Sasachakustinmi tantiyakuyta atini</i>  Decido fácilmente  <i>Mana sasachakuyllawanmi tantiyakuyta atini</i></p>	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
14	<p>Tengo buen aspecto.  <i>Ñuqaqa sumaq kasqaytam qawakuni.</i>  Hay algunas cosas de mi aspecto que no me gustan.  <i>Ñuqaqa wakin imaypas kasqanmanta mana munakunichu.</i>  Soy feo o fea.  <i>Millakuypaqmi kani.</i></p>	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
15	<p>Siempre me cuesta ponerme a hacer los deberes.  <i>Imapas ruwanaykunata chaynallam qillakustin ruwani.</i>  Muchas veces me cuesta ponerme a hacer los deberes.  <i>Imapas ruwanaykunata ancha anchata qillakustinmi ruwani.</i>  No me cuesta ponerme a hacer los deberes.  <i>Imapas ruwanaykunata chayllam ruwani.</i></p>	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
16	<p>Todas las noches me cuesta dormir.  <i>Sapa tutam sasachakuywan puñuni.</i>  Muchas veces me cuesta dormir.  <i>Achka kutitam sasachakuywan puñuni</i>  Duermo muy bien.  <i>Ancha allintam puñuni</i></p>	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

17	Estoy cansado de vez en cuando. <i>Wakin punchawkunam pispasqa kani</i> Estoy cansado muchos días. <i>Yaqa sapa punchawlliam pispasqa kani</i> Estoy cansado siempre. <i>Chaynallam pispasqa kani</i>	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
18	La mayoría de los días no tengo ganas de comer. <i>Yaqa sapapunchawmi mana mikunayawanchu.</i> Muchos días no tengo ganas de comer. <i>Achka punchawkunam mana mikunayawanchu.</i> Como muy bien. <i>Ancha allintam mikuni.</i>	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
19	No me preocupa el dolor ni la enfermedad. <i>Nanaypas nitaq unquypas manam ñuqataqa imapas qukuwanchu.</i> Muchas veces me preocupa el dolor y la enfermedad. <i>Nanaypas chaynataq unquypas yaqa chaynallam llakikuyman churawan.</i> Siempre me preocupa el dolor y la enfermedad. <i>Nanaypas chaynataq unquypas chaynallam llakikuyman churawan</i>	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
20	Nunca me siento solo. <i>Sapallay hinaqa manan qaykappas tarikunichu.</i> Me siento solo muchas veces. <i>Sapallay hinam achka kutita tarikuni.</i> Me siento solo siempre. <i>Sapallay hinam chaynalla tarikuni.</i>	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
21	Nunca me divierto en colegio. <i>Yachay wasipiaq manam kusirikunichu</i> Me divierto en el colegio sólo de vez en cuando. <i>Yachay wasipiaq manam chaynallachu kusirikuni.</i> Me divierto en el colegio muchas veces. <i>Yachay wasipiaq yaqa chaynallam kusirikuni.</i>	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
22	Tengo muchos amigos. <i>Ñuqapaqa rigsinakusqay kuyakuq warmamasiykunaga achkampim kan.</i> Tengo algunos amigos, pero me gustaría tener más. <i>Ñuqapaqa rigsinakusqay kuyakuq warmamasiykunakan manam llumpaychu, achka kanantam munayman.</i>	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

	No tengo amigos. Ñuqapaq riqsinakusqay kuyakuq warmam masiykunaqa manam pipas kanchu.											
23	Mi trabajo en el colegio es bueno. Yachaywasipi ñuqapa llamkayniyqa allinmi. Mi trabajo en el colegio no es tan bueno como antes Yachay wasipi llamkayniyqa manam ñawpaq hina ancha allinñachu. Llevo muy mal las asignaturas que antes llevaba muy bien. Kunan yachayniykunataqa manañam ñawpaq ancha allin apasqayta hinañachu apañi.											
24	Nunca podré ser tan bueno como otros niños. Wakin warmakuna hina ancha allin kaytaqa manachá atipaymanchu. Si quiero, puedo ser tan bueno como otros niños. Munaspayqa, wakin warmakuna hina ancha allin kaytaqa atipaymanmi Soy tan bueno como otros niños. Wakin warmakuna hinam ñuqapas ancha allin kani.											
25	Nadie me quiere. Pipas manam kuyawanchu. No estoy seguro de que alguien me quiera. Pipas kuyawaqniyta manam tantiyakunichu. Estoy seguro de que alguien me quiere. Pipas kuyawaqniyta allinta tantiyakuni Generalmente hago lo que me dicen. Yaga chaynallam hukpa niwasqallanta ruwani Muchas veces no hago lo que me dicen. Hukpa niwasqantaqa manam ancha ruwanichu. Nunca hago lo que me dicen. Hukpa niwasqantaqa mana pumim ruwanichu. Me llevo bien con la gente. Runakunawan allintam apanakuni. Me peleo muchas veces. Achka kutitam piñanakuni. Me peleo siempre. Chaynallam piñanakuni.											
26												
27												

**CRITERIO DE JUECES**

Nombre y apellido del experto : RAMIREZ PISCO NELY  
Título profesional : Licenciada en Antropología Social.  
Cargo : Promotora del Centro de Emergencia  
Mujer Carmen Alto  
Especialidad : .....  
Años de experiencia : 10 años.  
Institución en la que labora : Centro de Emergencia Mujer  
en Comisaría Carmen Alto  
Ayacucho.  
Post grado : .....  
Año : .....  
Trabajos publicados : .....  
Otros méritos : Reconocida por el Ministerio de Cultura  
como Servidor Bilingüe.

**EN RESUMEN, CUAL ES SU OPINIÓN SOBRE EL INSTRUMENTO**

Adecuado 1  Medianamente adecuado 2  Inadecuado 3

**OBSERVACIÓN:** Desde el punto de vista antropológico y teniendo en cuenta la importancia de la comunicación activa, entre profesional y usuario(a), ya que “para que exista comunicación interpersonal no es necesario sólo mirar con la inteligencia al otro, sino acogerlo en la complejidad de persona” (Huamán, 2008) y darle un trato digno; por lo cual, considero que el material está elaborado reflexionando en la persona y con un enfoque intercultural, y que será de utilidad en las zonas quechua hablantes. Por otra parte, es un aporte para el trabajo psicológico, ya que se carece de este tipo de materiales traducidos en quechua, principalmente, en esta rama.

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables

  
Lic. NELY RAMIREZ PISCO  
Promotora  
CEM Comisaría Carmen Alto

JUICIO DE EXPERTOS

Experto: RAMIREZ PSICO, NELLY

Cargo: PROMOTORA DEL CENTRO EMERGENCIA MUJER – ANTROPOLOGA

A continuación, se le solicita evaluar cada una de las preguntas del cuestionario en relación a los criterios establecidos.

Marque con un check (✓) si no encuentra ninguna objeción, o con aspa (✗) si tiene que modificarse en algún aspecto la pregunta.

La modificación que deba realizarse podrá ser detallada al final en el espacio de observaciones y/o sugerencias.

N°	CRITERIO	¿Esta pregunta permitirá el objetivo planteado en el estudio?	¿La pregunta esta formulada en forma clara y precisa?	¿El orden de la pregunta es el adecuado?	¿La redacción es entendible y coherente?	¿El contenido corresponde con el propósito del estudio?	¿El vocabulario de esta pregunta es el adecuado?
01	Estoy triste de vez en cuando. <i>Wakin punchawkunam llakisqa kachkani.</i> Estoy triste muchas veces <i>Sapa kutillañam llakisqa kachkani.</i> Estoy triste siempre. <i>Chaynallam llakisqa kachkani.</i>	✓	✓	✓	✓	✓	✓
02	Nunca Nada me saldrá nada bien. <i>Imapas allinqa mana punim llusqiwanaqachu.</i> No estoy seguro si las cosas me saldrán bien. <i>Kikiymantaqa manam imapas allin llusqiwanaqanta tantiyakunichu.</i> Nada me va a salir bien. <i>Imapas allinmi llusqiwanaq.</i>	✓	✓	✓	✓	✓	✓
03	Hago bien la mayoría de las cosas <i>Imatapas yaqa liwtam allinta ruwani</i> Hago mal muchas cosas <i>Imatapas achikatañam mana allintachu ruwani</i> Todo lo hago mal <i>Liwtram mana allintachu ruwani</i>	✓	✓	✓	✓	✓	✓
04	Me divierten muchas cosas <i>Llapa imakunapas kusirichiwanmi</i> Me divierten algunas cosas. <i>Wakin imakunallapas kusirichiwanmi</i> Nada me divierte <i>Imapas manam kusirichiwanachu</i>	✓	✓	✓	✓	✓	✓

05	Soy malo siempre Ñuqaqa chaynallam piña piña kani Soy malo muchas veces Ñuqaqa yaqa sapa kutillam piña piña kani Soy malo algunas veces Ñuqaqa manam sapa kutichu piña piña kani	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
06	A veces pienso que me pueden ocurrir cosas malas Ñuqaqaq imapas mana allin kawanampaq yuyayniyman chayamuwam Me preocupa que me ocurran cosas malas. Imapas mana allin ñuqaqaq kawanamantam anchata llakichiwan Estoy seguro de que me van a ocurrir cosas terribles Qipa punchawkunaman ancha manchakupas imapas kananta yachanim	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
07	Me odio Kikiytam chiqnikuni No me gusta como soy. Kikiy imayna kasqayta manam munakunichu Me gusta como soy. Kikiy imayna kasqayta munakunim.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
08	Todas las cosas mal son culpa mía Llapallan imapas mana allin kaqkunaqa ñuqaqa quchaymi Muchas cosas malas son culpa mía. Achkampi llapa mana allin kaqkunaqa ñuqaqa quchaymi Generalmente no tengo la culpa de que ocurran cosas malas. Imapas mana allin kaqkunaqa manam ñuqaqa quchaychu	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
09	No pienso en matarme. Kikillay sipikuruyqa manam ñuqaqa umaypiqa kanchu. Pienso en matarme, pero no lo haría. Munanim sipikuruyta, manataqmi ruwaymanchu. Quiero matarme. Sipikuruytam munani.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
10	Tengo ganas de llorar todos los días. Sapa punchawmi waqanayaykuwan Tengo ganas de llorar muchos días. Achka punchawkunam waqanayaykuwan Tengo ganas de llorar de vez en cuando Yuyarispa llam waqanayaykuwan	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

11	<p>Las cosas me preocupan siempre.  <i>Liapa imam chaynalla llakikuyman churawan</i>  Las cosas me preocupan muchas veces.  <i>Liapa imam sapa kutitallaña llakikuyman churawan.</i>  Las cosas me preocupan de vez en cuando.  <i>Liapa ima yuyarptillaymi llakikuyman churawan</i></p>	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
12	<p>Me gusta estar con la gente.  <i>Runakunawan kuskam kayta munani</i>  Muy a menudo no me gusta estar con la gente  <i>Runakunawan kуска kayta manam llumpaytaqa munanichu</i>  No quiero en absoluto estar con la gente.  <i>Runakunawan kуска kayta manam ima punipas munanichu</i></p>	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
13	<p>No puedo decidirme  <i>kikillaymantaqa manam tantiyakuyta atinichu</i>  Me cuesta decidirme.  <i>Sasachakustinmi tantiyakuyta atini</i>  Decido fácilmente  <i>Mana sasachakuyllawanmi tantiyakuyta atini</i></p>	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
14	<p>Tengo buen aspecto.  <i>Ñuqaqa sumaq kasqaytam qawakuni.</i>  Hay algunas cosas de mi aspecto que no me gustan.  <i>Ñuqaqa wakin imaypas kasqamanta mana munakunichu.</i>  Soy feo o fea.  <i>Millakuypaqmi kani.</i></p>	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
15	<p>Siempre me cuesta ponerme a hacer los deberes.  <i>Imapas ruwanaykunata chaynallam qillakustin ruwani.</i>  Muchas veces me cuesta ponerme a hacer los deberes.  <i>Imapas ruwanaykunata ancha anchata qillakustinmi ruwani.</i>  No me cuesta ponerme a hacer los deberes.  <i>Imapas ruwanaykunata chayllam ruwani.</i></p>	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
16	<p>Todas las noches me cuesta dormirme.  <i>Sapa tutam sasachakuywan puñuni.</i>  Muchas veces me cuesta dormirme.  <i>Achka kutitam sasachakuywan puñuni</i>  Duelmo muy bien.  <i>Ancha allintam puñuni</i></p>	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓



17	<p>Estoy cansado de vez en cuando.  <i>Wakin punchawkunam pispasqa kani</i>  Estoy cansado muchos días.  <i>Yaqa sapa punchawlañam pispasqa kani</i>  Estoy cansado siempre.  <i>Chaynallam pispasqa kani</i></p>	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
18	<p>La mayoría de los días no tengo ganas de comer.  <i>Yaqa sapapunchawmi mana mikunayawanchu.</i>  Muchos días no tengo ganas de comer.  <i>Achka punchawkunam mana mikunayawanchu.</i>  Como muy bien.  <i>Ancha allintam mikuni.</i></p>	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
19	<p>No me preocupa el dolor ni la enfermedad.  <i>Nanaypas nitaq unquyapas manam ñuqataqa imapas qukuwanchu.</i>  Muchas veces me preocupa el dolor y la enfermedad.  <i>Nanaypas chaynataq unquyapas yaqa chaynallam llakikuyman churawan.</i>  Siempre me preocupa el dolor y la enfermedad.  <i>Nanaypas chaynataq unquyapas chaynallam llakikuyman churawan</i></p>	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
20	<p>Nunca me siento solo.  <i>Sapallay hinaqa manam qaykappas tarikunichu.</i>  Me siento solo muchas veces.  <i>Sapallay hinam achka kutita tarikuni.</i>  Me siento solo siempre.  <i>Sapallay hinam chaynalla tarikuni.</i></p>	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
21	<p>Nunca me divierto en colegio.  <i>Yachay wasipiqa manam kusirikunichu</i>  Me divierto en el colegio sólo de vez en cuando.  <i>Yachay wasipiqa manam chaynallachu kusirikuni.</i>  Me divierto en el colegio muchas veces.  <i>Yachay wasipiqa yaqa chaynallam kusirikuni.</i></p>	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
22	<p>Tengo muchos amigos.  <i>Ñuqapaqa riqsinakusqay kuyakuq warmamasiykunaqa achkampim kan.</i>  Tengo algunos amigos, pero me gustaría tener más.  <i>Ñuqapaqa riqsinakusqay kuyakuq warmamasiykunakan manam llumpaychu, achka kanantam munayman.</i></p>	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

	No tengo amigos. Ñuqapaqa riqsinakusqay kuyakuq warma masiykunaga manam pipas kanchu.																				
23	Mi trabajo en el colegio es bueno. Yachaywasipi ñuqapa llamkayniyqa allinmi. Mi trabajo en el colegio no es tan bueno como antes Yachay wasipi llamkayniyqa manam ñawpaq hina ancha allinñachu. Llevo muy mal las asignaturas que antes llevaba muy bien. Kunan yachayniykunataqa manañam ñawpaq ancha allin apasqayta hinañachu apani.																				
24	Nunca podré ser tan bueno como otros niños. Wakin warmakuna hina ancha allin kaytaqa manachá atipaymanchu. Si quiero, puedo ser tan bueno como otros niños. Munaspayqa, wakin warmakuna hina ancha allin kaytaqa atipaymanmi Soy tan bueno como otros niños. Wakin warmakuna hinam ñuqapas ancha allin kani.																				
25	Nadie me quiere. Pipas manam kuyawanachu. No estoy seguro de que alguien me quiera. Pipas kuyawaqniyta manam tantiyakunichu. Estoy seguro de que alguien me quiere. Pipas kuyawaqniyta allinta tantiyakuni																				
26	Generalmente hago lo que me dicen. Yaqa chaynallam hukpa niwasqallanta ruwani Muchas veces no hago lo que me dicen. Hukpa niwasqantaqa manam ancha ruwanichu. Nunca hago lo que me dicen. Hukpa niwasqantaqa mana punim ruwanichu.																				
27	Me llevo bien con la gente. Runakunawan allintam apanakuni. Me peleo muchas veces. Achka kutitam piñanakuni. Me peleo siempre. Chaynallam piñanakuni.																				

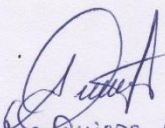
**CRITERIO DE JUECES**

Nombre y apellido del experto : Alejandro Quispe Acuña  
Título profesional : Educación Primaria  
Cargo : Director  
Especialidad : Educación Intercultural Bilingüe  
Años de experiencia : 28  
Institución en la que labora : I.E. N° 31123 "Alfredo Brayce Echenique"  
Post grado : Maestría - Administración de la Educación  
Año : 2015  
Trabajos publicados : Libro "Antología"  
Otros méritos : Evaluador Nacional de EIB - L.O.  
Especialización en EIB - Universidad Iberoamericana de México.

**EN RESUMEN, CUAL ES SU OPINIÓN SOBRE EL INSTRUMENTO**

Adecuado 1  Medianamente adecuado 2  Inadecuado 3

**OBSERVACIÓN:** Instrumento que será de suma utilidad para brindar mayor acceso al lenguaje originario, ya que es una barrera y brindar el acompañamiento respectivo a la población rural.

  
Alejandro Quispe Acuña  
FIRMA  
DNI N° 23697589

JUICIO DE EXPERTOS

Experto: Alejandro Quijse Acuña

Cargo: Docente

A continuación, se le solicita evaluar cada una de las preguntas del cuestionario en relación a los criterios establecidos.

Marque con un check (✓) si no encuentra ninguna objeción, o con aspa (X) si tiene que modificarse en algún aspecto la pregunta.

La modificación que deba realizarse podrá ser detallada al final en el espacio de observaciones y/o sugerencias.

N°	ITEM	CRITERIO	¿Esta pregunta permitirá el objetivo planteado en el estudio?	¿La pregunta esta formulada en forma clara y precisa?	¿El orden de la pregunta es el adecuado?	¿La redacción es entendible y coherente?	¿El contenido corresponde con el propósito del estudio?	¿El vocabulario de esta pregunta es el adecuado?
01	Estoy triste de vez en cuando. <i>Wakin punchawkunam llakisqa kachkani.</i> Estoy triste muchas veces <i>Sapa kutillañam llakisqa kachkani.</i> Estoy triste siempre. <i>Chaynallam llakisqa kachkani.</i>		✓	✓	✓	✓	✓	✓
02	Nunca Nada me saldrá nada bien. <i>Imapas allinqa mana punim lluqsiwanqachu.</i> No estoy seguro si las cosas me saldrán bien. <i>Kikiymantaqa manam imapas allin lluqsiwananta tantiyakunichu.</i> Nada me va a salir bien. <i>Imapas allinmi lluqsiwanqa.</i>		✓	✓	✓	✓	✓	✓
03	Hago bien la mayoría de las cosas <i>Imatapas yaga lliwtam allinta ruwani</i> Hago mal muchas cosas <i>Imatapas achkatañam mana allintachu ruwani</i> Todo lo hago mal <i>Lliwtam mana allintachu ruwani</i>		✓	✓	✓	✓	✓	✓
04	Me divierten muchas cosas <i>Llapa imakunapas kusirichiwanmi</i> Me divierten algunas cosas. <i>Wakin imakunallapas kusirichiwanmi</i> Nada me divierte <i>Imapas manam kusirichiwanachu</i>		✓	✓	✓	✓	✓	✓



11	<p>Las cosas me preocupan siempre.  <i>Llapa imam chaynalla llakikuyman churawan</i>  Las cosas me preocupan muchas veces.  <i>Llapa imam sapa kutillaña llakikuyman churawan.</i>  Las cosas me preocupan de vez en cuando.  <i>Llapa ima yuyaripillaymi llakikuyman churawan</i></p>	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
12	<p>Me gusta estar con la gente.  <i>Runakunawan kuskam kayta munani</i>  Muy a menudo no me gusta estar con la gente  <i>Runakunawan kuska kayta manam llumpaytaqa munanichu</i>  No quiero en absoluto estar con la gente.  <i>Runakunawan kuska kayta manam ima punipas munanichu</i></p>	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
13	<p>No puedo decidirme  <i>kikillaymantaga manam tantiyakuyta atinichu</i>  Me cuesta decidirme.  <i>Sasachakustinmi tantiyakuyta atini</i>  Decido fácilmente  <i>Mana sasachakuyllawanni tantiyakuyta atini</i></p>	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
14	<p>Tengo buen aspecto.  <i>Ñuqaqa sumaq kasqaytam qawakuni.</i>  Hay algunas cosas de mi aspecto que no me gustan.  <i>Ñuqaqa wakin imaypas kasqamanta mana munakunichu.</i>  Soy feo o fea.  <i>Millakuypaqmi kani.</i></p>	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
15	<p>Siempre me cuesta ponerme a hacer los deberes.  <i>Imapas ruwanaykunata chaynallam qillakustin ruwani.</i>  Muchas veces me cuesta ponerme a hacer los deberes.  <i>Imapas ruwanaykunata ancha anchata qillakustinmi ruwani.</i>  No me cuesta ponerme a hacer los deberes.  <i>Imapas ruwanaykunata chayllam ruwani.</i></p>	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
16	<p>Todas las noches me cuesta dormirme.  <i>Sapa tutam sasachakuywan puñuni.</i>  Muchas veces me cuesta dormirme.  <i>Achka kutitam sasachakuywan puñuni</i>  Duermo muy bien.  <i>Ancha aillintam puñuni</i></p>	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

17	<p>Estoy cansado de vez en cuando.  Wakin punchawkunam pispasqa kani  Estoy cansado muchos días.  Yaqa sapa punchawllañam pispasqa kani  Estoy cansado siempre.  Chaynallam pispasqa kani</p>	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
18	<p>La mayoría de los días no tengo ganas de comer.  Yaqa sapapunchawmi mana mikunayawanchu.  Muchos días no tengo ganas de comer.  Achka punchawkunam mana mikunayawanchu.  Como muy bien.  Ancha allintam mikuni.</p>	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
19	<p>No me preocupa el dolor ni la enfermedad.  Nanaypas nitaq unqaypas manam ñuqataqa imapas qukuwanchu.  Muchas veces me preocupa el dolor y la enfermedad.  Nanaypas chaynataq unqaypas yaqa chaynallam llakikuyman churawan.  Siempre me preocupa el dolor y la enfermedad.  Nanaypas chaynataq unqaypas chaynallam llakikuyman churawan</p>	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
20	<p>Nunca me siento solo.  Sapallay hinaqa manam qaykappas tarikunichu.  Me siento solo muchas veces.  Sapallay hinam achka kutita tarikuni.  Me siento solo siempre.  Sapallay hinam chaynalla tarikuni.</p>	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
21	<p>Nunca me divierto en colegio.  Yachay wasipiqa manam kusirikunichu  Me divierto en el colegio sólo de vez en cuando.  Yachay wasipiqa manam chaynallachu kusirikuni.  Me divierto en el colegio muchas veces.  Yachay wasipiqa yaqa chaynallam kusirikuni.</p>	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
22	<p>Tengo muchos amigos.  Ñuqapaga riqsinakusqay kuyakuq warmamasiykunaqa achkampim kan.  Tengo algunos amigos, pero me gustaría tener más.  Ñuqapaga riqsinakusqay kuyakuq warmamasiykunakan manam llumpaychu, achka kanantam munayman.</p>	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

23	<p>No tengo amigos. Ñuqapaqa riqsinakusqay kuyakuq warma masiykunaqa manam pipas kanchu.</p> <p>Mi trabajo en el colegio es bueno. <i>Yachaywasipi ñuqapa llamkayniyqa allinmi.</i></p> <p>Mi trabajo en el colegio no es tan bueno como antes <i>Yachay wasipi llamkayniyqa manam ñawpaq hina ancha allinñachu.</i></p> <p>Llevo muy mal las asignaturas que antes llevaba muy bien. <i>Kunan yachayniykunataqa manañam ñawpaq ancha allin apasqayta hinañachu apani.</i></p>	✓	✓	✓	✓	✓	✓
24	<p>Nunca podré ser tan bueno como otros niños. <i>Wakin warmakuna hina ancha allin kaytaqa manachá atipaymanchu.</i></p> <p>Si quiero, puedo ser tan bueno como otros niños. <i>Munaspayqa, wakin warmakuna hina ancha allin kaytaqa atipaymanmi</i></p> <p>Soy tan bueno como otros niños. <i>Wakin warmakuna hinam ñuqapas ancha allin kani.</i></p>	✓	✓	✓	✓	✓	✓
25	<p>Nadie me quiere. <i>Pipas manam kuyawanchu.</i></p> <p>No estoy seguro de que alguien me quiera. <i>Pipas kuyawaqniyta manam tantiyakunichu.</i></p> <p>Estoy seguro de que alguien me quiere. <i>Pipas kuyawaqniyta allinta tantiyakuni</i></p>	✓	✓	✓	✓	✓	✓
26	<p>Generalmente hago lo que me dicen. <i>Yaqa chaynallam hukpa niwasqallanta ruwani</i></p> <p>Muchas veces no hago lo que me dicen. <i>Hukpa niwasqantaqa manam ancha ruwanichu.</i></p> <p>Nunca hago lo que me dicen. <i>Hukpa niwasqantaqa mana punim ruwanichu.</i></p>	✓	✓	✓	✓	✓	✓
27	<p>Me llevo bien con la gente. <i>Runakunawan allintam apanakuni.</i></p> <p>Me peleo muchas veces. <i>Achka kutitam piñanakuni.</i></p> <p>Me peleo siempre. <i>Chaynallam piñanakuni.</i></p>	✓	✓	✓	✓	✓	✓



**CRITERIO DE JUECES**

Nombre y apellido del experto : *María Angélica Bustamante Rojas*  
Título profesional : *Educación Secundaria*  
Cargo : *Docente*  
Especialidad : *Lengua Literatura*  
Años de experiencia : *2. Año*  
Institución en la que labora : *I.E. Señal de Botocón*  
Post grado : *E.I.B.*  
Año : *2019*  
Trabajos publicados : *Ninguno*  
Otros méritos : *proceso de estudio en Maestrías en gestión educativa*

**EN RESUMEN, CUAL ES SU OPINIÓN SOBRE EL INSTRUMENTO**

Adecuado 1  Medianamente adecuado 2  Inadecuado 3

OBSERVACIÓN:  
*El instrumento será de suma importancia para facilitar el trabajo y brindar el apoyo para la Comunidad Educativa.*

*Bustamante*  
FIRMA  
*DNI 21545396*

JUICIO DE EXPERTOS

Experto: María Angélica Bustamante Rojas

Cargo: Docente

A continuación, se le solicita evaluar cada una de las preguntas del cuestionario en relación a los criterios establecidos.

Marque con un check (✓) si no encuentra ninguna objeción, o con aspa (✗) si tiene que modificarse en algún aspecto la pregunta.

La modificación que deba realizarse podrá ser detallada al final en el espacio de observaciones y/o sugerencias.

N°	ITEM	CRITERIO	¿Esta pregunta permitirá el objetivo planteado en el estudio?	¿La pregunta esta formulada en forma clara y precisa?	¿El orden de la pregunta es el adecuado?	¿La redacción es entendible y coherente?	¿El contenido corresponde con el propósito del estudio?	¿El vocabulario de esta pregunta es el adecuado?
01	Estoy triste de vez en cuando. Wakin punchawkunam llakisqa kachkani. Estoy triste muchas veces Sapa kutillañam llakisqa kachkani. Estoy triste siempre. Chaynallam llakisqa kachkani.		✓	✓	✓	✓	✓	✓
02	Nunca Nada me saldrá nada bien. Imapas allinqa mana punim llusqiwanchachu. No estoy seguro si las cosas me saldrán bien. Kikiymanataqa manam imapas allin llusqiwancha tantiyakunichu. Nada me va a salir bien. Imapas allinmi llusqiwancha.		✓	✓	✓	✓	✓	✓
03	Hago bien la mayoría de las cosas Imatapas yaqa liwtam allinta ruwani Hago mal muchas cosas Imatapas achikatañam mana allintachu ruwani Todo lo hago mal Liwtram mana allintachu ruwani		✓	✓	✓	✓	✓	✓
04	Me divierten muchas cosas Llapa imakunapas kusirichiwanmi Me divierten algunas cosas. Wakin imakunallapas kusirichiwanmi Nada me divierte Imapas manam kusirichiwanachu		✓	✓	✓	✓	✓	✓

05	Soy malo siempre Ñuqaqa chaynallam piña piña kani Soy malo muchas veces Ñuqaqa yaqa sapa kutillam piña piña kani Soy malo algunas veces Ñuqaqa manam sapa kutichu piña piña kani	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
06	A veces pienso que me pueden ocurrir cosas malas Ñuqaqa imapas mana allin kawanampaq yuyayniyman chayamuwan Me preocupa que me ocurran cosas malas. Imapas mana allin ñuqaqa kawanamantam anchata llakichiwan Estoy seguro de que me van a ocurrir cosas terribles Qipa punchawkunaman ancha manchakupas imapas kananta yachanim	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
07	Me odio Kikiytam chiqnikuni No me gusta como soy. Kikiy imayna kasqayta manam munakunichu Me gusta como soy. Kikiy imayna kasqayta munakunim.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
08	Todas las cosas mal son culpa mía Llapallan imapas mana allin kaqkunaqa ñuqaqa quchaymi Muchas cosas malas son culpa mía. Achkampi llapa mana allin kaqkunaqa ñuqaqa quchaymi Generalmente no tengo la culpa de que ocurran cosas malas. Imapas mana allin kaqkunaqa manam ñuqaqa quchaychu	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
09	No pienso en matarme. Kikillay sipikuruyqa manam ñuqaqa umaypiqa kanchu. Pleno en matarme, pero no lo haría. Munanim sipikuruyta, manataqmi ruwaymanchu. Quiero matarme. Sipikuruytam munani.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
10	Tengo ganas de llorar todos los días. Sapa punchawmi waqanayakuwan Tengo ganas de llorar muchos días. Achka punchawkunam waqanayakuwan Tengo ganas de llorar de vez en cuando Yuyarispaillam waqanayakuwan	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

11	<p>Las cosas me preocupan siempre.  <i>Llapa imam chaynalla llakikuyman churawan</i>  Las cosas me preocupan muchas veces.  <i>Llapa imam sapa kutillaña llakikuyman churawan.</i>  Las cosas me preocupan de vez en cuando.  <i>Llapa ima yuyaripitillaymi llakikuyman churawan</i></p>	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
12	<p>Me gusta estar con la gente.  <i>Runakunawan kuskam kayta munani</i>  Muy a menudo no me gusta estar con la gente  <i>Runakunawan kuska kayta manam llumpaytaqa munanichu</i>  No quiero en absoluto estar con la gente.  <i>Runakunawan kuska kayta manam ima punipas munanichu</i></p>	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
13	<p>No puedo decidirme  <i>kikillaymantaga manam tantiyakuyta atinichu</i>  Me cuesta decidirme.  <i>Sasachakustinmi tantiyakuyta atini</i>  Decido fácilmente  <i>Mana sasachakuyllawanmi tantiyakuyta atini</i></p>	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
14	<p>Tengo buen aspecto.  <i>Ñuqaqa sumaq kasqaytam qawakuni.</i>  Hay algunas cosas de mi aspecto que no me gustan.  <i>Ñuqaqa wakín imaypas kasqanmanita mana munakunichu.</i>  Soy feo o fea.  <i>Millakuypaqami kani.</i></p>	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
15	<p>Siempre me cuesta ponerme a hacer los deberes.  <i>Imapas ruwanaykunata chaynallam qillakustin ruwani.</i>  Muchas veces me cuesta ponerme a hacer los deberes.  <i>Imapas ruwanaykunata ancha anchata qillakustinmi ruwani.</i>  No me cuesta ponerme a hacer los deberes.  <i>Imapas ruwanaykunata chayllam ruwani.</i></p>	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
16	<p>Todas las noches me cuesta dormir.  <i>Sapa tutam sasachakuywan puñuni.</i>  Muchas veces me cuesta dormir.  <i>Achka kúitam sasachakuywan puñuni</i>  Duermo muy bien.  <i>Ancha allintam puñuni</i></p>	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

17	<p>Estoy cansado de vez en cuando.  <i>Wakin punchawkunam pispasqa kani</i>  Estoy cansado muchos días.  <i>Yaqa sapa punchawllañam pispasqa kani</i>  Estoy cansado siempre.  <i>Chaynallam pispasqa kani</i></p>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
18	<p>La mayoría de los días no tengo ganas de comer.  <i>Yaqa sapapunchawmi mana mikunayawanchu.</i>  Muchos días no tengo ganas de comer.  <i>Achka punchawkunam mana mikunayawanchu.</i>  Como muy bien.  <i>Ancha allintam mikuni.</i></p>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
19	<p>No me preocupa el dolor ni la enfermedad.  <i>Nanaypas nitaq unquypas manam ñuqataqa imapas qukuwanchu.</i>  Muchas veces me preocupa el dolor y la enfermedad.  <i>Nanaypas chaynataq unquypas yaqa chaynallam llakikuyman churawan.</i>  Siempre me preocupa el dolor y la enfermedad.  <i>Nanaypas chaynataq unquypas chaynallam llakikuyman churawan</i></p>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
20	<p>Nunca me siento solo.  <i>Sapallay hinaqa manan qaykappas tarikunichu.</i>  Me siento solo muchas veces.  <i>Sapallay hinam achka kutita tarikuni.</i>  Me siento solo siempre.  <i>Sapallay hinam chaynalla tarikuni.</i></p>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
21	<p>Nunca me divierto en colegio.  <i>Yachay wasipiqa manam kusirikunichu</i>  Me divierto en el colegio sólo de vez en cuando.  <i>Yachay wasipiqa manam chaynallachu kusirikuni.</i>  Me divierto en el colegio muchas veces.  <i>Yachay wasipiqa yaqa chaynallam kusirikuni.</i></p>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
22	<p>Tengo muchos amigos.  <i>Ñuqapaqa riqsinakusqay kuyakuq warmamasiykunaqa achkampi kan.</i>  Tengo algunos amigos, pero me gustaría tener más.  <i>Ñuqapaqa riqsinakusqay kuyakuq warmamasiykunakan manam llumpaychu, achka kanantam munayman.</i></p>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

	No tengo amigos. Nuqapaqa riqsinakusqay kuyakuq warmam masiykunaqa manam pipas kanchu.																		
23	Mi trabajo en el colegio es bueno. Yachaywasipi ñuqapa llamkayniyqa allinmi. Mi trabajo en el colegio no es tan bueno como antes Yachay wasipi llamkayniyqa manam ñawpaq hina ancha allinñachu. Llevo muy mal las asignaturas que antes llevaba muy bien. Kunan yachaynikunataqa manañam ñawpaq ancha allin apasqayta hinañachu apani.																		
24	Nunca podré ser tan bueno como otros niños. Wakin warmakuna hina ancha allin koytaqa manachá atipaymanchu. Si quiero, puedo ser tan bueno como otros niños. Munaspayqa, wakin warmakuna hina ancha allin kaytaqa atipaymanmi Soy tan bueno como otros niños. Wakin warmakuna hinam ñuqapas ancha allin kani.																		
25	Nadie me quiere. Pipas manam kuyawanchu. No estoy seguro de que alguien me quiera. Pipas kuyawaqniyta manam tantiyakunichu. Estoy seguro de que alguien me quiere. Pipas kuyawaqniyta allinta tantiyakuni																		
26	Generalmente hago lo que me dicen. Yaqa chaynallam hukpa niwasqallanta ruwani Muchas veces no hago lo que me dicen. Hukpa niwasqantaqa manam ancha ruwanichu. Nunca hago lo que me dicen. Hukpa niwasqantaqa mana punim ruwanichu.																		
27	Me llevo bien con la gente. Runakunawan allintam apanakuni. Me peleo muchas veces. Achka kutitam piñanakuni. Me peleo siempre. Chaynallam piñanakuni.																		

## Anexo N° 6

### Constancia de aplicación



SOLICITO : autorización para aplicar prueba psicología para proyecto de tesis .

SEÑOR DIRECTOR DE LA INSTITUCION EDUCATIVA "MARISCAL GUILLERMO MILLER " DE ACOS VINCHOS - AYACUCHO.

S.D.

Yo HENRRY JAVIER CANTO HUMAN Identificado con DNI 46905024 y KATERIN VANESA PORRAS SOSA Identificado con DNI 70140841, bachilleres de la carrera profesional de psicología ante Ud. Y exponemos:

Que, elaborando un trabajo de investigación para proyecto de tesis tomando como tema la depresión y siendo de fundamental necesidad la muestra para recopilación de los datos ,en el cual se tiene como base fundamental ver el nivel de depresión que se encuentran los alumnos ya sea por varios motivos, así como este sería el caso del porque la manera de actuar de dichos alumnos y posteriormente dejar el informe respectivo para que puedan efectuar el seguimiento y ayuda a los casos que se presenten así como también el instrumento aplicado esta traducido al idioma del lugar . Siendo beneficiados ambas partes por el trabajo a realizar, razón por la cual recurro a su digno despacho para solicitar su permiso para proceder con lo solicitado.

POR TANTO:

Suplico a usted señor director sírvase, acceder a mi solicitud por ser justicia que espero alcanzar.

huancayo, 18 de Setiembre de 2018.

CANTO HUAMAN HENRRY JAVIER

DNI. 46905024

PORRAS SOSAS KATERIN VANESA

DNI. 70140841

*Se autoriza el ingreso a las aulas para el recojo de informacion de trabajo de investigacion*



MINISTERIO DE EDUCACION  
UGEL - HUAMANGA  
I.E.P. "MARISCAL BUSTAMANTE"  
ACOS VINCHOS  
Lic. Alejandro Flores Calvente  
DIRECTOR

## Anexo N° 7

### Consentimiento informado

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PADRE O APODERADO DEL MENOR DE EDAD

**INSTITUCIÓN** : Universidad Peruana Los Andes Huancayo – Perú

**INVESTIGADORES** : Bach. Canto Huamán, Henry Javier  
Bach. Porras Sosa, Katerin Vanesa

Yo, Milagros Arrieta Vilchez identificado con DNI 45995826, padre o apoderado del menor R.B.A. Por medio de la presente hago

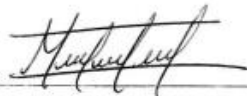
constar que acepto voluntariamente que el menor de edad que está bajo mi responsabilidad, participe en la investigación titulada: “nivel de depresión en estudiantes de 8 a 17 años del distrito de Ascos Vinchos, provincia de huamanga departamento de Ayacucho - 2018”.

Previo a mi consentimiento se me ha explicado el propósito del estudio, que es determinar el nivel de depresión en los estudiantes y para tal efecto se empleará una prueba para poder documentar la información. La misma que será aplicada a mi menor hijo(a) y tendrá carácter confidencial.

Ante lo descrito y señal de conformidad firmaré a continuación e imprimiré mi huella digital.

Para cualquier información adicional sobre el proyecto puedo llamar a las integrantes:  
Canto Huamán, Henry Javier: Celular 916526334  
Porras Sosa, Katerin Vanesa: Celular 938422399

Fecha:



Firma del padre o apoderado



Huella digital



## Anexo N° 8

### Declaración jurada de confidencialidad



UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DIRECCIÓN DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

### **DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD**

Yo, Henry Javier Canto Huamán....., identificado (a) con DNI  
N° 46905024..... estudiante/docente/egresado la escuela profesional  
de Psicología....., vengo implementando el proyecto de tesis  
titulado "Nivel de Depresión En Adolescentes De Una Institución  
Educativa Estatal Del Distrito De Acos Vinchos,  
Provincia De Huamanga, Ayacucho - 2019.....”

, en ese contexto declaro bajo juramento que los datos que se generen como producto de la investigación, así como la identidad de los participantes serán preservados y serán usados únicamente con fines de investigación de acuerdo a lo especificado en los artículos 27 y 28 del Reglamento General de Investigación y en los artículos 4 y 5 del Código de Ética para la investigación Científica de la Universidad Peruana Los Andes , salvo con autorización expresa y documentada de alguno de ellos.

Huancayo, 01 de Setiembre..... 2020.



Apellidos y nombres: Canto Huamán, Henry, Javier

**Responsable de investigación**



UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DIRECCIÓN DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

### DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD

Yo... Katerin Vanessa Poma Sosa....., identificado (a) con DNI  
N° 70140841..... estudiante/docente/egresado la escuela profesional  
de... Psicología....., vengo implementando el proyecto de tesis  
titulado " Nivel de Depresión en adolescentes de una Institución  
Educativa Estatal del Distrito de Acaesunchos, Provincia de  
Huamanga, Ayacucho - 2019..... ”

, en ese contexto declaro bajo juramento que los datos que se generen como producto de la investigación, así como la identidad de los participantes serán preservados y serán usados únicamente con fines de investigación de acuerdo a lo especificado en los artículos 27 y 28 del Reglamento General de Investigación y en los artículos 4 y 5 del Código de Ética para la investigación Científica de la Universidad Peruana Los Andes , salvo con autorización expresa y documentada de alguno de ellos.

Huancayo, ... 01 ... de ... Setiembre ..... 2020.



Apellidos y nombres: Poma Sosa Katerin V.

**Responsable de investigación**

## Anexo N° 9

### Data de procesamiento de datos

N°	GÉNERO	EDAD	DISFORIA	AUTOESTIMA	DEPRESIÓN
1	FEMENINO	12	1 SIN SINTOMATOLOGÍA	4 AUTOESTIMA NORMAL	10 SIN SINTOMATOLOGÍA
2	MASCULINO	12	3 SIN SINTOMATOLOGÍA	0 AUTOESTIMA NORMAL	5 SIN SINTOMATOLOGÍA
3	FEMENINO	12	5 SIN SINTOMATOLOGÍA	4 AUTOESTIMA NORMAL	35 SIN SINTOMATOLOGÍA
4	FEMENINO	12	8 SIN SINTOMATOLOGÍA	8 AUTOESTIMA NORMAL	75 SIN SINTOMATOLOGÍA
5	MASCULINO	12	5 SIN SINTOMATOLOGÍA	2 AUTOESTIMA NORMAL	25 SIN SINTOMATOLOGÍA
6	MASCULINO	12	6 SIN SINTOMATOLOGÍA	7 AUTOESTIMA NORMAL	65 SIN SINTOMATOLOGÍA
7	FEMENINO	13	11 DISFORIA LEVE	8 AUTOESTIMA NORMAL	85 SIN SINTOMATOLOGÍA
8	FEMENINO	13	3 SIN SINTOMATOLOGÍA	4 AUTOESTIMA NORMAL	20 SIN SINTOMATOLOGÍA
9	FEMENINO	13	2 SIN SINTOMATOLOGÍA	5 AUTOESTIMA NORMAL	20 SIN SINTOMATOLOGÍA
10	FEMENINO	13	1 SIN SINTOMATOLOGÍA	2 AUTOESTIMA NORMAL	2 SIN SINTOMATOLOGÍA
11	MASCULINO	13	4 SIN SINTOMATOLOGÍA	8 AUTOESTIMA NORMAL	60 SIN SINTOMATOLOGÍA
12	FEMENINO	13	14 DISFORIA LEVE	12 DEFICIT AUTOESTIMA	95 LEVE
13	FEMENINO	13	0 SIN SINTOMATOLOGÍA	2 AUTOESTIMA NORMAL	2 SIN SINTOMATOLOGÍA
14	FEMENINO	13	12 DISFORIA LEVE	12 DEFICIT AUTOESTIMA	92 LEVE
15	FEMENINO	13	2 SIN SINTOMATOLOGÍA	4 AUTOESTIMA NORMAL	15 SIN SINTOMATOLOGÍA
16	FEMENINO	13	2 SIN SINTOMATOLOGÍA	9 AUTOESTIMA NORMAL	45 SIN SINTOMATOLOGÍA
17	FEMENINO	13	1 SIN SINTOMATOLOGÍA	6 AUTOESTIMA NORMAL	20 SIN SINTOMATOLOGÍA
18	FEMENINO	13	1 SIN SINTOMATOLOGÍA	4 AUTOESTIMA NORMAL	10 SIN SINTOMATOLOGÍA
19	MASCULINO	13	7 SIN SINTOMATOLOGÍA	5 AUTOESTIMA NORMAL	60 SIN SINTOMATOLOGÍA
20	MASCULINO	13	7 SIN SINTOMATOLOGÍA	5 AUTOESTIMA NORMAL	60 SIN SINTOMATOLOGÍA
21	FEMENINO	13	9 SIN SINTOMATOLOGÍA	11 AUTOESTIMA NORMAL	85 SIN SINTOMATOLOGÍA
22	FEMENINO	13	10 DISFORIA LEVE	3 AUTOESTIMA NORMAL	60 SIN SINTOMATOLOGÍA
23	MASCULINO	13	5 SIN SINTOMATOLOGÍA	4 AUTOESTIMA NORMAL	40 SIN SINTOMATOLOGÍA
24	FEMENINO	13	3 SIN SINTOMATOLOGÍA	4 AUTOESTIMA NORMAL	20 SIN SINTOMATOLOGÍA
25	FEMENINO	13	4 SIN SINTOMATOLOGÍA	12 DEFICIT AUTOESTIMA	75 SIN SINTOMATOLOGÍA
26	MASCULINO	13	2 SIN SINTOMATOLOGÍA	3 AUTOESTIMA NORMAL	10 SIN SINTOMATOLOGÍA
27	FEMENINO	13	4 SIN SINTOMATOLOGÍA	2 AUTOESTIMA NORMAL	15 SIN SINTOMATOLOGÍA
28	FEMENINO	13	4 SIN SINTOMATOLOGÍA	9 AUTOESTIMA NORMAL	60 SIN SINTOMATOLOGÍA
29	FEMENINO	13	3 SIN SINTOMATOLOGÍA	6 AUTOESTIMA NORMAL	35 SIN SINTOMATOLOGÍA
30	FEMENINO	13	9 SIN SINTOMATOLOGÍA	7 AUTOESTIMA NORMAL	75 SIN SINTOMATOLOGÍA
31	MASCULINO	13	1 SIN SINTOMATOLOGÍA	3 AUTOESTIMA NORMAL	5 SIN SINTOMATOLOGÍA
32	FEMENINO	13	3 SIN SINTOMATOLOGÍA	2 AUTOESTIMA NORMAL	10 SIN SINTOMATOLOGÍA
33	FEMENINO	13	10 DISFORIA LEVE	9 AUTOESTIMA NORMAL	85 SIN SINTOMATOLOGÍA
34	FEMENINO	13	1 SIN SINTOMATOLOGÍA	4 AUTOESTIMA NORMAL	10 SIN SINTOMATOLOGÍA
35	MASCULINO	13	2 SIN SINTOMATOLOGÍA	7 AUTOESTIMA NORMAL	40 SIN SINTOMATOLOGÍA

36	MASCULINO	13	8	SIN SINTOMATOLOGÍA	6	AUTOESTIMA NORMAL	70	SIN SINTOMATOLOGÍA
37	MASCULINO	13	3	SIN SINTOMATOLOGÍA	3	AUTOESTIMA NORMAL	20	SIN SINTOMATOLOGÍA
38	MASCULINO	14	5	SIN SINTOMATOLOGÍA	9	AUTOESTIMA NORMAL	70	SIN SINTOMATOLOGÍA
39	FEMENINO	14	2	SIN SINTOMATOLOGÍA	10	AUTOESTIMA NORMAL	55	SIN SINTOMATOLOGÍA
40	MASCULINO	14	7	SIN SINTOMATOLOGÍA	6	AUTOESTIMA NORMAL	65	SIN SINTOMATOLOGÍA
41	FEMENINO	14	9	SIN SINTOMATOLOGÍA	10	AUTOESTIMA NORMAL	85	SIN SINTOMATOLOGÍA
42	MASCULINO	14	4	SIN SINTOMATOLOGÍA	7	AUTOESTIMA NORMAL	55	SIN SINTOMATOLOGÍA
43	FEMENINO	14	2	SIN SINTOMATOLOGÍA	6	AUTOESTIMA NORMAL	25	SIN SINTOMATOLOGÍA
44	FEMENINO	14	9	SIN SINTOMATOLOGÍA	10	AUTOESTIMA NORMAL	85	SIN SINTOMATOLOGÍA
45	MASCULINO	14	7	SIN SINTOMATOLOGÍA	8	AUTOESTIMA NORMAL	75	SIN SINTOMATOLOGÍA
46	FEMENINO	14	0	SIN SINTOMATOLOGÍA	1	AUTOESTIMA NORMAL	2	SIN SINTOMATOLOGÍA
47	FEMENINO	14	1	SIN SINTOMATOLOGÍA	2	AUTOESTIMA NORMAL	2	SIN SINTOMATOLOGÍA
48	MASCULINO	14	2	SIN SINTOMATOLOGÍA	2	AUTOESTIMA NORMAL	5	SIN SINTOMATOLOGÍA
49	FEMENINO	14	2	SIN SINTOMATOLOGÍA	6	AUTOESTIMA NORMAL	25	SIN SINTOMATOLOGÍA
50	MASCULINO	14	4	SIN SINTOMATOLOGÍA	3	AUTOESTIMA NORMAL	25	SIN SINTOMATOLOGÍA
51	FEMENINO	14	0	SIN SINTOMATOLOGÍA	4	AUTOESTIMA NORMAL	5	SIN SINTOMATOLOGÍA
52	FEMENINO	14	1	SIN SINTOMATOLOGÍA	8	AUTOESTIMA NORMAL	35	SIN SINTOMATOLOGÍA
53	MASCULINO	14	2	SIN SINTOMATOLOGÍA	6	AUTOESTIMA NORMAL	30	SIN SINTOMATOLOGÍA
54	FEMENINO	14	6	SIN SINTOMATOLOGÍA	7	AUTOESTIMA NORMAL	60	SIN SINTOMATOLOGÍA
55	MASCULINO	14	2	SIN SINTOMATOLOGÍA	6	AUTOESTIMA NORMAL	30	SIN SINTOMATOLOGÍA
56	MASCULINO	14	2	SIN SINTOMATOLOGÍA	6	AUTOESTIMA NORMAL	30	SIN SINTOMATOLOGÍA
57	MASCULINO	14	2	SIN SINTOMATOLOGÍA	6	AUTOESTIMA NORMAL	30	SIN SINTOMATOLOGÍA
58	FEMENINO	14	1	SIN SINTOMATOLOGÍA	2	AUTOESTIMA NORMAL	2	SIN SINTOMATOLOGÍA
59	FEMENINO	14	1	SIN SINTOMATOLOGÍA	5	AUTOESTIMA NORMAL	15	SIN SINTOMATOLOGÍA
60	MASCULINO	14	4	SIN SINTOMATOLOGÍA	7	AUTOESTIMA NORMAL	55	SIN SINTOMATOLOGÍA
61	FEMENINO	14	4	SIN SINTOMATOLOGÍA	7	AUTOESTIMA NORMAL	45	SIN SINTOMATOLOGÍA
62	FEMENINO	14	2	SIN SINTOMATOLOGÍA	4	AUTOESTIMA NORMAL	15	SIN SINTOMATOLOGÍA
63	MASCULINO	14	0	SIN SINTOMATOLOGÍA	8	AUTOESTIMA NORMAL	30	SIN SINTOMATOLOGÍA
64	MASCULINO	14	4	SIN SINTOMATOLOGÍA	3	AUTOESTIMA NORMAL	25	SIN SINTOMATOLOGÍA
65	FEMENINO	14	3	SIN SINTOMATOLOGÍA	3	AUTOESTIMA NORMAL	15	SIN SINTOMATOLOGÍA
66	FEMENINO	14	2	SIN SINTOMATOLOGÍA	6	AUTOESTIMA NORMAL	25	SIN SINTOMATOLOGÍA
67	FEMENINO	14	9	SIN SINTOMATOLOGÍA	8	AUTOESTIMA NORMAL	80	SIN SINTOMATOLOGÍA
68	MASCULINO	14	5	SIN SINTOMATOLOGÍA	9	AUTOESTIMA NORMAL	70	SIN SINTOMATOLOGÍA
69	MASCULINO	14	11	DISFORIA LEVE	3	AUTOESTIMA NORMAL	70	SIN SINTOMATOLOGÍA
70	MASCULINO	14	4	SIN SINTOMATOLOGÍA	4	AUTOESTIMA NORMAL	30	SIN SINTOMATOLOGÍA
71	MASCULINO	14	5	SIN SINTOMATOLOGÍA	3	AUTOESTIMA NORMAL	30	SIN SINTOMATOLOGÍA
72	MASCULINO	14	8	SIN SINTOMATOLOGÍA	7	AUTOESTIMA NORMAL	75	SIN SINTOMATOLOGÍA
73	MASCULINO	14	9	SIN SINTOMATOLOGÍA	9	AUTOESTIMA NORMAL	85	SIN SINTOMATOLOGÍA
74	MASCULINO	14	6	SIN SINTOMATOLOGÍA	6	AUTOESTIMA NORMAL	60	SIN SINTOMATOLOGÍA
75	MASCULINO	14	1	SIN SINTOMATOLOGÍA	6	AUTOESTIMA NORMAL	25	SIN SINTOMATOLOGÍA

76	MASCULINO	14	2	SIN SINTOMATOLOGÍA	9	AUTOESTIMA NORMAL	55	SIN SINTOMATOLOGÍA
77	FEMENINO	14	13	DISFORIA LEVE	7	AUTOESTIMA NORMAL	85	SIN SINTOMATOLOGÍA
78	FEMENINO	14	7	SIN SINTOMATOLOGÍA	11	DEFICIT AUTOESTIMA	80	SIN SINTOMATOLOGÍA
79	FEMENINO	14	7	SIN SINTOMATOLOGÍA	10	AUTOESTIMA NORMAL	80	SIN SINTOMATOLOGÍA
80	MASCULINO	14	2	SIN SINTOMATOLOGÍA	2	AUTOESTIMA NORMAL	5	SIN SINTOMATOLOGÍA
81	MASCULINO	14	2	SIN SINTOMATOLOGÍA	4	AUTOESTIMA NORMAL	20	SIN SINTOMATOLOGÍA
82	FEMENINO	14	4	SIN SINTOMATOLOGÍA	11	AUTOESTIMA NORMAL	75	SIN SINTOMATOLOGÍA
83	MASCULINO	14	2	SIN SINTOMATOLOGÍA	10	AUTOESTIMA NORMAL	60	SIN SINTOMATOLOGÍA
84	MASCULINO	14	12	DISFORIA LEVE	8	AUTOESTIMA NORMAL	90	LEVE
85	MASCULINO	14	8	SIN SINTOMATOLOGÍA	9	AUTOESTIMA NORMAL	80	SIN SINTOMATOLOGÍA
86	MASCULINO	14	1	SIN SINTOMATOLOGÍA	8	AUTOESTIMA NORMAL	40	SIN SINTOMATOLOGÍA
87	MASCULINO	14	2	SIN SINTOMATOLOGÍA	4	AUTOESTIMA NORMAL	20	SIN SINTOMATOLOGÍA
88	MASCULINO	14	6	SIN SINTOMATOLOGÍA	6	AUTOESTIMA NORMAL	60	SIN SINTOMATOLOGÍA
89	MASCULINO	14	3	SIN SINTOMATOLOGÍA	2	AUTOESTIMA NORMAL	10	SIN SINTOMATOLOGÍA
90	FEMENINO	14	6	SIN SINTOMATOLOGÍA	5	AUTOESTIMA NORMAL	45	SIN SINTOMATOLOGÍA
91	FEMENINO	14	6	SIN SINTOMATOLOGÍA	7	AUTOESTIMA NORMAL	60	SIN SINTOMATOLOGÍA
92	FEMENINO	14	14	DISFORIA LEVE	6	AUTOESTIMA NORMAL	85	SIN SINTOMATOLOGÍA
93	MASCULINO	14	9	SIN SINTOMATOLOGÍA	10	AUTOESTIMA NORMAL	85	SIN SINTOMATOLOGÍA
94	MASCULINO	14	3	SIN SINTOMATOLOGÍA	11	AUTOESTIMA NORMAL	70	SIN SINTOMATOLOGÍA
95	MASCULINO	14	9	SIN SINTOMATOLOGÍA	8	AUTOESTIMA NORMAL	80	SIN SINTOMATOLOGÍA
96	MASCULINO	14	8	SIN SINTOMATOLOGÍA	7	AUTOESTIMA NORMAL	75	SIN SINTOMATOLOGÍA
96	FEMENINO	14	4	SIN SINTOMATOLOGÍA	0	AUTOESTIMA NORMAL	5	SIN SINTOMATOLOGÍA
98	MASCULINO	14	5	SIN SINTOMATOLOGÍA	8	AUTOESTIMA NORMAL	65	SIN SINTOMATOLOGÍA
99	MASCULINO	14	6	SIN SINTOMATOLOGÍA	10	AUTOESTIMA NORMAL	85	SIN SINTOMATOLOGÍA
100	MASCULINO	14	3	SIN SINTOMATOLOGÍA	6	AUTOESTIMA NORMAL	40	SIN SINTOMATOLOGÍA
101	MASCULINO	15	4	SIN SINTOMATOLOGÍA	7	AUTOESTIMA NORMAL	45	SIN SINTOMATOLOGÍA
102	FEMENINO	15	6	SIN SINTOMATOLOGÍA	10	AUTOESTIMA NORMAL	80	SIN SINTOMATOLOGÍA
103	FEMENINO	15	2	SIN SINTOMATOLOGÍA	4	AUTOESTIMA NORMAL	20	SIN SINTOMATOLOGÍA
104	FEMENINO	15	9	SIN SINTOMATOLOGÍA	6	AUTOESTIMA NORMAL	75	SIN SINTOMATOLOGÍA
105	FEMENINO	15	1	SIN SINTOMATOLOGÍA	3	AUTOESTIMA NORMAL	5	SIN SINTOMATOLOGÍA
106	MASCULINO	15	2	SIN SINTOMATOLOGÍA	11	DEFICIT AUTOESTIMA	65	SIN SINTOMATOLOGÍA
107	FEMENINO	15	5	SIN SINTOMATOLOGÍA	6	AUTOESTIMA NORMAL	55	SIN SINTOMATOLOGÍA
108	MASCULINO	15	11	DISFORIA LEVE	12	AUTOESTIMA NEGATIVA	90	LEVE
109	MASCULINO	15	17	DISFORIA SEVERA	8	AUTOESTIMA NORMAL	95	LEVE
100	FEMENINO	15	6	SIN SINTOMATOLOGÍA	6	AUTOESTIMA NORMAL	60	SIN SINTOMATOLOGÍA
111	FEMENINO	15	6	SIN SINTOMATOLOGÍA	8	AUTOESTIMA NORMAL	65	SIN SINTOMATOLOGÍA
112	MASCULINO	15	10	DISFORIA LEVE	12	AUTOESTIMA NEGATIVA	92	LEVE
113	MASCULINO	15	5	SIN SINTOMATOLOGÍA	8	AUTOESTIMA NORMAL	95	LEVE
114	MASCULINO	15	3	SIN SINTOMATOLOGÍA	4	AUTOESTIMA NORMAL	25	SIN SINTOMATOLOGÍA
115	MASCULINO	15	17	DISFORIA SEVERA	10	DEFICIT AUTOESTIMA	96	SEVERA

116	FEMENINO	15	5	SIN SINTOMATOLOGÍA	8	AUTOESTIMA NORMAL	60	SIN SINTOMATOLOGÍA
117	FEMENINO	15	1	SIN SINTOMATOLOGÍA	6	AUTOESTIMA NORMAL	25	SIN SINTOMATOLOGÍA
118	MASCULINO	15	1	SIN SINTOMATOLOGÍA	2	AUTOESTIMA NORMAL	5	SIN SINTOMATOLOGÍA
119	FEMENINO	15	2	SIN SINTOMATOLOGÍA	7	AUTOESTIMA NORMAL	35	SIN SINTOMATOLOGÍA
120	FEMENINO	15	3	SIN SINTOMATOLOGÍA	8	AUTOESTIMA NORMAL	45	SIN SINTOMATOLOGÍA
121	FEMENINO	15	8	SIN SINTOMATOLOGÍA	8	AUTOESTIMA NORMAL	75	SIN SINTOMATOLOGÍA
122	FEMENINO	15	4	SIN SINTOMATOLOGÍA	7	AUTOESTIMA NORMAL	55	SIN SINTOMATOLOGÍA
123	MASCULINO	15	7	SIN SINTOMATOLOGÍA	3	AUTOESTIMA NORMAL	40	SIN SINTOMATOLOGÍA
124	MASCULINO	15	19	DISFORIA SEVERA	8	AUTOESTIMA NORMAL	96	SEVERA
125	FEMENINO	15	10	DISFORIA LEVE	7	AUTOESTIMA NORMAL	80	SIN SINTOMATOLOGÍA
126	MASCULINO	15	7	SIN SINTOMATOLOGÍA	9	AUTOESTIMA NORMAL	80	SIN SINTOMATOLOGÍA
127	FEMENINO	15	11	DISFORIA LEVE	10	DEFICIT AUTOESTIMA	85	SIN SINTOMATOLOGÍA
128	MASCULINO	15	0	SIN SINTOMATOLOGÍA	1	AUTOESTIMA NORMAL	2	SIN SINTOMATOLOGÍA
129	MASCULINO	15	8	SIN SINTOMATOLOGÍA	7	AUTOESTIMA NORMAL	75	SIN SINTOMATOLOGÍA
130	MASCULINO	15	2	SIN SINTOMATOLOGÍA	2	AUTOESTIMA NORMAL	5	SIN SINTOMATOLOGÍA
131	MASCULINO	15	8	SIN SINTOMATOLOGÍA	5	AUTOESTIMA NORMAL	65	SIN SINTOMATOLOGÍA
132	MASCULINO	15	7	SIN SINTOMATOLOGÍA	6	AUTOESTIMA NORMAL	65	SIN SINTOMATOLOGÍA
133	MASCULINO	15	3	SIN SINTOMATOLOGÍA	7	AUTOESTIMA NORMAL	45	SIN SINTOMATOLOGÍA
134	MASCULINO	15	3	SIN SINTOMATOLOGÍA	7	AUTOESTIMA NORMAL	40	SIN SINTOMATOLOGÍA
135	FEMENINO	15	0	SIN SINTOMATOLOGÍA	2	AUTOESTIMA NORMAL	2	SIN SINTOMATOLOGÍA
136	FEMENINO	15	5	SIN SINTOMATOLOGÍA	9	AUTOESTIMA NORMAL	70	SIN SINTOMATOLOGÍA
137	FEMENINO	15	9	SIN SINTOMATOLOGÍA	7	AUTOESTIMA NORMAL	80	SIN SINTOMATOLOGÍA
138	FEMENINO	15	8	SIN SINTOMATOLOGÍA	6	AUTOESTIMA NORMAL	70	SIN SINTOMATOLOGÍA
139	MASCULINO	15	1	SIN SINTOMATOLOGÍA	2	AUTOESTIMA NORMAL	2	SIN SINTOMATOLOGÍA
140	FEMENINO	15	7	SIN SINTOMATOLOGÍA	10	AUTOESTIMA NORMAL	80	SIN SINTOMATOLOGÍA
141	FEMENINO	15	1	SIN SINTOMATOLOGÍA	4	AUTOESTIMA NORMAL	10	SIN SINTOMATOLOGÍA
142	MASCULINO	15	5	SIN SINTOMATOLOGÍA	6	AUTOESTIMA NORMAL	55	SIN SINTOMATOLOGÍA
143	MASCULINO	15	5	SIN SINTOMATOLOGÍA	11	AUTOESTIMA NORMAL	75	SIN SINTOMATOLOGÍA
144	MASCULINO	15	3	SIN SINTOMATOLOGÍA	8	AUTOESTIMA NORMAL	45	SIN SINTOMATOLOGÍA
145	FEMENINO	15	0	SIN SINTOMATOLOGÍA	1	AUTOESTIMA NORMAL	2	SIN SINTOMATOLOGÍA
146	MASCULINO	15	12	DISFORIA LEVE	10	AUTOESTIMA NORMAL	92	LEVE
147	MASCULINO	15	10	DISFORIA LEVE	8	AUTOESTIMA NORMAL	85	SIN SINTOMATOLOGÍA
148	FEMENINO	15	5	SIN SINTOMATOLOGÍA	7	AUTOESTIMA NORMAL	60	SIN SINTOMATOLOGÍA
149	MASCULINO	15	8	SIN SINTOMATOLOGÍA	9	AUTOESTIMA NORMAL	80	SIN SINTOMATOLOGÍA
150	MASCULINO	15	2	SIN SINTOMATOLOGÍA	3	AUTOESTIMA NORMAL	10	SIN SINTOMATOLOGÍA
151	FEMENINO	15	9	SIN SINTOMATOLOGÍA	7	AUTOESTIMA NORMAL	80	SIN SINTOMATOLOGÍA
152	MASCULINO	15	1	SIN SINTOMATOLOGÍA	3	AUTOESTIMA NORMAL	5	SIN SINTOMATOLOGÍA
153	MASCULINO	15	5	SIN SINTOMATOLOGÍA	4	AUTOESTIMA NORMAL	40	SIN SINTOMATOLOGÍA
154	MASCULINO	15	11	DISFORIA LEVE	11	AUTOESTIMA NEGATIVA	92	LEVE
155	MASCULINO	15	8	SIN SINTOMATOLOGÍA	5	AUTOESTIMA NORMAL	60	SIN SINTOMATOLOGÍA

156	FEMENINO	15	9	SIN SINTOMATOLOGÍA	2	AUTOESTIMA NORMAL	45	SIN SINTOMATOLOGÍA
157	MASCULINO	16	0	SIN SINTOMATOLOGÍA	7	AUTOESTIMA NORMAL	25	SIN SINTOMATOLOGÍA
158	MASCULINO	16	4	SIN SINTOMATOLOGÍA	13	DEFICIT AUTOESTIMA	80	SIN SINTOMATOLOGÍA
159	FEMENINO	16	11	DISFORIA LEVE	9	AUTOESTIMA NORMAL	85	SIN SINTOMATOLOGÍA
160	FEMENINO	16	2	SIN SINTOMATOLOGÍA	7	AUTOESTIMA NORMAL	35	SIN SINTOMATOLOGÍA
161	FEMENINO	16	3	SIN SINTOMATOLOGÍA	8	AUTOESTIMA NORMAL	45	SIN SINTOMATOLOGÍA
162	MASCULINO	16	8	SIN SINTOMATOLOGÍA	8	AUTOESTIMA NORMAL	75	SIN SINTOMATOLOGÍA
163	FEMENINO	16	4	SIN SINTOMATOLOGÍA	7	AUTOESTIMA NORMAL	55	SIN SINTOMATOLOGÍA
164	MASCULINO	16	7	SIN SINTOMATOLOGÍA	3	AUTOESTIMA NORMAL	40	SIN SINTOMATOLOGÍA
165	MASCULINO	16	19	DISFORIA SEVERA	8	AUTOESTIMA NORMAL	96	SEVERA
166	FEMENINO	16	10	DISFORIA LEVE	7	AUTOESTIMA NORMAL	80	SIN SINTOMATOLOGÍA
167	FEMENINO	16	7	SIN SINTOMATOLOGÍA	9	AUTOESTIMA NORMAL	80	SIN SINTOMATOLOGÍA
168	FEMENINO	16	11	DISFORIA LEVE	10	AUTOESTIMA NORMAL	85	SIN SINTOMATOLOGÍA
169	MASCULINO	16	0	SIN SINTOMATOLOGÍA	1	AUTOESTIMA NORMAL	2	SIN SINTOMATOLOGÍA
170	FEMENINO	16	8	SIN SINTOMATOLOGÍA	7	AUTOESTIMA NORMAL	75	SIN SINTOMATOLOGÍA
171	MASCULINO	16	2	SIN SINTOMATOLOGÍA	2	AUTOESTIMA NORMAL	5	SIN SINTOMATOLOGÍA
172	MASCULINO	16	8	SIN SINTOMATOLOGÍA	5	AUTOESTIMA NORMAL	65	SIN SINTOMATOLOGÍA
173	MASCULINO	16	7	SIN SINTOMATOLOGÍA	6	AUTOESTIMA NORMAL	65	SIN SINTOMATOLOGÍA
174	FEMENINO	16	3	SIN SINTOMATOLOGÍA	7	AUTOESTIMA NORMAL	45	SIN SINTOMATOLOGÍA
175	MASCULINO	16	3	SIN SINTOMATOLOGÍA	7	AUTOESTIMA NORMAL	40	SIN SINTOMATOLOGÍA
176	MASCULINO	16	0	SIN SINTOMATOLOGÍA	2	AUTOESTIMA NORMAL	2	SIN SINTOMATOLOGÍA
177	MASCULINO	16	5	SIN SINTOMATOLOGÍA	9	AUTOESTIMA NORMAL	70	SIN SINTOMATOLOGÍA
178	MASCULINO	16	9	SIN SINTOMATOLOGÍA	7	AUTOESTIMA NORMAL	80	SIN SINTOMATOLOGÍA
179	FEMENINO	16	8	SIN SINTOMATOLOGÍA	6	AUTOESTIMA NORMAL	70	SIN SINTOMATOLOGÍA
180	FEMENINO	16	1	SIN SINTOMATOLOGÍA	2	AUTOESTIMA NORMAL	2	SIN SINTOMATOLOGÍA
181	FEMENINO	16	7	SIN SINTOMATOLOGÍA	10	AUTOESTIMA NORMAL	80	SIN SINTOMATOLOGÍA
182	MASCULINO	16	1	SIN SINTOMATOLOGÍA	4	AUTOESTIMA NORMAL	10	SIN SINTOMATOLOGÍA
183	FEMENINO	16	5	SIN SINTOMATOLOGÍA	6	AUTOESTIMA NORMAL	55	SIN SINTOMATOLOGÍA
184	FEMENINO	16	5	SIN SINTOMATOLOGÍA	11	AUTOESTIMA NORMAL	75	SIN SINTOMATOLOGÍA
185	MASCULINO	16	3	SIN SINTOMATOLOGÍA	8	AUTOESTIMA NORMAL	45	SIN SINTOMATOLOGÍA
86	MASCULINO	16	0	SIN SINTOMATOLOGÍA	1	AUTOESTIMA NORMAL	2	SIN SINTOMATOLOGÍA
187	MASCULINO	16	12	DISFORIA LEVE	10	AUTOESTIMA NORMAL	92	LEVE
188	MASCULINO	16	10	DISFORIA LEVE	8	AUTOESTIMA NORMAL	85	SIN SINTOMATOLOGÍA
189	FEMENINO	16	5	SIN SINTOMATOLOGÍA	7	AUTOESTIMA NORMAL	60	SIN SINTOMATOLOGÍA
190	MASCULINO	16	8	SIN SINTOMATOLOGÍA	9	AUTOESTIMA NORMAL	80	SIN SINTOMATOLOGÍA
191	MASCULINO	16	2	SIN SINTOMATOLOGÍA	3	AUTOESTIMA NORMAL	10	SIN SINTOMATOLOGÍA
192	FEMENINO	16	9	SIN SINTOMATOLOGÍA	7	AUTOESTIMA NORMAL	80	SIN SINTOMATOLOGÍA
193	MASCULINO	16	1	SIN SINTOMATOLOGÍA	3	AUTOESTIMA NORMAL	5	SIN SINTOMATOLOGÍA
194	MASCULINO	16	5	SIN SINTOMATOLOGÍA	4	AUTOESTIMA NORMAL	40	SIN SINTOMATOLOGÍA
195	FEMENINO	16	11	DISFORIA LEVE	11	DEFICIT AUTOESTIMA	92	LEVE

<b>196</b>	<b>FEMENINO</b>	<b>16</b>	<b>8</b>	<b>SIN SINTOMATOLOGÍA</b>	<b>5</b>	<b>AUTOESTIMA NORMAL</b>	<b>60</b>	<b>SIN SINTOMATOLOGÍA</b>
<b>196</b>	<b>MASCULINO</b>	<b>16</b>	<b>9</b>	<b>SIN SINTOMATOLOGÍA</b>	<b>2</b>	<b>AUTOESTIMA NORMAL</b>	<b>45</b>	<b>SIN SINTOMATOLOGÍA</b>
<b>198</b>	<b>MASCULINO</b>	<b>16</b>	<b>0</b>	<b>SIN SINTOMATOLOGÍA</b>	<b>7</b>	<b>AUTOESTIMA NORMAL</b>	<b>25</b>	<b>SIN SINTOMATOLOGÍA</b>
<b>199</b>	<b>FEMENINO</b>	<b>16</b>	<b>4</b>	<b>SIN SINTOMATOLOGÍA</b>	<b>13</b>	<b>DEFICIT AUTOESTIMA</b>	<b>80</b>	<b>SIN SINTOMATOLOGÍA</b>



Anexo N° 10

**CONSENTIMIENTO INFORMADO  
DEL PADRE O APODERADO DEL MENOR DE EDAD**

**INSTITUCIÓN** : Universidad Peruana Los Andes Huancayo – Perú

**INVESTIGADORES** : Bach. Canto Huamán, Henry Javier  
Bach. Porras Sosa, Katerin Vanesa

Yo, \_\_\_\_\_ identificado  
con DNI \_\_\_\_\_, padre o apoderado del menor  
\_\_\_\_\_.

Por medio de la presente hago constar que acepto voluntariamente que el menor de edad que está bajo mi responsabilidad, participe en la investigación titulada: “nivel de depresión en estudiantes de 8 a 17 años del distrito de Ascos Vinchos, provincia de huamanga departamento de Ayacucho - 2018”.

Previo a mi consentimiento se me ha explicado el propósito del estudio, que es determinar el nivel de depresión en los estudiantes y para tal efecto se empleará una prueba para poder documentar la información, la misma que será aplicada a mi menor hijo(a) y tendrá carácter confidencial.

Ante lo descrito y señal de conformidad firmaré a continuación e imprimiré mi huella digital.

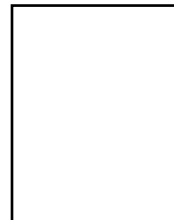
Para cualquier información adicional sobre el proyecto puedo llamar as:

Canto Huamán, Henry Javier: Celular 938422399

Porras Sosa, Katerin Vanesa: Celular 968495400

Fecha:

\_\_\_\_\_  
**Firma del padre o apoderado**



**Huella digita**

Anexo N° 11

**APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO**







