



**UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**



**Presencia de Depresión en Estudiantes de V Ciclo de la Institución
Educativa Estatal San Luis Gonzaga – 711 de Urubamba, Cusco - 2018**

Tesis presentada por

Bach. Parko Pérez Cusihuallpa

Para optar el título profesional de Psicólogo

Asesor:

Ps. Roberto Serapio Mejía Rodríguez

Cusco – 2018



Dedicatoria

A los todos los profesionales que se dedican a la labor educativa; en especial a los niños, niñas y jóvenes con quienes trabaje en mi periodo de internado, quienes me ayudaron a entender el verdadero sentido de la educación

Parko Pérez Cusihualpa



Agradecimiento

A mis padres, por todo el apoyo brindado en este proceso, por su paciencia y comprensión, a mis hermanos por la confianza, preocupación y aliento a cada instante, a mi asesor Ps.

Roberto Serapio Mejía, quien con su experiencia y consejos logre concluir esta investigación, a los dictaminantes: Mg.Ps. Gareth del castillo Estrada, por su paciencia y apoyo constante, a la Dra. Ps. Yaneth Castro Vargas, por sus enseñanzas brindadas, a mis docentes de universidad por todas sus enseñanzas brindadas en esta etapa y por toda su colaboración.

Parko Pérez Cusihualpa



Índice

Capítulo 1: Introducción	pág. 1
1.1. Planteamiento del Problema.....	pág. 1
1.2. Formulación del Problema.....	pág. 3
1.2.1. Problema general.....	pág. 3
1.2.2. Problemas específicos.....	pág. 3
1.3. Justificación.....	pág. 4
1.3.1. Conveniencia.....	pág.4
1.3.2. Relevancia social.....	pág. 4
1.3.3. Implicancias practicas.....	pág. 5
1.3.4. Valor Teórico.....	pág. 5
1.3.5. Utilidad Metodológica.....	pág. 6
1.4. Objetivos.....	pág. 6
1.4.1. Objetivos generales.....	pág. 6
1.4.2. Objetivos específicos.....	pág. 6
1.5. Viabilidad del estudio.....	pág. 7
1.6. Delimitación del Estudio.....	pág. 7
1.6.1. Delimitación espacial.....	pág. 7
1.6.2. Delimitación temporal.....	pág.7
Capítulo 2: Marco Teórico	pág. 8
2.1. Antecedentes del Estudio.....	pág.8
2.1.1. Antecedentes internacionales.....	pág. 8
2.1.2. Antecedentes nacionales.....	pág. 9
2.2. Modelo teórico.....	pág. 10



2.2.1. Modelo cognitivo de la depresión.....	pág. 10
2.2.2. Modelo cognitivo de la depresión infantil.....	pág. 10
2.3. Marco conceptual.....	pág. 13
2.3.1. Adolescencia.....	pág. 13
2.3.2. Definición de depresión infantil.....	pág. 14
2.3.3. Características de la depresión.....	pág. 15
2.4. Hipótesis generales.....	pág. 17
2.4.1. Hipótesis específicas.....	pág. 17
2.5. Variables.....	pág. 18
2.5.1. Identificación de variables.....	pág. 18
2.5.2. Operacionalización de variables.....	pág. 19
2.6. Definición de Términos Básicos.....	pág. 21
Capítulo 3: Método	pág. 22
3.1. Alcance de Investigación.....	pág. 22
3.2. Diseño de Investigación.....	pág. 22
3.2.1. Esquema de investigación.....	pág. 22
3.3. Población.....	pág. 23
3.4. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos.....	pág. 24
3.4.1. Inventario de depresión de Kovacs.....	pág. 24
3.5. Validez y Confiabilidad de Instrumentos.....	pág. 25
3.6. Técnicas de recolección de datos.....	pág. 25
Capítulo 4: Resultados	pág. 27
4.1. Resultado respecto a los objetivos específicos.....	pág. 27
4.2. Resultados respecto al objetivo general.....	pág. 32



Capítulo 5: Discusión	pág. 33
5.1. Descripción de los hallazgos más relevantes.....	pág. 33
5.2. Limitaciones del estudio.....	pág. 34
5.3. Comparación crítica con la literatura existente.....	pág. 34
5.4. Implicancias del estudio.....	pág. 36
Conclusiones	pág. 38
Recomendaciones	pág. 40
Bibliografía	pág. 41



Relación de tablas

Tabla 1: *Frecuencias estadísticas por sexo* pág. 24

Tabla 2: *Frecuencias estadísticas por edad* pág. 24

Tabla 3: *Frecuencias y porcentajes de Disforia* pág. 27

Tabla 4: *Frecuencias y porcentajes de Autoestima Negativa* pág. 28

Tabla 5: *Existencia de Depresión infantil entre sexos* pág. 29

Tabla 6: *Prueba chi-cuadrado para depresión entre sexos* pág. 29

Tabla 7: *Existencia de Disforia infantil entre sexos* pág. 30

Tabla 8: *Existencia de Autoestima Negativa entre sexos* pág. 30

Tabla 9: *Existencia de Depresión por procedencia* pág. 31

Tabla 10: *Prueba chi-cuadrado para depresión por procedencia* pág. 31

Tabla 13: *Existencia de Depresión Infantil* pág. 32



Lista de apéndices

Apéndice A. Matriz de consistencia..... pág. 47

Apéndice B. Matriz de instrumento pág. 49

Apéndice C. Instrumento de recolección de datos pág. 50

Apéndice D. Consentimiento informado pág. 55

Apéndice E. Presencia de Autoestima Negativa y Disforia por procedencia.....pág. 56



RESUMEN

Esta investigación surge ante la necesidad de conocer el estado mental de la población infantil en la ciudad de Urubamba, siendo esta una zona con bajos recursos económicos, y este un detonante de violencia y desintegración familiar. El objetivo del estudio fue “Describir si existe presencia de Depresión en los estudiantes de V ciclo de la Institución Educativa Estatal San Luis Gonzaga – 711 de Urubamba, Cusco – 2018”. Para esto se utilizó un enfoque cuantitativo con un diseño descriptivo comparativo. Se trabajó con el total de la población, 102 estudiantes de V ciclo. Para el levantamiento de datos se utilizó el Inventario de Depresión Infantil de Kovacs (CDI). Los resultados indican que el total de la población no presenta sintomatología o riesgo de sintomatología de Depresión, aunque por otra parte sí se encontró riesgo de sintomatología en las dimensiones Disforia y Autoestima Negativa. Para la comparación entre sexo y procedencia, la población no presenta diferencias en los resultados.

Palabras clave: Depresión, Disforia, Autoestima Negativa, Infantil.

SUMMARY

This investigation arises from the need to know the mental state of the child population in the city of Urubamba, this being an area with low economic resources, and this a trigger for violence and family breakdown. The objective of the study was "To describe if there is presence of Depression in the students of V cycle of the State Educational Institution San Luis Gonzaga - 711 of Urubamba, Cusco - 2018". For this, a quantitative approach with a comparative descriptive design was used. We worked with the total population, 102 students of V cycle. The Child Depression Inventory of Kovacs (CDI) was used to collect data. The results indicate that the total population does not present symptomatology or risk of Depression symptomatology, although on the other hand there was a risk of symptomatology in the Dysphoria and Negative Self-esteem dimensions. For the comparison between sex and origin, the population does not present differences in the results.

Keywords: Depression, Dysphoria, Negative, Childish.



Capítulo 1

Introducción

1.1 Planteamiento del problema

El presente proyecto de investigación se ubica en la línea de investigación “Cognición, aprendizaje y socialización” de la escuela profesional de psicología: al investigar sobre en estudiantes del distrito de Urubamba, quienes presentan características diferenciales con relación a la población etaria de la ciudad del Cusco.

La depresión es un problema constante en muchas partes del mundo, a Latinoamérica, por ejemplo, pese a ser una zona culturalmente dinámica y alborozada sufre de este mal; una de cada cinco personas experimenta depresión (OMS, 2017). Se sabe también que el impacto de estas dolencias afecta la calidad de vida y productividad de la población (Banco Mundial, 2017), además de ser la segunda causa de muerte entre personas de 15 a 29 años (OMS, 2017). Desde hace solo dos décadas se tiene conocimiento de la depresión infantil, lo que hace suponer que, si se desea una solución sostenible para combatir este mal, se debe trabajar desde las etapas de vida más tempranas, y que mejor en el contexto educativo y no únicamente cuando la persona ya ha llegado a su madures mental.

En Perú la depresión tiene una preponderancia alarmante debido a las condiciones sociales del país. La violencia social, la pobreza y sobre todo la desintegración familiar



son algunos de los factores que posibilitan la aparición de depresión en las personas más jóvenes (Verdugo, 2014). Es así, que en las últimas épocas se ha observado un incremento alarmante del uso de antidepresivos (Bachmann, 2014), que según la Asociación Americana de Psiquiatría (2004), su uso se encuentra vinculado a posibles comportamientos suicidas.

Actualmente el Perú está desarrollando una reforma educativa nacional en todos los niveles; se aspira a transformar y lograr condiciones educativas de calidad y es imperante poner énfasis en la salud psicológica de los estudiantes, por ser estos los actores principales del proceso de aprendizaje (Guadalupe et al., 2017). Por lo cual cualquier investigación particular sobre determinada zona beneficiara al logro de estos objetivos. Este es el caso de la capital de la provincia de Urubamba, en donde la principal actividad de las familias es el comercio agropecuario, actividad poco sostenible y que no reporta ingresos suficientes ya que la mayoría de las personas que trabajan en este rubro básicamente solo han culminado la primaria y en muchos casos ni siquiera saben leer o escribir (INEI, 2007). Esta situación se traduce en pobreza para la localidad y como medio de escape al alcoholismo, es así como en las familias de la zona se observa violencia en sus diversas modalidades, desde la física hasta la psicológica, desintegración y disfunción familiar. Este fenómeno tiene una relación significativa en un momento tan sensible como la niñez y la adolescencia, periodo en el cual cualquier influencia externa repercute en la futura formación del niño y adolescente y muy especialmente en su vida emocional.

Es una condición de la población de la ciudad de Urubamba los bajos recursos económicos, pero no es un caso aislado pues en nuestra región la pobreza se encuentra concentrada en más del 50% en los sectores rurales (La República, 2008). Es así como en el ámbito rural se necesita mucho por investigar, en este caso la depresión, pero



específicamente la depresión infantil, un fenómeno con solo dos décadas de estudio desde que fue identificada por los organismos competentes de salud.

Uno de los colegios más representativos de la zona es la Institución Educativa Estatal San Luis Gonzaga – 711 de Urubamba. Pionera en la educación primaria, y donde concurren para su formación educativa la mayoría de la población infantil de la zona rural. Al realizar la presente investigación en esta institución, especialmente en los estudiantes de quinto ciclo, que corresponde al quinto y sexto grado de educación básica regular (Ministerio de Educación de La Republica del Perú, 2016), identificaremos el fenómeno de la depresión y su repercusión en el proceso de aprendizaje de los estudiantes de las comunidades rurales de la provincia de Urubamba.

1.2 Formulación del problema

1.2.1 Problema general

¿Existe presencia de depresión en estudiantes de V ciclo de la Institución Educativa Estatal San Luis Gonzaga – 711 de Urubamba, Cusco -2018?

1.2.2 Problemas específicos

a) ¿Existe disforia en los estudiantes de V ciclo de la Institución Educativa Estatal San Luis Gonzaga – 711 de Urubamba, Cusco - 2018?

b) ¿Existe autoestima negativa en los estudiantes de V ciclo de la Institución Educativa Estatal San Luis Gonzaga – 711 de Urubamba, Cusco - 2018, según género?

c) ¿Existe presencia de depresión entre estudiantes de sexo masculino y femenino de V ciclo de la Institución Educativa Estatal San Luis Gonzaga – 711 de Urubamba, Cusco - 2018?

d) ¿Existe presencia de depresión por procedencia rural y urbana en los estudiantes de V ciclo de la Institución Educativa Estatal San Luis Gonzaga – 711 de Urubamba, Cusco - 2018?



1.3 Justificación

1.3.1 Conveniencia

Los efectos negativos que un estado de depresión trae en las personas, y más, en personas que aún se encuentran en una etapa de desarrollo cognitivo temprano, como son, los niños o adolescentes, son diversos, pero, se sabe que todos impiden un adecuado aprendizaje en el estudiante (Del Barrio, 2005).

El conocer si existe o no depresión en una determina población estudiantil es ya muy conveniente, porque el conocer la frecuencia de depresión en una población como esta, serviría para tomar medidas que pudieran solucionar el problema. Si esta frecuencia de depresión no es amplia, el trabajo se focalizaría en las instituciones educativas donde aparezca el problema; pero si es alta la investigación acá desarrollada se usaría para ejecutar programas de intervención, para prevenir la depresión en los adolescentes estudiantes de este Centro Educativo o para trabajar con las clases y grupos en donde la depresión se hace presente, si es que la situación ya está dada. Esto implica trabajar con todo el quinto ciclo de Educación Básica Regular (quinto y sexto grado de primaria, y todas sus secciones). En ambos casos esta investigación sería conveniente ya que facilitarían el uso eficiente de recursos económicos, que la comunidad educativa debería utilizar (Guadalupe et al., 2017).

1.3.2 Relevancia social

Siendo el tutor uno de los agentes educativos más relacionados con el estado socio afectivo del estudiante (Guadalupe et al., 2017), los resultados de este trabajo le serían de gran utilidad ya que podría atender los procesos educativos de sus estudiantes con mayor seguridad, pues tendría en cuenta y con exactitud una de las posibles causas de los problemas que presentan sus estudiantes.



Y ya que el Plan de Desarrollo Regional del Cusco (2012), no contempla estadísticas de salud mental a nivel de la Región, el tutor las tendría a su disposición para poder transformar la realidad educativa que afronta. Esta investigación, como se mencionó, puede dar paso a la ejecución de programas sociales por parte del tutor, pero también por parte de las instituciones encargadas de mejorar las condiciones de la salud mental de este tipo de poblaciones, sea la propia institución educativa de educación básica regular como es San Luis Gonzaga - 711 donde se desarrollará la investigación.

1.3.3 Implicancias prácticas

Son muchos los factores que influyen en el aprendizaje de un estudiante y más si esta persona se encuentra en una etapa de sensibilidad cognoscitiva y social, propia de la adolescencia, como se mencionó anteriormente. Conocer la incidencia de depresión en esta población serviría para implementar programas psicoeducativos específicos de prevención y afrontamiento de la depresión en sus estudiantes, como por ejemplo programas de resiliencia, autoestima e inteligencia emocional.

Y al estar la población estudiantil evaluada a punto de pasar al nivel secundario se pueden implementar programas de prevención. Dependiendo, por supuesto, de los resultados que se obtenga de la investigación se podrían establecer programas de prevención primaria, secundaria o terciaria respectivamente. Esto para asegurar los objetivos de aprendizaje de los estudiantes.

1.3.4 Valor teórico

La niñez y la adolescencia se caracterizan por acelerados cambios en el individuo a nivel físico, cognoscitivo y social (Papalia, Wendkos y Duskin, 2007). Estos cambios convierten estas etapas de la vida en períodos de mucha vulnerabilidad, cuando los niños o los adolescentes tienen dificultades para afrontar estos cambios de manera adecuada, pueden desarrollar diversos trastornos emocionales, como la depresión (Del



Barrio, 2005). Por otra parte, Piaget indica que el desarrollo cognitivo implica procesos graduales de la construcción de las habilidades cognitivas con el entorno (Piaget, 1976) pero a su vez Bandura menciona que están tienen estrecha relación con la actividad social en donde se desenvuelvan (Bandura, 1982). De esta forma la presente investigación contribuye a incrementar el cuerpo teórico de la depresión infantil, pero esta vez relacionada a los aspectos sociales ya que se investiga la depresión en el entorno rural.

1.3.5 Utilidad metodológica

Como toda investigación nueva, esta investigación será la primera en estudiar el estado de depresión en estudiantes de promoción primaria de la provincia de Urubamba de la región del Cusco, tal información puede ayudar a comprender mejor la incidencia de los trastornos mentales en localidades que no son necesariamente la principal ciudad de la región, donde tienen a realizarse la mayoría de las investigaciones. El presente estudio contribuirá al desarrollo de otros alcances de investigación, además que dar la posibilidad de utilizar distintos enfoques para una mayor comprensión del fenómeno en estudio.

1.4 Objetivos de la Investigación

1.4.1 Objetivo general

Describir los niveles de depresión en los estudiantes de V ciclo de la Institución Educativa Estatal San Luis Gonzaga – 711 de Urubamba, Cusco - 2018.

1.4.2 Objetivos específicos

- a. Identificar los niveles de disforia en los estudiantes de V ciclo de la Institución Educativa Estatal San Luis Gonzaga – 711 de Urubamba, Cusco - 2018.
- b. Identificar los niveles de autoestima negativa en los estudiantes de V ciclo de la Institución Educativa Estatal San Luis Gonzaga – 711 de Urubamba, Cusco - 2018.



c. Determinar las diferencias existentes de depresión infantil de estudiantes de V ciclo de la Institución Educativa Estatal San Luis Gonzaga – 711 de Urubamba según sexo, Cusco - 2018.

d. Determinar las diferencias existentes de depresión infantil de estudiantes de V ciclo de la Institución Educativa Estatal San Luis Gonzaga – 711 de Urubamba según procedencia, Cusco - 2018.

1.5 Viabilidad

Para la presente investigación se contó con la autorización respectiva para ingresar a las instalaciones de la Institución Educativa Estatal San Luis Gonzaga – 711 de la ciudad de Urubamba, en donde se evaluará a los estudiantes de V ciclo de educación primaria.

1.6 Delimitación del estudio

1.6.1 Delimitación espacial.

El estudio se realizará en el espacio del centro poblado de Urubamba, específicamente en la Institución Educativa Estatal San Luis Gonzaga – 711 ubicada en la Avenida Mariscal Castilla S/N de esta ciudad. Por lo que los resultados de este estudio solo podrán ser generalizados para los distritos de la provincia de Urubamba o en su defecto para otras provincias cercanas en la región del Cusco.

1.6.2 Delimitación temporal

Esta investigación está prevista para ser realizada en el transcurso del año escolar 2018, con los estudiantes matriculados en este año y que cursan el quinto y sexto de primaria de la Institución Educativa Estatal San Luis Gonzaga – 711.



Capítulo 2

Marco Teórico

2.1 Antecedentes de estudio

2.1.1 Antecedentes internacionales

Orgilés et al. (2017), de la Universidad Miguel Hernández de Elche & la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil. Conselleria de Sanidad de España; realizaron una investigación en con el objetivo de examinar si existen diferencias en la sintomatología depresiva de los preadolescentes españoles en función de la estructura familiar y de la conflictividad interparental percibida. La investigación fue de tipo correlacional comparativa en la que participaron 632 preadolescentes con edades comprendidas entre 10 y 12 años, que completaron el Inventario de Depresión Infantil. Los resultados del análisis multivariado de la varianza indican que los niños cuyos progenitores estaban divorciados presentaban peor autoestima que los que tenían padres casados, y aquellos que percibían una alta conflictividad entre sus padres mostraban mayores niveles de disforia. Además, son los preadolescentes con padres casados y relación interparental no conflictiva los que presentan menos disforia.

Gallego et al. (2017), de la Universidad Cooperativa de Colombia, la Universidad CES y la Universidad de Antioquia, analizaron la relación entre calidad de vida y sintomatología depresiva en 230 mujeres adolescentes vulnerables, con una edad media



de 12,5 años. La investigación fue de tipo correlacional. Las adolescentes fueron evaluadas con el KIDSCREEN-27 y el Inventario de Depresión Infantil. La presencia de sintomatología depresiva fue 20% y en la calidad todos los dominios de KIDSCREEN fueron mayores a 50 puntos. Se concluye que la alta prevalencia de sintomatología depresiva en esta población y sus efectos negativos sobre la calidad de vida constituyen un recurso valioso para direccionar acciones sanitarias, implementar programas de prevención de la depresión y promoción de la salud mental.

2.1.2 Antecedentes nacionales

Ávila y Espinoza (2015), identificaron en qué medida se presenta la depresión infantil en niños de 4° a 6° grado de primaria y observaron las diferencias de la presencia de síntomas depresivos entre grados, sexos, tipos de familias y tipos de colegios en el contexto de la Provincia de Huancayo. La investigación fue de tipo cuantitativo, con un diseño no experimental de tipo transversal descriptivo; aplicaron el Cuestionario de Depresión Infantil (CDI). La muestra estuvo conformada por 416 estudiantes del cuarto a sexto grado de primaria de instituciones estatales y particulares. Hallándose que el 26% de la muestra presentan síntomas depresivos de manera mínima y moderada, y de manera marcada o severa. Se halló mayores niveles de depresión en niños de cuarto y menores niveles en niños de sexto. También se encontró que los niños presentan mayores niveles de depresión que las niñas. Se encontró que los niños de colegios estatales presentan mayor prevalencia de síntomas depresivos que los niños de colegios particulares. Se concluyó que existen índices significativos de depresión en la muestra y que el estado de ánimo disfórico se destaca como predictor de la depresión infantil.

Castillo (2016), de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos investiga síntomas depresivos en adolescentes de 11 a 17 años en el colegio salesiano “Rosenthal



de la Puente” del distrito de Magdalena del Mar, en Lima. Un estudio de tipo observacional, descriptivo, y con un diseño transversal prospectivo, el instrumento que se utilizó fue el Children’s Depression Inventory (CDI). Usó una muestra elegida por conveniencia, y conformada por 320 estudiantes (267 adolescentes varones y 53 adolescentes mujeres). Encontrándose un 79.375% de sintomatología depresiva. En cuanto a los grados de sintomatología depresiva un 20.62% no presenta sintomatología depresiva; un 25.63% del total presentan sintomatología depresiva leve; un 26.25% presentan sintomatología moderada y un 27.50% sintomatología severa.

2.2. Modelo teórico

2.2.1 Modelo cognitivo de la depresión de Beck

Vásquez, Muñoz y Becoña (2000), afirman que es más importante la interpretación que realiza el individuo acerca de un hecho, la interpretación es más importante que el hecho en sí mismo; de esta forma, la teoría dice que cada individuo interpreta particularmente y de forma sesgada a los demás y a los acontecimientos; y que al evaluar de manera negativa los hechos vividos, se perjudican los procesos cognitivos, los estados motivacionales y afectivos, lo cual se vincula con la depresión.

2.2.2 Teoría cognitiva de la depresión infantil de Kovacs

Es necesario referirse a Beck (1976) para brindar una definición más acertada de depresión en esta etapa de la vida, Beck define a la depresión como una fase anormal del individuo la cual se manifiesta a través de señales y síntomas particulares, como un estado de ánimo subjetivo bajo, actitudes pesimistas y una pérdida de la espontaneidad. Por otra parte, Wicks e Israel (1997), mencionan que es necesario distinguir entre depresión como síntoma, depresión como síndrome y depresión como trastorno.



Depresión como síntoma.

Se refiere a un estado de ánimo disfórico, donde el individuo suele sentirse infeliz, apenado, melancólico y desalentado. Estas características pueden observarse en cualquier etapa del desarrollo, como resultado de experiencias negativas e hirientes que la persona ha experimentado en alguna etapa de sus vidas (Wicks e Israel, 1997).

Depresión-síndrome

Para este caso se entiende a la depresión como una serie de síntomas concomitantes con el estado disfórico, relacionados a dificultades somáticas, conductuales, cognitivos y motivacionales (Wicks e Israel, 1997).

Depresión-trastorno

Según Wicks e Israel (1997) es un problema mucho más complejo, entendiéndose como una condición emocional que se presenta de manera recurrente y favorece de forma negativa en las diferentes áreas del desarrollo del infante o del adolescente, se consideran como factores de riesgo; la historia familiar, el entorno, la apariencia biológica y cognitiva de la persona.

Beck, es el autor sobre el que se basa la teoría del Inventario de Depresión Infantil de Kovacs (1986), él menciona que para entender la depresión infantil se deben entender aspectos como la tríada cognitiva, los esquemas y los errores cognitivos. La tríada cognitiva se fundamenta en la visión negativa que tiene el individuo acerca de sí mismo, la visión negativa de su mundo (sus experiencias) y la visión negativa del futuro (Beck, 1976). Los esquemas cognitivos, están referidos a la estructura del pensamiento que explica como las personas deprimidas conservan actitudes de malestar, incluso, ante el conocimiento de soluciones en sus experiencias, se mantienen inactivos por largos periodos de tiempo, y se activan a través de una serie de estímulos, los cuales hacen que



el sujeto otorgue mucho del control voluntario de sus procesos de pensamiento, haciéndose complicado que pueda hacer uso de esquemas más adecuados.

Las faltas cognitivas, son errores en el procesamiento informativo, que, obedecen a desórdenes sistematizados que se dan en la forma de pensar de las personas y que confirman las creencias que el sujeto posee sobre sus propias ideas, estas se conocen como inferencia arbitraria, abstracción selectiva, generalización, maximización, minimización, personalización, pensamiento absolutista y dicotómico, las cuales tergiversan la percepción del individuo (Abello et al., 2016).

Según lo planteado por Beck et al. (1983), los individuos que presentan depresión experimentaron vivencias negativas en alguna etapa temprana de vida, las mismas que provocan en sus pensamientos esquemas inapropiados o “pensamientos irracionales”, manifestándose, de esta forma, áreas mediante la llamada sintomatología objetiva de la depresión, la misma que se detalla mediante seis categorías, las cuales son; a) emocionales o afectivas, donde se encuentran emociones de desolación, pérdida del placer, falta de sentido a la vida, cambios bruscos de humor, irritabilidad; así como la ausencia de interés en las cosas y llanto excesivo; b) motores, se refiere por un lado a la baja actividad, letargo, inmovilidad, torpeza, estupor, flojedad; y, por otro lado, encontramos la hiperactividad e intranquilidad; c) cognitivos, poca concentración, falta de memoria, descenso en sus notas académicas; así como, desilusión, desaliento, indecisión, sentimientos de culpa, baja autoestima e ideas suicidas; d) sociales, retraimiento, recogimiento, evitación por sensación de incompetencia social; e) conductuales, las cuales se refieren únicamente a la depresión infantil, comparadas a la del adulto, entre estas se consideran: reproches, altercados, indisciplinas, rabietas, rebeldía escolar, delincuencia, drogas y piromanía. f) psicósomáticos: se destacan la



enuresis, agotamiento, peso bajo, dolencias múltiples, pesadillas, cambios en el sueño y la alimentación, dermatitis y alergias.

2.3.Marco conceptual

2.3.1. Adolescencia

La adolescencia es una etapa esencial del desarrollo humano, no solo coincide con la transformación biológica, sino que también aparecen cambios a nivel Psíquico de la persona hacia un proceso de madurez (Papalia, 2001).

Papalia et al. (2007), mencionan que la adolescencia es una etapa que conecta la niñez con la juventud, esta etapa considera cambios físicos, cognoscitivos, biológicos, emocionales y sociales. La pubertad, por ejemplo, implica un cambio físico importante, es el período que lleva a la plenitud sexual o fertilidad. En épocas anteriores se pensaba que la pubertad y la adolescencia iniciaban al mismo tiempo, cerca de los 13 años, pero, por otro lado, en determinadas sociedades occidentales está comprobado mediante investigaciones que se inicia mucho antes, como por ejemplo desde los 10 años. En ese sentido la adolescencia se sitúa entre los 11 hasta los 19 o 20 años.

Mc Conville (2009), al igual que Papalia et al. (2007), refieren que se experimentan bastantes cambios en la vida diaria del adolescente, estos cambios provocan alteraciones en distintas áreas, como: a) Cambios físicos, los cuales el adolescente deberá afrontar y adaptarse posteriormente. Estos conllevan una preocupación especial en cuanto a su imagen personal; b) Cambios cognoscitivos, se establece el pensamiento abstracto, desde el cual se plantea el reconocimiento de la identidad. En esta etapa los adolescentes asumen su independencia y la transformación va de la mano con cambios emocionales. c) Cambios psicoafectivos, los episodios emocionales son cada vez más inestables, se presentan escenas de ira, amor, depresión,



alegría, etc. Estos cambios son repentinos, muy veloces y de alguna forma sin motivos aparentes.

Estos autores también refieren que el adolescente busca cierta intimidad y un bloqueo a la intrusión del adulto en su vida. Se pide privacidad y se asumen posturas temperamentales, actitudes inestables, suelen ser excesivamente tímidos y hasta cohibidos. Experimentan sentimientos de inadecuación, lo que provoca que en muchas situaciones puedan sentirse bastante mal. Es una etapa crítica puesto que a veces se observan depresiones graves e incluso suicidios, por lo que es necesario que exista un importante apoyo emocional por parte de la familia.

2.3.2. Definición de depresión infantil

Kovacs (1996), indica que la depresión es un estado de ánimo, caracterizado por tristeza profunda, disforia, autoestima negativa, producto de la percepción negativa que se tiene de sí mismo, del entorno y del futuro, lo que converge en dificultades para desarrollarse adecuadamente.

Lang y Tisher (2014), por otro lado definen que la depresión en adolescentes se entiende como un desorden mental recurrente que se caracteriza por la presentar aflicción, melancolía, llanto, retraimiento social, abandono personal, problemas psicósomáticos, autoestima baja, sentimientos de inutilidad, sensación de rechazo, preocupación por la salud y la muerte, agresividad, pérdida de interés en las actividades cotidianas, sentimientos de culpabilidad, alteraciones del sueño, trastornos en el apetito, cansancio y falta de concentración.

De la misma forma Álvaro et al. (2010), indican que la depresión en esta etapa de desarrollo es una dificultad psicológica frecuente, la cual imposibilita la adaptación y la motivación en los adolescentes, y que se acompaña por sentimientos de cólera,



irritabilidad y disforia. Esta teoría vincula la intensidad y duración de la tristeza como resultado de la distancia de la cosa amada o falta de afecto.

2.3.3. Características de la depresión

La depresión se manifiesta de distintas formas según la etapa específica de desarrollo. A continuación, se explicarán estas características por etapa.

a. Entre 0 - 2 años:

En esta etapa, comprendida desde el nacimiento hasta la etapa preescolar la depresión se presenta cuando la madre no estimula y presta afecto al bebé, siendo el nombre de este estado emocional: depresión anaclítica, la cual presenta características como: llanto recurrente, problemas en el desarrollo afectivo, o falta de expresividad emocional, insociabilidad, problemas en la motricidad del bebé (Soto, 2018)

b. Entre 2-5 años:

La depresión para esta etapa implica una socialización reducida en el menor, se observa falta de comunicación en la parte social, furia, autoagresión, enojo, ataque a personas y objetos; de la misma forma se presentan problemas físicos, como incapacidad para retener secreciones, problemas para dormir o para alimentarse (Cuevas y Teva, 2006).

c. Entre 6 - 12 años:

Las características para esta etapa se observan mayormente en la escuela, en la forma en que se relaciona con sus compañeros, aquí el menor evita las tareas que le mandan en la escuela, se observa preocupación, irritación, discusiones recurrentes con otros niños, problemas en el aprendizaje. Esta etapa se inicia a la par de su desarrollo cognitivo, lo que implica que el adolescente comience a pensar negativamente, no tiene motivación, es inestable, le da miedo la oscuridad y también se observa que se come las



ñas. De la misma manera, se observan problemas conductuales tales como: sollozos, chillidos y hasta conductas autodestructivas (Cuevas y Teva, 2006).

d. Entre 12 - 18 años:

En esta etapa, propiamente de la adolescencia es donde se observa mayor fuerza en las áreas cognitivos y emocionales. En esta etapa los síntomas a nivel motor se hacen evidentes, otorgándose mucho interés por el aspecto corporal, surgen sentimientos de inferioridad, pensamientos de muerte, desaliento, recogimiento social, irritación, conductas de oposición y problemas alimenticios (Tomas, 2007).

Asimismo, Del Barrio (2005) considera cinco áreas para caracterizar la depresión:

a. Área emocional, se caracteriza por pena, desolación, pérdida del goce, falta de motivación, alteración anímica, desesperanza, desaliento.

b. Área motora; mínima expresividad, aturdimiento, reducción de la función motora y/o hiperactividad.

c. Área cognitiva; falta de atención, dificultades con la memoria, duda, culpa, baja autoestima, inquietud, ideas suicidas, y problemas académicos.

d. Área social, recogimiento, falta de habilidades sociales.

e. Área conductual, como altercados, ataques, berrinches, desobediencia, rebeldía, problemas alimenticios, pérdida de peso, problemas de sueño, y otras más a nivel somático.

Para la Asociación Americana de Psiquiatría (2014) los trastornos depresivos se caracterizan por 5 (o más) de los siguientes síntomas.

1. Abatimiento: tristeza, desesperanza, vacío, en los niños y adolescentes pueden presentar llanto e irritabilidad.

2. Reducción del interés para realizar actividades que antes eran placenteras.

3. Pérdida o aumento de peso.



4. Insomnio o hipersomnia frecuentes.
5. Inquietud o enlentecimiento motor.
6. Agotamiento o pérdida de energía.
7. Culpabilidad o sentimientos de ineficacia.
8. Pérdida de la capacidad para concentrarse
9. Ideas suicidas reiteradas o intentos de suicidio

Los síntomas afectan la vida personal, laboral, familiar, académico del individuo.

No se presenta a causa de efectos fisiológicos, o por consumo de sustancias.

2.4. Hipótesis

2.4.1. Hipótesis General

Hi: Los niveles de depresión en estudiantes de V ciclo de la Institución Educativa Estatal San Luis Gonzaga – 711 de Urubamba son altos, Cusco - 2018.

Ho: Los niveles de depresión en estudiantes de V ciclo de la Institución Educativa Estatal San Luis Gonzaga – 711 de Urubamba son bajos, Cusco - 2018.

2.4.2. Hipótesis Especificas

Hi: Los niveles de disforia en los estudiantes de V ciclo de la Institución Educativa Estatal San Luis Gonzaga – 711 de Urubamba son altos, Cusco - 2018.

Ho: Los niveles de disforia en los estudiantes de V ciclo de la Institución Educativa Estatal San Luis Gonzaga – 711 de Urubamba son bajos, Cusco - 2018.

Hi: Los niveles de autoestima negativa en los estudiantes de V ciclo de la Institución Educativa Estatal San Luis Gonzaga – 711 de Urubamba son altos, Cusco - 2018.

Ho: Los niveles de autoestima negativa en los estudiantes de V ciclo de la Institución Educativa Estatal San Luis Gonzaga – 711 de Urubamba son bajos, Cusco - 2018.



Hi: Existe mayor depresión infantil en estudiantes de sexo femenino y masculino del V ciclo de la Institución Educativa Estatal San Luis Gonzaga – 711 de Urubamba, Cusco - 2018.

Ho: Existe menor depresión infantil en estudiantes de sexo femenino y masculino del V ciclo de la Institución Educativa Estatal San Luis Gonzaga – 711 de Urubamba, Cusco - 2018.

Hi: Existe mayor depresión infantil en estudiantes de procedencia rural y urbana del V ciclo de la Institución Educativa Estatal San Luis Gonzaga – 711 de Urubamba, Cusco - 2018.

Ho: Existe menor depresión infantil en estudiantes de procedencia rural y urbana del V ciclo de la Institución Educativa Estatal San Luis Gonzaga – 711 de Urubamba, Cusco - 2018.

2.5. Variables

2.5.1. Identificación de variables

La variable por estudiar será la depresión; esta se define como un trastorno del estado de ánimo, caracterizado por tristeza profunda, disforia, autoestima negativa, producto de la percepción negativa que se tiene de sí mismo, del entorno y del futuro, lo que desemboca en dificultades para funcionar adecuadamente en la sociedad (Kovacs, 1996).



VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS	INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN	NIVELES O RANGOS	EXPRESIÓN FINAL DE LA VARIABLE
Depresión Infantil	Trastorno del estado de ánimo, caracterizado por tristeza profunda, disforia y autoestima negativa, producto de la percepción negativa que se tiene de sí mismo, del entorno y del futuro, y que impide funcionar adecuadamente en sociedad. (Kovacs, 1996)	Estado de ánimo, caracterizado o por disforia y autoestima negativa, medido en función a las puntuaciones obtenidas en el Cuestionario de Depresión Infantil de Kovacs (2014).	<p>Disforia:</p> <p>Estado de ánimo en el cual se experimenta un malestar significativo</p> <p>Autoestima:</p> <p>Grado de valoración que realiza cada persona acerca de sí misma.</p>	<p>Depresión Infantil total:</p> <p>27 indicadores</p> <p>Disforia – 11 indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llanto • Sentimientos de inutilidad • Pesimismo • Aprensión • Indecisión • Autoimagen física negativa • Tareas del colegio • Preocupación somática • Declinamiento escolar • Autoimagen negativa en comparación con los pares • Desobediencia 	<p>Disforia</p> <p>2, 3, 6, 11, 13, 14, 15, 19, 23, 24, 26.</p> <p>Autoestima</p> <p>1, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 25, 27.</p>	Inventario de Depresión Infantil de Kovacs (CDI)	<p>Intensidad o frecuencia de aparición del indicador:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intensidad baja (0) • Intensidad media (1) • Intensidad alta (2) 	<p>Sin Sintomatología:</p> <p>Percentil 0 - 89</p> <p>Riesgo de Sintomatología:</p> <p>Percentil 90 - 95</p> <p>Sintomatología Grave:</p> <p>Percentil 96 - 100</p>



				<p>Autoestima - 16 indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none">• Tristeza• Anhedonia general• Autoimagen negativa• Odio a sí mismo• Culpabilidad• Ideas suicidas• Llanto• Reducción del interés social• Disturbio del sueño• Fatiga• Disminución del apetito• Sentimientos de soledad• Anhedonia en el colegio• Aislamiento de no ser querido• Sentimientos de no ser querido• Problemas interpersonales				
--	--	--	--	---	--	--	--	--



2.6. Definición de términos básicos

Depresión: La depresión es un trastorno del estado de ánimo, caracterizado por tristeza profunda, disforia, autoestima negativa, producto de la percepción negativa que se tiene de sí mismo, del entorno y del futuro, lo que desemboca en dificultades para funcionar adecuadamente en la sociedad (Kovacs, 1996).

Disforia: Estado de ánimo en el cual se experimenta un malestar significativo (Del Barrio, 1994).

Autoestima: Grado de valoración que realiza cada persona acerca de sí misma (Del Barrio, 1994).

Adolescencia: La adolescencia es una etapa esencial del desarrollo humano, no solo coincide con la transformación biológica, sino que también aparecen cambios a nivel Psíquico de la persona hacia un proceso de madurez (Radzik et al., 2002).



Capítulo 3

Método

3.1 Alcance de estudio

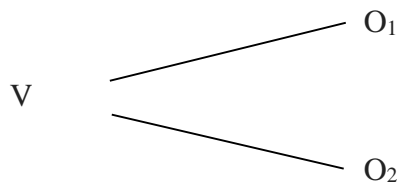
La presente investigación es de alcance descriptivo comparativo, puesto que su objetivo es detallar el grado de depresión existente en la población de estudio “estudiantes dl V ciclo de nivel primario” (Hernández et al., 2014).

3.2 Diseño de investigación

Puesto que se estudiará la presencia de una sola variable (Depresión infantil) y en un solo momento, el diseño de esta investigación es no experimental trasversal (Hernández et al., 2014).

3.2.1 Esquema de investigación

El esquema de la investigación es descriptivo comparativo, pues presenta una variable de estudio con dos formas de observación sobre la misma (Hernández et al., 2014).



V: Depresión infantil en estudiantes

O₁: Depresión infantil en estudiantes según su procedencia rural y urbana

O₂: Depresión infantil en estudiantes según su sexo masculino y femenino

3.3 Población

La población que se estudiará corresponde al total de estudiantes de V ciclo de primaria de la “Institución Educativa Estatal San Luis Gonzaga – 711” matriculados en el año escolar 2018. Siendo un total de 102 estudiantes de sexo masculino y femenino distribuidos en 5 secciones. Y ya que el número de población no es suficientemente amplio para extraer una muestra significativa, se procederá a trabajar con toda la población.

Tabla 1: Frecuencia estadística de la población por sexo

Sexo	5to grado		6to grado	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Masculino	21	47	31	54
Femenino	24	53	26	46
Total	45	100	57	100

Tabla 2: Frecuencia estadística de la población por edad

Sexo	5to grado		6to grado	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
10 años	38	85	11	19
11 años	4	9	32	56
12 años	2	4	10	18
13 años	1	2	3	5
14 años	0	0	1	2
totales	45	100	57	100



3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Para la recolección de datos en esta investigación, se empleará la técnica de la Evaluación Psicológica. En este sentido, el instrumento que se utilizará para tal evaluación será el *Inventario de Depresión Infantil de Kovacs (CDI)*.

3.4.1 Inventario de Depresión Infantil de Kovacs

El Inventario de Depresión Infantil de Kovacs, *Children's Depression Inventory (CDI)* por sus siglas en Inglés, fue creado por la doctora Maria Kovacs ante la necesidad del uso de un cuestionario basado en la teoría cognitiva de Aron Beck pero, para la población infantil y adolescente.

Este inventario es el primer instrumento publicado para evaluar dicha sintomatología y ha sido usado y citado en la bibliografía especializada por los diversos especialistas e investigadores de la depresión infantil a nivel mundial. (Ramírez, 2009).

La prueba puede ser aplicada individual o colectivamente. Para la aplicación de la prueba, se pide a los participantes que escriban sus datos personales y luego el evaluador debe leer las instrucciones en voz alta, poniendo especial atención en que los niños pequeños atiendan y comprendan las instrucciones. Sólo se necesita la hoja de respuestas, un lápiz y un borrador. La aplicación dura entre 10 y 20 minutos. La calificación de cada ítem se hace con una escala de 0 a 2 puntos, la puntuación de 0 corresponde a la intensidad o frecuencia de aparición más baja del síntoma, el 1 corresponde a la intensidad o frecuencia media y el 2 a la mayor frecuencia e intensidad. Luego de esta calificación, se podrá obtener la puntuación directa de la escala de Disforia, sumando los puntajes de los ítems 2, 3, 6, 11, 13, 14, 15, 19, 23, 24 y 26; y la puntuación directa de la escala de Autoestima Negativa, sumando los puntajes de los ítems restantes 1, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 25 y 27. La suma de ambas



escalas nos proporcionará la puntuación directa de depresión, transformadas en sus correspondientes percentiles.

3.5 Validez y confiabilidad de instrumentos

Se han realizado diversos estudios para verificar la confiabilidad y validez del Inventario de Depresión Infantil desde su creación y hasta nuestra época. Por ejemplo, la última versión en España en el 2004, arroja que el instrumento es fiable, pues el Alfa de Cronbach varía entre 0.70 y 0.94, lo cual significa que entre el 70 y el 94 % de los puntajes observados es atribuible a un puntaje verdadero. Por otro lado, el estudio de validez de esta misma versión indica una correlación de 0.60 con los criterios diagnósticos de depresión de clínicos expertos. (Kovacs, 2004).

En nuestro medio también se han estado realizando varias adaptaciones, y para este caso se utilizará la prueba estandarizada de Ramirez de la PUCP para la ciudad de Cajamarca en el 2009. El motivo es que esta adaptación es una de las más actuales, pero también la más cercana al entorno de la sierra peruana. Esta adaptación obtuvo un Alfa de Cronbach de 0,79, por lo que se puede decir que la prueba alcanzó una confiabilidad aceptable. Para su validez se analizaron los datos con la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin (K. M. O.) y con la prueba de esfericidad de Bartlett. En ambos casos, se puede observar que los resultados muestran la pertinencia del uso del análisis factorial en este estudio, puesto que el K. M. O. obtuvo un valor por encima de 0.60 (Hernández, et al., 2014).

3.6 Técnicas de recolección de datos

Se utilizó el programa estadístico SPSS. Versión 21 como apoyo para el procesamiento de los datos obtenidos con el Inventario de Depresión Infantil de Kovacs (CDI).



Para esta investigación se utilizó la Estadística Descriptiva como técnica matemática con la cual se obtuvo, organizó, presentó y describió el conjunto de datos con el propósito de facilitar su uso, así mismo con el apoyo de tablas y medidas numéricas (Hernández et al., 2014). A parte, para la comparación de datos por procedencia y sexo se utilizó la técnica estadística Chi-cuadrado.

Capítulo 4

Resultados

4.1 Resultado respecto a los objetivos específicos

4.1.1 Presencia de Disforia en los estudiantes de V ciclo de la Institución

Educativa Estatal San Luis Gonzaga – 711 de Urubamba, Cusco – 2018

Tabla 3: Presencia de Disforia

<i>Disforia</i>	<i>5to "A"</i>		<i>5to "B"</i>		<i>6to "A"</i>		<i>6to "B"</i>		<i>6to "C"</i>	
	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
<i>No existe</i>	17	73.9	20	83	16	94.1	19	100	19	100
<i>Leve</i>	6	26.1	4	16.7	1	5.9	0	0	0	0
<i>Grave</i>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<i>Total</i>	23	100	24	100	17	100	19	100	19	100

Los resultados indican que el nivel de Disforia en los estudiantes de V ciclo de la Institución Educativa Estatal San Luis Gonzaga – 711 de Urubamba, Cusco - 2018 es mínimo, encontrándose que un 89.2 % de evaluados no presenta sintomatología, un 10.8 % presenta sintomatología leve y 0 % de estos no presenta sintomatología severa.

Analizando estos resultados por sección se aprecia que del total de los encuestados, el 73.9% de los estudiantes del 5to “A” no tienen sintomatología de Disforia, mientras que el 6% si presenta sintomatología leve; en el 5to “B”, el 83.3% de



los encuestados no tiene sintomatología de Disforia, mientras que el 16.7% si presenta sintomatología leve; en el 6to "A", el 94.1% de los encuestados no presenta sintomatología de Disforia y el 5.9% si presenta sintomatología leve; en el 6to "B", el 100% no tiene sintomatología de Disforia; y en el 6to "C", el 100% tampoco tiene sintomatología de Disforia.

4.1.2 Presencia Autoestima Negativa en los estudiantes de V ciclo de la Institución Educativa Estatal San Luis Gonzaga – 711 de Urubamba, Cusco – 2018

Tabla 4: Presencia Autoestima Negativa

<i>Autoestima Negativa</i>	5to "A"		5to "B"		6to "A"		6to "B"		6to "C"	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
<i>No existe</i>	19	82.6	20	83.3	16	94.1	19	100	17	100
<i>Leve</i>	4	17.4	4	16.7	1	5.9	0	0	2	0
<i>Grave</i>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<i>Total</i>	23	100	24	100	17	100	19	100	19	100

Los resultados generales indican que el nivel de Autoestima Negativa en los estudiantes de V ciclo de la Institución Educativa Estatal San Luis Gonzaga – 711 de Urubamba, Cusco - 2018 es mínimo, encontrándose que un 89.2 % de evaluados no presenta sintomatología, un 10.8 % presenta sintomatología leve y 0 % de estos no presenta sintomatología severa.

El análisis por sección indica que del total de los encuestados, el 82.6% de los estudiantes del 5to "A" no tienen sintomatología de Autoestima Negativa, mientras que el 17.4% si presenta sintomatología leve; en el 5to "B", el 83.3% de los encuestados no tiene sintomatología de Autoestima Negativa, mientras que el 16.7% si presenta sintomatología leve; en el 6to "A", el 94.1% de los encuestados no presenta sintomatología de Autoestima Negativa y el 5.9% si presenta sintomatología leve; en el

6to “B”, el 100% no tiene sintomatología de Autoestima Negativa; y en el 6to “C”, el 100% tampoco tiene sintomatología de Autoestima Negativa.

4.1.3 Presencia de Depresión Infantil entre estudiantes de sexo masculino y femenino de V ciclo de la Institución Educativa Estatal San Luis Gonzaga – 711 de Urubamba, Cusco - 2018

Tabla 5: Existencia de Depresión infantil entre sexos

<i>Depresión Infantil</i>	Masculino		Femenino	
	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
<i>No existe</i>	52	100	50	100
<i>Leve</i>	0	0	0	0
<i>Grave</i>	0	0	0	0
<i>Total</i>	52	100	50	100

Los resultados que comparan la presencia de Depresión Infantil entre estudiantes de sexo masculino y femenino de V ciclo de la Institución Educativa Estatal San Luis Gonzaga – 711 de Urubamba, Cusco - 2018 indican que no existe diferencia significativa puesto que para ambos sexos el nivel de Depresión Infantil se encuentra en Sin sintomatología.

Tabla 6: Tabla de prueba chi-cuadrado

Pruebas	Valor	Significación
Chi-cuadrado de Pearson	10,202a	,006
Razón de verosimilitud	10,661	,005
Asociación lineal por lineal	10,093	,001
N de casos válidos	102	

Referido a la prueba chi-cuadrado, ninguna casilla ha mostrado una significación menor que 5. El recuento mínimo esperado es 5,39. Por lo tanto la significación nos indica que no existe diferencia de depresión entre sexos.

Tabla 7: Existencia de Disforia infantil entre sexos

<i>Disforia</i>	Masculino		Femenino	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
<i>No existe</i>	48	92.3	43	86
<i>Leve</i>	4	7.7	7	14
<i>Grave</i>	0	0	0	0
<i>Total</i>	52	100	50	100

Según los resultados para la variable Disforia, del total de los encuestados, el 86% de los estudiantes del sexo femenino no tienen riesgo de depresión, mientras que el 14% si presenta riesgo de depresión; en el caso de los estudiantes del sexo masculino, el 92.3% de los encuestados no tiene riesgo de depresión, mientras que el 7.7% si presenta riesgo de depresión.

Tabla 8: Existencia de Autoestima Negativa entre sexos

<i>Autoestima Negativa</i>	Masculino		Femenino	
	<i>f</i>	%	<i>F</i>	%
<i>No existe</i>	51	98.1	40	80
<i>Leve</i>	1	1.9	10	20
<i>Grave</i>	0	0	0	0
<i>Total</i>	52	100	50	100

Según la variable autoestima negativa, del total de los encuestados, el 80% de los estudiantes del sexo femenino no tienen riesgo de depresión, mientras que el 20% si presenta riesgo de depresión; para los estudiantes del sexo masculino, el 98.1% de los encuestados no tiene riesgo de depresión, mientras que el 1.9% si presenta riesgo de depresión.

4.1.4 Determinar si existe presencia de Depresión Infantil entre estudiantes de procedencia Rural o Urbana de V ciclo de la Institución Educativa Estatal San Luis Gonzaga – 711 de Urubamba, Cusco - 2018

Tabla 9: Existencia de Depresión Infantil entre procedencia rural y urbana

<i>Depresión Infantil</i>	Rural		Urbano	
	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
<i>No existe</i>	31	100.0	71	100.0
<i>Leve</i>	0	0	0	0
<i>Grave</i>	0	0	0	0
<i>Total</i>	31	100	71	100

Los resultados que contrastan la presencia de Depresión Infantil entre estudiantes de procedencia rural y urbana de V ciclo de la Institución Educativa Estatal San Luis Gonzaga – 711 de Urubamba, Cusco - 2018 indican que no existe diferencia significativa entre ambos grupos puesto que los dos no poseen sintomatología de Depresión Infantil. Para verificar los resultados por procedencia en las dimensiones Autoestima Negativa y Disforia revisar las tablas del Apéndice E en la página 57.

Tabla 10: Tabla de prueba chi-cuadrado

Pruebas	Valor	Significación
Chi-cuadrado de Pearson	11,404a	,006
Razón de verosimilitud	11,331	,005
Asociación lineal por lineal	11,045	,001
N de casos válidos	102	

Referido a la prueba chi-cuadrado, ninguna casilla ha mostrado una significación menor que 5. El recuento mínimo esperado es 3,34. Por lo tanto la significación nos indica que no existe diferencia de depresión entre procedencia.

4.2 Resultados respecto al objetivo general

4.2.1 Identificar y describir si existe presencia de Depresión Infantil en los estudiantes de V ciclo de la Institución Educativa Estatal San Luis Gonzaga – 711 de Urubamba, Cusco - 2018.

Tabla 11: Existencia de Depresión Infantil en los estudiantes de V ciclo

<i>Disforia</i>	5to "A"		5to "B"		6to "A"		6to "B"		6to "C"	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
<i>No existe</i>	23	100	24	100	17	100	19	100	19	100
<i>Leve</i>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<i>Grave</i>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<i>Total</i>	23	100	24	100	17	100	19	100	19	100

Según los resultados, se puede apreciar que el total de estudiantes de V ciclo de la Institución Educativa Estatal San Luis Gonzaga – 711 de Urubamba, Cusco - 2018 se no poseen sintomatología de Depresión Infantil, no encontrándose por otra parte estudiantes situados en los niveles Leve y Severos de la variable.



Capítulo 5

Discusión

5.1 Descripción de los hallazgos más relevantes

Los resultados del estudio indicaron que el total de estudiantes de V ciclo de la Institución Educativa Estatal San Luis Gonzaga – 711 de Urubamba no presenta sintomatología de Depresión grave o siquiera Depresión leve. Sin embargo, cabe resaltar que los resultados muestran que en la población si existe sintomatología leve para las dimensiones Disforia y Autoestima Negativa.

Con respecto a la sintomatología por sexo, se observó que no existe diferencia de sintomatología entre sexo masculino o femenino; incluso la incidencia de sintomatología leve para las dimensiones Autoestima Negativa y Disforia fue similar en los dos grupos.

Para la comparación de sintomatología por procedencia, no se encontró mayor diferencia de sintomatología entre estudiantes de procedencia urbana o rural, siendo la incidencia de sintomatología leve para las dimensiones Disforia y Autoestima Negativa similar en los dos grupos.

5.2 Limitaciones del estudio

Se consideró una limitante importante el no poder considerar otros factores aparte del factor procedencia, puesto que, para un mejor detalle de la comparación de



presencia de Depresión, se habría tenido que identificar también: crianza en ciudades de distintos niveles de densidad poblacional, acceso a tecnologías de comunicación o acceso también a medios de comunicación masivo (internet, televisión, etc.), y también lengua materna entre poblaciones. Todos estos factores no se pudieron considerar ya que para su consideración se hubiera necesitado de mayores recursos en la investigación y más colaboradores para el levantamiento de datos.

5.3 Comparación crítica de resultados con la literatura existente

La investigación de Orgilés et al. (2017), titulada: “Depresión en preadolescentes españoles: Diferencias en función de variables familiares” que tuvo como objetivo examinar si existen diferencias en la sintomatología depresiva de los preadolescentes españoles en función de la estructura familiar y de la conflictividad interparental percibida. Concluyó que de los 632 preadolescentes evaluados el grupo de cuyos progenitores estaban divorciados presentaban peor autoestima que los que tenían padres casados, y aquéllos que percibían una alta conflictividad entre sus padres mostraban mayores niveles de disforia. Estos resultados indican niveles de riesgo dentro de las dimensiones, pero no en la variable general Depresión Infantil. Por lo que podríamos concluir que al igual que en la presente investigación, la depresión infantil no es una variable que aparezca comúnmente entre preadolescentes de poblaciones urbanas, como de poblaciones rurales.

Para la investigación de Gallego et al. (2017), de la Universidad Cooperativa de Colombia, la Universidad CES y la Universidad de Antioquia, que analizó la relación entre calidad de vida y sintomatología depresiva en 230 mujeres adolescentes vulnerables, con una edad media de 12,5 años. La investigación fue de tipo correlacional. Las adolescentes fueron evaluadas con el KIDSCREEN-27 y el “Inventario de depresión en niños”. La presencia de sintomatología depresiva fue 20% y



en la calidad todos los dominios de KIDSCREEN fueron mayores a 50 puntos. Se concluye que la alta prevalencia de sintomatología depresiva en esta población y su relación negativa sobre la calidad de vida constituyen un recurso valioso para direccionar acciones sanitarias, implementar programas de prevención de la depresión y promoción de la salud mental. La presente investigación no muestra ningún caso de sintomatología depresiva, pero se infiere que la baja calidad de vida en la zona podría haber influido en el riesgo de sintomatología para los constructos Autoestima negativa y Disforia.

Con respecto a la investigación de Ávila & Espinoza (2015), que tuvo como objetivo identificar en qué medida se presentan los indicadores de la depresión infantil en niños de 4° a 6° grado de primaria y observaron las diferencias de la presencia de síntomas depresivos entre grados, sexos, tipos de familias y tipos de colegios en el contexto de la Provincia de Huancayo. La investigación fue de tipo cuantitativo, con un diseño no experimental de tipo transversal descriptivo; aplicaron el Cuestionario de Depresión Infantil (CDI). La muestra estuvo conformada por 416 estudiantes del cuarto a sexto grado de primaria de instituciones estatales y particulares. Hallándose que el 26% de la muestra presentan síntomas depresivos de manera mínima y moderada, y de manera marcada o severa. Se halló mayores niveles de depresión en niños de cuarto y menores niveles en niños de sexto. También se encontró que los niños presentan mayores niveles de depresión que las niñas. Se encontró que los niños de colegios estatales presentan mayor prevalencia de síntomas depresivos que los niños colegios particulares. Se concluyó que existen índices significativos de depresión en la muestra y que el estado de ánimo disfórico se destaca como predictor de la depresión infantil. Al realizar el contraste con la presente investigación se puede afirmar que, si no es la variable Depresión Infantil, las dimensiones Disforia y Autoestima Negativa reducen su



intensidad mientras más alto sea el grado escolar. Con respecto a la diferencia entre sexos, no se encontró ninguna diferencia significativa.

Para la investigación realizada por Castillo (2016), de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos donde se investigó síntomas depresivos en adolescentes de 11 a 17 años en el colegio salesiano “Rosenthal de la Puente” del distrito de Magdalena del Mar, en Lima. Un estudio de tipo observacional, descriptivo, y con un diseño transversal prospectivo, el instrumento que se utilizó fue el Children’s Depression Inventory (CDI). Usó una muestra elegida por conveniencia, y conformada por 320 estudiantes (267 adolescentes varones y 53 adolescentes mujeres). Encontrándose un 79.375% de sintomatología depresiva. En cuanto a los grados de sintomatología depresiva un 20.62% no presenta sintomatología depresiva; un 25.63% del total presentan sintomatología depresiva leve; un 26.25% presentan sintomatología moderada y un 27.50% sintomatología severa. Contrastando con los resultados obtenidos y considerando que: si bien es cierto la población evaluada se clasifico entre urbana y rural, la ciudad de Urubamba no presenta características Urbanas como Lima, siendo esta última mucho más urbanizada y con un nivel de vida más agitado; se puede hipotetizar que la Depresión Infantil es más común en niños que viven y zonas altamente urbanizadas a comparación de niños que viven en zonas mucho más cercanas a lo rural.

5.4 Implicancias del estudio

Son necesarias campañas de prevención, estos programas de prevención se deben aplicar en el nivel primario, pues los resultados indican que, si existe presencia de Disforia leve y Autoestima Negativa Leve, esto significa un posible riesgo de padecer depresión en el largo plazo. Aún no se sabe si la población con incidencia leve en estas dimensiones evolucionara en la dirección de padecer Depresión, pero los resultados



muestran una tendencia de riesgo, lo que indica que se deben implementar campañas preventivo-promocionales contra la depresión y a favor de la salud mental.



Conclusiones

Primera. – El total de preadolescentes evaluados no presenta sintomatología o tan solo sintomatología leve con respecto a la variable Depresión Infantil, por lo que se puede concluir que es una población sin riesgos de padecer depresión en el cercano plazo.

Segunda. – Por otro lado, si existe un porcentaje de la población que muestra un nivel de sintomatología leve en los constructos Disforia y Autoestima Negativa. Lo que constituye que esta décima parte de los evaluados se encuentre con más riesgo de padecer depresión en el futuro.

Tercera. – La comparación de nivel de depresión entre sexos masculino y femenino, indica que para la variable depresión infantil no existe diferencia significativa. Por lo tanto, se puede concluir que la variable depresión tanto para varones como mujeres es similar en la etapa preadolescente.

Cuarta. – El análisis chi-cuadrado con el que se comparó la diferencia de sexos con respecto a las dimensiones de la variable depresión infantil, indica que el sexo femenino presenta más sintomatología leve para las dimensiones Disforia y Autoestima Negativa. Por lo que se puede concluir que el sexo femenino de etapas preadolescentes está más predispuesto a sufrir de sintomatología grave en estos constructos.



Quinta. – El análisis chi-cuadrado con el que se comparó la diferencia entre procedencia rural y urbana con respecto a las dimensiones de la variable depresión infantil, indica que en general no existe diferencia significativa al analizar la comparación por procedencia. Por lo tanto, se puede concluir que la variable Depresión Infantil tanto para estudiantes de procedencia Urbana o Rural en la etapa preadolescente es similar.



Recomendaciones

Primera. – Con respecto a la comparación entre sexos, es necesario realizar más investigaciones que aclaren estas diferencias, pero en términos longitudinales, evaluando también a adolescentes que se encuentran cursando los últimos grados de secundaria, esto para entender mejor la evolución de esta variable en otras etapas de la escolaridad.

Segunda. – Para la comparación entre procedencia, se necesitan realizar investigaciones más detalladas que correlacionen la variable depresión según procedencia, pero considerando distintos niveles de densidad poblacional, acceso a tecnologías y medios de comunicación y también lengua materna. Lo último por ser el idioma una herramienta necesaria para que el estudiante se inserte al mundo escolar.

**Bibliografía**

- Abello, L. D., García, M. E., García, R. P., Márquez, J. L., Niebles, CH. J. & Pérez, P.D. (2016). *Perfil cognitivo y prevalencia de depresión, desesperanza y riesgo suicida en jóvenes vinculados al primer nivel de formación en una escuela militar colombiana*. Revista Psicología desde el Caribe, 33(3), 299-311.
- Álvaro, E. J., Garrido, L. A., & Schweiger, G. (2010). *Una revisión crítica del modelo atributivo a la depresión*. Revista Internacional de Sociología, 68(2), 333-348.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM V*. Arlington: APA.
- Ávila, C. & Espinoza, J. C. (2016). *Indicadores de depresión en niños de cuarto a sexto grado de primaria en la ciudad de Huancayo*. Horizonte de la Ciencia, 6(10), 195-203.
- Bachmann, C. J., Lempp, T., Glaeske, G., & Hoffmann, F. (2014). *Antipsychotic prescription in children and adolescents: an analysis of data from a German statutory health insurance company from 2005 to 2012*. Deutsches Ärzteblatt International, 111(3), 25.
- Banco Mundial (2017). *Bajo su superficie alegre, Latinoamérica también sufre de depresión*. Recuperado de <http://www.bancomundial.org/es/news/feature/2017/04/07/latinoamerica-tambien-sufre-depresion-dia-mundial-salud-2017>
- Bandura, A., & Rivièrè, Á. (1982). *Teoría del aprendizaje social*.
- Castillo Romaní, S. P. C. (2016). *Presencia de síntomas depresivos en adolescentes del colegio "Rosenthal de la Puente" de Magdalena del Mar en el año 2016*.
- Cuevas, M., & Teva, I. (2006). *Evaluación y tratamiento de la depresión infantil*. Madrid: Biblioteca nueva.



- Del Barrio, M. (2005). *Trastornos depresivos. Psicopatología del niño y del adolescente* 229-262. Madrid: Pirámide.
- Del Barrio, V., Navarro, M. D. F., & Escrivá, M. V. M. (1994). Autoestima y depresión en niños. *Revista de psicología general y aplicada: Revista de la Federación Española de Asociaciones de Psicología*, 47(4), 471-476.
- Guadalupe C., León J., Rodríguez J. S. & Vargas S. (2017) *Estado de la educación en el Perú, Análisis y perspectivas de la educación básica*. Grupo de Análisis para el Desarrollo. Lima.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación (6ta ed.)*. México, D.F.: McGraw Hill.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (2007). *Estadísticas de Analfabetismo y Alfabetismo del Instituto Nacional de Estadística e Informática*. Recuperado de <https://www.inei.gob.pe/estadisticas/indice-tematico/analfabetismo-y-alfabetismo-8036/>
- Kovacs, M. (1996). *Presentation and course of major depressive disorder during childhood and later years of the life span*. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35(6), 705-715.
- Kovacs, M. (2004). *Inventario de depresión infantil (CDI)*. TEA.
- Kovacs, M., & Beck, A. T. (1986). *Maladaptive cognitive structures in depression*. *Essential papers on depression*, 240-258.
- La República (2008). *Más pobreza en las zonas rurales*. Recuperado de <https://larepublica.pe/economia/222333-mas-pobreza-en-las-zonas-rurales>
- Lang, M., & Tisher, M. (2014). *Cuestionario de depresión para niños CDS*. Madrid: TEA. Recuperado de: http://www.web.teaediciones.com/Ejemplos/CDS_extracto_MANUAL_Web.pdf



- Licona E., Vargas R. F., Baca Y. & Díaz E. (2012). *Plan de Desarrollo Regional Concertado Cusco al 2021 con Prospectiva al 2030*. Cusco: Gobierno Regional del Cusco.
- Mcconville, M. (2009). *Adolescentes: El self emergente y la psicoterapia*. Madrid: Sociedad de Cultura.
- Organización Mundial de la Salud (2014). *Documentos Basicos*. Italia. Organización Mundial de la Salud.
- Orgilés, M., Samper, M. D., Fernández-Martínez, I., & Espada, J. P. (2017). *Depresión en preadolescentes españoles: Diferencias en función de variables familiares*. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 4(2).
- Papalia, D. E., Wendkos O, R., & Duskin F. R. (2007). *Psicología Del Desarrollo*. México, D.F.: McGraw Hill.
- Papalia, d., Wendkos, S. y Duskin, R. (2010). *Desarrollo Humano*. España: Jesús Mares Chacón.
- Piaget, J., & Teoricos, A. (1976). *Desarrollo cognitivo*. España: Fomtaine.
- Ramírez, B. R. (2009). *Adaptación del inventario de depresión infantil de Kovacs en escolares de la ciudad de Cajamarca*. Recuperado de http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/409/RAMIREZ_BARRANTES_RENATO_ADAPTACION_INVENTARIO_DEPRESION.pdf.
- Ministerio de Educación de La Republica del Perú (2016). *Currículo Nacional de la Educación Básica*. Lima: MINEDU
- Soto, F., & Rosmir, N. (2018). *Evidencia De Validez Del Inventario De Depresión Infantil De Kovacs En Adolescentes Del Distrito De Huanchaco*. Lima: Universidad Cesar Vallejo.
- Tomas, J. (2007). *Trastorno depresivo infantil*. Londres: Psiquiatría-Paidopsiquiatría.



- Vásquez, F., Muñoz, R., & Becoña, E. (2000). *Depresión: Diagnóstico, modelos teóricos y tratamiento a finales del siglo XX*. Psicología. Ventura-León, J. L. (2017). ¿Población o muestra?: Una diferencia necesaria. *Revista Cubana de Salud Pública*, 43(4), 648-649.
- Verdugo Lucero, J. C., Arguelles Barajas, J., Guzman Muñiz, J., Márquez González, C., Montes Delgado, R., & Uribe Alvarado, I. (2014). *Influencia del clima familiar en el proceso de adaptación social del adolescente*. *Psicología desde el Caribe*, 31(2), 207-222.
- Wicks R., Israel A. C. (1997). *Psicopatología del niño y del adolescente*. España: Pearson Educación.



Apéndices



FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLES	DIMENSIONES E INDICADORES	MÉTODO
<p>Problema General ¿Existe presencia de Depresión en los estudiantes de V ciclo de la Institución Educativa Estatal San Luis Gonzaga – 711 de Urubamba, Cusco – 2018?</p> <p>Problemas Específicos</p> <ol style="list-style-type: none"> ¿Existe presencia de Disforia en los estudiantes de V ciclo de la Institución Educativa Estatal San Luis Gonzaga – 711 de Urubamba, Cusco – 2018? ¿Existe presencia Autoestima Negativa en los estudiantes de V ciclo de la Institución Educativa Estatal San Luis Gonzaga – 711 de Urubamba, Cusco – 2018? ¿Existe presencia de Depresión Infantil entre estudiantes de sexo masculino y femenino del 	<p>Objetivos Generales: Describir si existe presencia de Depresión en los estudiantes de V ciclo de la Institución Educativa Estatal San Luis Gonzaga – 711 de Urubamba, Cusco – 2018</p> <p>Objetivos Específicos:</p> <ol style="list-style-type: none"> Conocer si existe presencia de Disforia en los estudiantes de V ciclo de la Institución Educativa Estatal San Luis Gonzaga – 711 de Urubamba, Cusco - 2018. Conocer si existe presencia Autoestima Negativa en los estudiantes de V ciclo de la Institución Educativa Estatal San Luis Gonzaga – 711 de Urubamba, Cusco - 2018. Determinar si existe presencia de Depresión Infantil entre estudiantes de sexo masculino y 	<p>Variable de Estudio: Depresión</p>	<p>Disforia:</p> <ul style="list-style-type: none"> Desobediencia Autoimagen negativa en comparación con los pares. Declinamiento escolar Preocupación somática Tareas del colegio Autoimagen física negativa Indecisión Aprensión, preocupación Pesimismo Sentimientos de inutilidad Desesperanza Disforia Tristeza Anhedonia general <p>Autoimagen negativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> Tristeza Anhedonia general Autoimagen negativa Odio a sí mismo 	<p>Tipo de Investigación: Cuantitativa</p> <p>Diseño de Investigación: Descriptiva-comparativa</p> <p>Esquema:</p> <pre> graph LR V --- O1 V --- O2 </pre> <p>Población: Estudiantes de V ciclo de la Institución Educativa Estatal San Luis Gonzaga – 711 de la Provincia de Urubamba del Departamento de Cusco en el año 2018</p> <p>Instrumentos de recolección de datos: Inventario de Depresión Infantil de Kovacs</p>



<p>V ciclo de la Institución Educativa Estatal San Luis Gonzaga – 711 de Urubamba, Cusco – 2018?</p> <p>4. ¿Existe presencia de Depresión Infantil entre estudiantes de procedencia Rural o Urbana del V ciclo de la Institución Educativa Estatal San Luis Gonzaga – 711 de Urubamba, Cusco – 2018?</p>	<p>femenino del V ciclo de la Institución Educativa Estatal San Luis Gonzaga – 711 de Urubamba, Cusco - 2018.</p> <p>4. Determinar si existe presencia de Depresión Infantil entre estudiantes de procedencia Rural o Urbana del V ciclo de la Institución Educativa Estatal San Luis Gonzaga – 711 de Urubamba, Cusco - 2018.</p>		<ul style="list-style-type: none">• Culpabilidad• Ideas suicidas• Llanto• Reducción del interés social• Disturbio del sueño• Fatiga• Disminución del apetito• Sentimientos de soledad• Anhedonia en el colegio• Aislamiento de no ser querido• Sentimientos de no ser querido• Problemas interpersonales	<p>Instrumentos de Procesamiento y Análisis de Datos:</p> <p>SPSS</p>
--	--	--	---	--



Apéndice B

Matriz de instrumentos

Ficha Técnica

Nombre: Inventario de Depresión Infantil

Nombre Original: Children's Depression Inventory

Autor: Maria Kovacs

Procedencia: Multi-Health Systems, Toronto (Canada)

Adaptación Peruana: Renato Javier Ramírez Barrantes

Aplicación: Colectiva e Individual

Ámbito de Aplicación: 7 a 15 años

Finalidad: Evaluación de Sintomatología depresiva

Baremación: Baremos en puntuaciones percentiles, típicas, Z y T para tres rangos de edad (7-8 años, 9-10 años, y 11-15 años).

Material: Manual y ejemplar de corrección



Apéndice C

Instrumento de recolección de datos



Universidad Andina del Cusco
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela Profesional de Psicología

GRADO: SECCIÓN: COLEGIO:

SEXO: M / F EDAD: FECHA DE NACIMIENTO:

LUGAR DE NACIMIENTO:

INSTRUCCIONES

Los chicos y chicas como tú tienen diferentes sentimientos e ideas. En este cuestionario se recogen esos sentimientos e ideas. De cada grupo, señala una frase que sea **LA QUE MEJOR DESCRIBA** cómo te has sentido durante las **DOS ÚLTIMAS SEMANAS**. Una vez que termines con un grupo de frases, pasa al siguiente.

No hay respuestas correctas o incorrectas. Únicamente señala la frase que describa mejor **CÓMO TE HAS SENTIDO** últimamente. Pon una equis (x) en el círculo que hay junto a tu respuesta.

Hagamos un ejemplo. Pon una equis junto a la frase que **MEJOR** te describa:

EJEMPLO:

- Siempre leo libros
- De vez en cuando leo libros
- Nunca leo libros

RECUERDA QUE DEBES SEÑALAR LAS FRASES QUE MEJOR DESCRIBAN TUS SENTIMIENTOS O TUS IDEAS EN LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS.

DE LAS TRES FRASES QUE SE PRESENTAN EN CADA PREGUNTA ESCOGE SÓLO UNA, LA QUE MÁS SE ACERQUE A CÓMO ERES O TE SIENTES.

PASA A LA PÁGINA SIGUIENTE.



1	<input type="radio"/> De vez en cuando estoy triste. <input type="radio"/> Muchas veces estoy triste. <input type="radio"/> Siempre estoy triste.	2	<input type="radio"/> Nunca me va a salir nada bien. <input type="radio"/> No estoy muy seguro de si las cosas me van a salir bien. <input type="radio"/> Las cosas me van a salir bien.
3	<input type="radio"/> La mayoría de las cosas las hago bien. <input type="radio"/> Muchas cosas las hago mal. <input type="radio"/> Todo lo hago mal.	4	<input type="radio"/> Muchas cosas me divierten. <input type="radio"/> Algunas cosas me divierten. <input type="radio"/> Nada me divierte.
5	<input type="radio"/> Siempre soy malo o mala. <input type="radio"/> Muchas veces soy malo o mala. <input type="radio"/> Algunas veces soy malo o mala.	6	<input type="radio"/> A veces pienso que me puedan pasar cosas malas. <input type="radio"/> Me preocupa que pasen cosas malas. <input type="radio"/> Estoy seguro de que me pasarán cosas muy malas.
7	<input type="radio"/> Me odio. <input type="radio"/> No me gusta como soy. <input type="radio"/> Me gusta como soy.	8	<input type="radio"/> Todas las cosas malas son por mi culpa. <input type="radio"/> Muchas cosas malas son por mi culpa. <input type="radio"/> Generalmente no tengo la culpa de que pasen cosas malas.
9	<input type="radio"/> No pienso en matarme. <input type="radio"/> Pienso en matarme, pero no lo haría. <input type="radio"/> Quiero matarme.	10	<input type="radio"/> Todos los días tengo ganas de llorar. <input type="radio"/> Muchos días tengo ganas de llorar. <input type="radio"/> De vez en cuando tengo ganas de llorar.
11	<input type="radio"/> Siempre me preocupan las cosas. <input type="radio"/> Muchas veces me preocupan las cosas. <input type="radio"/> De vez en cuando me preocupan las cosas.	12	<input type="radio"/> Me gusta estar con la gente. <input type="radio"/> Muchas veces no me gusta estar con la gente. <input type="radio"/> Nunca me gusta estar con la gente.



13	<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> No puedo decidirme.<input type="radio"/> Me cuesta decidirme.<input type="radio"/> Me decido fácilmente.	14	<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Soy simpático o simpática.<input type="radio"/> Hay algunas cosas de mi apariencia que no me gustan.<input type="radio"/> Soy feo o fea.
15	<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Siempre me cuesta hacer las tareas.<input type="radio"/> Muchas veces me cuesta hacer las tareas.<input type="radio"/> No me cuesta hacer las tareas.	16	<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Todas las noches me cuesta dormir.<input type="radio"/> Muchas veces me cuesta dormir.<input type="radio"/> Duermo muy bien.
17	<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> De vez en cuando estoy cansado o cansada.<input type="radio"/> Muchos días estoy cansado o cansada.<input type="radio"/> Siempre estoy cansado o cansada.	18	<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> La mayoría de los días no tengo ganas de comer.<input type="radio"/> Muchos días no tengo ganas de comer.<input type="radio"/> Como muy bien.
19	<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> No me preocupan el dolor ni la enfermedad.<input type="radio"/> Muchas veces me preocupan el dolor y la enfermedad.<input type="radio"/> Siempre me preocupan el dolor y la enfermedad.	20	<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Nunca me siento solo o sola.<input type="radio"/> Muchas veces me siento solo o sola.<input type="radio"/> Siempre me siento solo o sola.
21	<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Nunca me divierto en el colegio.<input type="radio"/> Sólo a veces me divierto en el colegio.<input type="radio"/> Muchas veces me divierto en el colegio.	22	<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Tengo muchos amigos.<input type="radio"/> Tengo algunos amigos, pero me gustaría tener más.<input type="radio"/> No tengo amigos.



23	<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Mi trabajo en el colegio es bueno.<input type="radio"/> Mi trabajo en el colegio no es tan bueno como antes.<input type="radio"/> Llevo muy mal los cursos que antes llevaba muy bien.	24	<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Nunca podré ser tan bueno como otros niños.<input type="radio"/> Si quiero, puedo ser tan bueno como otros niños.<input type="radio"/> Soy tan bueno como otros niños.
25	<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Nadie me quiere.<input type="radio"/> No estoy seguro de que alguien me quiera.<input type="radio"/> Estoy seguro de que alguien me quiere.	26	<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Generalmente hago lo que me dicen.<input type="radio"/> Muchas veces no hago lo que me dicen.<input type="radio"/> Nunca hago lo que me dicen.
27	<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Me llevo bien con la gente.<input type="radio"/> Muchas veces me peleo.<input type="radio"/> Siempre me peleo.		



Apéndice D

CONSENTIMIENTO POR ESCRITO

Estimado(a) Sr(a):

Con la finalidad de poder realizar la investigación titulada **“Presencia de Depresión en Estudiantes de V ciclo de la Institución Educativa Estatal San Luis Gonzaga – 711 de Urubamba, Cusco – 2018”**, la cual contribuirá en el mejor rendimiento de los estudiantes de la provincia de Urubamba, le pedimos a usted su autorización para poder aplicar el Inventario de Depresión Infantil de Kovacs.

Título de la investigación:

PRESENCIA DE DEPRESIÓN EN ESTUDIANTES DE V CICLO DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA ESTATAL SAN LUIS GONZAGA – 711 DE URUBAMBA, CUSCO – 2018

Yo (nombre y apellidos)

He leído la hoja de información que se me ha entregado

He podido hacer preguntas sobre el estudio

He recibido suficiente información sobre el estudio

He hablado con..... (nombre del investigador)

Comprendo que mi participación es voluntaria

Comprendo que puedo retirar mi participación del estudio:

- 1. Cuando quiera**
- 2. Sin tener que dar explicaciones**
- 3. Sin que esto repercuta en mis labores**

Por esto, manifiesto libremente mi conformidad para participar en el ensayo

.....

Firma del participante

Apéndice E

Existencia de Disforia por procedencia

<i>Disforia</i>	Rural		Urbano	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
<i>No existe</i>	25	80.6	66	93
<i>Leve</i>	6	19.4	5	7
<i>Grave</i>	0	0	0	0
<i>Total</i>	31	100	71	100

Además, según la variable disforia, del total de los encuestados, el 80.6% de los estudiantes de procedencia rural no tienen riesgo de depresión, mientras que el 19.4% si presenta riesgo de depresión; en el caso de los estudiantes de procedencia urbana, el 93% de los encuestados no tiene riesgo de depresión, mientras que el 7% si presenta riesgo de depresión.

Existencia de Autoestima Negativa por procedencia

Autoestima Negativa	Rural		Urbano	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
<i>No existe</i>	28	80.6	63	93
<i>Leve</i>	3	19.4	8	7
<i>Grave</i>	0	0	0	0
<i>Total</i>	31	100	71	100

Para la variable autoestima negativa, del total de los encuestados, el 90.3% de los estudiantes de procedencia rural no tienen riesgo de depresión, mientras que el 9.7% si presenta riesgo de depresión; en el caso de los estudiantes de procedencia urbana, el 88.7% de los encuestados no tiene riesgo de depresión, mientras que el 11.3% si presenta riesgo de depresión.