

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA

E.A.P. DE MEDICINA HUMANA

**Presencia de síntomas depresivos en adolescentes del
colegio “Rosenthal de la Puente” de Magdalena del
Mar en el año 2016**

TESIS

Para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

AUTOR

Susana Paola Cecilia Castillo Romaní

ASESOR

Víctor Carreño Martínez

Lima - Perú

2016

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar agradezco a Dios por haber guiado mis pasos durante toda mi carrera y haber iluminado mi camino, en segundo lugar agradezco a mi padre Rafael, madre Norma, abuelitos Susana y Fernando y tíos Carlos y Juanita por haber sido un apoyo moral y emocional constante durante estos 7 años, y por último agradezco a mi asesor el Dr. Víctor Raúl Carreño Martínez por su paciencia durante el desarrollo de esta tesis.

ÍNDICE

Títulos	Págs.
1. Introducción	1
1.1. Planteamiento del problema	2
1.1.1. Descripción de la realidad problemática	2
1.1.2. Formulación de la pregunta de investigación	3
1.1.3. Justificación	3
1.1.4. Factibilidad del estudio	4
1.1.5. Limitaciones del estudio	5
1.2 Marco teórico	5
2. Objetivos	20
2.1 Objetivo general	20
2.2 Objetivos específicos	20
3. Hipótesis	20
4. Variables e indicadores	20
4.1 Identificación y medición de las variables	20
4.2 Operacionalización de las variables	21
5. Material y Métodos	24
5.1 Diseño de estudio	24
5.2 Población de estudio	24
5.3 Criterios de inclusión	24
5.4 Criterios de exclusión	24
5.5 Técnicas e instrumentos	25
5.6 Plan de procedimientos	28
5.7 Recolección de datos	29
5.8 Análisis de datos	30
5.9 Aspectos éticos	30
6. Resultados	31
7. Discusiones	38
8. Conclusiones y recomendaciones	41
9. Bibliografía	43
10. Anexos	47

“Presencia de síntomas depresivos en adolescentes del colegio “Rosenthal de la Puente” de Magdalena del Mar en el año 2016”

Resumen: La presente investigación trata sobre la presencia de 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, Perú, durante el mes de Marzo del año 2016.

Método: Es un estudio de tipo observacional, descriptivo, y con un diseño transversal prospectivo, el instrumento que se utilizó fue el Children’s Depression Inventory (CDI) y se consignaron los datos personales.

Población de Estudio y Muestra: muestra elegida por conveniencia, y conformada por 320 alumnos (267 adolescentes varones y 53 adolescentes mujeres)

Resultados: Se encontró 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.

Objetivos:

Objetivo Principal: Determinar la presencia de síntomas depresivos en alumnos de secundaria de un colegio de Magdalena del mar en el mes de Marzo del año 2016.

Objetivos específicos:

- Determinar el grado de los síntomas depresivos presentes en la población de adolescentes.

- Identificar la distribución por edad y sexo de los síntomas depresivos.

Palabras Claves: Depresión, adolescencia, síntomas.

"Presence of depressive symptoms in adolescent of school " Rosenthal de la Puente" Magdalena del Mar in 2016"

Summary: This research deals with the presence of depressive symptoms in adolescents aged 11-17 years at the Salesian College "Rosenthal de la Puente" of Magdalena del Mar, Lima, Peru, during the month of March 2016.

Method: This is an observational, descriptive, and with a prospective cross-sectional design, the instrument used was the Children's Depression Inventory (CDI) and also on the same tab where inventory was personal data were recorded.

Study Population and Sample: sample chosen for convenience, and is made up of 320 students (267 male adolescents and 53 adolescent women)

Results: 79,375% of depressive symptoms was found. For grades of 20.62% depressive symptoms one no depressive symptoms; 25.63% of the total one with mild depressive symptoms; 26.25% one with moderate symptoms and severe symptoms 27.50%.

Objective:

Main Objective: To determine the presence of depressive symptoms in high school students of a college of Magdalena Sea in the month of March 2016.

Specific objectives:

- Determine the level of depressive symptoms present in the adolescent population.
- Identify the distribution by age and sex of depressive symptoms.

Keywords: Depression, teens, symptoms.

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una etapa crucial en el desarrollo del ser humano, ya que se caracteriza por múltiples cambios en los que tiene que adaptarse el adolescente; no solamente cambios físicos sino también de carácter emocional, como por ejemplo en esta etapa se termina de formar la personalidad y toman forma sentimientos que se han ido creando a lo largo de la infancia por lo que este es el momento en el que la salud pública puede aprovechar para intervenir oportunamente.¹

Con referencia a estas intervenciones, estas hacen énfasis en las etapas del desarrollo del ser humano, ya que la influencia que se de en alguna de ellas repercutirá en las siguientes, por lo que si se realiza una intervención en la adolescencia se estará previniendo que se produzcan problemas en la adultez.

Además es posible corregir problemas que se hayan producido durante los primeros 10 años de vida, disminuyendo considerablemente las consecuencias como son el maltrato, la violencia, entre otros.²

En cuanto a la salud mental del adolescente, esta cobra mayor importancia con la depresión, que es la primera causa de morbilidad y discapacidad, y también por sus consecuencias más graves como el suicidio que se considera que ocupa el tercer lugar entre las causas de muerte.¹

Por último la depresión en niños y adolescentes, la cual ha sido considerada relevante por su relación con el consumo de sustancias ilícitas y el suicidio en la adultez, como entidad diagnóstica se ha reconocido de forma relativamente reciente y no ha sido estudiada con el debido interés.³

1.1. Planteamiento del problema

1.1.1. Descripción de la realidad problemática

“En los últimos años, numerosas investigaciones han centrado su atención en aspectos asociados con la salud mental de los niños y de los adolescentes estudiándose aspectos demográficos, epidemiológicos y de carga de la enfermedad”⁴

A nivel mundial se ha evidenciado que cada vez van tomando más terreno las patologías de salud mental y entre ellas la más frecuente es la depresión con una prevalencia que fluctúa entre 0.4% y 8.3%, además se ha encontrado que si esta se da o surge en etapas tempranas de la vida como la niñez y la adolescencia tienen un mayor impacto en la adultez.

En cuanto a su repercusión podemos evidenciar que esta ha ido aumentando en los últimos 40 años porque es producto, entre otras cosas, de eventos estresantes que se forman gracias al afán de cumplir con las expectativas de un mundo modernizado y sus exigencias.

Esta psicopatología afecta más a la población adolescente ya que en esta etapa hay una mayor susceptibilidad de padecer de sus consecuencias como son bajo rendimiento académico, desempleo, formación de pandillas, ruptura familiar, y como consecuencia severa el suicidio.

Por otro lado debemos dar importancia a los factores de riesgo porque a su vez varios de ellos se convierten en consecuencias de la depresión y comienza a desarrollarse un círculo vicioso, entre estos factores se encuentran los problemas familiares (ruptura de la unidad familiar), trastornos alimentarios, débil soporte familiar y social, etc.

Cabe recalcar que antes del año 2002 en el Perú no se habían realizado estudios de magnitud epidemiológica sobre prevalencia de sintomatología depresiva, pero si sobre adaptación del Children's depression Inventory (CDI) a nuestro país.

Además la mayor consecuencia y que tiene mayor impacto social en el Perú fue el suicidio, se evidenció el desarrollo de esta patología a temprana edad aumenta la probabilidad en un 50% de cometer intento de suicidio a largo plazo.

1.1.2. Formulación de la pregunta de investigación:

¿Existen síntomas depresivos en adolescentes del colegio “Rosenthal de la Puente” del distrito de Magdalena del Mar en el año 2016?

1.1.3. Justificación

1.1.3.1. Justificación Legal:

Resolución del Consejo Directivo N° 009-2015-SUNEDU/CD. Reglamento del registro nacional de grados y títulos. Normas legales. Separata especial. Lima, 18 de diciembre de 2015.

Capítulo VIII. De la información, transparencia y publicidad del Registro Nacional de Grados y Títulos.

Disposiciones complementarias transitorias.

Primera.- El artículo 45 de la Ley Universitaria - Ley N° 30220 establece los requisitos mínimos para obtener los diplomas de los grados académicos de bachiller, maestro y doctor, así como los títulos profesionales y de segunda especialidad profesional, siendo los siguientes:

- Para el Título Profesional: Requiere del grado de Bachiller y la aprobación de una tesis o trabajo de suficiencia profesional. Las universidades acreditadas pueden establecer modalidades adicionales a estas últimas.

1.1.3.2. Justificación social:

Los resultados de este trabajo servirán para que en las escuelas se ponga más énfasis a la detección de síntomas depresivos a través de la implementación de cuestionarios, inventarios o test que periódicamente se desarrollarán para la captación de casos y seguimiento del avance de estos síntomas.

Por consiguiente con esta detección temprana se podrán prevenir las consecuencias de la depresión como la formación de delincuentes, pandillas,

bajo rendimiento escolar, abandono escolar, problemas familiares e intentos de suicidio.

1.1.3.3. Justificación académica:

Se podrá generar nuevo conocimiento sobre la epidemiología de los síntomas depresivos ya que los estudios realizados en nuestro país son escasos y publicados entre los años 2002 y 2003.

“Las investigaciones sobre la etiología, prevención e incluso tratamiento se basan en estudios en adultos por lo que las diferencias relacionadas con la cognición, emociones y sentimientos de un adolescente, que son diferentes al de un adulto, harían variar los resultados como para extrapolar a esta etapa”.⁵

Por este motivo a partir de esta publicación se podrían formular nuevas preguntas de investigación con el objetivo de ahondar en un tratamiento y prevención personalizado para la población adolescente.

Por último podremos analizar si la metodología que se utilizó es adecuada a nuestra realidad nacional, y si no lo es, explorar y encontrar la mejor opción para estudiar la sintomatología depresiva en nuestro país.

1.1.4. Factibilidad del estudio

El estudio a realizarse es factible ya que la información necesaria para realizarlo se obtendrá a través del cuestionario que será respondido por los sujetos de estudio de forma clara y precisa, además se cuenta con la autorización del Subdirector de la institución educativa en la que se realizará este cuestionario, el consentimiento de los padres y el asentimiento de los adolescentes.

1.1.5. Limitaciones del estudio

Se contará con niños que no están afectados por ninguna enfermedad somática, por lo que esta no influirá en la presencia de sintomatología depresiva, también el cuestionario estará compuesto por preguntas con opción múltiple y con un lenguaje entendible para la población.

1.2. Marco teórico

1.2.1 Antecedentes

Un estudio realizado en el año 1992 en Suecia llamado “Prevalence and short-term stability of depressive symptoms in Schoolchildren”⁶ en el cual se utilizó el inventario de Kovacs encontró que los entrevistados presentaron un porcentaje de depresión de un 10% y en cuanto al sexo se encontró que las mujeres presentaron más síntomas depresivos que los varones.

En Egipto en una publicación del año 1991 titulada “A study of depression among Alexandria preparatory school adolescents”⁷ y utilizando el inventario de depresión para niños, se encontró una prevalencia de depresión de 10.25%.

En Costa Rica se realizó un estudio en el año 1995 que se tituló “Adolescencia y consumo de drogas en Costa Rica”⁸ en adolescentes entre 10 a 18 años en los que se identificó una prevalencia de 19% de síntomas depresivos, de ellos se observó que las mujeres presentaban el doble de sintomatología depresiva que los varones (25% vs 13%). También se encontraron relaciones con el consumo de bebidas alcohólicas, tabaco y drogas ilícitas; los adolescentes que habían consumido bebidas alcohólicas y tabaco durante el último año tenían dos veces más probabilidad de presentar síntomas depresivos que los que no los habían consumido, además los que utilizaron drogas ilícitas

durante este mismo período tenían 5 veces más probabilidad de presentar estos síntomas que los que no utilizaron estas drogas.

Otro estudio de este país publicado en el año 1999 llamado “Validación del inventario de Depresión para niños (IDN) en Costa Rica”⁹ concluye que uno de cada diez adolescentes costarricenses padece de sintomatología depresiva y que el instrumento es confiable y válido para esta población.

En Guatemala se realizó una publicación llamada “Depression in Guatemalan adolescents. Adolescence”¹⁰ en la que contaron con 339 adolescentes de 15 años en donde se determinó que un porcentaje de 35.4% de los entrevistados presentaban síntomas depresivos, esto se realizó con la ayuda de la escala de depresión para niños “Center for Epidemiological studies”

En México se realizó un estudio relacionando depresión y perspectiva de género llamado “Depresión en adolescentes. Un análisis desde la perspectiva de género”¹¹ en donde se halló que el 62.7% padecía de sintomatología depresiva y de ellos siete de cada diez mujeres se encontraban deprimidas (73.1%) respecto a cinco de cada diez varones (54.1%).

En Sudamérica se puede mencionar un estudio en Colombia, que utilizó la Escala de depresión para adolescentes de Reynolds (EDAR), llamado “Depresión en adolescentes de la Institución Educativa Pedro León Torres en Yacau Nquer (Nariño, Colombia), 2012”¹² en el que se concluyó que un 21% del total de la población adolescente presentó síntomas depresivos; en cuanto al sexo se observó que las mujeres presentaron un porcentaje de 25.7% y los varones un 15.2% y en cuanto a la edad se encontró depresión en un 23.2% entre los 15 y 16 años; un 18.5% entre los 13 a 14 años y un 16.7% a partir de los 17 años a más.

En Brasil se publicó en el 2001 un estudio llamado “Depresión en la adolescencia en centros de atención primaria: importancia de un problema oculto en salud colectiva”¹³ en donde se utilizó el cuestionario estructural tetradimensional para la depresión (CET-DE) y se encontró una prevalencia de depresión de un 26.5% y en cuanto al sexo se observó que las adolescentes mujeres presentaron un porcentaje de 31.2% y los del sexo masculino un 9.2%, con una razón alrededor de 3:1.

En el Perú se cuentan con pocas publicaciones de estudios que tengan como problema principal la depresión en adolescentes.

En primer lugar cabe destacar el estudio publicado en el año 2010 llamado “Prevalencia y factores asociados con el episodio depresivo en adolescentes de la población urbana de tres ciudades de la Sierra Peruana 2003”¹⁴ este se realizó en las ciudades de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz en adolescentes de 12 a 17 años, estas tres ciudades fueron escogidas porque son tres grupos culturales diferenciados y que han experimentado procesos sociales diferentes en las últimas 2 décadas. En este estudio se concluyó que la prevalencia de episodio depresivo fue de 5.7%, en cuanto al sexo se evidenció una mayor prevalencia en el sexo femenino que en el masculino (8.3% vs 2.9%) y en cuanto a la edad se encontró una mayor prevalencia en el grupo etáreo de 15 a 17 años (7.4%), en comparación con el grupo etáreo de 12 a 14 años (4.1%).

También en el informe general del “Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental (EEMSM), realizado en Lima y Callao el 2002” que se usó en el estudio “Prevalencia y factores asociados con el episodio depresivo en adolescentes de Lima Metropolitana y Callao”¹⁵ se reportó una prevalencia de episodio depresivo en adolescentes de 8.6%; además se encontró una mayor prevalencia de síntomas depresivos en el grupo etáreo de 15 a 17 años (12.1%) que el grupo etáreo de 12 a 14 años (5.4%), así mismo la prevalencia fue mayor en mujeres (13.4%) que en varones (3.9%).

Además tenemos los datos de los “Anales de Salud Mental” del año 2013 del “Instituto Nacional de Salud Mental” “Honorio Delgado-Hideyo Nogushi”¹⁶ en la que se realizó una investigación en la que incluyó a personas con edad mayor a los 12 años y en las que se identificó diversas patologías mentales y que residen en Lima y Callao, además estas representan el 99.6% de todos los habitantes de las regiones de Lima y Callao.

Los adolescentes en este estudio identifican diversos problemas que producen depresión en un 21.2%, además se observó que 4 de cada 100 adolescentes han tenido deseos de morir en alguna etapa de su vida y 7 de cada 100 reúne criterios para el diagnóstico.

1.2.2. Bases teóricas

1.2.2.1. Síntomas depresivos:

“Según la OMS la prevalencia de patología mental en el mundo es de 851 millones de personas y esto constituye el 15% de la carga mundial de la enfermedad. Y se estima que para el 2020 será la segunda causa de enfermedad en el mundo”.¹⁷

Las patologías mentales son consideradas como problema de salud a nivel mundial, a pesar de esto “el área de la salud mental en niños no fue considerada relevante durante un largo tiempo”. (18, 19)

En los últimos tiempos la atención ha virado hacia los aspectos relacionados con la salud mental en la infancia y la adolescencia, y se ha visto que esta tiene un gran impacto como “la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha planteado, la cual dice que cerca de la quinta parte de los niños y adolescentes sufren de alguna patología mental”.⁴

Dentro de estas, los trastornos del humor que se dan en la infancia y en la edad juvenil son los más frecuentes y se han venido discutiendo más estas últimas décadas

“Por lo que se ha pasado desde la negación de que existieran antes de alcanzar la adolescencia hasta finalmente reconocer estas entidades como propias en edades tempranas”.²⁰

Los problemas de salud mental son muy importantes en la etapa de la adolescencia y en específico la depresión, ya que se considera que es la primera causa de enfermedad y discapacidad en esta etapa, además de que “uno de sus efectos más importantes es el suicidio y se encuentra en tercer lugar como causa de mortalidad”.¹⁰

“La depresión como enfermedad afecta a cerca de 350 millones de personas”²¹. Esta patología psiquiátrica puede convertirse en un problema grave de salud cuando se prolonga y aumenta en intensidad porque puede influenciar negativamente en las actividades de la vida diaria como las laborales, familiares, entre otros.

“Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales la depresión es definida como un trastorno del estado de ánimo que se caracteriza por humor disfórico, asociado a síntomas emocionales, afectivos y físicos que se presentan en todas las actividades”.²²

La depresión se define como un problema psicológico complejo que dificulta la adaptación y la motivación del sujeto además de presentar disforia e irritabilidad.

Otros autores la definen como un desbalance en la regulación de la intensidad y la duración de la tristeza que es producida por la carencia de algo amado u objeto de deseo.²³

La depresión ha sido conceptuada por diversos autores en distintas épocas y por diversos enfoques.

Desde el punto de vista cognitivo, que desarrolló Beck en el año 1972, la depresión se define como un conjunto de concepciones negativistas de uno mismo, el mundo y el futuro del individuo.

En pocas palabras “Beck señala que las emociones y conductas características que se observan en la depresión se determinan por la forma en como el sujeto depresivo percibe su realidad”.²⁴

Existen diversas teorías que explicarían el origen de la depresión. Entre ellas se encuentra el enfoque psicoanalítico de Freud que menciona que durante la niñez se pueden producir eventos desagradables como la pérdida, y que en una etapa posterior de la vida sería un punto vulnerable para desencadenar la depresión.

“Otro enfoque llamado perspectiva conductual se centra mucho más allá del concepto de pérdida y reconoce como fundamental la pérdida del reforzamiento en el ambiente del individuo.”²⁵

Por otro lado se encuentran las teorías biológicas que sugieren que existen dos causas importantes: la heredabilidad de la depresión y el desequilibrio de neurotransmisores como consecuencia de la depresión.

Además el modelo cognitivo plantea que existen esquemas que utilizan las personas y con ellos interpretan sus diversas experiencias. En cuanto a las personas que tienen tendencia a la depresión desarrollan esquemas distorsionados negativos que dan lugar a una triada: visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro.

“En cuanto a teorías que expliquen la causa de la depresión se postula que existen factores de vulnerabilidad en el individuo y que estos aunados con eventos de estrés podrían desencadenar la aparición de la depresión”.¹⁹

En cuanto a las causas de la depresión entre las causas orgánicas se ha estudiado que existen anomalías de los sistemas de neurotransmisión entre ellos el más importante es el déficit de la síntesis de serotonina o una regulación inadecuada de la síntesis de noradrenalina.

También se observó que un incremento en la concentración del factor liberador de corticotropina (CFR) en el líquido cefalorraquídeo (LCR) favorece que existan trastornos del ánimo. En cuanto al cortisol los trastornos de la ansiedad están caracterizados por hipercortisolemia, que finalmente lleva a una depresión.²⁶

Los trastornos depresivos se encuentran a lo largo del ciclo vital y son las patologías mentales más frecuentes durante la niñez, en cuanto a la prevalencia en los estratos esta es más frecuente en los estratos socioeconómicos bajos.²⁷

“En cuanto a la epidemiología la depresión se encuentra en la población infantil en un 2%, por otro lado el porcentaje de depresión en la población infantil dentro de la población general es entre un 8 y 10%”.¹⁷

1.2.2.2. Adolescencia:

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la adolescencia es una etapa de desarrollo que se da después de la niñez y antes que la adultez, y está comprendida entre los 10 a 19 años, esta se clasifica en temprana (10 a 13 años), media (14 a 16 años) y tardía (17 a 19 años).

“En otra clasificación según la OPS, esta se divide en primera adolescencia, que comprende las edades de 10 a 14 años y la segunda o tardía que comprende entre 15 y 19 años de edad”.²⁸

Por otra parte a diferencia de la definición dada por la OMS en la que se considera que el adolescente es todo aquel individuo que tiene una edad entre los 10 a 19 años, muchos adolescentes se considerarían niños con la definición dada por la “Convención sobre los derechos del niño” en la que refieren que es niño todo aquel que tenga una edad inferior a la de los 18 años, además la ONU define que los jóvenes son aquellos cuya edad comprenden entre los 15 a 24 años.

Esta etapa se considera de transición y es la más importante en la vida del ser humano ya que se caracteriza por muchos cambios a ritmo acelerado a nivel biológico, cognitivo y social que hacen que el individuo cambie el concepto que tiene de sí mismo y que lo lleve a construir una nueva identidad¹³, además los individuos desarrollan habilidades, aprenden a relacionarse, adquieren nuevos conocimientos y tienen mayores necesidades.

“Según el informe realizado por la OMS y que lleva como título “Health for the world’s adolescents”, los adolescentes son afectados por diversos problemas como el tabaquismo, el alcoholismo, consumo de sustancias ilícitas, el VIH, los traumatismos, la salud mental entre otros”.¹⁰

Principales causas de muerte en adolescentes:

1. Traumatismos causados por el tránsito.
2. VIH/SIDA.
3. Suicidio.
4. Infecciones de las vías respiratorias inferiores.
5. Violencia.
6. Enfermedades diarreicas agudas.
7. Ahogamiento.
8. Meningitis.
9. Epilepsia.
10. Trastornos endocrinos, hematológicos o inmunitarios.

Principales causas de enfermedad y discapacidad en adolescentes:

1. Depresión.
2. Traumatismos causados por el tránsito.
3. Anemia.
4. VIH/SIDA.
5. Lesiones autoprovocadas.
6. Dolores musculares.
7. Enfermedades diarreicas agudas.
8. Trastornos de ansiedad.
9. Asma.
10. Infecciones de las vías respiratorias inferiores.

Extraído de: ¹⁰ Organización Mundial de la Salud. La OMS pide que se preste mayor atención a la salud de los adolescentes. Centro de prensa. Comunicado de prensa. De próxima aparición. 14 de Mayo 2014.

En cuanto a la morbilidad en adolescentes se debe tener en cuenta los años perdidos por discapacidad que son estimaciones que cuantifican la carga de morbilidad y que facilitan la comparación entre diversas enfermedades.

A continuación se evidencian las 5 principales causas de años perdidos por discapacidad (APD) entre los años 2000 y 2012 en adolescentes de 10 a 14 años:

- Trastornos depresivos.
- Anemia ferropénica.
- Asma.
- Dolores o contracturas de espalda y cuello.
- Desórdenes ansiosos.

En los últimos tiempos se ha visto que por el continuo progreso de la sociedad, la mayor demanda de trabajo y su exigencia los adolescentes deben asumir mayores responsabilidades, lo que supone una mayor carga emocional, además también se observa que “en esta etapa se da la mayor incidencia de problemas emocionales como también de conducta”.¹³

Y no debemos dejar de lado que muchos de los adolescentes comienzan a experimentar problemas de salud mental, los patrones de conducta, alteraciones del estado de ánimo y entre ellos la depresión.

En resumen la adolescencia se considera como una etapa en la que el ser humano se prepara para la adultez, en este periodo se da una maduración sexual y física pero también se dan cambios en su entorno social y emocional por lo que busca tener independencia económica y social, además también las características propias de los adolescentes los hace más susceptibles de ser presionados por otros adolescentes o adultos para realizar conductas de riesgo como lo son consumir drogas, el inicio de relaciones sexuales a muy temprana edad e incluso llegar al suicidio.

1.2.2.3. Asociación de síntomas depresivos:

1.2.2.3.1. Factores de riesgo:

Es importante tomar en cuenta que el adolescente no tiene la capacidad de manejar conceptos abstractos y complejos, como tampoco relacionan su conducta y las consecuencias que podrían tener.

Se dice que la plasticidad neuronal aún se encuentra en los adolescentes y esto sería beneficioso ya que tiene el potencial de disminuir el impacto de situaciones o experiencias negativas vividas en etapas tempranas de la vida.

Ante todo esto la respuesta de la Organización mundial de la Salud fue formar un “Programa de acción para superar la brecha en salud mental”¹¹ en el que se encuentra como afección prioritaria la depresión y cuyo objetivo es ampliar los servicios para personas con enfermedades mentales en diversos países mediante la prestación de profesionales asistenciales.

“Los factores de riesgo de la aparición de la depresión en la adolescencia es la historia de depresión en la familia, estar bajo estrés continuo, factores hormonales entre otros”.²⁹

De todo lo expuesto anteriormente podemos ver que es posible influir positivamente en este periodo positivamente previniendo que se den estas conductas de riesgo.

También existen factores de vulnerabilidad y activación.

Factores de vulnerabilidad (incrementan la predisposición general, pero rara vez provocan directamente la enfermedad):

- . Factores genéticos.
- . Historia de trastorno afectivo en los padres.
- . Sexo femenino.
- . Edad postpuberal.
- . Antecedentes de síntomas depresivos.

- . Antecedentes de abuso físico y sexual en la infancia, especialmente en el sexo femenino

- . Afectividad negativa.
- . Pensamientos de tipo rumiativo.

Factores de activación (directamente implicados en el comienzo de la depresión; en presencia de factores de vulnerabilidad, sus efectos pueden ser mayores. Suelen ser acontecimientos no deseados que dan lugar a cambios permanentes en relaciones familiares y de amistad):

- . Conflictos conyugales.
- . Desestructuración familiar.
- . Acoso o humillación.
- . Situaciones de abuso físico, emocional o sexual.
- . Consumo de tóxicos.

³⁰ Extraído de C. Bonet de Luna et al. Revista pediátrica de atención primaria. Vol. XIII. Nº 51. Julio/Septiembre 2011. 13: 471-89. Depresión, ansiedad y separación en la infancia. Aspectos prácticos para pediatras ocupados. Colaboraciones especiales.

1.2.2.3.2. Factores de protección:

Factores de protección (reducen la probabilidad de depresión en presencia de factores de vulnerabilidad o de activación):

- . Buen sentido del humor.
- . Buenas relaciones de amistad.
- . Relaciones estrechas con uno o más miembros de la familia.
- . Logros personales valorados socialmente.
- . Nivel de inteligencia normal-alto.
- . Práctica de algún deporte o actividad física.

. Participación en clubes escolares/sociales.

³⁰ Extraído de C. Bonet de Luna et al. Revista pediátrica de atención primaria. Vol. XIII. N° 51. Julio/Septiembre 2011. 13: 471-89. Depresión, ansiedad y separación en la infancia. Aspectos prácticos para peditras ocupados. Colaboraciones especiales.

1.2.2.3.3. Consecuencias:

En cuanto a las consecuencias de padecer de depresión las personas que la tienen, a largo plazo tienden a tener más enfermedades y además tienen más probabilidades de suicidio.

“Últimamente según información internacional se ha evidenciado agravamiento de patologías psiquiátricas que se han asociado a mayor cantidad de intentos de suicidio en niños y en adolescentes”.^(31, 32)

La depresión influye en el desarrollo de la persona afectando principalmente en el rendimiento escolar, produciendo tristeza y baja autoestima, etc.

Además en la bibliografía algunos autores describen que en la edad adulta “el 50% de los niños pueden volver a desarrollar depresión, por este motivo es fundamental identificar la depresión en etapas tempranas de la vida y poder prevenirla”.³³

En la etapa de la adolescencia el suicidio constituye un gran problema de salud. Este puede prevenirse identificando diversos factores de riesgo como son los síntomas depresivos, tener una baja autoestima, actitudes disfuncionales y eventos negativos en la vida.

Muchas publicaciones han asociado la depresión con la ideación suicida (Adams & Adams, 1996, Philippi & Rosselló, 1995). “La depresión es uno de los predictores que más influyen en desarrollar una conducta suicida”.³⁴

Debe recalcar que una de las peores consecuencias de la depresión es el suicidio y se ha reportado que anualmente se suicidan

alrededor de 800 000 personas, además de que esta es la segunda causa de mortalidad en el rango de 15 a 29 años, y se informa que aproximadamente la mitad de las víctimas de suicidio estaban pasando por algún periodo depresivo en el momento de su muerte.

1.2.2.4. El adolescente con síntomas depresivos:

Según la OMS en el año 2005 la depresión en adolescentes es considerada como un factor de riesgo para la salud en individuos con edades entre 12 y 17 años y que afecta en un porcentaje de 4%, “en el año 2008 se observó que en las mujeres aumentó en un 50% su prevalencia y en el año 2014 se considera a la depresión como la principal causa de enfermedad y discapacidad entre adolescentes de 10 y 19 años”.³⁵

En los adolescentes y en los adultos la forma de diagnóstico es muy similar.

Los dos principales sistemas de clasificación (Clasificación Internacional de Enfermedades-10 [CIE-10] y el manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales Americana -IV [DSM-IV]) definen la depresión de manera similar, aunque el DSM-IV hace una excepción para los niños y adolescentes, por lo que en lugar de irritable se permite el estado de ánimo deprimido como un núcleo de diagnóstico.

Actualmente los criterios DSM-IV-TR que se utilizan para diagnosticar un episodio depresivo mayor son muy parecidos a los del adulto, salvo dos excepciones, la primera es que en lugar de ánimo deprimido se da un ánimo irritable, la segunda es que se valora la pérdida o subida del peso en los adultos y en los niños se observa el fracaso en lograr el peso esperable.

Se habla de un episodio depresivo mayor cuando la persona presenta cambios de humor, pérdida del interés, anhedonia y todo esto se da en un periodo de mínimo 2 semanas.³⁶

Los criterios mencionados se aprecian a continuación.

Deben ser al menos 5 de los siguientes 9 criterios durante un mínimo de 2 semanas y siempre han de estar presentes el punto 1 o el 2 (extraído del DSM-IV-R):

1. Estado de ánimo deprimido o irritable.
2. Pérdida de interés o de capacidad para el placer por sus actividades habituales.
3. Pérdida o aumento o cambios en el apetito (No alcanza el peso previsto).
4. Insomnio o hipersomnia.
5. Agitación o enlentecimiento psicomotor.
6. Fatiga o pérdida de energía.
7. Sentimiento excesivo de inutilidad y culpa.
8. Disminución de la capacidad de pensar y concentrarse.
9. Ideas repetidas de muerte, idea suicida o acto suicida.

¹⁷ Extraído de Ángela Rodríguez de Cossío, Olvido Granada Jiménez. REV. CLÍN. MED. FAM. 2007; 1 (6): 270-276. Artículo especial. Trastornos Depresivos en la infancia y adolescencia.

Otros autores clasifican los síntomas de acuerdo a la etapa del desarrollo infantil y la edad.

- Menores de 7 años:

El síntoma de depresión más frecuente es la ansiedad. Manifiestan irritabilidad, rabietas frecuentes, llanto inmotivado, quejas somáticas (cefaleas, dolores abdominales), pérdida de interés por los juegos habituales, cansancio excesivo o aumento de la actividad motora y abulia.

También pueden presentar un fracaso en alcanzar el peso para su edad cronológica, retraso psicomotor o dificultad en el desarrollo emocional.

En niños pequeños, el trastorno depresivo mayor se asocia con frecuencia a los trastornos de ansiedad, las fobias escolares y los trastornos de eliminación (encopresis, enuresis)

- Niños de 7 años a edad puberal:

Los síntomas se presentan fundamentalmente en tres esferas: Esfera afectiva y conductual: irritabilidad, agresividad, agitación o inhibición psicomotriz, astenia, apatía, tristeza y sensación frecuente de aburrimiento, culpabilidad y en ocasiones ideas recurrentes de muerte.

Esfera cognitiva y actividad escolar: baja autoestima, falta de concentración, disminución del rendimiento escolar, fobia escolar y trastornos de conducta en la escuela y en la relación con sus iguales.

Esfera somática: cefalea, dolor abdominal, trastornos del control de esfínteres, trastorno del sueño (insomnio o hipersomnia), no alcanzar el peso para su edad cronológica y disminución o aumento del apetito.

- Adolescentes:

Los síntomas son semejantes a los de la edad puberal, y aparecen más conductas negativistas y disociales, abuso de alcohol y sustancias, irritabilidad, inquietud, mal humor y agresividad, hurtos, deseo o intentos de fuga, sentimientos de no ser aceptado, falta de colaboración con la familia, aislamiento, descuido del aseo personal y autocuidado, hipersensibilidad con retraimiento social, tristeza, anhedonia y cogniciones típicas (autorreproches, autoimagen deteriorada y disminución de la autoestima). En ocasiones pueden tener pensamientos relativos al suicidio.

Es frecuente que el trastorno depresivo se presente asociado a trastornos disociales, trastornos por déficit de atención, trastornos de ansiedad, trastornos por abuso de sustancias y trastornos de la conducta alimentaria.

³⁰ Extraída de: C. Bonet de Luna et al. Revista pediátrica de atención primaria. Vol. XIII. Nº 51. Julio/Septiembre 2011. 13: 471-89. Depresión, ansiedad y separación en la infancia. Aspectos prácticos para pediatras ocupados. Colaboraciones especiales.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo General

- Determinar la presencia de síntomas depresivos en adolescentes del colegio "Rosenthal de la Puente" de Magdalena del mar en el año 2016.

2.2. Objetivos Específicos

- Determinar el grado de los síntomas depresivos presentes en la población de adolescentes.

- Identificar la distribución por edad y sexo de los síntomas depresivos.

3. HIPÓTESIS

No aplica por ser un estudio descriptivo observacional.

4. VARIABLES E INDICADORES

4.1. Identificación y medición de variables

Variables:

Variable independiente:

Presencia de síntomas depresivos.

Variable dependiente:

Adolescencia.

Variables intervinientes:

Sexo.

4.2. Operacionalización de variables

Tabla: Operacionalización de variables

VARIABLE INDEPENDIENTE:

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	CLASIFICACIÓN	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	FORMAS DE MEDICIÓN	VALORES
Presencia de síntomas depresivos.	Detección de síntomas típicos de la depresión.	Sumatoria de puntaje en el CDI.	Cuantitativa	Discreta	Ordinal	Cuestionario CDI	Indirecta	<0-3> No presencia <4-6> Leve <7-10> Moderada <11-54> Severa

VARIABLES DEPENDIENTES:

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	CLASIFICACIÓN	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	FORMAS DE MEDICIÓN	VALORES
Edad	Cantidad de años desde el nacimiento hasta el año en la que se realizó el cuestionario.	Cifra numérica escrita en el inicio de la hoja del cuestionario.	Cuantitativa	Discreta	Cardinal	Sección del cuestionario donde se redacta la edad.	Indirecta	11, 12, 13, 14, 15, 16, 17.

VARIABLES INTERVINIENTES:

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	CLASIFICACIÓN	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	FORMAS DE MEDICIÓN	VALORES
Sexo	Condición de varón o mujer.	Palabra que afirme la condición de varón o mujer.	Cualitativa	Dicotómica	Nominal	Sección del cuestionario donde se redacta el sexo.	Indirecta	Masculino Femenino

5. MATERIAL Y MÉTODOS

5.1. Diseño de estudio

Se realizará un estudio descriptivo observacional de tipo transversal prospectivo en el que participarán alumnos de Secundaria de un colegio salesiano del distrito de Magdalena del Mar durante el mes de Marzo del año 2016.

5.2. Población de estudio

Universo: Una población de 350 alumnos en secundaria. El colegio en el que se realizará el cuestionario es el Colegio Salesiano “Rosenthal de la Puente”.

Población:

El 100% del universo.

Muestreo:

Esta muestra se obtuvo mediante el muestreo no probabilístico de tipo por conveniencia.

5.3. Criterios de inclusión

- Cuestionarios de los alumnos de Secundaria del colegio salesiano “Rosenthal de la Puente” del Distrito de Magdalena del Mar con edades de 11 a 17 años.

5.4. Criterios de exclusión

- Cuestionarios que no hayan sido respondidos en su totalidad.
- Cuestionarios en los que haya más de una respuesta marcada en cada grupo de enunciados.
- Cuestionarios de alumnos que no asistieron el día en el que se realizó la prueba.
- Cuestionarios de alumnos que tengan alguna patología somática crónica y que produzca dolor.

5.5. Técnicas e instrumentos:

Autor de la versión en inglés: María Kovacs (Canadá)

Título: Inventario de depresión infantil.

Nombre original: Children's Depression Inventory.

Tiempo de desarrollo: Entre 10 a 25 minutos.

Edades: de 8 a 17 años.

Se utilizó el "Children's depression inventory" (CDI), la versión en español de Davanzo (2004).

Historia:

La primera aparición se dio de forma experimental en el año 1975 y estaba conformada por 20 ítems extraídos de la versión para adultos, puesto que se eliminó la parte de contenido sexual.

Después el CDI se publicó en el año 1977 con la autoría de Kovacs por el anhelo de confeccionar un cuestionario desde el punto de vista de la teoría de Beck pero para la población infantil y adolescente.

En esa época este instrumento tenía 21 enunciados y se convirtió en el primer inventario basado en un marco teórico cognitivo.

La siguiente versión contuvo 5 enunciados nuevos referentes a su entorno escolar, a las relaciones interpersonales con sus compañeros, al rendimiento escolar y se pudo aplicar a la población general en lugar de población clínica.

Otra versión posterior del año 1976 apareció con un ítem sobre culpabilidad.

Durante dos décadas no se utilizó mucho el inventario hasta el año 1992 que se hace comercial, en esta última versión aparecieron 2 datos

novedosos: la forma abreviada del instrumento (CDI-S) y la aparición de factores que permitieron una evaluación más detallada.

La última versión que es la actual contiene 27 grupos de tres enunciados.

Validación:

Se realizaron diversas publicaciones en nuestro país sobre la adaptación y validación del CDI.

Una de ellas se realizó en el año 1991 por Raffo que hizo la primera adaptación y validación del CDI para relacionar depresión y autoconcepto.

Luego se realizó otro estudio que se consideró el más extenso y fue realizado el año 1994 por Reátegui en el que se buscó estandarizar para Lima el inventario de depresión infantil. De esto, la autora concluye que el CDI es un instrumento que se adecua a la población evaluada, demostrando poseer las propiedades psicométricas de validez y confiabilidad.

También se realizó un estudio en Cajamarca con el nombre de “Adaptación del inventario de depresión infantil de Kovacs en escolares de la ciudad de Cajamarca” y su objetivo principal fue adaptar el CDI a esta población y además de determinar su validez y confianza, encontrándose una adecuada validez, repitiéndose esto en dos publicaciones más como “Adaptación y estandarización del CDI, para las ciudades de Trujillo, Chiclayo y Piura” y “Adaptación del inventario de depresión infantil de Kovacs en escolares de la UGEL 02 de Lima Metropolitana.

Aplicación:

El cuestionario puede ser contestado por el niño o adolescente como un autoinforme o por personas cercanas a él como padres y maestros, o de las dos formas para una diferenciación de ambas visiones.

Si se da la segunda opción debe leerse cada enunciado en tercera persona.

Los pasos a seguir son los siguientes:

1. Los alumnos deberán poner sus datos de identificación antes de que el que evalúe proceda a la explicación del instrumento.

2. El evaluador leerá en voz alta las instrucciones para el desarrollo de los ítems y dará un ejemplo para su mejor comprensión. Los alumnos deberán escoger uno de los enunciados del grupo de tres de cada ítem por su semejanza a lo que haya sentido durante los últimos 15 días o 2 semanas.
3. Cualquier duda que tengan los evaluados deberán ser respondida por el evaluador, sin orientar a una respuesta.

Calificación

Para la calificación se tomará en cuenta que cada ítem del grupo de 3 enunciados tendrá una puntuación de 0 a 2 de acuerdo a su intensidad. El cero corresponde a aquella opción que representa la intensidad o frecuencia de aparición del ítem más baja, el 1 corresponde a una intensidad o frecuencia media y el 2 a la mayor frecuencia e intensidad.

A continuación se realizará la sumatoria de cada grupo obteniéndose un puntaje total, este puntaje de cada encuestado ayudará a sacar los percentiles de esta población y con ellos poder clasificar a cada alumno de acuerdo al grado de sintomatología depresiva.

Valoración diagnóstica de síntomas depresivos a través del CDI, para niños y adolescentes.

Pc (percentiles)	Categorías diagnósticas
1-24	No hay presencia de síntomas depresivos. Dentro de los límites normales.
25-49	Presencia de síntomas depresivos mínima y moderada.
50-74	Presencia de síntomas depresivos marcada o severa.
75-100	Presencia de síntomas depresivos en grado máximo.

NORMAS EN PERCENTILES DEL CDI, EN ADOLESCENTES DEL NIVEL SECUNDARIO, PARA LOS ALUMNOS DEL COLEGIO “ROSENTHAL DE LA PUENTE”

Escala Total	
Puntaje	Percentil
0-3	P ₁ -P ₂₄
4-6	P ₂₅ -P ₄₉
7-10	P ₅₀ -P ₇₄
11-54	P ₇₅ -P ₁₀₀

5.6. Plan de procedimientos:

Se realizó un pequeño piloto con 5 niños de una escuela preuniversitaria con edades comprendidas entre 11 y 17 años, con lo que se pudo observar las dudas más frecuentes de los encuestados y además sirvió para capacitar al autor de esta tesis.

Pasos que se desarrollaron:

1. El autor se contactó con las autoridades pertinentes para el permiso de la institución educativa en la que se desarrollaría este cuestionario.
2. Se realizó una reunión con la psicóloga del colegio para coordinar adecuadamente la fecha y hora para la realización del cuestionario.
3. La licenciada sugirió que se realizará una breve capacitación a los docentes tutores de cada aula días anteriores a la realización de la

encuesta para que apoyen de manera activa al adecuado desarrollo de la actividad.

4. Además se envió una hoja con el consentimiento de los padres de los adolescentes de la institución que cursaban secundaria para que lo firmen.
5. Se obtuvo también el asentimiento por parte de los adolescentes.
6. Llegado el día de la realización de la actividad se acudió al plantel con 350 encuestas y se les recalcó a los docentes las recomendaciones a la hora de empezar a repartir las hojas.
7. Cada docente tutor se encargó de un aula, les explicó a los alumnos la duración aproximada del inventario, que pusieran su edad, nombre, sexo y que no dejaran ningún enunciado sin contestar.
8. Al término de la actividad los profesores recogieron las hojas y se las entregaron al autor de esta tesis, además también entregaron el sobrante de encuestas que quedaron por inasistencia de los estudiantes.
9. Después de separar estas encuestas quedaron 340 encuestas.
10. Además se separaron las encuestas que no fueron contestadas en su totalidad o que no tenían los datos de nombre, sexo y edad, quedando 320 encuestas.
11. A continuación se procedió a trasladar todos los datos de las hojas a un archivo en Excel y analizar los datos.
12. Por último se redactaron los resultados, conclusiones y recomendaciones.

5.7. Recolección de datos

La recolección de los datos estuvo a cargo del mismo investigador y colaboradores, y consistió en la transcripción del puntaje adquirido en cada ítem del inventario (CDI) y posteriormente su sumatoria total.

Después se realizó el cotejo del puntaje total de cada cuestionario con los percentiles correspondientes para esta población y después correlacionando con cada gradación en una tabla.

5.8. Análisis de datos

Para este trabajo de investigación, se utilizó el paquete estadístico STATA v12 TRIAL. Se realizó la descripción estadística de las variables cuantitativas y cualitativas y se presentó de la manera más conveniente en gráficos y tablas.

Tablas:

Tabla 1. Distribución de frecuencia y porcentual por sexo y edad.

Tabla 2. Distribución de la frecuencia y porcentual del grado de sintomatología depresiva infantil según sexo.

Tabla 3. Distribución de la frecuencia y porcentual del grado de sintomatología depresiva infantil según edad

5.9. Aspectos éticos

En cuanto a los principios bioéticos en esta publicación se tomó en cuenta el principio de autonomía al darle el consentimiento informado a todos los padres de los alumnos que participaron de la encuesta y lo llenaron y el asentimiento por parte de los adolescentes, también se respetaron los principios de beneficencia y no maleficencia; el primero se cumple al tener los resultados de esta publicación y poder así prevenir la presencia de sintomatología depresiva o de iniciar tratamiento y; el segundo se cumple al no tener que realizar experimentos con los sujetos de estudio.

6. RESULTADOS

Se contó con 350 alumnos de secundaria matriculados en el Colegio Salesiano "Rosenthal de la Puente", de los cuales se excluyeron aquellos que no asistieron ese día, aquellos que no resolvieron en su totalidad el inventario o no completaron sus datos personales, quedando finalmente nuestra población de 320 alumnos; a continuación se les facilitó el Children's Depression Inventory (CDI) y se obtuvieron los resultados que se explicarán a continuación.

Los porcentajes de la siguiente tabla se muestran por sexo, es decir se sacaron teniendo como total los subtotales por sexo en cada uno.

Tabla 1. Distribución de frecuencia y porcentual por sexo y edad

Edad	Hombres		Mujeres		TOTAL %
	Total	%	Total	%	
11 años	15	5.59	5	9.80	20 (6.25)
12 años	59	21.93	17	33.33	76 (23.75)
13 años	59	21.93	13	25.49	72 (22.50)
14 años	41	15.24	7	13.73	48 (15.00)
15 años	60	22.30	9	17.65	69 (21.56)
16 años	34	12.64	0	0	34 (10.63)
17 años	1	0.37	0	0	1 (0.31)
TOTAL	269	84.06	51	15.94	320 (100)

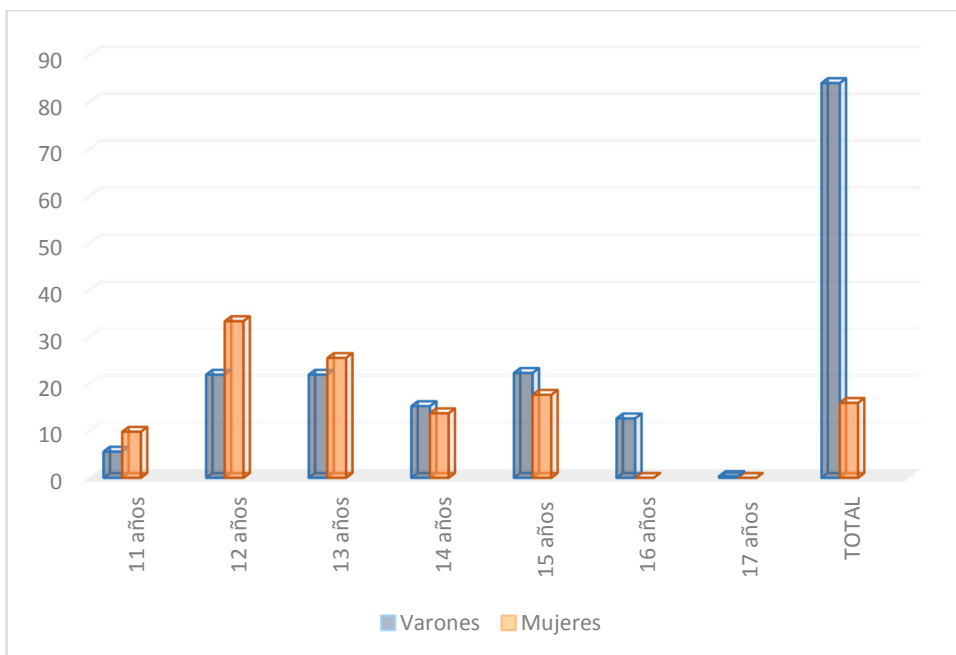


Gráfico 1. Distribución porcentual por sexo y edad

Se observa en la tabla 1 los subtotales por sexo que existe un mayor porcentaje de varones que de mujeres (84.06% vs 15.94%) y un predominio de adolescentes en la edad de 12 años (23.75%). En la edad de 11 años se encontró un 5.59% de varones y un 9.80% de mujeres; en la edad de 12 años se encontró un porcentaje de 21.93% de varones y un 33.33% de mujeres; en la edad de 13 años se encontró un porcentaje de 21.93% de varones y un 25.49% de mujeres; en la edad de 14 años se observa un porcentaje de 15.24% de varones y un 13.73% de mujeres; en la edad de 15 años un porcentaje de 22.30% de varones y un 17.65% de mujeres; en la edad de 16 años un porcentaje de 12.64% de varones y ninguno de mujeres; en la edad de 17 años un 0.37% de varones y ninguno de mujeres. En casi todas las edades hay un mayor porcentaje de varones con respecto a las mujeres con excepción de las edades comprendidas entre 11 y 13 años.

Tabla 2. Distribución de la frecuencia y porcentual del grado de sintomatología depresiva infantil según sexo

	Hombres		Mujeres		TOTAL	%
	Total	%	Total	%		
No hay presencia de síntomas depresivos. Dentro de los límites normales	53	19.70	13	25.49	66	(20.62)
Presencia de síntomas depresivos mínima y moderada.	74	27.51	8	15.68	82	(25.63)
Presencia de síntomas depresivos marcada o severa.	74	27.51	10	19.61	84	(26.25)
Presencia de síntomas depresivos en grado máximo	68	25.28	20	39.22	88	(27.50)
TOTAL	269	84.06	51	15.94	320	(100)

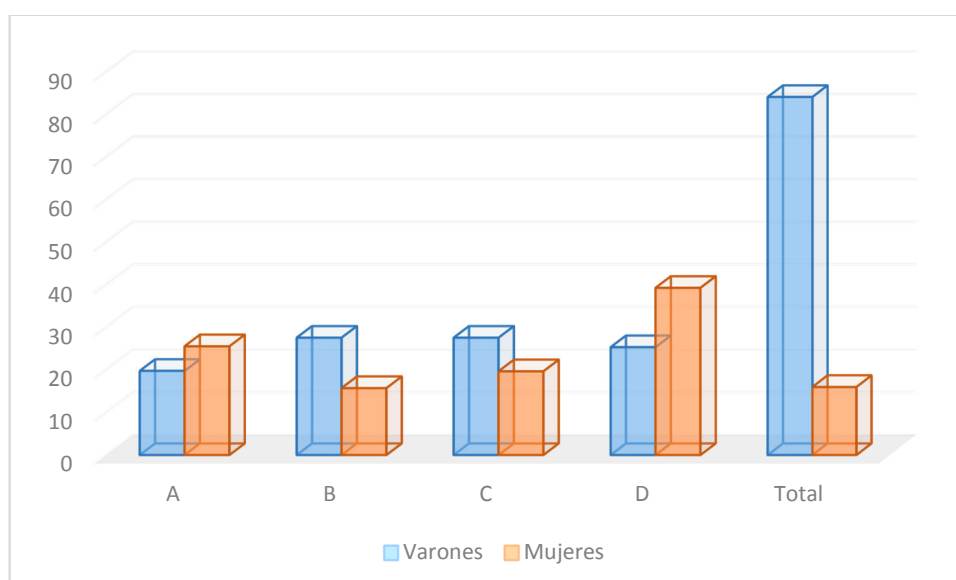


Gráfico 2. Distribución porcentual del grado de sintomatología depresiva infantil según sexo

Siendo:

A: $\leq p_{24}$

B: $\geq p_{25}$ y $\leq p_{49}$

C: $\geq p_{50}$ y $\leq p_{74}$

D: $\geq p_{75}$ y $\leq p_{100}$

Los porcentajes observados en la tabla anterior son medidas relativas que se obtuvieron para cada sexo por separado para una mejor comprensión.

En la tabla 2 se observa que un 19.70% de los varones y un 25.49% de las mujeres no presentan síntomas; un 27.51% de los varones y un 15.68% de las mujeres presentan síntomas mínimos; un 27.51% de los varones y un 19.61% de las mujeres, síntomas marcados; y un 25.28% de los varones y un 39.22% de las mujeres, en grado máximo.

Además hay un predominio del porcentaje de mujeres con respecto a los varones en la categoría de no presencia de sintomatología depresiva y en el nivel máximo; y en el nivel leve y moderado una preferencia por el sexo masculino.

En general el sexo masculino es el que mayor sintomatología depresiva tiene con respecto al sexo femenino encontrándose un 80.3% y un 74.51% respectivamente, y además en total 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.

En total un 20.62% no presenta sintomatología depresiva; un 25.63% del total presentan sintomatología depresiva mínima; un 26.25% presentan sintomatología marcada y un 27.50% sintomatología en grado máximo.

Tabla 3. Distribución de la frecuencia y porcentual del grado de sintomatología depresiva infantil según edad.

	11 años	12 años	13 años	14 años	15 años	16 años	17 años
No hay presencia de síntomas depresivos. Dentro de los límites normales	7 (35%)	28 (36.84%)	12 (16.44%)	7 (14.58%)	9 (13.24%)	3 (8.82%)	0 (0)
Presencia de síntomas depresivos mínima y moderada.	4 (20%)	17 (22.37%)	18 (24.66%)	17 (35.42%)	18 (26.47%)	8 (23.53%)	0 (0)
Presencia de síntomas depresivos marcada o severa.	7 (35%)	14 (18.42%)	15 (20.55%)	15 (31.25%)	21 (30.88%)	11 (32.36%)	1 (100%)
Presencia de síntomas depresivos en grado máximo	2 (10%)	17 (22.37%)	28 (38.35%)	9 (18.75%)	20 (29.41%)	12 (35.29%)	0 (0)
Total	20 (6.25%)	76 (23.75%)	73 (22.81%)	48 (15%)	68 (21.25%)	34 (10.63)	1 (0.31)

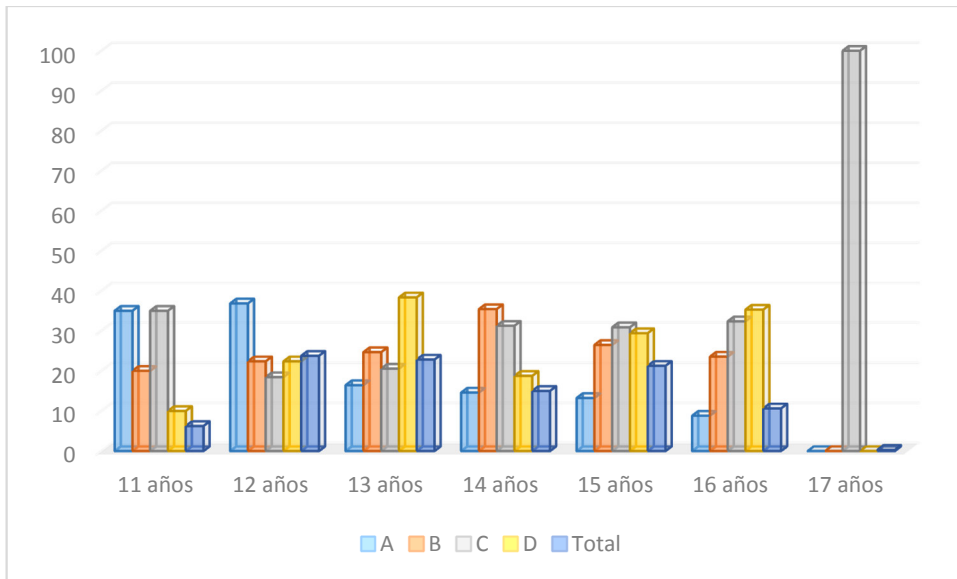


Gráfico 3. Distribución porcentual del grado de sintomatología depresiva infantil según edad

Siendo:

A: $\leq p_{24}$

B: $\geq p_{25}$ y $\leq p_{49}$

C: $\geq p_{50}$ y $\leq p_{74}$

D: $\geq p_{75}$ y $\leq p_{100}$

Los porcentajes obtenidos en la tabla anterior son medidas relativas a cada grupo de edad, esto quiere decir que se utilizaron los subtotales de cada edad como total para obtener los porcentajes en cada caso.

En la tabla 3 se evidencia que existe un porcentaje de 35% de 11 años; 36.84% de 12 años; 16.44% de 13 años; 14.58% de 14 años; 13.24% de 15 años; 8.82% de 16 años y 0% de 17 años que no presentan sintomatología depresiva. Un porcentaje de 20% de 11 años; 22.37% de 12 años; 24.66% de 13 años; 35.42% de 14 años; 26.47% de 15 años; 23.53% de 16 años y 0% de 17 años que presentan sintomatología depresiva mínima. Un porcentaje de 35% de 11 años; un 18.42% de 12 años; un 20.55% de 13 años; un 31.25% de 14 años; un 30.88% de 15 años; un 32.36% de 16 años y un 100% de 17 años con sintomatología depresiva marcada.

Por último se encontró un porcentaje de 10% de 11 años; un 22.37% de 12 años; un porcentaje de 38.35% de 13 años; un 18.75% de 14 años; un 29.41% de 15 años; un 35.29% de 16 años y un 0% de 17 años con sintomatología depresiva en grado máximo.

Se sacó el porcentaje por cada grupo etéreo para compararlos y se encontró que de los alumnos de 11 años el 65%; de los de 12 años el 63.16%; de los de 13 años el 83.56%; de los de 14 años el 85.42%; de los de 15 años el 86.76%; de los de 16 años el 91.18% y de los de 17 años el 100% presentaban sintomatología depresiva.

Y además se observó que el 79.375% del total presentaba sintomatología depresiva y el 20.625% no presentaba sintomatología depresiva.

7. DISCUSIONES

En nuestro estudio se encontró un 79.375% de alumnos con sintomatología depresiva que es un porcentaje muy por encima del porcentaje encontrado en países de Asia, Europa y de Latinoamérica en los que se observa que se encuentra entre 10% y 35, 4%.

Incluso en nuestro país en donde se desarrollaron 2 estudios entre los años 2002 y 2003 se observa que esta prevalencia se encuentra entre el 5.7% y el 8.6%, aproximadamente 15 veces menor que la encontrada en el estudio.

Sin embargo en una publicación mexicana se encontró un porcentaje de sintomatología depresiva de 62.7% que es una cifra cercana a la encontrada en la presente tesis.

En cuanto al grado de sintomatología depresiva por edad se observó en este estudio un mayor porcentaje entre las edades de 12 a 14 años (46.875%) y las edades de 15 a 17 años (28.4375%) a diferencia de otras publicaciones en la que en el primer grupo etáreo mencionado hubo un porcentaje entre 4.1% y 18.5% y en el segundo grupo un porcentaje entre 7.4% y 23.2%.

En cuanto al sexo se evidenció que es más frecuente en varones que en mujeres alcanzando un 80.3% los varones y un 74.51% las mujeres, en contraste con varias publicaciones que refieren un mayor porcentaje en mujeres desde un 13.3% hasta un 73.1% a diferencia de los varones desde un 3.9% hasta 54.1%.

Se observa que del total de varones un 19.70% no presenta sintomatología depresiva; 27.51% presenta síntomas mínimos y moderados; el mismo porcentaje síntomas severos y un 25.28% síntomas en grado máximo.

En las mujeres se observa que del total el 25.49% no presenta sintomatología depresiva; el 15.68% presentó síntomas mínimos y moderados; 19.61% presentó síntomas severos y un 39.22% síntomas en grado máximo.

En cuanto a los grados de sintomatología depresiva por sexo se observa que en otras publicaciones los varones presentante porcentajes de ausencia entre 6.1% a 37.7%; entre 10.3% a 53.1% síntomas leves; entre 1.98% a 18.8% síntomas moderados; entre 0.6% a 8.6% síntomas severos.

En mujeres porcentajes de ausencia entre 6.6% a 38%; entre 9.93% a 47.3% síntomas leves; entre 5.3% a 12.3% síntomas moderados; entre 1.3% a 13% síntomas severos.

En diversas publicaciones se observa que la mujer tiende a presentar más síntomas que los varones, con mayor intensidad por las diferencias y expectativas sociales de cada género, muestra de ello es que la mujer se dedica a las actividades reproductivas y del hogar y el varón a las actividades productivas por lo que ellos desarrollan mejor su autoestima y pueden afrontar mejor la depresión, a esto hay que agregar que generalmente busca la causa de su tristeza en ella misma y se culpa por esto, contrariamente al varón que es más práctico y busca la causa del problema fuera de él, todo esto conlleva a que los síntomas se agraven produciendo depresión severa.

Otros autores refieren que los varones fácilmente se “olvidan” de sus síntomas mientras que las mujeres adoptan una actitud meditativa (en la que piensan constantemente sobre las causas) por lo que la depresión se padece por más tiempo y se vuelve severa.

También a favor de esta aseveración están las publicaciones en las que se afirma que las damas reciben y ofrecen mayor soporte emocional a los demás lo que hace que se involucre con sus problemas y por lo tanto

presente mayor grado de estrés lo que influiría de forma sustancial en la manera de hacerle frente a la depresión.

Sin embargo también están los estudios que refieren lo contrario y que argumentan que el varón llega a tener depresión severa porque este tiende a restarle importancia o ignorar lo que siente por lo que no acude a un especialista o a algún familiar y se vuelve crónica y severa.

8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

8.1. Conclusiones:

De todo lo analizado anteriormente se concluye que:

1. Existe presencia de sintomatología depresiva en el colegio salesiano "Rosenthal de la Puente" con un porcentaje de 79.375%.
2. Se encontró mayor prevalencia en varones que en mujeres con un 80.3% y un 74.51% respectivamente.
3. 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.
4. Se encontró que de los alumnos de 11 años el 65%; de los de 12 años el 63.16%; de los de 13 años el 83.56%; de los de 14 años el 85.42%; de los de 15 años el 86.76%; de los de 16 años el 91.18% y de los de 17 años el 100% presentaban sintomatología depresiva.

8.2. Recomendaciones:

1. Implementación del inventario de depresión para niños en escuelas al inicio, mitad y final del año académico.
2. Incorporación de psicóloga o psicólogo en los centros educativos si no los hubiere, y en el caso de tenerlos que mantengan una constante comunicación con padres y maestros sobre el estado del alumno en cuanto a sintomatología depresiva.
3. Incorporación de psiquiatra como parte de un equipo integral para iniciar tratamiento o terapia según requiera el alumno.
4. Realizar más estudios de corte epidemiológico con mayor cantidad de población, diferentes estratos sociales, diferente tipo de escuela y distintas locaciones para evaluar factores de riesgo y protección.
5. Por último ahondar en la relación de sexo y prevalencia de sintomatología depresiva a través de la realización de otros estudios.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. Desarrollo en la adolescencia. [Monografía en Internet]. Ginebra. Suiza. 201⁶. [accesado 1 de Mayo 201⁶]. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
2. World Health Organization. Health the world's adolescents. A second chance in the second decade. [Monografía en Internet]. Ginebra. Suiza. 2014. [accesado 1 de Mayo 2016]. Disponible en: <http://apps.who.int/adolescent/second-decade/section2/page7/implications-for-policies-and-programmes.html>
3. Pedreschi J. Factores de riesgo familiares para la depresión en niños [Tesis]. Buenos Aires Universidad de Belgrano. Facultad de Humanidades. Licenciatura en psicología. Departamento de Investigación; Julio 2002.
4. Vinaccia S et al. Prevalencia de depresión en niños escolarizados entre 8 y 12 años del oriente antioqueño a partir del "child depression inventory"- CDI. Universidad de San Buenaventura, Medellín, Colombia. ISSN: 1794-9998 / Vol. 2 / No. 2 / 2006 / pp. 217 – 227. Revista Diversitas – Perspectivas en psicología - Vol. 2, No.1, 2006.
5. John R. Z. Abela. Benjamin L. Hankin. Handbook of Depression in Children and Adolescents. The Guilford Press. New York. 2008. p.3.
6. Larsson B. y Melin L. Prevalence and short-term stability of depressive symptoms in schoolchildren. Acta Psychiatrica Scandinavica. 1992; 85: 17-22.
7. Abou Nazel M W, Fahmy SI, Younis I A, Seif el-Din A G, Abdel Fatah M, Mokhtar S y Ayoub A I. A study of depression among Alexandria preparatory school adolescents. Journal of the Egyptian Public Health Association. 1991; 66: 649-74.
8. Sandí L., Díaz A, Blanco H y Murelle L. Adolescencia y consumo de drogas en Costa Rica. Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. Universidad Nacional. 1995.

9. Sandi L, Díaz A, Murelle L, Zeledón M, Alvarado R, DiPalma D. Validación del Inventario de Depresión para Niños (IDN) en Costa Rica. Colegio de Médicos y Cirujanos. Acta Médica Costarricense. ISSN 0001-6002/99/41/1/10-15. Vol 41(1). Marzo 1999.
10. Berganza C, Aguilar G. Depression in Guatemalan adolescents. *Adolescence*. 1992; 27 (108): 771-781.
11. Cantoral G, Méndez M, Nazar A. Depresión en adolescentes. Un análisis desde la perspectiva de género. México 2002.
12. Apráez M, Araujo I, Belalcázar J, Guerrero D, Benavides J. Depresión en adolescentes de la Institución educativa Pedro León Torres en Yacuanquer (Nariño, Colombia), 2012. *Revista Unimar*. Número 59. Enero-junio, 2012, 75-82. ISSN 0120-4327. ISSN- E – 2216-0116.
13. Palazzo L, Béria U, Alonso-Fernández F, Tomasi E. Depresión en la adolescencia en centros de atención primaria: importancia de un problema oculto en salud colectiva. *Aten Primaria* 2001.15 de noviembre. 28 (8); 543-549.
14. Vargas H, Tovar H, Valverde J. Prevalencia y factores asociados con el episodio depresivo en adolescentes de la población urbana de tres ciudades de la Sierra Peruana 2003. *Rev Neuropsiquiatr* 73 (3), 2010.
15. Vargas H, Tovar H, Valverde J. Prevalencia y factores asociados con el episodio depresivo en adolescentes de Lima Metropolitana y Callao. *Revista Peruana de Epidemiología*. Agosto 2010.
16. Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao. Replicación 2012. Informe General. *Anales de Salud Mental* Vol. XXIX. Año 2013, Suplemento 1. Lima.
17. Galicia I, Sánchez A, Robles F. Factores asociados a la depresión en adolescentes: Rendimiento escolar y dinámica familiar. *Anales de Psicología*. 2009, vol. 25, nº 2 (diciembre), 227-240. Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Universidad Nacional Autónoma de México.
18. Organización Mundial de la Salud. La OMS pide que se preste mayor atención a la salud de los adolescentes. Centro de prensa. Comunicado de prensa. De próxima aparición. 14 de Mayo 2014.

19. González Y et al. Depresión en niños y niñas con cáncer. Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de San Luis Potosí, México. Actualidades en Psicología, 20, 2006, 22-44.
20. Rodríguez A, Granada O. Trastornos Depresivos en la infancia y adolescencia. REV. CLÍN. MED. FAM. 2007; 1 (6): 270-276. Artículo especial.
21. Organización Mundial de la Salud. La depresión. Nota descriptiva N°369. De próxima aparición. Abril de 2016
22. Veytia M, González N, López, Andrade P, Oudhof H. Depresión en adolescentes: El papel de los sucesos vitales estresantes. Salud Mental 2012; 35: 37-43.
23. Abello D et al. Prevalencia de depresión infantil en colegios oficiales de Barranquilla. Enero-Junio 2014. Tesis Psicológica Vol 9 N° 1. ISSN 1909-8391
24. Álvarez M, Ramírez B, Silva A, Coffin N, Cabrera M, Jiménez L. La relación entre depresión y conflictos familiares en adolescentes. International Journal of Psychology and Psychological Therapy. 2009, 9, 2, 205-216. Universidad Nacional Autónoma de México, México.
25. León.M (Julio,2013). Adaptación del inventario de depresión infantil de Kovacs en escolares de la UGEL 02 de Lima Metropolitana .Revista PsiqueMag. Recuperado de <http://www.ucvlima.edu.pe/minds/index.html>
26. Acosta- Hernández ME et al. Depresión en la infancia y adolescencia: enfermedad de nuestro tiempo. Artículo de revisión. Arch Neurocién Méx. Vol 16, No. 1: 20-25; 2011
27. Mantilla L et al. Prevalencia de sintomatología depresiva en niños y niñas escolares de Bucaramanga, Colombia. Revista Colombiana de Psiquiatría, vol. XXXIII / No. 2 / 2004.
28. Borrás T. Adolescencia: definición, vulnerabilidad y oportunidad. CCM vol.18 no.1 Holguín ene.-mar. 2014.
29. Thapar A, Collishaw S, Pine D, K Thapar A. Depression in adolescence. Lancet. 2012 Mar 17.
30. Bonet de Luna C. et al. Depresión, ansiedad y separación en la infancia. Aspectos prácticos para pediatras ocupados. Colaboraciones

especiales Revista pediátrica de atención primaria. Vol. XIII. N° 51. Julio/Septiembre 2011. 13: 471-89.

31. Alvizures D. Tesis. Nivel de depresión en niños que sufren maltrato físico. Universidad Rafael Landívar. Facultad de Humanidades. Campus de Quetzaltenango. Octubre de 2012.

32. Bella M et al. Intento de suicidio en niños y adolescentes: depresión y trastorno de conducta disocial como patologías más frecuentes. Artículo original. Arch Argent Pediatr 2010; 108(2):000-000 / 124.

33. Villalobos M. Depresión en niños y adolescentes (Revisión Bibliográfica). Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica. LXV (586)331-3332008.

34. Rosselló J. Barrios M. Ideación Suicida, Depresión, Actitudes Disfuncionales, Eventos de Vida Estresantes y Autoestima en una Muestra de Adolescentes Puertorriqueños/as. Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology-2004, Vol. 385. Num 2 pp. 295-302. Universidad de Puerto Rico, Puerto Rico.

35. Jaureguizar J. Bernaras E. Soroa M. Sarasa M. Garaigordobil M. Universidad del País Vasco (España). Sintomatología depresiva en adolescentes y variables asociadas al contexto escolar y clínico. Article in Behavioral Psychology/Psicología Conductual. January 2015. Behavioral Psychology/ Psicología conductual, vol 23. N° 2, 2015, pp. 245-264.

36. Fernández C. La depresión infantil: actualización 2003-2006. Centre Londres 94. Psiquiatría-Paidopsiquiatría.

37. Davanzo P et al. Spanish Translation and Reliability Testing of the Chld Depression Inventory. Child Psychiatry and Human Development, Vol. 35(1), Fall 2004. © 2004 Springer Science. Bussines Media, Inc.

10. ANEXOS

10.1. Cuestionario CDI

Edad: Fecha de nacimiento: Año Escolar: Sexo: Fecha:

Instrucciones

Los jóvenes algunas veces tienen distintos sentimientos e ideas. Este formulario agrupa algunos sentimientos e ideas acerca de ti mismo. De cada grupo de tres frases, escoge una que te describa mejor durante los últimos 15 días.

No hay respuesta correcta o equivocada. Sólo escoge la frase que mejor describa cómo te has sentido últimamente. Coloca una marca como esta X al lado de tu respuesta.

Después de escoger la frase del primer grupo, pasa al grupo siguiente. Después de que termines la primera página, continúa con la siguiente.

A continuación se plantean algunos ejemplos:

- | | | | |
|--------------------------|---|----------------------------------|---|
| a. Siempre leo libros | | b. Me divierten los recreos | X |
| Algunas veces leo libros | X | A veces me divierten los recreos | |
| Nunca leo libros | | Me aburren los recreos | |

1. Estoy triste de vez en cuando.
Estoy triste muchas veces.
Estoy triste todo el tiempo.
2. Las cosas nunca me saldrán bien.
No estoy seguro(a) si las cosas me van a salir bien.
Las cosas me van a salir bien.
3. Hago bien la mayoría de las cosas.
Hago muchas cosas mal.
Todo lo hago mal.
4. Muchas cosas me divierten.
Solo algunas cosas me divierten.
Nada me divierte.
5. Siempre me porto mal.
Me porto mal muchas veces.
A veces me porto mal.
6. A veces pienso que algo malo me va a pasar.
Me preocupa que me vayan a pasar cosas malas.
Estoy seguro(a) que me van a pasar cosas terribles.
7. Me odio a mi mismo(a).
No me quiero a mi mismo(a).

- Me quiero a mi mismo(a).
8. Todas las cosas malas son mi culpa.
Muchas cosas malas son mi culpa.
Las cosas malas generalmente no son mi culpa.
 9. No pienso en matarme.
Pienso en matarme, pero no lo haría.
Me quiero matar.
 10. Siento ganas de llorar todos los días.
Siento ganas de llorar muchos días.
A veces siento ganas de llorar.
 11. Las cosas me molestan todo el tiempo.
Las cosas me molestan muchas veces.
Las cosas me molestan de vez en cuando.
 12. Me gusta estar con la gente.
Muchas veces no quiero estar con la gente.
Nunca quiero estar con la gente.
 13. No puedo tomar decisiones.
Es difícil para mí tomar decisiones.
Es fácil para mí tomar decisiones.
 14. Me veo bien.
Hay algunas cosas de mi apariencia que no me gustan.
Me veo feo(a).
 15. Siempre me tengo que obligar para hacer las tareas escolares.
Muchas veces me tengo que obligar para hacer las tareas escolares.
No tengo problemas para hacer las tareas escolares.
 16. Duermo mal todas las noches.
Muchas noches duermo mal.
Duermo bastante bien.
 17. Estoy cansado(a) de vez en cuando.
Estoy cansado(a) muchos días.
Estoy cansado(a) todo el tiempo.
 18. La mayoría de los días no siento ganas de comer.
Muchos días no siento ganas de comer.
Como bastante bien.
 19. Los dolores y malestares no me preocupan.
Los dolores y malestares me preocupan muchas veces.
Los dolores y malestares me preocupan todo el tiempo.
 20. Nunca me siento solo(a).
Muchas veces me siento solo(a).
Todo el tiempo me siento solo(a).
 21. Nunca me divierto en la escuela.
Solo de vez en cuando me divierto en la escuela.
Muchas veces me divierto en la escuela.
 22. Tengo muchos amigos.
Tengo algunos amigos, pero me gustaría tener más.
No tengo amigos.
 23. Me va bien en la escuela.

- No me va tan bien en la escuela como antes.
Me va muy mal en materias en las que antes me iba bien.
24. Nunca puedo ser tan bueno como los otros compañeros.
Si quiero puedo ser tan bueno como los otros compañeros.
Soy tan bueno como los otros compañeros.
25. Realmente no hay nadie que me quiera.
No estoy seguro(a) si alguien me quiere.
Estoy seguro(a) que alguien me quiere.
26. Casi siempre hago lo que me dicen.
Muchas veces no hago lo que me dicen.
Nunca hago lo que me dicen.
27. Me llevo bien con la gente.
Me meto en peleas muchas veces.
Me meto en peleas todo el tiempo.

³⁷ Extraído de: Pablo Davanzo et al. Spanish Translation and Reliability Testing of the Child Depression Inventory. Child Psychiatry and Human Development, Vol. 35(1), Fall 2004. © 2004 Springer Science+ Business Media, Inc.

10.2. BAREMO N° 1
NORMAS EN PERCENTILES DEL CDI, EN ADOLESCENTES DEL
NIVEL SECUNDARIO, PARA LOS ALUMNOS DEL COLEGIO
“ROSENTHAL DE LA PUENTE”

Escala Total	
Puntaje	Percentil
0-3	P ₁ -P ₂₄
4-6	P ₂₅ -P ₄₉
7-10	P ₅₀ -P ₇₄
11-54	P ₇₅ -P ₁₀₀

10.3. CARTA DE PETICIÓN DE PERMISO PARA REALIZAR EL INVENTARIO EN EL CENTRO EDUCATIVO.

Subdirector del colegio “Rosenthal de la Puente”

Sr. Javier Rojas

Yo Susana Paola Cecilia Castillo Romaní, egresada de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, identificada con DNI 46538610 de 25 años de edad , con el debido respeto me dirijo a usted y expongo:

Que, habiendo concluido mis estudios de educación superior en la universidad ya antes mencionada, estoy realizando mi tesis titulada “Sintomatología depresiva en niños de secundaria en el distrito de Magdalena del Mar” y como requisito indispensable para continuar con el proceso de titulación respectivo solicito el permiso de usted para poder realizar un cuestionario llamado “Children’s Depression Inventory (CDI)” en su Institución Educativa.

Este cuestionario cuenta con 27 preguntas y sus respuestas son de opción múltiple y la duración de este cuestionario es de entre 15 a 30 minutos.

Después de haber expuesto todo lo anterior me despido cordialmente y espero su pronta respuesta.

Atentamente.

10.4. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo -----, padre o madre de familia del alumno(a) ----- del colegio salesiano "Rosenthal de la Puente" con ---- de edad doy mi consentimiento informado para que mi menor hijo realice el inventario de "Children's Depression Inventory" que forma parte de la tesis que tiene como título: "Presencia de síntomas depresivos en adolescentes del colegio "Rosenthal de la Puente" de Magdalena del Mar en el año 2016" y que tiene como autora a la tesista Susana Paola Cecilia Castillo Romaní de la "Universidad Nacional Mayor de San Marcos" de la "Facultad de Medicina de San Fernando".

10.5. ASENTIMIENTO INFORMADO

Hola mi nombre es Susana Paola Cecilia Castillo Romaní y soy bachiller en medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Actualmente estoy realizando mi tesis llamada "Presencia de síntomas depresivos en adolescentes del colegio "Rosenthal de la Puente" de Magdalena del Mar en el año 2016" para poder obtener mi título profesional y para ello necesito que me apoyes.

Tu participación en el estudio consistiría en realizar un cuestionario que consta de 27 grupos de enunciados.

Tu participación en el estudio es voluntaria, es decir, aun cuando tu papá o mamá hayan dicho que puedes participar, si tú no quieres hacerlo puedes decir que no. También es importante que sepas que si en un momento dado ya no quieres continuar en el estudio, no habrá ningún problema.

Si aceptas participar, te pido que por favor pongas una (X) en el cuadrito de abajo que dice "Sí quiero participar" y escribe tu nombre.

Si no quieres participar, no pongas ninguna (X), ni escribas tu nombre.

Sí quiero participar

Nombre:

Nombre y firma de la persona que obtiene el asentimiento: