

Universidad Católica de Santa María
Facultad de Enfermería
Escuela Profesional de Enfermería



Sintomatología de depresión infantil en los estudiantes de 4to, 5to y 6to de primaria de la I.E.P Camino al Saber, Arequipa 2023.

Tesis presentada por la Bachiller:

Miranda Quiroz, Dayana Milagros

ORCID: 0009-0006-8902-3170

Para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería

Asesor (a):

Dra. Salazar Aguilar, Adelina Victoria

ORCID: 0009-0006-3689-2874

Arequipa – Perú

2024

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

ENFERMERIA

TITULACIÓN CON TESIS

DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR

Arequipa, 22 de Mayo del 2024

Dictamen: 010178-C-ENFER-2024

Visto el borrador del expediente 010178, presentado por:

2015245642 - MIRANDA QUIROZ DAYANA MILAGROS

Titulado:

SINTOMATOLOGIA DE DEPRESION INFANTIL EN LOS ESTUDIANTES DE 4TO, 5TO Y 6TO DE PRIMARIA DE LA I.E.P CAMINO AL SABER, AREQUIPA 2023.

Nuestro dictamen es:

APROBADO

Título Profesional/Título de Segunda Especialidad/Grado Académico a optar:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

**29229000 - CHOCANO ROSAS DE VIZCARRA TERESA JESUS
DICTAMINADOR**



**29266526 - ESCUDERO DE SIMBORTH BERTA GLADYS
DICTAMINADOR**



**46706143 - PEÑA PINTO YANNINA MELISSA
DICTAMINADOR**



Sintomatología de depresión infantil en los estudiantes de 4to, 5to y 6to de primaria de la I.E.P Camino al Saber, Arequipa 2023.

INFORME DE ORIGINALIDAD

7 %	7 %	1 %	7 %
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	Submitted to Universidad Catolica Los Angeles de Chimbote	4 %
	Trabajo del estudiante	
2	Submitted to Universidad Catolica De Cuenca	1 %
	Trabajo del estudiante	
3	Submitted to Universidad de Almeria	1 %
	Trabajo del estudiante	
4	revistas.uh.cu	1 %
	Fuente de Internet	
5	www.minsalud.gov.co	1 %
	Fuente de Internet	

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias < 1%

Excluir bibliografía

Apagado

DEDICATORIA

A mi amada madre María Luz que brilla en el cielo como una estrella te dedico esta tesis con mucho amor, aunque ya no estés conmigo físicamente te agradezco por ser la inspiración detrás de cada uno de mis logros, tus enseñanzas y valores son los que guiaron mi camino para poder seguir adelante sé que donde estés siempre me acompañas, este logro es tanto tuyo como mío, té amo de aquí hasta el cielo.

A mi padre Gonzalo por ser mi roca y mi faro en los momentos más difíciles de mi vida gracias por darme la mano y haber luchado conmigo para salir adelante, míranos hemos logrado muchas cosas juntos, eres y serás siempre mi fortaleza para seguir de pie siempre, te amo.

A mi esposo Alexander quien me brinda su amor y apoyo constante para lograr todas mis metas tanto profesionales como personales, y a mi hermosa hijita Amelie que es el mejor regalo de vida que Dios me pudo dar, eres mi tesoro más grande y fuente de mi más pura inspiración te doy gracias hijita linda por darle sentido a mi vida, los amo mucho.

Y a toda mi familia en general que estuvo siempre presente en mi formación académica.

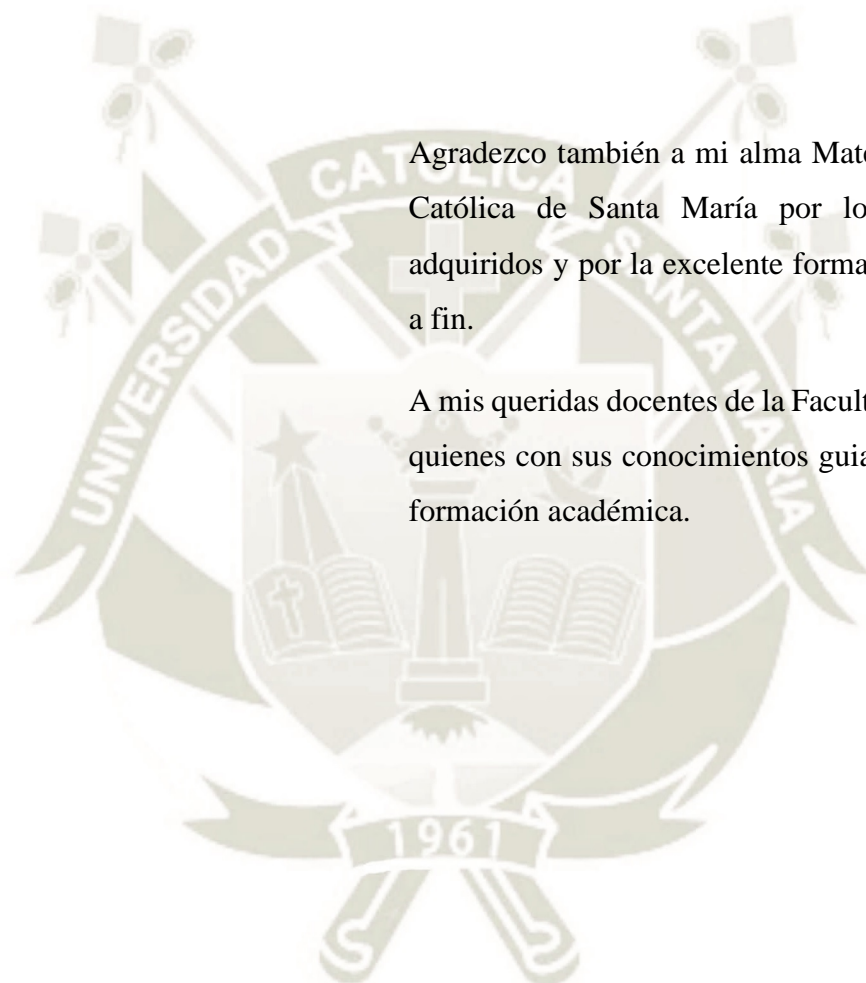
DAYANA MILAGROS MIRANDA QUIROZ

AGRADECIMIENTO

A Dios y la Virgencita de Chapi por ser quien me guio y acompaño a lo largo de mi formación universitaria.

Agradezco también a mi alma Mater la Universidad Católica de Santa María por los conocimientos adquiridos y por la excelente formación de principio a fin.

A mis queridas docentes de la Facultad de Enfermería quienes con sus conocimientos guiaron mi camino y formación académica.



RESUMEN

El presente estudio de investigación denominado “Sintomatología de depresión infantil en los estudiantes de 4to, 5to y 6to de primaria de la I.E.P Camino al Saber, Arequipa 2023”, tiene como objetivo identificar la sintomatología de depresión infantil en los estudiantes de cuarto, quinto y sexto grado de primaria en la I.E.P "Camino al Saber" en Arequipa, en el año 2023. Esta investigación se llevó a cabo como un estudio de campo de nivel descriptivo y de corte transversal. El estudio estuvo conformado por un total de 54 estudiantes. Los datos obtenidos se analizaron mediante pruebas de chi cuadrado para evaluar la relación entre la sintomatología de depresión infantil y el grado de los estudiantes, así como para la sintomatología de disforia infantil y la sintomatología de autoestima negativa infantil.

Los resultados del estudio indican que no se encontró una relación estadística significativa entre la sintomatología de depresión infantil, disforia infantil y autoestima negativa infantil, y el grado de los estudiantes. Sin embargo, se observaron diferencias significativas en las tasas de sintomatología entre los diferentes grados. Por ejemplo, en cuarto grado, se registró una alta prevalencia de síntomas marcados o severos de disforia y autoestima negativa, mientras que en sexto grado se observaron tasas más bajas. Estos hallazgos sugieren la importancia de abordar la salud emocional de los estudiantes y de implementar estrategias para promover un entorno escolar más saludable y de apoyo. Además, señalan la necesidad de investigaciones futuras que profundicen en los factores que puedan estar contribuyendo a estas diferencias en la sintomatología emocional entre los diferentes grados de primaria.

Palabras clave: Sintomatología, depresión, disforia, autoestima, estudiantes.

ABSTRACT

The present research study called “Symptomology of childhood depression in 4th, 5th and 6th grade students of the I.E.P Camino al Saber, Arequipa 2023”, aims to identify the symptomatology of childhood depression in fourth, fifth and fifth grade students. sixth grade of primary school at the I.E.P "Camino al Saber" in Arequipa, in the year 2023. This research was carried out as a descriptive and cross-sectional field study. The study consisted of a total of 54 students. The data obtained were analyzed using chi-square tests to evaluate the relationship between childhood depression symptoms and the students' grade, as well as for childhood dysphoria symptoms and childhood negative self-esteem symptoms.

The results of the study indicate that no significant statistical relationship was found between the symptoms of childhood depression, childhood dysphoria, and childhood negative self-esteem, and the students' grade. However, significant differences were observed in symptomatology rates between the different grades. For example, in fourth grade, a high prevalence of marked or severe symptoms of dysphoria and negative self-esteem was recorded, while lower rates were observed in sixth grade. These findings suggest the importance of addressing students' emotional health and implementing strategies to promote a healthier and more supportive school environment. Furthermore, they point out the need for future research that delves into the factors that may be contributing to these differences in emotional symptomatology between the different primary grades.”

Keywords: Symptoms, depression, dysphoria, self-esteem, students.

INDICE

DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTO.....	iv
RESUMEN.....	v
ABSTRACT.....	vi
CAPÍTULO I.....	2
1. PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN.....	3
1.1. Enunciado del problema	3
1.2. Descripción del problema.....	3
1.3. Justificación del problema.....	4
2. MARCO TEORICO.....	5
2.1. Ciclo etario de la infancia.....	5
2.2. Salud infantil.....	6
2.2.2. Cambios emocionales.....	7
2.3. Depresión infantil	8
2.4. Etiología.....	9
2.4.1. Factores genéticos:.....	9
2.4.2. Factores sociofamiliares.....	9
2.4.3. Factores sociales.....	9
2.5. Fisiopatología	10
2.6. Epidemiología.....	11
2.7. Sintomatología.....	12
2.8. Niveles	12
2.8.1. Depresión leve.....	12
2.8.2. Depresión moderada.....	13
2.8.3. Depresión grave.....	13
2.9. Diagnostico.....	13
2.10. Tratamiento	14
2.10.1. Tratamiento farmacológico.....	14
2.10.2. Tratamiento psicoterapéutico	15
2.11. Rol de la enfermera en la promoción de la salud mental infantil	15
3. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.....	16
3.1. Antecedentes internacionales	16
3.2. Antecedentes nacionales.....	17

3.3. Antecedentes internacionales	18
4. OBJETIVOS.....	19
4.1. Precisar la sintomatología de la depresión infantil en los estudiantes de 4to, 5to y 6to de primaria de la I.E.P Camino al saber.	19
4.2. Identificar Cuál de las dimensiones de la depresión infantil es la de mayor prevalencia en la I.E.P Camino al saber.	19
CAPÍTULO II PLANTEAMIENTO OPERACIONAL	20
1. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE VERIFICACIÓN	21
1.1. Técnica.....	21
1.2. Instrumento.....	21
2. CAMPO DE VERIFICACION	22
2.1. Ubicación espacial.....	22
2.2. Ubicación temporal	22
2.3. Unidades de estudio	22
2.4. Criterios de inclusión	22
2.5. Criterios de exclusión.....	22
3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	22
3.1. Organización	22
4. RECURSOS.....	23
CAPITULO III.....	24
RESULTADOS DE INVESTIGACION.....	24
CONCLUSIONES.....	45
RECOMENDACIONES.....	46
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	47
ANEXOS.....	50
CONSENTIMIENTO INFORMADO AL DIRECTOR.....	52
ESCALA DE KOVACS.....	53

INDICE DE TABLAS

Tabla 1 Estudiantes de 4to, 5to y 6to de primaria de la I.E.P Camino al Saber, Arequipa 2023.....	25
Tabla 2 Sintomatología de la depresiojn infantil en los estudiantes de 4to, 5to y 6to de primaria de la I.E.P Camino al Saber	27
Tabla 3 Sintomatología de la depresión-disforia infantil en los estudiantes de 4to, 5to y 6to de primaria de la I.E.P Camino al saber	29
Tabla 4 Sintomatología de la depresión- autoestima negativa infantil en los estudiantes de 4to, 5to y 6to de primaria de la I.E.P Camino al saber.....	31
Tabla 5 Sintomatología de la depresión infantil y el grado que cursan	33
Tabla 6 Sintomatología de la disforia infantil y el grado que cursan.....	35
Tabla 7 Sintomatología de la autoestima negativa infantil y el grado que cursan.....	37
Tabla 8 Sintomatología de la depresión infantil y la edad.....	39
Tabla 9 Sintomatología de la disforia infantil y la edad	41
Tabla 10 Sintomatología de la autoestima negativa infantil y la edad	43

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Estudiantes de 4to, 5to y 6to de primaria de la I.E.P Camino al Saber, Arequipa 2023	26
Gráfico 2 Sintomatología de la depresión infantil en los estudiantes de 4to, 5to y 6to de primaria de la I.E.P Camino al saber	28
Gráfico 3 Sintomatología de la depresión- disforia infantil en los estudiantes de 4to, 5to y 6to de primaria de la I.E.P Camino al saber	30
Gráfico 4 Sintomatología de la depresión-autoestima negativa infantil en los estudiantes de 4to, 5to y 6to de primaria de la I.E.P Camino al saber	32
Gráfico 5 Sintomatología de la depresion infantil y grado que cursan	364
Gráfico 6 Sintomatología de la disforia infantil y el grado que cursan	386
Gráfico 7 Sintomatología de la autoestima negativa infantil y el grado que cursan	38
Gráfico 8 Sintomatología de la depresion infantil y la edad	420
Gráfico 9 Sintomatología de la disforia infantil y la edad.....	442
Grafica 10 Sintomatologia de la autoestima negativa infantil y la edad.....	44

INTRODUCCIÓN

El objetivo de esta investigación es abordar la depresión infantil, un tema crucial dado que afecta la etapa de la infancia, lo que subraya la importancia de considerar la salud mental en esta población. Tras la pandemia, se ha observado un incremento en los casos de depresión infantil, como se reflejan en las estadísticas presentadas:

A nivel mundial, cerca de 2 de cada 100 niños menores de 12 años padecen depresión.

En Perú, aproximadamente 3 de cada 10 niños y niñas presentan algún riesgo de salud mental. Actualmente, existen diversos estudios epidemiológicos sobre la depresión infantil que justifican la importancia de investigar este tema de salud mental. La depresión en la infancia es uno de los trastornos mentales más comunes, afectando significativamente el funcionamiento de los niños. Las tasas acumuladas indican que hasta el 20% de los jóvenes de 18 años han experimentado al menos un episodio depresivo clínicamente relevante. En los niños, la depresión impacta negativamente en su crecimiento y desarrollo personal, rendimiento escolar y relaciones familiares e interpersonales. Además, hay evidencias de que el trastorno depresivo puede persistir durante la adolescencia y prolongarse en la etapa adulta, lo que se refleja en los altos índices de consultas y hospitalizaciones psiquiátricas y en problemas laborales.

Esta investigación se divide en tres capítulos: el primer capítulo presenta el planteamiento teórico, el segundo aborda el enfoque operativo, y el tercer capítulo expone los resultados de la investigación.



CAPÍTULO I
PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. Enunciado del problema

Sintomatología de Depresión Infantil en los estudiantes de 4to, 5to y 6to de primaria de la I.E.P Camino al Saber, Arequipa 2023.

1.2. Descripción del problema

1.2.1. Campo, Área y línea de investigación

- a) **Campo:** Ciencias de la salud
- b) **Área:** Enfermería
- c) **Línea:** Depresión infantil

1.2.2. Análisis y operacionalización de variables

El estudio presenta dos variables

Cuadro de Operacionalización de las Variables

DATOS SOCIO DEMOGRÁFICOS	
Edad	9 - 10 años 11 - 12 años
Sexo	Masculino Femenino
Grado de estudio primarios	Tercer Cuarto Quinto
Convivencia familiar	Mama Papa Ambos padres Tutor legal
Antecedentes de reacciones emocionales negativas de los padres de familia	Irritabilidad Ira Ansiedad Depresión

VARIABLE	INDICADORES	SUB INDICADORES
Sintomatología de depresión infantil	Autoestima negativa	Juicio de ineficacia
		Fealdad
		Maldad
	Disforia	Humor depresivo
		Tristeza

1.2.3. Interrogantes básicas

- ¿Cómo es la sintomatología de la depresión infantil en los estudiantes de 4to, 5to y 6to de primaria de la I.E.P Camino al Saber?
- ¿Cuál de las dimensiones de la depresión infantil es la mayor prevalencia en la I.E.P Camino al Saber?

1.2.4. Tipo y descripción del problema

Tipo: De campo

Nivel: Descriptivo de corte transversal

1.3. Justificación del problema

El presente estudio busca conocer la sintomatología de la Depresión infantil en los alumnos de 4to, 5to y 6to de primaria de la I.E.P Camino al saber, AREQUIPA, 2023.

Actualmente, las estadísticas de la OMS indican que la depresión infantil ha aumentado casi un 5% en niños de 5 a 13 años. Esta investigación tiene relevancia científica porque proporcionará estrategias y herramientas para reducir la depresión en niños. Su relevancia práctica radica en que permitirá identificar la problemática de la depresión y las características de los estudiantes que pueden favorecer el desarrollo de síntomas depresivos, los cuales pueden ser prevenidos. Además, tiene relevancia social, ya que ofrecerá nuevas medidas preventivas en la comunidad donde se realizará el estudio, beneficiando a docentes y profesionales de la salud en la institución educativa involucrada.

El estudio es contemporáneo, ya que aborda una enfermedad que actualmente afecta a la población infantil, y es viable porque existe la oportunidad y receptividad entre los estudiantes para aplicar estrategias que mejoren su salud mental. La depresión infantil puede surgir debido a cambios significativos en el entorno, como la separación de los padres, problemas familiares, vivir bajo mucha tensión, tener trastornos de atención o conducta, enfrentar dificultades de aprendizaje o padecer otros problemas de salud mental. Estos factores aumentan el riesgo de que los niños sufran depresión (1).

A nivel mundial aproximadamente 2 de cada 100 niños, menores de 12 años, sufren depresión (2).

En Perú alrededor de 3 de cada 10 niñas y niños presentó algún riesgo de salud mental (3).

Esto me motivó a realizar el presente estudio para resaltar la importancia de crear espacios y sistemas que fomenten la estabilidad y madurez emocional en los niños, promoviendo sensaciones de felicidad y bienestar. Este enfoque les ayudará a aprender a tomar decisiones y resolver problemas dentro de su etapa evolutiva, permitiéndoles aplicar estas habilidades en su entorno inmediato.

El estudio es viable debido a la efectividad de la institución educativa para llevarlo a cabo, además de la accesibilidad de la investigadora a un grupo de estudio y a instrumentos validados. Esto contribuirá académicamente al campo de la enfermería, respetando y cumpliendo las políticas de investigación de la universidad.

2. MARCO TEORICO

2.1. Ciclo etario de la infancia

El enfoque del ciclo de vida permite comprender las vulnerabilidades y oportunidades de invertir en las primeras etapas del desarrollo humano. Este enfoque reconoce que las experiencias se acumulan a lo largo de la vida, que las intervenciones en una generación tendrán efectos en las siguientes, y que los mayores beneficios para un grupo de edad pueden provenir de intervenciones realizadas en grupos de edad anteriores. Además, este enfoque optimiza el uso de recursos escasos al facilitar la identificación de riesgos y brechas, y la priorización de intervenciones clave (4).

- Primera Infancia (0-5 años)
- Infancia (6 - 11 años)
- Adolescencia (12 - 18 años)

2.2. Salud infantil

Los padres y cuidadores pueden contribuir significativamente a la salud de sus hijos. Los primeros años de vida son fundamentales para el desarrollo físico, intelectual y social/emocional. Cuando las necesidades físicas de los bebés son atendidas de manera regular y constante, estos aprenden rápidamente a ver a sus cuidadores como fuentes de satisfacción, lo que fomenta la formación de fuertes lazos de confianza y apego. Los bebés saludables tienden a convertirse en niños y adolescentes sanos.

Las revisiones de crecimiento y desarrollo realizadas por enfermeras también son cruciales para prevenir y mantener la buena salud de los lactantes, niños y adolescentes. Estas visitas ayudan a prevenir enfermedades mediante la vacunación sistemática, otras medidas preventivas y la identificación de problemas médicos. Además, proporcionan a los padres la oportunidad de hacer preguntas y aprender cómo apoyar el crecimiento físico, emocional y mental de sus hijos.

2.2.1. Desarrollo infantil

Fomentar el desarrollo óptimo en un niño es más efectivo cuando se aplica de manera flexible, teniendo en cuenta su edad, temperamento, etapa de desarrollo y estilo de aprendizaje. Un enfoque coordinado que incluya a padres, profesores y al propio niño suele ser más exitoso. Durante estos años, los niños necesitan un entorno que estimule la curiosidad y el aprendizaje continuo. Es importante proporcionarles libros y música. Una rutina diaria de lectura interactiva, donde los padres hagan y respondan preguntas, ayuda a los niños a desarrollar la atención, la comprensión lectora y el interés por actividades educativas. El tiempo frente a pantallas (como televisión, videojuegos, teléfonos móviles y otros dispositivos portátiles, además del tiempo no educativo en la computadora) puede llevar a la inactividad y la obesidad; por lo tanto, el uso de dispositivos

con pantallas debe limitarse desde el nacimiento y mantenerse controlado durante toda la adolescencia.

Cuando el niño comienza a asistir a la escuela y recibe tareas, los padres pueden ayudar de la siguiente manera

- Mostrando interés por su trabajo.
- Estando disponibles para responder preguntas, pero sin hacer las tareas por él.
- Proporcionando un ambiente tranquilo para trabajar en casa.
- Comunicándose con el profesor si tienen alguna preocupación.

A medida que avanzan los años escolares, los padres deben tener en cuenta las necesidades del niño al seleccionar actividades extraescolares. Muchos niños se benefician de participar en actividades como deportes en equipo o aprender a tocar un instrumento musical, ya que también les ayudan a mejorar sus habilidades sociales. Sin embargo, algunos niños pueden sentirse estresados si tienen un horario demasiado apretado y se espera que participen en demasiadas actividades. Es importante estimular y apoyar a los niños en sus actividades extraescolares sin imponer expectativas irreales (5).

2.2.2. Cambios emocionales

Los cambios en esta etapa son numerosos y diversos. La preadolescencia, que se sitúa entre la niñez y la adolescencia, marca el inicio de una nueva fase en la construcción de la identidad de los niños. En este proceso influyen cambios corporales, conductuales y emocionales.

Cada niño los vivirá con diferente intensidad, y se pueden observar algunos cambios muy característicos, como los siguientes.

- Surgen nuevos temores, como el miedo al ridículo o una mayor sensación de pudor y vergüenza respecto a su propio cuerpo. En este momento, pueden surgir conflictos relacionados con la percepción de su imagen corporal.

- Se manifiesta una necesidad de mayor privacidad; los niños comienzan a distanciarse de nosotros, pasando más tiempo en sus habitaciones escuchando música o leyendo. Este comportamiento, en realidad, no debería alarmarnos demasiado, ya que es parte del proceso de construcción de su identidad, siempre y cuando mantengamos intactos nuestros vínculos afectivos y comunicativos.
- También es una etapa en la que los niños buscan agradar a sus amigos a toda costa. Su grupo de iguales se convierte en su principal referencia para formar sus opiniones y pensamientos.
- La labilidad emocional, es decir, la alternancia entre estados de alegría y profunda tristeza, también es característica de esta etapa. Para los niños que atraviesan por esta fase, todo es extremadamente ideal o lo contrario. Es un periodo lleno de ilusiones, risas y llantos, un tiempo de cambios internos profundos y significativos (6).
- Experimentan una mayor presión por parte de sus padres.
- Desarrollan una mayor conciencia sobre su cuerpo y empiezan a surgir problemas relacionados con la alimentación.
- Se enfrentan a desafíos académicos más exigentes en la escuela.
- Mejora su capacidad de concentración.
- Se vuelven más independientes de la familia.
- Comienzan a comprender mejor el punto de vista de los demás (7).

2.3. Depresión infantil

La depresión infantil es un trastorno psiquiátrico común y grave que afecta a niños y adolescentes. Se encuentra clasificada como uno de los trastornos del estado de ánimo y ha sido documentada en diversas culturas desde hace siglos.

Cerca del 5%, o uno de cada 20 niños y adolescentes, experimentarán un episodio depresivo antes de cumplir los 19 años. Sin embargo, menos de la mitad de estos jóvenes reciben tratamiento adecuado. Estudios demuestran que los padres tienden a subestimar la gravedad de la depresión en sus hijos.

Investigaciones recientes revelan que los niños y adolescentes pueden experimentar depresión con síntomas similares a los de los adultos, así como

síntomas específicos y diferentes según su edad. Existen varios tipos de trastornos del estado de ánimo que pueden afectarlos, incluyendo la depresión mayor, la distimia (una forma leve pero crónica de depresión) y el trastorno bipolar (8).

2.4. Etiología

2.4.1. Factores genéticos:

No existe evidencia concluyente de que la depresión sea hereditaria, a pesar de que en la mitad de los casos de depresión infantil al menos uno de los padres presenta síntomas depresivos. Sin embargo, estudios han demostrado que los hijos de padres con depresión tienen entre tres y seis veces más probabilidades de desarrollarla en comparación con niños cuyos padres no la padecen. Aun así, este factor no es determinante, ya que otros aspectos como el ambiente familiar, las relaciones sociales y las habilidades personales también pueden influir.

2.4.2. Factores sociofamiliares

Los factores más influyentes en la depresión infantil son el entorno familiar y la interacción social del niño con sus padres. Situaciones como relaciones tensas entre los progenitores, distanciamiento, maltrato, problemas de comunicación, divorcio o separación, sobreprotección (generalmente materna), falta de implicación de uno de los padres (generalmente el padre), actitudes agresivas o irritabilidad, y comportamientos autoritarios y abusivos, son algunos de los elementos que pueden contribuir al desarrollo de la depresión en los niños.

2.4.3. Factores sociales

Aunque la interacción del niño con sus padres pueda considerarse una forma de actividad social que influye en su comportamiento fuera del hogar, hay otros factores psicosociales externos al entorno familiar que pueden aumentar el estrés emocional y contribuir a la depresión infantil. Entre estos factores se incluyen la pérdida de un ser querido, el acoso escolar o bullying, y las restricciones impuestas por la familia para relacionarse socialmente (9).

2.5. Fisiopatología

El desarrollo de la depresión surge de una interacción compleja entre factores genéticos y ambientales que modulan la respuesta individual a situaciones estresantes de la vida. No se ha identificado ningún polimorfismo genético específico como la causa directa de la depresión, pero se ha sugerido que los factores genéticos pueden aumentar la susceptibilidad a la depresión al incrementar la vulnerabilidad a los factores ambientales estresantes a lo largo del tiempo. Uno de los polimorfismos más estudiados se encuentra en la región promotora del gen que codifica el transportador de serotonina (5-HTT). Este polimorfismo, conocido como 5-HTTLPR, produce variantes largas (L) y cortas (S) en la región promotora del gen. El alelo corto de 5-HTT se ha asociado con una menor actividad y se ha demostrado que aumenta el riesgo de desarrollar depresión en respuesta a eventos estresantes de la vida. Además, este alelo se ha vinculado con peores resultados en tratamientos antidepresivos, tanto farmacológicos como no farmacológicos. La enzima triptófano hidroxilasa (TPH) es crucial en la biosíntesis de serotonina y está codificada por dos genes diferentes: Tph1 y Tph2. Se ha sugerido que los polimorfismos de un solo nucleótido (SNP) en el gen Tph2 podrían estar relacionados con un mayor riesgo de depresión y haber estado asociados con intentos de suicidio.

Además, se postula que el gen Tph1, cuya expresión es principalmente en la glándula pineal, puede impactar en el riesgo de suicidio al afectar la síntesis de melatonina, la hormona que regula el ritmo circadiano y que puede aumentar el riesgo de suicidio. Se ha identificado un polimorfismo funcional en el gen BDNF (factor neurotrófico derivado del cerebro, brain-derived neurotrophic factor), conocido como Val66Met, que produce una sustitución de valina por metionina en el codón 66 de la región pro-BDNF. Esta variante afecta negativamente al tráfico intracelular y a la secreción dependiente de la actividad, lo que influye en la función del hipocampo, la memoria episódica y la morfología cerebral. Las personas sanas que poseen la variante Met del alelo BDNF tienden a mostrar menor estabilidad emocional y un volumen reducido del hipocampo. Además, se sugiere que existe una interacción

compleja entre los polimorfismos en los genes que codifican BDNF y 5-HTT, que puede dar lugar a un fenotipo depresivo.

La vulnerabilidad ambiental también ejerce una influencia significativa en el desarrollo neuronal y la plasticidad cerebral, aunque estos aspectos no serán abordados en este contexto. En cambio, se discutirán las deficiencias neurobiológicas, reconociendo que las circunstancias ambientales de la vida diaria juegan un papel desencadenante en la mayoría de los casos de depresión (aunque no en todos) (10).

2.6. Epidemiología

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), alrededor del 3% de los niños sufren de depresión. En numerosas ocasiones, los síntomas depresivos en los niños pasan inadvertidos, y estos pueden vivir con ellos en silencio debido a una falta de detección temprana y un tratamiento adecuado (11).

Según el Ministerio de Salud (Minsa), se registraron 247,171 casos tratados de depresión en el año 2022, de los cuales el 17.27% corresponden a menores de edad y el 75.24% a mujeres. La médica psiquiatra de la Dirección de Salud Mental del Minsa, Sandra Orihuela Fernández, señaló que la percepción de la depresión como una enfermedad exclusiva de adultos ha cambiado, ya que en el pasado se creía que los niños no podían padecerla. Sin embargo, es crucial tratarla a tiempo, ya que de lo contrario puede empeorar y llevar a pensamientos o comportamientos suicidas. En la actualidad, y debido al impacto de la pandemia de COVID-19, se observa un aumento en el diagnóstico de trastornos de salud mental en niñas, niños y adolescentes, especialmente la depresión, que se ha convertido en un trastorno prevalente en esta población. La especialista del Minsa enfatizó que la depresión es un trastorno del estado de ánimo que va más allá de la simple tristeza, por lo que es esencial distinguirla de los estados de ánimo normales (12).

2.7. Sintomatología

Los signos de depresión pueden diferir según la personalidad del niño y la etapa de desarrollo en la que se encuentre. Algunos de los síntomas principales incluyen:

- **Estado de ánimo irritable o triste.** Manifestándose como irritabilidad o tristeza. Es común que los niños muestren más irritabilidad o malhumor que tristeza evidente.
- **Pérdida de interés o de placer.** Pueden dedicar menos tiempo a sus pasatiempos o actividades previamente placenteras. Los padres pueden notar un mayor aislamiento social o una disminución en el interés por actividades que antes les gustaban.

Otros síntomas habituales son los siguientes:

- Alteraciones en el apetito, con efectos en el peso corporal (pérdida, aumento o estancamiento)
- Cambios en los patrones de sueño (insomnio o aumento excesivo del sueño)
- Variaciones en la actividad psicomotora (inquietud constante o marcada lentitud en las respuestas y movimientos)
- Sentimientos de inutilidad o culpa
- Fatiga y disminución de la energía
- Dificultades para mantener la concentración (manifestadas por un bajo rendimiento académico repentino, distracción constante o quejas sobre la memoria)
- Pensamientos relacionados con la muerte o intentos de suicidio (13).

2.8. Niveles

2.8.1. Depresión leve

Experimenta un estado de ánimo reducido y exhibe dos o tres manifestaciones adicionales, tales como fatiga, cambios en el sueño, el apetito, la atención o la concentración. Sin embargo, estas manifestaciones no interfieren con sus actividades cotidianas.

2.8.2. Depresión moderada

Experimenta un marcado descenso en el estado de ánimo, acompañado de llanto frecuente, sensación de agotamiento, malestar físico, cambios en el sueño y el apetito. Además, se observan pensamientos negativos de inutilidad y fracaso, así como un distanciamiento de las relaciones familiares o sociales. También puede presentar síntomas de ansiedad y nerviosismo. Esta condición se distingue de la depresión leve porque impacta significativamente en las actividades diarias.

2.8.3. Depresión grave

Experimentan una marcada disminución en el estado de ánimo, acompañada de llanto, tristeza, aislamiento social, dificultades para dormir, falta de apetito y desinterés en todas sus actividades. Sienten que son una carga para los demás, que son incapaces de lograr cualquier cosa y que carecen de valor. Como resultado, comienzan a considerar planes para quitarse la vida. Esta condición se diferencia de la depresión moderada porque afecta completamente todas las áreas de su vida diaria, incapacitándolos (14).

2.9. Diagnostico

El diagnóstico del trastorno depresivo se basa en evaluaciones clínicas que incluyen una historia detallada del niño y sus padres, así como una evaluación del estado mental. La información proporcionada por el entorno escolar también puede ser de gran ayuda. Durante la entrevista clínica, es fundamental evaluar el episodio depresivo actual, incluyendo síntomas, impacto en el funcionamiento general y posibles factores desencadenantes. Es crucial indagar sobre ideas de muerte o suicidio tanto en el niño como en los padres. Se debe obtener información sobre episodios previos del paciente y antecedentes psiquiátricos familiares. Además, se realiza una exploración física completa y análisis generales. Se pueden solicitar pruebas biológicas y complementarias si se considera necesario para el diagnóstico diferencial de otras enfermedades médicas. Cuestionarios autoaplicados, como el Cuestionario de Depresión Infantil para niños de 7 a 17 años y la Escala de

Depresión de Beck para niños y adolescentes de 7 a 14 años, pueden ser herramientas útiles para el diagnóstico (15).

2.10. Tratamiento

El tratamiento puede ser mixto:

2.10.1. Tratamiento farmacológico

Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) son actualmente la opción farmacológica preferida para tratar la depresión en niños y adolescentes, debido a su eficacia, mínimos efectos secundarios y seguridad en caso de sobredosis. Entre ellos, la fluoxetina es el más estudiado y fue el primero en ser aprobado por la Food and Drug Administration (FDA) para el tratamiento de la depresión en niños a partir de los 8 años. El estudio TADS demostró que la fluoxetina produce resultados superiores en comparación con el placebo o la terapia cognitivo-conductual. La dosis inicial recomendada es de 5-10 mg/día, con ajustes posteriores cada 2 semanas hasta alcanzar la dosis óptima.

La sertralina está indicada para el tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo y la depresión en niños de 8 a 18 años. Se sugiere comenzar con dosis de 25-50 mg/día, aumentando gradualmente durante las primeras semanas hasta un máximo de 200 mg al día. Estudios han respaldado la eficacia y seguridad de la sertralina en la depresión infantil, como un ensayo publicado en 2003 que mostró resultados significativos en comparación con el placebo en una muestra de 376 niños de 6 a 17 años.

Durante la fase de continuación del tratamiento, es fundamental mantener la dosis para estabilizar la respuesta y prevenir recaídas, especialmente en casos de evolución severa, prolongada o crónica. La fase de mantenimiento se reserva para pacientes con evolución más grave, prolongada o crónica, con el objetivo de prevenir posibles recaídas. Los ISRS comparten efectos secundarios similares, que incluyen molestias gastrointestinales, alteraciones del sueño como insomnio, somnolencia, cefalea, acatisia, disfunción sexual, inquietud, manía e hipomanía (16).

2.10.2. Tratamiento psicoterapéutico

Algunas formas de terapia psicológica pueden ser beneficiosas para niños que padecen depresión. Es importante verificar que el profesional de salud mental que trata a su hijo esté debidamente capacitado en el enfoque terapéutico recomendado.

2.10.2.1. *Terapia cognitivo-conductual (CBT)*: Este tipo de terapia es ofrecido por profesionales especialmente entrenados. Su enfoque se centra en ayudar a niños y adolescentes a comprender las situaciones que les preocupan, identificar los sentimientos o creencias asociadas a estas situaciones, cambiar cualquier pensamiento negativo o inexacto, y aprender estrategias para manejar el estrés. La terapia cognitivo-conductual (TCC) generalmente tiene una duración específica de sesiones y termina una vez que se han adquirido las habilidades necesarias. Frecuentemente, se asignan "tareas" para practicar estas habilidades entre sesiones.

2.10.2.2. *Psicoterapia interpersonal para adolescentes (IPT-A)*: La terapia interpersonal para adolescentes (IPT-A) asiste a niños y adolescentes en enfrentar dificultades en sus relaciones y mejorar su habilidad para relacionarse socialmente. Además, la IPT-A puede ser beneficiosa para gestionar transiciones, como mudanzas o divorcios, manejar el duelo y resolver conflictos con familiares o compañeros. Esta terapia tiene una duración limitada, y su hijo podría recibir asignaciones o participar en terapia grupal dirigida por un psicólogo o consejero especializado.

2.10.2.3. *Terapia de familia*: La terapia familiar es una forma de asesoramiento que facilita a una familia comprenderse mejor y adquirir habilidades para afrontar el estrés. Cuando un miembro de la familia enfrenta un problema de salud mental, la terapia familiar puede brindar apoyo al resto de la familia, enseñarles maneras de apoyarse mutuamente y disminuir el conflicto (17).

2.11. Rol de la enfermera en la promoción de la salud mental infantil

Cuidados específicos que brinda las enfermeras a los pacientes con depresión infantil:

- Destreza para tranquilizar y persuadir a los pacientes.
- Ser empáticos, pacientes y capaces de tratar a los pacientes sin prejuicios.
- Competencias comunicativas para establecer conversaciones con los pacientes y obtener información útil para su tratamiento.
- Capacidad para mantenerse al tanto de los nuevos procedimientos.
- Habilidad para colaborar en equipo con otros profesionales.
- Capacidad para desarrollar relaciones cercanas tanto con los pacientes como con sus familiares.
- Destreza de observación para analizar los cambios en el comportamiento de los pacientes, incluyendo la capacidad de interpretar el lenguaje no verbal (18).

3. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

3.1. Antecedentes internacionales

De acuerdo con Abello y Cortes en su artículo "Prevalencia de depresión infantil en colegios oficiales de Barranquilla 2014", el objetivo principal es describir la frecuencia de síntomas de depresión infantil en niños y niñas. Para este fin, se realizó un muestreo aleatorio simple que incluyó a 178 estudiantes de 4° a 6° grado de colegios públicos en Barranquilla. El instrumento utilizado fue el Inventario de Depresión Infantil CDI de Kovacks (1992) en su versión en español. Los resultados revelaron una sintomatología de depresión infantil del 15.73%, lo que equivale a 28 niños. Al analizar por género, se observó que las niñas presentaron un 18.6% frente al 13.04% de los niños. Además, se destacó que los mayores niveles de prevalencia de la sintomatología de depresión se registraron entre los 11 y 12 años, con porcentajes del 6.18% y 4.49%, respectivamente. Por último, se enfatizó que el factor con mayor prevalencia en la depresión infantil fue la autoestima negativa (19).

Según Pucachaqui en su estudio "Niveles de depresión infantil en niños/as de 7 a 11 años víctimas de abuso sexual atendidos en el departamento de psicología de la DINAPEN de la ciudad de Quito de octubre 2016 a enero 2017", se enfoca en analizar los niveles de depresión infantil en niños y

niñas de 7 a 11 años que han sido víctimas de abuso sexual y que reciben atención en el departamento de Psicología de la DINAPEN. Para ello, se utilizaron técnicas como la entrevista y la observación, además de emplear el test CDI adaptado para medir la variable de los niveles de depresión infantil en 30 niños y niñas que cumplieran con criterios específicos de inclusión y exclusión. Los resultados indicaron que predominaba un nivel de depresión moderado en estos niños y niñas, y se observó un pequeño porcentaje que presentaba un nivel de depresión grave. Se sugiere profundizar más en este tema, incluyendo la prevalencia según el género de los niños y niñas, así como los niveles de depresión en diferentes contextos como el educativo, familiar, hogares disfuncionales y la influencia de la migración de los padres, entre otros aspectos (20).

3.2. Antecedentes nacionales

Según Arteaga et al., en su estudio "Propiedades psicométricas del inventario de depresión infantil en niños de instituciones educativas públicas de Nuevo Chimbote 2019", se determinó que el diseño del estudio fue no experimental y de tipo instrumental. Se empleó una muestra de tipo probabilístico estratificado, compuesta por 363 estudiantes de ambos sexos, pertenecientes al 3er al 6to grado de primaria, con edades comprendidas entre los 8 y 12 años. Se concluyó que el Inventario de Depresión Infantil de Kovacs demostró poseer propiedades psicométricas adecuadas en términos de validez y confiabilidad para la población evaluada (21).

En el estudio de Gozzer y Santana titulado "Sintomatología depresiva y estilos parentales en niños del colegio privado peruano canadiense de Chiclayo, 2015", se determinó que la investigación se enmarca en un diseño correlacional por asociación. Se utilizó el Cuestionario de Depresión Infantil de Kovacs (CDI) para medir la variable de sintomatología depresiva, mientras que la variable de estilos parentales se evaluó mediante el Test de Estilos Parentales (EPA-N) para adolescentes. Estos instrumentos fueron validados y aplicados a una muestra de 119 alumnos de ambos sexos, pertenecientes a los grados de 3ro a 6to de primaria, seleccionados mediante muestreo probabilístico aleatorio estratificado. Los resultados indicaron una asociación significativa ($\alpha < 0.01$) entre la sintomatología depresiva y los

estilos parentales autoritario y super protector, así como una asociación significativa ($\alpha= 0.05$) entre la sintomatología depresiva y el estilo parental autoritativo (22).

3.3. Antecedentes internacionales

En el estudio realizado por Luque titulado "Cyberbullying y depresión infantil en estudiantes de primaria de la Institución Educativa 40694, Arequipa, 2021", se determinó que la población de estudio estaba compuesta por una muestra completa de 67 estudiantes de ambos sexos que cursaban el nivel primario. Para identificar las variables relevantes, se emplearon el cuestionario de proyecto de intervención contra el acoso cibernético (ECIPQ) y el inventario de depresión infantil de Kovacs (23).

Por tanto, en el estudio llevado a cabo por Macedo Pancahua Diana Milagros y Montes Cruz Milagros Del Belén, titulado "La influencia de la depresión infantil en el rendimiento escolar de los estudiantes del V ciclo de la Institución Educativa Escuela Ecológica San Lázaro, Arequipa 2017", se determinó que la investigación adopta un enfoque cuantitativo, de naturaleza descriptiva-explicativa, con un nivel aplicado y un diseño correlacional. Se realizó con la totalidad de los estudiantes del V Ciclo de la escuela primaria, considerando un tamaño de muestra censal de 111 estudiantes. Para recopilar datos, se empleó la técnica de observación, utilizando como instrumentos el "Cuestionario español de depresión infantil" desarrollado por Rodríguez Sacristán, Cardoze y colaboradores (1984), junto con una "ficha documental" que incluía la escala de medición propuesta por el Ministerio de Educación (2017) para las calificaciones finales de los estudiantes. Los resultados indicaron que el 88% de los estudiantes del V ciclo no mostraban signos de depresión infantil, mientras que el 12% presentaba síntomas leves. En cuanto al rendimiento escolar, la mayoría obtuvo calificaciones de "logro" (88%), mientras que el 12% restante estaba en proceso. Se concluyó que la depresión infantil ejerce una influencia significativa en el rendimiento académico de los estudiantes del V ciclo de la Institución Educativa Escuela Ecológica San Lázaro en Arequipa durante el año 2017 (24).

4. OBJETIVOS

- 4.1. Precisar la sintomatología de la depresión infantil en los estudiantes de 4to, 5to y 6to de primaria de la I.E.P Camino al saber.
- 4.2. Identificar Cuál de las dimensiones de la depresión infantil es la de mayor prevalencia en la I.E.P Camino al saber.





CAPÍTULO II
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE VERIFICACIÓN

1.1. Técnica

La técnica que se utilizó es la entrevista.

1.2. Instrumento

La guía de entrevistas, delineada en las dimensiones de la depresión infantil (Cuestionario de Depresión Infantil), fue validada por María Kovacs en el año 2004.

El CDI se destaca como uno de los instrumentos más empleados y ampliamente respaldados por expertos en el campo de la depresión infantil, gracias a su sólido desempeño psicométrico y su valor clínico.

Compuesto por 27 ítems, abarca una amplia gama de criterios relevantes para el diagnóstico de la depresión en niños (25).

La evaluación de los síntomas se realiza asignando 0 puntos para la ausencia del síntoma (respuesta A), 1 punto para su presencia en una forma leve (respuesta B) y 2 puntos para su presencia en una forma grave (respuesta C). Esto permite una puntuación total que varía entre 0 y 54 puntos. Se considera que hay depresión a partir de una puntuación de 19 en adelante (26).

SINTOMALOTOGIA	RESPUESTA	PUNTAJE
AUSENCIA	A	0
LEVE	B	1
GRAVE	C	2

Percentil Categorías Diagnosticas

1-25 No hay presencia de síntomas depresivos. Dentro de los límites normales.

26-74 Presencia de síntomas depresivos mínima y moderada.

75-89 Presencia de síntomas depresivos marcada o severa.

90-99 Presencia de síntomas depresivos grado máximo.

El CDI evalúa dos dimensiones: Disforia, que aborda el estado de ánimo depresivo y la tristeza, y Autoestima negativa, que considera los juicios de ineficacia, fealdad y maldad. Además, proporciona una puntuación total de Depresión. Puede ser completado directamente por los niños evaluados, como un autoinforme, o por adultos de referencia, como padres, madres, profesores, enfermeras o cuidadores. Cuando se administra mediante este último método, los ítems deben leerse en tercera persona.

2. CAMPO DE VERIFICACION

2.1. Ubicación espacial

La investigación se realizó en la I.E.P Camino al Saber, el cual se encuentra ubicado en la calle Trujillo 115, Mariano Melgar, Arequipa 04006.

2.2. Ubicación temporal

Esta investigación se realizó de manera coyuntural en el año 2023.

2.3. Unidades de estudio

Niños de 4to, 5to y 6to grado de primaria en número de 54 que constituye el 100%

2.4. Criterios de inclusión

- Niños que se encuentran en los grados 4to, 5to y 6to de primaria
- Niños que tengan el consentimiento informado por los padres
- Niños que asistan a la aplicación del instrumento

2.5. Criterios de exclusión

- Niños que faltan por motivos de salud.
- Niños con problemas de salud mental.
- Niños que no se encuentren en condiciones de facilitar información
- Niños que no tengan el consentimiento informado por los padres.

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1. Organización

- Se gestionó la emisión de la carta de presentación en colaboración con el Decanato de la Facultad.

- Se coordinó con la directora de la institución para establecer los lineamientos del estudio.
- Se establecieron acuerdos con las docentes de los grados 4to, 5to y 6to de primaria para determinar los horarios de realización de las entrevistas.
- Se incentivó a la población de estudio para que proporcionara datos precisos y veraces.
- La recolección de datos se llevó a cabo en el mes de junio, específicamente durante los días 14 al 16.
- Los datos recopilados fueron sometidos a análisis estadístico mediante la prueba del CHI cuadrado.
- Una vez obtenidos los datos, se procedió a su análisis e interpretación utilizando tablas estadísticas.

4. RECURSOS

4.1. Recursos Humanos

La investigadora

- Dayana Milagros Miranda Quiroz

4.2. Recursos materiales

- Computadora
- Laptop
- Cuestionarios
- Consentimiento informado
- Lapiceros

4.2. Recursos institucionales

- I.E.P Camino al Saber

4.3. Recursos Financieros

Sera financió por la propia investigadora



Tabla 1

Estudiantes de 4to, 5to y 6to de primaria de la I.E.P Camino al Saber, Arequipa 2023

Grado	N.º	%
Cuarto	25	46,3
Quinto	14	25,9
Sexto	15	27,8
TOTAL	54	100

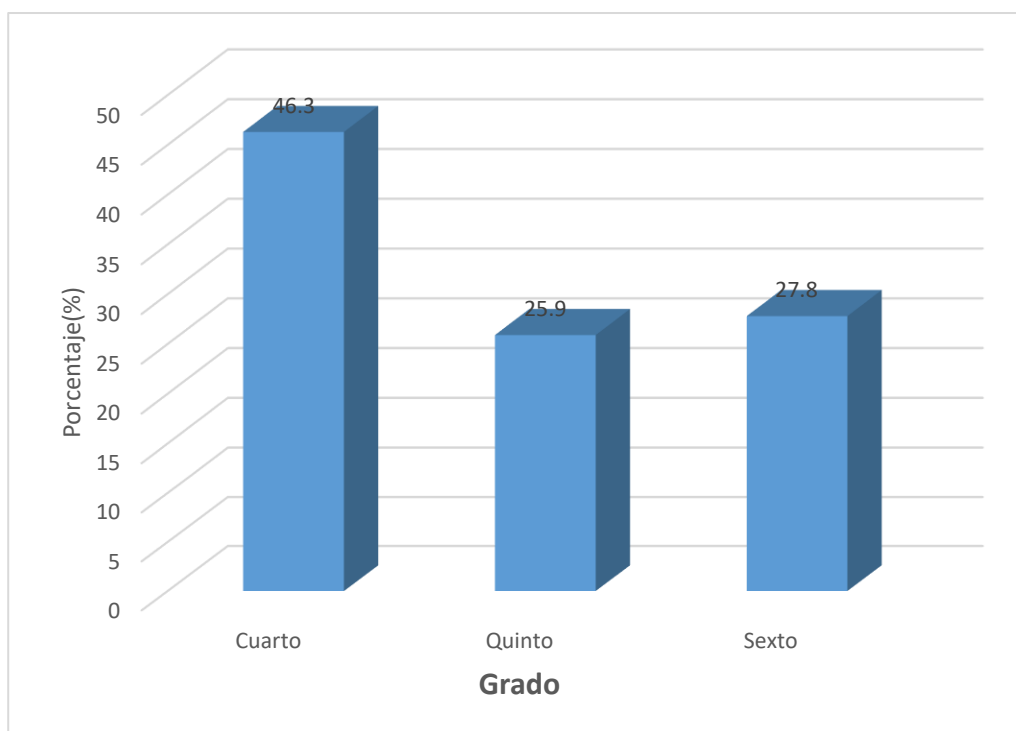
***Fuente:** Instrumento aplicado por el investigador.*

La tabla 1 muestra que la mayoría que es el 46.3% de los estudiantes de primaria de la I.E.P Camino al Saber son de cuarto de primaria, la mitad que es el 27.8% son de sexto grado, mientras que las tres cuartas partes que es el 25.9% de los estudiantes son de quinto de primaria.

Por lo que se deduce que cerca de la mitad de estudiantes son de cuarto grado de primaria.

Gráfico 1

Estudiantes de 4to, 5to y 6to de primaria de la I.E.P Camino al Saber, Arequipa 2023



Fuente: Instrumento aplicado por el investigador.

Tabla 2

Sintomatología de la depresión infantil en los estudiantes de 4to, 5to y 6to de primaria de la I.E.P Camino al saber

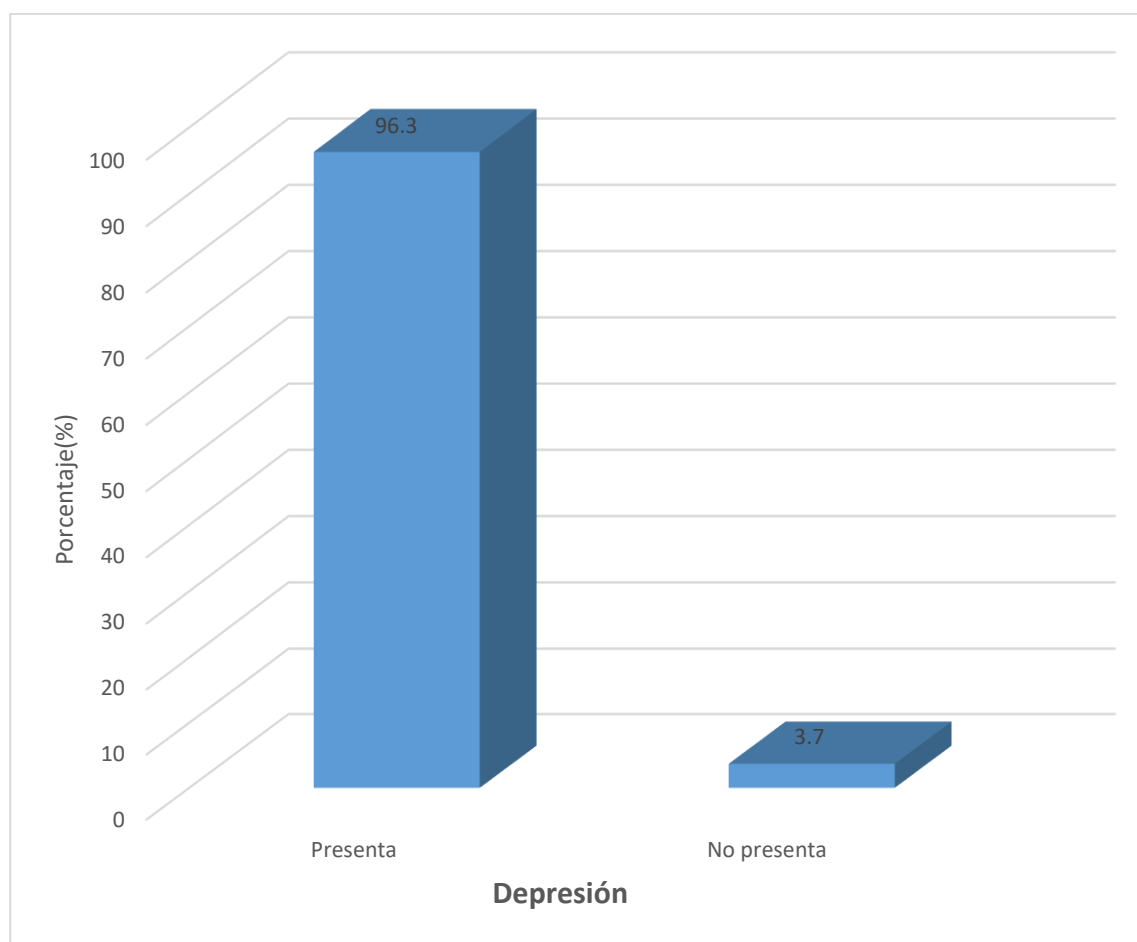
Depresión	N°.	%
Presenta	52	96,3
No presenta	2	3,7
TOTAL	54	100

Fuente: Instrumento aplicado por el investigador.

La Tabla 2 ofrece una visión significativa de la situación emocional de los estudiantes de primaria en la Institución Educativa Privada "Camino al Saber". Los datos revelan que un abrumador 96.3% de los estudiantes mostraron signos de depresión infantil, lo que es una preocupante cifra que demanda atención y acción. Por otro lado, únicamente el 3.7% de los alumnos no evidenciaron ninguna manifestación de depresión en su comportamiento o estado emocional.

Gráfico 2

*Sintomatología de la depresión infantil en los estudiantes de 4to, 5to y 6to de primaria
de la I.E.P Camino al saber*



Fuente: Instrumento aplicado por el investigador.

Tabla 3

Sintomatología de la depresión-disforia infantil en los estudiantes de 4to, 5to y 6to de primaria de la I.E.P Camino al saber

Disforia	N°.	%
Síntomas mínimo-moderado	0	0,0
Síntomas marcado-severo	48	88,9
Síntomas grado máximo	6	11,1
TOTAL	54	100

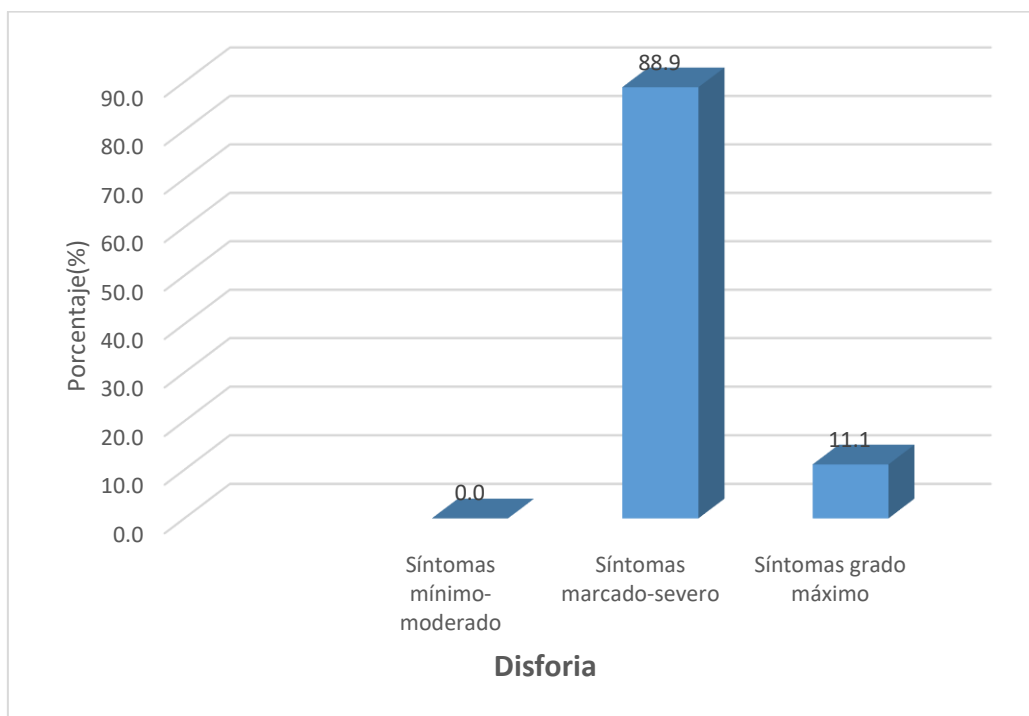
Fuente: Instrumento aplicado por el investigador.

En la Tabla 3 se pueden observar datos relevantes sobre la salud emocional de los estudiantes de primaria en la Institución Educativa Privada "Camino al Saber". De acuerdo con los resultados, un considerable 88.9% de los estudiantes exhibieron síntomas notables o severos de disforia infantil, lo que indica una preocupante prevalencia de este problema en la población estudiantil. Por otro lado, solamente el 11.1% de los alumnos presentaron síntomas de disforia en su grado máximo.

Por lo que se deduce que mas de las tres cuartas partes presentan síntomas marcados severo de disforia infantil.

Gráfico 3

Sintomatología de la depresión- disforia infantil en los estudiantes de 4to, 5to y 6to de primaria de la I.E.P Camino al saber



Fuente: Instrumento aplicado por el investigador.

Tabla 4

**Sintomatología de la depresión- autoestima negativa infantil en los estudiantes de 4to,
5to y 6to de primaria de la I.E.P Camino al saber**

Autoestima negativa	Nº.	%
Síntomas mínimo-moderado	3	5,6
Síntomas marcado-severo	51	94,4
Síntomas grado máximo	0	0,0
TOTAL	54	100

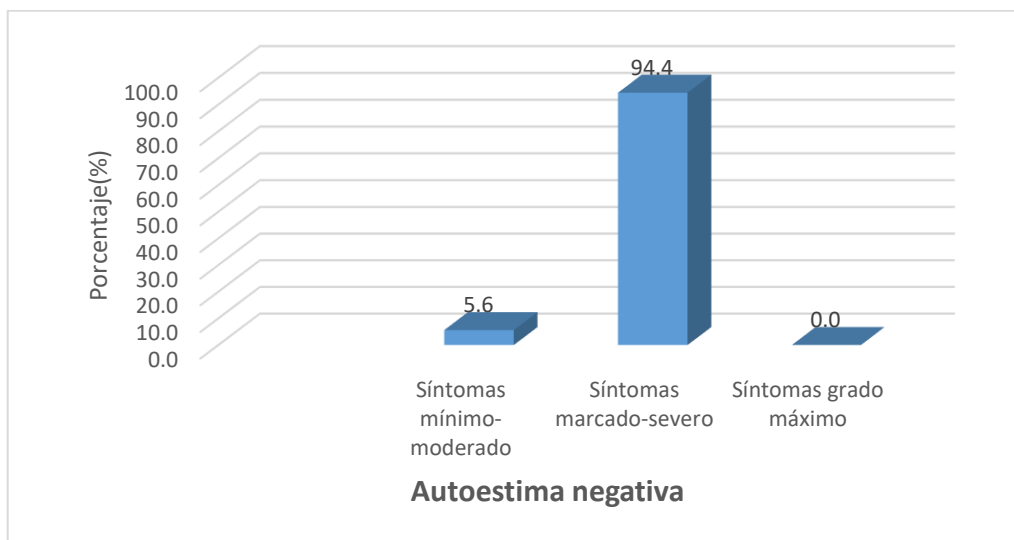
Fuente: Instrumento aplicado por el investigador.

La Tabla 4 proporciona información importante sobre la autoestima de los estudiantes de primaria en la Institución Educativa Privada "Camino al Saber". Según los datos, un notable 94.4% de los estudiantes evidenciaron síntomas marcados o severos de autoestima negativa infantil, lo que plantea inquietudes significativas sobre su bienestar emocional y su percepción de sí mismos. En contraste, únicamente el 5.6% de los estudiantes presentaron síntomas en un rango más bajo, calificados como mínimo-moderados.

Por lo que se deduce que cerca de la totalidad presentan sintomatología de depresión y autoestima negativa infantil.

Gráfico 4

Sintomatología de la depresión-autoestima negativa infantil en los estudiantes de 4to,
5to y 6to de primaria de la I.E.P Camino al saber



Fuente: Instrumento aplicado por el investigador.

Tabla 5

Sintomatología de la depresión infantil y el grado que cursan

Depresión	Grado						TOTAL	
	Cuarto		Quinto		Sexto		N°.	%
	N°.	%	N°.	%	N°.	%		
Presenta	23	42,6	14	25,9	15	27,8	52	96,3
No presenta	2	3,7	0	0,0	0	0,0	2	3,7
TOTAL	25	46,3	14	25,9	15	27,8	54	100

Fuente: Instrumento aplicado por el investigador.

$$X^2=2.40 \quad P>0.05P=0.30$$

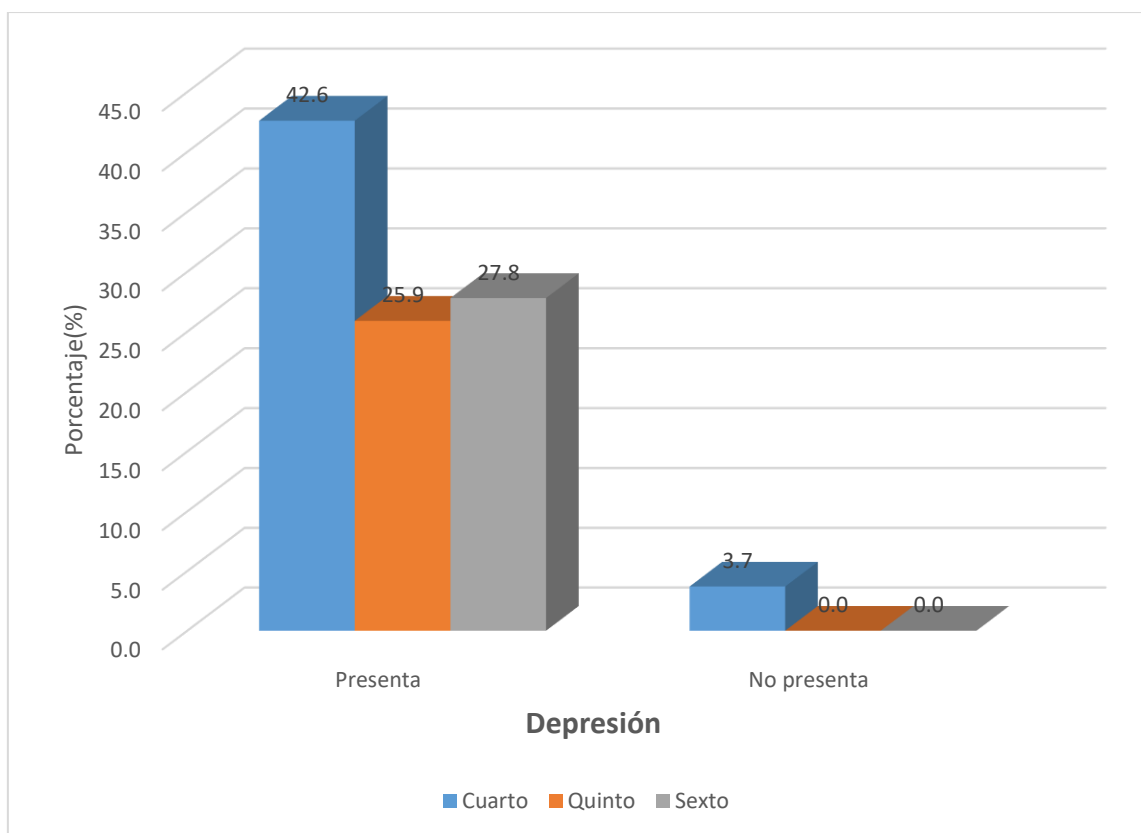
La información presentada en la Tabla 5 se refiere a un análisis de la relación entre la sintomatología de la depresión infantil y el grado de los estudiantes en la Institución Educativa Privada "Camino al Saber" utilizando la prueba de chi cuadrado ($X^2=2.40$). Los resultados indican que no existe una relación estadística significativa entre estos dos factores, ya que el valor de P es mayor que 0.05.

Además, se puede observar que el 27.8% de los estudiantes de sexto grado de primaria muestran síntomas de depresión infantil, mientras que el 3.7% de los estudiantes de cuarto grado no presentan ningún síntoma de depresión infantil.

Por lo que se deduce que cerca de la mitad de estudiantes que presentan sintomatología infantil son de cuarto año.

Gráfico 5

Sintomatología de la depresión infantil y el grado que cursan



Fuente: Instrumento aplicado por el investigador

Tabla 6

Sintomatología de la disforia infantil y el grado que cursan

Disforia	Grado						TOTAL	
	Cuarto		Quinto		Sexto		N°.	%
	N°.	%	N°.	%	N°.	%		
Síntomas mínimo-moderado	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Síntomas marcado-severo	23	42,6	12	22,2	13	24,1	48	88,9
Síntomas grado máximo	2	3,7	2	3,7	2	3,7	6	11,1
TOTAL	25	46,3	14	25,9	15	27,8	54	100

Fuente: Instrumento aplicado por el investigador.

$$X^2=0.46 \quad P>0.05P=0.79$$

La información proporcionada en la Tabla 6 se refiere a un análisis de la relación entre la sintomatología de disforia infantil y el grado de los estudiantes en la Institución Educativa Privada "Camino al Saber", utilizando la prueba de chi cuadrado ($X^2=0.46$). Los resultados indican que no existe una relación estadística significativa entre estos dos factores, ya que el valor de P es mayor que 0.05.

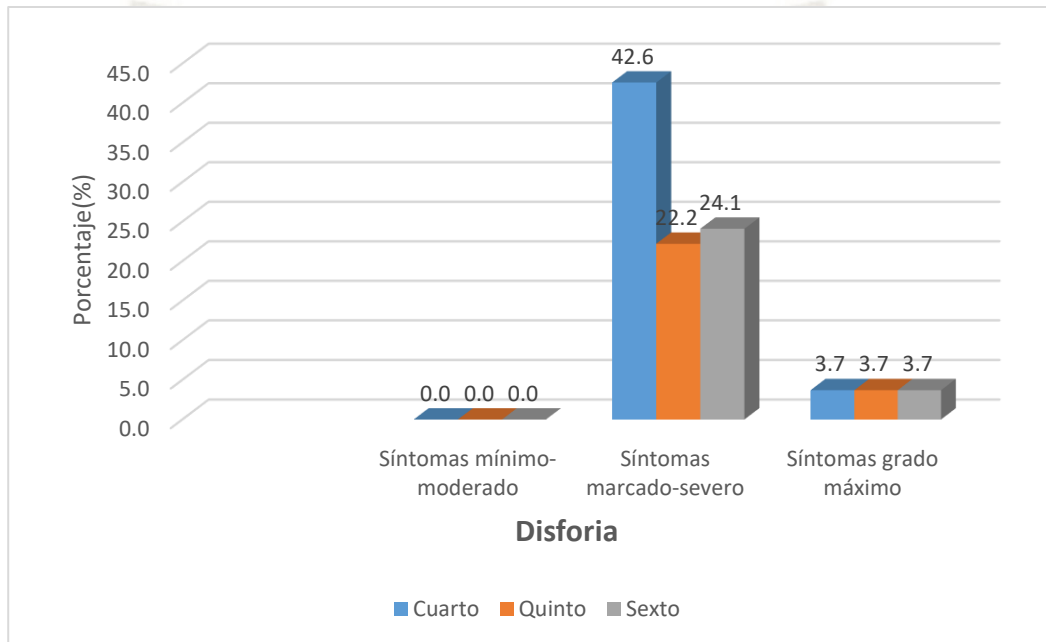
Además, se puede observar que el 42.6% de los estudiantes de cuarto grado de primaria presentan síntomas marcados o severos de disforia, mientras que el 3.7% de los estudiantes de sexto grado presentan síntomas en el grado máximo.

Estos resultados sugieren que la sintomatología de disforia infantil no está relacionada de manera significativa con el grado de los estudiantes en la escuela. Sin embargo, es importante destacar que hay diferencias notables en las tasas de síntomas de disforia entre cuarto y sexto grado. Esto podría indicar la necesidad de investigar más a fondo los factores que podrían estar contribuyendo a estas diferencias y considerar estrategias para abordar los

síntomas de disforia en los estudiantes de cuarto grado, así como brindar apoyo adecuado a los estudiantes de sexto grado que presentan síntomas de grado máximo

Gráfico 6

Sintomatología de la disforia infantil y el grado que cursan



Fuente: Instrumento elaborado por el investigado

Tabla 7

Sintomatología de la autoestima negativa infantil y el grado que cursan

Autoestima negativa	Grado						TOTAL	
	Cuarto		Quinto		Sexto		Nº.	%
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%		
Síntomas mínimo-moderado	2	3,7	0	0,0	1	1,9	3	5,6
Síntomas marcado-severo	23	42,6	14	25,9	14	25,9	51	94,4
Síntomas grado máximo	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
TOTAL	25	46,3	14	25,9	15	27,8	54	100

Fuente: Instrumento elaborado por el investigador.

$$X^2=1.14 \quad P>0.05 \quad P=0.56$$

La información presentada en la Tabla 7 se refiere a un análisis de la relación entre la sintomatología de autoestima negativa infantil y el grado de los estudiantes en la Institución Educativa Privada "Camino al Saber", utilizando la prueba de chi cuadrado ($X^2=1.14$). Los resultados indican que no existe una relación estadística significativa entre estos dos factores, ya que el valor de P es mayor que 0.05.

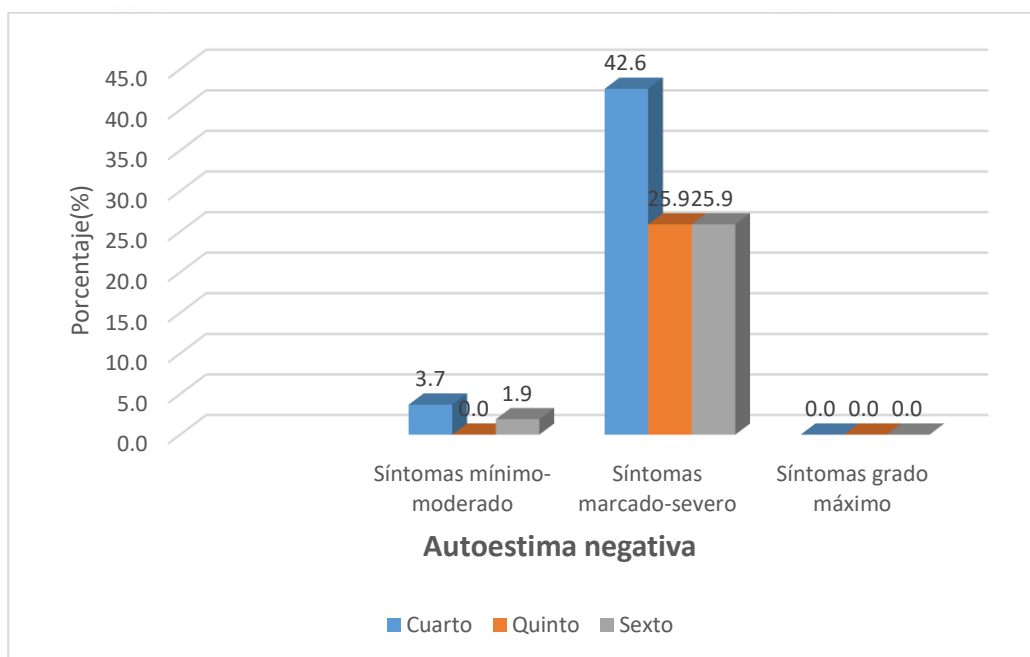
Además, se puede observar que el 42.6% de los estudiantes de cuarto grado de primaria presentan síntomas marcados o severos de autoestima negativa, mientras que solo el 1.9% de los estudiantes de sexto grado muestran síntomas en un rango más bajo, calificados como mínimos-moderados.

Estos resultados sugieren que la sintomatología de autoestima negativa infantil no está relacionada de manera significativa con el grado de los estudiantes en la escuela. Sin embargo, es importante destacar que existen notables diferencias en las tasas de síntomas de autoestima negativa entre cuarto y sexto grado. Esto podría indicar la necesidad de investigar más a fondo los factores que podrían estar contribuyendo a estas diferencias y considerar estrategias para abordar los problemas de

autoestima en los estudiantes de cuarto grado, así como proporcionar apoyo adecuado a los estudiantes de sexto grado que presentan síntomas mínimos-moderados.

Gráfico 7

Sintomatología de la autoestima negativa infantil y el grado que cursan



Fuente: Instrumento elaborado por el investigador.

Tabla 8

Sintomatología de la depresión infantil y la edad

Depresión	Edad								TOTAL	
	Nueve		Diez		Once		Doce		Nº.	%
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%		
Presenta	8	14,8	13	24,1	16	29,6	15	27,8	52	96,3
No presenta	1	1,9	1	1,9	0	0,0	0	0,0	2	3,7
TOTAL	9	16,7	14	25,9	16	29,6	15	27,8	54	100

Fuente: Instrumento elaborado por el investigador.

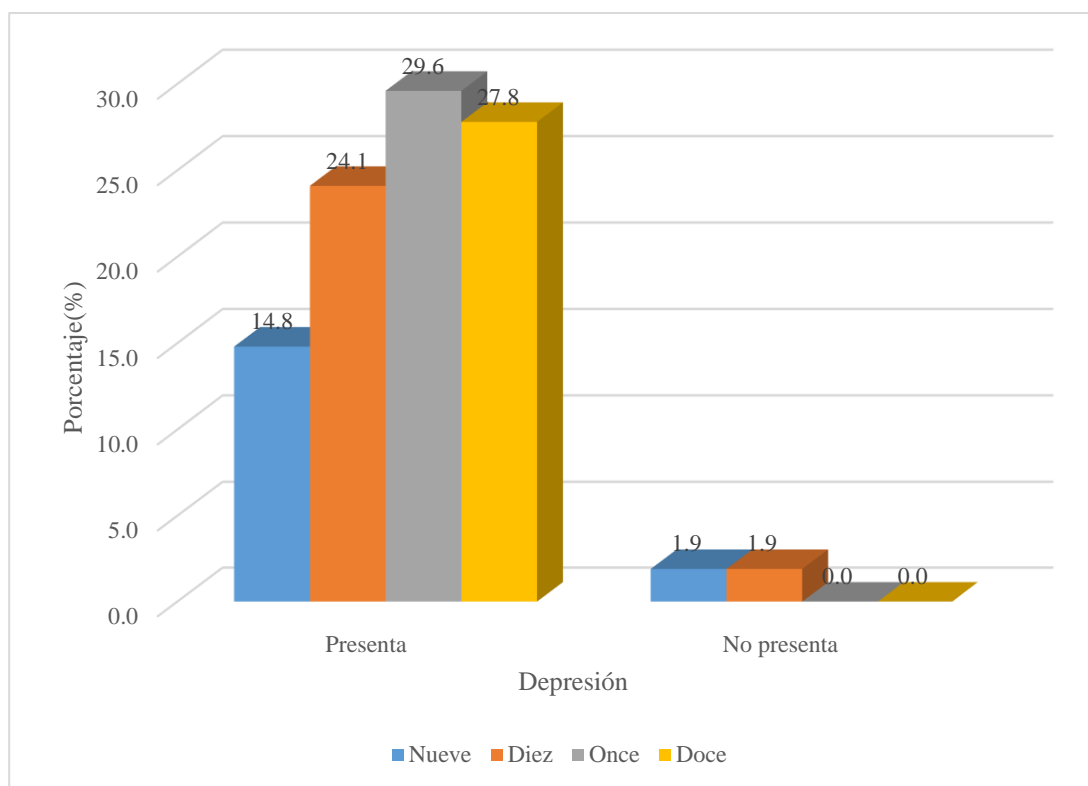
$$X^2=3.04 \quad P>0.05 \quad P=0.38$$

La tabla 1 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=3.04$) muestra que la depresión infantil y la edad de los estudiantes no presenta relación estadística significativa ($P>.05$).

Asimismo, se observa que el 29.6% de los estudiantes de once años presentan depresión infantil, mientras que el 1.9% de los niños de 9 años no presentan depresión.

Gráfico 8

Sintomatología de la depresión infantil y la edad



Fuente: Instrumento elaborado por el investigador.

Tabla 9
Sintomatología de la disforia infantil y la edad

Disforia	Edad								TOTAL	
	Nueve		Diez		Once		Doce		Nº.	%
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%		
	Cuarto		Quinto		Sexto					
Sintomatología mínimo- moderado	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sintomatología marcado-severo	8	14,8	13	24,1	14	25,9	13	24,1	13	88,9
Sintomatología grado máximo	1	1,9	1	1,9	2	3,7	2	3,7	2	11,1
TOTAL	9	16,7	14	25,9	16	29,6	15	27,8	54	100

Fuente: Instrumento elaborado por el investigador.

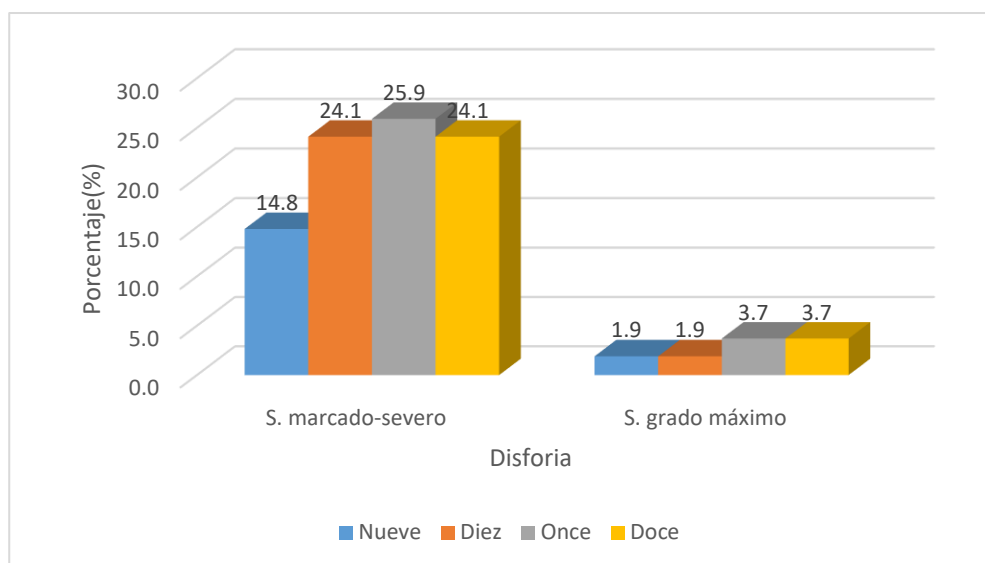
$$X^2=0.32 \quad P>0.05 \quad P=0.95$$

La tabla 2 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=0.32$) muestra que la disforia infantil y la edad de los estudiantes no presenta relación estadística significativa ($P>.05$).

Asimismo, se observa que el 25.9% de los estudiantes de once años presentan síntomas marcados severos de disforia, mientras que el 1.9% de los niños de 9 años tiene síntomas de grado máximo.

Gráfico 9

Sintomatología de la disforia infantil y la edad



Fuente: Instrumento elaborado por el investigador.



Tabla 10

Sintomatología de la autoestima negativa infantil y la edad

Autoestima negativa	Edad								TOTAL	
	Nueve		Diez		Once		Doce		Nº.	%
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%		
S. mínimo-moderado	0	0,0	2	3,7	0	0,0	1	1,9	3	5,6
S. marcado-severo	9	16,7	12	22,2	16	29,6	14	25,9	51	94,4
S. grado máximo	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
TOTAL	9	16,7	14	25,9	16	29,6	15	27,8	54	100

Fuente: Instrumento elaborado por el investigador.

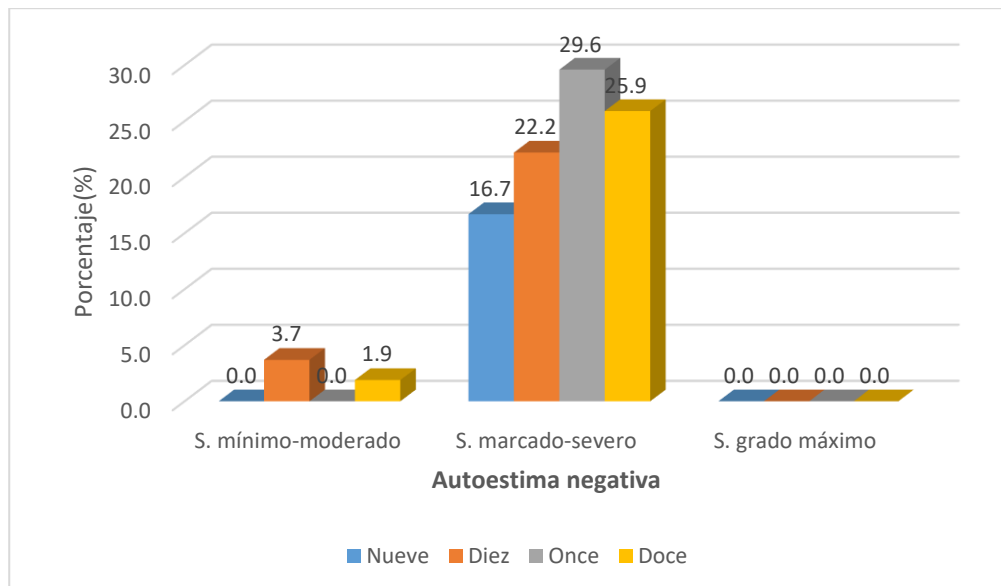
$$X^2=3.53 \quad P>0.05P=0.95$$

La tabla 3 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=0.32$) muestra que la autoestima negativa infantil y la edad de los estudiantes no presenta relación estadística significativa ($P>0.05$).

Asimismo se observa que el 29.6% de los estudiantes de once años presentan síntomas marcados severos de autoestima negativa, mientras que el 1.9% de los niños de 12 años tiene síntomas mínimos- moderados.

Gráfico 10

Sintomatología de la autoestima negativa infantil y la edad

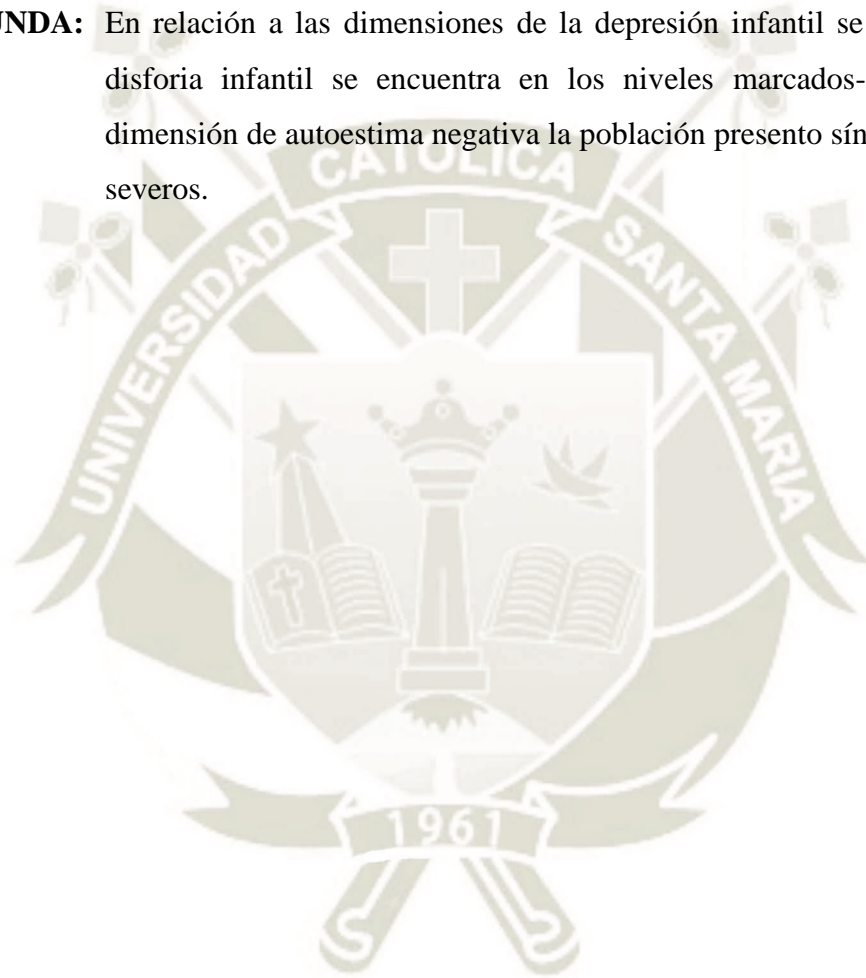


Fuente: Instrumento elaborado por el investigador.

CONCLUSIONES

PRIMERA: Los resultados muestran que la población de estudio presenta sintomatología de depresión infantil en los niveles mínimo, moderado, marcado, severo y grado máximo.

SEGUNDA: En relación a las dimensiones de la depresión infantil se concluye que la disforia infantil se encuentra en los niveles marcados-severos y en la dimensión de autoestima negativa la población presento síntomas marcados-severos.

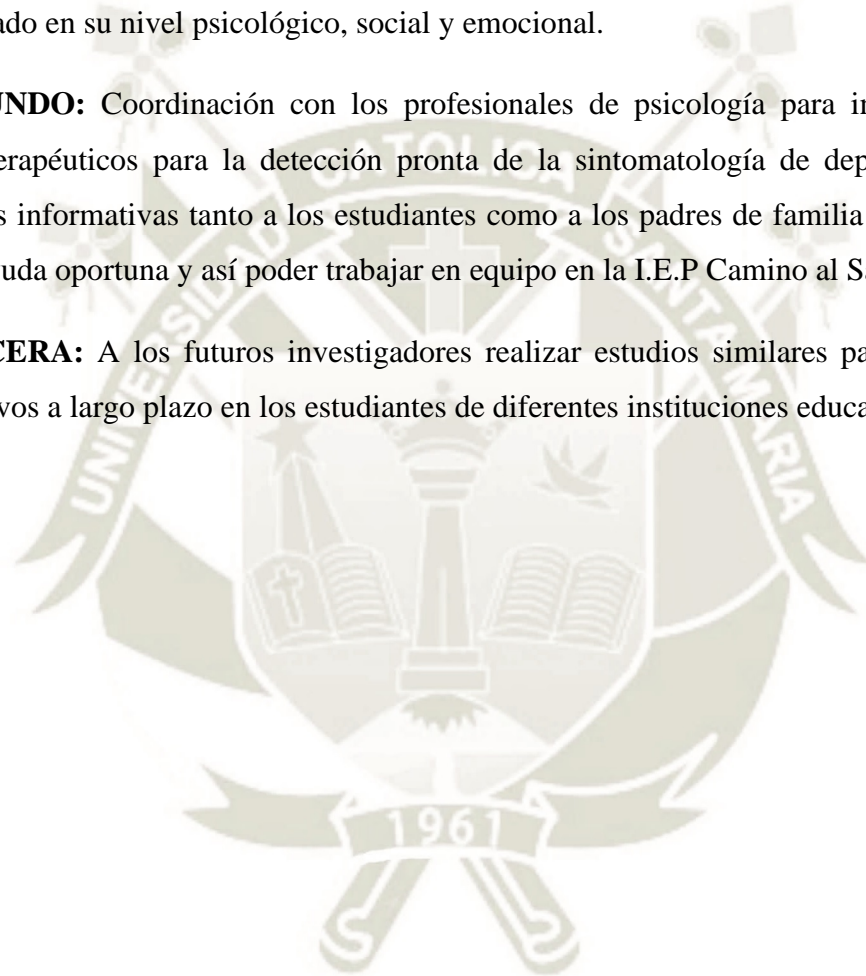


RECOMENDACIONES

PRIMERO: Se recomienda a todos los docentes, auxiliares y profesionales de la salud (psicólogo y enfermera) de la I.E.P Camino al Saber dar atención especializada a los estudiantes que presentaron sintomatología de depresión infantil para un desarrollo adecuado en su nivel psicológico, social y emocional.

SEGUNDO: Coordinación con los profesionales de psicología para incentivar talleres psicoterapéuticos para la detección pronta de la sintomatología de depresión infantil y charlas informativas tanto a los estudiantes como a los padres de familia para poder tener una ayuda oportuna y así poder trabajar en equipo en la I.E.P Camino al Saber.

TERCERA: A los futuros investigadores realizar estudios similares para evitar efectos negativos a largo plazo en los estudiantes de diferentes instituciones educativas.



REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1 Depresion infantil y su incidencia. [Online].; 2012. Available from:
 . <http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/1108/T-UTB-FCJSE-PCLINICA-000012.02.pdf?sequence=2&isAllowed=y#:~:text=La%20depresi%C3%B3n%20infantil%20puede%20surgir,de%20depresi%C3%B3n%20en%20alg%C3%BAn%20momento.>
- 2 La depresion en niños y juvenes. [Online].; 2023. Available from:
 . <https://www.bupasalud.com.co/salud/mental/depresion-en-ninos-y-jovenes.>
- 3 Estado mundial de la infancia de UNICEF destaca el modelo peruano de atencion comunitaria a la salud mental. [Online].; 2021. Available from:
 . <https://www.unicef.org/peru/comunicados-prensa/estado-mundial-de-la-infancia-unicef-destaca-modelo-peruano-atencion-comunitaria-salud-mental.>
- 4 Ciclo de vida etario. [Online].; 2023. Available from:
 . [https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/cicloVida.aspx#:~:text=Familia=Primera%20Infancia%20\(0%2D5%20a%C3%B1os\),Juventud%20\(14%20%2D%2026%20a%C3%B1os\).](https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/cicloVida.aspx#:~:text=Familia=Primera%20Infancia%20(0%2D5%20a%C3%B1os),Juventud%20(14%20%2D%2026%20a%C3%B1os).)
- 5 M.Consolini D. Fomentar una salud y desarrollo optimo de los niños. [Online].; 2023. Available from: <https://www.msmanuals.com/es-pe/hogar/salud-infantil/supervisi%C3%B3n-de-la-salud-en-los-ni%C3%B1os-sanos/fomentar-una-salud-y-desarrollo-%C3%B3ptimos-de-los-ni%C3%B1os.>
- 6 Cambios emocionales en preadolescencia. [Online].; 2023. Available from:
 . [https://www.guiainfantil.com/articulos/adolescencia/cambios-emocionales-en-la-preadolescencia/.](https://www.guiainfantil.com/articulos/adolescencia/cambios-emocionales-en-la-preadolescencia/)
- 7 Cambios emocionales. [Online].; 2021. Available from:
 . <https://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/childdevelopment/positiveparenting/middle2.html>
- 8 depresion en el niño y adolescente. [Online].; 2023. Available from:
 . <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/depresion-infantil-adolescente-2022-2023.>
- 9 Causa de la depresion infantil. [Online].; 2023. Available from:
 . <https://www.sanitas.es/biblioteca-de-salud/pediatria-infancia/depresion-infantil-causas.>

- 1 Depresion mayor. [Online].; 2018. Available from:
0 http://synapticpg.com/dm1_fisiopatologia.html.
- .
- 1 Depresion infantil. [Online].; 2019. Available from:
1 <https://www.mipsalud.com/depresion-infantil/#:~:text=Seg%C3%BAn%20la%20Organizaci%C3%B3n%20Mundial%20de,precoz%20y%20un%20adecuado%20tratamiento.>
- 1 La depresion:un trastorno de salud mental que tambien afecta a niñas,niños y
2 adolescentes y requiere la participacion de la familia. [Online].; 2023. Available from:
. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/690010-la-depresion-un-trastorno-de-salud-mental-que-tambien-afecta-a-ninas-ninos-y-adolescentes-y-requiere-la-participacion-de-la-familia-2023>.
- 1 Marinez MN. Depresion en niños: informacion para padres y familiares. [Online].;
3 2021. Available from: <https://faros.hsjdbcn.org/es/articulo/depresion-ninos-informacion-padres-familiares>.
- 1 depresion. [Online].; 2016. Available from: <https://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/depresion>.
- .
- 1 Martinez Martin N. Trastorno depresivo en niños y adolescentes. [Online].; 2014.
5 Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-anales-pediatria-continuada-51-articulo-trastornos-depresivos-ninos-adolescentes-S1696281814702070>.
- 1 San sebastian cabases J. Tratamiento de la depresion del niño y adolescente. [Online].;
6 2012. Available from: <file:///C:/Users/Dayana/Downloads/S1696281812700689.pdf>.
- .
- 1 ¿Como se trata la depresion en en niños y adolescentes? [Online].; 2022. Available
7 from: <https://www.healthychildren.org/Spanish/health-issues/conditions/emotional-problems/Paginas/depression-in-children-and-teens-treatment-options.aspx>.
- 1 Cuidados de enfermeria en salud mental. [Online].; 2023. Available from:
8 <https://www.euroinova.pe/blog/cuidados-de-enfermeria-en-salud-mental#objetivo-de-los-cuidados-de-la-enfermeria-en-salud-mental-en-psiquiatria>.
- 1 D AL. Prevalencia de depresion infantil en colegios oficiales de Barranquilla. [Online].;
9 2014. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4801843>.
- .

2 D PL. Niveles de depresion infantil en niños de 7a 11 años victimas de abuso sexual.
0 [Online].; 2017. Available from: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/11848>.

2 D AG. Propiedades Psicometricas del inventario de depresion infantil en niños de
1 instituciones educativas publicas. [Online].; 2019. Available from:
. <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/32060>.

2 M GM. Sintomatologia depresiva y estilos parenterales en niños del colegio privado
2 peruano canadiense de chiclayo. [Online].; 2015. Available from:
. <http://repositorio.upagu.edu.pe/handle/UPAGU/173>.

2 Luque Bernedo M. Cyberbullying y depresion infantil en estudiantes de primaria de la
3 institucion educativa 40694. [Online].; 2021. Available from:
. <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/79706>.

2 D MP. la depresion infantil influye en el rendimiento escolar de los estudiantes del V
4 ciclo de la institucion educativa Ecologiacaa San lazaro. [Online].; 2017. Available
. from: <https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/2794794>.

2 M K. CDI inventario de preseion infantil. [Online].; 2011. Available from:
5 <https://web.teaediciones.com/CDI--INVENTARIO-DE-DEPRESION-INFANTIL.aspx>.

2 Inventadio de preseion infantil. [Online].; 2023. Available from: [https://www.tests-
6 gratis.com/cuestionarios_depresion_ninos/cdi-inventario-depresion-infantil.htm](https://www.tests-gratis.com/cuestionarios_depresion_ninos/cdi-inventario-depresion-infantil.htm).

ANEXOS



ANEXO 1

FICHA SOCIODEMOGRÁFICA

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS	
Edad	9 - 10 años 11 - 12 años
Sexo	Masculino Femenino
Grado de estudio primarios	Tercer Cuarto Quinto
Convivencia familiar	Mama Papa Ambos padres Tutor legal
Antecedentes de reacciones emocionales negativas de los padres de familia	Irritabilidad Ira Ansiedad Depresión

ANEXO N°2

CONSENTIMIENTO INFORMADO AL DIRECTOR

Yo Directora de la **I.E.P CAMINO AL SABER** hago constar de dar el consentimiento para ser unidad de estudio en la investigación que presenta la **Srta. MIRANDA QUIROZ DAYANA MILAGROS**, Bachiller de la facultad de enfermería, titulada “**SINTOMATOLOGÍA DE DEPRESIÓN INFANTIL EN LOS ALUMNOS DE 4TO,5TO Y 6TO DE PRIMARIA DE LA I.E.P CAMINO AL SABER, AREQUIPA 2023**”, con fines de obtener el Título profesional de Licenciada en Enfermería. La autora se compromete, a presentar sus resultados donde se realizará el estudio de investigación y a respetar la confidencialidad de la Información.

En tal sentido. Solicito tenga a bien, brindamos el apoyo y las facilidades que se requiera.

Coordialmente:

AREQUIPA

FIRMA DE LA DIRECTORA

DNI:

ANEXO N°3

ESCALA DE KOVACS

CUESTIONARIO DE DEPRESION INFANTIL

1.
 - a) Estoy triste de vez en cuando
 - b) Estoy triste muchas veces
 - c) Estoy triste siempre
2.
 - a) Nunca me va salir algo bien
 - b) No estoy seguro de que las cosas me van a salir bien
 - c) Las cosas me van a salir bien
3.
 - a) Hago bien la mayoría de las cosas.
 - b) Hago mal muchas cosas
 - c) Todo lo hago mal
4.
 - a) Me divierten muchas cosas
 - b) Me divierten algunas cosas
 - c) Nada me divierte
5.
 - a) Soy malo siempre
 - b) Soy malo muchas veces
 - c) Soy malo algunas veces
6.
 - a) A veces pienso que me pueden ocurrir cosas malas
 - b) Me preocupa que me ocurran cosas malas
 - c) Estoy seguro de que me van a ocurrir cosas terribles
7.
 - a) Me odio
 - b) No me gusta como soy
 - c) Me gusta como soy

- 8.
- a) Todas las cosas malas son culpa mía
 - b) Muchas cosas malas son culpa mía
 - c) Generalmente no tengo la culpa de que ocurran cosas malas
- 9.
- a) No pienso en matarme
 - b) Pienso en matarme, pero no lo haría
 - c) Quiero matarme
- 10.
- a) Tengo ganas de llorar todos los días
 - b) Tengo ganas de llorar muchos días
 - c) Tengo ganas de llorar de cuando en cuando
- 11.
- a) Las cosas me preocupan siempre
 - b) Las cosas me preocupan muchas veces
 - c) Las cosas me preocupan de cuando en cuando
- 12.
- a) Me gusta estar con la gente
 - b) Muy a menudo no me gusta estar con la gente
 - c) No quiero en absoluto estar con la gente
- 13.
- a) No puedo decidirme
 - b) Me cuesta decidirme
 - c) Me decido fácilmente
- 14.
- a) Tengo buen aspecto
 - b) Hay algunas cosas de mi aspecto que no me gustan
 - c) Soy feo
- 15.
- a) Siempre me cuesta ponerme a hacer los deberes
 - b) Muchas veces no me cuesta ponerme a hacer los deberes
 - c) No me cuesta ponerme a hacer los deberes

- 16.
- a) Todas las noches me cuesta dormirme
 - b) Muchas noches me cuesta dormirme
 - c) Duerme muy bien
- 17.
- a) Estoy cansado de cuando en cuando
 - b) Estoy cansado muchos días
 - c) Estoy cansado siempre
- 18.
- a) La mayoría de días no tengo ganas de comer
 - b) Muchos días no tengo ganas de comer
 - c) Como muy bien
- 19.
- a) No me preocupa el dolor ni la enfermedad
 - b) Muchas veces me preocupa el dolor y la enfermedad
 - c) Siempre me preocupa el dolor y la enfermedad
- 20.
- a) Nunca me siento solo
 - b) Me siento solo muchas veces
 - c) Me siento solo siempre
- 21.
- a) Nunca me divierto en el colegio
 - b) Me divierto en el colegio de vez en cuando
 - c) Me divierto en el colegio muchas veces
- 22.
- a) Tengo muchos amigos
 - b) Tengo muchos amigos, pero me gustaría tener mas
 - c) No tengo amigos

23.

- a) Mi trabajo en el colegio es bueno
- b) Mi trabajo en el colegio no es tan bueno como antes
- c) Llevo muy mal las asignaturas que antes llevaba bien

24.

- a) Nunca podre ser tan bueno como otros niños
- b) Si quiero puedo ser tan bueno como otros niños
- c) Soy tan bueno como otros niños

25.

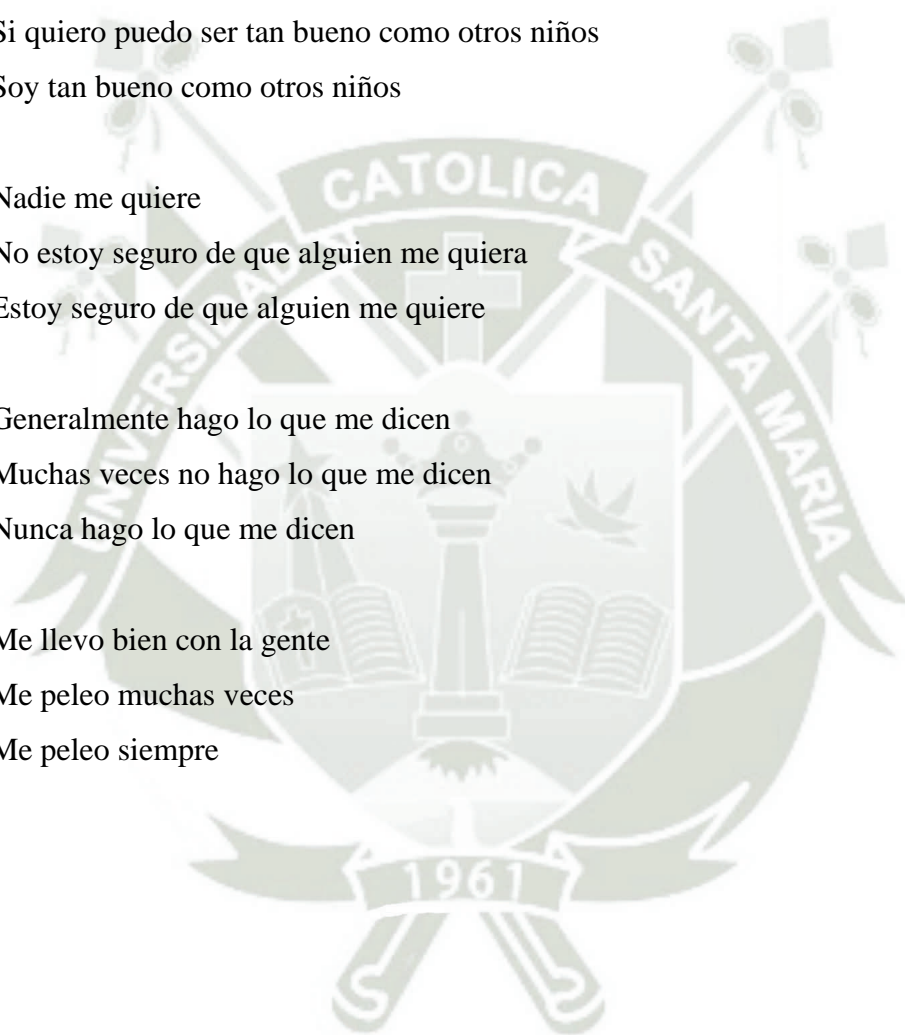
- a) Nadie me quiere
- b) No estoy seguro de que alguien me quiera
- c) Estoy seguro de que alguien me quiere

26.

- a) Generalmente hago lo que me dicen
- b) Muchas veces no hago lo que me dicen
- c) Nunca hago lo que me dicen

27.

- a) Me llevo bien con la gente
- b) Me peleo muchas veces
- c) Me peleo siempre



ANEXO N°4

CONSENTIMIENTO INFORMADO A LOS PADRES DE FAMILIA

Yo _____ padre/madre del
estudiante _____ del _____ grado de primaria de la
Institución Educativa Particular "CAMINO AL SABER" habiendo recibido con lenguaje
claro y sencillo la explicación del proyecto de investigación " **SINTOMATOLOGIA DE
DEPRESION INFANTIL EN LOS ESTUDIANTES DE 4TO, 5TO Y 6TO DE
PRIMARIA DE LA I.E.P CAMINO AL SABER, AREQUIPA 2023**" Y que dicha
investigación publicara los resultados guardando reservas de identidad, acepto que mi menor
hijo/hija participe para lo cual suscribo el presente documento.

FECHA: _____

FIRMA: _____

DNI: _____



ANEXO N°5

CONSTANCIA DE APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO

**“AÑO DEL BICENTENARIO DE LA CONSOLIDACIÓN DE NUESTRA
INDEPENDENCIA Y DE LA CONMEMORACIÓN DE LAS HEROICAS
BATALLAS DE JUNÍN Y AYACUCHO”**

La que suscribe directora de la Institución Educativa Particular “Camino al Saber” del Distrito de Mariano Melgar de Arequipa cuya jurisdicción corresponde a la Ugel Arequipa Sur hace constar que la srta:

DAYANA MILAGROS MIRANDA QUIROZ

Identificada con DNI 73796372, egresada de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Católica de Santa María realizó el proyecto de tesis: “Síntomatología de Depresión Infantil en los estudiantes del 4°, 5° y 6° de Primaria de la I.E.P. “Camino al Saber, Arequipa 2023” que comprendió en la aplicación de encuestas, exposición así como charlas dirigidas a los alumnos de la Institución que me honro en dirigir.

Se expide la presente Constancia para los fines que el interesado vea por conveniente.

Arequipa 8 de Enero 2024

I.E.P. Camino al Saber E.I.R.L.
Martha Baca Rodríguez
DIRECTORA

ANEXO N°6

UCSM-ERP

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
ENFERMERIA
TITULACIÓN CON TESIS
DICTAMEN APROBACIÓN DE PROYECTO / PLAN

Arequipa, 23 de Octubre del 2023

Dictamen: 010178-A-FENFER-2023

Visto el proyecto / plan del expediente 010178, presentado por:

2015245642 - MIRANDA QUIROZ DAYANA MILAGROS

Titulado:

**SINTOMATOLOGIA DE DEPRESION INFANTIL EN LOS ESTUDIANTES DE 4TO, 5TO Y 6TO DE
PRIMARIA DE LA I.E.P CAMINO AL SABER, AREQUIPA 2023.**

Nuestro dictamen es:

APROBADO

29229000 - CHOCANO ROSAS DE VIZCARRA TERESA JESUS
DICTAMINADOR



29266526 - ESCUDERO DE SIMBORTH BERTA GLADYS
DICTAMINADOR



ANEXO N°7

UCSM-ERP

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

DECLARACIÓN DE COMPROMISO DE ASESORÍA DE TESIS, TRABAJO DE INVESTIGACIÓN, TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL O TRABAJO ACADÉMICO

Arequipa, 10 de Abril del 2024

Mediante el presente documento doy conformidad y soy responsable de la asesoría de tesis y/o trabajo de investigación y/o trabajo académico cumpliendo las normas vigentes establecidas por la Universidad Católica de Santa María Título:

SINTOMATOLOGIA DE DEPRESION INFANTIL EN LOS ESTUDIANTES DE 4TO, 5 TO Y 6TO DE PRIMARIA DE LA I.E.P CAMINO AL SABER, AREQUIPA 2023.

Autor(es):

MIRANDA QUIROZ DAYANA MILAGROS

Escuela Profesional, Segunda Especialidad, Maestría o Doctorado

ENFERMERIA

Datos del Asesor:

29532783 - SALAZAR AGUILAR ADELINA VICTORIA



ANEXO N°8

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA

ENFERMERIA

TITULACIÓN CON TESIS

DICTAMEN DE ASESORIA

Arequipa, 10 de Abril del

2024 Dictamen: 010178-B-FENFER-2024

Visto el borrador de tesis del expediente 010178, presentado por:

2015245642 - MIRANDA QUIROZ DAYANA MILAGROS

Titulado:

SINTOMATOLOGIA DE DEPRESION INFANTIL EN LOS ESTUDIANTES DE 4TO, 5TO Y 6TO DE PRIMARIA DE LA I.E.P CAMINO AL SABER, AREQUIPA 2023.

El dictamen es:

APROBADO

29532783 - SALAZAR AGUILAR ADELINA VICTORIA

DICTAMINADOR ORCID:

