

Universidad Católica de Santa María

Facultad de Enfermería

Escuela Profesional de Enfermería



SINTOMATOLOGÍA DE DEPRESIÓN INFANTIL EN NIÑOS DE 6 A 11 AÑOS DE LA I.E. MARIAM ROSSE CERRO JULI – JOSÉ LUIS BUSTAMANTE Y RIVERO - AREQUIPA, 2018

Tesis presentada por las Bachilleres:

**Gonzales Paredes, Gianella María
Valdivia Curse, Brigitte**

Para obtener el Título Profesional de:

Licenciada en Enfermería

Asesor: Mgter. Salazar Aguilar,
Adelina

**AREQUIPA - PERU
2018**

DICTAMEN DE BORRADOR DE TESIS

A : Dra. Sonia Núñez Chávez
Decana de la Facultad de Enfermería

DE : Jurado Dictaminador
Dra. Teresa Chocano Rosas
Mgter. Rosemary Zapana Begazo
Mgter. Gladys Escudero de Simborth

ASUNTO : SINTOMATOLOGÍA DE DEPRESIÓN INFANTIL EN NIÑOS DE 6 A
11 AÑOS DE LA I.E. MARIAM ROSSE CERRO JULI – JOSÉ LUIS
BUSTAMANTE Y RIVERO - AREQUIPA, 2018

AUTORAS : GONZALES PAREDES GIANELLA
VALDIVIA CURSE BRIGITTE

FECHA : 09 de mayo del 2018.

Previo atento saludo, me dirijo a usted para informarle que el Jurado Dictaminador luego de haber revisado el Borrador de Tesis presentado por las interesadas y habiendo subsanado las observaciones indicadas, dicho documento cuenta con el **DICTAMEN FAVORABLE**, pudiendo pasar a la fase de sustentación.

Salvo mejor parecer,

Atentamente,


Dra. Teresa Chocano Rosas
Jurado Dictaminador


Mgter. Rosemary Zapana Begazo
Jurado Dictaminador


Mgter. Gladys Escudero de Simborth
Jurado Dictaminador

DICTAMEN DE BORRADOR DE TESIS

A : Dra. Sonia Nuñez Chávez
Decana de la Facultad de Enfermería
Jurado dictaminador

DE : Dra. Teresa Chocano Rosas
Mgtr. Rosemary Zapana Begazo
Mgtr. Gladys Escudero de Simborth

ASUNTO : Pre-Dictamen del Borrador de Tesis.
SINTOMATOLOGÍA DE DEPRESIÓN INFANTIL EN NIÑOS DE 6 A 11 AÑOS DE LA I.E. MARIAN ROSSE CERRO JULI – JOSÉ LUIS BUSTAMANTE Y RIVERO – AREQUIPA, 2018.
Bachilleres: GONZALES PAREDES, GIANELLA MARIA
VALDIVIA CURSE, BRIGITTE

FECHA : 25 de abril del 2018

Reunido el jurado dictaminador, revisado el borrador de tesis se realizaron las siguientes observaciones:

Introducción : Reformular texto, mejorar redacción, considerar estadísticas y fuente bibliográfica.

Resumen : Precisar contenido de acuerdo a resultados; centrar el título.

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. Variables: Completar de acuerdo al enunciado, los indicadores, subindicadores y detallar escala de medición.
2. Interrogantes: Considerar solo la primera y la segunda.
3. Objetivos: Coherente con los interrogantes.
4. Justificación: Reformular y mejorar la redacción, considerando originalidad, relevancia científica, práctica, factibilidad especificando el aporte académico de la investigación.
5. Marco teórico: Reformular todo el marco teórico centrado en el problema de la investigación, como variable, indicadores y subindicadores; en la reacción los conceptos deben ser integrados.
6. Antecedentes: Mejorar de acuerdo a forma de presentación.
7. Hipótesis: Por ser estudio descriptivo no corresponde hipótesis.

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. Instrumento: Precisar autor de la validación de la cedula de entrevista.
2. Ubicación Temporal: Actualizar.
3. Muestra: Revisar proceso de aplicación de la formula.
4. Cronograma: Actualizar.

RESULTADOS

1. Eliminar cuadro 9.19 y 14.
2. Gráficos: Considerar título y fuente; no considerar interpretaciones.
3. Tablas: Considerar y mejorar interpretaciones.
4. Conclusiones: Reformular de acuerdo a objetivos y resultados.
5. Bibliografía: Debe formularse de acuerdo a normas de vancouver.

En todo el estudio no utilizar abreviaturas.

Subsanadas las observaciones volver a presentar el borrador de tesis al jurado dictaminador.



Dra. Teresa Chocano Rosas
Jurado Dictaminador
Presidenta



Mg. Rosemary Zapana Begazo
Jurado Dictaminador
Secretaria



Mg. Gladys Escudero de Simborth
Jurado Dictaminador
Vocal

DICTAMEN DE PROYECTO DE TESIS

A : Dra. Sonia Núñez Chávez
Decana de la Facultad de Enfermería

DE : Jurado Dictaminador
Dra. Teresa Chocano Rosas
Mgter. Rosemary Zapana Begazo

ASUNTO : SINTOMATOLOGÍA DE DEPRESIÓN INFANTIL EN NIÑOS DE 6 A
11 AÑOS DE LA I.E. MARIAM ROSSE CERRO JULI – J.L.B. Y R.
AREQUIPA, 2018

AUTORAS : GONZALES PAREDES GIANELLA
VALDIVIA CURSE BRIGITTE

FECHA : 18 de diciembre del 2017.

Previo atento saludo, me dirijo a usted para informarle que el Jurado Dictaminador luego de haber revisado el Proyecto de Tesis presentado por las interesadas y habiendo subsanado las observaciones indicadas, dicho documento cuenta con el **DICTAMEN FAVORABLE**, pudiendo pasar a la fase de ejecución.

Salvo mejor parecer.

Atentamente.



Dra. Teresa Chocano Rosas
Jurado Dictaminador

Mgter. Rosemary Zapana Begazo
Jurado Dictaminador

PRE-DICTAMEN DE PROYECTO DE TESIS

A : Dra. Sonia Nuñez Chávez
Decana de la Facultad de Enfermería

DE : Jurado dictaminador
Dra. Teresa Chocano Rosas
Mgtr. Rosemary Zapana Begazo

ASUNTO : Pre-Dictamen del Proyecto de Tesis.
SINTOMATOLOGÍA DE DEPRESIÓN INFANTIL EN NIÑOS DE 7 A 12 AÑOS DE LA I.E. MARIAN ROSSE CERRO JULI – JOSÉ LUIS BUSTAMANTE Y RIVERO – AREQUIPA, 2018.
Bachilleres: GONZALES PAREDES, GIANELLA MARIA
VALDIVIA CURSE, BRIGITTE

FECHA : 25 de abril del 2018

1. **Caratula:** Corregir y cambiar el escudo por el de UCSM.
2. **Enunciado:** Se sugiere modificar el grupo de edad de 7 a 12 años por 6 a 11 años, que corresponde a la etapa de vida del niño.
3. **Índice:** Incluir, enumerar a nivel de todo el trabajo.

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. Descripción del problema: Arreglar.
2. Variables: Depresión: Ordenar y especificar y arreglar a nivel de cuadro, enfocar mejor su variable: está hablando de nivel o de síntomas.
3. Justificación: Ampliar, ordenar y colocar relevancia científica.
4. Marco Conceptual: Agregar el rol de enfermería.
5. Antecedentes Investigativos: Debe agrupar en internacional, nacional y local: teniendo en cuenta Autor (APELLIDOS, Nombres), (Año), Lugar, Título, Conclusiones (todo seguido), eliminar fuente.
6. Hipótesis: Anular, por ser un estudio de nivel descriptivo

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. Instrumentos: Corregir.
2. Unidades de estudio: Cambiar términos.
3. Estrategia de recolección de datos: Ampliar, ordenar, colocando horario, análisis e interpretación.
4. Bibliografía: Ampliar muy pobre; respetar las normas de Vancouver

Las interesadas deberán presentar nuevamente el proyecto de tesis con las correcciones indicadas (ambos ejemplares).

Atentamente,


Dra. Teresa Chocano Rosas
Jurado Dictaminador


Mg. Rosemary Zapana Begazo
Jurado Dictaminador

PRESENTACIÓN

SEÑORA DECANA DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA.

S.D

De conformidad con lo establecido en la Facultad de Enfermería que Ud. Dignamente dirige presentamos a su consideración y a las señoras miembros del jurado el presente trabajo de investigación: **SINTOMATOLOGIA DE DEPRESIÓN INFANTIL EN NIÑOS DE 6 A 11 AÑOS DE LA I.E. MARIAM ROSSE CERRO JULI – JOSÉ LUIS BUSTAMANTE Y RIVERO AREQUIPA, 2018.**

Requisito indispensable para optar el Título Profesional de Licenciada en enfermería.

Esperamos que el presente estudio sea de conformidad y que cumpla con los requisitos académicos y técnicos correspondientes.

Arequipa, Mayo del 2018

Gonzales Paredes, Gianella María

Valdivia Curse, Brigitte

Nuestro agradecimiento especial a Dios por estar con nosotras guiándonos y acompañándonos a lo largo de nuestra formación universitaria, por ser nuestra roca en momentos de debilidad, por darnos una vida llena de amor, valores, aprendizajes, experiencias y sobre todo felicidad.

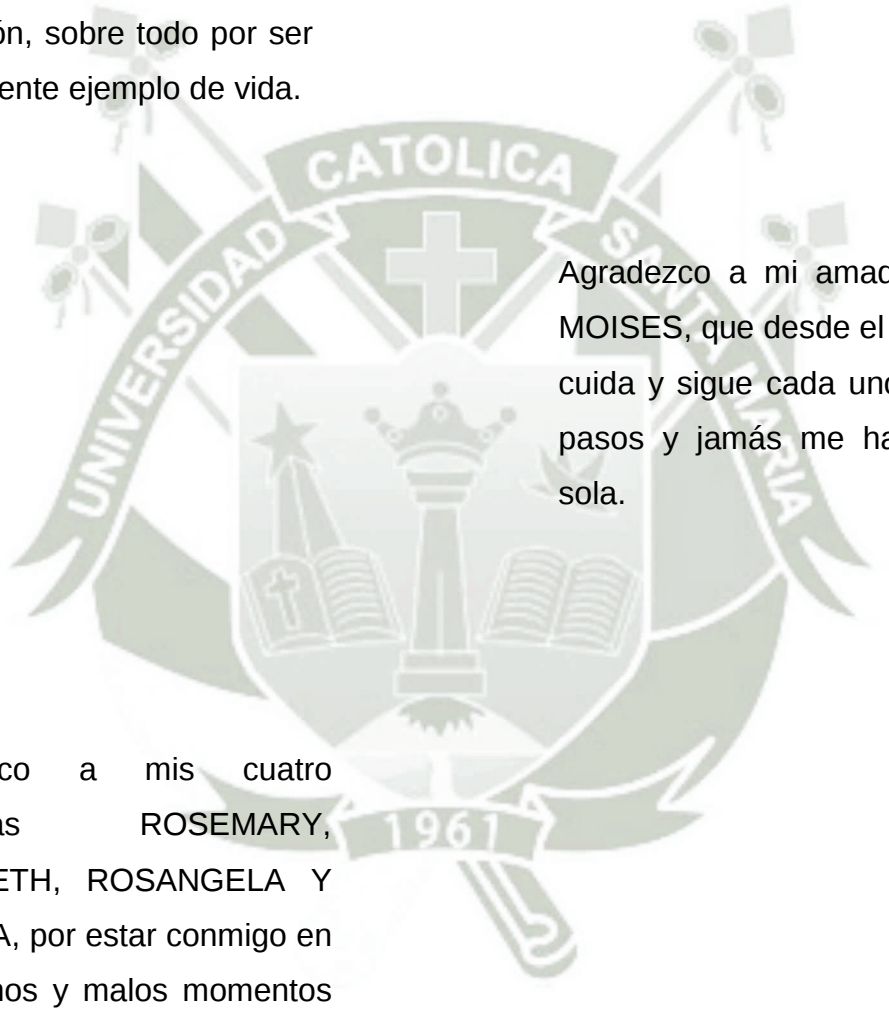


Agradecemos también a la Universidad Católica de Santa María por los conocimientos impartidos, por habernos permitido tener su prestigio y excelencia formativa desde el inicio de esta aventura.

Agradecemos a nuestra amada Facultad de Enfermería por habernos enriquecido de conocimientos y valores de calidad educativa, por todas las oportunidades brindadas y guiarnos a la excelencia a lo largo de toda nuestra formación

profesional.

Mi agradecimiento especial para mi amada y amorosa madre MAGGIE por apoyarme en todo momento, por sus valores que me ha inculcado, por brindarme la oportunidad de tener una excelente educación, sobre todo por ser un excelente ejemplo de vida.



Agradezco a mi amado padre MOISES, que desde el cielo me cuida y sigue cada uno de mis pasos y jamás me ha dejado sola.

Agradezco a mis cuatro hermanas ROSEMARY, ELIZABETH, ROSANGELA Y YAJAIRA, por estar conmigo en los buenos y malos momentos de este recorrido, por apoyarme incondicionalmente, por ser las mejores hermanas, por todos sus grandes consejos y sacrificios.

**GONZALES PAREDES,
GIANELLA MARIA**

Un agradecimiento especial para mis padres Raúl Valdivia y Sara Curse por haberme guiado por el camino correcto y haberme ayudado en mis cinco años de formación universitaria



Agradezco a Dios y a mi Facultad por haberme inculcado ese gran amor hacia las personas que más lo necesitan en esta vida.

VALDIVIA CURSE, BRIGITTE.

INTRODUCCIÓN

La presente investigación se refiere a la Depresión Infantil como síndrome, en la antigüedad solo se llegaba a diagnosticar en personas adultas o ancianas, pero en nuestra era la depresión también se presenta en niños. En la depresión infantil se pueden dar cambios importantes y es por ello que debe ser considerado como un problema en común en la unidad básica de la sociedad.

La Depresión Infantil está dividida en dos dimensiones: Autoestima Negativa y Disforia que son relevantes para el óptimo diagnóstico de Depresión Infantil. La misma que se declaró en el año 1971, en la celebración del IV Congreso de la Unión Europea de Paidopsiquiatría. Desde ese momento hasta la actualidad los altos índices de estudios epidemiológicos que se han encontrado, no sólo avalan su existencia, sino que hacen que sea de un interés común.

Según el MINSA¹ El niño deprimido puede simular estar enfermo, rehusar ir a la escuela, no querer separarse de los padres o tener miedo a que uno de los padres se muera. El niño más grande, puede ponerse de mal humor, tener problemas constantes en el colegio, comportarse de manera indisciplinada o agitada, estar frecuentemente malhumorado y sentirse incomprendido. Como el niño se encuentra en un período de crecimiento y desarrollo, es a veces difícil establecer si un niño simplemente está creciendo y adaptándose a los nuevos cambios y dilemas producto de la edad, o si está sufriendo un episodio depresivo.

La depresión infantil es de interés profesional debido a que siendo esta diagnosticada adecuadamente y a tiempo reducirá los niveles de los estudios epidemiológicos que se han realizado recientemente.

¹La depresión en la Niñez. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/PROMOCION/820_MS-PROM14.pdf

RESUMEN

SINTOMATOLOGIA DE DEPRESIÓN INFANTIL EN NIÑOS DE 6 A 11 AÑOS DE LA I.E. MARIAM ROSSE CERRO JULI – JOSÉ LUIS BUSTAMANTE Y RIVERO - AREQUIPA, 2018.

Gonzales Paredes, Gianella María

Valdivia Curse, Brigitte

La presente investigación tuvo como objetivos: Determinarla la sintomatología de Depresión Infantil de 6 a 11 años en la I.E. Mariam Rosse Cerro Juli – José Luis Bustamante y Rivero - Arequipa, 2018. Identificar cuál de las dimensiones de depresión Infantil es de mayor prevalencia. Relacionar edad, género, convivencia familiar y grado de escolaridad con disforia, con autoestima negativa y con la depresión Infantil. La presente investigación es de campo, de nivel descriptivo y de corte transversal, es univariable con respectivos indicadores y subindicadores. La técnica usada de nuestro instrumento (Cuestionario de depresión infantil) fue CHI-cuadrado, que fueron seleccionadas con criterios de inclusión y exclusión existiendo relevancia significativa en la investigación, obteniendo como conclusiones que nuestro estudio muestra que los estudiantes de 6-11 años de edad tienen como principales características: género femenino, entre la edad de 8-9 años, convivencia familiar de ambos padres y el grado de escolaridad fue del sexto grado, la sintomatología de Depresión Infantil encontrada es relevante debido a que presenta un 24.5% de disforia y un 43.4% de autoestima negativo, se puede evidenciar la relación entre los datos demográficos y la sintomatología de depresión Infantil que existe relación significativa entre disforia y edad, convivencia familiar, grado de escolaridad. Y también existe relación significativa entre autoestima negativa y edad, convivencia familiar, grado de instrucción. Existiendo también relación significativa entre la Depresión y edad, convivencia familiar.

Palabras claves: Sintomatología de depresión infantil – disforia y autoestima negativa - niños de 6 a 11 años.

ABSTRACT

SYMPTOMATOLOGY OF CHILD DEPRESSION IN CHILDREN FROM 6 TO 11 YEARS OF THE I.E. MARIAM ROSSE CERRO JULI - JOSÉ LUIS BUSTAMANTE AND RIVERO - AREQUIPA, 2018

Gonzales Paredes, Gianella María²

Valdivia Curse, Brigitte³

The present investigation had like objectives: To determine the symptomatology of Infantile Depression of 6 to 11 years in the I.E. Mariam Rosse Cerro Juli - Jose Luis Bustamante y Rivero - Arequipa, 2018. Identify the dimension of depression in minors prevalence. Relate age, gender, family coexistence and level of schooling with dysphoria, with negative self-esteem and with childhood depression. The present investigation is of field type, of descriptive level and of transversal cross section, it is univariable with indicators and subindicators. The depression technique was the result of CHI-square, which was selected with inclusion and exclusion criteria that meant relevance in the investigation, obtaining as a result that students from 6 to 11 years of age have as main characteristics: female gender, between the age of 8 to 9 years, family cohabitation of both parents and level of schooling, sixth grade degree, the symptomatology of childhood depression found relevant for presenting 24.5% of dysphoria and 43.4% of negative self-esteem , the relationship between the demographic data and the symptomatology of depression that has a significant relationship between dysphoria and age, family cohabitation, degree of schooling can be evidenced. There is also a significant relationship between negative self-esteem and age, family coexistence, degree of instruction. There is also a significant relationship between depression and age, family coexistence.

Key words: Symptomatology of childhood depression - dysphoria and negative self-esteem - children from 6 to 11 years old.

² Bachiller en enfermería. Tesis para optar el título Profesional de Licenciada en la Universidad Católica de Santa María. Urb. La Colonial B-23 Guardia Civil. Paucarpata. Cel: 986119367, Correo Electrónico: gianellagonzales96@gmail.com

³ Bachiller en enfermería. Tesis para optar el título Profesional de Licenciada en la Universidad Católica de Santa María. Calle Chullo 113 casa 4 Yanahuara. Cel:986282619, Correo Electrónico: bri.15975@gmail.com

INDICE

INTRODUCCIÓN	
RESUMEN	
ABSTRACT	
I. PLANTEAMIENTO TEÓRICO	1
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	1
1.1. ENUNCIADO DEL PROBLEMA	1
1.2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	1
1.2.1. UBICACIÓN DEL PROBLEMA	1
1.2.2. ANÁLISIS U OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	2
1.2.3. INTERROGANTES DE INVESTIGACIÓN	4
1.2.4. TIPO Y NIVEL	4
1.3. JUSTIFICACIÓN	4
2. OBJETIVOS	6
3. MARCO TEÓRICO	6
4. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS	25
II. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL	27
1. TÉCNICA, INSTRUMENTO, MATERIALES DE VERIFICACIÓN	27
1.1. TÉCNICA	27
1.2. INSTRUMENTO	27
1.3. MATERIALES DE VERIFICACIÓN	28
2. CAMPO DE VERIFICACIÓN	33
2.1. UBICACIÓN ESPACIAL	33
2.2. UBICACIÓN TEMPORAL	33
2.3. UNIDADES DE ESTUDIO	33
2.3.1. UNIVERSO O POBLACIÓN	33
2.3.2. MUESTRA	33
2.3.2.1. CRITERIO DE INCLUSIÓN	34
2.3.2.2. CRITERIO DE EXCLUSIÓN	34
3. ESTRATEGIAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	35
III. RESULTADOS	37
CONCLUSIONES	622
RECOMENDACIONES	633
BIBLIOGRAFÍA WEB	644
BIBLIOGRAFÍA	655
ANEXOS	699

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N°1	40
CARACTERISTICAS DEMOGRÁFICAS EN NIÑOS DE 6 A 11 AÑOS EN LA I.E. MARIAM ROSSE CERRO JULY – JOSE LUIS BUSTAMANETE Y RIVERO - AREQUIPA, 2018.	
TABLA N°2	43
SINTOMATOLOGIA DE DEPRESION INFANTIL EN NIÑOS DE 6 A 11 AÑOS EN LA I.E. MARIAM ROSSE CERRO JULY – JOSE LUIS BUSTAMANETE Y RIVERO - AREQUIPA, 2018.	
TABLA N°3	44
SINTOMATOLOGIA DE DISFORIA Y AUTOESTIMA NEGATIVO INFANTIL EN NIÑOS DE 6 A 11 AÑOS EN LA I.E. MARIAM ROSSE CERRO JULY – JOSE LUIS BUSTAMANETE Y RIVERO - AREQUIPA, 2018.	
TABLA N°4	46
RELACIÓN ENTRE LA EDAD Y LA DISFORIA EN NIÑOS DE 6 A 11 AÑOS EN LA I.E. MARIAM ROSSE CERRO JULY – JOSE LUIS BUSTAMANETE Y RIVERO - AREQUIPA, 2018.	
TABLA N°5	48
RELACIÓN ENTRE GÉNERO Y DISFORIA EN NIÑOS DE 6 A 11 AÑOS EN LA I.E. MARIAM ROSSE CERRO JULY – JOSE LUIS BUSTAMANETE Y RIVERO - AREQUIPA, 2018.	
TABLA N°6	50
RELACIÓN ENTRE CONVIVENCIA FAMILIAR Y DISFORIA EN NIÑOS DE 6 A 11 AÑOS EN LA I.E. MARIAM ROSSE CERRO JULY – JOSE LUIS BUSTAMANETE Y RIVERO - AREQUIPA, 2018.	
TABLA N°7	52
RELACIÓN ENTRE EL GRADO DE ESCOLARIDAD Y LA DISFORIA EN NIÑOS DE 6 A 11 AÑOS EN LA I.E. MARIAM ROSSE CERRO JULY – JOSE LUIS BUSTAMANETE Y RIVERO - AREQUIPA, 2018.	
TABLA N°8	54
RELACIÓN ENTRE EDAD Y AUTOESTIMA NEGATIVA EN NIÑOS DE 6 A 11 AÑOS EN LA I.E. MARIAM ROSSE CERRO JULY – JOSE LUIS BUSTAMANETE Y RIVERO - AREQUIPA, 2018.	

TABLA N°9.....	56
RELACIÓN ENTRE GÉNERO Y AUTOESTIMA NEGATIVA EN NIÑOS DE 6 A 11 AÑOS EN LA I.E. MARIAM ROSSE CERRO JULY – JOSE LUIS BUSTAMANETE Y RIVERO - AREQUIPA, 2018.	

TABLA N°10.....	58
RELACIÓN ENTRE EDAD Y DEPRESIÓN EN NIÑOS DE 6 A 11 AÑOS EN LA I.E. MARIAM ROSSE CERRO JULY – JOSE LUIS BUSTAMANETE Y RIVERO - AREQUIPA, 2018.	

TABLA N°11.....	60
RELACIÓN ENTRE GÉNERO Y DEPRESIÓN EN NIÑOS DE 6 A 11 AÑOS EN LA I.E. MARIAM ROSSE CERRO JULY – JOSE LUIS BUSTAMANETE Y RIVERO - AREQUIPA, 2018.	

TABLA N°12.....	62
RELACIÓN ENTRE CONVIVENCIA FAMILIAR Y DEPRESIÓN EN NIÑOS DE 6 A 11 AÑOS EN LA I.E. MARIAM ROSSE CERRO JULY – JOSE LUIS BUSTAMANETE Y RIVERO - AREQUIPA, 2018.	



I. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. ENUNCIADO DEL PROBLEMA

SINTOMATOLOGIA DE DEPRESIÓN INFANTIL EN NIÑOS DE 6 A 11 AÑOS DE LA I.E. MARIAM ROSSE CERRO JULI – JOSÉ LUIS BUSTAMANTE Y RIVERO - AREQUIPA, 2018.

1.2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. UBICACIÓN DEL PROBLEMA

- a. Campo: Ciencias de la Salud
- b. Área: Salud mental y Psiquiatría
- c. Línea: Depresión Infantil

1.2.2. ANÁLISIS U OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

El estudio es univariable: Dimensiones de Depresión Infantil

VARIABLE	INDICADORES	SUBINDICADORES
Datos Sociodemográficos.	1. Edad	1.1. 6 – 9 años de edad. 1.2. 9 – 11 años de edad.
	2. Género	2.1. Femenino. 2.2. Masculino.
	3. Grado de estudios primarios	3.1. Segundo grado. 3.2. Tercer grado. 3.3. Cuarto grado. 3.4. Quinto grado. 3.5. Sexto grado.
	4. Convivencia familiar	4.1. Solo Mamá. 4.2. Solo Papá. 4.3. Ambos (padres) 4.4. Tutor legal.

Sintomatología de Depresión Infantil.	1. Dimensión de Depresión Infantil: Autoestima Negativo	1.1. Incapacidad. 1.2. Fealdad. 1.3. Culpabilidad.
	2. Dimensión de Depresión Infantil: Disforia	2.1. Tristeza 2.2. Soledad 2.3. Desdicha 2.4. Pesimismo

1.2.3. INTERROGANTES DE INVESTIGACIÓN

A. ¿Cómo es la sintomatología de depresión infantil en niños de 6 a 11 años de la I.E. Mariam Rosse Cerro Juli – José Luis Bustamante y Rivero – Arequipa, 2018?

B. ¿Cuál de las dimensiones de la Depresión Infantil es la de mayor prevalencia en la I.E. Mariam Rosse Cerro Juli – José Luis Bustamante y Rivero Arequipa, 2018?

1.2.4. TIPO Y NIVEL

Tipo: De Campo

Nivel: Descriptivo de corte transversal

1.3. JUSTIFICACIÓN

Este estudio se enfoca en una relevancia social contemporánea, relevancia científica y presenta implicaciones practicas debido a que, el uso de esta información ayudara a el conocimiento de la sintomatología de la depresión infantil; en la actualidad para los adultos el ser niño es sinónimo de ser feliz, no importa las condiciones de vivienda, amor, comida si eres niño por naturaleza

eres feliz, recientemente ha salido a la luz estudios donde se demuestra la carga que los niños pueden tener.

Los padres se desentienden de sus hijos cuando están en la etapa del colegio, dejando la responsabilidad de su crianza a el mismo, lo que los padres no tienen en cuenta es que en estas instituciones está la guerra del poder, del mejor y del más grande, puede ser tanto superficial o llegar a presentar síntomas de depresión infantil por los abusos que tienen en las instituciones ya sean privadas o públicas, o el abandono de sus padres cuando están en el hogar; el poco amor, el poco afecto, los pocos espacios recreativos donde se les permita ser niños; hacen que casos de depresión infantil sean de mayor prevalencia día a día llevando a agravar las consecuencias por no ser identificadas a tiempo.

Es por ello que fuimos motivadas a la realización del presente estudio, ya que dará a conocer la sintomatología de depresión infantil a tiempo; en las dimensiones de depresión Infantil: Disforia o Autoestima Negativa; para llegar a descender la prevalencia de las consecuencias que se pueden presentar en dicha patología.

2. OBJETIVOS

2.1. Determinar la sintomatología de Depresión Infantil de 6 a 11 años en la I.E. Mariam Rosse Cerro Juli – José Luis Bustamante y Rivero Arequipa, 2018

2.2. Identificar cuál de las dimensiones de depresión Infantil es de mayor prevalencia en los niños de 6 a 11 años en la I.E. Mariam Rosse Cerro Juli – José Luis Bustamante y Rivero Arequipa, 2018

3. MARCO TEÓRICO

3.1. TERCERA ETAPA DEL DESARROLLO HUMANO: LA NIÑEZ

3.1.1. DEFINICIÓN DE LA NIÑEZ.

Dentro del desarrollo infantil se incluye una serie de etapas ya conocidas y engloba al periodo de la niñez, dentro de este periodo tenemos a su vez a la niñez temprana y la niñez intermedia. La niñez temprana está comprendida entre los 3 a 5 años es el periodo preescolar, los niños tienen un rápido crecimiento tanto físico, cognitivo y lingüístico, en este periodo muestran un interés en jugar con otros niños, desarrollan su identidad y la relación entre padres e

hijos, en este periodo es esencial para la sociabilización. La niñez intermedia comprende los rangos de edades de 6 a 11 años, son los años de escuela primaria, aquí los niños aprenden a leer a escribir y habilidades de la aritmética, aprenden a pensar de manera lógica y la utilizan para comprender mejor el mundo.

Aumentan su desarrollo psicosocial y emocional y dependiendo de la calidad de relaciones familiares tendrán un mejor desarrollo social y emocional. (⁴)

3.1.1.1. Características de la niñez.

El desarrollo en la niñez y sus características es el resultado de tres fuerzas: el programa genético, la acción de los factores ambientales y la interacción entre los dos. Un ejemplo simple de la influencia de la genética en el crecimiento físico es que los padres altos tienden a tener hijos altos y los padres de corta estatura tienden a tener hijos pequeños. (⁵)

3.1.1.2. Desarrollo Psico-afectivo de la niñez.

Es una etapa en el que se enfoca sobre el fenómeno biológico que continúa influyendo en el desarrollo del niño para construir el vínculo entre el niño y sus cuidadores.

En cada momento de este desarrollo hay momentos críticos para la formación de nuevas estructuras en el niño o reforzar las ya

⁴ Iglesia Católica. Papa (1963-1978 : Pablo VI), Pablo VI P. PSICOLOGÍA EVOLUTIVA DEL NIÑO (6 - 12 AÑOS). Ediciones Paulinas; 1960.

⁵ Berger KS, Klajn DS, Latrónico A. Psicología del desarrollo : infancia y adolescencia. Editorial Medica Panamericana; 2007

existentes, y que en el caso de que no son resueltos estos momentos críticos podrían organizar una conducta patológica, a lo que Anna Freud llamo conflictos del desarrollo, y a los factores externos que interfieren con el desarrollo de esta patología las llama precisamente interferencias del desarrollo. (⁶)

3.1.1.3. Desarrollo Cognitiva de la niñez.

Es desarrollo cognitivo tiene mucho que ver con el desarrollo precisamente de las destrezas y el entorno cultural del niño que necesariamente van a llegar a un punto intelectual, esto se puede entender como una brecha que hay entre el desarrollo real del niño y su potencial desarrollo, lo primero es todo aquello que el niño por si solo puede hacer, y lo segundo es todo aquello que puede lograr en la vida. Este desarrollo como ya aviamos dicho depende de los instrumentos cultural que el contexto le otorga, y que el niño internaliza y aplica en su vida. Además, se tienen suficientes teorías sobre el desarrollo cognitivo que también depende de esta interacción social como un pilar importante. (^{7,8})

3.1.2. EMOCIONES EN LA NIÑEZ

3.1.2.1. Alegría en la niñez.

⁶ Ortega Salazar S, Roa Varelo A, Tamez Guerra R. Educación y desarrollo psicoafectivo : una propuesta de prevención y promoción de la salud psicosocial en la infancia. Ediciones Uninorte; 2006

⁷ Rodríguez González R, Fernández Orviz M. Desarrollo cognitivo y aprendizaje temprano. Universidad de Oviedo, Servicio de Publicaciones; 1997

⁸ Ángel J, Noriega V, Karina D, Nebuay M, Noriega CV. Relación del desarrollo cognitivo con el clima familiar y el estrés de la crianza. 2005;10(2):161–8

La alegría es una emoción positiva en el niño, estas emociones predisponen siempre a la acción ya sean positivas o negativas, cuando un niño presenta emociones positivas como la alegría, la expectativa en el resultado y la eficacia del infante serán satisfactoria. La variedad de resultados emocionales ante el mismo estímulo puede influir como ya dijimos en el resultado esperado. La alegría trae beneficios en el cuerpo del niño y por lo tanto en todo su desarrollo, la liberación de tantas endorfinas y demás beneficios crean un aura de felicidad y salud, que en alguna forma le ayudan a afrontar problemas y no presentar emociones negativas ante un mismo estímulo en su desarrollo. (^{9,10})

3.1.2.2. Tristeza en la niñez.

La tristeza es una emoción negativa, es un sentimiento de dolor en el ánimo que se extrapola en el lenguaje corporal como un estado pesimista o con tendencia al llanto, en los niños trae consecuencias en su desarrollo, sin embargo, su presencia como emoción es necesaria según algunas teorías, se tiene que tener en cuenta que la tristeza es y seguirá siendo parte del proceso natural del niño que le ayude como mecanismo de defensa o a adaptarse a nuevas situaciones. (¹¹)

3.1.2.3. Miedo en la niñez.

⁹ Perpiñán Guerras S. La salud emocional en la infancia : componentes y estrategias de actuación en la escuela. 150 p.

¹⁰ Sílvia Palou Vicens. Sentir y crecer. El crecimiento emocional en la infancia: Propuestas educativas - Sílvia Palou Vicens - Google Books

¹¹ Craig GJ, Baucum D. Desarrollo psicológico. Pearson Educación de México; 2001. 696 p

El miedo es otra emoción negativa que trae una sensación de peligro, de acuerdo a las etapas de la vida el niño llega a presentar miedo a diferentes cosas, como por ejemplo en la niñez temprana el niño presenta el miedo a la separación de los padres que se intensifica a los 2 años de edad y también aparece a compañeros extraños, entre los 2 a los 6 años crece otra clase de miedo como el miedo a los seres imaginarios, ya sean fantasmas o monstruos, y también el miedo a los animales salvajes. El miedo es parte también del desarrollo del niño, que lo ayuda en muchas situaciones, es un mecanismo de defensa de los seres humanos que nos ayuda a evitar peligros indeseados, pero en exceso es algo patológico, a ello se le denomina terror. (¹²)

3.1.2.4. Ira en la niñez.

La ira es otra emoción que forma parte del desarrollo del niño suele expresarse como un resentimiento o de irritabilidad. Esta emoción también ayuda al niño a enfrentar diferentes situaciones, y propiamente dicho enfrentarse a estas situaciones a veces peligrosas, pero existen tipos de ira, una ira pasiva y una ira agresiva, la ira pasiva para el simple hecho de evitar a las personas, o quedarse al margen de la situación, o evitar conflictos. Por otra parte la ira agresiva puede ser peligrosa en la niñez ya que trae consecuencias como el bullying o llegar al vandalismo o amenazas(¹³)

3.1.3. PERFIL DEL NIÑO EN EDAD ESCOLAR

¹² Valiente RM, Sandín B, Chorot P. Miedos en la infancia y la adolescencia.. UNED - Universidad Nacional de Educación a Distancia; 2000. 236 p.

¹³ Rice FP, Ortiz SME. Desarrollo humano : estudio del ciclo vital. Prentice-Hall Hispanoamericana; 1997

El niño en edad escolar tiene que tener un adecuado desarrollo en todos los ámbitos, un desarrollo cognitivo que le permita desenvolverse e interactuar con todos los temas dados en el colegio, quiere decir tener un desarrollo intelectual exitoso, el desarrollo social y emocional debe ser dado por la familia, por su contexto social. La relación madre-hijo es fundamental para el desarrollo de las emociones de los niños y su regulación. La dinámica de la emoción madre-hijo, el flujo y reflujo de las emociones a lo largo del tiempo sientan las bases de lo que luego se convierte en diferencias individuales en la capacidad de regular las emociones en la infancia. La salud mental es la base fundamental para alcanzar todas las otras habilidades del desarrollo humano. En el mundo hay indicios claros de que el aumento de la detección precoz de alteraciones del desarrollo infantil y el consiguiente inicio temprano de la estimulación es una prioridad crucial, inicialmente para el bienestar de nuestras crianzas y sus familias, pero posteriormente para toda la vida comunitaria, ya que "el futuro de cualquier sociedad depende de su capacidad de adoptar estrategias para un proceso de mejor desarrollo de la próxima generación". Los estudios en neurociencia, biología molecular, epigenética y las ciencias sociales y el comportamiento han mostrado que nos desarrollamos según nuestro programa genético, pero con gran influencia de las experiencias vividas en el inicio de la vida, esta interacción entre los factores biológicos y ambientales es la base para la salud mental. Las experiencias tempranas moldean la arquitectura del cerebro y modifican su estructura funcionamiento, de forma transitoria o permanente. (^{14,15})

¹⁴ Eickmann SH, Emond AM, Lima M. Evaluation of child development: beyond the neuromotor aspect. J Pediatr (Versão em Port. Elsevier; 2016 May 1;92(3):S71–83

¹⁵ Hollenstein T, Tighe AB, Lougheed JP. Emotional development in the context of mother–child relationships. Curr Opin Psychol. Elsevier; 2017 Oct 1;17:140–4

3.2. DEPRESIÓN INFANTIL

3.2.1. Concepto General de la Depresión Infantil.

La depresión puede ser definida de diferentes formas dependiendo de la corriente psicológica en la que nos guíemos, pudiera ser definido como un síntoma o como un síndrome. Esta enfermedad la padecen mayormente personas de mayor edad ya sean adultos o ancianos, pero en esta era también puede ser padecido por niños. En las teorías biológicas se sugiere que la depresión es una enfermedad que se puede heredar, entrando en el tema se sabe que existen genes susceptibles a padecer depresión y que los presentan familias, es decir que han sido heredadas, en esta teoría también se sugiere que obviamente existe una desregulación a nivel central entre los neurotransmisores excitadores e inhibidores.

La depresión mayor o el trastorno depresivo mayor tiene como característica un mínimo de tiempo de 2 semanas, en el que casi están presentes los síntomas la mayor parte del día, casi todos los días y existe una pérdida de interés o placer en las actividades cotidianas.

A esto puede sumarse síntomas vegetativos y cognitivos, tales como, alteraciones del apetito, del sueño y la energía, pérdida de concentración, un sentimiento de menosprecio a sí mismo, de culpa y de suicidio. Para hacer el diagnóstico correcto de acuerdo al Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales 4ta edición revisada (DSM-IV-TR) debe presentar cinco o más síntomas y debe presentar un deterioro clínico en sus contextos sociales, a su

vez estos síntomas no deben ser explicados por causa de alguna droga o fármaco o alguna enfermedad en general, a su vez no deben estar asociadas al duelo. La depresión en los niños suele ser parecida a los adultos con algunas diferencias. Con frecuencia los niños suelen presentar síntomas somáticos, el retraimiento también es común y la irritabilidad, estas diferencias con los adultos se pueden explicar tal vez porque los niños no pueden explicar muy bien sus sentimientos. (^{16,17})

3.2.2. Descripción clínica de la Depresión Infantil.

La duración de la enfermedad es de aproximadamente 8 meses con las características clínicas ya mencionadas. Los trastornos depresivos presentes antes de la pubertad tienen una característica más heterópica, quiere decir que es poco probable que desarrolle un trastorno depresivo cuando sea adulto y es más probable que desarrolle un trastorno no depresivo, en el adolescente sucede lo contrario tiene características más homotípicas. Este trastorno depresivo mayor y el distímico también se pueden acompañar de otros trastornos psiquiátricos, el más común en aparecer también es el trastorno de ansiedad, a su vez también el trastorno de conducta desorganizada, el trastorno de déficit de atención e hiperactividad, y por último el trastorno por consumo de sustancias. (14)

3.2.3. Epidemiología de la Depresión Infantil.

¹⁶ Kleinman A. Culture and Depression. N Engl J Med. 2004 Sep 2;351(10):951–3.

¹⁷ Kliegman RM, Stanton BMD, St. Geme J. Tratado de pediatría. Elsevier; 2016. 5036 p.

La prevalencia en niños es de alrededor de 2% a nivel mundial, se tiene que tener también en cuenta que esta aumenta en la adolescencia con una prevalencia de 4 a 8%, en la niñez la proporción entre niños y niñas no varía es de 1:1, pero en la adolescencia aumenta a favor de las niñas con una relación de 1:2. Se sabe que la depresión es una enfermedad que aumenta conforme pasa el tiempo que es más prevalente en adultos y ancianos, se conoce que el riesgo de padecer depresión mayor aumenta entre 2 a 4 veces después de la pubertad. (14)

3.2.4. Etiología de la Depresión Infantil.

La depresión está relacionada con las emociones normales de tristeza y duelo, pero no se remite cuando la causa externa de estas emociones se disipa y es desproporcionada en relación con su causa. Los estados de depresión severos clásicos a menudo no tienen una causa desencadenante externa. Sin embargo, es difícil establecer distinciones claras entre depresiones con y sin eventos precipitantes psicosociales.

El diagnóstico de trastorno depresivo mayor requiere un cambio de humor distintivo, caracterizado por tristeza o irritabilidad y acompañado por al menos varios cambios psicofisiológicos, como alteraciones en el sueño, el apetito o el deseo sexual en el caso de adultos; estreñimiento; pérdida de la capacidad de experimentar placer en el trabajo o con amigos; llanto; pensamientos suicidas; y ralentización del habla y la acción.

Los estudios que comparan las tasas de concordancia para la depresión mayor entre gemelos monocigóticos y dicigóticos sugieren

una heredabilidad de aproximadamente 37%, que es mucho menor que la heredabilidad del trastorno bipolar o la esquizofrenia. Algunos aspectos de la personalidad normal, como evitar el daño, la ansiedad y el pesimismo, también son en parte heredables. Kendler et al.⁷ demostraron que, si bien la depresión se debe en parte a rasgos de personalidad herederos de la depresión hereditaria, también es el resultado de factores que son independientes de la personalidad.

La depresión de inicio temprano, grave y recurrente puede tener una heredabilidad más alta que otras formas de depresión. Está claro, a partir de estudios de familias, que la depresión mayor no es causada por ningún gen, sino que es una enfermedad con características genéticas complejas.

Los estudios de pedigrí con múltiples casos de depresión mayor han identificado regiones cromosómicas con vínculo con el trastorno, y algunos de estos loci se han replicado en más de un estudio, aunque no se ha replicado ninguna región cromosómica en cada estudio familiar de la vinculación genética en la depresión. Holmans et al. encontraron evidencia de la vinculación de la depresión recurrente de inicio temprano con el cromosoma 15q25-q26, pero el riesgo atribuible de la población era pequeño.

Ningún factor de riesgo molecular específico ha sido identificado de manera confiable. Una variante polimórfica común de la región polimórfica ligada al transportador de serotonina (5-HTTLPR), que afecta al promotor del gen del transportador de la serotonina causa una captación reducida del neurotransmisor serotonina en las células presinápticas del cerebro. Algunos estudios han demostrado que este polimorfismo confiere una predisposición a la depresión, pero también confiere una predisposición a una personalidad ansiosa y pesimista.

Las imágenes cerebrales revelan diferencias funcionales en las áreas del cerebro relacionadas con las emociones entre los portadores de los diferentes polimorfismos comunes de 5-HTTLPR, aunque no está clara la relación directa con la depresión.

En un gran estudio epidemiológico prospectivo, Caspi et al. encontraron que la 5-HTTLPR predijo la depresión solo en asociación con las tensiones de vida definidas. Algunos factores ambientales podrían conferir una predisposición a la depresión al afectar el genoma epigenéticamente, por ejemplo, el aumento del cuidado materno en roedores causa un cambio epigenético en la región promotora del gen del receptor de glucocorticoides. (^{18,19})

3.3. SINTOMATOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN INFANTIL

Como ya hemos mencionado la depresión en niños se presenta igual que en los adultos, los criterios del DSM-IV-TR son tomados para este trabajo para explicar el diagnóstico de esta enfermedad. Los criterios son los siguientes:

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes durante el mismo período de 2 semanas y representan un cambio respecto del desempeño previo; por lo menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o placer.

(1) Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi todos los días, indicado por el relato subjetivo o por observación de otros.

¹⁸ Belmaker RH, Agam G. Major Depressive Disorder. N Engl J Med. 2008 Jan 3;358(1):55–68.

¹⁹ Duman EA, Canli T. Influence of life stress, 5-HTTLPR genotype, and SLC6A4 methylation on gene expression and stress response in healthy Caucasian males. Biol Mood Anxiety Disord. BioMed Central; 2015 Dec 14;5(1):2.

(2) Marcada disminución del interés o del placer en todas, o casi todas, las actividades durante la mayor parte del día, casi todos los días.

(3) Pérdida significativa de peso sin estar a dieta o aumento significativo, o disminución o aumento del apetito casi todos los días.

(4) Insomnio o hipersomnia casi todos los días.

(5) Agitación o retraso psicomotores casi todos los días.

(6) Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.

(7) Sentimientos de desvalorización o de culpa excesiva o inapropiada (que pueden ser delirantes) casi todos los días (no simplemente autorreproches o culpa por estar enfermo).

(8) Menor capacidad de pensar o concentrarse, o indecisión casi todos los días (indicada por el relato subjetivo o por observación de otros).

(9) Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor de morir), ideación suicida recurrente sin plan específico o un intento de suicidio o un plan de suicidio específico

B. Los síntomas no cumplen los criterios de un episodio mixto

C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro del funcionamiento social, laboral o en otras esferas importantes.

D. Los síntomas no obedecen a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, una droga de abuso, una medicación), ni a una enfermedad médica general (por ejemplo, hipotiroidismo)

E. Los síntomas no son mejor explicados por duelo, es decir que tras la pérdida de un ser querido, los síntomas persisten por más de 2 meses o se caracterizan por visible deterioro funcional, preocupación

mórbida con desvalorización, ideación suicida, síntomas psicóticos o retraso psicomotor.(²⁰)

3.3.1. AUTOESTIMA NEGATIVA EN LA DEPRESIÓN INFANTIL

3.3.1.1. Definición del Autoestima Negativa.

La autoestima se define como una reflexión sobre nosotros mismo sin importar la opinión de los demás, y en el caso de autoestima negativa es una mala reflexión u opinión sobre nuestra propia identidad, tenemos términos como auto concepto que se refiere a la autoimagen que tenemos de nosotros mismos que implica aspectos cognitivos, en cambio el concepto de autoestima es algo más emocional, acerca de cómo nos sentimos con nosotros mismos.

En general, los hallazgos respaldan la opinión de que la autoestima es una construcción estable de diferencia individual. Los acontecimientos normativos de la vida, como los niños que se mudan del hogar, el retiro y la muerte de un ser querido, pueden conducir a cambios en los roles sociales y los correspondientes cambios en la identidad durante la vejez. Además, los cambios en la maduración vuelven a ser comunes, como los problemas de salud, que pueden dar como resultado una mayor dependencia de los demás y una disminución de los sentimientos de agencia personal. Estos cambios pueden desafiar la visión que algunos individuos tienen de sí mismos y así producir cambios idiosincrásicos que reducen la estabilidad de la autoestima. Otra posibilidad es que a medida que las personas envejecen puedan comenzar a revisar sus

²⁰ Sadock BJ, Ruiz P, Sadock VA. Sinopsis de psiquiatría : ciencias de la conducta, psiquiatría clínica. Wolter Kluwer; 2015. 1469 p.

logros y experiencias de por vida, lo que en algunos casos lleva a autoevaluaciones más críticas y en otros casos a una mayor aceptación de sus fallas y limitaciones. (^{21,22})

3.3.1.2. Causas del Autoestima Negativa.

Cabe indicar que somos el resultado de todas las interacciones intrínsecas e extrínsecas a lo largo de nuestras vidas.

En una investigación realizada en 4000 gemelos homocigóticos que eran adoptados por familias diferentes se determinó que la autoestima está determinada por el ámbito genético en un 30%.

Pero existen muchas otras investigaciones de que la autoestima es una interacción entre lo intrínseco e extrínseco de cada uno, es decir que el aspecto genético es moldeado por el contexto en donde vivimos, donde el nivel socio económico y cultural, el ambiente familiar, y las experiencias a edad temprana es de vital importancia y son causas de una autoestima negativa.

Puede ser que un nivel socio económico bajo, la predisposición genética, un ambiente familiar deficiente con ausencias o fraccionado, o experiencias negativas a edad temprana sean causas de una autoestima negativa. (²³)

²¹ Trzesniewski KH, Robins RW, Roberts BW, Caspi A. Personality and self-esteem development across the life span. *Adv Cell Aging Gerontol.* Elsevier; 2003 Jan 1;15:163–85.

²² Tabernero C, Serrano A, Mérida R. Estudio comparativo de la autoestima en escolares de diferente nivel socioeconómico. *Psicol Educ.* No longer published by Elsevier; 2017 Jun 1;23(1):9–17.

²³ Tabernero C, Serrano A, Mérida R. Estudio comparativo de la autoestima en escolares de diferente nivel socioeconómico. *Psicol Educ.* No longer published by Elsevier; 2017 Jun 1;23(1):9–17.

3.3.1.3. Sintomatología del Autoestima Negativo.

Según los componentes de la autoestima, tendríamos un sentido de seguridad deplorable como síntoma de autoestima negativa, quiere decir que aquella persona actúa de manera desconfiada, con una comunicación cerrada, no asume riesgos no acepta alternativas y no tiene confianza en los demás, como segunda característica sería una identidad social deficiente, no apreciando su identidad personal, otro síntoma presente es la falta de integración a grupos familiares, de amigos, de trabajo, etc., otra característica es la falta de motivación, no siendo nada proactivo, y por ultimo no busca ser competente en nada de lo que haga. (²⁴)

3.3.1.3.1. Definición de Incapacidad.

La incapacidad es no tener la capacidad de realizar o aprender algo, que no necesariamente es por una falta de inteligencia, sino que existen diversos motivos por lo que una persona podría ser incapaz de realizar determinada actividad. Como por ejemplo la incapacidad física puede ser referida a alguna enfermedad ya sea hereditaria o producida por alguna lesión. La incapacidad mental se refiere a una alteración ya sea en el comportamiento o el razonamiento, que le dificulte realizar o adaptarse a situaciones de la vida. (²⁵)

²⁴ Universidad Femenina del Sagrado Corazón. Facultad de Psicología y Humanidades. VH. Phainomenon. Vol. 11, Phainomenon. UNIFE. Departamento de Filosofía y Teología; 2017. 23-34 p.

²⁵ Eugenio Fernández Escalada. Análisis de la Incapacidad Temporal desde la Atención Primaria. Med Segur Trab (Madrid). Instituto Nacional de Medicina y Seguridad del Trabajo; 2014;60:74–8.

3.3.1.3.2. Definición de Fealdad.

Se podría definir fealdad como alguna característica de alguna cosa, lugar o persona que es fea, cabe indicar que es todo lo contrario a la belleza.

Es un desequilibrio entre las partes y el todo, algo asimétrico, desagradable, extraño, culturalmente la estética de lo cotidiano repudia la fealdad, claro está que depende mucho de la cultura en que se vive o el tiempo en el que uno se encuentre. (²⁶)

3.3.1.3.3. Definición de Culpabilidad.

Una definición solamente psicológica según Freud, se refiere a la culpabilidad como un conflicto de ambivalencia, como una lucha entre los impulsos de la vida y de la muerte, el sentimiento de culpa esta reprimido en un plano inconsciente, y se puede manifestar con un mal humor, irritabilidad, apatía, o depresión o algún trastorno psicosomático. (²⁷)

3.3.2. DISFORIA EN LA DEPRESIÓN INFANTIL

3.3.2.1. Definición de la Disforia.

Es una emoción molesta o desagradable, como la tristeza, la ansiedad o irritabilidad, se puede tener dicha emoción en situaciones

²⁶ Morales JH. Estética de la cotidianidad Un acercamiento desde la representación de la fealdad. e-ikon. 2015 Dec 15;2(2):62–9.

²⁷ Durán C. El sentimiento de culpa. Kairós; 2016.

de la vida como el duelo o la presentación de alguna enfermedad, la disforia puede ser parte de muchos trastornos psiquiátricos como los que ya hemos mencionado, sobretodo en estados depresivos.

Este término también es muy usado en el ámbito sexual, la disforia de género de los niños, en el que hay una incongruencia entre el sexo que tiene el niño o niño y el sexo que siente tener, como un deseo de ser del sexo opuesto. ⁽²⁸⁾

3.3.2.2. Causas de la Disforia.

Las causas de la disforia se encuentran algunos trastornos psiquiátricos como ya habíamos mencionado el trastorno depresivo mayor, también está el síndrome premenstrual, el trastorno bipolar en sus episodios depresivos presenta disforia, el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de abstinencia, en la esquizofrenia, en el síndrome de Asperger, en el trastorno dismórfico corporal, y en trastornos de la personalidad como el trastorno límite de la personalidad y el trastorno de personalidad por evitación. ^(25,26)

3.3.2.3. Sintomatología de la Disforia.

Como ya mencionamos la disforia es una emoción molesta o desagradable, se podría decir que los síntomas de la disforia son la tristeza, la ansiedad o la irritabilidad. ^(29)

²⁸ Basterra Gortari V, Ruiz Ruiz R. Comentarios sobre las diferencias de disforia de identidad de género entre niños y adolescentes. Revista de Psiquiatría y Salud Mental. Elsevier Doyma; 2016 Oct 1;9(4):233–4.

²⁹ Acevedo Rabah NA, López Berna LD, Manjarrez Hernández AL, Estrategias de afrontamiento e ideación suicida en estudiantes del programa de Psicología de la Universidad de San Buenaventura Cartagena año 2015. Cartagena, T.PS 150 A174e CD-ROM. Psicología; 2017.

3.3.2.3.1. Definición de Tristeza.

Como también ya hemos mencionado la tristeza es una emoción básica que se presenta con el recuerdo de alguna cosa y que llega a producir un estado de dolor emocional y que muchas veces se acompaña de llanto. La tristeza debe ser manejada adecuadamente para conseguir una salud física y mental satisfactoria en los niños trae consecuencias en su desarrollo, sin embargo, su presencia como emoción es necesaria según algunas teorías, se suele presentar a esta edad como un mecanismo de defensa. (³⁰)

3.3.2.3.2. Definición de Soledad

Significa estar solo sin acompañamiento, es una sensación subjetiva de tener menor afecto y deseos de tener alguna cercanía con alguien, de no querer experimentar la proximidad de familiares o amigos evadiéndolos ya sea por deseo o por obligación o simplemente el hecho de sentirse socialmente poco valorado. La soledad emocional se presenta cuando uno no tiene ni siquiera un grupo de una a 5 personas íntimas a las que podemos acudir en busca de apoyo emocional en momentos de crisis. La soledad se suele

³⁰ Rozzana Sánchez Aragón, Berenice Jiménez Rodríguez VPG, Rodríguez BJ, González VP. Medición y contrastes en mecanismos regulatorios de la tristeza en hombres y mujeres. Vol. 24, Psicología y Salud. Universidad Veracruzana, Instituto de Investigaciones Psicológicas; 2014. 221-234 p.

presentar más a menudo en las personas ancianas, más que en los niños o jóvenes. (³¹)

3.3.2.3.3. Definición de Desdicha

La desdicha tiene como sinónimo a la infelicidad. La infelicidad contraria a la felicidad, depende mucho de la cultura en que se vive, del lugar y de la época, depende también de la persona misma, de sus genes heredables, o sus mutaciones en puntos específicos del ADN, depende de la epigenética y todo relacionado a ella, en como interviene el ambiente en nuestro desarrollo en todas las épocas de la vida, depende también de la familia que es parte del ambiente pero que influye muy íntimamente en si nuestro día a día se convierte en felicidad o de lo contrario en su antónimo. (³²)

3.3.2.3.4. Definición de Pesimismo.

Es un estado de ánimo donde todo nos parece negativo o deplorable, este estado anímico es parte de algunos trastornos psiquiátricos como las depresiones tratadas en el presente trabajo, donde todo lo que la persona vive descontenta de todo a su alrededor. (27)

³¹ Gené-Badía J, Ruiz-Sánchez M, Obiols-Masó N, Oliveras Puig L, Lagarda Jiménez E. Aislamiento social y soledad: ¿qué podemos hacer los equipos de atención primaria? Atención Primaria. Elsevier Doyma; 2016 Nov 1;48(9):604–9

³² Esteban J, Hernández V, García CV, Marisol A, Flórez A. DIAGNÓSTICO DE LAS CAUSAS QUE INFLUYEN EN EL BAJO NIVEL DE SATISFACCIÓN Y SENSACIÓN DE INFELICIDAD PERCIBIDA POR LAS PERSONAS AL INTERIOR DE LAS ORGANIZACIONES. 2014.

4. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

4.1. INTERNACIONAL

- CABRERA PÉREZ L. y JIMÉNEZ LLANOS A., (1999). Santa Cruz de Tenerife: España - Universidad de la Laguna. “Depresión infantil y rendimiento académico: un estudio comparativo entre casos y controles.”
CONCLUSION: El rendimiento escolar ha sido una variable frecuentemente asociada a la depresión en la infancia, independientemente de que los estados depresivos afecten al rendimiento, creen que junto a las bajas notas y los reiterados fracasos escolares se van elaborando hábitos comportamentales, que pueden predisponer a la aparición de estilos cognitivos depresógenos. Debido a eso realizaron este estudio comparativo con dos grupos diferenciados: uno con presencia de síndrome depresivo y otro sin el, con el objetivo de intentar esclarecer algunos aspectos relacionados con el binomio depresión-rendimiento, y aislar factores de riesgo cara a la prevención futura.

- SÁNCHEZ CÁRDENAS R. G. y SARMIENTO AYALA, B. E. y SERRANO CÁRDENA, K. M., (2012). Santa Ana de los Ríos de Cuenca: Ecuador. “Prevalencia y factores de riesgo asociados a depresión infantil en niños/as de treinta y tres escuelas rurales, cuenca.”
CONCLUSION: La prevalencia de depresión infantil en nuestro estudio fue 36.8%, correspondiendo un 12% a depresión grave y un 24.8% a depresión moderada. Los factores de riesgo asociados, encontrados en este estudio fueron: disfuncionalidad familiar, lugar de residencia rural del investigado, familiares del investigado que han migrado.

- CABRERA PEREZ D. L., (1995/1996). Isla de Lanzarote: España. “La depresión infantil en la población escolar de la isla de Lanzarote”
CONCLUSION: Averigua en que termino se produce el tipo de relación estudiada, detecta factores de riesgo y prevención, identifica los motivos del fracaso y detecta cualquier desajuste afectivo y de estado de ánimo.

4.2. NACIONAL

- MONTERROSA TREJO, L. M., (2015). Lima: Perú. "Afecto negativo y depresión en niños".
CONCLUSIONES: Se concluyó que no existe una relación significativa entre el afecto negativo y la depresión en niños de casa hogar, por lo que se recomienda un plan de intervención psicológica para apoyar individualmente sobre el afecto negativo y depresión desde los ejes de la psico-educación, intervención y la prevención.

4.3 LOCALES

- LARICO FARFÁN, Y. y ZUEL CASTILLO, D., (2012). Arequipa: Perú. Universidad Nacional de San Agustín. “Maltrato infantil y niveles de autoestima en escolares del 1ro al 3ro año de educación secundaria en la I.E.de señoritas “Arequipa”.
CONCLUSIONES: Del total de la población de estudio; 224 escolares, la edad que predomina es de 14 años. Así mismo la mayor parte de escolares provienen de familia nuclear, el mayor porcentaje de escolares tienen padres con ocupación independiente



II. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICA, INSTRUMENTO, MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1. TÉCNICA

La técnica a utilizar es la entrevista.

1.2. INSTRUMENTO

Como instrumento se utilizará la cedula de entrevista expresada en las dimensiones de Depresión Infantil (Cuestionario de Depresión Infantil) – validado por Maria Kovacs en año 2004.

1.3. MATERIALES DE VERIFICACIÓN

CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN INFANTIL

CALIFICACION GENERAL

El punto de corte es de 19, por lo que a partir de esa puntuación se presenta depresión.

TIPO DE RESPUESTA	PUNTAJE
A	0
B	1
C	2
TOTAL	

CALIFICACION PARA LA DETECCION DE DISFORIA

PREGUNTAS:1,2,3,4,6,10,11,12,16,17,18,19,20,21,22,26,27.

La puntuación máxima es de 34, detectándose mayor presencia de ánimo disfórico con una puntuación más alta.

TIPO DE RESPUESTA	PUNTAJE
A	0
B	1
C	2
TOTAL	

CALIFICACION PARA LA DETECCION DE AUTOESTIMA NEGATIVA

PREGUNTAS:5, 7, 8, 9, 13, 14, 15, 23, 24, 25.

La puntuación máxima es de 20, detectándose mayor presencia de ideas de autodesprecio con una puntuación más alta

TIPO DE RESPUESTA	PUNTAJE
A	0
B	1
C	2
TOTAL	

INSTRUCCIONES DE APLICACIÓN:

"Este es un cuestionario que tiene oraciones que están en grupos de tres. Escoge en cada grupo una oración, la que mejor diga cómo te has portado, cómo te has sentido en las ÚLTIMAS DOS SEMANAS, luego coloca una marca como una 'X' en los espacios que correspondan. No hay respuesta correcta ni falsa, solo trata de contestar con la mayor sinceridad, lo que es cierto para ti"

CORRECCIÓN:

- Las puntuaciones directas se obtienen sumando las respuestas marcadas por el sujeto de acuerdo a estas puntuaciones:
- La ausencia del síntoma (respuesta A) se puntúa 0, la presencia en una forma leve (respuesta B) se puntúa 1 y la presencia en una forma grave (respuesta C) se puntúa 2, por lo que la puntuación total puede oscilar entre 0 y 54 puntos.
- El punto de corte es de 19, por lo que a partir de esa puntuación se presenta depresión.
- La confiabilidad del CDI oscila entre 0.71 y 0.94, lo que nos indica que entre un 71% y un 94% de las puntuaciones son verdaderas

VALORACIÓN:

Estas son las categorías diagnósticas de acuerdo a los percentiles:

PERCENTIL CATEGORÍAS DIAGNÓSTICAS

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 en grado máximo

Además de la puntuación total de depresión, el CDI permite una puntuación por escalas o subdimensiones:

1- DISFORIA:

El estado de ánimo disfórico es la expresión de tristeza, soledad, desdicha, indefensión y/o pesimismo, lo que lleva al niño o adolescente a manifestar cambios en su estado de ánimo, con presencia de mal humor e irritabilidad, llorando o enfadándose con facilidad.

La dimensión de Disforia es evaluada por los ítems:

1,2,3,4,6,10,11,12,16,17,18,19,20,21,22,26,27.

La puntuación máxima es de 34, detectándose mayor presencia de ánimo disfórico con una puntuación más alta.

2- AUTOESTIMA NEGATIVA:

Las ideas de autodesprecio incluyen sentimientos de incapacidad, fealdad y culpabilidad, presentándose ideas de persecución, deseos de muerte y tentativas de suicidio, junto con ideas de huida de casa.

La dimensión de Autoestima Negativa es evaluada por los ítems: 5,7,8,9,13,14,15,23,24,25.

La puntuación máxima es de 20, detectándose mayor presencia de ideas de autodesprecio con una puntuación más alta.



2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. UBICACIÓN ESPACIAL

I.E.P Mariam Rosse, calle Ayarza 306 Cerro Juli – José Luis Bustamante y Rivero. La I.E.P. Mariam Rosse brinda servicios desde el jardín de 3 años hasta el 5to grado de secundaria, siendo este de dos pisos y de color amarillo con verde, contando con un área de 480 metros y con un área verde - recreativa de aproximadamente 80 metros.

2.2. UBICACIÓN TEMPORAL

El estudio se realizó en el mes de marzo en el año 2018.

2.3. UNIDADES DE ESTUDIO

Niños de 6 a 11 años que se encuentran entre el SEGUNDO y SEXTO grado de primaria, según género y convivencia familiar.

2.3.1. UNIVERSO O POBLACIÓN

200 Niños y niñas del plantel educativo Mariam Rosse Cerro Juli – José Luis Bustamante y Rivero

2.3.2. MUESTRA

Intencional.

Muestreo = 200; Total de alumnos = 74; N = Tamaño de muestra a obtener

$$N = \frac{M (T)}{M + (T - 1)}$$

$$N = \frac{200 (74)}{200 + (74 - 1)}$$

$$N = \frac{14\ 800}{279}$$

$$N = 53$$

2.3.2.1. CRITERIO DE INCLUSION

- Niños que se encuentren en la edad de 6 a 11 años.
- Niños que se encuentran en condiciones de dar información.
- Niños que asistan el día de la aplicación del instrumento.
- Niños que tengan el consentimiento Informado autorizado por los padres.

2.3.2.2. CRITERIO DE EXCLUSIÓN

- Niños que faltan por enfermedad o motivos personales.
- Niños que no acepten participar voluntariamente en la investigación.
- Niños que no cuenten con consentimiento informado autorizado.

3. ESTRATEGIAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la obtención de la información requerida en la institución se llevará a cabo los siguientes pasos:

1. Se coordinó con el Decanato de la Facultad de Enfermería para gestiones correspondientes.
2. Se coordinó entre las investigadoras y la directora de la I.E. Mariam Rosse Cerro Juli – José Luis Bustamante y Rivero.
3. Se coordinó con las docentes de la I.E. Mariam Rosse Cerro Juli – José Luis Bustamante y Rivero correspondientes para los horarios respectivos.
4. Se coordinó el horario disponible para la recolección de datos.
5. Se motivó a los estudiantes de la I.E. Mariam Rosse con el objetivo de tener una eficaz entrevista.
6. La obtención de recolección de datos se llevó a cabo en el mes de Marzo durante los días 6 al 9 de dicho mes.
7. Los datos una vez recolectados se analizaron y se desarrollaron en tablas estadísticas.
8. La información obtenida, fue procesada, aplicando la prueba estadística (CHI-cuadrado).
9. Posteriormente a este proceso obtuvimos tablas y gráficas con su respectiva interpretación

II. CRONOGRAMA DE TRABAJO

	Mes de Enero				Mes de Febrero				Mes de Marzo				Mes de Abril				Mes de Mayo			
	Sem 1	Sem 2	Sem 3	Sem 4	Sem 2	Sem 3	Sem 4	Sem 4	Sem 1	Sem 2	Sem 3	Sem 4	Sem 1	Sem 2	Sem 3	Sem 4	Sem 1	Sem 2	Sem 3	Sem 4
- Elaboración del proyecto	X	X	X	X																
- Descripción del Marco teórico					X	X	X	X												
- Recolección de datos..									X	X										
- Sistematización, análisis e interpretación de los datos.											X	X	X	X						
- Informe final															X	X	X	X		

III. RESULTADOS



TABLA N°1

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS EN NIÑOS DE 6 A 11 AÑOS EN LA
I.E. MARIAM ROSSE CERRO JULI – JOSÉ LUIS BUSTAMANTE Y RIVERO
AREQUIPA, 2018.

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS	N°	%
EDAD		
De 6 a 7 años	18	34.0
De 8 a 9 años	22	41.5
De 10 a 11 años	13	24.5
GÉNERO		
Masculino	23	43.4
Femenino	30	56.6
CONVIVENCIA FAMILIAR		
Ambos padres	30	56.6
Solo madre	11	20.8
Sólo padre	5	9.4
Otro familiar	7	13.2
GRADO DE ESCOLARIDAD		
Segundo grado	11	20.8
Tercer grado	10	18.9
Cuarto grado	9	17.0
Quinto grado	10	18.9
Sexto grado	13	24.5
Total	53	100.0

Fuente: Matriz de datos

En la presente tabla podemos apreciar que el mayor porcentaje de niños según su edad se encuentra entre los 8 a 9 años con un 41.5%.

Según el género, la mayoría es representada por el género femenino con un 56.6%.

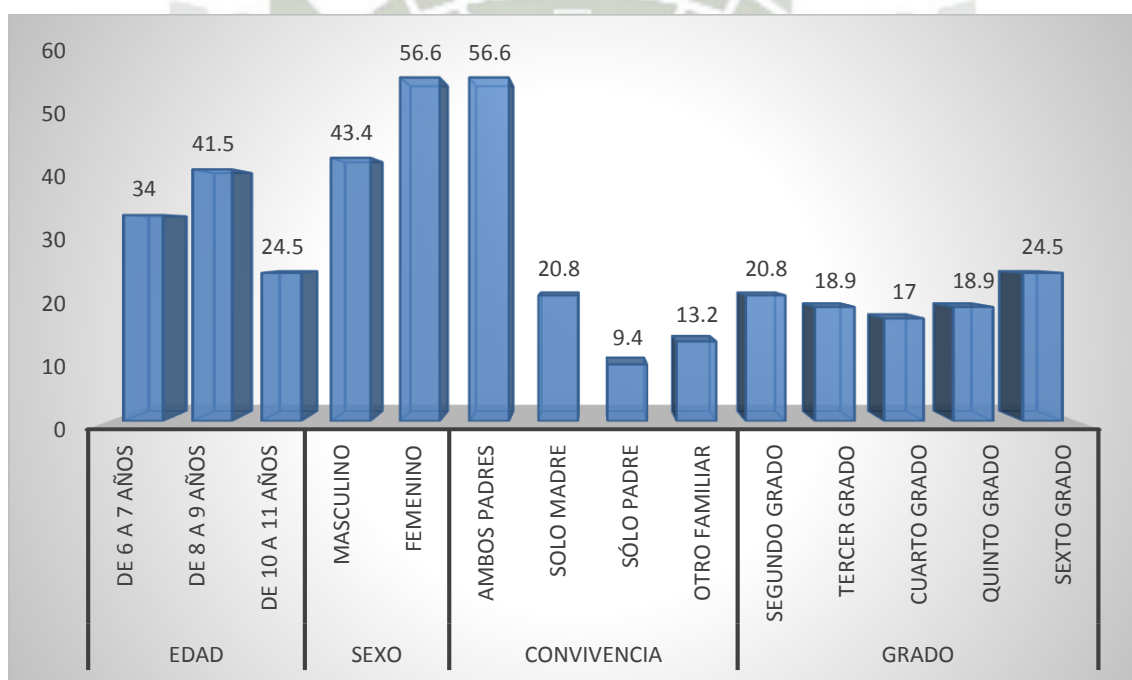
Según la convivencia familiar, la mayoría está representada por ambos padres con un 56.6%

Según el grado de escolaridad, el mayor porcentaje se da en niños que se encuentran en el Sexto Grado de primaria con un 24.5%.



GRÁFICO N°1

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS EN NIÑOS DE 6 A 11 AÑOS EN LA
I.E. MARIAM ROSSE CERRO JULI – JOSÉ LUIS BUSTAMANTE Y RIVERO
AREQUIPA, 2018.



Fuente: Elaboración Propia.

TABLA N°2

SINTOMATOLOGIA DE DEPRESION INFANTIL EN NIÑOS DE 6 A 11 AÑOS
EN LA I.E. MARIAM ROSSE CERRO JULI – JOSÉ LUIS BUSTAMANTE Y
RIVERO AREQUIPA, 2018.

DEPRESIÓN		
No presenta	43	81.1
Presenta	10	18.9
Total	53	100.0

En la presente tabla podemos apreciar que un 18.9% de los estudiantes presento sintomatología de depresión infantil

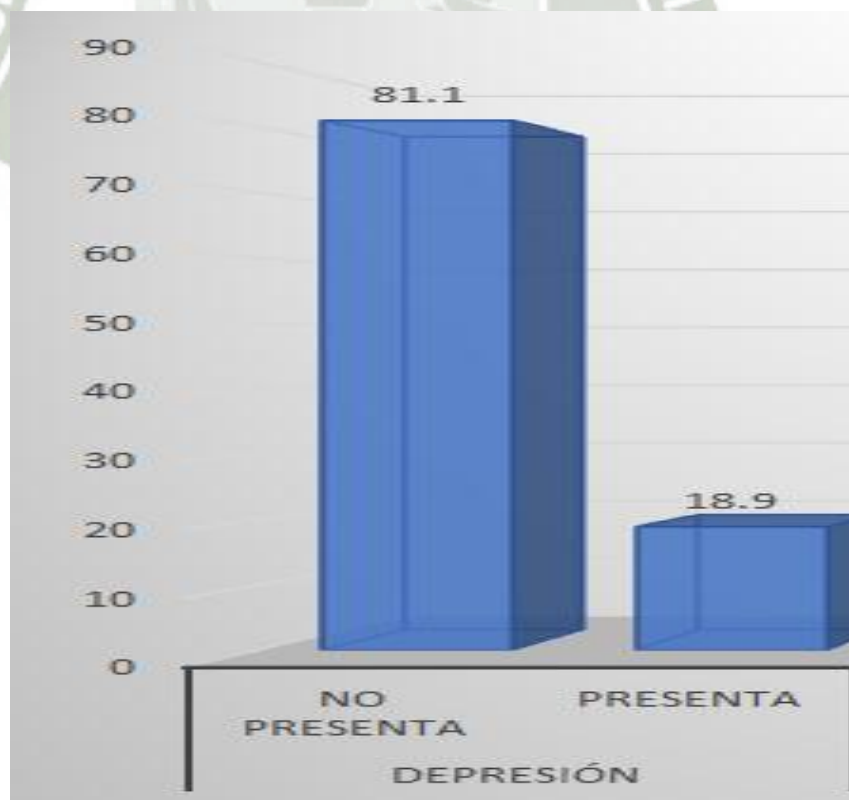
GRAFICO N°2


TABLA N°3

SINTOMATOLOGÍA DE DISFORIA Y AUTOESTIMA NEGATIVA INFANTIL EN NIÑOS DE 6 A 11 AÑOS EN LA I.E. MARIAM ROSSE CERRO JULI – JOSÉ LUIS BUSTAMANTE Y RIVERO AREQUIPA, 2018.

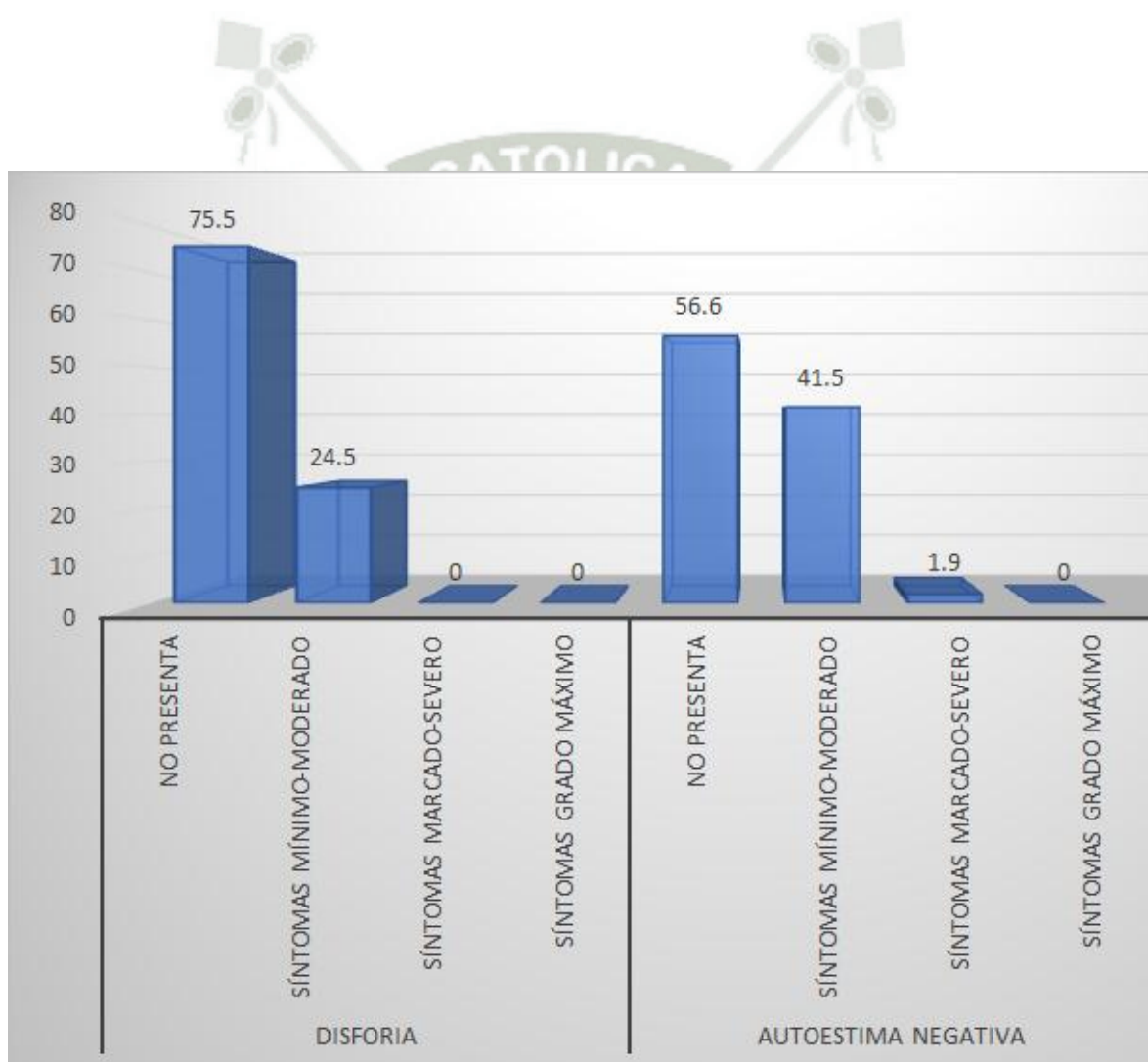
SINTOMATOLOGÍA	N°	%
DEPRESIÓN		
DISFORIA		
No presenta	40	75.5
Síntomas mínimo-moderado	13	24.5
Síntomas marcado-severo	0	0.0
Síntomas grado máximo	0	0.0
AUTOESTIMA NEGATIVA		
No presenta	30	56.6
Síntomas mínimo-moderado	22	41.5
Síntomas marcado-severo	1	1.9
Síntomas grado máximo	0	0.0

Fuente: Matriz de datos

En la presente tabla podemos apreciar que un 24.5% presento sintomatología de disforia y un 43.4% presento sintomatología de autoestima negativa, teniendo en cuenta que un 41.4% presento síntomas de mínimo a moderado y un 1.9% de síntomas de marcado a severo de autoestima negativa.

GRÁFICO N°3

SINTOMATOLOGIA DE DEPRESION INFANTIL EN NIÑOS DE 6 A 11 AÑOS
EN LA I.E. MARIAM ROSSE CERRO JULI – JOSÉ LUIS BUSTAMANTE Y
RIVERO AREQUIPA, 2018.



Fuente: Elaboración Propia.

TABLA N°4

RELACIÓN ENTRE LA EDAD Y LA DISFORIA EN NIÑOS DE 6 A 11 AÑOS
EN LA I.E. MARIAM ROSSE CERRO JULI – JOSÉ LUIS BUSTAMANTE Y
RIVERO AREQUIPA, 2018.

Edad	Disforia					
	No presenta		Síntomas mínimo- moderado		Total	
			N°	%	N°	%
De 6 a 7 años	15	83.3	3	16.7	18	100.0
De 8 a 9 años	17	77.3	5	22.7	22	100.0
De 10 a 11 años	8	61.5	5	38.5	13	100.0
Total	40	75.5	13	24.5	53	100.0

Fuente: Matriz de datos

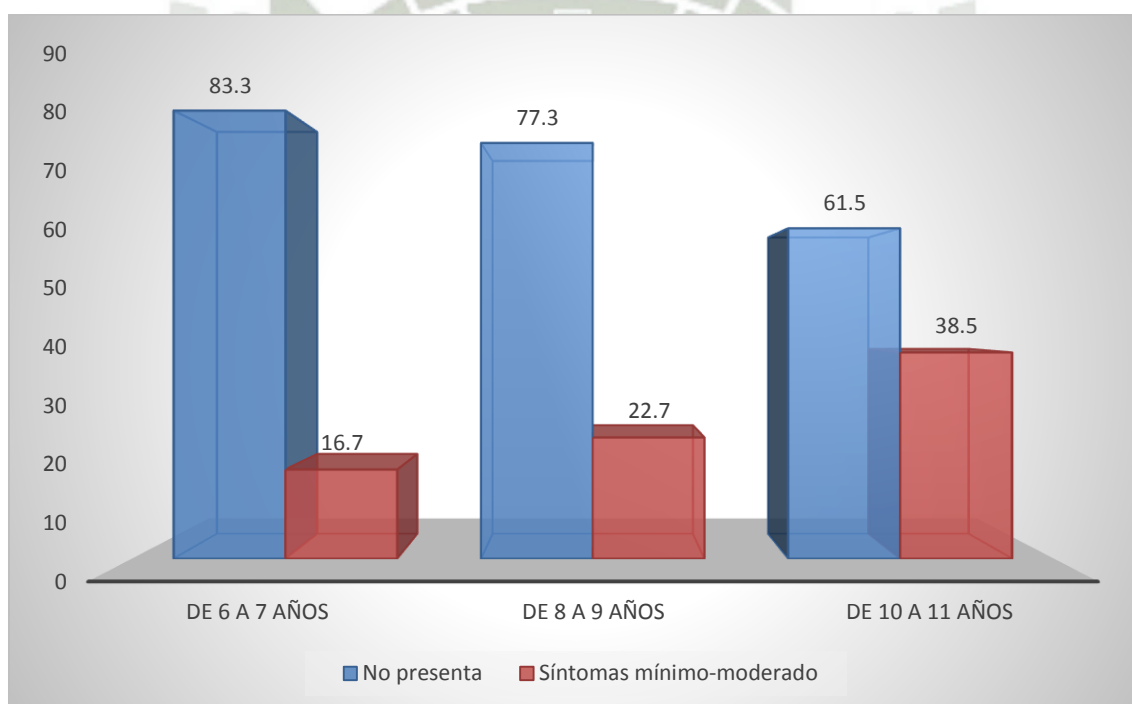
$P = 0.046$ ($P < 0.05$) S.S.

En la presente tabla podemos apreciar la relación entre edad y disforia, en la cual los niños de 6 a 7 años presentaron 16.7% de sintomatología de disforia, los niños de 8 a 9 años presentaron 22.7% de sintomatología de disforia y los niños de 10 a 11 años presentaron 38.5% de sintomatología de disforia.

Según la prueba estadística aplicada, chi-cuadrado, existe relación significativa entre la edad y la disforia puesto que a mayor edad mayor sintomatología de disforia.

GRÁFICO N°4

RELACIÓN ENTRE LA EDAD Y LA DISFORIA EN NIÑOS DE 6 A 11 AÑOS
EN LA I.E. MARIAM ROSSE CERRO JULI – JOSÉ LUIS BUSTAMANTE Y
RIVERO AREQUIPA, 2018.



Fuente: Elaboración Propia.

TABLA N°5

RELACIÓN ENTRE GÉNERO Y DISFORIA EN NIÑOS DE 6 A 11 AÑOS EN
LA I.E. MARIAM ROSSE CERRO JULI – JOSÉ LUIS BUSTAMANTE Y
RIVERO AREQUIPA, 2018.

Género	Disforia					
	No presenta		Síntomas mínimo- moderado		Total	
			N°	%	N°	%
Masculino	17	73.9	6	26.1	23	100.0
Femenino	23	76.7	7	23.3	30	100.0
Total	40	75.5	13	24.5	53	100.0

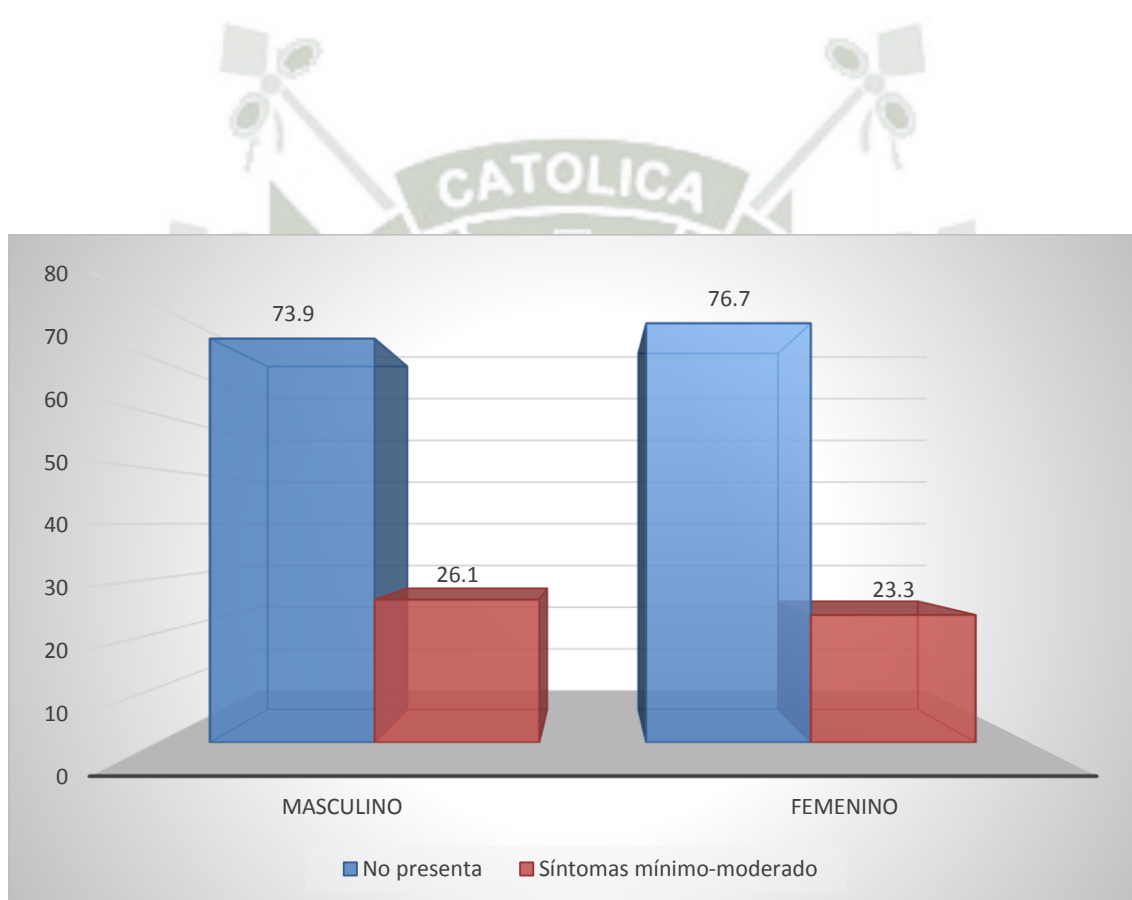
Fuente: Matriz de datos $P = 0.817$ ($P \geq 0.05$) N.S.

En la presente tabla podemos apreciar la relación entre género y disforia, en la cual podemos apreciar que un 26.1% está constituido por el género masculino y un 23.3% está constituido por el género femenino.

Según la prueba estadística aplicada, chi-cuadrado, no existe relación significativa entre género y disforia.

GRÁFICO N°5

RELACIÓN ENTRE GÉNERO Y DISFORIA EN NIÑOS DE 6 A 11 AÑOS EN
LA I.E. MARIAM ROSSE CERRO JULI – JOSÉ LUIS BUSTAMANTE Y
RIVERO AREQUIPA, 2018.



Fuente: Elaboración Propia

TABLA N°6

RELACIÓN ENTRE CONVIVENCIA FAMILIAR Y DISFORIA EN NIÑOS DE 6 A 11 AÑOS EN LA I.E. MARIAM ROSSE CERRO JULI – JOSÉ LUIS BUSTAMANTE Y RIVERO AREQUIPA, 2018.

Convivencia Familiar	Disforia				Total	
	No presenta		Síntomas mínimo-moderado			
	N°	%	N°	%	N°	%
Ambos padres	29	96.7	1	3.3	30	100.0
Solo madre	5	45.5	6	54.5	11	100.0
Sólo padre	1	20.0	4	80.0	5	100.0
Otro familiar	5	71.4	2	28.6	7	100.0
Total	40	75.5	13	24.5	53	100.0

Fuente: Matriz de datos

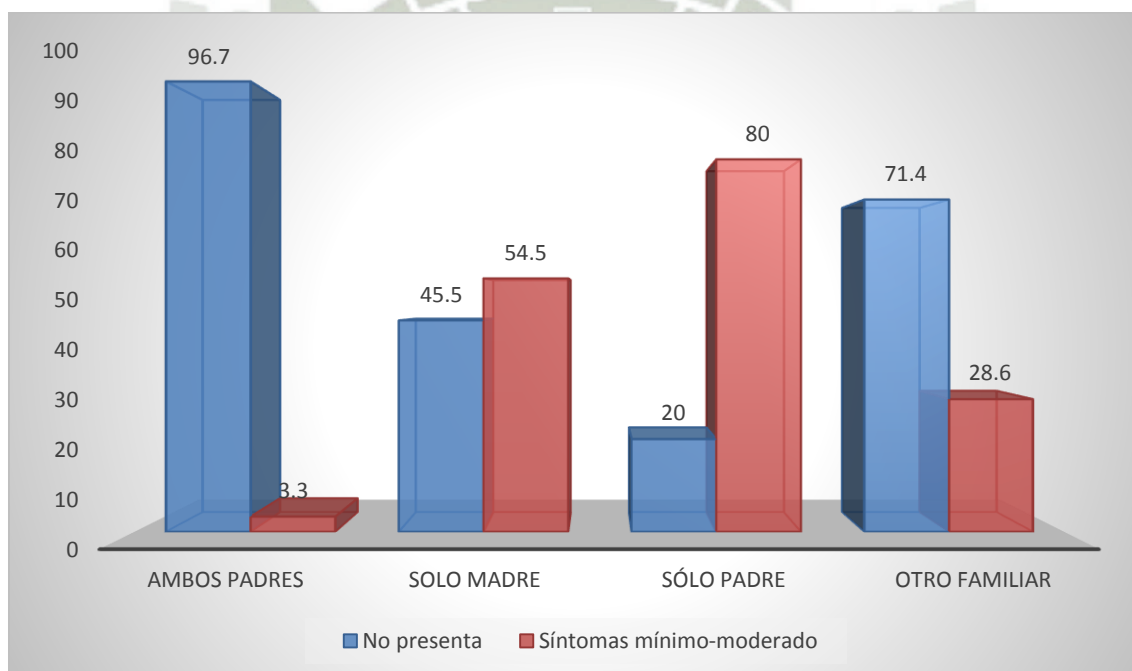
 $P = 0.000$ ($P < 0.05$) S.S.

En la presente tabla podemos apreciar la relación entre convivencia familiar y disforia, en la cual podemos observar que el 3.3% de niños que viven con ambos padres presentaron sintomatología de disforia, el 54.5% de niños que viven con solo la madre presentaron sintomatología de disforia, el 80% de niños que viven con solo el padre presentaron sintomatología de disforia y el 28.6% de niños que viven con otros familiares presentan sintomatología de disforia.

Según la prueba estadística aplicada, chi-cuadrado, existe relación significativa entre la convivencia familiar y la disforia, puesto que los que viven con solamente con el padre y los que viven con solamente la madre presentan mayor sintomatología de disforia.

GRÁFICO N°6

RELACIÓN ENTRE CONVIVENCIA FAMILIAR Y DISFORIA EN NIÑOS DE 6 A
11 AÑOS EN LA I.E. MARIAM ROSSE CERRO JULI – JOSÉ LUIS
BUSTAMANTE Y RIVERO AREQUIPA, 2018.



Fuente: Elaboración Propia.

TABLA N°7

RELACIÓN ENTRE EL GRADO DE ESCOLARIDAD Y LA DISFORIA EN NIÑOS DE 6 A 11 AÑOS EN LA I.E. MARIAM ROSSE CERRO JULI – JOSÉ LUIS BUSTAMANTE Y RIVERO AREQUIPA, 2018.

Grado de Escolaridad	Disforia				Total	
	No presenta		Síntomas mínimo-moderado			
			Nº	%	Nº	%
Segundo grado	9	81.8	2	18.2	11	100.0
Tercer grado	8	80.0	2	20.0	10	100.0
Cuarto grado	8	88.9	1	11.1	9	100.0
Quinto grado	6	60.0	4	40.0	10	100.0
Sexto grado	9	69.2	4	30.8	13	100.0
Total	40	75.5	13	24.5	53	100.0

Fuente: Matriz de datos

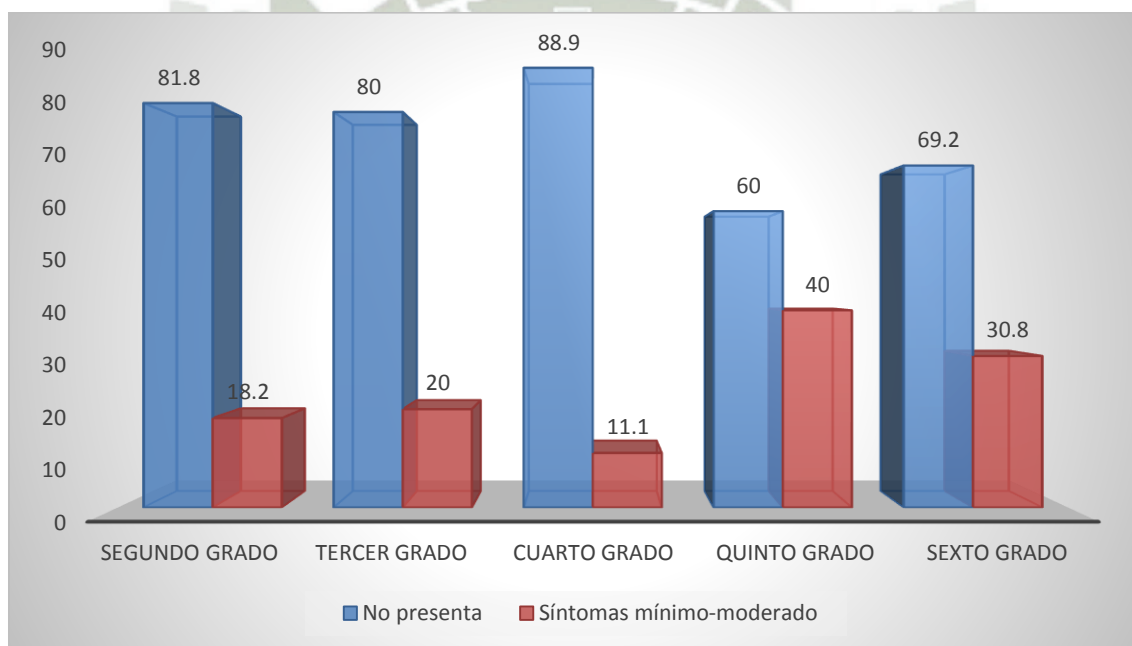
 $P = 0.039$ ($P < 0.05$) S.S.

En la presente tabla podemos apreciar la relación entre grado de escolaridad y disforia, en la cual 18.2% de los niños que cursan el segundo grado de primaria presentan sintomatología de disforia, el 20% de los niños que cursan el tercer grado de primaria presentan sintomatología de disforia, el 11.1% de los niños que cursan el cuarto grado de primaria presentan sintomatología de disforia, el 40% de los niños que cursan el quinto grado de primaria presentan sintomatología de disforia, el 30.8% de los niños que cursan el sexto grado de primaria presentan sintomatología de disforia.

Según la prueba estadística aplicada, chi-cuadrado, existe relación significativa entre grado de escolaridad y disforia puesto que a mayor grado de escolaridad mayor sintomatología de disforia.

GRÁFICO N°7

RELACIÓN ENTRE EL GRADO DE ESCOLARIDAD Y LA DISFORIA EN
NIÑOS DE 6 A 11 AÑOS EN LA I.E. MARIAM ROSSE CERRO JULI – JOSÉ
LUIS BUSTAMANTE Y RIVERO AREQUIPA, 2018.



Fuente: Elaboración Propia

TABLA N°8

RELACIÓN ENTRE EDAD Y AUTOESTIMA NEGATIVA EN NIÑOS DE 6 A 11 AÑOS EN LA I.E. MARIAM ROSSE CERRO JULI – JOSÉ LUIS BUSTAMANTE Y RIVERO AREQUIPA, 2018.

Edad	Autoestima Negativa						Total	
	No presenta		Síntomas mínimo-moderado		Síntomas marcado-severo			
			Nº	%	Nº	%	Nº	%
	De 6 a 7 años	15	83.3	3	16.7	0	0.0	18
De 8 a 9 años	12	54.5	10	45.5	0	0.0	22	100.0
De 10 a 11 años	3	23.1	9	69.2	1	7.7	13	100.0
Total	30	56.6	22	41.5	1	1.9	53	100.0

Fuente: Matriz de datos

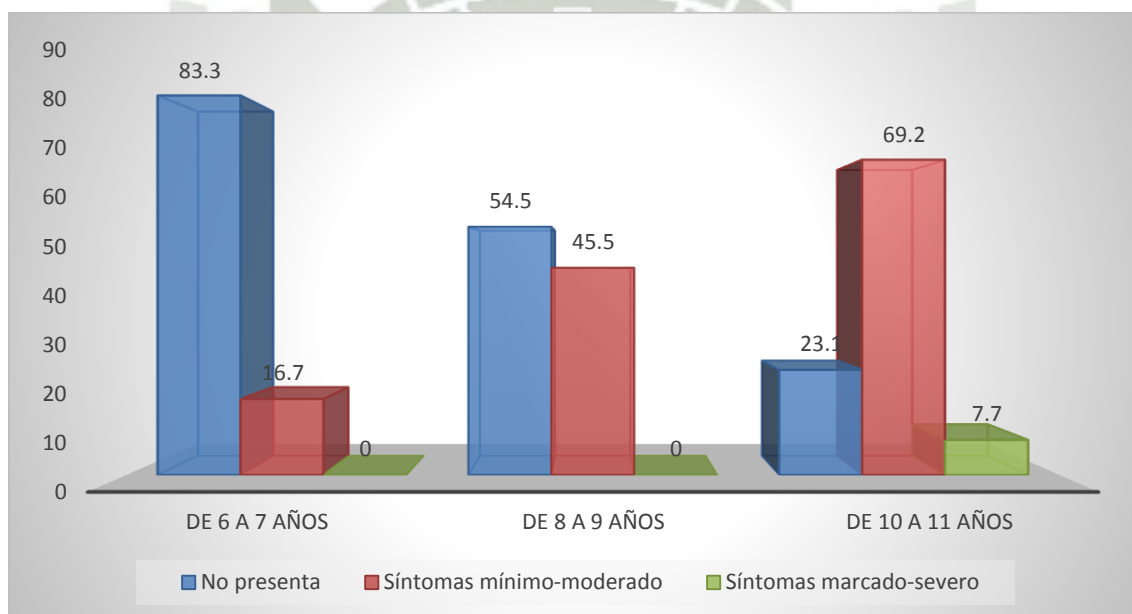
 $P = 0.011$ ($P < 0.05$) S.S.

En la presente tabla podemos apreciar la relación entre edad y autoestima negativa, en la cual el 16.7% de niños de 6 a 7 años presento sintomatología de autoestima negativa, el 45.5% de niños de 8 a 9 años presento sintomatología de autoestima negativa, el 76.9% de niños de 10 a 11 años presento sintomatología de autoestima negativa teniendo en cuenta que un 69.2% presento síntomas de mínimo a moderado y un 7.7% presento síntomas de marcado a severo.

Según la prueba estadística aplicada, chi-cuadrado, existe relación significativa entre edad y autoestima negativa puesto que a mayor edad mayor presencia de sintomatología de autoestima negativa.

GRÁFICO N°8

RELACIÓN ENTRE EDAD Y AUTOESTIMA NEGATIVA EN NIÑOS DE 6 A 11 AÑOS EN LA I.E. MARIAM ROSSE CERRO JULI – JOSÉ LUIS BUSTAMANTE Y RIVERO AREQUIPA, 2018.



Fuente: Elaboración Propia.

TABLA N°9

RELACIÓN ENTRE GÉNERO Y AUTOESTIMA NEGATIVA EN NIÑOS DE 6 A 11 AÑOS EN LA I.E. MARIAM ROSSE CERRO JULI – JOSÉ LUIS BUSTAMANTE Y RIVERO AREQUIPA, 2018.

Sexo	Autoestima Negativa						Total	
	No presenta		Síntomas mínimo-moderado		Síntomas marcado-severo			
			Nº	%	Nº	%	Nº	%
	Masculino	14	60.9	8	34.8	1	4.3	23
Femenino	16	53.3	14	46.7	0	0.0	30	100.0
Total	30	56.6	22	41.5	1	1.9	53	100.0

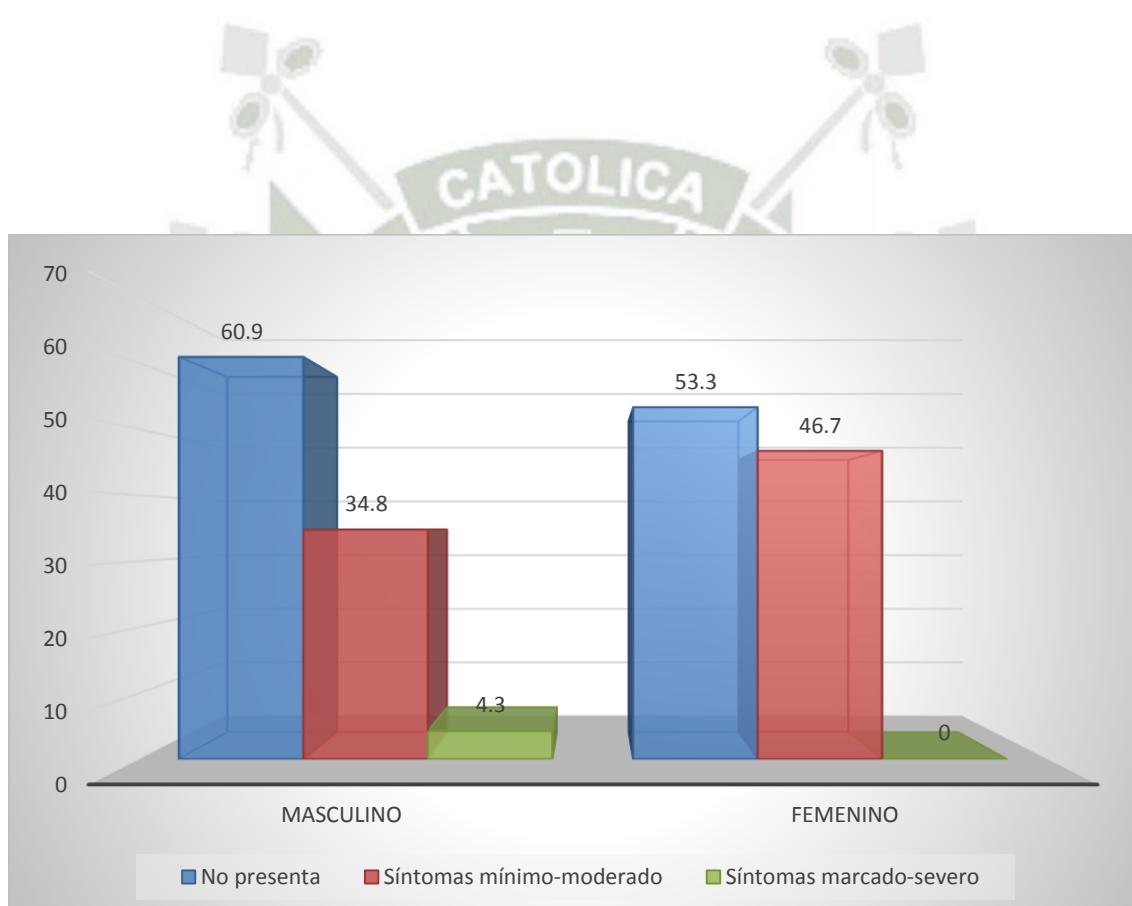
Fuente: Matriz de datos $P = 0.391$ ($P \geq 0.05$) N.S.

En la presente tabla podemos apreciar la relación entre género y autoestima negativa, en la cual el 39.1% de género masculino presentaron sintomatología de autoestima negativo y el 46.7% de género femenino presentaron sintomatología de autoestima negativo.

Según la prueba estadística aplicada, chi-cuadrado, no existe relación significativa entre género y autoestima negativa.

GRÁFICO N°9

RELACIÓN ENTRE GÉNERO Y AUTOESTIMA NEGATIVA EN NIÑOS DE 6 A
11 AÑOS EN LA I.E. MARIAM ROSSE CERRO JULI – JOSÉ LUIS
BUSTAMANTE Y RIVERO AREQUIPA, 2018.



Fuente: Elaboración Propia.

TABLA N°10

RELACIÓN ENTRE EDAD Y DEPRESIÓN EN NIÑOS DE 6 A 11 AÑOS EN LA
I.E. MARIAM ROSSE CERRO JULI – JOSÉ LUIS BUSTAMANTE Y RIVERO
AREQUIPA, 2018.

Edad	Depresión				Total	
	No presenta		Presenta			
	N°	%	N°	%	N°	%
De 6 a 7 años	16	88.9	2	11.1	18	100.0
De 8 a 9 años	18	81.8	4	18.2	22	100.0
De 10 a 11 años	9	69.2	4	30.8	13	100.0
Total	43	81.1	10	18.9	53	100.0

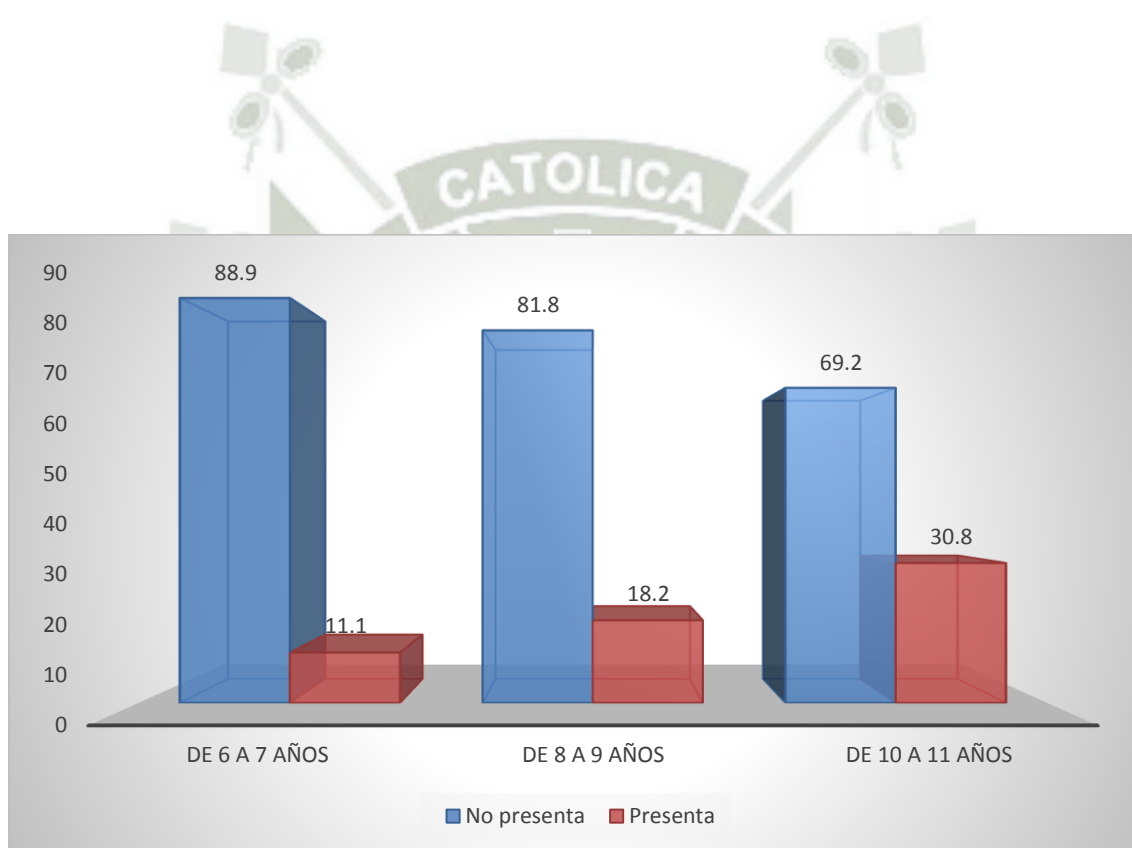
Fuente: Matriz de datos $P = 0.048$ ($P < 0.05$) S.S.

En la presente tabla podemos apreciar la relación entre edad y depresión, en la cual el 11.1% de los niños de 6 a 7 años presentan sintomatología de depresión Infantil, el 18.2% de los niños de 8 a 9 años presentan sintomatología de depresión Infantil y el 30.8% de niños de 10 a 11 años presenta sintomatología de depresión Infantil.

Según la prueba estadística aplicada, chi-cuadrado, existe relación significativa entre edad y depresión, puesto que a mayor edad mayor presencia de depresión.

GRÁFICO N°10

RELACIÓN ENTRE EDAD Y DEPRESIÓN EN NIÑOS DE 6 A 11 AÑOS EN LA
I.E. MARIAM ROSSE CERRO JULI – JOSÉ LUIS BUSTAMANTE Y RIVERO
AREQUIPA, 2018.



Fuente: Elaboración Propia.

TABLA N°11

RELACIÓN ENTRE GÉNERO Y DEPRESIÓN EN NIÑOS DE 6 A 11 AÑOS EN
LA I.E. MARIAM ROSSE CERRO JULI – JOSÉ LUIS BUSTAMANTE Y
RIVERO AREQUIPA, 2018.

Género	Depresión				Total	
	No presenta		Presenta			
	N°	%	N°	%	N°	%
Masculino	19	82.6	4	17.4	23	100.0
Femenino	24	80.0	6	20.0	30	100.0
Total	43	81.1	10	18.9	53	100.0

Fuente: Matriz de datos

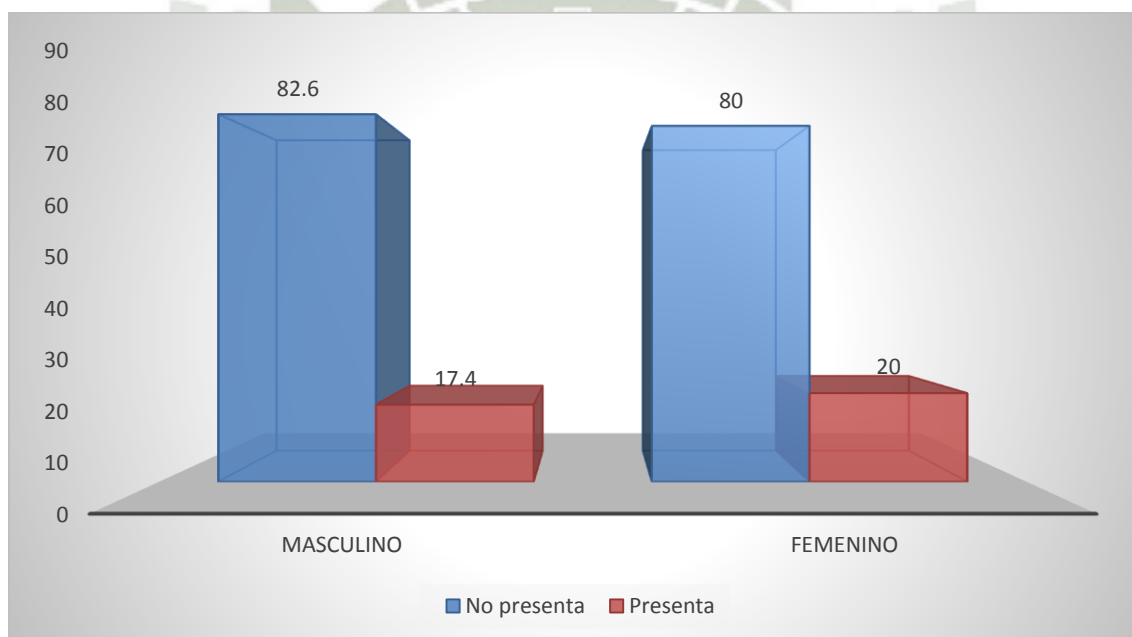
$P = 0.934$ ($P \geq 0.05$) N.S.

En la presente tabla podemos apreciar la relación entre género y depresión, en la cual, el 17.4% de niños de género masculino presentan sintomatología de depresión Infantil y el 20% de niños de género femenino presentan sintomatología de depresión Infantil.

Según la prueba estadística aplicada, chi-cuadrado, no existe relación significativa entre género y depresión.

GRÁFICO N°11

RELACIÓN ENTRE GÉNERO Y DEPRESIÓN EN NIÑOS DE 6 A 11 AÑOS EN
LA I.E. MARIAM ROSSE CERRO JULI – JOSÉ LUIS BUSTAMANTE Y
RIVERO AREQUIPA, 2018.



Fuente: Elaboración Propia.

TABLA N°12

RELACIÓN ENTRE CONVIVENCIA FAMILIAR Y DEPRESIÓN EN NIÑOS DE
6 A 11 AÑOS EN LA I.E. MARIAM ROSSE CERRO JULI – JOSÉ LUIS
BUSTAMANTE Y RIVERO AREQUIPA, 2018.

Convivencia Familiar	Depresión				Total	
	No presenta		Presenta			
	N°	%	N°	%	N°	%
Ambos padres	29	96.7	1	3.3	30	100.0
Solo madre	7	63.6	4	36.4	11	100.0
Sólo padre	2	40.0	3	60.0	5	100.0
Otro familiar	5	71.4	2	28.6	7	100.0
Total	43	81.1	10	18.9	53	100.0

Fuente: Matriz de datos

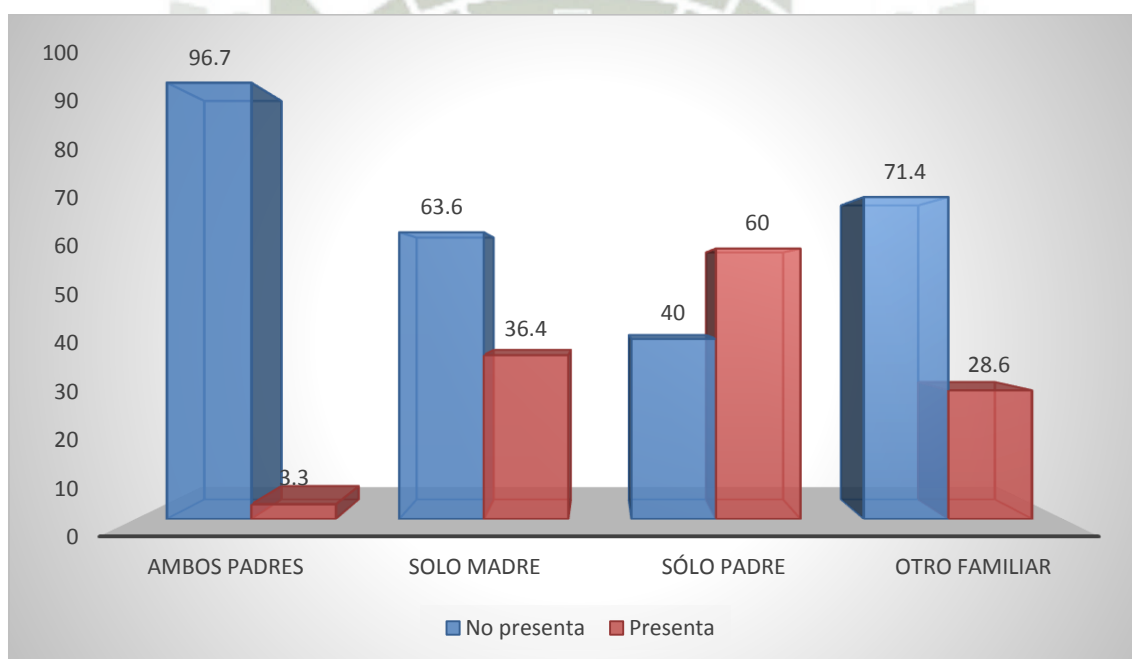
 $P = 0.008$ ($P < 0.05$) S.S.

En la presente tabla apreciamos la relación entre convivencia familiar y depresión, en la cual la mayoría de niños que viven solo con la madre presentan sintomatología de depresión Infantil con un 60%

Según la prueba estadística aplicada, chi-cuadrado, existe relación significativa entre la convivencia y la depresión.

GRÁFICO N°12

RELACIÓN ENTRE CONVIVENCIA FAMILIAR Y DEPRESIÓN EN NIÑOS DE
6 A 11 AÑOS EN LA I.E. MARIAM ROSSE CERRO JULI – JOSÉ LUIS
BUSTAMANTE Y RIVERO AREQUIPA, 2018.



Fuente: Elaboración Propia.

CONCLUSIONES

Primero: Los resultados nos muestran que los estudiantes de 6-11 años de edad de la I.E. Mariam Rosse Cerro Juli - José Luis Bustamante y Rivero – Arequipa, 2018 tienen como principales características: género femenino, entre la edad de 8-9 años, convivencia familiar de ambos padres, y grado de escolaridad fue de sexto grado.

Segundo: Los resultados indican que la sintomatología de depresión Infantil encontrada en los niños de 6-11 años de edad de la I.E. Mariam Rosse Cerro Juli - José Luis Bustamante y Rivero – Arequipa, 2018 es relevante debido a que presenta un 24.5% de disforia y un 43.4% de autoestima negativo teniendo en cuenta que un 41.5% presentó síntomas de mínimo a moderado y un 1.9% presentó síntomas de marcado a severo.

Tercero: Se puede evidenciar la relación entre los datos demográficos y la sintomatología de depresión Infantil que existe relación significativa entre disforia y edad, convivencia familiar, grado de escolaridad. Y también existe relación significativa entre autoestima negativa y edad, convivencia familiar, grado de instrucción. Existiendo también relación significativa entre la Depresión y edad, convivencia familiar.

RECOMENDACIONES

Teniendo los resultados de nuestra investigación, podemos recomendar lo siguiente a la Directora de I.E. Mariam Rosse, para mejorar la salud mental dentro de su Institución

Primero: Se recomienda a la plana docente, plana auxiliar (psicólogos) de la I.E. Mariam Rosse Cerro Juli - José Luis Bustamante y Rivero – Arequipa, 2018 prestar atención prioritaria a los niños que presentaron sintomatología de depresión infantil, siendo esto de suma importancia a nivel psicológico, social y emocional.

Segundo: Se recomienda a cada docente del nivel primario prestar atención e no solo el nivel cognitivo de cada uno de sus estudiantes, sino también en el nivel psicológico para un desarrollo adecuado.

Tercero: Se recomienda desarrollar talleres psicoterapéuticos y psicosociales para la detección y pronta ayuda y así poder obtener un mejor desarrollo psicológico, social y emocional así como también brindar charlas informativas a los padres de familia para el reconocimiento oportuno de la sintomatología de depresión infantil y de ese modo trabajar en conjunto a nivel total en la I.E. Mariam Rosse Cerro Juli - José Luis Bustamante y Rivero – Arequipa, 2018.

BIBLIOGRAFÍA WEB

1. Minsa.gob.pe, Modulo de Atención Integral de Salud Mental [sede web]. Av. Salaverry 801 – Jesús María: minsa.gob.pe; 2005 [acceso 17 de septiembre del 2017]. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/PROMOCION/820_MS-PROM14.pdf
2. Larepublica.pe, Arequipa Depresión de Niños [sede web].Cruz Verde 300B - Cercado: larepubluca.pe; 2014 [acceso 6 de noviembre del 2017]. Disponible en: <http://larepublica.pe/archivo/837754-arequipa-depresion-de-ninos-se-incrementa-en-100>
3. , Psicologosperu.blogspot.pe [sede web]: larepubluca.pe; 2014 [acceso 6 de noviembre del 2017]. Disponible en: <http://psicologosperu.blogspot.pe/2009/12/estadisticas-sobre-depresion.html>.

BLIOGRAFÍA

1. Acevedo Rabah NA, López Berna LD, Manjarrez Hernández AL, Estrategias de afrontamiento e ideación suicida en estudiantes del programa de Psicología de la Universidad de San Buenaventura Cartagena año 2015. Cartagena, T.PS 150 A174e CD-ROM. Psicología; 2017.
2. Ángel J, Noriega V, Karina D, Nebuay M, Noriega CV. Relación del desarrollo cognitivo con el clima familiar y el estrés de la crianza. 2005;10(2):161–8.
3. Basterra Gortari V, Ruiz Ruiz R. Comentarios sobre las diferencias de disforia de identidad de género entre niños y adolescentes. Revista de Psiquiatría y Salud Mental. Elsevier Doyma; 2016 Oct 1;9(4):233–4.
4. Belmaker RH, Agam G. Major Depressive Disorder. N Engl J Med. 2008 Jan 3;358(1):55–68.
5. Berger KS, Klajn DS, Latrónico A. Psicología del desarrollo: infancia y adolescencia. Editorial Medica Panamericana; 2007.
6. Craig GJ, Baucum D. Desarrollo psicológico. Pearson Educación de México; 2001. 696 p.
7. Duman EA, Canli T. Influence of life stress, 5-HTTLPR genotype, and SLC6A4 methylation on gene expression and stress response in healthy Caucasian males. Biol Mood Anxiety Disord. BioMed Central; 2015 Dec 14;5(1):2.
8. Durán C. El sentimiento de culpa. Kairós; 2016.
9. Eickmann SH, Emond AM, Lima M. Evaluation of child development:

- beyond the neuromotor aspect. J Pediatr (Versão em Port. Elsevier; 2016 May 1;92(3):S71–83.
10. Esteban J, Hernández V, García CV, Marisol A, Flórez A. DIAGNÓSTICO DE LAS CAUSAS QUE INFLUYEN EN EL BAJO NIVEL DE SATISFACCIÓN Y SENSACIÓN DE INFELICIDAD PERCIBIDA POR LAS PERSONAS AL INTERIOR DE LAS ORGANIZACIONES. 2014.
 11. Eugenio Fernández Escalada. Análisis de la Incapacidad Temporal desde la Atención Primaria. Med Segur Trab (Madrid). Instituto Nacional de Medicina y Seguridad del Trabajo; 2014;60:74–8.
 12. Gené-Badía J, Ruiz-Sánchez M, Obiols-Masó N, Oliveras Puig L, Lagarda Jiménez E. Aislamiento social y soledad: ¿qué podemos hacer los equipos de atención primaria? Atención Primaria. Elsevier Doyma; 2016 Nov 1;48(9):604–9.
 13. Hollenstein T, Tighe AB, Loughheed JP. Emotional development in the context of mother–child relationships. Curr Opin Psychol. Elsevier; 2017 Oct 1;17:140–4.
 14. Iglesia Católica. Papa (1963-1978 : Pablo VI), Pablo VI P. PSICOLOGÍA EVOLUTIVA DEL NIÑO (6 - 12 AÑOS). Ediciones Paulinas; 1960.
 15. Kleinman A. Culture and Depression. N Engl J Med. 2004 Sep 2;351(10):951–3.
 16. Kliegman RM, Stanton BMD, St. Geme J. Tratado de pediatría. Elsevier; 2016. 5036 p.
 17. Morales JH. Estética de la cotidianidad Un acercamiento desde la representación de la fealdad. e-ikon. 2015 Dec 15;2(2):62–9.
 18. Ortega Salazar S, Roa Varelo A, Tamez Guerra R. Educación y

- desarrollo psicoafectivo : una propuesta de prevención y promoción de la salud psicosocial en la infancia. Ediciones Uninorte; 2006.
19. Perpiñán Guerras S. La salud emocional en la infancia : componentes y estrategias de actuación en la escuela. 150 p.
20. Rice FP, Ortiz SME. Desarrollo humano : estudio del ciclo vital. Prentice-Hall Hispanoamericana; 1997.
21. Rodríguez González R, Fernández Orviz M. Desarrollo cognitivo y aprendizaje temprano. Universidad de Oviedo, Servicio de Publicaciones; 1997.
22. Rozzana Sánchez Aragón, Berenice Jiménez Rodríguez VPG, Rodríguez BJ, González VP. Medición y contrastes en mecanismos regulatorios de la tristeza en hombres y mujeres. Vol. 24, Psicología y Salud. Universidad Veracruzana, Instituto de Investigaciones Psicológicas; 2014. 221-234 p.
23. Sadock BJ, Ruiz P, Sadock VA. Sinopsis de psiquiatría : ciencias de la conducta, psiquiatría clínica. Wolter Kluwer; 2015. 1469 p.
24. Sílvia Palou Vicens. Sentir y crecer. El crecimiento emocional en la infancia: Propuestas educativas - Sílvia Palou Vicens - Google Books.
25. Tabernero C, Serrano A, Mérida R. Estudio comparativo de la autoestima en escolares de diferente nivel socioeconómico. Psicol Educ. No longer published by Elsevier; 2017 Jun 1;23(1):9–17.
26. Tabernero C, Serrano A, Mérida R. Estudio comparativo de la autoestima en escolares de diferente nivel socioeconómico. Psicol Educ. No longer published by Elsevier; 2017 Jun 1;23(1):9–17.
27. Trzesniewski KH, Robins RW, Roberts BW, Caspi A. Personality and

self-esteem development across the life span. Adv Cell Aging Gerontol. Elsevier; 2003 Jan 1;15:163–85.

28. Valiente RM, Sandín B, Chorot P. Miedos en la infancia y la adolescencia.. UNED - Universidad Nacional de Educación a Distancia; 2000. 236 p.
29. Universidad Femenina del Sagrado Corazón. Facultad de Psicología y Humanidades. VH. Phainomenon. Vol. 11, Phainomenon. UNIFE. Departamento de Filosofía y Teología; 2017. 23-34 p.





ANEXOS

ANEXO N°1 FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo **DELIA BARREDA DE LAZO** Directora de la **I.E. MARIAM ROSSE** hago constar de dar el consentimiento expreso para ser unidad de estudio en la investigación que presenta las Srtas. **BRIGITTE VALDIVIA CURSE Y GIANELLA GONZALES**, **Bachilleres de la facultad de enfermería**, titulada “SINTOMATOLOGÍA DE DEPRESIÓN INFANTIL EN NIÑOS DE 6 A 11 AÑOS DE LA I.E. MARIAM ROSSE CERRO JULI – JOSE LUIS BUSTAMANTE Y RIVERO - AREQUIPA, 2018”, con fines de obtención del Título profesional de Licenciadas en Enfermería.

Declaro que, como sujeto de la investigación, se informó a los padres de familia de los estudiantes que participaran en el estudio exhaustivo y objetivamente sobre la naturaleza, los objetivos, los alcances, fines y resultados de dicho estudio

Con lo expuesto, los padres de familia aceptaron la participación en dicho estudio.

En fe de lo expuesto anteriormente y como prueba de la aceptación consciente y voluntaria de las premisas establecidas en este documento, firmo:

Arequipa,

Firma de la Directora

DNI:

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA
FACULTAD DE ENFERMERIA
FORMULARIO DE PREGUNTAS SOBRE LA DEPRESION INFANTIL

Por favor marque una única opción

Población infantil de 6-11 años. Se trata de un cuestionario autoadministrado.

Edad:

Sexo: (M) (F)

Grado de educación:

Convivencia Familiar: Madre ... Padre ... OTROS

MARQUE

1	Estoy triste de vez en cuando	
	Estoy triste muchas veces.	
	Estoy triste siempre.	
2	Nunca me saldrá nada bien	
	No estoy seguro de si las cosas me saldrán bien	
	Las cosas me saldrán bien	
3	Hago bien la mayoría de las cosas.	
	Hago mal muchas cosas	
	Todo lo hago mal	
4	Me divierten muchas cosas	
	Me divierten algunas cosas	
	Nada me divierte	
5	Soy malo siempre	
	Soy malo muchas veces	
	Soy malo algunas veces	
6	A veces pienso que me pueden ocurrir cosas malas	
	Me preocupa que me ocurran cosas malas	
	Estoy seguro de que me van a ocurrir cosas terribles	

<u>7</u>	Me odio	
	No me gusta como soy	
	Me gusta como soy	
<u>8</u>	Todas las cosas malas son culpa mia	
	Muchas cosas malas son culpa mia	
	Generalmente no tengo la culpa de que ocurran cosas malas	
<u>9</u>	No pienso en matarme	
	Pienso en matarme pero no lo haría	
	Quiero matarme	
10	Tengo ganas de llorar todos los días	
	Tengo ganas de llorar muchos días	
	Tengo ganas de llorar de cuando en cuando	
11	Las cosas me preocupan siempre	
	Las cosas me preocupan muchas veces	
	Las cosas me preocupan de cuando en cuando	
12	Me gusta estar con la gente	
	Muy a menudo no me gusta estar con la gente	
	No quiero en absoluto estar con la gente	
<u>13</u>	No puedo decidirme	
	Me cuesta decidirme	
	Me decido fácilmente	

14	Tengo buen aspecto	
	Hay algunas cosas de mi aspecto que no me gustan	
	Soy feo	
15	Siempre me cuesta ponerme hacer los deberes	
	Muchas veces no me cuesta ponerme a hacer los deberes	
	No me cuesta ponerme hacer los deberes	
16	Todas las noches me cuesta dormirme	
	Muchas noches me cuesta dormirme	
	Duerme muy bien	
17	Estoy cansado de cuando en cuando	
	Estoy cansado muchos días	
	Estoy cansado siempre	
18	La mayoría de días no tengo ganas de comer	
	Muchos días no tengo ganas de comer	
	Como muy bien	
19	No me preocupa el dolor ni la enfermedad	
	Muchas veces me preocupa el dolor y la enfermedad	
	Siempre me preocupa el dolor y la enfermedad	
20	Nunca me siento solo	
	Me siento solo muchas veces	
	Me siento solo siempre	
21	Nunca me divierto en el colegio	
	Me divierto en el colegio de vez en cuando	
	Me divierto en el colegio muchas veces	

22	Tengo muchos amigos	
	Tengo muchos amigos pero me gustaría tener mas	
	No tengo amigos	
23	Mi trabajo en el colegio es bueno	
	Mi trabajo en el colegio no es tan bueno como antes	
	Llevo muy mal las asignaturas que antes llevaba bien	
24	Nunca podre ser tan bueno como otros niños	
	Si quier puedo ser tan bueno como otros niños	
	Soy tan bueno como otros niños	
25	Nadie me quiere	
	No estoy seguro de que alguien me quiera	
	Estoy seguro de que alguien me quiere	
26	Generalmente 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 peleo muchas veces	
	Me peleo siempre	