

UNIVERSIDAD SAN PEDRO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA



**Depresión en niños de la institución educativa N° 21577 fiscalizada
de varones de Paramonga, 2017**

Tesis para obtener el Título de Licenciado en Psicología

Autor:

Ricardo Espinoza Visitación

Asesora:

Mg. Erica Lucy Millones Alba

Chimbote – Perú

2018

Dedicatoria

Este trabajo tiene un significado muy especial,
por lo que le dedico:

A Dios, por ser el inspirador y mi fortalece para
darme fuerza y voluntad cada día

A mis padres y abuelos por su gran amor y apoyo
incondicional, gracias por todo lo recibido.

A mi hermana por ser mi motor para seguir
adelante.

Tony

AGRADECIMIENTOS

A Dios por bendecirme la vida, por la sabiduría brindada y por hacer realidad este sueño anhelado.

A la Mg. Erica Lucy Millones Alba por el aporte de sus conocimientos, experiencias y motivación.

Al Director de la Institución Educativa N° 21577 Fiscalizada de Varones, por su predisposición y apoyo para la realización de la presente investigación.

A la Universidad San Pedro por darme la oportunidad de estudiar y ser un profesional.

Espinoza Visitación Tony Ricardo

DERECHO DE AUTORÍA

Se reserva esta propiedad intelectual y la información de los derechos de los autores en el DECRETO LEGISLATIVO 822 de la República del Perú. El presente informe no puede ser reproducido ya sea para venta o publicaciones comerciales, solo puede ser usado total o parcialmente por la universidad San Pedro para fines didácticos. Cualquier uso para fines diferentes debe tener antes nuestra autorización correspondiente.

La Escuela Académico Profesional de Psicología de la Facultad de Ciencias de la Salud de la universidad San Pedro ha tomado las preocupaciones razonables para verificar la información contenida en esta publicación.

Espinoza Visitación Tony Ricardo

ÍNDICE DE CONTENIDOS

ACTA DE SUSTENTACION	¡Error! Marcador no definido.
Dedicatoria	iii
AGRADECIMIENTOS	iv
DERECHO DE AUTORÍA	v
ÍNDICE DE CONTENIDOS	vi
ÍNDICE DE TABLAS	7
PALABRAS CLAVE	8
RESUMEN	9
ABSTRACT	10
INTRODUCCIÓN	1
1. Antecedentes y fundamentación científica	1
2. Justificación de la investigación	8
3. Problema	8
4. Conceptualización y operacionalización de variables	8
5. Objetivos	10
METODOLOGÍA	11
1. Tipo y diseño de investigación	11
2. Población y muestra	11
3. Técnica e instrumentos de investigación	12
4. Procesamiento y análisis de los datos	13
RESULTADOS	13
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	27
Conclusiones	31
Recomendaciones	33
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	33
ANEXOS	36

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Matriz de operacionalización de la variable	8
Tabla 2. Distribución de los niveles de la dimensión total depresivo en los niños de la institución educativa de Paramonga	13
Tabla 3. Distribución de los niveles de la dimensión Total positivo en los niños de la Institución Educativa de Paramonga	14
Tabla 4. Distribución de los niveles de la dimensión Total positivo en los niños de la Institución Educativa de Paramonga	15
Tabla 5. Nivel de la sub escala de problemas sociales en los niños de la Institución Educativa de Paramonga	16
Tabla 6. Distribución de los niveles de la sub-escala de autoestima negativa en los niños de la Institución Educativa de Paramonga	17
Tabla 7. Distribución de los niveles de la sub-escala de preocupación por la muerte/salud en los niños de la Institución Educativa de Paramonga	18
Tabla 8. Distribución de los niveles de la sub-escala de Sentimientos de Culpabilidad en los niños de la Institución Educativa de Paramonga	19
Tabla 9. Distribución de los niveles de la sub-escala de Depresivos varios en los niños de la Institución Educativa de Paramonga	20
Tabla 10. Distribución de los niveles de la sub-escala de Ánimo-Alegría en los niños de la Institución Educativa de Paramonga	21
Tabla 11. Distribución de los niveles de la sub-escala de positivos varios en los niños de la Institución Educativa de Paramonga	22

PALABRAS CLAVE

Depresión, total depresivo, total positivo, niños, institución educativa

KEYWORDS

Depresión, total depresivo, total positivo, niños, institución educativa

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

Área : Ciencia Medicas y de la Salud

Sub Área : Ciencia de la Salud

Disciplina : Salud Publica

Línea : Psicología Clínica y de la Salud

RESUMEN

El objetivo del presente estudio fue describir el nivel de depresión en niños de la institución educativa 21577 de la ciudad de Paramonga, fue un tipo de investigación básica, descriptiva y no experimental; para obtener la información se utilizó el Children's Depression Scale (CDS) de Lang y Tisher (1978), estandarizado en Perú por Loayza y Vincés (2000), así mismo, la muestra estuvo compuesta por 86 niños y niñas entre 8 y 10 años de edad. Como resultados destacan que en la dimensión total depresivo, el 23.3% de los niños y niñas están en el nivel alto, el 47.7% en el moderado y el 29.1% en el bajo; en la dimensión total positivo, el 25.6% de los niños y niñas se ubican en el nivel alto, el 53.5% en el moderado y el 20.9% en el nivel bajo. Asimismo se presentan resultados de las sub-escalas de las dimensiones total depresivos (el 61.6% de los niños están en el nivel moderado en respuestas afectivas negativas, 60.5% moderado en problemas sociales, 58.1% moderado en autoestima negativa, 48.8% moderado en preocupación por la muerte /salud y depresivos varios, 45.3% moderado en sentimientos de culpabilidad) y en la dimensión total positivos (el 57.0% de los niños presentan un nivel moderado en ánimo – alegría y 54.7% moderado en positivos varios).

Palabras clave: Depresión, total depresivo, total positivo, niños, institución educativa

ABSTRACT

The objective of the present study was to describe the level of depression in children of the educational institution 21577 of the city of Paramonga, it was a type of basic, descriptive and non-experimental research; To obtain the information, the Children's Depression Scale (CDS) of Lang and Tisher (1978), standardized in Peru by Loayza and Vinces (2000), was used. Likewise, the sample consisted of 86 boys and girls between 8 and 10 years of age. As results, they highlight that in the total depressive dimension, 23.3% of boys and girls are in the high level, 47.7% in the moderate and 29.1% in the low level; in the positive total dimension, 25.6% of boys and girls are located in the high level, 53.5% in the moderate and 20.9% in the low level. Likewise, results of the sub-scales of the total depressive dimensions are presented (61.6% of the children are in the moderate level in negative affective responses, 60.5% moderate in social problems, 58.1% moderate in negative self-esteem, 48.8% moderate in concern by death / health and several depressives, 45.3% moderate in feelings of guilt) and in the total positive dimension (57.0% of children have a moderate level in mood - joy and 54.7% moderate in positive positives).

Keywords: Depression, total depressive, positive total, children, educational institutio

INTRODUCCIÓN

1. Antecedentes y fundamentación científica

La depresión, es un desorden que disminuye las funciones mentales normales, presente en todas las etapas del ciclo vital, éstos síntomas se relacionan con el ánimo, el pensamiento y la actividad (Saad, Belfort, Camarena, Chamorro y Martínez, 2010), quiere decir que éstos elementos se encuentran descendidos y se expresan en tristeza durante, la mayoría del día y casi todos los días; el pensamiento sufre cambios en su forma (se torna subjetivamente lento, con dificultades en la capacidad de atención y memoria) y en su contenido (el mundo es cogido desde una perspectiva negativa - concordante con el estado de ánimo, desesperanza, culpa, ideación suicida, autor referencia, etc.); y por último, ésta actividad puede disminuir con pérdida del deseo o asociarse a un enlentecimiento psicomotor con o sin alteraciones en el ritmo biológico como hipersomnia diurna y/o insomnio (Martínez y Belfort 2010, p. 424)

El 21% de los niños peruanos sufre de depresión y en algunos casos esta puede desencadenar en un suicidio. La tristeza persistente, los pensamientos incontrolables, las expresiones suicidas o actuaciones autodestructivas, la desesperanza, el aburrimiento y la falta de energía y desinterés en las actividades cotidianas y favoritas, así como la incapacidad para disfrutar de ellas son algunos de los síntomas del mal (Macher, 2008)

La depresión es un padecimiento en el mundo, y se deduce que afecta a más de 300 millones de personas. Esta puede convertirse en un problema de salud muy seria, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave. En el mundo, cada año se suicidan aproximadamente 800, 000 personas, siendo la segunda causa de muerte en el grupo de 15 a 29 años de edad, esta enfermedad afecta más a las mujeres que al varón (OMS, 2018)

La depresión es un fenómeno social y de la salud que preocupa a padres, jóvenes y expertos de todo el mundo, en esto se incluyen las redes de comunicación como un nuevo ámbito de socialización. Los jóvenes de hoy tienen la reputación de ser "más frágiles", menos resistentes a las emociones y viven más abrumados por las condiciones de vida que sus padres. Los especialistas señalan que este resultado procede de momentos angustiante que los jóvenes atraviesan actualmente. La ansiedad y la depresión en niños y adolescentes han ido en aumento desde el 2012, esto afecta a toda una generación sin distinción de edad, género o clase social (Tendencias 2016)

Según el Instituto de Salud Mental Honorio Delgado, señala que en el Perú el 6% de la población mayor de 15 años tiene al menos un episodio depresivo en el año; durante la época escolar existe una gran presión en los niños y adolescentes para que obtengan buenas notas, a esto se suman los problemas familiares, el acoso escolar y la presión académica puede generar alta perturbación y vulnerabilidad en la salud, (RPP Vital 2018). En esta misma línea Pacheco y Chaskel, (2016), resalta que en la presencia de depresión y ansiedad, existe una baja autoestima, distorsiones cognitivas, el pobre desempeño escolar y las deficiencias en sus habilidades sociales, las mismas que pueden contribuir al desarrollo de la depresión.

En la ciudad de Paramonga, especialmente en la institución educativa, los profesores señalan que existe estudiantes que se muestran sin iniciativa de participar en clases, poco sociables con sus compañeros, con una actitud de desgano, además se muestran triste fácilmente, quedándose callado muchas veces o enojado, hablando en voz alta ante una llamada de atención, además de mostrar bajo rendimiento académico.

En estas circunstancias Ubaldo y Quiñones (2014), investigaron la Depresión infantil en 201 estudiantes de educación primaria de Huaraz entre varones y mujeres, se obtuvo como resultados que el 17.9%, presentan síntomas de depresión en nivel alto, 62.9% en nivel promedio, y tendencia a los síntomas depresivos el 12.9%, presentándose la mayor incidencia entre las edades de nueve a diez años y en el sexo femenino. En esta misma orientación Ávila y Espinoza (2016), al estudiar los indicadores de depresión en niños de cuarto a sexto grado de primaria en la ciudad de

Huancayo, a través del Cuestionario de Depresión Infantil (CDI) de Kovacs con 416, los datos resaltan que el 26% presentan síntomas depresivos de manera mínima y moderada; asimismo, los niños de colegios estatales presentan mayor prevalencia de síntomas depresivos que los de colegios particulares.

Entre los estudios internacionales, resaltan el de Abello, Cortés, Barrós, Mercado y Solano, (2014), al dar a conocer la prevalencia de la depresión infantil en colegios de Barranquilla, para lo cual utilizó el Inventario de Depresión Infantil (CDI) de Kovacs, con una muestra de 178 estudiantes. El 15.73% presentan sintomatología de depresión, la prevalencia es mayor en las niñas que en los niños y concluye que entre los 11 y 12 años se reportan el mayor número de casos, siendo uno de los factores de mayor frecuencia, la autoestima negativa.

Es preciso señalar a Pacheco y Chaskel (2016), quienes sostienen que en la etiopatogenia de la depresión existen múltiples factores que están asociados el surgimiento o aparición, la duración y la recurrencia de trastornos depresivos en la infancia y la adolescencia; por lo que no existen causas únicas claramente definidas, por lo que pueden evidenciarse factores genéticos, ambientales, eventos vitales y las propias características del individuo. Si bien es cierto, en esta enfermedad resaltan los factores genéticos, aún no se han logrado establecer asociaciones claras con algún gen o grupo de genes en especial; sin embargo se han observado que los hijos de padres depresivos son tres veces más propensos a experimentar depresión. Del 20% al 50% de los jóvenes que presentan el trastorno durante la infancia o adolescencia, tienen una historia familiar de depresión u otro desorden mental; en cuanto a los niños que desarrollan la enfermedad, es más común que uno de los padres también haya padecido depresión en edades tempranas; sin embargo, aún no se tiene muy claro, la relación de estos genes con la depresión infantil (Pacheco y Chaskel, 2016).

Otros factores, son los ambientales los mismos que están asociados con la depresión en niños y adolescentes, entre estos se encuentran, el abuso sexual, el abandono, los divorcios de los padres, pérdidas afectivas de personas cercanas y en inclusive los desastres naturales. Otros, pueden ser los eventos vitales como los duelos,

las enfermedades médicas crónicas, los factores socioeconómicos, la pertenencia a grupos marginales, el bullying o cualquier otro, que el niño o adolescente interprete como traumático (Hernández, Méndez y Garber 2014)

Por su parte, Vinaccia, et al (2006), en el oriente antioqueño, estudió a 768 personas entre los 8 y 12 años, residentes en el municipio de La Ceja (Antioquia), encontraron una prevalencia de sintomatología depresiva en un 25.2% de la muestra, lo que evidencia que existe una alta sintomatología depresiva en niños escolares en esta parte de país Colombiano; en esta misma línea Sánchez, Sarmiento y Serrano (2012) identificaron la prevalencia y los factores de riesgo asociados a la conducta depresiva en niños y niñas de 33 escuelas rurales del cantón Cuenca entre el 2010 – 2011, con una muestra de 403 reportándose un 12%, con depresión grave, 24.8% depresión moderada y una prevalencia de depresión infantil de 36.8%.

En la depresión de los niños, aun no se ha construido una proposición diagnóstica contundente, que si se han realizado con los adultos; sin embargo, los autores llaman la atención a que ciertas técnicas e instrumentos, pueden recoger falsos positivos, ya que la tristeza también se presenta en otros grupos o enfermedades; al respecto Saklofske (2001), puntualiza que los síntomas depresivos, varían de acuerdo a cada niño y a la etapa de desarrollo en la que se encuentra, y pone de manifiesto algunos signos y síntomas a tener en cuenta, por ejemplos: Un estado de ánimo irritable o depresivo, pérdida de interés o placer, la baja autoestima, aislamiento social, sentimientos de minusvalía, agitación, sentimientos de desesperación, dificultad para concentrarse, quejas físicas, aumento o disminución de peso, problemas en el sueño, autoagresión, entre otras.

En esta misma línea de entendimiento, Pacheco y Chaskel (2016), asumen que los niños preescolares de 3 a 6 años de edad, el síntoma más frecuente es la ansiedad, las fobias escolares y los trastornos de eliminación (encopresis y enuresis). Se observan también, gestos y rostros, tristes, indiferentes o inexpresivos, escasa o nula socialización, habla poco y no se relaciona con otros; hay disminución del apetito sin causa aparente, somatizaciones como cefaleas y dolores abdominales, irritabilidad y

rabietas frecuentes. También pueden presentar bajo peso, retraso psicomotor o dificultad en el desarrollo emocional. Asimismo pueden manifestar aburrimiento, culpabilidad y en ocasiones, ideas recurrentes de muerte, conductas de autorriesgo, bajo rendimiento escolar y fobia escolar.

De las consideraciones antes expuestas, es pertinente destacar que el enfoque de la depresión aquí expuesta y que a la vez sustenta la variable de estudio, está referida a lo expresado por Lang y Tisher, (2003 en Chávez 2017) quienes explican que la depresión en niños, son un grupo de síntomas que muestran y se expresan como un concepto negativo de sí mismo, preocupación por la muerte, estado de tristeza, soledad, disminución de su capacidad para encontrar satisfacción e irritabilidad.

De acuerdo a éstos razonamientos, se visualizan las explicaciones de Beck y Kovacs, (1976, en Alayo 2017), para identificar la depresión infantil, en donde manifiestan la necesidad de considerar a la familia y al entorno social de la escuela, por el hecho que tiene mucha importancia las observaciones de las personas que los rodean, entre ellos a los padres, pares y los profesores.

Es evidente entonces, que las características e indicadores principales que explican este modelo recae en el modelo cognitivo de la depresión expuesto por Beck (1976 en Chávez 2017), donde expone a la depresión en función a la triada cognitiva y los esquemas; no solo para los adultos, sino también para niños. Este es un modelo de corte clínico, sin embargo la propia teoría se ha ido redefiniendo con el tiempo y ello se puede explicar desde una serie de eslabones que lo constituyen las experiencias negativas tempranas, (las críticas y el rechazo de los padres), así mismo, éstas experiencias generan los esquemas o actitudes mentales disfuncionales, (“si no soy amado por las personas entonces no soy valioso”), las cuales no son accesibles verbalmente de manera inmediata, por lo que se convierten en esquemas latentes, (Hervás, Hernangómez y Romero, 2010)

Como consecuencia de los esquemas disfuncionales provienen los sesgos de procesamiento y surgen como consecuencia, los pensamientos negativos (“soy un estúpido”, “no valgo para nada”), y por consiguiente éstos reflejan una visión negativa de uno mismo, del mundo y del futuro, la que vendrá a ser triada cognitiva, que es la que precede inmediatamente a la depresión (Vázquez, et al. 2010)

Así mismo, los esquemas cognitivos son patrones que se objetivan cuando una persona reacciona de modo consistente a estímulos similares en diferentes situaciones y son elementos clave del modelo cognitivo y son representaciones relativamente duraderas del conocimiento y de experiencias anteriores (Beck y Clark, 1988). Son estructuras relativamente permanentes que se organizan a través de la experiencia previa y permiten copiar, codificar y evaluar el rango total de estimulación interna y externa, de esta manera deciden el curso de la acción que dirigen la percepción, la

codificación, organización, almacenamiento y recuperación de la información, procediendo como “filtros cognitivos”. Por su parte, los estímulos ajustados a los esquemas del sujeto se atienden, elaboran y codifican, mientras que la información que no es consistente con tales esquemas se ignora y olvida (Vázquez, et al. 2010)

Diversas investigaciones, entre estas la de Alloy et al., (2009) han demostrado que en los hijos que han sufrido abuso verbal con descalificaciones personales es más probable que generen un esquema cognitivo negativo, por ejemplo una mayor tendencia a auto-inculparse y una mayor probabilidad de sufrir episodios depresivos. De todo esto se desprende que las experiencias tempranas, como la educación, la pobreza, los modelos cercanos, el abuso físico y emocional, así como los estilos de apego inseguros, son capaces de generar una serie de estructuras cognitivas, llamados esquemas cognitivos, a través de los cuales se determina la forma de procesar la información. En estos estilos de procesamiento de la información, se manifestarían los sesgos cognitivos, que a decir de Beck, se producirían en la atención, memoria, atribuciones causales, interpretación, etc. (Vázquez, et al. 2010)

De igual manera, la triada cognitiva, pone de manifiesto que las personas deprimidas poseen un patrón cognitivo caracterizado por una visión negativa de sí mismo, de sus experiencias y del futuro; siendo la desesperanza por el futuro el factor principal. Los niños se ven a sí mismo de una manera negativa y de este modo se siente inútil, que nunca hace bien las cosas y nadie lo quiere, interpreta las situaciones o acciones de manera negativa, cuestiona de hecho que no tendrá éxito en el futuro.

En este sentido, Beck, Rush, Shaw y Emery, (1979 en Lozano et.al 2016), los sesgos cognitivos favorecen la aparición de pensamientos negativos sobre sí mismo, el mundo y el futuro, en consecuencia tienden a imputar sus experiencias desagradables a un defecto personal, de tipo psicológico, moral o físico; por otro lado, entienden que el mundo les hace demandas exageradas o les presenta obstáculos insuperables para alcanzar sus objetivos. Además se anticipan a que sus dificultades y sufrimientos actuales continuarán indefinidamente. Estas tres dimensiones o grupos de juicios negativos son llamados la Tríada Cognitiva negativa de la depresión, la misma

que constituye otro principio central de esta teoría, al considerarse responsable del mantenimiento y exacerbación del resto de síntomas depresivos (Beck, 1987)

2. Justificación de la investigación

El presente trabajo busca describir el nivel de depresión en niños en la Institución Educativa N° 21577 Fiscalizada de varones de Paramonga, ya que es necesario tener mayor conocimiento científico sobre la depresión en la población infantil, cabe señalar que son pocos los estudios realizados para evaluar esta variable problemática en el distrito de Paramonga y en el Perú en general.

En este sentido, la investigación es relevante en su fase teórica porque permite la recopilación de información a través del análisis científico que permitan incrementar evidencias conceptuales de los resultados que se obtengan de la variable depresión y así aumentar la documentación para futuras investigaciones.

Es relevante desde el punto de vista práctico porque a través de los resultados llevará a generar programas de intervención y/o prevención para los niños que presentan síntomas depresivos en la Institución Educativa.

3. Problema

¿Cuál es el nivel de depresión por dimensiones que presentan los niños de la Institución Educativa N° 21577 Fiscalizada de Varones de Paramonga, 2017?

4. Conceptualización y operacionalización de variables

Tabla 1. Matriz de operacionalización de la variable

Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Índice	Escala
		La depresión es una	agrupación	
		de síntomas	que	Total
		demonstran un estado	depresivo	

de ánimo de tristeza,
 auto concepto
 negativo, soledad,
 disminución de
 su capacidad
 para encontrar
 satisfacción,
 preocupación por
 la muerte e
 irritabilidad, (Lang y
 Tisher, 2003 en Chávez
 2017) Respuesta

afectiva negativa Alto
 85 a más Ordinal
 Problemas

sociales

Autoestima Moderado
 negativa 20 al 80

Preocupación por la muerte/salud Bajo
 Menos de 15

Sentimiento de culpabilidad

Depresivo varios

Total positivo Ánimo-Alegría
 Positivos varios

5. Objetivos

Objetivo General

Describir el nivel de depresión por dimensiones en los niños de la Institución Educativa de N° 21577 Fiscalizada de Varones de Paramonga, 2017.

Objetivos Específicos

Describir el nivel de la sub escala de *respuesta afectiva negativa* en los niños de la Institución Educativa N° 21577 Fiscalizada de Varones de Paramonga, 2017.

Describir el nivel de la sub escala de *problemas sociales* en los niños de la Institución Educativa N° 21577 Fiscalizada de Varones de Paramonga, 2017.

Describir el nivel de la sub escala de *autoestima negativa* en los niños de la Institución Educativa N° 21577 Fiscalizada de Varones de Paramonga, 2017.

Describir el nivel de la sub escala de *preocupación por la muerte/salud* en los niños de la Institución Educativa N° 21577 de Paramonga, 2017.

Describir el nivel de la sub escala de *sentimientos de culpabilidad* en los niños de la Institución Educativa N° 21577 de Paramonga, 2017.

Describir el nivel de la sub escala de *depresivos varios* en los niños de la Institución Educativa N° 21577 de Paramonga, 2017.

Describir el nivel de la sub escala *ánimo-alegría* en los niños de la Institución Educativa N° 21577 de Paramonga, 2017.

Describir el nivel de la sub escala *positivo varios* en los niños de la Institución Educativa N° 21577 de Paramonga, 2017.

METODOLOGÍA

1. Tipo y diseño de investigación

De acuerdo al criterio de la orientación del estudio, constituye una investigación básica y descriptiva, por que busca especificar propiedades y características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice (Hernández, Baptista y Baptista 2006, p, 102).

El diseño utilizado fue el no experimental; ya que se realizó sin la manipulación deliberada de variables y en el cual solo se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos (Hernández et al., 2010). También es transeccional o transversal, porque se recolectan los datos en un solo momento.

El diseño se puede graficar de la siguiente manera:

M -----O

Dónde:

M: Niños

O: Depresión

2. Población y muestra

Población.- La población estuvo conformada por 203 niños y niñas perteneciente al nivel de educación primaria, cuyas edades fluctúan entre los 6 a 12 años de edad, de ambos sexos matriculados en el año escolar 2017 de la Institución Educativa 21577 Fiscalizada de Varones de la ciudad de Paramonga - Lima.

Muestra.- La muestra estuvo compuesta por 86 niños y niñas entre 8 y 10 años de edad, pertenecientes al tercero, cuarto y quinto grado de estudios, matriculados en el año escolar 2017. La muestra se ha determinado a través del muestreo no probabilístico de tipo intencional o criterial (Hernández, et al. 2006, p, 240, 241) porque tiene la finalidad de seleccionar la muestra buscando que sea representativa de la población de donde es extraída y de acuerdo al criterio e interés del investigador.
Criterios de inclusión.

Niños y niñas matriculados en el nivel primario en el año académico 2017

52 varones y 34 mujeres

Edades entre los 8 y 10 años.

Niños y niñas cuyos padres manifiesten su consentimiento de que su niño participe en el estudio.

Participación voluntaria.

Criterios de exclusión.

Niños y niñas que no desearon participar

Niños y niñas que no asistieron en la fecha y horario de recojo de la información.

Niños y niñas cuyos padres no manifiesten su consentimiento de que su hijo (a) participe en el estudio.

2 niños y 2 niñas con trastorno del desarrollo intelectual.

3. Técnica e instrumentos de investigación

La técnica utilizada fue la encuesta que consiste en recolectar información sobre opiniones, conocimientos, actitudes y sugerencias para lo cual se utilizan instrumentos estandarizados.

Se empleó el Cuestionario de Depresión para niños-CDS (Lang y Tisher, 1978), adaptado en Lima-Perú por Loayza y Vines; 2000.

Este instrumento fue creado por Lang y Tisher en Australia y adaptado en Lima Metropolitana por Loayza y Vines, 2000. La aplicación es individual o colectiva, para niños y adolescente entre 8 a 16 años. El tiempo de duración del cuestionario de depresión en niño es de 45 minutos en niños y 25 minutos en adolescentes.

Consta de 66 ítems escala Likert de los cuales 18 son positivos y 48 depresivos, en donde el niño debe señalar la alternativa que más se adecúe a cómo piensan o sienten. De este modo, el evaluado clasifica su respuesta dentro de 5 opciones: muy de acuerdo recibiendo una calificación de cinco puntos, de acuerdo obteniendo cuatro puntos, no estoy seguro consiguiendo tres puntos, en desacuerdo alcanzando dos puntos y muy en desacuerdo logrando un punto. Este cuestionario cuenta con dos dimensiones independientes: total depresivo y total positivo

Confiabilidad. Para establecer el grado de confiabilidad de la prueba se escogieron dos tipos de análisis: el método test-retest y el de consistencia interna. En relación a la confiabilidad test-retest, los coeficientes de correlación de Pearson obtenidos fueron superiores al 0.5. Con relación a la Consistencia interna los índices de confiabilidad Alfa de Cronbach obtenidos para las ocho áreas se encuentran entre 0.63 y 0.80 lo que demostró confiabilidad en el cuestionario.

Validez. Con respecto a la validez concurrente se establecieron los coeficientes de correlación de Pearson entre el CDS y la versión peruana adaptada del CDI por Reátegui (1994) Los coeficientes de correlación encontrados van desde 0.6 hasta 0.7.

4. Procesamiento y análisis de los datos

El procesamiento de la información se realizó a través del programa SPSS – versión 21 donde se ingresaron los datos y el análisis de la información se llevó a cabo a través de la estadística descriptiva, haciendo uso de las tablas de frecuencia y porcentajes. Cada tabla se ha interpretado siendo coherentes con los objetivos planteados

RESULTADOS

Dimensión Total depresivo en niños de la Institución educativa de Varones

En la tabla 2, se observa que un 23.3% de los niños estudiados se ubica en el nivel alto, el 47.7% en el nivel moderado y el 29.1% en el nivel bajo de la dimensión total depresivo

Tabla 2. Distribución de los niveles de la dimensión total depresivo en los niños de la institución educativa de Paramonga

Nivel total	Frecuencia	Porcentaje depresivo
Alto	20	23,3
Moderado	41	47,7
Bajo	25	29,1
Total	86	100,%

Dimensión total positivo en niños de la I.E N° 21577 Fiscalizada de Varones

En la tabla 3 de la dimensión total positivo, se observa que el 25.6% de los niños estudiados se ubican en el nivel alto, el 53.5% en el nivel moderado y el 20.9% en el nivel bajo.

Tabla 3. Distribución de los niveles de la dimensión Total positivo en los niños de la Institución Educativa de Paramonga

Nivel de total positivo	Frecuencia	Porcentaje
Alto	25	29,1
Moderado	41	47,7
Bajo	20	23,3
Total	86	100,0

Nivel de las Sub-escalas Total Depresivo

En la tabla 4 se observa en la sub-escala de Respuesta Afectiva negativa que un 30.2% de los niños estudiados se ubica en el nivel alto, un 61.6% en el nivel moderado y el 8.1% en el nivel bajo.

Tabla 4. Distribución de los niveles de la dimensión **Total positivo** en los niños de la Institución Educativa de Paramonga

Nivel de Respuesta afectiva	Frecuencia	Porcentaje
Alto	26	30,2
Moderado	53	61,6
Bajo	7	8,1
Total	86	100,%

tabla observa

En la 5 se que en la sub-escala de problemas sociales, el 24.4% de los niños y niñas estudiados se ubica en el nivel alto, el 60.5% en el nivel moderado y el 15.1% en el nivel bajo.

Moderado	52	60,5
Bajo	13	15,1
		100,%

En la tabla observa en la sub-escala de

Total 86

Tabla 5. Nivel
de la sub
escala de

<i>problemas</i>	Nivel	Frecuencia	Porcentaje	<i>sociales</i>
<i>en los niños</i>	Alto			<i>de la</i>

Institución Educativa de Paramonga

En la tabla observa en la sub-escala de

21

24,4

En la tabla observa en la sub-escala de

6 se Autoestima Negativa que el 25.6% de los niños y niñas estudiados se ubican en el nivel alto, el 58.1% en el nivel moderado y el 16.3% en el nivel bajo.

Tabla 6. Distribución de los niveles de la sub-escala de autoestima negativa en los niños de la Institución Educativa de Paramonga

Nivel autoestima negativa	Frecuencia	Porcentaje
Alto	22	25,6
Moderado	50	58,1
Bajo	14	16,3
Total	86	100,%

En la tabla observa en la sub-escala de

En la tabla observa en la sub-escala de

7 se Preocupación por la muerte/Salud que el

25.6% de los niños y niñas estudiados se ubican en el nivel alto, el 48.8% en el nivel moderado y el 25.6% en el nivel bajo

Moderado	22	25,6
Bajo	42	48,8
Total	22	25,6
	<hr/>	<hr/>

En la tabla observa en la sub-escala de

_____ 86 100,%

Tabla 7.

Distribución de los niveles de la sub-escala de preocupación por la muerte/salud en los niños de la Institución Educativa de Paramonga

Nivel de preocupación por la muerte y la Salud	Frecuencia	Porcentaje
--	------------	------------

En la tabla observa en la sub-escala de

8 se sentimientos de culpabilidad que el 18.6% de los niños y niñas estudiados se ubican en el nivel alto, el 45.3% en el nivel moderado y el 36.0% en el nivel bajo.

Tabla 8. *Distribución de los niveles de la sub-escala de Sentimientos de Culpabilidad en los niños de la Institución Educativa de Paramonga*

Nivel de sentimientos de culpabilidad	Frecuencia	Porcentaje
Alto	16	18,6
Moderado	39	45,3
Bajo	31	36,0
Total	86	100,%

En

la tabla 9 se observa en la sub-escala de depresivos varios que un 16.3% de los niños estudiados se ubica en el nivel alto, un 48.8% en el nivel moderado y el 34.9% en el nivel bajo.

Tabla 9. Distribución de los niveles de la sub-escala de **Depresivos varios** en los niños de la Institución Educativa de Paramonga

Nivel Depresivos	Frecuencia	Porcentaje
Varios		
Alto	14	16,3 %
Moderado	42	48,8 %
Bajo	30	34,9 %
Total	86	100 %

Nivel de las Sub-escalas de la dimensión Total Positivo

En la tabla 10 se observa en la sub-escala de ánimo-alegría que el 20.9% de los niños estudiados se ubican en el nivel alto, el 57.0% en el nivel moderado y el 22.1% en el nivel bajo estado de ánimo - alegría

*Tabla 10. Distribución de los niveles de la sub-escala de **Ánimo-Alegría** en los niños de la Institución Educativa de Paramonga*

Nivel de Ánimo - Alegría	Frecuencia	Porcentaje
Alto	18	20,9
Moderado	49	57,0
Bajo	19	22,1
Total	86	100,0

En la tabla 11 se observa en la sub-escala de positivos varios que un 24.4% de los niños estudiados se ubica en el nivel alto, un 54.7% en el nivel moderado y el 20.9% en el nivel bajo.

Tabla 11. *Distribución de los niveles de la sub-escala de positivos varios en los niños de la Institución Educativa de Paramonga*

Nivel Positivos varios	Frecuencia	Porcentaje
Alto	21	24,4
	47	54,7
Moderado	18	20,9
	86	100,0
Bajo		
Total		

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

La depresión en niños son síntomas que demuestran un concepto negativo, preocupación por la muerte, estado de ánimo de tristeza, soledad, disminución de su capacidad para encontrar satisfacción, irritabilidad (Lang y Tisher, 2003) citado por Chávez, 2017.

En esta dirección, los resultados del presente estudio demuestran que el 23.3% de los niños y niñas se ubican en el nivel alto, el 47.7% en el nivel moderado y el 29.1% en el nivel bajo; esto con referencia a las características de la dimensión *total depresivo* que mencionan respuestas afectivas que son negativas, las dificultades en la interacción social, el aislamiento y la soledad del niño, a los sentimientos, conceptos y actitudes de tipo negativo hacia su propia autoestima y valor, a los sueños y fantasías en relación con la enfermedad y con la muerte, asimismo a los sentimientos auto-punitivos. Estos resultados son semejantes a los encontrados por Ubaldo y Quiñones (2014) quienes dan a conocer que el 17.9% presentan síntomas de depresión en nivel alto, 62.9% en nivel promedio, con una tendencia a los síntomas depresivos y el 12.9% en el nivel bajo con ausencia de sintomatología de la depresión. Asimismo, Sánchez, Sarmiento, y Serrano (2012) en Colombia obtuvieron que el 12% presentó depresión grave, 24.8% depresión moderada. Se puede destacar que las cifras concuerdan entre sí o son muy semejantes a pesar de pertenecer a otros países.

En este sentido se puede mencionar que el niño que desarrolla una depresión, ha sufrido experiencias tempranas negativas que generan en sus pensamientos esquemas cognitivos inadecuados o pensamientos irracionales, activándose los esquemas en circunstancias similares, apareciendo la triada de la depresión la cual es considerada como la visión negativa de uno mismo, del mundo y del futuro. En este sentido, el modelo cognitivo enfatiza en el rol de las creencias de los estilos inferenciales o de los sesgos en el procesamiento de la información como factores de vulnerabilidad incrementan el riesgo de sufrir depresión cuando las personas experimentan eventos de vida estresantes tal como lo plantea Beck, Rush, Show y Emery (citado en Caballo y Simón, 2003). A partir de esto se puede inferir que los niños que sufren este desorden se convierten en una población a riesgo, ya que es una enfermedad que produce una alta

morbi-mortalidad para el riesgo suicida, conductas auto lesivas; además de experimentar un alto grado de sufrimiento subjetivo explicado por la presencia de síntomas tales como el ánimo negativo, la anhedonia, la percepción de ineficacia, los problemas interpersonales y la autoestima negativa tal como los denota Vinaccia, Gaviria, Atehortúa, Martínez, Trujillo y Quinceno (2006)

Con referencia a la sub escala de *respuesta afectiva negativa* se encontró que el 30.2% de los niños y niñas investigados se ubican en el nivel alto, el 61.6% en el nivel moderado y el 8.1% en el nivel bajo. Esta sub-escala alude al estado de humor de los sentimientos del evaluado, y las puntuaciones altas reflejarían sentimientos de desesperación y tristeza del niño; En lo concerniente a sub-escala de *Problemas sociales* se encontró que el 24.4% de los niños y niñas estudiados se ubican en el nivel alto, el 60.5% en el nivel moderado y el 15.1% en el nivel bajo. Esta sub-escala refiere sobre las dificultades en la interacción social, aislamiento y soledad , donde los niños piensan que “nadie se preocupan por ellos” y” muchas veces se sienten solos en el colegio”, este tipo de pensamiento según Beck sería la visión negativa hacia su entorno , agregando a esto la sub-escala de *Autoestima Negativa* se encontró que el 25.6% de los niños y niñas estudiados están en el nivel alto, el 58.1% en el nivel moderado y el 16.3% en el nivel bajo. Esta sub-escala se relaciona con los sentimientos, conceptos y actitudes del niño, con respecto a su autoestima y valor, donde los niños piensan que “valen poco y no son tan buenos como quisieran ser”, según Beck este tipo de pensamiento forma parte de la triada cognitiva, de una visión negativa de sí mismo. En la sub-escala de *Preocupación por la muerte/salud* se encontró que el 25.6% de los niños y niñas estudiados están en el nivel alto, el 48.8% en el nivel moderado y el 25.6% en el nivel bajo. Esta sub-escala alude a los sueños y fantasías del niño, en relación con su enfermedad y muerte. En la sub-escala de *Sentimientos de culpabilidad* se encontró que el 18.6% de los niños y niñas estudiados se ubican en el nivel alto, el 45.3% en el nivel moderado y el 36.0% en el nivel bajo. Esta sub-escala hace referencia a la auto - punición del niño; en donde puntuaciones altas, manifiestan sentimientos de culpa sobre todo en cuanto a la relación con los padres, y a la sensación de ser merecedor de castigo.

La sintomatología depresiva encontrada en esta investigación en niños de 8 a 10 años tiene concordancia con lo que manifiesta el Dr. Enrique Macher (Director del

Instituto Honorio Delgado Hideyo Noguchi) que la mayor frecuencia de casos se presenta en la edad escolar, desde los 8 a 10 años, donde los niños deprimidos pueden mostrar cambios sustanciales en su conducta, por ejemplo; aquel que era muy sociable pasa a estar solo la mayor parte del tiempo, o siente con desesperanza, falta de energía o desinterés en sus actividades favoritas o incapacidad para disfrutar de ellas y en ocasiones se refiere a que quisiera estar muerto o puede hablar del suicidio. Por ello es muy importante prestar atención a la conducta de los menores en la escuela, pues es un buen indicador del equilibrio mental; además de si hay cambios en sus relaciones con otros niños (Macher, 2008)

En la sub-escala de *Depresivos varios* se encontró que el 16.3% de los niños y niñas estudiados se ubica en el nivel alto, el 48.8% en el nivel moderado y el 34.9% en el nivel bajo. Esta subescala incluye aquellas cuestiones de tipo depresivo que no pudieron agruparse para formar una subescala. Los puntajes elevados, indican la existencia de ciertos rasgos de tipo depresivo, donde los niños piensen que” se sufre mucho en la vida”, según Beck este pensamiento sería la visión negativa hacia su futuro. Por su parte Abello, Cortés, Barrós, Mercado y Solano, (2014) encontraron que un 15.73% presentan sintomatología de depresión infantil.

En este sentido, cabe resaltar que en la depresión se altera el estado de ánimo, en el pensamiento y en la actividad (Saad, Belfort, Camarena, Chamorro y Martínez, 2010). Se ostenta que todo se encuentra descendido, en el estado de ánimo, hay tristeza la mayoría del día y casi todos los días; el pensamiento sufre cambios en su forma (se torna subjetivamente lento, con dificultades en la capacidad de atención y memoria) y en su contenido (el mundo es cogido desde una perspectiva negativa, concordante con el estado de ánimo, con pérdida del sentido, desesperanza, culpa, ideación suicida); y por último, la actividad puede disminuir por pérdida del deseo o las ganas de asociarse a un enlentecimiento psicomotor (Martínez y Belfort 2010).

Las sintomatologías de depresión en niños, expuestas en las sub escalas que dieron a conocer Lang y Tisher (2003 en Chávez 2017), tiene similitud con la mayoría de los síntomas que aportó Saklofske (2001), puntualiza que los síntomas de depresión

en niños manifiesta con un estado de ánimo irritable o depresivo, problemas de conducta, pérdida de interés o placer, autoestima baja, aislamiento social, sentimientos de que no vale nada, agitación y sentimientos de desesperanza. En este mismo, sentido Alloy et al., (2009) manifiesta que los hijos que han sufrido maltrato verbal y descalificaciones son más probable que tengan un esquema cognitivo negativo, mayor tendencia a auto-inculparse y probabilidades de sufrir episodios depresivos, por otro lado Vázquez et al. (2010), las experiencias tempranas negativas en la educación, la pobreza, los modelos cercanos, el abuso físico y emocional, así como los estilos de apego inseguros, son capaces de generar esquemas cognitivos o estilos de procesamiento de la información con sesgos cognitivos que afectarían la atención, la memoria, e interpretaciones negativas (Beck, citado en Vázquez, et al. 2010)

A continuación la dimensión *Total positivo*, hace referencia a la ausencia de alegría, diversión y felicidad en la vida del niño o a su incapacidad para experimentar estos sentimientos; en donde se encontró que el 29.1% de los niños y niñas estudiados están en el nivel alto, el 47.7% en el nivel moderado y el 23.3% en el nivel bajo. Estos resultados son similares a los encontrados por Ávila y Espinoza (2016) quienes dieron a conocer que el 26% de la muestra presentan síntomas depresivos de manera moderada y de manera severa

La dimensión total positivo, está conformada por dos sub-escalas: *Ánimo -alegría* en donde se reportó que el 20.9% de los niños y niñas estudiados se ubican en el nivel alto, el 57.0% en el nivel moderado y el 22.1% en el nivel bajo, esto alude a la ausencia de alegría, diversión y felicidad en la vida del niño o su incapacidad para experimentarlos, es así que los puntajes altos indican presencia de sentimientos de alegría, mientras que los bajos demuestran la ausencia de los mismos.

Finalmente en la sub-escala de positivos varios el 24.4% de los niños y niñas estudiados se ubica en el nivel alto, el 54.7% en el nivel moderado y el 20.9% en el nivel bajo, esta incluye aquellas cuestiones de tipo positivo que no pudieron agruparse para formar una sub-escala.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

En la dimensión Total depresivo, el 23.3% de los niños y niñas se ubican en el nivel alto, el 47.7% en el nivel moderado y el 29.1% en el nivel bajo.

En la sub-escala de Respuesta Afectiva negativa el 30.2% de los niños y niñas investigados se ubican en el nivel alto, el 61.6% en el nivel moderado y el 8.1% en el nivel bajo.

En la sub-escala de problemas sociales, el 24.4% de los niños y niñas estudiados se ubican en el nivel alto, el 60.5% en el nivel moderado y el 15.1% en el nivel bajo.

En la sub-escala de Autoestima Negativa el 25.6% de los niños y niñas estudiados están en el nivel alto, el 58.1% en el nivel moderado y el 16.3% en el nivel bajo.

En la sub-escala de Preocupación por la muerte/Salud el 25.6% de los niños y niñas estudiados están en el nivel alto, el 48.8% en el nivel moderado y el 25.6% en el nivel bajo

En la sub-escala de sentimientos de culpabilidad, el 18.6% de los niños y niñas estudiados se ubican en el nivel alto, el 45.3% en el nivel moderado y el 36.0% en el nivel bajo.

En la sub-escala de depresivos varios el 16.3% de los niños y niñas estudiados se ubica en el nivel alto, el 48.8% en el nivel moderado y el 34.9% en el nivel bajo.

En la dimensión Total positivo, se observa que el 25.6% de los niños y niñas estudiados están en el nivel alto, el 53.5% en el nivel moderado y el 20.9% en el nivel bajo.

En la sub-escala de ánimo-alegría el 20.9% de los niños y niñas estudiados se ubican en el nivel alto, el 57.0% en el nivel moderado y el 22.1% en el nivel bajo.

En la sub-escala de positivos varios el 24.4% de los niños y niñas se ubican en el nivel alto, el 54.7% en el nivel moderado y el 20.9% en el nivel bajo.

Recomendaciones

Dar a conocer los resultados a las autoridades de la institución educativa con la finalidad de generar opiniones respecto a la variable de estudio, principalmente sobre aquellos datos que resultan en niveles altos en total depresivos y generar programas de intervención para los niños con síntomas depresivos en la Institución Educativa.

El estudio servirá para ser compartida con estudiantes y profesionales de Psicología, también puede ser de utilidad a las instituciones educativas como información referencial para el desarrollo de actividades de prevención

Para otros investigadores, continuar desarrollando esta línea de investigación, ya que según información esta variable está en aumento en nuestro medio afectando cada vez más a esta población.

Involucrar a los padres de familia en escuela de padres para sensibilizarlos sobre el tema de la depresión y salud mental

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Abello, L., Cortés, P., Barros, V., Mercado, O., Solano, L. (2014). *Prevalencia de depresión infantil en colegios oficiales de Barranquilla*. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=139031679015>

Alayo, G. (2017). *Propiedades psicométricas del cuestionario de depresión para niños en estudiantes de secundaria del distrito de Trujillo* (tesis pregrado). Universidad Cesar Vallejo. Perú.

Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Grant, D. y Liu, R. (2009). Vulnerability to Unipolar Depression: Cognitive-Behavioral Mechanisms. En K. Salzinger y M. Serper (dirs.), *Behavioral mechanisms and psychopathology: advancing the explanation of its nature, cause, and treatment* (pp. 107-140). Washington, DC: American Psychological Association.

Beck, A. T. (1987). Cognitive models of depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1, 5-37

Beck, A. T., y Clark, D. A. (1988). Anxiety and depression: an information processing perspective. *Anxiety Research*

Caballo, V. y Simón, M. (2003). *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente: Trastornos generales*. Madrid: Pirámides.

Chávez (2017). Relación entre Acoso Escolar y depresión en estudiantes adolescentes de instituciones educativas públicas del distrito de Casa Grande, 2017. Recuperado de http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/659/chavez_ld.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Del Carmen, F., Hinojosa, M.; Paredes, M.; Guzmán, Y. y Granados C. (2011). *Síntomas de ansiedad y depresión en adolescentes escolarizados de 10 a 17 años en Chía, Colombia*. *Rev Salud Pub.* 2011;13 (6):908-20.

Hernández O., Méndez, F. y Garber J. (2014). *Prevención de la depresión en niños y adolescentes: revisión y reflexión*. *Rev Psicopatol Psicol Clin.* 2014; 19(1):63-76.

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P., (2006). *Metodología de la investigación*. México: Editorial McGraw-Hill.

Loayza, M. E, & Vences, L. M. (2000). Características psicométricas del cuestionario de depresión para niños (CDS) en escolares de 8 a 16 años de Lima Metropolitana 69 (Tesis de Licenciatura, Universidad Femenina del Sagrado Corazón, Lima, Perú). Recuperada de <http://www.unife.edu.pe/psi/investiga/investiga00/investiga00b.html>

Lozano L.M., et al (2016) Adaptación del Inventario de la Triada Cognitiva Infantil en población española- *Anales de psicología*, 2016, vol. 32, nº 1 (enero), 158-166. Recuperado de

https://www.researchgate.net/publication/291422462_Adaptacion_del_Inventario_de_la_Triada_Cognitiva_Infantil_en_poblacion_espanola

Macher (2008). *El 21% de los niños peruanos sufre de depresión, advierte director de hospital Honorio Delgado-Hideyo Noguchi*. Recuperado de <http://andina.pe/agencia/noticia.aspx?id=163107>

Organización Mundial de la Salud (22 marzo 2017) Depresión. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Pacheco, P. y Chaskel, R. (2016). *Depresión en niños y adolescentes*. Recuperado de: <https://scp.com.co/wp-content/uploads/2016/04/3.-Depresi%C3%B3n.pdf>

Pineda, E. y De Alvarado, E. (2008). *Metodología de la investigación*. Washington DF: Organización Panamericana de la Salud

RPP Vital (10 octubre 2018) Salud mental: Depresión y ansiedad afectan a niños y jóvenes durante la etapa escolar, recuperado de <https://vital.rpp.pe/salud/salud-mental-depresion-y-ansiedad-afectan-a-ninos-y-jovenes-durante-la-etapa-escolar-noticia-1155649>

Saad, E., Belfort, E., Camarena, E., Chamorro, R. y Martínez, J. (2010). *Salud mental infante juvenil*. Recuperado de: <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Salud%20Mental%20Infante-juvenil%20Prioridad%20de%20la%20Humanidad.pdf>

Saklofske (2001). *Depresión en los niños*. Recuperado de http://www.cat-barcelona.com/pdf/biblioteca/depresion/2_-_depr_sp.pdf

Sánchez R., Sarmiento B., y Serrano, K. (2011). *Prevalencia y factores de riesgo asociados a la depresión infantil en niños/as de treinta y tres escuelas rurales de Cuenca 2011*. Recuperado de https://www.google.com.pe/search?source=hp&ei=U_XHWsuJBoW4zwLx3oDQCg&q=tesis+depresion+infantil+pdf&oq=tesis+depresion&gs_l=psy-ab.1.5.0110.174728.177618.0.181804.15.10.0.0.0.0.892.1940.4-

1j1j1.3.0....0...1c.1.64.psy-ab..12.3.1938....0.a-44FnWvNsk

Tenencias (31 octubre 2016) Ansiedad y depresión adolescente: Un inquietante drama en ascenso, recuperado de <https://www.infobae.com/tendencias/2016/10/31/ansiedad-y-depresion-adolescente-un-inquietante-drama-en-ascenso/>

Ubaldo, T. y Quiñones, C. (2014). *Depresión infantil en estudiantes de educación primaria de la Institución Educativa Simón Antonio Bolívar Palacios* (tesis de pregrado). Universidad San Pedro SAD-Huaraz, Perú.

Vázquez, C. Hervás, G., Hernangómez L., y Romero N. (2010) Modelos cognitivos de la depresión: Una síntesis y Nueva propuesta basada en 30 años de investigación - Behavioral Psychology / Psicología Conductual, Vol. 18, Nº 1, 2010, pp. 139-165, Universidad Complutense de Madrid recuperado de https://www.researchgate.net/publication/235412346_Modelos_cognitivos_de_la_depresion_Una_revisión_tras_30_años_de_investigación/link/0fcfd5118c4d453661000000/download

Vinaccia, S., Gaviria, A., Atehortúa, L., Martínez, P., Trujillo, C. y Quinceno, J. (2006). *Prevalencia de depresión en niños escolarizados entre 8 y 12 años del oriente antioqueño a partir del "child depression inventory"*. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/679/67920203/>

ANEXOS

Anexo 1

Protección de los derechos humanos de los sujetos de estudio.

En todo momento de la investigación se tuvo en cuenta los principios éticos para la investigación con seres humanos

Se informó de los objetivos y propósitos de la investigación científica de manera clara y precisa, absolviendo todas las preguntas y dudas acerca de la misma

Se garantizó la privacidad y confiabilidad en el uso de la información

Se respetó la integridad física, mental y derecho a privacidad

La participación fue voluntaria e informada y no coaccionada

Se informó el derecho a abstenerse de participar en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin riesgo a represalia.

El investigador fue responsable de garantizar la seguridad de las bases de datos, para no ser utilizadas para otros fines que el señalado por el estudio

Anexo 2

CUESTIONARIO DEL CD

Grados y sección: _____ Edad: _____ Sexo: Masculino () Femenino ()

Fecha: _____

Instrucciones: La siguiente lista contiene afirmaciones sobre los sentimientos de las personas.

Marca con un aspa (X), la alternativa que más se relacionan con tus sentimientos.

SEÑALA SÓLO UNA ALTERNATIVA.

A. MUY DE ACUERDO	C.NO ESTOY SEGURO	D. EN DESACUERDO
B.DE ACUERDO		E. MUY EN DESACUERDO

Nº	AFIRMACIONES	A	B	C	D	E
1	Muchas veces me siento infeliz en el colegio.					
2	A veces me gustaría estar muerto.					
3	Estando en el colegio muchas veces me dan ganas de llorar.					
4	Generalmente me siento infeliz, triste, desdichado(a).					
5	A veces pienso que no vale la pena vivir esta vida.					

6	Cuando estoy fuera de casa me siento muy triste.					
7	Algunas veces no sé porque me dan ganas de llorar.					
8	Creo que mi vida es muy triste.					
9	Casi siempre pienso que nadie se preocupa por mí.					
10	Me siento solo(a) muchas veces.					
11	Casi siempre soy incapaz de mostrar lo infeliz que me siento por dentro.					
12	Muchas veces me siento solo(a) y como perdido(a) en el colegio.					
13	La mayoría del tiempo creo que nadie me comprende.					
14	Nadie sabe lo infeliz que me siento por dentro.					
15	A veces pienso que no soy útil para nadie.					
16	Cuando estoy fuera de casa me siento como vacío(a).					
17	Casi siempre pienso que valgo poco.					

18	Generalmente estoy descontento(a) conmigo mismo(a).					
19	Odio mi aspecto físico o mi comportamiento.					
20	Casi siempre me odio a mí mismo(a).					
21	Casi siempre me avergüenzo de mí mismo(a).					
22	A veces me pregunto si en el fondo soy una persona muy mala.					
23	Cuando me equivoco en el colegio pienso que no valgo para nada.					
24	La mayor parte del tiempo creo que no soy tan bueno(a) como quisiera ser.					
25	Me despierto casi siempre durante la noche.					
26	Me siento más cansado(a) que la mayoría de los niños(as) que conozco.					
27	La mayoría del tiempo no tengo ganas de hacer nada.					
28	Muchas veces me dan ganas de no levantarme por las mañanas.					
29	Muchas veces me siento muerto(a) por dentro.					
30	Estando en el colegio me siento cansado(a) casi todo el tiempo.					
31	Casi siempre me imagino que me hago heridas o que me muero.					
32	Muchas veces pienso que dejo en mal lugar a mi madre y/o padre.					

33	Muchas veces creo que mi madre y/o padre hace o dice cosas que me hacen pensar que he hecho algo terrible.					
34	A veces temo que lo que hago puede molestar a mi madre y/o padre.					
35	Generalmente pienso que merezco ser castigado(a).					
36	A veces estoy preocupado(a) porque no amo a mi madre y/o padre como debiera.					
37	Creo que los demás me quieren aunque no lo merezco.					
38	A veces creo que hago cosas que ponen enfermo a mi madre y/o padre.					
39	A veces me siento mal porque no amo y escucho a mi madre y/o padre como se merece.					
40	Creo que se sufre mucho en la vida.					
41	Me pongo triste cuando alguien se molesta conmigo.					
42	Cuando me molesto mucho casi siempre termino llorando.					

43	Casi siempre me siento desdichado(a) por causa de mis tareas escolares.					
44	Casi siempre la salud de mi madre me preocupa.					
45	A veces sueño que tengo un accidente o muero.					
46	Muchas veces me siento mal porque no consigo hacer las cosas como yo quiero.					
47	Casi siempre pienso que no voy a llegar a ninguna parte.					
48	A veces creo que dentro de mí hay dos personas que me empujan en distintas direcciones.					
49	Me siento alegre la mayor parte del tiempo.					
50	Siempre creo que el día siguiente será el mejor.					
51	Siempre estoy deseando hacer muchas cosas cuando estoy en el colegio.					
52	Me divierto con las cosas que hago.					
53	Casi siempre lo paso bien en el colegio.					

54	Soy una persona feliz.					
55	Creo que soy atractivo(a) y tengo buena presencia.					
56	Me salen bien casi todas las cosas que intento hacer.					
57	Me siento orgulloso(a) de la mayoría de las cosas que hago.					
58	Muchas veces mi madre y/o padre me hacen sentir que las cosas que hago son muy buenas.					
59	En mi familia todos nos divertimos mucho.					
60	Cuando alguien se molesta conmigo, yo me molesto con él.					
61	Creo que mi madre y/o padre está muy orgulloso de mi.					
62	Pienso que no es nada malo molestarte.					
63	Duermo como un tronco y nunca me despierto durante la noche.					
64	Tengo muchos amigos.					
65	Utilizo mi tiempo haciendo con mi padre cosas muy interesantes.					
66	Hay mucha gente que se preocupa bastante por mí.					

Anexo 3

Consentimiento informado

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por: Espinoza Visitación Tony Ricardo, de la Universidad San Pedro, Escuela de Psicología. La cual, tiene como meta, describir el nivel de depresión en los niños de la Institución Educativa N° 215577 Fiscalizada de Varones, de Paramonga, 2017.

Si usted concede el permiso a su menor hijo a participar en este estudio, se procederá a aplicar un cuestionario, que tomará aproximadamente 25 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta

investigación. Sus respuestas a los cuestionarios serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Desde ya, le agradecemos su consentimiento de participación de su menor hijo en la evaluación a realizar.

_____ Firma del Padre _____
DNI

_____ Firma del investigador _____
DNI

Paramonga, ____ de _____ 2017

Anexo 4

CONSTANCIA DE AUTORIZACION INSTITUCIONAL PARA LA TOMA DE MUESTRA

Yo,....., Director de la Institución Educativa “N° 21577 Fiscalizada de Varones” – Paramonga, conozco del Proyecto de Investigación que viene desarrollando el bachiller en Psicología Tony Ricardo Espinoza Visitación egresada de la Escuela de Psicología de la Universidad Privada San Pedro para optar su título profesional de Licenciado en Psicología, y habiendo analizado los objetivos del trabajo y los aportes que puedan brindar a nuestra institución, autorizo para que ejecute dicho proyecto a través de la aplicación de los instrumentos a los niños del nivel primario.

Así mismo, debo señalar que el Tesista se ha comprometido en presentarnos el informe de investigación al finalizar y sustentar dicho trabajo.

Paramonga,..... de 2017.

Firma

DNI



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DECANATO**

"Año de Diálogo y la Reconciliación Nacional"

RESOLUCIÓN DE DECANATO N° 1863-2018-USP-FCS/D

Chimbote, julio 31 de 2018

VISTO:

La solicitud que presenta el estudiante **Tony Ricardo Espinoza Visitación**, con código N° 1711100012, de la Escuela Profesional de Psicología, sobre designación de Asesora de Tesis.

CONSIDERANDO:

Que, el recurrente ha elegido la opción de presentación de la tesis, como modalidad para obtener el Título Profesional conforme al Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad San Pedro Artículo 16°.

Que, de acuerdo al Artículo 19° del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad San Pedro, la Tesis es un trabajo original y crítico de tipo básico y aplicado en el campo correspondiente de área de estudio de la carrera profesional y tiene por finalidad contribuir al desarrollo, institucional, local, regional o nacional.

Que, de acuerdo al Artículo 20° numeral 20.01 del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad San Pedro, el proyecto de Tesis debe ser elaborado de acuerdo a los esquemas adoptados por los modelos de investigación científica, aprobados por la Universidad; y numeral 20.02 se designa asesor de tesis del graduado.

SE RESUELVE:

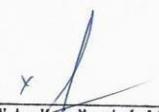
Artículo Primero: Designar a la **Mg. Erica Lucy Millones Alba**, como **ASESORA DE TESIS** del estudiante **Tony Ricardo Espinoza Visitación**, para que oriente y asesore el proceso correspondiente a la elaboración del proyecto de investigación y ejecución de la tesis titulada "**Depresión en niños de la Institución Educativa N° 21577 Fiscalizada de Varones de Paramonga 2017.**", otorgándoles un plazo máximo de seis meses para este proceso.

Artículo Segundo: LA **ASESORA**, al término de la elaboración y ejecución de la tesis deberá emitir a la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud un informe del asesoramiento respectivo.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE

c.c.: Asesora
Interesada, Archivo.

AMNG..cyc.


M.N. Ana María Nazario de Julián
DECANA (e)
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DECANATO**

“Año de Dialogo y la Reconciliación Nacional”

RESOLUCIÓN DE DECANATO N° 1873-2018-USP-FCS/D

Chimbote, julio 31 de 2018

VISTO:

La solicitud que presenta el estudiante **Tony Ricardo Espinoza Visitación**, con código N° 1711100012, de la Escuela Profesional de Psicología, sobre designación de Jurado Dictaminador.

CONSIDERANDO:

Que el recurrente ha elegido la opción de presentación de la tesis, como modalidad para obtener el Título Profesional conforme al Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad San Pedro Artículo 16°.

Que, de acuerdo al Artículo 19° del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad San Pedro, la Tesis es un trabajo original y crítico de tipo básico y aplicado en el campo correspondiente de área de estudio de la carrera profesional y tiene por finalidad contribuir al desarrollo, institucional, local, regional o nacional

Que, de acuerdo al Artículo 20° numeral 20.01 del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad San Pedro, el proyecto de Tesis debe ser elaborado de acuerdo a los esquemas adoptados por los modelos de investigación científica, aprobados por la Universidad; y numeral 20.02 se designa asesor de tesis del graduado

SE RESUELVE:

Artículo Primero: Designar al **JURADO DICTAMINADOR** de la Tesis denominada “**Depresión en niños de la Institución Educativa N° 21577 Fiscalizada de Varones de Paramonga 2017.**”, presentado por el estudiante **Tony Ricardo Espinoza Visitación**, que estará integrado por:

Mg. Luis Alberto Sosa Aparicio	Presidente
Mg. Wilmer Edgard Farfán Cuba	Secretario
Lic. Shirley Massiel Panta Seminario	Vocal
Mg. Manuel Antonio Alva Olivos	Accesitario

Artículo Segundo: El **JURADO DICTAMINADOR** deberá presentar a la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud el Dictamen de Evaluación en un plazo de ocho (08) días hábiles, a partir de la emisión de la presente resolución.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE

c.c.: AMNG/cyc
jurado,
Interesada
Archivo.


M.N. Ana María Nazario de Julián
DECANA (e)
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

