

UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

Facultad de Psicología



DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN NIÑOS DE COLEGIOS ESTATALES
DEL DISTRITO DE CHORRILLOS

Tesis Presentada Por:

Silvana Mariela Cisneros Donayre

Milagros Del Rocío Mantilla Rea

Para Optar el Título Profesional de:

Licenciada en Psicología

Lima - Perú

2016

RESUMEN

En el presente estudio se analiza la temática referida a la Ansiedad y la Depresión en alumnos de colegios estatales. Se examina la definición y descripción del problema desde una mirada amplia, considerando los factores sexo y ciclo. El tipo de muestreo fue no probabilístico, seleccionándose una muestra de 181 estudiantes de colegios estatales (48% varones y 52% mujeres), sus edades oscilaban entre 7 y 12 años, se les administro Beck Youth Inventories, el cual contiene cinco escalas que pueden utilizarse por separado o en combinación para evaluar la experiencia de un niño de la depresión, la ansiedad, la ira, conductas disruptivas y auto concepto. Las escalas miden el estrés que experimentan los niños en asociación con problemas de salud mental. Cada uno de los cinco inventarios contiene 20 ítems acerca de los pensamientos, sentimientos o comportamientos asociados con el deterioro emocional y social en niños y adolescentes.

Se demostró la validez y confiabilidad que resultó altamente satisfactoria. Las conclusiones principales fueron: En relación al sexo las mujeres son más depresivas que los varones. Con respecto al ciclo se pudo afirmar que a mayor edad se tenga menor nivel de depresión y ansiedad.

Palabras claves: Ansiedad, Depresión, sexo, ciclo.

ABSTRACT

In the present study the national and international literature on anxiety and depression in students of public schools is analyzed. The definition and description of the problem is examined from a broader view, considering the factors sex. The sampling was non-probabilistic, selected a sample of 181 students from state schools (48% male and 52% female), their ages ranged between 7 and 12 years were administered Beck Youth Inventories, which contains five scales that can used separately or in combination to assess a child's experience of depression, anxiety, anger, disruptive behavior and self-concept. The scales measure the stress experienced by children in association with mental health problems. Each of the five inventory contains 20 items about thoughts, feelings or behaviors associated with emotional and social impairment in children and adolescents.

It is validity and reliability was demonstrated highly satisfactory. The main findings were: Regarding the sex women are more depressed than men. With respect to the cycle it could say that the older lower levels of depression and anxiety have.

Palaver keys: Anxiety, Depression, sex, cycle.

**“Depresión y Ansiedad en niños de Colegios Estatales
del Distrito de Chorrillos”**

AGRADECIMIENTO

Este trabajo es resultado del esfuerzo invertido como equipo, personas preocupadas por estudiar e indagar sobre una de las problemáticas que presenta los niños de nuestra sociedad, quienes consideramos son el presente y futuro del país.

Sin embargo esto no hubiera sido completamente posible sin la colaboración, ayuda y soporte de las personas que contribuyeron en esta investigación, acompañándonos en el camino hacia el logro de nuestros objetivos y metas.

A la Dra. Nelly Ugarriza Chávez al Dr. William Torres, por la excelente asesoría proporcionada y por creer en nosotras.

A las Instituciones Educativas y docentes, quienes gracias a su participación hicieron posible el estudio. Así también a los estudiantes que hicieron posible la aplicación del instrumento.

Dedicamos esta investigación con amor y gratitud a nuestros abnegados padres y familiares con quienes compartimos nuestro día a día. Por su apoyo constante, paciencia y comprensión para obtener nuevos conocimientos en nuestra formación profesional.

Así también en memoria de nuestro querido, respetable y honorable profesor Dante Gazzolo Durand quien impartió en nosotras dedicación, respeto y el verdadero significado de la Psicología.

PRESENTACIÓN

El presente estudio es una investigación que busca brindar un aporte a la Psicología en un ámbito educativo – clínico, con una mirada preventiva.

Hoy en día se promueve el cuidado de la Salud Mental y Bienestar de la persona probablemente por los altos índices de depresión, estrés, ansiedad, etc vistos en el área laboral, sin embargo también se hace una observación en el campo educativo. Es así que reportan y derivan casos al Departamento Psicopedagógico niños ansiosos y púberes haciendo un cuadro depresivo con presencia de autolesiones o en el peor de los casos con alerta de suicidio.

Desde el año 2014 el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi” indican que alrededor del 70% de niños(as) y adolescentes con trastornos depresivos pueden presentar ideas suicidas. Precisando que el 3,5% de la población infantil de 6 a 10 años y el 8% de adolescentes peruanos sufren episodios anteriormente mencionados.

En definitiva los porcentajes son alarmantes y preocupantes, con el único objetivo de tomar cartas en el asunto. Y si bien hoy en día existe una preocupación por la salud mental del adulto, cómo no preocuparnos por los niños y adolescentes, quienes a su corta edad experimentan conflictos tanto emocionales como académicos dentro de la escuela, y quienes muchas veces, posiblemente no poseen o no utilizan estrategias apropiadas de afrontamiento, solución de problemas y manejo de emociones, principalmente la frustración, vista reiteradamente por los docentes, padres y psicólogos.

Este es el motivo fundamental por el cual se realizan distintas investigaciones, para conocer y dar a conocer la magnitud real de estos hechos y a partir de ello generar soluciones, nuevas estrategias y programas preventivos abocados al desarrollo integral y positivo del niño.

Por razones expresadas el presente estudio se basa en la depresión y ansiedad en niños del nivel primario de colegios estatales del distrito de Chorrillos.

La investigación comprende los capítulos que se describen a continuación.

El capítulo I contiene el Planteamiento del Problema donde se hace un presenta la problemática, se formula el problema, los objetivos general y específicos, se destaca la importancia, justificación y limitaciones de la investigación.

En el capítulo II se muestra el Marco teórico que incluye los antecedentes, es decir las investigaciones anteriores relacionadas con el tema de estudio, las bases teóricas sobre las cuales se sustentó el estudio y la definición de los términos básicos.

Capítulo III Se describe los supuestos científicos, las hipótesis generales y específicas y las variables de la investigación.

Capítulo IV Se describe el tipo y método de estudio, el área donde se realizó la investigación, la población y muestra con los respectivos criterios de inclusión y de exclusión; la técnica e instrumentos de la recolección de datos, la confiabilidad de los

instrumentos, así como también el procesamiento para la recolección de los datos y las técnicas de procesamiento y el análisis de los datos.

Capítulo V Se presentan los resultados obtenidos de la investigación con sus respectivos análisis, describiendo los principales hallazgos; y para la discusión se confrontan con la literatura y otros estudios.

Capítulo VI Se refiere las conclusiones a las que se llegó con el estudio aportando algunas recomendaciones sobre el tema. Finalmente, se registran las referencias bibliográficas y se adjuntan los anexos.

INDICE

CAPITULO I

1. Planteamiento del Estudio	1
1.1 Formulación del Problema.....	1
1.2 Objetivos.....	2
1.2.1 General.....	3
1.2.2 Específicos.....	3
1.3 Importancia y Justificación del Estudio.....	4
1.4 Limitaciones del Estudio.....	5

CAPITULO II

2. Marco Teórico/Conceptual.....	6
2.1 Investigaciones Relacionadas con el Tema.....	6
2.1.1 Investigaciones Nacionales.....	6
2.1.2 Investigaciones Internacionales.....	7 -10
2.2 Bases Teórico-Científicas del estudio	11
2.2.1 Depresión.....	11
2.2.1.1 Definición de Depresión.....	11
2.2.1.2 Prevalencia de Depresión.....	12
2.2.1.3 Causas de la Depresión	13
2.2.1.4 Sintomatología de la Depresión.....	14
2.2.1.5 Tipos de Depresión.....	14 -16
2.2.1.6 Depresión en la Infancia	16
2.2.1.7 Teoría cognitiva de Beck sobre la Depresión.....	17 - 21
2.2.2 Ansiedad	
2.2.2.1 Definición de la Ansiedad.....	21
2.2.2.2 Prevalencia de la Ansiedad.....	23
2.2.2.3 Causas de la Ansiedad	23
2.2.2.4 Sintomatología de la ansiedad.....	24
2.2.2.5 Clasificación de la Ansiedad	25 -27
2.2.2.6 Ansiedad en la Niñez	28
2.2.2.7 Teoría de la Ansiedad.....	29 – 31

2.3	Definición de Términos Básicos.....	33
2.3.1	Depresión.....	33
2.3.2	Ansiedad.....	34

CAPITULO III

3.	Hipótesis y Variables.....	35
3.1	Supuestos Científicos Básicos.....	35 -36
3.2	Hipótesis.....	37
3.2.1	General.....	37
3.2.2	Específicas.....	38
3.3	Variables de Estudio o Áreas de Análisis.....	38
3.3.1	Hipótesis Comparativas.....	38
3.3.2	Hipótesis Correlacionales.....	38-39

CAPITULO IV

4.	Método	
4.1	Diseño de investigación.....	40
4.2	Población de estudio.....	41
4.3	Muestra de investigación o participantes.....	41
4.3.1	Criterios de Inclusión.....	41
4.3.2	Criterios de Exclusión.....	41
4.4	Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	43
4.4.1	Inventario de Depresión.....	43
4.4.2	Inventario de Ansiedad.....	47
4.4.3	Ficha Técnica.....	47
4.4.4	Descripción de la prueba	48-52
4.5	Procedimientos para la recolección de datos.....	53
4.6	Técnicas de procesamiento y análisis de datos.....	54-56

CAPITULO V

Resultados Obtenidos.....	57
5.1 Presentación de datos generales.....	57
5.2 Presentación y análisis de datos.....	57 - 62
5.3 Discusión de resultados.....	62- 66

CAPITULO VI

Resumen y Conclusiones.....	67
6.1 Resumen del estudio.....	67
6.2 Conclusiones generales y específicas.....	68 -69
6.3 Recomendaciones.....	70-72

Referencias Bibliográficas

Bibliografía citada en el estudio.....	73-76
Páginas WEB.....	76 - 77

Anexos

Índice de Tablas

Tabla 1: Distribución porcentual de la muestra de niños (N=181) de colegios del nivel primario de Chorrillos, considerando las variables demográficas.....	42
Tabla 2: Prueba de Fiabilidad para la variable de Depresión.....	49
Tabla 3: Alfa de Cronbach de los ítems de la escala de Depresión.....	50
Tabla 4: Coeficiente de Correlación de Spearman para la muestra (N=181) de la escala de Depresión en niños de colegios estatales de Chorrillos.....	51
Tabla 5: Prueba de Fiabilidad para la variable de Ansiedad.....	51
Tabla 6: Alfa de Cronbach de los ítems de la escala de Ansiedad.....	52
Tabla 7: Coeficiente de Correlación de Spearman para la muestra (N=181) de la escala de Ansiedad en niños de colegios estatales de Chorrillos.....	53
Tabla 8: Prueba de Smirnov-Kolmogorov para las puntuaciones totales de la escala de Ansiedad y Depresión de Beck.....	55
Tabla 9: Resumen para la contratación de hipótesis Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra.....	56
Tabla 10: Diferencias en Depresión y Ansiedad, al compararse a los niños del nivel de educación primaria de básica regular de colegios estatales considerando el sexo.....	58
Tabla 11: Diferencias en Depresión y Ansiedad, al contrastarse a los niños del nivel de educación primaria de básica regular de colegios estatales considerando el ciclo de estudio: IV y V.....	59

Tabla 12: Correlación entre Depresión y Ansiedad en estudiantes del nivel de educación primaria de básica regular de colegios estatales de Chorrillos. (N=181).....	60
Tabla 13: Correlación entre Depresión y Ansiedad en el grupo de varones del nivel de educación primaria de básica regular de colegios estatales de Chorrillos. (N=181).....	60
Tabla 14: Correlación entre Depresión y Ansiedad en el grupo de mujeres del nivel de educación primaria de básica regular de colegios estatales de Chorrillos. (N=181).....	61
Tabla 15: Correlación entre Depresión y Ansiedad en el grupo de estudiantes de colegios estatales de Chorrillos del IV ciclo del nivel de educación primaria de básica regular. (N=181).....	61
Tabla 16: Correlación entre Depresión y Ansiedad en el grupo de estudiantes de colegios estatales de Chorrillos del V ciclo del nivel de educación primaria de básica regular. (N=181).....	62

CAPITULO I

Planteamiento del Estudio

El estado de ánimo depresivo y el estado de ansiedad son parte común y universal de la experiencia humana. Pueden ocurrir a cualquier edad y tener muchas causas. Por ejemplo, los niños pueden comunicar o mostrar sentimientos de infelicidad, tristeza, desaliento o irritabilidad, pero la mayoría de los niños se recuperan rápidamente de estos estados de ánimo. Sin embargo, para otros la depresión y/o la ansiedad pueden ser severas y de larga duración, y puede interferir con todos los aspectos de la vida diaria, desde el rendimiento académico hasta las relaciones con sus coetáneos y familiares.

Ansiedad y depresión son dos trastornos emocionales complejos que, aunque son distintos, implican problemas de pensamiento y conducta, siendo enfermedades que pueden presentar bastantes similitudes, e incluso las podemos llegar a confundir.

Por un lado, la ansiedad se define como un sistema de alerta, que se activa en previsión de un peligro o amenaza futura. Por otro lado, el estado de depresión se activa ante eventos pasados que implican pérdida, degradación o fallos, produciendo quietud, disminución o lentitud de los movimientos, además de una tristeza profunda.

Este estudio tiene como propósito fundamental estudiar, en primer lugar, la sintomatología de la Ansiedad y Depresión en niños y los resultados podrán servir para tomar medidas de prevención, como es el caso de la autolesión o en el peor de los casos autoeliminación, considerando que la tasa de estos trastornos emocionales va en aumento y más aún si en nuestro país no se toma la importancia que merece el bienestar de la Salud Mental. Así mismo, ambos trastornos emocionales son posibles de detectar en la infancia, entonces conocer esto posibilitará tomar medidas necesarias y profesionales para que el niño en un futuro, cuando sea adulto no desarrolle un Trastorno de Ansiedad Generalizada, Depresión Mayor o algún otro trastorno en comorbilidad que no le permita desenvolverse favorablemente en todos los ámbitos de su vida, de allí que se planteen las siguientes interrogantes:

1.1 Formulación del problema

1.1.1 ¿En qué medida difieren tanto la depresión como la ansiedad de los niños al considerarse las variables sexo y ciclo escolar IV y V del nivel de educación primaria de básica regular de colegios estatales del distrito de Chorrillos?

1.1.2 ¿Existe asociación entre la depresión y la ansiedad en niños de colegios estatales de Chorrillos, tanto en la submuestras de varones y mujeres y los ciclos escolares de IV y V del nivel de educación de primaria?

1.2 Objetivos

1.2.1 General

Comparar las diferencias en depresión y en ansiedad en estudiantes, considerando el sexo y el ciclo escolar IV y V del nivel de educación primaria de básica regular de colegios estatales de Chorrillos.

1.2.2 Específicos

Analizar la relación entre la depresión y ansiedad en estudiantes de los ciclos escolares IV y V del nivel de educación primaria de básica regular de colegios estatales del distrito de Chorrillos.

Analizar la relación entre la depresión y la ansiedad en estudiantes de colegios estatales de Chorrillos, en cada una de las submuestras de varones y mujeres.

Analizar la relación entre la depresión y la ansiedad en estudiantes del nivel de educación primaria de básica regular en cada una de las submuestras del IV y V ciclo, de colegios estatales de Chorrillos.

1.3 Importancia y justificación del estudio

La depresión y ansiedad en niños y adolescentes es uno de los problemas más graves que afecta a la sociedad peruana, no solo por el aumento de los casos, sino también por sus consecuencias. Esta es una condición común, crónica, recurrente y de tendencia familiar que usualmente persiste en la adultez. Son varios los factores determinantes que ocasionan un problema de salud mental en los niños y/o adolescentes: factores individuales (factores biogénéticos, recursos psicológicos, hábitos de vida, factores familiares (educación y estilos de crianzas). Esto ocasionan en la infancia: una baja calidad de vida, baja autoestima, desconfianza, violencia, desmoralización, estados tensionales, estados depresivos y uso de sustancias.

En la actualidad los problemas de salud mental representan un problema de gran magnitud para los niños(as) y adolescentes afectados, para sus familias y para la sociedad. La depresión compromete al 28% de escolares limeños entre 12 y 17 años, y de ellos una cantidad importante tiene ideas suicidas que en algunos casos logra culminar esta autoeliminación, comenta el director del Instituto de Salud Mental Honorio Delgado (2009).

Así mismo este estudio también se basa en un enfoque preventivo en la edad adulta, profesionales de salud investigaron acerca de los Factores de Riesgo durante la Infancia, en donde señalaron que algunos de éstos se atribuyen a: influencias genéticas predisponentes, exposición a un ambiente familiar adverso, ansiedad y problemas internalizantes de comienzo temprano, trastorno de conducta y un autoesquema disfuncional, considerando así que la muestra en estudio de una cohorte

hasta los 32 años presentaron en la adultez Trastorno Depresivo Mayor y/o Trastorno de Ansiedad Generalizada. (Moffitt y Col., 2010)

Es por esto que este trabajo de Investigación es importante, ya que los resultados les servirá a los psicólogos como fuente de investigación y asimismo le será de utilidad a los profesores, a las políticas del gobierno, como; al Ministerio de Educación, al Ministerio de Salud y a la población en general. Con esta información buscamos dirigirnos a poblaciones específicas, con la finalidad de que el gobierno desarrolle acciones preventivas sobre dichos trastornos emocionales que se pueden suscitar en la niñez, siempre y cuando se detecten en la edad temprana

1.4 Limitaciones del estudio

Se puede presentar la posibilidad de falseamiento de las respuestas debido a la deseabilidad social por parte de los estudiantes al querer mostrar una imagen esperada por el evaluador, dificultando así la veracidad del auto reporte. Asimismo, es posible la perseverancia en las alternativas de respuestas así como omisiones dentro de la misma. Por último, el nivel de comprensión lectora de la muestra podría ser deficiente o presentar problemas, lo cual perjudicaría el desarrollo de la prueba.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Investigaciones relacionadas con el tema

2.1.1 Investigaciones Nacionales

Yesquén e Yncarroca (2007) investigaron acerca de la prevalencia de depresión en niños de 8 a 11 de una institución educativa del distrito de la Victoria. Para este estudio la muestra fue de 170 alumnos (84 niñas y 86 niños), a quienes se les aplicó el Children's Depression Inventory (CDI) y cuyos resultados indicaron una prevalencia de depresión de un 27.71%, siendo 16.27% depresión leve y un 11.44% depresión severa, observando una mayor tendencia en las mujeres. Con respecto a la relación de la depresión y sexo, se encontró 31.71% en niñas y un 23.81% en niños. Por último, en cuanto al rendimiento académico escolar se observa que es probable tener 13 veces de rendimiento escolar inadecuado si se tiene depresión.

Asimismo, Urbina (2006) realizó un estudio sobre la ansiedad en pacientes pediátricos durante su primera visita odontológica; este estudio transversal tuvo

una muestra de 44 niños de 5 a 8 años de edad residentes del cono norte de la ciudad de Lima. La ansiedad evaluada según el Test de Venham señaló que los niños presentaron mayor puntaje que las niñas. Respecto a la edad, el grupo de 6 años indicaron mayor puntaje a diferencia de los 8 años quienes presentaron el menor valor. En relación a las respuestas fisiológicas las niñas mostraron un mayor promedio en saturación de oxígeno, pulso, presión arterial diastólica, a diferencia de los niños, quienes mostraron mayor valor en presión sistólica, temperatura y frecuencia respiratoria. Se encontró en los niños de 6 años una mayor saturación de oxígeno y temperatura, mientras que los 7 años de edad en la presión sistólica y diastólica, el pulso fue mayor en el grupo de 5 años de edad y la frecuencia respiratoria fue mayor en el grupo porcentaje de niñas. Respecto a la relación entre ansiedad y respuestas fisiológicas se halló asociación solo con la saturación de oxígeno arterial, con valores estadísticamente significativos. Pudiéndose evidenciar distintas manifestaciones de ansiedad en relación a cada rango de edad.

2.1.2 Investigaciones Internacionales

En la investigación realizada por Vinaccia, Gaviria, Atehortúa, Martínez, Trujillo y Quiceno (2006), se planteó como objetivo estudiar la prevalencia de la depresión en una población infantil del oriente antioqueño. En donde la muestra fue de 768 sujetos, cuyas edades se encontraban entre los 8 y los 12 años, de los cuales 379 fueron de género masculino y 389 de género femenino residentes en el municipio de La Ceja (Antioquia). Los instrumentos que se utilizaron fueron Children Depresión Inventory (CDI) versión en español de la escala original de Kovacs (1992) de Davanzo y cols. (2004). Por último, discriminando los resultados por sexo, se encontró que, a diferencia de otras investigaciones, los hombres presentaron una prevalencia mayor de

depresión (14.4%), en comparación con las mujeres (10.8%). Sin embargo, no es posible dejar de señalar que estas puntuaciones sobrepasan las presentadas por otros autores; con los datos obtenidos se evidencia que existe mayor prevalencia en los niños que en las niñas de este estudio. En los estudios realizados con poblaciones alemana, americana y española, se observó que las niñas tienden a tener puntuaciones más altas, mientras que en los niños las puntuaciones fueron menores, datos que difieren considerablemente con los resultados obtenidos en el presente estudio, en donde los niños presentan puntuaciones mayores en relación con las niñas.

Por otro lado, Herrera, Losada, Rojas y Gooding (2009), estudiaron la relación entre la prevalencia de la sintomatología de la depresión y las características sociodemográficas de niños de básica primaria entre 8 y 11 años de edad con síntomas de depresión. Se realizó un muestreo probabilístico por conglomerados con un nivel de confianza del 95%. Los grados escolares de cada colegio del sector oficial y no oficial constituyen las unidades muestrales primarias; las unidades muestrales secundarias estuvieron conformadas por 63 grupos seleccionados de forma aleatoria, para un total de 1832 sujetos. Como instrumento de medición se utilizó el CDI (inventario de depresión infantil de Kovacs, 1992), versión adaptada a la población española por Del Barrio (2002). Los resultados mostraron una prevalencia del 17,09%, la cifra más alta reportada hasta aquel momento en Colombia, con mayor número de casos en niños con menor edad, difiriendo de los hallazgos de otras investigaciones. A nivel sociodemográfico, se determinó que los niños con síntomas de depresión pertenecen a familias de estrato socioeconómico bajo.

Además, Abello, Cortes, Barros, Mercado y Solano (2013), describen la prevalencia de sintomatología de depresión Infantil en niños y niñas. Para esto se llevó a

cabo un muestreo aleatorio simple, en el que se empleó como muestra un total de 178 estudiantes de 4° a 6° pertenecientes a colegios oficiales de la ciudad de Barranquilla. Además como instrumento se empleó el Inventario de Depresión Infantil CDI de Kovacks (1992) en su versión en español. Los resultados arrojaron un 15.73% de sintomatología de depresión infantil, lo que equivale a 28 niños. Al comparar los niveles de prevalencia por género las niñas presentaron un 18,6% a diferencia de los niños con 13.04%. Asimismo cabe resaltar que entre los 11 y 12 años se reportaron los mayores niveles de prevalencia de la sintomatología de depresión con porcentajes de 6.18% y 4.49% respectivamente. Finalmente, recalca que el factor que obtuvo mayor prevalencia en la depresión infantil fue la autoestima negativa.

Asimismo, Aguilera y Whetsell (2007) estudiaron sobre la relación del nivel de ansiedad y el evento de hospitalización en una población mexicana de niños de 7 a 11 años de edad. El diseño fue descriptivo y correlacional, la muestra fue de 155 niños, 54% perteneciente al sexo masculino y 49% indicó haber tenido admisión previa hospitalaria. El instrumento utilizado fue el cuestionario ¿Cómo me siento? (C-1 del State-Trait Anxiety Inventory for Children, STAIC) de Spielberger. La prueba de Kolmogorov Smirnov no mostró distribución normal. El coeficiente de correlación de Spearman mostró correlación negativa significativa. Para cada momento se ajustó un modelo de regresión lineal múltiple donde las variables independientes fueron sexo, edad y admisiones previas sobre el índice de ansiedad, el modelo significativo ocurrió en el tercer momento en cuanto a la edad, es decir, a mayor edad menor nivel de ansiedad, esto probablemente se deba a que los niños de mayor edad poseen mejores recursos para afrontar y superar las situaciones que producen ansiedad, así mismo indican que los niños con admisiones previas no consideran la hospitalización como un

evento desconocido, lo que representa un valioso recurso para un afrontamiento frente a una situación como la señalada.

Por último, Martínez, García y Inglés (2013) investigaron sobre las relaciones entre ansiedad escolar, ansiedad rasgo, ansiedad estado y depresión en una muestra de adolescentes españoles. El estudio consideró la ansiedad escolar como un constructo multidimensional y su objetivo fue analizar las relaciones y capacidad predictiva de las situaciones y sistemas de respuesta de la ansiedad escolar sobre la ansiedad rasgo, la ansiedad estado y la depresión. La muestra elegida para esta investigación fue de 1409 estudiantes españoles de 12 a 18 años de edad, a quienes se les administró el Inventario de Ansiedad Escolar (IAES), el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI y STAIC) y el Inventario de Depresión Infantil (CDI). Los resultados mostraron correlaciones positivas y significativas entre las situaciones y respuestas de ansiedad escolar con ansiedad rasgo, ansiedad estado y depresión. Además, la mayoría de factores situacionales y sistemas de respuesta de la ansiedad escolar son predictores significativos y positivos de la ansiedad rasgo, la ansiedad.

A partir de los estudios señalados, tanto a nivel internacional y nacional, se observa que la depresión podría variar en relación al sexo, edad e inclusive con respecto al nivel socioeconómico. En relación a la ansiedad las investigaciones explican mayores diferencias en cuanto a la edad del niño, así como en sus manifestaciones fisiológicas frente a alguna situación. Tomando ambos constructos, los trabajos expuestos muestran una relación significativa, en donde nuestro estudio también pretende hallar la existencia de una correlación, y si ésta se vincula con otras variables, así como también relacionarlo al contexto del lugar de donde procede la muestra. En donde el aporte es brindar nuevas opciones y alternativas a modo de prevención,

considerando que la salud mental y la estabilidad emocional es importante para el desarrollo del niño.

2.2 Bases teórico-científicas del estudio

2.2.1 Depresión

2.2.1.1 Definición de Depresión

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (2016), la Depresión es definida como un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.

Asimismo, es posible que la depresión pueda llegar a convertirse en crónica o recurrente, y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio.

2.2.1.2 Prevalencia de la depresión

A nivel nacional, el Ministerio de Salud (2012) señala que los trastornos depresivos aparecen en la 1ra infancia, y en un grado mayor en la adolescencia con una alta frecuencia de conducta suicida. Según la estadística epidemiológica del Instituto de Salud Mental Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi" (HD-HN):

- a) 1 de cada 33 niños sufren de depresión en el mundo.
- b) 100 personas se suicidan en el mundo cada hora, dos por minuto, dos mil por día y más de un millón por año, en promedio, según la Organización Mundial de la Salud.
- c) 50% de los suicidas ha visitado a un médico antes. El suicidio es una de las tres primeras causas de mortalidad en el mundo en personas entre 15 y 34 años.
- d) Las investigaciones indican que un diagnóstico y tratamiento tempranos podrían disminuir futuros episodios depresivos.
- e) En niños menores de 12 años, el suicidio consumado es raro; se incrementa en la edad puberal y su incidencia aumenta ostensiblemente a lo largo de la adolescencia.
- f) El suicidio es un grave problema de salud mental en el país. En 2006 se registraron más de 50 suicidios infantiles.
- g) La clasificación psiquiátrica mediante CIE-10 y DSM-IV no diferencia entre depresiones motivadas (exógenas) y sin motivo (endógenas) para hacer el diagnóstico de la depresión.

2.2.1.3 Causas de la depresión

No existe una causa única conocida de la depresión. Más bien, esta parece ser el resultado de una combinación de factores genéticos, bioquímicos, y psicológicos, menciona el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos. Así mismo para la depresión infantil se han sugerido distintas explicaciones que van desde biológicas, que incluyen factores hereditarios, bioquímicos, hormonales y neurológicos. Se piensa actualmente que la cantidad

de luz relacionada con los cambios de las estaciones influye negativamente en el estado de ánimo de algunos niños, conocido como “trastorno afectivo estacional”. Además, especialistas han vinculado la depresión infantil con la pérdida de seres queridos, perturbaciones en las relaciones padres e hijos y amenazas en la autoestima. Así mismo se considera la forma en que los niños interpretan y estructuran sus experiencias vividas y la creencia que tienen ellos de poder controlar y darle forma a su mundo.

Algunos tipos de depresión tienden a transmitirse de generación en generación, lo que sugiere una relación genética. Sin embargo, la depresión también puede presentarse en personas sin antecedentes familiares de depresión. La investigación genética indica que el riesgo de desarrollar depresión es consecuencia de la influencia de múltiples genes que actúan junto con factores ambientales u otros.

2.2.1.4 Sintomatología de la Depresión

Los síntomas de Depresión en la infancia podrían variar dependiendo de la personalidad de cada niño y en la etapa de desarrollo en que se encuentre. Así mismo algunos síntomas estén en comorbilidad con otros trastornos de la infancia. Dentro de la sintomatología depresiva en niños encontramos lo siguiente:

- a) Irritabilidad
- b) Problemas de conducta

- c) Pérdida de interés
- d) Autoestima baja
- e) Aislamiento social
- f) Sentimientos de desvalorización
- g) Dificultad al concentrarse
- h) Disminución del apetito
- i) Dificultades en el sueño (falta o exceso)
- j) Cansancio

2.2.1.5 Tipos de Depresión

Usualmente, y en este trabajo, la depresión es clasificada utilizando los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales – cuarta edición (DSM-IV), publicado por la Asociación Americana de Psiquiatría (1994).

La severidad de la depresión es usualmente clasificada como leve, moderada o grave, sin embargo la duración del estado de ánimo es pieza clave para determinar la severidad y tipo de depresión.

Existen varios tipos de trastornos depresivos. Los más comunes son el trastorno depresivo grave y el trastorno distímico.

El trastorno depresivo grave, también llamado depresión grave, se caracteriza por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, dormir, estudiar, comer, y disfrutar de las actividades que antes resultaban placenteras. La depresión grave incapacita al niño y le impide desenvolverse con

normalidad. Un episodio de depresión grave puede ocurrir solo una vez en el curso de vida de una persona, pero mayormente, recurre durante toda su vida. En ocasiones es posible que lleve a intentos suicidas, aunque no son comunes en los niños de corta edad son posibles más adelante en la niñez y aún más en los adolescentes severamente deprimidos.

El trastorno distímico, también llamado distimia, se caracteriza por sus síntomas de larga duración (dos años o más), aunque menos graves, pueden no incapacitar al niño, sí impedirle desarrollar una vida normal o sentirse bien. Es posible que también pueden padecer uno o más episodios de depresión grave a lo largo de sus vidas. Algunas formas de trastorno depresivo muestran características levemente diferentes a las descritas anteriormente o pueden desarrollarse bajo circunstancias únicas.

Por otro lado, la Depresión Mayor es posible diagnosticarse si el niño presenta un estado de ánimo depresivo o irritable con falta de interés o placer en casi todas las actividades por un período de por lo menos 2 semanas.

2.2.1.6 Depresión en la infancia

Según indica el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos (2009), científicos y médicos han comenzado a considerar seriamente el riesgo de la depresión en niños. Investigaciones han mostrado que la depresión en la niñez a menudo persiste, recurre, y se prolonga en la adultez especialmente si no se recibe tratamiento.

La presencia de la depresión en la niñez también tiende a predecir enfermedades más graves en la edad adulta. Un niño con depresión puede fingir estar enfermo, negarse a ir a la escuela, aferrarse a un padre, o preocuparse de que uno de sus padres pueda morir. Los niños mayores pueden estar de mal humor, meterse en problemas en la escuela, ser negativos e irritables, y sentirse incomprendidos. Como estas señales pueden percibirse como cambios de ánimo normales típicos de los niños mientras avanzan por las etapas del desarrollo, puede ser difícil diagnosticar con exactitud que una persona joven padece depresión. Antes de la pubertad, los niños y las niñas tienen las mismas probabilidades de sufrir trastornos de depresión. Sin embargo, a los 15 años, las mujeres tienen el doble de probabilidad que los hombres de haber padecido un episodio de depresión grave. La depresión en los adolescentes se presenta en un momento de grandes cambios personales, cuando hombres y mujeres están definiendo una identidad distinta a la de sus padres, lidiando con asuntos de género y su sexualidad emergente, y tomando decisiones por primera vez en sus vidas. La depresión en la adolescencia a menudo coexiste con otros trastornos tales como ansiedad, comportamiento perturbador, trastornos alimenticios, o abuso de sustancias. También puede conducir a un aumento en el riesgo de suicidio. Un estudio clínico financiado por el NIMH que abarcó a 439 adolescentes con depresión grave descubrió que una combinación de medicación y psicoterapia era la opción de tratamiento más efectiva. Otras investigaciones financiadas por el NIMH están desarrollando y probando maneras de prevenir el suicidio en niños y adolescentes, incluyendo diagnóstico y tratamiento tempranos y un mejor entendimiento del pensamiento suicida.

2.2.1.7 Teoría cognitiva de Beck sobre la Depresión en Niños

Este enfoque revisa los principales procesos cognitivos implicados en la experiencia de la depresión en niños, como son: triada cognitiva, esquemas cognitivos y errores cognitivos.

Triada Cognitiva de Beck

La tríada cognitiva se plantea en relación a cómo el niño se percibe a sí mismo, a su ambiente y a su futuro.

- a) El niño se ve a sí mismo de una manera negativa y de este modo se siente inútil, privado o inadecuado. Por ejemplo, un niño que dice no agradarle a nadie y que siente que nunca puede hacer bien las cosas. “¿Por qué me sacaron del equipo de fútbol? El entrenador nunca me toma en cuenta. Prefiere a otros niños. No soy bueno para nada”.
- b) Interpreta su interacción con su mundo y con su ambiente de una manera negativa. Por ejemplo, cualquier cumplido positivo o el esfuerzo de una persona para acercarse a este niño es mal percibido como una muestra de falsedad. “Lo hace por compasión. Seguramente le doy pena”.
- c) El niño ve el futuro como negativo. Es posible que se cuestione el hecho de que vaya a ser exitoso en el futuro o se siente condenado. “No voy a terminar el colegio. Siempre me desaprobarán en matemáticas. Mis papás se pelearán por mi culpa”.

Los Esquemas

Los esquemas hacen referencia cuando una persona reacciona de un modo consistente a estímulos similares en diferentes situaciones. De esta manera, un niño puede experimentar una situación y responder cognitivamente a ella de una manera negativa. Subsecuentemente, después de varios meses o años, puede surgir una situación similar y el niño responderá de la misma manera negativa en que lo hizo anteriormente. El esquema es la manera en que el niño percibe una situación. En otras palabras, es una manera consistente en que el niño responde cognitivamente frente a una situación.

Los esquemas cognitivos depresivos asumen la forma de estándares rígidos y perfeccionistas para emitir juicios acerca de uno mismo y respecto a otros. Se plantea que estos esquemas (llamados también actitudes disfuncionales) interactúan con eventos negativos de vida para producir la depresión. Por ejemplo, un niño pudiera sostener una actitud disfuncional como, “no valgo nada si no tengo quien me cuide y me quiera”. Cuando sucede un evento estresante relevante al esquema (pérdida de uno de los padres por abandono, separación o muerte), se activa el esquema negativo, lo que a su vez produce cogniciones negativas y depresión.

Los niños más deprimidos responden de una manera más negativa, utilizando muy pocos criterios objetivos en la interpretación de la situación. De este modo, hay muy poca conexión entre lo que verdaderamente sucedió y sus pensamientos negativos al respecto.

Errores Cognitivos

Los pensamientos negativos y las creencias mal adaptativas han sido descritas como “errores de pensamiento” y “distorsiones cognitivas”. Burns (1990) identificó las distorsiones habituales, aquellas que llevan a los niños a pensamientos irrealistas y a sentimientos negativos.

a) Pensamiento Todo o Nada

Implica que los niños experimentan algo en sus vidas que no les resulta del todo bien y llegan a desalentarse porque demandan que su desempeño tiene que ser perfecto. Así, por ejemplo, un niño puede obtener un 15 en una prueba de matemáticas, en vez de sentirse contento por esta buena nota, comienza a pensar en que ha fallado. Si un niño piensa de esta manera, es plausible que se observe y descubran en sí mismos un sentido de perfeccionismo. Así mismo es posible que luego se puede sentir muy abatido si no puede ser perfecto en cualquier cosa que haga. Probablemente pensará, “Si no soy perfecto, entonces soy exactamente lo opuesto. Soy imperfecto”.

b) Sobregeneralización

Esta distorsión se hace evidente cuando un niño cree que si algo sucede en una situación entonces todas las situaciones que son similares llevarán a las mismas consecuencias. De este modo, un niño puede creer que debido a que una vez tuvo problemas para declamar un poema al frente de la clase, siempre tendrá problemas para hacer algo similar. Este tipo de pensamiento negativo puede llevar a que un niño crea que no puede tener éxito en ciertas cosas, ocasionándole la evitación de situaciones similares.

c) Filtraje

Refiere cuando un niño sólo puede ver lo negativo en una situación dada. Por ejemplo, Carla fue a la fiesta de su amiga Leslie y se divirtió mucho, bailó, jugó, comió dulces, cantó y cogió varios juguetes de la piñata, sólo que uno de los niños, al momento de abalanzarse sobre las sorpresas de la piñata, la golpeó muy fuerte en la cara. Más tarde, cuando su mamá le preguntó cómo le había ido en la fiesta, Carla le contestó “muy mal, mejor no hubiera ido”.

d) Razonamiento Emocional

Es posible notar esta distorsión en niños que están deprimidos o ansiosos. Ellos arriban a conclusiones basados estrictamente en cómo se sienten. Por ejemplo, el niño que se siente solo puede concluir que no debe agradar a nadie, aun si hay evidencia para lo contrario, en sí, el niño está reaccionando ante las emociones que está experimentando más que ante los hechos reales y evidentes.

e) Etiquetaje

Consiste en asignar un nombre general o una etiqueta global a uno mismo o a los demás casi siempre designándolos con el verbo “Ser”. Esto produce una visión estereotipada e inflexible del mundo y de las personas.. Un ejemplo es el niño que sale adelante y se equivoca en una ecuación desarrollada en la pizarra. Él sentencia frente a toda la clase, “soy un tonto”. No pasará mucho tiempo para que los otros miembros de la clase lo llamen tonto.

2.2.2 Ansiedad

2.2.2.1 Definición de la Ansiedad

La ansiedad es un estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo según la Academia Real Española; pudiéndose entender como una manifestación esencialmente afectiva, en donde la persona experimenta conmoción, intranquilidad, nerviosismo o preocupación. Sumado a ello, si bien la ansiedad se destaca por su cercanía al miedo, se diferencia de éste en que, mientras el miedo es una perturbación cuya presencia se manifiesta ante estímulos presentes, la ansiedad se relaciona con la anticipación de peligros futuros, indefinibles e impredecibles (Marks, 1986).

Desde el modelo cognitivo, propone que es la interpretación negativa o catastrófica de los hechos la que explica el surgimiento y mantenimiento de la ansiedad, dando cuenta de la activación de creencias disfuncionales a partir de un proceso real. (Beck y Clark, 1988). Años más tarde, los mismos autores describen un modelo de ansiedad como una secuencia de procesamiento de la información basada en procesos cognitivos automáticos, por un lado, y por otro controlados, en donde se considera de forma crucial y significativa la anticipación dentro de la ansiedad. Es así que dentro de la ansiedad la percepción del peligro y valoración de las capacidades para enfrentarse a tal peligro, podrían presentar de forma sesgada y distorsionada. (Beck y Clark, 1997)

Relacionado a ello, el Centro de Psicología Aaron Beck (Granada, España) hace mención que cuando la ansiedad supera ciertos límites o cuando aparece ante situaciones que no son realmente peligrosas o que incluso, son deseables de forma objetiva, se convierte en un trastorno, impidiendo el bienestar íntegro de la persona,

logrando interferir significativamente en actividades de la vida cotidiana, familiares, sociales, laborales y académicas.

Es así que el presente trabajo toma como postura describir la ansiedad como un estado emocional que se hace presente ante situaciones de peligro o riesgo, en donde el niño presenta procesos cognitivos sobrevalorados sobre el peligro, observándose una distorsión; perjudicándolo de forma íntegra en todos los contextos en los que se desenvuelve, como lo son problemas relacionados con el fracaso escolar, baja autoestima, soledad y salud física.

2.2.2.2 Prevalencia de la Ansiedad

Distintos y numerosos estudios revelan que los trastornos de ansiedad se evidencian con mayor frecuencia en la población infante y adolescente. Es así que la tasa de prevalencia de trastornos de ansiedad oscila entre 5,6% y 21% (Benjamin, Costello y Warren; 1990), en donde las niñas presentan una alta frecuencia a diferencia de los niños.

Así mismo los estudios muestran unas tasas de prevalencia de Trastornos de Ansiedad entre el 8,9% y el 15,4%, basándose en la combinación de diagnósticos. Como es el caso de la Fobia Simple, el Trastorno de Ansiedad por Separación y Trastorno de Ansiedad Generalizada son los trastornos más frecuentes con tasas de prevalencia del 9,2%, 4,1% y 4,6%, indica el Centro Familiar Nova Schola (Barcelona).

En nuestro país, 2 de cada 10 niños presentan trastorno de ansiedad, un problema de salud mental que puede manifestarse a través de dolores musculares,

temblores, sudoración de manos, temor de hablar en público o de conocer a nuevas personas (Ministerio de Salud - Minsa, 2011).

2.2.2.3 Causas de la ansiedad

Existe una gran variedad de factores que se asocian a la ansiedad durante el embarazo, capaces de contribuir a experimentar un mayor o menor nivel de ansiedad del niño durante la gestación. Entre ellos, se encuentra:

- a. Embarazo no deseado
- b. Temor sobre el parto
- c. Ser hijo único o el primero
- d. Descuido del niño por parte de los padres

Otro elemento importante a resaltar es tener una discapacidad física que incremente los niveles de la ansiedad, ya que para los niños el dolor es difícil de tolerar, lo cual el sentirse mal podría conducirlo hacia un desajuste emocional. Por otro lado, dicha enfermedad puede obligar al niño a quedarse en un centro hospitalario en donde se vea obligado a separarse de sus padres o de las personas que sean más significativas para el niño.

2.2.2.4 Sintomatología de la ansiedad

- a. *Síntomas físicos*: taquicardia, palpitaciones, opresión en el pecho, falta de aire, temblores, sudoración, molestias digestivas, náuseas, vómitos, alteraciones en la alimentación, tensión y rigidez muscular, cansancio, sensación de mareo e inestabilidad.

- b. *Síntomas psicológicos*: inquietud, agobio, sensación de amenaza o peligro, ganas de huir o atacar, inseguridad, sensación de extrañeza, temor a perder el control, incertidumbre, dificultad para tomar decisiones.
- c. *Síntomas conductuales*: estado de alerta e hipervigilancia, bloqueos, torpeza o dificultad para actuar, impulsividad, dificultad para estar quieto.
- d. *Síntomas cognitivos o intelectuales*: dificultad de atención, concentración y memoria, aumento de despistes y descuidos, preocupación excesiva, rumiación, pensamientos distorsionados e inoportunos, sensación de confusión, tendencia a recordar sobre todo cosas desagradables.
- e. *Síntomas sociales*: irritabilidad, dificultades para iniciar o mantener una conversación, verborrea, quedarse en blanco.

2.2.2.5 Clasificación de la Ansiedad según el DSM IV

- i. Trastorno de ansiedad por separación

Este trastorno se caracteriza por ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo del niño, en lo que respecta a su separación del hogar o de las personas con quienes tiene un mayor vínculo o sean de apego. Puede presentar:

- a. Preocupación excesiva y manifiesta en relación a la salud o seguridad de sus padres.
- b. Miedo que algo terrible lo separe de las figuras significativas.
- c. Miedo a estar solo.
- d. Negativa a ir a la escuela.
- e. Quejas somáticas cuando se anticipa la separación.
- f. Crisis de angustia frente a la separación.
- g. Insistencia en dormir con los padres.

Este trastorno se encuentra estrechamente ligado al Trastorno de Pánico.

Estudios clínicos han determinado que la mitad de los niños con este trastorno presentan, además, otro trastorno de ansiedad y en un tercio de ellos encontramos, también, estados depresivos.

Otros estudios sugieren que esta patología incrementa el riesgo de desarrollar Trastorno de Pánico y Agorafobia durante la niñez o la adultez.

ii. Trastorno de Pánico

Los síntomas físicos y cognitivos son similares a los que ocurren en el adulto.

Es posible que se presente de forma inesperada y espontánea, asociados con síntomas fisiológicos y psicológicos. En general aparece asociado a otros diagnósticos, especialmente a los de Ansiedad por Separación, Fobia Escolar y Agorafobia (descrita como un temor a lugares abiertos, a las multitudes y a la dificultad para escapar de lugares en los que el niño pueda experimentar una crisis de angustia).

iii. Trastorno de Ansiedad Generalizada.

Dentro de este trastorno encontramos una excesiva preocupación frente a diversas situaciones de la vida cotidiana, sucesos futuros y ansiedad difícil de controlar.

Los niños con este trastorno van cambiando, inclusive el foco de su preocupación. Pudiéndose evidenciar en:

- a. Preocupación crónica y excesiva, difícil de controlar.
- b. Fatiga fácil
- c. Quejas somáticas frecuentes.
- d. Mal humor.
- e. Rabiets frecuentes ante situaciones de cambio o que el niño pueda evaluar como peligrosas o insegura.

iv. Fobia Social

Es descrita como un temor marcado y persistente en las situaciones en las que el niño se expone a personas que no le son familiares. Así mismo es necesario corroborar que son capaces de relacionarse normalmente con sus familiares y que la ansiedad aparece con individuos de su misma edad.

Los criterios considerados para diagnosticar a un niño con este trastorno son:

- a. Persiste temor sobre uno o más aspectos del rendimiento social.
- b. Temor intenso a la crítica y humillación en público.
- c. Miedo a estar con personas diferentes a los amigos o familiares.
- d. La exposición a situaciones sociales casi siempre provoca ansiedad, predisponiendo, en algunos casos, a un ataque de pánico.

Los niños con fobia social presentan, con frecuencia, distintos grados de depresión, así como también poca confianza en sus habilidades y una fuerte tendencia a ser obstinados.

v. Fobia Específica.

Se presenta con el temor exagerado e irracional a un objeto o situación determinada (volar, contacto con animales, a las alturas, a los espacios cerrados, a la oscuridad, a los insectos, etc.) Es posible que los niños no logren reconocer que su miedo es excesivo e irracional. Los niños con Fobias Específicas refieren miedo o temor acusado, reacciones fisiológicas y evitación o anticipación ansiosa al exponerse al estímulo fóbico.

En los niños, las Fobias Específicas más frecuentes son :

- a. A los animales.
- b. A irse a dormir.
- c. Fobia escolar.
- d. A la oscuridad.

2.2.2.6 Ansiedad en la niñez

Durante la etapa escolar (6 a 12 años), se observa que los niños inician la educación primaria, el cual se caracteriza por un proceso de adaptación a un nuevo contexto en donde se enfrenta a otros niños, maestros y distintas demandas. En donde las relaciones interpersonales con los profesores y compañeros requiere de habilidades sociales posiblemente no desarrolladas anteriormente convirtiéndose en un reto para ellos. Se agrega también a este proceso otros factores como habilidades para el

aprendizaje, rendimiento escolar, nuevas formas de relaciones sociales, entre otros; que se convierten en fuente de ansiedad y estrés. Asimismo la baja autoestima, imagen corporal, inseguridad, confianza en sí mismos pueden provocar episodios de ansiedad de moderada a severa, los cuales deben ser atendidos por el especialista.

De modo general, la manifestación de la ansiedad en los niños, se puede experimentar un miedo intenso, preocupación o inquietud que puede durar largos períodos de tiempo y afectar significativamente sus vidas, pudiendo convertirse en un trastorno de ansiedad, llevando a:

- a. Constantes ausencias a clase o una incapacidad para terminar el período de escolaridad.
- b. Deterioro en las relaciones con iguales.
- c. Baja autoestima.

2.2.2.7 Teoría de la Ansiedad

a. Ansiedad desde el enfoque interactivo y multidimensional

La ansiedad ha sido estudiada como respuesta emocional y como rasgo de personalidad. Al igual que cualquier otra emoción, la ansiedad puede ser estudiada como un conjunto de manifestaciones experienciales, fisiológicas y expresivas, ante una situación o estímulo, que es evaluado por el individuo como potencialmente amenazante, aunque objetivamente pueda no resultar peligroso (Cano-Vindel, 1997). Como rasgo de personalidad, la ansiedad se estudia a partir de las diferencias individuales en la propensión a sentir o manifestar estados o reacciones de ansiedad

(Spielberger, 1972). Dicho estado se caracteriza por sentimientos de tensión, aprensión, inseguridad, así como autovaloraciones negativas; asimismo, en el nivel fisiológico pueden observarse distintas alteraciones que se ven reflejados en distintos niveles de activación del Sistema Nervioso Autónomo (S.N.A) y de la tensión muscular; finalmente, también se pueden presentar distintos índices característicos de la agitación motora, que interfiere en la conducta normal adaptada.

La ansiedad hasta los años setenta había sido considerada como una respuesta unitaria, bien como un rasgo general de la personalidad, o bien como una reacción emocional a cualquier situación. Sin embargo, desde uno y otro enfoque se ha ido ampliando el concepto de ansiedad hasta considerarlo un concepto multidimensional con facetas muy diversas. (Miguel- Tobal, 1990). Como rasgo de personalidad, el concepto de ansiedad es considerado hoy en día como un constructo multidimensional (Endler, 1975), pues existen diferencias individuales en el rasgo de ansiedad ligadas a tipos de situaciones, de manera que un individuo puede mostrar diferente perfil de rasgos específicos de ansiedad ante distintos tipos de situaciones. Como respuesta emocional la ansiedad no puede considerarse tampoco como un concepto unitario, unidimensional, sino que se han de considerar las manifestaciones en las tres sistemas de respuestas (cognitivo, fisiológico y motor- C, F y M) de manera independiente, pues estos tres tipos de manifestaciones pueden ser discordantes (Lang, 1968). Así, podríamos decir que la ansiedad es:

Una reacción emocional, de escaso control voluntario por parte del individuo, que puede ser observada a tres niveles diferentes (cognitivo- subjetivo, fisiológico y motor-expresivo), siendo la característica fundamental de cada uno de ellos, respectivamente: el malestar subjetivo, la alta activación fisiológica y la inquietud

motora. Hay que señalar que estos tres modos de respuesta pueden no correlacionar o concordar entre sí (Miguel-Tobal, 1990).

Reacción, que surge ante una situación o una representación interna de la misma. Dicha situación se considera como potencialmente ansiógena. Algunas situaciones ansiógenas que encontramos con frecuencia son: (a) cualquier situación que implique una evaluación para el individuo (Calvo y Eysenck, 1995); (b) una situación interpersonal (Pérez-Nieto y Cano-Vindel, 1998); (c) un estímulo típicamente fóbico (Capafóns, J., Sosa, C.D., Viña, C. y Avero, P., 1997); (d) algunas situaciones de la vida cotidiana, como el trabajo, para algunas personas (Cano-Vindel y Miguel-Tobal, 1995). Las situaciones parecen estar asociadas a un patrón de reactividad (C-F-M) característico, de manera que distintas situaciones provocan perfiles de reactividad C-F-M diferentes en los mismos individuos (Cano-Vindel y Miguel-Tobal, 1990). Por otro lado, parece que hay alguna asociación entre el tipo de aprendizaje inicial (cognitivo vs. directo) con el tipo de reactividad individual (cognitiva vs. fisiológica) que provoca la situación ansiógena, de manera que cuando una reacción de miedo o ansiedad está asociada a una experiencia directa predomina una mayor reactividad fisiológica, mientras que los temores aprendidos por transmisión de información o aprendizaje vicario presentan una mayor reactividad cognitiva (Rodríguez- Saavedra y Cano-Vindel, 1995).

En el nivel experiencial, la ansiedad supone un estado de malestar o distress psicológico, caracterizado por sentimientos de tensión, aprensión, preocupación, inseguridad, autovaloraciones negativas, anticipaciones de eventos negativos etc., acompañados de dificultades para la concentración o para el recuerdo. La ansiedad afecta a la atención y a la memoria (Escalona y Hernández, 1996), así como la

autoestima, la autoeficacia percibido, la competencia personal, etc. (Fernández. Castro y col., 1998). A su vez, hoy en día el rasgo de ansiedad se explica en base a sesgos individuales en la atención (Eysenck, 1997; Calvo y Cano- Vindel, 1997; Arcas y Cano-Vindel, 1999).

El nivel fisiológico, se producen una serie de alteraciones en la intensidad de las respuestas del S.N.A. (modificaciones en la frecuencia cardiaca, en la conductibilidad eléctrica de la piel, en la presión arterial, etc.), A su vez, estas modificaciones pueden llegar a generar desorden en los órganos inervados por estos sistemas: sudoración palmar excesiva, palpitaciones y arritmias, molestias en el estómago, dolores de cabeza, temblor en las extremidades, escalofríos, apnea, respiración agitada, sequedad de boca, dificultades para tragar, etc. Estos desordenes pueden llegar a hacerse crónicos convirtiéndose en verdaderas enfermedades psicofisiológicas o psicosomáticas (Cano-Vindel y Miguel –Tobal, 1994).

En cuanto al nivel expresivo encontramos: (a) diferentes conductas que indican inquietud motora (movimientos repetitivos, rascarse o tocarse alguna parte del cuerpo reiteradamente, movimientos rítmicos con las extremidades, moverse y hacer cosas sin una finalidad concreta, manipulación continua de objetos, etc. (b) así como conductas que manifiestan un exceso de tensión muscular (movimientos torpes, temblores, paralización, tartamudez u otras dificultades de expresión verbal, etc. (c) conductas que muestran malestar o distress (llanto, expresiones faciales de susto, miedo o desesperación, evitación o escape de la situación, etc. (d) conductas consumatorias que puedan dar sensación subjetiva de seguridad (fumar o beber en exceso). (e) conductas consumatorias que puedan reducir a activación fisiológica y/o cognitiva

(comer demasiado, picar entre comidas, etc., tomar bebidas alcohólicas tranquilizantes (Miguel-Tobal, 1990)

2.3. Definición de términos básicos

2.3.1 Depresión

Es un trastorno del estado de ánimo, que se caracteriza por la presencia de tristeza, abatimiento, sentimientos de culpa, baja autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio, falta de concentración, pensamientos suicidas e incluso intentos del mismo.

Puede llegar a ser crónica o recurrente, dificultando el desempeño laboral o escolar y la capacidad para afrontar la vida diaria. Existen diferentes tipos de clasificación (trastorno depresivo grave, distímico, psicótica, posparto y afectivo estacional), sin embargo los más comunes son el trastorno depresivo grave o mayor y el trastorno distímico.

Desde la perspectiva cognitiva el niño con depresión presenta un esquema que involucra una visión negativa de sí mismo, del entorno/ambiente y del futuro. A este esquema se lo conoce como la triada cognitiva. En donde el paciente se ve a sí mismo incapaz e inútil, quizás despreciable o defectuoso. Con relación a su entorno, interpreta en término de daños y pérdida la mayor parte de sus experiencias vitales al tiempo que cree que el futuro vendrá acompañado de fracasos y frustraciones. Debido a que el niño siente desesperación, cree que las situaciones serán incontrolables, respondiendo entonces con pasividad, resignada a no poder modificarlas.

2.3.2 Ansiedad

La ansiedad es una respuesta emocional que se presenta en el sujeto ante situaciones que percibe como amenazantes o peligrosas, sin embargo desde el punto de vista de Beck y Clark (1988), dentro de la ansiedad la percepción del peligro y valoración de las capacidades para enfrentarse a tal peligro, podrían presentar de forma sesgada y distorsionada.

Asimismo indica que cuando la ansiedad supera ciertos límites o cuando aparece ante situaciones que no son realmente peligrosas o que incluso, son deseables de forma objetiva, se convierte en un trastorno, impidiendo el bienestar íntegro de la persona, logrando interferir significativamente en actividades de la vida cotidiana, familiares, sociales, laborales y académicas.

CAPITULO III

HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Supuestos científicos básicos

Se postula que existe relación entre la depresión y ansiedad, ya que se consideran diversas teorías que sustentan lo mencionado anteriormente, es así que la Clínica de la Ansiedad (Barcelona-Madrid) explica que un 70% de personas con trastornos depresivos indican ansiedad de distinta intensidad y tipología, asimismo se observa un mayor número de porcentaje de personas que padecen trastorno de ansiedad y que a su vez presentan también presentan sintomatología depresiva (Luna M., 2002); quien también agregó que existen diferentes aspectos que explican la relación entre los constructos mencionados. Uno de ellos es que en muchos casos los psicofármacos utilizados tanto para la depresión como ansiedad son los mismos, y por ende se puede decir que participan los mismos sistemas de neurotransmisión, es así que se postula que existe un déficit de los neurotransmisores serotonina y noradrenalina. Agregado a ello, si comparten vías neuroquímicas, seguramente compartirán algunos genes, de este modo se cree que puede existir una relación genética entre algunos trastornos de ansiedad y

depresión, como sería el caso del trastorno obsesivo-compulso el cual guarda mayor relación con la depresión que con otros trastornos de la ansiedad.

Sin embargo, dentro de las constantes explicaciones que se quería hallar en la depresión y ansiedad, destacan el de Kendall y Watson, quienes emplean la teoría diferencial de las emociones de Izard, donde se menciona que la ansiedad y depresión son emociones complejas que implican diferentes combinaciones de emociones básicas. En la ansiedad, predomina el temor, y en la depresión la tristeza, que pesar de distinguirse en la emoción básica, se asemeja en otras, lo cual puede llevar a que se confundan.

Además para Kendall y Watson, la ansiedad como la depresión se podría incorporar en una categoría más amplia nombrada Afectividad Negativa, conformada por emociones negativas (implicada las conductas y pensamientos negativos), explicándose así sus coincidencias y semejanzas.

Por último, Clark y Watson (1991) y Watson, Clark y Carey (1988) sugieren que la depresión “pura” se describe por indicar baja afectividad positiva y alta afectividad negativa. Por el contrario, la ansiedad “pura” se caracteriza por la alta presencia de hiperactivación fisiológica y alta afectividad negativa. Por ende, la depresión y ansiedad “puras” comparten un componente en común (el afecto negativo) y componentes específicos (bajo afecto positivo y alta hiperactividad fisiológica). Este modelo es denominado “Modelo Tripartito de la depresión y la ansiedad”. En base a lo expuesto en el presente estudio se generan las siguientes hipótesis.

3.2 Hipótesis

3.2.1 General

H₁: Existen diferencias significativas en Depresión, al compararse a los niños del nivel de educación primaria de básica regular de colegios estatales considerando el sexo.

H₂: Existen diferencias significativas en Ansiedad, al compararse a los niños del nivel de educación primaria de básica regular y de colegios estatales considerando el sexo.

H₃: Existen diferencias significativas en Depresión, al compararse a los niños del nivel de educación primaria de básica regular de colegios estatales considerando el ciclo de estudio: IV y V.

H₄: Existen diferencias significativas en Ansiedad, al compararse a los niños del nivel de educación primaria de básica regular de colegios estatales considerando el ciclo de estudio: IV y V.

3.2.2 Específicas

H₅: Existen relación entre Depresión y Ansiedad en estudiantes del nivel de educación primaria de básica regular de colegios estatales de Chorrillos.

H₆: Existen relación entre Depresión y Ansiedad en el grupo de varones del nivel de educación primaria de básica regular de colegios estatales de Chorrillos.

H₇: Existen relación entre Depresión y Ansiedad en el grupo de mujeres del nivel de educación primaria de básica regular de colegios estatales de Chorrillos.

H₈: Existen relación entre Depresión y Ansiedad en el grupo de estudiantes de colegios estatales de Chorrillos del IV ciclo del nivel de educación primaria de básica regular.

H₉: Existen relación entre Depresión y Ansiedad en el grupo de estudiantes de colegios estatales de Chorrillos del V ciclo del nivel de educación primaria de básica regular

3.3 Variables de estudio

3.3.1 Hipótesis Comparativas:

En este tipo de hipótesis es factible identificar la variable independiente (VI) y la variable dependiente (VD) como se señala a continuación:

a) Variables independientes: sexo, ciclo de estudio IV y V

b) Variables dependientes: Depresión y Ansiedad

c) Variables a controlar: niños de colegios estatales del nivel primario de educación primaria de básica regular, que asistan a colegios de chorrillos,

comprensión lectora a un nivel de tercer grado, hora de aplicación de la prueba, condición económicas baja.

3.3.2 Hipótesis Correlacionales: Lo que establece en este tipo de hipótesis son relaciones entre variables, sin identificar cuál es la Variable independiente y dependiente.

a) Depresión

b) Ansiedad

CAPITULO IV

MÉTODO

4.1 Diseño de investigación

El presente estudio es cuantitativo, no experimental, transversal, según Hernández, Fernández y Baptista (2010) ya que se busca observar los fenómenos tal y como se presentan en su contexto natural para después analizarlos, no manipulando las variables.

Asimismo es de interés evaluar dos variables y señalar si existe relación entre Ansiedad y Depresión en niños de colegios estatales de Chorrillos. Por último busca establecer las diferencias en Ansiedad y Depresión considerando el sexo, el grupo etario y el grado escolar.

4.2 Población de estudio

Niños del nivel de educación primaria de básica regular de dos colegios estatales del distrito de Chorrillos ubicados en la zona del Morro Solar

4.3 Participantes

Se realizó un muestreo no aleatorio por juicio, teniendo en cuenta la edad y sexo de los niños durante el período de estudio. Seleccionando así 181 niños.

Los criterios para conformar la muestra fueron los siguientes:

4.3.1 Criterios de Inclusión:

- a) Tener entre 8 y 11 años
- b) Asistir al colegio con regularidad
- c) Encontrarse en el IV (3° y 4° grado) y V (5° y 6° grado) ciclo de Educación básica regular, nivel primario.
- d) Que los directivos del centro educativo hayan firmado el consentimiento informado.

4.3.2 Criterios de Exclusión:

- a) Respuestas perseverativas respecto a las alternativas de respuestas, reiteradas omisiones.
- b) Dar una impresión negativa
- c) Desautorización de los padres de familia en la aplicación del instrumento

Se puede apreciar en la tabla 1 que las mujeres representan un 51.1% de la muestra total (N=181) a diferencia de los varones que alcanzan un porcentaje de 48.1. Según los porcentajes obtenidos en la edad cronológica se puede observar que las edades de 10 y 11 años predominan con un porcentaje de 31.5% y 27.6%

respectivamente. En cuanto al grado se observa un mayor porcentaje en el 4to grado con un 28.2%, seguido de 5to grado con 27.6%, luego 6to grado con 24.9% y finalmente 3ero con 19.3%. Reagrupando los grados por ciclos y considerando los parámetros tomados por el Diseño Curricular Nacional del Ministerio de Educación, (2005), podemos observar que el ciclo V presenta un mayor porcentaje (52.5%) a diferencia del ciclo IV con un 47.5%.

Tabla 1
Distribución porcentual de la muestra de niños (N=181) de colegios del nivel primario de Chorrillos, considerando las variables demográficas.

Variables		Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Varón	87	48,1
	Mujer	94	51,9
Edad Cronológica en años	7	3	1,7
	8	20	11,0
	9	31	18,8
	10	57	31,5
	11	50	27,6
	12	17	9,4
Grado	3	35	19,3
	4	51	28,2
	5	50	27,6
	6	45	24,9
Ciclo de Estudio	IV	86	47,5
	V	95	52,5

4.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

En el presente estudio se ha empleado como instrumento Beck Youth Inventories adaptado por Judith S. Beck, Aaron T. Beck, Jhon B. Jolly, y Robert A. Steer en el año 2005, del cual para este estudio se ha empleado 2 inventarios: Depresión y Ansiedad.

4.4.1 Inventario de Depresión

Nombre del Test:	Beck Youth Inventories
Autor:	Judith S. Beck, Aaron T. Beck, Jhon B. Jolly, Robert A. Steer
Año:	2005
Constructos evaluados:	Depresión
Área de aplicación:	Psicología clínica y educativa
Edad de aplicación:	7 a 18 años
Duración:	30 minutos aproximadamente
Administración:	individual o colectiva
Materiales:	Cuadernillo y lápiz
Confiabilidad y Validez	Tiene una confiabilidad de ,914 obtenida empleando el Alfa de Cronbach. Tiene una validez en un rango de ,90 a ,91

Este inventario fue diseñado para identificar los síntomas de depresión en niños y adolescentes. Sus reactivos reflejan ideas negativas que tiene de sí mismo en su vida y futuro así como sentimientos de tristeza e indicadores fisiológicos de depresión. El tiempo aproximado para este inventario es de 10 minutos, tomando en cuenta la fluidez en la lectura. En relación a la puntuación y corrección del inventario, el inventario se

encuentra en una escala Likert, en donde el niño o adolescente deberá escoger una opción de las siguientes alternativas: Nunca = 0, A veces = 1, Frecuentemente =2 y Siempre =3, para cada ítem. Para la corrección y obtención de puntajes, la suma total del inventario es colocada en la parte inferior derecha del inventario. Asimismo se transforma las puntuaciones brutas en puntuaciones estandarizadas utilizando el apéndice A del manual, los cuales se basan en 4 grupos de norma de acuerdo a las edades y sexo. Tiene una consistencia interna que va desde ,90 a ,91.

4.4.2 Inventario de Ansiedad

Nombre del Test: Beck Youth Inventories

Autor: Judith S. Beck, Aaron T. Beck, Jhon B. Jolly, Robert A. Steer

Año:	2005
Constructos evaluados:	Ansiedad
Área de aplicación:	Psicología clínica y educativa
Edad de aplicación:	7 a 18 años
Duración:	30 minutos aproximadamente
Administración:	individual o colectiva
Materiales:	Cuadernillo y lápiz
Confiabilidad y Validez	Tiene una confiabilidad de ,882 obtenida empleando el Alfa de Cronbach. Tiene una validez de ,89

Este inventario tiene reactivos que reflejan los miedos del niño o adolescentes y los síntomas fisiológicos asociados con la ansiedad. El tiempo aproximado para este inventario es de 10 minutos, tomando en cuenta la fluidez en la lectura. En relación a la puntuación y corrección del inventario, el inventario se encuentra en una escala liker, en donde el niño o adolescente deberá escoger una opción de las siguientes alternativas: Nunca = 0, A veces = 1, Frecuentemente =2 y Siempre =3, para cada ítem. Para la corrección y obtención de puntajes, la suma total del inventario es colocada en la parte inferior derecha del inventario. Asimismo se transforma las puntuaciones brutas en puntuaciones estandarizadas utilizando el apéndice A del manual, los cuales se basan en

4 grupos de norma de acuerdo a las edades y sexo. Tiene una consistencia interna de ,89.

Inventario	Descripción	Ítems
Inventario de Depresión de Beck para niños y jóvenes	Este inventario está diseñado para identificar los síntomas de la depresión en niños y Adolescentes incluyendo pensamientos negativos sobre uno mismo o de la vida, y futuro; sentimientos de tristeza; y las indicaciones fisiológicas de depresión.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Creo que mi vida es mala 2. Me cuesta hacer cosas 3. Siento que soy una mala persona 4. Ojalá me muriera 5. Me cuesta dormir 6. Siento que nadie me quiere 7. Creo que pasan cosas malas por mi culpa 8. Me siento solo/a 9. Me duele el estomago 10. Siento que me pasan cosas malas 11. Siento que soy tonto/a 12. Siento pena por mí mismo/a 13. Creo que hago las cosas mal 14. Me siento mal por lo que hago. 15. Me odio 16. Quiero estar solo/a 17. Siento que quiero llorar 18. Me siento triste 19. Me siento vacío/a 20. Creo que mi vida será mala.

Fuente: Judith S. Beck, Aaron T. Beck, Jhon B. Jolly, Robert A. Steer (2005)

Inventario	Descripción	Ítems
Inventario de Ansiedad de Beck para niños y jóvenes	Los artículos en este inventario reflejan los temores de los niños, preocupaciones y síntomas fisiológicos asociados con la ansiedad.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Me preocupa que alguien pueda lastimarme en la escuela 2. Mis sueños me asustan 3. Me preocupo cuando estoy en la escuela 4. Pienso en cosas que asustan 5. Me preocupa que la gente pueda burlarse de mí 6. Tengo miedo de cometer errores 7. Me pongo nervioso/a 8. Tengo miedo de que me lastimen 9. Me preocupa tener malas calificaciones 10. Me preocupa el futuro 11. Me tiemblan las manos 12. Me preocupa que pueda volverme loco/a 13. Me preocupa que la gente se enfurezca conmigo 14. Me preocupa perder el control 15. Me preocupo 16. Tengo problemas para dormir 17. Mi corazón palpita 18. Me pongo a temblar 19. Tengo miedo de que algo malo me suceda 20. Tengo miedo de enfermarme

Fuente: Judith S. Beck, Aaron T. Beck, Jhon B. Jolly, Robert A. Steer (2005)

4.4.3 Descripción de la prueba

Para la recolección de la información se utilizó el Inventario para Niños y Jóvenes de Beck, el cual contiene cinco escalas que pueden utilizarse por separado o en combinación para evaluar la experiencia de un niño de la depresión, la ansiedad, la ira, conductas disruptivas y auto concepto. Las escalas miden el estrés que experimentan los niños en asociación con problemas de salud mental. Cada uno de los cinco inventarios

contiene 20 ítems acerca de los pensamientos, sentimientos o comportamientos asociados con el deterioro emocional y social en niños y adolescentes. Este inventario está en su formato Likert, con cuatro opciones de respuesta, nunca, a veces, a menudo y siempre.

Confiabilidad para la escala de Depresión

Valores de Alfa de Cronbach entre .86 y .91 indican una buena consistencia interna. Este valor cada vez que se emplee la escala, puede usarse como única medida de validez, cuando es difícil una validación con un patrón de referencia.

Asimismo, se puede apreciar en la Tabla 2 que el Alfa de Cronbach es de .914 considerando elevado para los veinte elementos de la Escala de Depresión de Beck.

Se indican los datos obtenidos de acuerdo a Oviedo y Campo-Arias (2005) quienes sostienen que el coeficiente alfa es un índice utilizado para medir la confiabilidad de tipo consistencia interna de una escala, es decir, evaluar la magnitud en que los ítems de los instrumentos están correlacionados.

Tabla 2

Prueba de Fiabilidad para la variable de Depresión

Alfa de Cronbach	N° de elementos
,914	20

Asimismo como se observa en la tabla 3, la correlación total de elementos corregida de los 20 ítems que integran este inventario sobrepasa el valor de ,20 por lo tanto no fue necesario suprimir ningún elemento

Tabla 3
Alfa de Cronbach de los ítems de la escala de Depresión

ITEMS DE DEPRESIÓN	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
41. Creo que mi vida es mala.	,520	,911
42. Me cuesta hacer cosas	,363	,915
43. Siento que soy una mala persona	,549	,910
44. Ojalá me muriera	,580	,909
45. Me cuesta dormir	,469	,912
46. Siento que nadie me quiere	,557	,910
47. Creo que pasan cosas malas por mi culpa	,633	,908
48. Me siento solo/a	,590	,909

49. Me duele el estomago	,447	,912
50. Siento que me pasan cosas malas	,643	,908
51. Siento que soy tonto/a	,580	,909
52. Siento pena por mí mismo/a	,589	,909
53. Creo que hago las cosas mal	,669	,907
54. Me siento mal por lo que hago	,547	,910
55. Me odio	,522	,911
56. Quiero estar solo/a	,596	,909
57. Siento que quiero llorar	,582	,909
58. Me siento triste	,607	,909
59. Me siento vacío/a	,642	,908
60. Creo que mi vida será mala	,618	,908

Validez para la escala de Depresión

La validez se estableció mediante la correlación Rango-Orden de Spearman ítem – puntaje total. Se puede apreciar en la Tabla 4 que todas correlaciones son significativas al nivel de 0,01, las cuales varían entre ,454 y ,689.

Tabla 4

Coefficiente de Correlación de Spearman para la muestra (N=181) de la escala de Depresión en niños de colegios estatales de Chorrillos

1. Creo que mi vida es mala.	,557**
2. Me cuesta hacer cosas	,454**
3. Siento que soy una mala persona	,599**
4. Ojalá me muriera	,562**
5. Me cuesta dormir	,548**
6. Siento que nadie me quiere	,639**
7. Creo que pasan cosas malas por mi culpa	,661**
8. Me siento solo/a	,597**
9. Me duele el estomago	,489**
10. Siento que me pasan cosas malas	,657**
11. Siento que soy tonto/a	,570**
12. Siento pena por mí mismo/a	,625**
13. Creo que hago las cosas mal	,689**
14. Me siento mal por lo que hago	,642**
15. Me odio	,532**

16. Quiero estar solo/a	,598**
17. Siento que quiero llorar	,610**
18. Me siento triste	,669**
19. Me siento vacío/a	,667**
20. Creo que mi vida será mala	,633**

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01

* . La correlación es significativa en el nivel 0,05

Con respecto a la variable de Ansiedad, se aprecia en la tabla 5 que el Alfa de Cronbach es de ,882 considerando elevado para los veinte elementos de la escala de Ansiedad.

Tabla 5
Prueba de Fiabilidad para la variable de Ansiedad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,882	20

Así mismo en la Tabla 6 se observa la correlación total de elementos corregida e 19 ítems es mayor a ,20, excepto para el 37 “Mi corazón palpita” cuyo coeficiente es menor ,179 sin embargo se ha acordado dejar este ítem dado que el autor Beck (2005), considera que este ítem tiene validez de contenido según el DSM-III.

Tabla 6
Alfa de Cronbach de los ítems de la escala de Ansiedad

ITEMS DE ANSIEDAD	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
	,443	,878
22. Mis sueños me asustan	,366	,880
23. Me preocupo cuando estoy en la escuela.	,496	,876
24. Pienso en cosas que asustan.	,394	,879
25. Me preocupa que la gente pueda burlarse de mí.	,511	,876

26. Tengo miedo de cometer errores.	,567	,874
27. Me pongo nervioso/a.	,483	,877
28. Tengo miedo de que me lastimen.	,602	,873
29. Me preocupa tener malas calificaciones.	,514	,876
30. Me preocupa el futuro.	,424	,879
31. Me tiemblan las manos.	,519	,875
32. Me preocupa que pueda volverme loco/a.	,538	,875
33. Me preocupa que la gente se enfurezca conmigo.	,568	,874
34. Me preocupa perder el control.	,577	,873
35. Me preocupo.	,488	,876
36. Tengo problemas para dormir.	,503	,876
37. Mi corazón palpita.	,179	,887
38. Me pongo a temblar.	,564	,874
39. Tengo miedo de que algo malo me suceda.	,625	,872
40. Tengo miedo de enfermarme.	,469	,877

Validez para la escala de Ansiedad

La validez se estableció mediante la correlación Rango-Orden de Spearman ítem – puntaje total. Se puede apreciar en la Tabla 7 que todas correlaciones son significativas al nivel de 0,01, las cuales varían entre ,418 y ,677.

Tabla 7

Coefficiente de Correlación de Spearman para la muestra (N=181) de la escala de Ansiedad en niños de colegios estatales de Chorrillos

1. Me preocupa que alguien pueda lastimarme en la escuela	,509**
2. Mis sueños me asustan	,418**
3. Me preocupo cuando estoy en la escuela	,551**
4. Pienso en cosas que asustan	,454**
5. Me preocupa que la gente pueda burlarse de mí	,567**
6. Tengo miedo de cometer errores	,618**
7. Me pongo nervioso/a	,542**
8. Tengo miedo de que me lastimen	,664**
9. Me preocupa tener malas calificaciones	,555**
10. Me preocupa el futuro	,459**
11. Me tiemblan las manos	,578**
12. Me preocupa que pueda volverme loco/a	,610**
13. Me preocupa que la gente se enfurezca conmigo	,629**
14. Me preocupa perder el control	,636**

15. Me preocupo	,551**
16. Tengo problemas para dormir	,564**
17. Mi corazón palpita	,247**
18. Me pongo a temblar	,612**
19. Tengo miedo de que algo malo me suceda	,677**
20. Tengo miedo de enfermarme	,528**

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01

* . La correlación es significativa en el nivel 0,05

Cabe considerar que coeficiente de fiabilidad Alpha de ambas pruebas, expresan no solo la consistencia interna sino la homogeneidad de los elementos probando así la validez del constructo del inventario.

4.5 Procedimientos para la recolección de datos

Se permitió la aplicación del instrumento a los salones requeridos para la investigación. Previamente se habían solicitado los consentimientos informados al Director de la institución educativa, con la finalidad de contar con la autorización para la evaluación de los niños. Durante el proceso de aplicación estuvieron presentes los examinadores, quienes explicaron el trabajo que se realizaría con ellos. Posteriormente, se procedió a repartir la prueba a cada uno de los niños, en donde se les pidió que colocaran su edad y sexo. Una vez completado estos datos, se procedió a tomar como ejemplo los tres primeros ítems y a explicarles la forma en la que tenían que marcar las alternativas de respuesta. Una vez que las evaluadoras se aseguraron de que los niños hayan comprendido las indicaciones, se les señaló que no hay respuestas correctas ni incorrectas, y que debían de responder de acuerdo a como se sientan y piensen con respecto a cada uno de los ítems. Asimismo, se les menciono que si tuvieran alguna duda o dificultad podrían consultarlo con una de las evaluadoras, quienes se acercarían de manera personal a atender la consulta. Además, se les recalco que leyeran con calma

cada ítem y que respondieran a cada uno de ellos sin omitir ninguno. Por último, el tiempo promedio de la aplicación del instrumento fue de 45 minutos.

4.6 Técnicas de procesamiento y análisis de datos

Se utilizaron técnicas estadísticas no paramétricas, optándose por el estadístico U de Mann Whitney, para tomar la decisión se utilizó la prueba de Smirnov-Kolgomorov. Los datos fueron procesados mediante el SPSS, versión 2.2.

Se partió de las siguientes hipótesis para la variable de Depresión:

HIPÓTESIS NULA (H_0): La distribución de los puntajes de depresión es normal.

HIPÓTESIS ALTERNA (H_1): La distribución de los puntajes de depresión no es normal.

En la tabla 8, se aprecia que los valores K –S son significativos, por tanto se rechaza la Hipótesis nula a un nivel de significación de ,008.

Para la variable de Ansiedad se ha partido de las siguientes hipótesis:

Hipótesis nula (H_0): La distribución de los puntajes de ansiedad es normal.

Hipótesis alterna (H_1): La distribución de los puntajes de ansiedad no es normal.

Asimismo se observa en la Tabla 8, que los valores K –S son significativos, por ende se rechaza la Hipótesis nula a un nivel de significación de ,031.

Se ha aplicado la corrección de Lilliefors, y se ha decidido utilizar pruebas no paramétricas.

Tabla 8
Prueba de Smirnov-Kolgomorov para las puntuaciones totales de la escala de Ansiedad y Depresión de Beck

	PTBA-IY	PTBDI-Y
N	181	181

Tabla 9

Resumen para la contratación de hipótesis Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra

Parámetros	Media		
normales a,b		29,55	16,23
	Desviación estándar	12,503	11,469
Máximas diferencias extremas	Absoluta	,070	,079
	Positivo	,070	,079
	Negativo	-,070	-,078
Estadístico de prueba		,070	,079
Sig. asintótica (bilateral)		,031c	,008c

- a. La distribución de prueba es normal.
- b. Se calcula a partir de datos.
- c. Corrección de significación de Lilliefors.

Hipótesis Nula	Prueba	Significación	Decisión
La distribución de PTBA-IY es normal con la media 30 y la desviación estándar 12,503.	Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra.	,031 ¹	Rechace la hipótesis nula.
La distribución de PTBDI-Y es normal con la media 16 y la desviación estándar 11,469.	Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra.	,008 ¹	Rechace la hipótesis nula.

- a. La distribución de prueba es normal.
- b. Se calcula a partir de datos.
- c. Corrección de significación de Lilliefors.

RESULTADOS OBTENIDOS

5.1 Presentación de datos generales

En el presente estudio los resultados serán presentados de acuerdo a los objetivos de la investigación. Describiéndose en primer término las diferencias en depresión y ansiedad de los estudiantes y en segundo lugar se analizará la relación entre las variables de depresión y ansiedad, considerando las escalas y el puntaje total de la prueba Beck Youth Inventories.

5.2 Presentación y análisis de datos

5.2.1 Diferencias y niveles de significación considerando el sexo.

En la tabla 10, se aprecia que los rangos promedios para la variable de Ansiedad son de 98,56, para el grupo de mujeres, siendo mayor al de 82,83 para el grupo masculino. La U de Mann-Whitney es de 3378,000 siendo la diferencia significativa de ,043 significativo al 5% de confianza.

Se aprecia que los rangos promedios para la variable de Depresión son de 95,10, para el grupo de mujeres, siendo mayor al de 86,57 para el grupo masculino. La U de Mann-Whitney es de 3703,500 siendo la diferencia de ,273 no significativa.

Tabla 10

Diferencias en Depresión y Ansiedad, al compararse a los niños del nivel de educación primaria de básica regular de colegios estatales considerando el sexo.

	Sexo	N	Rango promedio	Suma de rangos	U de Mann-Whitney	Significación
PTBA-IY	Masculino	87	82,83	7206,00		
	Femenino	94	98,56	9265,00		
	Total	181			3378,000	,043*
PTBDI-Y	Masculino	87	86,57	7531,50		
	Femenino	94	95,10	8939,50		
	Total	181			3703,500	,273

*P < ,05

5.2.2 Diferencias y niveles de significación considerando el ciclo de estudio.

Como se observa en la tabla 11, los rangos promedios para la variable de Ansiedad son de 106,21 para el grupo del ciclo IV, siendo mayor al de 77,23 para el ciclo V. La U de Mann-Whitney es de 2777,000 siendo la diferencia significativa al 1% de confianza.

Se aprecia que los rangos promedios para la variable de Depresión son de 92,41 para el ciclo V, siendo mayor a 89,44 para el ciclo IV. La U de Mann-Whitney es de 3951,000 siendo la diferencia significativa de ,703 no significativa.

Tabla 11

Diferencias en Depresión y Ansiedad, al contrastarse a los niños del nivel de educación primaria de básica regular de colegios estatales considerando el ciclo de estudio: IV y V.

	Ciclo de estudios	N	Rango promedio	Suma de rangos	U de Mann-Whitney	Significación
PTBA-IY	IV ciclo	86	106,21	9134,00	2777,000	,000
	V ciclo	95	77,23	7337,00		
	Total	181				
PTBDI-Y	IV ciclo	86	89,44	7692,00	3951,000	,703
	V ciclo	95	92,41	8779,00		
	Total	181				

***P < ,01

5.2.3 Correlaciones de las variables de depresión y ansiedad.

Se observa en la tabla 12 una significación de ,569 para las variables depresión y ansiedad.

Tabla 12

Correlación entre Depresión y Ansiedad en estudiantes del nivel de educación primaria de básica regular de colegios estatales de Chorrillos. (N=181)

Rho de Spearman		
	PTBA-IY	PTBDI-Y
Coefficiente de correlación	1,000	,569**

***P < ,01

5.2.4 Correlaciones de las variables de depresión y ansiedad en varones.

Se observa en la tabla 13 una significación de ,613 para ambas variables depresión y ansiedad.

Tabla 13
Correlación entre Depresión y Ansiedad en el grupo de varones del nivel de educación primaria de básica regular de colegios estatales de Chorrillos. (N=181)

		PTBA-IY	PTBDI-Y
Rho de Spearman	PTBA-IY		
	Coefficiente de correlación	1,000	,613**
N		87	87

**P < ,01

5.2.5 Correlaciones de las variables de depresión y ansiedad en mujeres.

Se aprecia en la tabla 14 una significación de ,520 para ambas variables depresión y ansiedad.

Tabla 14
Correlación entre Depresión y Ansiedad en el grupo de mujeres del nivel de educación primaria de básica regular de colegios estatales de Chorrillos. (N=181)

		PTBA-IY	PTBDI-Y
Rho de Spearman	PTBA-IY		
	Coefficiente de correlación	1,000	,520**
N		94	94

**P < ,01

5.2.6 Correlaciones de las variables de depresión y ansiedad considerando el IV ciclo.

En la tabla 15 se observa una significación de ,552 para ambas variables depresión y ansiedad.

Tabla 15

Correlación entre Depresión y Ansiedad en el grupo de estudiantes de colegios estatales de Chorrillos del IV ciclo del nivel de educación primaria de básica regular. (N=181)

		PTBA-IY	PTBDI-Y
Rho de Spearman	PTBA-IY		
	Coefficiente de correlación	1,000	,552**
	N	86	86

**P < ,01

5.2.7 Correlaciones de las variables de depresión y ansiedad considerando el V ciclo

Se aprecia en la tabla 16 una significación de ,619 para ambas variables depresión y ansiedad.

Tabla 16

Correlación entre Depresión y Ansiedad en el grupo de estudiantes de colegios estatales de Chorrillos del V ciclo del nivel de educación primaria de básica regular. (N=181)

		PTBA-IY	PTBDI-Y
Rho de Spearman	PTBA-IY		
	Coefficiente de correlación	1,000	,619**
	N	95	95

**P < ,01

5.3 Discusión de resultados

Se han realizado diversas investigaciones sobre Depresión y Ansiedad Yesquen e Yncarroca (2007), Vinaccia et al (2006), Abello et al (2013), Aguilera y Whetsell (2007), pero aún faltan mucho por investigar, y se ha podido corroborar que los niños experimentan numerosos miedos, preocupaciones y sentimientos de tristeza durante su crecimiento, la mayoría transitorios, de intensidad moderada y específicos de una edad.

En la presente investigación se ha encontrado que no existen diferencias considerables en depresión al compararse según el sexo. Sin embargo, Yesquen e Yncarroca (2007), observan un mayor porcentaje de depresión en las niñas que en los niños; pero este estudio es sobre prevalencia de la depresión; del mismo modo Abello, Cortes, Barros, Mercado y Solano (2013) indicaron en su investigación que las niñas presentaron un mayor porcentaje que los niños en sintomatología depresiva. No obstante, tomando la misma variable, a nivel internacional Vinaccia et al (2006), señalan lo contrario en su investigación es decir que existe una mayor prevalencia de depresión en los varones en comparación con las mujeres. Estas diferencias observadas en ambos sexos se pueden considerar desde la literatura, como señala Nissen (1971) existe cierta heterogeneidad sintomatológica en cuanto al sexo, siendo así que las niñas tienden a manifestarse tranquilas e inhibidas, con buena conducta y con variaciones en el estado de ánimo, a diferencia de los niños quienes indican mayores dificultades para entablar contacto social aislándose de su entorno más cercano, con frecuencia se relacionan con irritabilidad, presentan dificultades en la escuela y problemas en el aprendizaje. Sin embargo comparando ambos resultados de las investigaciones tanto internacionales como de nuestro

país, se podría señalar que las diferencias hacen referencia a factores socioculturales, genético y familiares es decir multifactoriales. Tomando en cuenta que la sociedad, la cultura, la educación, junto con la tecnología y la globalización se encuentra en constante desarrollo y evolución a una velocidad inalcanzable para nuestra sociedad peruana. Por ello es posible que lo anteriormente mencionado esté influyendo de alguna u otra manera en el desarrollo del niño y en el rol de los padres quienes son los principales educadores y soporte emocional. Sumado a ello es importante considerar que este período se encuentra lleno de cambios y nuevas adaptaciones a su entorno, los cuales no logran asumir adecuadamente o no son llevado con la madurez respectiva para su edad, encontrándose en un dilema, mostrándose preocupado o desesperanzado de la vida. Sin embargo aun así es necesario continuar abordando esta variable en estudio.

En cuanto al ciclo de estudio, en esta investigación a pesar de no ser significativa, prevalece la depresión en el ciclo V (10 y 11 años), lo cual es posible comparar con el estudio realizado por Abello, Cortes, Barros, Mercado y Solano (2013), quienes reportaron mayores niveles de prevalencia de la sintomatología de depresión en los estudiantes pertenecientes al ciclo V (10 y 11) comparándolos con ciclos mayores, quienes obtuvieron una menor prevalencia.

La ocurrencia de depresión en niños y adolescentes se ha incrementado en los últimos cincuenta años. El trastorno depresivo es un desorden mental considerado como problema de salud pública a nivel mundial, que afecta a todos los grupos de edad y su origen es multifactorial en donde influyen elementos neuroquímicos, genéticos y ambientales.

A nivel de factores ambientales, la depresión infantil se relaciona principalmente con el núcleo familiar, debido a que es el primer ámbito de interacción social y es el entorno donde se desarrolla el individuo. En esta investigación con relación al ciclo de estudio, que a pesar de no ser significativa, se identificó que prevalece la depresión en los ciclos mayores. Haciendo posible la comparación con el estudio realizado por Abello, Cortes, Barros, Mercado y Solano (2013), quienes reportaron también mayores niveles de prevalencia de la sintomatología de depresión en los estudiantes pertenecientes a los ciclos mayores, en comparación con ciclos menores.

Además, Del Castillo (1989), añade que los niños con depresión en la escuela, se niegan a esforzarse, presentan bajo rendimiento escolar, la escritura es casi ininteligible, insegura y sin firmeza. En el cálculo son lentos y su pensamiento impreciso, la creatividad es muy pobre o no existe. La lectura es, así mismo lenta y desganada. Los dibujos son también tristes y están faltos de expresividad, no suelen usar colores y si lo hacen son grises u oscuros.

Después de haber revisado la literatura se podría decir que la edad es una variable no solo interviniente, sino moduladora, del modo en que se manifiesta sintomatológicamente la depresión en el niño.

Por otro lado, si se observan diferencias significativas en ansiedad al compararse el ciclo de estudio IV y V, los del IV ciclo (8 y 9 años) presentan un mayor nivel de ansiedad frente a los del V ciclo (10 y 11 años), estos resultados guardan similitud con la investigación realizada por Aguilera y Whetsell (2007), quienes señalaron que aquellos niños de mayor edad, es decir pertenecientes al ciclo V, presentan menor índices de ansiedad, a diferencias de los menores (ciclo IV), lo cual se podría explicar que esto suceda

a que los niños de mayor edad poseen mejores recursos para afrontar y superar las situaciones que producen ansiedad.

Es así que este estudio ha permitido cumplir con los objetivos planteados inicialmente, basándose principalmente en comparar las diferencias tanto en la depresión como en la ansiedad en estudiantes, considerando el sexo y el ciclo escolar IV y V del nivel de educación primaria de básica regular de colegios estatales de Chorrillos.

Así también en esta investigación se ha podido observar que existe una mayor ansiedad en las niñas, lo cual nos lleva a considerar que el nivel de exigencia escolar y la necesidad de pertenencia y aceptación dentro ámbito social producen esta sintomatología. De allí que se recomiende desarrollar programas preventivos y educativos teniendo como objetivo promover en los niños (as) un desarrollo emocional y social saludable. Con la mirada que un futuro serán jóvenes - adultos y se espera que de forma autónoma puedan valerse por sí mismos, logren manejar sus emociones, sean personas resilientes; en sí, seres humanos con un desarrollo íntegro el cual les permita formar una familia a posteriori y sean capaces de educar, acompañar y tomar acciones frente a la problemática de sus hijos, quienes para aquel entonces habrán formado una nueva sociedad y serán parte de una nueva generación.

CAPITULO VI

RESUMEN Y CONCLUSIONES

6.1 Resumen

En la presente investigación se efectuó un estudio sobre la depresión y ansiedad en niños de colegios estatales del distrito de Chorrillos.

Tras la evaluación de la literatura científica sobre la depresión y ansiedad escolar basada en las investigaciones, se optó por utilizar el Beck Youth Inventories, el cual consta de 5 escalas:

Ansiedad, Depresión, Ira, Autoconcepto y Conductas disruptivas. Sin embargo para este estudio se ha utilizado únicamente las escalas de Ansiedad y Depresión.

Esta investigación tiene como base un muestreo no aleatorio por juicio, seleccionando 161 alumnos del nivel de primaria de colegios estatales del distrito de Chorrillos. Se consideró ambos sexos y un rango de edades que concierne de 8 a 9 años y de 10 a 11 años, los cuales han sido agrupados en ciclos IV y V respectivamente, tomando en cuenta las consideraciones establecidas por el Ministerio de Educación del Perú.

El estudio es correlacional descriptivo, ya que el interés es evaluar dos variables y señalar si existe relación entre Ansiedad y Depresión en niños de colegios estatales de Chorrillos según el sexo y ciclo. Pero además es descriptivo comparativo porque establece diferencias de la depresión y ansiedad considerando el sexo y el ciclo escolar IV y V del nivel de educación primaria de básica regular de colegios estatales de Chorrillos.

Se pudo concluir en nuestra investigación según los resultados obtenidos a través de la prueba Beck Youth Inventories, con respecto al sexo las mujeres presentan mayor índice de ansiedad y depresión que los varones. En cuanto al ciclo los que presentan mayor ansiedad son los del ciclo IV a diferencia de los del ciclo V. En cuanto a la depresión, los del ciclo IV presentan menor que los del ciclo V.

6.2 Conclusiones generales y específicas

En base a los resultados de la investigación se puede contribuir a identificar y resaltar los aspectos que giran en torno a la ansiedad y depresión, a aquellas personas que ignoran o desconocen el tema, como docentes, padres de familia y alumnos. Por tanto se concluyó:

1. Las escalas de Depresión y Ansiedad son confiables, siendo el alfa para la escala de depresión de ,914, para los 20 elementos, y para la escala de Ansiedad de ,882, para los 20 elementos de la prueba, denotando no solo la consistencia interna de la prueba si no también la homogeneidad de los ítems lo que abona en favor de su validez.
2. Según el sexo las mujeres obtienen un mayor índice de Ansiedad a diferencia de los varones, lo cual puede reflejar mayores niveles de temor, preocupaciones y síntomas fisiológicos relacionados a la ansiedad.
3. Se considera que en la escala de depresión, teniendo en cuenta el sexo, las mujeres presentan mayor índice a diferencia de los varones. Quienes presentan pensamientos negativos sobre ellas mismas o de la vida, y futuro; sentimientos de tristeza; y las manifestaciones fisiológicas propias de la depresión.
4. Se aprecia para la variable de Ansiedad según el ciclo, que el ciclo IV presenta mayores niveles de ansiedad a diferencia del ciclo V.
5. Se observa para la variable de Depresión según el ciclo, que el ciclo V presenta mayores niveles de depresión a diferencia del ciclo IV.
6. De acuerdo a las correlaciones entre las variables de Depresión y Ansiedad, se han observado resultados estadísticamente significativos.

6.3 Recomendaciones

El desarrollo emocional es posible que influya directamente en la evolución intelectual del niño; por ello un desarrollo emocional poco satisfactorio puede incidir en aspectos intelectuales y académicos, evidenciando limitaciones en la memoria, dificultades en la percepción y atención, influyendo negativamente y obstaculizando su aprendizaje obteniendo resultados poco alentadores para el niño.

Dado que los niños se enfrentan cada día a una multitud de actividades y situaciones que suponen todo un desafío para ellos, como en el rendimiento académico en el colegio, las actividades extraescolares, los problemas con sus compañeros así como aquellos suscitados en casa, puede que en ocasiones sientan que no son capaces de controlar estas situaciones, mostrándose muy preocupados y ansiosos. Por lo que es importante que la Institución Educativa se preocupe por el ámbito tanto emocional y académico del niño, pudiendo realizar un replanteamiento del sistema educativo, el cual brinde nuevas opciones de mejora para el alumno, donde el docente sea capacitado para guiar y enseñar tanto a los niños como a sus padres, ciertas herramientas y estrategias que le ayuden a manejar sus emociones como la frustración y el miedo, con la finalidad de prevenir altos niveles de ansiedad y depresión posteriormente si no es tratado a tiempo.

Es necesario prevenir el incremento de los niveles de depresión y ansiedad en los niños, dado que interfieren en su vida diaria y desenvolvimiento académico provocando

sufrimiento emocional no sólo a ellos sino también a su entorno familiar, quienes se esperan sean su soporte. De allí que proponemos las siguientes recomendaciones:

- a) Poner énfasis en el desarrollo de sesiones con la temática de valores como el respeto y convivencia dentro de las horas de tutorías, espacio en el cual el tutor puede trabajar directamente con sus alumnos.
- b) Capacitar a los docentes en el campo de conocimiento para que pueden reconocer alguna situación de depresión o ansiedad, de modo que sean capaces de prevenir problemas futuros.
- c) Realizar talleres y capacitación para padres de familia, brindándoles estrategias de acompañamiento y seguimiento académico y emocional a sus hijos.
- d) Fomentar el desarrollo de talleres de desarrollo socioemocional dirigido a los escolares, donde se logre el manejo de emociones y desarrollo personal.
- e) Integrar a los padres de familia en la educación de los hijos y realizar una interacción con el hogar para el manejo ansiedad, ya que los padres no solo son los directos responsables de sus hijos sino son el principal soporte emocional.
- f) Crear con los docentes un clima escolar adecuado y respetuoso en el aula, con el objetivo de mejorar la convivencia.

En necesario e importante tomar conciencia sobre una educación basada en calidad, amor, escucha, respeto y comprensión. No seamos indiferentes frente a esta situación, es momento de preocuparnos por el bienestar emocional y salud mental de

nuestros niños. Recordemos que son el futuro de nuestro país, futuros profesionales y adultos, que posiblemente formen sus propias familias, y dado que la infancia puede marcar considerablemente la vida de la persona es importante preocuparnos desde ahora por un desarrollo positivo y saludable en la infancia, más aún si deseamos una futura sociedad y generación con valores y capacidad de decisión.

Referencias

a. Bibliografía citada en el estudio

- Abello, D., Cortés, O., Barros, O., Osorio, S. y Solano, D. (2014). *Prevalencia de depresión infantil en colegios de Barranquilla*. (Tesis de Licenciatura). Universidad Los Libertadores, Bogotá, Colombia.
Consultado en: <http://www.redalyc.org/pdf/1390/139031679015.pdf>
- Asociación Americana de Psiquiatría (1994). *DSM –IV- TR. Breviario: Criterios Diagnósticos*. Barcelona: Masson
- Beck, A. (2002). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer
- Beck, A. y Clark, D. (1988). Anxiety and depression: An information processing perspective. *Anxiety, Stress & Coping. An International Journal*, 1(1), 23-36.
Consultado en: <http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/10615808808248218?needAccess=true>
- Beck, A.T., y Clark, D. A. (1997). Information processing model of anxiety: automatic and strategic processes. *Behaviour Research and Therapy*, 35(1), 49-58.
Consultado en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9009043>
- Beck, J. (2000). *Terapia cognitiva: conceptos básicos y profundización*. Barcelona: Gedisa.
- Beck, J., Beck, A., Jolly, J. y Steer, R. (2005). *Beck Youth Inventories*. Texas: Harcourt Assessment.
- Benjamin, A., Costello, E. y Warren, A. (1990). Trastornos de Ansiedad. *Centro de Investigaciones Médicas en Ansiedad*. Buenos Aires. Consultado en: http://www.centroima.com.ar/trastornos_de_ansiedad_en_ninos_menores.php
- Burns, D. (1990). *The Feeling Goog Handwork*. New York: Plume. Consultado en: <file:///C:/Users/alumno/Downloads/low%20cost%20approaches%20to%20mental%20health.pdf>
- Calvo, M.G. y Eysenck, M.W. (1995). Sesgo interpretativo en la ansiedad de evaluación. *Ansiedad y Estrés*, 1(1) 5-20. Consultado en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4194781>

- Cano-Vindel, A. y Miguel-Tobal, J. J. (1995). (Eds) *Estrés Laboral*. Murcia: Compobell.
- Cano-Vindel, A. (1997). *Modelos explicativos de la emoción*. Madrid: Centro de Estudios Ramón.
- Cano-Vindel, A. y Miguel-Tobal, J.J. (1990). Evaluación mediante autoinforme de la reactividad cognitivo- fisiológico- motora ante diferentes situaciones. Diferencias individuales y Situaciones. Madrid: Congreso
- Capafang, J., Sosa, C. D., Viña, C. y Avero, P. (1997). Fobia a viajar en avión: valoración y predicción de resultados de dos programas terapéuticos: Ansiedad y estrés. *Revista de Psicología Conductual*, 7 (1), 119-135. Consultado en: <http://www.funveca.org/revista/PDFespanol/1999/art07.1.07.pdf>
- Centro de Integración Juvenil S.A (2009). *Niños, Adolescentes y Adicciones, Una mirada desde la prevención*. México: Trillas
- Davanzo, P., Kerwin, L., Nikore, V., Esparza, C., Forness, S. & Murelle, L. (2004). Spanish translation and reability testing of the child depression inventory. *Child Psychiatry and humane development* 35, 75-92. Consultado en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15626326>
- Del Barrio, V., Roa, M., Olmedo, M. y Colodron, F. (2002). Primera adaptación del CDI a la población española. *Acción Psicológica*, 1(3), 263-272. doi: <http://dx.doi.org/10.5944/ap.1.3.558>
- De la Garza, F. (2007). *Depresión en la Infancia y Adolescencia*. México: Editorial Trillas
- Endler, N. S. (1975). A person-Situacion interaction model for anxiety. En Spielberger, C.A y Sarason, I.G. (Eds): *Stress and Anxiety*. (Vol.1). Washington. D.C.: Hemisphere Publishing. Consultado en: <http://psycnet.apa.org/index.cfm?fa=buy.optionToBuy&id=1991-26182-001>
- Escalona, A. y Hernandez, J. M. (1996). (Eds) *Ansiedad y Estrés en el Ámbito Educativo*. Murcia: Compobell.
- Eysenck, M.W. (1997). *Anxiety and Cognition. A unified theory*. New York: Psychology Press
- Fernandez-Castro, J., Alvarez, M., Blaco, T., Doval, E. y Sanz, A. (1998). Validación de la Escala de competencia personal de Wallston: Implicaciones para el estudio del

- estrés. *Ansiedad y Estrés*, 4, 31-34. Consultado en: <http://www.ansiedadystres.org/content/vol-4>
- Herrera, E., Losada, Y. y Rojas, L. (2009). *Prevalencia de la Depresión Infantil en Neiva*. (Tesis de Licenciatura). Universidad Surcolombiana, Neiva, Colombia. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=s1794-47242009000100011&script=sci_arttext
- Kovacs, M. (1992). *Children Depression Inventory CDI*. Toronto: Multihealth Systems.
- Lang, P. J. (1968). Fear reduction and Fear behavior: Problems in treating a Construct. En J. M. Shleien (Ed.). *Research in Psychotherapy, III*. Washington: American Psychological Association. Consultado en: http://chp.php.ufl.edu/files/2012/02/lang_cv.pdf
- Luna, M. (2002). *Ansiedad y Depresión*. Madrid: Clínica de la Ansiedad.
- Marks, I. (1986). *Tratamiento de neurosis*. Barcelona: Martínez Roca
- Martínez, M., García, J. y Inglés, C. (2013). *Relaciones entre ansiedad escolar, ansiedad rasgo, ansiedad estado y depresión en una muestra de adolescentes españoles*. (Tesis Psicológica). Universidad Miguel Hernández, Universidad de Alicante, España. Recuperado de <http://www.ijpsy.com/volumen13/num1/346/relaciones-entre-ansiedad-escolar-ansiedad-ES.pdf>
- Miguel-Tobal, J. J. (1990). La ansiedad. En: J. Mayor y J. L. Pinillos (Eds.). *Tratado de Psicología General*. Vol.8. S. Palafox y J. Vila (Eds.). *Motivación y Emoción*. Madrid: Alhambra Universidad.
- Ministerio de Salud del Perú (2011). *Boletín Epidemiológico*, 24 (25). Consultado en: <http://www.dge.gob.pe/boletin.php>
- Moffit, T., Caspi, A., Harrington, H., Milne, B.; Melchior, M.; Goldberg, D. y Poulton, R. (2010). *Trastorno de Ansiedad Generalizada y Depresión*. Madrid: Editorial Panamericana.
- Nissen, G. (1971). *Depressive syndrome im Kindes- un jungendalter*. Berlin: Springer – Verlag.
- Pérez, A. y Whetsell, V. (2007). *La ansiedad en niños hospitalizados*. (Tesis de Licenciatura). Universidad de La Sabana, Colombia. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74107211>

- Pérez-Nieto, M.A. y Cano-Vindel, A. (1998). *Intervención en fobia social: Caso Clínico*. Consultado en: http://www.Psiquiatria.com/psicologia/vol2num2/art_7.htm.
- Rodriguez- Saavedra, R. y Cano-Vindel, A. (1995). Relación entre adquisición y Patron de respuestas de ansiedad en la fobia dental. *Ansiedad y Estrés*, 1(1), 105-111. Consultado en: https://www.academia.edu/1002251/Relaci%C3%B3n_entre_adquisici%C3%B3n_y_patr%C3%B3n_de_respuestas_de_ansiedad_en_la_fobia_dental?auto=download
- Spielberger, C. O. (1972). *Anxiety Current Trends in Theory and research*. New York: Academic Press.
- Urbina, S. (2006). *Relación entre ansiedad y respuesta fisiológica en niños de 5 a 8 años en su primera visita odontológica*. (Tesis de Licenciatura). Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú. Recuperado de <http://www.cop.org.pe/bib/tesis/SANDRALUISAURBINAHUAMAN.pdf>
- 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"-CDI-*. (Tesis de Licenciatura). Universidad de San Buenaventura, Medellín, Colombia. Consultado en: <http://revistas.usantotomas.edu.co/index.php/diversitas/article/view/130/182>
- Watson, D., Clark, L. A., y Carey, G. (1988). Positive and Negative Affectivity and their Relation to Anxiety and Depressive Disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 97(3), 346-353. Consultado en: http://psych.colorado.edu/~carey/reprintPDFs/pdfs/watson_PosNegAff.pdf
- Winokur, G. (1997). All roads lead to depression: Clinically homogeneous, etiologically heterogeneous. *Journal of Affective Disorders*, 45, (97-108). Consultado en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9268779>
- Yesquén, P. y Ycarroca, C. (2007). *Prevalencia de depresión en niños de 8 a 11 años en institución educativa del distrito de La Victoria*. (Tesis de Licenciatura). Universidad Ricardo Palma, Lima, Perú. Consultado en: <http://aulavirtual1.urp.edu.pe/ojs/index.php/RFMH/article/view/103/71>

b. Páginas web

<http://www.who.int/topics/depression/es/>

<http://clinicadeansiedad.com/problemas/ansiedad-y-otros/ansiedad-y-depresion/>

[http://www.psicodiagnosis.es/areaclinica/trastornosemocionales/ladepresionenniosyadol
escentes/index.php](http://www.psicodiagnosis.es/areaclinica/trastornosemocionales/ladepresionenniosyadol
escentes/index.php)

http://www.infocop.es/view_article.asp?id=3805

http://www.psicocarea.org/ansiedad_ninos.htm

<http://www.psicomed.net/dsmiv/dsmiv.html>

<http://www.funveca.org/revista/PDFespanol/1999/art07.1.07.pdf>

<http://www.cpaaronbeck.com/>

http://www.cat-barcelona.com/pdf/biblioteca/depresion/2 - depr_sp.pdf

[http://www.hhv.gob.pe/revista/2005/7%20PROCESOS%20%20COGNITIVOS%20Y%
20%20DEPRESION%20INFANTIL.pdf](http://www.hhv.gob.pe/revista/2005/7%20PROCESOS%20%20COGNITIVOS%20Y%
20%20DEPRESION%20INFANTIL.pdf)

ANEXOS

Beck Youth Inventories

Sexo: Femenino / Masculino

Grado: _____

Lee atentamente cada oración y responde si la afirmación describe lo que piensas o sientes. Marca con una **X** sobre la respuesta que mejor te describa: **Nunca, a veces, a menudo o siempre**. Elige sobre una sólo respuesta. Recuerda que no hay respuestas correctas o incorrectas.

1. Me preocupa que alguien pueda lastimarme en la escuela.	Nunca	A veces	A menudo	Siempre
2. Mis sueños me asustan.	Nunca	A veces	A menudo	Siempre
3. Me preocupo cuando estoy en la escuela.	Nunca	A veces	A menudo	Siempre
4. Pienso en cosas que asustan.	Nunca	A veces	A menudo	Siempre
5. Me preocupa que la gente pueda burlarse de mí.	Nunca	A veces	A menudo	Siempre
6. Tengo miedo de cometer errores.	Nunca	A veces	A menudo	Siempre
7. Me pongo nervioso/a.	Nunca	A veces	A menudo	Siempre
8. Tengo miedo de que me lastimen.	Nunca	A veces	A menudo	Siempre
9. Me preocupa tener malas calificaciones.	Nunca	A veces	A menudo	Siempre
10. Me preocupa el future.	Nunca	A veces	A menudo	Siempre
11. Me tiemblan las manos.	Nunca	A veces	A menudo	Siempre
12. Me preocupa que pueda volverme loco/a.	Nunca	A veces	A menudo	Siempre
13. Me preocupa que la gente se enfurezca conmigo.	Nunca	A veces	A menudo	Siempre
14. Me preocupa perder el control.	Nunca	A veces	A menudo	Siempre
15. Me preocupo.	Nunca	A veces	A menudo	Siempre
16. Tengo problemas para dormir.	Nunca	A veces	A menudo	Siempre
17. Mi corazón palpita.	Nunca	A veces	A menudo	Siempre
18. Me pongo a temblar.	Nunca	A veces	A menudo	Siempre
19. Tengo miedo de que algo malo me suceda.	Nunca	A veces	A menudo	Siempre
20. Tengo miedo de enfermarme.	Nunca	A veces	A menudo	Siempre

Lee atentamente cada oración y responde si la afirmación describe lo que piensas o sientes. Marca con una **X** sobre la respuesta que mejor te describa: **Nunca, a veces, a menudo o siempre**. Elige sobre una sólo respuesta. Recuerda que no hay respuestas correctas o incorrectas.

1. Creo que mi vida es mala.	Nunca	A veces	A menudo	Siempre
2. Me cuesta hacer cosas.	Nunca	A veces	A menudo	Siempre
3. Siento que soy una mala persona.	Nunca	A veces	A menudo	Siempre
4. Ojalá me muriera.	Nunca	A veces	A menudo	Siempre
5. Me cuesta dormir.	Nunca	A veces	A menudo	Siempre
6. Siento que nadie me quiere.	Nunca	A veces	A menudo	Siempre
7. Creo que pasan cosas malas por mi culpa.	Nunca	A veces	A menudo	Siempre
8. Me siento solo/a.	Nunca	A veces	A menudo	Siempre
9. Me duele el estómago.	Nunca	A veces	A menudo	Siempre
10. Siento que me pasan cosas malas.	Nunca	A veces	A menudo	Siempre
11. Siento que soy tonto/a.	Nunca	A veces	A menudo	Siempre
12. Siento pena por mí mismo/a.	Nunca	A veces	A menudo	Siempre
13. Creo que hago las cosas mal.	Nunca	A veces	A menudo	Siempre
14. Me siento mal por lo que hago.	Nunca	A veces	A menudo	Siempre
15. Me odio.	Nunca	A veces	A menudo	Siempre
16. Quiero estar solo/a.	Nunca	A veces	A menudo	Siempre
17. Siento que quiero llorar.	Nunca	A veces	A menudo	Siempre
18. Me siento triste.	Nunca	A veces	A menudo	Siempre
19. Me siento vacío/a.	Nunca	A veces	A menudo	Siempre
20. Creo que mi vida será mala.	Nunca	A veces	A menudo	Siempre