



**UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**

Sintomatología depresiva en hermanos de niños con discapacidad

TESIS

Para optar el Título Profesional de Licenciada en Psicología

AUTOR(ES):

Melgarejo Mostajo Patricia Alejandra (0000-0003-3612-5182)

ASESOR(ES):

Mg. Matos Ramírez, Patricia Roxana (0000-0001-9624-5528)

LIMA – PERÚ

2022

Metadatos Complementarios

Datos de autor

AUTOR: Melgarejo Mostajo Patricia Alejandra

Tipo de documento de identidad: DNI

Número de documento: 71544859

Datos de asesor

ASESOR: MATOS RAMÍREZ PATRICIA ROXANA

Tipo de documento de identidad: DNI

Número de documento: 08889873

Datos del jurado

JURADO 1: Dr. CÓRDOVA CADILLO ALBERTO. DNI 07272392. ORCID 0000-0002-3680-6271

JURADO 2: Mg. COSSIO ALE ANA MARÍA. DNI 10061754. ORCID 0000-0002-7112-5340

JURADO 3: Dra. ESPÍRITU SALINAS NATIVIDAD MARINA. DNI 09136467. ORCID 0000-0001-6621-4405

JURADO 4: Mg. MATOS RAMÍREZ PATRICIA ROXANA. DNI 08889873. ORCID 0000-0001-9624-5528

Datos de la investigación

Campo del conocimiento OCDE: 5.01.00

Código del Programa: 313016

Agradecimientos

Agradecer en primer lugar a Dios por permitirme llegar hasta este punto, también a mis padres que son mi mayor motivación y quienes han estado pendientes de mí durante cada día de mi vida, mi hermano que con altas y bajas siempre ha estado para mí.

Del mismo modo agradecer a mis padrinos Marcos Vilca y María Isabel Salas quienes velaron por mis estudios y futuro, a pesar de no existir un lazo de sangre para mí siempre serán mis tíos.

Finalmente agradezco a tres grandes licenciadas, Liliana Pando quien me acompañó en la parte inicial de mi plan de tesis y me dio su apoyo incondicional, Patricia Matos quien me acompañó en la realización y ejecución de esta investigación y Carla Ruiz licenciada del Centro de educación básica especial quien me dio toda su ayuda de manera desinteresada, ha compartido conmigo sus conocimientos y se lo agradezco profundamente.

Introducción

Padecer algún tipo de discapacidad ya sea de nacimiento, producto de una enfermedad o un accidente es una situación complicada frente a su inclusión a la sociedad, este proceso es atravesado por toda la familia de la persona con discapacidad. Comúnmente se suele ver como víctima a la persona en situación de discapacidad ya que recibe rechazo, discriminación directa e indirecta (lugares no adaptados para el uso de ellos), también se ve de esa manera a los padres y se busca ayudarlos con programas del estado, charlas informativas, talleres para brindarles herramientas sobre cómo deben atravesar este proceso. Sin embargo, tenemos a los hermanos de estos menores en situación de discapacidad, una población poco visible para investigadores y profesionales de la salud mental, debido a que ellos no son prioridad cuando se analiza el efecto de tener un integrante de la familia con discapacidad.

Actualmente no se tienen muchos estudios sobre la aceptación y asimilación de tener un hermano con discapacidad, tampoco se conoce si esto produce algún nivel de frustración o síntoma depresivo, por otro lado, se tiene conocimiento de que los hermanos en algunos casos son víctimas de burlas, críticas y rechazo por tener un hermano con discapacidad. El tema de este estudio radica en conocer el nivel de sintomatología depresiva que podrían presentar los hermanos (niños y adolescentes) de los niños en situación de discapacidad ya que se cuenta con algunos antecedentes en la institución donde se realizará el estudio; se examinará la sintomatología depresiva, dentro de ella la disforia y autoestima negativa como lo plantea María Kovacs, quien define esta variable apoyándose de la teoría de depresión de Aaron Beck, mientras Beck trabajo en mira a los adultos Kovacs se enfocó en niños y adolescentes es gracias a ello que creo el cuestionario de depresión infantil, instrumento utilizado para esta investigación.

La investigación se ha planteado de la siguiente manera, en el capítulo I, hay un estudio del tema en el que se desarrolla los objetivos, justificación y limitaciones encontradas en la investigación. En el capítulo II, representará la estructura teórica, se agregará las investigaciones relacionadas al tema de estudio, la base teórica se centrará en el concepto de depresión por Aaron Beck, sus síntomas y como posteriormente María Kovacs realiza el inventario infantil con sus sub escalas, de la misma manera se verá el concepto de discapacidad dentro del ambiente familiar, las entidades que trabajan con los menores en situación de discapacidad y sus familias, finaliza con una definición de los principales términos. En el Capítulo III, se crea hipótesis y variables e identifica y encontrando relaciones entre ellas. En el capítulo IV, presenta metodologías que explican el tamaño de la muestra, el tipo y diseño de estudio, así como los métodos y herramientas para recopilar información sobre la variable, así como técnicas para analizar el proceso de adquisición de datos. En el capítulo V se publicarán los hallazgos del estudio, donde se presentarán los datos recabados, se analizan y discuten los resultados, y se confirma o refutan las hipótesis formuladas. En el capítulo VI, se definirá los hallazgos, hará las recomendaciones apropiadas y proporcionará un resumen del trabajo. Finalmente, se colocarán las referencias bibliográficas y anexos debidamente numerados.

Índice

Agradecimientos	3
Introducción	5
Índice	7
Índice de tablas	11

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO	14
1.1. Formulación del problema	14
1.2. Objetivos	16
1.2.1. Objetivo general	16
1.2.2. Objetivos específicos	17
1.3. Importancia y justificación del estudio	17
1.4. Limitaciones del estudio	18

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO	20
2.1. Investigaciones relacionadas con el tema	20
2.1.1. Investigaciones internacionales	20
2.1.2. Investigaciones nacionales	22
2.2. Bases teórico-científicas del estudio	26
2.2.1. Familia del niño o adolescente con discapacidad	26

2.2.1.1.	El orden de nacimiento en los hermanos	27
2.2.1.2.	El luto por un hijo/hermano con discapacidad	29
2.2.2.	Sintomatología depresiva en niños y adolescentes	30
2.2.2.1.	Características de la niñez e indicadores	32
2.2.2.2.	Características de la adolescencia e indicadores	34
2.3.	Centro de Educación Básica Especial (CEBE)	35
2.4.	Definición de términos básicos	36
CAPÍTULO III		
HIPÓTESIS Y VARIABLES		38
3.1.	Supuesto científico	38
3.2.	Hipótesis	39
3.2.1.	Hipótesis General	39
3.2.2.	Hipótesis Específicas	39
3.3.	Variables de estudio o área de análisis	39
CAPÍTULO IV		
MÉTODO		41
4.1.	Población, muestra o participantes	41
4.2.	Tipo y diseño de investigación	42
4.3.	Técnicas e instrumentos de recolección de datos	43
4.4.	Procedimiento y técnicas de procesamiento de datos	47

CAPÍTULO V

RESULTADOS	49
5.1. Presentación de datos	49
5.2. Análisis de datos	51
5.2.1. Estadística descriptiva	51
5.2.2. Estadística Inferencial	56
5.3. Análisis y discusión de resultados	57

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	61
6.1. Conclusiones generales y específicas	61
6.2. Recomendaciones	62
6.3. Resumen. Términos claves	63
6.4. Abstract. Key words	63
Referencias	65
Anexos	70
ANEXO N° 01	
FORMATO DE ASENTIMIENTO	70
ANEXO N° 02	
FORMATO DE ASENTIMIENTO – VIA ONLINE	72
ANEXO N° 03	
FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	73

ANEXO N° 04	
FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO – VIA ONLINE	74
ANEXO N° 05	
INVENTARIO DE KOVACS – CDI-VIA ONLINE	75
ANEXO N° 06	
BASE DE DATOS	76
ANEXO N° 07	
AUTORIZACIÓN DE PRUEBA	76
ANEXO N° 08	
CARTAS DE PRESENTACIÓN	77

Índice de tablas

Tabla 1.

Prueba de Alfa de Cronbach para los datos correspondientes a los índices de sintomatología depresiva (CDI) en hermanos de niños con discapacidad del Centro de Educación Básica Especial de Lima. 44

Tabla 2.

Baremo Masculino para los hermanos de los niños con discapacidad del Centro de Educación Básica Especial de Lima. 44

Tabla 3.

Baremo Femenino para los hermanos de los niños con discapacidad del Centro de Educación Básica Especial de Lima. 45

Tabla 4.

Baremo Global para los hermanos de los niños con discapacidad del Centro de Educación Básica Especial de Lima. 46

Tabla 5.

Distribución de frecuencias y porcentajes de los hermanos de niños con discapacidad del Centro de Educación Básica Especial de Lima. 48

Tabla 6.

Distribución de las puntuaciones obtenidas del Cuestionario de Depresión infantil en los hermanos de niños con discapacidad del Centro de Educación Básica Especial de Lima. 49

Tabla 7.

Estadísticos descriptivos de la Sintomatología depresiva en hermanos de niños con discapacidad del Centro de Educación Básica Especial de Lima. 50

Tabla 8.

Estadísticos descriptivos de la Sintomatología depresiva según género, en hermanos de niños con discapacidad que pertenecen al Centro de Educación Básica Especial de Lima. 51

Tabla 9.

Estadísticos descriptivos de Sintomatología depresiva en la sub escala de disforia, en hermanos de niños con discapacidad del Centro de Educación Básica Especial de Lima. 51

Tabla 10.

Estadísticos descriptivos de Sintomatología depresiva en la sub escala de disforia, en hermanos de niños con discapacidad del Centro de Educación Básica Especial de Lima según grupos de edades (niñez 9-11 años, adolescencia 12-15 años). 52

Tabla 11.

Estadísticos descriptivos de Sintomatología depresiva en la sub escala de autoestima negativa, en hermanos de niños con discapacidad del Centro de Educación Básica Especial de Lima. 53

Tabla 12.

Estadísticos descriptivos de Sintomatología depresiva en la sub escala de autoestima negativa, en hermanos de niños con discapacidad del Centro de Educación Básica Especial de Lima según grupos de edades (niñez 9-11 años, adolescencia 12-15 años). 53

Tabla 13.

Prueba de Kolmogorov y Shapiro para observar la curva normal en las puntuaciones de los participantes del Centro de Educación Básica Especial de Lima. 54

Tabla 14.

Diferencia significativa en sintomatología depresiva según sexo de los hermanos de niños con discapacidad del Centro de Educación Básica Especial de Lima. (n=65) 55

Tabla 15.

Diferencia significativa en sintomatología depresiva según grupos de edad en los hermanos de niños con discapacidad del Centro de Educación Básica Especial de Lima. (n=65) 55

Índice de figuras

Figura 1. Puntuaciones de la distribución de frecuencia de las puntuales totales de la muestra de estudio (histograma).	50
Figura 2. Puntaje de Disforia por grupos de edades. Centro de Educación Básica Especial de Lima (n=65)	52
Figura 3. Puntaje de autoestima negativa por grupos de edades. Centro de Educación Básica Especial de Lima (n=65).	54

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO

1.1. Formulación del problema

La discapacidad en el Perú es un tema muy amplio que comprende varios aspectos como lo cognitivo, físico, anímico, entre otros. En Perú están inscritas en el registro nacional de la persona con discapacidad un total de 285 937 hasta mayo del 2020 que al iniciar esta investigación fue el registro más actual que se encontró, y solo en Lima metropolitana se tiene 77 672 personas y en Lima provincias 8 856. Según el Reporte de Enero del 2022, mostrados por la Encuesta Nacional Especializada sobre Discapacidad (ENEDIS), estimó que el 5.2% de la población nacional cuenta con alguna discapacidad; en virtud a dicha prevalencia, para el año 2022 se estima que la población con discapacidad asciende a 1 millón 737 mil 865; de esta población, a enero de 2022, el Registro Nacional de la Persona con Discapacidad ha incorporado el 19.3%.

En el contexto escolar de educación especial para discapacitados, según el censo escolar que figura en el “listado de instituciones CEBE y programas PRITE” realizado en el 2015 por el Ministerio de Educación contamos con 488 Centros de educación básica especial (CEBE) en el Perú y 138 en el departamento de Lima.

Recibir un diagnóstico de una condición diferente de vida produce un impacto que permanece en el tiempo y crea notables cambios en la familia como la salida de uno de los progenitores en algunas ocasiones, un diagnóstico se muestra como un factor estresor el cual afecta al sistema familiar y produce un cambio en su estructura para tratar de sobrevivir.

Cuando se habla de “diagnóstico” en esta investigación hace referencia a una discapacidad y no menciona una clasificación, se maneja el concepto de una discapacidad permanente, es aquella que es tomada como una condición con la cual el individuo debe vivir. Si el menor es diagnosticado a tiempo y recibe las terapias debidas tendrá un gran avance y calidad de vida, pero no se trata de hallar una “cura” por medio de ello, porque una condición no tiene cura.

Si nos referimos a “cura” debiera existir una enfermedad y en el caso de los niños con algún tipo de discapacidad no es así. Muchos tienen una condición o un síndrome que vendría a ser un conjunto de signos y síntomas lo cual lo limita en muchos aspectos a desarrollarse como un ser humano común, pero ello no le impide hacerlo, por ejemplo, un niño puede no hablar, pero eso no significa que no se comuniquen, ellos lo hacen y tienen relaciones interpersonales. En ocasiones es difícil pensar en ¿Cómo los niños sordos o con autismo que tienen gran retraso en el desarrollo del lenguaje (no hablan) juegan y tienen amigos?, eso tan difícil de creer para algunos sucede y es algo maravilloso.

Los niños con una condición diferente al igual que cualquier otro niño, transmiten las actitudes y reacciones que observa de su familia, incluso su personalidad está determinada según las oportunidades, vivencias y seguridad que recibe al crecer. Ellos podrían mostrar ciertas características; hiperactividad, disgusto al cambiar de actividad durante el juego, en ocasiones autolesiones o auto estimulación. También se ve sensibilidad, talentos, dones artísticos, sociabilidad, cooperatividad, etc. Estas características en ocasiones varían según el diagnóstico.

La población de “hermanos de niños con discapacidad” es una población olvidada por muchos, poco tocada para investigar. Sin embargo, los hermanos al igual que los niños con discapacidad son niños y/o adolescentes con necesidades tanto en atención como en afecto, al crecer afrontan diversas situaciones que los ayuda a formar su carácter y personalidad.

Al tener un hermano con discapacidad estas situaciones suelen ser difíciles y estresantes por ello requiere un apoyo y un sostén emocional, familiar e incluso espiritual. Decimos que las situaciones y vivencias se vuelven difíciles porque los hermanos de niños con discapacidad están expuestos a ser discriminados, señalados, sufrir de bullying, tener problemas de aceptación, incluso problemas de autoestima.

Muchas veces los padres erróneamente buscan enfocar toda su atención, tiempo, dinero y amor en “el hijo (con alguna discapacidad) que más los necesita” pensando que los otros hijos por no tener una discapacidad no necesitan tanto de la presencia de los padres en sus vidas. Esto en algunos casos afecta en gran manera ya que involucra también una alteración en los roles de la familia, en ocasiones los hermanos mayores optan por el rol de “padre” para con sus demás hermanos ya que los padres se ausentan por trabajo excesivo para cubrir el costo de terapias y estar presente en ellas o incluso porque parte de la educación de algunos Centros de Educación Básica Especial solicita la presencia de los padres o apoderados en las clases, deben estar involucrados en la educación de los niños y participar activamente de las reuniones y talleres.

Es por todo lo citado en párrafos anteriores que resulta interesante investigar la sintomatología depresiva en los hermanos de los niños con discapacidad.

¿Cuál sería el nivel de sintomatología depresiva en los hermanos de los niños con discapacidad del Centro de Educación Básica Especial de Los Olivos, Lima-Perú?

1.2. Objetivos

1.2.1. Objetivo general

O1: Describir el nivel de sintomatología depresiva en los hermanos de los niños con discapacidad del Centro de Educación Básica Especial de Los Olivos, Lima-Perú.

1.2.2. Objetivos específicos

O2: Conocer el nivel de sintomatología depresiva en función a la sub escala “Disforia”, en los hermanos de los niños con discapacidad del Centro de Educación Básica Especial de Los Olivos, Lima-Perú.

O3: Conocer la sintomatología depresiva en función a la sub escala “Autoestima Negativa”, en los hermanos de los niños con discapacidad del Centro de Educación Básica Especial de Los Olivos, Lima-Perú.

O4: Identificar el nivel de sintomatología depresiva según sexo en los hermanos de los niños con discapacidad del Centro de Educación Básica Especial de Los Olivos, Lima-Perú.

O5: Comparar el nivel de sintomatología depresiva según grupo de edad en los hermanos de los niños con discapacidad del Centro de Educación Básica Especial de Los Olivos, Lima-Perú.

1.3. Importancia y justificación del estudio

Este trabajo es importante ya que brinda fundamentos que serán usados como herramientas para diseñar programas y/o talleres en el Centro de Educación Básica Especial del distrito de los Olivos. Como ya se había mencionado anteriormente los hermanos de niños con discapacidad como población son poco tocados en un aspecto de investigación es por ello que no han sido elaborados planes específicos para ellos, planes que cumplan con sus necesidades y pueda usarse la psicología como prevención. La psicología preventiva en este caso se usaría para evitar que estos sentimientos por los que atraviesan los hermanos de niños con discapacidad más adelante se tornen en depresión, autolesiones, incluso en agresión frente al hermano con discapacidad.

Con este trabajo se busca construir programas, concientización, talleres, charlas sobre disforia, trabajar autoestima negativa. Existen charlas de autoestima, habilidades blandas, buen trato,

pero no es lo que los niños necesitan con prioridad, con la información que se recogida gracias a esta investigación se tendrá base para poder trabajar estos temas de raíz.

Se busca contribuir a este Centro de Educación Básica Especial de manera inicial, pero viendo la efectividad del programa y/o talleres sería beneficioso poder expandirlo a otros centros por el bienestar de todos, de esa manera mejorar el ambiente familiar, la estabilidad emocional y brindar calidad de vida.

1.4. Limitaciones del estudio

Una de las primeras limitaciones que se presentaron al plantear esta investigación fue la carencia de información relevante sobre niños con discapacidad y más aún muy pocas investigaciones sobre los hermanos de niños con discapacidad. El diseño que se eligió fue descriptivo simple, no obstante, durante la investigación surgió la idea de trabajar un diseño correlacional por las variables que aparecían en la ficha sociodemográfica, sin embargo, no se encontraron muchas investigaciones sobre esas variables con esta población, esto limitó el poder trabajar otros diseños de investigación. Por ellos es que se culminó trabajando con un diseño descriptivo comparativo.

A su vez se observó la existencia de pocos instrumentos que evalúen variables en esta población determinada. Para un mayor estudio en el futuro se tendría que realizar adaptaciones para esta población en especial. La población es pequeña debido a la situación de pandemia, es de difícil acceso, y a que no todos los hermanos se integran en la educación (talleres, charlas) y desarrollo de los niños con discapacidad.

Se presentó dificultad con respecto al tiempo planificado para al obtener la base de datos de los alumnos, debido a que hubo una desorganización con los internos del centro estudiantil y la base

de datos no estaba actualizada por ello se solicitó una ampliación de 4 meses a la unidad de grados y títulos. Los resultados solo se podrán generalizar a una población con similares características a la muestra de esta investigación.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Investigaciones relacionadas con el tema

2.1.1. Investigaciones internacionales

Samander (2018) nos menciona sobre el tener un vínculo fraternal, la vivencia de tener un hermano con lleva a un papel tanto en el funcionamiento mental como en las relaciones interpersonales. A través de esta conexión se adquieren habilidades socioemocionales, entre ellas la regulación emocional. Algunos estudiosos del tema indican que existe una relación bidireccional referente a la calidad de relaciones entre hermanos y la regulación emocional. Se indagó la relación entre los adolescentes de 15 y 19 años. Para ello se utilizó la Escala de Dificultades de Regulación Emocional, junto con el Cuestionario sobre las relaciones entre hermanos. Se encontró que el conflicto y competencia entre hermanos estaban directamente relacionados con la desregulación afectiva y algunos aspectos de la misma. La calidez solo está relacionada con algunos aspectos y el status/poder con ninguna. Con respecto a los objetivos específicos, se observó que los colaboradores varones con hermanas sintieron menos calidez que otros participantes, mientras que los participantes masculinos con hermanos varones sintieron mayor conflicto. Los colaboradores que son hermanos mayores sintieron un status más alto independientemente del género, mientras los hermanos varones mayores encontraron relaciones más conflictivas. Finalmente, los hombres puntuaron más alto en desregulación emocional.

Saldarriaga (2011) estudió e investigó sobre el impacto del orden de nacimiento y el número de hijos frente a la asistencia escolar, el grado normativo para la edad y la probabilidad de retraso escolar y en infantes de 6 hasta los 14 años de edad. El método usado para identificarlos fue el uso de variables instrumentales, eligiendo como determinantes potenciales

los nacimientos múltiples y las preferencias por balance de sexo de los hijos. Utilizando datos de Encuestas

Demográficas de Salud Familiar (ENDES) de los siguientes años 1996, 2000, 2004-2008 y 2009, se encontró que un hijo más en familias afectadas por eventos de nacimientos múltiples incrementa la probabilidad de asistencia a la escuela de los hijos mayores entre 3,5 y 4,5 puntos porcentuales. Este efecto es más pronunciado en el caso de los niños que viven en zonas rurales, los varones y en aquellos niños que afirman vivir en hogares con ambos padres. Sin embargo, el efecto es menor para niños con edades más cercanas a los 6 años. No hubo un efecto significativo sobre la probabilidad de retraso escolar ni tampoco en el año o grado normativo para la edad de los niños, lo cual sugiere que no existe una relación causal entre el tamaño familiar y el desempeño escolar de los niños. Además, se encontraron diferentes efectos según el orden en que nacieron los bebés.

Macas (2016) realiza un trabajo de investigación, tiene como objetivo describir qué afecta el bienestar emocional en familias con niños con discapacidad intelectual, partiendo del enfoque sistémico familiar, se realizó un estudio cualitativo en el cual incluyeron dos familias pertenecientes a la ciudad de Machala de una Unidad Educativa Especializada. El nacimiento de una persona con alguna discapacidad intelectual requiere un proceso complicado con respecto a la adaptación, ya que surgen cambios los cuales crean una variación en su función como padres, además, el cambio no es solo en el individuo sino también en toda la familia. La presencia de un niño con discapacidad intelectual en la familia indica un aspecto positivo de la competencia de los padres y puede darse el caso de que ellos estén más involucrados debido a las necesidades sobre educación y desarrollo de los niños. Otro aspecto importante que nos menciona Macas es la importancia que cae sobre los hermanos del niño en situación de discapacidad, ellos mismos muestran mayor sensibilidad y desarrollo en su conducta, también son superiores en sus estudios y han logrado obtener adecuadas estrategias de afrontamiento, estas los ayudará a reducir el estrés en la adultez. Ser hermano de una persona con discapacidad supondrá un alto nivel de aceptación y comprensión de la diferencia incluso un aumento en el sentido de protección hacia

su hermano en situación de discapacidad intelectual. El mayor problema en la población encuestada ante el nacimiento de un niño con algún tipo de discapacidad es la economía, falta de tiempo y las atenciones que requiere su hijo con discapacidad intelectual. Cada familia encuestada tendrá que disminuir el tiempo invertido en otras actividades que ha realizado anteriormente, esto perturbará a cada integrante de la familia incluyendo los hermanos. Las respuestas familiares más frecuentes son la negación, sobreprotección, preocupación por el cuidado de los hijos, adaptabilidad y la falta de tiempo, el estrés viene a ser la principal fuente de perturbación en los hogares, se puede observar mayormente en los cuidadores. Los resultados obtenidos afirman que la presencia de un hijo en situación de discapacidad está asociada a una serie de problemas a largo plazo diferentes para cada miembro de la familia, lo que significa que la familia tendrá que aceptar los aspectos positivos y negativos de esta discapacidad utilizando todos los recursos disponibles de la familia.

Andreucci & Morales (2019) realizaron un estudio sobre el área de Estimulación temprana, también conocido como Atención Temprana. Proponen contribuir con el abordaje en personas con discapacidad intelectual, usando un enfoque sistémico-familiar, destacando la participación de los agentes socio-familiares en la creación de este fenómeno. Para esto, se dieron voz a los hermanos de niños con diagnóstico de síndrome de Down, analizando sus ideas, sentimientos y actitudes sobre ellos mismos, sus hermanos (con un nivel de discapacidad intelectual) y su papel dentro del hogar (familia). El diseño metodológico usado es cualitativo se valió de entrevistas con un guion temático. Los participantes fueron 18 hermanos pertenecientes al país de Chile y 2 personas inmigrantes asistentes a 3 instituciones de atención temprana de Santiago de Chile. Los resultados apuntan a concepciones específicas sobre la discapacidad intelectual, actitudes que están entre un distanciamiento temporal para una mayor comprensión del fenómeno, sentimientos iniciales de arrepentimiento, frustración, ira e invisibilidad personal, familiar incluso profesional asociados al retraso mental.

2.1.2. Investigaciones nacionales

Bueloth (2020) realizó una investigación sobre la Dinámica familiar (DF) en los hogares de los estudiantes de inicial y primaria de un Centro de Educación Básica Especial, perteneciente al distrito de Nueva Cajamarca. Realizó un estudio el cual tuvo un diseño descriptivo simple. Utilizó un cuestionario sobre la variable “DF” a la muestra de 36 familias. Los resultados mostraron que el 86.1% de las familias del Centro de Educación Básica Especial, demuestran una buena DF y el 13.9% mostró DF regular. Además, los padres que viven juntos representan el 81.5% tiene una buena DF y el 18.5% es regular. Dentro de los hallazgos con mayor importancia esta que no brinda determinan que el mayor porcentaje de familias presentan buena DF en las 3 dimensiones examinadas, solo se encontró un nivel deficiente de DF en la dimensión “apoyo académico” con un 2,8%.

Boza & Calapuja (2020) realizaron un trabajo en un Centro de Educación Básica Especial en la ciudad de Arequipa, tuvieron como principal objetivo: conocer y/o determinar la relación entre los factores emocionales y sociales que inciden en la adaptabilidad de los padres ante la aparición de un hijo en situación de discapacidad. Para ello se usó dos instrumentos, el test de factores socioemocionales y una Escala de la evaluación de la adaptabilidad y cohesión familiar. El estudio tuvo un diseño no experimental con un corte transversal, tipo correlacional, la unidad de análisis son los padres de los estudiantes en situación de discapacidad; se concluye en que realmente influyen los factores emocionales y sociales dentro de la adaptación de los padres al nacimiento de un hijo en situación de discapacidad.

Gamarra (2019) estudió el impacto del Programa ya existente de Resiliencia en los padres de niños con discapacidad en el Centro de Educación Básica Especial, en la ciudad de Trujillo. Los padres de familia conformaban la población de estudio, dentro de dicha población

se eligió a 30 padres para el grupo experimental, aplicando la Escala de Resiliencia (ER) de Wagnild y Young, esta tiene 5 dimensiones: Satisfacción personal, Confianza en sí mismo, Perseverancia, Sentirse bien solo, Ecuanimidad. En los resultados significativos, se encontró que hay un efecto grande y estadísticamente significativo del programa, mejorando en el 100% de los participantes el nivel de resiliencia y las dimensiones perseverancia, confianza y satisfacción, mejoró en la dimensión sentirse bien un 93% de los participantes y en la dimensión Ecuanimidad un 90% del grupo experimental. El programa incluye Diez lecciones.

Torres, (2018) en su investigación trató de establecer la relación entre las estrategias de afrontamiento en los padres y el estrés parental en padres de alumnos del Centro de Educación Básica Especial “Manuel Duato” con sede en Los Olivos. Los participantes fueron 189 parejas de padres. La investigación fue descriptivo correlacional con un diseño de tipo no experimental. Se utilizaron dos herramientas, el cuestionario de estrategias de afrontamiento COPE-28 y el cuestionario de estrés parental – nueva versión peruana (2015). En base a los resultados obtenidos, **se puede concluir que, si existe una correlación significativa inversa de intensidad entre el estrés parental y la estrategia de afrontamiento enfocado en la emoción, así mismo ocurre entre el estrés de los padres y la estrategia de afrontamiento evitativo. Sin embargo, no se encontró correlación significativa entre el estrés parental y la estrategia de afrontamiento enfocado al problema.**

Montalbán (2018) realiza un estudio para describir niveles de las actitudes en los padres de familia hacia la situación de discapacidad de su hijo en el Centro de Educación Básica Especial de Salaverry. Este fue un estudio descriptivo transversal simple, su muestra fue de 50 padres, y antes de aplicar un instrumento a la muestra se realizó la validación de este mediante el criterio del juicio de expertos, se obtuvo una validez alta según Nieto (2009). Los resultados muestran que el 22.0% de los padres asumieron una buena actitud, 30% una actitud regular y

48.0% actitud negativa, lo que demuestra que los padres suelen tener una actitud regular hacia la discapacidad de su hijo.

Ninapaitan (2017) desarrollo un estudio con el objetivo general de identificar diferencias significativas en los niveles de las estrategias de afrontamiento al estrés en padres de niños en situación de discapacidad del CEBE de Lima metropolitana. La metodología se basa en un enfoque cuantitativo y el diseño del estudio es transversal con cobertura correlacionada. Una muestra de 150 padres de niños con Discapacidad intelectual en todos sus niveles (n=29), Discapacidad auditiva en todos sus grados (n=22), Trastorno del espectro autista (n=42) y Síndrome de Down (n=57), pertenecientes al CEBE ubicado en Lima. En el estudio se utilizaron las siguientes herramientas: a) Ficha Sociodemográfica (creada) b) El inventario de Estrategias de Afrontamiento (Tobin D., 1989); adaptación a Lima (Escalante, 2012).

Los resultados mostraron diferencias significativas en los niveles de las estrategias de afrontamiento al estrés en la muestra total de padres, lo que indica altos niveles en las estrategias de retirada social, seguido de la autocrítica. Además, los padres con niños de discapacidad auditiva mostraron altos niveles de uso de estrategias de afrontamiento al estrés.

Jiménez & Mamani (2015) realizaron un estudio titulado “Capacidad de resiliencia y calidad de vida de cuidadores de niños con Síndrome Down - Cebe Auvergne Perú-Francia, Arequipa – 2015”, el objetivo fue establecer la relación entre variables. La investigación tiene un diseño descriptivo, con un corte transversal y diseño correlacional. Como instrumentos se utilizó la entrevista, el Cuestionario de ICUB97 - R sobre Calidad de Vida de los cuidadores informales y el Cuestionario de Colina y Esqueda (2002). Con respecto a los participantes del estudio son 105 cuidadores, las características son las siguientes: el género más de la mitad de la población es femenina, el 77.14%. El grupo de edad de 40 a 49 años representa el 31.43%. En cuanto al grado de instrucción 35.24% tuvo secundaria completa. El estado civil se encontró que

el 43.81% de los participantes estaban divorciados. La Resiliencia según las dimensiones: Competencia y control personal presentó un calificativo alto de 73.33%, que es el predominante entre los cuidadores; la dimensión Fortaleza y actividad física presentó un calificativo de 24.76%. La resiliencia de la mayoría de la población es en promedio 66,67%. Con respecto a la calidad de vida, la primera dimensión “Cuidados que presta el cuidador”, el cuidado psicosocial es considerado un bien calificativo, con un 74.29%, seguido del cuidado físico y en tercer lugar cuidado ambiental (medioambiental). La calidad de vida según la mencionada primera dimensión es regular (normal) con 53.33%. La segunda dimensión: Repercusiones del cuidador, por factores (secciones, áreas), se encontró que las repercusiones socioeconómicas son las que están mejor representadas por el calificativo “bueno” y tiene un porcentaje de 20%, mencionar que las consecuencias emocionales y psicofísicas calificaron como mala calidad de vida con un 72.38% y 65.71% respectivamente. La calidad de vida en la segunda dimensión es regular y representa el 79.05%. Al especificar y detallar la relación existente entre la capacidad de resiliencia con la calidad de vida según la dimensión “cuidados que presta el cuidador”, se obtuvo un buen nivel “medio alto”, el 53.33% total, tiene una calidad de vida regular con 38.10%. Para la dimensión repercusiones en el cuidador la capacidad de resiliencia es medio alto, el 79.05% total, tiene una calidad de vida regular con 53.33%, si existe relación, se confirma con las pruebas estadísticas.

2.2. Bases teórico-científicas del estudio

2.2.1. Familia del niño o adolescente con discapacidad

Existen muchos aspectos a estudiar, uno que priorizaremos también será las manifestaciones afectivas en el vínculo con el hermano con discapacidad, encontramos una gran variedad de manifestaciones según Núñez (2005), pero para esta investigación nos centraremos en dos manifestaciones.

La primera es el Sentimiento de culpa frente a un hermano débil, carenciado. Sentimientos de culpa por ser el hermano sano quien posee aquello que su hermano carece, vive como el hijo privilegiado y “usurpador” frente a su hermano a quien se le asignó el papel de víctima y “usurpado”. El sentimiento de culpa mayormente aparece asociado con “no hacer lo suficiente por su hermano y no lograr repararlo”.

La segunda manifestación es de celos, rivalidad y hostilidad frente a un hermano quien ocupa un lugar privilegiado frente al amor de los padres. Esto quiere decir que al mismo tiempo que el hermano sin discapacidad quien anteriormente se sentía deudor y culpable, simultáneamente puede tomar el papel de víctima y sentirse despojado del afecto de los padres, sentirse desplazado frente al hermano con discapacidad percibido ahora como privilegiado y usurpador del amor y atención de los padres. La hostilidad mencionada hacia el hermano provoca culpa lo que conlleva a reprimir toda manifestación de agresividad (Núñez, 2008).

2.2.1.1. El orden de nacimiento en los hermanos

El orden de nacimiento hace referencia a la diferencia de posición del lugar que ocupa entre los hermanos, esto demarca la relación que existe entre la persona con los padres y hermanos. Se dice que el orden de nacimiento puede tener influencia en el comportamiento (Vences, 2019).

Se hace referencia que otros estudiosos han investigado el orden de nacimiento y creen que la posición que ocupan los individuos dentro de la familia (número de hermanos) determina en gran manera las características de personalidad, influye en su comportamiento dentro y fuera del hogar. Varios teóricos han encontrado características diferentes en las personas las cuales pueden ser deducidas por la posición del nacimiento (orden de nacimiento) (Sánchez, 2002).

Se dice en la tesis de “Rasgos de personalidad en adolescentes de acuerdo al orden de nacimiento” realizada por Vences (2019), que uno de los primeros teóricos en estudiar el orden de nacimiento y su influencia en la personalidad fue Alfred Adler en 1928, en base a sus estudios refiere que la personalidad de cada persona era influenciada por el orden de nacimiento que ocupa en la familia.

Mientras que en el nacimiento del primer hijo se desarrolla el vínculo paterno-filial con un conflicto intergeneracional, con el nacimiento del segundo hijo surge el vínculo fraterno en este caso con un conflicto intrageneracional.

El nacimiento de un hermano involucra a todos los miembros de la familia ya que su presencia va a producir un cambio en la estabilidad de la estructura familiar que se tenía hasta el momento. La llegada de un hermano trae consigo muchas enseñanzas. La presencia de este nuevo integrante de la familia marca la aparición, tal como ha sido denominado por diversos estudiosos de la temática, de: “el extranjero”, “el intruso” o “el doble”, capaz de despojar del lugar propio y de arrebatar el afecto de los padres. El vínculo fraterno es de vital importancia en el desarrollo de los seres humanos puesto que es la primera socialización entre pares, (Kancyper, 1997) nos dice que este vínculo también llamado según este autor “complejo fraterno” no se limita a solo desarrollarse con hermanos puesto que en algunos casos (hijo único) desarrollan este vínculo con primos u hermanos imaginarios.

El hecho de que los hermanos sean parte de la misma generación implica que compartan experiencias, gustos e intereses lo cual hace posible una relación horizontal (de igual a igual).

Este vínculo es diferente cuando uno de los hermanos presenta una discapacidad, partiendo de que no se puede hablar de ellos como un grupo homogéneo, cada hermano es único y particular. Son muchos los factores que van a influir en la manera en que afronta esta experiencia: de qué manera los padres han elaborado la situación, la historia personal que pueda tener cada hermano, el orden de nacimiento, la edad, incluso la diferencia de edades entre los hermanos,

sexo, el número total de hijos dentro del hogar, características en particular que pueda tener el núcleo familiar, tipo y grado de discapacidad que presenta, etc.

Como se mencionó anteriormente no se puede generalizar tampoco se puede decir que esta experiencia se presente acompañada de trastornos psicológicos como algunos lo suelen pensar. Para algunos será perjudicial mientras que para otros será una experiencia con muchos beneficios. Se sabe que cada experiencia es única y singular sin embargo tener un hermano con discapacidad presente activamente durante la etapa de crecimiento impactará de una manera especial las vivencias del individuo.

Nos menciona (Núñez, 2008) que en su experiencia de psicoterapeuta ha podido recibir en consulta a padres que por decisión propia o por derivación del colegio deciden llevar a sus hijos con un psicólogo ya que sienten preocupación por algún síntoma que presenta el hijo sin discapacidad. Esto suele pasar tiempo después de que se conoce el diagnóstico de la discapacidad del otro hijo, normalmente hasta ese momento la familia ha estado absorbida por las necesidades del hijo con discapacidad, cuando ya lo encaminan con terapias y/o tratamientos recién allí los padres parecen tener mayor apertura e interés por las demandas de sus otros hijos.

2.2.1.2. El luto por un hijo/hermano con discapacidad

En el libro “Sobre el duelo y el dolor” de Elisabeth Kübler-Ross y David Kessler nos mencionan sobre las 5 etapas del luto. Estas etapas son negación, ira, negociación, depresión y aceptación; debemos de comprender que estas etapas forman parte de un marco en el que aprendemos a aceptar una pérdida o luto. Son herramientas para identificar lo que podemos estar sintiendo, mas no es un proceso lineal ni existe un orden prescrito para estas etapas.

El duelo por “el hijo sano que no está”, Núñez en su libro “Familia y discapacidad, De la vida cotidiana a la teoría” nos habla de este proceso como una situación de crisis y pérdida que debe llevar a cabo un duelo. En el caso particular de enfrentar un diagnóstico de un hijo se necesita un “trabajo de duelo” por el niño que idealizaron de una manera y no nació así es necesario procesar dicho duelo para poder conectarse y más aún darle lugar al hijo que si nació, es real y tiene un déficit. Las palabras “trabajo de duelo” corresponden a lo propuesto por Freud que pertenece a su teoría psicoanalítica, en 1917 describe el proceso intrapsíquico del duelo.

Para que este proceso se lleve a cabo se requiere de una tarea psíquica, la prueba de la realidad sabiendo que el objeto amado ya no está presente es necesario que la persona se desprenda de los vínculos con dicho objeto. En estos casos en particular cuando el hijo presenta algún daño orgánico u otro tipo de discapacidad es la familia quien enfrenta la pérdida y hablamos de familia como totalidad padres, **hermanos**, abuelos. Cada uno vivirá su duelo en particular, pero al mismo tiempo lo viven juntos ya que la crisis los afecta a todos. Cabe aclarar que esta pérdida y duelo no hace referencia a un niño muerto que ya no está sino al “hijo soñado que no está”.

(Bowlby, 1976) nos propone cuatro fases sobre el duelo respetando las particularidades y singularidades de cada familia, de igual manera la duración e intensidad de cada fase puede variar, puede faltar una fase o alterar el orden de cómo se presentan estas fases. Su propuesta incluye la fase de embotamiento de la sensibilidad, la fase de anhelo y búsqueda de la figura perdida, fase desesperanza y desorganización, por último, la fase de reorganización.

El luto y proceso de duelo como es importante en la vida de los padres y la de todos los integrantes de la familia, pero los cambios en el hogar no quedan ahí, continúan ya que se altera cada aspecto desde que este nuevo integrante ingresa a la familia incluso se puede observar como tener un hermano discapacitado y el lugar que ocupe este hermano trae consecuencias en la personalidad.

2.2.2. Sintomatología depresiva en niños y adolescentes

Los síntomas que se pueden presentar en el hijo sin discapacidad son enuresis, alergias, problemas en el colegio, retracción social, problemas bronco respiratorios, etc. Estas situaciones que por lo general demandan de una psicoterapia con los hermanos, podrían ser prevenidas con estrategias tempranas de apoyo. Si nos centramos en la sintomatología depresiva debemos recordar que se evidencian alteraciones en el funcionamiento del individuo, tanto en un ámbito académico como social, el malestar subjetivo que experimentan, en su calidad de vida. En algunos casos influye negativamente en la resolución de tareas psicosociales de su etapa evolutiva.

Situémonos en la posición de un padre de familia que siendo adulto recibe la noticia de que su menor hijo tiene una discapacidad, esto representa un luto el cual anteriormente fue definido. En ocasiones cuando no se da el luto de manera adecuada o cuando no hay una vivencia de este se puede presentar sintomatología depresiva.

Antes de hablar de sintomatología depresiva se debe hablar de depresión (Leader, 2008) menciona que hace aproximadamente 40 años se habla sobre depresión, con el progreso científico se explica el aumento de personas diagnosticadas de depresión, brinda una impresión de que todos padecen de ella, esto es gracias al progreso de los estudios neurocientíficos con ello se ha podido actualizar los criterios diagnósticos, también contamos con más herramientas para poder identificarla.

Aunque el progreso científico conceptualiza a la depresión como enfermedad con marcadores biológicos específicos, el pensamiento de malestar humano reside en un desbalance químico que puede ser llevado a un nivel adecuado de funcionamiento con el uso de fármacos. Los antidepresivos están diseñados para tener efectos en un neurotransmisor en particular (Román,

2017). Estos fármacos ayudan a que la persona con depresión sea funcional para la sociedad ya que trabajará, comerá y podrá dormir mejor sin embargo eso no cura la depresión. En el inicio de la era psicofarmacológica (a mediados del siglo pasado) se planteó la idea de que el sufrimiento hecho enfermedad cerebral podía ser tratado con fármacos (Whitaker, 2010) posteriormente se vio que los fármacos no se comportaban de la misma manera en todos los organismos y no solucionaban la depresión, por ello en el cuadro clínico se utilizan terapias cognitivas conductuales, la psiquiatría biológica, las neurociencias y el psicoanálisis.

Podemos hablar de sintomatología depresiva gracias a los aportes sobre depresión hechos anteriormente por Aaron Beck con su teoría de la depresión en 1963. Esta teoría nos muestra un modelo donde el individuo se ve vulnerable al estrés, se presentan esquemas del pensamiento distorsionados los cuales contribuyen a la forma negativa en la que el individuo percibe, interpreta información sobre sí mismo como sobre los que lo rodean, sobre el futuro, lo cual llega a iniciar y mantiene los síntomas depresivos. Con estos aportes posteriormente María Kovacs realiza investigaciones y publica oficialmente el instrumento Children's Depression Inventory en 1992 donde reconocemos la sintomatología depresiva como variable de estudio. Esta prueba nace de los datos poco confiables obtenidos sobre depresión infantil con el inventario de depresión de Beck también conocido como BDI prueba creada para adultos.

Fue María Kovacs quien continúa investigando sobre la variable sintomatología depresiva en población infantil y tras años de ardua investigación junto a ciertas modificaciones al inventario logra publicar a nombre propio en el 2004 el inventario por TEA Publicaciones para la población española. Este material ha sido usado para muchas investigaciones en diversos países ya que es considerada una prueba confiable.

2.2.2.1. Características de la niñez e indicadores

En la niñez intermedia (6-11) se observa un progreso en el crecimiento físico como lo menciona (Tanner, 1990) incluyendo con algunos factores ambientales puede producir variaciones visibles en la velocidad en que crecen y en la altura que alcanzan (Kohler y Rigby, 2003).

- El desarrollo cognitivo en el niño

Al hablar sobre desarrollo cognitivo hacemos referencia a la inteligencia del niño y que esta se desarrolle con normalidad, para ello debe existir una base biológica sana de igual manera un ambiente agradable y estimulante. Dicho desarrollo también está sujeto a diversas eventualidades que pueden acontecer, como determinadas enfermedades o traumatismos que pueden alterar su estructura biológica. Piaget en su teoría sobre el desarrollo cognitivo nos menciona que se trata de una reorganización progresiva de los procesos mentales como consecuencia del crecimiento (madurez biológica) y las experiencias vividas. Según Piaget, en la etapa sensorio motriz que va desde el nacimiento hasta los dos años se ve que los niños tienen una comprensión básica sobre el mundo que los rodea. En esta etapa se ve como el niño de manera progresiva comienza a experimentar acciones y desarrolla conductas o patrones conductuales en base a la experiencia de los sentidos y su destreza motriz (según su desarrollo). Posteriormente, el niño se desarrolla a un nivel más abstracto de pensamiento, el cual involucra una inteligencia más compleja, de manera en que incorpore sus experiencias propias las contextualice e interiorice. Es importante que en esta etapa realice adecuadas percepciones de lo que sucede a su alrededor ya que de lo contrario podría tener ideas irracionales las cuales en algún momento lo pueden llevar a algún síntoma depresivo.

- El desarrollo emocional del niño

Al igual que el ámbito cognitivo también se va produciendo un desarrollo emocional en el niño. Este elemento es importante para su desarrollo en la sociedad a lo largo de su vida. Viendo la etapa infantil se puede distinguir múltiples etapas en el desarrollo emocional y afectivo del niño. El recién nacido es muy básico, refleja sus necesidades mediante el llanto o risa. En los 2 años

el menor es consciente de otras personas (diferentes a su familia nuclear) por lo que necesita la aprobación de estos como afianzamiento de su personalidad. A partir de los 4 años, a la par con que el menor empieza su escolarización, se observa un desarrollo del lenguaje más fluido con un léxico emocional complejo, este le permitirá comprender la realidad, comunicar experiencias del día a día y expresar sentimientos de una manera más elaborada.

Tener un adecuado desarrollo emocional es fundamental para que el menor alcance un nivel suficiente de inteligencia emocional, esta es una habilidad esencial para el desarrollo de sus relaciones interpersonales e intrapersonales. Las personas con inteligencia emocional son capaces de identificar sus propias emociones, manejar sus reacciones emocionales expresándolas adecuadamente (de no mostrarse eso se podría llegar a un nivel de agresividad o sintomatología depresiva), aceptarse a sí mismos (la falta de auto aceptación también podría significar un síntoma depresivo) y a los demás, desarrollar un fuerte autocontrol y empatía, sobre todo tener una alta capacidad para resolver los problemas (Shaffer y Kipp, 2012).

2.2.2.2. Características de la adolescencia e indicadores

La gran mayoría de adultos notan que cuando un niño ingresa a la adolescencia, su pensamiento cambia, empieza a plantear preguntas hipotéticas y realiza una reflexión sobre conceptos abstractos, se conoce que esto ocurre en la pubertad aproximadamente a los 12 años (Shaffer y Kipp, 2012).

- Desarrollo cognoscitivo del adolescente

A pesar de que los cambios en la adolescencia son menos drásticos que en los primeros años de vida, es probable que algunos de los procesos cognitivos del adolescente sean posibles solo después de que el cerebro pase por un proceso de reorganización y especialización (Barry y otros, 2002, 2005).

Según teorías revisadas de Piaget & Inhelder y Vygotski se puede concluir que el pensamiento adolescente adoptará las características mentales de etapas anteriores (la niñez), pero las

incorporará a través de nuevos procesos lógicos internos para convertirse en una nueva forma de pensamiento, que poseerá características diferentes y que será la que primará en la persona de allí en adelante. De esta manera se contextualizará e interiorizará sus nuevos conceptos en base a la experiencia.

La lógica y la matemática, del modelo piagetiano y el lenguaje, en el de Vygotski, las tareas experimentales de donde se desprenden sus explicaciones guardan gran parecido en relación a los procesos de pensamiento necesarios para la resolución de los problemas que exigen, hasta el punto que podemos afirmar que la tarea de formación de conceptos es una compleja tarea de clasificación, donde los hallazgos suelen ser semejantes a los expuestos por Piaget & Inhelder (1941 - 1982)

- Desarrollo emocional del adolescente

Guzmán et al. (2020) en Bogotá realizó una investigación con la cual pudo comprobar que la falta de manejo de la inteligencia emocional podía producir trastornos depresivos, en su población encontró muy bajos niveles de inteligencia emocional y gran dificultad en los jóvenes para regular sus emociones. Es por ello que durante la adolescencia se apela a reforzar el desarrollo emocional obtenido en la infancia.

Un ambiente familiar caótico o tumultuoso expone a trastornos alimentarios, depresión, ansiedad, de igual manera la pérdida reciente de algún pariente cercano o un divorcio (Ray, 2004; Shannon, 2004).

2.3. Centro de Educación Básica Especial (CEBE)

En relación a la discapacidad la cantidad de personas en Perú, según el Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad (CONADIS) es de 298,702 hasta el mes de marzo del 2021.

En el año 1971 se creó en el Ministerio de Educación una parte fundamental, un órgano normativo el cual ubica a la educación especial como una modalidad del sistema educativo, quien es responsable de formular las políticas técnico- pedagógicas para el desarrollo de la educación especial a nivel nacional. En 1980, la Ley General de la Educación, Ley 23384 (1982), en el capítulo XII De la Educación Especial, menciona una modalidad destinada para las personas que por sus características excepcionales solicitaban una atención diferenciada.

Los Centros de Educación Básica Especial también conocidos por su abreviatura “CEBE” atienden a estudiantes con discapacidad severa y multidiscapacidad, a partir de los 3 años hasta los 20 años en promedio ya que en algunos centros existen alumnos con 25 o 30 años, teniendo como referencia la edad normativa en los niveles de Inicial y Primaria con una flexibilidad de 2 años. Los salones por lo general son de determinado diagnóstico, Tienen aulas de Deficiencia intelectual (DI), Deficiencia auditiva (DA), Autismo, Parálisis cerebral (PC), en algunos centros también cuentan con aulas para deficiencia visual.

Los Centros de Educación Básica Especial, a través del Servicio de Atención al Estudiante con Necesidades Educativas Especiales también conocido por sus siglas SAANEE, cumplirá la función de asesoramiento a la educación Básica Regular, Básica Alternativa y Técnico Productiva que atienden a estudiantes con discapacidad o multidiscapacidad.

Es importante conocer cómo funcionan estas entidades y de qué manera su labor ayuda en el desarrollo de los niños con discapacidad durante el proceso de la escolarización. Así mismo es importante saber sobre el impacto que genera la llegada de un niño con discapacidad en la familia y como es que se generan los vínculos de padres y hermanos.

2.4. Definición de términos básicos

SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA

Presencia de ciertos síntomas como sentimientos de tristeza, vacío, ganas de llorar de manera frecuente, percepción equivocada de uno mismo. Pérdida de interés o ánimo por la mayoría de las actividades habituales en su rutina diaria, como los pasatiempos o los deportes.

DISCAPACIDAD

La discapacidad hace referencia a las limitaciones en el funcionamiento individual dentro de un contexto, esta representa una desventaja para el individuo.

CONVIVENCIA DE HERMANOS

Es la manera en la que se relacionan los hermanos, un trabajo en equipo, en esta relación debe involucrarse el afecto, respeto, tolerancia y cooperación. Es la construcción de una relación que permanece en el tiempo.

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1. Supuesto científico

El supuesto parte de la teoría cognitiva de la depresión, realizada por Aaron Beck. Dicha teoría nos muestra que el individuo se ve vulnerable al estrés, es ahí donde se activan esquemas del pensamiento distorsionado los cuales favorecen a la forma negativa en la que el individuo percibe ciertas cosas como la interpretación de información sobre sí mismo, sobre las otras personas que lo rodean, el futuro, lo cual inicia y mantiene síntomas depresivos. Esta teoría fue la base para estudiar síntomas depresivos y su gravedad.

Gracias a esta teoría posteriormente se creó el Cuestionario de Depresión Infantil CDI, prueba que en su inicio fue creada por Aaron Beck y María Kovacs quien luego modificó la prueba y tras años de investigación logró publicarla a nombre propio. Dicho cuestionario tiene como variable la sintomatología depresiva en una población de 7-18 años (niñez y adolescencia).

Sintomatología depresiva vendría a ser la expresión de cualquier síntoma de una depresión lo cual anteriormente fue observado en la población de hermanos de niños con discapacidad del Centro de Educación Básica Especial de Lima, en el año 2020 fue registrado dos intentos de suicidio de parte de hermanos, de igual manera en otros casos se registraron problemas para dormir, falta de apetito, pérdida de motivación, incluso agresión y algunos otros síntomas más

de depresión. Todos los casos anteriormente mencionados fueron atendidos por la licenciada del centro y los internos de psicología mediante sesiones de orientación.

Como ya fue mencionado estos síntomas pueden ser producto también del estrés generado dentro del ambiente familiar u escolar. Tener a una persona con discapacidad dentro del hogar llega a ser una experiencia única en algunos casos positiva mientras en otros es negativa, dicha experiencia no se puede generalizar ya que son muchos los factores externos que intervienen en esta experiencia.

3.2. Hipótesis

3.2.1. Hipótesis General

H1: El nivel de sintomatología depresiva es leve en los hermanos de los niños con discapacidad del Centro de Educación Básica Especial de Los Olivos, Lima-Perú.

3.2.2. Hipótesis Específicas

H2: El nivel de sintomatología depresiva en función a la sub escala “Disforia” es leve, en los hermanos de los niños con discapacidad del Centro de Educación Básica Especial de Los Olivos, Lima-Perú.

H3: El nivel de sintomatología depresiva en función a la sub escala “Autoestima Negativa” es leve, en los hermanos de los niños con discapacidad del Centro de Educación Básica Especial de Los Olivos, Lima-Perú.

H4: Existen diferencias en el nivel de sintomatología depresiva según sexo en los hermanos de los niños con discapacidad del Centro de Educación Básica Especial de Los Olivos, Lima-Perú.

H5: Existen diferencias significativas en el nivel de sintomatología depresiva según grupo de edad en los hermanos de los niños con discapacidad del Centro de Educación Básica Especial de Los Olivos, Lima-Perú.

3.3. Variables de estudio o área de análisis

Variables de estudio:

Sintomatología depresiva

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES
Sintomatología Depresiva	Sentimientos de tristeza, pérdida de apetito, ganas de llorar, ideación suicida, etc.	Mediante el Cuestionario de Depresión Infantil de María Kovacs.	- Autoestima - Negativa - Disforia	- Inferior - Normal - Leve - Severo

Variables de control

-Edad: 9-15 años

-Sexo: Mujer y hombre

-Condición: Hermano de alumno del Centro de Educación Básica Especial de Lima

-Vínculo: Hermano/a

CAPÍTULO IV

MÉTODO

4.1. Población, muestra o participantes

Población de estudio

En cuanto a la población, según una publicación realizada por el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables en compañía del Registro Nacional de la Persona con Discapacidad (CONADIS), podemos saber la cantidad de personas que se encontraban en educación especial hasta mayo del 2020. En Lima metropolitana tenemos 4 307 personas y en Lima provincias 385 (MINISTERIO DE LA MUJER Y POBLACIONES VULNERABLES, 2020).

Según el censo escolar realizado en el 2015 contamos con 488 Centros de educación especial (CEBE) en el Perú y 138 en el departamento de Lima.

El Centro de Educación Básica Especial del distrito de los olivos es la población con la que se trabaja. Este colegio pertenece a la UGEL 02. La cantidad de alumnos que maneja el colegio es de aproximadamente 400 alumnos. Los participantes de la investigación serán los hermanos de los niños con discapacidad del colegio, dichos hermanos deben comprender las edades de 9 a 15 años, ambos sexos, de distintos contextos económicos y niveles educativos.

Diseño muestral

La muestra para este estudio fue de 65 participantes, se aplicó muestreo no probabilístico, de tipo causal, en el cual el investigador seleccionara de forma directa e intencional a los individuos que participaran de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión. (Hernández, Fernández y Baptista, 2010); a los que acepten participar en la investigación, mediante

consentimiento informado y asentimiento, se les aplicara el Cuestionario de depresión infantil de Kovacs, constituido por dos sub escalas (Disforia, Autoestima negativa).

Criterios de inclusión:

- Hermanos de niños con discapacidad que pertenezcan al Centro de Educación Básica Especial del distrito de los Olivos.
- Ambos sexos.
- Edades de 9 a 15 años.

Criterios de exclusión:

- Hermanos de los alumnos que no aceptaron participar de la investigación.
- Hermanos de estudiantes que ya no pertenecían a la escolaridad (talleres, Club de amigos).

4.2. Tipo y diseño de investigación

La investigación es de tipo Descriptivo simple y comparativo, Hernández, Fernández y Baptista, (2003), mencionan que “los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis”.

Nos permite medir la información recogida para después describir, analizar e interpretar sistemáticamente las características del fenómeno estudiado teniendo en cuenta la realidad del escenario planteado. Para Tamayo (1998) la investigación descriptiva: “Comprende la descripción, registro, análisis e interpretación de la naturaleza actual, composición o procesos de los fenómenos. El enfoque que se hace sobre conclusiones es dominante, o como una persona, grupo o cosa, conduce a funciones en el presente. La investigación descriptiva trabaja sobre las realidades de los hechos y sus características fundamentales es de presentarnos una interpretación correcta”. (p. 54)

Es comparativa, ya que dichas características que fueron descritas anteriormente como género, grupos de edad serán comparadas, esquematizándose el diseño de la siguiente manera:

Esquema del diseño

M1_____O1

M2_____O2

\neq
O1 = O2
 \sim

Dónde:

M: es la muestra con quien se realizó el estudio.

O: Representa la información relevante recogida de la muestra.

O1: Información con respecto al sexo.

O2: Información con respecto a los grupos de edad.

4.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Nombre: Inventario de Depresión infantil.

Nombre Original: Children's Depression Inventory – CDI

Autor: María Kovacs (1977)

Procedencia: Multi-Health Systems. Toronto (Canadá)

Aplicación: Colectiva e Individual.

Ámbito de aplicación: 7 a 15 años.

Duración: Entre 10 y 25 minutos.

Finalidad: Evaluación de sintomatología depresiva.

Baremación: Baremos en puntuaciones percentiles, típicas, z y T para tres rangos de edad (7_8 años, 9-10 años y 11-15 años).

Materiales: Manual y ejemplar auto corregible.

Adaptación Española: con Tea Publicaciones (2004).

Adaptación Peruana

Autor Julio C. Borrero Briceño (2017).

Objetivo: Evaluar dos escalas: Disforia (Humor depresivo, tristeza, preocupación, etc.) y Autoestima Negativa (Juicios de ineficiencia, fealdad, maldad, etc.) y proporciona una puntuación total para el diagnóstico de la depresión en niños y adolescentes.

Duración: 20 a 30 minutos

Aplicación: individual y colectiva

Edad: de 9 a 15 años

Materiales: Manual de aplicación y corrección, cuadernillo, hoja de respuesta y lápiz.

Tipo de instrumento: Cuestionario Número de ítems: Consta de 27 ítems cada uno de ellos enunciado en tres frases que recogen la distinta intensidad o frecuencia de presencia de depresión en el niño y adolescente. Con una valoración de 0 a 2 donde 0 representa la valoración más baja, 1 la normal y 2 la superior.

Propiedades psicométricas: En una muestra de 381 alumnos de ambos sexos pertenecientes a la I.I.E. Ricardo Palma de Surquillo, la fiabilidad del instrumento alcanzó un alfa de Crombach de 0,78 y un resultado de dos mitades de Guttman de 0,76.

El test-retest después de 30 días alcanzó un alfa de Crombach de 0,73. La Validez de constructo convergente con el STAI alcanzó una correlación positiva de $r=0,73$ y con el CDS presenta una

Correlación de $r=0,71$ para la validez de criterio concurrente. Los baremos generales por sexo tuvieron un punto de corte 21 con un percentil de 90 para sintomatología depresiva superior.

Para esta investigación realizada con los hermanos de los niños con discapacidad del Centro de Educación Básica Especial de Lima. En la tabla 1, se realizó una prueba de normalidad sobre los datos, en la tabla 1 se ven los resultados de la prueba de confiabilidad de Alfa de Cronbach del Inventario de Depresión infantil que nos muestra el valor obtenido 0,768.

Tabla 1.

Prueba de Alfa de Cronbach para los datos correspondientes a los índices de sintomatología depresiva (CDI) en hermanos de niños con discapacidad del Centro de Educación Básica Especial de Lima.

	Estadística de fiabilidad						
	Alfa de Cronbach	N de elementos	Total	Casos			
				Válido		Excluido ^a	
			N	%	N	%	
Sintomatología depresiva medida con CDI de Kovacs en muestra de hermanos de niños con discapacidad	0,768	27	65	65	100,0	0	,0

a. La eliminación por lista por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Para contextualizar en esta investigación se realizaron los baremos por sexo y uno en general para la comprensión de los datos posteriormente dados en la estadística descriptiva.

En la tabla 2 podemos observar que los rangos percentiles 5-10 son de la categoría Inferior, los de 25-50 pertenecen a la categoría de normal, 75-90 estarían dentro de la categoría leve y por último los de 95 serían severos.

Tabla 2.

Baremo Masculino para los hermanos de los niños con discapacidad del Centro de Educación Básica Especial de Lima.

		DISFORIA	AUTOESTIMA NEGATIVA	PUNTAJE TOTAL
N	Válidos	35	35	35
	Perdidos	0	0	0
Rango	5	1.8	3.40	6.00
Percentiles	10	2.0	5.20	8.60
	25	4.0	7.00	11.00
	50	6.0	8.00	15.00
	75	8.0	9.00	17.00
	90	11.80	11.00	20.60
	95	14.20	11.20	25.80

La tabla 3 nos muestra el baremo femenino donde podemos observar que los rangos percentiles 5-10 son de la categoría Inferior, los de 25-50 pertenecen a la categoría de normal, 75-90 estarían dentro de la categoría leve y por último los de 95 serían severos.

Tabla 3.

Baremo Femenino para los hermanos de los niños con discapacidad del Centro de Educación Básica Especial de Lima.

		DISFORIA	AUTOESTIMA NEGATIVA	PUNTAJE TOTAL
N	Válidos	30	30	30
	Perdidos	0	0	0
Rango	5	1.00	1.55	4.10
Percentiles	10	2.10	4.00	6.20
	25	4.00	6.75	10.75
	50	7.50	8.00	15.00
	75	10.00	10.00	21.00
	90	14.80	11.00	24.80
	95	16.00	12.00	27.45

En la tabla 4 podemos obtener un baremo general donde se observa que los rangos percentiles 5-10 son de la categoría Inferior, los de 25-50 pertenecen a la categoría de normal, 75-90 estarían dentro de la categoría leve y por último los de 95 serían severos.

Tabla 4.

Baremo Global para los hermanos de los niños con discapacidad del Centro de Educación Básica Especial de Lima.

		DISFORIA	AUTOESTIMA NEGATIVA	PUNTAJE TOTAL
N	Válidos	30	30	30
	Perdidos	0	0	0
Rango	5	1.30	2.60	5.30
Percentiles	10	2.00	4.00	8.00
	25	4.00	7.00	11.00
	50	6.00	8.00	15.00
	75	9.00	10.00	18.00
	90	13.00	11.00	23.00
	95	15.70	11.70	26.40

4.4. Procedimiento y técnicas de procesamiento de datos

Se solicitó una carta de presentación a nombre de la universidad Ricardo Palma para el Lic. Alicia Domínguez Jara director del Centro de Educación y a la Lic. Carla Ruiz Huamán donde se presentó el tema de tesis, la autora y se pidió permiso para aplicar la prueba que mediría la variable de estudio.

La sintomatología depresiva se mide operacionalmente mediante la utilización del Cuestionario de Depresión Infantil cuya autora es María Kovacs. Las áreas que explora el Cuestionario está dividido en 2 subtests (Disforia y Autoestima negativa).

Este Cuestionario está constituido por 27 frases, con respuestas de opción múltiple (nunca, a veces, siempre) según la puntuación obtenida se les ubica en una categoría que muestra los

niveles de sintomatología depresiva que presentan los hermanos de los niños con discapacidad del centro de educación básica especial del distrito de los Olivos.

Una vez obtenidas las bases de datos de algunos salones se fue avanzando en la evaluación y retroalimentación, adicional se fueron haciendo observaciones sobre algunos casos que solicitaban seguimiento del departamento de psicología.

Para la aplicación se utilizó una ficha sociodemográfica que se encuentra anexada al formulario de google junto con el Consentimiento informado, asentimiento y la misma prueba.

La evaluación debido a la situación de pandemia en la que nos encontramos se realizó mediante llamada telefónica o video llamada y usando los formularios de Google Form para tener un registro de las respuestas, de igual manera se leyó el consentimiento y asentimiento.

Enlace (<https://forms.gle/dhRPu33NUtJL4MAw9>)

Las técnicas estadísticas que se utilizaron fueron de estadística descriptiva media, mediana, moda, etc.

Se procesa los datos obtenidos con el programa SPSS versión 27 con el cual se edificaron tablas de frecuencia, representados en diagramas para el análisis establecido.

Como técnicas de procesamiento de datos se considera dentro de la estadística descriptiva, se observó la media, moda, mediana para medir la relación con los datos presentados, para comprobar la prueba de normalidad se utilizó kolmogorov-Smirnov también Shapiro-Wilk donde se pudo ver si existe una distribución normal o no según sub escalas y de manera global. Y para la prueba de hipótesis la estadística inferencial se utilizó la prueba Mann-Whitney para conocer si existían diferencias significativas entre las medias de dos grupos.

CAPÍTULO V

RESULTADOS

5.1. Presentación de datos

Terminada la recopilación de información de los 65 hermanos evaluados, se obtuvo que todas las evaluaciones fueron realizadas de manera correcta, las cuales fueron sometidas a una prueba estadística que a continuación se mostrará, se rescata que cada participante del estudio cumple con la premisa de ser hermanos de niños con discapacidad del Centro de Educación Especial del distrito de los Olivos, Lima-Perú.

Se puede apreciar en la Tabla 5, que la población total fue de 65 hermanos de niños con discapacidad que pertenecen al Centro de Educación Especial de Lima, de los cuales 35 son del género masculino (53.8%) y 30 del género femenino (46.2%), a la vez se aprecia mayor participación de los adolescentes una cantidad de 37 con un porcentaje de 56.9% y 28 niños con un porcentaje de 43.1%. También se puede apreciar que la mayor participación fue de hermanos de niños con deficiencia intelectual/Síndrome de Down fueron 34 equivalente a un 52.3%, 19 los hermanos de niños con autismo (29.2%), 10 los hermanos de niños con parálisis cerebral (15.4%) y 2 los hermanos de niños con deficiencia auditiva (3.1%).

Tabla 5.

Distribución de frecuencias y porcentajes de los hermanos de niños con discapacidad del Centro de Educación Básica Especial de Lima.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Sexo		
Masculino	35	53.80%
Femenino	30	46.20%
Edades		
Niñez / Infancia	28	43.10%
Adolescencia	37	56.90%
Discapacidad del hermano		
Parálisis Cerebral	10	15.40%
Síndrome de Down / deficiencia intelectual	34	52.30%

Sordo / Deficiencia auditiva	2	3.10%
Autismo / TEA	19	29.20%
Total	65	100.00%

La tabla 6 nos muestra las puntuaciones obtenidas por todos los participantes de la investigación, estas puntuaciones son globales de la variable sintomatología depresiva, ahí podemos obtener la frecuencia y el porcentaje de cada una de estas.

Tabla 6.

Distribución de las puntuaciones obtenidas del Cuestionario de Depresión infantil en los hermanos de niños con discapacidad del Centro de Educación Básica Especial de Lima.

	Puntuación	%	Frecuencia
	2	1.54	1
	3	1.54	1
	5	1.54	1
	6	1.54	1
	7	1.54	1
	8	3.08	2
	9	7.69	5
	10	3.08	2
	11	7.69	5
	12	7.69	5
	13	9.23	6
	14	1.54	1
Sintomatología Depresiva (Global)	15	9.23	6
	16	7.69	5
	17	6.15	4
	18	7.69	5
	19	3.08	2
	20	1.54	1
	21	1.54	1
	22	3.08	2
	23	4.62	3
	25	3.08	2
	27	1.54	1
	28	1.54	1
	29	1.54	1

En la Figura 1, es un reflejo de la tabla 6 se puede apreciar los puntajes obtenidos por toda la población de participantes. El histograma muestra que las puntuaciones van desde 2 a 29 posteriormente se verán las puntuaciones mínimas y máximas.



Figura 1. *Puntuaciones de la distribución de frecuencia de las puntuales totales de la muestra de estudio (histograma).*

5.2. Análisis de datos

5.2.1. Estadística descriptiva

Medidas de tendencia central y variabilidad

Al analizar los resultados obtenidos en el cuestionario de Depresión infantil de María Kovacs, en la Tabla 7 se obtiene información de la media, puntaje máximo, mínimo y desviación estándar, de los hermanos de niños con discapacidad, donde veremos que se presentan una media de 14.82 que los ubica en el nivel de normal, llegando alguno de ellos a un puntaje máximo de 29, de un total de 54 puntos, a la vez se presenta una desviación estándar de 5.83.

Tabla 7.

Estadísticos descriptivos de la Sintomatología depresiva en hermanos de niños con discapacidad del Centro de Educación Básica Especial de Lima.

Estadísticos descriptivos					
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Estándar
Sintomatología depresiva medida con CDI de Kovacs en muestra de hermanos de niños con discapacidad	65	2	29	14.82	5.83

A la vez podemos apreciar en la Tabla 8, una pequeña diferencia entre la media según la variable masculino y femenino, teniendo el género masculino una media de 14.26 y el género femenino una media de 15.47, mostrando un mayor nivel de sintomatología depresiva.

Tabla 8.

Estadísticos descriptivos de la Sintomatología depresiva según género, en hermanos de niños con discapacidad que pertenecen al Centro de Educación Básica Especial de Lima.

Género de los hermanos de los niños con discapacidad	Media	N	Desv. Estándar
Masculino	14.26	35	5.2
Femenino	15.47	30	6.6
Total	14.82	65	5.83

En consideración a lo visto en los objetivos del estudio, donde se busca conocer el nivel de sintomatología depresiva de manera global y por sub escala (Disforia, Autoestima negativa) de los hermanos de los niños con discapacidad de la misma manera se busca identificar y comparar dichos niveles según grupos de edades, podemos analizar los datos obtenidos y ver si existen diferencias significativas que puedan influir en el desarrollo de los hermanos de niños con discapacidad del Centro de Educación Básica Especial del distrito de los Olivos, Lima-Perú.

En la tabla 9, al analizar la sub escala de Disforia en los hermanos de los niños con discapacidad que son alumnos del Centro de Educación Básica Especial de los Olivos, se aprecia una media de 6.94, que lo ubica en el nivel de Disforia normal, con un máximo de 19 puntos de un total de 30 posibles, y un mínimo de 1.

Tabla 9.

Estadísticos descriptivos de Sintomatología depresiva en la sub escala de disforia, en hermanos de niños con discapacidad del Centro de Educación Básica Especial de Lima.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Estándar
Sub Escala Disforia del Cuestionario de Depresión Infantil de María Kovacs	65	1	19	6.94	3.937

En la tabla 10 se puede apreciar, los estadísticos descriptivos de la variable disforia por grupos de edades, niñez/infancia (9-11) y Adolescencia (12-15).

Tabla 10.

Estadísticos descriptivos de Sintomatología depresiva en la sub escala de disforia, en hermanos de niños con discapacidad del Centro de Educación Básica Especial de Lima según grupos de edades (niñez 9-11 años, adolescencia 12-15 años).

Grupo de edad de los hermanos de los niños con discapacidad	N	%	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Estándar
Niñez/Infancia	28	43,1	2	13	5,7	2.7
Adolescencia	37	56,9	1	19	7.86	4.5
Total	65	100,0	1	19	6.94	3.937

En la Tabla 10 y figura 2, se observó que el grupo adolescentes tuvieron el mayor puntaje de Disforia comparado con el grupo niñez/infancia, la media del grupo de adolescentes es 7.86 y la mediana es 7, el mayor puntaje lo presentó el grupo de adolescentes con 19 puntos.

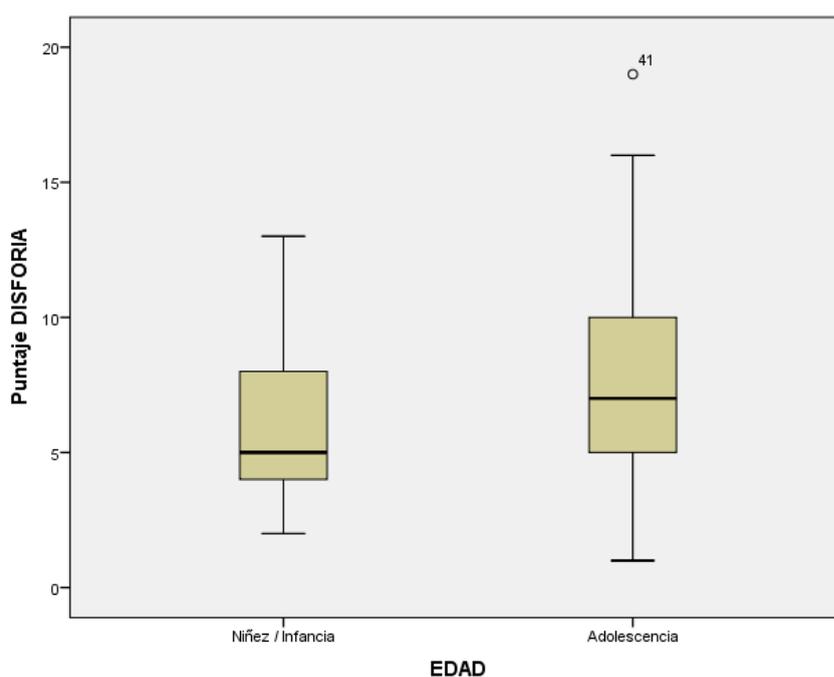


Figura 2. *Puntaje de Disforia por grupos de edades. Centro de Educación Básica Especial de Lima (n=65)*

En la Tabla 11, la sub escala de Autoestima negativa de la Sintomatología depresiva, en hermanos de niños en situación de discapacidad del Centro de Educación Básica Especial de Lima, donde se observa una media de 7.88 que lo ubica en la categoría de normal, con un puntaje máximo de 12 de 24 puntos posibles y un mínimo de 1,

Tabla 11.

Estadísticos descriptivos de Sintomatología depresiva en la sub escala de autoestima negativa, en hermanos de niños con discapacidad del Centro de Educación Básica Especial de Lima.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Estándar
Sub Escala Autoestima Negativa del Cuestionario de Depresión Infantil de María Kovacs	65	1	12	7.88	2.42

En la tabla 12 se muestran, los estadísticos descriptivos de la sub escala Autoestima negativa según grupos de edades como media, mínimo, máximo y desviación estándar de los datos presentados.

Tabla 12.

Estadísticos descriptivos de Sintomatología depresiva en la sub escala de autoestima negativa, en hermanos de niños con discapacidad del Centro de Educación Básica Especial de Lima según grupos de edades (niñez 9-11 años, adolescencia 12-15 años).

Grupo de edad de los hermanos de los niños con discapacidad	N	%	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Estándar
Niñez/Infancia	28	43,1	4	11	7.82	1.93
Adolescencia	37	56,9	1	12	7.92	2.8
Total	65	100,0	1	12	7.88	2.42

En la Tabla 12 y figura 3, se observó que el grupo adolescentes tuvieron un puntaje similar en cuanto a la media y mediana con el grupo niñez/infancia, la media del grupo de adolescentes es 7.92 y la mediana es 8, el mayor puntaje lo presento el grupo de adolescentes con 12 puntos.

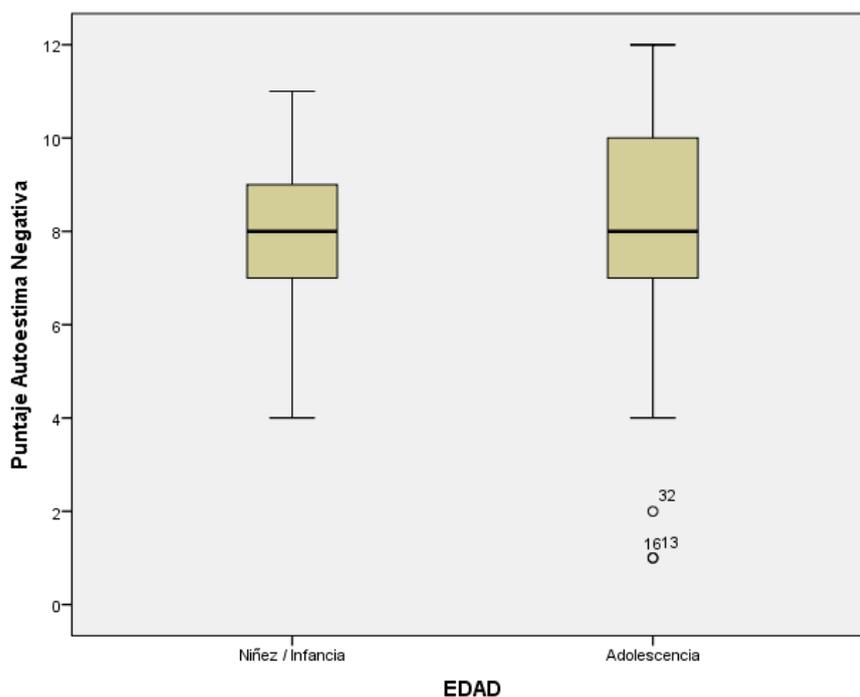


Figura 3. Puntaje de autoestima negativa por grupos de edades. Centro de Educación Básica Especial de Lima (n=65).

Por lo mostrado en ambas sub escalas de la prueba que fueron analizadas, se observa que en las dos sub escalas el nivel es normal. Ambas sub escalas se complementan para el concepto de sintomatología depresiva.

La tabla 13 y su descripción nos muestran que el puntaje de disforia no sigue distribución normal p-valor es menor de 0.05 ($p= 0.006$). El puntaje de Autoestima Negativa no sigue distribución normal p-valor es menor de 0.05 ($p= 0.000$). El puntaje de Sintomatología Depresiva (global) sigue distribución normal p-valor es mayor de 0.05 ($p= 0.200$).

Tabla 13.

Prueba de Kolmogorov para observar la curva normal en las puntuaciones de los participantes del Centro de Educación Básica Especial de Lima.

	Kolmogorov-Smirnov ^a		
	Estadístico	gl	Sig.
Puntaje Disforia	,133	65	,006
Puntaje Autoestima Negativa	,159	65	,000
Puntaje Sintomatología Depresiva	,092	65	,200*

*. Esto es un límite inferior de la significación verdadera.

a. Corrección de significación de Lilliefors

5.2.2. Estadística Inferencial

Ahora se verá si existen diferencias en los valores de sintomatología depresiva entre grupos de edades infancia y adolescencia. En la tabla 14 podemos observar los rangos de promedios y suma de estos según sexo con respecto a los puntajes globales (sintomatología depresiva).

Para el puntaje global por sexo, se empleó la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney y se encontró que no existe diferencias estadísticas significativas al comparar los puntajes globales por sexo $p\text{valor} = 0.444$ ($p > 0.05$).

Tabla 14.

Diferencia significativa en sintomatología depresiva según sexo de los hermanos de niños con discapacidad del Centro de Educación Básica Especial de Lima. (n=65)

Sexo	N	Rango promedio	Suma de rangos	U. de Mann Whitney	Z	P
Hombre	35	31,34	1097,00	467,00	-,765	0.444
Mujer	30	34,93	1048,00			
Total	65	34,93				

La tabla 15, nos muestra los rangos según grupos de edades. Se debe recordar que para esta investigación el punto de corte en los grupos de edades son niñez/infancia (9-11) y Adolescencia (12-15). Se identifica que al comparar los puntajes globales por grupos de edades, se encontró que no existe diferencias estadísticas significativas al comparar los puntajes globales por edades $p\text{valor} = 0.122$ ($p > 0.05$).

Tabla 15.

Diferencia significativa en sintomatología depresiva según grupos de edad en los hermanos de niños con discapacidad del Centro de Educación Básica Especial de Lima. (n=65)

Grupo de edad	N	Rango promedio	Suma de rangos	U. de Mann Whitney	Z	P
Niñez / Infancia	28	28,84	807,50	401,500	-1,547	0.122
Adolescencia	37	36,15	1337,50			
Total	65					

5.3. Análisis y discusión de resultados

En cuanto a las hipótesis establecidas anteriormente en el capítulo III, se puede analizar lo siguiente en la hipótesis general tenemos: El nivel de sintomatología depresiva es leve en los hermanos de los niños con discapacidad del Centro de Educación Básica Especial de Los Olivos, Lima-Perú. Con sintomatología depresiva hacemos referencia a un estado de ánimo irritable o sensible, en ocasiones problemas para conciliar el sueño o exceso de este, pérdida de apetito, ideación suicida, pérdida de interés en aquellas actividades que lo apasionaban incluyendo deportes y otros.

Se visualiza en la tabla 7 que la media es de 14.82, que lo ubica en el nivel normal según el baremo general de la tabla 4, el cual fue realizado para esta investigación. Con esto se rechaza dicha hipótesis general y se afirma lo mencionado por Núñez (2008) en su libro Familia y discapacidad, no se puede generalizar las experiencias vividas por tener una persona con discapacidad dentro del hogar, tampoco decir que estas están ligadas a un trastorno psicológico, debido a que cada experiencia es única. Al igual que Bueloth (2020) nos muestra que existe una buena dinámica familiar según las tres dimensiones de la escala para la evaluación de las relaciones intrafamiliares (E.R.I.), Rivera-Heredia y Andrade-Palos (2010) 1) Expresión, 2) Dificultades y 3) Unión y apoyo estudiadas en su investigación en el Centro de Educación Básica Especial N°00004 María Montessori; estas dimensiones en conjunto dan como resultado un adecuado ambiente familiar en el cual no se presenta sintomatología depresiva en los familiares.

Por otro lado, 16 menores de la muestra de estudio de los 65 evaluados en esta investigación, presentaron sintomatología depresiva leve y 3 menores presentaron una sintomatología depresiva severa. Macas (2016) nos habla sobre las afectaciones emocionales en familias de hijos con discapacidad apoyándose en un enfoque sistémico familiar, en su investigación se

pudo ver que la familia está obligada a atravesar un gran número de retos en aspectos positivos como negativos valiéndose de los recursos familiares que disponga, esto nos deja otra perspectiva para poder comprender la existencia de estos casos con sintomatología depresiva; sin embargo, es relevante tener en cuenta los menores que presentan niveles depresivos leves, ya que de acuerdo al trabajo de Albert y Beck (1975) existió una alta incidencia del 60% de depresión en población adolescente estos resultados fueron el principal motivo por el cual se creó un instrumento para niños y adolescentes este es el CDI creado por María Kovacs y es considerar también preocupante la revelación de 3 casos con nivel depresivo severo, ya que ello comprende una alerta para observar detenidamente estos casos y mejorar el seguimiento y los talleres para hermanos que brinda el centro educativo. Whitaker (2010) nos plantea que la depresión también conocida en algunos textos como sintomatología depresiva puede tratarse con fármacos para aliviar los síntomas, pero es necesario implementar terapias (ayuda psicológica) para poder llegar a la raíz del problema y de esa manera controlarlo y/o solucionarlo.

Sin embargo, dentro de lo que aborda la sub escala Autoestima negativa encontramos la ideación suicida lo que es importante señalar frente a los dos casos de intento de suicidio que se reportaron en el 2020 dentro del Centro de Educación, cabe resaltar que como mencionó Shannon, 2004 un ambiente familiar caótico, complicado, en algunos casos donde se presencia un divorcio o el abandono de alguno de los progenitores da lugar a un trastorno o problemas emocionales lo cual puede sustentar el motivo de que los participantes no tengan un autoestima alta.

En las hipótesis específicas se desdobra por sub escalas y las diferencias significativas. La primera hipótesis específica es: El nivel de sintomatología depresiva en función a la sub escala “Disforia” es leve, en los hermanos de los niños con discapacidad del Centro de Educación Básica Especial de Los Olivos, Lima-Perú. Dicha hipótesis es rechazada ya que en los datos brindados por la tabla 9, se puede deducir que el tener un hermano con algún tipo de

discapacidad no influye en desarrollar disforia puesto que según los estadísticos se visualiza que la media de la población muestra un nivel normal, lo cual nos indica que no han perdido la capacidad de sentir placer en las actividades que normalmente realizan ni han generado un sentimiento de culpa irracional. Estos resultados pueden asociarse con lo señalado por Núñez (2005) y Guzmán et al. (2020) quienes en sus investigaciones encuentran resultados de baja disforia y moderado a alto nivel de inteligencia emocional, permitiéndoles aseverar que aquellos menores que tienen un adecuado o aceptable manejo de inteligencia emocional es poco probable que presenten disforia y otros trastornos psicológicos.

Continuando con la siguiente hipótesis específica: El nivel de sintomatología depresiva en función a la sub escala “Autoestima Negativa” es leve, en los hermanos de los niños con discapacidad del Centro de Educación Básica Especial de Los Olivos, Lima-Perú. Dicha hipótesis es rechazada ya que según la tabla 11, se aprecia un nivel normal de Autoestima Negativa en la muestra estudio; infiriéndose así, que la autoestima de los menores no necesariamente es afectada por tener un hermano con algún tipo de discapacidad. Un factor importante dentro de la autoestima es la resiliencia, como lo menciona Gamarra (2019), en su estudio sobre el efecto de un Programa de Resiliencia en los padres de niños con discapacidad en el Centro de Educación Básica Especial “Tulio Herrera León”, el cual contenía actividades para desarrollar la autoestima como un factor coadyuvante para el desarrollo de la resiliencia; es así como, logró obtener el programa resultados favorables, al apreciarse un incremento del nivel de resiliencia en los padres que participaron en el programa.

La siguiente hipótesis específica es: Existen diferencias en el nivel de sintomatología depresiva según sexo en los hermanos de los niños con discapacidad del Centro de Educación Básica Especial de Los Olivos, Lima-Perú. Mediante la prueba U de Mann-Whitney, en la tabla 14 se encontró que no existen diferencias significativas con ello se rechaza la hipótesis, y se evidencia

que ambos sexos tienen un nivel similar de sintomatología depresiva en la presente investigación; es así como, teniendo en cuenta lo que Montalbán (2018) menciona en su investigación sobre los niveles de las actitudes de los padres de familia en cuanto a la discapacidad de su hijo en el Centro de Educación Básica Especial de Salaverry, revela que en su muestra de estudio predomina un nivel regular de actitud negativa, sin ser significativa las diferencias en los niveles actitud negativa entre padres y madres de los niños con discapacidad.

La última hipótesis específica es: Existen diferencias significativas en el nivel de sintomatología depresiva según grupo de edad en los hermanos de los niños con discapacidad del Centro de Educación Básica Especial de Los Olivos, Lima-Perú. También se utilizó la prueba U de Mann-Whitney y se observó que no existe diferencias estadísticas significativas al comparar los puntajes globales por edades, según la tabla 15, por lo que se rechaza la hipótesis, mostrando que ambos grupos de edad tienen un nivel similar de sintomatología depresiva; es decir que tanto los niños como adolescentes pueden presentar similares características de sintomatología depresiva, no existiendo diferencias en la expresión de éstas; considerando lo expuesto por Shaffer y Kipp (2012) sobre el desarrollo emocional, es importante tomar atención en este aspecto de su crecimiento de la niñez hacia la adolescencia, al ser fundamental las relaciones interpersonales, reacciones y expresiones emocionales adecuadas, puede evitar presentar cualquier tipo de sintomatología depresiva. Siguiendo lo expuesto, Jimenez y Mamani (2015) encuentran la importancia de la resiliencia y calidad de vida en los cuidadores de niños con Síndrome Down - Cebe Auvergne Perú-Francia, Arequipa – 2015, como protectores para una adecuada salud emocional, autoestima y evitar algún síntoma de depresión.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. Conclusiones generales y específicas

Después de comprender los diferentes conceptos, identificar los objetivos, analizar los resultados y discutir las hipótesis, se puede concluir que:

1. El nivel de sintomatología depresiva es normal en los hermanos de los niños con discapacidad del Centro de Educación Básica Especial de Los Olivos, Lima-Perú.
2. El nivel de sintomatología depresiva en función a la sub escala “Disforia” es normal, en los hermanos de los niños con discapacidad del Centro de Educación Básica Especial de Los Olivos, Lima-Perú.
3. El nivel de sintomatología depresiva en función a la sub escala “Autoestima Negativa” es normal, en los hermanos de los niños con discapacidad del Centro de Educación Básica Especial de Los Olivos, Lima-Perú.
4. No existen diferencias en el nivel de sintomatología depresiva según sexo en los hermanos de los niños con discapacidad del Centro de Educación Básica Especial de Los Olivos, Lima-Perú.

5. No existen diferencias significativas en el nivel de sintomatología depresiva según grupo de edad en los hermanos de los niños con discapacidad del Centro de Educación Básica Especial de Los Olivos, Lima-Perú.

6.2. Recomendaciones

Por lo mencionado y los datos obtenidos en esta investigación se puede recomendar lo siguiente:

1. Fomentar la investigación en la población de hermanos de los niños en situación de discapacidad.
2. Ampliar la muestra, trabajar con otros Centros de Educación Básica Especial de Lima para obtener una proyección general sobre la sintomatología depresiva en hermanos de niños con discapacidad a nivel de Lima.
3. Adaptar o crear instrumentos de evaluación para esta población en específico de esta manera se podría tener información más específica del estado en que se encuentran, con ello los ítems reflejarían situaciones que ellos vivencian.
4. Estructurar talleres con la temática de asimilación, aceptación del diagnóstico del hermano con discapacidad ya que estos temas mayormente se dan a padres y no a los hermanos.
5. Elaborar planes de prevención de sintomatología depresiva para ello se puede trabajar el manejo de emociones y como expresarlas adecuadamente, fortalecer su inteligencia emocional los ayudará a prevenir algún síntoma.
6. Realizar un seguimiento a los casos de sintomatología depresiva leve y severa con el departamento de psicología y la asistente social.

7. Comprometer a los padres en la educación y cuidado de todos sus hijos, haciéndoles ver que todos son prioridad, no solo el hijo en situación de discapacidad.

6.3. Resumen. Términos claves

La presente investigación trata sobre sintomatología depresiva en hermanos de niños con discapacidad del Centro de Educación Básica Especial del distrito de los Olivos, con el objetivo de identificar los niveles totales y de sus sub escalas, así como también si existe variación según sexo y diferencia según grupos de edad (niñez y adolescencia). La muestra fue de 65 menores de ambos sexos, hermanos de los alumnos con discapacidad como deficiencia auditiva, deficiencia intelectual, autismo y parálisis cerebral todos ellos alumnos del Centro de Educación Básica Especial del distrito de los Olivos, la investigación es de tipo descriptivo simple y comparativo. Se usó el Cuestionario de Depresión Infantil CDI de María Kovacs y la adaptación de Julio C. Borrero Briceño (2017) a la UGEL 02 donde pertenece el centro de estudios, para analizar la información recolectada se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 27. En los resultados podemos identificar una media de 14.82, que lo ubica en el nivel normal rechazando la hipótesis general sobre un nivel leve de sintomatología depresiva. Dentro de las sub escalas evaluadas podemos determinar que en la sub escala Disforia se logra alcanzar un nivel normal, en la sub escala Autoestima negativa también se observa un nivel normal. Cabe también precisar que se utilizó la prueba U de Mann-Whitney para la comparación según sexo de la variable sintomatología depresiva, resultando que no existe diferencias significativas entre ellos de igual manera se utilizó la prueba para comparar grupos de edad y no se encontraron diferencias significativas.

Términos claves: Sintomatología depresiva, disforia, autoestima negativa.

6.4. Abstract. Key words

This research deals with depressive symptomatology in siblings of children with disabilities from the Special Basic Education Center of the Los Olivos district, with the aim of identifying the total levels and their subscales, as well as if there is variation according to sex and difference according to gender. age groups (childhood and adolescence). The sample consisted of 65 minors of both sexes, siblings of students with disabilities such as hearing impairment, intellectual disability, autism and cerebral palsy, all of them students of the Special Basic Education Center of the Los Olivos district, the research is simple descriptive and comparative. The CDI Children's Depression Questionnaire by María Kovacs and the adaptation by Julio C. Borrero Briceño (2017) to UGEL 02 where the study center belongs, were used to analyze the information collected, the statistical package SPSS version 27 was used. results we can identify a mean of 14.82, which places it at the normal level rejecting the general hypothesis about a mild level of depressive symptomatology. Within the evaluated subscales we can determine that in the Dysphoria subscale a normal level is achieved, in the negative self-esteem subscale a normal level is also observed. It should also be noted that the Mann-Whitney U test was used for the comparison according to sex of the depressive symptomatology variable, resulting in no significant differences between them. In the same way, the test was used to compare age groups and no significant differences were found.

Key terms: Depressive symptomatology, dysphoria, negative self-esteem.

Referencias

- Andreucci Annunziata, P., & Morales Cabello, C. (2019). Discapacidad Intelectual en Primera Infancia: La Perspectiva de los/as Hermanos/as de Niños/as con Síndrome de Down. *Revista latinoamericana de educación inclusiva*, 13(2), 191-208.
- Barry, R. J., Clarke, A., McCarthy, R. y Selikowitz, M. (2002). *EEG coherence in attention-deficit/hyperactivity disorder: A comparative study of two DSM-IV types*. *Clinical neurophysiology*, 113, 579-585.
- Barry, R. J., Clarke, A., McCarthy, R. y Selikowitz, M., Johnstone, S., Hsu, C.-I., Bond, D., Wallace, M. J. y Magee, C. (2005). *Age and gender effects in EEG coherence: II. Boys with attention deficit/hyperactivity disorder*. *Clinical neurophysiology*, 116, 977-984.
- Bowlby, J. (1976), *La pérdida afectiva*. Paidós, Buenos Aires.
- Boza Vilcapaza, D. R., & Calapuja Vizcarra, M. E. (2020). *Factores sociales y emocionales que influyen en la adaptabilidad de los padres de familia ante la llegada de un hijo con discapacidad del Centro Educativo Básica Especial (CEBE) – polivalente Distrito Cercado – Arequipa – 2019*. [tesis de licenciatura, Universidad Nacional de San Agustín]. Repositorio UNSA-Institucional.
<http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/20.500.12773/11444>
- Bueloth Bocanegra, C. (2020). *Dinámica familiar en los hogares de los estudiantes de inicial y primaria del Centro de Educación Básica Especial N°00004 María Montessori, en el*

- distrito de Nueva Cajamarca, Rioja, 2019.* [tesis de licenciatura, Universidad Cesar Vallejo]. Repositorio UCV-Institucional.
<https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/45341>
- Cano, A. (2007). Cognición en el adolescente según Piaget y Vygotski ¿Dos caras de la misma moneda? Bol. - Acad. Paul. Psicol. v.27 n.2 São Paulo dez.
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2007000200013
- Gamarra Azabache, K. M. N. (2019). *Programa De Resiliencia Para Padres De Niños Con Discapacidad En Un CEBE, De Trujillo-2019.* [tesis de maestría, Universidad Cesar Vallejo]. Repositorio UCV-Institucional.
<https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/37737>
- Guzmán Martínez, M. R., Casallas Garzón, Y. C., Martín Rodríguez, M., & Montenegro Parra, N. P. (2020). *La inteligencia emocional como asignatura, la herramienta para la prevención de la depresión en adolescentes en Bogotá.*
- Hernández, Sampieri Roberto, Fernández C. Baptista L. P. (2003): “*Metodología de la Investigación*”. Ed. Mc Graw Hill. Chile.
- Jiménez Gonzales, S. B., & Mamani Carrasco, S. B. (2015). *Capacidad de resiliencia y calidad de vida de cuidadores de niños con síndrome down-cebe auvergne Perú - Francia, Arequipa 2015.* [tesis de licenciatura, Universidad Nacional de San Agustín]. Repositorio UNSA-Institucional. <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/362>
- Kancyper, L. (1997), “*La confrontación fraterna*”. En confrontación generacional, Paidós, Buenos Aires.
- Kohler, L. y Rigby, M. (2003). *Indicators of children’s development: Considerations when constructing a set of national Child Health Indicators for the European Union.* Child Care, Health Development, 29, 551-558.

- Kübler-Ross, E. & Kessler, D. (2016). *Sobre el duelo y el dolor*. Ediciones luciérnaga.
https://www.planetadelibros.com/libros_contenido_extra/32/31277_Sobre_el_duelo_y_el_dolor.pdf
- Macas Ruiz, T. L. (2016). Impacto emocional en familias de hijos con discapacidad intelectual.
- Ministerio de Educación (2015). “*Listado de Instituciones CEBE y Programas PRITE*”.
<http://datos.minedu.gob.pe/dataset/listado-de-instituciones-de-educacion-especial-cebe-y-prite>
- Ministerio de la mujer y poblaciones vulnerables (2020).
<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiMGQwYWQwMWMtZjBmNS00NzRmLTgxNTgtODczYmFjZjZiYWlwiwidCI6IjU3MTYyYzcyLTFINWYtNGMxOS05YTEwLTg3NjY3MWZhZmMwYyIsImMiOiR9>
- Montalbán Peña, M. (2018). *Actitud de los padres de familia ante la discapacidad de su hijo en el C.E.B.E Salaverry, 2017*. [tesis de licenciatura, Universidad Católica de Trujillo Benedicto XVI]. Repositorio UCT-Institucional.
<http://repositorio.uct.edu.pe/handle/123456789/338>
- Ninapaitan Zevallos, M. L. (2017). *Estrategias de afrontamiento al estrés y tipos de discapacidad en padres de familia del CEBE Manuel Duato*. [tesis de licenciatura, Universidad Católica Sedes Sapientiae]. Repositorio UCSS-Institucional.
<http://repositorio.ucss.edu.pe/handle/UCSS/504>
- Núñez, B. A. (2008). *Familia y discapacidad de la vida cotidiana a la teoría*. Lugar Editorial. Buenos Aires.
- Núñez, B. A., Rodríguez, L., & Lanciano, S. (2012). *El vínculo fraterno cuando uno de los hermanos tiene discapacidad*.
- Núñez, B.; Rodríguez, L. (2005). *Los hermanos de las personas con discapacidad: una asignatura pendiente*. Ediciones AMAR. Buenos Aires.

- Papalia D, Martorell R, Feldman R. (2009). *Desarrollo humano*. 10th ed. Mexico: Mac Graw Hill. Disponible en: https://www.moodle.utecv.esiaz.ipn.mx/pluginfile.php/29205/mod_resource/content/1/ibro-desarrollo-humano-papalia.pdf
- Ray, S. L. (2004). *Eating disorders in adolescent males*. *Professional School Counseling*, 8, 98-101.
- Saldarriaga, V. (2011). *Número de hermanos, orden de nacimiento y resultados educativos en la niñez: Evidencia en Perú*.
- Samander Peirone, C. (2018). *Vínculo fraterno y regulación emocional en adolescentes entre 15 y 19 años*. [tesis de licenciatura, Pontificia Universidad Católica del Perú]. Repositorio PUCP-Tesis. <http://hdl.handle.net/20.500.12404/13510>
- Sánchez, C. (2002), *Orden de nacimiento y su influencia en la personalidad de los niños*. [tesis de grado, Universidad Rafael Landívar, Guatemala]. <http://biblio3.url.edu.gt/Tesis/2012/05/22/Sanchez-Carminia.pdf>
- Tamayo Tamayo, M. (1998). *Proceso de la investigación científica: incluye glosario y manual de evaluación de proyectos*. México, DF. MX. Limusa. 1998. 3. ed. 231 p.
- Tanner, J. M. (1990). *Foetus into man* (2nd ed.). Cambridge, MA: Harvard University Press
- Torres Estrada, N. S. (2018). *Estrés parental y estrategias de afrontamiento en padres de hijos con habilidades diferentes de un CEBE ubicado en Los Olivos, 2018*. [tesis de licenciatura, Universidad Cesar Vallejo]. Repositorio UCV-Institucional. <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/29835>
- Vences Pérez, A. (2019). *Rasgos de personalidad en adolescentes de acuerdo al orden de nacimiento*. [tesis de licenciatura, Universidad Autónoma del estado de México]. Repositorio. <http://hdl.handle.net/20.500.11799/99129>

- Román Vázquez, N. I. (2017). *La depresión: Consideración de sus antecedentes conceptuales, tratamiento contemporáneo y sus implicaciones para la clínica* (Order No. 10608681). Available from ProQuest Central. (1947597722). Retrieved from <http://aulavirtual.urp.edu.pe/bdacademicas/dissertations-theses/la-depresión-consideración-de-sus-antecedentes/docview/1947597722/se-2?accountid=45097>
- Whitaker, R. (2010). *Anatomy of an Epidemic: Magic Bullets, Psychiatric Drugs, and the Astonishing Rise of Mental Illness in America*. New York: Broadway Paperbacks
- Leader, D. (2008). *The New Black: Mourning, Melancholia, and Depression*. Minneapolis: Graywolf Press.

Anexos

ANEXO N° 01 FORMATO DE ASENTIMIENTO

Título de proyecto: “SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN HERMANOS DE NIÑOS CON DISCAPACIDAD”

Hola mi nombre es Patricia Melgarejo Mostajo y soy bachiller en psicología de la Universidad Ricardo Palma. Actualmente me encuentro realizando un estudio para conocer acerca de la sintomatología depresiva que pueden presentar algunos hermanos de los alumnos del Centro de Educación Básica Especial y para ello queremos pedirte que nos apoyes.

Tu participación en el estudio consistiría en responder un cuestionario de la autora María Kovacs

Tu participación en el estudio es voluntaria, es decir, aun cuando tus padres hayan aceptado que puedes participar, si tú no quieres hacerlo puedes decir que no. Es tu decisión si participas o no en el estudio. También es importante que sepas que, si en un momento dado ya no quieres continuar en el estudio, no habrá ningún problema, o si no quieres responder a alguna pregunta en particular, tampoco habrá problema.

Toda la información que nos proporciones que realicemos nos ayudarán a realizar esta investigación y con los resultados poder contribuir a mejorar y/o implementar nuevos talleres para el CEBE.

Esta información será confidencial. Esto quiere decir que no diremos a nadie tus respuestas (O RESULTADOS DE MEDICIONES), sólo lo sabrán las personas que forman parte del equipo de este estudio y al responsable que autorizo el consentimiento.

Si aceptas participar, te pido que por favor pongas una (✓) en el cuadrado de abajo que dice “Sí quiero participar” y escribe tu nombre.

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

Sí quiero participar

Nombre: _____

Nombre y firma de la persona que obtiene el asentimiento:

Fecha: _____ de _____ de _____.

ANEXO N° 02
FORMATO DE ASENTIMIENTO – VIA ONLINE

Asentimiento - Hermano

Hola mi nombre es Patricia Melgarejo Mostajo y soy bachiller en psicología de la Universidad Ricardo Palma. Actualmente me encuentro realizando un estudio para conocer acerca de la sintomatología depresiva que pueden presentar algunos hermanos de los alumnos del Centro de Educación Básica Especial Manuel Duato y para ello queremos pedirte que nos apoyes.

Tu participación en el estudio consistiría en responder un cuestionario de la autora María Kovacs

Tu participación en el estudio es voluntaria, es decir, aun cuando tus padres hayan aceptado que puedes participar, si tú no quieres hacerlo puedes decir que no. Es tu decisión si participas o no en el estudio. También es importante que sepas que si en un momento dado ya no quieres continuar en el estudio, no habrá ningún problema, o si no quieres responder a alguna pregunta en particular, tampoco habrá problema.

Toda la información que nos proporciones que realicemos nos ayudarán a realizar esta investigación y con los resultados poder contribuir a mejorar y/o implementar nuevos talleres para el CEBE.

Esta información será confidencial. Esto quiere decir que no diremos a nadie tus respuestas (O RESULTADOS DE MEDICIONES), sólo lo sabrán las personas que forman parte del equipo de este estudio y al responsable que autorizo el consentimiento. .

Si aceptas participar, te pido que por favor pongas un punto en el cuadrado de abajo que dice "Sí quiero participar". Si no deseas participar elige la otra opción. *

Sí quiero participar

No deseo participar

ANEXO N° 03

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Señor Padre de Familia:

La presente es para informarle que en los próximos días se realizará en nuestro Centro Educativo la aplicación de una encuesta con la finalidad de realizar una investigación para evaluar la sintomatología depresiva en los niños y adolescentes. La investigación será conducida por la Bachiller Patricia Alejandra Melgarejo Mostajo y los resultados de este estudio serán parte de una Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología en la Universidad Ricardo Palma.

La información recopilada acerca de su hijo(a) se tratará en forma confidencial, sólo se usará para fines del estudio y sin ningún otro propósito. Se le brindará la información obtenida al responsable de autorizar el consentimiento para ello deben poner los niños su nombre completo. La duración de toda la evaluación no llevará más de 30 minutos. Para que su hijo(a) participe en el estudio, AMBOS, usted y su hijo(a), deben estar de acuerdo en participar, la decisión es completamente voluntaria. Cabe aclarar que la encuesta es para los **hermanos** de los estudiantes del Centro Educativo.

ANEXO N° 04

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO – VIA ONLINE



Consentimiento Informado

Señor Padre de Familia:

La presente es para informarle que en los próximos días se realizará en nuestro Centro Educativo Manuel Duato la aplicación de una encuesta con la finalidad de realizar una investigación para evaluar la sintomatología depresiva en los niños y adolescentes. La investigación será conducida por la Bachiller Patricia Alejandra Melgarejo Mostajo y los resultados de este estudio serán parte de una Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología en la Universidad Ricardo Palma.

La información recopilada acerca de su hijo(a) se tratará en forma confidencial, sólo se usará para fines del estudio y sin ningún otro propósito. Se le brindará la información obtenida al responsable de autorizar el consentimiento para ello deben poner los niños su nombre completo. La duración de toda la evaluación no llevará más de 30 minutos. Para que su hijo(a) participe en el estudio, AMBOS, usted y su hijo(a), deben estar de acuerdo en participar, la decisión es completamente voluntaria. Cabe aclarar que la encuesta es para los hermanos de los estudiantes del Centro Educativo Manuel Duato.

pattyalemm@gmail.com [Cambiar cuenta](#) 

***Obligatorio**

Correo electrónico *

Tu dirección de correo electrónico _____

*

Acepto que mi menor hijo(a) participe

No va participar

ANEXO N° 05
INVENTARIO DE KOVACS – CDI-VIA ONLINE

Pregunta 1 *

Nunca estoy triste.

De vez en cuando estoy triste.

Siempre estoy triste.

Pregunta 2 *

Nunca las cosas me salen bien.

A veces las cosas me salen bien.

Siempre las cosas me salen bien.

Pregunta 3 *

Hago bien la mayoría de las cosas.

Hago mal muchas cosas.

Todo lo hago mal.

ANEXO N° 06
BASE DE DATOS

	A	B	C	D	E	F	G	H	I
1	Marca temporal	Direcc		Nombre	Si aceptas participar	Sexo	Edad	Que orden ocupa	Diagnóstico del hermano/
2	8/2/2021 17:13:27	patialk	Acepto que mi menor hijo(a) participe	Cristell I	Sí quiero participar	Mujer	9	Tercero	Paralisis cerebral/PC
3	8/2/2021 17:17:23	patialk	Acepto que mi menor hijo(a) participe	Anamile	Sí quiero participar	Mujer	13	Segundo	Paralisis cerebral/PC
4	8/2/2021 17:20:00	patialk	Acepto que mi menor hijo(a) participe	Estefany	Sí quiero participar	Mujer	15	Hermano mayor	Paralisis cerebral/PC
5	8/2/2021 17:22:43	lizsen	Acepto que mi menor hijo(a) participe	Samira I	Sí quiero participar	Mujer	11	Hermano mayor	Paralisis cerebral/PC
6	8/2/2021 21:04:27	AD_2i	Acepto que mi menor hijo(a) participe	IAM GA	Sí quiero participar	Hombre	9	Segundo	Paralisis cerebral/PC
7	8/2/2021 21:33:57	emy_!	Acepto que mi menor hijo(a) participe	Zaid Ale	Sí quiero participar	Hombre	11	Hermano mayor	Sindrome de Down/Defici
8	8/3/2021 17:00:55	olivare	Acepto que mi menor hijo(a) participe	Mariana	Sí quiero participar	Mujer	12	Hermano mayor	Sindrome de Down/Defici
9	8/3/2021 17:14:02	olivare	Acepto que mi menor hijo(a) participe	Mia Lua	Sí quiero participar	Mujer	10	Segundo	Sindrome de Down/Defici
10	8/3/2021 17:25:13	olivare	Acepto que mi menor hijo(a) participe	Mateo I	Sí quiero participar	Hombre	9	Tercero	Sindrome de Down/Defici
11	8/3/2021 17:39:45	REBE	Acepto que mi menor hijo(a) participe	Yersi Lu	Sí quiero participar	Hombre	15	Segundo	Sindrome de Down/Defici
12	8/4/2021 20:03:56	SETA	Acepto que mi menor hijo(a) participe	Julius T	Sí quiero participar	Hombre	12	Hermano mayor	Sindrome de Down/Defici
13	8/5/2021 17:27:19	gabrie	Acepto que mi menor hijo(a) participe	Gabriela	Sí quiero participar	Mujer	15	Segundo	Sindrome de Down/Defici
14	8/5/2021 17:46:37	zoray!	Acepto que mi menor hijo(a) participe	Evan M	Sí quiero participar	Hombre	13	Hermano mayor	Sindrome de Down/Defici
15	8/5/2021 18:18:48	patye	Acepto que mi menor hijo(a) participe	Arnold A	Sí quiero participar	Hombre	10	Segundo	Sindrome de Down/Defici
16	8/7/2021 17:14:32	brenik	Acepto que mi menor hijo(a) participe	Jenifer C	Sí quiero participar	Mujer	11	Hermano mayor	Sindrome de Down/Defici
17	8/7/2021 18:19:44	connit	Acepto que mi menor hijo(a) participe	Adriana	Sí quiero participar	Mujer	13	Segundo	Sindrome de Down/Defici
18	8/10/2021 11:17:39	mosci	Acepto que mi menor hijo(a) participe	Alessan	Sí quiero participar	Hombre	15	Hermano mayor	Sindrome de Down/Defici
19	8/10/2021 16:25:13	mosci	Acepto que mi menor hijo(a) participe	Avril Gia	Sí quiero participar	Mujer	13	Segundo	Sindrome de Down/Defici
20	8/12/2021 18:09:42	JACO	Acepto que mi menor hijo(a) participe	Jerson J	Sí quiero participar	Hombre	11	Hermano mayor	Sindrome de Down/Defici

ANEXO N° 07 AUTORIZACIÓN DE PRUEBA

Solicitud de permiso para utilizar la adaptación Recibidos x

 **Patricia Melgarejo** <pattyaemm@gmail.com>
para Julioborrero1949, Ccojulioborrero1949 → lun, 12 abr. 22:15 ☆

Buenas noches señor Borrero, mi nombre es Patricia Melgarejo soy bachiller en psicología de la Universidad Ricardo Palma. Me encuentro realizando mi proyecto de tesis, el tema es "síntomatología depresiva en hermanos de niños discapacitados" para medir dicha variable usare el cuestionario de depresión infantil de Kovacs y deseo usar la adaptación que usted realizó en el 2018 de dicha prueba. Es por ello que le escribo para solicitar su permiso de usar la adaptación y para poder pasarlo a un formulario de google, ya que por la pandemia no puedo realizar las evaluaciones de manera presencial. Espero su pronta respuesta y de antemano muchas gracias.

Patricia Melgarejo Mostajo

 **JULIO CESAR BORRERO BRICEÑO**
para mí → mar, 13 abr. 11:43 ☆

Patricia buenos días. Tienes mi autorización para el uso de mi adaptación del cuestionario de María Kovacs sobre sintomatología depresiva en niños y adolescentes. Te deseo las mayores de las suertes en tu trabajo de investigación.
Julio Borrero

Enviado desde mi Samsung Mobile de Claro
Obtener [Outlook para Android](#)

ANEXO N° 08 CARTAS DE PRESENTACIÓN



Lima, 26 de mayo del 2021

Señor Licenciado

ALICIO DOMINGUEZ JARA

Director del Centro de Educación Básica Especial "Manuel Duato"

Presente. -

De mi consideración:

Tengo a bien presentar a usted a la señorita **PATRICIA ALEJANDRA MELGAREJO**

MOSTAJO, con código 201512210, Bachiller de la Carrera de Psicología, quien se encuentra realizando su Tesis de Investigación: "SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN HERMANOS DE NIÑOS CON DISCAPACIDAD", requiriendo, para ello, evaluar con la prueba: "Inventario de Depresión Infantil" a los participantes de su programa.

La señorita Melgarejo, ha evidenciado durante su formación profesional un elevado sentido de responsabilidad, empeño, iniciativa e interés por lograr los mejores resultados. Ruego a usted, por tanto, pueda brindarle las facilidades para la evaluación que beneficia a su desarrollo personal y profesional y contribuye a la investigación en nuestro país, esperando así la obtención de su Licenciatura en Psicología.

Sin otro particular quedo de usted.

Atte.



Mag. CARLOS ENRIQUE GUTIÉRREZ RAMIREZ

Secretario Académico de la Facultad de Psicología

C.PS.P 13735