



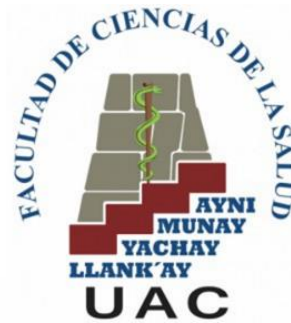
UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**Universidad
Andina
del Cusco**



TESIS

**NIVELES DE DEPRESIÓN EN NIÑOS DE 7 y 8 AÑOS DURANTE LA
PANDEMIA COVID-19 EN LAS II. EE. DE LA MERCED y TUPAC AMARU
EN LA CIUDAD DEL CUSCO – 2021**

Presentado por:

Bach. Valencia Uscachi Fernando Halber

**Para optar el Título Profesional de
Médico Cirujano**

Asesor:

Med. Wilbert Silva Caceres

CUSCO – PERÚ

2022



AGRADECIMIENTO

Agradecer a Dios por no dejarme solo en este camino y permitirme cada día poder luchar por mis sueños. Agradecer a todos los docentes de la UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO que durante estos años nos formaron y nos brindaron sus conocimientos, enseñarnos a amar y respetar esta la carrera que hemos elegido. Al Dr. WILBER SILVA por brindarme su asesoría y apoyo para poder llevar acabo esta tesis, por su paciencia y disponibilidad.



DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado a Dios por brindarme la fuerza para reponerme ante los obstáculos y dificultades, y para seguir luchando por mis sueños y metas.

A mis padres FERNANDO VALENCIA FARFAN Y EDITH USCACHI SANTOS, por confiar en mí y darme la oportunidad de cumplir mis sueños, por a pesar de la distancia darme la motivación necesaria, para luchar por mis metas. Y por ser mi principal motivación para que a pesar de las adversidades de la vida no desista. GRACIAS por ser mi ejemplo a seguir, espero pueda la vida alcanzarme para retribuirles, aunque sea una décima parte de todo lo que me han brindado.

A mis hermanos LUCERO VALENCIA USCACHI Y AARON VALENCIA USCACHI, por acompañarme en este largo camino, por ser ese soporte para los malos momentos. Por celebrar mis victorias y ayudarme a levantarme ante las derrotas. A la familia que la vida y esta carrera me ha regalado mis amigas, por convertirse en esas hermanas que me han brindado un sustento emocional para los buenos y malos momentos, por estar con sus palabras, cariño, por cuidarme, y ayudarme a mantenerme siempre consciente de mi meta



DICTAMINANTES:

- Med. Jakeline Jayo Silva
- Mg. Carlos Alberto Virto Concha

REPLICANTES

- Med. Cesar Juan Ferrandiz Torres
- Med. Deoblinger Duberly Sanchez Del Mar

ASESOR:

- Med. Wilbert Silva Canceres



ÍNDICE GENERAL

AGRADECIMIENTO	ii
DEDICATORIA.....	iii
ÍNDICE GENERAL.....	v
ÍNDICE DE TABLAS	viii
ÍNDICE DE FIGURAS	x
RESUMEN	xi
ABSTRACT	xii
INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I: GENERALIDADES.....	4
1.1.Planteamiento del problema	4
1.2.Formulación de Problema.....	6
1.2.1. Problema general	6
1.2.2. Problemas específicos.....	6
1.3.Justificación	6
1.3.1. Conveniencia	6
1.3.2. Relevancia social.....	6
1.3.3. Implicancia practica	7
1.3.4. Valor teórico.....	7
1.3.5. Utilidad metodológica	7
1.4.Objetivos de investigación	8
1.4.1. Objetivo general.....	8
1.4.2. Objetivos específicos.....	8
1.5.Delimitación del estudio	8
1.5.1. Delimitación espacial	8



1.5.2. Delimitación temporal	9
1.6. Aspectos éticos.....	9
CAPITULO II MARCO TEÓRICO.....	10
2.1. Antecedentes del estudio.....	10
2.1.1. Antecedentes internacionales.....	10
2.1.2. Antecedentes nacionales.....	13
2.1.3. Antecedente local	16
2.2. Bases teóricas	19
2.2.1. Depresión	19
2.2.2. Sentimiento de Autodesprecio o Autoestima Negativa	25
2.2.3. Estado de ánimo disfórico.....	26
2.2.4. El confinamiento:	27
2.3. Variable.....	29
2.3.1. Identificación de variable	29
2.3.2. Operacionalización de variables	30
2.4. Definición de términos	32
CAPITULO III METODOLOGÍA.....	34
3.1. Alcance del estudio.....	34
3.2. Diseño de investigación	34
3.3. Población	35
3.4. Muestra.....	35
3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	37
3.5.1. Técnica	37
3.5.2. Instrumento.....	37
3.6. Validez y confiabilidad de instrumentos.	37
3.7. Plan de Análisis de datos.....	38
CAPITULO IV RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	40



4.1. Fiabilidad del instrumento aplicado	40
4.2. Datos generales	40
4.3. Resultados por ítems	43
4.4. Resultados por dimensiones (objetivo específico)	57
4.4.1. Dimensión estado de ánimo disfórico	57
4.4.2. Dimensión autoestima negativa o autodesprecio	58
4.5. Depresión infantil (objetivo general).....	59
CAPITULO V DISCUSIÓN	62
5.1. Descripción de los hallazgos más relevantes y significativos.....	62
5.2. Limitaciones de estudio.....	62
5.3. Comparación crítica con la literatura existente.....	63
5.4. Implicaciones del estudio	65
CONCLUSIONES	66
RECOMENDACIONES	67
BIBLIOGRAFÍA	68
ANEXOS	75
A. Matriz de consistencia	76
B. Instrumento de recolección de datos.....	78
C. Base de datos en Microsoft Excel.....	81
D. Base de datos en el software estadístico SPSS	82



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Factores de riesgo asociados a la depresión en niños y adolescentes	24
Tabla 2 Tamaño de muestra por muestreo estratificado.....	36
Tabla 3 Ficha técnica.....	37
Tabla 4 Tabla de doble entrada	39
Tabla 5 Estadísticas de fiabilidad.....	40
Tabla 6 Frecuencia de genero de niños.....	40
Tabla 7 Familia con quien viven los niños.....	41
Tabla 8 Tiempo fuera de casa	41
Tabla 9 Procedencia	42
Tabla 10 Zona en la que vive.....	42
Tabla 11 Edad de los niños.....	43
Tabla 12 Tristeza	43
Tabla 13 Desesperanza	44
Tabla 14 Sentimiento de inutilidad	44
Tabla 15 Anhedonia general	45
Tabla 16 Sentimiento de maldad	45
Tabla 17 Pesimismo.....	46
Tabla 18 Odio así mismo	46
Tabla 19 Culpabilidad	47
Tabla 20 Ideación suicida	47
Tabla 21 Llanto	48
Tabla 22 Aprensión.....	48
Tabla 23 Reducción del interés social.....	49



Tabla 24	Indecisión.....	49
Tabla 25	Auto imagen física negativa	50
Tabla 26	Desmotivación en realizar las tareas	50
Tabla 27	Disturbio de sueño	51
Tabla 28	Fatiga	51
Tabla 29	Disminución del apetito	52
Tabla 30	Preocupación somática	52
Tabla 31	Sentimientos de soledad.....	53
Tabla 32	Anhedonia en el colegio.....	53
Tabla 33	Aislamiento social	54
Tabla 34	Disminución del rendimiento escolar.....	54
Tabla 35	Auto imagen negativa	55
Tabla 36	Sentimiento de no ser querido	55
Tabla 37	Desobediente.....	56
Tabla 38	Problemas interpersonales	56
Tabla 39	Estado de ánimo disfórico.....	57
Tabla 40	Autoestima Negativa	58
Tabla 41	Depresión Infantil	59
Tabla 42	Edad de los niños y depresión infantil.....	60
Tabla 43	Procedencia de Institución Educativa y depresión infantil.....	60



ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1	Diagrama de barras para estado de ánimo disfórico	57
Figura 2	Diagrama de barras para autoestima negativa.....	58
Figura 3	Diagrama de barras para depresión infantil.....	59



RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo determinar los niveles de depresión en niños de 7 a 8 años en confinamiento durante la pandemia del COVID-19 en las II.EE. de la Merced y Tupac Amaru en la ciudad del Cusco en el año 2021; en cuanto a la metodología, el trabajo se realizó por intermedio de un enfoque cuantitativo, con un diseño no experimental - transversal, tipo básico, nivel descriptivo; por otro lado, la técnica empleada para la recolección de datos fue una encuesta, de instrumento se usó un cuestionario de preguntas denominado o basado en el Inventario de Depresión Infantil (CDI) el cual es alusivo a la variable depresión infantil, instrumento ya validado mediante investigaciones previas y/o por expertos en la materia; la población empleada en el estudio fue de 364 estudiantes pertenecientes al grupo etario de 7 a 8 años y de la misma manera forman parte a ambas instituciones educativas del estudio, a partir de ella se extrajo una muestra representativa de tamaño igual a 188 niños mediante un muestreo aleatorio simple. Los resultados demostraron que, el 55.3% de los niños presentaron una depresión infantil de nivel severo, un 41% sufrió una depresión infantil leve y mientras tanto el 3,7% de los niños no presentaron sintomatologías de depresión; el estado de ánimo disfórico en los niños se presentó de manera severa en mayor porcentaje cuyo valor alcanza un 85.1%; por otro lado, el 56,4% de los niños no presentaron ninguna sintomatología en cuanto se refiere a la autoestima negativa o autodesprecio. Concluyéndose que la depresión infantil sobre los niños de la II.EE. de la Merced y Tupac Amaru se presenta en su gran mayoría a niveles severos, mientras tanto, bajo la misma población de estudio, para la dimensión de estado disfórico se presentó en grandes proporciones como severo, y para la autoestima negativa en su gran mayoría los niños no presentaron ninguna sintomatología.

Palabras claves: Depresión infantil, estado de ánimo disfórico, autoestima negativa, Inventario de Depresión Infantil.



ABSTRACT

The objective of this research was to determine the levels of depression in children aged 7 to 8 years in confinement during the COVID-19 pandemic in the II.EE. As for the methodology, the work was conducted through a quantitative approach, with a non-experimental design - cross-sectional, basic type, descriptive level; on the other hand, the technique used for data collection was a survey, the instrument used was a questionnaire of questions called or based on the Childhood Depression Inventory (CDI) which is allusive to the variable childhood depression, an instrument already validated by previous research and / or experts in the field; The population used in the study was 364 students belonging to the age group of 7 to 8 years and in the same way are part of both educational institutions of the study, from which a representative sample of equal size to 188 children was extracted by simple random sampling. The results showed that 55.3% of the children presented severe childhood depression, 41% suffered from mild childhood depression and meanwhile 3.7% of the children did not present symptoms of depression; the dysphoric mood in children was presented in a severe way in a higher percentage which value reached 85.1%; on the other hand, 56.4% of the children did not present any symptomatology in terms of negative self-esteem or self-contempt. It was concluded that childhood depression in children of the II.EE. de la Merced and Tupac Amaru is presented in its great majority at severe levels, while, under the same study population, for the dimension of dysphoric state it was presented in large proportions as severe, and for negative self-esteem in its great majority the children did not present any symptomatology.

Key words: Childhood depression, dysphoric mood, negative self-esteem, Childhood Depression Inventory.



INTRODUCCIÓN

Desde la primera aparición del Coronavirus o COVID-19 en la ciudad de Wuhan-China en diciembre del año 2019, la enfermedad infecciosa se expandió en los diferentes países del globo terráqueo, tal es el caso que hasta en la actualidad aún se afronta las consecuencias de la pandemia del COVID-19; este contexto trajo consigo cambios importantes en la vida de toda la población, una de las consecuencias severas se presenta en la salud psicológica y mental de un individuo, con el pasar del tiempo estos se van visibilizando a medida que nuevas investigaciones salen a la luz. De acuerdo a diversos estudios a diferentes poblaciones estudiantiles, se contrastaron que sobre las mismas se presentaron alteraciones en las emociones, causándoles tristeza, miedo, incertidumbre, fatiga, estrés y depresión, todo ello debido al confinamiento a causa de la pandemia del Covid-19. Por ende, si los sucesos se presentan en una población estudiantil en general, con mucha más razón se presentará en niños o infantes.

Según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF,2021), en el transcurso de la pandemia por lo menos uno de cada siete niños en el mundo permanecieron confinados en el hogar un gran periodo de tiempo, y partir de la misma se supusieron que tales sucesos son perjudiciosos para la salud mental y bienestar de los menores de edad, por lo que en América Latina al menos la cuarta de la población infantil sufrió algún caso de depresión vinculado con los sucesos de distanciamiento entre amigos y compañeros, a causas de ello los niños se sienten solos, asustados y deprimidos por los acontecimientos presentados de forma anormal.

De igual manera, en el Perú la situación de la depresión infantil es notoria a causa del cierre de las instituciones educativas, limitado acceso a la educación presencial, así como también el aislamiento social, ausencia de la práctica de deportes y tiempo libre, todo ellos en conjunto ocasiona graves complicaciones en la salud mental de los niños. En consecuencia, en el ámbito de la región del Cusco se presentan los sucesos con bastante similitud en comparación con lo descrito, pues hasta en la actualidad se siguen conviviendo con las consecuencias que originó la pandemia del Covid-19, de las cuales los escolares son los más afectados desde el punto de vista psicológico y emocional por los acontecimientos presentados.



Así, la presente investigación tuvo como objetivo determinar los niveles de depresión en niños de 7 a 8 años en confinamiento durante la pandemia del COVID-19 en las II.EE. de la Merced y Tupac Amaru en la ciudad del Cusco-2021, ya que es importante desde el punto de vista de la proximidad establecer los grados o niveles de depresión que generan los niños y con ello brindar adecuadas respuestas para trabajar en el bienestar psicológico de los niños. Además, la presente investigación se considera como un estudio inteligente de contenido original al centrarse en la población infantil para explorar los resultados mentales causantes por la pandemia y siendo esta un punto de referencia para futuras investigaciones en el área de la psicología y salud mental de los menores de edad o infantes.

El presente trabajo de investigación se encuentra organizado en un total de cinco capítulos, y que las mismas se describen a continuación:

En el capítulo I, en primer lugar, se describe la introducción de la investigación, seguidamente, se pasó dar a conocer el planteamiento del problema, por ende, se formuló el problema general y específicos, así como también se plantearon la justificación del estudio, se formularon los objetivos, tanto general como específicos, y la delimitación de la pesquisa.

En el capítulo II, se describió el marco teórico, en la estructura de ella hallamos lo siguiente: estudios previos y similares a la nuestra (de alcance internacional, nacional y local), el sustento teórico del trabajo de investigación donde se identificó y describieron las variables con las dimensiones respectivas, identificación y operacionalización de las variables, y se presenta la definición de términos basado en las acepciones de los vocablos que se usaron.

El capítulo III comprende toda la información acerca de la metodología, en la misma se desarrolla subtemas como el alcance y diseño de la investigación, descripción de la población de estudio y la muestra obtenida, así mismo se describe las técnicas e instrumentos de recolección de la información, tanto, así como su validez y confiabilidad de la herramienta utilizada y para finalizar el desarrollo del plan de análisis de datos.

El capítulo IV engloba los resultados obtenidos de la investigación, desde lo general hasta los específicos, se muestran tablas y figuras sobre cada ítem del cuestionario y así como también para las dimensiones y variables de la presente investigación.



En el capítulo V, se muestra toda aquella información acerca de la discusión de los resultados comparado y contrastado con los antecedentes y aspectos teóricos considerados en la presente investigación.

En el último apartado de la investigación, se describen las conclusiones y recomendaciones obtenidas en el estudio, además se presenta las referencias bibliográficas utilizadas para el adecuado desarrollo del trabajo de investigación.



CAPITULO I: GENERALIDADES

1.1. Planteamiento del problema

La depresión es la principal causa de problemas de salud y discapacidad en todo el mundo. Según las últimas estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), más de 300 millones de personas viven con depresión, un incremento de más del 18% entre 2005 y 2015. La falta de apoyo a las personas con trastornos mentales, junto con el miedo al estigma, impiden que muchos accedan al tratamiento que necesitan para vivir vidas saludables y productivas.

(1)

La información recopilada sobre Perú reportó que la línea telefónica gratuita de salud mental del Ministerio de Salud (MINSA) atendió, entre diciembre de 2020 y abril de 2021, a 821 personas que luchan contra la ansiedad, depresión y problemas familiares. De ellas, el 48 % eran adolescentes. El informe también recogió los datos de una encuesta en línea hecha por el MINSA, la cual concluyó que un tercio de los niños y adolescentes que viven en el país experimentó dificultades socioemocionales durante la pandemia. (2)

Se evidenció que el porcentaje de niños y adolescentes deprimidos, que necesitaron hospitalización, se incrementó en un 50% y la frecuencia del diagnóstico de depresión en el total de las atenciones en el hospital se ha triplicado con respecto a los años anteriores, se afirmó que la necesidad de hospitalizar por depresión se debe a la presencia de ideación e intencionalidad suicida, esto le da gravedad al diagnóstico y un gran riesgo para su integridad física del niño y de las personas que los rodean.

Antes se pensaba que los niños no se deprimían porque no tenían la capacidad de sentir las mismas emociones que los adultos. Además, se maneja la teoría sobre el caso de que no se va a llegar al grado de severidad como para diagnosticarse una depresión. Sin embargo, esto no es verdad, conforme se ha visto en los diferentes estudios, los niños se pueden deprimir igual que lo adultos, pero su presentación clínica es muy diferente. (3)

Desde inicios del año 2020 el mundo viene siendo abatido por el virus causada por el COVID - 19, la misma que constituida en pandemia continúa arrebatando vidas, motivo de dolor y desesperanza para muchas familias y el personal sanitario que acompaña a pacientes y familiares directa o



indirectamente. Personas que llegan fallecidos, otros que esperan días en el área de Triage para ser hospitalizados y de estos, un gran porcentaje, con criterios para ser ingresados a unidad de cuidados intensivos. La infección por el nuevo COVID - 19, zoonosis emergente con alto potencial de transmisibilidad, que inició en Wuhan-China en diciembre del 2019 y se extendió hacia Europa y luego hacia el resto del mundo. Se identificó el problema desde el inicio del confinamiento que fue decretado el 16 de marzo del 2020, donde los niños se quedaron en sus casas las 24 horas en que los hacían susceptible de padecer trastornos de salud mental, debido a que no tienen integración con otros niños ni poder ir a recrearse. La salud mental y su cuidado resultan una prioridad de la salud pública considerando la creciente casuística de trastornos mentales observados en los últimos años, frente a los cuales se ha planteado una respuesta estratégica de acción. En el contexto de la pandemia, los dramáticos cambios en la atención de salud, la forma de vida, la economía ha afectado de manera especial a todas las personas de todas las edades. En respuesta a esta realidad la OMS ha publicado numerosos documentos, guías y recomendaciones dirigidas a los padres como deben de cuidar de los niños en tiempos difíciles, crear ambientes idóneos para una adecuada salud mental y desarrollar sus habilidades. Resulta entonces de vital importancia investigar acerca de la real situación de la salud mental de aquellos niños y como les afecta en plena formación. El estudio desarrollado a continuación, pretende evidenciar la afectación emocional de los niños en tiempos de pandemia, con la consiguiente contribución en la valoración de la salud psíquica-espiritual no perceptible, como la física; las cuales son trascendentes y determinantes en la vida del ser humano a lo largo del tiempo y en todos los espacios de su desarrollo.

De continuar con dicho problema los niños presentarán en el futuro cuadros de depresión severa manifestándose en conflictos familiares, dificultades con amigos u otros compañeros en la escuela, tendrán inconvenientes de aprendizaje o trastorno de déficit de atención e hiperactividad, desarrollan baja autoestima, una perspectiva pesimista o poca capacidad de enfrentar situaciones, los problemas mentales en los niños como la depresión les harán más propensos a buscar refugio en lugares inadecuados, malas juntas de amigos haciendo que les pueda llevar a consumir drogas, este tipo de niños



son más propensos que cuando se conviertan en adultos no consigan un buen futuro y tengan problemas sociales y con la ley.

1.2. Formulación de Problema

1.2.1. Problema general

¿Cómo son los niveles de depresión en niños de 7 a 8 años en confinamiento en confinamiento durante la pandemia del COVID-19 en las IIEE de la Merced y Tupac Amaru en la ciudad del Cusco- 2021?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿Cómo es el estado de ánimo disfórico en niños de 7 a 8 años en confinamiento durante la pandemia del COVID-19 en las IIEE de la Merced y Tupac Amaru en la ciudad del Cusco- 2021?
- ¿Cómo es la autoestima negativa o autodesprecio en niños de 7 a 8 años en confinamiento durante la pandemia del COVID-19 en las IIEE de la Merced y Tupac Amaru en la ciudad del Cusco- 2021?

1.3. Justificación

El presente trabajo de investigación se justificó mediante varios aspectos, es así que tenemos:

1.3.1. Conveniencia

El estudio nos ayudó a comprobar si la variable de depresión se encuentra presente en los niños de 7 y 8 años, y a través de este conocimiento también se analizó el grado de incidencia de dicha enfermedad emocional, la conveniencia del estudio fue de utilidad tanto para los niños de las Instituciones Educativas La Merced y Tupac Amaru, incluyendo que la investigación vendrá a ser como un antecedente para futuros estudios.

1.3.2. Relevancia social

A nivel social, los beneficiarios directos con la investigación fueron los estudiantes o niños de 7 y 8 años de edad de las instituciones educativas de La Merced y Tupac Amaru ambos ubicados en la ciudad del Cusco, ya que se pretende experimentar de qué forma el confinamiento social por la pandemia repercute en el bienestar de los mismos, mediante el estudio se buscó identificar y determinar los niveles de depresión con las que cuentan los menores de edad,



mientras que los beneficiarios indirectos son los docentes, padres de familia de las dos Instituciones Educativas quienes lograron contar con la información de que los niños gozan de buena salud mental y emocional; si en caso se presente niveles severos de depresión en la unidad de análisis, las autoridades competentes tomen cartas en el asunto e implementen mecanismos para combatir y/o mejorar el problema presentado.

1.3.3. *Implicancia practica*

A nivel práctico, se justificó porque se generó valiosos conocimientos, los mismos que se obtuvieron de las conclusiones y recomendaciones de la investigación sobre los niveles de depresión en niños de 7 y 8 años durante el contexto de la pandemia en las instituciones educativas de La Merced y Tupac Amaru ambos ubicados en la ciudad del Cusco; conocimientos que serán de mucha utilidad como referentes para comprender de buen modo la problemática sobre la presencia de la depresión en los niños, y de esta manera, gracias a la información obtenida en el estudio permitirá a que las autoridades tomen acciones inmediatas orientadas a la lucha contra la depresión del niño o estudiante de dichas instituciones.

1.3.4. *Valor teórico*

A nivel teórico, se justificó porque en la actualidad existe un relativo vacío gnoseológico o teoría sobre el particular (niveles de depresión en niños o menores de edad en el contexto de la pandemia del COVID-19), toda vez que se encuentra una teoría educativa muy limitada a nivel internacional, mayor aun a escala nacional, y si nos referimos a la región de Cusco en las Instituciones Educativas La merced y Tupac Amaru, a la fecha no se pudo contar con estudios o investigaciones que aborden esta temática en los niños que se encuentran en el rango de edad descrito.

1.3.5. *Utilidad metodológica*

A nivel metodológico, la presente investigación se desarrolló a base del enfoque cuantitativo, el cual permitió obtener información precisa mediante cuestionarios de preguntas y ello facilitó a identificar a la variable depresión, para luego jerarquizarlas y analizarlas de manera sistemática; Así mismo el diseño es no experimental, pues en esta ocasión no se tuvo que manipular los datos



recopilados de la población, el tipo de investigación es básico puesto que se precisó el análisis de la variable para posibilitar el desarrollo del estudio, y de nivel descriptivo por lo que en este caso particular se examinó minuciosamente la variable obteniendo de esta manera cuadros estadísticos descriptivos relevantes y, debido a que el ámbito de investigación se desarrolló en las dos Instituciones Educativas La Merced y Tupac Amaru en niños de 7 y 8 años para tal efecto se realizó una comparación de los diferentes resultados de cada institución y edades.

1.4. Objetivos de investigación

1.4.1. *Objetivo general*

Determinar los niveles de depresión en niños de 7 a 8 años en confinamiento durante la pandemia del COVID-19 en las IIEE de la Merced y Tupac Amaru en la ciudad del Cusco-2021

1.4.2. *Objetivos específicos*

- Describir el estado de ánimo disfórico en niños de 7 a 8 años en confinamiento durante la pandemia del COVID-19 en las IIEE de la Merced y Tupac Amaru en la ciudad del Cusco- 2021.
- Describir la autoestima negativa o autodesprecio en niños de 7 a 8 años en confinamiento durante la pandemia del COVID-19 en las IIEE de la Merced y Tupac Amaru en la ciudad del Cusco- 2021.

1.5. Delimitación del estudio

1.5.1. *Delimitación espacial*

El trabajo de investigación propuesto se desarrolló en inmediaciones de las instituciones educativas de La Merced y Tupac Amaru en la ciudad del Cusco, sin embargo, para la recopilación de la información será necesario y oportuno ampliar el espectro a lugares de vivienda de los niños debido a la situación de emergencia sanitaria vivida en la actualidad, ello con la finalidad de revisar si la población considerada en la investigación presentan una depresión ocasionada por la pandemia del Covid-19.



1.5.2. Delimitación temporal

La información del trabajo de investigación será enmarcada dentro del periodo del año 2021, considerando la temática de depresión infantil en la ciudad del cusco, sobre las dos instituciones educativas de nivel primario ya descritas con anterioridad.

1.6. Aspectos éticos

El presente trabajo de investigación se realizó respetando los principios éticos puesto que es una responsabilidad y una prioridad de atención para el investigador, así mismo los datos brindados son confidenciales y verídicos; es decir no presenta falsedad o distorsión, sobre todo se mantiene la reserva correspondiente de los encuestados y la información obtenida se utilizó para fines exclusivos del estudio. Se tomó en cuenta la propiedad intelectual, por ello, se realizó el compromiso de citar a todos los autores adecuadamente y de esta forma obstaculizar el plagio. También, podemos mencionar que esta investigación se desarrolló manteniendo los principios éticos del Colegio Médico del Perú, de igual forma en la redacción se tomó en cuenta las normas APA de séptima edición.



CAPITULO II MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del estudio

2.1.1. Antecedentes internacionales

Guerrero Gabriela (Panama, 2021) en su investigación “***Midiendo el impacto de la COVID -19 en los niños y niñas menores de seis años en América Latina***”. Cuyo objetivo fue identificar temas e intereses comunes entre las encuestas implementadas en los diferentes países de la región y analizar tanto las fortalezas como los desafíos o cuellos de botella enfrentados cuando se implementan este tipo de ejercicios de medición, en particular durante una situación de distanciamiento social como la que implica el COVID-19, para la recolección de datos se entrevistó a 26 profesionales involucrados con el diseño y la implementación de las encuestas. Los resultados mostraron caída en el uso de servicios de salud, ya sea porque estos cerraron o que las familias han estado bajo confinamiento o con dificultades y temores de usar el transporte público. En Chile, de acuerdo con la encuesta de CEDEP, dos tercios de las familias con niñas y niños menores de 6 años indican que estos no tuvieron sus controles médicos y que 28% no recibieron sus vacunas – el mismo porcentaje observado en Argentina por la encuesta de UNICEF. El 30% de las familias en Colombia reprogramaron las visitas médicas para sus hijos (la mayor parte de ellas siendo para los controles regulares) y 40% de los hogares en México indicaron que dejaron de vacunar a sus hijos. El 11.9% de los niños menores de 5 años en República Dominicana no tuvieron acceso a sus vacunas; caídas en los niveles de ingreso que han experimentado muchas familias ejemplo, el ENCOVID-19 en México encontró que un tercio de los hogares con niños, niñas y adolescentes enfrenta una situación de inseguridad alimentaria moderada o severa y en Argentina la encuesta de UNICEF encontró que 28% de los hogares tuvieron que dejar de comprar algún alimento por no tener dinero. En República Dominicana, la mitad de los hogares reportaron una carencia severa de alimentación durante la pandemia. Si bien esto no se traduce en desnutrición o malnutrición infantil, de sostenerse dicha inseguridad alimentaria no pueden descartarse efectos negativos sobre el estado nutricional de los pequeños; en Chile, la encuesta de CEDEP muestra que 29% de las niñas y niños menores de 6 años duermen peor



y 16% come peor. Los efectos negativos fueron mayores entre niños menores a 2 años que entre el resto. En Argentina, de acuerdo con la encuesta de UNICEF, 48% de los niños menores a 6 años han experimentado alteración en las comidas y 46% en el sueño. En Chile, de acuerdo con la encuesta de CEDEP, 55% de los niños y niñas no salen diariamente a jugar al aire; la encuesta de CEDEP en Chile encuentra que las niñas y niños pasan mucho tiempo frente a una pantalla. Notablemente, aún los menores a 2 años pasan en promedio dos horas al día frente a una pantalla (el promedio para los niños de 5 a 6 años siendo 3.7 horas al día). En México (de acuerdo con la Encovid19) más de un tercio de los hogares con niños, niñas y adolescentes reporta situaciones de ansiedad, y ese porcentaje llega al 44% para el caso de hogares con tres o más menores. En República Dominicana 15% de los hogares manifestaron que al menos un miembro del hogar ha mostrado signos de depresión o ansiedad (4)

Mangue et al. (2020) en el trabajo de investigación “**Implicaciones del confinamiento infantil durante la crisis Covid-19: consideraciones clínicas y propuestas futuras**”. Cuya finalidad prioritaria fue procurar la protección sanitaria del conjunto de la población, la contención del curso creciente de contagios y el reforzamiento del Sistema Nacional de Salud. Se concluyó que el confinamiento derivado de la crisis del COVID-19 ha representado un importante reto para menores y familias. A pesar de las decisiones adoptadas para aliviar la situación a través de la desescalada en fases, para muchas familias con hijos atendidos desde salud mental ha resultado complicado gestionar las dificultades de adaptación ante las nuevas rutinas, lo que ha motivado la solicitud de certificados a los profesionales para apoyar la realización de salidas. Creemos que el criterio de los profesionales a este respecto ha de venir determinado por la valoración de la situación particular de cada paciente, pero también de la situación colectiva. La posición con respecto a la conveniencia de las salidas con menores durante el confinamiento domiciliario ha de adherirse de forma estricta a la legalidad vigente, así como basarse en la consideración pausada de diversos factores, para valorar los riesgos y beneficios derivados de cada alternativa. Por último, pensamos que es necesario de cara al futuro que se estructuren los mecanismos de apoyo oportunos para asegurar el mayor bienestar posible de



los menores más vulnerables, como son aquellos que padecen alguna discapacidad. (5)

Pucachaqui Deysi (2017) en su tesis “**Niveles de depresión infantil en niños/as de 7 a 11 años víctimas de abuso sexual atendidos en el departamento de psicología de la DINAPEN de la ciudad de Quito de octubre 2016 a enero 2017**” (tesis de pregrado), Universidad Central del Ecuador, Quito-Ecuador. Cuyo objetivo fue determinar los niveles de depresión infantil en NN de 7 a 11 años víctimas de abuso sexual atendidos en el departamento de Psicología de la DINAPEN de la ciudad de Quito de octubre 2016 a enero 2017; el tipo de investigación es descriptiva de corte transversal, el diseño no experimental, el enfoque es mixto, la población está conformada por niños y niñas entre 7 y 11 años que acuden al departamento de psicología de la DINAPENM, la muestra por 30 NN víctimas de abuso sexual comprendidos entre los 7 a 11 años de edad, atendidos en el departamento de Psicología de la DINAPEN del Comité del Pueblo. Del 100% de la muestra se observó que apenas el 6,67% de NN están tristes siempre y el resto de la muestra está triste de vez en cuando, lo que indica un bajo nivel de tristeza; el 53,33% de los evaluados se aceptan como son y el 16,67% se odian, lo que sugirió que existe un porcentaje de NN que aún requieren de intervención para llegar a su aceptación; el 60% de NN no tienen ideas suicidas y el 13,33% de los NN presentan ideas suicidas, y a pesar de representar una cantidad mínima, esta es considerable para una intervención inmediata; el 13.33% de NN presentan depresión grave y el 6.67% tiene depresión leve, esto podría deberse a que a pesar de que los NN evaluados presentan dificultades en el hogar y se enfrentaron a situaciones como el abuso sexual, las familias de las que provienen o el modelo que han seguido es de personas luchadoras que han podido superar los obstáculos que se les han ido presentado, es importante señalar que el tipo de abuso y el abusador juegan un papel de incidencia en el nivel de depresión. (6)



2.1.2. **Antecedentes nacionales**

Borrero Julio (2018) en su tesis **“adaptación del inventario de depresión infantil de kovacs en estudiantes de 9 a 15 años de la I.E.E. Ricardo Palma de Surquillo”** (tesis de Maestría), Universidad Nacional Federico Villarreal, Lima-Perú. Cuyo objetivo fue Adaptar el Inventario de Depresión Infantil de Kovacs para estudiantes de 9 a 15 años de la I.E.E. Ricardo Palma de Surquillo. El estudio fue descriptivo, analítico y transversal, dirigido a la adaptación del instrumento psicométrico Inventario CDI - Children Depresión Inventory de Kovacs, la población estuvo constituida por 1800 alumnos con una muestra de 381 alumnos, la fiabilidad interna alcanzo un Alfa de Cronbach aceptable de 0.78. En función a la variable edad-sexo, la edad oscila entre los 9 y 12 años de los cuales 41 alumnos tienen nueve años, 61 alumnos cuentan con diez años, 57 alumnos con once años, 15 alumnos con doce años, por otra el 56% alumnos son de sexo masculino y 44% alumnas de sexo femenino. Se concluyó que las puntuaciones percentiles correspondiente a cada escala (Disforia y Autoestima Negativa) podemos señalar que las alumnas obtuvieron las puntuaciones más altas; Con relación a la diferencia de sexo nuestra adaptación observa que tanto en la puntuación total como en las dos escalas las niñas puntúan significativamente más alto en la sintomatología depresiva que los niños; la adaptación semántica del CDI que ha sido elaborado para la presente trabajo de investigación es válida y confiable para ser aplicada y medir la sintomatología de la depresión en la población de estudiantes entre 9 y 15 años pertenecientes a la I.E.E. Ricardo Palma de Surquillo. (7)

Rodríguez Brayan (2019) en su tesis **“Factores asociados al estado depresivo en niños hospitalizados del servicio de pediatría del hospital Honorio Delgado Espinoza de Arequipa. 2019”** (tesis de pregrado), Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa. Cuyo objetivo fue determinar los factores asociados al Estado Depresivo en niños hospitalizados en el Servicio de Pediatría del Hospital Honorio Delgado Espinoza. La población de estudio está formada por los 40 niños hospitalizados en el servicio de Pediatría en el mes de febrero se tuvo 148 niños de los cuales solo fueron seleccionados 40 niños que cumplieron con los criterios de inclusión, la investigación es un estudio cuantitativo, transversal, analítico, no experimental, la técnica que se utilizó fue



la encuesta. Los resultados expresaron que el 57.5% de niños presenta una depresión de nivel regular y alto, acentuada en edades menores a 12 años, con predominancia en el sexo masculino 72.7%, por otra parte, de cada 10 niños hospitalizados 7 tienen depresión y con respecto a las niñas es a razón de 4 por cada 10. La depresión se focalizó con mayor dominio en familias disgregadas (100%) o con la presencia única de uno de los padres (83.3%). Los niños que se encuentran sin compañía directa de los padres la prevalencia de depresión son mayores (68.2%). Se concluyó que seis de cada diez niños que se encuentran hospitalizados en el servicio de pediatría del Hospital Honorio Delgado Espinoza presentaron depresión de nivel regular y alto; los principales factores asociados a la depresión en niños hospitalizados predominan en edades menores a 12 años, del sexo masculino, de familias disgregadas y monoparentales, que proceden de otras provincias cercanas a Arequipa y se acrecentó el cuadro depresivo cuando están sin compañía directa de los padres al momento del internamiento; por último la patología más frecuente estuvo relacionada a enfermedades digestivas y osteomusculares, con estancia de internamiento entre 06 y 10 días, además existe una relación directamente significativa entre el periodo de hospitalización y la depresión infantil a nivel hospitalario. (8)

Auqui July (2019) en su tesis “**Sintomatología depresiva en estudiantes 4° de secundaria de una institución educativa privada de lima norte**” (tesis de pregrado), Universidad Privada del Norte. Cuyo objetivo fue comparar los niveles de sintomatología depresiva según sexo en estudiantes de 4 de secundaria de una institución educativa privada de Lima Norte. La investigación tiene un enfoque cuantitativo con un estudio básico sustantivo, diseño no experimental y transversal mediante el método descriptivo, la población está constituida por 320 estudiantes de 6 salones de una Institución Educativa Privada de Lima Norte y la muestra está conformada por 238 estudiantes; con respecto al análisis sobre los niveles del ánimo disfórico de los estudiantes se observó que el 57.1% de la muestra de estudiantes refiere que tiene un nivel alto, seguido por 30.3% que señala que tiene un nivel moderado, y 12.6% tiene un nivel bajo del ánimo disfórico; con respecto a ideas de autodesprecio el 37% de la muestra de estudiantes refiere que tiene un nivel alto, seguido por 39,5% tiene un nivel moderado, y 23,5% tiene un nivel bajo de ideas de autodesprecio; los



niveles de la depresión infantil, el 82.4% de la muestra de estudiantes refiere presencia de síntomas depresivos en grado máximo, seguido por 15.5% señaló presencia de síntomas depresivos severo, y 2.1% con presencia de síntomas depresivos mínimo y moderado, mientras que no hay presencia de síntomas depresivos y se encuentra dentro de los límites normales dentro de la muestra. Se concluyó que el 57% presentó un nivel alto en el estado del ánimo disfórico, y un 37% en las ideas de autodesprecio; con respecto al análisis descriptivo del estado de ánimo disfórico según género resulta que: el 66% de los estudiantes del género masculino y el 70% de estudiantes del género femenino presentan un nivel alto, de igual forma el 31% de estudiantes del género masculino y el 41% de estudiantes del género femenino presentan un nivel moderado, el 16% de estudiantes del género masculino y el 14% del género femenino presentan un nivel bajo; Con respecto al análisis descriptivo de las ideas de autodesprecio según género resulta que: el 41% de los estudiantes del género masculino y el 47% de estudiantes del género femenino presentan un nivel alto, mientras que el 51% de estudiantes del género masculino y el 43% de estudiantes del género femenino presentan un nivel moderado, y el 21% de estudiantes del género masculino y el 35% del género femenino presentan un nivel bajo (9)

Según Irigoin Sergio (2019) en su investigación titulada “**Maltrato infantil intrafamiliar y depresión en niños de sexto grado A, B y C de la Institución Educativa Primaria N°10112 de Lambayeque, 2019**” (tesis de pre grado), Universidad Católica los Ángeles Chimbote, Lambayeque-Perú. Cuyo objetivo fue determinar la relación entre Maltrato infantil intrafamiliar y Depresión en niños de sexto grado A, B y C de la institución educativa primaria N°10112 de Lambayeque. El estudio es de tipo descriptivo correlacional, de nivel cuantitativo, con diseño no experimental transversal. La población está constituida por 70 alumnos, la muestra fue toda la población. Los instrumentos de medición que se utilizó fue el Cuestionario de violencia intrafamiliar de Cépeda, Moncada y Álvarez (2007), adaptado en el Perú por Bocanegra y Tuesta (2019) y el Inventario de depresión infantil CDI. Los resultados indican que el 50% de los estudiantes evaluados se encuentran en el nivel grave de depresión infantil, el 30% presenta un nivel leve y el 20% de estudiantes se ubican en el nivel ausente. Se concluyó que los estudiantes de sexto grado presentan altos índices de



depresión con un 50%; del mismo modo existe relación significativa entre las variables maltrato infantil intrafamiliar y depresión en niños de sexto grado A, B y C de la institución educativa primaria N° 10112 – Lambayeque, 2019 (10)

Enciso Yobana y Rodrieguez Adela (2020) en su tesis “***Violencia familiar y depresión infantil en estudiantes del nivel primario en el distrito de Jesús Nazareno Ayacucho, 2020***” (tesis de pregrado), Universidad Cesar Vallejo, Lima-Perú. Cuyo objetivo fue determinar la relación entre violencia familiar y depresión infantil en los estudiantes del nivel primario del distrito de Jesús Nazareno, Ayacucho 2020. La población está constituida por 1400 estudiantes del nivel primario del distrito Jesús Nazareno, la muestra es de 210 estudiantes del tercero a sexto grado de primaria de la Institución Educativa Señor de Agonía, donde el tipo de investigación fue correlacional y el diseño no experimental de corte transversal. Los instrumentos que se aplicaron son el cuestionario de violencia familiar y el inventario de depresión infantil (CDI). Los resultados muestran que la violencia familiar se correlación de manera significativa, directa y alta con la depresión infantil ($\rho=0.898$) ($p < 0.50$), para la variable depresión se mostró que los varones presentaron el mayor rango promedio por sexo, de igual manera en la dimensión ánimo disfórico; mientras que en la dimensión auto desprecio las mujeres son las que presentaron el mayor rango promedio, estos rangos de promedios no son significativos es decir no existe diferencia significativa con respecto al sexo; en cuanto a los niveles de depresión en niños, el 47.8% demostró un nivel de depresión mínima y moderada; el 42.4%, nivel mínima y moderada en ánimo disfórico, y el 37.1% nivel mínima y moderada en autodesprecio. (11)

2.1.3. Antecedente local

Torres Melissa y Quispe Rebeca (2022) en su tesis “***Sintomatología depresiva infantil y funcionamiento familiar en estudiantes del 4to, 5to y 6to grado de primaria de las instituciones educativas de la provincia y distrito de Espinar – cusco, 2021***” (tesis de pregrado), Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco. Cuyo objetivo fue relacionar la sintomatología depresiva infantil y el funcionamiento familiar en estudiantes del 4to al 6to grado de primaria. La muestra estaba conformada por 323 estudiantes, cuya



metodología de investigación es de enfoque cuantitativo y de tipo básico, con diseño no experimental transversal, descriptivo – correlacional. Como instrumento se utilizó el inventario de Depresión Infantil de Kovacs (CDI) y la prueba de funcionamiento familiar de Louro (FF-SIL), se aplicó los estadísticos de Kolmogórov-Smirnov y rho de Spearman, el cual indica que hay una correlación negativa considerable entre las variables de investigación, igual a (-,706**). La relación entre sintomatología depresiva y el funcionamiento familiar según las características sociodemográficas, indica mayor correlación significativa en las dos instituciones educativas, del sexo femenino, en edades cercanas a los 12 años, de grados superiores, de padres convivientes y separados. Se concluye la importancia de identificar los síntomas depresivos en edades tempranas, de entornos familiares disfuncionales, en contextos socioculturales andinos (12)

Perez Parko (2018) en su tesis **“Presencia de Depresión en Estudiantes de V Ciclo de la Institución Educativa Estatal San Luis Gonzaga – 711 de Urubamba, Cusco - 2018”** (tesis de pregrado), Universidad Andina del Cusco. Cuyo objetivo fue describir los niveles de depresión en los estudiantes de V ciclo de la Institución Educativa Estatal San Luis Gonzaga – 711 de Urubamba, Cusco – 2018. La metodología de investigación fue de diseño no experimental transversal, con alcance descriptivo comparativo, la población estaba conformada por 102 estudiantes de V ciclo de primaria de la Institución Educativa Estatal San Luis Gonzaga, cuyo instrumento fue el inventario de depresión infantil de Kovacs (CDI). Los resultados indican que el total de estudiantes de V ciclo no poseen sintomatología de depresión infantil, no encontrándose por otra parte estudiantes en los niveles leve y severos de la variable; el 73.9% de los estudiantes del 5to “A” no tienen sintomatología de Disforia, mientras que el 6% si presenta sintomatología leve; en el 5to “B”, el 83.3% de los encuestados no tiene sintomatología de Disforia, mientras que el 16.7% si presenta sintomatología leve; el 82.6% de los estudiantes del 5to “A” no tienen sintomatología de Autoestima Negativa, mientras que el 17.4% si presenta sintomatología leve; en el 5to “B”, el 83.3% de los encuestados no tiene sintomatología de Autoestima Negativa, mientras que el 16.7% si presenta sintomatología leve. Se concluye que el total de preadolescentes no presenta sintomatología o tan solo sintomatología leve con respecto a la variable



Depresión Infantil, por lo que se puede concluir que es una población sin riesgos de padecer depresión en el cercano plazo; por otro lado, si existe un porcentaje de la población que muestra un nivel de sintomatología leve en los constructos disforia y autoestima negativa, lo que constituye que esta décima parte de los evaluados se encuentre con más riesgo de padecer depresión en el futuro; la comparación de nivel de depresión entre sexos masculino y femenino, indica que para la variable depresión infantil no existe diferencia significativa, por lo tanto, se puede concluir que la variable depresión tanto para varones como mujeres es similar en la etapa preadolescente (13)

Damas Jakelin y Manrique Sheylly (2018) en su trabajo de investigación **“Niveles de sintomatología depresiva en alumnos del 3er grado de secundaria de instituciones educativas de las ciudades de Huancayo, Satipo y Huancavelica 2017”** (tesis de pregrado), Universidad Peruana los Andes, Cusco-Perú. Cuyo objetivo fue comparar los niveles de sintomatología depresiva en estudiantes del 3er grado de secundaria de las IE de las ciudades de Huancayo, Satipo y Huancavelica 2017, la metodología que se aplicó fue de diseño no experimental Transversal, con nivel descriptivo comparativo, la muestra está conformada de 377 alumnos de ambos géneros; Los resultados indican que el 35,8% de la muestra total presenta una sintomatología depresiva alta, el 35,0% baja, y el 29,2% medio; las alumnas en un 32,2%, obtuvieron categoría diagnóstica alta, el 35% baja y el 32,8% media; y los alumnos el 39% se ubica en la categoría diagnóstica alta, el 18,6% baja y el 13,8% medio, el mayor porcentaje de categoría diagnóstica depresión alta corresponde a los estudiantes del género masculino (39%). Se concluye que los niveles de sintomatología depresiva en estudiantes del 3er grado de secundaria poseen mayor porcentaje de sintomatología depresiva alta con edad de 13 años de género masculino, en la ciudad de Satipo prevalece la sintomatología depresiva alta, en la edad de 15 años, en el género femenino; relacionado a la prevalencia de los niveles de sintomatología depresiva en estudiantes del 3er. Grado de secundaria de la IE José Carlos Mariátegui de la ciudad de Huancayo se halló la predominancia de sintomatología depresiva baja con el 38,2%; IE Francisco Irazola de la ciudad de Satipo y IE San José de la Ciudad de Huancavelica, se obtuvo niveles de sintomatología depresiva alta en un 37,4% y 41,5% respectivamente (14)



2.2. Bases teóricas

2.2.1. *Depresión*

Antes de entender a la depresión de una manera teórica es importante lograr el entendimiento de su parte etimológica. La depresión o el trastorno depresivo mayor es entendido inicialmente en la historia como melancolía, término que etimológicamente significa en griego μέλας “negro” χολή “bilis”, y es referido en distintos tratados médicos desde la antigüedad. Es empleada por primera vez por Hipócrates, aunque es definida con el término actual por el británico Richard Blackmore, en 1725 (Jackson, Historia de la melancolía y la depresión, X). La depresión (del latín depressio “opresión”, “abatimiento” o “encogimiento”) según el diagnóstico psiquiátrico describe un trastorno del estado de ánimo, transitorio o permanente, caracterizado por presentar sentimientos de abatimiento, infelicidad y culpabilidad, provocando una incapacidad parcial o total –según el grado de patología presente- para sentir el disfrute de los hechos y los acontecimientos de la vida cotidiana –anhedonia (incapacidad para disfrutar)- y puede terminar en algunos casos con el deseo del suicidio. (12)

La depresión puede ser entendida como aquel síndrome que se caracteriza por tener una gran tristeza, así mismo la limitación que hace una persona de la mayoría de sus pensamientos y procesos mentales, lo cual genera toda una serie de problemas físicos, conductuales, psicológicos, sociales, e incluso cognitivos. Los síntomas de la depresión en general tienden a ser muy variados y que se manifiesta de diversas maneras en cada persona cuyas características o cambios se pueden identificar en la personalidad de las personas y los trastornos que va sufriendo. (13)

Otros autores también mencionan que la depresión es considerada como un trastorno el cual se caracteriza por tener un sentimiento de tristeza, pérdida de interés o de placer, sentimientos de culpa o autoestima baja, alteraciones del sueño o del apetito, fatiga y falta de concentración. En cuestión de tiempo la depresión puede llegar a ser o bien recurrente o bien duradera, de modo que deteriora sustancialmente la capacidad de la persona de desempeñar su trabajo o rendir en sus estudios, o de hacer frente a su vida cotidiana. En su forma más severa, la depresión puede conducir al suicidio. Los trastornos depresivos incluyen dos subcategorías principales:



- Trastorno o episodio depresivo mayor: que presenta síntomas como un estado de ánimo deprimido, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar y disminución de la energía; dependiendo del número y gravedad de los síntomas, un episodio depresivo se clasifica como leve, moderado o severo
- Distimia: una forma persistente o crónica de depresión leve; los síntomas de distimia son similares a los de un episodio depresivo, pero tienden a ser menos intensos y más duraderos. (14)

La depresión es considerada como un tema delicado, sin embargo, muchas personas no lo toman en tanta consideración por lo que muchas veces lo confunden con un simple sentimiento de tristeza, al respecto:

La depresión se confunde con la sensación de experimentar una tristeza profunda, y aunque el ánimo bajo es parte de los síntomas, no se limita a esto; también se puede experimentar desinterés por las actividades que generaban placer, variación fuerte en el peso (aumento o pérdida), dificultades en el sueño (hipersomnias o insomnio) y falta de energía (fatiga o cansancio crónico). La depresión también se caracteriza por pensamientos recurrentes relacionados con culpa excesiva o sentimientos de inutilidad, y en los casos más graves, ideas de muerte, ideación suicida, intento suicida y suicidio. Aunque algunos de estos síntomas son comunes y pueden presentarse en casi todas las personas, la depresión irrumpe las actividades diarias y genera un sentimiento intenso de desesperanza, es decir, que las cosas no van a mejorar por más que se intente, lo que refuerza los pensamientos negativos y éstos, a su vez, el estado afectivo. (15)

Aunque, en su acepción más común, el término sugiere “abatimiento” o “tristeza”, esa caracterización soslaya que no se trata de un rasgo único, sino de un síndrome, es decir de una combinación de síntomas. La depresión clínica (llamada también, en ocasiones, “depresión mayor”) es una condición en la que el decaimiento y la pérdida de interés van acompañados de otros signos físicos y mentales, como dificultades para conciliar el sueño, pérdida de apetito, disminución de la capacidad de concentración y sentimientos de impotencia y falta de autoestima. (16)



2.2.1.1. Depresión infantil

Como la investigación se centrará en la depresión de los niños, es importante especificar acerca de la depresión en ellos, ya que no es igual al de los adultos. En ese sentido diversos autores dan a conocer sus aportes teóricos referente a este tema, así tenemos:

La depresión infantil puede confundirse con problemas de conducta y actitud, con episodios de agresividad, de poca tolerancia a la frustración o de estrés, ya que aún persiste la falsa creencia de que la depresión solo la padecen los adultos. Es difícil entender y comprender que un niño de cinco, seis o diez años se sienta abatido, desolado y desesperanzado, debido a que la niñez es una etapa de alegría infinita, de sueños y de ilusiones. (17)

La depresión es una alteración grave del estado de ánimo, distinta a la tristeza, que afecta a un 5% de los niños y hasta un 8% de los adolescentes. La depresión en la infancia puede ser severa, de larga duración e interferir en muchos de los aspectos de su vida diaria, desde el rendimiento escolar hasta sus relaciones con familiares y amigos. (18)

En cuanto a las causas de porque los niños sufren la depresión son diversas, sin embargo, las más resaltantes son:

- Biológicas: factores hereditarios, hormonales, bioquímicos y neuronales
 - Psicológicas: pérdidas afectivas, fallecimientos de familiares, mala relación padres-hijos, problemas de autoestima
 - Estacionales, se han encontrado relación con la cantidad de luz, según la estación del año, lo que se ha denominado trastorno afectivo estacional
 - El entorno, presión a la que se ven sometidos los niños, estrés, tensión.
- (18)

La depresión es un trastorno que puede afectar de un modo importante el funcionamiento de la vida de un niño generando importantes repercusiones. La prevención, por tanto, es fundamental. Podemos actuar preventivamente a tres niveles:

1. Reconociendo los factores de riesgo, como la existencia de antecedentes de trastornos afectivos en los padres o hermanos, la adversidad social, traumas en la infancia



2. Promoviendo relaciones estables desde los primeros años y fomentando la autoestima, así como las mejores condiciones para el desarrollo emocional y cognitivo de los niños
3. Aumentando la capacidad de detección precoz una vez que se ha iniciado el episodio depresivo. En este contexto la formación de los pediatras es básica para que sean capaces de identificar sus síntomas. (19)

La depresión en la infancia suele ser difícil de detectar, porque es posible que los niños no sean capaces de expresar sus sentimientos y tiendan a representar sus problemas y preocupaciones en vez de identificarlos verbalmente. Los cuidadores adultos, profesionales sanitarios y educadores no siempre reconocen los signos de alerta tempranos de depresión en los niños o bien retrasan su derivación y tratamiento creyendo que los síntomas de depresión son “tan solo una fase de desarrollo” y se resolverán al madurar. Los autores están de acuerdo en que la depresión infantil existe, pero sus manifestaciones suelen ser diferentes a las propias de adultos deprimidos. Los niños deprimidos muestran a menudo un estilo de pensamiento distintivo caracterizado por autoestima baja, desesperanza, escasa relación social con compañeros y tendencia a explicar acontecimientos negativos por defectos personales. (20)

2.2.1.2. Características de los niños con depresión

Comportamiento

- Expresión fácil predominante triste sin respuesta afectiva o con un rango reducido de ella
- Juego o trabajo solitario; tendencia a estar solo; desinterés por jugar
- Abstención de actividades o relaciones previamente disfrutadas
- Peores notas en el colegio; falta de interés por hacer los deberes o tener éxito académico
- Reducción de la actividad motora; cansancio
- Lloriqueo o llanto
- Comportamiento dependiente y sin separarse, o violento y disruptivo



Estados internos

- Expresión de declaraciones que reflejan menor autoestima, sentimientos de desesperanza o culpa
- Ideación suicida

Manifestaciones fisiológicas

- Estreñimiento
- Quejas inespecíficas de no sentirse bien
- Cambios de apetito que provocan pérdida o aumento de peso
- Alteraciones del patrón de sueño, insomnio o hipersomnia. (20)



Tabla 1

Factores de riesgo asociados a la depresión en niños y adolescentes

Individuales	Biológicos	Genéticos	Historia familiar de depresión o trastorno bipolar La información actual sugiere que los factores genéticos podrían ser menos importantes en la presentación de depresión en la niñez que en la adolescencia	
		Sexo	Antes de la pubertad la frecuencia de trastornos depresivos es prácticamente igual en niños que en niñas; en la adolescencia son entre 2 y 3 veces más frecuentes en el sexo femenino	
		Edad		
	Problemas crónicos de Salud	Incluyendo enfermedades médicas y discapacidades físicas o de aprendizaje.		
	Psicológicos	Otros trastornos psíquicos	Particularmente trastornos de ansiedad, trastornos de conducta o TDAH. Disforia de género.	
		Orientación sexual	Homosexualidad	
		Temperamento Afectividad negativa Otros estilos cognitivos	Tendencia a experimentar estados emocionales negativos, que se acompañan de características cognitivas (por ej. baja autoestima) y conductuales. Conlleva una mayor reactividad a estímulos negativos. Estilo cognitivo rumiativo. Déficits de habilidades sociales.	
		Acontecimientos vitales estresantes	Pérdidas u otros acontecimientos traumáticos.	
	Ambientales	Familiares	Trastorno psíquico en los padres	Especialmente depresión (incluyendo depresión/ ansiedad materna en embarazo y posparto). Trastorno por uso/abuso de alcohol u otras sustancias.
			Conflictos en las relaciones familiares	Separación/divorcio, conflictos conyugales. Conflictos en relaciones paterno-filiales.
Estilos educativos negativos			Negligencia en cuidados, escasa afectividad o rechazo.	
Maltrato/abuso		Físico, emocional o sexual		
Sociales		Problemas escolares	Mala adaptación o fracaso académico.	
		Dificultades en las relaciones con iguales	Conflictos interpersonales, ausencia de amistades	
		Acoso (bullying)	Incluyendo el trato degradante, la humillación, burla o el rechazo/aislamiento.	
		Otras circunstancias sociales adversas	Sin hogar, institucionalizados, en centros de acogida o de seguridad Emigración Refugiados	

Fuente: *Guía de práctica clínica sobre la depresión mayor en la infancia y adolescencia.*

Actualización (2018) (21)



2.2.1.3. Cuestionario de depresión infantil

Es un instrumento auto aplicable que mide la sintomatología en niños y adolescentes. Consta de 27 ítems que evalúan los signos cognitivos, afectivos y conductuales de depresión. Cada pregunta contiene tres afirmaciones, donde el niño elige la que describe mejor como se sintió durante las dos semanas. La consistencia y la validez de constructo del instrumento son además (Alpha de Cronbach =, 82, 35.96% de varianza explicada). Las opciones de respuesta se califican de 0 a 2 en relación de intensidad del síntoma, su resultado se recoge a través de la sumatoria de la puntuación de cada reactivo de resultados que permite obtener datos de depresión total y dos escalas adicionales: disforia y autoestima negativa, el instrumento ha mostrado propiedades psicométricas adecuadas para su uso en población infantil sonoreense. (22)

2.2.2. Sentimiento de Autodesprecio o Autoestima Negativa

Prosiguiendo con el desarrollo de las dimensiones de la investigación, ahora se dará un sustento teórico referente a lo que es el sentimiento de autodesprecio, el cual suele presentarse como una característica para identificar a aquellas personas que tengan depresión.

El autodesprecio, lleva consigo toda una serie de sentimientos negativos de la misma persona los cuales se pueden expresar mediante sentimientos de culpa y un sentimiento de abandono por parte de los familiares o amigos, lo cual lleva a que las personas lleguen a distorsionar su percepción de la realidad , y también alejándolos de las otras personas, generándoles serios problemas psicológicos, emocionales y sociales, lo cual incrementa sus ideas de un rechazo provocando así la depresión, y en casos extremos genera ideas de suicidio. (23)

Autopercepción negativa que produce emociones de rechazo, enojo, y odio contra uno mismo. (encuentro sospechosos que el enojo y la ira saltan por todos lados al hablar del hombre). El autodesprecio es realmente sentimiento de culpa y vergüenza que manifiestan como un no “sentirse digno de”. (24)

En un mundo donde te han enseñado que “no puede” que “no sirves para nada” y que “eres un tonto”, si alguien afirma que es un genio, con seguridad le caerá mal a mucha gente que lo va a tildar de vanidoso, soberbio, orgulloso, etc.



Pero si esa persona afirma ser un idiota, a nadie le molesta, nadie me va a decir nada al respecto. Esto se debe pura y exclusivamente a que confundimos humildad con autodesprecio y autoestima con egoísmo.

El 100% de los suicidios provienen del odio hacia uno mismo, hacia el hecho de haber nacido. Muchos podrán afirmar que la gente en realidad se mata porque no es lo suficientemente querida o amada, sin embargo, hay a la que no la quiere nadie y no se mata, hay gente que estuvo en situaciones límites y no se suicida. No se debe confundir el desencadenante con el motivo real. Como tampoco con el motivo circunstancial. Nadie asesina a algo que ama, al menos en el momento que lo mata lo está odiando, aunque lo haya amado instantes anteriores. (25)

Culpabilidad- Resentimiento, es un factor en el que las puntuaciones elevadas están íntimamente ligadas a los sentimientos depresivos. Su génesis parte de la relación con el Superyó, la culpa es un sentimiento que ayuda a regular los impulsos destructivos, ahora bien, un exceso de sentimiento de culpa puede volver los impulsos destructivos hacia sí mismo, con riesgo de autolisis. Las personalidades narcisistas no suelen ser dominadas por los sentimientos de culpa, suelen sentirse abrumadas por la vergüenza. Cuando el cuerpo recibe un traumatismo, se produce dolor, en cambio, cuando el alma actúa en contra de la Ley Natural, entonces se forma una conciencia culpable. Ello no obsta, para que en muchas ocasiones los sentimientos de culpa sean inoculados por el superyó, sin causa que lo justifique. Cuando la culpa proviene de una inoculación del superyó, en general está motivada por la desobediencia. (21)

2.2.3. Estado de ánimo disfórico

Dayer et al. (2000) citado en Sergio et al. (2007) refieren que la disforia corresponde a un tercer estado afectivo con características nosológicas propias, además el estado de ánimo disfórico puede distinguirse de los estados depresivos y maniaco, pudiendo asimismo combinarse con estos en el contexto de los estados mixtos. (26)

El estado disfórico se caracteriza por la presencia estable de al menos 24 horas de irritabilidad evidente en compañía al menos de los siguientes síntomas:



- Expresiones de tensión subjetiva
- Expresiones de irritabilidad subjetiva o sentimientos de hostilidad en reacción a estímulos externos.
- Conductas agresivas o destructivas
- Susplicacia

El estado de ánimo disfórico se distingue por qué presenta un cambio en el humor del que se tiene normalmente, el cuál toma una forma generalmente de pena o aflicción, en algunos casos, aunque es menos frecuente cambia a una forma de exaltación o una alegría exagerada. Frecuentemente aquellos individuos que presentan el ánimo disfórico se inclinan por estar aislados socialmente, además que asimilan de manera específica en los aspectos negativos. Por este motivo es bastante relevante el pesimismo que tienen ante la vida, ello se observa generalmente en pacientes disfóricos. (30)

Cuando se tiene el estado de ánimo depresivo o disfórico de forma crónica, siendo este más leve que el trastorno depresivo de mayor escala. El tiempo que dura este estado es mínimo un año. Su desarrollo es habitualmente observado en edades tempranas, observándose una inestabilidad depresiva del ánimo, mostrándose raramente una sensación de bienestar en las primeras semanas. En el caso de ciertos adolescentes o niños mayores la depresión suele ser el doble, en otras palabras, los pacientes muestran un trastorno depresivo y ese episodio es mucho mayor. (31)

2.2.4. El confinamiento:

Es una intervención que se aplica a nivel comunitario cuando las medidas de bioseguridad han sido insuficientes para contener el contagio de una enfermedad. Consiste en un estado donde se combinan estrategias para reducir las interacciones sociales como el distanciamiento social, el uso obligatorio de mascarillas, restricción de horarios de circulación, suspensión del transporte y cierre de frontera. (27)

Se define a confinamiento como aquella medida excepcional de emergencia que el gobierno ha considerado haciendo cumplir por ley el cierre de los establecimientos de actividades para diversión, turísticos y culturales; además que se prohíbe la movilidad de las personas de toda la población de la



región siendo recludos solo a movimientos de carácter laboral, asistencial, de emergencia, abastecimiento alimentario o medicamentos. (33)

El confinamiento que se ha presentado con el covid-19, ha influido en que el contexto educacional se empleara en los hogares, además de que las maneras en que se llevaban a cabo los procesos de aprendizaje-enseñanza se transformaron sustancialmente, se han propuesto ciertos hechos, los cuales han intervenido en el desarrollo socioemocional y los resultados académicos por parte de los alumnos. Por otro lado, se ha realizado el confinamiento, tomándolo en cuenta como un plan de emergencia en la población que tiene como propósito que los pobladores estén protegidas el tiempo que sea necesario, además de imponer normas que limiten las conductas de la sociedad. En el artículo se menciona a Sánchez y Fuentes (2020), quienes indican que el confinamiento es estar en un lugar de refugio el tiempo que se requiera, bajo ciertas reglas de limitación para la sociedad. (34)

La condición que se tiene hoy en día influida por el covid-19, ha logrado tener un impacto bastante relevante, el cual ha perjudicado a todos los pobladores del mundo, además que han intervenido en la salud mental de todas las personas en general. Las enfermedades más comunes que se han presentado son los psicológicos, presentándose indicios desde los más aislados hasta trastornos complejos que lleva consigo un marco de deterioro de la funcionalidad, por ejemplo, el insomnio, la depresión, la ansiedad, además de trastornos de estrés postraumático. Por ello es indispensable y primordial que frente a las enfermedades mentales los servicios de salud desarrollen estrategias, las cuales les facilite tener una reacción con cierta habilidad, además que alcance conseguir el apoyo a los profesionales de salud, así como también a los pobladores afectados, teniendo el propósito de disminuir el desarrollo de impactos negativos. (35)



2.3. Variable

2.3.1. *Identificación de variable*

Variable de interés

- Depresión

Variables intervinientes

- Edad
- Procedencia de Institución Educativa

Dimensiones

- Estado de ánimo disfórico
- Autoestima negativa o Autodesprecio



2.3.2. Operacionalización de variables

NIVELES DE DEPRESIÓN EN NIÑOS DE 7 y 8 AÑOS DURANTE LA PANDEMIA COVID-19 EN LAS IIEE DE LA MERCED y TUPAC AMARU EN LA CIUDAD DEL CUSCO - 2021"							
Variables	Definición de la variable	Dimensiones	Definición de las dimensiones	Indicadores	Ítems	Instrumentos	Escala de medición
Depresión infantil	La depresión infantil es un trastorno emocional o afectivo caracterizado principalmente por estado de ánimo disfórico: la tristeza, desgracia y la desesperación; y autoestima negativa: falta de energía, descontento, inutilidad, trastorno somático y falta de cariño. (28)	Estado de ánimo disfórico	El estado de ánimo disfórico es la expresión de tristeza, soledad, desdicha, indefensión y/o pesimismo, lo que lleva al niño o adolescente a manifestar cambios en su estado de ánimo, con presencia de mal humor e irritabilidad, llorando o enfadándose con facilidad (29)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Tristeza ➤ Anhedonia general ➤ Sentimiento de maldad ➤ Odio así mismo ➤ Culpabilidad ➤ Ideación suicida ➤ Llanto ➤ Reducción del interés social ➤ Disturbio de sueño ➤ Fatiga ➤ Disminución del apetito ➤ Sentimientos de soledad ➤ Anhedonia en el colegio ➤ Aislamiento social ➤ Sentimiento de no ser querido ➤ Problemas interpersonales 	1,4,5,7,8,9,10,12,16,17,18,20,21,22,25,27	Inventario de depresión infantil (CDI)	Ausente o sin sintomatología (0) Leve (1) Grave o severo (2)
		Autoestima negativa o Autodesprecio	Las ideas de auto desprecio incluyen sentimientos de incapacidad, fealdad y culpabilidad, presentándose ideas de persecución, deseos de muerte y tentativas de suicidio, junto con ideas de huida de casa. (29)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Desesperanza ➤ Sentimiento de inutilidad ➤ Pesimismo ➤ Aprensión ➤ Indecisión ➤ Auto imagen física negativa ➤ Desmotivación en realizar las tareas ➤ Preocupación somática ➤ Disminución del rendimiento escolar ➤ Auto imagen negativa ➤ Desobediente 	2,3,6,11,13,14,15,19,23,24,26		



Variables intervinientes	Definición de la variable	Dimensione s	Indicadores	Ítems	Instrumentos	Escala de medición
Edad	Edad es el tiempo vivido por una persona expresada en años, las personas cumplidas los siete y ocho años se presumen que tienen uso de razón.	7 años	Edad de los niños	Datos generales	Ficha de recolección de datos	Nominal
		8 años				
Procedencia de Institución Educativa	La escuela de procedencia se refiere a la escuela en la que se estuvo estudiando o terminaron sus estudios.	La Merced	Lugar de procedencia de Institución Educativa	Datos generales	Ficha de recolección de datos	Nominal
		Tupac Amaru				



2.4. Definición de términos

La depresión: Es un trastorno mental frecuente cuya sintomatología se caracteriza principalmente por la presencia de tristeza, sentimientos de culpa, pérdida de interés o placer, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. (30)

Estado de ánimo: Es una actitud o práctica de emociones en un momento dado y no es representa una situación transitoria, es decir es un estado o una forma de permanecer y estar; que puede tener duración prolongada y que puede relacionarse con nuestro mundo psíquico. (31)

Autoestima corresponde a la valoración positiva o negativa que uno hace de sí mismo. (31)

Ideación suicida: Es una característica de la personalidad limite, que implica la auto mutilación física. (32)

Anhedonia: Pérdida en diferentes grados de la capacidad para sentir placer. (32)

Culpabilidad: Consiste en un dolor psíquico que se impone el propio individuo por haber traicionado a un ser y por poner en riesgo su amor. Es así como en este primer tiempo culpa, amor y pulsión se encuentran en estrecha relación. (33)

Interés social: Se refiere al interés del sujeto sociedad, distinto de las personas que lo componen y de los factores humanos, materiales, de coyuntura económica y sociales que la condicionan o afectan, a veces como elementos instrumentales y, en fin, le permiten su desarrollo exitoso o no. (34)

Fatiga: Es una manifestación clínica que tiene correlación con diversas patología y localizaciones en el sistema nervioso central. El sujeto que se encuentre bajo los efectos de este síntoma padece de una disminución del rendimiento, siendo de suma importancia para los costos del sistema de salud. (35)

Anhedonia: Es la ausencia o capacidad reducida para experimentar placer, también se refiere como un síntoma mayor de la depresión y un síntoma de la esquizofrenia. Es la clave para el diagnóstico de depresión melancólica. (36)

Aislamiento social: Se entiende como la falta objetiva de interacciones entre personas. (37)

Maldad: Es todo daño, ya sea físico, emocional o material, que sufra aquel a quien va dirigida dicha acción. Desde este sentido, todo acto de maldad requiere



voluntad y está involucrado el libre albedrío, pues sin la existencia del deseo de causar daño no podríamos hablar de maldad. (38)

Auto imagen: La autoimagen va más allá de la apariencia física, ya que incluye tanto el sentimiento y pensamiento sobre uno mismo, así como las actitudes y las cosas que se realiza. (31)



CAPITULO III

METODOLOGÍA

3.1. Alcance del estudio

La presente investigación fue de alcance descriptivo ya que, en el estudio solo se describió los niveles de depresión que tenían los niños de 7 y 8 años de edad de las Instituciones Educativas La Merced y Tupac Amaru de la ciudad del Cusco, durante el confinamiento sanitario del COVID – 19.

Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Es decir, únicamente pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables. (39)

3.2. Diseño de investigación

La presente investigación fue desarrollada mediante el diseño no experimental, transversal prospectivo ya que en el proceso de elaboración del estudio no se manipulo ninguna variable tan solo se describió la variable depresión en los niveles que presentan los estudiantes de 7 y 8 años de las Instituciones Educativas La Merced y Tupac Amaru de la ciudad del Cusco.

“Las investigaciones de diseño no experimental son estudios que se realizan sin manipular deliberadamente variables. Es decir, se trata de estudios en los que no hacemos variar en forma intencional las variables independientes para ver su efecto sobre otras variables” (39)

En un estudio transversal todas las variables son medidas en una sola ocasión. Bajo esta condición, si realizamos comparaciones entre estas mediciones se les suele llamar: entre muestras independientes, aunque el nombre correcto sería entre grupos independientes. Este estudio corresponde a investigación pura o básica, puesto que el nivel aplicativo de la investigación requiere de medidas repetidas, una media basal y las medidas del seguimiento para evaluar la mejora que se desea obtener sobre la población de estudio, a partir de su intervención. (40)



Los estudios prospectivos utilizan datos que provienen de mediciones con control de los sesgos de medición, se consideran datos precisos y exactos, a este tipo se les llama datos primarios, asimismo el desarrollo de los datos es en el momento y los eventos serán posterior a la planeación del estudio. (40)

3.3. Población

Para el presente estudio se tuvo como población de $N = 364$ estudiantes, donde $N_1 = 147$ alumnos de 7 años y $N_2 = 217$ alumnos de 8 años. Dichos niños pertenecen a las Instituciones Educativas de La Merced y Tupac Amaru de la ciudad del cusco.

a) Criterios de Inclusión

Alumnos de 7 y 8 años de edad que pertenezcan a las IIEE La Merced y Tupac Amaru de la ciudad del Cusco en el año 2021 con acceso a internet en casa.

b) Criterios de Exclusión

1. Alumnos menores o iguales de 6 años de la IIEE La Merced y Tupac Amaru del Cusco.
2. Alumnos mayores o iguales de 9 años de la IIEE La Merced y Tupac Amaru del Cusco.
3. Alumnos ausentes al momento de realizar el cuestionario y que no hayan contestado la encuesta.

3.4. Muestra

La muestra del presente estudio está conformada por todos los alumnos de 7 y 8 años de las IIEE La Merced y Tupac Amaru de la ciudad del Cusco.

Es obtenida con la siguiente fórmula de muestreo estratificado:

$$n = \frac{Z^2 * \sum_{i=1}^k N_i^2 pq / w_i}{\varepsilon^2 N^2 + Z^2 * \sum_{i=1}^k N_i pq}$$



Donde:

n: Tamaño de muestra

N: Total de la población

Z: Nivel de confianza (1.96)

p: Probabilidad de éxito (0.5)

q: Probabilidad de fracaso (0.5)

e: Margen de error muestral (5%)

w: Es el peso asignado al estrato i

$$w_i = \frac{N_i}{N} \quad i = 1,2$$

Entonces reemplazando se tiene:

$$n = \frac{1.96^2 * \left(\left(\frac{147^2 * 0.5 * 0.5}{364} \right) + \left(\frac{217^2 * 0.5 * 0.5}{364} \right) \right)}{0.05^2 * 364^2 + 1.96^2(147 * 0.5 * 0.5 + 217 * 0.5 * 0.5)}$$

$$n = 188$$

$$n_1 = n * \left(\frac{N_1}{N} \right) = 188 * \left(\frac{147}{364} \right) = 75.92 \cong 76$$

$$n_2 = n * \left(\frac{N_2}{N} \right) = 188 * \left(\frac{217}{364} \right) = 112.08 \cong 112$$

El tamaño de muestra será igual a 188 niños.

Tabla 2

Tamaño de muestra por muestreo estratificado

Edad de los niños	Población por IIEE (N)	Muestra (n)
7 años	147	76
8 años	217	112
Total	364	188

Fuente: Elaboración propia



3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.5.1. Técnica

Encuesta: Es una técnica de recolección de datos, utilizados para obtener información de la muestra sobre los niveles de la depresión.

3.5.2. Instrumento

Cuestionario de preguntas: Son un conjunto de preguntas o afirmaciones para con el fin de que sus respuestas nos puedan ofrecer toda la información necesaria para los resultados.

Para la recolección de datos, se realizó una solicitud de autorización para realizar una encuesta a los estudiantes a las II.EE. de la Merced y Tupac Amaru, después de la autorización se compartió el link de la aplicación de formulario Google al grupo de WhatsApp de los estudiantes, para la respectiva encuesta.

3.6. Validez y confiabilidad de instrumentos.

Ficha técnica para medir el nivel de depresión en niños de 7 y 8 años durante la pandemia covid-19 en las II.EE. de la Merced y Tupac Amaru en la ciudad del Cusco – 2021.

Tabla 3

Ficha técnica

Ficha técnica	
Nombre	Inventario de depresión infantil.
Nombre original	CDS. Children's Depression Inventory
Autores	Maria Kovacs
Procedencia	Multi-Health Systems Toronto (Canada)
Adaptación española	Victoria del Barrio y Miguel Ángel Carrasco
Aplicación	Individual y colectiva.
Ámbito de aplicación	Desde los 7 a los 15 años
Duración	Aproximadamente entre 10 y 25 minutos.
Finalidad	Evaluación de sintomatología depresiva.
Baremación	Baremos en 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.
Escala	El punto de corte es de 19, por lo que a partir de esa puntuación se representa depresión: 0 a 18 puntos: Sin sintomatología 19 a 36 puntos: Leve 37 a 54 puntos: Severa

Fuente: *Inventario de depresión infantil Kovacs (2004) (41)*



3.7. Plan de Análisis de datos

Para el plan de análisis de datos se empleó la descripción de los datos. Para tal acción, la información obtenida será procesada con el software SPSS V.25, la cual es usada para procesamiento de datos cuantitativos.

Como los resultados serán descriptivos se hará uso de la estadística descriptiva tales como:

➤ **Distribución de frecuencias**

Valores de la variable x	Frecuencias absolutas f_i	Frecuencias relativas h_i	Frecuencias relativas p_i
x_1	f_1	h_1	p_1
x_2	f_2	h_2	p_2
...
x_k	f_k	h_k	p_k
Total	N	1.00	100.00

Fuente: Elaboración propia

Las frecuencias absolutas relativas y porcentuales poseen, en el caso de variable discreta y continua.

- **Diagrama de barras:** Es la representación gráfica usual para variables cualitativas. Para el caso de variables se construye dibujando sobre la categoría correspondiente un rectángulo con altura igual a la frecuencia. De igual forma es válido para las variables cuantitativas discretas, considerando en el eje de abscisas los valores de la variable en orden creciente en lugar de las categorías, sobre cada valor levantamos una barra de altura igual a la frecuencia.
- **Diagrama de sectores:** Es el más usual en variables cualitativas. Se representan mediante círculos. A cada valor de la variable se le asocia el sector circular proporcional a su frecuencia. Para hallar el ángulo se usa la siguiente proporción: al tener una circunferencia 360° , el cociente entre la frecuencia absoluta (o relativa) total y la frecuencia absoluta (o relativa) que queramos representar será igual al cociente entre los 360° de la circunferencia y el ángulo a determinar, así:

$$\frac{n}{f_i} = \frac{360^\circ}{\alpha} \qquad \frac{1}{h_i} = \frac{360^\circ}{\alpha}$$

Donde α es el ángulo a determinar. Este grafico es recomendable, cuando la variable tiene pocas categorías. (42)



- **Tablas de contingencia:** También conocido como tabla de doble entrada, está compuesta por filas (horizontales), para la información de una variable y columnas (verticales) para la información de otra variable. Estas filas y columnas delimitan celdas donde se vuelcan las frecuencias de cada combinación de las variables analizadas. Se expresan de la siguiente manera:

Tabla 4

Tabla de doble entrada

Variable 1 (X)	Variable 2 (Y)				
	y_1	y_2	...	y_l	n_i
x_1	f_{11}	f_{12}	...	f_{1l}	$f_{1.}$
x_2	f_{21}	f_{22}	...	f_{2l}	$f_{2.}$
...
x_k	f_{k1}	f_{k2}	...	f_{kl}	$f_{k.}$
n_j	$f_{.1}$	$f_{.2}$...	$f_{.l}$	n

Fuente: Adaptado a Manuel Córdoba (2003) (42)



CAPITULO IV

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

4.1. Fiabilidad del instrumento aplicado

Para establecer la fiabilidad del cuestionario, utilizado para conocer los niveles de depresión en niños de 7 y 8 años durante la pandemia covid-19 en las II. EE. de La Merced y Tupac Amaru en la ciudad del Cusco – 2021. Se utilizó la técnica estadística “Índice de consistencia Interna Alfa de Cronbach”, a continuación, se muestra lo que se consideró:

Para lograr el resultado de coeficiente de Alfa de Cronbach, se utilizó el software SPSS, a continuación, se da conocer:

Tabla5

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,795	27

Fuente: *Elaboración propia*

Al observar la tabla de Alfa de Cronbach se puede apreciar que tiene un valor de 0.795 con 27 ítems por lo que se puede afirmar que el instrumento tiene una aceptable fiabilidad al estar aproximado al 1.

4.2. Datos generales

Tabla 6

Frecuencia de genero de niños

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Masculino	119	63,3	63,3	63,3
Femenino	69	36,7	36,7	100,0
Total	188	100,0	100,0	

Fuente: *Elaboración propia*



En la tabla N°6 se observa los resultados para genero (masculino y femenino) de los estudiantes de 7 y 8 años, durante el estudio realizado el 63.30% del total de estudiantes son de género masculino y el 36.70% del total de estudiantes son de género femenino.

Tabla 7
Familia con quien viven los niños

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Papa y Mama	132	70,2	70,2	70,2
Solo un padre o solo madre	52	27,7	27,7	97,9
Otro familiar	4	2,1	2,1	100,0
Total	188	100,0	100,0	

Fuente: *Elaboración propia*

En la tabla N°7 se observa los resultados para los niños que viven con familiar (Papa y Mama, solo un padre o solo madre y otro familiar), durante el estudio realizado el 70.21% del total de los niños encuestados viven con Papá y Mamá, el 27.66% del total de los niños encuestados viven solo con un padre o solo madre y el 2.13% del total de los niños encuestados vive con otro familiar que no son ninguno de los padres.

Tabla 8
Tiempo fuera de casa

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No salgo	15	8,0	8,0	8,0
1 vez al día	128	68,1	68,1	76,1
Solo 1 día a la semana	45	23,9	23,9	100,0
Total	188	100,0	100,0	

Fuente: *Elaboración propia*

Se observa en la tabla N°8 los resultados para los niños que salen un tiempo fuera de casa (No salgo, 1 vez al día y solo 1 día a la semana), durante el estudio realizado el 68.09% del total de los niños encuestados salen fuera de



casa 1 vez al día, el 23.94% del total de los niños encuestados salen fuera solo 1 día a la semana y el 7.98% del total de los niños encuestados no salen fuera de casa.

Tabla 9
Procedencia

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Cusco	174	92,6	92,6	92,6
Fuera de Cusco	14	7,4	7,4	100,0
Total	188	100,0	100,0	

Fuente: *Elaboración propia*

Se observa en la tabla N°9 los resultados para procedencia de los niños (Cusco y fuera de Cusco), durante el estudio realizado el 92.55% del total de los niños encuestados proceden de la ciudad del cusco mientras el 7.45% de los niños proceden que otros lugares o fuera de cusco.

Tabla 10
Zona en la que vive

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Rural (fuera de la ciudad)	13	6,9	6,9	6,9
Urbano (dentro de la ciudad)	175	93,1	93,1	100,0
Total	188	100,0	100,0	

Fuente: *Elaboración propia*

Se observa en la tabla N°10 los resultados de los niños que viven en zona (rural y urbano), durante el estudio realizado el 93.09% del total de los niños encuestados viven en zona Urbana mientras el 6.91% del total de los niños encuestados viven en zona rural.



Tabla 11

Edad de los niños

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
7 años	76	40,4	40,4	40,4
8 años	112	59,6	59,6	100,0
Total	188	100,0	100,0	

Fuente: *Elaboración propia*

Se observa en la tabla N°11 los resultados para edad de los niños (7 años y 8 años), durante el estudio realizado el 59.57% del total de los niños encuestados tiene 8 años mientras el 40.43% del total de los niños encuestados tienen 7 años.

4.3. Resultados por ítems

Tabla 12

Tristeza

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Estoy triste de vez en cuando	152	80,9	80,9	80,9
Estoy triste muchas veces	36	19,1	19,1	100,0
Total	188	100,0	100,0	

Fuente: *Elaboración propia*

Se observa en la tabla N°12 los resultados para tristeza, durante el estudio realizado el 80.9% del total de los niños encuestados indican que están tristes de vez en cuando mientras el 19.1% del total de los niños encuestados indican que están triste muchas veces.



Tabla 13
Desesperanza

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nunca me saldrá nada bien	15	8,0	8,0	8,0
No estoy seguro de si las cosas me saldrán bien	71	37,8	37,8	45,7
Las cosas me saldrán bien	102	54,3	54,3	100,0
Total	188	100,0	100,0	

Fuente: *Elaboración propia*

Se observa en la tabla N°13 los resultados para desesperanza, durante el estudio realizado el 54.3% del total de los niños encuestados indicaron que las cosas me saldrán bien, el 37.8% del total de los niños encuestados indicaron que no estoy seguro de si las cosas me saldrán bien y el 8% del total de los niños encuestados indicaron que nunca me saldrá nada bien.

Tabla 14
Sentimiento de inutilidad

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Hago bien la mayoría de las cosas	136	72,3	72,3	72,3
Hago mal muchas cosas	51	27,1	27,1	99,5
Todo lo hago mal	1	0,5	0,5	100,0
Total	188	100,0	100,0	

Fuente: *Elaboración propia*

Se observa en la tabla N°14 los resultados para sentimiento de inutilidad, durante el estudio realizado el 72.3% del total de los niños encuestados indicaron que hago bien la mayoría de las cosas, el 27.1% del total de los niños encuestados indicaron que hago mal muchas cosas y el 0.5% del total de los niños encuestados indicaron que todo lo hago mal.



Tabla 15
Anhedonia general

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Me divierten muchas cosas	84	44,7	44,7	44,7
Me divierten algunas cosas	103	54,8	54,8	99,5
Nada me divierte	1	0,5	0,5	100,0
Total	188	100,0	100,0	

Fuente: *Elaboración propia*

Se observa en la tabla N°15 los resultados para anhedonia general, durante el estudio realizado el 54.8% del total de los niños encuestados afirmaron que me divierten algunas cosas, el 44.7% del total de los niños encuestados afirmaron que me divierten muchas cosas y el 0.5% del total de los niños encuestados afirmaron que nada me divierte.

Tabla 16
Sentimiento de maldad

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Soy malo siempre	3	1,6	1,6	1,6
Soy malo muchas veces	41	21,8	21,8	23,4
Soy malo algunas veces	144	76,6	76,6	100,0
Total	188	100,0	100,0	

Fuente: *Elaboración propia*

Se observa en la tabla N°16 los resultados para sentimiento de maldad, durante el estudio realizado el 76.6% del total de los niños encuestados indicaron que soy malo algunas veces, el 21.8% del total de los niños encuestados indicaron que soy malo muchas veces y el 1.6% del total de los niños encuestados indicaron que soy malo siempre.



Tabla 17
Pesimismo

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
A veces pienso que me pueden ocurrir cosas malas	83	44,1	44,1	44,1
Me preocupa que me ocurran cosas malas	97	51,6	51,6	95,7
Estoy seguro de que me van a ocurrir cosas terribles	8	4,3	4,3	100,0
Total	188	100,0	100,0	

Fuente: *Elaboración propia*

Se observa en la tabla N°17 los resultados para pesimismo, durante el estudio realizado el 51.6% del total de los niños encuestados indicaron que me preocupa que me ocurran cosas malas, el 44.1% del total de los niños encuestados indicaron que a veces pienso que me pueden ocurrir cosas malas y el 4.3% del total de los niños encuestados indicaron que estoy segura de que me ven ocurrir cosas terribles.

Tabla 18
Odio así mismo

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Me odio	1	0,5	0,5	0,5
No me gusta como soy	38	20,2	20,2	20,7
Me gusta como soy	149	79,3	79,3	100,0
Total	188	100,0	100,0	

Fuente: *Elaboración propia*

Se observa en la tabla N°18 los resultados para los niños sienten odio así mismo, durante el estudio realizado el 79.3% del total de los niños encuestados indicaron que me gusta como soy, el 20.2% del total de los niños encuestados indicaron que no me gusta como soy y el 0.5% del total de los niños encuestados indicaron que me odio.



Tabla 19
Culpabilidad

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Todas las cosas son culpa mía	3	1,6	1,6	1,6
Muchas cosas malas son culpa mía	55	29,3	29,3	30,9
Generalmente no tengo culpa de que ocurran cosas malas	130	69,1	69,1	100,0
Total	188	100,0	100,0	

Fuente: *Elaboración propia*

Según la tabla N°19 los resultados de niños que sienten culpabilidad, se pudieron apreciar que, un 69.1% de la población encuestada respondieron que generalmente no tengo la culpa de que ocurran cosas malas en su hogar, un 29.3% de los niños encuestados manifestaron que muchas de las cosas malas que pasan en su hogar son culpa suya y en menor medida un 1.6% de los niños dieron a entender que todas las cosas que pasan en su hogar son culpa suya.

Tabla 20
Ideación suicida

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No pienso en matarme	174	92,6	92,6	92,6
Pienso en matarme, pero no lo haría	13	6,9	6,9	99,5
Quiero matarme	1	,5	,5	100,0
Total	188	100,0	100,0	

Fuente: *Elaboración propia*

Según la tabla N°20 los resultados de la dimensión ideación suicida se pudo apreciar que, un 92.6% de los niños encuestados opinaron que no piensan en matarse, un 6.9% de la población encuestada manifestaron que piensa en matarse, pero no lo haría y por último en menor medida un 0.5% respondió que quiere matarse.



Tabla 21
Llanto

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Tengo ganas de llorar todos los días	8	4,3	4,3	4,3
Tengo ganas de llorar muchos días	56	29,8	29,8	34,0
Tengo ganas de llorar de vez en cuando	124	66,0	66,0	100,0
Total	188	100,0	100,0	

Fuente: *Elaboración propia*

Según la tabla N°21 los resultados para la dimensión llanto, se puede observar que, en un 66% de la población encuestada, han respondido que tienen ganas de llorar de vez en cuando, un 29.8% del total de niños encuestados indicaron que tienen ganas de llorar muchos los días y por último en menor medida se tiene que el 4.3% de los niños manifestaron que tienen ganas de llorar todos los días.

Tabla 22
Aprensión

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Las cosas me preocupan siempre	13	6,9	6,9	6,9
Las cosas me preocupan muchas veces	71	37,8	37,8	44,7
Las cosas me preocupan de vez en cuando	104	55,3	55,3	100,0
Total	188	100,0	100,0	

Fuente: *Elaboración propia*

Según la tabla N°22 se muestra los resultados para los niños que sienten aprensión, se puede apreciar que, del total de niños un 55.3% manifiestan que las cosas les preocupan de vez en cuando, se observa un 37.8% del total de niños encuestados que indicaron que las cosas les preocupan muchas veces y el 6.9% indican que las cosas les preocupan siempre.



Tabla 23
Reducción del interés social

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Me gusta estar con la gente	92	48,9	48,9	48,9
Muy a menudo no me gusta estar con la gente	90	47,9	47,9	96,8
No quiero estar con gente	6	3,2	3,2	100,0
Total	188	100,0	100,0	

Fuente: *Elaboración propia*

Se observa de acuerdo a la tabla N°23 los resultados en la dimensión reducción de interés social que, el 48.9% de la población encuestada indican que les gusta estar con la gente, un 47.9% del total de niños encuestados manifiestan que muy a menudo no les gusta estar con la gente y por último el 3.2% de los niños encuestados indican que no quieren estar con gente.

Tabla 24
Indecisión

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No puedo decidirme	20	10,6	10,6	10,6
Me cuesta decidirme	129	68,6	68,6	79,3
Decido fácilmente	39	20,7	20,7	100,0
Total	188	100,0	100,0	

Fuente: *Elaboración propia*

Según la tabla N°24 se muestran los resultados para los niños que sienten indecisión, durante el estudio realizado el 68.6% manifestaron que les cuesta decidirme mientras que el 20.7% de los niños encuestados indican que deciden fácilmente y solamente el 10.6% de los niños indican que no pueden decidirse.



Tabla 25
Auto imagen física negativa

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Tengo buen aspecto	131	69,7	69,7	69,7
Hay algunas cosas de mi aspecto que no me gustan	55	29,3	29,3	98,9
Soy feo	2	1,1	1,1	100,0
Total	188	100,0	100,0	

Fuente: *Elaboración propia*

Según la tabla N°25 se observa los resultados para los niños encuestados que sienten una auto imagen física negativa, se observa durante el estudio que el 69.7% del total de niños indican que tienen un buen aspecto, el 29.3% manifiestan que hay algunas cosas de su aspecto que no les gustan y por último en menor parte el 1.1% indican que se sienten feos.

Tabla 26
Desmotivación en realizar las tareas

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Siempre me cuesta ponerme a hacer los deberes	20	10,6	10,6	10,6
Muchas veces me cuesta hacer ponerme a hacer los deberes	117	62,2	62,2	72,9
No me cuesta ponerme a hacer los deberes	51	27,1	27,1	100,0
Total	188	100,0	100,0	

Fuente: *Elaboración propia*

Se observa en la tabla N°26 los resultados para los niños que sienten desmotivación en realizar las tareas, del total de niños encuestados un 62.2% indican que muchas veces les cuesta ponerse a hacer los deberes, el 27.1% indican no les cuesta ponerse a hacer los deberes y el 10.6% manifiestan que siempre les cuesta ponerse a hacer los deberes.



Tabla 27
Disturbio de sueño

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Todas las noches me cuesta dormirme	10	5,3	5,3	5,3
Muchas noches me cuesta dormirme	67	35,6	35,6	41,0
Duermo muy bien	111	59,0	59,0	100,0
Total	188	100,0	100,0	

Fuente: *Elaboración propia*

Se observa según la tabla N°27 los resultados para los niños que sienten disturbio de sueño, durante el estudio realizado el 59% de los niños encuestados indican que duermen muy bien, el 35.6% de los niños encuestados indican que muchas noches les cuesta dormir y el 5.3% del total de niños manifiestan que todas las noches les cuesta dormir.

Tabla 28
Fatiga

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Estoy cansado de vez en cuando	116	61,7	61,7	61,7
Estoy cansado muchos días	67	35,6	35,6	97,3
Estoy cansado siempre	5	2,7	2,7	100,0
Total	188	100,0	100,0	

Fuente: *Elaboración propia*

Se observa en la tabla N°28 los resultados para los niños que sienten fatiga, en el estudio realizado el 61.7% del total de niños encuestados indican que están cansados de vez en cuando, el 35.6% de los niños encuestados manifestaron que están cansados muchos días y el 2.7% de los niños encuestados indican que están cansados siempre.



Tabla 29
Disminución del apetito

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
La mayoría de los días no tengo ganas de comer	16	8,5	8,5	8,5
Muchos días no tengo ganas de comer	52	27,7	27,7	36,2
Como muy bien	120	63,8	63,8	100,0
Total	188	100,0	100,0	

Fuente: *Elaboración propia*

Según la tabla N°29 se observa los resultados para los niños que sienten disminución del apetito, se puede apreciar durante el estudio que el 63.8% del total de niños encuestados manifestaron que comen muy bien, el 27.7% indicaron que muchos días no tienen ganas de comer y por último el 8.5% indicaron que la mayoría de los días no tienen ganas de comer.

Tabla 30
Preocupación somática

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No me preocupa el dolor ni la enfermedad	37	19,7	19,7	19,7
Muchas veces me preocupa el dolor y la enfermedad	117	62,2	62,2	81,9
Siempre me preocupa el dolor y la enfermedad	34	18,1	18,1	100,0
Total	188	100,0	100,0	

Fuente: *Elaboración propia*

Según la tabla N°30 se observa los resultados para los niños que sienten preocupación somática, se pudo apreciar que el 62.2% de la población encuestada señalaron que muchas veces les preocupa el dolor y la enfermedad, el 19.7% del total de niños encuestados indicaron que no les preocupa el dolor ni la enfermedad y el 18.1% de los niños señalaron que siempre les preocupa el dolor y la enfermedad.



Tabla 31
Sentimientos de soledad

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nunca me siento solo	57	30,3	30,3	30,3
Me siento solo muchas veces	129	68,6	68,6	98,9
Me siento solo siempre	2	1,1	1,1	100,0
Total	188	100,0	100,0	

Fuente: *Elaboración propia*

Según la tabla N°31 se observa los resultados para los niños que tienen sentimientos de soledad, se ha podido apreciar del estudio que el 68.6% del total de los niños encuestados indicaron que se sienten solos muchas veces, el 30.3% de los niños encuestados indicaron que nunca se sienten solos y el 1.1% de los niños encuestados señalaron que se sienten solos siempre.

Tabla 32
Anhedonia en el colegio

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nunca me divierto en las clases virtuales	27	14,4	14,4	14,4
Me divierto en las clases virtuales de vez en cuando	121	64,4	64,4	78,7
Me divierto en las clases virtuales muchas veces	40	21,3	21,3	100,0
Total	188	100,0	100,0	

Fuente: *Elaboración propia*

Se observa en la tabla N°32 los resultados para los niños que sienten anhedonia en el colegio, durante el estudio realizado el 64.4% del total de niños encuestados señalaron que se divierten en las clases virtuales de vez en cuando, el 21.3% de los niños encuestados señalaron que se divierten en las clases virtuales muchas veces y el 14.4% de los niños manifestaron que nunca se divierten en clases virtuales.



Tabla 33
Aislamiento social

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Tengo muchos amigos	49	26,1	26,1	26,1
Tengo muchos amigos, pero me gustaría tener más	122	64,9	64,9	91,0
No tengo amigos	17	9,0	9,0	100,0
Total	188	100,0	100,0	

Fuente: *Elaboración propia*

Se observa en la tabla N°33 los resultados para los niños que sienten aislamiento social, se aprecia en el estudio que el 64.9% del total de niños encuestados indicaron que tienen muchos amigos, pero les gustaría tener más, el 26.1% de los niños encuestados señalaron que tienen muchos amigos y el 9% de los niños encuestados manifestaron que no tienen amigos.

Tabla 34
Disminución del rendimiento escolar

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Mi trabajo en las clases es bueno	109	58,0	58,0	58,0
Mi trabajo en las clases no es tan bueno como antes	66	35,1	35,1	93,1
Llevo muy mal la asignatura que antes llevaba bien	13	6,9	6,9	100,0
Total	188	100,0	100,0	

Fuente: *Elaboración propia*

Se observa en la tabla N°35 los resultados para los niños que sienten disminución del rendimiento escolar, se aprecia que el 58% del total de niños encuestados señalaron que su trabajo en las clases es bueno, el 35.1% indicaron que su trabajo en las clases no es tan bueno como antes y el 6.91% manifestaron que lleva muy mal la asignatura que antes llevaba bien.



Tabla 35
Auto imagen negativa

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nunca podre ser tan bueno como otros niños	5	2,7	2,7	2,7
Si quiero puedo ser tan bueno como otros niños	91	48,4	48,4	51,1
Soy tan bueno como otros niños	92	48,9	48,9	100,0
Total	188	100,0	100,0	

Fuente: *Elaboración propia*

Según la tabla N°35 se observa los resultados para los niños que tienen una auto imagen negativa, se pudo apreciar que, un 48.9% de los encuestados respondieron que son tan buenos como otros niños, un 48.4% manifestaron a dicha pregunta realizada que si quieren pueden ser tan bueno como otros niños y finalmente un 2.7% respondieron que nunca podrán ser tan bueno como otros niños.

Tabla 36
Sentimiento de no ser querido

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No estoy seguro de que alguien me quiera	35	18,6	18,6	18,6
Estoy seguro de que alguien me quiere	153	81,4	81,4	100,0
Total	188	100,0	100,0	

Fuente: *Elaboración propia*

Se observa en la tabla N°36 los resultados para los niños que tienen sentimientos de no ser querido, durante el estudio se tuvo que el 81.4% del total de niños encuestados indicaron que están seguros de que alguien los quiere y el 18.6% indicaron que no están seguros de que alguien los quiera.



Tabla 37
Desobediente

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Generalmente hago lo que me dicen	66	35,1	35,1	35,1
Muchas veces no hago lo que me dicen	120	63,8	63,8	98,9
Nunca hago lo que me dicen	2	1,1	1,1	100,0
Total	188	100,0	100,0	

Fuente: *Elaboración propia*

Según la tabla N°37 se observa los resultados para niños desobedientes, se pudo apreciar que, un 63.8% de los encuestados cuando se les formulo la pregunta si son desobedientes respondieron que muchas veces no hacen lo que les ordenan, un 35.1% respondieron que generalmente hago lo que me dicen y finalmente un 1.1% manifestaron que nunca hacen lo que les ordenan.

Tabla 38
Problemas interpersonales

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Me llevo bien con la gente	125	66,5	66,5	66,5
Me peleo muchas veces	63	33,5	33,5	100,0
Total	188	100,0	100,0	

Fuente: *Elaboración propia*

Según la tabla N°38 se observa los resultados para niños con problemas interpersonales, se pudo apreciar que, un 66.5% de los entrevistados respondieron que se llevan bien con la gente y un 33.5% manifestaron que se pelean muchas veces con otras personas.



4.4. Resultados por dimensiones (objetivo específico)

4.4.1. Dimensión estado de ánimo disfórico

Tabla 39

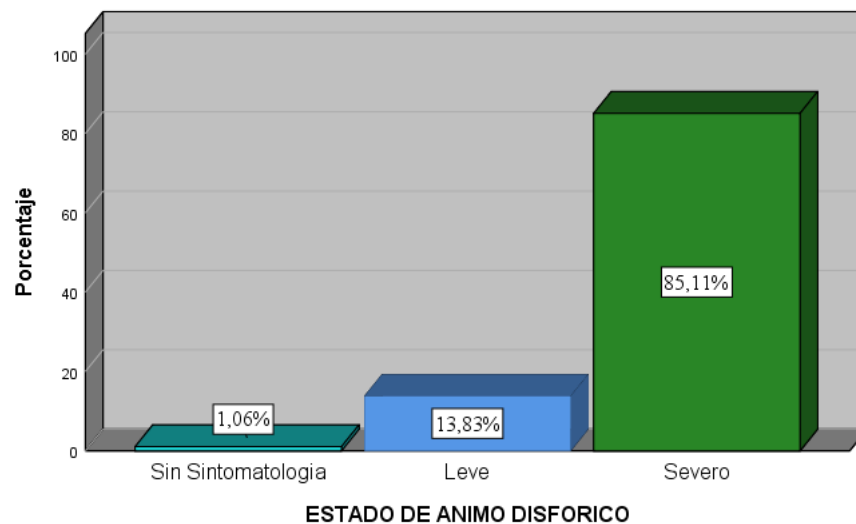
Estado de ánimo disfórico

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sin Sintomatología	2	1,06	1,06	1,06
Leve	26	13,83	13,83	14,89
Severo	160	85,11	85,11	100,00
Total	188	100,00	100,00	

Fuente: *Elaboración propia*

Figura 1

Diagrama de barras para estado de ánimo disfórico



Fuente: *Elaboración propia*

Según la tabla N°39 se observa la dimensión estado de ánimo disfórico y figura N°1 se pudo apreciar que, un 85.11% de los niños encuestados de las instituciones educativas La Merced y Tupac Amaru según el grado de estado de ánimo disfórico presentaron un nivel severo seguido del 13.83% de los niños se encuentran en un nivel leve y finalmente en una menor medida un 1.06% se encuentra sin sintomatología.



4.4.2. Dimensión autoestima negativa o autodesprecio

Tabla 40

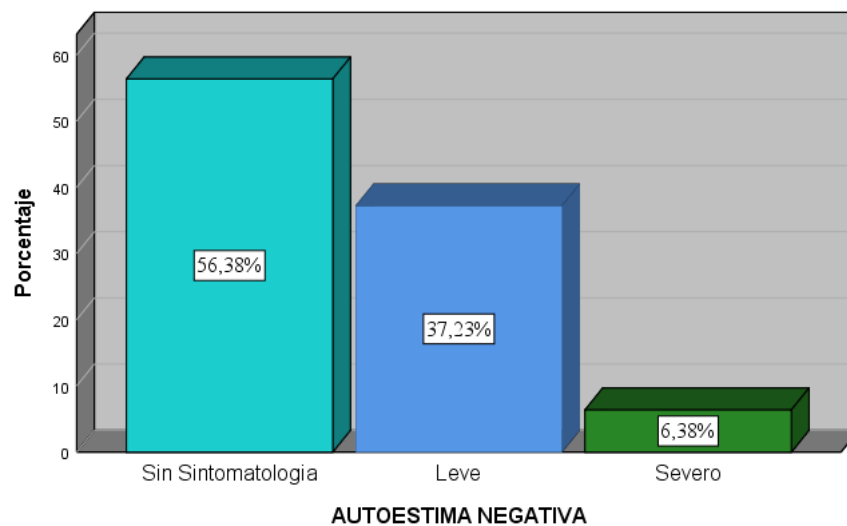
Autoestima Negativa

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sin Sintomatología	106	56,38	56,38	56,38
Leve	70	37,23	37,23	93,61
Severo	12	6,38	6,38	100,00
Total	188	100,00	100,00	

Fuente: *Elaboración propia*

Figura 2

Diagrama de barras para autoestima negativa



Fuente: *Elaboración propia*

De acuerdo a la tabla N°40 y la figura N°2 de los resultados para dimensión autoestima propia, se tiene que un 56.38% del total de la población encuestada manifestaron que están en un nivel sin sintomatología de autoestima negativa o autodesprecio, un 37.23% del total de niños encuestados presenta una autoestima negativa de nivel leve y solamente el 6.38% del total de niños encuestados presenta una autoestima negativa de nivel severo.



4.5. Depresión infantil (objetivo general)

Tabla 41

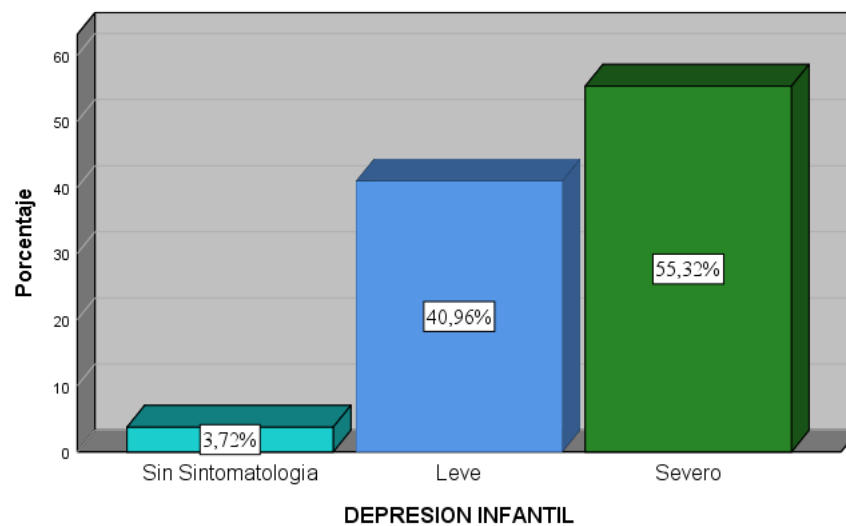
Depresión Infantil

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sin Sintomatología	7	3,72	3,72	3,72
Leve	77	40,96	40,96	44,68
Severo	104	55,32	55,32	100,00
Total	188	100,00	100,00	

Fuente: *Elaboración propia*

Figura 3

Diagrama de barras para depresión infantil



Fuente: *Elaboración propia*

Se observa de la tabla N°41 y la figura N°3 de acuerdo a la dimensión de depresión infantil, se puede apreciar que el 55.32% de los niños que se han encuestado en las instituciones educativas La Merced y Tupac Amaru manifiestan que su grado de depresión está en un nivel severo, el 40.96% del total de niños encuestados presenta un grado depresivo en un nivel leve y el 3.72% de los niños encuestados indicaron que se encuentran en un nivel sin sintomatología (no presentaron depresión).



Tabla 42

Edad de los niños y depresión infantil

	Depresión Infantil							
	Sin Sintomatología		Leve		Severo		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
7 años	4	5,26%	25	32,89%	47	61,84%	76	100,00%
Edad 8 años	3	2,68%	52	46,43%	57	50,89%	112	100,00%
Total	7	3,72%	77	40,96%	104	55,32%	188	100,00%

Fuente: *Elaboración propia*

Se observa en la tabla N°42 edad de los niños (7años y 8 años) y depresión infantil, se puede apreciar que del 100% de niños con 7 años presentan el 61.84% depresión de grado severo seguido del 32.89% con depresión de grado leve y 5.26% no presentan depresión. Del 100% de niños con 8 años presentan el 50.89% nivel de depresión infantil de grado severo seguido del 46.43% nivel de depresión infantil de grado leve y por último el 2.68% de niños presentan sin sintomatología (es decir no presentan depresión). Mas del 50% de los niños ya sea de 7 años o 8 años presentan un nivel de depresión infantil de grado severa.

Tabla 43

Procedencia de Institución Educativa y depresión infantil

	Depresión Infantil							
	Sin Sintomatología		Leve		Severo		Total	
	N	%	n	%	n	%	n	%
La Merced	0	0,00%	36	51,43%	34	48,57%	70	100%
Colegio Tupac Amaru	7	5,93%	41	34,75%	70	59,32%	118	100%
Total	7	3,72%	77	40,96%	104	55,32%	188	100%

Fuente: *Elaboración propia*

Se observa en la tabla N°43 por procedencia de Institución Educativa (La Merced y Tupac Amaru) y depresión infantil, se puede apreciar que del 100% de estudiantes de la Institución Educativa Tupac Amaru el 59.32% presentan depresión de grado severo seguido del 34.75% de depresión de grado leve y



5.93% no presentan depresión. Del 100% de estudiantes de la Institución Educativa La Merced presentan el 51.43% depresión infantil de grado leve seguido del 48.57% de depresión infantil de grado severo. El cual indica que los niños en mayor porcentaje presentan depresión infantil en ambas Instituciones Educativas.



CAPITULO V

DISCUSIÓN

5.1. Descripción de los hallazgos más relevantes y significativos

Los hallazgos más relevantes y significativos de la investigación fueron:

- En cuanto a las características sociales, que cuenta con un 63.30% de niños, seguido de un 36.70% de niñas, y el 59.57% tiene 8 años seguido del 40.43% que tiene 7 años. El 70.21% conviven con papá y mamá, mientras que el 27.66% vive con solo uno de los padres. El 92.6% procede de Cusco y por otro lado el 7.45% proviene de fuera de Cusco. En cuanto a la zona donde habitan; el 93.09% vive en zona urbana y el 6.91% vive en zona rural.
- Se apreció que los niños de 7 y 8 años durante la pandemia covid-19 en las II.EE. de La Merced y Tupac Amaru en la ciudad del Cusco presentan niveles de depresión severa ya que el 55.3 % de los encuestados muestran dicho nivel, todo esto se debe a que los estudiantes no están preparados para las clases virtuales debido al confinamiento de la pandemia de COVID-19.
- En cuanto al estado de ánimo disfórico se pudo apreciar que los niños de 7 y 8 años durante la pandemia COVID-19 presentan niveles severos ya que el 85.11 % menciona que el confinamiento de la pandemia afecto los estados disfóricos, por otro lado, el 13.8% de los encuestados presentan niveles leves de estado anímico disfórico.
- Otro hallazgo relevante y significativo que se pudo encontrar fue que, del total de los niños encuestados el 56.4% no presentan autoestima negativa, sin embargo, el 37.2% de los encuestados presentan un nivel leve de autoestima negativa, estos resultados están influenciados por el confinamiento de la pandemia del COVID-19 que afecto a nivel mundial.

5.2. Limitaciones de estudio

El estudio presentó limitaciones en la unidad de análisis, no se debe entender como una falta de acceso a estos, se presenta esta limitación, porque,



al trabajar con niños, se tiene un problema en los datos generados de estos, al ser inestables y sesgada, en ocasiones no muestran un patrón establecido, además que los resultados provenientes de niños solo podrían ser útiles para caracterizar a la muestra analizada.

Otra limitación se da en la aplicación del instrumento de investigación, ya que por más el instrumento desarrollado sea el mejor del mundo, la aplicación de esta no presentará altos niveles de confiabilidad (esto a pesar de que los estadísticos pudieran decir lo contrario) uno de los mejores mecanismos de análisis para este tipo de unidades de estudio sería, la observación, lo cual pueden implicar tiempo; además de pruebas psicológicas aplicando imágenes abstractas adecuadas para niños.

La aplicación de instrumentos ya validados, también se consideran como limitación, a nivel estadísticos, ya que le da rigidez de análisis. Usar instrumentos de investigación ya validados, puede ser muy satisfactorio en algunos casos, sobre todo para medir variables técnicas o cuantitativa, pero cuando las variables son cualitativas tiene una naturaleza muy diversa, además que son muy susceptibles a cuestiones contextuales de entorno, por lo que no es conveniente usarlas tal cual fueron diseñadas originalmente, podrían ser usadas siempre y cuando sean adecuadas o darle cierta flexibilidad en el procesamiento y análisis estadístico.

5.3. Comparación crítica con la literatura existente

En la presente investigación que lleva por objetivo determinar los niveles de depresión en niños de 7 a 8 años en confinamiento durante la pandemia del COVID-19 en las IIEE de La Merced y Tupac Amaru en la ciudad del Cusco-2021; los resultados que se presentan en la tabla N°40 nos muestran que los niños de las instituciones educativas antes mencionadas, un porcentaje mayor del 55.3% presenta niveles de depresión severo la cual fue afectado por el confinamiento de la pandemia. Dato a ser contrastado con el estudio de Pucachaqui (2017) intitulado "*Niveles de depresión infantil en niños/as de 7 a 11 años víctimas de abuso sexual atendidos en el departamento de psicología de la DINAPEN de la ciudad de Quito de octubre 2016 a enero 2017*" llegó a los resultados que el 13.33% de los encuestados presentan depresión grave y el



6.67% tiene depresión leve. Los resultados obtenidos en ambas investigaciones no presentan similitud debido a que son dos contextos distintos, por un lado, la depresión en los niños de las II.EE. de La Merced y Tupac Amaru en la ciudad del Cusco son severos ya que el confinamiento del COVID – 19 fue una pandemia que nadie se lo esperaba y que los niños tendrían que cambiar su forma de vivir, cambiar el desarrollo de sus actividades académicas y el desarrollo de su vida cotidiana.

En la presente investigación que tuvo como objetivo específico uno; describir el estado de ánimo disfórico en niños de 7 a 8 años en confinamiento durante la pandemia del COVID-19 en las II.EE. de la Merced y Tupac Amaru en la ciudad del Cusco-2021. Donde los resultados obtenidos fueron que el 85,1% de los niños encuestados presentan estados de ánimo disfórico a nivel severo, el 13.8% presentan nivel leve de estado disfórico y el 1.1% de los alumnos no presentan sintomatología alguna de estados de ánimo disfórico. Información al ser comparado con el estudio de Auqui July (2017) que lleva por título “*Sintomatología depresiva en estudiantes 4° de secundaria de una institución educativa privada de lima norte*” llegó a los resultados que el 57.1% de los estudiantes refiere que tiene un nivel alto estado disfórico, seguido por 30.3% que tiene un nivel moderado, y 12.6% tiene un nivel bajo del ánimo disfórico. Los resultados obtenidos en ambos estudios presentan similitudes ya que los niños de ambos contextos presentan niveles altos o severos de estados de ánimos disfóricos; dichos resultados se dieron debido a que la actualidad los estudiantes no están muy acostumbrados a la educación virtual ya que el uso de la tecnología incide en la desconcentración por cualquier factor distractor que pueda encontrar en los medios digitales.

En la presente investigación que tuvo como objetivo específico dos; describir la autoestima negativa o autodesprecio en niños de 7 a 8 años en confinamiento durante la pandemia del COVID-19 en las II.EE. de la Merced y Tupac Amaru en la ciudad del Cusco-2021. Donde los resultados obtenidos fueron que el 56,4% de los niños encuestados no presentan sintomatología de autoestima negativa o autodesprecio y el 37.2% presentan un nivel leve de autodesprecio o autoestima negativa. Información al ser comparado con el estudio de Enciso y Rodrieguez (2020) que lleva por título “*Violencia familiar y depresión infantil en estudiantes del nivel primario en el distrito de Jesús*



Nazareno Ayacucho, 2020” llegó a los resultados que el 37.1% de los encuestados presentan un autodesprecio mínimo.

5.4. Implicaciones del estudio

El estudio es preponderante porque implica estudiar variables que están relacionadas con problemas psicológicos, como lo son las enfermedades modernas, lo cual se refiere a cuestiones de salud mental, un diagnóstico de cómo se encuentran en aspectos como la depresión, niveles de pesimismo, odio, apertura social y demás indicadores que son medidos en esta investigación son de suma importancia, por las implicancias que tiene estas a futuro desarrollo de la personalidad y valores de una persona. Teniendo mapeado todas estas características cada familia o instituciones pueden establecer mecanismos para mejorar o combatir bajos niveles, por ejemplo, de habilidades sociales que tan necesarias son en estas épocas.

El estudio también implica el análisis de una población etaria de entre 7 a 8 años, una etapa de formación de habilidades sociales, intelectuales, morales, etc. por lo que estudiar este grupo de edad es transcendental por sus implicancias sociales positivas, es decir, que al tratar estos indicadores y descubrir aspectos psicológicos, personales y sociales de niños de entre 7 y 8 años, se puede llevar a cabo cambios generaciones a favor del desarrollo social. Al entender de mejor manera sus dificultades y falencias se tiene un amplio espectro de comprensión lo cual es muy útil a la hora de crear políticas estrategias.



CONCLUSIONES

Primera: Los niños de 7 a 8 años de las Instituciones Educativas La Merced y Tupac Amaru en el confinamiento durante la pandemia del COVID-19 de la ciudad del Cusco-2021, presentaron un 55.32% de nivel de depresión de grado severo, seguido del 40.96% de nivel de depresión de grado leve finalmente con menor medida el 3.72% de los niños se encuentran en un nivel sin sintomatología, es decir, no presentaron depresión durante el estudio realizado.

Segunda: El estado de ánimo disfórico en los niños de 7 a 8 años de las instituciones educativas La Merced y Tupac Amaru en el confinamiento durante la pandemia del COVID-19 de la ciudad del Cusco-2021, se presentó que el 85.11% de niños se encuentran dentro del estado de ánimo disfórico de grado severo, seguido con el 13.83% del estado de ánimo disfórico de grado leve, finalmente el 1.06% de los niños encuestados indicaron un estado de ánimo disfórico sin sintomatología.

Tercera: La autoestima negativa o autodesprecio en los niños de 7 a 8 años en las instituciones educativas La Merced y Tupac Amaru en el confinamiento durante la pandemia del COVID-19 de la ciudad del Cusco-2021 fue, el 56.38% de los niños presentaron una autoestima negativa o autodesprecio sin sintomatología (no tienen una autoestima negativa) seguido del 37.23% de los niños presentaron una autoestima negativa leve, y finalmente el 6.38% de los niños encuestados presentaron una autoestima negativa de grado severo.



RECOMENDACIONES

Primera: Se recomienda a las autoridades educativas realizar convenios con centros de salud, para que puedan realizar charlas y ayudar a los niños(as) con depresión severa puesto que, en el presente estudio, más de la mitad de los niños presentaron síntomas de depresión severa. De igual forma los padres deben de recibir capacitaciones con respecto a la depresión en niños para que puedan ayudar a sus hijos cuando presentan síntomas de depresión.

Segunda: Las instituciones educativas de La Merced y Tupac Amaru, deben promover programas de salud mental y apoyo psicosocial para los niños(as) y los padres de familia en todos los lineamientos, protocolos y documentos normativos durante el COVID-19.

Tercera: Realizar charlas de autoestima para los niños(as) de manera creativa y a los padres enseñarles a criar en amor, tener buena comunicación entre padre e hijo(a) y apoyar a enfrentar sus miedos a los hijos.



BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Panamericana de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. [Online].; 2017 [cited 2017 Marzo 30. Available from: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13102:depression-lets-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health&Itemid=1926&lang=es.
2. Pinedo X. Ansiedad y depresión: los trastornos de salud mental más diagnosticados en adolescentes. Ojo Público. 2021 Octubre: p. 10.
3. Gestión. En 50% creció el número de niños y adolescentes deprimidos en pandemia, alerta EsSalud. Gestión. 2021 Abril: p. 11.
4. Pucachaqui D. Niveles de depresión infantil en niños/as de 7 a 11 años víctimas de abuso sexual atendidos en el departamento de psicología de la DINAPEN de la ciudad de Quito de octubre 2016 a enero 2017. Quito: Universidad Central del Ecuador ; 2017.
5. Guerrero G. Midiendo el impacto de la COVID -19 en los niños y niñas menores de seis años en América Latina. Primera ed. Panama: Dialogo interamericano; 2021.
6. Mangué J, Muñoz R, López L, Padilla D, Inmaculada M. Implicaciones del confinamiento infantil durante la crisis Covid-19: consideraciones clínicas y propuestas futuras. Clinica Contemporaneo. 2020;(11-2).
7. Rodríguez Brayam. Factores asociados Al Estado Depresivo En Niños Hospitalizados Del Servicio De Pediatría Del Hospital Honorio Delgado Espinoza De Arequipa. 2019. Tesis de pregrado. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín, Departamento de Medicina; 2019.



8. Auqui J. Sintomatología depresiva en estudiantes 4° de secundaria de una Institución Educativa Privada de Lima Norte. Tesis de Pregrado. Lima: Universidad privada del norte, Departamento de Psicología; 2019.
9. Enciso Y, Rodriguez A. Violencia familiar y depresión infantil en estudiantes del nivel primario en el distrito de Jesús Nazareno Ayacucho,2020. Tesis de Pregrado. Lima: Universidad Cesar Vallejo, Departamento de Psicología; 2020.
10. Borrero J. Adaptación del inventario de depresión infantil de kovacs en estudiantes de 9 a 15 años de la I.E.E. Ricardo Palma De Surquillo. Tesis de Postgrado. Lima: Universidad Nacional Federico Villarreal, Departamento de posgrado; 2018.
11. Irigoín S. Maltrato infantil intrafamiliar y depresión en niños de sexto grado A, B y C de la Institución Educativa Primaria N° 10112 de Lambayeque, 2019. tesis de pregrado. Chiclayo: Universidad Católica los Angeles Chimbote, Departamento de Psicología; 2019.
12. Veytia M. Depresión en adolescentes, factor de vulnerabilidad cognitiva. Primera ed. Latina CdlECdA, editor. Coyoacán: Editorial Torres Asociados; 2017.
13. Chávez K, Tena E. Depresión: Manual de intervención grupal en habilidades sociales Ciudad de México : Editorial El Manual Moderno S.A. de C.V. ; 2018.
14. Salud OMDI. Depresión y otros trastornos mentales comunes, estimaciones sanitarias mundiales. Primera ed. Suiza : Organización Panamericana de la Salud ; 2017.



15. Centros de Integración Juvenil , A.C. Ansiedad y depresión como factores de riesgo en el inicio temprano del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas. Primera ed. López M, Mejía C, Vargas M, editors. Ciudad de México: Cenyto de Integración Juvenil, A.C.; 2018.
16. Segal Z, Williams M, Teasdale J. Terapia cognitiva basada en el mindfulness para la depresión. Primera ed. Barrio P, Van K, Padilla A, Fernández E, editors. Barcelona : Editorial Kairos ; 2017.
17. Sista. Depresión infantil, guía para acabar con el enemigo. Segunda ed. Sista , editor. México D.F. : Editorial Sista S.A. ; 2017.
18. Salavera C. Psicopatología en educación infantil, casos prácticos. Primera ed. Valdés M, editor. Madrid : Dykinson, S.L. ; 2021.
19. Martínez J, Expósito A. Gestión administrativa y administración pública sanitaria. Primera ed. Quesada E, López F, editors. Almería : Editorial ACCI ; 2018.
20. Hockenberry M, Wilson D, Rodgers C. Enfermería Pediátrica. Décima ed. Wong EP, editor. Barcelona : Elsevier ; 2020.
21. Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e igualdad. Guía de práctica clínica sobre la depresión mayor en la infancia y adolescencia. Actualización. tercera ed. ACIS , editor. MADRID: Tórculo Comunicación Gráfica S.A. ; 2018.
22. Caballero N, Gálvez L. Manual de intervenciones cognitivo-conductuales aplicadas a enfermedades crónicas. Primero ed. Morales J, Ramos E, Frausto E, editors. Ciudad de México : Editorial el Manual Moderno ; 2019.



23. Pérez A, Antón P. Estudio multidisciplinar sobre interferencias parentales. Primera ed. Perez A, editor. Madrid : Dykinson, S.L.; 2019.
24. Valdes N. Mas allá del llanto y del dolor. Primera ed. Lake C, editor. Estados Unidos : Page Publishing, INC. ; 2020.
25. Quindt N. Motivación instantánea y autoestima definitiva. Primera ed. Quindt N, editor. Buenos Aires : Archivo digital ; 2015.
26. Barroilhet S, Risco L, Vieta E, Silva H, Colom F, Trapp A, et al. Cuestionario de estado disfórico: Evaluación de la versión piloto. Revista de Trastornos del Ánimo. 2007; III(15-26).
27. Sanchez A, De la fuente V. COVID-19 cuarentena, aislamiento, distanciamiento social y confinamiento ¿son lo mismo? Universidad Privada del Norte. 2020 mayo.
28. Herrera M. Elementos conceptuales y tendencias investigativas en la depresion infantil. Encuentros. 2012 enero a julio ; 10(1).
29. Borrero J. Adaptación del inventario de depresión infantil de kovacs en estudiantes de 9 a 15 años de la I.E.E. Ricardo Palma De Surquillo. Lima: Universidad Nacional Federico Villarreal; 2018.
30. Cardozo L. Depresión infantil: Aproximación al diagnóstico, técnicas de evaluación y tratamiento. Montevideo: Universidad de la República de Uruguay; 2019.
31. Pérez H. <https://alternativas.me>. [Online].; 2019. Available from: <https://alternativas.me/attachments/article/190/2.%20Autoestima,%20teor%C3%ADas%20y%20su%20relaci%C3%B3n%20con%20el%20%C3%A9xito%20personal.pdf>.



32. Nachar R, Paz C, Mena C, Alfonso G. Aspectos de Basicos del Examen Mental: Universidad Finis Terrae; 2018.
33. Juárez S. Culpa y castigo. Una explicación psicoanalítica. Vida científica. 2014; II(4).
34. Morgestein W. El concepto de Interés Social y su impacto en el derecho de sociedades colombiano. Mercatoria. 2011; X(2).
35. Petrozzi B. Fatiga: historia, neuroanatomía y características psicopatológicas. Una revisión de la literatura. Neuropsiquiatr. 2018; 81(3): p. 174-182.
36. Presa M. La Anhedonia en la Depresión. Tesis doctoral. Alcalá: Universidad de Alcalá, Ciencias de la salud; 2021.
37. Gené J, Comice P, Belchin A, Erdozain M, Cáliz L, Torres S, et al. Perfiles de soledad y aislamiento social en población urbana. Atención primaria. 2020; 52(4): p. 224-232.
38. Lozano R. Maldad, perversión y sadismo: Una perspectiva social. . Alternativas en psicología. 2021;(47): p. 48-57.
39. Hernandez R, Fernandez C, Baptista P. Metodología de la investigación Mexico: McGrawHill; 2014.
40. Supo J, Hector Z. Metodología de la investigación científica. Tercera ed. Jose , Hector , editors. Arequipa: Bioestadístico EEDU EIRL; 2020.
41. Kovacs M. Inventario de depresión Infantil Toronto: TEA Ediciones S.A; 2004.
42. Cordova M. Estadística Descriptiva e Inferencial. Quinta ed. Lima: Moshera S.R.L; 2003.



43. Beck A, Rush J, Shaw B, Emery G. Terapia cognitiva de la depresión
Bilbao: Desclee de Brouwer; 2010.
44. Pucachaqui D. Niveles de depresión infantil en niños/as de 7 a 11 años
víctimas de abuso sexual atendidos en el departamento de psicología de
la DINAPEN de la ciudad de Quito de octubre 2016 a enero 2017. Tesis de
pregrado. Quito: Universidad Central del Ecuador, Departamento
Psicología Infantil y Psicorrehabilitación; 2017.
45. Alvarado Y. Nivel de depresión y sus factores de riesgo, en estudiantes de
8 A 10 años de la escuela de Educación Básica "Ciudad de Loja", periodo
enero- agosto del 2016. Tesis Pregrado. Loja: Universidad Nacional De
Loja, Medicina; 2017.
46. Becerra A, Vega L. Prevalencia y factores de riesgo asociados a la
depresión infantil en estudiantes de 7 a 12 años del Colegio Rural Guillermo
Suarez Díaz del Municipio de Socorro, Santander. tesis pre grado.
Bucaramanga: Universidad Autónoma de Bucaramanga Extensión
Unisangil, Programa de Psicología; 2020.
47. Yáñez , Avendaño B, Rozo M, Barraza L, Gutiérrez D, Sánchez. Análisis
psicométrico del Children's Depression Inventory-Short y porcentaje de
niños y niñas colombianos con síntomas depresivos. Cultura, Educación y
Sociedad. 2017 Enero; 8(25-42).
48. Mantilla L, Sabalza LdP, Díaz L, Campo. Prevalencia de sintomatología
depresiva en niños y niñas escolares de Bucaramanga, Colombia. Revista
Colombiana de Psiquiatría. 2004; xxxiii(2).



49. Fernández. 2020: Estudiantes, emociones, salud mental y pandemia.

Revista Andina De Educación. 2021.



ANEXOS



A. Matriz de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	METODOLOGÍA
<p>Problema general ¿Cómo son los niveles de depresión en niños de 7 a 8 años en confinamiento durante la pandemia del COVID-19 en las IIEE de la Merced y Tupac Amaru en la ciudad del Cusco- 2021?</p>	<p>Objetivo general Describir los niveles de depresión en niños de 7 a 8 años en confinamiento durante la pandemia del COVID-19 en las IIEE de la Merced y Tupac Amaru en la ciudad del Cusco-2021</p>	Depresión	Estado de ánimo disfórico	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Tristeza ➤ Anhedonia general ➤ Sentimiento de maldad ➤ Odio así mismo ➤ Culpabilidad ➤ Ideación suicida ➤ Llanto ➤ Reducción del interés social ➤ Disturbio de sueño ➤ Fatiga ➤ Disminución del apetito ➤ Sentimientos de soledad ➤ Anhedonia en el colegio ➤ Aislamiento social ➤ Sentimiento de no ser querido ➤ Problemas interpersonales 	<p>Tipo: Básico Nivel: Descriptivo Enfoque: Cuantitativo Diseño: No experimental</p> <p>POBLACIÓN Y MUESTRA 196 estudiantes de la I.E. de la Merced y 168 de la IE Tupac Amaru de la ciudad del Cusco en total es 364.</p> <p>TÉCNICAS INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS Técnica</p> <ul style="list-style-type: none"> • Encuesta Instrumento • Cuestionario de preguntas (Inventario de depresión infantil (CDI))
<p>Problemas específicos:</p>	<p>Objetivos específicos:</p>				
<p>1) ¿Como es el estado de ánimo disfórico en niños de 7 a 8 años en confinamiento durante la pandemia del COVID-19 en las IIEE de la Merced</p>	<p>1) Describir el estado de ánimo disfórico en niños de 7 a 8 años en confinamiento durante la pandemia del COVID-19 en las IIEE de la Merced y</p>				



<p>y Tupac Amaru en la ciudad del Cusco- 2021?</p> <p>2) ¿Cómo es la autoestima negativa o autodesprecio en niños de 7 a 8 años en confinamiento durante la pandemia del COVID-19 en las IIEE de la Merced y Tupac Amaru en la ciudad del Cusco- 2021?</p>	<p>Tupac Amaru en la ciudad del Cusco- 2021.</p> <p>2) Describir la autoestima negativa o autodesprecio en niños de 7 a 8 años en confinamiento durante la pandemia del COVID-19 en las IIEE de la Merced y Tupac Amaru en la ciudad del Cusco- 2021.</p>		<p>Autoestima negativa o autodesprecio</p>	<ul style="list-style-type: none">➤ Desesperanza➤ Sentimiento de inutilidad➤ Pesimismo➤ Aprensión➤ Indecisión➤ Auto imagen física negativa➤ Desmotivación en realizar las tareas➤ Preocupación somática➤ Disminución del rendimiento escolar➤ Auto imagen negativa➤ Desobediente	<p>MÉTODOS DE ANÁLISIS DE DATOS:</p> <p>Para el procesamiento de datos se utilizará el paquete de SPSS-25 para el análisis cuantitativo.</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	---------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------