

UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA



TESIS

**MALTRATO INFANTIL Y NIVELES DE DEPRESION EN ADOLESCENTES EN LA
INSTITUCIÓN EDUCATIVA No. 0003 “NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN”,
SAN MIGUEL, LIMA 2018**

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE PSICÓLOGA

**Presentado por la Bachiller:
Carmen Rosa Verástegui Rojas**

HUANCAYO, PERÚ

2019

ASESOR:
MG. PS. NILTON DAVID VILCHEZ GALARZA

DEDICATORIA

La presente investigación le dedico de manera muy especial a mi hermano Carlos por sus consejos, constante motivación y apoyo incondicional para concretar este anhelado propósito.

AGRADECIMIENTO

En primer lugar mi agradecimiento infinito a Dios por permitirme en la culminación de la presente tesis, y a mi madre, que a pesar que no se encuentra conmigo, fue la que siempre con su gran entusiasmo caló en mí el gran sentido de responsabilidad, vehemencia en las decisiones tomadas y conclusión de proyectos, para lograr los objetivos trazados, a quien nunca olvidaré por el inmenso amor que me prodigó.

Así mismo, expresar mi reconocimiento a la Universidad Peruana Los Andes – UPLA, en particular a la Facultad de Ciencias de la Salud y a la Carrera de Psicología, que a través de sus Docentes Universitarios impartieron conocimientos y experiencias de contenido intelectual y práctico relativo a la carrera.

Igualmente, deseo expresar mi profundo agradecimiento a mi Asesor por los alcances profesionales brindado para la conclusión de la presente tesis.

De igual modo, manifestar a los Directores de la Institución Educativa No. 0003, “Nuestra Señora Del Carmen”, del Distrito de San Miguel, Lima, mi gratitud por brindarme todas las facilidades para la realización del estudio, así también, al Mg. Ps. César Augusto Candela Linares por su gran apoyo incondicional, como a todas las personas que de alguna manera u otra participaron en su concreción.

CONTENIDO

CARÁTULA	i
ASESOR	ii
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
CONTENIDO	v
CONTENIDO DE TABLAS	ix
CONTENIDO DE GRÁFICOS	xi
RESUMEN	xii
ABSTRACT	xiii
INTRODUCCIÓN	xiv

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1. Planteamiento del problema.....	1
1.2. Formulación del problema	7
1.2.1. Problema general.....	7
1.2.2. Problemas específicos.....	7
1.3. Objetivos.....	7
1.3.1. Objetivo general.....	7
1.3.2. Objetivos específicos.....	8
1.4. Justificación e importancia del estudio	8
1.4.1. Teórica.....	8

1.4.2. Social	9
1.4.3. Metodológica.....	10
1.4.4. Importancia del Estudio.....	12

CAPITULO II
MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del estudio.....	13
2.2. Bases teóricas.....	21
2.3. Definición de términos básicos.....	66
2.4. Hipótesis de investigación.....	68
2.4.1. Hipótesis General.....	68
2.4.2. Hipótesis Específicos.....	69
2.5. Variables de Investigación.....	69
2.5.1. Variable 1	69
2.5.2. Variable 2.....	70
2.5.3. Operacionalización de variables	70

CAPITULO III
METODOLOGIA

3.1. Tipo, nivel de investigación	71
3.2. Diseño de la investigación	71
3.3. Lugar y período de ejecución	72

3.4. Población y muestra	73
3.5. Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos	74
3.6. Validación de los instrumentos y proceso de recolección de datos	77
3.7. Procesamiento de datos	81
3.8. Análisis estadístico: Descriptivo e inferencial.....	82

CAPITULO IV

RESULTADOS

4.1. Presentación de resultados en tablas y gráficos	83
4.2. Procesamientos para probar la hipótesis.....	92

CAPITULO V

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

5.1. Discusión	97
----------------------	----

CAPITULO VI

- CONCLUSIONES	100
- RECOMENDACIONES	101
- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	102

- INDICE DE ANEXOS.....	113
Anexo No. 1: Matriz de consistencia	114
Anexo No. 2: Operacionalización de variable 1 y variable 2.....	115
Anexo No. 3: Instrumentos de recolección de datos.....	117
Anexo No. 4: Proceso de validación y confiabilidad de instrumentos.....	119
Anexo No. 5: Base de datos.....	123
Anexo No. 6: Validación de Expertos	131
Anexo No. 7: Carta de presentación y aceptación para recoger datos.....	137
Anexo No. 8: Asentimiento informado del menor de edad.....	139
Anexo No. 9: Evidencias fotográficas.....	140

CONTENIDO DE TABLAS

<i>TABLA No.1: Resultados de los niveles de maltrato infantil en adolescentes en la Institución Educativa No. 0003 “Nuestra Señora del Carmen”, San Miguel, Lima 2018.....</i>	<i>83</i>
<i>TABLA No.2: Resultado de los niveles de depresión en los adolescentes de la Institución Educativa No.0003 “Nuestra Señora del Carmen”, San Miguel, Lima 2018....</i>	<i>84</i>
<i>TABLA No.3: Resultado de los niveles de la dimensión maltrato psicológico del maltrato infantil en adolescentes en la Institución Educativa N°. 0003 “Nuestra Señora del Carmen”, San Miguel, Lima 2018.....</i>	<i>85</i>
<i>TABLA No.4: Resultado de los niveles de la dimensión maltrato físico del maltrato infantil en adolescentes en la Institución Educativa N°. 0003 “Nuestra Señora del Carmen”, San Miguel, Lima 2018.....</i>	<i>86</i>
<i>TABLA No.5: Resultado de los niveles de la dimensión maltrato sexual del maltrato infantil en adolescentes en la Institución Educativa N°. 0003 “Nuestra Señora del Carmen”, San Miguel, Lima 2018.....</i>	<i>87</i>
<i>TABLA No.6: Tabulación cruzada entre maltrato infantil y niveles de depresión en adolescentes en la Institución Educativa N°. 0003 “Nuestra Señora del Carmen”, San Miguel, Lima 2018.....</i>	<i>88</i>
<i>TABLA No.7: Tabulación cruzada entre la dimensión maltrato psicológico y niveles de depresión en adolescentes en la Institución Educativa N°. 0003 “Nuestra Señora del Carmen”, San Miguel, Lima 2018.....</i>	<i>89</i>
<i>TABLA No.8: Tabulación cruzada entre la dimensión maltrato físico y niveles de depresión en adolescentes en la Institución Educativa N°. 0003 “Nuestra Señora del Carmen”, San Miguel, Lima 2018.....</i>	<i>90</i>

<i>TABLA No. 9: Tabulación cruzada entre la dimensión maltrato sexual y niveles de depresión en adolescentes en la Institución Educativa N°. 0003 “Nuestra Señora del Carmen”, San Miguel, Lima 2018.....</i>	<i>91</i>
<i>TABLA No.10: Correlación entre las variables maltrato infantil y niveles de depresión en adolescentes en la Institución Educativa No. 0003 “Nuestra Señora Del Carmen”, San Miguel, Lima 2018.....</i>	<i>92</i>
<i>TABLA No.11:Relación entre la dimensión maltrato psicológico y niveles de depresión en adolescentes en la Institución Educativa No. 0003 “Nuestra Señora Del Carmen”, San Miguel, Lima 2018.....</i>	<i>93</i>
<i>TABLA No.12:Relación entre la dimensión maltrato físico y los niveles de depresión en los adolescentes de la Institución Educativa No. 0003 “Nuestra Señora Del Carmen”, San Miguel, Lima 2018.....</i>	<i>94</i>
<i>TABLA No.13:Relación entre la dimensión maltrato sexual y niveles de depresión en adolescentes de la Institución Educativa No. 0003 “Nuestra Señora Del Carmen”, San Miguel, Lima 2018.....</i>	<i>95</i>
<i>TABLA No.14:Estadísticos total-elemento de la validación interna de la variable maltrato infantil.....</i>	<i>119</i>
<i>TABLA No.15:Estadísticos total-elemento de la validación interna de la variable niveles de depresión.....</i>	<i>120</i>
<i>TABLA No.16:Tablas de índices de confiabilidad.....</i>	<i>121</i>
<i>TABLA.No.17:Confiabilidad de los instrumentos.....</i>	<i>121</i>
<i>TABLA No.18: Índice de correlación de dos variables.....</i>	<i>122</i>

CONTENIDO DE GRÁFICOS

<i>GRÁFICO No.1: Distribución de los niveles de maltrato infantil: Elaboración propia sobre maltrato infantil.....</i>	<i>83</i>
<i>GRÁFICO No.2: Distribución porcentual de los niveles de depresión: Elaborado por Reynolds Escala de depresión para adolescentes.....</i>	<i>84</i>
<i>GRÁFICO No.3: Distribución porcentual de los niveles de la dimensión maltrato psicológico: Elaboración propia sobre maltrato infantil.....</i>	<i>85</i>
<i>GRÁFICO No. 4: Distribución porcentual de los niveles de la dimensión maltrato físico: Elaboración propia sobre maltrato infantil.....</i>	<i>86</i>
<i>GRÁFICO No. 5: Distribución porcentual de los niveles de la dimensión maltrato sexual: Elaboración propia sobre maltrato infantil.....</i>	<i>87</i>
<i>GRÁFICO No. 6: Tabla cruzada de distribución porcentual de los niveles de maltrato infantil: Elaboración propia y Escala de depresión para adolescentes de Reynolds.....</i>	<i>88</i>
<i>GRÁFICO No. 7: Tabla cruzada de distribución porcentual de los niveles de maltrato psicológico y depresión: Elaboración propia sobre maltrato infantil y Escala de depresión para adolescentes de Reynolds.....</i>	<i>89</i>
<i>GRÁFICO No. 8: Tabla cruzada de distribución porcentual de los niveles de maltrato físico y depresión: Elaboración propia y Escala de depresión para adolescentes de Reynolds.....</i>	<i>90</i>
<i>GRÁFICO No. 9: Tabla cruzada de distribución porcentual de los niveles de maltrato sexual y depresión: Elaboración propia y Escala de depresión para adolescentes de Reynolds.....</i>	<i>91</i>

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo principal determinar la relación que existe entre Maltrato infantil y niveles de depresión en adolescentes en la Institución Educativa No. 0003 “Nuestra Señora Del Carmen”, San Miguel, Lima 2018.

Esta investigación es de tipo aplicada, de nivel descriptivo, correlacional, de diseño no experimental, de corte transversal y de enfoque cuantitativo. Para la medición de la variable Maltrato infantil se aplicó el Cuestionario estructurado por la autora y para la variable Niveles de depresión, se hizo uso de la Escala de Depresión para Adolescentes de Reynolds, adaptada en el 2002. Se utilizó el programa estadístico SPSS versión 24. La muestra estuvo conformado por 119 adolescentes entre 12 y 17 años de edad, de ambos sexos, desde el 1ro. al 5to. de Secundaria de la Institución Educativa No. 0003 “Nuestra Señora Del Carmen”, San Miguel, Lima.

Finalmente, se obtuvo los resultados mediante las medidas de consistencia de Confiabilidad de Alfa de Cronbach y Coeficiente de Correlación de Spearman, concluyendo que el 0.84% presenta un nivel alto de depresión por *maltrato psicológico*; nivel medio un 36.98% y nivel bajo un 62.18%. Por *maltrato físico*, un 5.88% presenta un nivel medio y el 94.12% nivel bajo. Por *maltrato sexual*, un 2.52% presenta un nivel alto; el 12.61% un nivel medio y el 84.87% un nivel bajo.

Palabras claves: Maltrato infantil, depresión, adolescentes.

ABSTRACT

The present investigation had as main objective to determine the relationship between child maltreatment and levels of depression in adolescents in the Educational Institution No. 0003 "Nuestra Señora del Carmen", San Miguel, Lima 2018.

This research is applied-type, descriptive, correlational level, non-experimental design, cross-section and quantitative approach. For the measurement of the variables applied the questionnaire structured by the author on child abuse, and the Reynolds adolescent depression scale, adapted in 2002. For the procedure of information was used the statistical program SPSS Version 24. The sample was composed of 119 adolescents between 12 and 17 years of age, of both sexes, from 1st. the 5th. Secondary School No. 0003 "Nuestra Señora del Carmen", San Miguel, Lima.

Finally, obtained results through measures of reliability of alpha of Cronbach and Spearman correlation coefficient consistency, concluding that the 0.84% presents a high level of depression by psychological abuse; mid-level a 36.98% and level under a 62.18%. By physical abuse, a 5.88% presents a medium and the 94.12% low level. By sexual abuse, a 2.52% presents a high level; the 12.61% an average level and the 84.87% a low level.

Key words: Child abuse, depression, adolescents.

INTRODUCCIÓN

El maltrato infantil es un problema social mundial que tiene graves consecuencias en los niños, niñas y adolescentes que puede durar toda la vida. Se define como todo abuso y desatención a niños/as y adolescentes menores 18 años, de cualquier tipo de maltrato como: físicos, psicológicos, sexual; por negligencia o descuido, síndrome de Münchaussen por poderes, explotación comercial, que dañe la salud y su dignidad y que puede poner en peligro sus vidas. Actualmente, el maltrato infantil se elevó en un 81% en adolescentes entre 12 y 17 años de edad. Asimismo, el hecho de haber sido expuesto a violencia familiar se considera maltrato infantil.

Cabe agregar, que es considerado maltrato infantil las expresiones de violencia como: insultos, lisuras, humillaciones, uso de apodos, amenazas y aislamiento social. Los golpes con cualquier objeto como: correa, palo, sogas, jalones de cabello, de orejas, patadas, puñetes, cachetadas, son formas de violencia física. Podemos decir, que aún los padres siguen pensando que la “letra con sangre entra” y que deben castigar de manera drástica a sus hijos.

Como consecuencia de ello, los niños, niñas y adolescentes pueden desarrollar episodios de depresión múltiple y de largo duración; padecer de trastorno de ansiedad (por el constante estado de alerta), estrés postraumático, baja autoestima, retraimiento, comportamientos agresivos, dificultad para interrelacionarse con sus pares, teniendo dificultad para controlar sus emociones; llegar a tener problemas

sociales como: el consumo de drogas, la delincuencia a temprana edad e ideación suicida, por el rechazo o abandono de la madre o padre que se supone deben brindarles amor, cuidado y protección.

Asimismo, el maltrato infantil causa estrés y se asocia a trastornos del desarrollo cerebral temprano. Los casos extremos de estrés pueden alterar el desarrollo de los sistemas nervioso e inmunitario. En consecuencia, los adultos que han sufrido maltrato en la infancia corren mayor riesgo de sufrir problemas conductuales, físicos y mentales.

Es importante señalar, que se ha cumplido con el objetivo de la investigación sobre Maltrato infantil y niveles de depresión en adolescentes, mediante la detección de algunos indicadores como resultado de los instrumentos aplicados, observando la existencia del maltrato psicológico, físico y sexual en su entorno intrafamiliar o extrafamiliar a causa de incompetencias parentales, teniendo un impacto negativo en la salud mental de sus hijos, igualmente en el desempeño normal de sus actividades académicas y sociales en el futuro.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el mundo de hoy, tenemos que enfrentarnos a una verdad innegable: las vidas de millones de niños/as y adolescentes están expuestos a ser víctimas de maltrato infantil que es un problema mundial, con graves consecuencias que pueden durar toda la vida¹.

La **Organización Mundial de La Salud**² – OMS en un reporte del año 2016, define al maltrato infantil como abusos y desatención a menores de 18 años, y todo tipo de maltratos como físico, psicológico, sexual, por abandono, explotación comercial que les causen daño a la salud, al desarrollo o dignidad del niño o pone en peligro sus vidas. Igualmente revelan que una cuarta parte de todos los adultos manifiestan haber sufrido maltratos físicos de niños, 1 de cada 5 mujeres y 1 de cada 13 hombres declaran haber sufrido abusos sexuales en la infancia.

El maltrato infantil en América Latina, sigue siendo una realidad invisibilizada en sus diferentes formas de maltrato³. En un estudio realizado por Acosta en el año 2014, en la ciudad de la Habana- Cuba sobre maltrato infantil, en adolescentes y padres o tutores, detectó que el 78% de los adolescentes recibían agresiones y el 84% de padres no tenían percepción del maltrato recibido o impartido, por tanto, existe insuficiente conocimiento del maltrato infantil⁴.

Actualmente en el Perú, específicamente en Lima en los últimos años, se le está dando mayor importancia al problema de maltrato infantil. A pesar que, la **Defensoría del Pueblo**⁵ reconoce a los niños/as y adolescentes como sujetos de derecho y obligaciones, sigue siendo aún uno de los sectores más vulnerables que el Estado, la sociedad y la familia deben proteger. Aun cuando no se tienen cifras exactas de la magnitud del mismo se infiere que su presencia es cada vez más evidente.

Según el **Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables**⁶ – MIMP en el 2017 se presentaron desde Enero a Mayo entre 0 y 17 años de edad 4,422 denuncias de agresiones psicológicas, físicas y sexuales contra menores, pero hay una cifra de casos que no han sido denunciados aún y la estadística sería alarmante. Por otro lado, señala que existe un proyecto de noma con parámetros básicos para luchar contra el castigo físico y humillante pero también es necesario capacitar a todo el personal que trabaja con los niños para que no hagan uso de este tipo de castigo.

Dentro de este contexto, mediante el trabajo de investigación se detecta los primeros rasgos en los adolescentes como carácter retraído, incapacidad de expresar emociones con normalidad, de modo que, sus padres ignoran o interpretan equivocadamente su llanto, su enfado o miedo, si ellos han estado expuestos a situaciones estresantes que les pudo haber causado algún tipo de trastornos de estado de ánimo, que pueden ser permanentes y que pueden predisponer a los adolescentes a padecer de episodios depresivos y de tomar una decisión equivocada en algún momento de su corta vida inclinándose, en algunos casos, por el suicidio como una solución a su problema.

Cabe precisar, que existe una ***influencia de patrones culturales de disciplina***, de modo que los padres consideran que la única manera de corregir a los niños/as y adolescentes es castigándolos de manera drástica. El maltrato es más habitual en familias de bajos ingresos, resultando todo un desafío disociar los efectos del maltrato, en oposición a los efectos de la pobreza y las tensiones que están asociadas a ellas. Estas situaciones conlleva que los padres los califiquen negativamente mediante humillaciones, insultos, el uso de apodos, lisuras, la prohibición de jugar con los amigos, las amenazas y burlas suelen ser las prácticas más frecuentes de maltrato psicológico. Así también, los golpes con objetos como: cadena, correa, soga, palo, los jalones de cabello u orejas, las patadas o nalgadas, mordidas y puñetazos u otros son las manifestaciones del maltrato infantil que suelen ser víctimas.

De otro lado, un análisis de esta situación nos permite señalar que el maltrato infantil es multifactorial. Los adolescentes que estudian en la Institución Educativa No. 0003 “Nuestra Señora del Carmen”, San Miguel, Lima 2018 provienen de hogares con historias de sufrimiento de parte de sus padres por malos tratos a menudo transgeneracionales, en el cual es habitual hallar déficit o falta de habilidades parentales, ya sea dentro del contexto de pobreza es común. De manera que se suele encontrar casos de abandono de parte de sus padres desde su niñez, y los que han asumido en muchos casos la responsabilidad del cuidado han sido las tías, abuelos u otros familiares.

En otro aspecto, los adolescentes proceden **de hogares monoparentales**, en el cual una de las partes abandona el núcleo familiar; no asumiendo el padre el soporte económico y emocional para cubrir las necesidades más inmediatas de sus hijos, y en ausencia de la madre, deja vacíos afectivos, una actitud protectora hacia el niño, o canalizando su malestar y frustración mediante maltratos físicos, psicológico o por negligencia, afectando el desarrollo social y emocional de los adolescentes, siendo el abandono una de las vivencias más duras que puede vivir un niño dejando en ellos una lesión profunda en la seguridad de sus relaciones afectivas, así también, con un entorno social desfavorable por la pobreza, donde prolifera la delincuencia, consumo de sustancias psicoactivas, padres alcohólicos, originando en el adolescente un profundo dolor y como consecuencia de ello la depresión.

Por consiguiente, como resultado de todo ello, los adolescentes pueden mostrar ***indicadores de desajuste psicológico*** como intolerancia a la frustración, retraimiento, mostrar pasividad o sumisión, tener problemas de aprendizaje al tener dificultad para concentrarse, baja autoestima, consumo de alcohol o drogas, teniendo desconfianza de sí mismo o manifestar sufrimientos mediante comportamientos violentos hacia los demás o hacia ellos mismos.

Además, el adolescente puede padecer de algún nivel de depresión como resultado de sentimientos ocultos de dolor, de enojo y odio que con el tiempo se vuelven contra ellos mismos, mostrando rasgos o sintomatología depresiva como: repentinos cambios de humor, sentimientos de culpa, hipersensibilidad, siendo su percepción negativa en situaciones que son positivas, sintiéndose impotentes y autodestructivos, aislándose, todo ello debido al constante estado de alerta que han sido expuestos a situaciones de alta tensión o angustia; dificultando sus interrelaciones personales con sus pares y su entorno social.

El objetivo es ser detectado a tiempo, de modo que, puedan recibir los adolescentes el tratamiento psicológico adecuado en reforzamiento de autoestima, desarrollo de habilidades sociales para mejorar el nivel de comunicación y resolución de problemas, a fin de que ellos puedan establecer apropiadas y sanas relaciones interpersonales con sus pares y con su entorno en general.

Cabe señalar, que si bien la Institución Educativa No. 0003 “Nuestra Señora del Carmen”, San Miguel, Lima, 2018 cumple un papel muy importante como **ente educativa y socializadora** al tratar de incorporar un nuevo ser humano en la sociedad, es igualmente fundamental una nueva visión educadora hacia la familia de los adolescentes, de las posibles carencias afectivas y estados emocionales inestables como origen de su bajo nivel educativo o situaciones sumamente estresante en la mayor parte del tiempo por problemas económicos y laborales, de modo que, canalizan su frustración a través del maltrato físico, psicológico, sexual o de otro tipo hacia sus hijos o pareja.

Mediante el presente estudio se demostrará mediante los resultados estadísticos sintomatología si la población ha sido víctima en forma directa o indirecta de maltrato infantil de cualquier tipo por violencia intrafamiliar o extrafamiliar, de manera que, se pueda elaborar programas preventivos promocionales sobre desarrollo de habilidades parentales, métodos alternativos de disciplina, información sobre etapas evolutivas de niños y adolescentes.

Por otro lado, es importante señalar la importancia de conocimientos sobre el buen trato en los primeros años de vida, dependerá de ello que cualquier enfermedad hereditaria no se llegue hacer efectiva. Asimismo, cómo protegerlos, cuidarlos y educarlos, que es un factor de prevención de comportamientos violentos a futuro.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.2.1. Problema general

- ¿Cuál es la relación que existe entre maltrato infantil y niveles de depresión en adolescentes en la Institución Educativa No. 0003 “Nuestra Señora del Carmen”, San Miguel, Lima 2018?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿Cuál es la relación que existe entre maltrato psicológico y niveles de depresión en adolescentes en la Institución Educativa No. 0003 “Nuestra Señor del Carmen”, San Miguel, Lima 2018?
- ¿Cuál es la relación que existe entre maltrato físico y niveles de depresión en adolescentes en la Institución Educativa No. 0003 “Nuestra Señora del Carmen”, San Miguel, Lima 2018?
- ¿Cuál es la relación que existe entre maltrato sexual y niveles de depresión en adolescentes en la Institución Educativa No. 0003 “Nuestra Señora del Carmen”, San Miguel, Lima 2018?

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. Objetivo general

- Determinar la relación que existe entre maltrato infantil y niveles de depresión en adolescentes en la Institución Educativa No. 0003 “Nuestra Señora del Carmen”, San Miguel, Lima 2018.

1.3.2. Objetivos específicos

- Determinar la relación que existe entre maltrato psicológico y niveles de depresión en adolescentes en la Institución Educativa No. 0003 “Nuestra Señora del Carmen”, San Miguel, Lima 2018.
- Determinar la relación que existe entre maltrato físico y niveles de depresión en adolescentes en la Institución Educativa No.0003 “Nuestra Señora del Carmen”, San Miguel, Lima 2018.
- Determinar la relación que existe entre maltrato sexual y niveles de depresión en adolescentes en la Institución Educativa No. 0003 “Nuestra Señora del Carmen”, San Miguel, Lima 2018.

1.4. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DEL ESTUDIO

1.4.1. Teórica o científica

Este trabajo de investigación tiene como objetivo aportar aspectos teóricos que permita orientar la investigación y el enfoque epistemológico de las variables en estudio, señalando definiciones, concepto, características, sintomatología, consecuencias psicosociales del maltrato infantil y los niveles de depresión; generando reflexión y debate académico sobre el conocimiento, confrontar teorías de los autores que realizaron investigaciones sobre

indicadores de las víctimas de maltrato infantil; contrasta la relación que existe entre las variables, además, interpreta los resultados en base a las variables maltrato infantil y los niveles de depresión en los adolescentes de la Institución Educativa No. 0003 “Nuestra Señora del Carmen”, San Miguel, Lima 2018, quienes viven dentro de un entorno familiar y social lesivo, donde ha existido violencia familiar, maltrato infantil intrafamiliar, o extrafamiliar; un entorno familiar con altos factores de riesgo donde los niños/as y adolescentes viven o vivieron ese drama, que sufren de traumas en el desarrollo psicosocial emocional que conlleva vivir dentro de un contexto hostil y violento.

1.4.2. Social o práctica

En la actualidad el maltrato infantil es un problema social mediático que está conmocionando a la sociedad día a día con noticias sobre niños, niñas y adolescentes que son víctimas de maltrato infantil, y en algunos casos asesinados cruelmente para acallar para toda la vida sus espantos, sus miedos, su dolor, de haber sido víctima de violencia sexual intrafamiliar o extrafamiliar. El maltrato infantil es la consecuencia de una serie de incompetencias de crianza de los padres, madres o cuidadores, por el bajo nivel educativo de ellos, aunque no es determinante; por la pobreza en que viven, la inestabilidad laboral, estrés laboral y presión social quienes canalizan su frustración personal a través del cualquier tipo de maltrato hacia los más vulnerables, sus hijos; siendo los más frecuentes el maltrato físico,

psicológico, sexual o culturalmente, al creer los padres que es una forma de disciplina, y que es normal este modo de castigo.

A pesar que ya se ha promulgado la **Ley No. 30403**, que prohíbe el castigo físico y humillante contra los niños y adolescentes, el uso de la violencia va en aumento en la crianza y en la educación. Actualmente, el Estado no ha cumplido con reglamentar la referida norma para enfrentar esta problemática para que se apliquen y puedan crear mecanismos adecuados para acompañar a los padres en las formas de educar con afecto a sus hijos, para prevenir y reducir la violencia.

1.4.3. Metodológica

Como señala Hernández et al⁷, la investigación es de **Tipo Aplicada**, cuando usa teorías existentes para solucionar problemas prácticos. Parte del conocimiento generado por la investigación básica identifica problemas sobre los que se deben intervenir para definir las estrategias de solución. Es de **Nivel descriptivo** porque describe situaciones, personas, cómo son y cómo se comporta el grupo en forma individual, según la muestra del estudio que se analiza. Tiene un *alcance* **Correlacional** porque el propósito es evaluar la relación que existe entre las dos variables, es decir maltrato infantil y niveles de depresión. Lo importante de este estudio es conocer cómo se comporta

una variable en relación a la otra variable. La correlación es sustentada en hipótesis que es sometida a pruebas⁷.

El ***Diseño es No Experimental***, porque el investigador en este trabajo de investigación no manipuló, ni modificó en forma deliberada ninguna de las variables, porque se observó los fenómenos tal como estuvieron en su contexto natural para analizarlo. De ***Corte Transversal*** porque los datos se recolectaron en solo momento, en un tiempo único. Su propósito fue describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. El estudio sólo recolectó datos en un período de tiempo específico. Es de ***Enfoque Cuantitativo*** porque usó la recolección de datos para la medición numérica y el análisis estadístico para probar la hipótesis en función a las variables y estableció conclusiones⁷.

Para efectos de la ***recolección de datos*** del estudio de investigación se administraron los siguientes instrumentos: Cuestionario cómo piensas, sientes y actúas (PSA) sobre maltrato infantil, estructurado por la autora y la Escala de Depresión para Adolescentes de Reynolds (EDAR), adaptado en el 2002 a fin de determinar las dimensiones del maltrato infantil y los niveles de depresión en los adolescentes de la Institución Educativa No. 0003 “Nuestra Señora del Carmen”, San Miguel, Lima 2018. La población muestra estuvo conformado por 119 adolescentes en un rango de 12 a 17 años de edad, de ambos sexos, del 1ro. al 5to. de Secundaria.

1.4.4. Importancia del estudio

Es importante el estudio porque fomenta conocimientos sobre la valor del buen trato en los niños en los primeros años de vida, en la infancia y en la adolescencia, como protegerlos, cuidarlos y educarlos, que es un factor de prevención de comportamientos violentos a futuro.

Además, contribuye a la estructuración de programas preventivos promocionales para ser ejecutado en la institución educativa dirigidos a padres de familia, tutores, docentes, personal administrativos y público en general a fin de concientizar, sensibilizar y fortalecer mecanismos de relación familiar para cambiar patrones culturales drásticos de disciplina.

De igual modo, da a conocer la repercusión del conocimiento en los padres de familia sobre el desarrollo de habilidades parentales, métodos alternativos de disciplina, etapas evolutivas de los niños/as y adolescentes a fin de evitar que se presente cualquier sintomatología depresiva a posteriori.

Por último, se ha observado la importancia del rol que tienen los maestros por su constante presencia y contacto con los padres de familia y la población de niños y adolescentes, de modo que, los maestros y el psicólogo pueden fomentar la activa participación de los padres para el desarrollo de competencias parentales para el buen trato hacia los menores.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE ESTUDIO

INTERNACIONALES

Ordoñez, L⁸. llevó a cabo una investigación en Loja, Ecuador, en el año 2017, con el objetivo de determinar el grado de “Depresión y ansiedad en los adolescentes de bachillerato del Colegio “Adolfo Balarezo”. Realizó un estudio descriptivo, correlacional, cuantitativo de corte transversal. Se les aplicó el Test de Hamilton de ansiedad y depresión en una muestra de 179 estudiantes. Los resultados fueron que el 29.1% presentó depresión leve; el 5,6% depresión severa; el 40% ansiedad leve y el 34.1% ansiedad moderada, por tanto, la prevalencia de depresión y ansiedad fue del 53.6% y el 74.9% respectivamente. Concluyéndose, que la relación entre depresión y ansiedad fue estadísticamente significativa.

Mansilla, K⁹. et al realizaron un trabajo de investigación en Chile, en el año 2016, con el objetivo fundamental de analizar la correlación entre el maltrato

infantil y el desarrollo del lenguaje en el estudio “Desarrollo del lenguaje en niños y niñas que vivencian el maltrato infantil en un programa dirigido a la protección de la infancia”. Es un estudio con enfoque mixto correlacional, no experimental y transeccional. La muestra fueron 31 niños y niñas, entre un rango de 6-9 años de edad. Para recoger información en relación a las variables del lenguaje se utilizó el Instrumento de Evaluación de los Trastornos Específicos del Lenguaje de Edad Escolar (IDTEL). Concluyendo que la violencia hacia los niños y niñas influye negativamente en ellos, logrando no solo una disminución en el desarrollo del lenguaje sino también afectaciones futuras como en el área académica y social.

Vega, M¹⁰. realizó un estudio en Morelia, Michoacán, México, en el año 2016, con el objetivo de identificar la “Relación existente entre la depresión infantil y la percepción de las relaciones intrafamiliares”, se llevó a cabo con estudiantes de primaria de instituciones públicas. Es un estudio cuantitativo, transversal y correlacional. La muestra estuvo conformada por 79 menores, 42 niñas y 37 niños, seleccionados mediante un muestreo no probalístico por conveniencia, en un rango de 07 a 12 años de edad. Se utilizaron los instrumentos de Inventario de Depresión Infantil y la Escala de Relaciones Intrafamiliares. Se encontró una correlación negativa y significativa de la depresión tanto con la dimensión de unión y apoyo ($r_p = -0.249$, $p < 0.05$), como la dimensión de expresión ($r_p = -0.234$, $p < 0.05$). Concluyendo, que a menor percepción de unión y menor expresión al interior de las familias, mayores serán los síntomas depresivos en los estudiantes.

Monterrosa, L¹¹. realizó un estudio en Quetzaltenango, Guatemala, en el año 2015, con el objeto de determinar la consistencia entre el “Afecto negativo y la depresión en niños en la Casa de Asistencia a niños de la calle “Canica”. Es un estudio de investigación descriptivo, correlacional. La muestra estuvo conformado por 50 niños de ambos géneros, en un rango entre 8-13 años de edad. Se utilizaron los instrumentos: Cuestionario de Depresión para Niños (CDN) de M.Lang y M.Ticher (adaptado) y una Encuesta tipo Escala de Likert, para indagar el efecto negativo. Como resultado se obtuvo una correlación con coeficiente positivo bajo, concluyendo, que no existe una relación significativa entre el afecto negativo y la depresión de los niños de la casa hogar.

Morocho, J¹². et al realizaron un trabajo de investigación, en Cuenca, Ecuador, en el año 2012, con el objetivo de “Establecer el diagnóstico diferencial entre maltrato físico, abuso sexual y negligencia, con lesiones accidentales en niños, niñas y adolescentes hasta los 15 años que acuden al Servicio de Emergencia Pediátrica del Hospital “Vicente Corral Moscoso”. Es un estudio cuantitativo, prospectivo transversal, descriptivo y correlacional. Se utilizaron como instrumentos: observación, encuesta y una entrevista estructurada personal con los pacientes. La muestra fue de 826 casos. Tuvo como resultado, lesiones accidentales en edad escolar de un 46.97 % y la relación con algunas formas de maltrato en un 6.24%, siendo la mayoría de género masculino con 6.17%, el embarazo no planificado con un 47.1%, la edad del padre en más de 31 años con un 4.11%, problemas de pareja 6.90% y alcohol con un 7.62%, Las lesiones que

se relacionaron más con formas de maltrato fueron las cutáneas con un 2.30% del total; hematomas a nivel de genitales y ano son lesiones sugerentes de maltrato con un 0.36%; consultas tardía de las lesiones en más de 10 días representan un 0.73%. Concluyendo, que el 8.72% de los casos estuvieron relacionados con alguna forma de maltrato resultando positivos; siendo el más común el maltrato físico con un 4.48%.

ANTECEDENTES NACIONALES

Chávez, D¹³. realizó un trabajo de investigación en La Libertad en el año 2017, que tuvo como objetivo determinar la “Relación entre el acoso escolar y depresión en estudiantes adolescentes de instituciones educativas pública del distrito de “Casa Grande”. Cuyo diseño es de tipo Correlacional. La muestra fue de 321 estudiantes. Los instrumentos aplicados fueron el Cuestionario de Depresión para niños (CDS) y el Autotest de Acoso Escolar (Cisneros). Cuyo resultado señala que evidencia relación entre acoso escolar y depresión, hallándose puntajes elevados y medianos entre las dimensiones.

Becerra, R¹⁴. realizó una investigación en Cajamarca en el 2016, con el objetivo de determinar la “Influencia de la autoestima en la depresión en las adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud Magna Vallejo”. Es un estudio de tipo descriptivo, correlacional de corte transversal, con una muestra de 63 adolescentes. Se utilizó el Test de Autoestima de Rosemberg, la Escala de Depresión de Zung y el Cuestionario de recolección de datos generales y datos

obstétricos. Cuyos resultados fueron que el 74.6% de adolescentes embarazadas tienen un nivel de autoestima media y el 20.6% tienen un nivel de autoestima baja, y el 6.3% presentó una depresión leve. Se concluyó que no existe relación significativa entre el nivel de autoestima y la depresión.

Delgado, T¹⁵ realizó un estudio en Arequipa en el año 2016, sobre clima social familiar y depresión en adolescentes de 1ro. a 5to. de Secundaria de las instituciones educativas del distrito de José Luis Bustamante y Rivero”. La muestra fue 362 estudiantes de ambos géneros. Se utilizó la Escala de Clima Familiar (FES) y el Inventario de Beck para evaluar el grado de depresión. Los resultados evidenciaron que la depresión tiene relación con el clima social familiar, concluyéndose que a mejor clima social familiar, menor grado de depresión.

Chávez, E¹⁶. realizó un estudio en el año 2015 en Puno, con el objetivo de determinar la relación entre “Comunicación familiar y la depresión en estudiantes del 5º año de secundaria de la institución educativa adventista”, con una muestra de 72 estudiantes entre 16 y 17 años de edad, de ambos sexos. Diseño descriptivo correlacional, para la recolección de datos se administró el Cuestionario de Comunicación Familiar padres-hijos de Barnes & Olson, y el Inventario de Depresión de Beck, para observar la existencia o ausencia de depresión. Los resultados revelaron que entre la comunicación familiar y la depresión existe una correlación inversa y significativa, concluyendo que si existe mejor comunicación familiar existirá menor depresión en los adolescentes.

Muñoz, J¹⁷. realizó un estudio en la ciudad de Trujillo en el año 2014, con el objetivo de determinar que existe relación entre los “Tipos de maltrato infantil y los tipos de infracciones en adolescentes reclusos en un Centro Juvenil”. Se realizó un estudio descriptivo, correlacional, de corte transversal, en una muestra de 117 adolescentes, a quienes se les aplicó la encuesta Childhood Trauma Questionnaire-Short For (CTQ-SF). De todos ellos solo 86 cumplieron con los criterios de inclusión. Los resultados indican que los abusos físicos, emocional y las negligencias físicas tienen relación directa con las infracciones, mientras que abuso sexual mantiene una relación inversa. El abuso emocional tiene relación con las infracciones contra la vida, el cuerpo y la salud. La conclusión es que todo tipo de maltrato infantil se relaciona por lo menos con uno de los tipos de infracciones encontrados.

ANTECEDENTES LOCALES

Huanca, D¹⁸. Llevó a cabo una investigación en el Distrito de San Martín de Porres en el año 2017, con el objetivo de determinar la asociación entre “Maltrato Infantil y habilidades sociales en estudiantes de instituciones educativas nacionales”. El estudio es de tipo correlacional, no experimental, de corte transversal, con una muestra de 288 estudiantes de ambos géneros del 1º, 2º, y 3º, grado de secundaria. Se utilizó el Cuestionario de maltrato infantil de Córdova (2014) y la Escala de habilidades sociales, de Elena Gismero, adaptado por Becerra (2013). Se concluyó que existe una correlación muy significativa inversa

y de asociación débil entre maltrato infantil y habilidades sociales, asimismo que el maltrato infantil se da en ambos géneros, sin diferencia alguna.

Galvez, A¹⁹. Realizó un estudio en la ciudad de Lima, en el año 2017, con el objetivo de determinar la relación entre el abuso, maltratos en todos sus aspectos contra menores de edad, denominado “Maltrato Infantil y su relación con el derecho del niño”. El método de investigación es descriptivo, de diseño correlacional. La muestra estuvo conformada por 42 alumnos del Colegio “Corazón de Jesús”, Barrios Altos. Se aplicó la técnica de la encuesta, se elaboró y aplicó el Cuestionario para recoger información sobre el maltrato infantil y los derechos de los niños. Se concluyó que existe una relación significativa entre los maltratos físico, psicológicos y sexual contra los niños y la falta de una protección adecuada a sus derechos según la percepción de los participantes.

Zárate, C²⁰. Realizó un estudio en el año 2016 en Lima Norte, con el objetivo de determinar la relación entre “Estilos de apego y maltrato infantil en adolescentes que se encuentran en situación de riesgo atendidos por instituciones públicas “Centro de Desarrollo Integral Familiar (CEDIF)”. Estudio de tipo descriptivo correlacional, con 100 adolescentes de ambos sexos, entre 11 a 17 años de edad. Los instrumentos que se aplicaron fueron el Cuestionario de modelos internos de relación de apego adulto (CAMIR-R) Balluerka, Lacasa, Gorostiaga, Muela y Pierrehumbert (2010) adaptado por Gómez (2012); el Cuestionario de Maltrato Infantil de Álvarez y Villanueva (2013) adaptada (Sánchez 2015). Cuyo resultado

fue que existe relación entre los estilos de apego y la dimensiones de maltrato infantil, asimismo se halló que el estilo que mayor predomina en los adolescentes es el seguro y que se evidencia un nivel bajo de maltrato infantil en el Centro de Desarrollo Integral Familiar (CEDIF).

Olivero, D²¹. Realizó un estudio en el distrito de Los Olivos, en el año 2016, con el objetivo de identificar la relación entre “Acoso escolar y depresión en estudiantes de secundaria de un colegio estatal”. Es de diseño no experimental, de tipo correlacional. Cuya muestra fue de 305 estudiantes entre 11 y 17 años de edad. Los instrumentos fueron el Cuestionario de intimidación y maltrato entre iguales (CIMEI) y Cuestionario de depresión infantil (CDI). Concluyéndose, que el acoso escolar se relaciona de manera directa y significativa con la depresión, indicando que a mayor acoso escolar, mayor probabilidad de padecer de depresión.

Ancco, C²². Et al realizaron un estudio en Lurín en el 2015, cuyo objetivo era determinar la relación entre “Maltrato psicológico y el nivel de aprendizaje del área de comunicación en estudiantes del 3er. Año de Secundaria de la I.E. 6008. La investigación fue de tipo básico, diseño no experimental, transversal y correlacional. La muestra constituyo 108 estudiantes. Se aplicó el Cuestionario de encuesta según Cook (2004) técnica para obtener datos, el Cuestionario de Summers (1992), mide actitudes o predisposiciones individuales en contextos sociales particulares, y el Cuestionario para medir maltrato psicológico de

Mullisaca y Zambrano (2012). Llegándose a la conclusión de que el maltrato psicológico se relaciona inversa y significativamente moderada con el nivel de aprendizaje en el área de comunicación.

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. MALTRATO INFANTIL

- **BREVE RESEÑA HISTÓRICA**

La violencia infantil es un problema universal y surge con el hombre. La agresión al menor se ha justificado durante siglos de diversas formas, se les sacrificaba para mejorar la especie, para agradar a los dioses o como una forma de imponer disciplina²³. Los derechos de un padre de familia sobre sus hijos eran ilimitados. Desde los estudios realizados por Kempe²⁴ se empezaron a definirse los tipos de maltrato como el abandono físico o por negligencia y el abuso sexual. Ha sido el primero en utilizar la expresión clínica de “síndrome de niño apaleado” para referirse al uso de la fuerza física en forma intencional, de parte de los padres o cuidadores²⁵.

- **DEFINICIÓN DE MALTRATO INFANTIL**

Según la Organización Mundial de la Salud² (OMS) el maltrato infantil son los abusos y desatención que son objetos los menores de 18 años, todo maltrato físico psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial

o de otro tipo que causen daño en la salud, desarrollo o dignidad del niño, poner en peligro su supervivencia en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder. La exposición a la violencia de pareja también se incluye entre las formas de maltrato infantil².

2.2.2. CAUSAS DEL MALTRATO INFANTIL, INFLUENCIA DE FACTORES FAMILIARES Y SOCIO ECONÓMICO

Las causas del maltrato infantil son multifactoriales

- **HOGARES DISFUNCIONALES**

En los hogares disfuncionales las más vulnerables son las niñas y adolescentes por su condición de mujer de ser víctimas de abuso sexual, por los miembros de la familia; padres, hermanos o algún familiar cercano a ella, aunque no eluden a ello los niños. En estos casos, la familia al enterarse de los hechos evita hacer la denuncia para evitar desunir a la familia, por vergüenza o porque no quiere aceptar este hecho²⁶.

- **PADRES DE FAMILIA VICTIMAS DE MALOS TRATOS EN LA INFANCIA**

La mayoría de adultos reportaron que durante su infancia habían sufrido diversos tipos de malos tratos; como hechos de violencia familiar, por la baja autoestima de los padres, abuso de sustancias psicoactivas, por ser hijos no deseados; por tanto, existe mayor riesgo de que los niños y adolescentes puedan

ser víctimas de cualquier tipo de maltrato²⁶.

- **POBREZA SOCIAL**

Mientras exista mayor empobrecimiento social, habrá mayor estrés de parte de los padres o madres por los pocos recursos que ingresan al seno familiar, por ende los padres o cuidadores canalizarán su frustración exponiendo a los menores a ser víctimas de maltrato de cualquier tipo y en algunos casos al abandono de los padres o madres²⁷. Al existir situaciones de estrés, la presión de asumir responsabilidades, la presión laboral y social en los padres o cuidadores, descargarán emocionalmente en los niños. Igualmente, al sentirse afectado económicamente; al disminuir la calidad de vida y como consecuencia el deterioro de las relaciones familiares y sociales, los niños serán los primeros en sufrir maltrato infantil, por el abandono emocional, por la indiferencia de parte de los padres y el constante maltrato de toda índole²⁷.

- **BAJO NIVEL EDUCATIVO DE LOS PADRES**

El bajo nivel educativo de los padres y el poco conocimiento de una actitud protectora hacia el niños, deja vacíos afectivos, de modo que los padres establecerán una dinámica familiar en función al maltrato físico donde el niño o adolescente es el regulador emocional de los padres, y éstos esperan ser contenidos por ellos. De modo que los hijos crecen en un constante estado de alerta por temor a decepcionarlos, y a futuro trasladarán a otras figuras de

autoridad. Se desarrollarán con cierto temor de lo que pueda suceder más adelante y sus necesidades insatisfechas harán que no tengan la capacidad de poder enfrentar situaciones ansiógenas, de modo que por medio de la acción canalizan en forma inadecuada lo que no pudieron procesarlo psíquicamente²⁸.

Esta situación constante afecta mucho a los niños/as o adolescentes, y hasta el momento el Estado no pueda adoptar medidas y establecer mecanismos definidos que eviten el maltrato infantil mediante programas sociales dirigidos a quienes cuidan a los niños/as y adolescentes, a los maestros en los centros educativos, con el fin de sensibilizarlos, tomar conciencia y brindarles conocimientos sobre habilidades de crianza, en relación al buen trato que se debe dar a los hijos desde los primeros años de vida, asimismo, inducir para que puedan desarrollar capacidades de una actitud protectora hacia sus hijos; pueden hacer resiliencia, y a pesar de tener bajo nivel educativo pueden suplir esas carencias con la parte afectiva, motivando a sus hijos en los estudios, en el quehacer diario, brindando cariños y buenos tratos²⁸.

- **HIJOS NO DESEADOS**

En otros aspectos, los padres con frecuencia pueden mostrar aceptación y rechazo, es decir, por un lado muestran amor y afecto hacia los hijos y por otro lado sienten aversión o agraviados por sus hijos. Siendo el rechazo parental: la indiferencia o negligencia, hostilidad, agresión y rechazo de cualquier tipo²⁹.

De acuerdo con estas definiciones, se considera que los padres sienten cierto miedo por las responsabilidades; algunos de ellos podrán expresar afecto, otros no, porque tuvieron carencias afectivas de parte de sus padres en su niñez; afectando emocionalmente a sus hijos. Los padres o madres desean hijos que no lloren o griten porque eso exagera su limitado margen de tolerancia, por ello su aversión a los hijos, dificultándoles la adaptación a su nuevo estilo de vida. Por otro lado, la madre puede sentir aversión por su hija porque al ver que está en el proceso de crecimiento, observa que su esposo tiene mayor atención hacia su hija y siente que compite su amor con su pareja. Asimismo, el rechazo parental se da en casos de ser hijos no deseados, como consecuencia de una relación sexual no planificada que origina una carga económica.

2.2.3. FACTORES DE RIESGOS

- **DINAMICA FAMILIAR DISTORSIONADA**

En relación a los factores de riesgos existe dos perspectivas: una basada en las relaciones incestuosas entre padres e hijos; donde existe una dinámica familiar distorsionada en base al abuso sexual; donde la niña reemplaza a la madre como compañera sexual del padre, o viceversa. Los abusadores sexuales suelen iniciar sus actividades de victimización en su adolescencia y experimentan una activación sexual hacia los niños antes de ser padres. La otra perspectiva, según estudios los abusadores sexuales internados en instituciones, la raíz del abuso sexual se encuentra en las características psicológicas y fisiológicas del perpetrador³⁰.

Asimismo, agrega que existe otros factores paralelos: 1. Incongruencia emocional (inmadurez en el abusador que se experimenta a sí mismo como un niño, manifiesta necesidades emocionales infantiles y, por tanto, desea relacionarse con niños). 2. Activación sexual ante los niños; bloqueo de las relaciones sexuales normales (sentimientos de inutilidad personal, inadecuación interpersonal y distanciamiento sexual de su pareja). 3. Desinhibición (depende de ello, que el abuso sea estable o esporádico)³⁰.

Al respecto, se considera que es la mejor fuente porque responde a dos interrogantes en relación a la existencia de personas que se interesan sexualmente en los niños y el interés sexual que lo induce al padre o cuidador u otra persona a cometer el abuso. Hay hipótesis de estudios que señalan que los abusadores sexuales muestran una cierta patología psíquica, señalando características personales como inmadurez, baja autoestima, sentimientos de inutilidad y otras.

Por otro lado, si existiera en la pareja problemas maritales con violencia o no; o con alejamiento sexual de la pareja, se observa una confusión e inversión de roles, porque uno de los miembros asumirá un rol que no le corresponde que puede ser la hija u otro miembro de la familia³¹.

Sobre el particular, no es justificable bajo ninguna concepto que si hay distanciamiento en una pareja, el padre viole a su hija para que asuma un rol de

pareja siendo tan niñas y el de ama de casa en algunos casos; desconociendo y no respetando el padre los códigos de consanguinidad, cometiendo incesto haciéndola pagar en ella las carencias insatisfechas de su padre.

- **FACTORES QUE DETERMINAN EL ABUSO SEXUAL**

Cabe señalar, que para suceda el abuso sexual debe existir varios factores: *personales* (activación sexual del adulto en presencia de un niño y tiende a actuar de acuerdo con su activación fisiológica); *familiares* (conflictividad marital, malas relaciones sexuales, madre no protectora, niño “seductor”); personalidad (baja autoestima, consumo de sustancias tóxicas, escasas habilidades sociales); *culturales* (dominio de los varones, sexualidad del varón, rol de la mujer); *ambientales* (aislamiento social, desempleo, acceso no vigilado al niño); y *biográfico* (experiencias sexuales infantiles traumáticas, infancia sin cuidados afectivos, modelos sexuales afectivos)³².

Los niños o adolescentes que han sido víctimas de violencia sexual y que han sido expuestos a situaciones traumáticas, es posible que de adulto replique los eventos que sucedieron en su niñez o haga resiliencia. Tal vez, porque tuvo un modelo inadecuado de su padre o madre, al ser testigo de maltrato físico, psicológico y violencia sexual, por violencia familiar hacia su madre o hacia el niño, reaccionando de acuerdo a los traumas que caló en él, teniendo baja autoestima, dificultad para interrelacionarse con sus pares, aislándose socialmente, y de adulto volviendo a ser niño al ver otro niño/a o adolescente y lo seduce³².

2.2.4. CONSECUENCIA DE MALTRATO INFANTIL

- **INFLUENCIA FAMILIAR NEGATIVA**

Los estudios demuestran que existe un incremento de agresividad en sus interacciones con sus pares en todo niño que ha sido víctima de maltrato físico, violencia sexual. Asimismo, se ha observado diferentes **tipos de trastornos** en especial en:

- Desarrollo psicossomático como alteraciones conductuales
- Trastornos cognitivos
- Retraso intelectual
- Trastornos por estrés postraumático
- Al margen de secuelas físicas del maltrato
- Existe mayor riesgo de mortalidad ³³.

En relación al concepto señalado en el párrafo anterior, se debe tener en cuenta la información que deben recibir los padres o cuidadores para que pueda tener conocimiento del impacto que tiene en los niños o adolescentes los efectos del maltrato físico o cualquier otro tipo de maltrato que puede llevarlo hasta la muerte durante la niñez, como consecuencia de los golpes o desarrollar sintomatología depresiva que podría conllevar a futuro y en la adolescencia padecer de algún trastorno cognitivo que podría culminar en la autoeliminación.

- **NEGLIIGENCIA: DESNUTRICIÓN O MORBILIDAD INFANTIL**

Es importante señalar, que la negligencia es considerando un tipo de maltrato, al descuidar en la alimentación que da origen a la desnutrición o morbilidad infantil, que se relaciona con el bajo rendimiento en comprensión lectora y matemáticas. De modo que cualquier impacto en los primeros años de vida del niño es determinante porque se da el desarrollo cognitivo y socioemocional, que podría influir negativamente durante las primeras etapas de su vida que son determinantes^{34,35}.

En este caso, se destaca la importancia de la alimentación de la madre durante el embarazo. Pero la pobreza es considerado una de las causas de desnutrición, porque la madre al no contar con recursos económico no puede cubrir las necesidades básicas de alimentación balanceadas antes y después del embarazo, al margen que debe alimentar a otros hijos, siendo la madre quien sufrirá de desnutrición y deberá dar de lactar al infante durante la seis primeros meses a duras penas y como resultado niños desnutridos o padecer desde su nacimiento cualquier tipo de enfermedades³⁴.

- **MALTRATO EN LOS PRIMEROS AÑOS DE VIDA**

Cabe precisar, que cuando los niños/as son víctimas de maltratos constante en los primeros tres años, afectará su autoestima y habilidades sociales y es muy probable que no pueda desarrollar el apego. De tal manera, que no podrá regular

sus emociones ni sus impulsos afectando sus interacciones con sus pares. Tendrá un concepto negativo de sí mismo y del mundo que lo rodea. Creerá que los profesores del colegio los hostiliza, igualmente sus compañeros, obviamente debido a los cambios emocionales que han sido expuestos en sus primeros años por sus padres o cuidadores, de quienes los niños esperaban recibir protección y amor³⁶.

**CUADRO No.1
EDADES Y ETAPAS DE DESARROLLO DEL ADOLESCENTE**

ETAPAS DE DESARROLLO	PRE ADOLESCENCIA	ADOLESCENCIA INICIAL	ADOLESCENCIA MEDIA	ADOLESCENCIA TARDIA
Masculino	9-12	12-14	14-16	16-18
Femenino	10-13	13-15	15-17	17-18

Fuente: MINSA. Ministerio de Salud. Boletín No.2. Salud de los adolescentes peruanos.

• **EFFECTOS DEL MALTRATO INFANTIL EN NIÑOS DESPUES DE LOS 5 AÑOS**

- ✓ Un coeficiente intelectual más bajo en comparación con otros que no sufren maltrato³⁰.
- ✓ Menor cantidad de materia gris en la zona pre-frontal del cerebro.

▪ **EFFECTOS DEL MALTRATO INFANTIL EN NIÑOS MAYORES O ADOLESCENTES**

- ✓ Muestran agresividad entre sus pares
- ✓ Bajo rendimiento escolar

- ✓ Pueden huir del hogar
- ✓ Se aislan socialmente
- ✓ Rechazo de su propio cuerpo
- ✓ Sentimientos de vergüenza o culpa
- ✓ Miedo generalizado
- ✓ Depresión
- ✓ Trastorno disociativo de la identidad
- ✓ Se pueden inclinar por consumo de sustancias psicoactivas
- ✓ Se integran a pandillas³⁰.

- **ADULTOS QUE HAN SIDO VÍCTIMAS DE MALTRATO INFANTIL**

- ✓ Suelen transformarse en maltratadores de sus hijos y de su pareja³¹.

- **ADULTOS QUE HAN SIDO VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL EN SU NIÑEZ O ADOLESCENCIA**

- ✓ Problemas en la crianza de sus hijos.
- ✓ Estilos de padres permisivos.
- ✓ Frecuencia del castigo físico ante conflictos con los hijos.
- ✓ Depreciación general del rol maternal.
- ✓ Será afectada su conducta y adaptación social.
- ✓ Altos niveles de hostilidad en las conductas antisociales y trastorno de conducta³⁶.

2.2.5. CARACTERÍSTICAS DEL MALTRATO INFANTIL

- **MALTRATO PSICOLÓGICO**

El maltrato psicológico en los niños/as y adolescentes es considerada como desprotección infantil de parte de los padres o madres, que afecta mucho en el desarrollo cognitivo y de personalidad. Daña mediante el uso de un discurso negativo: descalificaciones e insultos independientemente del tono de voz. Se entiende por maltrato psicológico: burlas, desprestigio, humillaciones, insultos, críticas, descréditos, indiferencia o mediante gestos, asimismo, por abandono, que genera sentimientos de inferioridad, vergüenza, angustia, intranquilidad, rechazo, etc³⁷

CUADRO No. 2
MALTRATO PSICOLÓGICO

<i>Indicadores físico directo</i>	<i>Indicadores comportamentales Indirecto</i>
<ul style="list-style-type: none">• <i>Trastorno en la alimentación: Bulimia, anorexia.</i>• <i>Trastorno en el lenguaje o tartamudez (espasmofemia)</i>• <i>Retraso en su desarrollo físico emocional.</i>• <i>Enuresis (poco control de esfínteres)</i>• <i>Problemas de salud: asma, alergias, úlceras.</i>• <i>Ansiedad severa</i>• <i>Estado de alerta</i>• <i>Enfermedades psicosomáticas</i>	<ul style="list-style-type: none">• <i>Desconfiado</i>• <i>Oposicionista</i>• <i>Agresivo</i>• <i>Baja autoestima</i>• <i>Bajo rendimiento escolar</i>• <i>Sumiso</i>• <i>Retraído</i>• <i>Autodestructivo</i>• <i>Autodesvalorización</i>• <i>Bajo rendimiento para la edad cronológica</i>• <i>Dificultad para interrelacionarse con sus pares.</i>

Fuente: Acción por los Niños. El Abuso y Maltrato Infantil

- **MALTRATO FÍSICO**

Los estudios que se realizaron en niños/as o adolescentes que fueron maltratados físicamente tienen un incremento de agresividad. Cuando estos niños/as observan a otro niño/as afligido o llorando aumenta su agresividad tratando que deje de llorar de inmediato porque le origina angustia, este hecho lo estaría relacionando a su propia historia de aflicción³⁸.

Se considera esta situación insostenible, los padres, madres, tutores o cuidadores desconocen tal vez por su bajo nivel educativo, el efecto en los niños/as o adolescentes el ser maltratados físicamente, porque los padres replican el maltrato, ellos fueron víctimas de todo tipo de maltratos en su niñez, y de adultos consideran el castigo como una medida disciplinaria hacerlo con sus hijos, ignorando las consecuencias negativas que influye en la personalidad de sus hijos para toda la vida³⁷.

Además, el niño/a o adolescente afectado les dificultará establecer relaciones interpersonales adecuadas con sus pares a corto, mediano, y a largo plazo, observándose mayor aislamiento, ansiedad social, menor cantidad de amigos que podría originarles depresión a futuro. Asimismo, en la adultez les afectará en las relaciones de pareja, observándose inestabilidad emocionalmente y desajuste³⁹.

CUADRO No. 3
MALTRATO FÍSICO

<i>Indicadores físico directo</i>	<i>Indicadores comportamentales Indirecto</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Moretones • Quemaduras • Huellas de objetos agresores (correa, hebilla, soga o cadena) • Huella de quemaduras (cucharón, plancha o ladrillo) • Puñetes • Patadas • Empujones • Jalón de oreja o del cabello • Golpes con la mano 	<ul style="list-style-type: none"> • Baja autoestima • Agresividad, Impulsivo • Bajo rendimiento escolar • Autodesvalorización • Insomnio, pesadillas • Retraído • Dificultad para interrelacionarse • Enuresis • Temores nocturnos • Tartamudez, Tics • Depresión

Fuente: Acción por los Niños. El Abuso y Maltrato Infantil

• **MALTRATO O VIOLENCIA SEXUAL**

De acuerdo a la recopilación de investigaciones realizadas, manifiestan que las víctimas de abuso sexual durante su niñez, adolescencia y en la adultez padecen trastorno de ansiedad por el tiempo que han sido expuestos a eventos traumáticos o estado de alerta, trastornos depresivos y de bipolaridad; observándose un alto nivel en el trastorno por estrés postraumático, trastorno límite de personalidad, baja autoestima, ideas suicidas, intentos de suicidio, conductas riesgosas, negligencias en las obligaciones, no asume conducta de autoprotección; conductas autolesivas⁴⁰.

Al respecto, si la violación sexual o tocamientos indebidos causa un impacto en un ser adulto, será mucho más en un niño/a o adolescente que quedará grabado en su interior aunque a veces optan por tratar de olvidar, porque no hay otra opción que seguir viviendo con ese recuerdo doloroso de algo que sucedió, pero dependerá de ellos, en algunos casos hacer resiliencia y continuar adelante, en otros casos, les puede causar mucho sufrimiento, canalizando mediante la agresividad su odio por lo sucedido o algún tipo de trastorno depresivos³⁹.

CUADRO No. 4

MALTRATO O VIOLENCIA SEXUAL

<i>Indicadores físico directo</i>	<i>Indicadores comportamentales Indirecto</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Irritación en los genitales • Dolor al orinar. • Infecciones urinarias • Contusiones o sangrado en los genitales zona vaginal o anal. • Embarazo temprano (de 9 a 14 años) • Himen perforado • Picazón vaginal, hemorragia vaginal o anal. • Aseo constante de los genitales. • Embarazo • Enfermedades de transmisión sexual • Bulimia • Se come las uñas, los dedos, los labios, hasta dañarlos e infectarlos o hacerlos sangrar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Trastorno alimentario (anorexia) • Sentimiento de culpa • Ideación suicida • Desvalorización • Enuresis o encopresis • Aislamiento social • Problemas con el sueño (pesadillas, insomnio) • Agresividad o ansiedad • Baja autoestima • Bajo rendimiento escolar • Vergüenza de su propio cuerpo • Retraimiento • Irritabilidad • Dependiente de los padres • Temor a la oscuridad

Fuente: Acción por los niños. El abuso y maltrato infantil

Es importantísimo el rol que juega la familia, que es el soporte fundamental para la vida de una persona⁴¹.

2.2.6. “EL BUEN TRATO” SEGÚN BARUDY Y MARJORIE

Como dice Barudy y Marjorie⁴² los padres que tienen a cargo el cuidado de niños y no tienen habilidades adecuadas, pero si la capacidad de expresarles amor y confianza; tienen la posibilidad de que exista en los padres resiliencia de su ingrata experiencia de vida, de modo que, pueden cubrir las necesidades afectivas de sus hijos, mediante conductas positivas y constructivas.

- **RESPONSABILIDADES DE LOS PADRES**

En la actualidad asumir la responsabilidad de padres de manera sana y competente es un gran desafío, debido a la sociedad en que vivimos que gira en torno al consumismo, inestabilidad laboral e individualismo. Igualmente, se defiende la capacidad de aquellas víctimas que tienen traumas infantiles a que puedan construir un proyecto de vida y logren salir adelante⁴².

Al respecto, existe familias monoparentales que no cuentan con una estabilidad laboral, trabajan por cuenta propia y pueden cubrir necesidades básicas inmediatas, y compartir más horas al cuidado de sus hijos aunque no puedan brindarles ciertas comodidades materiales. En relación al consumismo puede darse en individuos a partir de otros segmentos.

Asimismo, se ha observado en muchos casos que los padres o madres de familia a pesar de su poca formación educativa, con trabajos esporádicos y con pocos recursos económicos, han demostrado que pueden brindar a sus hijos dentro de lo posible la oportunidad para que puedan estudiar, cuidando de ellos con afecto, con amor, para que puedan tener dentro de las limitaciones más de los que ellos tuvieron en su niñez.

- **DESCONOCIMIENTO DE LOS PADRES DE LAS ETAPAS EVOLUTIVAS**

Por otro lado, existe desconocimiento en los padres de las etapas evolutivas que pasa un niño y adolescente, como las responsabilidades que deben asumir los padres y las expectativas inadecuadas de la conducta infantil, poco conocimiento de una actitud protectora que dejará vacíos afectivos. Desconocen habilidades para el manejo de conflictos dentro de la relación de pareja y poco conocimiento de otros métodos de disciplina. Todo ello por existir lamentablemente déficits de habilidades o capacidades para el manejo de estrés y para el cuidado de los niños a su cargo, canalizando equivocadamente su estado de ánimo a través del maltrato a sus hijos⁴³.

- **DÉFICIT DE COMPETENCIAS PARENTALES**

Actualmente existe incompetencias parentales en las familias, de modo que,

se debería brindar apoyo a los padres o madres de familia que provienen mayormente de familias vulnerables para que puedan asumir con responsabilidad y de manera positiva su parentalidad mediante la formación y promoción de competencias para entender mejor su crianza, educación y las necesidades afectivas de sus hijos que redundará en beneficio de los miembros de la familia en especial de los menores.

Asimismo, la conducta parental competente y la motivación para interactuar en forma positiva con los hijos, es un fenómeno natural y universal, basado en el mejor interés de los niños. Aquellos padres, madres de familia o personas que están a cargo del cuidado de los niños o adolescentes y que no poseen estas habilidades o capacidades, pueden situarse como abusivo o negligente y pueden ser identificados y etiquetados como anormales o personas desviadas⁴³.

Por otro lado, hay que tener en cuenta que Barudy y Majorie⁴² consideran que, los buenos tratos determinan el adecuado desarrollo y bienestar infantil que es el principio básico para el equilibrio mental de los futuros adultos. Esto se puede dar en los casos que los padres hayan desarrollado la capacidad para responder las necesidades afectivas, apego, cuidados adecuados, brindar protección, respeto, y educación.

Contrario al buen trato, el déficit de competencias y de conciencias, como el

estar absorto en problemas de trabajo o sentimentales y hacerse responsables de sus hijos; les dificulta o los considera obstáculos, haciéndolos pagar en ellos sus insatisfacciones o carencias, originándoles trastornos de apego o sintomatologías de conducta que expresan el sufrimiento invisible de los niños. Es importante señalar que la atención, el buen trato, paciencia y la comprensión hacia el niño por parte de profesores u otros que desarrollan en el ámbito escolar, de la justicia o la atención social, pueden reparar y devolver a los niños su capacidad de resiliencia y poder seguir confiando en el mundo⁴².

2.2.7. DEPRESIÓN EN LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA

- **BREVE RESEÑA HISTÓRICA**

A lo largo de la historia de la ciencia hubo intento de comprender científicamente el origen de la depresión, Hipócrates observó algunos rasgos en las personas como tristeza, apatía, abatimiento y le dio el término de melancolía que proviene del griego melaina chole (bilis negra) suponía que estos estados de ánimos se debía a cambios en la secreción de la bilis negra que originaba desorden orgánico. Se mantuvo este concepto hasta el siglo XIX ⁴⁴.

Entre el XIX y XX el psiquiatra alemán Kraepelin en su 6ta. Edición de su manual de psiquiatría, hizo diferencia entre demencia precoz (esquizofrenia), y maniaco depresiva basado en la historia familiar, su curso y la magnitud de la

gravedad. El término maniaco-depresivo Kraepelin incluía cuadros que hoy llamamos depresión mayor, distimia y trastorno bipolar o ciclotimia, igualmente, a todos los excesos de la afectividad⁶⁰. Así mismo, usaba el término de melancolía en depresiones de ancianos. El alemán Kahlbaum llamó a las melancolías crónicas distimia; y ciclotimia a estados oscilantes en el estado de ánimo de la persona⁴⁵.

- **DEFINICIÓN DE DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES**

Se manifiesta mediante respuestas cognitivas como el descontento de su propia imagen, pesimismo sobre el futuro, ideas catastróficas, que lo interiorizan; el llanto, rabietas, locuacidad, sentimiento de culpa es más intenso a comparación de los niños que lo exteriorizan⁴⁶.

- **DESDE EL ENFOQUE COGNITIVO**

Los **adolescentes** muestran sesgos de pensamientos típicos como la audiencia imaginaria (cree que todos están pendientes de él y ella) y la fábula personal (se considera indestructible y único). Pueden tener problemas relacionados con el desarrollo del autoconcepto y la autoestima, así como en la gestión de sus roles sociales. Además se constituye una identidad ocupacional y sexual⁴⁶.

Por otro lado, según señala Beck⁴⁷ los esquemas son patrones cognitivos

parcialmente estables que son la base de las interpretaciones de la realidad. Por tanto las **creencias** son el contenido de los esquemas, que es el resultado directo de la relación entre la realidad y todo aquello en lo que uno cree, son como mapas internos que permiten dar sentido al mundo, se construyen y generalizan a través de la experiencia. Existen dos tipos de creencias:

a) CREENCIAS CENTRALES O NUCLEARES

Constituyen el self de la persona, son difíciles de cambiar, dan el sentido de identidad y son idiosincrásicas. Es el núcleo de lo que nosotros somos, nuestros valores, nuestras creencias más firmes y incommovibles, que nos dan estabilidad y nos permiten saber quiénes somos⁴⁷. Ej.: Soy incompetente, soy varón.

b) CREENCIAS PERIFÉRICAS

Se relacionan con aspectos secundarios, son más fáciles de cambiar, son más satelitales y no involucran a los aspectos centrales de la personalidad, que pueden modificarse con facilidad y tienen una menor relevancia que las creencias nucleares⁴⁷. Ej. La vida siempre te da una segunda oportunidad.

- **LA DEPRESIÓN EN LA NIÑEZ**

En los **niños** se manifiesta con cambios en la etapa del desarrollo social y biológico; predominando en la infancia el llanto, irritabilidad, rabietas, problemas

de control de esfínteres. En los adolescentes como en los niños demuestran la depresión con mayor irritabilidad que tristeza⁴⁶.

2.2.8. CAUSAS, INCIDENCIAS Y PREVALENCIAS DE LA DEPRESIÓN

1) BASES BIOLÓGICAS

Hace diez años los estudios se enfocaban en las hormonas del crecimiento, los niveles de cortisol y las alteraciones REM. Actualmente se centran en alteraciones funcionales y estructurales en las amígdalas, cíngulo, hipocampo y la asimetría frontal derecha. Todo lo relacionado con la activación emocional ligado a factores genéticos que pueden estar propenso los sujetos a reaccionar en forma diferente ante situaciones de estrés o de confrontación a acontecimientos traumáticos⁴⁸.

En las etapas prepuberales, la prevalencia del trastorno depresivo mayor es similar entre niños y niñas. Sin embargo, en los adolescentes, la prevalencia es mayor solo en el género femenino con una razón de 2 a 1 ⁴⁹, debido a las diferentes formas de afrontar el estrés o los cambios hormonales que se producen durante la pubertad. Por otro lado, según un estudio longitudinal prospectivo de 10 años en preadolescentes reveló que el momento crítico aparece entre los 15 y 18 años existiendo diferencias entre ambos sexos⁵⁰.

2) NIVEL SOCIO ECONÓMICO

Influye dos veces más en la depresión el bajo nivel socioeconómico durante el transcurso de su vida a comparación de aquellos niños o adolescentes que pertenecen a un nivel más elevado, independientemente de su historia familiar con referencia de enfermedad mental⁵¹.

La pobreza es una de las causas de depresión mayor, por las limitaciones económicas, desesperanza que deberán afrontar la familia, la situación incierta, los padres o madres no saben cómo cubrirán las necesidades básicas como alimentos, techo, vestidos y educación de sus hijos; y si los padres son jóvenes y están desempleados mucho más grave⁵¹.

3) INFLUENCIA DE FACTORES FAMILIARES EN LA DEPRESIÓN

Cabe señalar, si los padres padecen de depresión se asociará con la depresión en sus futuros hijos, existiendo una probabilidad entre 3 y 4 veces mayor de que pueda desarrollar trastorno del humor. Igualmente el alcoholismo familiar se asocia a una mayor probabilidad de desarrollar un trastorno depresivo⁵²

En este sentido, como los hijos miran la vida a través de los ojos de los padres, ellos al observar a una persona triste, sombría, apesadumbrado afectará a los hijos como a la familia en general. Los niños o adolescentes que suelen mostrar alegría, deseos de jugar, querrán compartir con su padres sus juegos, salir

a pasear, pero el padre o la madre no tendrá el ánimo de hacerlo, por el contrario, a cualquier ruido que emitan los niños de risas y bullicio los hará callar, viviendo ellos un tormento que alterará por completo la dinámica familiar. Inclusive al ver y escuchar a sus padres sus lamentos e ideas suicidas será doloroso para el niño/a o adolescente quienes sufrirán por ello porque no querrán perderlos, será un modelo negativo quienes verán la vida con la misma percepción que tienen los padres deprimidos interiorizándolos⁵².

4) CONFLICTOS CONYUGALES

Es importante precisar, que influye negativamente la existencia de conflictos conyugales o problemas emocionales entre el padre y el hijo. Igualmente las diferentes formas de maltrato como el físico, psicológico, sexual, por negligencia o descuido, por maltrato emocional, maltrato de abandono, que son acontecimientos desfavorables. Asimismo, la separación de los padres, la tenencia de los hijos o muerte de un ser querido^{53,54}.

5) NORMAS RÍGIDAS Y EXCESIVO CONTROL

La depresión aparece por lo general en familias donde se aplican normas rígidas, donde no existe acercamiento afectivo, dejando vacíos afectivos por el poco conocimiento, produciendo en sus hijos conductas agresivas, resentimientos y tristeza. Asimismo, cuando la familia es sobreprotectora y donde existe excesivo

control o de lo contrario son altamente permisivos, de modo que, los hijos mostrarán baja tolerancia a la frustración⁵⁵.

Igualmente, se manifiesta también cuando están sometidos a un excesivo control y estricto estilo educativo, originándoles estrés, frustración cuando no pueden alcanzar notas aprobatorias o no cumplen con las expectativas de los padres quienes son sumamente exigentes. Cuando los padres se han separado o ha fallecido uno de ellos, tendrán dificultad de interactuar con sus pares o podrán ser víctimas del llamado bullying⁵³.

Es determinante las experiencias que el niño tenga desde los primeros años porque dependerá de ello que pueda adquirir predisposición a la depresión, que permanecen inactivos mientras no estén expuestos a eventos que les pueda activar. Por el momento, tendrá pensamientos positivos, hasta que estos esquemas se activen en cualquier momento por algún estímulo estresor que se llama factores precipitantes, que podría ser una primera ruptura amorosa⁵⁶.

Al respecto, se puede decir que al margen de las experiencias tempranas, puede existir una correlación genética que se puede transmitir por herencia, dependerá del desarrollo que el individuo tenga en la interacción con su contexto social para evitar que se active los síntomas depresivos. El trastorno puede aparecer a cualquier edad, pero su inicio es más frecuente entre la adolescencia y los 39 años de edad⁵⁶.

6) RIESGOS EN SU ENTORNO SOCIAL

El rechazo de diferentes miembros de su entorno social y los conflictos interpersonales incrementaran los problemas, de modo que los niños/as y adolescentes que no tienen amigos, pueden desarrollar depresión con indicadores de aislamiento social y trastorno de conducta⁵⁷.

Por otro lado, otro factor de riesgo es el acoso escolar o bullying mediante el cual el niño/a o adolescente se siente hostilizados por sus pares, al sentirse marginado y víctima de burlas⁵⁸.

Cabe señalar, que las consecuencias de tener un hogar donde existe violencia familiar, indiferencia, carencias afectivas de parte de los miembros de la familia, les dificultará a los niños/as y adolescentes a crear vínculos afectivos y positivos con sus pares u otros, así también de controlar sus impulsos, mejorar sus emociones, dar a conocer que existe un sistema de valores y que deberá aplicarse. El miedo infantil acumulado lleva en la adolescencia al enojo y como resultado de ello canaliza su fastidio a otros mediante el acoso escolar o bullying por la actitud pasiva de su víctima. Caso contrario, podría él asumir una actitud pasiva por su baja autoestima siendo él víctima de bullying⁵⁶.

7) MAYOR RIESGO DE DEPRESIÓN EN LOS CENTROS DE ACOGIMIENTO

Son de alto riesgo de padecer trastornos mentales, los niños/as y adolescentes que viven en los centros de acogimiento, que no tienen hogar; los

delincuentes juveniles con antecedentes, y los que están reclusos en instituciones del Estado⁵⁹.

Asimismo, se consideran de alto riesgo de padecer depresión si los niños/as, y adolescentes consumen sustancias psicoactivas, si existe abuso de alcohol, de cigarros, si su entorno es violento y si existe promiscuidad sexual^{59,60}.

2.2.9. FACTORES QUE INFLUYEN EN FORMA INDIVIDUAL

Cabe señalar, que los trastornos depresivos son iguales en niños/as antes de la adolescencia; pero ello cambia a mitad de la adolescencia en dos o tres veces más. Se presenta más los trastornos depresivos en las mujeres debido a los cambios hormonales que están teniendo, incrementando el estrés, afectando sus relaciones interpersonales con tendencia a pensamientos rumiativos^{52,57}.

Por tanto, la depresión se debe a **cambios cognitivos, fisiológicos, psicológicos** y sociales; una etapa nueva en la que el adolescente se debe adaptar y que les dificulta hacerlo. Es importante que los padres puedan conversar con sus hijos de los cambios que se darán en su cuerpo, explicarles el incremento de la producción de hormonas y de los cambios físicos y de conducta que deberá manejarlo adecuadamente. En el caso de la **mujer el incremento de hormonas** hará que incremente su sensibilidad que podría presentar trastornos depresivos si no recibe el soporte emocional de sus padres. Igualmente, se puede presentar

depresión mayor en niños/as y adolescentes, cuando existe síntomas como anhedonia e ideación de muerte. Por otro lado, los niños/as y adolescentes con problemas de déficit de atención, hiperactividad, discapacidades físicas o de aprendizaje pueden tener mayor riesgo de padecer depresión⁵³.

CUADRO No.5
BASES PSICOLÓGICAS

Corrientes	Autores	Año	Bases Teóricas
PSICOANALISIS	Spitz	1945	• <i>Considera que la depresión se origina por la pérdida de un objeto, que es el autoestima.</i>
	Freud	1917	• <i>La depresión es originada por la muerte o pérdida de un ser amado.</i>
CONDUCTUAL	Lazarus	1973	• <i>La depresión se produce por carencias de reforzamientos.</i>
	Lewinsohn	1974	• <i>Es por déficit de habilidades sociales y sucesos negativos ocurridos en la infancia.</i>
COGNITIVA	Beck	1967	• <i>Ideas distorsionados sobre sí mismo, del mundo en que vive, y del futuro, experiencias negativas.</i>
	Bandura	1974	• <i>Por aprendizaje de modelos depresivos, se adquieren sin tener una experiencia directa.</i>
	Seligman	1975	• <i>Por Indefensión aprendida o desamparo aprendido. Incompetente para evitar situaciones de sufrimiento.</i>
	Rehn	1977	• <i>Poco control de la situación, atribuciones negativas.</i>
GESTALT	Fritz Perls	1951	• <i>Creencias incorporadas desde su infancia que proviene de personas de gran influencia.</i>
COGNITIVO CONDUCTUAL	Aaron Beck Albert Ellis	1957	• <i>La premisa se basa, en tener distorsiones cognitivas, la forma en que se ven ellos, ven su entorno y el futuro.</i>

Fuente: Centre Londres 94. Trastorno depresivo infantil. Psiquiatría.

2.2.10. CRITERIOS CLÍNICOS Y CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

- **NEGACIÓN DE EXISTENCIA DE DEPRESIÓN EN NIÑOS/AS**

Es importante señalar, que durante mucho tiempo se había negado la existencia de la depresión en los niños/as y sólo se admitía su inicio durante la adolescencia. Inclusive se postulaba que los niños/as eran carentes de preocupaciones porque no tenían responsabilidades. Asimismo, los **niños/as** a una edad más temprana **exteriorizan** más sus síntomas a comparación de los **adolescentes** que **interiorizan** tanto los síntomas afectivos como los cognitivos con mayor intensidad⁶¹.

Cabe agregar, que los niños canalizaban su depresión a través de su llanto, su tristeza, su inapetencia, no pueden dormir en las noches, o sus gritos manifestaban su dolor emocional, tal vez por la ausencia de sus padres o madres, o por las pocas muestras afectivas que necesitaba y que nadie le brinda, que al pedirlos de la única manera que ellos saben mediante el llanto, los cuidadores los castigan considerando equivocadamente que es una rabieta⁶².

De modo que, los niños/as están llenos de inquietudes, mucho más que un adulto, porque su desarrollo cognitivo les dificulta encontrar explicaciones racionales de todas las cosas que le suceden, al margen de preocuparse por los problemas reales, deben hacerlos también por los imaginarios. Generándole

sentimientos de inseguridad que lo conduce a emociones confusas que los deriva a la depresión⁶².

- **“SÍNDROME DEL NIÑO HOSPITALIZADO” SEGÚN SPITZ Y WOLF**

Según varios estudios realizados por dos psicoanalistas Spitz y Wolf⁶³ dan a conocer sus primeras impresiones y características de la depresión infantil, quienes observaron que niños internados en hospital y separados por dos o tres días de sus padres presentaban algunos signos en su comportamiento como llanto, apatía, desinterés, retraimiento y no desarrollaban físicamente, se le denominó Síndrome del Niño Hospitalizado. Posteriormente, aparecen otras formas de poder comprender la depresión infantil como la Teoría de la Indefensión aprendida de Seligman.

Al respecto, el peor miedo que sienten los niños/as y adolescentes es ser abandonados, y no ser queridos por sus padres, pero también pueden mostrar irritabilidad como muestra de ser abandonados, también en los casos de que los padres estén en proceso de separación y que uno no estará jamás a su lado diariamente, que puede dar origen a una serie de signos y sintomatología depresiva. La angustia de abandono es normal en el primer año de vida. En caso de mantenerse en el tiempo y de ser un miedo recurrente y obsesivo en el adulto, podríamos estar ante un trastorno límite de la personalidad⁶³.

- **LA DEPRESIÓN MAYOR Y LA ANSIEDAD EN LOS NIÑOS**

Se realizó una exhaustiva investigación sobre la depresión infantil donde la depresión mayor se manifiesta en niños y niñas con ansiedad, en el caso de niñas con hipersensibilidad y preocupación. Si estos síntomas duran una semana, se puede predecir que puede aparecer un episodio depresivo. Asimismo, agrega al respecto que los adolescentes que padecen de depresión tienden a buscar amigos con sus mismos síntomas depresivos, lo que incrementaría al reforzamiento de su conducta depresiva⁶⁴.

Cabe resaltar, que tiene gran impacto la depresión en la niñez y adolescencia en relación a su crecimiento y desarrollo personal. Asimismo, en las relaciones familiares e interpersonales y en su rendimiento escolar. Existe la posibilidad que se presente en la adolescencia y pueda continuar a lo largo de su existencia, según señala los altos índices de consultas por problemas en el trabajo, como los informes de pacientes con problemas psiquiátricos que han sido internados en la adultez⁶⁵.

En verdad, la depresión marca mucho en su niñez y adolescencia, mostrando en los primeros años irritabilidad que es uno de los rasgos de la depresión y en el adolescente se manifiesta mostrando una actitud apática, desinterés en actividades que era de su agrado. El adolescente puede padecer de un trastorno de adaptación que podría considerarse dentro de lo normal por su desarrollo personal, la pérdida de un ser querido, la separación de sus padres o el

nacimiento de un hermanito podría ser un factor desencadenante para que pueda presentar rasgos depresivos, desarrollándose posteriormente en un trastorno depresivo⁶⁵.

- **LA DEPRESIÓN MAYOR Y EL RIESGO PARA EL SUICIDIO**

En el adolescente la depresión mayor es uno de los factores más amenazante o de mayor riesgo para el suicidio. A nivel mundial uno de los datos que más preocupa es el incremento de suicidio en edades tempranas repercutiendo sobre la estructura familiar y social. Es importante señalar, que se ha comprobado que entre el 20% al 32% de niños/as deprimidos, cuando llegan a la adolescencia pueden padecer de trastornos bipolares⁶⁶.

Dentro de este contexto, para que pueda existir un desajuste en el niño y en el adolescente, debe darse cierta vulnerabilidad ya sea en lo personal, familiar y de su entorno. Siendo los factores que suponen una vulnerabilidad de naturaleza social, biológica, personal y demográfica. De otro lado, según un estudio realizado en España, no se halló depresión en niños/as extrovertidos, pero sí se detectó en niños introvertidos depresión y neuroticismo⁴⁶.

2.2.11. CRITERIOS DEL DSM-IV

Según los criterios del DSM-IV⁶⁷ los síntomas centrales de un episodio depresivo mayor son los mismos para niños/as y adolescentes, aunque hay datos

que sugieren que las manifestaciones de los síntomas característicos pueden cambiar según la edad, como se indica en los Cuadros No. 6 y No.7.

CUADRO No.6
CARACTERÍSTICAS DE LA DEPRESIÓN EN NIÑOS

Edades	Características
<i>Niño lactante</i>	<p>Síntomas somáticos como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Irritabilidad • anorexia • hipo-actividad
<i>Niño de 3 a 5 años</i>	<p>Síntomas conductuales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inquietud • Pataletas reiteradas • Heteroagresividad⁶⁸
<i>Niño de 6 a 10 años</i>	<p>Síntomas claves:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bajo rendimiento académico • trastorno por déficit de atención • alternancia entre irritabilidad, agresividad • trastorno de ansiedad • aislamiento social y tristeza <p>Usa expresiones auto-descalificadoras o proyecta su rabia hacia los demás como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • “nadie me quiere todos me rechazan”⁶⁹.

Fuente: DSM-IV Manual diagnóstico y estadística de los trastornos mentales. Masson Editores 4ª. Obra original en lengua inglesa. España 1995.

CUADRO No. 7

CARACTERÍSTICAS DE LA DEPRESIÓN EN LA ADOLESCENCIA

Sexo	Características
Femenino	<ul style="list-style-type: none">• Anorexia, la preocupación en el peso.• La imagen del cuerpo es señal de anorexia nerviosa
Masculino Femenino	<ul style="list-style-type: none">• Alteración en el sueño, insomnios, hipersomnía.• Cambios significativos en el patrón del sueño
Masculino Femenino	<ul style="list-style-type: none">• Agitación psicomotora, retraso psicomotor son comunes.• Se expresan con rabietas, gritos y locuacidad.• Pueden tener períodos alternos de retraso y agitación, dentro de un solo episodio de depresión.
Masculino Femenino	<ul style="list-style-type: none">• Muestran fatiga, pérdida de energía o motivación, sienten necesidad de descansar durante el día, experimentan pesadez de los miembros, pareciera que les dificulta caminar.• Puede aparecer un conflicto entre padres y adolescente, si los padres interpretan mal estos síntomas, como pereza o como actitud opositora.
Masculino Femenino	<ul style="list-style-type: none">• Sentimientos de inutilidad o culpa son marcadas por los sentimientos de insuficiencia, inferioridad, fracaso o inutilidad ⁶⁹.

Fuente: DSM-IV Manual diagnóstico y estadística de los trastornos mentales. Masson Editores 4ª. Obra original en lengua inglesa. España 1995.

2.2.12. CRITERIOS QUE LOS ADOLESCENTES NO SUELEN ACEPTAR

La evaluación de los criterios que se indica a continuación son importantes, no obstante, muchos adolescentes no desean reconocerlo como:

1. Miedo por intentar hacer las cosas (a fracasar)
2. Valoración excesivamente autocrítica de logros.
3. Dificultad para identificar y reconocer sus propios atributos positivos.

4. Envidia y/o preocupación por el éxito de otros (sentimientos de inferioridad)
5. Creencia de que ellos merecen ser castigados por cosas de las cuales no son responsables.
6. Puede afectar la concentración, su pensamiento y su procesamiento de información pueden retardarse. Además, son indecisos, toman más tiempo para completar tareas y trabajo. Es necesario evaluar la información de la escuela.
7. Las ideas recurrentes de muerte o suicidio se pueden manifestar con expresiones tales como: “la vida no vale, más vale estar muerto”. Hay interés por la música y literatura que aborda temas de muerte.
8. Los adolescentes con depresión a veces incurrir en rasgos de conducta sociopática o experimentan alucinaciones que les ordenan cometer el suicidio⁶⁸.

2.2.13. SINTOMATOLOGÍA DE DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES POR PÉRDIDA DE UN FAMILIAR

Se debe tener en cuenta que muy pocos casos manifiestan síntomas melancólicos. Además, la calidad de humor deprimido es diferente del sentimiento experimentado después de la muerte de un ser amado que pueden acompañarse de síntomas vegetativos (insomnio terminal, perturbación psicomotor y anorexia con pérdida de peso). Pueden aparecer síntomas atípicos como: reactividad del humor, la sensibilidad considerable al rechazo interpersonal, hipersomnia, apetito aumentado⁷⁰. Asimismo, es más común encontrar ***síntomas relativos a la alteración de la conducta***, como:

- ✓ Desacato a normas
- ✓ Oposicionismo
- ✓ Fuga escolar
- ✓ Trastorno disociales
- ✓ Humor irritable
- ✓ Hurto (en algunos casos)
- ✓ Mentiras
- ✓ Trastorno de la conducta alimentaria
- ✓ Baja autoestima
- ✓ Consumo de sustancias psicoactivas (en algunos casos)
- ✓ Pueden expresar deseo de no vivir
- ✓ Incurrir en actividades riesgosas.

Sin embargo, la depresión en los adolescentes normalmente se expresa como un humor irritable, porque al igual que a los niños/as, les falta la sofisticación emocional y cognoscitiva para identificar correctamente y organizar sus experiencias emocionales⁵⁹.

Además, la depresión en los adolescentes puede cambiar la percepción que tienen de sí mismo y de las personas que están entorno a ellos, preguntándose cómo será su vida sin ese ser querido, ven todo en forma negativa y se sienten incapaces de pensar que el problema que los abruma puede tener solución de manera positiva, pudiendo canalizar su dolor por medio del consumo excesivo del

alcohol, consumo regular de cualquier sustancia psicoactiva, padeciendo de trastorno alimentario, comportamientos autolesivo que puede derivar a la autoeliminación⁵⁹.

CUADRO No.8

TIPOS DE DEPRESIÓN EN NIÑOS, ADOLESCENTES Y ADULTOS

Tipos	Descripción
Depresión Psicótica	<ul style="list-style-type: none"> • Al margen de la sintomatología depresiva, aparecen alucinaciones, delirios congruentes o no con el estado de ánimo. • En los niños se manifiesta con alucinaciones auditivas, debido a su desarrollo cognitivo. • En adolescentes se puede presentar cualquier síntoma señalado. Es de mayor severidad y de morbilidad a largo plazo
Depresión Atípica	<ul style="list-style-type: none"> • Relacionados a jóvenes no se tiene información, pero se conoce que puede dar inicio en la adolescencia. • En el adulto la sintomatología son: aumento de sueño, apetito y peso. Igualmente reactividad del estado de ánimo, síntomas fóbicos, sensibilidad al rechazo emocional y sensación de cansancio grave.
Trastorno Afectivo Estacional	<ul style="list-style-type: none"> • Mayormente aparece después de la pubertad y se puede iniciar en otoño-invierno, por lo general en la misma época de cada año, junto a hipersomnia y aumento de la ingesta⁷¹.

Fuente: Centre Londres 94.Trastorno depresivo infantil. Psiquiatría

2.2.14. IMPORTANCIA DE SABER CÓMO PIENSAN LOS ADOLESCENTES

Es importante señalar, que el adolescente puede expresar su tristeza mostrándose malhumorado y por medio de la agresividad canaliza su dolor emocional para poder aliviarlo. Por lo general, no es capaz de tolerar su frustración de modo que reacciona a la menor provocación con arranques de

enojo. Los padres o cuidadores debemos estar muy atentos de cómo piensan los adolescentes:

- La creencia de que todo es injusto.
- Creencia que está defraudando a los padres o maestros
- Sentimientos de desesperanza
- Una perspectiva oscura o desesperada de su vida o circunstancias.

Por lo general, los adolescentes tienen la capacidad de animarse con experiencias positivas que es común en ellos cuando hay depresión **típica**; pero cuando es **atípica** esta capacidad de animarse de manera exagerada, los lleva a experiencias riesgosas como afiliación a pandillas, drogas, promiscuidad⁷⁵.

Inclusive, la presentación clínica de depresión en la niñez o juventud predispone a la fenomenología de desorden depresivo en los adultos. Los rasgos melancólico son más típicos en los ancianos con depresión severa. Asimismo, puede observarse especialmente en los ancianos síntomas cognoscitivos, es decir la existencia de pérdida de memoria, desorientación y distraibilidad⁶⁹.

CUADRO No.9

MITOS Y ERRORES EN RELACIÓN A LA DEPRESIÓN INFANTIL

- ⇒ *Los niños no se deprimen*
- ⇒ *Es transitoria*
- ⇒ *Es una etapa del desarrollo normal humano*
- ⇒ *Es una enfermedad poco frecuente*
- ⇒ *Se presenta con una sintomatología enmascarada*
- ⇒ *No existe antes de una edad determinada⁷².*

Cabe agregar, que los trastornos depresivos en la adolescencia se puede manifestar en forma crónica y con altibajos siendo el riesgo cuatro veces mayor de persistir la depresión en la edad adulta. Existe más del 70% de niños/as y adolescentes con trastornos depresivos que hasta la fecha no han sido diagnosticados en forma correcta y menos reciben el tratamiento adecuado⁷³. Las razones podrían ser:

- Falta de entrenamiento adecuado de profesionales en la evaluación de niños y adolescentes con problemas mentales.
- No existe criterios clasificatorios específicos para niños y adolescentes⁷⁴.

En conclusión, se puede decir que durante la adolescencia existe una tormenta cerebral que debe ser acompañado y existir una contención de parte sus padres u otros personas adultas que tienen una importancia significativas para ellos, basados en un buen modelo. ***La adolescencia sana resulta*** porque cuenta con la parte afectiva, apego seguro, estimulación, motivación, protección y haber recibido educación durante su infancia, de modo que, le permite desarrollar sus habilidades sociales para poder interaccionar con sus pares y adultos y construir un proyecto de vida⁷⁵.

2.2.15. CARACTERÍSTICAS GENERALES

EPISODIOS DEPRESIVOS TÍPICOS

Los episodios ***depresivos típicos, leves, moderados o graves*** se manifiesta en

un estado de ánimo bajo, reducción de la energía y disminución de la actividad. La capacidad de disfrutar, interesarse (anhedonia) y concentrarse está reducida. El sueño suele estar alterado y el apetito disminuido. La autoestima y la confianza en uno mismo están reducidas e incluso en las formas leves, a menudo están presentes ideas de culpa o inutilidad. El estado de ánimo varía poco de un día a otro, no responde a circunstancias externas, enlentecimiento psicomotor, pérdida de apetito y peso, todo ello ocasionado por un acontecimiento externo⁷⁶.

CUADRO No.10

DIEZ SÍNTOMAS DEPRESIVOS SEGÚN LA CLASIFICACIÓN CIE-10

- a) *Por lo menos 5 de una lista de síntomas uno de los cuales debe ser necesariamente humor depresivo o pérdida de interés o placer. Este grupo de síntomas debe estar presente casi todos los días por lo menos dos semanas.*
1. *Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día o la observación de llanto.*
 2. *Marcada pérdida de interés o placer en la mayoría de las actividades diarias.*
 3. *Cambios significativos espontáneos en el apetito y/o peso.*
 4. *Cambios en los patrones de sueño.*
 5. *Cambios observables del rendimiento psicomotor.*
 6. *Pérdida de energía o cansancio.*
 7. *Sentimientos de minusvalía o culpa excesiva.*
 8. *Disminución en la capacidad de pensar, concentración o toma de decisiones.*
 9. *Pensamientos recurrentes de muerte, de suicidio y/o intento de suicidio.*
 10. *Pérdida de confianza o disminución de la autoestima.*
- b) *Los síntomas no ocurren coincidentemente con manía*
- c) *Los síntomas cursan con significativo sufrimiento emocional, discapacidad social o laboral*
- d) *Los síntomas no se deben a efecto de drogas o condiciones médicas generales.*
- e) *Los síntomas no reflejan una reacción de duelo.*

Fuente: CIE-10-CDI-10. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Glosario y criterios diagnósticos de investigación. Madrid.2000

Como manifiesta Rotondo⁷⁷ para hacer un diagnóstico de un episodio depresivo mayor se debe cumplir con los criterios señalados en el cuadro anterior. El CIE-10⁷⁶ divide el cuadro depresivo en leve, moderado, grave con o sin síntomas psicóticos.

a. EPISODIO DEPRESIVO LEVE

Suelen presentar los pacientes 2 ó 3 de los síntomas señalados en el párrafo anterior. El paciente, por lo general, está afectado por ellos, pero podrá seguir con muchas de las actividades que realiza.

b. EPISODIO DEPRESIVO MODERADO

Los pacientes presentan 4 ó más de los síntomas indicados anteriormente, es probable que el paciente tenga grandes dificultades para seguir *con sus actividades ordinarias*.

c. EPISODIO DEPRESIVO GRAVE SIN SÍNTOMAS PSICÓTICOS

En este episodio el paciente presenta varios síntomas descritos anteriormente, son marcados y afectan al paciente. Siendo típicas la pérdida de autoestima, sentimientos de culpa, autodesvalorización, ideas o actos suicidas; algunos síntomas somáticos como: Depresión agitada, depresión mayor y depresión vital. Cuando el paciente presenta agitación o enlentecimiento, no podrá ser capaz de describir con detalles muchos síntomas, pero una valoración global del episodio grave está justificable⁷⁶.

2.2.16. CRITERIOS DEL DSM-IV-TR

Los trastornos del estado de ánimo comprende varios tipos de trastornos, solo en el caso de trastornos depresivos comprende: El trastorno depresivo mayor, trastorno depresivo distímico y trastorno depresivo no especificado⁷⁸.

a. Trastorno depresivo mayor

Cuando 1 o más episodios depresivos mayores como mínimo de 2 semanas de estado de ánimo depresivo o pérdida de interés acompañados por lo menos de 4 síntomas de depresión, con ausencia de manía o hipomanía.

b. Trastorno distímico

Si durante 2 años ha habido más días con estado de ánimo depresivo.

c. Trastorno depresivo no especificado

Son características depresivas que no cumplen los criterios para un trastorno depresivo mayor, distímico, adaptativo con estado de ánimo depresivo o trastorno adaptativo con estado de ánimo mixto ansioso y depresivo (o síntomas depresivos sobre los que hay una información inadecuada o contradictoria)⁷⁸.

2.2.17. CONCEPTUALIZACIONES GENERALES

Según Beck⁷⁹ “la depresión es el resultado de una interpretación errónea de los hechos y eventos que el individuo tiene que afrontar, propuso que los sujetos

que padecían esta enfermedad se definían por tres atributos en su pensar: 1) Los esquemas, 2) Los pensamientos automáticos y 3) La triada cognitiva”.

Al respecto, se puede decir que la depresión que padece el individuo es generada por la errónea interpretación que hace de la situación desde su percepción, no de la situación en sí o real. Las interpretaciones pueden ser irracionales, es decir, no refleja adecuadamente la realidad, y lo describe de esta forma⁸⁶.

Como manifiesta Beck^{46,80} cuando los pensamientos del individuo son negativos y automáticos y se da en forma espontánea, se puede englobar en tres ideas: **1)** Concepto sobre sí mismo, **2)** Sobre el mundo y **3)** Sobre el futuro. Cuando se siente impotente de poder afrontar cualquier obstáculo que se le presenta mostrando una actitud de desesperanza⁸⁰. Por tanto, el individuo tiene:

- ✓ ***Ideas distorsionadas sobre sí mismo***, se considera desvalorizado, inútil; atribuye sus experiencias desagradables a sus propios defectos, que puede ser físico, intelectual; rechazándose a sí mismo y que los demás también lo harán.

- ✓ ***Percepción negativa del mundo***, interpreta que esta derrotado en su interacción con su entorno; cree que el ***mundo*** le exige mucho y le pone obstáculos para que no pueda lograr sus objetivos.

- ✓ **Visión negativa del futuro**, lo supone amenazante; piensa que sus problemas y malas experiencias continuarán y se incrementarán⁸⁰.

“INDEFENSIÓN APRENDIDA” SEGÚN SELIGMAN

Como manifiesta Seligman⁸¹, la depresión se produce cuando el individuo no tiene la capacidad de excluir situaciones que tiene relación entre su comportamiento y el efecto que pueda tener en él, que pueden ser positivas o negativas, al cual se le llama “*indefensión aprendida*”. El individuo asume equivocadamente una actitud pasiva cuando es expuesto a situaciones donde no existe contingencia.

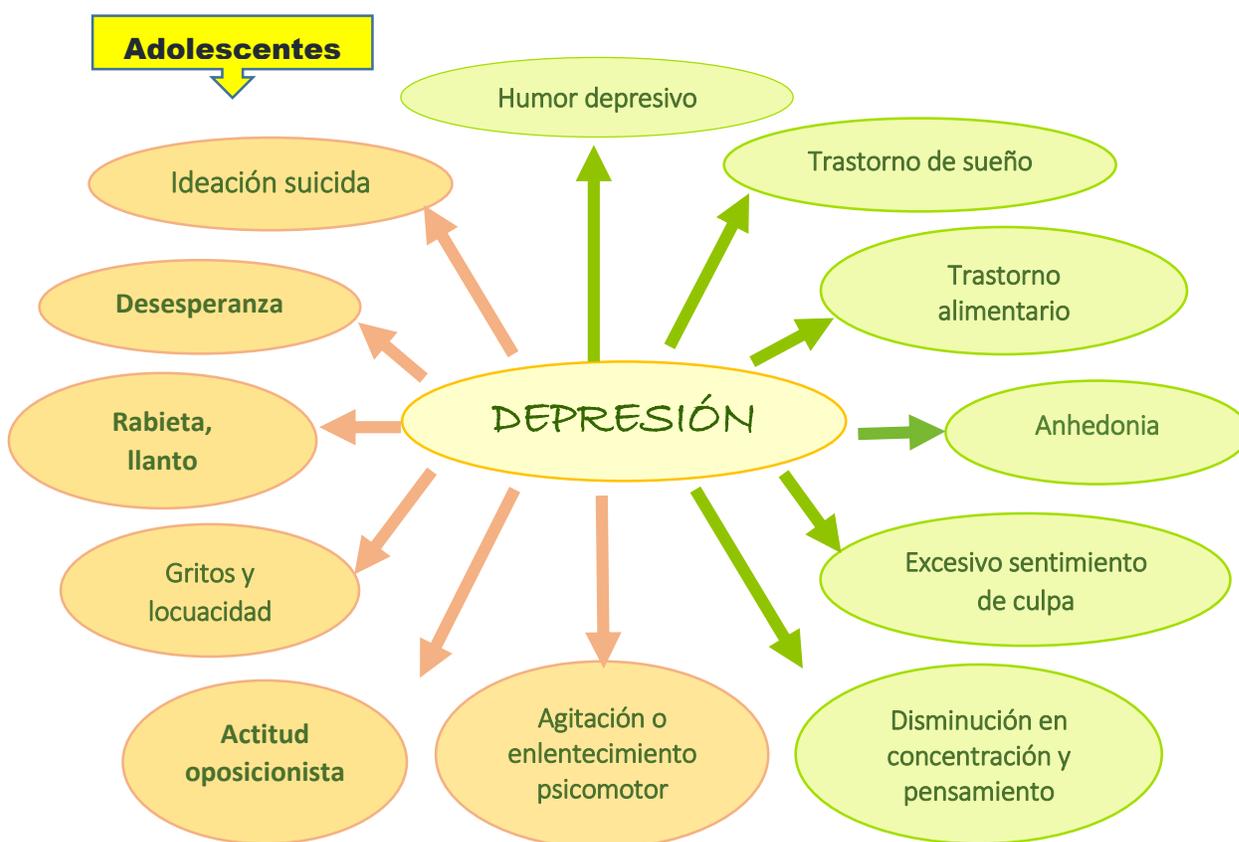
Por tal motivo, el individuo no debe actuar en forma pasiva frente a hechos que le ocasionan daño emocional, cognitivo o físico. No puede permanecer indolente hacia sí mismo, porque cree que no tiene ningún derecho ni control sobre estos eventos y se inhibe mostrando pasividad creyendo con ello que va a cambiar los hechos o situaciones que vive.

Ahora bien, si el individuo ha desarrollado habilidades de diferente índole, social, cognitivo, profesional podría servirle como amortiguador al impacto de las experiencias negativas, de lo contrario, le dificultará afrontar o abordar problemas que se le presente, al no tener la capacidad de dar solución, teniendo el riesgo de que puedan desarrollar episodio depresivo⁸¹.

Es importante señalar que investigaciones realizadas hallaron que influye la genética en un 16% en la aparición de síntomas depresivos y que los eventos o situaciones negativas que se le presenten en el transcurso de la vida serán determinantes⁸².

CUADRO No. 11

SINTOMATOLOGIA DE LA DEPRESION EN ADULTOS Y ADOLESCENTES



Fuente: Compendio de Psiquiatría, H. Rotondo. 1ª. Ed. UNMSM.2008

Cabe precisar, que no es determinante que una persona que padece depresión es por un problema genético; todos en general tenemos una predisposición para desarrollarlo, como cualquier otro tipo de enfermedad.

Dependerá el riesgo de poder padecerlo si el entorno del entorno familiar o social pueda afectarlo como: el estrés psicosocial, problema laboral, abandono o muerte de un familiar, mala alimentación, inactividad física, obesidad, alcohol, drogas y otros⁸².

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

Maltrato infantil:

La Organización Mundial de la Salud –OMS² define el maltrato infantil como los abusos y desatención a los menores de 18 años, y todo tipo de maltratos como físico, psicológico, sexual, por abandono, explotación comercial que les causen daño a la salud, al desarrollo o dignidad del niño o poner en peligro sus vidas.

Según Barudy⁴² considera que maltrato infantil son situaciones que afectan tanto a los padres, madres o cuidadores como al niño/a. En el caso del padre o madre su historia personal. Y en el caso de niño/a influye en forma negativa en relación a su salud física y psicológica dificultando su adecuado desarrollo. Son negativos cuando los eventos o situaciones suceden en forma frecuente, considerando como maltrato: abuso físico, abandono físico o negligencia, maltrato emocional, abandono emocional y abuso sexual.

Depresión:

La depresión en adolescentes según Reynolds⁸³ considera que muchas veces es olvidada, ignorada o vista como síntomas de otros problemas. Los

cambios de humor, el aislamiento, los cambios en la alimentación, en el sueño, las dificultades de concentración y reducción de la actividad, fatiga e irritabilidad pueden ser visto como normales dentro del comportamiento del adolescente.

Adolescencia:

La adolescencia según Saavedra⁸⁴, se concibe como una etapa de desarrollo humano situada entre los 12 y los 18 años, que se inicia con los cambios fisiológicos de la pubertad y termina cuando se alcanza el estatus sociológico del adulto. Se trata de un fenómeno exclusivamente humano, mediante el cual se transita de la niñez a la edad adulta por medio de iniciaciones y de ritos que difieren según la cultura.

Indefensión aprendida:

Según Seligman⁸¹ indefensión aprendida es cuando una persona cree que no tiene control sobre una situación, que le está causando daño físico o psicológico y se inhibe, mostrando pasividad para modificar las cosas.

Activación sexual:

Es una expresión de la sexualidad de cada persona que busca erotismo y el placer en contacto con otra persona, es comportamiento sexual³⁶.

Competencias Parentales:

Cuando las habilidades y comportamientos de crianza son óptimos, existe un

efecto positivo en el autoestima del niño, por ende influye en forma positiva en sus actividades académicas, en su desarrollo cognitivo y su comportamiento⁴².

Las competencias parentales son las capacidades prácticas que desarrolla los padres para cuidar, proteger y educar a sus hijos, brindándoles cariño y buenos tratos. Cualquier enfermedad hereditaria no se llegará hacer efectiva si desde los primeros años de vida recibe un buen trato, será un niño saludable, llevará a cabo el apego, no tendrá miedos y no mostrará signos de agresividad. Las capacidades comprende: construir vínculos saludables y seguro, tomar buenas decisiones, establecer límites, motivarlos, fortalecer en forma afectivo, social y cognitivo e los niños, niñas y adolescentes⁴².

Activación fisiológicas:

La activación fisiológica puede ser producida o incrementada por situaciones temidas, eventos estresantes, tensión, ansiedad elevada e hiperventilación (aumento de frecuencia y profundidad en la respiración)³².

2.4. HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

2.4.1. Hipótesis General

- Existe relación significativa entre maltrato infantil y niveles de depresión en adolescentes en la Institución Educativa No. 0003 “Nuestra Señora del Carmen”, San Miguel, Lima 2018.

2.4.2. Hipótesis Específicos

- Existe relación significativa entre maltrato psicológico y niveles de depresión en adolescentes en la Institución Educativa No. 0003 “Nuestra Señora del Carmen”, San Miguel, Lima 2018.
- Existe relación significativa entre maltrato físico y niveles de depresión en adolescentes en la Institución Educativa No. 0003 “Nuestra Señora del Carmen”, San Miguel, Lima 2018.
- Existe relación significativa entre maltrato sexual y niveles de depresión en adolescentes en la Institución Educativa No. 0003 “Nuestra Señora del Carmen”, San Miguel, Lima 2018.

2.5. VARIABLES DE INVESTIGACIÓN

2.5.1. MALTRATO INFANTIL (VARIABLE 1 INDEPENDIENTE)

Según la OMS² son todas las formas de abuso y de desatención a menores de 18 años, como maltrato físico, psicológico, sexual, por negligencia y explotación comercial u otro tipo que cause daño a la salud, desarrollo o dignidad o pone en peligro su vida. Igualmente se considera maltrato infantil cuando han sido expuestos a violencia familiar.

2.5.2. NIVELES DE DEPRESIÓN (VARIABLE 2 DEPENDIENTE)

La depresión en adolescentes según Reynolds⁸³ considera que muchas veces es olvidada, ignorada o vista como síntomas de otros problemas. Los cambios de humor, el aislamiento, trastornos en la alimentación, en el sueño, las dificultades de concentración y reducción de la actividad, fatiga e irritabilidad pueden ser vistos como normales dentro del comportamiento del adolescente.

2.5.3. Operacionalización de las Variables

Se adjunta **Anexo No. 2**

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

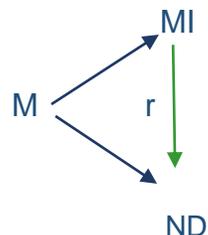
3.1. TIPO, NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Como señala Hernández et al⁷ la investigación es de ***tipo aplicada*** porque usa teorías existentes para solucionar problemas prácticos. Parte del conocimiento generado por la investigación básica tanto para identificar problemas sobre los que se deben intervenir como para definir las estrategias de solución. Es de ***nivel descriptivo*** porque describe situaciones y eventos que ocurre, cómo son y cómo se comportan el grupo y ***correlacional*** porque evalúa la relación que existe entre las dos variables, cómo se comporta una variable en relación a la otra⁷.

3.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Es de ***diseño no experimental***⁷ porque se realiza sin manipular en forma deliberada las variables, se observa los fenómenos tal como están en su contexto

natural para que se analice, y de **corte transversal** pues la medición se realizará solo una sola vez durante el estudio⁷. De **enfoque cuantitativo**, porque usa la recolección de datos para probar la hipótesis en base a la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento⁷.



Donde:

M = Muestra conformada por 119 adolescentes

MI = Variable Maltrato Infantil

ND = Variable Niveles de Depresión

R = Correlación entre ambas Variables Maltrato infantil y Niveles de depresión

3.3. LUGAR Y PERÍODO DE EJECUCIÓN

- Institución Educativa No. 0003, “Nuestra Señora del Carmen”, Distrito de San Miguel, Lima 2018
- Abril 2018– Marzo 2019

3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.4.1. LA POBLACIÓN

Es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones. Es la totalidad de fenómenos a estudiar, donde las entidades de la población poseen una característica común la cual se estudia y da origen a los datos de la investigación⁷.

CUADRO No. 12

POBLACIÓN Y MUESTRA



Fuente: Elaboración propia

3.4.2. MUESTRA

La muestra es un subgrupo de la población. Es un subconjunto de elementos que pertenecen a ese conjunto definitivo en sus características al que se le llama población⁷.

La muestra en esta investigación estuvo conformada por 119 adolescentes entre 12 a 17 años de edad, de ambos sexos, desde el 1er Año hasta el 5to. Año de Secundaria quienes cumplieron los criterios de inclusión.

La muestra es de **tipo probabilístico** porque se usa una muestra como resultado de una fórmula. Cada elemento del universo tiene probabilidad de formar parte de la muestra⁷.

Cálculo para muestra finita:

$$n = \frac{Z^2 * N * p * q}{e^2 * (N-1) + (Z^2 * p * q)}$$

Z = nivel de confianza (correspondiente con tabla de valores de Z)
p = Porcentaje de la población que tiene el atributo deseado
q = Porcentaje de la población que no tiene el atributo deseado = 1-p
Nota: cuando no hay indicación de la población que posee o no el atributo, se asume 50% para p y 50% para q
N = Tamaño del universo (Se conoce puesto que es finito)
e = Error de estimación máximo aceptado
n = Tamaño de la muestra

Donde: N = 172 y el resultado es n = 119

3.5. MÉTODO, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.5.1. MÉTODO

Son los diferentes pasos o etapas que se realizan para llevar a cabo una investigación social o científica⁷.

3.5.2. TIPO DE MÉTODO

El método de la presente investigación es **Hipotético Deductivo**⁷, porque implica que de una teoría general se deriven ciertas hipótesis, las cuales posteriormente son probadas contra observaciones del fenómeno en la realidad. El Método Hipotético Deductivo tuvo incidencia en el desarrollo

del presente estudio, los planteamientos teóricos presentados en este documento fueron las bases para realizar la investigación proporcionando información sobre el problema estudiado⁷.

3.5.3. TÉCNICA

La técnica que se utilizó para evaluar la muestra fue la Encuesta.

3.5.4. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

CUESTIONARIO COMO PIENSAS, SIENTES Y ACTÚAS (PSA)

Variable	: Maltrato Infantil
Nombre de la prueba	: Cuestionario como piensas, sientes y actúas
Autor	: Estructurado por el autor
Procedencia	: Lima
Administración	: Colectiva o individual
Aplicación	: Adolescentes
Duración de la prueba	: 10 a 15 minutos
Finalidad	: Medir dimensiones maltrato físico, psicológico y Sexual

El cuestionario comprende 20 ítems, que utiliza un formato de respuesta tipo Likert de cinco alternativas: Nunca, Casi Nunca, Algunas Veces, Casi siempre y Siempre, para medir las dimensiones del Maltrato psicológico, físico

y sexual. El instrumento se basó en frases en el cual se sientan identificados; sobre eventos que viven, vivieron o nunca lo vivieron en su entorno familiar y social, que daña su autoestima exteriorizando su ira contenida, ansiedad, teniendo dificultad para interrelacionarse con sus pares, ideas de fuga, de autolesionarse porque no se sienten comprendidos, carentes de afectos, etc. La estructuración del cuestionario sobre maltrato infantil es con el fin de obtener información y determinar el impacto negativo en los adolescentes en su proceso de desarrollo cognitivo, físico y social.

ESCALA DE DEPRESIÓN PARA ADOLESCENTES DE REYNOLDS (EDAR)

Variable	: Los niveles de depresión
Nombre de la prueba	: Escala de Depresión para Adolescentes –EDAR
Autor	: Reynolds ⁸³ , 1987
Procedencia	: USA
Adaptación	: Por Nelly Ugarriza & Miguel Ecurra - Universidad de Lima, Perú, 2002
Administración	: Colectiva o individual
Aplicación	: Adolescentes
Duración de la prueba	: 10 a 15 minutos
Finalidad	: Medir los niveles de depresión de los adolescentes

La Escala de Depresión para Adolescentes de Reynolds (EDAR) fue adaptada por Nelly Ugarriza & Miguel Ecurra, de la Universidad de Lima, Perú. La

muestra estuvo integrada por 1,963 estudiantes de secundaria varones y mujeres de colegios estatales y privados de Lima metropolitana. La Escala contiene 30 ítems, que utiliza un formato de respuesta tipo Likert de cuatro alternativas: Casi Nunca, Rara Vez, Algunas Veces y Casi Siempre. La selección de ítems se basó en la sintomatología delineada el DSM-III para la depresión mayor y los desórdenes distímicos. Se debe identificar al adolescente de algún signo depresivo cuyo puntaje directo se encuentra por encima de 90. Las dimensiones son: Equivalentes afectivos, equivalentes fisiológicos y equivalentes psicológicos.

3.6. VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS Y PROCESO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.6.1. VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS DE MUESTRA PILOTO

La validación de los instrumentos indica la capacidad del instrumento para medir las cualidades para las cuales ha sido construida y no otras parecidas. "Un instrumento tiene validez cuando verdaderamente mide lo que afirma medir"⁷.

Se llevó a cabo un estudio en una muestra piloto de 20 adolescentes de ambos sexos, entre 12 a 17 años de edad del 1ro al 5to. Año de Secundaria, de la Institución Educativa No. 0003 "Nuestra Señora del Carmen", San Miguel, Lima, 2018 quienes fueron excluidos de la población muestra. Previo

a ello se presentó a Juicio de Experto quienes otorgaron su conformidad a los instrumentos mediante la Hoja de validación y la emisión de la Constancia de juicio de expertos.

Para la validación se utilizó la medida de Consistencia Interna a través de la Correlación de Spearman y Confiabilidad de Alfa de Cronbach, de modo que, en la Escala de depresión para Adolescentes de Reynolds que mide los niveles de depresión se obtuvo como resultado 0.82 y en el Cuestionario sobre Maltrato Infantil el cual mide las dimensiones el resultado fue de 0,87. De éste modo se cumple con los criterios de validez interna y confiabilidad de ambos instrumentos.

Confiabilidad de los instrumentos

Variable	Alfa de Cronbach	N° de ítems	Confiabilidad
Maltrato infantil	0.878	20	Excelente
Niveles de depresión	0.822	30	Excelente

Fuente: Elaboración propia sobre maltrato infantil y Escala de depresión para Adolescentes de Reynolds.

3.6.2. VALIDEZ INTERNA DE LA POBLACIÓN MUESTRA

La validación interna se realiza para evaluar si los ítems, preguntas o reactivos tienen características de homogeneidad. Es decir, en el supuesto que si un ítem mide un aspecto particular de la variable, los ítems debe tener una correlación con el puntaje total del test. De este modo, podemos hacer un

deslinde entre los ítems que miden lo mismo de la prueba de aquellos que no, y conocer además, los ítems que contribuyen o no, a la coherencia interna de la prueba. La validación interna se realiza a través de la correlación de Spearman ítem – test corregida, donde se espera que la correlación sea igual o mayor a 0.20⁹⁰. **Anexo 4** (Tabla 14 y 15)

3.6.3. CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO: CONSISTENCIA INTERNA

El Coeficiente Alfa Cronbach mide el grado de consistencia interna y precisión en la medida, mayor precisión menor error. El coeficiente de Alfa Cronbach. mide la consistencia interna del instrumento, el cual requiere de una sola administración del instrumento de medición y produce valores que oscilan entre cero y uno. Es aplicable a escalas de varios valores posibles, por lo que puede ser utilizado para determinar la confiabilidad en escalas cuyos ítems tienen como respuesta más de dos alternativas.

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_T^2} \right]$$

- K:** El número de ítems
- $\sum S_i^2$:** Sumatoria de Varianzas de los Ítems
- S_T^2 :** Varianza de la suma de los Ítems
- α :** Coeficiente de Alfa de Cronbach

La escala de valores que determina la confiabilidad está dada por los valores que se indica en los **Anexos 4** (Tabla 16, 17 Y 18).

3.6.4. RECOLECCIÓN DE DATOS

1. Se estructuró un nuevo instrumento para la variable maltrato infantil; en el caso de la variable niveles de depresión se tomó en cuenta la Escala de Depresión para adolescentes de Reynolds (EDAR) adaptada en el 2002. Ambos instrumentos fueron validados.
2. Se presentó una carta de presentación emitida por la universidad (UPLA) en el cual se solicita autorización a la Directora de la Institución Educativa No. 0003, “Nuestra Señora del Carmen” ubicado en el distrito de San Miguel, en Lima, para que nos permita llevar a cabo la recolección de datos para el estudio.
3. Se realizó coordinaciones con los tutores de la institución para que nos pueda facilitar su hora para la recolección de datos.
4. Se llevó a cabo la selección de la población muestra considerando la elección con ciertas características como: ser adolescentes entre 12 a 17 años, de ambos sexos, desde el 1er Año hasta el 5to. Año de Secundaria.
5. Se les administró a los adolescentes en primera instancia la Escala de depresión para adolescentes de Reynolds (EDAR). Posteriormente, se les aplicó el Cuestionario como piensas, sientes y actúas (PSA) sobre maltrato infantil.

3.7. PROCESAMIENTO DE DATOS

Para el procesamiento de datos se aplicó la estadística descriptiva como: frecuencias, porcentajes, tablas, gráficos y la estadística inferencial mediante la Coeficiente de Correlación de Spearman, y Confiabilidad de Alfa de Cronbach, que permite la contrastación de las hipótesis y el análisis de la relación entre las variables de la investigación, en este caso la variable maltrato infantil y los niveles de depresión. Para ello, se calificó los instrumentos administrados y se siguieron los siguientes pasos:

- 1) Para comprobar la fiabilidad de la escala, se verifica su consistencia interna mediante el Coeficiente de Alfa de Cronbach para todos los ítems. Asimismo, se calcula el Coeficiente de Correlación de Spearman entre cada ítem y el puntaje total del subconstructo.
- 2) Se revisa los datos de la escala de medición en base a las dimensiones, indicadores y se ingresa los datos recolectados en el software estadístico SPSS versión 24.
- 3) Para probar la hipótesis de nuestra investigación se hace uso del análisis estadístico mediante el Coeficiente de Correlación de Spearman. (Análisis estadístico inferencial).
- 4) Los resultados se presentan mediante: tablas, gráficos, porcentajes, frecuencias, etc. (análisis descriptivo)

3.8. ANÁLISIS ESTADÍSTICO: DESCRIPTIVO E INFERENCIAL

3.8.3. Estadística descriptivo

Son aquellos procedimientos que analiza, organiza y resume una serie de datos como edad de una población o universo, sexo, grados de estudio, etapa de determinadas personas, en forma cuantitativa si existe o no observaciones. Se puede lograr extraer conclusiones de comportamientos según las variables visualizándolo mediante porcentajes, frecuencias, tablas, gráficos de barras, o valores numéricos⁷.

3.8.4. Estadística Inferencial

La estadística inferencial es un método mediante el cual se prueba la hipótesis, hace inferencias y pretende demostrar que existe relación (correlación de Spearman) entre las variables a partir de los datos de una muestra que se ha seleccionado. Los datos se presentan cálculos aritméticos basados en valores que se ha obtenido de una pequeña muestra de la población⁷. En la presente investigación se han formulado cuatro hipótesis en función a las variables maltrato infantil y niveles de depresión.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS EN TABLAS Y GRÁFICOS

TABLA No. 1

Resultado de los niveles de maltrato infantil en adolescentes en la Institución Educativa N°. 0003 “Nuestra Señora del Carmen”, San Miguel, Lima 2018.

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	105	88,24%
Medio	14	11,76%
Alto	0	0,00%
Total	119	100,00%

Fuente: Elaboración propia sobre maltrato infantil

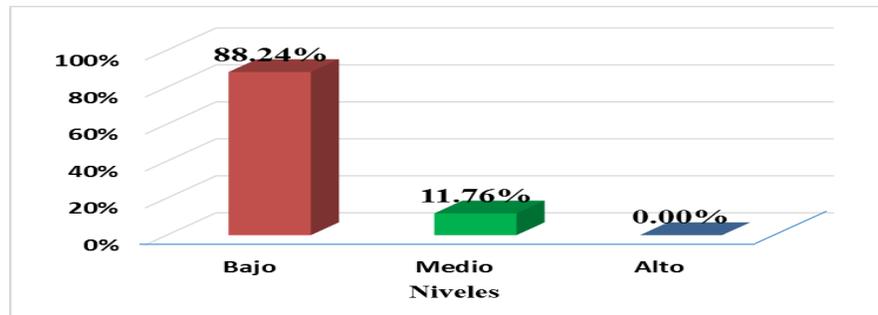


GRÁFICO No. 1

*Distribución porcentual de los niveles de maltrato infantil:
Elaboración propia sobre maltrato infantil.*

Interpretación: Según la Tabla 1 y el Gráfico 1, de un total de 119 encuestados (100%), se encontró que el 88,24% representaron un nivel bajo de maltrato infantil y el 11,76% fue un nivel medio en los adolescentes de la Institución Educativa N°. 0003 “Nuestra Señora del Carmen”, San Miguel, Lima 2018.

TABLA No. 2

Resultados de los niveles de depresión en adolescentes en la Institución Educativa N°. 0003 “Nuestra Señora del Carmen”, San Miguel, Lima 2018.

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	25	21,01%
Medio	88	73,95%
Alto	6	5,04%
Total	119	100,00%

Fuente: Escala de depresión para adolescentes de Reynolds, adaptado 2002.

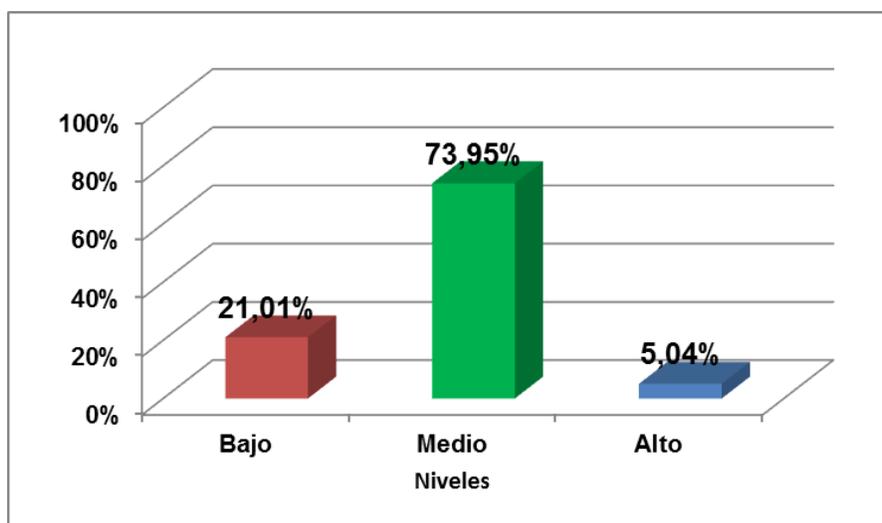


GRÁFICO No. 2

Distribución porcentual de los niveles de depresión:

Elaborado por Reynolds Escala de Depresión para Adolescentes, adaptada 2002.

Interpretación: Según la Tabla 2 y Gráfico 2, de un total de 119 encuestados (100%), se encontró que el 73,95% representaron un nivel medio de depresión, el 21,01% representaron un nivel bajo y el 5,04% fue un nivel alto de depresión en adolescentes en la Institución Educativa N°. 0003 “Nuestra Señora del Carmen”, San Miguel, Lima 2018.

TABLA No. 3

Resultado de los niveles de la dimensión maltrato psicológico del maltrato infantil en adolescentes en la Institución Educativa N°. 0003 “Nuestra Señora del Carmen”, San Miguel, Lima 2018.

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	74	62,18%
Medio	44	36,97%
Alto	1	0,84%
Total	119	100,00%

Fuente: Elaboración propia sobre maltrato infantil

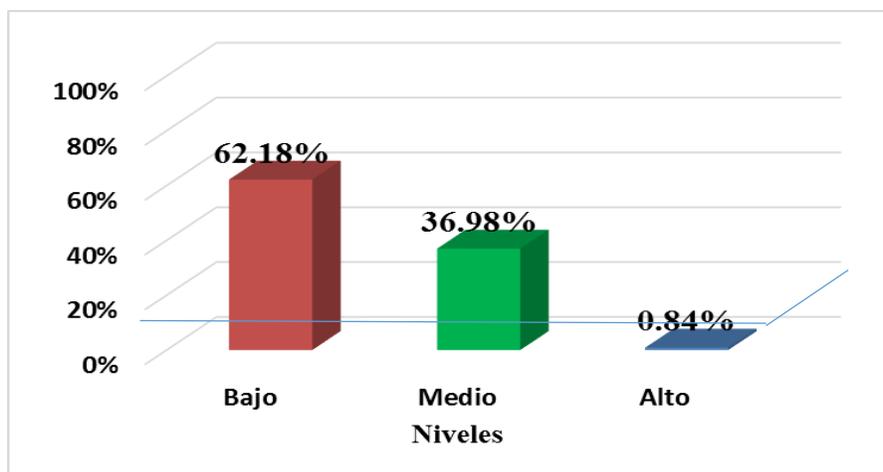


GRÁFICO No. 3

*Distribución porcentual de los niveles de la dimensión maltrato psicológico:
Elaboración propia sobre maltrato infantil.*

Interpretación: Según la Tabla 3 y Gráfico 3, de un total de 119 encuestados (100%), se encontró que el 62,18% representaron un nivel bajo en la dimensión maltrato psicológico, el 36,97% representaron un nivel medio y el 0,84% fue un nivel alto de maltrato psicológico en adolescentes en la Institución Educativa N°. 0003 “Nuestra Señora del Carmen”, San Miguel, Lima 2018.

TABLA No. 4

Resultado de los niveles de la dimensión maltrato físico del maltrato infantil en adolescentes en la Institución Educativa N°. 0003 “Nuestra Señora del Carmen”, San Miguel, Lima 2018.

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	112	94,12%
Medio	7	5,88%
Alto	0	0,00%
Total	119	100,00%

Fuente: Elaboración propia sobre maltrato infantil

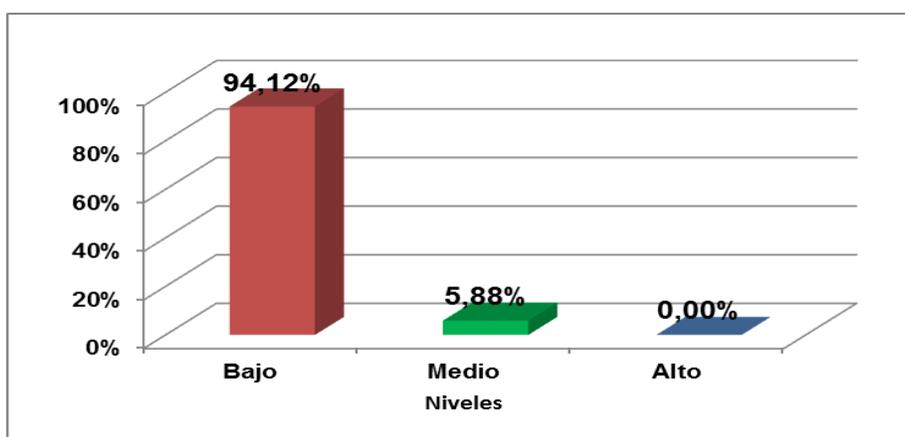


GRÁFICO No. 4

*Distribución porcentual de los niveles de la dimensión maltrato físico:
Elaboración propia sobre maltrato infantil.*

Interpretación: Según la Tabla 4 y Gráfico 4, de un total de 119 encuestados (100%), se encontró que el 94,12% representaron un nivel bajo en la dimensión maltrato físico y el 5,88% representaron un nivel medio en maltrato físico en adolescentes en la Institución Educativa N°. 0003 “Nuestra Señora del Carmen”, San Miguel, Lima 2018.

TABLA No. 5

Resultado de los niveles de la dimensión maltrato sexual del maltrato infantil en adolescentes en la Institución Educativa N°. 0003 “Nuestra Señora del Carmen”, San Miguel, Lima 2018.

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	101	84,87%
Medio	15	12,61%
Alto	3	2,52%
Total	119	100,00%

Fuente: Elaboración propia sobre maltrato infantil

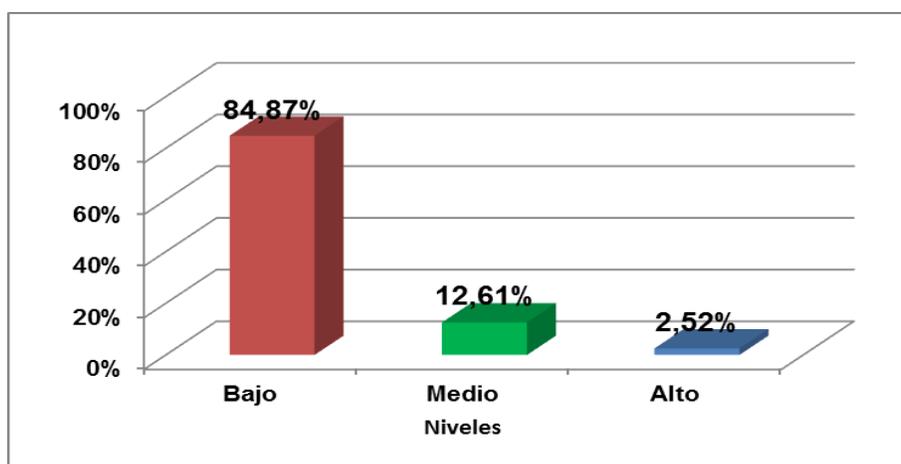


GRÁFICO No.5

Distribución porcentual de los niveles de la dimensión maltrato sexual: Elaboración propia sobre maltrato infantil.

Interpretación: Según la Tabla 5 y Gráfico 5, de un total de 119 encuestados (100%), se encontró que el 84,87% representaron un nivel bajo en la dimensión maltrato sexual, el 12,61% representaron un nivel medio y el 2,52% fue un nivel alto de maltrato sexual en adolescentes en la Institución Educativa N°. 0003 “Nuestra Señora del Carmen”, San Miguel, Lima 2018.

TABLA No. 6

Tabulación cruzada entre el maltrato infantil y niveles de depresión en adolescentes de la Institución Educativa N°.0003 “Nuestra Señora del Carmen”, San Miguel, Lima 2018.

		Nivel de depresión						Total	
		Bajo		Medio		Alto			
		n	%	n	%	n	%	n	%
Nivel de maltrato infantil	Bajo	25	21,0%	78	65,5%	2	1,7%	105	88,2%
	Medio	0	0,0%	10	8,4%	4	3,4%	14	11,8%
	Alto	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	Total	25	21,0%	88	73,9%	6	5,0%	119	100,0%

Fuentes: Elaboración propia sobre maltrato infantil y Escala de depresión para adolescentes de Reynolds, adaptada 2002.

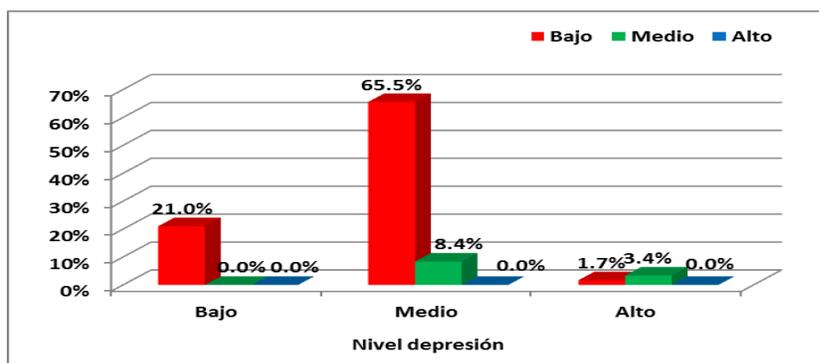


GRÁFICO No. 6

Tabla cruzada de distribución porcentual de los niveles de maltrato infantil: Elaboración propia y Escala de depresión para adolescentes de Reynolds, adaptada 2002

Interpretación: Según la Tabla 6 y Gráfico 6, de un total de 119 encuestados (100%), se encontró que el 73,9 % destacaron con un nivel de depresión medio y 65,5 % de nivel de maltrato infantil bajo y 8,4% de nivel medio, en adolescentes en la Institución Educativa N°. 0003 “Nuestra Señora del Carmen”, San Miguel, Lima 2018.

TABLA No. 7

Tabulación cruzada entre las dimensiones maltrato psicológico y niveles de depresión en adolescentes en la Institución Educativa N°. 0003 “Nuestra Señora del Carmen”, San Miguel, Lima 2018.

		Nivel de depresión						Total	
		Bajo		Medio		Alto			
		n	%	n	%	n	%	n	%
Nivel de maltrato psicológico	Bajo	21	17,6%	52	43,7%	1	0,8%	74	62,2%
	Medio	4	3,4%	36	30,3%	4	3,4%	44	37,0%
	Alto	0	0,0%	0	0,0%	1	0,8%	1	0,8%
	Total	25	21,0%	88	73,9%	6	5,0%	119	100,0%

Fuentes: Elaboración propia sobre maltrato infantil y Escala de depresión para adolescentes de Reynolds, adaptada 2002.

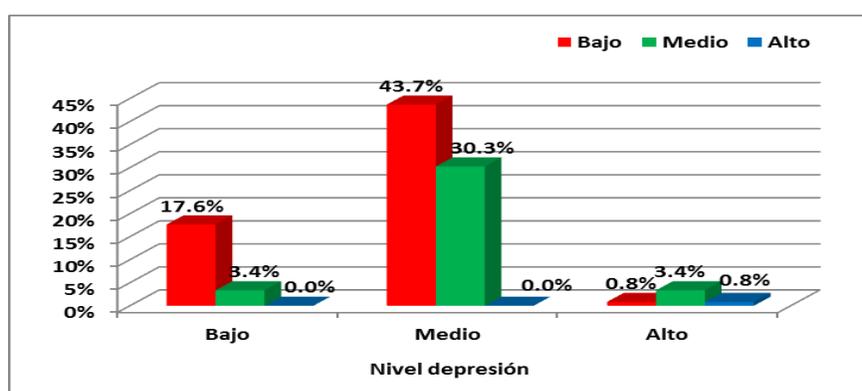


GRÁFICO No. 7

Tabla cruzada de distribución porcentual de los niveles de maltrato psicológico infantil y niveles de depresión: Elaboración propia sobre maltrato infantil y Escala de depresión para adolescentes de Reynolds.

Interpretación: Según la Tabla 7 y Gráfico 7, de un total de 119 encuestados (100%), se encontró que el 73,9 % destacaron con un nivel de depresión medio y 43,7 % de nivel de maltrato psicológico bajo y 30,3% de nivel medio, en adolescentes en la Institución Educativa N°. 003 “Nuestra Señora del Carmen”, San Miguel, Lima 2018.

TABLA No. 8

Tabulación cruzada entre la dimensión maltrato físico y niveles de depresión en adolescentes en la Institución Educativa N°. 0003 “Nuestra Señora del Carmen”, San Miguel, Lima 2018.

		Nivel de depresión						Total	
		Bajo		Medio		Alto			
		n	%	n	%	n	%	n	%
Nivel de Maltrato físico	Bajo	25	21,0%	83	69,7%	4	3,4%	112	94,1%
	Medio	0	0,0%	5	4,2%	2	1,7%	7	5,9%
	Alto	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	Total	25	21,0%	88	73,9%	6	5,0%	119	100,0%

Fuente: Elaboración propia sobre maltrato infantil y Escala de depresión para adolescentes de Reynolds, adaptada 2002

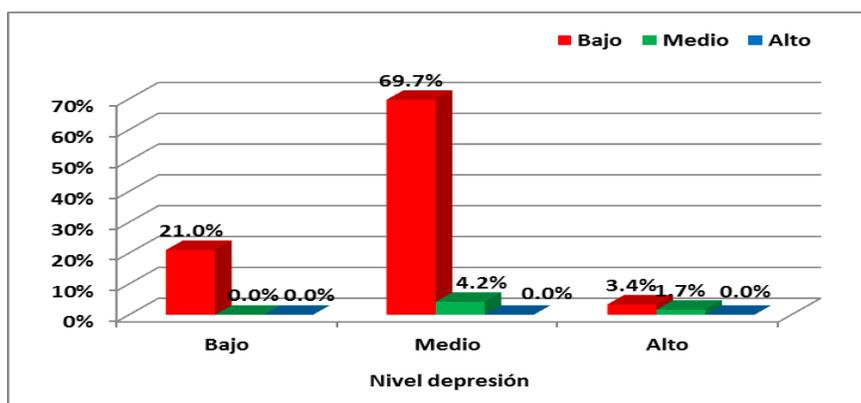


GRÁFICO No. 8

Tabla cruzada de distribución porcentual de los niveles de maltrato físico y depresión: Elaboración propia, y Escala de depresión para adolescentes de Reynolds.

Interpretación: Según la Tabla 8 y Gráfico 8, de un total de 119 encuestados (100%), se encontró que el 73,9 % destacaron con un nivel de depresión medio y 69,7 % de nivel de maltrato físico bajo y 4,2% de nivel medio, en adolescentes en la Institución Educativa N°. 003 “Nuestra Señora del Carmen”, San Miguel, Lima 2018.

TABLA No. 9

Tabulación cruzada entre la dimensión maltrato sexual y niveles de depresión en adolescentes en la Institución Educativa N°. 0003 “Nuestra Señora del Carmen”, San Miguel, Lima 2018.

		Nivel de depresión						Total	
		Bajo		Medio		Alto			
		n	%	n	%	n	%	n	%
Nivel de Maltrato sexual	Bajo	24	20,2%	74	62,2%	3	2,5%	101	84,9%
	Medio	1	0,8%	12	10,1%	2	1,7%	15	12,6%
	Alto	0	0,0%	2	1,7%	1	0,8%	3	2,5%
	Total	25	21,0%	88	73,9%	6	5,0%	119	100,0%

Fuente: Elaboración propia sobre maltrato infantil y Escala de depresión para adolescentes de Reynolds, adaptada 2002.

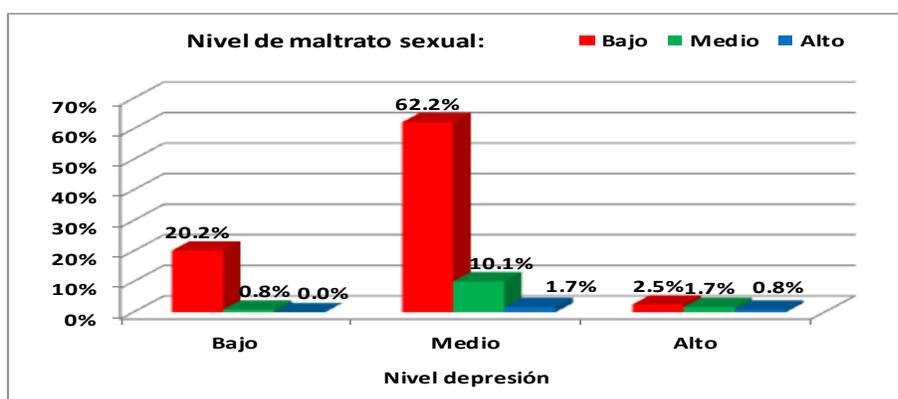


GRÁFICO No. 9

Tabla cruzada de distribución porcentual de los niveles de maltrato sexual y depresión: Elaboración propia y Escala de depresión para adolescentes de Reynolds.

Interpretación: Según la Tabla 9 y Gráfico 9, de un total de 119 encuestados (100%), se encontró que el 73,9 % destacaron con un nivel de depresión medio y 62,2 % de nivel de maltrato sexual bajo y 10,1% de nivel medio, en adolescentes en la Institución Educativa N°. 003 “Nuestra Señora del Carmen”, San Miguel, Lima 2018.

4.2. PROCESAMIENTO PARA PROBAR LA HIPÓTESIS

Hipótesis general:

Ho: No existe una relación significativa entre maltrato infantil y los niveles de depresión en adolescentes en la Institución Educativa No. 0003 “Nuestra Señora del Carmen”, San Miguel, Lima 2018.

Ha: Existe una relación significativa entre maltrato infantil y niveles de depresión en adolescentes en la Institución Educativa No. 0003 “Nuestra Señora del Carmen”, San Miguel, Lima 2018.

TABLA No. 10

Correlación entre las variables maltrato infantil y niveles de depresión en adolescentes en la Institución Educativa No. 0003 “Nuestra Señora del Carmen”, San Miguel, Lima 2018.

		Maltrato infantil
Niveles de Depresión	Correlación de Spearman	,638**
	Sig. (bilateral)	,000
	N	119

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

Según la Tabla 10, dado que el valor de $p = 0,000$ es menor que $0,050$ se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna (hipótesis del investigador), es decir, existe relación entre maltrato infantil y los niveles de depresión; y dado el valor del coeficiente de correlación r de Spearman = $0,638$ y escala de correlación⁹⁰ es positiva alta, en adolescentes en la Institución Educativa No. 0003 “Nuestra Señora del Carmen”, San Miguel, Lima 2018.

Hipótesis específicas 1

Ho. No existe relación significativa entre maltrato psicológico y niveles de depresión en adolescentes en la Institución Educativa No. 0003 “Nuestra Señora del Carmen”, San Miguel, Lima 2018.

Ha. Existe relación significativa entre maltrato psicológico y niveles de depresión en adolescentes en la Institución Educativa No. 0003 “Nuestra Señora del Carmen”, San Miguel, Lima 2018.

TABLA No. 11

Relación entre la dimensión maltrato psicológico y niveles de depresión en adolescentes en la Institución Educativa No. 0003 “Nuestra Señora del Carmen”, San Miguel, Lima 2018.

		Dimensión Maltrato psicológico
Niveles de	Correlación de Spearman	,539**
Depresión	Sig. (bilateral)	,000
	N	119

** La correlación es significativa en el nivel $0,01$ (bilateral).

Según la Tabla 11, dado que el valor de $p = 0,000$ es menor que $0,050$ se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna (hipótesis del investigador), es decir, existe relación entre maltrato psicológico y niveles de depresión; y dado el valor del coeficiente de correlación r de Spearman = $0,539$ de acuerdo a la escala correlación⁹⁰ es positiva moderada, en adolescentes en la Institución Educativa No. 0003 “Nuestra Señora del Carmen”, San Miguel, Lima 2018.

Hipótesis específicas 2

Ho. No existe relación significativa entre maltrato físico y niveles de depresión en adolescentes en la Institución Educativa No. 0003 “Nuestra Señora del Carmen”, San Miguel, Lima 2018.

Ha. Existe relación significativa entre maltrato físico y niveles de depresión en adolescentes en la Institución Educativa No. 0003 “Nuestra Señora del Carmen”, San Miguel, Lima 2018.

TABLA No. 12

Relación entre la dimensión maltrato físico y niveles de depresión en adolescentes en la Institución Educativa No. 0003 “Nuestra Señora Del Carmen”, San Miguel, Lima 2018.

		Dimensión Maltrato físico
Niveles de Depresión	Correlación de Spearman	,253**
	Sig. (bilateral)	,005
	N	120

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

Según la Tabla 12, dado que el valor de $p = 0,000$ es menor que $0,050$ se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna (hipótesis del investigador), es decir, existe relación entre maltrato físico y niveles de depresión; y dado el valor del coeficiente de correlación r de Spearman = $0,253$ de acuerdo a la escala de correlación⁹⁰ es positiva baja, en adolescentes en la Institución Educativa No. 0003 “Nuestra Señora del Carmen”, San Miguel, Lima 2018.

Hipótesis específicas 3

Ho. No existe relación significativa entre maltrato sexual y niveles de depresión en adolescentes en la Institución Educativa No. 0003 “Nuestra Señora del Carmen”, San Miguel, Lima 2018.

Ha. Existe relación significativa entre maltrato sexual y niveles de depresión en adolescentes en la Institución Educativa No. 0003 “Nuestra Señora del Carmen”, San Miguel, Lima 2018.

TABLA No. 13

Relación entre la dimensión maltrato sexual y niveles de depresión en adolescentes en la Institución Educativa No. 0003 “Nuestra Señora del Carmen”, San Miguel, Lima 2018.

Dimensión Maltrato sexual		
Niveles de Depresión	Correlación de Spearman	,526**
	Sig. (bilateral)	,000
	N	119

** La correlación es significativa en el nivel $0,01$ (bilateral).

Según la Tabla 13, dado que el valor de $p = 0,000$ es menor que $0,050$ se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna (hipótesis del investigador), es decir, existe relación entre maltrato sexual y niveles de depresión; y dado el valor del coeficiente de correlación r de Spearman = $0,526$ de acuerdo a la escala de correlación⁹⁰ es positiva moderada, en adolescentes en la Institución Educativa No. 0003 “Nuestra Señora del Carmen”, San Miguel, Lima 2018.

CAPITULO V

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

5.1. DISCUSIÓN

En la presente investigación sobre Maltrato infantil y niveles de depresión en adolescentes en la Institución Educativa No. 0003 “Nuestra Señora del Carmen”, San Miguel, Lima 2018, en el cual fueron incluidos 119 alumnos adolescentes entre 12 y 17 años de edad, de ambos sexos se tuvo como resultado que si existe relación significativa entre las dos variables, señalando que el 11.76%% presentan indicadores altos de maltrato infantil y el 88.24% un nivel bajo. Con respecto a la variable niveles de depresión existe un 5.04% con niveles altos, 73.95% en un nivel medio y 21% no presentaron indicadores. En relación a las dimensiones sobre maltrato psicológico se halló un 0.84% en un nivel alto, un 36.98% nivel medio y 62.18% nivel bajo; referente a maltrato físico un 5.88% nivel medio y un 94.12%; en nivel bajo; en cuanto a maltrato sexual presenta un 2.52% nivel alto, 12.61% en un nivel medio y un 84.87% nivel bajo.

Dentro de este contexto, los resultados de la presente investigación sobre maltrato infantil y depresión, existe cierta similitud al estudio que realizó Ordoñez, L⁷ en Ecuador, en una muestra de 179 estudiantes en el cual halló que el 5.6% presentaron depresión severa, y el 29.1% depresión leve, demostrando que existe relación significativa entre depresión y ansiedad; en otro estudio llevado a cabo por Ancco²¹ en Lurín con estudiantes del 3er. Año de Secundario encontró que el maltrato psicológico se relaciona significativamente en un nivel moderado, dificultando a los adolescentes el aprendizaje en el área de comunicación; por otro lado, Galvez, A¹⁸ realizó un estudio en Lima, sobre maltrato infantil y los derechos del niño sobre abusos y maltratos en todos sus aspectos, con una muestra de 42 alumnos en el cual encontró que existe relación significativa entre los maltratos físico, psicológicos y sexual y la falta de protección adecuada de los derechos del niño, Sobre el particular, manifiesto que lamentablemente no se cumple, por desconocimiento de los padres o madres sobre el rol importante que deben cumplir como asumir responsabilidad protectoras, por el contrario, lo exponen a eventos que afectan su salud mental y, y por otro lado, las instituciones del estado que no hacen mucho o nada sobre campañas para que ello se cumpla.

De otro lado, se puede apreciar en el estudio de Morocho, J¹¹ en Cuenca, Ecuador basado en lesiones accidentales en niños y adolescentes en un servicio de emergencia pediátrica sobre maltrato físico, abuso sexual y negligencia, en el cual un 46.97% sufrieron maltratos de todo tipo, 47.1% embarazos no deseados, 0.36% lesiones de violencia sexual, demostrando que un 8.72% sufrieron maltrato infantil, y un 4.48% el maltrato físico; en un estudio de Chávez, E¹⁵ sobre depresión

y comunicación familiar con una muestra de 72 estudiantes entre 16 y 17 años de edad, de ambos sexos reveló que existe correlación inversa y significativa, llegando a determinar que existe menor depresión en los adolescentes si mejora la comunicación con su familia. Se puede advertir en el caso del estudio de Huanca, D¹⁷ en Lima sobre maltrato infantil y habilidades sociales con una muestra de 288 adolescentes en el cual determinó que existe correlación muy significativa inversa y de leve relación entre maltrato infantil y habilidades sociales. Sobre el particular, considero que puede influir parcialmente en el desarrollo de habilidades, pero se observa también en casos de padres sobreprotectores, controladores; aislando socialmente o mostrando un comportamiento agresivo, como resultado, el adolescente se puede mostrar retraído, agresivo, poca capacidad de autocontrol emocional, que se verán reflejados en el ámbito escolar y social.

Un análisis de esta situación, nos permite evidenciar que, tanto en la presente investigación como en los estudios realizados anteriormente por otros autores se observa una constante presencia de sintomatología depresiva en niños y adolescentes, como consecuencia de eventos o situaciones de maltratos psicológicos, físicos y sexual dentro de un entorno intrafamiliar o extrafamiliar, y los efectos negativos en el desarrollo cognitivo y físico. Por tal motivo, es importante señalar el rol que cumple las instituciones educativas en relación a la población estudiantil, porque se puede realizar trabajos de reforzamientos en el área familiar, en factores de protección a fin de que estas situaciones puedan disminuir a corto, mediano o largo plazo.

CAPITULO VI

CONCLUSIONES

1. En relación a las variables maltrato infantil y los niveles de depresión se obtiene una relación r de Spearman = 0.638, existiendo una correlación alta con una significancia de $p = ,000$ indicando que es menor a $\alpha = ,05$; lo cual permite señalar que la relación es significativa. Tabla 10.
2. Por otro lado, se obtiene una relación r de Spearman = 0.539 entre la dimensión maltrato psicológico y los niveles de depresión, indicando que existe un nivel de correlación moderada, además se obtuvo un nivel de significancia de $p = ,000$ que es menor a $\alpha = ,05$; por tanto la relación es significativa. Tabla 11.
3. Asimismo, entre la dimensión maltrato físico y los niveles de depresión se obtiene una relación r de Spearman = 0.253 existiendo una relación positiva, con un nivel de correlación baja, con una significancia de $p = ,005$ que indica que es menor a $\alpha = ,05$; lo cual demuestra que la relación es significativa. Tabla 12.
4. Por último, se obtiene una relación r de Spearman = 0.526 entre la dimensión maltrato sexual y los niveles de depresión, con un nivel de correlación moderada, existiendo un nivel de significancia de $p = ,000$ que indica que es menor a $\alpha = ,05$; demostrando que existe relación significativa, Tabla 13.

RECOMENDACIONES

1. Se sugiere a los futuros investigadores continuar con los estudios sobre el impacto en las víctimas de los diferentes tipos de maltrato infantil, asimismo de la depresión y las consecuencias fatales en algunos casos, a fin de promover mayor conocimiento con base científica. Actualmente, el departamento de Junín tiene el índice más alto en maltrato infantil a nivel de departamento teniendo un 98,6%, Lima 93% y el menor Arequipa con 71.4%.
2. Estructurar programas preventivos promocionales sobre el desarrollo de habilidades parentales, manejo del estrés, métodos alternativos de disciplina, etapas evolutivas de los niños y adolescentes, igualmente capacidades para responder a las necesidades afectivas.
3. Organizar campañas en los centros educativos dirigidos a los padres de familia, docentes, tutores, personal técnico y público en general a fin de concientizar y sensibilizar sobre la influencia de la dinámica familiar negativa y fortalecer mecanismos de relación familiar y cambiar patrones violentos de conducta.
4. Fomentar conocimientos sobre la importancia del buen trato en los niños y adolescentes, como debemos cuidarlos desde los primeros años de vida, protegerlos y educarlos en las etapas más cruciales de su existencia, que es un factor de prevención de comportamientos violentos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fondo de la Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). El estado mundial de la infancia. Una oportunidad justa para cada niño. Revista 70 años para todos los niños. Reporte 2016. URL disponible en:
https://www.unicef.org/spanish/publications/files/UNICEF_SOWC_2016_Spanish.pdf
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Maltrato infantil. Nota descriptiva. Centro de prensa. Reporte 2016. *www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/es/*
3. Movimiento Mundial por la Infancia de Latinoamérica y el Caribe (MMI-LAC). Panorama. RIDH. Org. Publicado. Consejo de Derechos Humanos. Setiembre 2014. URL disponible en:
panorama.ridh.org/america-latina-la-region-del-mundo-con-mayor-indice-de-maltrat...
4. Acosta ME. Conocimientos sobre maltrato infantil en adolescentes maltratados y padres o tutores. Servicio de Nefrología. Rev. Ped (Cuba).2014; 89 (2).
5. Defensoría del Pueblo. Grupo de especial protección de niños, niñas y adolescentes. DP Informa. Portal de transparencia estándar. 2017.
6. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP). Programa Nacional contra la Violencia Familiar y Sexual en niños, niñas y adolescentes. Boletín Estadístico. 2017. URL disponible en www.mimp.gob.pe/

7. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. 5ª ed. México DF: McGraw Hill Interamericana; 2010.
<https://www.esup.edu.pe/.../Metodologia%20de%20la%20investigacion%205ta%20Ed>.
8. Ordóñez Mullo L. Depresión y ansiedad en los adolescentes de bachillerato del Colegio “Adolfo Balarezo”. [Tesis de Licenciatura] Loja, Ecuador: Universidad Nacional de Loja; 2017. <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/19346>
9. Barría Mansilla K. et al. Educación diferencial con desarrollo del lenguaje en niños y niñas que vivencian el maltrato infantil. [Tesis de Licenciatura] Chiloe, Chile: Universidad Austral de Chile; 2016.
10. Vega Vásquez, M. Relación existente entre la depresión infantil y la percepción de las relaciones intrafamiliares. Morelia, Michoacán, México: Universidad Michoacana de San Nicolas de Hidalgo; 2016.
revistas.psico-ags.net/index.php/ippd/article/view/69
11. Monterrosa Trejo L. Afecto negativo y depresión en niños. [Tesis de Licenciatura]. Quetzaltenango, Guatemala: Universidad Rafael Landivar; 2015.
12. Morocho Quizhpe J. et al. Uso de indicadores clínicos para establecer el diagnóstico diferencial entre maltrato y accidentes en niños, niñas y adolescentes hasta los 15 años que acuden a emergencia del Hospital Vicente Corral Moscoso. [Tesis de Licenciatura] Cuenca, Ecuador: Universidad de Cuenca; 2012
13. Chávez López D. Relación entre acoso escolar y depresión en estudiantes adolescentes de Instituciones Educativas Públicas del Distrito de Casa Grande. [Tesis de Licenciatura] Ascope, La Libertad, Perú: Universidad César Vallejo; 2017
14. Becerra Pérez R. Influencia de la autoestima en la depresión en adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud Magna Vallejo. [Tesis de Licenciatura] Cajamarca, Perú: Universidad Nacional de Cajamarca; 2017

15. Delgado Málaga T. et al. Clima social familiar y depresión en adolescentes del 1º al 5º de Secundaria de la Institución Educativa del Distrito de San José Luis Bustamante y Rivero. [Tesis de Licenciatura] Arequipa, Perú: Universidad Católica Santa María; 2016
16. Chávez Cacallaca E. Comunicación familiar y la depresión en estudiantes del 5º Año de Secundaria de la Institución Educativa Adventista. [Tesis de Magister] Puno, Perú: Universidad Peruana Unión; 2015
17. Muñoz Moreno J. Tipos de maltrato infantil y los tipos de infracciones en adolescentes reclusos en un Centro Juvenil. [Tesis de Licenciatura] Trujillo, Perú: Universidad Nacional de Trujillo; 2014.
18. Huanca Fernández D. Maltrato Infantil y habilidades sociales en estudiantes de Instituciones Educativas Nacionales. [Tesis de Licenciatura] Lima, Perú: Universidad César Vallejo; 2017
19. Galvez Vásquez A. Maltrato Infantil y su relación con el derecho del niño [Tesis de Licenciatura] Lima, Perú: Universidad Inca Garcilazo de la Vega; 2017.
20. Dávila Zárate C. Estilos de apego y maltrato infantil en adolescentes que se encuentran en situación de riesgo atendidos por Instituciones Públicas Centro de Desarrollo Integral Familiar (CEDIF) [Tesis de Licenciatura] Lima Norte, Perú: Universidad César Vallejo; 2016
21. Olivero De la Meza D. Acoso escolar y depresión en estudiantes de secundaria del Colegio Estatal Los Olivos. [Tesis de Licenciatura] Lima, Perú: Universidad César Vallejo; 2016
22. Ancco Rojas C. et al. Maltrato psicológico y el nivel de aprendizaje del área de comunicación en estudiantes del 3er. Año de Secundaria de la I.E. No.. 6008. [Tesis de Licenciatura] Lurín, Lima, Perú: Universidad César Vallejo; 2015

23. Manterola, M.A. Prevención del maltrato a los menores, el maltrato a los niños y sus repercusiones educativas. Memorias del 2do. Simposio Interdisciplinario e Internacional. México; Federación Iberoamericana Contra el Maltrato Infantil. I:5173-184;1992, URL disponible:
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5968372.pdf>
24. Kempe R.S, Kempe,H.C. Niños maltratados.3ª.ed. Madrid: Morata; 1985.
25. Santana-Tavira R, Sánchez-Ahedo R, Herrera-Basto E. El maltrato infantil: Un problema mundial. Ensayo (Mex) 1998; 40 (1); 58-65. URL disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5968372.pdf>
26. Cabana B. Maltrato Infantil: Tipos, causas y consecuencias: Rev Educ Lifeder (Internet) 2013. URL disponible en: <https://www.lifeder.com> › *Psicología educativa*
27. Garbarino J, Kostelny K. Child maltreatment as a community problem: Child abuse negl (USA) 1992; 16 (4): 455-464. URL disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1393709>
28. Pugliese S. Tropezones y caídas del maltrato infantil. Trímboli A, Grande E, Fantin J, Raggi S. Compiladores. El malestar en lo cotidiano. AASM Ser Conex (Bs As) 2007; 252-254.URL disponible en:
<https://es.scribd.com/document/234027212/maltrato-infantil>
29. Rohner RP. Handbook for the study of parental acceptance and rejection. Storrs. Centre for the study of parental acceptance and rejection. Ed rev. University of Connecticut; 1984. URL disponible en:
craigbarlow.co.uk/_.../introduction-to-parental-acce.
30. Finkelhor D. Child sexual abuse: New theory and research. New York: The Free Press; 1984. URL disponible en:
https://www.researchgate.net/...Finkelhor%27s...child_sexual_abu...

31. Crivillé A. *Parents maltraitants. Enfants Meurtris*. Paris: E.S.F; 1987. URL disponible en: <https://books.google.com.pe/books?isbn=8447204545>
32. Faller KC. *Child sexual abuse: Intervention and treatment issues*. Washington DC: US government printing office. Department of health and human services/national center on child abuse and neglect; 1993.
33. Mueller E, Silverman N. *Relaciones entre pares en los niños maltratados*. Cicchetti D, Carlston V. Editores. *Child Maltreatment: Theory & Research on the causes and consequences of child abuse and neglect*: New York: Cambridge University Press; 1989. URL disponible en:
https://www.researchgate.net/.../301658782_Un_estudio_comparativo_entre_ninos_y_a...
34. Guerrant RL, Oria RB, Moore SR, Oria MOB, Aldo AM. Malnutrition as an enteric infectious disease with long-term effects on child development. *Nutrition Reviews* (Lima) 2008; 66 (9): 487-505. URL disponible en: *dokumen.tips* › *Documents*
35. Grantham-McGregor S, Cheung YB, Cueto S, Glewwe P, Richter L, Strupp B. Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries. *The Lancet* (US) 2007; 369 (9555); 60-70. URL disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2270351/>
36. Roberts R, O'Connor T, Dunn J, Golding J. y ALSPAC .The effects of child sexual abuse in later family life: Mental health, parenting and adjustment of offspring. *Child Abuse & Neglect* 2004; 28: 525-545.
37. Arruabarrena I., *Maltrato psicológico en los niños, niñas y adolescentes en la familia. Riesgo psicosocial*. *Rev. Interv. Ps. (Esp)* 2011;20 (1). URL disponible en:
<http://dx.doi.org/10.5093/in2011v20n1a3>
38. Aranda N. *Compiladora. Maltrato Infantil. Introducción a la problemática del maltrato hacia los niños*. 2009. URL disponible en:
<https://es.scribd.com/document/234027212/maltrato-infantil>

39. Nelson EC, Heath AC, Madden PAF, Cooper ML, Dinwiddie SH, Bucholz KK, et al. Association between self-reported childhood sexual abuse and adverse psychosocial outcomes: Results from a twin study. Arch gen psych (US) 2002; 59 (2); 139-145. URL disponible en:
jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/206025
40. Pereda N. Consecuencia psicológica a largo plazo del abuso infantil. Papel del psicólogo. Sistema de información científica. Universitat de Barcelona. 2010; 21 (2): 191-201. URL disponible en: *http://www.redalyc.org/pdf/778/77813509005.pdf*
41. Tyler R, Howard R. Placement with substance abusing mother vs placement with other relations infant outcomes. Child abuse & Neglect 1997; 21:337-349. URL disponible en: *https://www.ncbi.nlm.nih.gov* ›
42. Barudy J, Dantagnana M. Los buenos tratos en la infancia: Parentalidad, apego y resiliencia. España: Medias; 2005. URL disponible en:
www.academia.edu/.../Los_Buenos_Tratos_a_la_Infancia_Parentalidad_Apego_y_Re..
43. Wolfe D. Child abuse: Implications for child development and psychopathology. London: Sage Publications; 1987. URL disponible en:
www.redalyc.org/html/292/29211205/
44. Belloch A, Sandín B, Ramos F. Manual de psicopatología, España: SAU; 2009; 2: 234. URL disponible en:
www.academia.edu/.../Manual_de_psicopatología_II__Amparo_Belloch_.Bonifacio...
45. Perris C. La distinción entre los desórdenes afectivos unipolares y bipolares. Paykel E Editor. Psicopatología de los trastornos afectivos Madrid: Pirámide;(original de 1982) 1985: 83-105. URL disponible en:
pendientedemigracion.ucm.es/.../PUBLICACIONES.../1995Trastornos%20estado%2..
46. Del Barrio V. Depresión infantil, concepto, evaluación y tratamiento. Barcelona: Ariel; 1997. URL disponible en: *www.cinteco.com* › *Adolescencia*

47. Beck AT. Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects. Nueva York: Harper & Row; 1967. URL disponible en:
www.scirp.org/.../reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID
48. Coan JA, Allen JJB. Frontal EEG asymmetry as a moderator and mediator of emotion. USA: Biol Psychol; 2004; 67(1-2): 7-49. URL disponible en:
revmexneuroci.com/wp-content/uploads/2013/11/Nm136-06.pdf
49. Fleming J, Offord DR. Epidemiology of childhood depressive disorders: A critical review. J Am academic child adolesc psych. 1990; 29 : 271-80. URL disponible en:
<https://books.google.com.pe/books?isbn=1455738409>
50. Angold A, Costello EJ, Erkanli A, Worthman CM. Pubertal changes in hormone levels and depression in girls. Psychol Med. 1999; 29 (5):1043-1053.
51. Gilman SE, Kawachi I, Fitzmaurice GM, Buka SL. Socioeconomic status, family disruption and residential stability in childhood: relation to onset, recurrence and remission of major depression. Psychol Med. 2003;33:1341-55
52. Garber J. Depression in children and adolescents. Linking Risk research and prevention. Am J Prev Med. 2006; 31(6 Suppl 1):104-25. URL disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17175406>
53. Richardson LP, Katzenellenbogen R. Childhood and adolescent depression: The role of primary care providers in diagnosis and treatment. Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care. 2005; 35(1):6-24. URL disponible en:
www.guiasalud.es/egpc/depression_infancia/resumida/apartado03/factores.html
54. Bragado C, Bersabé R, Carrasco I. Factores de riesgo para los trastornos conductuales, de ansiedad, depresivos y de eliminación en niños y adolescentes. Psicothema. 1999; 11(4):939-56. URL disponible en:
www.psicothema.com/pdf/337.pdf
55. Greenberger E, Chen C.) Perceived family relationship and depressed mood in early and late adolescence: A comparison of European and Asian Americans.

- development psychology. 1996; 32: 707-716. URL disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov> › ... › PubMed Central (PMC)
56. Eaves G, Rush AJ. Cognitive patterns in symptomatic and remitted unipolar major depression. *Journal of Abnormal Psychology*. 1984; 93: 31-40. URL disponible en: psycnet.apa.org/record/1984-15144-001
57. National Collaborating Centre for Mental Health. Depression in children and young people. Identification and management in primary, community and secondary care [Internet]. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2005 [citado 8 ene 2008]. URL disponible en: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/cg028fullguideline.pdf>
58. Aslund C, Nilsson KW, Starrin B, Sjoberg RL. Shaming experiences and the association between adolescent depression and psychosocial risk factors. *Eur child adolesc psych*. 2007;16 (5):298-304. URL disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17473948>
59. Marcelli D. Adolescencia y depresión: Un abordaje multifocal. Barcelona: Masson. 1992. URL disponible en: www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656701704453
60. Alonso-Fernández F. La depresión y su diagnóstico. Nuevo modelo clínico. Barcelona: Labor; 1988. URL disponible en: www.ceapedi.com.ar/imagenes/biblioteca/libros/214.pdf
61. Del Barrio V. La depresión infantil: factores de riesgo y posibles soluciones. Málaga: Aljibe; 2000. URL disponible en: <https://www.uac.edu.co/images/stories/publicaciones/revistas...10.../articulo12.pdf>
62. Carrasco C. I. Depresión en la infancia: Psicología clínica y psiquiatría. Departamento de asistencia psicológica en la infancia. CINTECO; 2010. URL disponible en: www.cinteco.com › Adolescencia

63. Spitz RA. Hospitalism solicitud de la génesis de condiciones psiquiátricas en temprana niñez. Estudio psicoanalítico de niño. 1945;1:53-74. URL disponible en: publicacionesdidacticas.com/hemeroteca/articulo/079074/articulo-pdf
64. Kovacs M. Prodromal symptoms and a typical affectivity as predictors of major depression in juveniles: Implications for prevention. Journal of child psychology and psychiatry. 2010; 51: 472-496. URL disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov> > ... > PubMed Central (PMC)
65. Weissman MM, Wolk S, Goldstein RB, Moreau D, Adams P, Greenwald S, et al. Depressed adolescents grown up. JAMA. 1999; 281 (12):1707-13. URL disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10328070> -
66. Kochman FJ. Hantouche EG, Akiskal HS. Los trastornos bipolares en adolescentes. Archivos de psiquiatría. 2003; 66: 63-71. URL disponible en: docplayer.es/36866315-Dossier-la-depresion-infantil-a-la-altura-de-nuestro-tiempo-d...
67. DSM-IV Manual diagnóstico y estadística de los trastornos mentales. Masson Editores. 4ª Ed. Obra original en lengua inglesa. España: 1995. URL disponible en: <https://psicovalero.files.wordpress.com/.../manual-diagnc3b3stico-y-estadc3adstico-de...>
68. Toolan JM. Depression in children and adolescents. Paul V. Trad. American Journal Orthopshichiatric. 2004; 32:404-414.
69. Bonin L. Depression in adolescents: Epidemiology clinical manifestation and diagnosis. In up to date. 2004; 13:2. <https://books.google.com.pe/books?isbn=9588231620>
70. De la Portilla S R. Bases teóricas de la psiquiatría infantil. Depresión en la infancia y adolescencia. Editorial Universidad de Caldas España: 2006; 78:202-64. URL disponible en: <https://books.google.com.pe/books?isbn=9588231620>

71. Luby JL, Mrakotsky C, Heffelfinger A, Brown K, Spitznagel E. Characteristics of depressed preschoolers with and without anhedonia: evidence for a melancholic depressive subtype in young children. *Am J Psychiatry*. 2004;161 (11):1998-2004. URL disponible en: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?db=pubmed...linkname...
72. Tomas J. Trastorno depresivo infantil. Centre Londres 94. *Psiquiatría paidopsiquiatría*. 2007. URL disponible en: www.centrelondres94com/files/trastorno_depresivo_infntil_pdf
73. National Institute of Mental Health Advisory Council Workgroup Report: Blueprint for change: Research on child and adolescent mental health. Bethesda, Maryland, National Institute of Mental Health. 2001.
74. Ministerio de Ciencia e Innovación. Guía de práctica clínica sobre la depresión mayor en la infancia y adolescencia. 7ª ed. 2009. URL disponible en: www.guiasalud.es/GPC/GPC_456_depresion_inf_adol_avaliat_compl.pdf
75. Barudy. Congreso de Nurbera: La adolescencia una estación para la oportunidad. San Sebastián. 2016.
76. CIE-10:CDI-10. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Glosario y Criterios diagnósticos de Investigación. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2004.
77. Rotondo H. Compendio de Psiquiatría. 1ª. ed.. Perú: Editorial Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2008.
78. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 4ta. Ed. Revisada original en Inglés. España: Editorial Elsevier Masson; 2002
79. Beck AT, Rush A. *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press; 1979.

80. Vázquez LF, Muñoz R, Becoña E. Depresión: Diagnóstico, modelos teóricos y tratamiento a finales del Siglo XX. *Rev. Ps. Conduct* 2000; 8 (3): 417-449. URL disponible en: www.psicologiaconductual.com/PDFespanol/2000/art02.3.08.pdf
81. Seligman MEP. *Helplessness: On depression, development and death*. San Francisco: Freeman; 1975.
82. Gatz M, Pedersen NS, Plomin R, Nesselroade JR, McClearn GE. Importance of shared genes and shared environments for symptoms of depression in older adults. *Journal of Abnormal Psychology*. 1992;101: 701-708.
83. Reynolds WM. Assessment of depression in children and adolescents by self-report questionnaires. In Reynolds WM, Johnston HF. (eds.) *Handbook of depression in children and adolescents*. 209-234 New York: Plenum Press 1994.
84. Saavedra M. *Como entender a los adolescentes para educarlos mejor*. 1ra. Ed. México DF: Editorial Paz; 2004; 5-143.

INDICE DE ANEXOS

Anexo 1 - Matriz de Consistencia

Anexo 2 - Operacionalización de las variables maltrato infantil y niveles de depresión

Anexo 3 - Instrumentos: Cuestionario estructurado sobre maltrato infantil

 Escala de depresión para adolescentes de Reynolds (EDR)

Anexo 4 - Proceso de validación y confiabilidad de instrumentos (Tabla 14, 15, 16, 17, 18)

Anexo 5 - Base de datos

Anexo 6 - Validación de Expertos (3) y constancias de Juicio de Expertos (3)

Anexo 7- Carta de presentación y aceptación para la recolección de datos.

Anexo 8 - Asentamiento informado del menor de edad

Anexo 9 - Evidencias fotográficas de aplicación de instrumentos psicométricos

ANEXO No. 1 - MATRIZ DE CONSISTENCIA

MALTRATO INFANTIL Y NIVELES DE DEPRESION EN ADOLESCENTES EN LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA No.0003 “NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN”, SAN MIGUEL, LIMA 2018

PROBLEMA GENERAL	OBJETIVO GENERAL	HIPÓTESIS GENERAL	TIPO, NIVEL Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	VARIABLES	MÉTODOLOGIA
¿Cuál es la relación que existe entre maltrato infantil y niveles de depresión en adolescentes en la Institución Educativa No.0003 “Nuestra Señora del Carmen”, San Miguel, Lima 2018.	Determinar la relación que existe entre maltrato infantil y niveles de depresión en adolescentes en la Institución Educativa No.0003 “Nuestra Señora del Carmen”, San Miguel, Lima 2018.	Existe relación significativa entre maltrato infantil y niveles de depresión en adolescentes en la Institución Educativa No.0003 “Nuestra Señora del Carmen”, San Miguel, Lima 2018.	<p>TIPO: APLICADA</p> <p>NIVEL:</p> <p>DESCRIPTIVO CORRELACIONAL</p> <p>M : Muestra MI : Maltrato Infantil ND : Niveles de Depresión r : Correlación que existe entre MI y ND</p>	<p>VARIABLE 1</p> <p>MALTRATO INFANTIL</p>	<p>1. POBLACION 172 adolescentes de la Institución Educativa No.0003 “Nuestra Señora del Carmen”, San Miguel, Lima 2018.</p> <p>2. MUESTRA 119 adolescentes de 12 a 17 años de edad, ambos sexos, 1º. A 5º. Secundaria de la Institución Educativa No.0003 “Nuestra Señora del Carmen”, San Miguel, Lima 2018</p> <p>3. TÉCNICA: Encuesta</p>
<p>Problema Específico</p> <p>1. ¿Cuál es la relación que existe entre maltrato psicológico y niveles de depresión en adolescentes en la Institución Educativa No.0003 “Nuestra Señora del Carmen”, San Miguel, Lima 2018?</p> <p>2. ¿Cuál es la relación que existe entre maltrato físico y niveles de depresión en adolescentes en la Institución Educativa No.0003 “Nuestra Señora del Carmen”, San Miguel, Lima 2018?</p> <p>3. ¿Cuál es la relación que existe entre maltrato sexual y niveles de depresión en adolescentes en la Institución Educativa No.0003 “Nuestra Señora del Carmen”, San Miguel, Lima 2018?</p>	<p>Objetivo Específico</p> <p>1. Determinar la relación que existe entre maltrato psicológico y niveles de depresión en adolescentes en la Institución Educativa No.0003 “Nuestra Señora del Carmen”, San Miguel, Lima 2018.</p> <p>2. Determinar la relación que existe entre maltrato físico y niveles de depresión en adolescentes en la Institución Educativa No.0003 “Nuestra Señora del Carmen”, San Miguel, Lima 2018.</p> <p>3. Determinar la relación que existe entre maltrato sexual y niveles de depresión en adolescentes en la Institución Educativa No.0003 “Nuestra Señora del Carmen”, San Miguel, Lima 2018.</p>	<p>Hipótesis Específico</p> <p>1. Existe relación significativa entre maltrato psicológico y niveles de depresión en adolescentes en la Institución Educativa No.0003 “Nuestra Señora del Carmen”, San Miguel, Lima 2018.</p> <p>2. Existe relación significativa entre maltrato físico y niveles de depresión en adolescentes en la Institución Educativa No.0003 “Nuestra Señora del Carmen”, San Miguel, Lima 2018.</p> <p>3. Existe relación significativa entre maltrato sexual y niveles de depresión en adolescentes en la Institución Educativa No.0003 “Nuestra Señora del Carmen”, San Miguel, Lima 2018.</p>	<p>DISEÑO:</p> <p>NO EXPERIMENTAL CORTE TRANSVERSAL</p> <p>ENFOQUE:</p> <p>CUANTITATIVO</p> <p>TIPO DE MUESTREO</p> <p>PROBABÍSTICO</p>	<p>VARIABLE 2</p> <p>NIVELES DE DEPRESIÓN</p>	<p>4. INSTRUMENTOS: Cuestionario estructurado sobre Maltrato infantil y Escala de Depresión para Adolescentes de Reynolds. Tiempo: 10 a 15m en ambos instrumentos.</p> <p>4. PROCESAMIENTO DE DATOS Se aplicará la estadística descriptiva e inferencial el método de Spearman para la correlación entre las variables de la investigación y la contrastación de las hipótesis.</p> <p>5. PLAN DE ANÁLISIS Se realiza la encuesta, se evalúa y se establece suposiciones. Se ingresa los datos en la prueba estadística SPSS versión 24. Se contrasta las hipótesis y el análisis de la relación entre variables. El resultado demuestra que si acepta o no las hipótesis planteada.</p> <p>6. CONSIDERACIONES ÉTICAS Se informa a los participantes del estudio y se garantiza la confidencialidad de los datos, de modo que, se obtiene la aprobación del mismo.</p>

ANEXO No. 2

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE 1 : MALTRATO INFANTIL

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	No. ITEMS	ESCALA DE MEDICIÓN
<p><u>VARIABLE 1</u></p> <p>MALTRATO INFANTIL</p> <p>TIPO DE VARIABLE :</p> <p>INDEPENDIENTE</p>	<p>El Maltrato Infantil son todas las formas de abuso y de desatención a menores de 18 años, como maltrato físico, psicológico, sexual, por negligencia y explotación comercial u otro tipo que cause daño a la salud, desarrollo o dignidad o poner en peligro su vida.</p> <p>De igual modo, se considera maltrato infantil cuando han sido expuestos a violencia familiar. OMS².</p>	<p>La definición operacional específica que actividades u operaciones deben realizarse para medir una variable, adecuada al contexto, con confiabilidad y validez⁷.</p> <p>En este caso, será en base a las tres dimensiones: maltrato psicológico, maltrato físico y maltrato sexual, e indicadores de la operacionalización de la Variable 1- Maltrato infantil, teniendo en cuenta la confiabilidad y validez del instrumento de medición estructurado sobre maltrato infantil Cuestionario cómo piensas, sientes y actúas (PSA).</p>	Maltrato Psicológico	<p>Baja autoestima</p> <p>Agresividad</p> <p>Ansiedad</p> <p>Dificultad para interrelacionarse</p> <p>Autodesvalorización</p>	<p>2</p> <p>3, 6</p> <p>4</p> <p>1</p> <p>5</p>	<p>Es de nivel ordinal porque categoriza en un orden de mayor a menor.</p> <p>Los símbolos de las categorías indican jerarquía⁷.</p>
			Maltrato Físico	<p>Moretones</p> <p>Quemaduras por plancha u otros objetos calientes</p> <p>Huellas de correas o cadenas</p> <p>Golpes con el pie</p> <p>Golpes en la boca, jalones de cabello</p> <p>Pellizco o jalones de oreja</p> <p>Golpes con la mano y empujones</p>	<p>19</p> <p>8</p> <p>13</p> <p>16</p> <p>11</p> <p>18</p> <p>20</p>	
			Maltrato Sexual	<p>Aislamiento social</p> <p>Abuso sexual</p> <p>Tocamiento indebido</p> <p>Trastorno de sueño</p> <p>Retraimiento</p>	<p>10</p> <p>14</p> <p>12</p> <p>15</p> <p>17,9,7</p>	

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE 2 : NIVELES DE DEPRESIÓN

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	No. ITEMS	ESCALA DE MEDICIÓN
VARIABLE 2: NIVELES DE DEPRESIÓN TIPO DE VARIABLE: DEPENDIENTE	La depresión en adolescentes es muchas veces ignorada o vista como síntomas de otros problemas. Los cambios de humor, el aislamiento, los cambios en la alimentación, en el sueño, las dificultades de concentración y reducción de la actividad, fatiga e irritabilidad pueden ser visto como normales dentro del comportamiento del adolescente ⁸³ .	La definición operacional específica que actividades u operaciones deben realizarse para medir una variable, adecuada al contexto, con confiabilidad y validez ⁷ . En este caso, estará basada en función a las tres dimensiones: Equivalentes afectivos, equivalentes fisiológicos y equivalentes psicológicos e indicadores de la operacionalización de la Variable 2. Niveles de Depresión, teniendo en cuenta la confiabilidad y validez del instrumento de medición Escala de depresión para Adolescentes de Reynolds (EDAR) ⁸³ , adaptada por Ugarriza, Universidad de Lima, 2002.	Equivalentes Afectivo	1. Disforia 2. Soledad 3. Devaluado por los padres 4. Aislamiento social 5. Tristeza 6. Llanto 7. Desprecio 8. Ira 9. Anhedonia -pares 10. Anhedonia General 11. Pérdida del interés	1 3 4 6 7 8 9 22 10 25 28	Es de nivel ordinal porque categoriza en un orden de mayor a menor. Los símbolos de las categorías indican jerarquía ⁷ .
			Equivalentes Fisiológicos	12. Ansiedad 13. Daño así mismo 14. Fatiga 15. Reducción del habla 16. Alteración del sueño 17. Desórdenes del apetito	2 14 18 23 24 29	
			Equivalentes Psicológico	18. Valía de la persona 19. Quejas somáticas 20. Abatido 21. Baja autoestima 22. Irritabilidad 23. Pesimismo 24. Autoreproches 25. Desaprobarse así mismo 26. Pena de sí mismo 27. Preocupación 28. Quejas somáticas 29. Desesperanza 30. Bajo mérito personal	5 11 13 15 16 17 19 20 21 26 27 30 12	

ANEXO No. 3 :**INSTRUMENTOS PARA RECOLECCIÓN DE DATOS
CUESTIONARIO ESTRUCTURADO SOBRE MALTRATO INFANTIL****CUESTIONARIO****Cómo piensas, sientes y actúas (PSA)**

Nombre y Apellidos _____

Edad: _____ Sexo: M F Colegio: _____

Grado: _____ Fecha: _____

INSTRUCCIONES: Coloca una X en uno de los casilleros de lado derecho. Contesta rápidamente, no hay respuesta correcta o incorrecta, responde con la mayor sinceridad cómo piensas, sientes y actúas.

No.	Items	Nunca	Casi Nunca	Algunas Veces	Casi Siempre	Siempre
1.	Me es difícil hacer amistad con otros (as) compañeros (as).					
2.	Creo que soy menos inteligente que lo demás.					
3.	Me molesta cuando alguien me da una orden.					
4.	Mis padres me gritan o insultan y me amenazan con golpearme.					
5.	Pienso que no valgo nada.					
6.	Sí algún compañero(a) me fastidia, me enoja de inmediato.					
7.	Tengo cólera e ira porque sufrí tocamientos indebidos.					
8.	Mis padres me castigan con objetos calientes (cucharón, plancha, ladrillo).					
9.	Siento vergüenza al desnudarme frente a mis familiares más cercanos.					
10.	Prefiero estar solo (a), en vez de jugar o compartir con otros (as) compañeros (as)					
11.	Mis padres o familiares me pegan en la boca o me jalan el cabello para corregirme.					
12.	Siento miedo de volver a sufrir tocamientos indebidos.					
13.	Mis padres o familiares me castigan con la correa, sogas o cadena si me porto mal o no hice las cosas.					
14.	Tengo vergüenza y sentimiento de culpa por el abuso sexual que fui víctima.					
15.	Tengo pesadillas en la noche y me despierto asustada(o) de que alguien me vuelva hacer daño.					
16.	En mi casa me patean si no hago bien las cosas.					
17.	Tengo mucho miedo y desconfianza si cualquier hombre se acerca a mí.					
18.	Mis padres me pellizcan o me jalan de la oreja.					
19.	Mis familiares me golpean con cualquier objeto y me deja moretones.					
20.	En mi casa me pegan con la mano y me dan empujones.					

Calificación

Alto : 75 - 100

Medio : 48 - 74

Bajo : 20 - 47

ESCALA DE DEPRESIÓN PARA ADOLESCENTES DE REYNOLDS

SOBRE SÍ MISMO
Por William M. Reynolds

Nombre y Apellidos: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Grado: _____

Colegio: _____ Fecha: _____

Instrucciones

A continuación se presenta una lista de oraciones. Marca con una "X" la respuesta que mejor describe cuán a menudo te sientas así. No hay respuesta correcta o incorrecta. Sólo escoge la respuesta que dice cómo te sientes generalmente.

		Casi Nunca	Rara Vez	Algunas Veces	Casi Siempre
1.	Me siento feliz				
2.	Me preocupa el colegio.				
3.	Me siento solo.				
4.	Siento que mis padres no me quieren.				
5.	Me siento importante.				
6.	Siento ganas de esconderme de la gente.				
7.	Me siento triste.				
8.	Me siento con ganas de llorar.				
9.	Siento que no le importo a nadie.				
10.	Tengo ganas de divertirme con los compañeros.				
11.	Me siento enfermo.				
12.	Me siento querido.				
13.	Tengo deseos de huir.				
14.	Tengo ganas de hacerme daño.				
15.	Siento que no les gusto a los compañeros.				
16.	Me siento molesto.				
17.	Siento que la vida es injusta.				
18.	Me siento cansado.				
19.	Siento que soy malo.				
20.	Siento que no valgo nada				
21.	Tengo pena de mí mismo.				
22.	Hay cosas que me molestan.				
23.	Siento ganas de hablar con los compañeros.				
24.	Tengo problemas para dormir.				
25.	Tengo ganas de divertirme.				
26.	Me siento preocupado.				
27.	Me dan dolores de estómago.				
28.	Me siento aburrido.				
29.	Me gusta comer.				
30.	Siento que nada de lo que hago me ayuda.				

RS				CI
TOTAL %				
%				

Calificación
 Alto : 91 - 120
 Medio : 61 - 90
 Bajo : 30 - 60

ANEXO 4

PROCESO DE VALIDACIÓN Y CONFIABILIDAD DE INSTRUMENTOS

TABLA No. 14

Estadísticos total-elemento de la **validación interna Variable maltrato infantil**

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Ítem 1	33,23	76,533	,261	,788
Ítem 2	33,29	75,138	,298	,777
Ítem 3	32,81	75,717	,214	,784
Ítem 4	34,02	70,051	,552	,760
Ítem 5	33,83	67,666	,610	,754
Ítem 6	32,94	73,039	,327	,776
Ítem 7	34,22	72,867	,366	,773
Ítem 8	34,59	80,126	,204	,783
Ítem 9	32,18	73,542	,205	,790
Ítem 10	33,52	73,455	,300	,778
Ítem 11	34,20	72,128	,609	,761
Ítem 12	34,28	73,897	,387	,772
Ítem 13	34,24	75,169	,365	,774
Ítem 14	34,40	75,633	,359	,774
Ítem 15	34,19	72,174	,471	,766
Ítem 16	34,50	77,201	,407	,775
Ítem 17	33,60	75,734	,247	,792
Ítem 18	34,20	73,637	,494	,767
Ítem 19	34,39	77,171	,304	,777
Ítem 20	34,19	70,327	,576	,759

De acuerdo a la validación interna⁷ la correlación elemento-total corregida debe ser mayor o igual a 0.20. Los resultados obtenidos en la tabla 14, cumplen con este criterio.

Por lo tanto, existe validez interna en el instrumento.

TABLA No. 15

Estadísticos total-elemento de la **validación interna Variable niveles de depresión**

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Ítem 1	66,66	127,990	-,420	,808
Ítem 2	67,03	118,364	,137	,793
Ítem 3	68,01	110,330	,484	,777
Ítem 4	68,24	111,643	,416	,780
Ítem 5	67,37	125,557	-,206	,807
Ítem 6	68,44	115,587	,300	,786
Ítem 7	67,94	108,395	,555	,773
Ítem 8	68,03	108,415	,608	,772
Ítem 9	68,21	108,947	,552	,774
Ítem 10	66,87	123,355	-,205	,803
Ítem 11	68,33	115,188	,301	,786
Ítem 12	67,08	129,630	-,399	,814
Ítem 13	68,43	108,315	,551	,773
Ítem 14	68,70	112,009	,477	,779
Ítem 15	68,36	112,029	,459	,779
Ítem 16	68,21	109,557	,538	,775
Ítem 17	67,97	109,228	,556	,774
Ítem 18	67,88	113,461	,358	,783
Ítem 19	68,42	112,415	,460	,779
Ítem 20	68,51	109,608	,585	,773
Ítem 21	68,50	113,608	,356	,783
Ítem 22	67,43	111,128	,468	,778
Ítem 23	66,93	123,707	-,220	,804
Ítem 24	68,16	112,305	,357	,783
Ítem 25	66,83	122,141	-,248	,800
Ítem 26	67,92	111,071	,491	,777
Ítem 27	68,33	116,002	,266	,787
Ítem 28	67,55	114,486	,306	,786
Ítem 29	66,76	123,436	-,210	,803
Ítem 30	68,03	107,516	,624	,770

De acuerdo a la validación interna⁷, la correlación elemento-total corregida debe ser mayor o igual a 0.20. Los resultados obtenidos en la tabla 15, cumplen con este criterio. Además los ítems: 1, 5, 10, 12, 23, 25 y 29 son ítem que están redactado en positivo y el resto del ítem está redactado en negativo. Por lo tanto, existe validez interna en el instrumento.

TABLA No. 16

Tabla de índices de confiabilidad

Nivel de confiabilidad	Valores
Confiabilidad nula	0.53 a menos
Confiabilidad baja	0.54 a 0.59
Confiable	0.60 a 0.65
Muy confiable	0.66 a 0.71
Excelente confiabilidad	0.72 a 0.99
Confiabilidad perfecta	1.00

Fuente: Metodología de la investigación científica⁷.

TABLA No. 17

Confiabilidad de los instrumentos

Variable	Alfa de Cronbach	N° de ítems	Confiabilidad
Maltrato infantil	0.783	20	Excelente
Niveles de depresión	0.792	30	Excelente

Cuando se cumple con los índices de confiabilidad, es porque existe precisión en los instrumentos⁷. Por tanto la confiabilidad de los instrumentos de las variables maltrato infantil y niveles de depresión es positivo.

Relación entre variables: Fórmula de Spearman:

$$r_s = 1 - \frac{6 \sum d^2}{n(n^2 - 1)}$$

r_s = Coeficiente de correlación por rangos de Spearman

d = Diferencia entre los rangos (X menos Y)

n = Número de datos

TABLA No. 18

Índice de correlación de dos variables

Nivel de correlación	Valores
Muy alta	0,80 – 1,00
Alta	0,60 – 0,79
Moderada	0,40 – 0,59
Baja	0,20 - 0,39
Muy baja	0,00 – 0,19

Fuente: Metodología de la Investigación⁷

ANEXO 5 : BASE DE DATOS DE LA VARIABLE MALTRATO INFANTIL

ítem	AÑO	p1	p2	p3	p4	p5	p6	p7	p8	p9	p10	p11	p12	p13	p14	p15	p16	p17	p18	p19	p20
per1	5SA	3	1	2	1	1	1	2	1	5	5	1	1	1	1	3	1	3	1	1	1
per2	5SA	3	1	3	2	1	2	1	1	3	1	1	1	1	5	1	1	3	1	1	
per3	5SA	3	3	5	3	3	5	1	1	3	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
per4	5SA	3	2	4	2	2	2	1	1	4	4	1	1	1	1	1	1	2	1	1	
per5	5SA	3	2	3	1	1	3	1	1	3	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	
per6	5SA	3	3	2	1	1	1	1	1	5	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
per7	5SA	3	3	2	1	1	3	1	1	2	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
per8	5SA	2	3	3	3	3	2	4	1	1	1	1	4	1	1	1	1	1	3	1	
per9	5SA	3	3	4	1	1	3	1	1	3	3	1	1	1	1	1	1	3	1	1	
per10	5SA	3	3	3	3	3	2	1	1	3	3	1	1	1	1	1	1	3	1	1	
per11	5SA	1	4	5	1	1	4	1	1	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
per12	5SA	3	1	3	1	1	2	1	1	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
per13	5SA	1	1	3	3	1	2	1	1	3	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
per14	4SB	5	1	1	1	1	2	1	1	5	5	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1
per15	4SB	1	3	1	1	1	5	1	1	5	1	1	1	1	1	4	1	5	1	1	1
per16	4SB	3	3	4	5	3	3	1	1	5	2	3	1	4	1	1	1	1	4	4	4
per17	4SB	4	3	4	1	4	4	1	1	3	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
per18	4SB	3	1	1	1	1	2	1	1	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
per19	4SB	2	3	4	5	3	2	1	3	4	4	3	1	3	1	1	1	1	3	3	3
per20	4SB	2	1	3	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1
per21	4SB	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2
per22	4SB	2	1	2	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
per23	4SB	1	3	3	1	1	2	1	1	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
per24	4SB	2	1	3	1	1	3	1	1	5	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
per25	4SB	1	3	3	1	1	3	1	1	5	1	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1
per26	4SA	1	2	5	1	1	5	1	1	1	1	2	3	1	3	2	1	4	1	1	2
per27	4SA	1	3	5	1	1	5	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
per28	4SA	3	3	3	1	2	3	2	1	4	3	1	2	1	1	2	1	2	1	1	1
per29	4SA	1	1	3	2	1	2	1	1	5	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
per30	4SA	3	2	4	1	1	3	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
per31	4SA	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1
per32	4SA	1	1	3	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
per33	4SA	2	2	3	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
per34	4SA	1	3	2	1	1	3	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1
per35	4SA	2	1	3	1	1	2	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1
per36	3SB	1	1	1	1	1	1	1	1	3	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
per37	3SB	1	1	3	1	1	2	2	1	5	3	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1
per38	3SB	3	2	3	4	1	3	1	1	5	4	1	2	1	1	1	1	3	2	3	2
per39	3SB	3	2	1	1	2	2	1	1	5	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

per40	3SB	3	3	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	5	
per41	3SB	1	3	4	1	2	2	1	1	1	3	1	3	1	1	3	1	1	1	1	
per42	3SB	3	2	3	4	5	3	1	1	3	1	3	1	1	4	3	2	4	1	3	3
per43	3SB	2	2	3	1	1	3	1	1	5	1	2		1		1	1	1	3	2	2
per44	3SB	2	3	3	2	1	3	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1
per45	3SB	3	2	3	2	1	3	1	1	3	3	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2
per46	3SB	3	3	3	1	2	3	1	1	4	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
per47	3SB	3	3	2	1	1	2	1	1	2	2	2	1	3	1	1	2	2	3	2	3
per48	3SB	1	3	3	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
per49	3SB	3	2	5	1	1	2	1	1	1	3	2	1	1	1	1	1	2	2	2	2
per50	3SA	5	2	3	3	3	2	5	1	3	4	3	5	1	1	1	1	4	3	1	4
per51	3SA	1	3	4	4	4	5	3	1	5	5	5	3	3	2	5	1	4	3	2	4
per52	3SA	5	3	3	1	1	3	3	1	3	3	2	1	2	1	2	1	1	2	1	1
per53	3SA	1	3	4	1	3	5	5	1	5	3	1	5	1	5	1	1	1	1	1	1
per54	3SA	3	4	2	3	3	2	1	1	5	3	2	1	2	1	1	1	4	1	1	2
per55	3SA	3	2	3	1	1	3	2	1	3	3	2	1	5	1	1	1	3	1	1	4
per56	3SA	5	5	5	3		3	1	1	1	5	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1
per57	3SA	2	3	2	3	3	2	1	1	5	1	1	1	3	1	1	2	1	1	1	2
per58	3SA	1	3	2	1	1	3	1	1	5	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
per59	3SA	3	2	3	1	2	4	1	1	2	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
per60	3SA	4	2	3	1	2	2	1	1	3	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1
per61	3SA	1	2	3	1	1	2	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1
per62	3SA	1	2	5	1	1	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
per63	3SA	2	3	2	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
per64	2SB	3	3	5	5	5	5	5	1	5	3	4	5	1	5	4	5		4	1	4
per65	2SB	3	2	4	4	3	2	1	1	5	4	1	1	1	1	1	1	4	1	1	2
per66	2SB	1	3	4	4	5	1	1	3	5	1	3	1	3	1	5	2	1	3	2	3
per67	2SB	3	3	2	1	2	3	1	1	4	1	1	3	1	1	1	1	4	1	1	1
per68	2SB	1	3	4	1	1	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	3	4	1	1
per69	2SB	3	2	2	1	1	3	1	1	5	1	1	1	1	1	1	1	3	2	1	1
per70	2SB	1	3	3	1	1	2	1	1	5	1	1	1	3	1	1	1	1	2	1	1
per71	2SB	3	2	3	1	1	2	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1
per72	2SB	1	3	3	1	1	2	1	1	5	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1
per73	2SB	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
per74	2SB	2	1	4	1	1	2	1	1	5	3	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1
per75	2SB	1	4	3	3	1	1	1	1	1	3	2	1	3	1	1	2	1	3	2	3
per76	2SB	5	3	1	1	3	3	1	1	5	3	1	1	1	1	3	1	4	1	1	1
per77	2SB	2	3	4	2	3	3	1	1	5	3	2	1	1	1	1	1	1	2	1	2
per78	2SB	3	2	3	1	1	4	1	1	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
per79	2SA	2	3	3	3	2	3	5	1	5	3	3	1	3	2	3	1	3	3	2	4
per80	2SA	5	2	1	1	2	1	2	1	5	4	2	2	1	2	3	1	2	1	1	1

per81	2SA	1	3	4	2	1	2	1	1	5	1	1	1	2	1		1	1	1	1	2
per82	2SA	1	3	3	2	1	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2
per83	2SA	3	2	1	1	1	3	5	1	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
per84	2SA	5	4	4	1	3	4	1	1	4	3	2	3	1	1	2	1	2	1	1	2
per85	2SA	3	3	2	4	3	4	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	5	3	1	1
per86	2SA	5	3	4	1	2	4	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	5	1	3	3
per87	2SA	2	3	3	1	3	3	1	1	5	1	1	2	1	1	3	1	1	1	1	2
per88	2SA	1	1	3	1	1	4	1	1	5	1	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1
per89	2SA	1	1	3	3	1	2	1	1	3	2	1	1	2	1	1	1	3	1	1	1
per90	2SA	3	1	2	1	1	3	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
per91	2SA	5	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
per92	2SA	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	3	1	1	1
per93	1SB	3	2	1	1	1	3	5	1	5	5	1	5	1	3	4	1	5	1	1	1
per94	1SB	3	2	3	2	5	5	1	1	5	2	1	1	3	1	3	1	5	3	1	3
per95	1SB	2	3	2	1	3	1	4	1	5	1	1	3	1	3		1	1	1	1	1
per96	1SB	3	3	4	4	3	5	1	1	5	4	2	1	2	1	2	3	1	1	3	2
per97	1SB	2	1	1	1	1	2	1	1	4	1	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1
per98	1SB	5	3	2	1	1	1	1	1	4	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
per99	1SB	2	1	1	1	3	1	1	1	2	4	3	1	3	1	1	1	2	2	1	1
per100	1SB	1	3	4	3	1	3	1	1	2	2	2	2	3	1	2	1	2	2	3	2
per101	1SB	2	1	3	3	5	4	1	1	5	1	5	1	4	1	1	3	1	3	2	4
per102	1SB	3	3	4	1	3	5	1	1	3	2	2	1	1	1	1	1	2	1	1	2
per103	1SB	3	3	2	1	3	3	1	1	3	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1
per104	1SB	1	3	4	3	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1
per105	1SB	1	1	3	1	3	3	1	1	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
per106	1SB	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	3	1	1	1	1	1	1	2	1	1
per107	1SB	3	3	2	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
per108	1SA	3	2	1	1	1	4	5	1	4	1	2	5	1	3	1	1	4		1	2
per109	1SA	3	5	3	1	5	3	1	1	3	3	1	1	1	2	5	1	5	1	1	3
per110	1SA	3	1	2	1	2	2	1	1	5	3	2	1	4	1	5	1	3	3	1	1
per111	1SA	3	4	1	1	3	1	1	1	3	1	1	1	1	1	3	1	5	1	1	2
per112	1SA	3	1	3	1	1	3	1	1	5	2	1	1	2	1	1	1	3	2	1	2
per113	1SA	2	1	2	1	3	2	1	1	5	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
per114	1SA	3	4	3	3	4	3	1	1	5	1	3	1	3	1	1	1	3	3	1	1
per115	1SA	3	1	3	1	1	3	1	1	3	3	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1
per116	1SA	2	3	1	1	1	4	1	1	4	3	2	1	1	1	1	1	4	2	1	1
per117	1SA	1	1	3	1	1	2	1	1	5	1	1	1	1	1	1	1	3	1	2	1
per118	1SA	4	3	3	1	5	4	1	1	3	3	2	1	2	1	2	1	1	2	1	2
per119	1SA	3	3	2	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1

BASE DE DATOS DE LA VARIABLE NIVELES DE DEPRESIÓN

ítem	AÑO	I1	I2	I3	I4	I5	I6	I7	I8	I9	I10	I11	I12	I13	I14	I15	I16	I17	I18	I19	I20	I21	I22	I23	I24	I25	I26	I27	I28	I29	I30
per1	5SA	3	4	3	2	4	3	3	4	1	4	2	3	3	2	3	2	2	2	1	1	2	4	4	2	4	3	3	3	3	2
per2	5SA	4	4	3	4	3	3	3	4	3	4	1	3	3	1	2	3	3	2	2	3	3	4	4	1	4	3	1	3	3	3
per3	5SA	3	3	4	3	3	3	4	4	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	4	3	4	4	3	3	4	2	4
per4	5SA	3	4	3	2	2	4	3	3	2	2	2	3	3	1	2	3	3	4	3	2	1	4	2	1	3	3	1	3	4	3
per5	5SA	4	3	2	2	1	1	2	2	1	4	2	4	2	2	1	2	2	1	1	1	1	2	4	2	4	2	2	2	2	1
per6	5SA	4	3	2	1	3	2	1	2	1	3	1	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	4	1	4	2	1	1	4	1
per7	5SA	4	3	2	1	3	1	3	1	1	3	1	3	1	1	1	1	2	2	1	1	1	3	3	1	3	2	1	1	4	2
per8	5SA	4	4	1	1	2	2	1	1	1	4	2	3	1	1	2	1	2	3	3	2	1	2	4	1	4	3	1	3	4	2
per9	5SA	4	4	2	1	3	1	2	3	3	4	1	4	1	1	2	3	3	3	2	1	2	3	3	2	4	3	4	4	4	2
per10	5SA	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	4	2	3	3	2	3	3	2	2	2	2	3	2	3	3	1	1	1	4	3
per11	5SA	4	3	1	2	4	1	1	1	1	4	1	3	3	1	1	1	1	2	2	1	1	1	4	1	3	2	2	2	4	2
per12	5SA	4	2	1	1	1	1	2	2	1	4	1	4	1	1	1	2	3	2	1	1	1	3	4	1	4	2	2	3	4	1
per13	5SA	4	1	2	2	3	1	1	1	1	4	1	4	1	1	1	3	3	3	1	1	1	3	4	1	4	1	1	4	3	1
per14	4SB	4	4	1	4	2	3	1	1	1	1	1	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	3	1	1	1	4	1
per15	4SB	4	4	3	2	3	3	2	3	1	3	2	3	1	3	1	2	3	2	2	1	1	2	3	1	3	3	4	2	4	2
per16	4SB	3	3	3	2	2	1	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	3	3	3	4	4
per17	4SB	3	2	4	1	2	3	4	4	3	1	1	2	4	3	4	2	1	3	1	3	2	3	2	2	2	3	1	3	4	3
per18	4SB	4	4	2	1	3	1	2	2	1	4	1	3	1	1	2	2	2	2	2	1	1	3	4	1	4	2	1	2	4	2
per19	4SB	2	4	1	4	2	3	4	3	3	1	2	2	4	4	1	3	4	3	4	2	1	4	2	3	1	1	1	2	2	3
per20	4SB	4	4	1	1	4	1	3	2	1	3	3	4	1	1	1	1	1	2	2	1	1	3	4	1	3	2	3	2	4	1
per21	4SB	4	2	1	2	4	1	1	1	1	4	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	4	1	1	4	4	1
per22	4SB	4	4	1	1	4	1	2	2	1	3	1	4	1	1	1	1	2	2	2	1	1	3	4	1	3	1	2	2	4	1
per23	4SB	4	3	3	1	2	1	2	1	1	4	1	4	1	1	1	1	3	2	1	1	1	2	4	1	4	2	1	1	4	1
per24	4SB	4	3	2	1	4	1	3	3	1	4	1	4	1	1	1	2	1	2	1	1	1	3	4	3	2	2	1	3	4	1
per25	4SB	4	3	1	2	4	1	2	2	1	4	1	4	1	1	1	2	4	3	1	1	1	3	3	1	4	2	1	1	4	1
per26	4SA	2	4	3	3	2	1	4	3	3	4	2	3	3	1	1	4	3	2	3	1	1	4	2	2	4	2	2	4	4	3

per27	4SA	3	4	2	1	3	1	2	2	2	3	1	2	1	1	2	4	3	2	2	1	1	1	4	4	4	1	2	3	4	1
per28	4SA	4	3	4	3	3	2	4	4	2	1	1	3	1	1	1	3	2	4	3	2	1	4	3	2	3	3	2	2	3	2
per29	4SA	4	3	1	1	4	1	1	2	1	4	1	4	1	1	1	1	2	2	2	1	1	3	3	2	4	2	1	2	4	1
per30	4SA	4	4	2	1	4	1	2	2	1	4	2	4	1	1	1	2	2	1	1	1	1	2	4	1	4	2	2	2	4	3
per31	4SA	3	4	2	1	2	1	3	2	3	4	2	4	1	1	2	2	1	3	2	1	1	2	1	1	4	2	1	1	4	1
per32	4SA	4	4	1	1	3	1	2	2	2	4	1	4	1	1	2	1	2	2	2	1	1	2	4	1	4	1	1	3	3	1
per33	4SA	4	3	1	1	3	1	1	1	1	4	1	4	1	1	1	2	2	3	1	1	1	3	4	1	3	2	1	3	4	1
per34	4SA	4	3	1	1	3	1	1	2	1	3	2	4	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	4	1	4	2	2	3	4	1
per35	4SA	4	1	2	2	4	1	1	1	1	4	1	4	1	1	1	1	1	3	1	1	1	2	4	3	4	2	3	2	4	1
per36	3SB	4	1	2	1	3	1	1	1	1	4	1	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	3	4	1	1	2	4	1
per37	3SB	4	4	1	4	4	2	3	3	2	4	2	3	4	1	2	2	1	2	1	2	1	4	2	3	4	3	3	2	4	3
per38	3SB	4	4	2	3	3	1	1	1	2	3	1	4	1	1	2	1	1	2	1	1	1	2	4	1	4	2	1	3	4	1
per39	3SB	3	4	3	1	3	2	3	3	1	4	2	4	2	1	2	2	2	3	2	3	2	3	4	2	4	4	2	3	4	2
per40	3SB	3	4	4	3	1	4	2	1	2	4	2	2	2	1	1	4	3	4	4	1	1	4	4	2	4	3	2	4	4	2
per41	3SB	3	3	3	2	2	3	3	3	2	4	2	4	4	1	1	1	4	3	2	1	1	4	4	3	4	3	2	2	4	2
per42	3SB	3	4	4	3	3	2	4	3	4	4	2	2	3	2	4	3	4	2	2	3	3	4	4	1	4	3	4	2	4	2
per43	3SB	4	3	1	2	3	1	2	2	1	4	2	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	4	2	4	2	3	1	4	1
per44	3SB	4	4	1	1	3	1	1	3	1	1	1	4	1	1	1	1	1	2	1	1	1	2	4	1	1	1	2	3	2	1
per45	3SB	3	2	1	1	4	1	4	1	1	4	2	4	1	1	2	2	3	3	2	1	1	2	3	4	4	3	2	4	4	2
per46	3SB	4	4	3	1	4	1	2	2	1	4	1	4	1	1	3	3	3	3	1	1	1	3	4	3	4	3	3	3	4	2
per47	3SB	4	3	2	1	2	3	2	3	1	3	2	4	1	1	2	1	1	2	1	1	1	2	3	3	4	2	3	1	4	2
per48	3SB	4	3	2	1	3	3	2	3	3	4	2	3	1	1	2	2	2	3	3	2	2	3	4	3	4	3	2	2	4	2
per49	3SB	4	4	3	2	4	1	1	3	3	4	1	3	1	1	1	2	3	1	2	1	1	3	4	1	4	2	2	3	4	3
per50	3SA	3	4	3	3	1	2	4	3	2	1	1	2	3	3	2	2	3	1	2	3	3	4	1	4	3	2	1	4	1	3
per51	3SA	3	4	3	3	3	1	4	4	3	3	3	3	4	4	1	4	3	4	3	4		1	3	1	1	3	4	4	4	3
per52	3SA	4	3	2	2	4	2	3	3	1	4	2	4	2	1	4	3	4	2	3	2	2	3	4	2	4	4	2	4	4	2
per53	3SA	3	1	3	3	1	1	3	3	3	4	3	3	4	4	3	1	4	3	3	3	1	4	4	4	4	3	3	4	3	3
per54	3SA	3	4	2	4	3	3	2	4	4	3	1	3	4	4	2	2	4	2	1	4	3	2	3	4	3	3	1	2	2	2
per55	3SA	3	4	3	2	3	2	3	3	2	1	2	3	3			4	4	3	2	2	3	4	1	2	3	3	3	4	4	3

per56	3SA	2	3	4	4	1	2	4	3	4	1	2	1	3	3	4	1	2	4	3	4	4	1	1	4	1	3	2	4	1	4	
per57	3SA	4	2	3	2	2	3	3	3	3	4	1	2	1	2	1	2	1	3	1	1	2	3	3	3	3	2	2	1	4	3	
per58	3SA	4	4	3	1	3	1	3	2	2	4	2	4	2	1	1	3	1	1	1	1	4	4	2	4	2	2	2	4	2		
per59	3SA	3	2	2	1	3	1	3	4	1	2	2	3	3	1	1	3	4	4	2	3	1	4	3	4	2	3	4	3	3	4	
per60	3SA	3	4	3	3	2	3	3	3	3	4	4	2	4	3	3	4	4	4	1	1	2	4	3	2	4	3	2	4	3	3	
per61	3SA	4	3	1	1	4	1	1	1	1	4	1	4	1	1	1	1	2	3	1	1	1	2	4	1	4	2	2	3	4	1	
per62	3SA	4	2	1	4	3	1	1	1	1	4	1	4	1	1	1	1	2	1	1	1	3	4	1	1	4	2	1	4		2	
per63	3SA	3	3	1	1	4	1	1	1	1	4	1	4	1	1	1	1	1	2	1	1	1	3	4	1	4	1	1	3	4	2	
per64	2SB	2	1	4	2	1	2	4	4	4	3	2	1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	2	4	2	4	1	4	4	4	
per65	2SB	4	3	3	4	4	3	1	3	2	3	3	3	3	1	1	3	4	4	3	3	1	2	2	4	3	4	3	4	3	4	
per66	2SB	3	1	4	3	2	1	4	4	3	3	1	3	3	1	2	1	3	3	2	1	2	3	4	3	3	1	3	2	3	4	
per67	2SB	3	4	3	3	3	3	1	1	3	4	1	3	1	1	2	2	2	1	1	2	2	3	3	1	2		2	1	4	2	
per68	2SB	3	4	3	3	4	1	3	1	3	1	3	1	4	1	1	4	2	1	1	1	4	4	4	1	1	4	1	4	4	3	
per69	2SB	4	4	1	1	4	1	3	2	1	4	1	4	1	1	2	1	1	3	2	1	3	3	4	1	4	3	2	3	4	3	
per70	2SB	4	3	1	1	2	1	2	1	1	4	2	4	1	1	1	2	1	3	2	1	1	1	4	1	4	1	1	1	4	3	
per71	2SB	4	3	2	2	3	2	1	2	3	4	2	3	1	1	2	3	3	2	1	1	1	3	4	2	4	3	1	2	4	1	
per72	2SB	3	4	1	3	4	1	2	2	4	4	1	2	3	1	2	1	2	4	1	2	4	2	1	1	4	4	1	3	4	2	
per73	2SB	4	3	1	1	3	1	3	1	1	1	3	1	1	1	1	3	1	3	1	1	1	1	1	2	1	3	1	3	4	3	1
per74	2SB	3	2	1	1	4	1	1	1	1	3	2	4	2	1	1	1	1	3	2	1	2	3	3	2	3	2	1	1	3	1	
per75	2SB	3	3	2	1	2	2	1	2	1	3	2	2	1	1	1	1	2	1	2	1	2	1	1	1	3	1	1	2	3	3	
per76	2SB	3	4	1	3	3	2	1	2	3	4	3	3	1	3	2	2	1	2	2	3	2	2	3	3	4	2	3	3	1	1	
per77	2SB	3	4	3	2	3	3	3	3	3	4	4	2	2	2	2	3	3	2	3	3	2	3	4	2	4	3	2	3	4	3	
per78	2SB	4	3	3	1	2	1	1	1	1	2	4	3	1	1	3	1	3	3	1	1	4	4	4	2	4	3	2	3	4	1	
per79	2SA	4	3	3	3	3	2	3	3	3	4	3	4	3	2	3	2	3	2	2	3	2	4	4	2	4	3		2	3	3	
per80	2SA	3	4	4	2	3	3	3	3	1	2	1	3	2	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	2	2	1	1	2	4	2	
per81	2SA	3	4	1	3	4	1	3	2	2	4	1	3	4	2	3	2	3	4	2	1	1	2	4	1	4	1	2	3	4	3	
per82	2SA	4	3	3	1	3	1	2	3	2	4	2	3	1	1	1	3	3	2	2	1	1	4	2	2	2	1	1	2	2	1	
per83	2SA	4	1	2	1	3	2	1	1	1	4	1	4	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	4	1	1	1	1	2	3	1	
per84	2SA	3	4	2	1	1	3	1	1	3	3	2	2	1	1	3	1	1	1	1	2	1	1	3	1	3	1	1	4	4	3	

per85	2SA	4	3	1	1	3	2	2	3	2	4	3	4	1	1	3	3	3	1	3	2	3	4	4	3	4	3	1	3	3	3
per86	2SA	4	3	2	1	3	2	3	2	3	4	1	3	1	1	3	2	3	2	3	1	1	3	4	3	3	3	1	2	4	3
per87	2SA	4	1	3	1	3	2	2	1	2	4	1	3	4	1	1	2	1	2	1	2	1	3	4	2	4	3	2	2	4	2
per88	2SA	4	4	1	1	4	1	1	1	1	4	2	4	1	1	3	1	3	1	1	1	1	3	4	1	4	1	3	1	4	1
per89	2SA	3	3	2	1	3	4	4	1	1	4	1	1	1	1	1	2	1	2	3	1	2	2	4	1	4	1	3	4	3	2
per90	2SA	4	4	1	1	4	1	2	2	1	3	1	4	1	1	3	1	2	1	1	1	1	3	3	2	3	1	1	3	4	1
per91	2SA	4	3	1	1	4	1	1	1	1	4	4	1	1	1	1	1	4	1	1	1	1	2	4	4	4	4	1	3	2	2
per92	2SA	4	4	3	1	3	2	3	3	1	4	1	4	1	1	1	2	1	2	1	1	1	2	3	4	4	3	2	2	3	2
per93	1SB	4	4	1	4	4	2	2	2	4	2	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	4	3	4	1	1	1	4	4	4
per94	1SB	4	3	3	4	2	1	4	4	3	3	3	3	1	4	3	4	3	3	3	2	3	4	4	1	4	1	3	3	4	4
per95	1SB	4	3	3	1	2	1	3	1	3	4	3	3	1	3	1	1	3		3	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	4
per96	1SB	3	3	3	3	1	2	3	1	2	3	1	1	1	3	3	2	3	3	4	3	3	4	4	2	4	3	1	4	4	4
per97	1SB	4	4	2	4	3	1	1	1	2	4	2	3	1	1	2	3	3	4	1	1	1	3	4	1	4	3	2	3	3	2
per98	1SB	1	3	4	3	2	4	4	3	3	1	1	4	4		1	1	3	1	1	4	1	4	1	4	1	4	1	1	1	4
per99	1SB	3	3	1	2	1	1	2	1	2	1	1	3	1	2	2	1	2	1	2	3	2	2	1	1	2	2	3	3	3	1
per100	1SB	4	3	1	1	3	2	1	1	1	4	3	2	1	2	2	1	2	3	2	2	1	4	4	3	4	1	3	4	1	3
per101	1SB	4	4	3	3	3	3	3	3	4	3	2	3	3	1	3	1	3	3	1	3	3	3	3		3	3	2	3	4	4
per102	1SB	2	4	3	1	3	2	4	3	3	2	1	3	1	1	2	4	2	2	4	2	1	3	2	1	2	2	1	3	2	3
per103	1SB	3	4	3	2	1	2	2	2	2	2	1	3	1	1	3	3	3	2	1	2	2	3	3	2	3	3	2	3	3	3
per104	1SB	4	4	1	4	4	1	1	1	1	4	1	4	1	1	2	1	1	4	1	1	1	2	4	1	4	1	1	1	4	1
per105	1SB	4	1	1	4	1	1	1	1	4	3	4	1	1	1	1	3	1	1		1	1	1	4	1	4	1	3	3	4	3
per106	1SB	4	2	1	1	4	1	1	1	1	4	2	4	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	4	1	4	1	2	1	4	1
per107	1SB	4	4	1	1	2	1	1	1	1	4	3	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	3	3	1	1	4	1
per108	1SA	3	3	1	2	4	1	2	3	4	3	4	2	1	1	3	3	2	2	1	3	4	4	3	2	3	2	3	2	3	2
per109	1SA	3	3	4	3	2	3	4	3	3	2	2	2	3	3	4	2	2	3	1	4	3	2	1	4	2	4	2	4	2	4
per110	1SA	3	2	1	2	3	2	1	2	1	4	2	4	1	1	2	1	1	2	1	1	4	2	4	4	3	2	2	3	4	2
per111	1SA	4	2	1	2	2	3	1	2	3	3	1	3	1	2	2	1	3	2	1	2	3	1	4	2	4	3	1	2	4	3
per112	1SA	4	3	2	1	3	2	2	2	1	4	2	4	1	1	2	3	2	3	1	1	1	3	4	3	4	3	3	3	4	1
per113	1SA	3	4	4	1	1	2	3	2	3	3	2	3	1	3	3	1	2	1	1	2	3	3	3	1	3	1	1	4	2	3

per114	1SA	3	4	3	3	2	1	3	3	3	4	3	2	1	3	1	2	1	4	3	2	1	3	4	2	4	1	3	2	3	1
per115	1SA	5	1	1	1	3	1	1	1	1	4	1	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	4	1	4	1	1	1	4	1
per116	1SA	3	2	3	1	2	3	1	1	1	1	4	4	1	1	3	1	1	4	1	2	3	4	4	4	1	3	1	2	3	1
per117	1SA	4	4	2	1	3	2	1	2	1	4	2	4	2	1	2	2	1	3	2	1	1	2	3	2	4	2	1	3	1	1
per118	1SA	1	2	3	2	1	2	3	1	4	4	1	1	3	2	4	4	2	3	3	3	1	4	2	2	3	3	2	2	4	3
per119	1SA	4	3	1	4	4	1		1	2	4	2	4	1	2	1	1	2	2	3	1	2	2	4	2	4	2	1	3	3	1

ANEXO No. 6 : VALIDACIÓN DE EXPERTOS

JUICIO DE EXPERTOS

Experto: ROSARIO MARTÍNEZ GONZÁLES Cargo actual: GERENTE GENERAL DE LA EMP. ACCESOR.

Instrucciones:

1. Lea detenidamente las preguntas antes de responder.
2. Este instrumento de validación consta de una sección en la que se pide el juicio del experto en relación a la ficha de recolección de datos conformada por veinte preguntas.
3. A continuación usted tiene columnas enumeradas para evaluar cada una de las preguntas del cuestionario comprendido en cinco aspectos diferentes. Marque con un check (✓) para cada pregunta si no encuentra ninguna objeción, ó una aspa (X) si debe modificarse en ese aspecto la pregunta. La modificación que deberá realizarse podrá ser detallada al final en el espacio de observaciones o sugerencias.

No.	Preguntas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1	¿Esta pregunta permitirá alcanzar el objetivo planteado en el estudio?	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
2	¿La pregunta está formulada en forma clara?	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
3	¿La redacción es comprensible o coherente con el propósito del estudio?	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
4	¿El contenido corresponde con el propósito del estudio?	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
5	¿El vocabulario de la pregunta es el adecuado?	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Observaciones o sugerencias



 Dra. Rosario Martínez González
 PSICÓLOGA
 C.Ps.P. 2466

CONSTANCIA

Juicio de Experto

Yo, ROSARIO MARTÍNEZ GONZALEZ con documento de identidad No. 06695270 certifico que realicé el juicio de experto al instrumento estructurado sobre maltrato infantil por la Bachiller Carmen Rosa Verástegui Rojas, para la investigación: “MALTRATO INFANTIL Y NIVELES DE DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES EN LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA No. 0003 “NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN”, SAN MIGUEL, LIMA 2017”.

Lima, 30 de MAYO del 2018


.....
Dra. Rosario Martínez González
PSICÓLOGA
C.Ps.P. 2466

JUICIO DE EXPERTOS

Experto: CÉSAR AUGUSTO CANDELA LINARES Cargo actual: PSICÓLOGO C.E.S. SAN MIGUEL

Instrucciones:

1. Lea detenidamente las preguntas antes de responder.
2. Este instrumento de validación consta de una sección en la que se pide el juicio del experto en relación a la ficha de recolección de datos conformada por veinte preguntas.
3. A continuación usted tiene columnas enumeradas para evaluar cada una de las preguntas del cuestionario comprendido en cinco aspectos diferentes. Marque con en el espacio en blanco con un check () para cada pregunta si no encuentra ninguna objeción, ó una aspa (X) si debe modificarse en ese aspecto la pregunta. La modificación que deberá realizarse podrá ser detallada al final en el espacio de observaciones o sugerencias.

No.	Preguntas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1	¿Esta pregunta permitirá alcanzar el objetivo planteado en el estudio?	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
2	¿La pregunta está formulada en forma clara?	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
3	¿La redacción es comprensible o coherente con el propósito del estudio?	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
4	¿El contenido corresponde con el propósito del estudio?	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
5	¿El vocabulario de la pregunta es el adecuado?	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Observaciones o sugerencias


 Ps. César A. Candela Linares
 Resp. de Salud Mental
 C.Ps.P.1447

CONSTANCIA

Juicio de Experto

Yo, CESAR AUGUSTO CANDELA LINARES con documento de identidad No. 07913134 certifico que realicé el juicio de experto al instrumento estructurado sobre maltrato infantil por la Bachiller Carmen Rosa Verástegui Rojas, para la investigación: "MALTRATO INFANTIL Y NIVELES DE DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES EN LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA No. 0003 "NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN", SAN MIGUEL, LIMA 2017".

Lima, 30 de MAYO del 2018



Ps. César A. Candela Linares
Resp. de Salud Mental
C.Ps.P.1447

JUICIO DE EXPERTOS

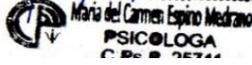
M.E.
Experto: MARIA DEL CARMEN ESPINO MEDRANO **Cargo actual:** DOCENTE UNIVERSITARIA - UPLA

Instrucciones:

1. Lea detenidamente las preguntas antes de responder.
2. Este instrumento de validación consta de una sección en la que se pide el juicio del experto con respecto a la ficha de recolección de datos conformada por veinte preguntas.
3. A continuación usted tiene columnas enumeradas para evaluar cada una de las preguntas del cuestionario comprendido en cinco aspectos diferentes. Marque en el espacio en blanco con un check (/) para cada pregunta si no encuentra ninguna objeción, o un aspa (X) si debe modificarse la pregunta en ese aspecto. La modificación a realizarse podrá ser detallada al final, en el espacio de observaciones o sugerencias.

No.	Preguntas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1	¿Esta pregunta permitirá alcanzar el objetivo planteado en el estudio?	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
2	¿La pregunta está formulada en forma clara?	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
3	¿La redacción es comprensible o coherente con el propósito del estudio?	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
4	¿El contenido corresponde con el propósito del estudio?	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
5	¿El vocabulario de la pregunta es el adecuado?	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

Observaciones o sugerencias: _____

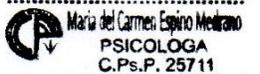



CONSTANCIA

Juicio de Experto

Yo, MARIA DEL CARMEN ESPINO MEDRANO con documento de identidad No. 06899952 certifico que realicé el juicio de experto al instrumento estructurado sobre maltrato infantil por la Bachiller Carmen Rosa Verástegui Rojas, para la investigación: "MALTRATO INFANTIL Y NIVELES DE DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES EN LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA No. 0003 "NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN", SAN MIGUEL, LIMA 2017".

Lima, 31 de Mayo del 2018


.....

Maria del Carmen Espino Medrano
PSICOLOGA
C.Ps.P. 25711

ANEXO No.7

CARTA DE PRESENTACIÓN

A INSTITUCIÓN EDUCATIVA No.0003 "NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN", SAN MIGUEL - LIMA



UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
FILIAL – LIMA

"Año del Dialogo y la Reconciliación Nacional"

Lima, 21 de mayo de 2018.

CARTA N° 009-2018-UPLA-FILIAL-LIMA

Señora.

MARIA ELENA SAENZ GADEA

Directora de la Institución Educación N° 0003 "Nuestra Señora del Carmen"

Presente.-

Asunto: CARTA DE PRESENTACIÓN.

Ref. : Expediente N° 12094.

=====

De mi mayor consideración:

Tengo el agrado dirigirme usted a fin de presentar a la bachiller **VERASTEGUI ROJAS, CARMEN ROSA** identificada con DNI No. 25657775, de la Escuela Profesional de Psicología de la Facultad de Ciencias de la Salud – Filial Lima; a fin de que realice la recolección de datos para el Proyecto de Investigación titulado "**MALTRATO INFANTIL Y NIVELES DE DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES EN LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA N° 0003 "NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN", SAN MIGUEL, LIMA 2017**". Aprobado mediante Resolución N° 1248-DFCC.SS.-UPLA-2018, de fecha 09.05.2018.

Seguros de contar con su valiosa colaboración, le solicitamos otorgar las facilidades del caso para el mejor desarrollo de su proyecto de investigación.

Sin otro particular me despido de Usted, con las muestras de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente,



DR. EUTIMIO CATALINO JARA RODRIGUEZ
DIRECTOR
UPLA - FILIAL LIMA

C.c. Archivo
ECJR/sos

Av. Cuba N° 579 - Jesús María

Teléfonos: 01- 719-8071

C. N. Nstra. Sra. del Carmen	
Exp. N°	359
Fecha	24/5/2018
Recibido	

**CARTA DE ACEPTACION PARA RECOLECCIÓN DE DATOS
DE LA INSTITUCION EDUCATIVA No. 0003 "NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN", SAN MIGUEL - LIMA**



INSTITUCIÓN EDUCATIVA
"NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN"
UGEL 03 - LIMA

"DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA HOMBRES Y MUJERES"

"AÑO DEL DIÁLOGO Y LA RECONCILIACIÓN NACIONAL"

San Miguel, 25 de mayo de 2018.

CARTA N° 004-2018-IENSC-SAN MIGUEL

Señor:

EUTIMIO CATALINO JARA RODRIGUEZ

Director UPLA Filial Lima

ASUNTO: PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

REFERENCIA: CARTA N° ° 0009-2018-UPLA-FILIAL LIMA

De nuestra mayor consideración.

Es grato dirigirme a usted para comunicar la autorización a la Bachiller CARMEN ROSA VERÁSTEGUI ROJAS con DNI 25657775 de la Facultad de Psicología – Universidad Peruana Los Andes a fin que realice la recolección de datos con los estudiantes de la Institución Educativa para el Proyecto de Investigación: "MALTRATO INFANTIL Y NIVELES DE DEPRESION EN ADOLESCENTES EN LA IE N° 0003 NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN – SAN MIGUEL", LIMA 2017,

Sin otro particular me despido expresando las muestras de nuestra especial consideración y estima.

Atentamente



UGEL 03
I.E. 0003 IENSC

Carlos Ramos Trejo
SUB DIRECTOR

Av. Libertad 1951-2021 – San Miguel

Email: colegiosenoradelcarmen003@gmail.com

Teléfonos: 5944010 – 5786561

ANEXO No. 8

ASENTAMIENTO INFORMADO DEL MENOR DE EDAD

ASENTAMIENTO INFORMADO DEL MENOR DE EDAD

INSTITUCION : UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES - LIMA

INVESTIGADOR : Bach. Carmen Rosa Verástegui Rojas

PROYECTO : Maltrato Infantil y niveles de depresión en adolescentes en la Institución Educativa No. 0003 "Nuestra Señora del Carmen", San Miguel, Lima 2017

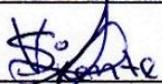
Por medio del presente documento hago constar que acepto voluntariamente participar en la investigación titulado: Maltrato Infantil y niveles de depresión en adolescentes en la Institución Educativa No. 0003 "Nuestra Señora del Carmen", San Miguel, Lima 2017.

Estará a cargo de la Bach. Carmen Rosa Verástegui Rojas de la Universidad Peruana Los Andes - Lima, se me ha explicado que el propósito del estudio es determinar la presencia de Maltrato Infantil y niveles de depresión en adolescentes en la Institución Educativa No. 0003 "Nuestra Señora del Carmen", San Miguel, Lima 2017 en el cual seré participante.

Comprendo perfectamente que el propósito de la investigación es determinar la presencia de Maltrato Infantil y niveles de depresión en adolescentes en la Institución Educativa No. 0003 "Nuestra Señora del Carmen", San Miguel, Lima 2017.

Se me ha explicado que el cuestionario no tendrá repercusión en mi persona y que el personal que realizará la encuesta es un personal calificado.

Firmo el documento señalado, con la información brindada, con la finalidad del trabajo y ser participante de la encuesta, y que la información obtenida se mantendrá en confidencialidad y sólo con fines científicos, que en ningún caso será publicado mi nombre o identificación.

Apellidos y Nombres	Vicente Palomino Stephanie
DNI	70958596
Firma	
Fecha	30-05-18



ANEXO No. 9 - EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS

APLICACIÓN DE CUESTIONARIOS SOBRE MALTRATO INFANTIL Y DEPRESIÓN



Evaluadora explicando a los alumnos el procedimiento para contestar las preguntas de los cuestionarios, especificando que la información obtenida será estrictamente confidencial.



Alumnos en pleno desarrollo de los instrumentos presentados para detectar indicadores de maltrato infantil y niveles de depresión.

Evaluadora absolviendo algunas dudas a los alumnos respecto a algunas preguntas del cuestionario sobre maltrato infantil.



Alumnos haciendo entrega de los cuestionarios al concluir sus respuestas en base a las dimensiones maltrato psicológico, físico y sexual, asimismo, sobre niveles de depresión.

