



**Universidad Nacional Mayor de San Marcos**

**Universidad del Perú. Decana de América**

Dirección General de Estudios de Posgrado

Facultad de Psicología

Unidad de Posgrado

**Relación entre la crítica familiar y autoestima con la  
sintomatología depresiva en niños de 9 a 12 años**

**TESIS**

Para optar el Grado Académico de Magíster en Psicología con  
mención en Psicología Clínica y de la Salud

**AUTOR**

Marilú ALVARADO VARGAS

**ASESOR**

Dr. Jaime Ramiro ALIAGA TOVAR

Lima, Perú

2018



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

## Referencia bibliográfica

---

Alvarado, M. (2018). *Relación entre la crítica familiar y autoestima con la sintomatología depresiva en niños de 9 a 12 años*. [Tesis de maestría, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Psicología, Unidad de Posgrado]. Repositorio institucional Cybertesis UNMSM.

---

## Metadatos complementarios

<b>Datos de autor</b>	
Nombres y apellidos	MARILÚ ALVARADO VARGAS.
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	09516963
URL de ORCID	<a href="https://orcid.org/0000-0001-8648-0110">https://orcid.org/0000-0001-8648-0110</a>
<b>Datos de asesor</b>	
Nombres y apellidos	JAIME ALIAGA TOVAR
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	06699947
URL de ORCID	<a href="https://orcid.org/0000-0002-4091-3205">https://orcid.org/0000-0002-4091-3205</a>
<b>Datos del jurado</b>	
<b>Presidente del jurado</b>	
Nombres y apellidos	GLORIA DÍAZ ACOSTA
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	07940596
<b>Miembro del jurado 1</b>	
Nombres y apellidos	PEDRO GARCÍA PIZARRO
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	08513279
<b>Miembro del jurado 2</b>	
Nombres y apellidos	MARCELINO RIVEROS QUIROZ
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	06754030
<b>Miembro del jurado 3</b>	
Nombres y apellidos	CARLOS VELÁSQUEZ CENTENO
Tipo de documento	DNI

Número de documento de identidad	06702699
<b>Datos de investigación</b>	
Línea de investigación	ODS 3: Salud y Bienestar
Grupo de investigación	Psicología y salud - PSICOCIE
Agencia de financiamiento	Financiamiento propio
Ubicación geográfica de la investigación	País: Perú Departamento: Lima Provincia: Lima Distrito: San Borja Latitud: <b>-12.1072</b> Longitud: -76.9992
Año o rango de años en que se realizó la investigación	2017 - 2018
URL de disciplinas OCDE	Psicología <a href="https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#5.00.00">https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#5.00.00</a>



# UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

(Universidad del Perú, DÉCANA DE AMÉRICA)

## FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Av. Germán Amezaga n.º 375-Ciudad Universitaria-Teléfono: 6197000-3208

### ACTA DE SESIÓN DE GRADO ACADÉMICO DE MAGÍSTER EN PSICOLOGÍA

Siendo las 14:30 horas del día miércoles 20 de junio de 2018, en el Auditorio "Raúl González Moreyra" de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (Ciudad Universitaria, Av. Germán Amezaga n.º 375 Lima), el Jurado Examinador de Tesis presidido por la Dra. Gloria Díaz Acosta e integrado por:

Dra. Gloria Díaz Acosta	(Presidente)
Dr. Jaime Aliaga Tovar	(Asesor)
Mg. Pedro García Pizarro	(Miembro)
Dr. Marcelino Riveros Quiroz	(Informante)
Mg. Carlos Velásquez Centeno	(Informante)

Se reunió para la sustentación pública para optar el Grado Académico de Magíster en Psicología con mención en Psicología Clínica y de la Salud de la Bachiller **MARILÚ ALVARADO VARGAS** quien procedió a la exposición de la Tesis titulada **Relación entre la crítica familiar y autoestima con la sintomatología depresiva en niños de 9 a 12 años**, con el fin de optar el Grado Académico de **MAGÍSTER EN PSICOLOGÍA** con mención en Psicología Clínica y de la Salud.

Concluida la exposición, se procedió a la calificación correspondiente, de acuerdo con la Escala de Calificación que aparece en el artículo 8.º del Reglamento para el otorgamiento del Grado Académico de Magíster, obteniendo la siguiente calificación.

14 (Catorce) Aprobado

A continuación el Presidente del Jurado Examinador recomienda que la Facultad de Psicología acuerde otorgar el Grado Académico de:

Magíster en Psicología con mención en Psicología Clínica y de la Salud

Se extiende la presente ACTA a las 4:50 pm del 20 de junio de 2018.

Dra. Gloria Díaz Acosta  
Presidente

Dr. Jaime Aliaga Tovar  
Asesor

Mg. Pedro García Pizarro  
Miembro

Dr. Marcelino Riveros Quiroz  
Informante

Mg. Carlos Velásquez Centeno  
Informante

**INFORME DE ORIGINALIDAD**

- 1. Facultad:** Psicología
- 2. Unidad de posgrado** de Psicología
- 3. Autoridad académica que emite el informe de originalidad**  
Director de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Psicología
- 4. Apellidos y nombres de la autoridad académica**  
Dr. Manuel Encarnación Torres Valladares
- 5. Operador del programa informático de similitudes**  
Dr. Manuel Encarnación Torres Valladares
- 6. Documento evaluado**  
Relación entre la Crítica Familiar y Autoestima con la sintomatología depresiva en niños de 9 a 12 años.
- 7. Autor del documento**  
Marilú Alvarado Vargas
- 8. Fecha de recepción del documento**  
Día 09 de Septiembre del 2022
- 9. Fecha de aplicación del programa informático de similitudes**  
Día 10 de Septiembre del 2022
- 10. Software utilizado**  
Turnitin
- 11. Configuración del programa detector de similitudes**
  - Excluye textos entrecomillados
  - Excluye bibliografía
  - Excluye cadenas menores a 40 palabras
  - Otro criterio especificar
- 12. Porcentaje de similitudes**  
Según programa detector de similitudes seis por ciento (7%)
- 13. Fuentes originales de las similitudes encontradas en el informe de originalidad.**

Informe de Originalidad			
10%	10%	1%	5%
Índice de Similitud	Fuentes de Internet	Publicaciones	Trabajos del Estudiante
Fuentes Primarias			
1. psicologia.unmsm.edu.pe			2%
2. Submitted to Universidad Cesar Vallejo			1%
3. es.scribd.com			1%
4. riull.ull.es			1%

5. repositorio.ug.edu.ec	1%
6. hdl.handle.net	1%
7. repositorio.uchile.cl	<1%
8. repositorio.uta.edu.ec	<1%
9. slideplayer.es	<1%
10. repositorio.uigv.edu.pe	<1%
11. www.isbdcolombia.com	<1%
12. repository.upb.edu.co	<1%
13. idoc.pub	<1%
14. repositorio.ucv.edu.pe	<1%
15. sisbib.unmsm.edu.pe	<1%
16. ridum.umanizales.edu.co:8080	<1%
17. repositorio.ujcm.edu.pe	<1%
18. Submitted to Universidad Católica de Santa María	<1%
19. xdoc.mx	<1%
20. repositorio.une.edu.pe	<1%
21. repositorio.unfv.edu.pe	<1%
22. publicaciones.usanpedro.edu.pe	<1%
23. repositorio.uncp.edu.pe	<1%
24. repositorio.uap.edu.pe	<1%
25. repositorio.unu.edu.pe	<1%



26. repositorioslatinoamericanos.uchile.cl	<1%
--	-----

**14. Observaciones**

Ninguna

**15. Calificación de originalidad**

Documento cumple con criterios de originalidad, sin observaciones

**16. Fecha del informe**

Día 10 de Septiembre del 2022



Firmado digitalmente por TORRES  
VALLADARES Manuel Encarnacion  
FAU 20148092282 soft  
Motivo: Soy el autor del documento  
Fecha: 11.09.2022 12:27:08 -05:00

## **DEDICATORIA**

*A Nuestro Padre Dios, por todas las cosas  
lindas que me ofrece, a pesar de las  
vicisitudes  
de la vida.*

*A Romina, mi hija linda, quien me acompañó  
en todo momento para terminar el  
trabajo.*

*A mis padres, por el amor y apoyo  
incondicional que me brindan.*

## **AGRADECIMIENTOS**

*Al Dr. Jaime Aliaga Tovar, por su apoyo y confianza en la realización de la investigación.*

*Al Mg. Jorge Enríquez Vereau, por su apoyo y orientación en el trabajo estadístico.*

# ÍNDICE

	Página
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN	viii
<b>CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	
1.1 Selección del Problema	1
1.2 Definición del Problema	4
1.3 Objetivos de la Investigación	4
1.4 Importancia y Justificación de la Investigación	5
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL</b>	
2.1 Antecedentes del Estudio	7
2.1.1 Antecedentes en el Extranjero	7
2.1.2 Antecedentes Nacionales	16
2.2 Bases Teóricas del Estudio	23
2.2.1 Familia	23
2.2.2 Crítica Familiar	33
2.2.3 Autoestima	36
2.2.4 Depresión Infantil	42
2.3 Hipótesis de Investigación	57
2.4 Definición Conceptual	58
<b>CAPÍTULO III: MÉTODO</b>	
3.1 Tipo de Investigación	60
3.2 Diseño de la Investigación	60
3.3 Población y Muestra	61
3.3.1 Población	61
3.3.2 Muestra	62
3.3.3 Muestreo	62
3.4 Identificación de Variables	63

3.5	Técnica e Instrumentos de Recolección de Datos	64
3.5.1	Técnica	64
3.1.2	Instrumentos	65
3.6	Procedimiento	83
3.7	Tratamiento Estadístico de los Datos	84

#### **CAPÍTULO IV: RESULTADOS**

4.1	Resultados Estadísticos sobre las Variables de Estudio	85
4.1.1	Resultados del Estudio Referentes a la Crítica Familiar	86
4.1.2	Resultados del Estudio Referentes a la Autoestima	87
4.1.3	Resultados del Estudio Referentes a la Sintomatología Depresiva	88
4.2	Contrastación de las Hipótesis	97
4.3	Discusión de Resultados	113

#### **CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

5.1	Conclusiones	117
5.2	Recomendaciones	120

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	121
----------------------------	-----

ANEXOS	131
--------	-----

## **RESUMEN**

El estudio tiene por objetivo determinar la correlación que existe a través de la crítica familiar y autoestima con la sintomatología depresiva en niños de 9 a 12 de un colegio parroquial del distrito de San Borja.

El tipo de investigación empleado es el aplicado, mientras que el diseño utilizado es el descriptivo correlacional. La muestra ha sido seleccionada mediante técnica de muestreo probabilístico estratificado, quedando constituida por 276 estudiantes de un colegio parroquial.

Se administró a la muestra el Cuestionario de Crítica Familiar, así como la Escala de Autoestima de Coopersmith y la Escala de Depresión Infantil de Lang y Tisher. En el análisis se emplearon estadísticos descriptivos de resumen y de frecuencias y porcentajes, y para la contrastación de las hipótesis de relación se utilizó el análisis de regresión y el coeficiente de correlación lineal de Pearson.

Los resultados indican que existe correlación significativa entre la crítica familiar y la autoestima con la sintomatología depresiva, con un nivel de significación de  $p < 0.05$ . De modo específico, se encontró que tanto la crítica familiar como la autoestima correlacionan significativamente con cada una de las dimensiones de la sintomatología depresiva.

*Palabras clave:* Crítica familiar, autoestima, sintomatología depresiva, estudiantes.

## ***ABSTRACT***

The study aims to determine the correlation that exists through family criticism and self-esteem with depressive symptoms in children aged 9 to 12 years old from a parochial school in the district of San Borja.

The research used is applied, while the design used in the descriptive correlational. The sample was selected through stratified probability sampling technique, being composed of 276 students of the College of Holy Name of Jesus.

Was administered to the sample review the Family Questionnaire and the Coopersmith Self-Esteem Scale and Child Depression Scale Lang and Tisher. Also, we used descriptive statistics and summary of frequencies and percentages, and for the verification of the hypothesis of relationship is considered as statistical tests for regression and linear correlation coefficient of Pearson.

The results indicate that there is significant correlation between family criticism and self-esteem with depressive symptoms, with a significance level of  $p < 0.05$ . Specific way, it was found that both the familiar criticism as self-esteem correlated significantly with each of the dimensions of depressive.

*Keywords:* Familiar criticism, self-esteem, depressive symptoms, children.

## **INTRODUCCIÓN**

Es importante destacar que desde del siglo pasado, muchos profesionales dedicados a la salud mental empezaron a examinar con mayor precisión los trastornos del estado de ánimo en niños, adolescentes y adultos. No obstante, encontraron que los síntomas de los adultos son diferentes a los niños y adolescentes. En realidad, sabemos que los trastornos del estado de ánimo en niños son más complicados de diagnosticar porque no siempre expresan cómo se sienten.

Por esta razón los investigadores, psicólogos y psiquiatras manifiestan, que en los niños y adolescentes los estados de ánimo continúan siendo una de las dificultades principales y es diagnosticada con menos regularidad. Esto nos indica que los niños que tienen trastornos del estado de ánimo pueden padecer de otros trastornos como la ansiedad, conducta, demencia, abuso de sustancias, trastorno de alimentación, entre otros, que lamentablemente pueden permanecer a pesar de resolver los episodios iniciales de depresión.

La estructura y el funcionamiento del grupo familiar al que pertenece el niño podría estar influyendo en el desencadenamiento de síntomas depresivos que conllevan a un cuadro definido de depresión infantil. La teoría sistémica de la familia postula que cada uno de los miembros del grupo familiar al interactuar con los demás miembros constituye un engranaje indispensable en el funcionamiento de la familia como sistema. Por consiguiente, una disfunción generada en uno de ellos ocasionaría un efecto



negativo en los demás miembros de la familia. Vale decir, como los padres, como figuras modelares y tutelares que imponen las reglas y mantienen una comunicación afectiva con los hijos, suelen ser, asimismo, protagonistas de disfunciones al interior de la familia, donde los principales afectados son los hijos. Como bien sabemos las crisis familiares de pareja (entre padre y madre) y entre padres e hijos serían factores desencadenantes, por el impacto negativo que generan, de alteraciones psicósomáticas en los hijos, sobre todo en los hijos menores de edad, aquellos que requieren mayor protección y atención de sus progenitores. Son los que más sufren, en comparación con los hijos adolescentes o jóvenes (sin subestimar, claro, el efecto negativo a largo plazo), y pueden experimentar estados depresivos que, a la larga, puede derivarse en depresión crónica.

Como bien sabemos la crítica familiar, como manifestación sobreimpuesta de la autoridad paterna o materna, es característica de familias autoritarias, donde las reglas pueden ser en extremo rígidas y no siempre con acuerdo entre ambos padres. Los niños buscan el apego o protección de aquel que se muestra más tolerante, flexible y comprensivo con ellos, sea la madre o el padre. No obstante, es evidente que existe una disfunción familiar que de no tener solución influirá de algún modo en la madurez emocional del niño o la niña. Uno de los rasgos de personalidad afectados por la crítica familiar es la autoestima, que se ve puesta a prueba ante las agresiones verbales o psicológicas desplegadas casi a diario por uno de los padres o ambos, por lo general de forma injustificada. La autoestima del niño sufre una disminución significativa, lo cual trasluce por ejemplo en su rendimiento escolar en el colegio.

Tales conceptos expuestos, como la crítica familiar, la autoestima, y su influencia en la sintomatología depresiva en niños escolares, fueron manifestaciones y relaciones que han sido más estudiados en el extranjero, por ende, nos lleva a realizar la presente investigación.

El presente estudio tiene la siguiente estructura:

Capítulo I: Aborda el planteamiento del estudio, con la selección del problema de investigación, donde se describe la realidad problemática;

luego, la definición del problema, la formulación de los objetivos, y la importancia y justificación del estudio.

Capítulo II: Se muestra el marco teórico, en el que se sustenta la investigación, con la presentación características en niños de nuestro país de los antecedentes extranjeros y nacionales, las bases teóricas, las hipótesis de investigación y el marco conceptual.

Capítulo III: Trata de la metodología, aquí se formula el tipo y diseño de estudio tomando en cuenta la naturaleza del problema y los objetivos; la población y la muestra, la identificación de las variables, así como los instrumentos y técnicas de recolección de datos, procedimiento, y tratamiento estadístico de los datos.

Capítulo IV: Se presenta los resultados y el análisis de estos, y la contrastación de la hipótesis planteada para la investigación.

Capítulo V: Pertenece a las conclusiones y recomendaciones de la investigación.

Para concluir, agregamos las Referencias Bibliográficas, los Anexos, con los formatos de los instrumentos administrados.

# **CAPÍTULO I**

## **PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO**

### **1.1 Selección del Problema**

En las investigaciones realizadas en los últimos años encontramos que la crisis familiar que atraviesa la pareja puede deberse a causas diversas: el que uno de los miembros parentales viaje o se ausente por índole económica o de trabajo, la indiferencia de los padres hacia los problemas por las que atraviesa el niño, carencias afectivas, padres sustitutos o adoptivos con problemas emocionales, baja autoestima, falta de identificación; todas estas posibilidades nos llevan entonces al eje del estudio.

Esta problemática interfiere en el niño en múltiples aspectos: en su comportamiento, identificación, aprendizaje, relaciones interpersonales, relaciones familiares, con somatización de algunos comportamientos, etc. Se evidencia también en esta problemática que los niños que padecen depresión presentan bajo rendimiento, falta de atención, irresponsabilidad en los diversos cursos, poca participación social, desgano y falta de motivación, enuresis nocturna, onicofagia, dolores de cabeza constantes, dolor de estómago, temor a enfrentar cualquier situación, etc.

Megías (2003), sostiene que: “una de las posibles formas de comunicación es la que corresponde a la comunicación conflictiva, que agrupa a los padres que peor relación tienen con sus hijos”. Sin dejar de lado la participación de los hijos que posiblemente se pueden dar en ciertas situaciones de conflicto que se dan a conocer; es por ello, que los cruces con otras variables van a permitir que se conozca en ciertos padres que viven ciertas situaciones donde abunda la tensión debido al no aceptar la autonomía de los hijos. Se considera con una alta probabilidad que existe una gran parte en cuanto a las causas que pueden llegar a propiciar aquellas situaciones en estas familias, tanto así sean las que sean, ya sea por el origen de los padres: como los valores de sus propios hijos y con normas y reparto de roles bastante rígidas y severas. Se puede señalar que, existe una necesidad de negociación y flexibilidad, para dar inicio a soluciones que permitan adaptarse de forma adecuada en su relación misma de familia.

De Zubiría (2006) manifiesta que cuando uno de los padres es autoritario percibe al hijo como alguien que necesita ser disciplinado de forma física y rigurosa sea con privaciones o castigos severos. Siempre van a tener la actitud de juzgar, descalificar, piensa que él tiene la razón y la verdad, no cree en los comentarios de los otros. Como bien sabemos existen padres que para ellos la disciplina y la norma son necesarias para que el hijo pueda formarse adecuadamente en la sociedad y cumplir así las reglas sin objetarlas.

Los padres autoritarios observan que no existe otra manera para que los hijos asuman la disciplina es por ello que se vuelven rígidos e inflexibles dentro del hogar. “En las familias autoritarias es muy evidente la relación entre poder y autoridad: los adultos son los que prohíben, colocan límites, establecen normas y sanciones, y los hijos deben someterse a lo establecido”. (Jiménez, 2005).

Para la conclusión sistémica de Olson, Portner y Lavee (1985) manifiesta a dos grandes dimensiones en el funcionamiento de la familia: Cohesión y adaptabilidad. Donde la cohesión familiar, según el autor lo divide en cuatro clases: separada, balanceada, desligada y aglutinada. Mientras

que la adaptabilidad familiar la clasifica como: estructurada, flexible rígida, y caótica. La familia rígida reúne muchas de las características de aquella con crítica familiar: Las familias con nivel de adaptabilidad rígida ejercen un sistema inflexible, severo de disciplina; donde los roles los padres son básicamente autoritarios y rigurosos.

Taylor (2006). Refiere que muchas de las expresiones negativas al interior del hogar traen consecuencias a larga data, los comentarios críticos de los padres terminan perjudicando la estima personal y soporte emocional de los hijos.

McCarthy y Weisz, (2002). Diferentes investigaciones que se han realizado ponen énfasis que las críticas en niños y adolescentes presentan lazos con la psicopatología de la madre. Por tanto, la depresión en las madres las lleva a ser muy críticas, esto lo reflejaron los niños y adolescentes que tuvieron dificultades en su comportamiento, a diferencia del grupo comparativo. (Rogosh, Cicchetti y Toth, 2004).

El impacto de la crítica familiar –que implica una disfunción básicamente de adaptabilidad– en la sintomatología depresiva ha sido estudiado por algunos investigadores, entre ellos Baeriswyl (2007), quien reporta una significativa asociación de la sintomatología depresiva con la autoestima y el funcionamiento familiar.

Weinberg (citado en Kowatch, Emslie y Kennard, 1998) Consideran que cuando el estado de ánimo se mantiene por varias semanas estamos frente a una depresión mayor o severa. En los niños la depresión se manifiesta con tristeza, hipersensibilidad, cólera o irritabilidad, y sentimiento de no ser atendido en sus necesidades. Es decir, los niños no pueden expresar su dolor o malestar, empero, si es notorio sus estados de ánimo. Finalmente, sus sentimientos de culpa se manifiestan con ideas de autodesprecio.

Weinberg (citado en Kowatch, 1998). Refiere que la sintomatología depresiva es observada cuando los niños y adolescentes tienen dificultades en el comer, en el peso, apetito voraz; alteraciones del sueño dificultades para conciliar el sueño, faltas de respecto a la autoridad con frecuencia, riñas

o peleas con sus pares, trayendo como consecuencia conflictos al interior de la familia.

El agotamiento o debilidad corporal y mental se refleja mucho en los adolescentes, mientras en los niños se percibe su desgano, bajo rendimiento escolar, baja motivación, triste, distraído, sonríe menos, es decir sus actividades comienzan a menguar. Es muy notoria y creciente las dificultades entre padres y los hijos sobre todo por la desobediencia en sus deberes o quehaceres diarios (Weinberg, citado en Kowatch, 1998).

Por las razones anteriormente expuestas, este trabajo se propuso conocer las características de la crítica familiar y de la autoestima, así como la influencia que conjuntamente tienen en la sintomatología depresiva.

## **1.2 Definición del Problema**

El problema de investigación se plantea en los siguientes términos:

### **Problema**

*¿Qué correlación existirá entre la crítica familiar y la autoestima con la sintomatología depresiva en niños de 9 a 12 años de un colegio parroquial?*

## **1.3 Objetivos de la Investigación**

### **Objetivo General**

Determinar la correlación entre la crítica familiar, la autoestima y la sintomatología depresiva en niños de 9 a 12 años de un colegio parroquial.

### **Objetivos Específicos**

- 1.- Identificar el nivel de crítica familiar en niños de 9 a 12 años de un colegio parroquial.
- 2.- Identificar el nivel de autoestima en niños de 9 a 12 años de un colegio parroquial.

- 3.- Describir la sintomatología depresiva en niños de 9 a 12 años de un colegio parroquial.
- 4.- Determinar la correlación entre la crítica familiar y la sintomatología depresiva en niños de 9 a 12 años de un colegio parroquial.
- 5.- Determinar la correlación entre la autoestima y la sintomatología depresiva en niños de 9 a 12 años de un colegio parroquial.
- 6.- Determinar la correlación entre la crítica familiar y la sintomatología depresiva: Respuesta afectiva en niños de 9 a 12 años de un colegio parroquial.
- 7.- Determinar la correlación entre la crítica familiar y la sintomatología depresiva: Problemas sociales en niños de 9 a 12 años de un colegio parroquial.
- 8.- Determinar la correlación entre la crítica familiar y la sintomatología depresiva: Preocupación por la muerte/salud en niños de 9 a 12 años de un colegio parroquial.
- 9.- Determinar la correlación entre la crítica familiar y la sintomatología depresiva: Sentimientos de culpabilidad en niños de 9 a 12 años de un colegio parroquial.
- 10.- Determinar la correlación entre la crítica familiar y la sintomatología depresiva: Depresivos varios en niños de 9 a 12 años de un colegio parroquial.

#### **1.4 Importancia y Justificación de la Investigación**

En los últimos cinco años las investigaciones psicológicas se preocupan mucho por los casos clínicos de niños que presentan algún grado de depresión, la cual genera preocupación, sabemos bien que, si esta problemática se presenta a temprana edad y no es atendida, su pronóstico puede ser desfavorable, repercutiendo por supuesto en una problemática mayúscula.

Así mismo a través de los historiales o en la escuela de familia nos hemos percatado que las dificultades se deben a problemas familiares. Por ello se puede inducir que la crítica familiar tiene una importancia en los niños

e influyen en los factores de comportamiento, identificación, aprendizaje, relaciones interpersonales, relaciones familiares, somatizan algunos comportamientos etc., particularmente en nuestra investigación consideramos el aspecto emocional y el grado de sintomatología depresiva que existe. Nuestros resultados de la investigación ayudarán en el futuro porque a partir de ellos, se van a diseñar programas preventivos y de intervención psicológica.



## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL**

#### **2.1 Antecedentes del Estudio**

##### **2.1.1 Antecedentes en el Extranjero**

Restrepo, Hernández, Cardona, Arango, Gonzáles, Puerta, Arias, Palacio, García y Molina (2004). *Validación de la escala de involucramiento emocional y criticismo familiar (FEICS) en la población clínica psiquiátrica colombiana.*

*Objetivo:* En la presente investigación el objetivo es buscar la comprobación en la escala (FEICS) de involucramiento emocional y crítica familiar en la población clínica psiquiátrica colombiana.

*Método:* Para la siguiente investigación trabajaron primero la traducción de la escala, un grupo de expertos evaluaron la autenticidad de apariencia, el estudio factorial de los principales componentes evaluó la validez de contenido y conceptos, la validez concurrente, comparando la cohesión de la Escala de Evaluación de Adaptabilidad y Cohesión Familiar (FACES-III) con el *Monólogo de cinco minutos*, para buscar la reproducibilidad y consistencia interna del test- retest.

*Resultados:* Para la obtención de los resultados trabajaron con el análisis factorial donde hallaron los dominios de involucramiento, censura o desaprobación, apoyo e intrusión, que explica el resultado de la varianza que es el 57,4. Se observó que el resultado de la subescala de crítica es bueno tuvo un alfa de Cronbach de 0.76, mientras que el resultado en la subescala de involucramiento fue bajo con un resultado de Cronbach de 0.54. Por otro lado, el resultado fue excelente en la subescala de crítica (CCI = 0.92) y buena (CCI = 0.62).

*Conclusiones:* La escala de FEICS, tiene cuatro dominios, la subescala de criticismo muestra es aceptable por que muestra solidez para su utilización en la práctica clínica e investigación. La FACES-III se correlacionó con la subescala de involucramiento siendo aceptable su reproductibilidad, por tanto, la escasa consistencia interna indica que se tiene que seguir investigando y restaurando si es necesarios los ítems de la subescala.

Ortega (2004). *Índice de depresión en los niños guatemaltecos pertenecientes a hogares desintegrados.*

*Objetivo:* Valorar los índices de depresión de los niños que integran hogares desintegrados.

*Método:* En el siguiente estudio se contó con 60 participantes de 10 a 12 años y de ambos sexos, 30 niños de padres ausentes, separados, o divorciados, es decir, pertenecientes a hogares desintegrados, y 30 niños provenientes de familias funcionales, padres casados o unidos, los grupos eran de un nivel socioeconómico bajo. El instrumento utilizado fue el Cuestionario de Depresión para Niños de Lang y Tisher. La autora seleccionó el rango de edad porque los cambios en este período son menos drásticos que en las precedentes etapas y hay más estabilidad en la personalidad. La prueba se aplicó en dos colegios de clase socioeconómica baja, en la ciudad de Guatemala. La aplicación fue en el ambiente habitual de clases y durante las horas de la mañana.

*Resultados:* Los índices más altos de depresión se presentaron en niños de hogares desintegrados, en comparación de los niños de hogares integrados. Dichos resultados fueron analizados a la luz del soporte teórico sobre hijos con hogares desintegrados de 10 a 12 años.

Mantilla, Sabalza, Díaz y Campo-Arias (2004). *Prevalencia de sintomatología depresiva en niños y niñas escolares de Bucaramanga, Colombia.*

*Objetivo:* En el presente trabajo es establecer la frecuencia de sintomatología depresiva en estudiantes de 8 a 11 años, de la ciudad de Bucaramanga.

*Método:* El presente trabajo mantiene un corte transversal, la muestra representada son estudiantes de una escuela de estrato bajo y una escuela privada estrato alto, se analizó los indicadores depresivos de acuerdo a los puntajes que obtuvieron en la prueba, se consideró deprimidos aquellos que obtuvieron entre siete a más puntos fueron.

*Resultados:* Examinaron a niños (239) que promediaban en edad de 9,5 años. Se halló que el 59% fueron varones. También se encontraron que 21 niños (13 niñas y 9 niños) (9,2%) mostraban síntomas depresivos. También, se encontró que la relación entre depresión con mayor edad ( $p = 0.0001$ ), menor grado de escolaridad ( $p = 0.0001$ ) y género femenino ( $p = 0.004$ ). Finalmente se encontró que el estrato socioeconómico era independiente con respecto a los síntomas depresivos.

*Conclusiones:* Existe en los estudiantes de Bucaramanga alta prevalencia de síntomas depresivos, siendo mayor en las niñas, además se acrecienta en la medida que va creciendo y a mayor grado de escolaridad disminuye.

Haquin, Larraguibel, Cabezas (2004). *Factores protectores y de riesgo en salud mental en niños y adolescentes de la ciudad de Calama.*

*Objetivo:* Establecer la efectividad psicosocial en infanto-juveniles pertenecientes a la educación municipalizada de Calama, Chile.

*Método:* La presente investigación fue descriptiva, Se trabajó con una muestra significativa de séptimo básico a cuarto medio. Se aplicaron el Cuestionario psicopatológico para adolescentes, el Cuestionario de factores protectores y de riesgo en salud mental para adolescentes, el Cuestionario de Depresión Infantil (CDI) y el Cuestionario de ideación e intento de suicidio.

*Resultados:* Se determinaron las causas de riesgo y las causas protectoras. Se trabajo con 191 mujeres que lograron alcanzar puntajes iguales o mayores frente a los hombres entrevistados. Finalmente, los entrevistados manifestaron haber tenido idea o intento de suicidio una o muchas veces.

*Conclusiones:* Para disminuir los riesgos es importante intervenir en la institución educativa y en las familias, para ayudar a fomentar factores protectores en los niños y adolescentes.

Baeriswyl (2007). *Salud mental, factores psicológicos y familiares en niños diabéticos tipo 1 entre los 8 y los 12 años que viven en la V Región.*

*Objetivo:* En el presente estudio el autor busca aportar a la salud mental, mediante los factores psicológicos y familiares en niños diabéticos tipo 1 de 8 y 12 años de edad, de la V Región.

*Método:* La selección de la muestra fue aleatoria, seleccionaron a 23 niños entre hombres y mujeres con diabetes mellitus tipo 1, incluyeron al cuidador. Se aplicaron cuestionarios tanto a los niños como a sus cuidadores.

*Resultados:* Se encontró que los pacientes insulino dependientes tienen un desarrollo psicosocial y nivel de autoestima menor, mientras que sus cuidadores presentaron dificultades en su salud mental, además se observó en las familias más disfunción y criticismo. Los niños insulino dependientes manifestaron altos niveles de ansiedad y depresión. El niño diabético refleja altos índice de síntomas depresivos. Se hallaron en el los niños diabéticos que el 75,9% presento síntomas depresivos. Finalmente, se observa el comportamiento ansiedad rasgo

en un porcentaje de 61%, evidenciándose en la estima personal del niño.

*Conclusiones:* Los insulino dependientes contribuyen a la apertura, mantenimiento y desarrollo de dificultades emocionales en los niños y en sus familias, entonces la autoestima es una variable de los síntomas depresivos y ansiosos en niños insulino dependientes.

Figueras (2006). *Evaluación multimétodo y multiinformante de la sintomatología depresiva en niños y adolescentes.*

*Objetivo:* En el estudio se pretendió examinar la utilidad de un procedimiento de evaluación de la depresión en niños y adolescentes.

*Método:* La muestra se conformó por 1.706 niños y adolescentes, que comprenden en edades de 10 a 16 año que proceden de escuelas públicas. En la muestra se menciona que el 53,6% (914) son mujeres y el 46,4% (792) son varones. La muestra se constituyó con 285 participantes de los cuales 148 mujeres, y 137 varones. De acuerdo a su edad se aplicaron en la primera entrevista dos instrumentos de depresión (CDI y RADS o RCDS).

*Conclusiones:* En el presente estudio, se contribuye estimar los síntomas de la depresión en niños y adolescentes. Asimismo, utiliza instrumentos de autoinforme y heteroinforme, así como datos normativos de referencia, que se adaptan en el medio comunitario, escolar y clínico, demostrando su validez y fiabilidad. Los datos que se reflejan en este estudio contribuyen una guía de evaluación multiestadio, con diferentes métodos e informantes, que no solo ayudará a evaluar la sintomatología depresiva, sino que, con los estudios de validación correspondientes, se adaptarán en otros trastornos de inicio en la infancia y la adolescencia.

Beltrán y Mora (2011). *Prevalencia de la depresión infantil en un grupo de estudiantes entre los 9 y 12 años de un colegio del municipio de Cajicá.*

*Objetivo:* Identificar la prevalencia de la depresión en estudiantes de primaria que cursan el cuarto, quinto y sexto grado, que fluctúan en edades de 9 y 12 años, de un colegio del municipio de Cajicá.

*Método:* La presente investigación es descriptiva. La muestra fue con 100 estudiantes de 4°, 5° y 6° grado de primaria seleccionados aleatoriamente. Se utilizó el Inventario de Depresión Infantil (CDI).

*Resultados:* Se observó una prevalencia del 16%. En cuanto al grado, sexo de la muestra, no existe evidencias, en relación a la constitución de la familia, se halló una prevalencia mayor de síntomas depresivos en niños que habitan en familias compuestas en relación a otros tipos familia.

*Conclusiones:* En relación a la constitución de la familia es atrayente las diferencias valiosas que se encontraron en familias compuestas que se caracterizan por la existencia de una madrastra o padrastro. En tales familias compuestas se observó una alta prevalencia de sintomatología depresiva.

Abello, Cortés, Barros; Mercado, Solano (2014), *Prevalencia de depresión infantil en colegios oficiales de Barranquilla*. Colombia.

*Objetivo:* Describir la prevalencia de sintomatología de depresión infantil, en niños y niñas que cursan el cuarto y sexto grado de primaria de colegios de la ciudad de Barranquilla.

*Método:* El presente estudio es de tipo cuantitativo de corte transversal (empírico-analítico). Es descriptivo, se describe la sintomatología de depresión infantil, que puedan estar presentándolos estudiantes, el diseño elegido fue de corte no experimental en donde se realiza el estudio sin el manejo deliberado de las variables, que se examinaron en su habitat.

*Conclusiones:* En esta investigación la prevalencia mayor de síntomas depresivos se encontró en edades de 11 y 12 años. Los resultados evidenciaron que se incrementan los síntomas de depresión en la medida que aumenta en su edad, siendo la pubertad donde se encontraron mayor prevalencia. Es importante el ambiente educativo

donde se involucran los niños con síntomas depresivos, porque se observan siempre dificultades en la parte académica.

Apolo (2015), *Presencia de bullying y su incidencia en la depresión Infantil en niños de 8-12 años, de la escuela de Educación básica Luis Urdaneta, del Canton Pindal, Provincia de Loja. Periodo.*

*Objetivo:* En el presente estudio se busca conocer la presencia y relación de acoso con los síntomas de depresión infantil en niños de 8 a 12 años, que estudian en una institución básica Luis Urdaneta, del Cantón Pindal, Provincia De Loja.

*Método:* En el siguiente estudio emplearon el diseño metodológico mixto cuantitativa-cualitativa, para recoger, examinar y relacionar la información. La investigación fue descriptiva/transversal. La muestra fue de 190 niños, prescindiendo de aquellos que no cumplían los criterios de inserción.

*Conclusiones:* Se concluyeron que las víctimas de niños que presentaron acoso, tuvieron signos depresivos leves y moderados de soledad, tristeza, culpa, negativismo, inutilidad, fatiga, llanto fácil, insomnio, dificultad en deberes, timidez social, indecisión, sentimiento de fealdad y perturbación en el apetito, de ahí la necesidad de actuar de forma integral.

Contreras-Valdez, Hernández-Guzmán, Freyre (2015), *Insatisfacción corporal, autoestima y depresión en niñas con obesidad. México.*

*Objetivo:* En el siguiente estudio se busca examinar la posibilidad de asociar los constructos o comportamientos de insatisfacción del cuerpo, autoestima y depresión en niñas con obesidad entre 10 a 13 años edad.

*Método:* La conformidad de la muestra estaba constituida por 231 niñas de 10 y 13 años, estudiantes del 5° y 6° grado del nivel primario, que provenían de escuelas privadas y públicas. La clasificación de los participantes se realizó utilizando muestreo intencional. Se utilizó la Prueba de Autoestima Infantil (PAI), Escala de

Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale, CES-D), y el Cuestionario de Imagen Corporal-16 (Body Shape Questionnaire-16, BSQ-16).

*Conclusiones:* Se detectó que las niñas con obesidad tienen insatisfacción corporal, empero la baja autoestima y depresión no necesariamente es por la obesidad. Por tanto, cuando se agudiza la insatisfacción corporal se relaciona con la baja autoestima y la depresión. En este sentido, el descontento corporal no media el nexo entre la autoestima y obesidad, ni entre la depresión y obesidad.

Santana Guevara, Carmen Elena (2016). *Depresión y su influencia en la maduración visomotriz en los estudiantes de cuarto a sexto año de educación básica de la unidad educativa Manuela Espejo de la Ciudad de Ambato.*

*Objetivo:* En el estudio se pretende indicar como los niveles de depresión influyen en la madurez visomotriz en estudiantes de educación básica que cursan entre el cuarto y sexto grado.

*Método:* Se empleo el tipo de investigación descriptivo y correlacional. La población estuvo compuesta por niños de cuarto a sexto año de educación básica, la muestra final fue de 238 niños de 8 y 11 años. Se utilizaron los instrumentos de Inventario de Depresión para niños de M. Kovacs (CDI) y el Test Perceptivo Viso-Motriz de Bender- Koppitz.

*Conclusiones:* La depresión se relaciona con la madurez visomotriz de manera baja y positiva, se halla un nivel considerable de predicción porque entre ambas hay influencia bidireccional. La población del 52.8% señala ausencia de síntomas, mientras que el 47.2% se hallan con prevalencia de depresión entre moderada y grave. El 86.5%, tiene madurez visomotriz dentro del promedio, y un 13.5% presentan madurez visomotriz normal superior. Con respecto al género, se encontró altos niveles de depresión en las mujeres. Se encontró también en mujeres puntuaciones ligeras en contraste a los varones. En el test de Bender, en cuanto al género no se evidencian diferencias



significativas, en el género femenino se observan altos indicadores de integración y distorsión, mientras que en los hombres se observó mayor disposición en perseveración y rotación.

Chacín de Fernández (2016). *Psiconeuroinmunología en el proceso de la enfermedad y calidad de vida del niño con cáncer*. Venezuela.

*Objetivo:* Describir las consecuencias de un protocolo de intervención psicológica basado en psiconeuroinmunología en el proceso de enfermedad y en la calidad de vida del niño con cáncer.

*Método:* El estudio fue de tipo explicativo, se basó en explicar la relación existente entre las variables de estudio, es decir como un protocolo de intervención psicológica basada en psiconeuroinmunología interviene en el proceso de la enfermedad y calidad de vida del niño con cáncer. El tipo de investigación según el enfoque epistemológico es empirista-inductivo. La investigación tiene una metodología de campo en el Hospital de Especialidades Pediátricas, donde el niño recibe el tratamiento médico. Utilizó el diseño de series temporales con grupo control. Donde las mediciones periódicas se hacen con las personas en estudio, antes, durante y después que se ha introducido la variable experimental (Protocolo de intervención psicológica basada en psiconeuroinmunología). Se trabajó con todos los niños en edad escolar y adolescentes con diagnóstico de Leucemia Linfoblástica Aguda, durante un lapso del marzo 2013 a marzo 2015. Se seleccionó la muestra de manera no probabilística, de tipo intencional, constituida por 30 pacientes, del grupo experimental fueron 18 y del grupo control 12.

*Conclusiones:* La intervención psicoterapéutica está basada en la psiconeuroinmunología en pacientes pediátricos con leucemia linfoblástica aguda: Mejora la evolución del proceso de enfermedad, al reducir la incidencia de fiebre y eventos infecto-inflamatorios, presentes durante la fase de inducción de la quimioterapia antineoplásica. Disminuye el uso de medicamentos para poder controlar la fiebre y los

eventos infecto-inflamatorios. Los cambios están asociados con cambios positivos en la inmunidad celular citotóxica expresada por un aumento de las células NK y linfocitos CD8, ambos componentes del mecanismo primario de control antineoplásico. Induce cambios positivos de la inmunidad humoral, a través de un aumento de las concentraciones de anticuerpos IgM e IgA circulantes, los cuales forman parte de los mecanismos de control de infecciones virales y bacterianas.

### **2.1.2 Antecedentes Nacionales**

Flores y Yupton (2003). *Influencia del maltrato infantil en el desarrollo social del niño escolar.*

*Objetivo:* En la siguiente investigación se trata de precisar la influencia del maltrato infantil en el desarrollo social en niños de 8 a 12 años.

*Método:* El estudio se realizó en el C.E. Gran Amauta Mariátegui de San Juan de Lurigancho; el plantel es mixto; el estudio fue de tipo correlacional, prospectivo de corte transversal; la muestra estuvo constituida por 431 niños de tercero, cuarto, y quinto de primaria; se utilizó la encuesta aplicando como instrumento un cuestionario de 34 preguntas.

*Conclusiones:* Se concluyó que de los 431 escolares (100%), a quienes se aplicó el instrumento, 346 (80.3%) pertenecen a los niños que son maltratados. De los 431 escolares (100%) encuestados, 346 (80.3%) presentan alteraciones en su desarrollo social (autoestima, autoconcepto y autoevaluación). De los 346 (80.3%) escolares maltratados, 300 (69,6%) presentan alteraciones en su autoestima, 292 (67,8%) presentan alteraciones en su autoconcepto, y 283 (65,7%) presentan alteraciones en su autoevaluación.

Ferreira (2003). *Sistema de interacción familiar asociado a la autoestima de menores en situación de abandono moral o prostitución.*

*Objetivo:* En el estudio se pretende explicar los niveles de autoestima y los tipos de relación familiar en menores que se hallan con abandono moral o ejerciendo la prostitución.

*Método:* El estudio lo constituyen menores de edad en abandono moral, hallados en las diferentes comisarías de Cercado de Lima, San Juan de Lurigancho y La Victoria, donde la ONG INPARES (Instituto Peruano de Paternidad Responsable) los atiende; los menores mantienen iguales características demográficas y socioeconómicas en situación de riesgo, que no trabajan o practican la prostitución y pertenecen a escuelas estatales con características de dificultades de comportamiento y pandillaje. El método utilizado fue el muestreo no probabilístico de tipo intencional. La investigación fue descriptivo comparativo y correlacional. Los instrumentos manejados fueron el inventario de interacción familiar, (FACES III de Olson), y el inventario de autoestima de Stanley Coopersmith.

*Conclusiones:* A través del estudio se encontró una relación, cohesión y adaptabilidad más óptima en los menores que no fueron abandonados moralmente. Se encontraron relación en los niveles de autoestima en menores con abandono moral con el grupo control. Evidenciándose que el grupo con abandono denota presenta porcentajes mayores en familias extremas como en familias de rango medio, hallándose un nivel de autoestima por debajo de los parámetros normales.

Manrique (2004). *Maltrato infantil: agresores, víctimas y entorno. Estudio descriptivo del maltrato al niño y adolescente a través del teléfono de ayuda de la Fundación ANAR, 2000.*

*Objetivo:* Describir a las víctimas, los agresores y el entorno del menor que sufre maltrato infantil en cualquier de sus variedades.

*Método:* En dicha investigación se utilizó el método descriptivo, analítico de corte transversal en la base de datos de la Fundación ANAR. Se analizaron 110 llamadas recibidas durante el año 2000, las

cuales, previa evaluación del equipo de la Fundación, pasaron al área legal para su resolución.

*Resultados:* Frente a los resultados se encontró que el maltrato físico es el más frecuente (58,6%), seguido del maltrato psicológico en 51,4% de los casos. Los varones sufren más maltrato físico (67,6%) mientras que la mujer sufre más abuso sexual (75%). La madre y los hermanos son otras víctimas sufren maltratos depresivos en el 20% de los casos y baja autoestima en 18% de los casos. El padre es el principal causante del maltrato físico (63,6%). El maltrato sexual es ocasionado por un conocido de la familia en un 68,4% de los casos. El 31,6% de las víctimas reporta indiferencia familiar frente a la violencia.

*Conclusiones:* El tipo de maltrato infantil más denunciado es el físico y la principal víctima es la niña. Otras víctimas son la madre y los hermanos. La violencia, por lo general, se produce en el hogar; por lo tanto, el agresor casi siempre hay que buscarlo dentro de la casa. Los problemas económicos, las necesidades básicas insatisfechas, los trastornos psiquiátricos, el abuso de sustancias y el antecedente de maltrato son factores predisponentes para el maltrato. Las comorbilidades psiquiátricas más frecuentes en el menor que se asocia al maltrato infantil son trastornos depresivos y de ansiedad. El maltrato psicológico acompaña a los otros tipos de maltrato. Un problema que acompaña al maltrato es la indiferencia familiar, la cual puede facilitar la perpetración del mismo.

Serguienko (2005). *Clima social en la familia y depresión en niños de 8 a 12 años pacientes de una institución de salud mental.*

*Objetivo:* En la presente investigación se busca especificar si existe relación entre el clima social en la familia y la depresión en niños de 8 a 12 años pacientes de una Institución de salud mental de Lima Metropolitana.

*Método:* Se trabajó con el tipo de muestreo intencional y la muestra quedó constituida por 41 niños y sus madres; se efectuó un proceso de selección por criterios de inclusión y exclusión. Se aplicó la

Escala de Clima Social en la Familia (FES) a las madres. y el Inventario CDI de Kovacs para niños.

*Conclusiones:* Se halló conexión, pero no significativa, entre los síntomas depresivos en niños de 8 a 12 años pacientes de una institución de salud mental y el clima social familiar. Del mismo modo se halló conexión entre las dimensiones que integran el clima social familiar y la sintomatología depresiva en niños. También se refleja insatisfacción en el área organización de la dimensión de desarrollo. Además, se halló que en las familias ampliadas y agregadas sus vínculos no son compactos, y los niños presentan síntomas depresivos en alto nivel y en porcentaje mayor.

Melo-Vega (2009). *Sintomatología depresiva en niños trabajadores y no trabajadores que asisten a escuelas públicas de Lima Metropolitana.*

*Objetivo:* En el presente estudio, se trata de examinar los síntomas depresivos en niños trabajadores que concurren a las instituciones donde se imparte el programa Proniño y los niños que no trabajan, pero de igual condición socioeconómica.

*Método:* La investigación fue descriptiva, utilizaron el diseño no-experimental. Se consiguió a los participantes con el muestreo no probabilístico de tipo accidental. La muestra final estuvo conformada por 194 niños, el 55,2% trabajaba en cualquier oficio, el cual se consideró como “trabajo peligroso” y el 44,8% no trabajaba. Se aplicaron la encuesta sociodemográfica y el Inventario de Depresión para Niños (CDI) de Kovacs.

*Conclusiones:* Se concluye que la muestra de los niños denotó altos niveles de síntomas depresivos, se evidenció también que los niños que trabajan presentaron altos niveles de sintomatología depresiva en comparación a la muestra de los niños que no trabajan, pero tienen características iguales. En consecuencia, la muestra de los niños indica niveles altos de riesgo de depresión. De igual manera se

analiza las diversas variables como el nivel socioeconómico bajo y los problemas que se dan dentro del ámbito familiar.

Ramírez (2009). *Adaptación del Inventario de Depresión Infantil de Kovacs en escolares de la ciudad de Cajamarca.*

*Objetivo:* Dicha investigación busca adecuar el Inventario de Depresión Infantil de Kovacs para la zona urbana de Cajamarca.

*Método:* En el presente estudio se utilizó la muestra probabilística por racimos que la conformaron 623 niños y adolescentes entre 7 y 15 años de edad, además se hizo una adecuación lingüística.

*Resultados:* La aplicación del inventario es confiable y aceptable tiene una (Alfa=0.79) y buena correlación ítem-test, demuestra solidez temporal importante y positiva de 0.776, en un intervalo de 30 días. Además, en el cuestionario EDARS muestra validez de criterio concurrente; en relación con la validez de constructo convergente la correlación fue positiva media con el constructo de ansiedad, mediante el STAIC. Con respecto a las variables medidas, encontramos diferencias importantes en cuanto a la institución educativa y grupo de edad, en cuanto a sexo no se hallaron diferencias significativas.

*Conclusión:* Por ende, el instrumento CDI, tiene características psicométricas apropiadas para Cajamarca.

Arenas (2009). *Relación entre la funcionalidad familiar y la depresión en adolescentes.*

*Objetivo:* En el presente estudio se pudo encontrar la relación entre la depresión y la funcionalidad familiar en adolescentes evaluados en el Departamento de Psicología del Hospital Nacional Hipólito Unanue.

*Método:* En la investigación se trabajó con 63 adolescentes de ambos sexos de 12 y 17 años. El diseño utilizado fue el descriptivo correlacional. Aplicaron el Cuestionario tetra dimensional de Depresión (CET-DE), y la Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES III), se utilizó el criterio de jueces para la validez de contenido.

*Resultados:* En el estudio se aplicó el estadístico Ji cuadrado ( $X^2$ ), se encontró que no hay relación entre los niveles de funcionalidad familiar con ausencia o presencia de depresión; de igual forma no se hallaron diferencias significativas frente a la variable de sexo.

León. M (2013). *Adaptación del inventario de depresión infantil de Kovacs en escolares de la UGEL 02 de Lima Metropolitana.*

*Objetivo:* En el presente estudio se pretendió adaptar el Inventario de depresión infantil de Kovacs en escolares que fluctúan entre 9 a 15 años de edad.

*Metodología:* El siguiente estudio se trabajó con una muestra representativa de 417 estudiantes, para ello se utilizó el diseño no experimental de tipo descriptivo. Se uso el Test de Kovacs que es el Inventario de depresión Infantil (CDI).

*Resultados:* Su análisis de validez infiere que el Inventario de depresión Infantil, mide los síntomas depresivos. Para encontrar la convergente validez se empleó el instrumento STAIC, que tiene como objetivo medir los niveles de ansiedad. La validez convergente indica la relación entre el inventario de Kovacs y las variables que representan la correlación cognitivo-afectivo de la depresión, tales como la ansiedad y autoestima. Así mismo, se alcanzó una correlación moderada y positiva con el STAIC, siendo significativa ( $p < 0,001$ ). Se considero la participación de las instituciones educativas emblemáticas, mostrando una categoría 'leve' de síntomas depresivos, pero con una frecuencia alta. Dicho fenómeno denota que los varones 25% obtienen un rango leve y moderado, los medios y altos obtienen valores promedios muy similares. Finalmente, en los puntajes de hombres y mujeres no se encontraron diferencia significativa.

*Conclusiones:* Existe relación entre los síntomas de la depresión y ansiedad según la muestra. No se percibe en los puntajes totales diferencias importantes en relación al género, Además, el porcentaje de mujeres que padecen de síntomas depresivos de leve a moderada es mayor con respecto al total de mujeres 34%, en contraste con medios

y altos de síntomas depresivos los valores promedios son muy parecidos. En referencia a la edad, se percibió leve relación con la variable sintomatología leve, finalmente no existe correlación significativa entre la edad y el nivel de síntomas depresivos.

Grieve (2015). *Comparación entre la presencia de sintomatología depresiva en niños de 8 a 10 años con leucemia, discapacidad física y ausencia de problemas de salud física en Lima Metropolitana.*

*Objetivo:* El estudio tuvo como fin comprobar la existencia de síntomas depresivos en niños que tienen leucemia, discapacidad física y ausencia de problemas de salud física.

*Método:* La muestra tuvo la participación de 27 estudiantes que fluctúan en edades de 8 a 10 años. El estudio realizado fue descriptivo-comparativo, el muestreo se caracteriza por ser no probabilístico de tipo intencional. Se usó el Cuestionario de depresión para niños (CDS).

*Resultados:* Se encontró en los niños con leucemia (50%) reflejaban ausencia de depresión, (33%) presentaban discapacidad y el (15%) con problemas de salud el (13%) denotaban niveles altos de depresión.

*Conclusiones:* Se concluyó en el estudio que los niños con leucemia en su gran mayoría, denotan bajos niveles o ausencia de síntomas depresivos, empero la discapacidad física en los niños, puede tener efectos negativos en su aceptación y adaptación dentro del medio.

Cisneros y Mantilla (2016). *Depresión y ansiedad en niños de colegios estatales del distrito de Chorrillos.*

*Objetivo:* En la presente investigación se observa las diferencias entre la depresión y ansiedad en estudiantes, teniendo en cuenta el sexo y el ciclo escolar.

*Método:* Se trabajó el diseño cuantitativo, no experimental, transversal, el tipo de muestreo utilizado fue no aleatorio, fueron 181



niños de 7 a 12 años que conformaron la muestra. Se uso el Inventario de Beck para niños y jóvenes.

*Resultados:* Se obtuvieron las escalas evaluadas contienen ítems que miden los pensamientos, sentimientos o comportamientos que se asocian al daño emocional y social. La validez y confiabilidad es altamente significativa.

*Conclusiones:* Se concluye que los resultados con respecto al sexo las mujeres presentan un alto índice de ansiedad y depresión. Los del ciclo IV presentan mayor ansiedad a diferencia de los del V ciclo. En cuanto a la depresión, los del IV ciclo presentan depresión menor que los del V ciclo.

Melo Jesús (2016). *Estandarización del Cuestionario de Ansiedad Infantil CAS en escolares de 6 a 8 años de Lima Sur.*

*Objetivo:* En el presente estudio se busca calcular los índices de ansiedad con el Cuestionario de Ansiedad Infantil en escolares.

*Método:* Se utilizó el diseño no experimental de corte transversal. La muestra se conformó por 1052 escolares de primero a tercero de primaria. Los instrumentos usados fueron la Lista de Chequeo de Ansiedad en Niños, el Cuestionario de Ansiedad Infantil; y el Inventario de Temores Infantiles.

*Conclusiones:* Se concluyó en dicho estudio que el Cuestionario de Ansiedad Infantil fue el de validez o veracidad, encontrándose que el ambiente familiar es donde se origina la ansiedad, ello se da por los conflictos percibidos por los niños desde edades tempranas.

## **2.2 Bases Teóricas del Estudio**

### **2.2.1 Familia**

#### **A.- Definiciones**

Andolfi (citado por Hidalgo y Rojas, 2005), afirma que la familia como sistema abierto compuesto y ligadas se relacionan mutuamente por normas de conductas y dinámicas familiares en ininterrumpida

correlación en el medio. Como hemos mencionado el autor considera como un sistema relacional a la familia.

Haley (1989), refiere que el sistema auto correctivo en acción, busca en la familia modificar la conducta externa y el equilibrio, es decir, si uno de integrantes se excede en su conducta estos reaccionan y la encaminan.

La familia es el grupo natural que tiene una historia por descubrir su presente, pasado y futuro. Cada familia como bien sabemos tiene sus fortalezas, debilidades y carencias que conllevan a la estructuración de un ambiente familiar, cada integrante pone un porcentaje significativo de su vivencia y aprendizaje que han tenido en el desarrollo de su vida.

## **B.- Cohesión y adaptabilidad familiar**

A lo largo de los estudios psicológicos referidos a la familia, se ha buscado permanentemente, establecer relaciones y explicar cuál es el impacto de los factores ambientales para que se den cambios en la familia.

Pastor (1997), manifiesta que la adaptación y solidez familiar son comunes y universales en los sistemas y tienen influencia por el medio y por las etapas que atraviesa la familia.

*B.1 Cohesión.* Es aquella que describe el vínculo emocional entre todos los integrantes de la familia, determinando su jerarquía que los mantiene unidos o separados. Está compuesta por los índices de pertenencia, individualidad, autonomía e injerencia familiar. Puede ser medible por la Escala de Adaptabilidad y Cohesión Familiar versión III (FACES III) de Olson, Russell y Sprenkle (1983).

La cohesión viene a ser el lazo emocional de cada uno de los integrantes de un sistema (la familia, en nuestro caso) que se forman entre ellos y adaptabilidad viene a ser la capacidad para mejorar. Las dimensiones están compuestas por diversas variables que colaboran a su comprensión (Olson, 1988). Asimismo, existen algunos términos

asociados con la cohesión que son: la implicación familiar, lazos familiares, coalición entre padres-hijos, fronteras internas y externas. Por otro lado, existen conceptos que se vinculan con la adaptación como es la disciplina, liderazgo, roles, reglas y negociaciones. En un inicio en el modelo (Olson, Russell y Sprenkle, 1980) incluyó las dimensiones de control o *feedback* y asertividad.

Hidalgo y Rojas (2005), menciona a algunos investigadores en su estudio, como Moos (1976), explica que la cohesión se da cuando los integrantes de la familia están unidos entre sí. Pastor refiere que la cohesión es el interés o sentimientos que se tiene hacia la propia familia y a sus integrantes; es decir a esto se llama *sentimiento de pertenencia*. Por su parte, Duarte (2006) manifiesta que la cohesión básica de toda familia se inicia en los primeros años de la etapa familiar. Donde los cónyuges buscan la cercanía, de acuerdo con la necesidad de identificación mutua de toda relación de pareja.

Martínez-Pampliega, Iraurgi, Galíndez, y Sanz (2006) manifiesta que el modelo circunplejo consta de dos dimensiones, cohesión y adaptabilidad, posteriormente Olson, Russell y Sprenkle (1983), con respecto a la familia dan a conocer una tercera dimensión que viene a ser la comunicación. En tal sentido concluye que ambas dimensiones son curvilíneas; porque ambos extremos son disfuncionales; mientras que los niveles moderados se relacionan adecuadamente al funcionamiento familiar. Por esta razón existe una división en 4 niveles para cada una de las dimensiones. La cohesión muy alta es de familias apegadas, la cohesión moderada-alta es de familias conectadas, la cohesión moderada-baja es de familias separadas y la cohesión baja es de familias desapegadas.

Por otro lado, señalamos que la adaptabilidad, establece varios tipos de familias: familia rígida es muy baja su adaptabilidad, familia estructurada es moderada-baja su adaptabilidad, familia flexible es moderada-alta su adaptabilidad y la familia caótica es alta su adaptabilidad. Asimismo, la dimensión facilitadora de la comunicación

viene a ser una que ayuda para que la familia funcione de manera lineal; es decir, mientras exista una comunicación adecuada funcionará mejor la actividad familiar. En consecuencia, entre los conceptos que se consideran se puede encontrar: escucha activa, empatía del receptor, habilidades del emisor, claridad y libre expresión, continuidad, consideración y respeto (Olson et al., 1989).

Como bien sabemos la baja cohesión comprende:

- *Subnivel Separado*: aquí la función es individual existen claros límites, autonomía e independencia moderada, alianzas, entre los integrantes de la familia. Principalmente en las decisiones a tomar estando solo, con familia o amigos tiene que existir un equilibrio individual.
- *Subnivel disperso o desligado*: la función es muy baja existe rigidez en los límites de los subsistemas familiares, aquí los integrantes de la familia están separados y su identidad es nula porque no hay autonomía y su alianza es débil.

Olson (1983), afirma que: la cohesión como vínculo emocional tiene unidos a todos los integrantes de la familia, además precisa el grado que están unidos o separados. La cohesión está compuesta por indicadores de pertenencia, involucramiento y autonomía individual. En otros términos, cohesión como paradigma circunplejo, determina como se encuentra el vínculo dentro de cada integrante de la familia, además de observar el nivel de autonomía que tiene la persona dentro de la familia. En esta faceta existen algunas conductas de algún miembro de la familia que puede repercutir al resto afectando su salud emocional en otros subsistemas.

Al respecto, Dughi, Macher, Mendoza, y Núñez (1995) sostienen que un sistema sociocultural abierto está integrado por miembros de la familia que tienen parentesco o lazos consanguíneo o político, explica también que el sistema puede autorregularse a largo plazo y conservar su equilibrio, permutando información y energía dentro de su medio.

*B.2 Adaptabilidad.* Es la capacidad que tienen los sistemas familiares para mejorar su estructura de poder, sus funciones y las reglas o normas de relación en respuesta a un encargo situacional o de desarrollo. Se busca un balance significativo entre cambio y estabilidad (Olson, 1983). Es medible por la Escala de Adaptabilidad y Cohesión Familiar versión IU (FACES III).

La adaptabilidad explica la aptitud del sistema marital/familiar, es decir, modifica su organización de poder (reglas y roles) en solución del estrés evolutivo o situacional. Por otra parte, la adaptabilidad extremadamente alta suele originar desconcierto dentro de la familia; debido a la inexistencia de roles y reglas definidas, una adaptabilidad extremadamente baja, tensiones que impide amoldarse a las crisis del ciclo familiar. En tal sentido, se adjunta el concepto de poder (aptitud de control, afirmación y disciplina), relaciones de roles y reglas y estilos de negociación, en relación a la familia (Olson, 1988).

Hidalgo y Rojas (2005), menciona a Muruyama y Buckley, quienes analizaron que la retroalimentación puede ser de manera positiva y negativa. Cuando es positiva va permitir que el sistema se cambie, también se le llama morfogénesis. Cuando la retroalimentación es negativa, va dejar que se mantenga el estatus del sistema, también se le conoce como morfostasis.

Pastor (1997), citando la idea de Roy, testifica “la adaptación es un proceso en el cual se enfrenta a los productores de tensión inadecuados”. La dimensión de adaptación se corrobora por Minuchin (1982), refiere que la familia está supeditada a la presión interna de sus integrantes y subsistemas, cuando la presión es exterior es porque se da en las instituciones sociales repercutiendo sobre los integrantes de la familia, concordando con Vincent (1980), manifiesta que es vital la adaptabilidad en la sociedad y tiene que ser mediadora.

Olson et al. (1985) propone que “la adaptabilidad trata del límite donde el sistema familiar es flexible y capaz de cambiar, y la explica como la habilidad del sistema para cambiar su estructura de poder,

roles de parentesco y reglas de autoridad en respuesta a situaciones y al desarrollo de tensiones”. La adaptabilidad se compone de:

**1.- Relaciones del rol y reglas:** se explican los patrones reiterativos de comportamiento y las funciones de tiene que asumir cada integrante de la familia con la finalidad de conseguir responsabilidad, disciplina y negociación cuando se aborden dificultades.

**2.- Estructura de poder:** permite la participación de todos los integrantes de la familia para la resolución de dificultades. El liderazgo es un poder que caracteriza a la familia.

**3.- Factores Protectores:** existen factores externos e internos, que caracterizan o se atribuyen la salud mental o emocional de los integrantes de la familia en especial de los adolescentes.

### **C.- El Modelo Sistémico**

Iniciaremos definiendo que es un sistema. Según Bertalanffy (1992), “es el conjunto de varios elementos que interactúan en el mismo objetivo, mientras que para Hall y Fagen (1956) es el conjunto de objetos, así como de las relaciones entre ellos y sus atributos”.

Watzlawick (1997), sostiene “el sistema se comporta como un todo ligado y coherente en el que cada una de sus partes está relacionada de tal modo con los otros, que un cambio de una de ellas induce un cambio en las demás a ello se le llama reacción en cadena”.

Se afirma, entonces, que el sistema es el conjunto dinámico de relaciones, donde cada elemento está definido por el estado de cada uno de los integrantes que lo conforman.

Bertalanffy (1992) Explica que los sistemas cerrados (entropía), son irreversibles destruyen el orden porque al no intercambiar materia, energía e información con el medio. Mientras que los sistemas abiertos (neguentropía), si intercambian y modifican materia, energía e

información con su entorno. Ambas relaciones de entropía y neguentropía favorecen los sistemas abiertos.

Keeney (1985). Los sistemas abiertos han sido siempre estudio e interés de la cibernética, los cuales son guías de regulación que sostienen el proceso de cambio estable.

Selvini (1989), señala que los sistemas abiertos tienen referencia a la totalidad, es decir, explica que el sistema es independiente y cualitativamente superior, que determina la interrelación de sus acciones. La tendencia homeostática, se refiere al sistema de remodelación o transformación que promueve la adaptación al medio de acuerdo a las demandas del medio. Se explica la flexibilidad que tienen los sistemas vivientes, porque de no ser preponderante el sistema tiende al desorden o caos, pero si prevalece en el sistema lo homeostático se tornará rígido o inflexible.

Se explica que las interacciones interpersonales en los integrantes de la familia son globalizados o interdependientes, es decir, de suceder algo a uno de sus integrantes repercutirá a todos. Por tanto, la estabilidad de los integrantes de la familia está siempre en constante evolución intrafamiliar y extrafamiliar.

El nivel de funcionamiento familiar es el resultado que se alcanza al valorar las dimensiones de cohesión y adaptabilidad del modelo circunplejo de Olson, ayuda a ordenar a las familias en nivel de funcionamiento: Balanceado, medio y extremo (Olson et al., 1983).

.- *Balanceado*: son funcionales las familias que se encuentran mejor cohesionadas y adaptadas son flexibles-conectadas, flexibles-separadas, estructuradas-conectadas y estructuradas-separadas.

.- *Medio*: las familias son funcionales a pesar que tienen algunos problemas en su cohesión o adaptación, ya sea por el estrés, tienen probabilidades de mejorar y superar su sistema y seguir su evolución. Está constituida por familias: caóticas-conectadas, caóticas-separadas, flexibles-aglutinadas, estructuradas-aglutinadas, rígidas-conectadas, rígidas-separadas, estructuradas-desligadas y flexibles-desligadas.

*Extremo:* representa el área de funcionamiento familiar menos saludable. Las familias son caóticas (desligada o aglutinada), rígida (desligada o aglutinada), no funcionan adecuadamente cuando los integrantes no lo desean o no se ponen de acuerdo.

Olson (1983) afirma que las personas en sistemas abiertos se desemejan porque tienen habilidades para balancear y comprobar los extremos de independencia y dependencia familiar, es decir, se tiene autonomía para estar solos o conectados a algún integrante que se elija dentro de la familia.

La familia es libre para desplazarse en cualquier situación, ciclo de vida familiar o socialización si algún integrante de la familia lo requiere. Se busca que el sistema familiar posea un funcionamiento dinámico, es decir, establezca lazos afectivos entre todos sus integrantes y así promover el desarrollo de la autonomía e independencia, para interactuar de acuerdo a las exigencias y demandas del medio.

Millán (2003) sostiene que el ambiente familiar es de calidad cuando contribuye al desarrollo intelectual de un niño, esto se hace evidente en el período preescolar, cuando el CI se convierte en un atributo más estable para el aprendizaje.

#### **D.- La familia como sistema social**

Millán (2003) menciona que los estudiosos sobre el desarrollo de socialización se iniciaron en las décadas de 1940 y 1950, decidieron centrarse casi por completo en la relación que existe madre e hijo, porque deducían que las madres (y en menor grado, los padres) eran pieza fundamental en el moldeamiento de los niños sobre todo, en su conducta y carácter (Ambert, 1992). Otras investigaciones sobre la familia moderna rechazaban el modelo unidireccional simple, favoreciendo más el planteamiento de “sistemas” más general (Minuchin, 1988), parecida a la teoría de sistemas ecológicos de Bronfenbrenner (1995).



El enfoque de los sistemas se centra en la influencia de los padres a sus hijos, haciendo hincapié que:

- En el comportamiento y prácticas de crianza de sus padres.
- Las familias como sistemas sociales complejos; es decir, son redes de relaciones recíprocas y de alianzas que evolucionan en forma constante; estas a su vez, pueden llegar a verse afectadas por la comunidad y por las influencias culturales.

### **E.- Salud familiar**

Clavijo (2002), sostiene que una familia es saludable cuando sus miembros se encuentran con salud mental y física adecuada, con óptima incorporación estructural, funcional, semántica, psicodinámica y ecológica entre si y con el medio. Debido a:

- Integridad biológica y falta de síntomas importantes y estables.
- Estado saludable de vida.
- Estados de placer y manifestación de sentimientos.
- Adecuación de toda la familia en el aspecto social, escolar y laboral.
- Adaptación de los miembros de la familia en la comunicación, lenguaje y relaciones intrafamiliares y extrafamiliares.
- Maduración emocional conforme a su edad.
- Importancia de los miembros en el desarrollo social.
- Aptitud de los miembros para ser autónomos.
- Adecuarse a la sensibilidad, para la ayuda exterior.
- Habilidad para valerse adecuadamente, en situación de difíciles.

La salud prevalece cuando se logra mantener un estado integro, esencial, psicosocial que permite a la familia una oportuna adaptación y satisfacción en cuanto a sus necesidades, en un nivel significativo.

## **F.- Factores causantes de problemas de salud mental**

Los factores de riesgo psicológico familiar son los siguientes:

- *Hogares inconscientes*: los patrones de conducta, regla y forma de control son contradictorios inestables. No existe una adecuada cohesión, intervención de los integrantes de la familia; por lo tanto, es defectuosa la relación y comunicación.
- *Hogares ambiguos*: se dan si las reglas son inciertas e indefinidas, no existe control, existe ambivalencia en los sentimientos que no pueden identificarse.
- *Hogares dependientes*: aquí las reglas y el control se aplica desde fuera. Existe indecisión e inseguridad en el entorno.
- *Hogares rotos*: son cuando el abandono o divorcio dejan el hogar en permanente crisis. El desequilibrio afecta el clima de afectivo y armonioso.
- *Hogares con ausencia de alguno de los progenitores ya sea física o emocional*: las funciones maternas y paternas pueden estar ausentes o alterarse en ciertas situaciones que son importantes. También se puede volverse disfuncional o perder el control.
- *Hogares violentos (sísmicos)*: La regla o caos es la agresión, rigidez, intimidación, altercado, disputas y acuerdos son parte de la adaptación diaria.
- *Hogares adoptivos*: es frecuente las expresiones de amor e incluso, la sobreprotección, sobre todo cuando la persona adoptada se entera que sus figuras parentales no son sus padres verdaderos; si no ha sido adecuadamente manejado puede ser fuente de perturbaciones en la familia.

- *Hogares sobreprotectores:* en conclusión, la sobreprotección daña la autonomía y madurez emocional, originando personalidades no asertivas y dependientes.

## 2.2.2 Crítica Familiar

### A.- Definiciones

Definida o equivalente a expresiones por la forma que se exteriorizan establecen un comentario desagradable sobre la conducta o personalidad del sujeto a la cual se refiere (Vaughn y Leff, 1976).

Brown y Rutter (1966). Propuesto a partir de un constructo más amplio denominado “expresividad emocional” se refiere al modo indirecto de las interacciones en la familia viendo hostilidad, crítica y sobreinvolucramiento en sus participantes. Este concepto de expresión emocional aparece como resultado de las distintas investigaciones empíricas que presentan el desmejoramiento en los pacientes con trastornos de bipolaridad, anorexia y esquizofrenia, manifestando que dichas variables se presentan mucho dentro del entorno familiar (Fristad, Goldberg y Gavazzi, 2003).

Miklowitz, Wisniewski, Miyahara, Otto, y Sachs (2005) proponen que la mejor elección para comprender la *emoción expresada* en el interior de una familia es la crítica.

La crítica es enjuiciar, opinar sobre los demás y sobre las cosas que estos hacen. Las críticas pueden ser positivas, cuando se juzga el comportamiento nuestro, esta suma o ayuda a seguir mejorando; mientras que las críticas negativas destruyen, desaniman, incomodan y hacen que los niños cambien fácilmente sus estados de ánimo. No ayudan en nada, solo ridiculizan, todo lo que hace.

La crítica es un arte donde se juzga el valor, cualidades y defectos. La crítica también son juicios y censuras de las acciones o conductas de una persona.

## **B.- Cómo recibir críticas o reproches**

Por otro lado, tenemos que anotar que los responsables suelen recibir comentarios dañinos de sus cuidadores o de otros miembros de la familia que son cercanas

. En tal sentido, la manera de hacer frente a las críticas va a jugar un papel definitivo en las relaciones de calidad.

Aceptar las críticas negativas puede ser muy útil, Debido a que vamos a poder ver un error que quizá cometemos y no lo notamos; de cierto modo, desde la opinión que nos brinden aprenderemos de manera provechosa.

Por otra parte, sabemos que muchas veces recibir las críticas aumentan los conflictos, aumenta la confianza personal y permite sacar provecho de ciertos acontecimientos, sin perder energías y tiempo.

Como se sabe, tenemos que distinguir la auténtica crítica ante el que recibe una crítica, ya que este puede llegar a interpretar o adivinar lo que estamos queriendo dar a conocer. Asimismo, es importante tener en cuenta el tono con el cual nos referimos a las demás personas a la hora de hacer una crítica, para que el individuo no se sienta atacado. Para sintetizar es importante basarnos en dos reglas fundamentales: no negarnos a recibir críticas y no contraatacar o responder ante otra crítica.

## **C.- Cómo recibir una crítica; recomendaciones, paso a paso**

Por ejemplo, cuando la crítica es de la persona cuidada al cuidador: “Siempre haces lo mismo, no comeré eso”.

### *Cómo NO aceptar críticas*

- Evita mostrar agresividad, ironía, evita poner en ridículo al interlocutor.
- No evites minimizar ni otorgar demasiada importancia a la crítica.
- Evita contraatacar ante otra crítica.
- No disculparse repetidamente y de manera excesiva.

- Evita aceptar con firmeza los errores que no has cometido.
- Admite la posibilidad de que el otro tenga razón “es posible”, “seguramente”.
- Atiende los componentes no verbales de la crítica, es decir, reflexionar sobre lo que se tiene y no se tiene razón.
- Comprobar las expresiones exactas de la crítica, enseñar a la otra persona a expresar lo que quiere decir o criticar.
- Analizar si la crítica es justificada.
- Verificar si la crítica está justificada o es injusta y dañina.

#### **D.- Los padres no favorecen el diálogo con sus hijos**

Los padres pueden influenciar de manera positiva o negativa en el diálogo con sus hijos. Esta situación se da porque a muchos padres les resulta complicado saber escuchar y mantener una conversación adecuada con sus hijos; mientras que, a otros, les cuesta tener una cercanía y no saben crear el momento oportuno para poder mantener una conversación. Otros padres, cuando escuchan a sus hijos suelen fracasar al entenderlos.

Es importante tener en cuenta, que no existe mayor decepción para un hijo, que confiar en sus padres alguna preocupación y en vez de encontrar alivio y comprensión, encuentre impaciencia, reproche o mofa.

Por otro lado, existen padres que frente a situaciones que atraviesan sus hijos, suelen desesperar y la reacción que tienen no es la adecuada; es así como, esto ocasiona un problema más al hijo. De cierto modo, el hijo puede sentir la necesidad de recurrir a su padre en busca de apoyo, pero si se siente amenazado, esto puede llegar a generar que el hijo se arrepienta de recurrir a sus progenitores; provocando que en una próxima vez piense si es correcto o no buscar a su padre.

En tal sentido, algunos de los padres suelen reaccionar diferente: ya que, al escuchar a sus hijos, descubren no sentirse de acuerdo con

lo que pueden estar escuchando y muestran disconformidad, criticándolos y juzgándolos. Es así como, esta acción a la larga puede llegar a ocasionar un retraimiento en el hijo.

Asimismo, otros padres minimizan los problemas de los hijos, mofándose de estos. Muchas veces lo que al adulto puede parecerle una anécdota sin importancia, para el hijo representa un gran problema muy difícil de superar. Por ello, es importante tener en cuenta que el hijo necesita ser escuchado y comprendido por alguien que le muestre empatía y se pueda poner en su lugar.

Del mismo modo, se puede mencionar que existen padres que presentan problemas para acercarse a sus hijos adolescentes. Sin embargo, esta acción se adquiere a través de varias experiencias de aproximación y diálogo con el menor. Por ello, es importante seguir persistiendo e intentando hasta encontrar el modo de comunicación más óptima.

### **2.2.3 Autoestima**

#### **A.- Definiciones**

Oñate (1989). Refiere que existe psicólogos contemporáneos que señalan que para tener una salud mental óptima la autoestima es significativa en el crecimiento de su personalidad y comportamiento.

Coopersmith (1967), refiere que, la autoestima es una necesidad que las personas tienen hacia sí mismos; sin embargo, las personas que no llegan a satisfacer esta necesidad tienden a sentirse probablemente inferiores a los demás e inseguros de sí mismos. La autoestima es como nos valoramos nosotros mismos y que se mantiene en nuestra vida a lo largo del tiempo; es decir, permite una cierta estabilidad en nuestra autovaloración en base a los propios juicios hacia nuestra persona, esto se da gracias a las experiencias que podemos vivenciar a lo largo de nuestra vida.

Martínez y Sanz, (2001), refiere que la estima personal se relaciona con el autoconcepto, que se refiere al valor que se confiere al yo. La autoestima entonces es el valor afectivo que se recubre de una

carga psicológica dinámica muy fuerte. Al constituirse el autoconcepto-autoestima en una unidad cognitiva-afectiva, dentro de la estructura de personalidad adquiere un potencial regulador de la conducta en diversos estados emocionales.

La autoestima es alta, cuando con ella somos capaces de poder aceptar nuestras habilidades, virtudes, defectos y limitaciones que podamos poseer; asimismo, estas personas asumen responsabilidades, afronta nuevos retos con optimismo. La baja autoestima, muchas veces se puede dar, cuando las personas muestran una actitud positiva ficticia de sí mismos y hacía el mundo que les rodea; debido a que este es un intento de querer hacer creer a los demás que es una persona capaz. En algunos casos pueden evitar relacionarse con los demás, debido al temor de que mañana más tarde.

La autoestima es fundamental para todas nuestras facetas en la vida, ya que es primordial para nuestro desarrollo en lo personal, familiar, laboral y social. En tal sentido, es importante resaltar que las personas que presentan un equilibrio emocional, presentan un indicador de alta autoestima y que de esta manera vamos a poder reconocer nuestras fortalezas y puntos a mejorar; por lo tanto, podremos cumplir que lo que nos propongamos, mejoraremos nuestras relaciones interpersonales y mantendremos una actitud positiva hacía nosotros mismos.

Para Piers-Harris (1984), Define la autoestima como autoactitudes, que se describen y se evalúan. Gorostegui, (1992). Explica que la autopercepción de la persona alude a los diversos eventos de su vida, y de ellas se originan los afectos y cogniciones que benefician su comportamiento.

Rogers (1982) manifiesta que la cada persona se visualiza y se siente, de forma real o ideal, es decir, va formando su propio autoconcepto. Su autopercepción se encuentra compuesta por sus capacidades y características, las cuales se forman en la interacción

con su entorno. Finalmente manifiesta que se logra una madurez cuando existe coherencia entre la imagen auténtica y la imagen idónea.

### **B.- Autoestima y desarrollo evolutivo del niño**

Dorr, (2004). Las etapas del desarrollo vivenciadas por el niño ayudan a la evolución de la imagen de sí mismo, esta visualización se va estabilizando durante sus años en la escuela, predominando su desarrollo cognitivo (Oñate, 1989).

A lo largo de la infancia va apareciendo la autoconciencia en el niño, se va dando cuenta que no es igual a los demás, es por ello que su imagen corporal en esta etapa es importante (Dorr, 2004).

Saura, (1995). La relación que tiene el niño con los adultos va proporcionarles imágenes o percepciones profundas, un ejemplo sería que plasmaría su autovaloración con el ser que más ama.

Dorr, (2004) manifiesta el autor que los niños a partir de los dieciocho meses de edad se reconocen en un espejo, entre los dos y cinco años se perciben calmados, debiéndose a la interacción que tiene con su entorno. A los tres años ocurre el oposicionismo siendo esta parte de su individualidad. Las imitaciones en sus comportamientos y juegos los diferencian de los demás, su lenguaje expresivo va tomando más conciencia de sus posesiones, expresa más conciencia en su lenguaje de posesiones (lo mío) y en el (yo) (Saura, 1995).

Lécuyer, refiere muchos de los niños de cinco años ingresan a la etapa de "La expansión del sí mismo"; porque traen experiencias nuevas y aumentan la autopercepción, organización y jerarquización en todas sus dimensiones (Saura, 1995).

Dorr (2004) plantea que los niños de seis y siete años comienzan psicológicamente autodefinirse, (ejemplo: "yo soy obediente"), es decir, poco a poco va adquiriendo la noción (yo ideal, yo real), quien le gustaría ser y si realmente se es.

Los niños a los 12 años comienzan sus cambios físicos, cambios en sus relaciones interpersonales, logro de autonomía y experiencias



académicas. Se inicia una idea o impresión del sí mismo, adoptando una posición personal (Saura, 1995).

### **C.- Autoestima e intercambio con otros**

La autoestima es la interrelación que existe entre la persona con el medio social (Dorr, 2004). El niño va satisfacer sus necesidades regulando su conducta y complaciendo los anhelos de quienes están cerca de él. La interacción del sujeto con los otros le permite tener una percepción diferente de uno mismo (Oñate, 1989).

Toda relación nos permite ser ecuánimes con las (reglas, normas, valores, de lo que es correcto y aceptable) todo esto influirá en la autoimagen. El individuo internamente tiene estándares intraindividuales (Gorostegui, 192).

El entorno donde socialice el niño influirá en sus actitudes y comportamiento. En la medida que el niño se relacione o interactúe se ira percibiendo a si mismo guiando así su comportamiento (Oñate, 1989).

Kinch (1963) propone:

1. La apreciación de uno mismo, se va a justificar como el resto responda.
2. La percepción o autoconcepto va dirigir la conducta de la persona, teniendo en cuenta las respuestas de los demás hacia él.
3. La manera de percibirse influye en su conducta.
4. Los modos como los otros nos perciben influirán en su conducta.
5. La construcción de la autoestima muchas veces se deja influenciar por las respuestas de los otros.

Los niños en el colegio desarrollan un concepto de si, dando mucho valor a las opiniones de los otros. Por ejemplo, existen niños diabéticos que presentan dificultades de percepción de la imagen de ellos mismos, debido al estrés y tensión que genera el entorno en especial los padres o familiares (Hirsch y Woods- Buggeln, 2007).

#### **D.- Autoestima y escolarización**

La autoestima en los niños es la que va a reunir todos los aspectos concernientes al rendimiento escolar y a la interacción con sus pares dentro del medio. En este medio escolar el niño siempre se va a comparar con los demás y va a ser comparado con los mismos, es de esta manera que aprenderá a reconocer sus capacidades o habilidades y el esfuerzo que debe realizar para conseguir sus metas.

Como sabemos en la niñez se incrementan los hábitos, experiencias y costumbres, que van a integrar de forma personal su imagen para interactuar, la imagen va a consistir en quienes somos y como confrontar con las múltiples situaciones (Gorostegui, 1992; Oñate, 1989; Saura, 1995).

Por otro lado, se observa que para los niños el estatus social y académico es muy importante, porque les pueden acceder o conseguir grupos con nuevos estándares de referencia y pertenencia. La madurez social, la competencia académica y las condiciones físicas van a ser evaluadas en la medida que van tomando conciencia (Gorostegui, 1992).

El rendimiento académico y el aprendizaje son adquiridos o reforzados cuando el autoconcepto se encuentra óptimo (Saura, 1995). Estas actitudes frente a la escolarización son importantes para todo niño porque adquieren confianza en sí mismos, son capaces de perseverar para lograr sus metas y perseveran ante los fracasos (Dorr, 2004).

Mucho se habla que en la etapa escolar puede producirse en el niño una negativa percepción o falta de confianza en sus habilidades, perjudicando así su rendimiento académico, aunque muchas veces tienen habilidades para potenciar y dar a la hora de trabajar sus actividades escolares (Gorostegui, 1992).

Muchas veces los niños se encuentran rodeados de otros niños que tienen habilidades y se adaptan fácilmente a las exigencias del medio escolar, mientras los que no se aprecian o no descubren aún sus

habilidades o no puedes explotarse por temor al fracaso prefieren evitar y no se exponen, es decir trabajan tareas fáciles que todos pueden desarrollarlas o utilizan mecanismos de defensa para evitar el desprecio o discriminación del grupo (Dorr, 2004).

El autoconcepto favorece o imposibilita al niño para lograr su meta o puede influir en su actuar. Las personas que mantienen una percepción óptima de sí mismos se hallan más animadas para persistir en sus metas, se muestran cariñosos, sociables, menos ansiosos frente las dificultades (Saura, 1995).

### **E.- La alta o buena autoestima**

Hablar de autoestima adecuada o buena, no es hablar del narcisismo ideal. Narcisismo es cuando la persona muestra excesivo amor por uno mismo, de lo que piensa, hace, cómo es, cómo se viste, etc., pero solo de la imagen del yo.

Por otro lado, la relación con el narcisismo tenemos que tomar en cuenta, primero la imagen, como se observa la persona por fuera y por otro lado es el amor excesivo de la persona, para sí mismo. El niño narcisista es producto de lo que sus padres transmitieron, es decir, reforzaron todas sus atenciones y minimizaron sus defectos o errores.

Una persona con adecuada autoestima no competirá o no se comparará, no es envidioso, evita justificarse por sus errores, sabe que los demás tienen sus propias dificultades y no se muestra culpable si ocasiona malestar.

### **F.- Características de la autoestima positiva**

- Tener firmeza en sus principios y valores y saber abogar cuando sea necesario y se sienta segura.
- Obrar de manera oportuna confiando en su buen juicio y sin sentimientos de culpa aún si al resto les parece mal su actuar.
- Evitar invertir mucho tiempo pensando en algo que ocurrió en el pasado o pueda ocurrir en un futuro.

- Confiar en su talento para resolver sus propios conflictos, sin acobardarse por los fracasos que se presenten.
- Ser capaz de reflexionar y sentirse similar al otro, a pesar de reconocer sus talentos, diferencias, prestigio, estatus económico.
- Buscar en la persona lo fascinante y valiosa que es para aquellos con quienes se relaciona.
- No permite la manipulación de los otros, así esté dispuesta a colaborar si le parece conveniente.
- Aceptar y reconocer sus sentimientos e inclinaciones sean estas válidas o inválidas, además de tener disposición para revelarlas si es conveniente a otro.
- Disfrutar de las múltiples situaciones como jugar, trabajar, descansar, caminar, socializar con amigos, etc.
- Sensibilizarse a las exigencias de los demás, cumplir con las reglas en la convivencia en general, aceptar abiertamente que no puedes aprovecharte de los demás.

## **2.2.4 Depresión Infantil**

### **A.- Definiciones**

Empieza a ascender en la década de los 60 el interés por el fenómeno de la depresión infantil (Seisdedos, 2000), hasta el día de hoy es considerado. (Goleman, 1995).

Se dice que las probabilidades de este suceso, según Wicks-Nelson e Israel (1997): se dan en los avances de los tratamientos en trastornos del estado anímico, renovaciones en las prácticas de diagnóstico, desarrollo de las herramientas que encajan y el avance que la psicopatología evolutiva ha proporcionado en las dificultades de la niñez y la adolescencia.

En cuanto a la calidad del diagnóstico se demostró qué es poco sólido y son muy variadas las tasas de prevalencia (Aláez, Martínez-Arias y Rodríguez-Sutil, 2000). Por tanto, muchos expertos

manifestaron su disconformidad con respecto a cómo definir depresión infantil. Algunos investigadores manifiestan que este síndrome se enmascara muy bien y en otros casos son problemas abiertos; varios de ellos están de acuerdo que sus exposiciones tienden a somatizar. (Seisdedos, 2000), mientras que el DSM IV, DSM IV-R y el DSM V contemplan los síntomas más frecuentes es la irritabilidad, y Saklofske, Janzen, Hildebrand, y Kaufmann (1998) incluyen la aparición ansiedad, agitación y miedo. Se dice que en la falta de felicidad se observa por la una pérdida del placer, retraimiento social, baja autoestima, dificultad en la concentración, insuficiencia en los trabajos escolares, perturbaciones biológicas para comer, dormir, eliminación y síntomas somáticos (Wicks-Nelson e Israel, 1997).

Maldonado y Massardo (2000) refieren que la depresión en los niños y adolescentes ha aumentado considerablemente. La depresión es la experiencia de falta de felicidad es el desánimo generalizado; es una experiencia subjetiva de tristeza o disforia son características clínicas de la depresión.

Para efectos de dicho estudio, se tomarán en consideración el concepto propuesto por Lang y Tisher (1978), manifestaron que la depresión infantil es una respuesta humana de carácter normal que puede variar de forma cuantitativa y cualitativa, en niños y en grupos con dificultades psiquiátricas relevantes (Seisdedos, 2000).

De la Portilla et al (2006) explica dos aspectos que se dan en niños con depresión, como primer punto la patología con base a las perturbaciones depresivas en los niños. El segundo como una situación existencial como parte integral del ser humano. Como bien explica el autor la depresión en niños se enlaza a causas como: La historia depresiva de primer grado en familiares cercanos, depresiones pasadas, precedentes de ansiedad, dificultad de atención, duelos a edades tempranas, disputas entre padres o cuidadores e hijos, bajo rendimiento académico, personalidad catastrófica y negativa, enfermedades crónicas.

En el Informe Mundial de la UNICEF (2007) se pone en manifiesto la violencia doméstica que existe en niñas y niños, de parte de uno de los progenitores o de la persona que lo cuida o está a cargo, se emite el informe teniendo en cuenta las experiencias o episodios de violencia doméstica, estos hechos siempre dejan huellas o indicios físico, emocional y social, que se apreciarán en algunas de las etapas de su vida. Se calcula que 275 millones de niños están expuestos a la violencia doméstica. No obstante, no se puede determinar artificios ya que es imposible, estos acontecimientos no siempre salen a luz por múltiples razones existiendo varios países que no muestran los datos de estos problemas (UNICEF, 2007).

Ann M. Veneman, Directora Ejecutiva de UNICEF, en Nueva York, manifiesta que toda violencia doméstica en los niños tiene consecuencias negativas duraderas y es esencial que todos los niños se desarrollen en ambientes seguros, estables y libres de violencia (UNICEF, 2007).

En la medida que se desarrollan los niños que son expuestos a escenas de violencia doméstica, muestran diferentes dificultades, como rendimiento escolar bajo, ausencia de habilidades sociales, síntomas de ansiedad y depresión entre otros trastornos psicológicos. Por otra parte, el informe establece que las exposiciones de violencia doméstica se correlacionan con embarazos en adolescentes, consumo de sustancias ilícitas y conducta delincuencia.

Es importante concientizar a los gobiernos que tienen que cambiar o modificar y proteger a las víctimas de violencia doméstica:

- Causar conciencia, promocionando campañas en los colegios, tomando decisiones que luchan contra las costumbres y creencias frente a la violencia.
- Delinear políticas y leyes públicas que protejan a la niñez, por tanto, los gobiernos tienen que decretar cumplir las leyes y políticas contra la violencia doméstica y de esta manera que las víctimas sean protegidas.

- Restablecer los servicios sociales y las intervenciones que aporten soporte a los niños que son mostrados por la violencia doméstica.

### **B.- Sintomatología depresiva**

Del Barrio (2000) hace referencia a las circunstancias que pueden llegar a incrementar la probabilidad de provocar trastornos depresivos. Las causas de riesgo pueden ser de tipo individual; asimismo la personalidad y el temperamento pueden influir en los niños introvertidos que muestran más proclividad de padecer depresión a diferencia de los niños que son extrovertidos.

Existen también causas de riesgo sociales, destacando la familia, como instrumento principal en la interpretación de la conducta infantil, siendo los padres la causa biológica e igualmente administradores de la salud física y mental del recién nacido, estos dos medios son esenciales e importantes son de ayuda para esclarecer el avance y acontecer de los niños.

Se puede destacar algunos antecedentes que se relacionan con la familia y guardan concordancia con la depresión. Como es el equilibrio emocional, el afecto y la ausencia de alguno de ellos puede acaecer en el brote de depresión, en la infancia o en la adolescencia. Una familia comunicativa y coherente indica Del Barrio (2000), minusvalora las causas de riesgo, entretanto las familias rígidas y discordantes están más propensas a depresión.

La falta de estabilidad emocional de los padres, principalmente de la madre, es un componente significativo en la predicción de la depresión del niño. Podemos añadir a familias disfuncionales, que tienen muchas discusiones y dificultades, las familias separadas.

#### *Acontecimientos vitales*

Se encontraron componentes de riesgo derivadas de la clase social a la cual pertenece el niño. Los residentes de las grandes ciudades muestran más tendencia a la depresión que los residentes de

países tercermundistas. Otros sucesos significativos y negativos es el fracaso académico, la ruptura de amistades, etc. Existen factores de riesgo de carácter mixto, como es la edad y el sexo, las expectativas emotivas y sociales, desagradables y abandono, que muchas veces se da por la ausencia o distanciamiento de los padres que pasan fuera por trabajo u otras situaciones y los niños se quedan mucho tiempo solos.

Como se sabe la falta de afecto es uno de los aspectos más adherido a la depresión infantil y la felicidad es el placer de la que experimenta el niño con los integrantes de su familia. Por esa razón, es necesario mantener la relación afectiva con el niño y hacerle sentir que es amado, apreciado, protegido y ayudado.

Es fundamental en la familia que se priorice el crecimiento y formación del niño, para prevenir y combatir la depresión infantil. Del Barrio (2000) reconoce que los niños que tienen depresión tienen iguales emociones que los adultos, pero con sus propias particularidades: son más concurrentes y más vehementes, más volubles y menos reflexivos. También nos dice que los niños sienten emociones desde que sienten vida y divisan en los demás entre los 6 meses y 9 meses, comenzando a tener conciencia de propias emociones a partir de los 5 años.

Según el informe realizado en España, el 8% de los niños tienen síntomas depresivos, el 2% corresponde a casos de depresión severa, el 6% presentan trastornos distímicos, la cual es menos impetuosa y es más duradera. Con frecuencia la depresión en niños varía con respecto a la edad, es por eso que a mayor edad el porcentaje de niños con depresión será mayor y mientras que, con el sexo, se observa más frecuencia en las niñas, partiendo de la pubertad.

Abraham, en 1916, propone que el mecanismo psicodinámico de depresión alude a la pérdida del objeto amado en edades tempranas del desarrollo. Freud y Melanie Klein trabajaron en el tema dentro de la misma línea. Ana Freud, Spitz y Burlingham enfatizan los efectos de la separación materna en niños de edad preescolar (Abraham, 1916).



Llanos (1998) cita a Peters, quien refiere que el melancólico presenta desde la niñez gran sentido de la responsabilidad, siempre es ordenado, siempre solidario y con alta sensibilidad. Aunque un niño puede tener orden en su vida diaria, normalmente no llega jamás a la exageración.

En la *depresión reactiva*, la sintomatología es la desesperanza, sentimiento de desamor recibido, *nadie me quiere*, de minusvalía, separación temprana de los padres. Atraviesa por las fases de protesta, duda y rechazo, pataletas al inicio, luego pasividad psicomotora y finalmente resignación.

En la *depresión anaclítica*, la sintomatología se produce cuando hay separación de los padres y presenta la siguiente sintomatología: detención corporal y psíquica, pérdida de peso, aparición de infecciones, ataques de llanto y gritos, trastornos en el sueño, resignación y muerte (Spitz, 1958/1973).

Aquí entra en juego como causal la forma de relación de la diada *madre-hijo*, luego se debe tener siempre en cuenta la sobrecarga pedagógica, la sensación de minusvalía corporal por causas reales o inducidas (Mandatos: Mensajes parentales).

Debe considerarse la posición Omega en la familia, la legastenia como dificultad Neuropsicológica, el complejo de Tersites y la disposición constitucional a la depresión (Kretschmer, Freud, Shimoda, Peters, en Abraham, 1916).

Es necesario siempre llegar al diagnóstico mediante el análisis clínico longitudinal, el conocimiento de la enfermedad depresiva endógena descarte de la aparición de una esquizofrenia inicial, descarte de crisis cerebro convulsivas, secuelas de daño cerebral, existencia de degeneración hereditaria (matrimonios consanguíneos), secuelas de enfermedades infecciosas (tuberculosis, hepatitis), etc.

Las distintas investigaciones señalan que la mayoría de los deprimidos infantiles son varones y presentan como sintomatología:

humor deprimido o humor disfórico, apatía, pérdida de peso, bajo rendimiento, retraso escolar e hiporexia (anorexia).

### *Síntomas*

El desorden de depresión infantil (DI) se caracteriza porque existe un desorden en el estado de ánimo, cambiando fácilmente los comportamientos a nivel familiar, escolar y social. Estos estados interfieren y persisten alterando las capacidades y acciones de la persona. Existen niveles de intensidad que son severo, moderado y leve. Se tiene que tener en cuenta que los síntomas varían de acuerdo a la edad de las personas. Por consiguiente, la depresión infantil se asocia a factores genéticos y psicosociales (Rodríguez y Ortiz, 2009).

- El síntoma básico es el descenso del humor o tristeza. es el síntoma básico porque aparece sin control, desánimo total.
- No disfrute de las actividades placenteras es decir existe una anhedonia en la persona.
- No reacciona a los acontecimientos que suceden a su alrededor.
- Existen sentimientos de minusvalía y sentimientos de culpa.
- Existe la desesperanza de no saber qué hacer.
- Se observa falta de energía y el cansancio para realizar cualquier actividad.
- Existe mucho decaimiento en la parte motora y psíquica.
- Insomnio, hipersomnia
- Ideas de suicidas.

Estas enfermedades van a desaparecer cuando se solucione o resuelva las dificultades primarias.

En los desarrollos depresivos se observan en los adolescentes que en la niñez no tuvieron en forma constante una crianza amorosa, por ejemplo, los que tuvieron madrastra sin amor, niños en internados, niños enfermizos, niños de padres profesionales con éxito, niños de padres separados o niños con minusvalía física.

Estudios hechos en EE.UU. revelan que el 16% de la población soporta alguna forma de depresión, de este 16% el 41% perdieron a sus padres entre 1 a 15 años de vida. La pérdida del padre fue traumática entre los 8 a 15 años de vida y la pérdida de la madre fue traumática en todos los niños de 15 años.

Una madre depresiva potencialmente puede llevar a su hijo cuadros depresivos, no tanto por factores genéticos, sino por el ambiente que ella le ofrece para su desarrollo.

Trenchi (2007) manifiesta que a muchos adultos no admiten que los niños pueden deprimirse y las condiciones aumentan la frecuencia con el paso de las generaciones.

Difícil de estimar en las diferentes edades por problemas metodológicos, se acepta que la depresión en los niños tiene una frecuencia creciente con la edad, que manifiesta un pico considerable en la pubertad y adolescencia.

- .- Preescolares 1%
- .- Escolares 2%
- .- Adolescentes 5%

Estas cifras evalúan en la población la depresión que se da de forma constante y aumentan considerablemente cuando exploramos otro tipo de poblaciones.

Por ejemplo, entre quienes consultan por cefaleas inmotivadas, el 40% padece de depresión. Otro grupo donde la frecuencia es grande es entre los niños internados por causas físicas: se estima que un 7% de ellos están también deprimidos. Entre aquellos niños que, por diversos motivos, consultan en psiquiatría de niños, el 28% tiene como diagnóstico la depresión en alguna de sus formas.

La tristeza es un síntoma central de la depresión, no debemos confundir una con otra. La emoción de tristeza es normal, esperable y deseable dentro de la lista de emociones de las personas normales. Es una emoción generalmente displacentera, autolimitada y

desencadenada por motivos concretos. La variada presentación clínica de la tristeza, así como su severidad permite delinear diversos tipos de depresión patológica que tiene una epidemiología, curso evolutivo, riesgos vitales y respuesta al tratamiento.

Según Trenchi (2007), los síntomas que caracterizan la depresión son:

- Persistente tristeza, lloriqueo y exceso de llanto.
- Persistentes ideas suicidas o comportamientos autodestructivos.
- Desesperanzas
- Persistente aburrimiento y ausencia de ánimo.
- Pérdida de sus intereses, preferencias de actividades preferidas o impotencia de gozar de las mismas.
- Perturbación visible de los patrones del sueño y alimentación.
- Descontento habitual de enfermedades físicas.
- Concentración disminuida.
- Dificultades académicas y ausencias frecuentes
- Pobre comunicación o aislamiento social.
- Problemas para relacionarse con los demás.
- Escaparse o tratar de dejar su hogar.
- Persistentes episodios de hostilidad y rabia.
- Autoestima baja y sentimientos de culpa.
- Sensibilidad alta a la frustración y a la aceptación.

Se pueden mostrar cambios significativos de depresión en su día a día en niños y adolescentes. Por ejemplo, hablamos de niños que son sociables y pasan a estar solos la mayor parte de su tiempo o pierden el interés por las cosas que eran de su agrado antes. Ocasionalmente los niños y adolescentes deprimidos suelen referir, que prefieren no vivir o hablan del suicidio. En ocasiones, buscan sentirse mejor recurriendo a diferentes tipos de drogas o alcohol.

Con frecuencia la conducta de estos menores dentro del hogar y en la escuela no es la adecuada, pero nadie se da cuenta de que están sufriendo de depresión por el hecho de que no muestran rasgos de tristeza. Estos comportamientos por lo general se pasan por alto en los padres y maestros, En algunas oportunidades pueden admitir a las personas que les tienen confianza que se sienten mal, tristes o infelices.

Es significativo que los padres y adultos relacionados con el niño conozcan los síntomas depresivos, para intervenir rápidamente.

Ruiz (2000) refiere que la depresión es un trastorno del estado de ánimo. No son problemas mentales o físicos, pero puede teñirse de un color oscuro toda nuestra vida. Este trastorno se muestra en niños y adolescentes de ambos sexos que reflejan comportamientos antisociales, dificultades escolares, alta sensibilidad frente al rechazo amoroso y drogadicción,

Existen algunos casos de niños, que dejaron de alimentarse tienden a estancarse en su evolución. Las dificultades del sueño perjudican su estado de ánimo, es decir, tienen dificultad para quedarse dormido, sueño interrumpido, o demasiado sueño (hipersomnia).

También es observable que su fisonomía psicomotora padece de altibajos, como agitación, incapacidad para permanecer tranquilo, estallidos de llantos, gritos o quejas. En otros casos vemos el extremo de esta postura, tienen disminución psicomotora, hablan pausado y tienen movimientos corporales lentos.

Entonces no es común la depresión en los niños, empero si existen abusos, pérdidas de seres queridos o padres que padecen de depresión severa que puede aumentar el riesgo. En estos casos no reflejan los signos típicos, estos pueden manifestarse en dificultades en el comportamiento. Normalmente, estados de ánimo irritables, agresivos y problemas escolares. Existen conductas autodestructivas o de riesgo, alcoholismo, drogodependencias, delincuencia, cleptomanía, trastornos de conductas alimentarias, fobias, hipocondría y

pseudodemencia, etc que son las otras caretas conductuales de la depresión.

Por otro lado, es importante mencionar que existen varios tipos de depresiones que se enmascaran de forma extraña, Inferimos entonces que la depresión es común en algunas de las etapas de la vida.

**Cuadro 1**

*Síntomas de depresión en niños y adolescentes ordenados por la edad y el estadio de desarrollo*

Síntomas	Niños	Niños en edad escolar	Adolescentes
<i>Físicos</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Timidez</li><li>• Sosiego</li><li>• Agitación</li><li>• Agresividad</li><li>• Renuncia para jugar</li><li>• Talante depresivo</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Inestabilidad</li><li>• Asociabilidad</li><li>• Irritabilidad</li><li>• Disminución de concentración</li><li>• Bajo rendimiento</li><li>• Talante depresivo</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Seriedad</li><li>• Desánimo</li><li>• Rumiaciones</li><li>• Variaciones de ánimo</li><li>• Mal rendimiento</li><li>• Pensamientos suicidas</li><li>• Talante depresivo</li></ul>
<i>Psicosomáticos</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Descargas frecuentes (emociones)</li><li>• Trastornos del sueño</li><li>• Movimientos repetitivos</li><li>• Manipulación genital</li><li>• Pavores nocturnos</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Tendencias al autoaislamiento o de llanto</li><li>• Descargas frecuentes de llanto</li><li>• Enuresis</li><li>• Comerse las uñas</li><li>• Manipulación genital</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Trastornos del apetito</li><li>• Cefaleas</li></ul>

Se presume que la terrible preocupación por los suicidios en niños se relaciona con las dificultades escolares, los porcentajes de incidencia de hoy van del 1% a los cinco años hasta el 10% a los quince años de edad.

Desde la teoría psicodinámica, la pérdida de un objeto no solo el objeto amado, sino también la dependencia o separación por la figura materna establece una depresión, denominada *Anaclítica*, severa, que inhibe en su totalidad las funciones vitales y puede conllevar a la muerte. Las relaciones con su ámbito familiar antes de los 15 años de edad, es decir, la ausencia de uno de los padres crea la posibilidad de sufrir de depresión en la etapa de la adolescencia. A ello se suma la falta de comunicación con los adultos también ocasiona que los síntomas de depresión se enmascaren, por ejemplo, tenemos el Síndrome de Charly Brown o Peter Pan, que se refieren a la incapacidad del adolescente para adecuarse a la realidad.

Desde el punto de vista somático, las características en la infancia la inmadurez psicológica y del sistema nervioso pueden traducirse en algunas manifestaciones depresivas. Entonces, incidimos que la depresión se enmascara mucho en esta etapa de la vida.

Existen estudios que hallaron que la deficiencia de ciertos neurotransmisores se podría relacionar con la depresión en niños como causas biológicas. Encontramos que la falta de serotonina, noradrenalina y acetilcolina. producen estados de desánimo. La falta o deficiencia de serotonina llega a perturbar el sueño, apetito, ansiedad, inquietud y desequilibrio emocional. La falta de acetilcolina provoca disminución de la memoria, sensación de pesadez, ausencia de dinamismo y abandono. La noradrenalina por otro lado produce la somnolencia. Por ende, el equivalente entre cuerpo, mente y contexto son componentes significativos en la depresión, es decir, se relacionan entre sí, también los traumas pueden incidir en la modificación o alteración neuroquímica, por otro lado, la variabilidad biológica puede



establecer negativas experiencias, además de la relación hereditaria. De la Portilla et al (2006).

### **C.- Tipos de depresión**

Existen cuatro tipos de depresión:

- *Endógena*: se basa en los factores hereditarios.
- *Neurótica*: se origina por un conflicto psicológico permanente en su interior.
- *Circunstancial*: está causada por la alteración existencial (muerte de un ser querido, soledad...).
- *Sintomática*: es causada por una grave enfermedad o es producida por la administración de fármacos.

Delgado (2017), Algunas teorías: Psiconeuroinmunoendocrinología y depresión, explica que por décadas se han realizado estudio por separados del sistema nervioso central, del sistema inmunológico, sistema endócrino y psicológico, refiriendo que son diferentes y no existe relación entre ellos (Garrido, 2000). Sin embargo, es significativo observar que el ser humano es complejo, pero tiene que adecuarse a la imagen de que el todo es más que la suma de sus partes (Marquez, 2008). Es necesario e importante comprender que para tener una adecuada salud los sistemas tienen que relacionarse (Ray, 2004). El cuerpo es un sistema que se encuentra en comunicación continua con el cerebro, este órgano supremo regula a todos los sistemas del organismo (McEwen y Gianaros, 2011; McEwen y Karatsoreos, 2012). Por lo general una evaluación cognitiva condiciona su carga genética, experiencias y conductas previas, que comprometen la interpretación de la misma, estimulando los sistemas alostáticos y los diferentes intermediarios biológicos (glucocorticoides, catecolaminas, citoquinas, etc.), que crearan una respuesta neuroinmunoendocrina única y específica, que explorará la mejoría de la homeostasis.

La Psiconeuroinmunoendocrinología (PNIE) estudia la enfermedad como producto de la separación del equilibrio en los sistemas. Lo adecuado es la adaptación circadiana, metabólica, endocrina y psicológica a cambios estables. La variación y la adaptación definen la salud y el daño de esta capacidad de adaptación es la enfermedad (Mur, 2014).

El modelo de la PNIE es importante para comprender que el sistema nervioso, endocrino e inmune tienen células mensajeras que reciben y comparten información entre sistemas (Dantzer, 2001b), a modo de ejemplo, los linfocitos, muestran en su membrana receptores que son aptos de fusionarse a diferentes sustancias, como son corticoides, insulina, estradiol, prolactina, testosterona, hormona adrenocorticotropa (ACTH), agentes  $\beta$  adrenérgicos, sustancia P, somatostatina, encefalinas y endorfinas (Cocom Góngora, Mut Martín y García Miss, 2004). Las células de linfocitos actúan como hipófisis periféricas circulantes, y comprenden que el estado infeccioso alcanza casi la misma clínica de astenia y la carencia sistémica por la depresión endógena. Como bien se conoce la reacción fisiológica al estrés implica la interacción de complejos mecanismos que están en permanente interconexión y desarrollo de retroalimentación entre los sistemas nervioso, cardiovascular, endocrino, metabólico e inmune (McEwen y Karatsoreos, 2012) incluso se demostró que la máxima magnitud de la respuesta inmune corresponde al máximo nivel de hormona adrenocorticotropa (ACTH) y cortisol esto nos conduce a reflexionar que los excesos de respuestas inmunes lastiman a la persona, por la descomposición que este produce en la inmunorregulación e impulsa a un deterioro en el ADN, lesionando y perturbando los mecanismos de restauración; es por ello que se establece su relación con la aparición células cancerígenas. (Kiecolt-Glaser y Glaser, 1999), también aparecen enfermedades neurodegenerativas, autoinmunes, traumas, etc., asimismo se reflejan los sucesos de que los procesos de estrés acostumbran aparecer con respuestas inflamatorias profundas.

## 2.3 Hipótesis de la Investigación

### Hipótesis General

**H<sub>0</sub>:** Existe correlación significativa entre la crítica familiar y la autoestima con la sintomatología depresiva en niños de 9 a 12 años de un colegio parroquial.

### Hipótesis Específicas

**H<sub>1</sub>:** Existe correlación positiva y significativa entre la crítica familiar y la sintomatología depresiva: Respuesta afectiva en niños de 9 a 12 años de un colegio parroquial.

**H<sub>2</sub>:** Existe correlación positiva y significativa entre la crítica familiar y la sintomatología depresiva: Problemas sociales en niños de 9 a 12 años de un colegio parroquial.

**H<sub>3</sub>:** Existe correlación positiva y significativa entre la crítica familiar y la sintomatología depresiva: Preocupación por la muerte/salud en niños de 9 a 12 años de un colegio parroquial.

**H<sub>4</sub>:** Existe correlación positiva y significativa entre la crítica familiar y la sintomatología depresiva: Sentimientos de culpabilidad en niños de 9 a 12 años de un colegio parroquial.

**H<sub>5</sub>:** Existe correlación positiva y significativa entre la crítica familiar y la sintomatología depresiva: Depresivos varios en niños de 9 a 12 años de un colegio parroquial.

**H<sub>6</sub>:** Existe correlación negativa y significativa entre la autoestima y la sintomatología depresiva: Respuesta afectiva en niños de 9 a 12 años de un colegio parroquial.

**H<sub>7</sub>:** Existe correlación negativa y significativa entre la autoestima y la sintomatología depresiva: Problemas sociales en niños de 9 a 12 años de un colegio parroquial.

**H<sub>8</sub>:** Existe correlación negativa y significativa entre la autoestima y la sintomatología depresiva: Preocupación por la muerte/salud en niños de 9 a 12 años de un colegio parroquial.

**H<sub>9</sub>:** Existe correlación negativa y significativa entre la autoestima y la sintomatología depresiva: Sentimientos de culpabilidad en niños de 9 a 12 años de un colegio parroquial.

**H<sub>10</sub>:** Existe correlación negativa y significativa entre la autoestima y la sintomatología depresiva: Depresivos varios en niños de 9 a 12 años de un colegio parroquial.

## **2.4 Definición conceptual**

### **A.- Autoestima**

Es el afecto de valor de nosotros mismos, de la forma personal de ser, de quienes somos, del aglomerado rasgos físicos, mentales y espirituales que conforman la personalidad propia. Conforme como se encuentre nuestra autoestima, será consciente de los éxitos y fracasos, puesto que una adecuada autoestima, potencia la suficiencia de la persona para aumentar el nivel de seguridad personal y desarrollar sus habilidades, en consecuencia, la autoestima baja se enfoca en la derrota y el fracaso. (Coopersmith, S. 1967; Flores, A. 2003; Dorr, A. 2004).

### **B.- Crítica familiar**

Crítica es la condición de opinar el valor, las cualidades y los defectos; censura las acciones o la conducta de uno; o hace notar los defectos de una cosa; murmuración. En tanto, la crítica familiar es aquella llamada de atención o advertencia, que se da de manera indirecta, a los miembros del entorno familiar donde se observa la crítica, hostilidad y sobreinvolucramiento en el entorno y en todos sus miembros. (Baeriswyl, K. 2007, 49).

### **C.- Depresión Infantil**

Es una respuesta natural o normal que puede cambiar de forma cuantitativa y cualitativamente, aparece en niñas y niños y es trascendental en gente con dificultades psiquiátricas. Podemos testificar que, además de la infelicidad, se puede percibir la pérdida de la experiencia de placer,

retramiento social, autoestima baja, incapacidad para concentrarse, bajo rendimiento académico, síntomas somáticos, perturbaciones en las funciones biológicas (comer, dormir, eliminar). Se dice que el mantenimiento del estado de ánimo depresivo es componente clave para definir la severidad y el tipo de depresión infantil. La depresión leve se refleja por un corto lapso y desaparece fácilmente, cuando llega a niveles graves o severos hay probabilidades que afecte de forma negativa en la vida del niño. (Lang, M. & Tisher, M. 1978).

#### **D.- Sintomatología depresiva**

Conjunto de síntomas, indicadores de depresión en los niños, que son: a) respuesta afectiva de tristeza se expresa, por el llanto; b) autoconcepto negativo, comprende sentimientos de inadaptación, impotencia, soledad o abandono, etc.; c) baja rendimiento mental e impulsos (aburrimiento, descontento, falta de energía, retraso psicomotor, etc.); d) preocupaciones por la muerte, la enfermedad, el yo, pensamientos suicidas, etc.; y e) dificultades de agresión (irritabilidad y mal humor). (Arenas, S. C. 2009).

#### **E.- Niños escolares**

Aquellos niños del nivel primaria que cursan el cuarto, quinto y sexto grado, oscilan entre 9 y 12 años edad, de ambos sexos de un colegio parroquial del distrito de San Borja, Lima Metropolitana.

## **CAPÍTULO III**

### **METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **3.1 Tipo de Investigación**

La investigación es de tipo aplicada, la cual se caracteriza por su tendencia en el uso de los conocimientos teóricos a determinada situación y las consecuencias prácticas que de ella se deriven (Sánchez y Reyes, 2006). Este estudio busca describir las características de la crítica familiar y la autoestima en relación con la sintomatología depresiva en niños de 9 a 12 años del nivel de educación primaria de un colegio parroquial del distrito de San Borja.

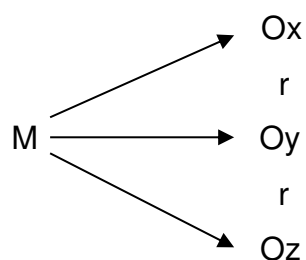
#### **3.2 Diseño de la Investigación**

En la presente investigación se utilizó el diseño descriptivo correlacional, que intenta dar una aclaración de la problemática, o sea, el grado de relación que existe entre la crítica familiar y autoestima con la sintomatología depresiva en niños de 9 a 12 años de un colegio parroquial del distrito de San Borja.

Según Sánchez y Reyes (2006), el diseño de la investigación descriptiva correlacional es el más utilizado en el marco de las investigaciones en educación. Determina el nivel de relación entre las variables de interés en una

misma muestra. Es un tipo de estudio respectivamente fácil de diseñar y realizar. La investigación nos ofrece afianzar en qué medida las variaciones en una variable se relacionan con las variaciones en la otra.

El diagrama de este tipo de estudio es el siguiente:



Donde M es la muestra en la que se realiza la investigación (en este caso, estudiantes de primaria del Colegio Santísimo Nombre de Jesús del distrito de San Borja); los subíndices x, y, z en cada O nos indican las observaciones obtenidas en cada una de las variables (x = Crítica familiar; y = Autoestima; z = Sintomatología depresiva); y la r es el símbolo del coeficiente de correlación entre las dos variables de estudio.

### 3.3 Población y Muestra

#### 3.3.1 Población

Según Hernández, Fernández y Baptista (2010), está determinado por la incorporación de casos que concuerdan con algunas de sus descripciones y suele estar constituida por personas, organizaciones, eventos o situaciones entre otros, es decir esto será de acuerdo con la investigación.

En nuestra investigación la población está constituida por 450 niños que oscilan entre los 9 años y 12 años edad, matriculados en el cuarto, quinto y sexto grado del nivel de educación primaria en el Colegio Santísimo Nombre de Jesús, colegio religioso parroquial ubicado en el distrito de San Borja, Lima Metropolitana.

### 3.3.2 Muestra

Para la investigación se eligió la población de los estudiantes del nivel primario del Colegio Santísimo Nombre de Jesús del distrito de San Borja. La muestra estuvo representada por 276 niños, de ambos sexos, de 9 a 12 años, que cursan del cuarto a sexto grado de primaria.

### 3.3.3 Muestreo

Se utilizó en este estudio el método de muestreo no probabilístico estratificado, es decir, todos los estudiantes tuvieron la misma probabilidad para ser elegidos y de esta manera formar parte de la muestra, usando como criterio de estratificación, el colegio, el género y el grado de estudio de los estudiantes. Previamente, se calculó el tamaño de la muestra con la fórmula para población finita propuesta por Brown (1931):

$$n = \frac{Z^2 N(p.q)}{E^2 N + Z^2(p.q)}$$

Reemplazando:

$$n = \frac{450 \times 1.96^2 (0.5 \times 0.5)}{0.05^2 \times 450 + 1.96^2 (0.5 \times 0.5)}$$

$$n = 207.2408$$

$$n = 208$$

El tamaño muestral obtenido es de 208, lo cual indica el mínimo requerido para que la muestra de estudiantes sea representativa de la población de estudiantes de cuarto a sexto de educación primaria del mencionado Colegio. No obstante, se pudo acceder a una muestra total de 276 estudiantes para la investigación, cuya distribución se observa en el cuadro siguiente.



## Cuadro 2

*Distribución de la muestra de estudio mediante muestreo probabilístico estratificado*

	Grado de primaria			Total
	4º	5º	6º	
Colegio Santísimo Nombre de Jesús				
Población	150	150	150	450
Porcentaje	33.3 %	33.3 %	33.3 %	100.0 %
Muestra	92	92	92	276

### 3.4 Identificación de Variables

**Variables independientes:**

#### **1.- Crítica familiar**

**Definición conceptual:** Es aquella que indica de manera indirecta, a las relaciones del entorno familiar donde se observa crítica, hostilidad, desprecio y sobre involucramiento en cada uno de sus participantes. (Alvarado, M. 2016)

**Definición operacional:** Puntuaciones directas obtenidas por la muestra de estudiantes en el Cuestionario de Crítica Familiar, elaborado para la presente investigación. (Alvarado, M. 2016).

#### **2.- Autoestima**

**Definición conceptual:** La autoestima son juicios valorativos y afectivos que realiza una persona respecto a sí mismo, como entidad global y a sus características personales. Todo juicio se acompaña de experiencias valorativas y sentimientos. (Alvarado, M. 2016).

**Definición operacional:** Puntajes directos totales en la Escala de Autoestima de Coopersmith (1984), traducida por Panizo (1988).

**Dimensiones:**

- SM: Área Sí mismo.
- SOC Área: Social.
- H: Área Hogar.
- SCH: Área Escuela.

## **Variable Dependiente:**

### **1.- Sintomatología depresiva**

**Definición conceptual:** Es una respuesta de carácter normal que tiende a variar cualitativa y cuantitativamente, que se encuentra en niños que es de especial relevancia en muchos grupos con problemas psiquiátricos. Se puede confirmar entonces, que además de la infelicidad, suele observarse una pérdida de la experiencia de placer, baja autoestima, incapacidad para concentrarse, trabajos escolares insuficientes, retraimiento social, alteraciones en las funciones biológicas (dormir, comer, eliminación) y síntomas somáticos. (Aláez, M., Martínez-Arias, R. y Rodríguez-Sutil, C. 2000).

**Definición operacional:** Puntajes directos obtenidos por los estudiantes de la muestra en la Escala de Depresión Infantil (CDS) de Lang y Tisher (1978).

### **Dimensiones:**

#### **TOTAL DEPRESIVO**

- RA: Respuesta afectiva.
- PS: Problemas sociales.
- AE: Autoestima.
- PM: Preocupación por la muerte/salud.
- SC: Sentimientos de culpabilidad.
- DV: Depresivos varios.

#### **TOTAL POSITIVO**

- AA: Ánimo-alegría
- PV: Positivos varios

## **3.5 Técnica e Instrumentos de Recolección de Datos**

### **3.5.1 Técnica**

Se aplicó para la recolección de datos básicamente la siguiente técnica:

- *De la encuesta*, se administró a la muestra de estudiantes de primaria tres cuestionarios para medir las variables de estudio, los que se describen a continuación.

### **3.5.2 Instrumentos**

#### **1.- Cuestionario de Crítica Familiar**

##### ***Descripción***

Se elaboró un cuestionario para conocer las características de la crítica familiar, cuya versión final consta de 11 ítems con opción de respuesta múltiple y según técnica de Likert. Las respuestas varían de 1 a 5; es decir, 1: Raras veces o nunca, 2: Pocas veces, 3: A veces, 4: Muchas veces, y 5: Casi siempre. Este cuestionario tiene la finalidad de averiguar datos cuantitativos relevantes de la población investigada que van a contribuir para entender mejor de la investigación. Los datos por sí solos no son parte de la finalidad propuesta en la investigación, sino, por el contrario, enriquecerán el estudio al ser comparados con otros resultados.

##### ***Validez***

Para estimar la validez de contenido, el cuestionario fue anticipadamente, sujeto a la calificación de 5 jueces expertos en la materia (doctores y maestros psicólogos educacionales y clínicos), a los cuales se les solicitó, sobre un formato escrito, que dieran su opinión sobre el constructo, las dimensiones y los ítems. Estos últimos en el sentido de si pertenecían a la dimensión o constructo y si estaban adecuadamente redactados. Recibidas sus apreciaciones, se introdujeron cambios en algunos de los ítems, en función de las sugerencias recibidas. El cuestionario reformulado fue sometido por segunda vez a la opinión de los jueces, quienes en esta oportunidad coincidieron su aprobación en cuanto a la validez del contenido.

La valoración promedio obtenida a partir de sus puntuaciones fue de 86 puntos, siendo este un alto indicador de validez de contenido de la prueba, con calificación de eficiente, lo cual satisface los requerimientos

psicométricos de aplicabilidad para su administración a la muestra de estudio (ver cuadros 4 y 5).

### **Cuadro 3**

*Matriz de validación del Cuestionario de Crítica Familiar*

Nº	Juez Experto	Centro laboral	Años de servicio	Puntaje
1	Dr. Eugenio Cruz Zelada	UPEU	25	81
2	Dr. Víctor Villanueva Acosta	UIGV-UAP	15	84
3	Dr. Jaime Aliaga Tovar	UNMSM-UIGV	25	85
4	Mg. Néstor Alvarado Bravo	UNAC	20	86
5	Dr. Nicolás Medina Curi	UNMSM	30	94
	Total			430
	Valoración promedio			86

### **Cuadro 4**

*Rangos de calificación del instrumento empleado por los Jueces Expertos*

Rango	Calificación	Resultado
81 - 100	Eficiente	Instrumento aplicable
61 - 80	Muy bueno	
41 - 60	Bueno	Corregir los instrumentos
21 - 40	Regular	No se puede hacer investigación

Posteriormente, el cuestionario fue administrado a una muestra similar en sus características sociodemográficas, a la muestra de estudio. La muestra fue de 60 niños entre hombres y mujeres, y se calculó el índice de homogeneidad o correlación ítem-test corregida, estableciéndose un valor mínimo de 0.20 como criterio de aceptación.

#### ***Confiabilidad***

En su primera versión el cuestionario constaba de 15 reactivos, de los cuales, luego de su empleo a una muestra piloto de 60 estudiantes, debido a su bajo poder discriminatorio (menor a 0.20, según

Ary, Jacobs y Razavieh, 1994), se eliminaron cuatro por no considerarse válidos. Asimismo, el índice de confiabilidad obtenido con la técnica de consistencia interna, solo con los 11 ítems válidos, fue de  $\alpha = 0.71$ , lo cual permite afirmar que el instrumento es fiable para su aplicación a la muestra real.

Después de los ajustes realizados, se aplicó la versión final del cuestionario a la población propiamente dicha; lo cual permitió analizar las características más saltantes de la crítica familiar dentro del medio en el cual se desenvuelve o vive el niño.

## **2.- Cuestionario de Autoestima de Stanley Coopersmith**

### ***Ficha técnica***

Nombre general:	Inventario de Autoestima original forma escolar.
Autor y año:	Stanley Coopersmith (1984).
Traducción española:	M. I. Panizo (PUCP), 1988.
Administración:	Individual y colectiva.
Duración:	Entre 15 y 20 minutos.
Aplicación:	8 - 20 años.
Significación:	Evaluación global y específica de la autoestima. Evalúa las actitudes hacia sí mismo en áreas de experiencia tanto sociales académicas, familiares como personales.
Tipificación:	Baremos en percentiles y decatipos.
Puntuación:	100 puntos como máximo.
Significancia:	Nivel de Autoestima.
Calificación:	1 - 0.
Material:	Cuadernillo y hoja de respuesta.
Material auxiliar:	Lápiz y borrador.
Calificación:	El puntaje máximo es de 100 puntos, se obtiene de la suma de las subescalas

multiplicadas por 2; (50 ítems) sin contar la escala de mentiras. Si hay más de 5 puntos en la escala de mentiras se invalida la prueba.

### ***Descripción***

El Inventario original de Autoestima, es un test que mide la personalidad de composición verbal, impresa, homogénea y de fuerza. Compuesta por 58 afirmaciones, con respuestas dicotómicas, verdadero y falso, que permiten conocer las características de la autoestima a través de la evaluación de cuatro áreas y una escala de mentiras. Las escalas corresponden a:

- *Área Sí mismo (SM)*, se refiere a la evaluación general que refleja el sujeto, se da a conocer en qué medida se siente seguro, capaz, valioso, significativo y exitoso.
- *Área Social (SOC)*, examina la intervención y liderazgo del sujeto frente a las diferentes actividades, del mismo modo se pretende que el sujeto sea abierto y firme al dar sus puntos de vista y darlas a conocer sin limitarse.
- *Área Hogar (H)*, mide el nivel en que el sujeto se siente aprobado por su entorno. Vale decir, en qué medida es comprendido, querido, respetado y considerado por cada uno de su familia.
- *Área Escuela (SCH)*, determina el nivel de satisfacción del sujeto frente a su trabajo escolar y la importancia que le otorga, al igual que el interés de ser interrogado y cuestionado en el aula.

En cuanto a la Escala de Mentiras (L), si el puntaje bruto resulta ser superior a 10 significa que las respuestas del individuo son poco confiables e invalidan la prueba.

**Cuadro 5***Ítems por áreas en el Inventario de Coopersmith*

Ítems por áreas en el Inventario de Coopersmith	
Área Sí mismo (SM): 26 ítems	1,3,4,7,10,12,13,15,18,19,24,25,27,30,31,34,35,38,39,43,47,48,51,55,56,57
Área Social (SOC): 8 ítems	5,8,14,21,28,40,49,52
Área Hogar (H): 8 ítems	6,9,11,16,20,22,29,44
Área Escuela (SCH): 8 ítems	2,17,23,33,37,42,46,54
Total	50x2
Puntaje Máximo	100
Área de Mentiras (L): 8 ítems. Es dudable a partir de 5 respuestas dadas.	26,32,36,41,45,50,53,58

**Cuadro 6***Categorías de la autoestima según puntuaciones percentiles*

Categorías	Percentiles
Muy Baja	1 - 5
Moderadamente Baja	10 - 25
Promedio	30 - 75
Moderadamente Alta	80 - 90
Muy Alta	95 - 99

**Cuadro 7***Niveles de autoestima por escalas y general según puntuaciones eneatis*

Baremos Eneatis						
Nivel	Eneatis	Población GEN	Áreas			
			Sí mismo	Social	Hogar	Escuela
A	9	88-98	24-26	8	8	7-8
	8	79-87	22-23	7	7	6
	7	70-78	20-21	7	6	6
M	6	61-69	17-19	6	5	5
	5	52-60	15-16	5	4	4
	4	43-51	12-14	4	3	3

	3	34-42	10-11	3	2	2
B	2	25-33	8-9	2	1	1
	1	0-24	0-7	0-1	0	0

### **Validez**

El estudio de la validez se estableció mediante la validez de constructo. Se analizó las correlaciones del inventario de autoestima con la prueba de personalidad de California, la cual evalúa como se adapta el sujeto en lo personal y social. Hallándose coeficientes que obtuvieron significativos valores y los valores bajos fueron las correlaciones de la escala de mentira de Coopersmith con las escalas de California. En Perú, Llerena (1995) realizó una investigación con el Inventario de Coopersmith, se administró a 978 estudiantes de segundo y quinto grado de secundaria, de ambos sexos, que fluctúan entre 13 a 16 años de colegios estatales y no estatales de Lima Metropolitana. A fin de definir la validez de construcción del inventario, se prosiguió a correlacionar los puntajes totales y parciales obtenidos en las diversas áreas del instrumento.

En la muestra de niños utilizada en este estudio, la validez fue estimada mediante el cálculo de la correlación ítem-test corregida o índice de homogeneidad (IH). El valor máximo del coeficiente deber ser de 0.20.

**Tabla 1**

*Validez de la escala áreas sí mismo (SM) a través del método ítem-test*

Ítem	Escala si mismo (SM) (IH)
A_1	0.33
A_3	0.30
A_4	0.24
A_7	0.65
A_10	0.44
A_12	0.65
A_13	0.77
A_15	0.76
A_18	0.70



A_19	0.38
A_24	0.53
A_25	0.64
A_27	0.55
A_30	0.46
A_31	0.75
A_34	0.60
A_35	0.53
A_38	0.56
A_39	0.69
A_43	0.52
A_47	0.48
A_48	0.48
A_51	0.62
A_55	0.61
A_56	0.43
A_57	0.40

**Tabla 2**

*Validez de la escala área social (SOC) a través del método ítem-test*

Ítem	Escala Área Social (SOC) (IH)
A_5	0.59
A_8	0.42
A_14	0.32
A_21	0.44
A_28	0.44
A_40	0.58
A_49	0.38
A_52	0.40

**Tabla 3**

*Validez de la escala área hogar (H) a través del método ítem-test*

Ítem	Área Hogar (H) (IH)
A_6	0.32
A_9	0.65
A_11	0.39
A_16	0.64
A_20	0.71
A_22	0.24
A_29	0.59
A_44	0.38

**Tabla 4***Validez de la escala área escuela (SCH) a través del método ítem-test*

Ítem	Escuela (SCH) (IH)
A_2	0.31
A_17	0.43
A_23	0.24
A_33	0.54
A_37	0.72
A_42	0.55
A_46	0.44
A_54	0.30

**Tabla 5***Validez de la escala total a través del método ítem-test*

Ítem	Total (IH)
A_1	0.36
A_2	0.31
A_3	0.25
A_4	0.28
A_5	0.56
A_6	0.30
A_7	0.59
A_8	0.56
A_9	0.56
A_10	0.42
A_11	0.64
A_12	0.61
A_13	0.73
A_14	0.56
A_15	0.71
A_16	0.56
A_17	0.43
A_18	0.67
A_19	0.45
A_20	0.67
A_21	0.54
A_22	0.47
A_23	0.69
A_24	0.61
A_25	0.61
A_26	0.17
A_27	0.62
A_28	0.60
A_29	0.65

A_30	0.60
A_31	0.69
A_32	0.08
A_33	0.44
A_34	0.69
A_35	0.50
A_36	0.14
A_37	0.57
A_38	0.65
A_39	0.67
A_40	0.65
A_41	0.11
A_42	0.47
A_43	0.63
A_44	0.42
A_45	0.27
A_46	0.48
A_47	0.46
A_48	0.58
A_49	0.36
A_50	-0.14
A_51	0.56
A_52	0.43
A_53	0.00
A_54	0.37
A_55	0.55
A_56	0.38
A_57	0.46
A_58	-0.10

---

Los índices de homogeneidad (IH) en todas las escalas o áreas del Inventario de Coopersmith, son todos superiores a 0.20. Resultados que permiten decir, que el inventario es válido para su uso en este estudio.

### ***Confiabilidad***

El coeficiente de confiabilidad fue de 0.84 para el Inventario de Autoestima, utilizada en Puerto Rico cuya versión en español (Prewitt Diaz, 1979). En Chile se estandarizó e introdujeron algunas variaciones mínimas en la terminología, los coeficientes de confiabilidad hallados fueron: 0.87 y 0.88. De acuerdo con el estudio de Panizo (1985), realizado en Lima, el índice de confiabilidad alcanzado fue de 0.78. Para

el estudio de Llerena (1995), desarrollada en Lima, se empleó una muestra piloto para determinar la confiabilidad de la prueba con el coeficiente alfa de Cronbach. El alfa obtenido fue de 0.79, el cual se encuentra dentro de lo esperado para que el cuestionario tenga consistencia interna aceptable, es decir, en un nivel medio alto.

En la investigación la muestra empleada de niños se estimó la fiabilidad del inventario de Autoestima por el medio de la consistencia interna utilizando el coeficiente alfa de Cronbach, los resultados se presentarán a continuación.

**Tabla 6**  
*Fiabilidad del Inventario de Coopersmith*

Coeficiente alfa de Cronbach	Escalas				
	Si Mismo (SM)	Social (SOC)	Hogar (H)	Escuela (SCH)	Total
	0.92	0.75	0.77	0.73	0.95

Los coeficientes alfa de Cronbach, mostrados señalan que, en la muestra de niños peruanos participantes de esta investigación, el Inventario de Coopersmith tienen índices de fiabilidad adecuadas para la medición de la autoestima, por tanto, el inventario es fiable.

### **3.- Cuestionario de Depresión para Niños (CDS)**

#### ***Ficha técnica***

Nombre general:	Children Depression Scale (CDS)
Autor y año:	M. Lang y M. Tisher (1978)
Procedencia:	Australian Council for Educational Research, It. (Hacer), Victoria, Australia.
Adaptación española:	Sección de estudio de Test de TEA Ediciones, S.A., Madrid.
Administración:	Individual y colectiva
Duración:	Variable, entre 30 y 40 minutos
Aplicación:	8 - 16 años

Significación:	Evaluación global y específica de la depresión en los niños.
Tipificación:	Baremos en percentiles y decatipos en una muestra general de niños españoles (Madrid).

### ***Descripción***

Se utilizó el cuestionario CDS que consta de 66 ítems, 48 de tipo depresivo y 18 de tipo positivo. Como sabemos estos dos grupos permanecen alejados y permiten dos subescalas generales independientes: total depresivo y total positivo (TD y TP).

En cada dimensión, se asocian sus elementos por el contenido de estos en varias subescalas, que se pueden describir de esta manera:

*Total depresivo*, con seis subescalas:

- **RA:** Respuesta afectiva, que tiene ocho elementos, se refiere a los estados de humor de los sentimientos del individuo.
- **PS:** Problemas sociales, tiene ocho elementos, que alude a los problemas en la interacción social, aislamiento y soledad del sujeto.
- **AE:** Autoestima, tiene ocho elementos, se refiere a las actitudes, sentimientos y conceptos del sujeto en relación con su propia estima y valor.
- **PM:** Preocupación por la muerte/salud, tiene siete elementos, se refiere a los sueños y fantasías.
- **SC:** Sentimientos de culpabilidad, tiene ocho elementos, se refiere a la autopunición.
- **DV:** Depresivos varios, tiene nueve elementos, se refiere a los problemas de tipo depresivo que no pudieron asociarse para formar una entidad.

*Total positivo*, con dos subescalas:

- **AA:** Animo-alegría, tiene ocho elementos, que se refiere a la falta de alegría, diversión y felicidad del sujeto, o inhabilidad para percibir las.
- **PV:** Positivos varios, tiene diez elementos, contiene las cuestiones de tipo positivo que no se asocian en la entidad a formar.

### **Validez**

Se actualizó en España mediante la validez concurrente. En una muestra de 193 niños del 5º y 7º grado de EGB, donde se estableció la relación de las variables del CDS con el cuestionario de personalidad EPQ-J de Eysenck (TEA Ediciones, 1978).

Se mostró una correlación de los instrumentos; en la muestra, alcanzó valores críticos significativos (al 5 y 1 por 100, respectivamente) vale decir de 0.142 y 0.187. Se halló que todos los aspectos depresivos, salvo el grupo diverso de elementos PV, se relaciona efectivamente con la inestabilidad de la personalidad (escala N del EPQ-J). Además, se observó la incapacidad de experimentar los aspectos positivos (AA, PV y el total PT) que se correlacionan con la escala de sinceridad (deseabilidad social o convencionalismo).

Por otro lado, en la muestra empleada de este estudio se empleó como indicador de validez del CDS la correlación ítem-test corregida o índice de homogeneidad (IH), cuyo valor debe ser como mínimo de 0.20 para la correlación de cada ítem con la puntuación total de la escala.

En los siguientes cuadros se presentan los índices de homogeneidad en cada una de las escalas compuestas del CDS.

**Tabla 7***Validez de la escala ánimo-alegría (AA) a través del método ítem-test*

Ítem	Escala ánimo-alegría (AA) (IH)
A1	0.56
A2	0.35
A3	0.24
A4	0.54
A5	0.52
A6	0.70
A7	0.40
A8	0.52

**Tabla 8***Índice de homogeneidad (IH) de la escala respuesta-afectiva (RA)*

Ítem	Escala respuesta-afectiva (RA) (IH)
RA1	0.46
RA2	0.57
RA3	0.56
RA4	0.29
RA5	0.58
RA6	0.39
RA7	0.43
RA8	0.36

**Tabla 9***Validez de la escala problemas-sociales (PS) a través del método ítem-test*

Ítem	Escala problemas-sociales (PS) (IH)
PS1	0.55
PS2	0.63
PS3	0.56
PS4	0.64
PS5	0.66
PS6	0.70
PS7	0.69
PS8	0.48

**Tabla 10**

*Validez de la escala autoestima (AE) a través del método ítem-test*

Ítem	Escala autoestimas (AE) (IH)
AE1	0.66
AE2	0.58
AE3	0.66
AE4	0.69
AE5	0.65
AE6	0.55
AE7	0.68
AE8	0.60

**Tabla 11**

*Validez de la escala preocupación por la muerte/salud (PM) a través del método ítem-test*

Ítem	Escala preocupación por la muerte/salud (PM) (IH)
PM1	0.39
PM2	0.47
PM3	0.46
PM4	0.32
PM5	0.55
PM6	0.50
PM7	0.39

**Tabla 12**

*Validez de la escala sentimientos de culpabilidad (SC) a través del método ítem-test*

Ítem	Escala sentimientos de culpabilidad (SC) (IH)
SC1	0.35
SC2	0.25
SC3	0.40
SC4	0.34
SC5	0.38
SC6	0.26
SC7	0.47
SC8	0.40



**Tabla 13**

*Validez de la escala sentimientos de culpabilidad (SC) a través del método ítem-test*

Ítem	Escala sentimientos de culpabilidad (SC) (IH)
SC1	0.35
SC2	0.25
SC3	0.40
SC4	0.34
SC5	0.38
SC6	0.26
SC7	0.47
SC8	0.40

**Tabla 14**

*Validez de la escala depresivos varios (DV) a través del método ítem-test*

Ítem	Escala depresivos varios (DV) (IH)
DV1	0.45
DV2	0.41
DV3	0.40
DV4	0.38
DV5	0.20
DV6	0.44
DV7	0.50
DV8	0.52
DV9	0.35

**Tabla 15**

*Índice de homogeneidad (IH) de la escala positivos-varios (PV)*

Ítem	Escala positivos-varios (PV) (IH)
PV1	0.45
PV2	0.41
PV3	0.50
PV4	0.21
PV5	0.50
PV6	0.20
PV7	0.20
PV8	0.45
PV9	0.50
PV10	0.45

**Tabla 16***Índice de homogeneidad (IH) de la escala total depresivo (TD)*

Ítem	Escala total depresivo (TD) (IH)
RA1	0.51
RA2	0.63
RA3	0.55
RA4	0.27
RA5	0.65
RA6	0.45
RA7	0.50
RA8	0.39
PS1	0.56
PS2	0.60
PS3	0.60
PS4	0.65
PS5	0.66
PS6	0.69
PS7	0.72
PS8	0.57
AE1	0.65
AE2	0.60
AE3	0.63
AE4	0.63
AE5	0.66
AE6	0.59
AE7	0.70
AE8	0.65
PM1	0.37
PM2	0.47
PM3	0.49
PM4	0.35
PM5	0.68
PM6	0.50
PM7	0.56
SC1	0.49
SC2	0.25
SC3	0.45
SC4	0.48
SC5	0.37
SC6	0.35
SC7	0.55
SC8	0.41
DV1	0.45
DV2	0.27
DV3	0.35
DV4	0.44

DV5	0.06
DV6	0.56
DV7	0.52
DV8	0.70
DV9	0.39

**Tabla 17**

*Índice de homogeneidad (IH) de la escala total positivo (TP)*

Ítem	Escala total positivo (TP) (IH)
A1	0.53
A2	0.36
A3	0.26
A4	0.51
A5	0.53
A6	0.70
A7	0.42
A8	0.54
PV1	0.50
PV2	0.50
PV3	0.58
PV4	0.21
PV5	0.59
PV6	0.20
PV7	0.20
PV8	0.47
PV9	0.55
PV10	0.50
A1	0.53
A2	0.36
A3	0.26
A4	0.51
A5	0.53
A6	0.70
A7	0.42
A8	0.54

Los reactivos y porcentajes es estas tablas indican que los índices de homogeneidad (IH) de los ítems de cada una de las escalas del CDS son todos superiores a 0.20. Puede inferirse, entonces, que el CDS es válido para su utilización en este estudio.

### **Confiabilidad**

En la muestra de 730 niños españoles de 8 a 14 años se calculó la confiabilidad o consistencia interna a través de la fórmula de Kuder-Richardson (KR-20), y los índices  $r_{xx}$  resultantes que están vinculados con la variabilidad de atracción que los elementos han logrado para el sujeto de la muestra. Los instrumentos de medida (valoración subjetiva) y dada la pequeña longitud de las escalas (entre 7 elementos en PM y 10 elementos en PV), se consiguió considerar que los índices de consistencia hallados son eficaces. El cuestionario CDS tiene dos grandes subescalas, Depresiva y Positiva (DT y PT), se computaron asimismo los coeficientes KR-20 en ambos totales; los índices  $r_{xx}$  hallados respectivamente, de 0.91 y 0.689, se concluye que el CDS refleja una adecuada consistencia interna.

Por otro lado, en un grupo de 11 niños de 5° y 6° de EGB se logró un año después una segunda aplicación del CDS (cuando cursaban el 4° y 5° de EGB). La aplicación del retest, arrojó resultados que se utilizaron para alcanzar índices  $r_{xx}$  de estabilidad, pese a que las variables medidas por el CDS pueden ser más estados que rasgos de la personalidad, en otras palabras, logran ser cambiadas por las realidades personales o ambientales del individuo, especialmente cuando el intervalo del estudio fue de un año, considerando que la personalidad de los individuos se encuentra en proceso de cambios. Los coeficientes de fiabilidad eran: 0.38 en PM; 0.52 en SC; 0.33 en DV; 0.47 en PV; 0.51 en DT y 0.48 en PT.

En todos los coeficientes se refleja un declive en relación con los obtenidos con la fórmula KR-20 y en una muestra más heterogénea; esto podría deberse a la homogeneidad de la muestra analizada, es decir, los intervalos entre el test y el retest es bastante amplia para la estabilidad de las variables que son más de tipo estado que rasgo y que se encuentran en transformación.

En la muestra peruana utilizada en esta investigación, se estima la consistencia interna por medio del coeficiente alfa de Cronbach. Los resultados se muestran en la presente tabla.

**Tabla 18**  
*Fiabilidad del cuestionario de Depresión para niños (CDS)*

Coeficiente e alfa de Cronbach	Escalas									
	Total Positivo				Total Depresivo					
	AA	PV	TP	RA	PS	AE	PM	SC	DV	TD
0.77	0.63	0.80	0.74	0.87	0.57	0.73	0.62	0.71	0.92	

Estos resultados indican el cumplimiento de una observación psicométrica que antepone que las puntuaciones totales son más fiables que las puntuaciones de las escalas; así mismo, indican que el CDS cumple con los requisitos básicos de fiabilidad exigida a los instrumentos psicométricos.

### 3.6 Procedimiento

1. Se procedió a la selección de la muestra de niños escolares mediante técnica de muestreo probabilístico estratificado.
2. En una primera sesión se aplicaron, de manera colectiva, el Cuestionario de Crítica Familiar y el Inventario de Autoestima para Niños y Adolescentes de Coopersmith. La duración fue de una hora académica, aproximadamente. Para la aplicación se contó con la asistencia de la profesora del aula.
3. En una segunda sesión, se aplicó a los estudiantes de la muestra el Cuestionario de Depresión para Niños de Lang y Tisher, en el lapso de una hora académica.
4. Luego de concluir la aplicación, se depuraron y calificaron las pruebas.
5. Los datos de las pruebas aplicadas se tabularon en Excel.

6. Se trasladaron los datos al editor del software IBM SPSS 20, para el procesamiento correspondiente.
7. A partir de los resultados obtenidos con el software estadístico, se elaboraron tablas y figuras para su respectiva presentación y análisis.

### **3.7 Tratamiento Estadístico de los Datos**

Se trabajaron estadísticos en dos niveles:

.- *Nivel descriptivo*: Se identifica, analiza y describe mediante estadísticos descriptivos de frecuencias y porcentajes para cada una de las variables y dimensiones de estudio, la presentación de los datos se realiza en tablas, cuadros y representaciones gráficas.

.- *Nivel inferencial*: En el caso de la hipótesis general, se utilizó el método de regresión lineal múltiple mediante el procedimiento Stepwise (Por pasos) para determinar el poder predictivo de las variables crítica familiar y autoestima respecto de la variable sintomatología depresiva. Y para la contrastación de las hipótesis específicas, se usó la prueba estadística el coeficiente de correlación lineal de Pearson, con la finalidad de instaurar la relación que mantienen las variables del estudio crítica familiar y autoestima con cada una de las áreas de la sintomatología depresiva en los niños escolares de la muestra investigada.

Las hipótesis estuvieron sujetas a contraste en un nivel de significación de  $p < 0.05$ . Y los datos fueron tratados con el programa estadístico SPSS versión 20 en español.

## **CAPÍTULO IV**

### **RESULTADOS**

#### **4.1 Resultados estadísticos sobre las variables de estudio**

Se presentan, a continuación, mediante tablas y figuras, los resultados obtenidos en frecuencias y porcentajes, para cada variable utilizada en la investigación: Tanto para las variables crítica familiar y autoestima, como para la de sintomatología depresiva y sus correspondientes dimensiones. Asimismo, se incluye el análisis de cada uno de los resultados.

#### 4.1.1 Resultados del Estudio Referentes a la Crítica Familiar

**Tabla 19**

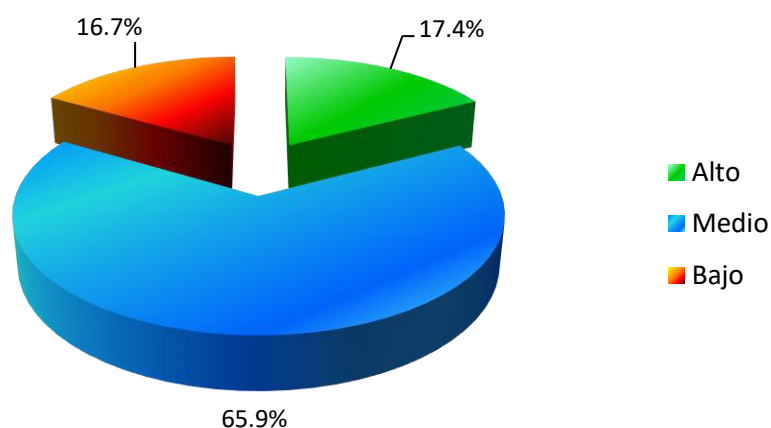
*Nivel de crítica familiar en niños de 9 a 12 años de un colegio parroquial*

Niveles	Frecuencia	%	% acumulado
Alto	48	17.4	17.4
Medio	182	65.9	83.3
Bajo	46	16.7	100.0
Total	276	100.0	

Respecto a la variable crítica familiar, se observa que prácticamente 7 de cada de cada 10 niños (65.9%) de 9 a 12 años se encuentra en un nivel medio de critica familiar, en tanto que el resto de los niños se distribuye de manera parecida en los (17.4%), niveles alto y bajo (16.7%) de la variable. Cabe destacar que el porcentaje acumulado entre los niveles alto y medio de crítica familiar es de 83.3% ocho de cada 10 niños.

**Figura 1**

*Distribución de los niveles de crítica familiar en niños de 9 a 12 años de un colegio parroquial*





#### 4.1.2 Resultados del Estudio Referentes a la Autoestima

**Tabla 20**

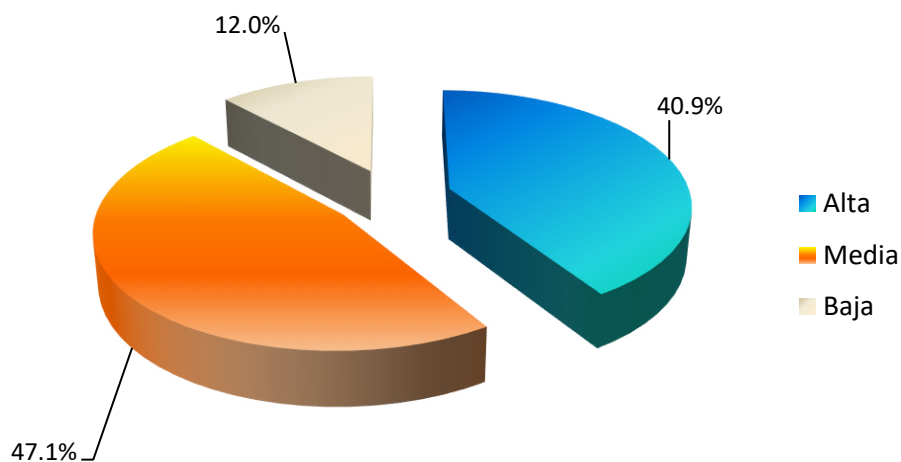
*Nivel de autoestima en niños de 9 a 12 años de un colegio parroquial*

Niveles	Frecuencia	%
Alta	113	40.9
Media	130	47.1
Baja	33	12.0
Total	276	100.0

Se observa que el 50% de los niños de 9 a 12 años de la muestra seleccionada, es decir 4 de cada 10 niños (47.1%), presentan una autoestima media; mientras que 4 de cada 10 niños presenta una autoestima alta, que equivale al 40.9%; y solo el 12% tiene una baja de autoestima.

**Figura 2**

*Distribución de los niveles de autoestima en niños de 9 a 12 años de un colegio parroquial*



### 4.1.3 Resultados del Estudio Referentes a la Sintomatología Depresiva

**Tabla 21**

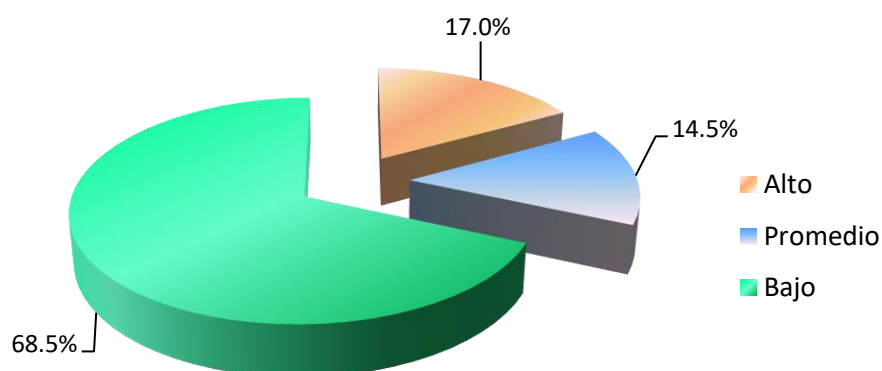
*Nivel de Ánimo-Alegría en niños de 9 a 12 años de un colegio parroquial*

Niveles	Frecuencia	%
Alto	47	17.0
Promedio	40	14.5
Bajo	189	68.5
Total	276	100.0

Se observa, en números redondeados, en cuanto a Ánimo-Alegría de la sintomatología depresiva, que prácticamente de cada 10 niños 7 (68.5%) se encuentran en un nivel bajo; en tanto que 2 de cada 10 (17%) se ubica en un nivel alto; y 1 de cada 10 (14.5%), en un nivel promedio.

**Figura 3**

*Distribución de los niveles de Ánimo-Alegría en niños de 9 a 12 años de un colegio parroquial*



**Tabla 22**

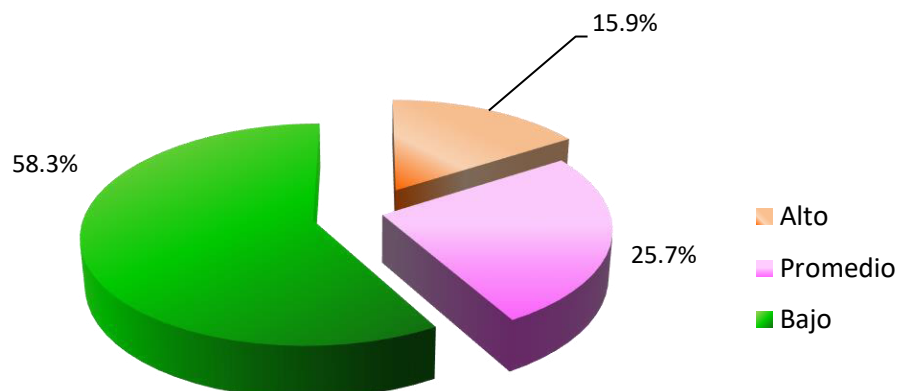
*Nivel de Respuesta afectiva en niños de 9 a 12 años de un colegio parroquial*

Niveles	Frecuencia	%
Alto	44	15.9
Promedio	71	25.7
Bajo	161	58.3
Total	276	100.0

En lo concerniente a la dimensión Respuesta afectiva, el 58.3% de los niños de la muestra estudiada se sitúa en un nivel bajo; en tanto el 25.7% se sitúa en un nivel promedio; y el 15.9%, en un nivel alto.

**Figura 4**

*Distribución de los niveles de Respuesta afectiva en niños de 9 a 12 años de un colegio parroquial*



**Tabla 23**

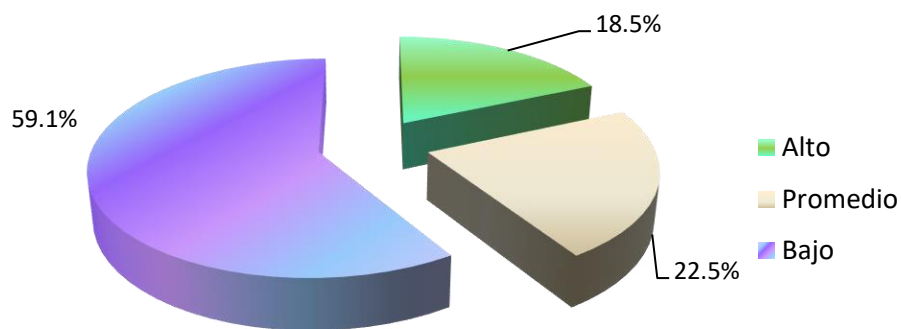
*Nivel de Problemas sociales en niños de 9 a 12 años de un colegio parroquial*

Niveles	Frecuencia	%	% acumulado
Alto	51	18.5	18.5
Promedio	62	22.5	40.9
Bajo	163	59.1	100.0
Total	276	100.0	

La mayoría de los niños de 9 a 12 años de la muestra investigada se encuentra en niveles bajos en la dimensión de Problemas sociales; el 22.5% se ubica en un nivel promedio; y el 18.5%, en un nivel alto.

**Figura 5**

*Distribución de los niveles de Problemas sociales en niños de 9 a 12 años de un colegio parroquial*



**Tabla 24**

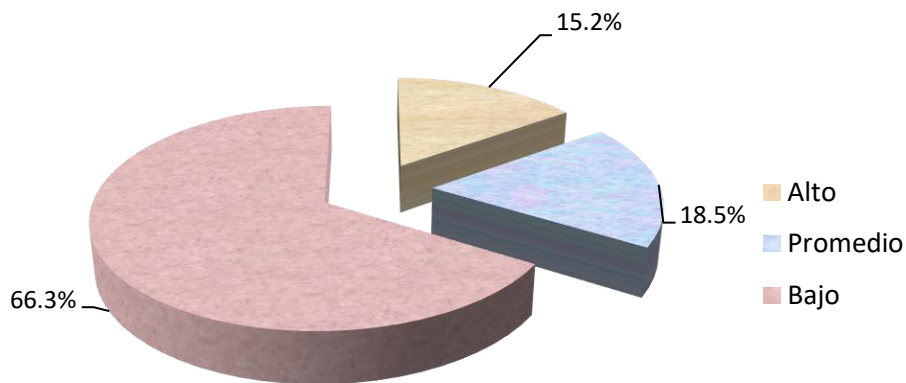
*Nivel de Preocupación por la muerte/salud en niños de 9 a 12 años de un colegio parroquial*

Niveles	Frecuencia	%	% acumulado
Alto	42	15.2	15.2
Promedio	51	18.5	33.7
Bajo	183	66.3	100.0
Total	276	100.0	

En cuanto a la dimensión de Preocupación por la muerte/salud, el 66.3% de los niños de 9 a 12 años evaluados se encuentra en un nivel bajo, en tanto que el 18.5% se ubica en el nivel medio, y el 15.2% en el nivel alto.

**Figura 6**

*Distribución de los niveles de Preocupación por la muerte/salud en niños de 9 a 12 años de un colegio parroquial*



**Tabla 25**

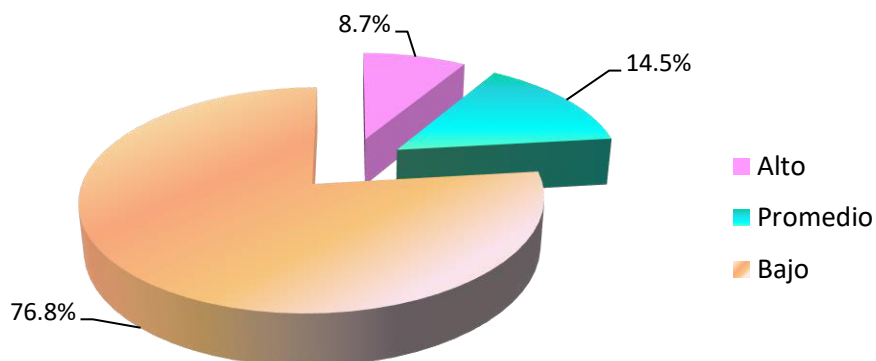
*Nivel de Sentimientos de culpabilidad en niños de 9 a 12 años de un colegio parroquial*

Niveles	Frecuencia	%	% acumulado
Alto	24	8.7	8.7
Promedio	40	14.5	23.2
Bajo	212	76.8	100.0
Total	276	100.0	

El 76.8% de los niños de 9 a 12 años evaluados se ubica en un nivel bajo de la dimensión Sentimientos de culpabilidad, en tanto el 14.5% se sitúa en un nivel promedio, y solo el 8.37% en un nivel alto.

**Figura 7**

*Distribución de los niveles de Sentimientos de culpabilidad en niños de 9 a 12 años de un colegio parroquial*



**Tabla 26**

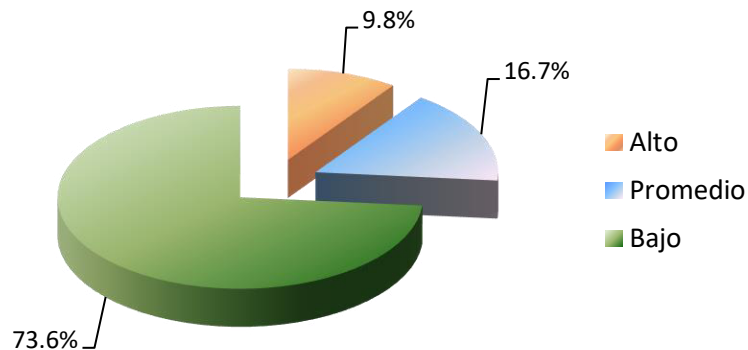
*Nivel de Depresivos varios en niños de 9 a 12 años de un colegio parroquial*

Niveles	Frecuencia	%	% acumulado
Alto	27	9.8	9.8
Promedio	46	16.7	26.4
Bajo	203	73.6	100.0
Total	276	100.0	

Respecto a Depresivos varios, la mayor parte de los niños evaluados se encuentra en un nivel bajo (73.6%), en tanto el 16.7% se ubica en un nivel promedio, y únicamente el 9.8% en un nivel alto.

**Figura 8**

*Distribución de los niveles de Depresivos varios en niños de 9 a 12 años de un colegio parroquial*



**Tabla 27**

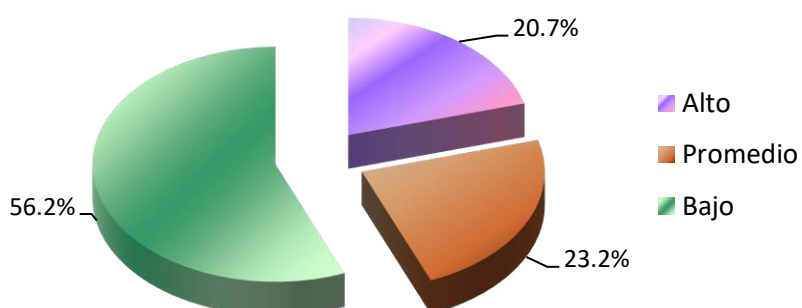
*Nivel de Positivos varios en niños de 9 a 12 años de un colegio parroquial*

Niveles	Frecuencia	%
Alto	57	20.7
Promedio	64	23.2
Bajo	155	56.2
Total	276	100.0

La mayor parte de los niños evaluados (56.2%) se sitúa en un nivel bajo, en referencia al nivel de Positivos varios. El 23.2% se encuentra en un nivel promedio, en tanto que el 20.7% está en un nivel alto.

**Figura 9**

*Distribución de los niveles de Positivos varios en niños de 9 a 12 años de un colegio parroquial*





**Tabla 28**

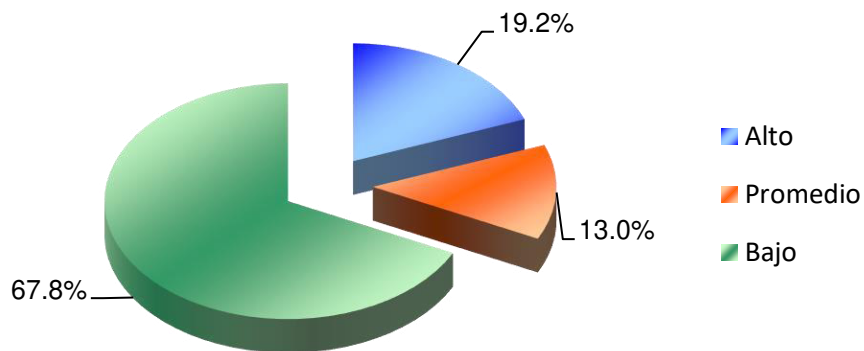
*Nivel de Total positivo en niños de 9 a 12 años de un colegio parroquial*

Niveles	Frecuencia	%
Alto	53	19.2
Promedio	36	13.0
Bajo	187	67.8
Total	276	100.0

El 67.8% de los niños de 9 a 12 años de la muestra seleccionada se encuentran en un nivel bajo, en lo que se refiere al Total positivo. En tanto el 19.2% se ubica en un nivel alto, y solo el 13% en un nivel promedio.

**Figura 10**

*Distribución de los niveles de Total positivo en niños de 9 a 12 años de un colegio parroquial*



**Tabla 29**

*Nivel de Total depresivo en niños de 9 a 12 años de un colegio parroquial*

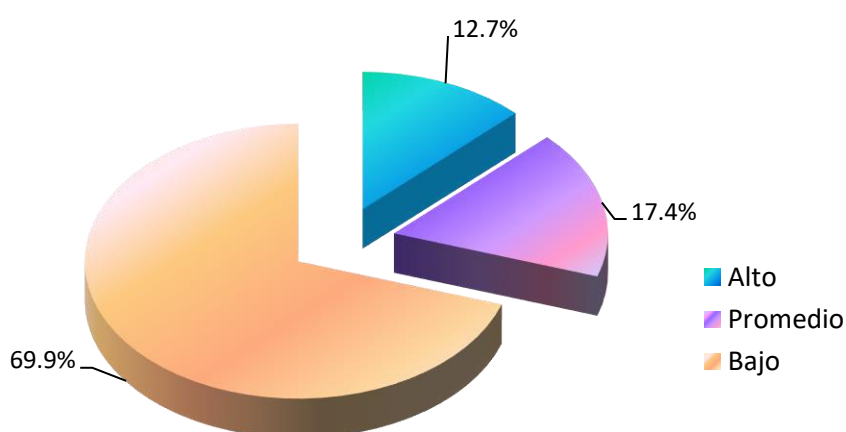
Niveles	Frecuencia	%	% acumulado
Alto	35	12.7	12.7
Promedio	48	17.4	30.1
Bajo	193	69.9	100.0
Total	276	100.0	

Considerando el Total depresivo, el 69.9% de los niños de 9 a 12 años de la muestra investigada se encuentran en un nivel bajo, en tanto el 17.4% se sitúa en un nivel promedio, y el 12.7% en un nivel alto.

Cabe mencionar que el porcentaje aglomerado entre los niveles alto y promedio es de 30.1%, es decir, casi la tercera parte de los niños de la muestra seleccionada se encuentra entre estos niveles del Total depresivo.

**Figura 11**

*Distribución de los niveles de Total depresivo en niños de 9 a 12 años de un colegio parroquial*



## 4.2 Contrastación de las Hipótesis

Un resultado importante de la presente investigación radica en que se llega a demostrar la relación entre las variables independientes (crítica familiar y autoestima) y la variable dependiente de estudio (síntomatología depresiva). Para contrastar la hipótesis general, se empleó el método de regresión lineal múltiple, con el fin de correlacionar las variables del estudio.

En la contrastación de hipótesis específicas, también se utilizó la correlación lineal de Pearson, apropiada para correlacionar las variables: crítica familiar y autoestima con cada uno de los síntomas depresivos evaluados en los niños de la muestra investigada.

### Hipótesis General

**H<sub>g</sub>:** Existe correlación significativa entre la crítica familiar y la autoestima con la sintomatología depresiva en niños de 9 a 12 años de un colegio parroquial.

**H<sub>0</sub>:** No existe correlación significativa entre la crítica familiar y la autoestima con la sintomatología depresiva en niños de 9 a 12 años de un colegio parroquial.

### Tabla 30

*Análisis de regresión lineal múltiple con crítica familiar y autoestima mediante el procedimiento Stepwise (Por pasos). Variable dependiente: Sintomatología depresiva*

Variables independientes	Beta	T	Sig.	R	R <sup>2</sup>
Autoestima	0.658	14.848	<b>0.000**</b>	0.682	0.465
Crítica familiar	0.159	3.580	<b>0.000**</b>		

**\*\*** Significativo al nivel de  $p < 0.01$

El modelo de regresión considera, en primer lugar, la variable autoestima y, luego, la variable crítica familiar. El coeficiente de regresión obtenido  $\beta$  es igual a 0.682 valor moderadamente elevado para el rango teórico de R fluctúa de 0 a 1. Asimismo, la R<sup>2</sup> es igual a 0.465, que

convertido en porcentaje equivale a 46.5%; es decir, en este caso, la varianza de la variable dependiente sintomatología depresiva logra ser explicada por la autoestima y la crítica familiar actuando en conjunto en un 46.5%. El porcentaje restante (53.5%) corresponde a la varianza no explicada.

Otro índice a tener en cuenta es el de los coeficientes Beta, que corresponden a los “pesos” de las variables comprometidas en la regresión múltiple. Para autoestima, Beta es igual a -0.658; para crítica familiar, Beta equivale a 0.159. A primera vista, se percibe que la variable autoestima tiene un mayor peso Beta que crítica familiar. Esto significa que la autoestima es un constructo con mayor poder predictivo que la otra variable, en relación con la sintomatología depresiva. En otras palabras, la variable autoestima es mejor predictora de la sintomatología depresiva que la variable crítica familiar, quien tiene un poder predictivo menor.

Asimismo, el poder predictivo de las variables mencionadas puede confirmarse con los índices de significación. Tanto la variable autoestima tiene como la variable crítica familiar tienen un valor significativo altamente significativo ( $p < 0.000$ ). De estos resultados, se puede deducir que, conjuntamente, ambas variables independientes se relacionan significativamente con la sintomatología depresiva de la muestra investigada.

**Decisión:** En consecuencia, al disponer de suficientes evidencias, se toma la decisión de rechazar la hipótesis nula.

### **Hipótesis Específicas**

**H<sub>1</sub>:** Existe correlación significativa entre la crítica familiar y la sintomatología depresiva: Respuesta afectiva en niños de 9 a 12 años de un colegio parroquial.

**H<sub>0</sub>:** No existe correlación positiva y significativa entre la crítica familiar y la sintomatología depresiva: Respuesta afectiva en niños de 9 a 12 años de un colegio parroquial.

**Tabla 31**

*Correlación entre la crítica familiar y la sintomatología depresiva: Respuesta afectiva en niños de 9 a 12 años de un colegio parroquial*

		Respuesta afectiva
Crítica familiar	Correlación de Pearson	<b>0.15*</b>
	Sig. (bilateral)	0.016
	N	276

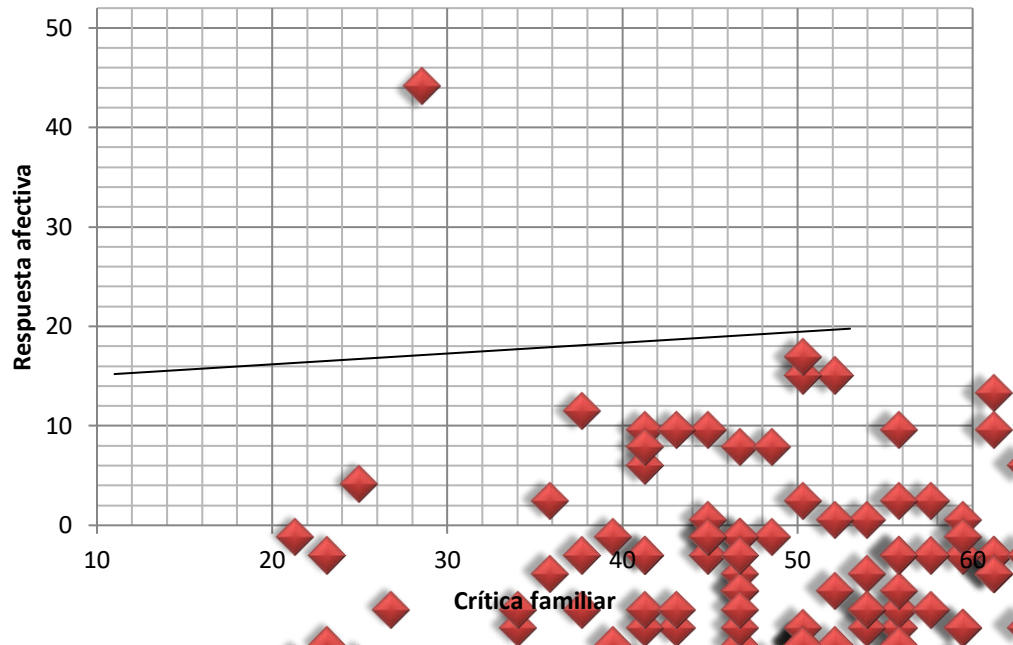
\* *La correlación es significativa al nivel de  $p < 0.05$ .*

De acuerdo con los resultados de la tabla 31, el coeficiente de correlación entre las variables crítica familiar y la sintomatología depresiva: Respuesta afectiva ( $r = 0.15$ ) es un valor estadístico significativo ( $p < 0.05$ ), pero este valor es indicativo de una correlación débil, según la clasificación propuesta por Elorza (1987). Por ende, podemos constatar que hay relación positiva y significativa entre las variables involucradas. Esto significa que existe una tendencia débil, pero significativa, a que, ante una mayor puntuación en crítica familiar, mayor será la puntuación en la dimensión Respuesta afectiva que registren los niños de 9 a 12 años que estudian en el Colegio Santísimo Nombre de Jesús.

**Decisión:** En consecuencia, y sobre la base del resultado obtenido, se provee de evidencia apropiada para negar la hipótesis nula.

**Figura 12**

*Diagrama de dispersión entre crítica familiar y sintomatología depresiva: Respuesta afectiva en niños de 9 a 12 años de un colegio parroquial*



**H<sub>2</sub>:** Existe correlación significativa entre la crítica familiar y la sintomatología depresiva: Problemas sociales en niños de 9 a 12 años de un colegio parroquial.

**H<sub>0</sub>:** No existe correlación significativa entre la crítica familiar y la sintomatología depresiva: Problemas sociales en niños de 9 a 12 años de un colegio parroquial.

**Tabla 32**

*Correlación entre la crítica familiar y la sintomatología depresiva: Problemas sociales en niños de 9 a 12 años de un colegio parroquial*

		Problemas sociales
Crítica familiar	Correlación de Pearson	<b>0.17**</b>
	Sig. (bilateral)	0.006
	N	276

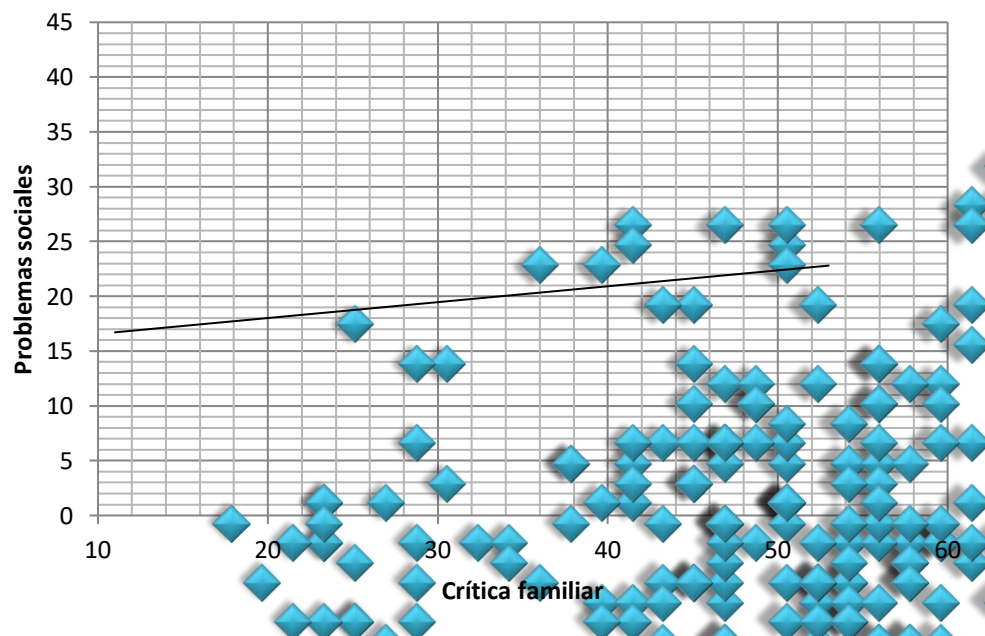
\*\* La correlación es significativa al nivel de  $p < 0.01$ .

Según los resultados presentados en la tabla 32, el coeficiente de correlación ( $r= 0.17$ ) entre las variables crítica familiar y la sintomatología depresiva: Problemas sociales viene a ser un valor estadístico altamente significativo ( $p<0.01$ ). Este valor, además, indica una débil correlación entre las variables, según lo establecido por Elorza (1987); no obstante, se puede llegar a la conclusión de que ambas variables estudio guardan entre sí una relación positiva y significativa. Es decir, a una mayor puntuación en crítica familiar, mayor será la puntuación en la dimensión Problemas sociales que registren los niños de 9 a 12 años de un colegio parroquial.

**Decisión:** Por consiguiente, de acuerdo con el resultado obtenido, se dispone de bastante evidencia para rechazar la hipótesis nula.

**Figura 13**

*Diagrama de dispersión entre crítica familiar y sintomatología depresiva: Problemas sociales en niños de 9 a 12 años de un colegio parroquial*



**H<sub>3</sub>:** Existe correlación significativa entre la crítica familiar y la sintomatología depresiva: Preocupación por la muerte/salud en niños de 9 a 12 años de un colegio parroquial.

**H<sub>0</sub>:** No existe correlación significativa entre la crítica familiar y la sintomatología depresiva: Preocupación por la muerte/salud en niños de 9 a 12 años de un colegio parroquial.

**Tabla 33**

*Correlación entre la crítica familiar y la sintomatología depresiva: Preocupación por la muerte/salud en niños de 9 a 12 años de un colegio parroquial.*

		Preocupación por la muerte/salud
Crítica familiar	Correlación de Pearson	<b>0.19**</b>
	Sig. (bilateral)	0.001
	N	276

\*\* *La correlación es significativa al nivel de  $p < 0.01$ .*

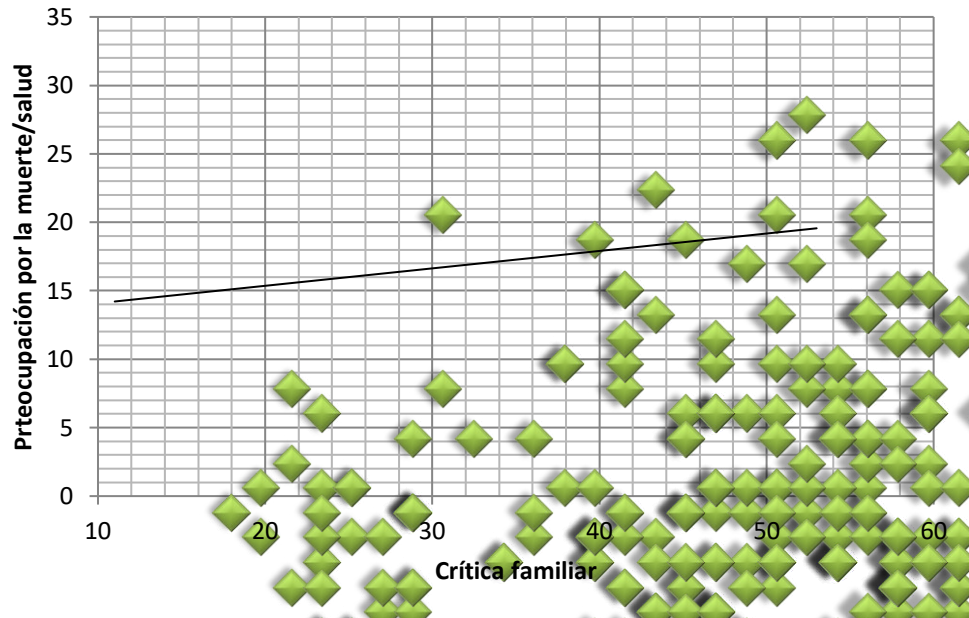
Como bien se muestra en la tabla 33, el valor del coeficiente de correlación obtenido ( $r = 0.19$ ) entre las variables crítica familiar y la sintomatología depresiva: Preocupación por la muerte/salud es altamente significativo al nivel de  $p < 0.01$ . Asimismo, este valor indica una débil correlación entre las variables, según lo establecido por Elorza (1987); no obstante, se puede llegar a la conclusión de que ambas variables estudio guardan entre sí una relación positiva y significativa. Es decir, a una mayor puntuación en crítica familiar, mayor será la puntuación en la dimensión Preocupación por la muerte/salud que registren los niños de 9 a 12 años de un colegio parroquial.

**Decisión:** Por lo tanto, de acuerdo con el resultado obtenido, se cuenta con suficiente evidencia para rechazar la hipótesis nula.



**Figura 14**

*Diagrama de dispersión entre crítica familiar y sintomatología depresiva: Preocupación por la muerte/salud en niños de 9 a 12 años de un colegio parroquial*



**H<sub>4</sub>:** Existe correlación significativa entre la crítica familiar y la sintomatología depresiva: Sentimientos de culpabilidad en niños de 9 a 12 años de un colegio parroquial.

**H<sub>0</sub>:** No existe correlación significativa entre la crítica familiar y la sintomatología depresiva: Sentimientos de culpabilidad en niños de 9 a 12 años de un colegio parroquial.

**Tabla 34**

*Correlación entre la crítica familiar y la sintomatología depresiva: Sentimientos de culpabilidad en niños de 9 a 12 años de un colegio parroquial*

		Sentimientos de culpabilidad
Crítica familiar	Correlación de Pearson	<b>0.13*</b>
	Sig. (bilateral)	0.027

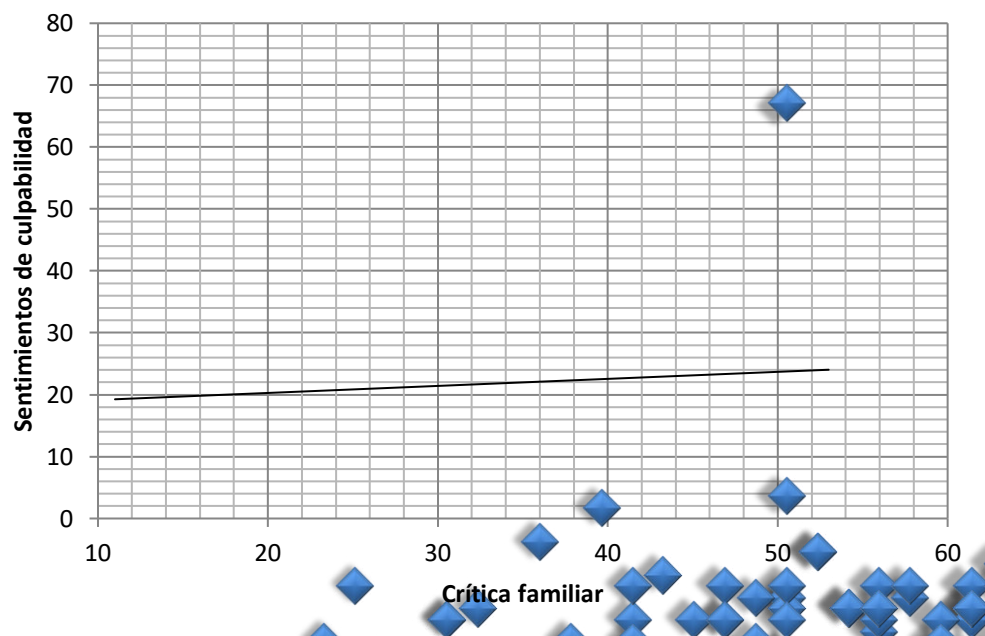
\* *La correlación es significativa al nivel de  $p < 0.05$ .*

El valor del coeficiente de Pearson ( $r = 0.13$ ), que se aprecia en la tabla 34, es estadísticamente significativo al nivel de  $p < 0.05$ . Asimismo, de acuerdo con Elorza (1987), la fuerza de la correlación entre las variables crítica familiar y sintomatología depresiva: Sentimientos de culpabilidad es débil. Sin embargo, esto no impide afirmar que entre ambas variables la relación es positiva y significativa; en otras palabras, que, a una mayor puntuación en crítica familiar, mayor será la puntuación en la dimensión Sentimientos de culpabilidad que registren los niños de 9 a 12 años de un colegio parroquial.

**Decisión:** En consecuencia, se dispone de evidencia suficiente para rechazar la hipótesis nula.

### Figura 15

*Diagrama de dispersión entre crítica familiar y sintomatología depresiva: Sentimientos de culpabilidad en niños de 9 a 12 años de un colegio parroquial*



**H<sub>5</sub>:** Existe correlación significativa entre la crítica familiar y la sintomatología depresiva: Depresivos varios en niños de 9 a 12 años de un colegio parroquial.

**H<sub>0</sub>:** No existe correlación significativa entre la crítica familiar y la sintomatología depresiva: Depresivos varios en niños de 9 a 12 años de un colegio parroquial.

**Tabla 35**

*Correlación entre la crítica familiar y la sintomatología depresiva: Depresivos varios en niños de 9 a 12 años de un colegio parroquial*

		Depresivos varios
Crítica familiar	Correlación de Pearson	<b>0.17**</b>
	Sig. (bilateral)	0.005
	N	276

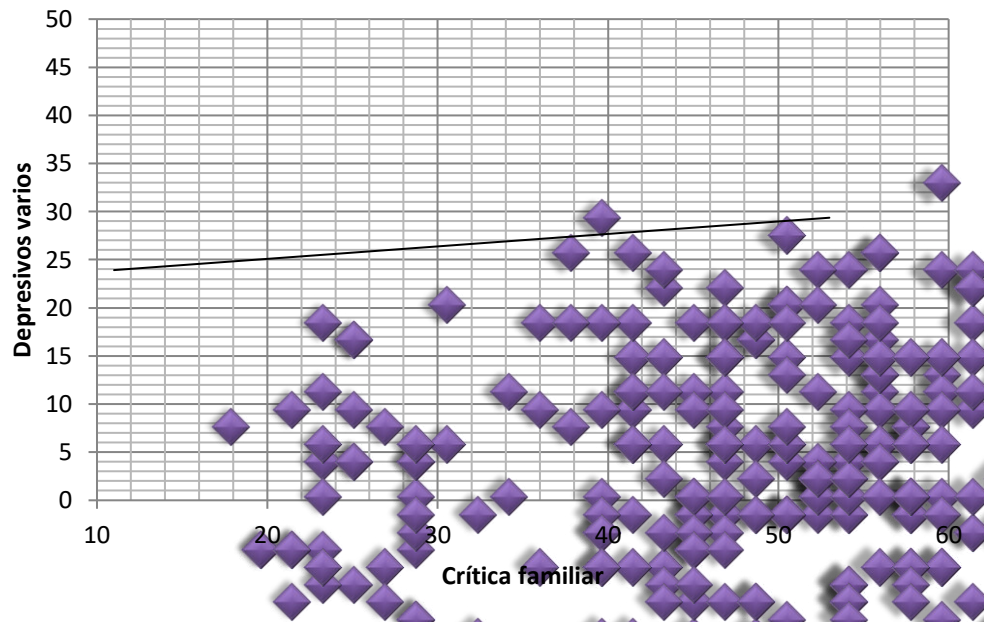
\*\* La correlación es significativa al nivel de  $p < 0.01$ .

Como puede observarse en la tabla 35, el valor de la correlación de Pearson ( $r = 0.17$ ) obtenido es estadísticamente significativo al nivel de  $p < 0.01$ . Asimismo, de acuerdo a Elorza (1987), la fuerza de la correlación entre las variables crítica familiar y sintomatología depresiva: Depresivos varios son débiles. Por tanto, se podría afirmar que entre ambas variables la relación es positiva y significativa, es decir, a una mayor puntuación en crítica familiar, mayor será la puntuación en la dimensión Depresivos varios que registren los niños de 9 a 12 años que estudian en el Colegio Santísimo Nombre de Jesús.

**Decisión:** Por consiguiente, observamos que de acuerdo a los resultados obtenidos, se decide rechazar la hipótesis nula.

**Figura 16**

*Diagrama de dispersión entre crítica familiar y sintomatología depresiva: Depresivos varios en niños de 9 a 12 años de un colegio parroquial*



**H<sub>6</sub>:** Existe correlación significativa entre la autoestima y la sintomatología depresiva: Respuesta afectiva en niños de 9 a 12 años de un colegio parroquial.

**H<sub>0</sub>:** No existe correlación significativa entre la autoestima y la sintomatología depresiva: Respuesta afectiva en niños de 9 a 12 años de un colegio parroquial.

**Tabla 36**

*Correlación entre la autoestima y la sintomatología depresiva: Respuesta afectiva en niños de 9 a 12 años de un colegio parroquial*

		Respuesta afectiva
Autoestima	Correlación de Pearson	<b>-0.58**</b>
	Sig. (bilateral)	0.000
	N	276

\*\* La correlación es significativa al nivel de  $p < 0.01$ .



**H<sub>0</sub>:** No existe correlación significativa entre la autoestima y la sintomatología depresiva: Problemas sociales en niños de 9 a 12 años de un colegio parroquial.

**Tabla 37**

*Correlación entre la autoestima y la sintomatología depresiva: Problemas sociales en niños de 9 a 12 años de un colegio parroquial*

		Problemas sociales
Autoestima	Correlación de Pearson	<b>-0.62**</b>
	Sig. (bilateral)	0.000
	N	276

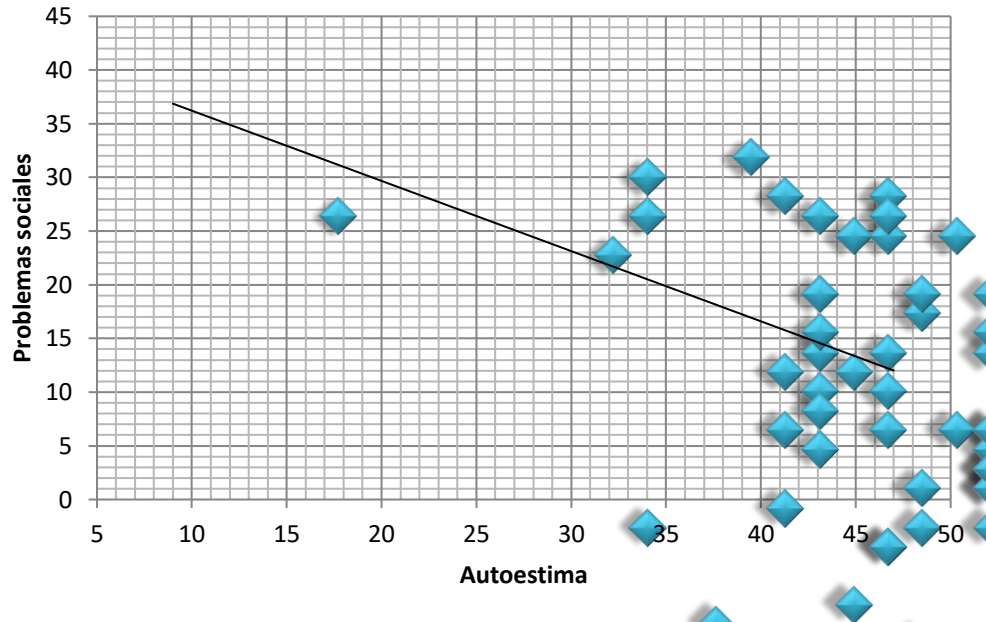
\*\* *La correlación es significativa al nivel de  $p < 0.01$ .*

De acuerdo con la tabla 37, el coeficiente de correlación conseguido ( $r = -0.62$ ) entre las variables autoestima y sintomatología depresiva: Problemas sociales posee una alta significación ( $p < 0.01$ ). Según lo propuesto por Elorza (1987), este coeficiente de valor indica una correlación en nivel moderado, obteniendo como conclusión de que ambas variables estudio guardan entre sí una relación negativa y significativa. Esto significa que a una mayor puntuación en autoestima la tendencia será significativa, pero moderada, a que sea menor la puntuación en la dimensión Problemas sociales en los niños de 9 a 12 años de un colegio parroquial.

**Decisión:** Por consiguiente, se tiene suficiente certeza para rechazar la hipótesis nula.

**Figura 18**

*Diagrama de dispersión entre Autoestima y sintomatología depresiva: Problemas sociales en niños de 9 a 12 años de un colegio parroquial*



**H<sub>8</sub>:** Existe correlación significativa entre la autoestima y la sintomatología depresiva: Preocupación por la muerte/salud en niños de 9 a 12 años de un colegio parroquial.

**H<sub>0</sub>:** No existe correlación significativa entre la autoestima y la sintomatología depresiva: Preocupación por la muerte/salud en niños de 9 a 12 años de un colegio parroquial.

**Tabla 38**

*Correlación entre la autoestima y la sintomatología depresiva: Preocupación por la muerte/salud en niños de 9 a 12 años de un colegio parroquial*

		Preocupación por la muerte/salud
Autoestima	Correlación de Pearson	<b>-0.60**</b>
	Sig. (bilateral)	0.000
	N	276

\*\* La correlación es significativa al nivel de  $p < 0.01$ .





**H<sub>0</sub>:** No existe correlación significativa entre la autoestima y la sintomatología depresiva: Sentimientos de culpabilidad en niños de 9 a 12 años de un colegio parroquial.

**Tabla 39**

*Correlación entre la autoestima y la sintomatología depresiva: Sentimientos de culpabilidad en niños de 9 a 12 años de un colegio parroquial*

		Sentimientos de culpabilidad
Autoestima	Correlación de Pearson	<b>-0.40**</b>
	Sig. (bilateral)	0.000
	N	276

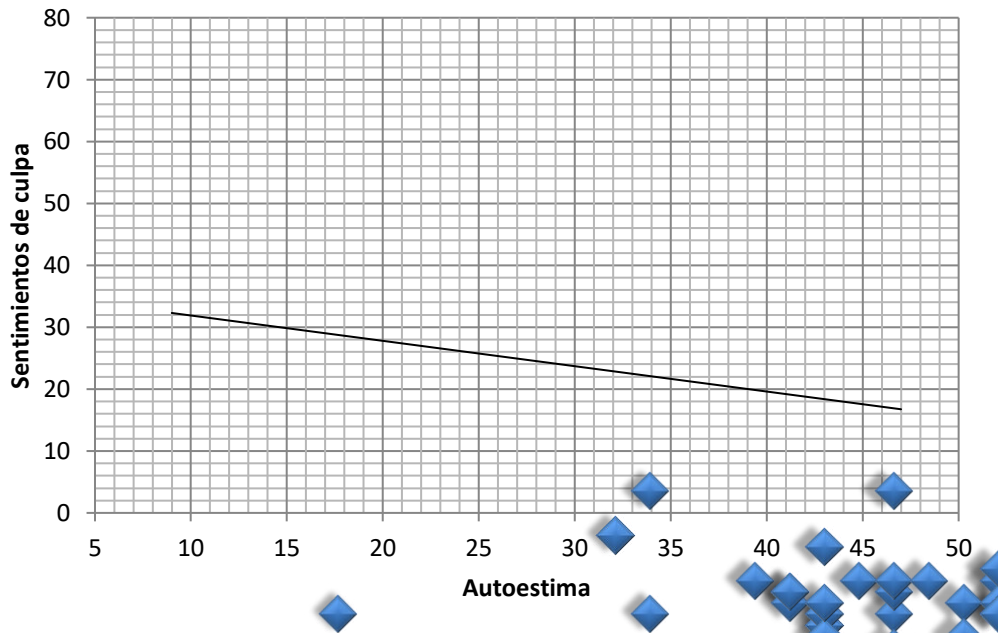
**\*\*** La correlación es significativa al nivel de  $p < 0.01$ .

De acuerdo a lo mostrado en la tabla 39, el coeficiente de correlación ( $r = -0.40$ ) entre las variables autoestima y sintomatología depresiva: Sentimientos de culpabilidad tiene un alto valor de significación ( $p < 0.01$ ). Aunque este valor indica, según Elorza (1987), una débil correlación, sin embargo, se puede llegar a la conclusión de que ambas variables estudio guardan entre sí una relación negativa y significativa. En otros términos, a una mayor puntuación en autoestima la tendencia será significativa, pero moderada, a que sea menor la puntuación en la dimensión Sentimientos de culpabilidad en los niños de 9 a 12 años de un colegio parroquial.

**Decisión:** Por lo tanto, de acuerdo con los resultados obtenidos, se dispone de suficiente certeza para rechazar la hipótesis nula.

**Figura 20**

*Diagrama de dispersión entre autoestima y sintomatología depresiva: Sentimientos de culpa en niños de 9 a 12 años de un colegio parroquial*



**H<sub>10</sub>:** Existe correlación significativa entre la autoestima y la sintomatología depresiva: Depresivos varios en niños de 9 a 12 años de un colegio parroquial.

**H<sub>0</sub>:** No existe correlación significativa entre la autoestima y la sintomatología depresiva: Depresivos varios en niños de 9 a 12 años de un colegio parroquial.

**Tabla 40**

*Correlación entre la autoestima y la sintomatología depresiva: Depresivos varios en niños de 9 a 12 años de un colegio parroquial*

		Depresivos varios
Autoestima	Correlación de Pearson	<b>-0.58**</b>
	Sig. (bilateral)	0.000
	N	276

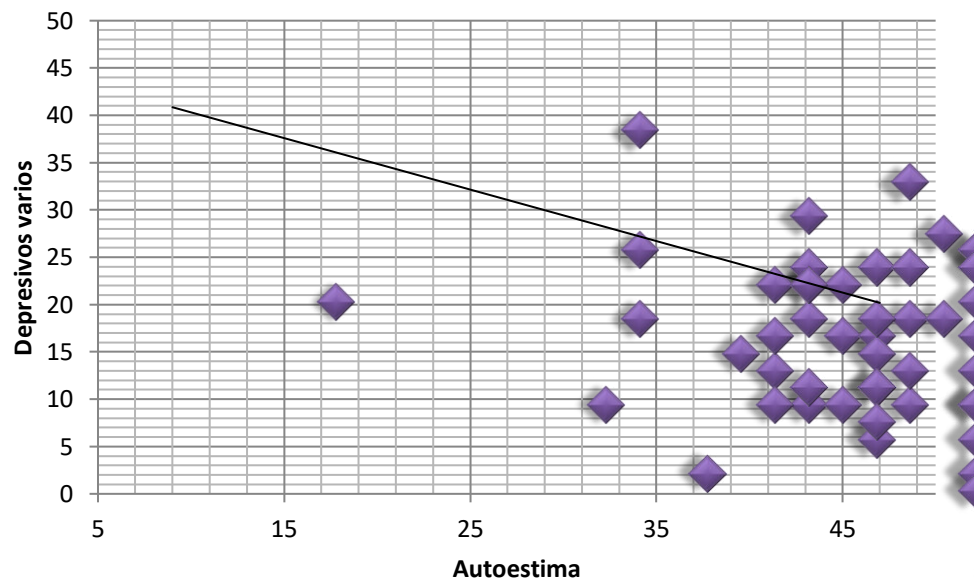
\*\* La correlación es significativa al nivel de  $p < 0.01$ .

Según lo observado en la tabla 40, el coeficiente de correlación ( $r = -0.58$ ) entre las variables autoestima y sintomatología depresiva: Depresivos varios son estadísticamente significativos ( $p < 0.01$ ). Aunque este valor indica una moderada correlación entre las variables, según lo propuesto por Elorza (1987), no obstante, se puede concluir que ambas variables de estudio guardan entre sí una relación negativa y significativa. Es decir, a una mayor puntuación en autoestima la tendencia será significativa, pero moderada, a que sea menor la puntuación en la dimensión Depresivos varios en los niños de 9 a 12 años de un colegio parroquial.

**Decisión:** Por lo tanto, de acuerdo con los resultados, se decide rechazar la hipótesis nula.

### Figura 21

*Diagrama de dispersión entre autoestima y sintomatología depresiva: Depresivos varios en niños de 9 a 12 años del Colegio Santísimo Nombre de Jesús*



### 4.3 Discusión de Resultados

De acuerdo con los resultados obtenidos con el método de regresión lineal múltiple, utilizado para correlacionar la sintomatología depresiva en

función de la crítica familiar y la autoestima en los niños de la muestra seleccionada, el modelo refiere que el comportamiento de la sintomatología depresiva en un 46.5% por la crítica familiar y la autoestima que el niño presenta. De este modo, se confirma lo propuesto en la hipótesis general, de que existe una correlación significativa entre la crítica familiar y la autoestima con la sintomatología depresiva en niños de 9 a 12 años de un colegio parroquial.

Respecto a la correlación entre la sintomatología depresiva y la autoestima, que se encontró más fuerte que con relación a la crítica familiar, Maldonado y Massardo (2000) encontraron asociación con una baja autoestima en niños con cierto grado de depresión. Manifiesta que la depresión es la experiencia de un estado de ánimo generalizado de tristeza, infelicidad; dichas situaciones subjetivas de tristezas o disforias son características fundamentales de la definición clínica de depresión. Puede percibirse una pérdida de la experiencia de placer, baja autoestima, retraimiento social, incapacidad para concentrarse, bajo rendimiento académico, alteraciones biológicas y síntomas somáticos.

Otro estudio con similares resultados es el reportado por Baeriswyl (2007), llega a la conclusión de que la varianza en la sintomatología depresiva del niño es explicada en un 75,9% por la autoestima y el desarrollo psicosocial, que incluye funcionamiento familiar y criticismo. Según Fristad, Goldberg-Arnold y Gavazzi (2003), la sintomatología emocional al interior del grupo familiar se manifiesta por la crítica. Los investigadores McCarthy, Lau, Valeri y Weisz (2004) infieren que la presencia alta de críticas en niños y adolescentes de parte de los padres son señales de inadecuadas interacciones. De acuerdo con Taylor et al. (2006), los mensajes negativos que se dan en el seno familiar producen a largo plazo consecuencias negativas, y esto es percibido en su bajo nivel de autoestima y bajo soporte emocional.

Con respecto a las hipótesis específicas, las primeras cinco plantean la relación entre la crítica familiar y las principales dimensiones de la sintomatología depresiva, como son: Respuesta afectiva, problemas sociales,

preocupación por la muerte/salud, sentimientos de culpabilidad, y depresivos varios. Los resultados obtenidos con la prueba de correlación de Pearson muestran que, efectivamente, las relaciones entre cada una de las dimensiones de sintomatología depresiva con la crítica familiar son positivas y significativas. En otros términos, esto significa que, ante una crítica familiar más acentuada manifestada por los padres, mayor será la tendencia a su comportamiento de la sintomatología depresiva en cada una de sus dimensiones. La crítica familiar puede ser indicador de una disfunción al interior de la familia. Al respecto, Dantzer, Swendsen, Maurice-Tison, y Salamon (2003) afirman que las disfunciones familiares son altos factores de riesgo que producen en los niños depresión.

El entorno familiar en donde vive el niño o el adolescente juega un papel significativo en el desarrollo de depresión. Los factores más comunes de riesgo son la existencia de conflictos conyugales o los conflictos emocionales entre uno de los padres y el niño, así como el maltrato físico o emocional (Richardson y Katzenellenbogen, 2005; Le y Boyd, 2006).

Del mismo modo que en el caso de las primeras hipótesis específicas, se puede inferir de las hipótesis que establecen relación entre cada una de las dimensiones de sintomatología depresiva y la autoestima. Los resultados hallados con la prueba de correlación de Pearson indican que las relaciones planteadas entre cada una de las dimensiones de sintomatología depresiva con la autoestima son negativas y significativas. Es decir, que, a mayor autoestima, menor sintomatología depresiva en los niños en cada una de sus dimensiones. Esto concuerda con lo señalado por Rutter y Taylor (2004), quienes formulan que las personas deprimidas comúnmente presentan baja autoestima atendiendo selectivamente aspectos negativos de la vida cotidiana o de sí mismos presentando baja autovaloración, criticando sus competencias interpersonales y académicas. Señala que, a pesar de numerosas investigaciones sobre la relación entre depresión y baja autoestima, se desconoce si la baja autoestima es causa o consecuencia de la depresión.

Muchos eventos vitales estresantes, características cognitivas asociadas a la afectividad negativa, como sentimientos de desamparo o

pérdida y/o de autoestima baja, así como un estilo cognitivo rumiativo, dificultan el afrontamiento y aumentan la probabilidad de sufrir depresión en comparación con aquellas personas sin estas características. Asimismo, la existencia de síntomas depresivos, como anhedonia o pensamientos de muerte, acrecientan de manera importante el riesgo de manifestar depresión mayor en niños y adolescentes (National Collaborating Centre for Mental Health, 2005; Garber, 2006).

En resumen, la autoestima de acuerdo al modelo de regresión lineal múltiple es un componente importante en sintomatología depresiva. Es importante considerar la programación de intervenciones futuras en los niños que son objeto de crítica familiar, es decir, la seguridad, el fortalecimiento de la autoestima incurriría en una sintomatología depresiva menor.

## **CAPÍTULO V**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **5.1 CONCLUSIONES**

##### **5.1.1 Nivel correlacional de crítica familiar, autoestima y sintomatología depresiva**

- 1) Encontramos que el nivel de crítica familiar que caracteriza a los niños investigados es de un nivel medio, aproximadamente dos tercios de la muestra se ubican en este nivel de crítica familiar.
- 2) En el nivel de autoestima predominante en la muestra investigada, la mitad de la muestra de los niños participantes del estudio
- 3) El nivel de depresión que es característico en la muestra es predominantemente de un nivel bajo, tanto en lo que se refiere al estado de ánimo, respuesta afectiva, ausencia de dificultades sociales, sentimientos de culpabilidad y preocupación por la muerte y en el nivel general de depresión, sin embargo, el

porcentaje predominante de estos estudios se ubican en los niveles promedio y alto.

### **5.1.2 Correlación de la crítica familiar y autoestima con la sintomatología depresiva**

1) Encontramos que existe correlación muy significativa entre la crítica familiar y la autoestima actuando al mismo tiempo sobre la sintomatología depresiva en niños de 9 a 12 años de un colegio parroquial.

2) Se observa que la autoestima y la crítica familiar explican el 46,5% de las diferencias de los niños en la sintomatología depresiva, pero encontramos que la autoestima tiene una mejor importancia que la crítica familiar.

### **5.1.3 Correlación entre la crítica familiar y la sintomatología depresiva**

1) Se encontró que existe correlación positiva y significativa pero débil entre la crítica familiar y la sintomatología depresiva: Respuesta afectiva, en niños de 9 a 12 años de un colegio parroquial. Existiendo una ligera tendencia a que a más crítica familiar más sintomatología depresiva.

2) Existe correlación positiva y significativa entre la crítica familiar y la sintomatología depresiva: Problemas sociales, en niños de 9 a 12 años de un colegio parroquial.

3) Existe correlación positiva y significativa entre la crítica familiar y la sintomatología depresiva: Preocupación por la muerte/salud, en niños de 9 a 12 años de un colegio parroquial.

4) Existe correlación positiva y significativa entre la crítica familiar y la sintomatología depresiva: Sentimientos de culpabilidad, en niños de 9 a 12 años de un colegio parroquial.



5) Existe correlación positiva y significativa entre la crítica familiar y la sintomatología depresiva: Depresivos varios, en niños de 9 a 12 años de un colegio parroquial.

#### **5.1.4 Correlación entre la autoestima y la sintomatología depresiva**

1) Existe correlación negativa y significativa entre la autoestima y la sintomatología depresiva: Respuesta afectiva, en niños de 9 a 12 años de un colegio parroquial. Se presenta una tendencia moderada a que a más autoestima menor sintomatología depresiva.

2) Existe correlación negativa y significativa entre la autoestima y la sintomatología depresiva: Problemas sociales, en niños de 9 a 12 años de un colegio parroquial.

3) Existe correlación negativa y significativa entre la autoestima y la sintomatología depresiva: Preocupación por la muerte/salud, en niños de 9 a 12 años de un colegio parroquial.

4) Existe correlación negativa y significativa entre la autoestima y la sintomatología depresiva: Sentimientos de culpabilidad, en niños de 9 a 12 años de un colegio parroquial.

5) Existe correlación negativa y significativa entre la autoestima y la sintomatología depresiva: Depresivos varios, en niños de 9 a 12 años de un colegio parroquial.

## 5.2 RECOMENDACIONES

- 1) Planificar y realizar intervenciones en la autoestima de los niños del nivel de educación primaria, pues se ha evidenciado en este trabajo que una fuerte autoestima incide en una menor sintomatología depresiva.
- 2) Desarrollar, talleres vivenciales que posibiliten un mejor conocimiento de la problemática familiar, fomentando una mayor interacción entre padres e hijos escolares encaminada a canalizar la crítica familiar de manera constructiva.
- 3) Realizar estudios que incorporen el cuestionario de crítica familiar en comunidades más amplias y con diferentes características, el instrumento utilizado puede proporcionar información valiosa respecto de la relación o interacción de cada uno de los familiares que conviven en el hogar.
- 4) Llevar a cabo estudios longitudinales en niños del nivel de educación primaria, a fin de que las variables observadas en este trabajo proporcionen una nueva reevaluación en la adolescencia y en la adultez joven, para así conocer las posibles variaciones y cómo se reproducen durante el desarrollo evolutivo.
- 5) Diseñar estudios que consideren el funcionamiento familiar, así como las percepciones de los padres y los hermanos, porque la mayoría de las investigaciones, incluyendo la presente, enfocan las percepciones y vivencias del niño, es por ello que es importante conocer a otros actores relevantes que intervienen en el desarrollo del estudiante.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- Abello, D., Cortés O., Barros O., Merca S., Solano D. (2014), *Prevalencia de depresión infantil en colegios oficiales de Barranquilla. Tesis psicológica.* Revista de la Facultad de Psicología. Vol. 9, N<sup>o</sup>. 1. Colombia.
- Abraham, K. (1916). La primera etapa pregenital de la libido. En K. Abraham, *Contribuciones a la teoría de la libido.* Buenos Aires: Hormé.
- Aiken, L. (2003). *Test psicológicos y evaluación.* México. Editorial Pearson.
- Aláez, M., Martínez-Arias, R. y Rodríguez-Sutil, C. (2000). *Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género.* Psicothema, Vol. 12, N<sup>o</sup> 4, 525-532.
- Alarcón, I. (1993). *Lista de chequeo conductual de la ansiedad en niños.* Revista Peruana de Análisis de la Conducta, 2(1/2), 37-42.
- Amaya H., A. (2013). *El rol de la autoestima, factores biológicos y socioculturales sobre la insatisfacción corporal y la dieta restrictiva.* Tesis doctoral, Universidad Nacional Autónoma de México. Disponible en: <http://132.248.9.195/ptd2013/octubre/0704071/Index.html> .
- Ambert, A.M. (1992). *The effect of children on parents.* New York: The Haworth Press.
- Anicama, J. (2010). *Análisis y modificación del comportamiento en la Práctica Clínica.* Asamblea Nacional de Rectores 1ra edición. Industria Gráfica Decourt. Lima.
- Apolo T. (2015), *Presencia de bullying y su incidencia en la depresión Infantil en niños de 8-12 años, de la escuela de Educación básica Luis Urdaneta, del Canton Pindal, Provincia de Loja. Periodo enero-julio 2015.*
- Arenas, S. (2009). *Relación entre la funcionalidad familiar y la depresión en adolescentes.* Tesis para optar el título profesional de Psicóloga. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.
- Ary, D., Jacobs, L. y Razavieh, A. (1994). *Introducción a la investigación pedagógica.* México: McGraw-Hill.
- Baeriswyl, K. (2007). *Salud mental, factores psicológicos y familiares en niños diabéticos tipo 1 entre los 8 y los 12 años que viven en la V Región.* Tesis

- para optar al grado de Magíster en Psicología Infanto-Juvenil. Universidad de Chile.
- Benjet, C., Hernández-Guzmán, L., Tercero-Quintanilla, G., Hernández-Roque, A. y Chartt-León, R. (1999). *Validez y confiabilidad de la CES-D en peri-púberes*. Revista Mexicana de Psicología 16 175-185.
- Beltrán y Mora (2011). *Prevalencia de la depresión infantil en un grupo de estudiantes entre los 9 y 12 años de un colegio del municipio de Cajicá*. Informe de Investigación. Universidad de La Sabana. Colombia.
- Bertalanffy, L. (1992). *Teoría general de los sistemas*. México, DF: Fondo de Cultura Económica.
- Bronfenbrenner, U. (1995). In P. Moen, G. H. Elder, Jr., & K. Luscher (Eds.), *Examining lives in context: Perspectives on the ecology of human development* (pp. 619-647). Washington, DC: American Psychological Association.
- Brown, T. (1935). *The use of statistical techniques in market research*. Harvard University Graduate School of Business Administration. Business Research Studies, 12.
- Brown G, y Rutter M. (1966). The measurement of family activities and relationships: A methodological study. *Human Relations*, 19, 241-263.
- Caso N. (1999). *Validación de un instrumento de autoestima para niños y adolescentes*. Tesis de maestría, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México. Disponible en: <http://132.248.9.195/pd2007/0620057/Index.html>.
- Chacín J. (2016). *Psiconeuroinmunología en el proceso de la enfermedad y calidad de vida del niño con cáncer*. Tesis para optar al título de Doctora en Ciencias Humanas. Universidad del Zulia. Maracaibo. Venezuela.
- Clavijo, A. (2002). *Crisis, familia y psicoterapia*. La Habana: Ciencias Médicas.
- Cisneros D. y Mantilla R. (2016). *Depresión y ansiedad en niños de colegios estatales del distrito de Chorrillos*. Tesis de Licenciatura en Psicología. Universidad Ricardo Palma. Lima, Perú.

- Contreras-Valdeza, J., Hernández-Guzmán L., Freyrea M. (2015). *Insatisfacción corporal, autoestima y depresión en niñas con obesidad*. Revista mexicana de trastornos alimentarios Vol.7 N °1 2016.
- Dantzer, C., Swendsen, J., Maurice-Tison, S. y Salamon, R. (2003). Anxiety and depression in juvenile diabetes: A critical review. *Clinical Psychology Review, 6*, 787-800.
- Del Barrio, V. (2000). *La depresión infantil: factores de riesgo y posibles soluciones*. Málaga: Aljibe.
- Delgado M. (2017). "Psiconeuroinmunoendocrinología. Inteligencia emocional y salud en estudiantes universitarios. Tesis para optar el Grado Académico de Doctora en Psicología. Universidad Católica de Murcia. España.
- De la Portilla, S. (2006) *Bases teóricas de la psiquiatría infantil* (1ª. ed.). Colombia: Editorial Universidad de Caldas.
- De Zubiría, J. (2006). *Los modelos pedagógicos contemporáneos*. Bogotá: Cooperativa Editorial del Magisterio. En prensa.
- Dorr, A. (2004). *Aspectos centrales del desarrollo de la personalidad en el niño de etapa escolar*. Recuperado de:  
<http://www.med.uchile.cl/apuntes/archivos/2004/medicina/etapaescolar>
- Duarte, L. (2006). Ethos privado e modernidade: o desafio das religiões entre individuo, familia y congregação. En Luiz Duarte et al. (Orgs.) *Familia e Religião*. Río de Janeiro: Contra Capa.
- Dughi, P., Macher, E., Mendoza, A. y Núñez, C. (1995). *Salud mental, infancia, y familia*. Lima: UNICEF.
- Elorza, H. (1987). *Estadística para ciencias del comportamiento*. México, D.F.: Harla.
- Fristad, M., Goldberg-Arnold, J. y Gavazzi, S. (2003). Multi-family psychoeducation groups in the treatment of children with mood disorders. *Journal of Marital and Family Therapy, 29* (4), 491-504.
- Ferreira, A. (2003). *Sistema de interacción familiar asociado a la autoestima de menores en situación de abandono moral o prostitución*. Tesis para

- optar el Grado Académico de Doctora en Psicología. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.
- Figueras, A. (2006). *Evaluación multimétodo y multiinformante de la sintomatología depresiva en niños y adolescentes*. Tesis para optar al Título de Doctora en Psicología. Universitat de Barcelona, España.
- Flores, J. y Yupton, Z. (2003). *Influencia del maltrato infantil en el desarrollo social del niño escolar*. Tesis de Licenciatura en Psicología. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.
- Garrido, I. (2000). *Psicología de la emoción*. España: Síntesis.
- Garber J. (2006). Depression in Children and Adolescents. Linking Risk Research and Prevention. *Am J Prev Med*, 31(6 Suppl 1), 104-25.
- Goleman, D. (1995). *La inteligencia emocional*. Barcelona: Kairós.
- Gorostegui, M. (1992). *Adaptación y construcción de normas de la escala de autoconcepto para niños de Piers-Harris*. Tesis para optar al título de Psicólogo. Escuela de Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.
- Grieve A. (2015). *Comparación entre la presencia de sintomatología depresiva en niños de 8 a 10 años con leucemia, discapacidad física y ausencia de problemas de salud física en Lima Metropolitana*. Tesis de Licenciatura en Psicología. Universidad de Lima. Lima, Perú.
- Hall AD y Fagen RE (1956). Definition of System. *General Systems Yearbook*, 1, 18-28.
- Haquin, C., Larraguibel, M. Cabezas, J. (2004). Factores protectores y de riesgo en salud mental en niños y adolescentes de la ciudad de Calama. *Rev Chil Pediatr*, 75 (5), 425-433.
- Haley, J. (1989). *Terapia no convencional: Las técnicas psiquiátricas de Milton H. Erickson*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Hernández R, Fernández, C. y Baptista, M. (2010). *Metodología de la investigación*. 5ta edición. Editorial Mc-Graw-Hill. México.
- Hidalgo, N. y Rojas, R. (2005). *Funcionalidad familiar y riesgo a desarrollar trastornos alimenticios en adolescentes mujeres del distrito de Trujillo*.

- Tesis para optar el título de licenciado en Psicología. Universidad César Vallejo. Trujillo, Perú.
- Hirsch, A. y Woods-Buggeln, S. (2007). *Como ayudar a su hijo-Guía para padres*. Info diabetes, clínica diabetológica. Dr. Antuña de Alaiz. Recuperado de:  
<http://www.clinidiabet.com/es/infodiabetes/educacion/viviendo/infant>
- Jiménez, B. (2005). *El poder y los conflictos en familias con adolescentes. Una propuesta para pensar las relaciones intergeneracionales*. Ponencia presentada en el Seminario Internacional Familias: Cambios y Estrategias. Octubre de 2005. Bogotá: Universidad Nacional.
- Keeney, B. (1985). *Mind in Therapy: Constructing Systemic Family Therapies. With J. Ross*. New York: Basic Books.
- Kiecolt-Glaser, J. K., y Glaser, R. (1999). *Psychoneuroimmunology and cancer: factor fiction? European Journal of Cancer*, 35(11), 1603-1607.
- Kinch, J. (1963). A formalized theory of the self-concept. *The American Journal of Sociology*, 68, 481-486.
- Kowatch, R., Emslie, G. y Kennard, B. (1998). Trastornos del estado del ánimo. En D. Parmelee (Ed.), *Psiquiatría del niño y del adolescente*. (pp.121-140) España: Harcourt Brace.
- Lang, M. & Tisher, M. (1978). *Children's Depression Scale: Research Edition*. Melbourne: The Australian Council for Educational Research Limited.
- León. Mitzzy (2013). *Adaptación del inventario de depresión infantil de Kovacs en escolares de la UGEL 02 de Lima Metropolitana*. Revista PsiqueMag. Recuperado de <http://www.ucvlima.edu.pe/minds/index.htm>
- Llanos, R. (1998). *Psicopatología del niño y del adolescente*. Lima: Libro Amigo.
- Maldonado, M. y Massardo, D. (2000). *Depresión y problemas en las relaciones entre iguales*. Psicología Clínica Infanto-Juvenil. Período: I Semestre de 1999. Psicoarchivos Clasificados. Universidad de Concepción. República de Chile.
- Manrique, K. (2004). *Maltrato infantil: agresores, víctimas y entorno. Estudio descriptivo del maltrato al niño y adolescente a través del teléfono de*

- ayuda de la Fundación Anar, 2000. Tesis de Licenciatura en Psicología. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.
- Mantilla, L., Sabalza, L., Díaz, L. y Campo-Arias, A. (2004). Prevalencia de sintomatología depresiva en niños y niñas escolares de Bucaramanga, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, Vol. XXXIII, N° 2.
- Marquez, A. (2008). *Introducción a la psiconeuroinmunoendocrinología*. IntraMed. Disponible en:  
<http://www.intramed.net/contenido.asp?contenidoID=57479>
- Martínez-Pampliega, A., Iraurgi, I., Galíndez, E. y Sanz, M. (2006). Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES): desarrollo de una versión de 20 ítems en español. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, Vol. 6, N° 2, pp. 317-338.
- McCarthy, C., Lau, A., Valeri, S. y Weisz, J. (2004). Parent-child interactions in relation to critical and emotionally overinvolved expressed emotion (EE): is EE a proxy for behavior? *J Abnorm Child Psychol*, 32 (1), 83-93.
- McCarthy, C. y Weisz, J. (2002). Correlates of expressed emotion in mothers of clinically-referred youth: an examination of the five-minute speech sample. *J Child Psychol Psychiatry*, 43 (6), 759-768.
- McEwen, B., y Gianaros, P. (2011). *Stress-and allostasis-induced brain plasticity*. Annual review of medicine, 62, 431-445.
- McEwen, B. S., y Karatsoreos, I. N. (2012). *What Is Stress? In Stress Challenges and Immunity in Space*. (pp. 11-29). Springer Berlin Heidelberg.
- Megías, I. (2003). *Comunicación y conflictos entre hijos y padres*. Madrid: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD).
- Melo J. (2016). Estandarización del cuestionario de Ansiedad Infantil cas en escolares de 6 a 8 años de Lima Sur. Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología. Universidad Autónoma del Perú. Lima, Perú.
- Melo-Vega, C. (2009). *Sintomatología depresiva en niños trabajadores y no trabajadores que asisten a escuelas públicas de Lima Metropolitana*. Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología, con mención en Psicología Clínica. Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima, Perú.



- Miklowitz, D., Wisniewski, S., Miyahara, S., Otto, M. & Sachs, G. (2005). Perceived criticism from family member as a predictor of one year course of bipolar disorder. *Psychiatry Research*, 136, 101-111
- Millán, M. A. y Serrano, S. (2002). *Psicología y familia*. Madrid: Cáritas Española.
- Minuchin, S. (1982). *Familias y terapia familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Minuchin, P. (1988). Relationship within the family: A systems perspective development. In R. A. Hinde & J. Stevenson-Hinde (Eds.), *Relationship within the families* (pp. 7-26). Oxford: Clarendon Press.
- Moos, R. (1976). A typology of family social environment, *Family Process Journal*, 15(4), 357-371.
- Mur de Víu, C. (2014). La integración científica de la psiquiatría en la medicina contemporánea: Psiconeuroendocrinoinmunología y otras áreas. Sesión científica.
- National Collaborating Centre for Mental Health (2005). Depression in Children and Young People. Identification and management in primary, community and secondary care [Internet]. London: National Institute for Health and Clinical Excellence. Recuperado de:  
<http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/cg028fullguideline.pdf>
- Olson, D., Russell, C. y Sprenkle, D. H. (1980). Circumplex model of marital and family systems, II: Empirical studies and clinical intervention. In J.P. Vincent (Ed.), *Advances in family intervention, assessment and theory I* (pp. 129-179). New York: Jai.
- Olson, D., Russell, C. y Sprenkle, D. (1983). Circumplex model of marital and family system, VI: Theoretical update. *Family Process*, 22, 69-83.
- Olson, D. (1988). Capturing family change: Multi-system level assessment. En L. C. Wynne (Ed.). *The state of the art in family therapy research: Controversies and recommendations* (pp.75-80). Nueva York: Family Process Press.
- Olson, D. , Portner, J. y Lavee, Y. (1985). *FACES III*. St. Paul, MN: University of Minnesota.

- Olson, D., McCubbin, I., Barnes, H., Larsen, A. Muxen, M. y Wilson, M. (1989). *Families: What makes them work* (2<sup>nd</sup> ed.). Los Angeles: Sage.
- Olson, D. (1983). *Inventories of premarital, marital, parent-child, and parent-adolescent conflict*. St. Paul, MN: University of Minnesota, Department of Family Social Science.
- Oñate, MP. (1989). *El autoconcepto*. Madrid: Narcea Ediciones.
- Ortega, D. (2004). *Índice de depresión en los niños guatemaltecos pertenecientes a hogares desintegrados*. Tesis de Licenciatura en Psicología. Universidad Francisco Marroquín. Guatemala.
- Pastor, G. (1997). *Sociología de la familia. Enfoque institucional y grupal*. Salamanca: Sígueme.
- Ramírez, R. J. (2009). *Adaptación del Inventario de Depresión Infantil de Kovacs en escolares de la ciudad de Cajamarca*. Tesis para optar el título de Licenciado en Psicología, con mención en Psicología Clínica. Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima, Perú.
- Ray, O. (2004). *How the mind hurts and heals the body*. *American Psychologist*, 59 (1), 29-40.
- Reátegui, L. (1994). *La depresión infantil: Estandarización del inventario de depresión para niños (CDI)*. Tesis de Licenciatura en Psicología. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.
- Restrepo, N. (2004). Validación de la escala de involucramiento emocional y criticismo familiar (FEICS) en la población clínica psiquiátrica colombiana. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, Vol. 33, N° 2, Abril/Junio.
- Richardson LP, Katzenellenbogen R. (2005). Childhood and adolescent depression: The role of primary care providers in diagnosis and treatment. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*, 35 (1), 6-24.
- Rodríguez, J. y Ortiz, M. (2009). Depresión infantil. *Revista Científica Electrónica de Psicología*, 5 (6), 77-88.
- Rogers, C. (1987). *Psicología social de la enseñanza*. Madrid: Visor.

- Rogosch, FA, Cicchetti, D y Toth, SL. (2004). Expressed emotion in multiple subsystems of the families of toddlers with depressed mothers. *Dev Psychopathol*, 16 (3), 689-709.
- Ruiz, A. (2004). *La depresión: Una enfermedad inexistente. Visión crítica desde la psicología y psicoterapia cognitiva post-racionalista*. Instituto de Terapia Cognitiva Inteco, Santiago de Chile. Recuperado de: <http://www.inteco.cl/articulos/021/index.htm>.
- Rutter, M. y Taylor, E (Eds.). (2004). *Child and Adolescent Psychiatry*. Great Britain: Blackwell.
- Saklofske, D. H., Janzen, H. L., Hildebrand, D. K. y Kaufmann, L. (1998). Depresión en los niños. *Helping Children at Home and School: Handouts from Your School Psychologist*, 237-240.
- Sánchez, H. y Reyes, C. (2006). *Metodología de diseños de la investigación*. Lima: Visión Universitaria.
- Saura, P. (1995). *La educación del autoconcepto: cuestiones y propuestas*. Murcia: Universidad de Murcia Servicio de publicación.
- Santana, C. (2016). *Depresión y su influencia en la maduración visomotriz en los estudiantes de cuarto a sexto año de educación básica de la unidad educativa manuela espejo de la Ciudad de Ambato*. Tesis de Licenciatura en Psicología. Universidad Técnica de Ambato. México.
- Seisdodos, N. (2000). Adaptación y tipificación: unos lujos indispensables. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 10 (2), 37-50.
- Selvini, M. (1989). *Paradosso e Contraparadosso*. Milán: Feltrinelli.
- Serguienko, K. (2005). *Clima social en la familia y depresión en niños de 8 a 12 años pacientes de una Institución de Salud Mental*. Tesis de Licenciatura en Psicología. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.
- Spitz, R. (1958/1973). *El primer año de vida: Génesis de las primeras relaciones objetales* (6ª reimpresión). Madrid: Aguilar.
- Taylor, CB, Bryson, S, Celio Doyle, AA, Luce, K, Cunning, D, Abascal, LB, Rockwell, R, Field, AE, Striegel-Moore, R, Winzelberg, AJ & Wilfley, DE.

- (2006). The adverse effect of negative comments about weight and shape from family and siblings on women at high risk for eating disorders. *Pediatrics*, 118 (2), 731-738.
- Trenchi, N. (2007). *Todo sobre tu hijo*, Cap. 5: «Adopción, adoptados y adoptantes». Montevideo: Aguilar.
- UNICEF (2007). *UNICEF Informe Annual 2006*. New York: División de Comunicaciones.
- Vaughn C, y Leff J. (1976). The measurement of expressed emotion in families of psychiatric patients. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 15, 157-165.
- Vincent, JP. (1980). Empirical clinical study of families: Social learning theory as a point of departure. In J.P. Vincent (Ed.), *Advances in Family Intervention, Assessment and Theory, Vol. I*. Greenwich, Conn.: JAI Press.
- Watzlawick, P. (1997). *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona: Herder.
- Wicks-Nelson, R. e Israel, A. C. (1997). *Psicopatología del niño y del adolescente*. Madrid: McGraw-Hill.

# **ANEXOS**

**ANEXO 1**  
**CUESTIONARIO DE CRÍTICA FAMILIAR**  
**ENCUESTA**

Nombre: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Grado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Conteste a las siguientes preguntas de acuerdo a su estado actual. Marque con una X en el lugar que corresponda.

1	2	3	4	5
Rara vez o nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre

Ítems	1	2	3	4	5
1.- Mi madre me dice "eres un inútil".					
2.- Mi padre, cada vez que me equivoco y no realizo correctamente la acción que él me pide, me insulta o aplica un castigo.					
3.- Están comparándome y haciéndome sentir mal de mis acciones.					
4.- Mis padres nunca tienen tiempo para conversar conmigo.					
5.- Cuando les relato algo del colegio, mis padres no me escuchan.					
6.- Cuando me preguntan y contesto mal, mis padres me castigan físicamente.					
7.- Cuando converso con mis padres, pasan por alto mis opiniones.					
8.- Mi madre siempre está juzgándome.					
9.- Cuando realizo una acción equivocada, mis padres me enseñan a corregirla.					
10.- Mis padres me indican la forma correcta de hacer las tareas.					
11.- Mis padres me critican para no cometer los mismos errores.					

**GRACIAS  
 POR TUS  
 RESPUESTAS  
 SINCERAS**

**ANEXO 2**  
**INVENTARIO DE AUTOESTIMA DE COOPERSMITH**

**INVENTARIO DE AUTOESTIMA, DE COOPERSMITH**  
(Adaptación de Brinkmann y Segure)

**CUADERNILLO**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha de Nac.: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Colegio: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

**Instrucciones:**

Para responder a cada una de las declaraciones de la hoja del Inventario, procede como sigue:

- Si la declaración describe cómo te sientes habitualmente, pon una “X” en el paréntesis correspondiente en la columna debajo de la frase “Igual que yo” (Columna A) aquí en la hoja de respuestas.
- Si la declaración no describe cómo te sientes habitualmente, pon una “X” en el paréntesis correspondiente en la comuna debajo de la frase “Distinto a mí” (Columna B) aquí en la hoja de respuestas.

Para ensayar, hagamos el ejemplo:

“0. Me gustaría comer helados todos los días”.

- Si te gustaría comer helados todos los días, pon una “X” en el paréntesis debajo de la frase “Igual que yo” frente a la pregunta 0.
- Si no te gustaría comer helados todos los días, pon una “X” en el paréntesis debajo de la frase “Distinto a mí”, frente a la pregunta 0.

Prosigue en seguida con las restantes declaraciones.

**INVENTARIO DE AUTOESTIMA, DE COOPERSMITH**  
(Adaptación de Brinkmann y Segure)

**CUADERNILLO**

1. Paso mucho tiempo soñando despierto.
2. Estoy seguro de mí mismo.
3. Deseo frecuentemente ser otra persona.
4. Soy simpático.
5. Mis padres y yo nos divertimos mucho juntos.
6. Nunca me preocupo por nada.
7. Me avergüenza pararme frente al curso para hablar.
8. Desearía ser más joven.
9. Hay muchas cosas acerca de mí mismo que me gustaría cambiar si pudiera.
10. Puedo tomar decisiones fácilmente.
11. Mis amigos gozan cuando están conmigo.
12. Me incomodo en mi casa fácilmente.
13. Siempre hago lo correcto.
14. Me siento orgulloso de mi trabajo (en la escuela).
15. Tengo siempre que tener a alguien que me diga lo que tengo que hacer.
16. Me toma mucho tiempo acostumbrarme a cosas nuevas.
17. Frecuentemente me arrepiento de las cosas que hago.
18. Soy popular entre mis compañeros de mi misma edad.
19. Usualmente mis padres consideran mis sentimientos.
20. Nunca estoy triste.
21. Estoy haciendo el mejor trabajo que puedo.
22. Me doy por vencido fácilmente.
23. Usualmente puedo cuidarme de mí mismo.
24. Me siento suficientemente feliz.
25. Preferiría jugar con niños menores que yo.
26. Mis padres esperan demasiado de mí.
27. Me gustan todas las personas que conozco.
28. Me gusta que el profesor me interrogue en clases.
29. Me entiendo a mí mismo.
30. Me cuesta comportarme como en realidad soy.
31. Las cosas en mi vida están muy complicadas.
32. Los demás (niños) casi siempre siguen mis ideas.
33. Nadie me presta mucha atención en casa.
34. Nunca me regañan.
35. No estoy progresando en la escuela como me gustaría.
36. Puedo tomar decisiones y cumplirlas.
37. Realmente no me gusta ser un muchacho (una muchacha.).
38. Tengo una mala opinión de mí mismo.
39. No me gusta estar con otra gente.
40. Muchas veces me gustaría irme de casa.
41. Nunca soy tímido.
42. Frecuentemente me incomoda la escuela.



43. Frecuentemente me avergüenzo de mí mismo.
44. No soy tan bien parecido como otra gente.
45. Si tengo algo que decir, habitualmente lo digo.
46. A los demás "les da" conmigo (me persiguen, me molestan y no me sueltan).
47. Mis padres me entienden.
48. Siempre digo la verdad.
49. Mi profesor me hace sentir que no soy gran cosa.
50. A mí no me importa lo que me pasa.
51. Soy un fracaso.
52. Me incomodo fácilmente cuando me regañan.
53. Las otras personas son más agradables que yo.
54. Habitualmente siento que mis padres esperan más de mí.
55. Siempre sé qué decir a otras personas.
56. Frecuentemente me siento desilusionado en la escuela.
57. Generalmente las cosas no me importan.
58. No soy una persona confiable como para que otros dependan de mí.

## HOJA DE RESPUESTA

Pregunta	Igual que yo (A)	Distinto a mí (B)	Pregunta	Igual que yo (A)	Distinto a mí (B)
0	( )	( )	30	( )	( )
1	( )	( )	31	( )	( )
2	( )	( )	32	( )	( )
3	( )	( )	33	( )	( )
4	( )	( )	34	( )	( )
5	( )	( )	35	( )	( )
6	( )	( )	36	( )	( )
7	( )	( )	37	( )	( )
8	( )	( )	38	( )	( )
9	( )	( )	39	( )	( )
10	( )	( )	40	( )	( )
11	( )	( )	41	( )	( )
12	( )	( )	42	( )	( )
13	( )	( )	43	( )	( )
14	( )	( )	44	( )	( )
15	( )	( )	45	( )	( )
16	( )	( )	46	( )	( )
17	( )	( )	47	( )	( )
18	( )	( )	48	( )	( )
19	( )	( )	49	( )	( )
20	( )	( )	50	( )	( )
21	( )	( )	51	( )	( )
22	( )	( )	52	( )	( )
23	( )	( )	53	( )	( )
24	( )	( )	54	( )	( )
25	( )	( )	55	( )	( )
26	( )	( )	56	( )	( )
27	( )	( )	57	( )	( )
28	( )	( )	58	( )	( )
29	( )	( )			

### ANEXO 3

#### CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN PARA NIÑOS (CDS)

N°	ÍTEM	N°	ÍTEM
01	Me siento alegre la mayor parte del tiempo.	21	La mayoría del tiempo no me da ganas de hacer nada.
02	Muchas veces me siento triste en el colegio.	22	A veces tengo miedo de enfadar a mis padres.
03	A menudo pienso que nadie se preocupa por mí.	23	Cuando me enfado mucho casi siempre termino llorando.
04	A menudo creo que valgo poco.	24	En mi familia todos nos divertimos mucho juntos.
05	Me despierto mucho durante la noche.	25	Me divierto con las cosas que hago.
06	A menudo pienso que dejo mal a mis padres.	26	Frecuentemente me siento infeliz.
07	Creo que se sufre mucho en la vida.	27	Muchas veces me siento solo o aislado en el colegio.
08	Me siento orgulloso (a) de las cosas que hago.	28	A menudo me desagrada mi persona.
09	Siempre creo que el día siguiente será mejor.	29	A menudo no tengo ganas de levantarme.
10	A veces me gustaría no vivir más.	30	Frecuentemente pienso que merezco ser castigado.
11	Me siento solo muchas veces.	31	A menudo me siento fastidiado por mis tareas escolares.
12	Frecuentemente estoy descontento conmigo mismo.	32	Me molesto con el que se molesta conmigo.
13	Me canso más que otros niños.	33	Casi siempre lo paso bien en el colegio.
14	A veces mis padres me hacen pensar que he hecho algo malo.	34	A veces pienso que no vale la pena vivir esta vida.
15	Me pongo triste cuando alguien se enfada conmigo.	35	La mayoría del tiempo creo que nadie me comprende.
16	Muchas veces mis padres me hacen sentir bien por lo que hago.	36	A menudo me avergüenzo de mí mismo.
17	Siempre deseo hacer muchas cosas en el colegio.	37	A menudo me siento sin vida por dentro.
18	En el colegio muchas veces me dan ganas de llorar.	38	A veces me preocupa no amar a mis padres como es debido.
19	Muchas veces no puedo mostrar lo mal que me siento por dentro.	39	A menudo me preocupa la salud de mis padres.
20	Me desagrada mi aspecto o mi comportamiento.	40	Creo que mis padres están orgullosos de mí.

N°	ÍTEM	N°	ÍTEM
41	Soy una persona muy feliz.	54	A veces creo hacer cosas que enferman a mis padres.
42	Cuando estoy fuera de casa no me siento bien.	55	A menudo me siento mal por no conseguir lo que quiero.
43	Nadie sabe lo triste que me siento por dentro.	56	Duermo bien durante la noche.
44	A veces me pregunto si realmente soy malo.	57	Casi todo lo que hago me sale bien.
45	Casi siempre me siento cansado en el colegio.	58	Creo que mi familia es desdichada.
46	Creo que no merezco que no me quieran.	59	Cuando estoy fuera de casa me siento como vacío.
47	A veces sueño que tengo un accidente o me muero.	60	A menudo creo no ser tan bueno como quisiera.
48	Pienso que no es nada malo enfadarse.	61	A veces me siento mal porque no amo y escucho a mis padres.
49	Creo que tengo buena presencia y soy atractivo.	62	Pienso a menudo que no voy a llegar a ninguna parte.
50	Algunas veces no sé por qué me dan ganas de llorar.	63	Tengo muchos amigos.
51	A menudo me siento no serle útil a nadie.	64	Comparto con mis padres cosas importantes en mi tiempo libre.
52	Cuando fallo en el colegio pienso que no valgo para nada.	65	Hay mucha gente que se preocupa por mí.
53	Casi siempre imagino que hago heridas o que me muero.	66	A veces creo que tengo dos maneras diferentes de ser.

# CDS

## PROTOCOLO DE RESPUESTA

Apellidos y Nombres: .....  
 Edad: ..... Sexo: (V) (M) Fecha: .....

++	Muy de Acuerdo
+	De cuerdo
+/-	No estoy seguro
-	En Desacuerdo
--	Muy en Desacuerdo

**MARCA SOLO UNA RESPUESTA**

	++	+	+/-	-	--		
1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
4	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
5	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
6	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
7	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
8	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
9	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
10	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
11	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
12	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
13	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
14	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
15	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
16	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
17	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
18	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
19	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
20	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
21	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
22	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
23	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
24	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
25	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
26	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
27	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
28	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
29	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
30	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
31	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
32	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
33	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	AA	<input type="text"/>
34	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
35	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
36	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
37	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	RA	<input type="text"/>
38	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
39	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
40	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
41	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	PS	<input type="text"/>
42	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
43	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
44	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
45	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	AE	<input type="text"/>
46	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
47	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
48	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
49	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	PM	<input type="text"/>
50	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
51	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
52	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	SC	<input type="text"/>
53	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
54	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
55	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
56	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	DV	<input type="text"/>
57	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	PV	<input type="text"/>
58	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
59	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
60	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
61	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
62	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	TP	<input type="text"/>
63	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
64	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
65	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
66	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	TD	<input type="text"/>