

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
**UNIDAD DE SEGUNDA ESPECIALIZACIÓN**



**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN:**

**“TIPO DE VIOLENCIA INFANTIL Y DEPRESIÓN EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA 2019”**

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO ESPECIALISTA EN:**

**MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

**AUTOR:**

**M.C SUSETY YENY DIAZ RAMIREZ**

**ASESOR:**

**M.C IVAN ULISES QUIROZ MENDOZA**

**Código ORCID: 000-002-2950-2886**

**CAJAMARCA, PERÚ**

**2022**

## **I.- GENERALIDADES**

### **1. TÍTULO DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

Tipo de violencia infantil y depresión en el Hospital Regional Docente de Cajamarca 2019

### **2. NOMBRES Y APELLIDOS DEL AUTOR**

M.C Susety Yeny Díaz Ramírez, Residente de Medicina Familiar y Comunitaria

### **3. NOMBRES Y APELLIDOS DEL ASESOR**

M.C Ivan Ulises Quiroz Mendoza, Médico especialista en Medicina Interna del Hospital II ESSALUD CAJAMARCA

### **4. TIPO DE INVESTIGACIÓN**

Observacional, correlacional, transversal, retrospectivo

### **5. RÉGIMEN DE INVESTIGACIÓN**

Libre

### **6. DEPARTAMENTO Y ÁREA ACADÉMICA A LA QUE PERTENECE EL PROYECTO**

**Departamento:** Departamento de Medicina

**Área Académica:** Servicio de Salud Mental

### **7. INSTITUCIÓN DONDE SE DESARROLLARÁ EL PROYECTO**

Servicio de Salud Mental del Hospital Regional Docente de Cajamarca.

### **8. LOCALIDAD DONDE SE REALIZA LA INVESTIGACIÓN**

**Distrito** : Cajamarca

**Provincia** : Cajamarca

**Departamento** : Cajamarca

**País** : Perú

### **9. DURACIÓN DEL PROYECTO**

**Inicio** : Julio 2020

**Término** : Julio 2021

## 10.- ETAPAS (Cronograma)

ACTIVIDADES	2020						2021						
	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MARZ	ABRIL	MAY	JUN	JUL
Elaboración del proyecto	X	X											
Presentación del proyecto			X										
Revisión bibliográfica				X									
Elaboración de instrumentos					X								
Aplicación de instrumentos						X	X	X					
Tabulación de datos									X	X			
Elaboración de la investigación											X		
Presentación de la investigación												X	
Sustentación													X

## 11.- RECURSOS DISPONIBLES

- Recursos Humanos. Residente y Médico Asesor.
- Recursos materiales. Listado del presupuesto.
- Infraestructura. Servicio de Salud Mental
- Implementación. Equipos de cómputo.
- Recursos mínimos del trabajador. Firma del consentimiento informado y llenado de ficha de recolección de datos.
- Servicios: Listado del presupuesto.

## 12.- PRESUPUESTO

Bienes	P. Unitario	Cantidad	Total
<b>Materiales de escritorio</b>			
Papel Bond A4	S/. 12.00	3	S/.36.00
CD ROOM	S/. 2.00	3	S/. 6.00
Lapiceros	S/. 1.00	10	S/. 10.00
<b>Servicios</b>			
Permiso HRDC	S/10.00	1	S/. 10.00
Pago al estadístico	S/500.00	1	S/500.00
Servicio de internet y electricidad	S/150.00		S/150.00
Impresiones y copias	S/. 0.10	300	S/. 30.00
Empastados	S/. 18	2	S/.36.00
<b>TOTAL</b>			<b>S/. 778.00</b>

## 13.- FINANCIAMIENTO

El financiamiento del estudio será cubierto por el Médico Residente.

## II.- DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

### 2.1.- Definición y delimitación del problema

La OPS<sup>1</sup> refiere que, en el mundo, 1 de cada 2 niños de entre 2 y 17 años sufre algún tipo de violencia cada año. Según una revisión global, se estima que el 58% de las niñas y los niños en América Latina y el 61% en América del Norte sufrieron abuso físico, sexual o emocional en el último año.

De igual manera la Organización Mundial de la Salud<sup>2</sup> menciona que, en el mundo, uno de cada siete adolescentes de 10 a 19 años padece algún trastorno mental, estas enfermedades siguen en gran medida sin recibir el reconocimiento y el tratamiento debidos, de ellos se calcula que el 2.8% de adolescentes padecen depresión

Quintero M<sup>3</sup>, refiere que sí existe relación entre el maltrato infantil en la etapa de la niñez, y el desarrollo de trastornos mentales, ya que al realizar las entrevistas para su estudio observaron que todos los entrevistados contestaron afirmativamente a la violencia sufrida durante su niñez, y que los agresores eran personas del entorno familiar.

Fernández M<sup>4</sup>, realiza un estudio transversal en España, encontrando que los pacientes con antecedente de maltrato durante la infancia tienen un mayor riesgo de sufrir nuevos episodios depresivos y de mantenerse crónicamente deprimidos, además mayor probabilidad de autolesionarse y referir experiencias que puedan estar en la base síntomas psicóticos.

Aldeas Infantiles SOS Perú<sup>5</sup> hace hincapié en que somos uno de los países con mayores índices de violencia en Latinoamérica, con alrededor de veinte mil casos reportados de violencia intrafamiliar, así mismo, aproximadamente el 70 % de infantes que ingresaron a instituciones de cuidado alternativo, sufrieron algún tipo de violencia intrafamiliar, ya sea física, sexual, psicológica o por abandono.

De acuerdo con Berrospi M<sup>6</sup> en el Perú en el 2019, se estima que el 60% de los niños y niñas, entre 9 y 11 años, fueron víctimas de algún tipo de violencia, lo que equivaldría a más de un millón de niños en nuestro País, en cuanto a las implicaciones de la violencia en la vida de un niño, niña o adolescente estas son diversas y se presentan a lo largo de la vida de la víctima. Las víctimas pueden llegar a desarrollar: depresión, ansiedad, baja autoestima, dificultad para aprender o relacionarse con otras personas.

La Mesa de Concertación para la lucha contra la pobreza en Cajamarca<sup>7</sup> hace mención que llama la atención la presencia de maltrato como la circunstancia difícil con más frecuencia en los niños, niñas y adolescentes, pues a nivel nacional somos

el departamento con el mayor porcentaje (83,7%). Adicionalmente, de todas las situaciones difíciles que enfrenta este grupo etario, en Cajamarca se presentan el 4,6% del total nacional, sin contar que aún no existen otras circunstancias, como adicciones, proxenetismo, bandas juveniles o violaciones que se hayan denunciado o puesto en evidencia en la región. Así mismo Del total de niños, niñas y adolescentes en circunstancias difíciles en nuestro departamento, la mayoría son de sexo femenino entre las edades de 6 a 11 años, haciendo un 28,6% del total.

Teniendo en cuenta lo mencionado, surgió la formulación del problema del presente proyecto de investigación, y planteamos la problemática para evaluar los tipos de violencia en relación con la depresión infantil en el Hospital Regional Docente de Cajamarca.

**Delimitación espacial:** El estudio se limitará al Hospital Regional Docente de Cajamarca, en el distrito de Cajamarca, provincia de Cajamarca, departamento de Cajamarca.

**Delimitación Temporal:** Comprenderá el periodo entre el 01 enero del 2019 al 31 de diciembre del 2019.

**Delimitación de población:** Todos los niños y adolescentes atendidos en la Unidad de Maltrato Infantil y del adolescente en Salud (MAMIS) del Hospital Regional docente de Cajamarca, que hayan sufrido algún tipo de violencia física, psicológica, sexual y abandono y que tengan el diagnóstico de depresión, dentro del periodo delimitado.

## **2.2.- Formulación del problema**

¿Existe relación entre el tipo de violencia infantil y la depresión en el Hospital Regional Docente de Cajamarca en el periodo 2019?

## **2.3.- Objetivos**

### **2.3.1.- Objetivo general**

- Establecer si existe relación entre el tipo de violencia y la depresión en el Hospital Regional Docente de Cajamarca en el periodo de enero a diciembre del 2019.

### **2.3.2.-Objetivos específicos**

- Determinar el perfil sociodemográfico de las víctimas de maltrato infantil en el Hospital Regional Docente de Cajamarca.

- Determinar cuál es el tipo de violencia infantil más frecuente en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2019.
- Determinar la prevalencia de violencia física y depresión en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2019.
- Determinar la prevalencia de violencia psicológica y depresión en el Hospital Regional Docente de Cajamarca.
- Determinar la prevalencia de violencia sexual y depresión en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2019.
- Determinar la prevalencia de violencia por abandono y depresión en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2019.
- Establecer el vínculo entre el agresor y la víctima de maltrato infantil en los casos reportado en el MAMIS del Hospital Regional Docente de Cajamarca en el año 2019.

## **2.4.- Justificación**

### **Factible**

No se requerirá la utilización de técnicas muy sofisticadas para su medición, se tomarán como referencia estudios internacionales de diferentes escuelas que se han dedicado a estudios de psicología infantil y dada la calidad de la investigación facilitará la accesibilidad a potenciales participantes a futuro, para ser de este un estudio no sólo de importancia local, sino regional.

### **Interesante**

El estudio estará centrado sobre la relación entre el tipo de violencia y la depresión, lo cual motiva a presentar este trabajo de investigación para indagar sobre este importante problema de salud, y poder tomar las acciones respectivas a tiempo.

### **Novedoso**

Existen trabajos no muy lejanos a nuestro medio, como los mencionados anteriormente, en los que se realizaron descripciones de la relación que existe entre violencia y depresión en nuestro País, lo cual nos servirá para conocer nuestra realidad local. Además, cabe resaltar que este estudio nos servirá como marco de referencia para estudios comparativos con otras realidades.

**Ético**

Se mantendrá el anonimato de las personas que participaran en el estudio, recolectándose información de la ficha de vigilancia centinela de violencia familiar del MAMIS y revisando historias clínicas de los casos reportados.

**Relevante**

Nuestros resultados permitirán tener una visión de la relación entre el tipo de violencia y depresión, además de establecer el cual es el tipo de violencia más frecuente, la prevalencia de depresión y el perfil sociodemográfico de los casos reportados, que nos servirá para comparar nuestra realidad local, con otras realidades a nivel nacional y latinoamericano.

### **III.- MARCO TEÓRICO**

#### **3.1.- Antecedentes de la investigación**

Rojas B<sup>8</sup>, en una investigación transversal-correlacional de diseño no experimental en donde estudiaron a 38 niños procedentes de un colegio privado de Lima, menciona que existe una relación alta entre maltrato infantil del tipo pasivo, y depresión infantil, para lograr el resultado aplicaron el cuestionario de maltrato pasivo y el inventario de depresión infantil de Kovacs.

Bernal Tapia<sup>9</sup> realizó una investigación bibliográfica cualitativa, con el objetivo de identificar las afectaciones infantiles en los distintos tipos de violencia vividos en el seno familiar, concluyendo que existe afectación psicológica significativa en la salud mental de los infantes, expuestos a los distintos tipos de violencia., recalca además que los que fueron expuestos a violencia física padecen en mayor frecuencia trastornos de ansiedad y depresión.

Ortega L<sup>10</sup> realizó un estudio en 114 jóvenes atendidos en un servicio de intervención precoz en psicosis, evaluaron síntomas positivos, negativos y depresivos, con las escalas PANSS y Calgary de depresión, encontrando que la violencia en la infancia se asocia con una peor adaptación social, en todos los dominios, de forma directa en dominios que implican relaciones interpersonales, y síntomas depresivos en una vía mediada que implica ocio y trabajo.

Orozco H<sup>11</sup> realizó un rastreo bibliográfico de diversas bases de datos científicas, concluyendo que la exposición a situaciones de violencia durante la infancia, incide en los procesos de mielinización, y por ende en el desarrollo cerebral, y en los procesos psicológicos, los cuales se manifestaran a lo largo de su vida, siendo la depresión infanto juvenil uno de los principales efectos en la población. Adicional a ello enfatizan una significativa relación entre las situaciones adversas o la exposición temprana a diversos tipos de violencia o maltrato, como predictor de severidad de síntomas depresivos.

Guerra C<sup>12</sup> en un estudio descriptivo correlacional, donde estudia la poli victimización la cual se refiere a la acumulación de experiencias de violencia durante la infancia, encontró que la forma más frecuente de violencia fue del tipo verbal, y que este se dio en el ambiente intrafamiliar, el estudio confirma además la relación entre la polivictimización en adolescentes con mayor sintomatología depresiva y autoagresión, el resultado presentado en el estudio planteó la necesidad de que los profesionales en salud mental, evalúen la posibilidad de que la psicopatología de sus pacientes específicos podría estar relacionada con experiencias de victimización

infanto juvenil, que definitivamente deben ser considerados en el tratamiento de los mismos.

Antequera H<sup>13</sup> realizó un estudio correlacional-causal, en 286 niños, utilizando la escala de violencia en la niñez (EVIN) y el inventario de depresión infantil de KOVACS, en la ciudad de Huaraz, encontrando que existía una relación significativa entre violencia infantil y depresión, encontraron en mayor frecuencia depresión leve (99%), por lo que deducen que a mayor nivel de violencia, se produciría mayor sintomatología depresiva, el resultado encontrado coincidió con otro estudio realizado en Colombia.

Guillen N<sup>14</sup> realizó un estudio cuyo objetivo fue describir la percepción que tuvieron los adolescentes sobre la violencia contra niños, niñas y adolescentes en Bolivia, a través de una encuesta en 20 grupos de municipios urbanos y rurales, concluyeron que ellos percibían el entorno familiar como el de mayor peligro, así mismo manifestaron que la violencia psicológica es la más frecuente (48.5%), seguida de la violencia física (43%), y la violencia por negligencia (37.9%). Además de describir que las mujeres afirman que la violencia física es la más frecuente.

Quintero M<sup>3</sup> menciona que si existe probabilidad de consecuencias relacionadas con el maltrato infantil y el desarrollo de trastornos socio emocionales y afectivos, el cual fue producido principalmente por los progenitores, generando en el niño secuelas psicológicas que se verán reflejadas en el futuro con alteraciones como depresión y ansiedad, encontraron además que los principales factores asociados al maltrato fueron el descuido, la desatención a sus principales necesidades, malos tratos psicológicos y físicos, fomentando que el niño también repita estas actitudes cuando el se encuentre en el rol de padre.

Ortiz G<sup>15</sup> estudió a 71 mujeres con depresión mayor procedentes de un centro de salud mental comunitario las cuales fueron evaluados con la Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional, el Inventario de Depresión de Beck, la Escala de Autoevaluación de Adaptación Social y los índices de maltrato físico infantil y abuso sexual infantil, encontrando que el 53,5% había padecido alguna forma de violencia durante la infancia, no hubo diferencias significativas en edad, nivel educativo, síntomas depresivos, adaptación social o violencia física durante la infancia entre las mujeres con o sin antecedentes de abuso sexual en la infancia, solo una mayor frecuencia de trastorno de ansiedad social comórbido y una mayor proporción de riesgo de suicidio.

Quilachamin J<sup>16</sup> en un estudio descriptivo retrospectivo, mediante el uso de una ficha de violencia y del cuestionario de depresión infantil, estudiaron a 40 niños víctimas de abuso sexual, encontrando que 36 de ellos tuvieron depresión, que predominó el sexo femenino, y dentro de los indicadores de mayor impacto mencionan a los sentimientos de triteza, seguidos de pesimismo y pensamiento negativos sobre el futuro.

Fernandez R<sup>4</sup> en un estudio comparativo, con dos grupos de pacientes con diagnósticos de depresión mayor ambos, el primero formado por pacientes con depresión mayor y antecedente de maltrato infantil durante la infancia, el segundo sin antecedente de maltrato infantil; encontraron que el maltrato se asoció a una mayor frecuencia de episodios depresivos previos al actual, a mayor intensidad de la sintomatología depresiva, tendencia a la autoevaluación, conducta suicida a lo largo de la vida, rasgos disfuncionales de la personalidad, funcionamiento académico laboral más afectado, disfunciones cognitivas sutiles paranoia y dificultades en la interacción social.

El Ministerio de la mujer y poblaciones vulnerables<sup>17</sup> en el último reporte que realizó del departamento de Cajamarca, informan que hasta el año 2021, fueron atendidos 3587 casos de violencia familiar, y que en el año 2022, en el periodo de enero-abril se presentaron 1084 casos de violencia familiar; así mismo menciona las estrategias que se están implementando para la lucha contra la violencia; entre ellas la Unidad de protección especial (UPE), que es una instancia administrativa del MIMP y que actúa en casos de desprotección familiar de los niños, niñas y adolescentes.

Verástegui R<sup>18</sup> en un estudio descriptivo correlacional, afirma que existe una influencia de patrones socioculturales, de disciplina de modo que los padres consideran que la única manera de corregir a los niños y adolescentes es castigándolos de manera drástica, corroborando lo que mencionan otros estudios de que el maltrato es más habitual en aquellos grupos familiares de bajos ingresos, y que los padres califican negativamente utilizando las humillaciones, insultos, apodosos y burlas como forma más frecuente de maltrato psicológico.

## **3.2 - Bases Teóricas:**

### **3.2.1 Maltrato Infantil:**

#### **3.2.1.1 Definición**

El maltrato infantil según la OMS<sup>2</sup> se define como los abusos y la desatención de que son objeto los menores de 18 años, e incluye todos los tipos de violencia física o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder. La exposición a la violencia de pareja también se incluye a veces entre las formas de maltrato infantil; recalcan que se trata de un problema mundial con consecuencias graves que podrían durar toda la vida, a pesar de que aún faltan estudios en diversos países para conocer la situación actual de este problema.

#### **3.2.2.2 Clasificación:**

##### **A. Violencia física:**

Matángolo G<sup>19</sup> define este tipo de maltrato como uno de los más tolerados, ya que se suele entender como parte del de una forma de ejercer disciplina sobre el niño, el mismo autor describe la violencia física como todo tipo de agresión física que no sea accidental, sea o no mediada por un objeto, esto incluye golpes con la mano, puños, patadas, empujones, ahogamientos, mordeduras, dejar caer al niño etc.

Moreno R<sup>20</sup> menciona que debemos sospechar de maltrato físico cuando vemos a niños con quemaduras ocasionadas por cigarrillos, agua u otro líquido u objeto caliente, fracturas múltiples, heridas, moretones, rasguños y arañazos en el rostro.

##### **B. Maltrato por abandono o negligencia:**

Rojas R<sup>21</sup> explica que el maltrato por abandono es la omisión de una acción necesaria para atender el desarrollo y el bienestar físico y psicológico de un menor. El cual se identifica con el abandono de las obligaciones que fueron encomendadas por la sociedad hacia los padres o tutores de un menor; el

abandono podría darse al no proporcionar al menor la alimentación adecuada a su edad, descuidar sus necesidades básicas como alimentación, vestido, de salud, etc.

### **C. Violencia sexual:**

Matangolo G<sup>19</sup> alude que el abuso sexual infantil se produce cuando un adulto o una persona que ejerce una relación de autoridad, de poder, confianza o responsabilidad sobre un niño, lo involucra en actividades de que tengan connotación sexual con el fin de obtener satisfacción para sí mismo o para otros, es además considerada una conducta grave, que constituye un delito. Este abuso sexual puede realizarse de dos formas: sin contacto físico (miradas, palabras, exposición de los niños a conductas o materiales sexuales) y con contacto físico (tocamiento, estimulación de genitales, masturbación del adulto o del niño/a, contacto bucogenital, penetración anal o vaginal.

### **D. Violencia psicológica:**

Matangolo G<sup>19</sup> al respecto menciona que es aquella en la que se evidencian tanto agresiones verbales crónicas ya sea mediante críticas, insultos, burlas, manifestaciones de desprecio, discriminación, denigración, amenazas hacia la integridad física del niño y amenazas de abandono, como por persistentes bloqueos de las iniciativas de interacción con el niño por parte de cualquier miembro adulto del grupo familiar.

## **3.2.2.- Depresión:**

### **3.2.2.1 Definición:**

La Última actualización de la “Guía de práctica clínica sobre depresión en la infancia y adolescencia”<sup>22</sup> menciona que la depresión mayor es un trastorno del estado de ánimo constituido por un conjunto de síntomas, entre los que predominan los de tipo afectivo (tristeza patológica, desesperanza, apatía, anhedonia, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar) acompañados de síntomas de tipo cognitivo, volitivo y físicos. Podría hablarse, por tanto, de una afectación global del funcionamiento personal, con especial énfasis en la esfera afectiva. En la práctica clínica la depresión no suele presentarse de forma aislada, sino que es frecuente su asociación con otras entidades

psicopatológicas. Así, por ejemplo, la asociación entre trastorno depresivo y de ansiedad es alta y con diversas combinaciones sintomáticas en sus manifestaciones. La guía menciona además que la prevalencia de depresión aumenta progresivamente desde la edad preescolar a la infancia y hasta la adolescencia, y posiblemente también a lo largo de la misma.

Cardozo G<sup>23</sup> alude que el psicoanálisis ortodoxo, puntualizaba que la depresión era un problema de salud mental que afectaba a los adultos, y no admitía la existencia de la depresión infantil. En esa época incluso afirmaban que los niños estaban inmunizados contra los cambios de humor de larga duración, varios años después, los diferentes especialistas llegan a la conclusión que para que un niño se deprima deberían existir algunas condiciones que en determinadas ocasiones actúan de forma separada o conjunta, entre ellas mencionan a la vulnerabilidad genética, estresores sociales, y lo más importante una estructura de personalidad introvertida, con una intensa reactivación emocional, con antecedente familiar de depresión, y experiencias negativas. Así mismo hace hincapié respecto a los criterios diagnósticos que menciona el manual DSM V, para depresión mayor, el autor enfatiza que en los niños debe predominar el estado de ánimo triste, mientras que en los adolescentes la irritabilidad; otros de los síntomas que podrían esperarse en la población infantil es la pérdida de peso, insomnio o hipersomnia, agitación o retraso psicomotor, fatiga o pérdida de energía, culpabilidad excesiva y falta de concentración, por lo que destaca que es poco frecuente que la depresión infantil se presente con las mismas características que la depresión del adulto.

#### **3.2.2.2 Criterios Diagnósticos:**

Según el DSM 5<sup>24</sup>, en su última edición, los criterios diagnósticos de depresión mayor son los siguientes:

**A.** Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio de funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de placer.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte

de otras personas. (Nota: en niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable).

2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).

3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso, o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: en los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado).

4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.

5. Agitación o enlentecimiento psicomotor casi todos los días.

6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.

7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).

8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).

9. Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

**B.** Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

**C.** El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

**D.** El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

**E.** Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

Respecto al tratamiento de depresión infantil, Cardozo G<sup>23</sup> menciona a la terapia cognitivo conductual, la cual tiene como objetivo que el pensamiento dirija y guíe el comportamiento del niño, además de estimular el cambio de ideas, creencias, y atribuciones, de esta forma sustituir las que tengan carácter negativo por otras positivas. Cardozo también menciona otras formas

complementarias al tratamiento como plan de actividades, terapia de relajación, solución de problemas y estilo atributivo.

### **3.2.2.3 Tratamiento:**

En cuanto al tratamiento farmacológico de depresión en la infancia la asociación española de pediatría<sup>25</sup> recomienda los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y los inhibidores de recaptación de noradrenalina, además menciona que en el estudio Treatment for Adolescents with Depression, encontraron que la combinación de farmacoterapia y psicoterapia fue más eficaz, que una sola de ellas; además mencionan que en el caso de los no respondedores a los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, se podía cambiar a fin de mejorar la respuesta con otro antidepresivo, y combinarlo con la terapia cognitivo conductual. Hasta el momento los dos únicos fármacos aprobados por FDA para pacientes pediátricos deprimidos son la fluoxetina de 10-20 mg/día para aquellos niños de 8-17 años, y el escitalopram en mayores de 12 años.

En nuestro entorno, no son ajenos los casos de violencia o maltrato infantil que conllevan a depresión, reportados en el MAMIS e historias clínicas del Hospital Regional Docente de Cajamarca, por lo que se decidió estudiar la variable de tipo de violencia infantil en relación con el diagnóstico de depresión, a fin de tener datos relevantes que nos permitan comparar nuestro estudio con otras realidades y tomar acciones oportunas para prevenir desenlaces fatales en los niños y adolescentes.

## **V.- FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:**

### **4.1.- Hipótesis de la investigación e hipótesis nula:**

#### **4.1.1 Hipótesis de la investigación:**

**Hi:** Existe Relación positiva entre el tipo de violencia infantil y depresión en los casos registrados en el Hospital Regional Docente de Cajamarca 2019.

#### **4.1.2 Hipótesis nula**

**H0:** No existe Relación positiva entre el tipo de violencia Infantil y depresión en los casos registrados en el Hospital Regional Docente de Cajamarca 2019.

#### 4.2 Cuadro de operacionalización de variables:

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES			
				INDICADOR	INSTRUMENTO	ESCALA	FUENTE
<b>Variables independientes</b>					Ficha Epidemiológica vigilancia centinela de violencia familiar	Nominal	Historia clínica de MAMIS
<b>Violencia Física</b>	Toda agresión física no accidental	Registro en ficha de violencia	Cualitativa	No: 0; Si: 1			
<b>Violencia Psicológica</b>	En la que se evidencian agresiones verbales, insultos, bloqueos de iniciativa, etc	Registro en ficha de violencia	Cualitativa	No: 0; Si: 1			
<b>Violencia sexual</b>	Involucrar al niño en actos de connotación sexual	Registro en ficha de violencia	Cualitativa	No: 0; Si: 1			
<b>Maltrato por abandono</b>	Omisión de acciones para atender necesidades básicas del niño	Registro en ficha de violencia	Cualitativa	No: 0; Si: 1			
<b>Variable dependiente</b>					Cuestionario de KOVACS	Nominal	Cuestionario de KOVACS
<b>Depresion</b>	Trastorno del estado de ánimo constituido por un conjunto de síntomas entre los que predominan los de tipo afectivo	Sin depresión: 0-19 puntos	Cualitativa	Sin depresión: 0			
		Con depresión: 19-54 puntos	Cualitativa	Con depresión: 1			

## **V.- METODOLOGÍA**

### **5.1.- Universo:**

Niños y adolescentes registrados en el Módulo MAMIS en el Hospital Regional docente de Cajamarca en el año 2019.

### **5.2.- Población**

Total, de niños y adolescentes víctimas de violencia infantil registrados en las fichas epidemiológicas de vigilancia centinela de violencia familiar del Módulo MAMIS en el Hospital Regional Docente de Cajamarca en el año 2019.

### **5.3.- Tamaño de la muestra**

Niños y adolescentes violentados que cursaron con depresión registrados en la ficha epidemiológica de vigilancia centinela de violencia familiar del Módulo MAMIS del HRDC en el año 2019.

#### **Criterios de inclusión:**

- Edad menor a 18 años
- Historia de violencia registrada en la ficha epidemiológica de vigilancia centinela de violencia familiar de la Unidad MAMIS del HRDC 2019.

#### **Criterios de exclusión:**

- Edad mayor a 18 años.

### **5.4.- Recolección de datos**

#### **5.4.1.- Instrumento de recolección de datos**

Se accederá a la información requerida por medio de la ficha de vigilancia epidemiológica de violencia familiar. (anexo 1), la cual detalla datos sociodemográficos, datos del agresor y del tipo de violencia ejercida.

La depresión será medida mediante el cuestionario denominado "Children's Depression Inventory-Short", elaborado en la versión extensa por la psicóloga Maria Kovacs<sup>26</sup>, Madrid, 1992, aplicado y validado en el 2004. La escala fue validada en el Perú por José Ventura León<sup>27</sup>, en 1059 niños, los resultados mostraron la existencia de dos factores relacionados con cargas fuertes en el análisis factorial, mostrando buenos índices de bondad de ajuste, y fiabilidad. El instrumento es de fácil aplicación, demora un promedio de 20 minutos y es autoadministrable.

La puntuación se obtiene al sumar las respuestas que marque el niño o adolescente en concordancia con lo siguiente: Ausencia del síntoma (respuesta A) se puntúa 0,

la presencia en una forma leve (respuesta B) se puntúa 1 y la presencia en una forma grave (respuesta C) se puntúa 2, por lo que la puntuación total puede oscilar entre 0 y 54 puntos. El punto de corte es de 19, por lo que a partir de esa puntuación se presenta depresión. La confiabilidad del CDI oscila entre 0.71 y 0.94, lo que nos indica que entre un 71% y un 94% de las puntuaciones son verdaderas.

## VI.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Violencia contra las niñas y los niños [Internet]. Organización Panamericana de la salud.2020. [citado el 8 de junio de 2022]. Recuperado a partir de: <https://www.paho.org/es/temas/violencia-contra-ninas-ninos>
2. Salud mental del adolescente [Internet]. Organización Mundial de la salud. 2021 [citado el 9 de junio de 2022]. Recuperado a partir de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
3. Quintero Moreno NA, Burbano Portilla DF, Rodríguez Giraldo LF, Avella Garzón AP, Alvarado Rios M. Influencia del maltrato infantil en el desarrollo de trastornos socio emocionales y afectivos en la edad adulta. [Proyecto de práctica]. Facultad de Psicología. [Bogotá]: Institución Universitaria Politécnico Grancolombiano; 2020 [citado 8 junio 2022]. Recuperado a partir de: <https://alejandria.poligran.edu.co/bitstream/handle/10823/2596/tercera%20entrega%20practica%20II.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
4. Fernández MR, Kokoulina E, Campos MX, Carballido AE, García FI, Rey PA, Vasquez BP. Ecophenotypes in major depression: the role of child physical abuse. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2018; 38(133). [citado 8 de junio 2022]. <https://dx.doi.org/10.4321/s0211-7352018000100004>
5. El maltrato infantil se agrava por el aislamiento social [Internet]. Aldeas Infantiles SOS Perú. 2020 [citado el 9 de junio de 2022]. Recuperado a partir de: <https://www.aldeasinfantiles.org.pe/el-maltrato-infantil-se-agrava-por-el-aislamiento>
6. Malu B, Josting K, Martín N. Violencia hacia las niñas, niños y adolescentes en el Perú. [Internet]. Lima. Impulso País; 2020 [citado 9 junio 2022]. 9 p. Recuperado a partir de: <violencia-hacia-los-ninos-ninas-y-adolescentes-en-el-peru-datos-para-la-coyuntura-articulo-completo.pdf>
7. Mesa de concertación para la lucha contra la pobreza. Informe Regional sobre la situación de los niños, niñas y adolescentes. [Internet]. Cajamarca. 2019 68p. Recuperado a partir de: <https://www.mesadeconcertacion.org.pe>
8. Rojas Beraún A, Vargas Salas LJ. Maltrato pasivo y depresión en niños de primaria en una Institución educativa particular de Lima. [Tesis en internet para optar el título de Licenciado en Psicología]. Facultad de Psicología [Cajamarca]: Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo; 2021 [citado 8 de junio de 2022]. Recuperado a partir de: <http://repositorio.upagu.edu.pe/handle/UPAGU/2046>

9. Bernal Tapia DV, Tillería Muñoz Y (dir). Afectaciones infantiles por violencia intrafamiliar. [Tesis de Maestría en trastornos del desarrollo infantil con mención en autismo]. [Guayaquil]: Universidad Andina Simon Bolivar; 2021. Facultad de Psicología [citado 9 de junio de 2022]. Recuperado a partir de: <http://hdl.handle.net/10644/8424>
10. Ortega L, Montalvo I, Solé M, Creus M, Cabezas Á, Gutiérrez-Zotes A, Sánchez-Gistau V, Vilella E, Labad J. Relationship between childhood trauma and social adaptation in a sample of young people attending an early intervention service for psychosis.[Internet].Revista de Psiquiatría y SaludMental. 2020;13(3).Doi: 10.1016/j.rpsm.2020.05.001
11. Orozco Henao EA, Marín Díaz BA, Zuluaga Valencia JB. Depresión Infanto-Juvenil y exposición temprana a la violencia. [Internet]. Revista Iberoamericana de Psicología. 2021;13(3):163-76 [citado 13 de junio de 2022]. Doi: <https://doi.org/10.33881/2027-1786.rip.13310>
12. Guerra V. Cristóbal, Pinto C. Cristián, Hernández A. Viviana. Polivictimización y su relación con las conductas autoagresivas y con la depresión en adolescentes. [internet] Revista Chilena Neuro-psiquiátrico. 2019; 57(2). [citado 7 junio de 2022] Doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272019000200100>
13. Antequera Henostroza MA. Violencia en la niñez y depresión infantil en estudiantes de instituciones educativas publicas de Huaraz 2019. [Tesis en internet para optar el título de Licenciado en Psicología]. [Huaraz]: Universidad Cesar Vallejo, Facultad de Psicología; 2020 [citado 8 de junio de 2022]. Recuperado a partir de: <https://hdl.handle.net/20.500.12692/47199>
14. Guillén MN, Paloma Gutierrez M, Losantos M, Andrade C. Análisis de las percepciones y preocupaciones en adolescentes con relación a la violencia infantil. [Internet] Instituto de Investigaciones en Ciencias del Comportamiento. 2020 [citado 9 junio de 2022];18(1):185-213.Recuperado a partir de: [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S207721612020000100008&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S207721612020000100008&lng=es&nrm=iso)
15. Ortiz-Guzmán JA, Ibarra-Alcantar MC, Alvarado-Cruz FJ, Graciano-Morales H, Jiménez-Genchi A. Características clínicas de mujeres con depresión mayor que sufrieron abuso sexual en la infancia. [Internet] Gac Med Mex. 2018; 154(3):295–301.[citado 8 junio de 2022];. Recuperado a partir de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2018/gm183e.pdf>

16. Quilachamin Jaramillo E. Niveles de depresión en Niños/as y Adolescentes víctimas de abuso sexual [Tesis en internet para optar el Título de Psicóloga Clínica]. [Quito]: Universidad Central del Ecuador; Facultad de Psicología; 2019 [citado 7 junio de 2022]. Recuperado a partir de: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/19140/1/T-UCE-0007-CPS-153.pdf>
17. Ministerio de la mujer y poblaciones vulnerables. Resumen ejecutivo del departamento de Cajamarca [Internet] Cajamarca: Oficina general de monitoreo evaluación de políticas y gestión descentralizada (Perú) 2022 [citado 6 Junio de 2022]. Recuperado a partir de: <https://www.mimp.gob.pe/omep/pdf/resumen/Resumen-Cajamarca.pdf>
18. Verástegui Rojas C, Maltrato infantil y niveles de depresión en adolescentes en la Institución Educativa N°0003 "Nuestra señora del Carmen "San Miguel, Lima 2018 [Tesis en internet para optar el Título de Psicóloga]. [Huancayo]: Universidad Peruana Los Andes, Facultad de Psicología; 2019 [citado 8 junio de 2022]. Recuperado a partir de: [https://repositorio.upla.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12848/1102/TESIS%20FINA L.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.upla.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12848/1102/TESIS%20FINA%20L.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
19. Matángolo G. La violencia en la institución familiar: estilos de crianza, disciplina y Maltrato Infantil. Revista subjetividad y procesos cognitivos [Internet]. 2019; 23 (1):1-16 [citado 7 de junio de 2022]; Recuperado a partir de: <http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/handle/123456789/4793>
20. Moreno RM, Machado ML. Formas de maltrato infantil que pudieran presentarse durante el confinamiento debido a la COVID-19. Revista Cubana de Pediatría [Internet]. 2020; 92(supl. especial): e1241 [citado 11 de junio de 2022. Recuperado a partir de: <http://www.revpediatria.sld.cu/index.php/ped/article/view/1241>
21. Rojas Rodríguez R, Morales Mondeja OT, Jiménez Mondeja Z, Tejeda Márquez A. Un mal sueño. A propósito de un informe de caso de abandono infantil. Medicentro Electrónica [Internet]. 2021; 25(1):137-147 [citado 10 de junio de 2022. Recuperado a partir de: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30432021000100137](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432021000100137)
22. Grupo de trabajo de la actualización de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y la Adolescencia [Internet]. Galicia: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (España); Guía de práctica clínica en el SNS; 2018; 337p. [citado 11 de junio de 2022]. Recuperado a partir de:

[https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/04/1152086/gpc\\_575\\_depresion\\_infancia\\_avaliat\\_compl.pdf](https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/04/1152086/gpc_575_depresion_infancia_avaliat_compl.pdf)

23. Cardozo Giordano L. Depresión infantil: Aproximación al diagnóstico, técnicas de evaluación y tratamiento [Tesis en internet para optar el Título de Psicólogo]. [Montevideo]: Universidad de la República; Facultad de Psicología 2019 [citado 10 de junio de 2022]. Recuperado a partir de: [shorturl.at/hGIPS](http://shorturl.at/hGIPS)
24. Asociación Americana de Psiquiatría. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5 [internet]. Arlington VA: Asociación Americana de Psiquiatría; 2013 [citado 11 de junio de 2022].13p. Recuperado a partir de: <https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>
25. Sánchez Mascaraque P, Hervías Higuera P. Psicofarmacología en niños y adolescentes. Asociación Española de Pediatría [Internet]. 2018 [citado 10 de junio de 2022]; 3(0): 135-143. Recuperado a partir de: [https://www.aepap.org/sites/default/files/135143\\_psicofarmacologia\\_en\\_ninos\\_y\\_adolescentes.pdf](https://www.aepap.org/sites/default/files/135143_psicofarmacologia_en_ninos_y_adolescentes.pdf)
26. Maria Kovacs. Inventario de depresión infantil. Madrid: TEA ediciones; 2004. 42p.
27. Ventura-León J, Caycho-Rodríguez T, Tocto-Muñoz S, Torres-Maldonado M, Curahua-Guillén K. Evidencias de validez y fiabilidad de la versión en español del Children's Depression Inventory-Short en población peruana. RPPC [Internet]. 21 de agosto de 2020;25(2):111-9 [citado 14 de junio de 2022]. Recuperado a partir de: <https://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/view/26211>

## VII.- ANEXOS: ANEXO 01

FICHA EPIDEMIOLÓGICA										
VIGILANCIA CENTINELA DE VIOLENCIA FAMILIAR										
Fecha de registro				CODIGO						
Fecha de agresión				INSTITUCIÓN NOTIFICANTE						
Evaluación anterior				SI	NO	PNP	ESSALUD	P.JUD		
				MINSAL		C.E.MUJER		OTROS		
				DEFENSOR		M.EDUC		SANIDADES		
				COMMUNICI		M.PUBLICO		ONG		
Donde										
DEPARTAMENTO		PROVINCIA			DISTRITO					
1. Datos del (a) agredido (a)										
Documento de identidad				Departamento de residencia en el último año						
Edad	Sexo:	Hombre	Mujer	En caso de ser mujer ¿se encuentra gestando?					SI	no
Estado civil										
Soltero (a) <input type="checkbox"/> Casado (a) <input type="checkbox"/> Conviviente <input type="checkbox"/> Separado (a) <input type="checkbox"/> Divorciado (a) <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/>										
Grado de Instrucción										
Iletrada <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/>										
Ocupación										
¿Tiene empleo remunerado?				SI	NO	¿Cuál es su empleo?				
Dirección										
Departamento		Provincia			Distrito		Localidad			
2. Datos del agresor (a)										
Edad	sexo	Hombre	Mujer							
Vínculo con la víctima										
Esposo (a) <input type="checkbox"/> Conviviente <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Excónyuge <input type="checkbox"/>										
Grado de Instrucción										
Iletrada <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/>										
Ocupación										
¿Tiene empleo remunerado?				SI	NO	¿Cuál es su empleo?				
3. Datos sobre la agresión										
Estado del agresor										
ecuanime <input type="checkbox"/> Efecto de drogas <input type="checkbox"/> Efecto de alcohol <input type="checkbox"/> ambas <input type="checkbox"/> otros <input type="checkbox"/>										
Tipo de violencia										
Física <input type="checkbox"/> Psicológica <input type="checkbox"/> sexual <input type="checkbox"/> Abandono <input type="checkbox"/>										
Medio utilizado										
Propio cuerpo <input type="checkbox"/> Arma blanca <input type="checkbox"/> Arma de fuego <input type="checkbox"/> Objeto contundente <input type="checkbox"/>										
indiferencia <input type="checkbox"/> Maltrato verbal <input type="checkbox"/> Amenaza <input type="checkbox"/> otros <input type="checkbox"/>										
Acoso sexual <input type="checkbox"/> Violación <input type="checkbox"/> Seducción <input type="checkbox"/>										
Motivo expresado										
familiares <input type="checkbox"/> Celos <input type="checkbox"/> Económico <input type="checkbox"/> Laborales <input type="checkbox"/> Sin motivo <input type="checkbox"/> otros <input type="checkbox"/>										
Especificar										
Frecuencia										
Primera vez que es agredido				SI	No					
Desde cuando sufre violencia										
Durante la semana cuantas veces fue agredido (a)										
Durante el último mes cuantas veces fue agredido										
Lugar de agresión										
calle <input type="checkbox"/> casa <input type="checkbox"/> Centro de trabajo <input type="checkbox"/> otros <input type="checkbox"/>										
Hora de la agresión										
4. Medidas tomadas										
Atención médica		Atención Psicológica		Denuncia fiscal						
Atención social		Denuncia policial		otros						
5. Seguimiento										
Donde										
Ministerio de salud		Policia		ONG		otros				
Ministerio público		Médico legal		DEMUNA						

## ANEXO 02. CUESTIONARIO DE KOVACS

1	Estoy triste de vez en cuando.	15	Siempre me cuesta ponerme a hacer los deberes
	Estoy triste muchas veces.		Muchas veces me cuesta ponerme a hacer los deberes
	Estoy triste siempre.		No me cuesta ponerme a hacer los deberes
2	Nunca me saldrá nada bien	16	Todas las noches me cuesta dormir
	No estoy seguro de si las cosas me saldrán bien		Muchas noches me cuesta dormir.
	Las cosas me saldrán bien		Duermo muy bien
3	Hago bien la mayoría de las cosas	17	Estoy cansado de cuando en cuando
	Hago mal muchas cosas		Estoy cansado muchos días
	Todo lo hago mal		Estoy cansado siempre
4	Me divierten muchas cosas	18	La mayoría de los días no tengo ganas de comer
	Me divierten algunas cosas		Muchos días no tengo ganas de comer
	Nada me divierte		Como muy bien
5	Soy malo siempre	19	No me preocupa el dolor ni la enfermedad
	Soy malo muchas veces		Muchas veces me preocupa el dolor y la enfermedad
	Soy malo algunas veces		Siempre me preocupa el dolor y la enfermedad
6	A veces pienso que me pueden ocurrir cosas malas.	20	Nunca me siento solo
	Me preocupa que me ocurran cosas malas.		Me siento solo muchas veces
	Estoy seguro de que me van a ocurrir cosas terribles		Me siento solo siempre
7	Me odio	21	Nunca me divierto en el colegio
	No me gusta como soy		Me divierto en el colegio sólo de vez en cuando
	Me gusta como soy		Me divierto en el colegio muchas veces.
8	Todas las cosas malas son culpa mía.	22	Tengo muchos amigos
	Muchas cosas malas son culpa mía.		Tengo muchos amigos pero me gustaría tener más
	Generalmente no tengo la culpa de que ocurran cosas malas.		No tengo amigos
9	No pienso en matarme	23	Mi trabajo en el colegio es bueno.
	pienso en matarme pero no lo haría		Mi trabajo en el colegio no es tan bueno como antes
	Quiero matarme.		Llevo muy mal las asignaturas que antes llevaba bien.
10	Tengo ganas de llorar todos los días	24	Nunca podré ser tan bueno como otros niños
	Tengo ganas de llorar muchos días		Si quiero puedo ser tan bueno como otros niños
	Tengo ganas de llorar de cuando en cuando.		Soy tan bueno como otros niños.
11	Las cosas me preocupan siempre	25	Nadie me quiere
	Las cosas me preocupan muchas veces.		No estoy seguro de que alguien me quiera
	Las cosas me preocupan de cuando en cuando		Estoy seguro de que alguien me quiere.
12	Me gusta estar con la gente	26	Generalmente hago lo que me dicen
	Muy a menudo no me gusta estar con la gente		Muchas veces no hago lo que me dicen.
	No quiero en absoluto estar con la gente.		Nunca hago lo que me dicen
13	No puedo decidirme	27	Me llevo bien con la gente
	Me cuesta decidirme		Me peleó muchas veces
	me decido fácilmente		Me peleó siempre.
14	Tengo buen aspecto		
	Hay algunas cosas de mi aspecto que no me gustan		
	Soy feo		

### Anexo 03. Matriz De Consistencia

TÍTULO	PROBLEMA GENERAL	OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS	HIPÓTESIS GENERAL	VARIABLES	DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	MÉTODOS Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN	POBLACIÓN Y MUESTRA DE ESTUDIO
Tipo de violencia infantil y depresión en el Hospital Regional Docente de Cajamarca 2019	¿Existe relación entre el tipo de violencia Infantil y la depresión en el Hospital Regional Docente de Cajamarca?	<p><b>Objetivo general</b></p> <p>Establecer si existe relación entre el tipo de violencia y depresión en el Hospital Regional Docente de Cajamarca.</p> <p><b>Objetivos específicos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar el perfil sociodemográfico de las víctimas de maltrato infantil en el Hospital Regional Docente de Cajamarca.</li> <li>• Determinar cuál es el tipo de violencia infantil más frecuente en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2019.</li> <li>• Determinar la prevalencia de violencia física y depresión en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2019.</li> <li>• Determinar la prevalencia de violencia psicológica y depresión en el Hospital Regional Docente de Cajamarca.</li> <li>• Determinar la prevalencia de violencia sexual y depresión en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2019.</li> <li>• Determinar la prevalencia de violencia por abandono y depresión en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2019.</li> <li>• Establecer el vínculo entre el agresor y la víctima de maltrato infantil en los casos reportado en el</li> </ul>	<p><b>Hipótesis de la investigación</b></p> <p>Existe Relación positiva entre el tipo de violencia infantil y depresión en los casos registrados en el Hospital Regional Docente de Cajamarca 2019.</p>	<p><b>Violencia física:</b> Toda agresión física no accidental, sea o no mediada por un objeto.</p> <p><b>Maltrato por abandono:</b> Omisión de una acción necesaria para atender el desarrollo y el bienestar físico y psicológico de un menor.</p> <p><b>Violencia sexual:</b> Aquella en la que una persona con una relación de autoridad, de poder, confianza o responsabilidad sobre un niño, lo involucra en actividades de connotación sexual.</p> <p><b>Violencia psicológica:</b> Es aquella en la que se evidencian agresiones verbales, insultos, bloqueos de iniciativa, etc.</p> <p><b>Depresión:</b> Trastorno del estado de ánimo constituido por un conjunto de síntomas, entre los que predominan los de tipo afectivo.</p>	Observacional, correlacional, transversal, retrospectivo	Técnica de recolección de datos a través de una ficha epidemiológica y aplicación de cuestionario de KOVACS. <b>Instrumento:</b> Ficha de vigilancia epidemiológica de violencia familiar. Cuestionario de KOVACS.	<p><b>Población</b></p> <p>Total de niños y adolescentes víctimas de violencia infantil registrados en las fichas epidemiológicas de vigilancia centinela de violencia familiar.</p> <p><b>Tamaño de la muestra</b></p> <p>Niños y adolescentes violentados que cursaron con depresión registrados en la ficha epidemiológica de vigilancia centinela</p>

		MAMIS del Hospital Regional Docente de Cajamarca en el año 2019					
--	--	---	--	--	--	--	--