

**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

GIORMARY BELTRAN OSORIO

CAROLINA MORA AYALA

DIRECTOR

CARLOS GANTIVA DIAZ

UNIVERSIDAD DE LA SABANA

Instituto de Postgrados – FORUM

Facultad de Psicología

Especialización en Psicología Clínica de la Niñez y la Adolescencia

(Junio de 2011)

**PREVALENCIA DE LA DEPRESIÓN INFANTIL EN UN GRUPO DE ESTUDIANTES
ENTRE LOS 9 Y 12 AÑOS DE UN COLEGIO DEL MUNICIPIO DE CAJICÁ**

**Esta investigación pertenece al Grupo de Investigación Contexto y Crisis de la Facultad de
Psicología de la Universidad de la Sabana**

UNIVERSIDAD DE LA SABANA

Instituto de Postgrados – FORUM

Facultad de Psicología

Especialización en Psicología Clínica de la Niñez y la Adolescencia

(Junio de 2011)

Tabla de Contenido

Resumen

Introducción y Justificación

Marco teórico

Pregunta de investigación

Objetivos (general y específicos)

Método (participantes, procedimiento, diseño, instrumento)

Resultados

Discusión y Conclusiones

Referencias

Anexos

PREVALENCIA DE LA DEPRESIÓN INFANTIL EN UN GRUPO DE ESTUDIANTES ENTRE LOS 9 Y 12 AÑOS DE UN COLEGIO DEL MUNICIPIO DE CAJICÁ

Resumen

El propósito de este estudio fue identificar la prevalencia de la depresión en un grupo de estudiantes de los grados de cuarto de primaria a primero de bachillerato entre los 9 y 12 años de edad, de un colegio del municipio de Cajicá (Cundinamarca). Para tal fin, se llevó a cabo un estudio descriptivo y se utilizó el Inventario de Depresión Infantil (CDI) de Kovacs (1992). Los resultados muestran una prevalencia del 16%, lo que indica porcentajes altos de prevalencia de depresión infantil respecto a la población mundial que se encuentra entre un 8% y 10% (Herrera, Núñez, Tobón y Arias, 2009). No se hallaron diferencias significativas en cuanto al sexo y grado de los participantes, pero si respecto a la composición familiar donde se encontró un mayor prevalencia de sintomatología depresiva en los niños que viven en familias compuestas respecto a los otros tipos de familia. Es necesaria mayor investigación al respecto en esta población.

Palabras claves: Depresión infantil, tipos de familia, estudiantes.

Abstract

The objective of this study was to identify the prevalence of depression in a group of students from grades fourth to sixth between 9 and 12 years old, in a school of Cajicá (Cundinamarca). For this purpose, a descriptive study was conducted using Kovacs's (1992) Child Depression Inventory (CDI). The results show a prevalence of 16%, indicating high prevalence rates of childhood depression regarding the world's population which is between 8% and 10% (Herrera, Núñez, Tobon and Arias, 2009). No significant differences in sex and school grades were found

but a higher prevalence of depressive symptoms was found in children living in stepfamilies compared to other types of families. Further research in this population is needed in this regard.

Keywords: Childhood Depression, types of families, students.

Introducción

Según cifras de la Organización Mundial de la Salud (2003), el 20% de niños y adolescentes alrededor del mundo sufre de alguna enfermedad mental. A pesar que en la actualidad no existen muchos datos epidemiológicos acerca de la salud mental de niños y adolescentes menores de 16 años en Colombia (Gómez, 2005), el “Estudio Nacional de Salud Mental” llevado a cabo por el Ministerio de Protección Social (2003) proporciona una perspectiva de esta problemática; de acuerdo a los resultados encontrados en dicho estudio, el 40.1 % de la población colombiana presentó algún trastorno mental alguna vez en su vida. Los tipos de trastorno más frecuentes fueron los de ansiedad (19.3 % alguna vez), seguidos por los trastornos del estado de ánimo (15 %) y los trastornos de uso de sustancias psicoactivas (10.6 %). De acuerdo a este estudio en cerca de un 10 % de la población, el trastorno de depresión mayor tuvo su aparición a los 10 años de edad. Al analizar la prevalencia de cualquier trastorno “alguna vez en la vida” los resultados muestran que la región de Bogotá D. C. es la que presenta la prevalencia más elevada (46.7 % en contraste con el 40.1 % que fue la prevalencia de cualquier trastorno para todo el país), en donde la diferencia más importante se encuentra en el grupo de trastornos afectivos (21.2% para Bogotá, comparado con un 15.0 % para el total nacional).

Respecto a la ocurrencia de la depresión infantil las investigaciones recientes coinciden en que la prevalencia a nivel mundial está entre 8% y 10% (Herrera, Núñez, Tobón y Arias, 2009) y es una de las problemáticas de salud mental de la infancia que incrementa notablemente el riesgo de suicidio y de depresión severa en la adolescencia (Cuervo y Izzedin, 2007). En España por ejemplo, un estudio realizado por Aláez, Martínez y Rodríguez (2000) con una muestra de 404 sujetos entre los 0 y los 18 años de edad cuyos padres solicitaron tratamiento psicológico en un Centro Comunitario de Salud, se encontró una prevalencia de trastornos depresivos del 7.4 % del total de la muestra, un 11.5% en los niños entre los 6 y 9 años y un 14.4% en los sujetos entre los

10 y los 13 años de edad. Sin embargo, Dómenech y Polaino (1990; citado por Herrera, Núñez, Tobón y Arias, 2009) reportan una prevalencia del 8.2% en España. Por otro lado, en Brasil, Bandim, Sougey y Carvalho (1995; citado por Herrera, Núñez, Tobón y Arias, 2009) reportan el 12,5% de depresión en los niños.

De acuerdo con Herrera, Losada, Rojas y Gooding (2009) a pesar que Colombia es un país azotado por la violencia, los problemas económicos y la descomposición social, los cuales son factores que contribuyen a desarrollar diversos trastornos en la población infantil, las investigaciones sobre depresión en niños hasta ahora comienzan a perfilarse. Como consecuencia, existe un conocimiento limitado respecto a esta problemática a nivel nacional.

De hecho son muy pocos los estudios que se conocen al respecto en Colombia. En la investigación de Mantilla, Sabalza, Díaz y Campos (2004), realizada en la ciudad Bucaramanga con doscientos cuarenta y ocho niños entre los 8 y los 11 años de edad escolarizados de básica primaria utilizando el CDI-S, se encontró una prevalencia del 9,2%. Otra investigación fue la realizada por Vinaccia, Gaviria, Martínez, Atehortúa, Trujillo y Quiceno (2006) en La Ceja, Antioquia, quienes reportan una prevalencia del 12,5%, en una muestra de 698 niños utilizando el CDI. Por último se realizó una investigación en la ciudad de Neiva conducida por Herrera, Losada, Rojas y Gooding (2009) con un muestra de 1832 niños de básica primaria entre los ocho y los once años de edad con síntomas de depresión, utilizando el CDI. Los resultados mostraron una prevalencia del 17,09%, la cifra más alta reportada hasta el momento en Colombia, con un mayor número de casos de niños de menor edad. Así mismo, los investigadores encontraron que los niños con síntomas de depresión pertenecen a familias de estrato socioeconómico bajo.

Debido a la escasez de investigaciones al respecto y a que las enfermedades mentales, como la depresión en niños y adolescentes, reducen la capacidad de las sociedades de ser productivas y seguras (OMS, 2003), el propósito del presente estudio es conocer la prevalencia

de la depresión en niños y niñas entre 9 y 12 años de un colegio público de Cajicá con el fin de conocer en parte, la magnitud de este problema en esta región, así como de identificar la prevalencia de la depresión infantil de acuerdo a la composición de los hogares, al sexo y el grado.

Depresión infantil

La depresión se define como un problema psicológico complejo cuyas características principales son un estado de ánimo irritable y/o disfórico, falta de motivación y disminución de la conducta instrumental adaptativa (Caballo y Simón 2001). Es un trastorno del estado de ánimo caracterizado por una tristeza profunda y abatimiento, el individuo se siente infeliz, desmoralizado, aburrido y se menosprecia a sí mismo (Carson, Butcher y Mineka, 2000; Santrock, 2007).

La naturaleza del trastorno varía con la edad. Aunque el campo de la psicopatología infantil se tardó en aceptar la noción que los niños sufren de depresión, se aceptó como una entidad clínica en la década de los años setenta en Estados Unidos y en Europa (Diez, 2003). De hecho, varias investigaciones han confirmado que este trastorno en niños y adolescentes ocurre con alta frecuencia (Carson, Butcher y Mineka, 2000). Como consecuencia, la depresión infantil es un hecho comúnmente aceptado en la actualidad por la comunidad científica especializada, por lo que ha cobrado gran importancia su estudio y tratamiento (Tomas, 2001).

Aunque es común que los niños comuniquen o muestren sentimientos de infelicidad, tristeza, desaliento o irritabilidad, la mayoría se recuperan rápidamente de estos estados de ánimo. Sin embargo, para otros la depresión puede ser severa y de larga duración, y puede interferir con todos los aspectos de la vida diaria, desde el rendimiento académico hasta las relaciones familiares (Saklofske, Janzen, Hildebrand y Kaufmann (1998).

De acuerdo con Tomas (2005), es importante tener claros los siguientes conceptos:

- 1.- Síntomas depresivos: son sentimientos normales (Ej.: humor triste, sentirse desgraciado o infeliz...). Cuando hay muchos, aumenta la probabilidad de padecer una depresión. Los cuestionarios de Evaluación Conductual los miden (Ej.: CDI de Kovacs, 1992).
- 2.- Síndrome depresivo: presentación simultánea de síntomas depresivos cuya asociación no es debida al azar. Además del humor disfórico, hay alteraciones en las áreas cognitiva, somática, psicomotora y motivacional. Puede ser primario o secundario a otra patología.
- 3.- Trastorno depresivo: tiene que reunir conjuntamente características clínicas del síndrome depresivo, la persistencia del síndrome depresivo durante un tiempo mínimo, y la provocación de algún grado de incapacidad funcional en la persona que lo padece.

Según Caballo y Simón (2001), las clasificaciones más usuales de la depresión son:

Primaria versus secundaria: La depresión es el trastorno principal o es la consecuencia de un problema médico o psicológico.

Unipolar versus bipolar: Se presentan sólo episodios depresivos, o episodios depresivos más episodios maníacos. En la niñez son escasos los casos de manía y trastornos bipolares.

Depresión mayor versus distimia: Se refiere a si cumple los criterios DSM-IV-TR para el trastorno, o si se trata de distimia, caracterizada por un estado de ánimo irritable (y/o disfórico), durante al menos un año, acompañado de otros síntomas depresivos, pero sin llegar a reunir los criterios diagnósticos. En la infancia existe una prevalencia mayor de distimia.

Endógena versus exógena: Se refiere a si la causa desencadenante de la depresión es interna o se produce como reacción a un evento negativo claramente identificado.

El comienzo de la depresión puede ser súbito o gradual, por corto o largo plazo. Reconocer y diagnosticar la depresión en los niños puede ser una tarea ardua debido a que puede presentarse al mismo tiempo que otros trastornos, como la ansiedad y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. No obstante, la depresión es usualmente diagnosticada utilizando los

criterios del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales—cuarta edición*, publicado por la Asociación Americana de Psiquiatría (2004), en donde se plantean los siguientes criterios diagnósticos:

A) Presencia de cinco o más de los siguientes síntomas durante un periodo de dos semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa: uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

NOTA: No se deben incluir síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

- 1) Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (por ejemplo: se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (Por ejemplo: llanto). NOTA: en los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.
- 2) Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás).
- 3) Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (por ejemplo: un cambio de más del 5% del peso corporal en 1 mes) o pérdida o aumento del apetito casi cada día. NOTA: en niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables.
- 4) Insomnio o hipersomnia casi cada día.
- 5) Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).
- 6) Fatiga o pérdida de energía casi cada día.

- 7) Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).
- 8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).
- 9) Pensamientos recurrentes de muerte (no solo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

B) Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

C) Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D) Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo: una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (por ejemplo: hipotiroidismo).

E) Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (por ejemplo: después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

Evaluación de la depresión infantil

Dado que la depresión infantil es un trastorno complejo, constituido por sentimientos negativos, conductas inadecuadas y pensamientos distorsionados que difieren según los casos, el proceso de evaluación psicológica consiste en obtener información relevante, fiable y válida del niño y de otras personas que se relacionan con él (Méndez, 2007; Caballo y Simón 2001). Durante la evaluación se deben identificar los sentimientos negativos, las conductas inadecuadas

y los pensamientos distorsionados, y medir su intensidad, frecuencia y duración. Así mismo es importante analizar su relación con los antecedentes y con las consecuencias. Es también necesario recolectar información complementaria sobre la historia del trastorno, sus repercusiones negativas en el niño y su entorno, y sobre la motivación y expectativas del tratamiento (Méndez, 2007). Por último es importante recalcar que la evaluación no debe centrarse sólo en las limitaciones, también debe identificar las capacidades y fortalezas del niño, su familia y el contexto puesto que dicha información será fundamental para plantear el tratamiento (Sattler, 2008).

Sintomatología de la depresión infantil

En lo que respecta a los síntomas de depresión, éstos varían de acuerdo al carácter del niño y a la etapa de desarrollo en la que se encuentra. Muchos de los síntomas que se mencionan son característicos de otros tipos de problemas. Sin embargo, si algunos de estos síntomas están presentes, se puede sospechar de la presencia de la depresión en los niños (Méndez, 2007; Saklofske y cols., 1998):

Síntomas de depresión

- Afectivos: Estado de ánimo irritable, autoestima baja, sentimientos de desesperación.
- Motivacionales: pérdida de interés o placer, deseo de huir de casa, deseos de suicidio.
- Cognitivos: problemas de atención, dificultades de memoria.
- Motores: pasividad, agitación, lentitud.
- Físicos: trastornos en el sueño (falta o exceso), cambios en apetito, cansancio, subida o bajada de peso, crecimiento y peso que no son apropiados para la edad/desarrollo, quejas físicas.
- Conductuales: Regresiones ya sea en el habla o en el control de esfínteres, conducta dirigida a lastimarse a sí mismo, problemas de conducta/disciplina, aislamiento social.

Como se mencionó anteriormente, las características de la depresión varían en relación con la edad y el nivel de desarrollo del niño y son esencialmente diferentes a las observadas en los adultos. El niño desarrolla una actitud negativista, desafiante y agresiva (Krawchik, Mías y Querejeta, 2006). Se enoja constantemente especialmente con sus padres y maestros, es inestable y presenta un humor variable. Así mismo, existen diferencias en las características de la depresión de acuerdo a la edad del niño. Por ejemplo, los niños más jóvenes presentan quejas sobre molestias físicas, agitación, ansiedad y temores. Los adolescentes, por otro lado, son más propensos a exhibir una conducta antisocial e inclinada al debate y a la argumentación, y a demostrar inquietud e irritabilidad.

Cuando la depresión es grave, interfiere significativamente con las actividades de la vida diaria (por ejemplo, en la escuela, la vida social, las relaciones familiares, etc.). Una *depresión mayor* por ejemplo, se diagnostica si el niño presenta un estado de ánimo depresivo o irritable y/o falta de interés o placer en casi todas las actividades por un período de, por lo menos, dos semanas. La depresión grave puede, algunas veces, llevar a intentos suicidas. El intento de suicidio es frecuente en niños o adolescentes deprimidos crónicamente, en quienes la ansiedad aumenta intensamente, como una vivencia aguda e intolerable que los conduce a la decisión suicida (Vásquez, 2005).

La comorbilidad es alta, alrededor del 40% al 90% de los niños con depresión tienen otros trastornos y entre un 20% y un 50% tienen dos o más condiciones mórbidas. La distimia y los trastornos ansiosos son las comorbilidades más comunes, luego los trastornos conductuales y el abuso de sustancias. Además, el trastorno depresivo puede manifestarse después del inicio de otro trastorno psiquiátrico (García, 2003).

Aunque algunos autores (Saklofske y cols., 1998) afirman que en la niñez no existen diferencias entre los sexos en relación a los trastornos del estado de ánimo, algunas investigaciones en Estados Unidos muestran que las tasas de depresión son algo superiores en los niños que en las niñas (Carson, Butcher y Mineka, 2000). En Colombia una investigación realizada por Moreno, Escobar, Vera, Calderón y Villamizar (2009) en la localidad de Usaquén en Bogotá, con niños entre 8 y 11 años de colegios distritales, que pretendía encontrar una asociación entre la depresión infantil y el rendimiento académico, se encontró un mayor porcentaje de sintomatología en los niños que en las niñas. Sin embargo, las niñas son más propensas que los niños a sufrir de depresión durante la adolescencia y la etapa adulta.

En un estudio longitudinal realizado por Cole, Tram, Martin, Hoffman, Ruiz, Jacquez, y Maschman (2002) se halló que las diferencias de sexo en la trayectoria de los síntomas depresivos surgieron durante la adolescencia. Los síntomas de depresión aumentaron a un ritmo más rápido en las niñas que en los niños. En las escalas de auto-reportes esta diferencia surgió entre los grados quinto y séptimo.

De acuerdo con Leve, Kim y Pears (2005) experimentar depresión durante la niñez parece predisponer a los jóvenes, especialmente a las niñas, a experimentar depresión en la adolescencia y la adultez. En el estudio realizado por Cole y col. (2002) en el cual siguieron los mismos niños durante seis años, encontraron que la tasa en la que padres e hijos reportaron el surgimiento de síntomas depresivos incrementó durante la adolescencia temprana, particularmente entre los grados sexto y séptimo. Según los autores de este estudio, estos resultados sugieren el surgimiento de factores desestabilizantes hacia el final de la infancia o principios de la adolescencia.

Modelos explicativos de la depresión infantil

No existe una sola causa para la depresión infantil. Factores genéticos y ambientales influyen y algunos niños pueden ser más vulnerables para desarrollar este trastorno (American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 2010). Por ejemplo, los niños que están bajo circunstancias estresantes, que experimentan la pérdida de un ser querido o que padecen trastornos atencionales, de aprendizaje, de conducta o ansiedad, tienen un mayor riesgo para la depresión (American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 2008). De acuerdo con Rodríguez y Ortiz (2005), en la actualidad se admite una compleja interacción de distintos factores tanto biogénéticos como psicosociales que sirven de base para la aparición de la depresión. Es necesario que se dé una cierta vulnerabilidad personal, familiar y ambiental que combinadas dan lugar a la aparición de este trastorno. No obstante, entre las causas más comunes citadas en la literatura se encuentran las biológicas, las cognoscitivas y las ambientales (Santrock, 2007).

Las explicaciones biológicas incluyen factores hereditarios, bioquímicos, hormonales y neurológicos. También han sido identificados factores individuales como la personalidad o el temperamento y la introversión, entre otros (Saklofske y cols., 1998). En un estudio conducido por Carrasco y del Barrio (2007), con una muestra de 535 sujetos con edades comprendidas entre los 8 y 15 años, los resultados mostraron que los sujetos con temperamento difícil, es decir, aquellos con una emocionalidad negativa, bajo nivel de adaptación y falta de control de la atención manifestaron más sintomatología depresiva. De igual forma, los niños con altos niveles de inestabilidad emocional o bajos niveles de extraversión, apertura, agradabilidad o conciencia también mostraron más síntomas de depresión (Carrasco y Del Barrio, 2007).

Sin embargo, dentro de las teorías psicológicas, el modelo socioambiental, el modelo de indefensión aprendida, el modelo cognitivo, el comportamental y el de autocontrol han recibido

especial atención como posibles explicaciones a la depresión infantil. De igual forma, dentro las teorías biológicas destacan la hipótesis de las monoaminas y las hipótesis endocrinas.

Modelo socioambiental

Los modelos socioambientales se centran en los acontecimientos vitales negativos que pueden influir en la aparición de síntomas de la depresión. Sin embargo, es importante aclarar que los eventos vitales no son importantes por sí mismos, sino la percepción o evaluación cognitiva que la persona hace de ellos (Jiménez, 1997). Entre los factores ambientales más comunes desencadenantes de síntomas depresivos, se encuentran los eventos estresantes, la pérdida de seres queridos, la separación de los padres, perturbaciones en las relaciones entre padres e hijos, enfermedades, hermanos con problemas, exceso de expectativas paternas, accidentes, fracaso escolar, falta de competencias sociales, dificultades emocionales-afectivas con el género, abuso y maltrato infantil y amenazas a la autoestima (Aguilar, 2002; Saklosfske y col., 1998).

Así mismo dentro de los modelos socioambientales se encuentra el comportamental el cual se basa en la conducta observable y vincula la depresión a patrones de reforzamiento social inadaptados. Ferster (1973; citado por Jiménez, 1997) establece que la depresión se origina porque existe una baja frecuencia de conductas reforzadas positivamente. Según esta teoría existen tres factores para el desarrollo de la depresión: 1) se produce depresión cuando la persona es reforzada con poca frecuencia; 2) la presencia de ansiedad puede también debilitar la tasa de conducta y 3) los cambios repentinos en el ambiente, también pueden afectar la frecuencia con la que se produce la conducta.

Sin embargo, el modelo comportamental más elaborado y conocido es el de Peter M. Lewinsohn (1974; citado por Jiménez, 1997), catedrático de Psicología de la Universidad de

Oregón, el cual plantea que la característica principal de la depresión es un déficit conductual, y la causa principal es una pérdida o una baja tasa de refuerzo positivo contingente a la respuesta. Según Lewinsohn (1974; citado por Jiménez, 1997), el refuerzo se define en términos de la calidad de las interacciones entre el individuo y su ambiente. Las relaciones que producen resultados positivos serían refuerzos positivos. Un nivel bajo de reforzamiento positivo se explica por tres razones: a) el ambiente dispone de escasos reforzadores; b) las habilidades del niño para obtener reforzadores son deficientes y c) los eventos potencialmente reforzantes no son muy numerosos, intensos o variados. La depresión también aparece por una tasa de estimulación aversiva y de castigo alta (interacción entre la persona y el medio con resultados aversivos). Los niños en ambientes muy problemáticos, con insuficientes habilidades para enfrentar situaciones desagradables y con una elevada sensibilidad ante acontecimientos negativos se sienten infelices. Es decir que niveles bajos de reforzamiento positivo y niveles altos de estimulación aversiva explican la depresión. Entre más sucesos negativos y menos hechos positivos, más sufrimiento y tristeza (Méndez, 2007).

Al respecto, Esparza y Rodríguez (2009) encontraron que los estresores de tipo social, tienen una estrecha relación con la depresión y la tristeza en los niños. De acuerdo con Vinaccia y cols. (2009) el estrés proveniente de la mala relación con otros, específicamente con el profesor, tiene implicaciones motivacionales importantes puesto que esto representa una pérdida de refuerzos positivos, restricción que incide sobre el desarrollo y mantenimiento de la depresión.

Modelo de indefensión aprendida

Martin Seligman (1975; citado por Jiménez, 1997) postula que existe una equivalencia entre la depresión y la indefensión aprendida. La indefensión aprendida es el resultado de asociar

que la respuesta y el refuerzo son independientes (el sujeto aprende que el refuerzo se da al azar, no como resultado de su conducta). Es decir que la depresión se origina cuando el individuo vive situaciones incontrolables, aquellas en las que la probabilidad de obtener determinadas consecuencias es la misma si se realiza una acción voluntaria como si no. Sin embargo, la sola exposición a situaciones incontrolables no genera depresión. Para que se desencadene este trastorno es necesario que el sujeto prediga que carece de control sobre la situación, es decir, que genere expectativas de incontrolabilidad. Las expectativas de falta de control generan déficits característicos de la depresión, desesperanza, desmotivación, dificultad para nuevos aprendizajes adaptativos (Méndez, 2007).

En una reformulación de esta teoría, Abramson, Seligman y Teasdale (1978; citado por Jiménez, 1997) plantean que la expectativa de incontrolabilidad se forma indirectamente, basándose en la modulación de las atribuciones del sujeto. Las atribuciones fundamentales son las siguientes: a) locus de control o internalidad-externalidad: el sujeto atribuye sus fracasos y falta de control a causas internas y sus éxitos a causas externas; b) estabilidad-inestabilidad: los individuos depresivos establecen atribuciones estables a sus fracasos e inestables a sus éxitos; c) generalidad-especificidad: los sujetos depresivos atribuyen sus fracasos a factores globales y sus éxitos a factores específicos. Según Abramson, Alloy, Metalsky, Joiner y Sandín (1997) las personas que poseen estilos inferenciales negativos (i.e., vulnerabilidad cognitiva) son más propensas a desarrollar síntomas depresivos cuando experimentan sucesos vitales negativos que las personas que no poseen dichos estilos. Es decir que las personas que establecen atribuciones internas, estables y globales para los eventos negativos y hacen atribuciones externas, inestables y específicas para los hechos positivos son más propensas a desarrollar depresión (Jiménez, 1995).

Al respecto, un estudio realizado por Weisz, Sweeney, Proffitt, y Carr (1993) con 116 niños de dos escuelas primarias mostró evidencia de que las creencias de los niños acerca del

control y las contingencias estaban relacionadas con sus puntajes de síntomas depresivos obtenidos en el CDI.

Modelo cognitivo

El modelo cognitivo enfatiza los sistemas perceptivos, atributivos y de creencias que subyacen a los síntomas depresivos.

El modelo de Beck (1967, 1976; citado por Jiménez, 1997) sostiene que la depresión es producida por una disfunción cognitiva que genera en el sujeto una visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro. Según estos autores las vivencias personales del niño cuando es pequeño determinan el desarrollo de su manera de pensar. La persona que desarrolla una depresión sufrió en su primera infancia experiencias tempranas negativas, que originaron pautas de pensamiento erróneas o esquemas cognitivos inadecuados (Méndez, 2007). Este modelo se centra en las conductas encubiertas e implica tres conceptos específicos para explicar el substrato psicológico de la depresión: 1) La tríada cognitiva, 2) los esquemas y 3) los errores cognitivos (Jiménez, 1997).

La tríada cognitiva posee tres componentes. El primero se refiere a la visión negativa que tiene el sujeto de sí mismo. El segundo consiste en que el sujeto deprimido interpreta sus experiencias de forma negativa. Y por último, el tercero se centra en la visión negativa que tiene el sujeto acerca del futuro. El segundo concepto fundamental de esta teoría se refiere a los esquemas depresógenos u “organización estructural del pensamiento” que establece el sujeto con depresión. Beck (citado por Jiménez, 1997) utiliza el término de “esquema” para designar los patrones cognitivos relativamente estables con los que los sujetos atienden selectivamente a los estímulos y juzgan las situaciones. Las conceptualizaciones de las personas depresivas se

distorsionan de tal modo que se ajustan a esquemas inadecuados que producen distorsiones de la realidad.

El tercer componente básico del modelo es el de errores cognitivos. Beck (1979; citado por Jiménez, 1997) describe los siguientes:

- a) Inferencia arbitraria: El sujeto hace una conclusión sin evidencia que la apoye.
- b) Abstracción selectiva: El sujeto se centra en detalles extraídos fuera de su contexto e ignora otras características relevantes de la situación; hace valoraciones basadas en detalles fragmentados de la experiencia.
- c) Excesiva generalización: El sujeto hace conclusiones generales a partir de un incidente o varios hechos aislados.
- d) Maximización y minimización: Exagerar o minimizar el significado de un acontecimiento.
- e) Personalización: El sujeto tiende a atribuirse fenómenos externos sin evidencia firme para ello.
- f) Pensamiento absolutista: Tendencia a interpretar las experiencias de acuerdo a categorías opuestas (malo/bueno; limpio/sucio; honrado/deshonesto).

Modelo de autocontrol

Rehm (1977; citado por Jiménez, 1997; Méndez, 2007) formuló el modelo de autocontrol de la depresión. Este modelo se centra en los procesos auto-reguladores deficientes o inadaptativos para afrontar el estrés. Este modelo distingue tres fases en el proceso de autocontrol. La auto-observación es la primera y se refiere a que el sujeto observa su conducta, los antecedentes y las consecuencias de forma diferente a como lo hacen los individuos no

depresivos. Específicamente parecen mostrar una atención selectiva a los estímulos aversivos y a las conductas indeseables de sí mismo. La auto-evaluación es la segunda fase, en la cual se produce una comparación entre la ejecución estimada por la autoobservación con respecto a un patrón interno de éxito o fracaso. El sujeto atribuye su éxito o fracaso a diferentes causas externas e internas y a factores universales o personales. Los errores en la auto-evaluación producen en los depresivos déficits en la autoestima, sentimientos de culpa y ánimo deprimido. Finalmente, el auto-reforzamiento y auto-castigo comprenden la tercera fase, en la cual, el problema mayor consiste en que el sujeto se administra escaso autorrefuerzo y mucho autocastigo.

Modelos evolutivos

Mucho del trabajo realizado por los modelos evolutivos se ha centrado en el papel del apego y se postula que un apego inseguro en épocas temprana de la vida contribuye a la depresión infantil (Jiménez, 1995). El concepto de apego alude a la disposición que tiene un niño o una persona mayor para buscar la proximidad y el contacto con un individuo, sobre todo bajo ciertas circunstancias percibidas como adversas. Esta disposición cambia lentamente con el tiempo y no se ve afectada por situaciones del momento (Repetur, 2005). Uno de los autores más representativos de la teoría del apego es John Bowlby (1969, 1989; citado por Santrock, 2007) quien plantea que el apego inseguro, la falta de amor y afecto en la crianza, o la pérdida real de uno de los padres durante la niñez, hacen que el niño desarrolle un esquema cognoscitivo negativo, el cual influye en la forma en que el niño interpreta sus experiencias posteriores. Si estas experiencias posteriores implican más pérdidas, el niño piensa que es incapaz de producir relaciones positivas duraderas, lo cual genera depresión.

Teoría Interpersonal

Según esta teoría un conjunto de pasos origina la depresión. El primer paso es el fracaso del individuo durante la infancia de adquirir las habilidades necesarias para desarrollar relaciones íntimas satisfactorias. Al fracasar en esta tarea se crea una sensación de desesperación, aislamiento y depresión. Cuando la depresión se ha establecido se va a mantener debido a las habilidades sociales pobres y al deterioro de la comunicación, lo cual trae a su vez, más rechazo por parte de los demás. De esta forma, la teoría interpersonal afirma que este círculo de desesperación y aislamiento, falta de habilidades sociales y de interacción social es el verdadero causante de la depresión (Halguin y Krauss, 2005).

Teorías biológicas

Aunque no existe evidencia confirmatoria y conclusiva, los datos parecen fomentar la idea de que en la etiología de la depresión endógena juegan un papel importante, aunque no único, algunas alteraciones en los mecanismos neurotransmisores del sistema nervioso central y en los procesos endocrinos (Jiménez, 1997)

Hipótesis de las monoaminas. Según esta hipótesis la depresión se debe a un déficit funcional de ciertos neurotransmisores, específicamente de las monoaminas de las cuales existen dos tipos: las catecolaminas (noradrenalina, adrenalina, dopamina) y las indolaminas (serotonina). Schildkraut (1965; citado por Méndez, 2007) propuso la hipótesis noradrenérgica, que relaciona la depresión con una disminución de la acción de la noradrenalina. Una explicación complementaria es la hipótesis permisiva que formula que cuando existe un déficit funcional de serotonina puede aparecer un trastorno afectivo, aumentando la vulnerabilidad de la persona. Si además de la actividad serotoninérgica disminuida existe un déficit noradrenérgico se

desarrolla una depresión; por el contrario si se asocia un aumento de noradrenalina se produce un trastorno maníaco (Méndez, 2007). Sin embargo de acuerdo con Sandin (1986; citado por Jiménez, 1997) aunque existe cierto acuerdo unánime sobre la existencia de un descenso de la noradrenalina, serotonina y dopamina cerebrales, no está claro si el trastorno primario se produce por una disminución o si se trata de hiposensibilidad o hipersensibilidad, o ambas cosas en determinados receptores aminérgicos.

Hipótesis endocrinas. Aunque las alteraciones hormonales juegan un papel importante en la depresión, se suelen considerar secundarias al trastorno en los neurotransmisores centrales (Jiménez, 1997). Concretamente, se ha encontrado que las personas deprimidas presentan niveles anormalmente elevados en sangre y orina de cortisol, la principal hormona glucocorticoide segregada por la corteza de las glándulas suprarrenales. Este fenómeno puede ser consecuencia del déficit de noradrenalina, ya que esta catecolamina inhibe la secreción de cortisol (Méndez, 2007).

Asimismo, se ha constatado que los enfermos de hipotiroidismo son propensos a la depresión debido a un déficit funcional de la hormona estimulante de la tiroides, mientras que los de hipertiroidismo muestran conductas similares a las de la manía. De hecho, las hormonas tiroideas aumentan la acción de los fármacos antidepresivos (Méndez, 2007).

Factores de riesgo y de protección de la depresión infantil

Se han identificado algunos factores de riesgo desencadenantes de la depresión infantil. Según Cuervo e Izzedin (2007) algunos de los factores de riesgo más citados en la literatura son: madres depresivas e historia de depresión familiar, alcoholismo paterno, problemas prenatales, abuso infantil, fracaso en el rendimiento exigido por otros, falta de confianza en sí mismo,

sentirse diferente a los pares, carencia de relación parental, pérdida temprana de familiares, problemas del ámbito escolar, prestarle más atención a los aspectos negativos que a los positivos de la conducta del niño, alteraciones del lenguaje, dificultades específicas de aprendizaje, coordinación psicomotriz, déficit en habilidades de solución de problemas, en habilidades sociales y predisposición hereditaria o enfermedad física con trastorno neuroquímico persistente, entre otros.

En un estudio conducido por Cole, Martin, Powers, y Truglio (1996) con niños de los grados tercero y sexto, se encontraron correlaciones significativas entre la depresión, la competencia social y la competencia académica. Es decir que los niños con problemas en estas áreas pueden ser más propensos a sufrir de depresión. Sin embargo, la depresión correlacionó más fuertemente con la competencia social que con la académica.

Así mismo, respecto a la estructura familiar, Palosaari y Laippala (1996; citado por Carson, Butcher y Mineka, 2000) encontraron que la depresión infantil era más común en familias divorciadas. Similarmente, Kasen, Cohen, Brook y Hartmark (1996) hallaron que la situación familiar después del divorcio ejercía una gran influencia sobre algunos trastornos emocionales, independientemente del temperamento previo del niño y de otros factores educacionales, pero que variaba en función del sexo. Específicamente estas autoras encontraron que, comparados con los hijos de familias intactas, los hijos varones de padres divorciados que vivían sólo con la madre presentaban un alto riesgo de sufrir de depresión, sin embargo este efecto no se confirmó en las mujeres. Por el contrario, en el grupo de familias rehechas, caracterizadas por la presencia de un padrastro, se observó un riesgo elevado para los trastornos de ansiedad y depresión en las niñas pero no en los niños.

En cuanto a los factores protectores de la depresión infantil el Centre Londres 94 (2010) identifica los siguientes: un autoconcepto positivo y realista de sí mismo, donde se pueda poner

nombre a las propias cualidades personales y también a las limitaciones; habilidades de comunicación ya que el poder comunicarse de forma efectiva con los demás es sumamente importante para tener buenas relaciones interpersonales y crear redes de apoyo social; capacidad de resolución de problemas puesto que los niños aprenden a hacer frente al estrés y a la frustración con mayor eficacia y aumenta su autoestima.

De igual forma, Sánchez y Méndez (2009) encontraron que un estilo explicativo optimista consistente en explicar los acontecimientos positivos mediante atribuciones permanentes y globales y los negativos mediante atribuciones temporales y específicas se relaciona significativamente con menor sintomatología depresiva en los niños y adolescentes. De igual forma, Godoy (2009) añade que entre los factores protectores más significativos entre los preescolares se encuentran: la presencia de una figura vincular, los hermanos y la asistencia al jardín.

Tratamiento de la depresión infantil

Los tratamientos psicológicos para la depresión infantil tienen como objetivo mejorar el estado de ánimo (Méndez, 2007). El tratamiento multimodal, es decir, el que emplea intervenciones a nivel individual, familiar y social es el que ha dado mejores resultados, combinando distintos enfoques terapéuticos, dependiendo de la edad del niño o del adolescente (García, 2003). En un estudio realizado por Méndez, Rosa, Montoya, Espada, Olivares y Sánchez-Meca, (2002), se encontró que el tratamiento psicológico consigue una mejoría moderada de la depresión infantil y adolescente, incluyendo un ligero aumento de la autoestima. Las terapias psicológicas más utilizadas para este trastorno son:

1. *Terapia cognitivo-conductual*: Es probablemente el tipo de terapia más utilizada, puesto que incluye un grupo de tratamientos derivados del adulto, entre los que se encuentran la

terapia cognitiva, el entrenamiento en habilidades sociales, entrenamiento en relajación, terapia racional emotiva, entrenamiento en resolución de problemas, intervenciones operantes, o intervenciones multi-componentes (Tomas, 2005). De hecho, Méndez, Moreno, Sánchez-Meca, Olivares y Espada (2000), en un estudio sobre la efectividad de los tratamientos psicológicos para la depresión infantil y adolescente, encontraron que la mayoría de los programas terapéuticos para este trastorno son de orientación cognitivo-conductual y que en la actualidad constituyen la alternativa terapéutica más sólida. El tratamiento cognitivo conductual se basa en la premisa que los sentimientos y comportamientos propios de los pacientes deprimidos son consecuencia directa de la valoración que el niño realiza de la situación. El procedimiento terapéutico consiste en explicar los fundamentos de la terapia cognitiva y en modificar los pensamientos automáticos, los errores lógicos y los esquemas cognitivos negativos por patrones de pensamiento racionales, saludables y productivos (Méndez, 2007). La terapia conductual por su parte, se centra en ampliar e intensificar las actividades agradables y diversiones, en enseñar habilidades sociales para vencer la soledad y originar relaciones satisfactorias, en promover el bienestar físico, instruyendo pautas saludables de alimentación y sueño (Méndez, 2007).

2. *Terapia interpersonal*: Está centrada en las relaciones sociales del individuo y el estado actual de las mismas. Se enfoca en tres componentes básicos del trastorno depresivo: la formación de los síntomas, la personalidad y la adaptación social del sujeto. Pretende disminuir los síntomas depresivos y reestructurar las relaciones interpersonales y la interpretación de las mismas con el fin de mejorar el funcionamiento interpersonal, por lo que se enfoca en las situaciones de duelo, las disputas interpersonales, las transiciones en

la etapa del desarrollo, y la corrección de déficit en las relaciones interpersonales (Tomas, 2005; García, 2003).

3. *Terapia Psicodinámica*: En esta terapia se establece una relación terapéutica en la cual se enfatizan y se corrigen patrones de mala adaptación debido a conflictos o déficits de las estructuras psicológicas (García, 2003)
4. *Intervenciones socio-familiares*: las intervenciones familiares son muy importantes en el tratamiento de la depresión en niños y adolescentes, por lo que se debería incluir tanto a padres como a cuidadores. Es esencial conocer la sintomatología del menor, comprender sus actitudes, aprender a aceptar la enfermedad y a no reforzar las conductas negativas y depresógenas (Tomas, 2005).
5. *Tratamientos biológicos*: Los antidepresivos son el tratamiento biológico más utilizado. Aproximadamente dos de cada tres niños con depresión mejoran con la administración de estos medicamentos (Méndez, 2007). Los mecanismos de acción de los antidepresivos se relacionan con la inhibición de la recaptación de los neurotransmisores, la desensibilización de los receptores betaadrenérgicos postsinápticos y la sensibilización aumentada a la serotonina postsináptica y los receptores alfa. La respuesta a los antidepresivos tricíclicos ha sido considerada como buena en un porcentaje significativo de niños, de los cuales la imipramina es el tratamiento farmacológico de elección de las depresiones infantiles (García, 2003). La experiencia con los inhibidores de la MAO es muy limitada, y en general han sido utilizados en niños y adolescentes que no han respondido a los tricíclicos. Finalmente, el carbonato de litio se usa solamente cuando la depresión forma parte del trastorno bipolar y la terapia electroconvulsiva se utiliza en casos de depresión endógena muy severa, con grave riesgo de suicidio y en los que otros

tratamientos aplicados previamente han fracasado en el niño o adolescente (Méndez, 2007).

Pregunta de Investigación

¿Cuál es la prevalencia de la depresión infantil en un grupo de estudiantes entre los 9 y 12 años de un colegio del municipio de Cajicá?

Objetivo General

Identificar cuál es la prevalencia de la depresión infantil en un grupo de estudiantes de un colegio del municipio de Cajicá de los grados cuarto, quinto y sexto con edades que oscilan entre los 9 y 12 años.

Objetivos específicos

Identificar el nivel de depresión infantil de acuerdo al sexo.

Identificar el nivel de depresión infantil de acuerdo al grado escolar.

Identificar el nivel de depresión infantil de acuerdo a la conformación de los hogares.

Definición de Variables

Depresión Infantil: La depresión es un trastorno del estado de ánimo caracterizado por una tristeza profunda y abatimiento, el individuo se siente infeliz, desmoralizado, aburrido y se menosprecia a sí mismo (Carson, Butcher y Mineka, 2000; Santrock, 2007). En los niños las conductas vinculadas con la depresión suelen ser más generales que en los adultos. Los niños deprimidos generalmente manifiestan agresión, fracaso escolar, ansiedad, conducta antisocial y malas relaciones con los padres (Santrock, 2007). Aunque es común que los niños comuniquen o muestren sentimientos de infelicidad, tristeza, desaliento o irritabilidad, la mayoría se recuperan rápidamente de estos estados de ánimo. Sin embargo, para otros la depresión puede ser severa y

de larga duración, y puede interferir con todos los aspectos de la vida diaria, desde el rendimiento académico hasta las relaciones familiares (Saklofske y cols., 1998).

Sexo: División del género humano en dos grupos: hombre o mujer. Cada individuo pertenece a alguno de estos grupos, i.e. a uno de los dos sexos (Haeberle, 2003).

Grado escolar: se refiere a cada una de las etapas en las que se divide un nivel educativo. A cada grado corresponde un conjunto de conocimientos (Gloria, 2010).

Conformación de los hogares: Para el presente estudio se tomaron cuatro tipos de familia. Llamamos padres separados a aquellos hogares en que los padres no viven juntos y el niño/a vive con alguno de ellos. La de padres juntos se caracteriza porque ambos padres conviven junto con el hijo/a. La familia compuesta es aquella en donde uno de los padres vuelve a formar pareja luego de una separación o divorcio, donde existía al menos un hijo de una relación anterior. Por último, la familia extensa es aquella integrada por una pareja o uno de sus miembros y otros parientes como abuelos, tíos, sobrinos, etc (Mutis, 2006).

Prevalencia: Es el número total de casos de una enfermedad o evento en una población y en un momento dado (Merino, 2007). Se pueden distinguir dos tipos de prevalencia: puntual y de periodo. La prevalencia puntual se refiere a la medición de prevalencia que considera periodos de tiempo abreviados o de corta duración, reflejando la obtención de una medida que busca ser instantánea. Estadísticamente es la probabilidad de que un individuo de una población presente una característica determinada. En situaciones de carácter recurrente en la vida, como aquellas propias de problemas de la salud mental, puede interesar conocer la existencia de episodios a lo largo de periodos de tiempo. Este es el concepto que subyace al término prevalencia periódica o lápsica, la cual puede corresponder a un periodo de tiempo acotado o bien, al caso particular de edición de prevalencia en la que se indaga acerca de la existencia de eventos a lo largo de toda la vida en cuyo caso se habla de prevalencia de vida. La medición de prevalencia lápsica incorpora

a los sujetos que portaban la condición al momento de iniciar la observación más aquellos que la desarrollan durante el periodo de observación.

Método

Diseño

La presente investigación se hizo bajo un modelo de investigación empírico-analítico, con un diseño de tipo descriptivo, cuyo propósito es describir situaciones y eventos; es decir, cómo es y se manifiesta determinado fenómeno. De acuerdo con Dankhe (1986; citado por Hernández, Fernández y Baptista, 1998) los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis (Dankhe, 1986). Miden o evalúan diferentes aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno o fenómenos a investigar. En el presente estudio el fin fue describir la ocurrencia de la variable en un grupo de estudiantes del municipio de Cajicá.

Participantes

La muestra estuvo compuesta por 100 estudiantes de los grados cuarto, quinto y sexto elegidos a través de un muestreo aleatorio simple con edades comprendida entre los 9 y 12 años de un colegio del municipio de Cajicá.

Instrumento

Inventario de Depresión Infantil (CDI): instrumento diseñado por Kovacs (1992) estructurado de forma específica para la población infantil. Es una escala de auto reporte que consta de 27 ítems cuyo contenido cubre la mayor parte de los criterios para el diagnóstico de la depresión infantil. Los datos que se obtienen de las respuestas al cuestionario aportan

conocimiento sobre el nivel de depresión total del niño y sobre las escalas que lo constituyen durante las dos últimas semanas: Escala A – Disforia (humor depresivo, tristeza, preocupación, etc.) y Escala D - Autoestima negativa (juicios de ineficacia, fealdad, maldad, etc.). Su rango de puntuación está entre 0 y 54, el punto de corte es de 19, lo que significa presencia de depresión a partir de este puntaje. Su periodo de aplicación es de 30 minutos aproximadamente y tiene una confiabilidad entre 0.71 a 0.94 (ver anexo 1).

Este instrumento ha sido aplicado en cuatro investigaciones en Colombia sobre la prevalencia de la depresión infantil. La primera fue llevada a cabo en Bucaramanga por Mantilla, Sabalza, Díaz y Campos (2004). En el municipio de La Ceja Antioquia, también se realizó un estudio sobre prevalencia de la depresión infantil conducido por Vinaccia, Gaviria, Martínez, Atehortúa y Trujillo (2006). El CDI se utilizó también en el estudio realizado por Herrera, Losada, Rojas y Gooding (2009) en la ciudad de Neiva y en el de Moreno, Escobar, Vera, Calderón y Villamizar (2009) en la localidad de Usaqué en Bogotá.

Procedimiento

El desarrollo de la presente investigación se efectuó en las siguientes fases, teniendo en cuenta el análisis cuidadoso de las consideraciones éticas según lo dispuesto en la Resolución No. 008430 de 1993 del Ministerio de Salud, en la Ley 84 de 1989 y en la ley 1090 en el código deontológico y bioético para el ejercicio de la profesión de psicología en los artículos 14, 16, 17, 29, 30, 49, 50, 52, 55 y 56.

1. Fase de inicio: Se hizo una solicitud por escrito al colegio para realizar la investigación. Se entregó el consentimiento informado a los padres y el asentimiento a los participantes

(ver anexo 2). Además se seleccionó la muestra, por medio de un proceso aleatorio simple, en términos de edad, sexo y grado escolar.

2. Fase de implementación: Se realizó la aplicación colectiva a los niños dando una breve explicación del sentido de la investigación en términos sencillos y una vez aplicado el instrumento se procedió a organizar y a analizar los datos en el programa estadístico SPSS 18.0 para Windows.
3. Fase de finalización: Se realizó la discusión contrastando los resultados obtenidos con el soporte teórico y empírico del estudio. Una vez aprobada la investigación por la Universidad, los resultados serán socializados al colegio.

Resultados

En la tabla 1 se pueden apreciar las frecuencias según el sexo, el grado y la composición familiar de los participantes.

Tabla 1. Frecuencias según el sexo, el grado y la composición familiar de los participantes

	Frecuencia
<i>Sexo</i>	
Hombres	48
Mujeres	52
<i>Grado</i>	
Cuarto	35
Quinto	33
Sexto	32
<i>Familia</i>	
Padres Separados	17
Padres Juntos	32
<i>Familia</i>	
Compuesta	11
Familia Extensa	40

Fuente: elaboración propia

A continuación se muestran los resultados del CDI para todos los participantes discriminados de acuerdo al sexo, grado y composición familiar.

La media en el puntaje del CDI obtenida por el total de la muestra es de 12,58 con una desviación típica de 7,43. Se obtuvo una media de 5,26 en la escala A y de 7,32 en la escala D, lo que indica en promedio la ausencia de síntomas de depresión, tal y como se puede observar en la tabla 2.

Tabla 2. Media en los puntajes de la prueba CDI

	Media	Desviación Típica
Escala A	5,26	5,112
Escala D	7,32	3,117
Total CDI	12,58	7,435

Fuente: Elaboración propia

En la presente investigación, 16 de los 100 participantes obtuvieron una puntuación igual o mayor a 19, lo que significa que el 16% de los participantes muestran síntomas de depresión cómo se observa en la figura 1.

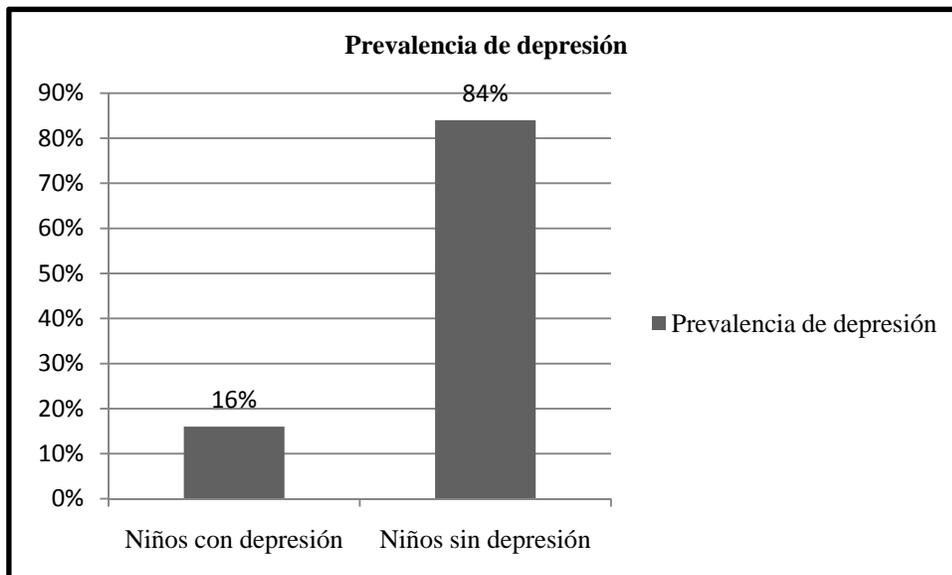


Figura 1. Prevalencia de la sintomatología depresiva

Depresión y sexo

Como se puede apreciar en la tabla 3 no se encontraron diferencias significativas utilizando la prueba t de Student en las escalas A y D como tampoco en el total del CDI de acuerdo al sexo.

Tabla 3. Diferencia de medias en el puntaje del CDI entre hombres y mujeres

Sexo	Media	Desviación Típica	Sig.
<i>Escala A</i>			0,43
Hombres	7,25	2,74	
Mujeres	7,38	3,44	
<i>Escala D</i>			0,61
Hombres	5,6	5,13	
Mujeres	4,94	5,12	
<i>Total CDI</i>			0,41
Hombres	12,85	6,99	
Mujeres	12,33	7,88	

Fuente: Elaboración propia

Aunque no existen diferencias significativas entre ambos sexos, se observa un porcentaje ligeramente mayor en los síntomas depresivos en las niñas que en los niños, como se observa en la figura 2.

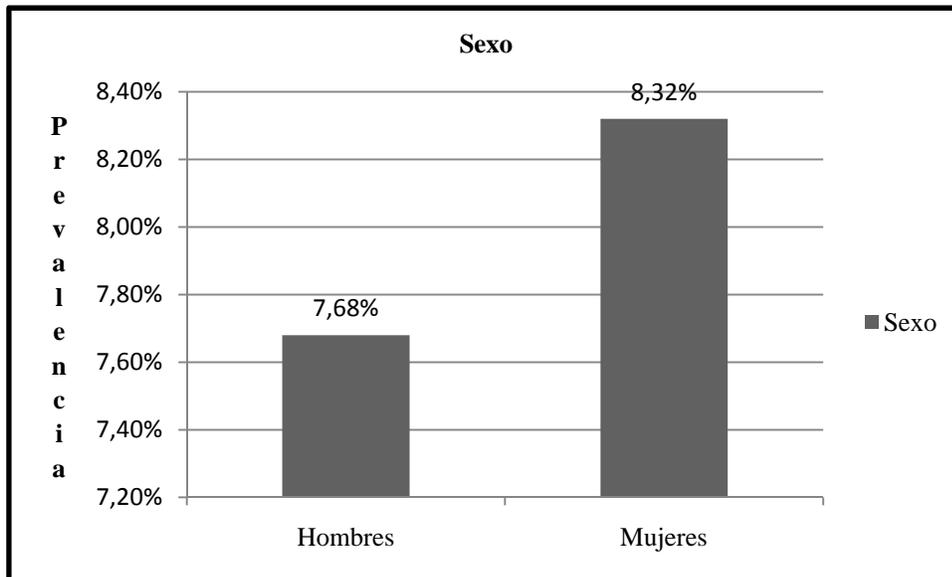


Figura 2. Prevalencia de la sintomatología depresiva según el sexo

Depresión y grado escolar

Utilizando un ANOVA no se encontraron diferencias significativas en ninguno de los puntajes de acuerdo al grado de los participantes como se aprecia en la tabla 4.

Tabla 4. ANOVA para diferencias en los puntajes en el CDI entre los grados cuarto, quinto y sexto

Escala	Grado	Media	DS	Sig.
<i>Escala A</i>				0,405
	Cuarto	6,8	2,53	
	Quinto	7,82	2,69	
	Sexto	7,38	3,99	
<i>Escala D</i>				0.407
	Cuarto	4,77	4,35	
	Quinto	6,24	5,64	
	Sexto	4,78	5,31	
<i>Total CDI</i>				0,361
	Cuarto	11,57	5,51	
	Quinto	14,06	7,69	
	Sexto	12,16	8,85	

Fuente: Elaboración propia.

En la figura 4 se aprecia cómo los grados quinto y sexto se asemejan considerablemente en la sintomatología depresiva, mientras que el grado cuarto presenta una menor prevalencia; sin embargo, estas diferencias no son significativas.

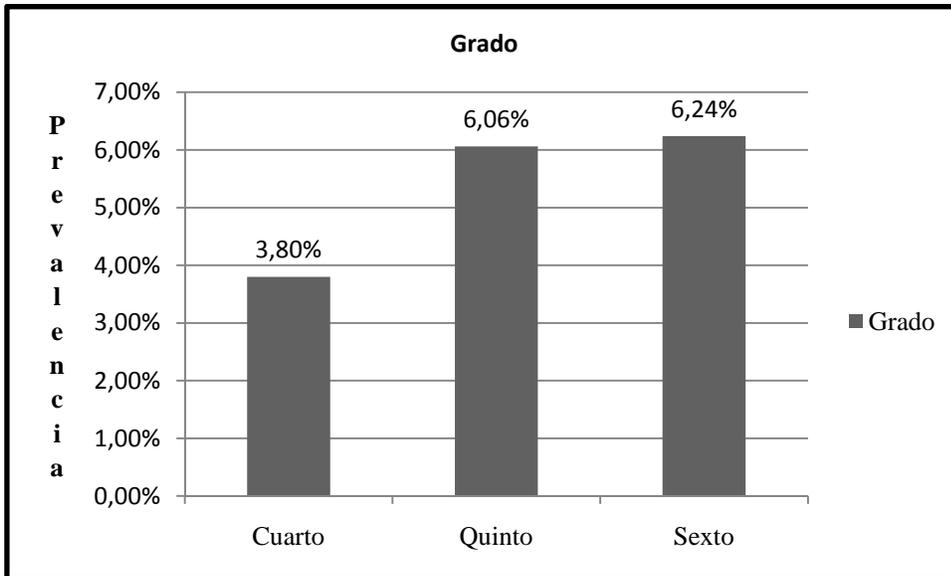


Figura 3. Prevalencia de la sintomatología depresiva según el grado

Depresión y composición familiar

Como se observa en la tabla 5 se encontró diferencias significativas de acuerdo a la composición de los hogares. Una prueba ANOVA mostró que tanto los resultados en la escala D como en el total del CDI son significativamente superiores en los niños con familias compuestas respecto a los demás tipos de familia. Esto indica que los niños que viven con madrastra o padrastro no sólo presentan un porcentaje mayor en los síntomas de depresión, sino además una mayor autoestima negativa caracterizada por juicios de ineficacia, fealdad y maldad entre otros, en comparación a los niños que viven con padres juntos, separados o en familias extensas.

Tabla 5. ANOVA para diferencias en los puntajes en el CDI de acuerdo a la composición familiar

Escala	Composición familiar	Media	DS	Sig.
<i>Escala A</i>				0,071
	Padres Separados	7,18	1,84	
	Padres Juntos	6,59	3,08	
	Familia Compuesta	9,45	5,1	
	Familia Extensa	7,37	2,69	
<i>Escala D</i>				0,009*
	Padres Separados	4,06	3,61	
	Padres Juntos	4,5	4,03	
	Familia Compuesta	10*	8,92	
	Familia Extensa	5,08	4,49	
<i>Total CDI</i>				0,009*
	Padres Separados	11,24	5,34	
	Padres Juntos	11,09	6,5	
	Familia Compuesta	19,45*	12,83	
	Familia Extensa	12,45	6,06	

* $p < ,05$

Fuente: Elaboración propia

La prevalencia de depresión es significativamente mayor en los niños que viven en familias compuestas, seguida por los niños que viven en familias extensas y es menor en niños que viven con padres juntos y padres separados en orden descendente, tal y como se observa en la figura 4.

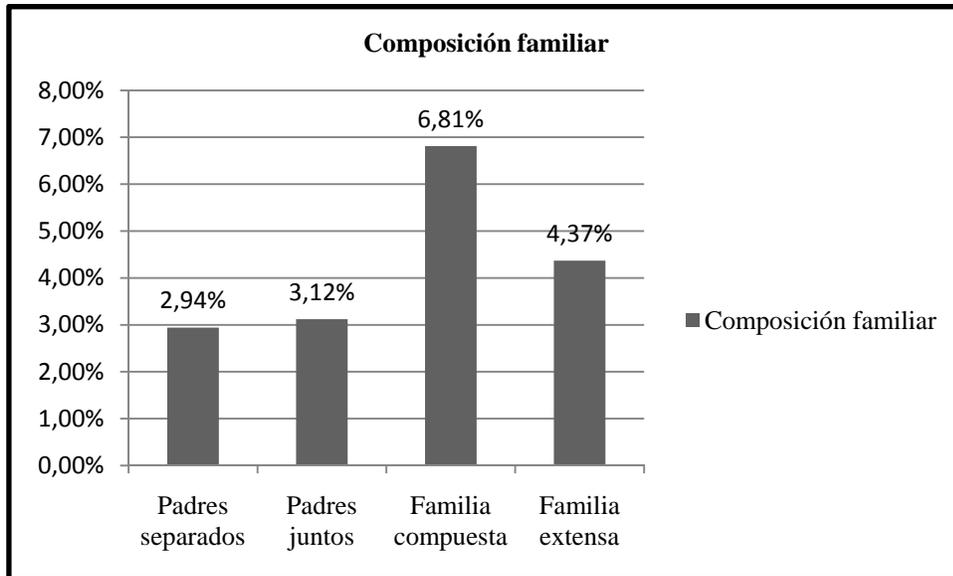


Figura 4. Prevalencia de la sintomatología depresiva según la composición familia

Discusión

Los resultados del presente estudio muestran una prevalencia de 16% de sintomatología depresiva en niños y niñas escolarizados, utilizando un punto de corte de 19, el sugerido por Kovacs (1992). Estos resultados muestran semejanza con la última investigación realizada en Colombia con 1832 niños entre los ocho y once años en la ciudad de Neiva donde la prevalencia fue del 17,09% (Herrera, Losada, Rojas y Gooding, 2009), lo cual indica porcentajes altos de prevalencia de depresión infantil respecto a la población mundial que se encuentra entre un 8% y 10% (Herrera, Núñez, Tobón y Arias, 2009). Colombia es un país que padece por la violencia, los problemas económicos y la descomposición social, los cuales son factores que contribuyen a desarrollar diversos trastornos en la población infantil (Herrera y cols., 2009). Así mismo, es importante mencionar que todos los participantes de la presente investigación pertenecen a un estrato socio-económico bajo lo cual en la mayoría de las investigaciones realizadas en Colombia sobre la prevalencia de este trastorno (Mantilla, Sabalza, Díaz y Campos 2004; Herrera, Losada,

Rojas y Gooding, 2009; Murcia, Losada, Rojas y Londoño 2009; Moreno, Escobar, Vera, Calderón y Villamizar (2009) se asoció a síntomas depresivos en la infancia. De acuerdo con Mantilla, Sabalza, Díaz y Campos (2004), el bajo nivel socio-económico por lo general se asocia a un mayor número de eventos vitales negativos, que incrementan la posibilidad de cualquier trastorno mental, incluyendo, el depresivo.

Consistente con la mayoría de investigaciones recientes sobre depresión (Saklosfske y cols., 1998; Vinaccia y cols., 2006) no se encontraron diferencias significativas en la sintomatología depresiva entre los sexos, puesto que dichas diferencias se empiezan a observar en la adolescencia. A partir de esta etapa son las niñas las más propensas a sufrir de depresión (Cole y cols., 2002). En el presente estudio se observa una prevalencia un poco mayor en las niñas aunque la diferencia no es significativa. De acuerdo con Vinaccia y cols., (2006) las diferencias de sexo apuntan a una dimensión fuertemente social del género. El sexo femenino es un fuerte predictor para desarrollar una depresión en el futuro junto con otros problemas de interiorización como la ansiedad y los pensamientos suicidas, puesto que son ellas las que acuden con mayor frecuencia a ayuda psicológica.

Así mismo, de acuerdo con Nolen-Hoeksema y Girgus (1994) ciertas diferencias de género en la personalidad o en el estilo comportamental presentes antes de la adolescencia temprana son factores de riesgo que luego interactúan con los retos propios de la adolescencia temprana para hacer que las niñas adolescentes y las mujeres adultas sean más propensas a desarrollar una depresión que los hombres. Según estas autoras los factores de riesgo combinados con los retos biológicos y sociales que se presentan en la adolescencia temprana son mayores para las niñas que para los niños, haciendo que surjan las diferencias de género referentes a la depresión. Tanto antes como después de la adolescencia, las niñas se describen a sí mismas como más orientadas a lo social y lo comunal que los niños. El estilo de interacción de las niñas en

grupo, se centra en la cooperación y el mantenimiento de relaciones positivas entre los miembros del grupo, mientras que el estilo de interacción de los niños está centrado más en la competencia y el dominio. Finalmente, las niñas son menos agresivas físicamente que los niños y tienden a tener un estilo más rumiativo centrado en sí mismas para responder a los periodos de estrés.

Nolen-Hoeksema y Girgus (1994) afirman que lo que ocurre en la adolescencia temprana es que estas diferencias de género preexistentes interactúan con los mayores retos y cambios que se presentan en esta etapa en las niñas, lo que hace que surjan las diferencias de género referentes a la depresión. Por ejemplo, el estilo de interacción cooperativo de las niñas, puede ponerlas en un mayor riesgo en la adolescencia temprana de tener experiencias desmoralizantes debido a que entran en contacto directo más seguido con estilos de interacción más dominantes por parte de sus compañeros varones en las relaciones de parejas heterosexuales y en la competencia por entrar a la universidad y por sus carreras. Esto junto con su estilo menos activo para afrontar situaciones estresantes puede hacerlas más propensas a desarrollar depresión.

De manera similar, los hallazgos del presente estudio apoyan el concepto que la prevalencia de trastornos depresivos aumenta de forma importante a partir de la pubertad (Mantilla y cols., 2004) o como lo afirman Doménech, Subirá y Cuxrt (1996; citado por Herrera, Losada, Rojas y Londoño, 2009) aumentan con la edad. La mayor prevalencia de sintomatología depresiva se halló en el grado sexto, seguido del grado quinto y el menor porcentaje lo presentó el grado cuarto, aunque estas diferencias no son significativas.

En el estudio realizado por Cole y cols. (2002) se encontró que la tasa en la que padres e hijos reportaron el surgimiento de síntomas depresivos incrementó durante la adolescencia temprana, particularmente entre los grados sexto y séptimo. Según estos autores dichos resultados indican el surgimiento de factores desestabilizantes hacia el final de la infancia o principios de la adolescencia, como por ejemplo, cambios de humor, relaciones sociales o familiares

problemáticas, aumento en el número de comportamientos riesgosos y varias transiciones educativas. Sin embargo, no todos los jóvenes experimentan mayor estrés durante la adolescencia. De acuerdo con Simmons, Burgeson, Carlton-Ford y Blyth (1987; citado por Cole y cols., 2002) existe evidencia que sugiere que los niños y niñas que experimentan un gran número de transiciones durante la adolescencia temprana pueden estar en mayor riesgo de desarrollar síntomas depresivos

En cuanto a la composición familiar, resulta interesante el hallazgo de diferencias significativas en las familias compuestas caracterizadas por la presencia de un padrastro o madrastra en relación a los demás tipos de familias. Como se mencionó anteriormente en estas familias se halló una mayor prevalencia de sintomatología depresiva. Al respecto, Kasen, Cohen, Brook y Hartmark (1996) hallaron que la situación familiar después del divorcio ejercía una gran influencia sobre algunos trastornos emocionales, independientemente del temperamento previo del niño y de otros factores educacionales, aunque variaba según el sexo.

Específicamente estas autoras encontraron que en el grupo de familias compuestas, caracterizadas por la presencia de un padrastro, se observó un riesgo elevado para los trastornos de ansiedad y depresión en las niñas pero no en los niños. Sin embargo, en la presente investigación no se hallaron diferencias de acuerdo al sexo en este sentido, la característica principal de diferenciación respecto a los otros tipos de familia es la presencia de un padrastro o madrastra. No obstante, no se puede asegurar que este resultado se dé debido a características de los tipos de personas que conforman estas familias; para obtener un claro diagnóstico sobre este resultado sería necesario evaluar una diversidad de causas biológicas que incluyen factores hereditarios, bioquímicos, hormonales, neurológicos y ambientales que pudieran explicar las relaciones encontradas. (Saklosfske y cols., 1998).

Sin embargo, se puede hipotetizar acerca de las posibles explicaciones para estos resultados. Según Olsson, Nordstrom, Arinell y Von Knorring (1999; citado por Herrera, Losada, Rojas y Gooding, 2009) los rasgos familiares que tienen estrecha relación con la depresión son la estabilidad social y la afectividad; cualquier carencia en alguna de éstas áreas puede desencadenar la aparición de sintomatología depresiva tanto en la niñez como en la adolescencia. Es probable que en familias compuestas halla carencias de afectividad por parte del padrastro o madrastra hacia su hijastro o hijastra especialmente si existen hermanos menores hijos de los padrastros o madrastras, debido a que por lo general se le presta más atención y cuidados a estos niños lo cual produce sentimientos de rechazo en los niños mayores que no son hijos de ellos. Así mismo, es también factible que en estas familias hallan niveles bajos de reforzamiento positivo y niveles altos de estimulación aversiva por parte de los padrastros y madrastras, lo cual según el modelo comportamental explican la depresión (Méndez, 2007). De igual forma, Bowlby (1969, 1989; citado por Santrock, 2007) plantea que el apego inseguro, la falta de amor y afecto en la crianza, o la pérdida real de uno de los padres durante la niñez, (características que pueden estar presentes en las familias compuestas), hacen que el niño o niña desarrolle un esquema cognoscitivo negativo, haciendo que el niño o niña piense que es incapaz de producir relaciones positivas duraderas, lo cual genera depresión. Sin embargo, estas son sólo hipótesis y más investigación al respecto es necesaria.

Es importante también mencionar que las diferencias significativas en las familias compuestas respecto a los otros tipos de familias, no sólo se dieron en los puntajes totales del CDI, sino también en la escala D, la cual mide la autoestima negativa. Kovacs (1992) define la variable de “autoestima negativa” como el valor negativo que se le da a la imagen y al concepto que se tiene de sí mismo y que se forja en relación con la información de las personas significativas y de las experiencias. Es posible que en las familias compuestas la información

respecto de sí mismos que reciben los niños de personas significativas de su entorno como madrastras o padrastros e incluso de sus propios padres sea negativa debido a las razones expuestas anteriormente, generando sentimientos de rechazo en ellos y una baja autoestima. Como resultado, tal y como indica Solloa (2001; citado por Herrera, Losada, Rojas y Gooding, 2009) la baja autoestima afecta el área cognitiva, generando ideas personales de desvalorización, visión pesimista del mundo y del futuro, es decir la triada cognitiva planteada por Beck (1976; citado por Jiménez, 1997) la cual genera depresión.

Con base a los resultados arrojados en esta investigación es nuestro deber y responsabilidad con la institución el buscar reforzar la escuela de padres, brindándoles charlas y talleres que permitan que ellos conozcan y aprendan estrategias para el manejo apropiado de las situaciones de riesgo al cual están expuestos sus hijos. Es importante que los padres se concienticen del trato que están teniendo con sus hijos y del tiempo que están dedicando a ellos para que mejoren aquellos aspectos que pueden afectar la salud mental de sus hijos, logrando así el bienestar de la comunidad y en especial de la población infantil. De igual forma es primordial que tanto padres y maestros aprendan a identificar los factores de riesgo y la sintomatología de los trastornos depresivos, tales como la baja autoestima, pensamientos de hacerse daño a sí mismo, miedo a expresarse, aislamiento social, irritabilidad, inconformismo con el mismo y con los demás etc.

Se concluye que a pesar que la muestra de la presente investigación es pequeña, los resultados muestran que existe una prevalencia importante de sintomatología depresiva en niños escolarizados de un colegio público del municipio de Cajicá, lo cual puede ser un indicador de la prevalencia de este trastorno de otros niños y niñas de colegios públicos de esta zona. Por tal motivo se recomienda otras investigaciones al respecto con muestras más amplias y ojalá con

instrumentos validados para la población Colombiana. Así mismo no se encontraron diferencias significativas respecto al sexo y el grado escolar pero si a la composición familiar, específicamente en las familias compuestas, por lo que se sugiere ampliar la investigación respecto a las variables que pueden estar influyendo en este tipo de familias como causantes de la depresión infantil.

Finalmente es importante mencionar el hecho que al igual que en investigaciones anteriores en el país, la prevalencia encontrada de sintomatología depresiva en la presente investigación, se encuentra por encima del promedio mundial, lo que indica una necesidad clara de conocer más al respecto, conduciendo investigaciones que informen acerca de las variables que están influyendo en esta situación para tomar las medidas necesarias y evitar que este trastorno se extienda cada vez más afectando a nuestros niños y niñas y haciendo que la sociedad Colombiana sea menos productiva y segura.

Referencias

- Abramson, L., Alloy, L., Metalsky, G., Joiner, T. y Sandín, B. (1997). Teoría de la depresión por desesperanza: aportaciones recientes. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* 2 (003), 211-223.
- Aguilar, G. (2002). *Problemas de la conducta y emociones en el niño normal. Planes de ayuda para padres y maestros*. 6ª Edic. México: Editorial Trillas.
- Aláez, M., Martínez, R. y Rodríguez, C. (2000). Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género. *Psichotema* 12 (004), 525-532.
- American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. (2006). The Depressed Child. *Facts for Families* 4, 5-8.
- American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. (2010). *FAQs on Child and Adolescent Depression*. Recuperado el 25 de enero del 2011, de [http://www.aacap.org/cs/child and adolescent depression resource center/faqs on child and adolescent depression](http://www.aacap.org/cs/child_and_adolescent_depression_resource_center/faqs_on_child_and_adolescent_depression)
- American Psychiatric Association. (2004). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* 4th. ed. Washignton.
- Caballo, V. y Simón, M. (2001). *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente. Trastornos Generales*. Madrid: Pirámide
- Carrasco, M. A. y Del Barrio, M. V. (2007). Variables de personalidad y temperamento en la sintomatología depresiva de niños y adolescentes. *Psichotema* 19 (001), 43-48.
- Carson, R. B., Butcher, J. N. y Mineka S. (2000). *Abnormal psychology and modern life*. Boston: Allyn and Bacon.

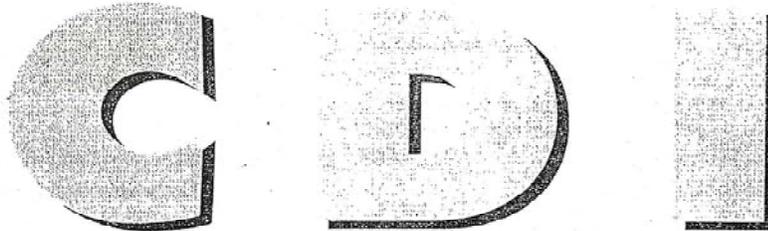
- Centre Londres 94. (2010). *Trastornos de humor en niños y adolescentes*. Recuperado el 25 de octubre del 2010, de <http://www.mailxmail.com/curso-transtornos-humor-ninos-adolescentes-escalas/escala-depresion-adolescente-depresion-infantil>
- Cole, D. A., Martin, J. M., Powers, B. y Truglio R. (1996). Modeling causal relations between academic and social competence and depression: a multitrait-multimethod longitudinal study of children. *Journal of Abnormal Psychology* 105 (2), 258–270.
- Cole, D. A., Tram, J. M., Martin, J. M., Hoffman, K. B., Ruiz, M. D., Jacquez, F. M. y Maschman, T. L. (2002). Individual differences in the emergence of depressive symptoms in children and adolescents: a longitudinal investigation of a parent and child reports. *Journal of Abnormal Child Psychology* 111 (1), 156–165.
- Cuervo, M. y Izzedin, M. (2007). Tristeza, depresión y estrategias de autorregulación en niños. *Tesis Psicológica* 2, 35-47.
- Diez, M. A. (2003). Análisis bibliométrico sobre depresión infantil en España. *International Journal of Clinical and Health Psychology* 3 (003), 645-653.
- Esparza, N. y Rodríguez, M. C. (2009). Factores contextuales del desarrollo infantil y su relación con los estados de ansiedad y depresión. *Diversitas. Perspectivas en psicología* 5 (001), 47-64.
- García, R. (2003). Trastornos del estado de ánimo. En *Psicopatología Infantil y de la Adolescencia* por Carlos Almonte. Chile: Mediterráneo.
- Gloria, J. A. (2010). *Estadística Educativa 2010*. Recuperado el 11 de agosto del 2011 de <http://sig.jalisco.gob.mx/Estadistica/index.htm>
- Godoy, X. (2009). *Confirman depresión infantil en preescolares*. Recuperado el 26 de septiembre del 2010, de http://www.uchile.cl/?_nfpb=true&_pageLabel=not&url=49347

- Gómez, C. (2005). Psiquiatría y salud mental de niños y adolescentes: una necesidad. *Revista Colombiana de psiquiatría*, 34, 338-339.
- Haeberle, E. J. (2003). *Anatomía sexual humana y fisiología básica*. Recuperado el 11 de agosto del 2011 de <http://www2.hu-berlin.de/sexology/ECS1/index.htm>
- Halgin, R. P. y Krauss, S. (2005). *Abnormal Psychology: Clinical Perspectives on Psychological Disorders*. 4ª Edic. Boston: McGraw Hill.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (1998). *Metodología de la investigación*. 2ª Edic. México: McGraw Hill.
- Herrera, E., Losada, Y. L., Rojas, L. A. y Gooding, P. (2009). Prevalencia de la depresión infantil en Neiva (Colombia). *Avances en Psicología Latinoamericana*, 27 (001), 154-164.
- Herrera, E., Núñez, A. C., Tobón, S. y Arias, D. (2009). Análisis bibliométrico de la depresión infantil. *Pensamiento Psicológico*, 5 (12), 59-70.
- Jiménez, M. (1997). *Psicopatología Infantil*. Madrid: Ediciones Aljibe.
- Kasen, S., Cohen, P., Brook, J. S. y Hartmark, C. (1996). A multiple-risk interaction model: Effects of temperament and divorce on psychiatry disorders in children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24, 121-150.
- Kovacs, M. (1992). *Children's Depression Inventory (CDI)*. Manual. Toronto: Multi Health Systems.
- Krawchik, R., Mías, D. y Querejeta, A. (2006). Depresión, suicidio y conductas destructivas en niños y adolescentes el discurso de la violencia. *Revista Infancia, Adolescencia y Familia*, 1 (002), 275-286.
- Leve, L. D., Kim, H. K. y Pears, K. C. (2005). Childhood temperament and family environment as predictors of internalizing and externalizing trajectories from ages 5 to 17. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33, 505-520.

- Mantilla, L.F., Sabalza, L., Díaz, L.A. y Campos, A. (2004). Prevalencia de la sintomatología depresiva en niños y niñas escolares en Bucaramanga, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 33 (2), 163-171.
- Méndez, F. (2007). *El niño que no sonríe*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Méndez, X., Moreno, P. J., Sánchez-Meca, J., Olivares, J. y Espada J. P. (2000). Eficacia del tratamiento psicológico de la depresión infantil y adolescente: una revisión cualitativa y cuantitativa de dos décadas de investigación. *Psicología Conductual* 8 (3), 487-510.
- Méndez, X., Rosa, A., Montoya, M., Espada, J. P., Olivares, J. y Sánchez-Meca, J. (2002). Tratamiento psicológico de la depresión infantil y adolescente: ¿evidencia o promesa? *Psicología Conductual* 10 (3), 563-580.
- Merino, T. (2007). *Estudios de Prevalencia II*. Recuperado el 20 de junio del 2011, de <http://escuela.med.puc.cl/recursos/recepidem/PDF/epiDesc7.pdf>
- Ministerio de Protección Social (2003). *Estudio nacional de salud mental- Colombia 2003*.
- Moreno, J.H., Escobar, A., Vera, A., Calderón, T. A. y Villamizar, L. F. (2009). Asociación entre depresión y rendimiento académico en un grupo de niños de la localidad de Usaquén. *Psychologia: avances de la disciplina*, 3 (1), 131-156.
- Mutis, F. (2006). *Trabajo infantil y familia*. Recuperado el 11 de agosto de 2011, de <http://www.mailxmail.com/curso-trabajo-infantil-familia/tipos-familia>
- Nolen-Hoeksema, S. y Girgus, J. (1994). The emergency of gender differences in depression during adolescence. *Psychological Bulletin*, 115 (3), 424-443.
- OMS (2003). Meeting on caring for children and adolescent with mental disorders: Setting WHO Directions. Geneve: WHO
- Repetur, K. (2005). Vínculo y desarrollo psicológico: la importancia de las relaciones tempranas. *Revista Digital Universitaria*, 6 (11), 2-15.

- Rodríguez, J. y Ortiz, M. (2005). Depresión infantil. *Revista Científica Electrónica de Psicología*, 6, 77-88.
- 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, O. y Méndez, F. J. (2009). El optimismo como factor protector de la depresión infantil y adolescente. *Revista de Psicología Clínica y Salud*, 20 (3), 273-280.
- Santrock, J. (2007). *Desarrollo Infantil*. México: McGraw Hill-Interamericana Editores.
- Sattler J. M. (2008). *Evaluación Infantil*. 5ª ed. La Mesa USA: Jerome Sattler, Publisher.
- Tomás, J. (2005). *Trastorno depresivo infantil*. Recuperado el 15 de octubre del 2010, de http://www.centrelondres94.com/files/trastorno_depresivo_infantil.pdf
- Vásquez, R. (2005). Urgencias en psiquiatría infantil. *Cuadernos de psiquiatría de enlace*, 25, 18-22.
- Vinaccia, S., Gaviria, A., Martínez, P., Atehortúa, F. y Trujillo, C. (2006). Prevalencia de la depresión en niños escolarizados entre los 8 y 12 años del municipio de La Ceja Antioquia. *Diversitas. Perspectivas en psicología* 2 (002), 217-227.
- Weisz, J. R., Sweeney, L., Proffitt, V. y Carr, T. (1993). Control-related beliefs and self-reported depressive symptoms in late childhood. *Journal of Abnormal Psychology*, 102 (3), 411-418.

C.D.N. Nombre y apellidos:
 Sexo: Varón Mujer Edad: años Fecha: / /
 Género: Examinador:



I N S T R U C C I O N E S

Los chicos y las chicas como tú tienen diferentes sentimientos e ideas. En este cuestionario se recogen esos sentimientos e ideas agrupados. De cada grupo, tienes que señalar una frase que sea **LA QUE MEJOR DESCRIBA** cómo te has sentido durante las **DOS ÚLTIMAS SEMANAS**. Una vez que hayas terminado con un grupo de frases, pasa al siguiente.

No hay contestaciones correctas o incorrectas. Únicamente tienes que señalar la frase que describa mejor **CÓMO TE HAS ENCONTRADO** últimamente. Pon un aspa (x) en el círculo que hay junto a tu respuesta.

Hagamos un ejemplo. Pon una aspa junto a la frase que **MEJOR** te describa:

EJEMPLO:

- Leo libros muy a menudo
- Leo libros de vez en cuando
- Nunca leo libros

RECUERDA QUE DEBES SEÑALAR LAS FRASES QUE MEJOR DESCRIBAN TUS SENTIMIENTOS O TUS IDEAS EN LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS.

DE LAS TRES FRASES QUE COMPONEN CADA PREGUNTA ESCOGE SÓLO UNA, LA QUE MÁS SE ACERQUE A CÓMO ERES O TE SIENTES.

PASA A LA PAGINA SIGUIENTE.



Autora: Maria Kovacs - Copyright de los elementos © 1982 by Maria Kovacs.
 Copyright © 1991, 1992 by Multi-Health Systems, Inc. (MHS), Toronto, Canadá.
 Copyright internacional en todos los países según la Convención de Berna y las Convenciones bilaterales y universales.
 Adaptadores de la edición española: M^a V. del Barrio Gándara y Miguel Angel Carrasco Ortiz (UNED).
 Copyright de la edición española © 2004 by TEA Ediciones, S.A., Madrid, España - Todos los derechos reservados - Prohibida la reproducción total o parcial - Este ejemplar está impreso en DOS TINTAS. Si se presentan un ejemplar en negro es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio NO LA UTILICE - Printed in Spain. Impreso en España.

CDI



Marca con un aspa (X) el círculo de la frase que describa mejor como te has encontrado últimamente.

1

- Estoy triste de vez en cuando.
- Estoy triste muchas veces.
- Estoy triste siempre.

2

- Nunca me saldrá nada bien.
- No estoy seguro de si las cosas me saldrán bien.
- Las cosas me saldrán bien.

3

- Hago bien la mayoría de las cosas.
- Hago mal muchas cosas.
- Todo lo hago mal.

4

- Me divierten muchas cosas.
- Me divierten algunas cosas.
- Nada me divierte.

5

- Soy malo siempre.
- Soy malo muchas veces.
- Soy malo algunas veces.

6

- A veces pienso que me pueden ocurrir cosas malas.
- Me preocupa que me ocurran cosas malas.
- Estoy seguro de que van a ocurrir cosas terribles.

7

- Me odio.
- No me gusta como soy.
- Me gusta como soy.

8

- Todas las cosas malas son culpa mía.
- Muchas cosas malas son culpa mía.
- Generalmente no tengo la culpa de que ocurran cosas malas.

9

- No pienso en matarme.
- Pienso en matarme pero no lo haría.
- Quiero matarme.

10

- Tengo ganas de llorar todos los días.
- Tengo ganas de llorar muchos días.
- Tengo ganas de llorar de vez en cuando.

11

- Las cosas me preocupan siempre.
- Las cosas me preocupan muchas veces.
- Las cosas me preocupan de vez en cuando.

12

- Me gusta estar con la gente.
- Muy a menudo no me gusta estar con la gente.
- No quiero en absoluto estar con la gente.

13

- No puedo decidirme.
- Me cuesta decidirme.
- Me decido fácilmente.

14

- Tengo buen aspecto.
- Hay algunas cosas de mi aspecto que no me gustan.
- Soy feo o fea.

15

- Siempre me cuesta ponerme a hacer los deberes.
- Muchas veces me cuesta ponerme a hacer los deberes.
- No me cuesta ponerme a hacer los deberes.

16

- Todas las noches me cuesta dormirme.
- Muchas veces me cuesta dormirme.
- Duermo muy bien.

17

- Estoy cansado de vez en cuando.
- Estoy cansado muchos días.
- Estoy cansado siempre.

18

- La mayoría de los días no tengo ganas de comer.
- Muchos días no tengo ganas de comer.
- Como muy bien.

No te detengas, continúa en la página siguiente.

Autora: Maria Kovacs - Copyright © 1992 by Multi-Health Systems, Toronto, Canadá.
 Adaptadores de la edición española: M^a V. del Barrio Gándara y Miguel Ángel Carrasco Ortiz (UNED).
 Copyright de la edición española © 2004 by TEA Ediciones, S.A., Madrid, España - Todos los derechos reservados - Prohibida la reproducción total o parcial - Este ejemplar está impreso en DOS TINTAS. Si le presentan un ejemplar en negro es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio NO LA UTILICE - Impreso en España.

19

- No me preocupa el dolor ni la enfermedad.
- Muchas veces me preocupa el dolor y la enfermedad.
- Siempre me preocupa el dolor y la enfermedad.

20

- Nunca me siento solo.
- Me siento solo muchas veces.
- Me siento solo siempre.

21

- Nunca me divierto en el colegio.
- Me divierto en el colegio sólo de vez en cuando.
- Me divierto en el colegio muchas veces.

22

- Tengo muchos amigos.
- Tengo algunos amigos, pero me gustaría tener más.
- No tengo amigos.

23

- Mi trabajo en el colegio es bueno.
- Mi trabajo en el colegio no es tan bueno como antes.
- Llevo muy mal las asignaturas que antes llevaba muy bien.

24

- Nunca podré ser tan bueno como otros niños.
- Si quiero, puedo ser tan bueno como otros niños.
- Soy tan bueno como otros niños.

25

- Nadie me quiere.
- No estoy seguro de que alguien me quiera.
- Estoy seguro de que alguien me quiere.

26

- Generalmente hago lo que me dicen.
- Muchas veces no hago lo que me dicen.
- Nunca hago lo que me dicen.

27

- Me llevo bien con la gente.
- Me peleo muchas veces.
- Me peleo siempre.

Fin de la prueba.

Si has terminado antes del tiempo, repasa tus contestaciones.

¡MUY IMPORTANTE!

NO HAGA NINGUNA ANOTACIÓN O MARCA EN ESTA ZONA YA QUE PODRÍA INVALIDAR SU APLICACIÓN.

¡MUY IMPORTANTE!

NO HAGA NINGUNA ANOTACIÓN O MARCA EN ESTA ZONA YA QUE PODRÍA INVALIDAR SU APLICACIÓN.

ANEXO 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PADRES

El colegio IED Capellanía en conjunto con el programa de especialización de psicología clínica de la niñez y adolescencia de la Universidad de la Sabana, están interesados en conocer la frecuencia con la que se presenta la depresión infantil en los estudiantes y así poder intervenir psicológicamente en esta población.

Para tal fin se desarrollará una investigación la cual no causará ningún daño, la información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito. Si usted accede a que su hijo/a participe en este estudio, a él o ella se le pedirá responder 27 preguntas de un cuestionario sobre depresión infantil. Esto tomará aproximadamente 45 minutos y no representa ningún riesgo psicológico, emocional, académico o social para sus hijos.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto puede hacer preguntas en cualquier momento durante la participación de sus hijo/a en el. Su hijo/a puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma.

Si tiene alguna inquietud sobre el tema escriba a: morabelt@hotmail.com

Agradecemos su colaboración.

Nombre del participante

**firma de los padres o
Acudiente**

Fecha

ASENTIMIENTO INFORMADO

Nuestros nombres son Giormary Beltrán Osorio y Carolina Mora Ayala, somos psicólogas y estamos haciendo una especialización clínica en la Universidad de la Sabana. Estamos haciendo una investigación sobre la depresión en niños y niñas y tú puedes elegir si quieres participar o no. Hemos enviado un consentimiento informado a tus padres o acudientes y ellos saben que te estamos preguntando a ti.

Si aceptas participar deberás responder un cuestionario con 27 preguntas acerca de cómo te sientes en ciertas ocasiones. Tus respuestas son anónimas y confidenciales. Puede que haya algunas palabras que no entiendas o cosas que quieras que te expliquemos mejor porque estas interesado o preocupado por ellas, y con gusto lo haremos.

Si decides participar por favor coloca tu nombre y la fecha en los espacios que encontrarás a continuación.

Nombre : _____ Fecha : _____

**PREVALENCIA DE LA DEPRESIÓN INFANTIL EN UN GRUPO DE
ESTUDIANTES ENTRE LOS 9 Y 12 AÑOS DE UN COLEGIO DEL MUNICIPIO
DE CAJICÁ**

**GIORMARY BELTRAN OSORIO
CAROLINA MORA AYALA**

**DIRECTOR
CARLOS GANTIVA DIAZ**

**UNIVERSIDAD DE LA SABANA
Instituto de Postgrados – FORUM
Facultad de Psicología
Especialización en Psicología Clínica de la Niñez y la Adolescencia
(Junio de 2011)**

**PREVALENCIA DE LA DEPRESIÓN INFANTIL EN UN GRUPO DE
ESTUDIANTES ENTRE LOS 9 Y 12 AÑOS DE UN COLEGIO DEL MUNICIPIO
DE CAJICÁ**

**Esta investigación pertenece al Grupo de Investigación Contexto y Crisis de
la Facultad de Psicología de la Universidad de la Sabana**

UNIVERSIDAD DE LA SABANA

Instituto de Postgrados – FORUM

Facultad de Psicología

Especialización en Psicología Clínica de la Niñez y la Adolescencia

(Junio del 2011)

Resumen

El propósito de este estudio fue identificar la prevalencia de la depresión en un grupo de estudiantes de los grados de cuarto de primaria a primero de bachillerato entre los 9 y 12 años de edad, de un colegio del municipio de Cajicá (Cundinamarca). Para tal fin, se llevó a cabo un estudio descriptivo y se utilizó el Inventario de Depresión Infantil (CDI) de Kovacs (1992). Los resultados muestran una prevalencia del 16%, lo que indica porcentajes altos de prevalencia de depresión infantil respecto a la población mundial que se encuentra entre un 8% y 10% (Herrera, Núñez, Tobón y Arias, 2009). No se hallaron diferencias significativas en cuanto al sexo y grado de los participantes, pero si respecto a la composición familiar donde se encontró un mayor prevalencia de sintomatología depresiva en los niños que viven en familias compuestas respecto a los otros tipos de familia. Es necesaria mayor investigación al respecto en esta población.

Palabras claves: Depresión infantil, tipos de familia, estudiantes.

Abstract

The objective of this study was to identify the prevalence of depression in a group of students from grades fourth to sixth between 9 and 12 years old, in a school of Cajicá (Cundinamarca). For this purpose, a descriptive study was conducted using Kovac's (1992) Child Depression Inventory (CDI). The results show a prevalence of 16%, indicating high prevalence rates of childhood depression regarding the world's population which is between 8% and 10% (Herrera, Núñez, Tobon and Arias, 2009). No significant differences in sex and school grades were found but a higher prevalence of depressive symptoms was found in children living in stepfamilies compared to other types of families. Further research in this population is needed in this regard.

Keywords: Childhood Depression, types of families, students.

Introducción

La depresión se define como un problema psicológico complejo cuyas características principales son un estado de ánimo irritable y/o disfórico, falta de motivación y disminución de la conducta instrumental adaptativa (Caballo y Simón 2001). Es un trastorno del estado de ánimo caracterizado por una tristeza profunda y abatimiento, el individuo se siente infeliz, desmoralizado, aburrido y se menosprecia a sí mismo (Carson, Butcher y Mineka, 2000; Santrock, 2007).

La naturaleza del trastorno varía con la edad. Aunque el campo de la psicopatología infantil se tardó en aceptar la noción que los niños sufren de depresión, se aceptó como una entidad clínica en la década de los años setenta en Estados Unidos y en Europa (Diez, 2003). De hecho, varias investigaciones han confirmado que este trastorno en niños y adolescentes ocurre con alta frecuencia (Carson, Butcher y Mineka, 2000). Como consecuencia, la depresión infantil es un hecho comúnmente aceptado en la actualidad por la comunidad científica especializada, por lo que ha cobrado gran importancia su estudio y tratamiento (Tomas, 2001).

En lo que respecta a los síntomas de depresión, éstos varían de acuerdo al carácter del niño y a la etapa de desarrollo en la que se encuentra. Muchos de los síntomas que se mencionan son característicos de otros tipos de problemas. Sin embargo, si algunos de estos síntomas están presentes, se puede sospechar de la presencia de la depresión en los niños (Méndez, 2007; Saklofske y cols., 1998):

Síntomas de depresión

- Afectivos: Estado de ánimo irritable, autoestima baja, sentimientos de desesperación.
- Motivacionales: pérdida de interés o placer, deseo de huir de casa, deseos de suicidio.
- Cognitivos: problemas de atención, dificultades de memoria.
- Motores: pasividad, agitación, lentitud.
- Físicos: trastornos en el sueño (falta o exceso), cambios en apetito, cansancio, subida o bajada de peso, crecimiento y peso que no son apropiados para la edad/desarrollo, quejas físicas.
- Conductuales: Regresiones ya sea en el habla o en el control de esfínteres, conducta dirigida a lastimarse a sí mismo, problemas de conducta/disciplina, aislamiento social.

Como se mencionó anteriormente, las características de la depresión varían en relación con la edad y el nivel de desarrollo del niño y son esencialmente diferentes a las observadas en los adultos. El niño desarrolla una actitud negativista, desafiante y agresiva (Krawchik, Mías y Querejeta, 2006). Se enoja constantemente especialmente con sus padres y maestros, es inestable y presenta un humor variable.

La comorbilidad es alta, alrededor del 40% al 90% de los niños con depresión tienen otros trastornos y entre un 20% y un 50% tienen dos o más condiciones mórbidas. La distimia y los trastornos ansiosos son las comorbilidades más comunes, luego los trastornos conductuales y el abuso de sustancias. Además, el trastorno depresivo puede manifestarse después del inicio de otro trastorno psiquiátrico (García, 2003).

Aunque algunos autores (Saklofske y cols., 1998) afirman que en la niñez no existen diferencias entre los géneros en relación a los trastornos del estado de ánimo, algunas investigaciones en Estados Unidos muestran que las tasas de depresión son algo superiores en los niños que en las niñas (Carson, Butcher y Mineka, 2000). En Colombia una investigación realizada por Moreno, Escobar, Vera, Calderón y Villamizar (2009) en la localidad de Usaquén en Bogotá, con niños entre 8 y 11 años de colegios distritales, que pretendía encontrar una asociación entre la depresión infantil y el rendimiento académico, se encontró un mayor porcentaje de sintomatología en los niños que en las niñas. Sin embargo, las niñas son más propensas que los niños a sufrir de depresión durante la adolescencia y la etapa adulta.

No existe una sola causa para la depresión infantil. Factores genéticos y ambientales influyen y algunos niños pueden ser más vulnerables para desarrollar este trastorno (American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 2010). De acuerdo con Rodríguez y Ortiz (2005), en la actualidad se admite una compleja interacción de distintos factores tanto biogenéticos como psicosociales que sirven de base para la aparición de la depresión. Es necesario que se dé una cierta vulnerabilidad personal, familiar y ambiental que combinadas dan lugar a la aparición de este trastorno. No obstante, entre las causas más comunes citadas

en la literatura se encuentran las biológicas, las cognoscitivas y las ambientales (Santrock, 2007).

Se han identificado algunos factores de riesgo desencadenantes de la depresión infantil. Según Cuervo e Izzedin (2007) algunos de los factores de riesgo más citados en la literatura son: madres depresivas e historia de depresión familiar, alcoholismo paterno, problemas prenatales, abuso infantil, fracaso en el rendimiento exigido por otros, falta de confianza en sí mismo, sentirse diferente a los pares, carencia de relación parental, pérdida temprana de familiares, problemas del ámbito escolar, prestarle más atención a los aspectos negativos que a los positivos de la conducta del niño, alteraciones del lenguaje, dificultades específicas de aprendizaje, coordinación psicomotriz, déficit en habilidades de solución de problemas, en habilidades sociales y predisposición hereditaria o enfermedad física con trastorno neuroquímico persistente, entre otros.

En lo que se refiere a la estructura familiar, Palosaari y Laippala (1996; citado por Carson, Butcher y Mineka, 2000) encontraron que la depresión infantil era más común en familias divorciadas. Similarmente, Kasen, Cohen, Brook y Hartmark (1996) hallaron que la situación familiar después del divorcio ejercía una gran influencia sobre algunos trastornos emocionales, independientemente del temperamento previo del niño y de otros factores educacionales, pero que variaba en función del sexo. Específicamente estas autoras encontraron que, comparados con los hijos de familias intactas, los hijos varones de padres divorciados que vivían sólo con la madre presentaban un alto riesgo de sufrir de depresión, sin embargo este efecto no se confirmó en las mujeres. Por el contrario, en el grupo de familias rehechas, caracterizadas por la presencia de un padrastro, se observó un riesgo elevado para los trastornos de ansiedad y depresión en las niñas pero no en los niños.

En cuanto a los factores protectores de la depresión infantil el Centre Londres 94 (2010) identifica los siguientes: un autoconcepto positivo y realista de sí mismo, donde se pueda poner nombre a las propias cualidades personales y también a las limitaciones; habilidades de comunicación ya que el poder comunicarse de forma efectiva con los demás es sumamente importante para

tener buenas relaciones interpersonales y crear redes de apoyo social; capacidad de resolución de problemas puesto que los niños aprenden a hacer frente al estrés y a la frustración con mayor eficacia y aumenta su autoestima.

Respecto a la ocurrencia de la depresión infantil las investigaciones recientes coinciden en que la incidencia a nivel mundial está entre 8% y 10% (Herrera, Núñez, Tobón y Arias, 2009) y es una de las problemáticas de salud mental de la infancia que incrementa notablemente el riesgo de suicidio y de depresión severa en la adolescencia (Cuervo y Izzedin, 2007).

Pregunta de Investigación

¿Cuál es la prevalencia de la depresión infantil en un grupo de estudiantes entre los 9 y 12 años de un colegio del municipio de Cajicá?

Objetivo General

Identificar cuál es la prevalencia de la depresión infantil en un grupo de estudiantes de un colegio del municipio de Cajicá de los grados cuarto, quinto y sexto con edades que oscilan entre los 9 y 12 años.

Objetivos específicos

Identificar el nivel de depresión infantil de acuerdo al sexo.

Identificar el nivel de depresión infantil de acuerdo al grado escolar.

Identificar el nivel de depresión infantil de acuerdo a la conformación de los hogares.

Método

Diseño

La presente investigación se hizo bajo un modelo de investigación empírico-analítico, con un diseño de tipo descriptivo, cuyo propósito es describir situaciones y eventos; es decir, cómo es y se manifiesta determinado fenómeno. De acuerdo con Dankhe (1986; citado por Hernández, Fernández y Baptista, 1998) los

estudios descriptivos buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis (Dankhe, 1986). Miden o evalúan diferentes aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno o fenómenos a investigar. En el presente estudio el fin fue describir la ocurrencia de la variable en un grupo de estudiantes del municipio de Cajicá.

Participantes

La muestra estuvo compuesta por 100 estudiantes de los grados cuarto, quinto y sexto elegidos a través de un muestreo aleatorio simple con edades comprendida entre los 9 y 12 años de un colegio del municipio de Cajicá. En la tabla 1 se pueden apreciar las frecuencias según el sexo, el grado y la composición familiar de los participantes.

Tabla 1. Frecuencias según el sexo, el grado y la composición familiar de los participantes

	Frecuencia
<i>Sexo</i>	
Hombres	48
Mujeres	52
<i>Grado</i>	
Cuarto	35
Quinto	33
Sexto	32
<i>Familia</i>	
Padres	
Separados	17
Padres Juntos	32
<i>Familia</i>	
Compuesta	11
Familia Extensa	40

Fuente: elaboración propia

Instrumento

Inventario de Depresión Infantil (CDI): instrumento diseñado por Kovacs (1992) estructurado de forma específica para la población infantil. Es una escala de auto reporte que consta de 27 ítems cuyo contenido cubre la mayor parte de los criterios para el diagnóstico de la depresión infantil. Los datos que se obtienen de las respuestas al cuestionario aportan conocimiento sobre el nivel de depresión total del niño y sobre las escalas que lo constituyen durante las dos últimas semanas: Escala A – Disforia (humor depresivo, tristeza, preocupación, etc.) y Escala D - Autoestima negativa (juicios de ineficacia, fealdad, maldad, etc.). Su rango de puntuación está entre 0 y 54, el punto de corte es de 19, lo que significa presencia de depresión a partir de este puntaje. Su periodo de aplicación es de 30 minutos aproximadamente y tiene una confiabilidad entre 0.71 a 0.94.

Este instrumento ha sido aplicado en tres investigaciones en Colombia sobre la prevalencia de la depresión infantil. La primera fue llevada a cabo en Bucaramanga por Mantilla, Sabalza, Díaz y Campos (2004). En el municipio de La Ceja Antioquia, también se realizó un estudio sobre prevalencia de la depresión infantil conducido por Vinaccia, Gaviria, Martínez, Atehortúa y Trujillo (2006). El último estudio fue realizado por Herrera, Losada, Rojas y Gooding (2009) en la ciudad de Neiva.

Procedimiento

El desarrollo de la presente investigación se efectuó en las siguientes fases, teniendo en cuenta el análisis cuidadoso de las consideraciones éticas según lo dispuesto en la Resolución No. 008430 de 1993 del Ministerio de Salud, en la Ley 84 de 1989 y en la ley 1090 en el código deontológico y bioético para el ejercicio de la profesión de psicología en los artículos 14, 16, 17, 29, 30, 49, 50, 52, 55 y 56.

1. Fase de inicio: se realizó la revisión teórica y conceptual de las variables, también se hizo una solicitud por escrito al colegio para realizar la

investigación. Se entregó el consentimiento informado a los padres y el asentimiento a los participantes (ver anexo 2). Además se seleccionó la muestra, por medio de un proceso aleatorio simple, en términos de edad, sexo y grado escolar.

2. Fase de implementación: Se realizó la aplicación colectiva a los niños dando una breve explicación del sentido de la investigación en términos sencillos y una vez aplicado el instrumento se procedió a organizar y a analizar los datos en el programa estadístico SPSS 18.0 para Windows.
3. Fase de finalización: Se realizó la discusión contrastando los resultados obtenidos con el soporte teórico y empírico del estudio. Una vez aprobada la investigación por la Universidad, los resultados serán socializados al colegio.

Resultados

A continuación se muestran los resultados del CDI para todos los participantes discriminados de acuerdo al sexo, grado y composición familiar.

La media en el puntaje del CDI obtenida por el total de la muestra es de 12,58 con una desviación típica de 7,43. Se obtuvo una media de 5,26 en la escala A y de 7,32 en la escala D, lo que indica en promedio la ausencia de síntomas de depresión, tal y como se puede observar en la tabla 2.

Tabla 2. Media en los puntajes de la prueba CDI

	Media	Desviación Típica
Escala A	5,26	5,112
Escala D	7,32	3, 117
Total CDI	12,58	7,435

En la presente investigación, 16 de los 100 participantes obtuvieron una puntuación igual o mayor a 19, lo que significa que el 16% de los participantes muestran síntomas de depresión cómo se observa en la figura 1.

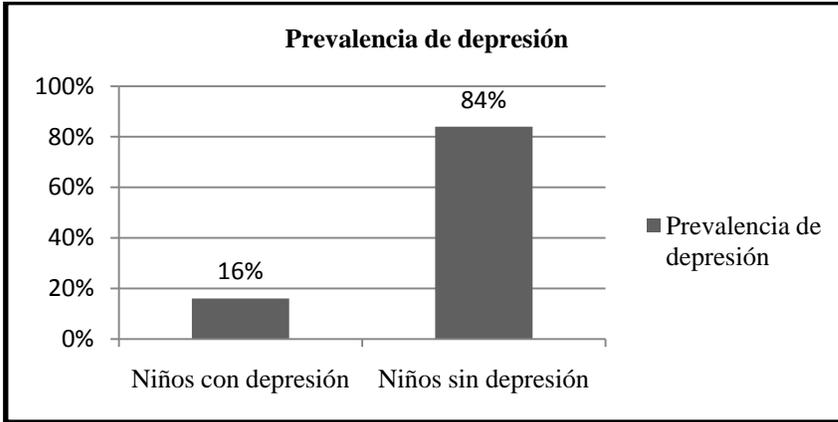


Figura 1. Prevalencia de la sintomatología depresiva

Depresión y sexo

Como se puede apreciar en la tabla 3 no se encontraron diferencias significativas utilizando la prueba t de Student en las escalas A y D como tampoco en el total del CDI de acuerdo al sexo.

Tabla 3. Diferencia de medias en el puntaje del CDI entre hombres y mujeres

Sexo	Media	Desviación Típica	Sig.
<i>Escala A</i>			0,43
Hombres	7,25	2,74	
Mujeres	7,38	3,44	
<i>Escala D</i>			0,61
Hombres	5,6	5,13	
Mujeres	4,94	5,12	
<i>Total CDI</i>			0,41
Hombres	12,85	6,99	
Mujeres	12,33	7,88	

Fuente: Elaboración propia

Aunque no existen diferencias significativas entre ambos sexos, se observa un porcentaje ligeramente mayor en los síntomas depresivos en las niñas que en los niños, como se observa en la figura 2.

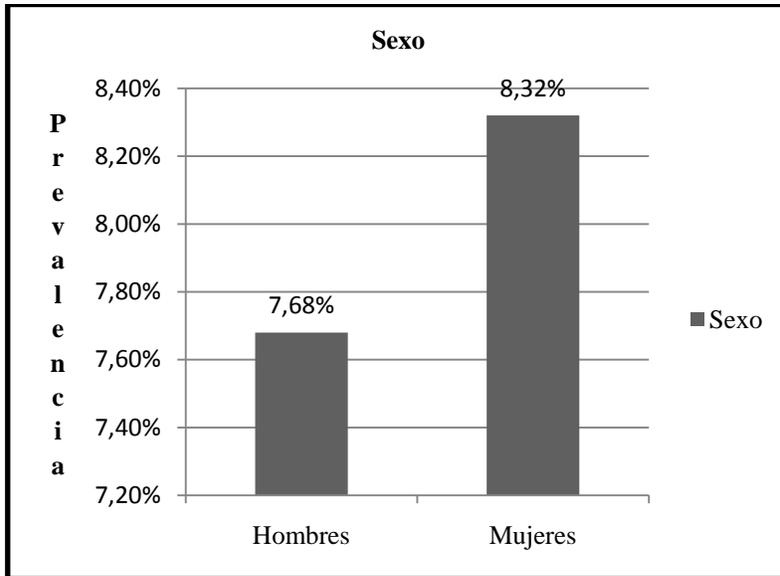


Figura 2. Prevalencia de la sintomatología depresiva según el sexo

Depresión y grado escolar

Utilizando un ANOVA no se encontraron diferencias significativas en ninguno de los puntajes de acuerdo al grado de los participantes como se aprecia en la tabla 4.

Tabla 4. ANOVA para diferencias en los puntajes en el CDI entre los grados cuarto, quinto y sexto

Escala	Grado	Media	DS	Sig.
<i>Escala A</i>				0,405
	Cuarto	6,8	2,53	
	Quinto	7,82	2,69	
	Sexto	7,38	3,99	
<i>Escala D</i>				0.407
	Cuarto	4,77	4,35	
	Quinto	6,24	5,64	
	Sexto	4,78	5,31	
<i>Total CDI</i>				0,361
	Cuarto	11,57	5,51	
	Quinto	14,06	7,69	
	Sexto	12,16	8,85	

Fuente: Elaboración propia.

En la figura 4 se aprecia cómo los grados quinto y sexto se asemejan considerablemente en la sintomatología depresiva, mientras que el grado cuarto presenta una menor prevalencia; sin embargo, estas diferencias no son significativas.

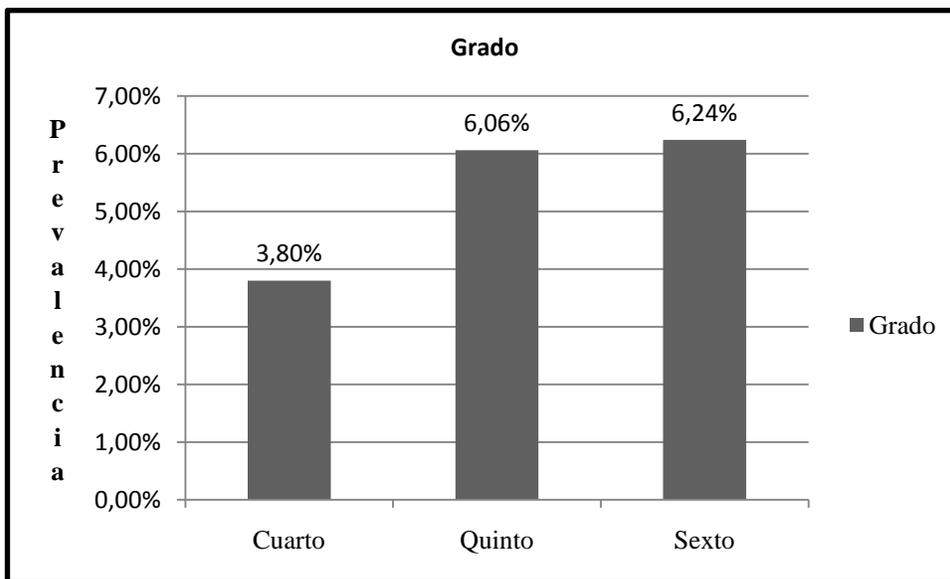


Figura 3. Prevalencia de la sintomatología depresiva según el grado

Depresión y composición familiar

Como se observa en la tabla 5 se encontró diferencias significativas de acuerdo a la composición de los hogares. Una prueba ANOVA mostró que tanto los resultados en la escala D como en el total del CDI son significativamente superiores en los niños con familias compuestas respecto a los demás tipos de familia. Esto indica que los niños que viven con madrastra o padrastro no sólo presentan un porcentaje mayor en los síntomas de depresión, sino además una mayor autoestima negativa caracterizada por juicios de ineficacia, fealdad y maldad entre otros, en comparación a los niños que viven con padres juntos, separados o en familias extensas.

Tabla 5. ANOVA para diferencias en los puntajes en el CDI de acuerdo a la composición familiar

Escala	Composición familiar	Media	DS	Sig.
<i>Escala A</i>				0,071
	Padres Separados	7,18	1,84	
	Padres Juntos	6,59	3,08	
	Familia Compuesta	9,45	5,1	
	Familia Extensa	7,37	2,69	
<i>Escala D</i>				0,009*
	Padres Separados	4,06	3,61	
	Padres Juntos	4,5	4,03	
	Familia Compuesta	10*	8,92	
	Familia Extensa	5,08	4,49	
<i>Total CDI</i>				0,009*
	Padres Separados	11,24	5,34	
	Padres Juntos	11,09	6,5	
	Familia Compuesta	19,45*	12,83	
	Familia Extensa	12,45	6,06	

* $p < ,05$

Fuente: Elaboración propia

La prevalencia de depresión es significativamente mayor en los niños que viven en familias compuestas, seguida por los niños que viven en familias extensas y es menor en niños que viven con padres juntos y padres separados en orden descendente, tal y como se observa en la figura 4.

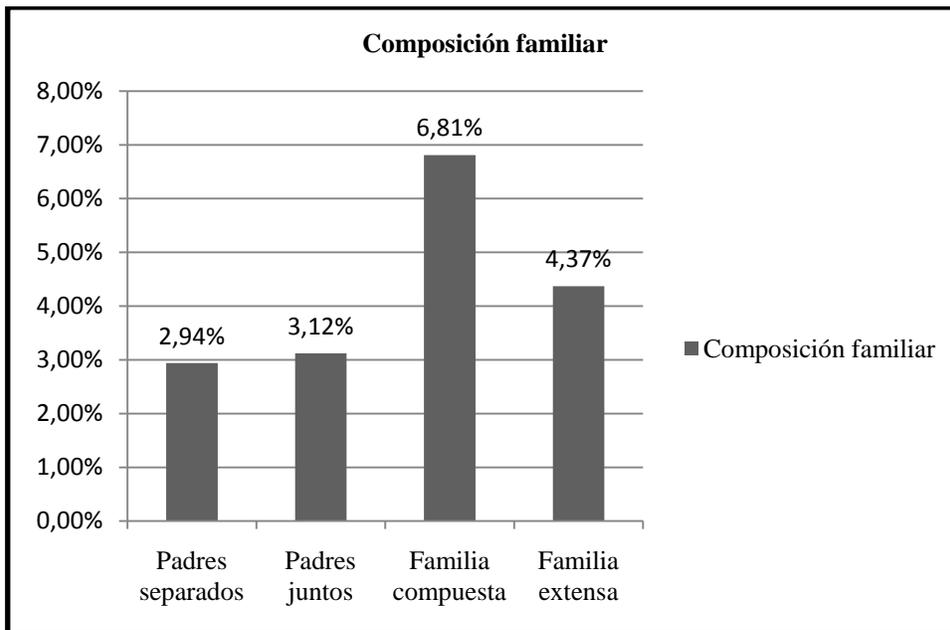


Figura 4. Prevalencia de la sintomatología depresiva según la composición familia

Discusión

Los resultados del presente estudio muestran una prevalencia de 16% de sintomatología depresiva en niños y niñas escolarizados, utilizando un punto de corte de 19, el sugerido por Kovacs (1992). Estos resultados muestran semejanza con la última investigación realizada en Colombia con 1832 niños entre los ocho y once años en la ciudad de Neiva donde la prevalencia fue del 17, 09% (Herrera, Losada, Rojas y Gooding, 2009), lo cual indica porcentajes altos de prevalencia de depresión infantil respecto a la población mundial que se encuentra entre un 8% y 10% (Herrera, Núñez, Tobón y Arias, 2009). Colombia es un país que padece por la violencia, los problemas económicos y la descomposición social, los cuales son

factores que contribuyen a desarrollar diversos trastornos en la población infantil (Murcia y cols., 2009). Así mismo, es importante mencionar que todos los participantes de la presente investigación pertenecen a un estrato socio-económico bajo lo cual en la mayoría de las investigaciones realizadas en Colombia sobre la prevalencia de este trastorno (Mantilla, Sabalza, Díaz y Campos 2004; Herrera, Losada, Rojas y Gooding, 2009; Murcia, Losada, Rojas y Londoño 2009) se asoció a síntomas depresivos en la infancia. De acuerdo con Mantilla, Sabalza, Díaz y Campos (2004), el bajo nivel socio-económico por lo general se asocia a un mayor número de eventos vitales negativos, que incrementan la posibilidad de cualquier trastorno mental, incluyendo, el depresivo.

Consistente con la mayoría de investigaciones recientes sobre depresión (Saklofske y cols., 1998; Vinaccia y cols., 2006) no se encontraron diferencias significativas en la sintomatología depresiva entre los sexos, puesto que dichas diferencias se empiezan a observar en la adolescencia. A partir de esta etapa son las niñas las más propensas a sufrir de depresión (Cole y cols., 2002). En el presente estudio se observa una prevalencia un poco mayor en las niñas aunque la diferencia no es significativa. De acuerdo con Vinaccia y cols., (2006) las diferencias de sexo apuntan a una dimensión fuertemente social del género. El sexo femenino es un fuerte predictor para desarrollar una depresión en el futuro junto con otros problemas de interiorización como la ansiedad y los pensamientos suicidas, puesto que son ellas las que acuden con mayor frecuencia a ayuda psicológica.

Así mismo, de acuerdo con Nolen-Hoeksema y Girgus (1994) ciertas diferencias de género en la personalidad o en el estilo comportamental presentes antes de la adolescencia temprana son factores de riesgo que luego interactúan con los retos propios de la adolescencia temprana para hacer que las niñas adolescentes y las mujeres adultas sean más propensas a desarrollar una depresión que los hombres. Según estas autoras los factores de riesgo combinados con los retos biológicos y sociales que se presentan en la adolescencia temprana son mayores para las niñas que para los niños, haciendo que surjan las diferencias de género referentes a la depresión. Tanto antes como

después de la adolescencia, las niñas se describen a sí mismas como más orientadas a lo social y lo comunal que los niños. El estilo de interacción de las niñas en grupo, se centra en la cooperación y el mantenimiento de relaciones positivas entre los miembros del grupo, mientras que el estilo de interacción de los niños está centrado más en la competencia y el dominio. Finalmente, las niñas son menos agresivas físicamente que los niños y tienden a tener un estilo más rumiativo centrado en sí mismas para responder a los periodos de estrés.

Nolen-Hoeksema y Girgus (1994) afirman que lo que ocurre en la adolescencia temprana es que estas diferencias de género preexistentes interactúan con los mayores retos y cambios que se presentan en esta etapa en las niñas, lo que hace que surjan las diferencias de género referentes a la depresión. Por ejemplo, el estilo de interacción cooperativo de las niñas, puede ponerlas en un mayor riesgo en la adolescencia temprana de tener experiencias desmoralizantes debido a que entran en contacto directo más seguido con estilos de interacción más dominantes por parte de sus compañeros varones en las relaciones de parejas heterosexuales y en la competencia por entrar a la universidad y por sus carreras. Esto junto con su estilo menos activo para afrontar situaciones estresantes puede hacerlas más propensas a desarrollar depresión.

De manera similar, los hallazgos del presente estudio apoyan el concepto que la prevalencia de trastornos depresivos aumenta de forma importante a partir de la pubertad (Mantilla y cols., 2004) o como lo afirman Doménech, Subirá y Cuxrt (1996; citado por Herrera, Losada, Rojas y Londoño, 2009) aumentan con la edad. La mayor prevalencia de sintomatología depresiva se halló en el grado sexto, seguido del grado quinto y el menor porcentaje lo presentó el grado cuarto, aunque estas diferencias no son significativas.

En el estudio realizado por Cole y cols. (2002) se encontró que la tasa en la que padres e hijos reportaron el surgimiento de síntomas depresivos incrementó durante la adolescencia temprana, particularmente entre los grados sexto y séptimo. Según estos autores dichos resultados indican el surgimiento de factores desestabilizantes hacia el final de la infancia o principios de la adolescencia, como por ejemplo, cambios de humor, relaciones sociales o familiares problemáticas,

aumento en el número de comportamientos riesgosos y varias transiciones educativas. Sin embargo, no todos los jóvenes experimentan mayor estrés durante la adolescencia. De acuerdo con Simmons, Burgeson, Carlton-Ford y Blyth (1987; citado por Cole y cols., 2002) existe evidencia que sugiere que los niños y niñas que experimentan un gran número de transiciones durante la adolescencia temprana pueden estar en mayor riesgo de desarrollar síntomas depresivos

En cuanto a la composición familiar, resulta interesante el hallazgo de diferencias significativas en las familias compuestas caracterizadas por la presencia de un padrastro o madrastra en relación a los demás tipos de familias. Como se mencionó anteriormente en estas familias se halló una mayor prevalencia de sintomatología depresiva. Al respecto, Kasen, Cohen, Brook y Hartmark (1996) hallaron que la situación familiar después del divorcio ejercía una gran influencia sobre algunos trastornos emocionales, independientemente del temperamento previo del niño y de otros factores educacionales, aunque variaba según el sexo.

Específicamente estas autoras encontraron que en el grupo de familias rehechas, caracterizadas por la presencia de un padrastro, se observó un riesgo elevado para los trastornos de ansiedad y depresión en las niñas pero no en los niños. Sin embargo, en la presente investigación no se hallaron diferencias de acuerdo al sexo en este sentido, la característica principal de diferenciación respecto a los otros tipos de familia es la presencia de un padrastro o madrastra. No obstante, no se puede asegurar que este resultado se dé debido a características de los tipos de personas que conforman estas familias; para obtener un claro diagnóstico sobre este resultado sería necesario evaluar una diversidad de causas biológicas que incluyen factores hereditarios, bioquímicos, hormonales, neurológicos y ambientales que pudieran explicar las relaciones encontradas. (Saklofske y cols., 1998).

Sin embargo, se puede conjeturar acerca de las posibles explicaciones para estos resultados. Según Olsson, Nordstrom, Arinell y Von Knorring (1999; citado por Herrera, Losada, Rojas y Gooding, 2009) los rasgos familiares que tienen

estrecha relación con la depresión son la estabilidad social y la afectividad; cualquier carencia en alguna de éstas áreas puede desencadenar la aparición de sintomatología depresiva tanto en la niñez como en la adolescencia. Es probable que en familias compuestas halla carencias de afectividad por parte del padrastro o madrastra hacia su hijastro o hijastra especialmente si existen hermanos menores hijos de los padrastros o madrastras, debido a que por lo general se le presta más atención y cuidados a estos niños lo cual produce sentimientos de rechazo en los niños mayores que no son hijos de ellos. Así mismo, es también factible que en estas familias hallan niveles bajos de reforzamiento positivo y niveles altos de estimulación aversiva por parte de los padrastros y madrastras, lo cual según el modelo comportamental explican la depresión (Méndez, 2007). De igual forma, Bowlby (1969, 1989; citado por Santrock, 2007) plantea que el apego inseguro, la falta de amor y afecto en la crianza, o la pérdida real de uno de los padres durante la niñez, (características que pueden estar presentes en las familias compuestas), hacen que el niño o niña desarrolle un esquema cognoscitivo negativo, haciendo que el niño o niña piense que es incapaz de producir relaciones positivas duraderas, lo cual genera depresión. Sin embargo, estas son sólo conjeturas y más investigación al respecto es necesaria.

Es importante también mencionar que las diferencias significativas en las familias compuestas respecto a los otros tipos de familias, no sólo se dieron en los puntajes totales del CDI, sino también en la escala D, la cual mide la autoestima negativa. Kovacs (1992) define la variable de “autoestima negativa” como el valor negativo que se le da a la imagen y al concepto que se tiene de sí mismo y que se forja en relación con la información de las personas significativas y de las experiencias. Es posible que en las familias compuestas la información respecto de sí mismos que reciben los niños de personas significativas de su entorno como madrastras o padrastros e incluso de sus propios padres sea negativa debido a las razones expuestas anteriormente, generando sentimientos de rechazo en ellos y una baja autoestima. Como resultado, tal y como indica Solloa (2001; citado por Herrera, Losada, Rojas y Gooding, 2009) la baja autoestima afecta el área cognitiva, generando ideas personales de desvalorización, visión pesimista del

mundo y del futuro, es decir la triada cognitiva planteada por Beck (1976; citado por Jiménez, 1997) la cual genera depresión.

Con base a los resultados arrojados en esta investigación es nuestro deber y responsabilidad con la institución el buscar reforzar la escuela de padres, brindándoles charlas y talleres que permitan que ellos conozcan y aprendan estrategias para el manejo apropiado de las situaciones de riesgo al cual están expuestos sus hijos. Es importante que los padres se concienticen del trato que están teniendo con sus hijos y del tiempo que están dedicando a ellos para que mejoren aquellos aspectos que pueden afectar la salud mental de sus hijos, logrando así el bienestar de la comunidad y en especial de la población infantil. De igual forma es primordial que tanto padres y maestros aprendan a identificar los factores de riesgo y la sintomatología de los trastornos depresivos, tales como la baja autoestima, pensamientos de hacerse daño a sí mismo, miedo a expresarse, aislamiento social, irritabilidad, inconformismo con el mismo y con los demás etc.

Se concluye que a pesar que la muestra de la presente investigación es pequeña, los resultados muestran que existe una prevalencia importante de sintomatología depresiva en niños escolarizados de un colegio público del municipio de Cajicá, lo cual puede ser un indicador de la prevalencia de este trastorno de otros niños y niñas de colegios públicos de esta zona. Por tal motivo se recomienda otras investigaciones al respecto con muestras más amplias y ojalá con instrumentos validados para la población Colombiana. Así mismo no se encontraron diferencias significativas respecto al sexo y el grado escolar pero si a la composición familiar, específicamente en las familias compuestas, por lo que se sugiere ampliar la investigación respecto a las variables que pueden estar influyendo en este tipo de familias como causantes de la depresión infantil.

Finalmente es importante mencionar el hecho que al igual que en investigaciones anteriores en el país, la prevalencia encontrada de sintomatología depresiva en la presente investigación, se encuentra por encima del promedio mundial, lo que indica una necesidad clara de conocer más al respecto, conduciendo investigaciones que informen acerca de las variables que están

influyendo en esta situación para tomar las medidas necesarias y evitar que este trastorno se extienda cada vez más afectando a nuestros niños y niñas y haciendo que la sociedad Colombiana sea menos productiva y segura.

Referencias

- Abramson, L., Alloy, L., Metalsky, G., Joiner, T. y Sandín, B. (1997). Teoría de la depresión por desesperanza: aportaciones recientes. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* 2 (003), 211-223.
- Aguilar, G. (2002). *Problemas de la conducta y emociones en el niño normal. Planes de ayuda para padres y maestros*. 6ª Edic. México: Editorial Trillas.
- Aláez, M., Martínez, R. y Rodríguez, C. (2000). Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género. *Psichotema* 12 (004), 525-532.
- American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. (2006). The Depressed Child. *Facts for Families* 4, 5-8.
- American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. (2010). *FAQs on Child and Adolescent Depression*. Recuperado el 25 de enero del 2011, de [http://www.aacap.org/cs/child and adolescent depression resource center/faqs on chidand adolescent depression](http://www.aacap.org/cs/child_and_adolescent_depression_resource_center/faqs_on_chidand_adolescent_depression)
- American Psychiatric Association. (2004). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* 4th. ed. Washignton.
- Caballo, V. y Simón, M. (2001). *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente. Trastornos Generales*. Madrid: Pirámide
- Carrasco, M. A. y Del Barrio, M. V. (2007). Variables de personalidad y temperamento en la sintomatología depresiva de niños y adolescentes. *Psichotema* 19 (001), 43-48.
- Carson, R. B., Butcher, J. N. y Mineka S. (2000). *Abnormal psychology and modern life*. Boston: Allyn and Bacon.
- Centre Londres 94. (2010). *Trastornos de humor en niños y adolescentes*. Recuperado el 25 de octubre del 2010, de <http://www.mailxmail.com/curso-transtornos-humor-ninos-adolescentes-escalas/escala-depresion-adolescente-depresion-infantil>
- Cole, D. A., Martin, J. M., Powers, B. y Truglio R. (1996). Modeling causal relations between academic and social competence and depression: a multitrait-

- multimethod longitudinal study of children. *Journal of Abnormal Psychology* 105 (2), 258–270.
- Cole, D. A., Tram, J. M., Martin, J. M., Hoffman, K. B., Ruiz, M. D., Jacquez, F. M. y Maschman, T. L. (2002). Individual differences in the emergence of depressive symptoms in children and adolescents: a longitudinal investigation of a parent and child reports. *Journal of Abnormal Child Psychology* 111 (1), 156–165.
- Cuervo, M. y Izzedin, M. (2007). Tristeza, depresión y estrategias de autorregulación en niños. *Tesis Psicológica* 2, 35-47.
- Diez, M. A. (2003). Análisis bibliométrico sobre depresión infantil en España. *International Journal of Clinical and Health Psychology* 3 (003), 645-653.
- Esparza, N. y Rodríguez, M. C. (2009). Factores contextuales del desarrollo infantil y su relación con los estados de ansiedad y depresión. *Diversitas. Perspectivas en psicología* 5 (001), 47-64.
- García, R. (2003). Trastornos del estado de ánimo. En *Psicopatología Infantil y de la Adolescencia* por Carlos Almonte. Chile: Mediterráneo.
- Gloria, J. A. (2010). *Estadística Educativa 2010*. Recuperado el 11 de agosto del 2011 de <http://sig.jalisco.gob.mx/Estadistica/index.htm>
- Godoy, X. (2009). *Confirman depresión infantil en preescolares*. Recuperado el 26 de septiembre del 2010, de http://www.uchile.cl/?_nfpb=true&_pageLabel=not&url=49347
- Gómez, C. (2005). Psiquiatría y salud mental de niños y adolescentes: una necesidad. *Revista Colombiana de psiquiatría*, 34, 338-339.
- Haeberle, E. J. (2003). *Anatomía sexual humana y fisiología básica*. Recuperado el 11 de agosto del 2011 de <http://www2.huberlin.de/sexology/ECS1/index.htm>
- Halgin, R. P. y Krauss, S. (2005). *Abnormal Psychology: Clinical Perspectives on Psychological Disorders*. 4ª Edic. Boston: McGraw Hill.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (1998). *Metodología de la investigación*. 2ª Edic. México: McGraw Hill.

- Herrera, E., Losada, Y. L., Rojas, L. A. y Gooding, P. (2009). Prevalencia de la depresión infantil en Neiva (Colombia). *Avances en Psicología Latinoamericana*, 27 (001), 154-164.
- Herrera, E., Núñez, A. C., Tobón, S. y Arias, D. (2009). Análisis bibliométrico de la depresión infantil. *Pensamiento Psicológico*, 5 (12), 59-70.
- Jiménez, M. (1997). *Psicopatología Infantil*. Madrid: Ediciones Aljibe.
- Kasen, S., Cohen, P., Brook, J. S. y Hartmark, C. (1996). A multiple-risk interaction model: Effects of temperament and divorce on psychiatry disorders in children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24, 121-150.
- Kovacs, M. (1992). *Children's Depression Inventory (CDI)*. Manual. Toronto: Multi Health Systems.
- Krawchik, R., Mías, D. y Querejeta, A. (2006). Depresión, suicidio y conductas destructivas en niños y adolescentes el discurso de la violencia. *Revista Infancia, Adolescencia y Familia*, 1 (002), 275-286.
- Leve, L. D., Kim, H. K. y Pears, K. C. (2005). Childhood temperament and family environment as predictors of internalizing and externalizing trajectories from ages 5 to 17. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33, 505–520.
- Mantilla, L.F., Sabalza, L., Díaz, L.A. y Campos, A. (2004). Prevalencia de la sintomatología depresiva en niños y niñas escolares en Bucaramanga, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 33 (2), 163-171.
- Méndez, F. (2007). *El niño que no sonríe*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Méndez, X., Moreno, P. J., Sánchez-Meca, J., Olivares, J. y Espada J. P. (2000). Eficacia del tratamiento psicológico de la depresión infantil y adolescente: una revisión cualitativa y cuantitativa de dos décadas de investigación. *Psicología Conductual* 8 (3), 487-510.
- Méndez, X., Rosa, A., Montoya, M., Espada, J. P., Olivares, J. y Sánchez-Meca, J. (2002). Tratamiento psicológico de la depresión infantil y adolescente: ¿evidencia o promesa? *Psicología Conductual* 10 (3), 563-580.
- Merino, T. (2007). *Estudios de Prevalencia II*. Recuperado el 20 de junio del 2011, de <http://escuela.med.puc.cl/recursos/recepidem/PDF/epiDesc7.pdf>

- Ministerio de Protección Social (2003). *Estudio nacional de salud mental-Colombia 2003*.
- Moreno, J.H., Escobar, A., Vera, A., Calderón, T. A. y Villamizar, L. F. (2009). Asociación entre depresión y rendimiento académico en un grupo de niños de la localidad de Usaquén. *Psychologia: avances de la disciplina*, 3 (1), 131-156.
- Mutis, F. (2006). *Trabajo infantil y familia*. Recuperado el 11 de agosto de 2011, de <http://www.mailxmail.com/curso-trabajo-infantil-familia/tipos-familia>
- Nolen-Hoeksema, S. y Girgus, J. (1994). The emergency of gender differences in depression during adolescence. *Psychological Bulletin*, 115 (3), 424-443.
- OMS (2003). Meeting on caring for children and adolescent with mental disorders: Setting WHO Directions. Geneve: WHO
- Repetur, K. (2005). Vínculo y desarrollo psicológico: la importancia de las relaciones tempranas. *Revista Digital Universitaria*, 6 (11), 2-15.
- Rodríguez, J. y Ortiz, M. (2005). Depresión infantil. *Revista Científica Electrónica de Psicología*, 6, 77-88.
- 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, O. y Méndez, F. J. (2009). El optimismo como factor protector de la depresión infantil y adolescente. *Revista de Psicología Clínica y Salud*, 20 (3), 273-280.
- Santrock, J. (2007). *Desarrollo Infantil*. México: McGraw Hill-Interamericana Editores.
- Sattler J. M. (2008). *Evaluación Infantil*. 5ª ed. La Mesa USA: Jerome Sattler, Publisher.
- Tomás, J. (2005). *Trastorno depresivo infantil*. Recuperado el 15 de octubre del 2010, de http://www.centrelondres94.com/files/trastorno_depresivo_infantil.pdf
- Vásquez, R. (2005). Urgencias en psiquiatría infantil. *Cuadernos de psiquiatría de enlace*, 25, 18-22.

- Vinaccia, S., Gaviria, A., Martínez, P., Atehortúa, F. y Trujillo, C. (2006). Prevalencia de la depresión en niños escolarizados entre los 8 y 12 años del municipio de La Ceja Antioquia. *Diversitas. Perspectivas en psicología* 2 (002), 217-227.
- Weisz, J. R., Sweeney, L., Proffitt, V. y Carr, T. (1993). Control-related beliefs and self-reported depressive symptoms in late childhood. *Journal of Abnormal Psychology*, 102 (3), 411–418.

UNIVERSIDAD DE LA SABANA
INSTITUTO DE POSTGRADOS- FORUM
RESUMEN ANALÍTICO DE INVESTIGACIÓN (R.A.I)

ORIENTACIONES PARA SU ELABORACIÓN:

El Resumen Analítico de Investigación (RAI) debe ser elaborado en Excel según el siguiente formato registrando la información

No.	VARIABLES	DESCRIPCIÓN DE LA VARIABLE
1	NOMBRE DEL POSTGRADO	PSICOLOGIA CLINICA DE LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA
2	TÍTULO DEL PROYECTO	PREVALENCIA DE LA DEPRESION INFANTIL EN UN GRUPO DE ESTUDIANTES ENTRE LOS 9 Y 12 AÑOS DE UN COLEGIO DEL MUNICIPIO DE CAJICA
3	AUTOR(es)	GIORMARY BELTRAN OSORIO - CAROLINA MORA AYALA
4	AÑO Y MES	18 DE MAYO DE 2011
5	NOMBRE DEL ASESOR(a)	DR. CARLOS GANTIVA
6	DESCRIPCIÓN O ABSTRACT	El propósito de este estudio fue identificar la prevalencia de la depresión en un grupo de estudiantes de los grados de cuarto de primaria a primero de bachillerato entre los 9 y 12 años de edad, de un colegio del municipio de Cajicá (Cundinamarca). Para tal fin, se llevó a cabo un estudio descriptivo y se utilizó el Inventario de Depresión Infantil (CDI) de Kovacs (1992). Los resultados muestran una prevalencia del 16%, lo que indica porcentajes altos de prevalencia de depresión infantil respecto a la población mundial que se encuentra entre un 8% y 10% No se hallaron diferencias significativas en cuanto al sexo y grado de los participantes, pero si respecto a la composición familiar donde se encontró un mayor prevalencia de sintomatología depresiva en los niños que viven en familias compuestas respecto a los otros tipos de familia. The purpose of this study was to identify the prevalence of depression in a group of students from grades fourth to sixth between 9 and 12 years old, in a school of Cajicá (Cundinamarca). For this purpose, a descriptive study was conducted using Kovacs's (1992) Child Depression Inventory (CDI). The results show a prevalence of
7	PALABRAS CLAVES	CDI, Depresión Infantil, Cajicá, Cundinamarca.
8	TIPO DE ESTUDIO	La presente investigación es de tipo descriptivo, el cual estudia utilizando un modelo de investigación empírico-analítico, con el fin de describir la ocurrencia de la variable en un grupo de estudiantes del municipio de Cajicá.
9	OBJETIVO GENERAL	Identificar cuál es la prevalencia de la depresión infantil en un grupo de estudiantes de un colegio del municipio de Cajicá de los grados cuarto, quinto y sexto con edades que oscilan entre los 9 y 12 años.
10	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	Identificar el nivel de depresión infantil de acuerdo al sexo. Identificar el nivel de depresión infantil de acuerdo al grado escolar. Identificar el nivel de depresión infantil de acuerdo a la conformación de los hogares.

11	CONCLUSIONES.	<p>Los resultados del presente estudio muestran una prevalencia de 16% de sintomatología depresiva en niños y niñas escolarizados, utilizando un punto de corte de 19, el sugerido por Kovacs (1992). Estos resultados muestran semejanza con la última investigación realizada en Colombia con 1832 niños entre los ocho y once años en la ciudad de Neiva donde la prevalencia fue del 17, 09% (Herrera, Losada, Rojas y Gooding, 2009), lo cual indica porcentajes altos de prevalencia de depresión infantil respecto a la población mundial que se encuentra entre un 8% y 10% (Herrera, Núñez, Tobón y Arias, 2009). Debido a que Colombia es un país azotado por la violencia y los problemas económicos y la descomposición social son factores que contribuyen a desarrollar diversos trastornos en la población infantil (Murcia y cols., 2009). Así mismo, es importante mencionar que todos los participantes de la presente investigación pertenecen a un estrato socio-económico bajo lo cual en la mayoría de las investigaciones realizadas en Colombia sobre la prevalencia de este trastorno (Mantilla, Sabalza, Díaz y Campos 2004; Herrera, Losada, Rojas y Gooding, 2009; Murcia, Losada, Rojas y Londoño 2009) se asoció a síntomas depresivos en la infancia. De acuerdo con Mantilla, Sabalza, Díaz y Campos (2004), el bajo nivel socio-económico por lo general se asocia a un mayor número de eventos vitales negativos, que incrementan la posibilidad de cualquier trastorno mental, incluyendo, el depresivo. Consistente con la mayoría de investigaciones recientes sobre depresión (Saklosfske y col., 1998; Vinaccia y cols., 2006) no se encontraron diferencias significativas en la sintomatología depresiva entre los sexos, puesto que dichas diferencias se empiezan a observar en la adolescencia. A partir de esta etapa son las niñas las más propensas a sufrir de depresión (Cole y cols., 2002). En el presente estudio se observa una prevalencia un poco mayor en las niñas aunque la diferencia no es significativa. De acuerdo con Vinaccia y cols., (2006), las diferencias de sexo apuntan a una dimensión fuertemente social del género. El sexo femenino es un fuerte predictor para desarrollar una depresión en el futuro</p>
----	---------------	---

12	FUENTES BIBLIOGRÁFICAS	<p>Aguilar, G. (2002). Problemas de la conducta y emociones en el niño normal. Planes de ayuda para padres y maestros. 6ª Edic. México: Editorial Trillas.</p> <p>Aláez, M., Martínez, R. y Rodríguez, C. (2000). Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género. <i>Psichotema</i> 12 (004), 525-532.</p> <p>American Psychiatric Association (2004). <i>Diagnostic and statistical manual of mental disorders</i> 4th. ed. Washignton.</p> <p>Caballo, V. y Simón, M. (2001). <i>Manual de psicología clínica infantil y del adolescente. Trastornos Generales</i>. Madrid: Pirámide</p> <p>Carrasco, M. A. y Del Barrio, M. V. (2007). Variables de personalidad y temperamento en la sintomatología depresiva de niños y adolescentes. <i>Psichotema</i> 19 (001), 43-48.</p> <p>Carson, R. B., Butcher, J. N. y Mineka S. (2000). <i>Abnormal psychology and modern life</i>. Boston: Allyn and Bacon.</p> <p>Centre Londres 94. (2010). Trastornos de humor en niños y adolescentes. Recuperado el 25 de octubre del 2010, de http://www.mailxmail.com/curso-transtornos-humor-ninos-adolescentes-escalas/escala-depresion-adolescente-depresion-infantil</p> <p>Cole, D. A., Martin, J. M., Powers, B. y Truglio R. (1996). Modeling causal relations between academic and social competence and depression: a multitrait-multimethod longitudinal study of children. <i>Journal of Abnormal Psychology</i> 105 (2), 258–270.</p> <p>Cole, D. A., Tram, J. M., Martin, J. M., Hoffman, K. B., Ruiz, M. D., Jacquez, F. M. y Maschman, T. L. (2002). Individual differences in the emergence of depressive symptoms in children and adolescents: a longitudinal investigation of a parent and child reports. <i>Journal of Abnormal Child Psychology</i> 111 (1), 156–165.</p>
----	---------------------------	---

Vo Bo Asesor y Coordinador de Investigación:

CRISANTO QUIROGA OTÁLORA