UNIVERSIDAD DEL AZUAY

FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

ESCUELA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

TEMA:

"PRESENCIA DE DEPRESIÓN INFANTIL EN LA ESCUELA MIGUEL PRIETO A TRAVÉS DE LOS CUESTIONARIOS CBCL Y CDI"

TRABAJO DE GRADUACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE "PSICÓLOGA CLÍNICA"

AUTORA:

MARÍA ALEXANDRA CAMAS QUITO

DIRECTORA:

DRA. ANA LUCíA PACURUCU PACURUCU

CUENCA- ECUADOR

2019

DEDICATORIA

"A sí que no temas porque yo estoy contigo; no te angusties, porque soy tu Dios. Te fortaleceré y te ayudaré, te sostendré con mi diestra, victoriosa" (Isaías 41:10). Quiero dedicar esta tesis primero a Dios, que con su amor y su bondad me ha dado fortaleza y la valentía para salir victoriosa ante las adversidades que se me ha presentado en la vida y me ha permitido llegar a cumplir mis sueños y metas.

También agradezco infinitamente a mi esposo Abg. Favian Ignacio Lema que ha sido el pilar fundamental en esta etapa de mi vida, con su sacrificio, esfuerzo, apoyo y paciencia incondicional me ha ayudado a cumplir esta meta. Y a mis hijos que han sido una fuente de motivación e inspiración para superarme cada día más.

María Alexandra Camas Quito

AGRADECIMIENTO

Agradezco a todos mis profesores de la Escuela de Psicología Clínica de la Universidad del Azuay por haberme impartido sus conocimientos que me han ayudado a crecer como persona y como profesional y agradezco de todo corazón a mi tutora Dra. Ana Lucia Pacurucu, gracias por su tiempo, apoyo, paciencia y sabiduría para poder realizar este trabajo.

A la escuela "Miguel Prieto" que me abrió sus puertas de su institución para que pueda llevar a cabo este trabajo investigativo.

También agradezco a mi tutor de prácticas Mgt. Pedro Astudillo que con su ayuda humana y profesional me inculco más al anhelo de formación en el área de la salud durante mis prácticas pre-profesionales.

Quiero dar gracias a mis amigos y futuros colegas (Claudia, Jorge, Byron, Pedro y Vladimir), quienes sin esperar nada a cambio compartieron conmigo sus conocimientos, experiencias, alegrías y tristezas, en este recorrido que ha sido lleno de emociones y aprendizajes para mí.

Gracias a todos.

María Alexandra Camas Quito

TABLA DE CONTENIDO

DEDICATORIA....2
AGRADECIMIENTO....3
RESUMEN....9
ABSTRACT....10
INTRODUCCIÓN....11
CAPÍTULO 1....13
DEPRESIÓN INFANTIL....13
1.1 Introducción....13
1.2 La Depresión Infantil....13
1.3 Concepto y Características de la Depresión Infantil....15
1.4 Síntomas de la Depresión Infantil....17
1.5 Causas de la depresión infantil....19
1.5.1 Factores de vulnerabilidad....21
1.5.2 Factores de activación....21
1.5.3 Factores de protección....21
1.6 Consecuencias de la depresión infantil....21
1.7 La Familia y la Depresión Infantil....23
1.8 Enfoques que explican la Depresión Infantil....24
1.9 Diseño de investigación....**¡Error! Marcador no definido.**
1.10 El Duelo y la Depresión Infantil....25
1.10 Factores sociodemográficos y la Depresión Infantil....28
1.11 Tratamiento de la Depresión Infantil....29
1.11.1 Intervención psicosocial....29
1.11.2 Psicoeducación....30
1.11.3 Psicoterapia para la depresión infantil....30
1.11.3.1 Terapia cognitivo-conductual....31

1.11.3.2 Terapia familiar 31
1.11.3.3 Tratamiento farmacológico 31
1.11.3.4 Terapia combinada 32
1.12 Conclusiones 32
CAPITULO II 33
METODOLOGÍA Y RESULTADOS 33
2.1 Introducción 33
2.2 Instrumentos 34
2.2.1 Ficha sociodemográfica: 34
2.2.2 Cuestionario de comportamientos infantiles para padres (CBCL/6-18) 34
2.2.3 Cuestionario de depresión CDI (Inventario de Depresión Infantil) 35
2.2.4 Procedimientos de la investigación 35
2.3 Resultados estadísticos 36
2.3.1 Descripción de la población y muestra 37
2.3.2 Análisis de los datos aplicados de los Cuestionario de comportamientos infantiles para padres (CBCL/6-18) y el Cuestionario de depresión CDI (Inventario de Depresión Infantil) 41
CAPÍTULO III 70
DISCUSIÓN DE RESULTADOS 70
CONCLUSIONES 72
RECOMENDACIONES 73
REFERENCIAS 75
ANEXOS 78

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Descripción de la población y muestra 37
Figura 2. Cuantas personas viven en un hogar. 38
Figura 3. Nivel de instrucción de los padres. 39
Figura 4. Ocupación del padre 39
Figura 5. Ocupación de la madre 40
Figura 6. Escala de ansiedad y depresión 41
Figura 7. Escala de aislamiento y depresión 41
Figura 8. Escala de quejas somáticas 42
Figura 9. Escala total de depresión (CDI) 43

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Nivel escolar 37
Tabla 2. Residencia en la que habitan 38
Tabla 3. Estado civil de los padres 40
Tabla 4. Escala de Disforia (CDI) 42
Tabla 5. Escala de Autoestima (CDI) 43
Tabla 6. Género y Escala de Ansiedad/Depresión (CBCL) 44
Tabla 8. Género y Escala de Quejas Somáticas (CBCL) 45
Tabla 9. Género y Escala de Disforia (CDI) 45
Tabla 10. Género y Escala de Autoestima (CDI) 46
Tabla 11. Género y Escala Total de Depresión (CDI) 46
Tabla 12. Escolaridad y Escala de Ansiedad/Depresión (CBCL) 47
Tabla 13. Escolaridad y Escala de Aislamiento/Depresión (CBCL) 48
Tabla 14. Escolaridad y Escala de Quejas Somáticas (CBCL) 49
Tabla 15. Escolaridad y Escala de Disforia (CDI) 50
Tabla 16. Escolaridad y Escala Autoestima (CDI) 51
Tabla 17. Escolaridad y Escala total de Depresión (CDI) 52
Tabla 18. Estado Civil Padres y Escala de Ansiedad/Depresión (CBCL) 53
Tabla 19. Estado Civil Padres y Escala de Aislamiento/Depresión (CBCL) 54
Tabla 20. Estado Civil Padres y Escala de Quejas Somáticas (CBCL) 55
Tabla 21. Estado Civil Padres y Escala de Disforia (CDI) 56
Tabla 22. Estado Civil Padres y Escala de Autoestima (CDI) 57
Tabla 23. Estado Civil Padres y Escala Total de Depresión (CDI) 58
Tabla 24. Estado Civil Padres y Escala de Ansiedad/Depresión (CBCL) 59
Tabla 25. Estado Civil Padres y Escala de Aislamiento/Depresión (CBCL) 60
Tabla 26. Nivel de Instrucción del Padre y Escala de Quejas Somáticas (CBCL) 61
Tabla 27. Nivel de Instrucción del Padre y Escala de Disforia (CDI) 62
Tabla 28. Nivel de Instrucción del Padre y Escala de Autoestima (CDI) 62
Tabla 29. Nivel de Instrucción del Padre y Escala Total de Depresión (CDI) 63
Tabla 30. Nivel de Instrucción de la Madre y Escala de Ansiedad/Depresión (CBCL) 64
Tabla 31. Nivel de Instrucción de la Madre y Escala de Aislamiento/Depresión (CBCL) 65
Tabla 32. Nivel de Instrucción de la Madre y Escala de Quejas Somáticas (CBCL) 66

Tabla 33. Nivel de Instrucción de la Madre y Escala de Disforia (CDI) 67
Tabla 34. Nivel de Instrucción de la Madre y Escala de Autoestima (CDI) 68
Tabla 35. Nivel de Instrucción de la Madre y Escala Total de Depresión (CDI) 69

RESUMEN

La depresión es un problema de salud pública y el trastorno del ánimo más frecuente durante la infancia y adolescencia. El presente estudio tiene como objetivo determinar la presencia de depresión infantil en la escuela "Miguel Prieto". El estudio es de tipo investigativo, cuantitativo no experimental, de corte transversal. Se utilizó el cuestionario: CBCL (versión padres), el cuestionario de depresión CDI (Inventario de Depresión Infantil) y la ficha sociodemográfica. La muestra estuvo formada por 49 estudiantes entre 8 y 11 años de edad. Los resultados indican una prevalencia de depresión infantil del 32,7% de acuerdo al CDI (18,4% leve y 14,3% severa). Al aplicar CBCL el 34,7% de los estudiantes presentaron síntomas de ansiedad/depresión, el 26.5% aislamiento/depresión y el 20,4% quejas somáticas. No se observan mayores diferencias entre géneros en el CBCL, en el CDI predomina el sexo masculino 26,7% para depresión leve y 19,2% para severa.

Palabras claves: depresión infantil, niveles de depresión, escolares

ABSTRACT

Depression is a public health problem and the most frequent mood disorder during childhood and adolescence. The present study pretends to determine the presence of childhood depression in students at the "Miguel Prieto" school. The study is non-experimental, quantitative, and cross-sectional. The questionnaires used were: CBCL (parental version), the CDI depression questionnaire (Childhood Depression Inventory) and a sociodemographic record. The sample was made up of 49 students aged 8-11. The results indicate a prevalence of childhood depression of 32.7% according to the CDI (level of 18.4% and 14.3% severe). When the CBCL was applied, 34.7% of the students showed symptoms of anxiety / depression, 26.5% isolation / depression and 20.4% somatic complaints. No major differences between genders in the CBCL, in the CDI the male sex predominates 26.7% for mild depression and 19.2% for severe were found.

Keywords: childhood depression, depression levels, schoolchildren

Translated by

Alexandra Camas

INTRODUCCIÓN

La depresión es un problema de salud pública y un predictor importante de discapacidad funcional y mortalidad. (Braconnier, 2005).

Desde hace muchos años la comunidad científica, basada en teorías, planteaba que la depresión infantil no existía. A pesar de observarse niños deprimidos, algunos estudios lanzaban sus postulados contra la ortodoxia afirmando que no había posibilidades de su existencia. Hacia los años 40 en distintos campos de la psicología aplicada comenzaron a aparecer estudios relacionados con la depresión en niños, bajo los nombres de Akerson (1942); Spitz (1945); Bowlby (1951), entre otros (González, 2018).

En el año 1975 la depresión infantil fue aceptada por el National Institute of Mental Health, como concepto y entidad psicopatológica. Desde entonces, la depresión en la infancia ha sido estudiada como un tema muy controversial (Tomas, 2010).

En la actualidad se sabe con certeza que la depresión es el trastorno del ánimo más frecuente durante la infancia y adolescencia, los niños desde su nacimiento están propensos a sufrir una serie de estímulos que llegan a alterar su estado de ánimo, de tal manera que la depresión interfiere con las capacidades y acciones de cada individuo, puede presentarse de diversas formas con grados y duraciones variables. Esta enfermedad es una situación afectiva de sentimientos tristeza que ocurre con gran intensidad en los niños, muchas veces se debe a las relaciones de familia debido al abandono por uno de ellos, disfuncionalidad parentales, pobreza o a la migración, entre otros. Esta patología causa secuelas casi irremediables en los individuos afectados, ya que al llegar a la adultez si no es tratada de manera adecuada conduce a la autolesión, ideaciones suicidas e incluso el suicidio, es por esto que se ha estudiado y atendido por especialistas que se esfuerzan en modificar su historia natural mediante el diagnóstico y tratamiento oportuno. (Saad, Belfort, Camarena, Chamorro, Martínez, (Ed), 2010).

Por lo tanto, el estudio de esta patología es fundamental y a nivel local se encuentra que en el cantón Cuenca la prevalencia de depresión infantil es de 36,9% en escuelas rurales según estudios realizados en el año 2011, aplicando el CDI. (Trelles Jachero , Vega Cuadrado , & Velasco Pañi , 2011)

Debido a que no existen estudios suficientes ni recientes en escuelas rurales acerca de la depresión infantil se desarrolla este proyecto de investigación, cuyo objetivo principal es determinar los niveles de depresión infantil en la escuela Miguel Prieto a través de los

cuestionarios CBCL, CDI y su relación con los factores sociodemográficos. Se estudia el universo que comprendió 49 estudiantes hombres y mujeres entre 8 y 11 años de edad de la escuela “Miguel Prieto” de la parroquia rural Sidcay de Cuenca.

Con esta investigación se pretende formar las bases para la realización de investigaciones e intervenciones terapéuticas posteriores, contribuyendo así a la posible reducción de las dificultades emocionales y psicológicas en los estudiantes.

En el primer capítulo se abordan diferentes conceptos para entender de una mejor manera la problemática a investigar, síntomas, causas, consecuencias, enfoques, duelos y el tratamiento. Posteriormente en el segundo capítulo se hablará sobre la metodología utilizada en la investigación, los instrumentos de aplicación, análisis, y se dará a conocer los resultados de esa investigación; se presenta la discusión, conclusiones y recomendaciones sobre la presente investigación.

CAPÍTULO 1

DEPRESIÓN INFANTIL

1.1 Introducción

En este capítulo se abordarán temas fundamentales acerca de investigaciones y modelos utilizados para profundizar en el conocimiento sobre la depresión infantil, se pretende poner en contexto al lector de acuerdo a las posiciones científicas de los diferentes autores consultados. Incluye también las técnicas usadas por los profesionales de la salud mental para evaluar y diagnosticar a infantes con trastorno depresivo. Se realizó una revisión de las principales causas y sintomatología de la enfermedad. Además, se profundiza en el tratamiento del trastorno depresivo infantil, características, manifestaciones y factores que determinan su aparición. Para finalizar el capítulo se exponen los diversos enfoques y postulados que posibilitan entender la problemática de estudio y los factores socio-demográficos que influyen en la presencia de la depresión en la edad escolar y la infancia temprana.

1.2 La Depresión Infantil

Se asume a la depresión como un problema de salud pública y un predictor importante de discapacidad funcional y mortalidad. Es una enfermedad que contribuye a una devaluación en la calidad de vida, disminución significativa de las funciones básicas del individuo, se expresa también discapacidad e incremento de la mortalidad por comorbilidad con otras condiciones médicas.

Para conocer sobre el trastorno depresivo en niños, es necesario abordar los antecedentes históricos de esta problemática de salud, las fuentes revisadas reportan episodios depresivos desde muchos siglos atrás, sin embargo, se ubica formalmente la depresión infantil en el surgimiento del movimiento de reforma europeo, específicamente en Francia en la cual se reflejó compasión por las personas con problemas mentales. A partir de allí se crearon instituciones para el tratamiento de niños con problemas psicológicos y con discapacidad cognitiva, conocida en esa época como retraso mental. A principios del siglo XIX, había una elevada tasa de mortalidad infantil y una muerte prematura en aquellos niños y adolescentes que trabajaban en minas de carbón y fábricas textiles. Philips Pinel reseñó que el pensamiento de los melancólicos estaba completamente concentrado en un objeto (obsesivamente), y que la memoria y la asociación de ideas estaban frecuentemente perturbadas. (Braconnier, 2005)

En Norteamérica Dorothea Dix (1.802-1.887) maestra de Boston, manifestó interés en resolver la falta de trato humano e instalaciones dignas para los enfermos mentales, visitó 18 misiones, 300 prisiones y 500 hospitales, consiguiendo que se construyeran 32 hospitales de salud mental. Hacia el año 1850, en Europa se atendía a los niños internándolos en las mismas instituciones que a los adultos, básicamente se encontraban encarcelados, puesto que la niñez era la época anterior a la adquisición de la razón y la pérdida de la razón significaba demencia (Braconnier, 2005).

Para el año 1816, casi un cuarto de los prisioneros de las cárceles Londinenses, tenía menos de 17 años, los libros de texto que describían las anomalías psicológicas empezaron a incluir secciones dedicadas a los niños en las que se describían trastornos como denominados la demencia de edad temprana. Más adelante, en Alemania, el psiquiatra Karl Kahlbaum acuñó el término ciclotimia para englobar depresión y manía, como estados de la misma enfermedad. Kraepelin en 1899, describió una psicosis maníaco depresiva cuyos criterios son compatibles con lo que actualmente se conoce como Bipolar I, y compatible también con el trastorno de ánimo de inicio tardío (Álvarez & Pinto, 2010).

A partir de los hechos descritos anteriormente, se inició la estructuración de las bases nosográficas que permitirían en los albores del siglo veinte establecer las clasificaciones posteriores de los trastornos el estado de ánimo. Se reconoce que para el año 1621, Robert Brula escribió en su libro llamado Anatomía de la Melancolía, un esbozo descriptivo de la depresión en niños. (Tomas, 2010).

Desde entonces, la depresión en la infancia ha sido estudiada como un tema muy controversial, sumado a esto extendió la concepción popular que en la etapa infantil no existían sentimientos de tristeza, ansiedad y culpabilidad. En la actualidad se sabe con certeza que la depresión es el trastorno del ánimo más frecuente durante la infancia y adolescencia, es por esto que se ha estudiado y atendido por especialistas que se esfuerzan en modificar su historia natural mediante el diagnóstico y tratamiento oportuno.

De igual manera dentro de la comunidad médica se aseguró durante varios años, las limitaciones para el diagnóstico de los síndromes depresivos en niños y adolescentes, y en algunos casos no llegaban a ser diagnosticados. Esto se atribuyó a diferentes motivos que actualmente se consideran válidas en algunos contextos, las manifestaciones clínicas son distintas a las de los adultos, los niños e incluso los adolescentes no son capaces de identificar lo que les ocurre como cuando se trata de la aparición de esta patología (depresión), que causa secuelas casi

irremediables en estos individuos ya que al llegar a la adultez si no es tratado de manera adecuada conduce a la autolesión de la persona, ideaciones suicidas e incluso el suicidio y los adultos relevantes en la vida de los infantes no pueden creer que a esa edad se sufra de depresión, además el hecho de admitirlo puede significar para ellos un fracaso como padres o educadores (Saad, Belfort, Camarena, Chamorro, Martínez, (Ed), 2010).

Es notable notar, que los pequeños pueden estar severamente deprimidos y puntuar bajo en las escalas de medición, contrariamente a lo que sucede con adultos. Así, la depresión infantil se debe considerar una entidad distinta a la depresión en los adultos. Los procedimientos e instrumentos evaluativos deben ser adaptables a la variabilidad evolutiva y concordar con el nivel de comprensión del niño, es recomendable utilizar entrevistas semi-estructuradas y la observación directa.

En el momento actual, en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta edición (DSM-5), se establece que dentro de los trastornos depresivos (TD), se añaden y se modifican diferentes trastornos: aparece una nueva categoría diagnóstica, el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo (TDDEA).

> "Este trastorno está orientado a niños y adolescentes hasta los 18 años, y trata de describir a los niños y adolescentes con problemas conductuales y emocionales graves, cuya característica prominente es la irritabilidad persistente, no episódica, acompañada de episodios de descontrol conductual" (Royo & Fernández, 2017, p. 1).

Para concretar esta nueva categoría diagnóstica se propuso en respuesta a un debate de una década de duración, en torno a la disyuntiva si la irritabilidad crónica en los niños es o no un síntoma distintivo del trastorno bipolar pediátrico. Anteriormente se estaba produciendo un posible sobre diagnóstico del trastorno bipolar infantil al apoyarse dicho diagnóstico en el criterio, un tanto inespecífico, de irritabilidad intensa y persistente (Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2015).

1.3 Concepto y Características de la Depresión Infantil

La depresión infantil es un trastorno complejo, que incluye alteraciones cognitivas, psicofisiológicas y motoras, 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. Asimismo, la depresión en la adolescencia no es una enfermedad unitaria,

sino un síndrome complejo con distintas etiologías, cursos y respuestas de tratamiento. El diagnóstico debe ser realizado desde una concepción integral, contextualizándolo al individuo, la familia y el ambiente (Alzuri, Hernández, & Calzada, 2017).

Diferentes estudios de este tema han intentado dar respuestas acerca de la depresión infantil. Para esto lo han definido en dos grandes grupos: Modelo Biológico y Psicológico (Carrillo & Muñoz, 2010). El modelo biológico plantea que la depresión infantil se produce por una alteración de los neurotransmisores y la manera de tratar será mediante la administración de psicofármacos. Según el modelo psicológico se estudian tres corrientes, el Psicoanálisis, asegura que la depresión se produce por la falta de autoestima o la muerte de un ser querido. La corriente Conductual, afirma la creencia que la depresión infantil se produce por falta de reforzamientos; la Cognitiva, plantea que el niño se deprime porque se producen distorsiones cognitivas en él respecto a sí mismo; el mundo que lo envuelve y el futuro.

Es fundamental considerar que para un niño describir lo que siente y su estado psicológico es difícil, por ello se hace necesario la observación continua y se debe contar con instrumentos de medición que permitan evaluar la presencia de este tipo de alteraciones. Al respecto, puede utilizarse, la escala de depresión infantil que es un instrumento utilizado para el diagnóstico de la depresión infantil, clasifica los síntomas en respuesta afectiva, autoconcepción negativa, disolución de impulsos y productividad mental, problemas psicosomáticos, enfermedad y dificultades asociadas con la agresividad (Navarro, Melendez, Sales, & Sancerni, 2012).

Se entiende que el desarrollo del área cognitiva (componentes psicológicos) en niños y adolescentes sigue una pauta marcada principalmente por las influencias normativas relacionadas con la edad. En función de la edad se pueden realizar predicciones sobre sus procesos de desarrollo. Es un perfil evolutivo influenciado principalmente por determinantes biológicos y ambientales que mantienen una alta correlación con la edad cronológica, y es la etapa en la que se producen más cambios y transformaciones en menos tiempo (Caraveo & Martínez, 2019). Conocer estos patrones normativos es primordial para detectar alteraciones, realizar el diagnóstico diferencial y determinar si se trata de alguna entidad patológica o son adaptaciones evolutivas a acontecimientos vitales estresantes.

Existe también un trastorno menos estudiado, la distimia, que está significativamente ligado a la depresión infantil, la perturbación distímica se caracteriza por un estado de ánimo depresivo durante días la mayor parte del día y dos o más de los siguientes síntomas: pérdida o aumento de apetito, insomnio o hipersomnia, falta de energía o fatiga, baja autoestima, pobre

concentración, dificultad para concentrarse o para tomar decisiones, y sentimientos de desesperanza (Jiménez, Gallardo, señor, & González, 2013). De igual manera, la distimia es un trastorno afectivo crónico que persiste al menos un año en adolescentes y niños. El individuo que la padece debe tener los síntomas durante más de 2 meses seguidos y no presentar un episodio depresivo mayor. Además, no debe estar presente el trastorno depresivo mayor crónico, episodio maníaco, hipomaníaco o mixto, trastorno ciclotímico o por abuso de sustancias.

> "La prevalencia de los Trastornos Depresivos varía con la edad y con el tipo de presentación, en los pre-púberes tiene una prevalencia aproximada del 2%, sin diferencias de género. En adolescentes, la prevalencia es mayor, del 4 al 8%, siendo más prevalente en mujeres (1:2). El riesgo de depresión se multiplica por 2-4 después de la pubertad, sobre todo en mujeres (3) y la incidencia acumulada al alcanzar los 18 años puede alcanzar el 20% (4)" (Royo & Fernández, 2017, p. 2).

Estos datos indican que, para el momento actual para la población española, ya se tienen registros y monitoreo sobre los problemas de depresión en la población infantil. Igualmente, se conoce que en el trastorno distímico, la prevalencia es del 0,7-1,7% en niños y de 1,6-8% en adolescentes. Aproximadamente un 5-10% de niños sufren síntomas depresivos subsindrómicos, que provocan cierto deterioro en su funcionamiento y aumentan el riesgo de psicopatología en el futuro. En Latinoamérica, la depresión infantil situada entre los 6 a los 12 años, se presenta en el 1% y 2 % de la población, mientras que la depresión adolescente entre edades 13 a 18 años se presenta del 4 % al 8 % de la población general. Sin embargo, existen estudios que han obtenido datos superiores al 30 % de prevalencia de riesgo y síntomas depresivos en niños en edades escolares (Chávez, et al., 2017).

1.4 Síntomas de la Depresión Infantil

Reconocer los síntomas, y descubrir que un infante presenta depresión no resulta fácil en algunos casos, sin embargo, existen elementos importantes que pueden permitirnos identificar si el niño está deprimido. Desde hace muchos años la comunidad científica, basado en teorías, planteaba que la depresión infantil no existía, aunque se observaban niños deprimidos y algunos estudios de la clínica lanzaban sus postulados contra la ortodoxia que afirmaba que no había posibilidades de la existencia. Esto empezó a ocurrir hacia los años 40 en distintos campos de la psicología aplicada, y comenzaron a aparecer estudios relacionados con la depresión en esta

edad, bajo los nombres de Akerson (1942); Spitz (1945); Bowlby (1951), entre otros (González, 2018). Muchos otros expertos también consideraron que la depresión infantil existía, pero creían que estaba constituidas por conductas disfuncionales que en sentido estricto no eran depresivas, como, por ejemplo, conductas delictivas, dolores de cabeza, enuresis, fracaso escolar o fobias. Es más, estos expertos propusieron que cualquier problema que respondiera a un medicamento antidepresivo debería considerarse un síntoma depresivo, en concreto, un síntoma de la existencia de una depresión enmascarada, lo que condujo a una situación muy confusa, ya que, antes de iniciar el tratamiento, era imposible distinguir la depresión de otros trastornos o problemas psicológicos infantojuveniles y, por lo tanto, era imposible, por ejemplo, saber previamente si el mejor tratamiento sería la medicación antidepresiva u otro tipo de tratamiento farmacológico o psicológico (Sanz & García, 2019)

Es importante explicar que algunos niños con trastorno depresivo presentan pocos síntomas, y otros exteriorizan varias señales que indican el problema. Entre los síntomas que prevalecen de acuerdo con Jadan (2017) se encuentran que el niño o niña presenta un estado de ánimo triste, en forma persistente y se siente aislado del grupo de personas que lo rodean. Se espera que el cuidador o padre de familia debe estar alerta a los sentimientos de desesperanza, culpa, pesimismo y desamparo del niño, ya que la presencia de estos síntomas puede lograr que el infante crea que no puede contar con nadie y que se sienta solo ya sea en el hogar o en las actividades que desarrolle habitualmente. Otro de los síntomas que permite reconocer que el infante está en depresión es la pérdida de interés en actividades que le genere placer; pueden ser pasatiempos extra curriculares que antes disfrutaba.

Hay que prestar atención si el infante presenta fatiga en las jornadas habituales o agotamiento frecuente, estos se pueden considerar como síntomas de depresión. A sí mismo en el contexto escolar se aprecia que el niño o adolescente presenta dificultad para concentrarse, recordar y tomar decisiones, el docente debe estar atento y reportar al padre ya que el menor podría tener síntomas de depresión infantil. En casa el padre o cuidador debe mantener la alerta a la pérdida de peso y apetito, este sería un síntoma crónico de que el infante pueda estar deprimido. De igual manera, otro de los síntomas crónicos son los pensamientos de muerte o intentos de suicidio (Jadan, 2017).

Desde la perspectiva psicológica en el ámbito anímico la depresión infantil se manifiesta de acuerdo con Jadan (2017):

1.- Oscilaciones en el ánimo e irritabilidad

2.- Tristeza y desmotivación

3.-Conductas agresivas, inhibidas y de protesta, predominando las manifestaciones conductuales hiperactivas

En el aspecto cognitivo los psicólogos identifican:

1.- Ideación suicida

2.- Disminución en las capacidades de atención y concentración

3.- Descenso en la autoestima

En la parte fisiológica las alteraciones fundamentales están asociadas a

1.- Alimentación y el peso

2.- Problemas en el sueño

3.- Ansiedad, fatiga y trastornos de eliminación por lo que puede presentarse enuresis o encopresis (Caraveo & Martínez, 2019, p. 7).

1.5 Causas de la depresión infantil

Entre las causas que predominan está la pobreza, este es un factor común de muchas familias que en la mayor parte obliga a que todos los integrantes de la familia trabajen encargando a los pequeños al cuidado de su crianza con familiares cercanos o amigos ocasionando poco entusiasmo por el aprendizaje, inclinándose más bien al trabajo para tener dinero, unos piensan en surgir y otros caen en vicios que complican la vida y salud de los infantes. La ausencia de uno de los padres ya sea por muerte o migración hace del niño un ser aislado, deprimido siendo notorio su dificultad para sociabilizar con el grupo (Barrios, 2019).

En la actualidad, existe claridad con la sintomatología de este trastorno; sin embargo, algunos autores consideran que la depresión infantil y la adulta son semejantes, pero la edad modula las características y consecuencias negativas que provoca esta enfermedad; por lo que es necesaria la evaluación de los síntomas considerando el nivel de desarrollo del paciente.

El estado depresivo del niño queda enmascarado bajo síntomas que pueden afectar la integridad de quienes están alrededor del estudiante con depresión, como agresividad o irritabilidad. Indicios tan típicos de la depresión como la tristeza, insomnio o falta de autoestima pueden estar solapados por una conducta desobediente, discusiones frecuentes, consumo de drogas,

entre otros problemas sociales que podrían dañar la salud física, mental del niño (Santa María & Fierro, 2018).

Es relevante detallar, que muy distintos eventos pueden actuar como desencadenantes de la depresión. Sin embargo, en ocasiones la depresión aparece sin ninguna causa externa aparente. Se conoce que existen familias en las que varios de sus miembros padecen depresión; en estos casos se asume la prevalencia de factores hereditarios importantes para ser el origen del trastorno depresivo. Hoy en día, se sabe con certeza que el cerebro usa mensajeros llamados neurotransmisores que envían señales a diferentes partes de nuestro cuerpo, también sirven para que diferentes partes del cerebro se comuniquen entre sí. La alteración en el funcionamiento de los neurotransmisores influye en el estado de ánimo y es a ese nivel donde actúan los medicamentos.

Se han identificado algunos factores de riesgo que pueden influir de forma determinante en la aparición de un episodio depresivo, que eventualmente pudiera evolucionar hacia otro problema más complejo, estos factores son: problemas escolares, depresión en los padres, experiencias de pérdidas o estrés, incluyendo fallecimiento de seres queridos (padres), soledad, cambios en el estilo de vida (cambio de país) o problemas en las relaciones interpersonales (amigos). Situaciones conflictivas en el entorno, por ejemplo, centro escolar, familia, trato diferente por la raza.

Haber sufrido traumas físicos o psicológicos: acoso, abusos, negligencia en el cuidado, con relación al acoso, se presenta actualmente una deplorable situación que se desarrolla entre los niños, se le denomina bullying y está ampliamente documentado como generador de trastornos de orden psicológicos severos, que conllevan inevitablemente a la depresión infantil. Asimismo, otro factor de riesgo es la enfermedad física grave o problemas crónicos de salud. Algunas medicinas usadas sin discriminación o bajo vigilancia médica también se considera dentro de los riesgos (Avallat-t, 2016).

Investigaciones revisadas en la mayoría de los casos de depresión identificados tienen un vínculo directo con un miembro de la familia que al sentirse afectado puede transpolar esta depresión a su hijo, lo cual está vinculada a una predisposición biológica a través de la herencia genética (Loubat, Aburto, & Vega, 2008).

Seguidamente se presenta algunos de los principales factores implicados en la depresión en niños y adolescentes, clasificados como factores de vulnerabilidad, de activación y protectores, esta tipificación fue estructurada en España por el Ministerio de Sanidad (2018).

1.5.1 Factores de vulnerabilidad

Estos factores han sido identificados porque incrementan la predisposición general, pero rara vez provocan directamente la alteración: factores genéticos, historia de trastorno afectivo en los padres, sexo femenino, edad post-puberal, antecedentes de síntomas depresivos, antecedentes de abuso físico y/o sexual en la infancia, afectividad negativa, pensamientos de tipo rumiativo, homosexualidad, disforia de género, problemas crónicos de salud como discapacidades físicas o de aprendizaje y otros trastornos psíquicos, en particular trastornos de ansiedad, trastornos de conducta y trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH) (Ministerio de Sanidad, 2018).

1.5.2 Factores de activación

Se considera que están directamente implicados en el comienzo de la depresión y en presencia de factores de vulnerabilidad, sus efectos pueden ser mayores. Suelen ser acontecimientos no deseados que dan lugar a cambios permanentes en las relaciones familiares y de amistad: conflictos conyugales, desestructuración familiar, acoso o humillación, situaciones de abuso físico, emocional o sexual, consumo de tóxicos (Ministerio de Sanidad, 2018).

1.5.3 Factores de protección

Son factores de vital importancia debido a que reducen la probabilidad de depresión en presencia de factores de vulnerabilidad o de activación, estos son: buen sentido del humor, buenas habilidades sociales o relaciones de amistad y relaciones estrechas con uno o más miembros de la familia, logros personales valorados socialmente, nivel de inteligencia normal-alto, práctica de algún deporte o actividad física, participación en clubes escolares/sociales o en voluntariado, poseer creencias y prácticas religiosas, espiritualidad o valores positivos (Ministerio de Sanidad, 2018).

1.6 Consecuencias de la depresión infantil

La escolaridad es unos de los ejes fundamentales en la vida del niño y no se puede negar que representa para este algo semejante a lo que el trabajo es para el adulto. El niño asiste a la escuela todos los días laborales, realiza una actividad sujeta a reglas y le califican por su desempeño. Se considera que la escuela además de ser un espacio que propicia la adquisición de conocimientos, tiene una gran influencia en el desarrollo infantil, ya que es fuente de socialización e interacción entre los niños.

Se considera al rendimiento académico como un aspecto de relevancia en lo que concierne al cuadro depresivo infantil. Por consiguiente, el niño deprimido exhibe como consecuencia conductas de desinterés, dificultades en la concentración y en la atención. En algunos casos, su desempeño académico puede aparecer reducido o minimizado. Dentro de la literatura consultada, también consideran consecuencias del trastorno depresivo infantil, el fracaso, la repitencia y el abandono escolar. Generalmente, los fracasos sorprenden cuando no se había evidenciado anteriormente, y lo que es todavía más característico, el descenso brusco del rendimiento escolar (Cardozo, 2019)

Se ha encontrado un conjunto de derivaciones del trastorno depresivo en infantes, descritas en la literatura revisada, Avallat-t (2016) expresa que "son consecuencias que pueden clasificarse en algunos casos como causas coadyuvantes al desencadenamiento de un episodio depresivo" (p. 25), siendo mencionadas a continuación:

1.- Emocionales:

Irritabilidad permanente, no siente gusto al jugar

Pensamientos agresivos y suicidas, expresa violencia con los juguetes

Ausencia de disfrute y placer, prefiere estar solo, no se comunica

Desesperación ante situaciones simples, poca tolerancia, con frecuencia rompe objetos como forma de expresar inconformidad

2.- Cognitivas:

Incapacidad para concentrarse, no termina las tareas escolares, no logra observar una película hasta el final

Dificultad para memorizar y evocar eventos, no puede recordar lo que hizo ayer

Deterioro evidente y progresivo de la capacidad de pensar, rechaza toda actividad que le exija poner en marcha su pensamiento.

Incapacidad para tomar decisiones simples, dificultad para elegir una comida, la ropa que va a usar

3.- Físicas:

Agitación psicomotora, no logra mantenerse quieto en situaciones que lo ameriten

Problemas en el estómago, rechazo a los alimentos, vómitos, dolor

Insomnio, prefiere acostarse muy tarde, o se despierta varias veces en una noche, come cualquier cosa que encuentre

Cansancio y dolor de cabeza, expresa deseos de permanecer sentado o acostado sin hacer nada, en ocasiones se queja de algún dolor.

1.7 La Familia y la Depresión Infantil

Sin duda alguna el contexto familiar es determinante para el desarrollo del ser humano en todas sus áreas, la psiquis de un niño se despliega y se expande a medida que se relaciona con sus primeros afectos que están representados especialmente por sus padres. Es por ello que, la crianza como las actitudes y comportamientos de los padres, conflictos familiares, abuso o violación sexual, son episodios devastadores en el sano crecimiento de los menores. También, hay que considerar que el proceso de agresión que se inicia en el hogar puede agravarse cuando el infante ingresa a la escuela, para este momento ya existe un antecedente de vulnerabilidad que hace propicio que aparezca el acoso de iguales dentro de la institución, así que, pudiera traer como consecuencia aislamiento social, bajo rendimiento escolar, baja autoestima que conduce a desarrollar depresión a temprana edad (Santa María & Fierro, 2018). Ciertos comportamientos de los padres, como descuidar, rechazar, criticar, controlar excesivamente y sobreproteger son los más asociados a la depresión en los niños. La depresión infantil puede estar determinada en este sentido tanto por una falta de disciplina como por una disciplina excesivamente rígida (Aguilar, Raya, Pino, & Herruzo, 2019)

Dentro de la dinámica de la familia y su estructura se realiza un constante proceso laborioso que cambia según la etapa del ciclo vital o período que se encuentre o por la influencia de factores externos e internos. Estas familias se clasifican en varios tipos: familia extensa, más de dos generaciones en el mismo hogar; la familia compuesta por padres y sus hijos le llamamos familia nuclear; la familia nuclear con parientes próximos si está situada en la misma localidad; familia nuclear sin parientes próximos; familia nuclear ampliada con parientes o con agregados; familia nuclear numerosa; familia monoparental con un solo cónyuge y sus hijos; persona sin familia; familia reconstituida, formada por dos adultos en la que al menos uno de ellos, trae un hijo de una relación anterior; equivalentes familiares que son personas que conviven en un

mismo hogar sin constituir un núcleo familiar tradicional. Realmente, el tipo de familia es determinante para establecer la forma como se relacionan sus miembros y como se establecen los roles y funciones, pero no se conoce que éstos aspectos influyan o deriven depresión en los hijos. Lo relevante en cualquier tipo de núcleo familiar es la funcionalidad que se da en ese contexto, y que represente para los miembros de ese grupo un espacio de intercambio de amor, estableciendo lazos de compromiso y aceptación. En el caso contrario, si el grupo familiar está en la categoría de disfuncionalidad, posiblemente se genere un detonante para que los pequeños estén en riesgo de sufrir depresión.

En síntesis, corresponde a los padres prestar especial atención a la construcción y desarrollo de una adecuada autoestima y auto eficacia en el niño y niña, que les permita enfrentar el mundo exterior sin desasosiegos, vacilaciones e inseguridades. Además, los padres deben fortalecer en sus hijos la capacidad de afrontamiento, y el manejo adecuado de la frustración, todo ello constituye la prevención primaria de la depresión infantil.

1.8 Enfoques que explican la Depresión Infantil

Con la finalidad de comprender el trastorno depresivo en los niños se hace una revisión teórica de diferentes autores que han explicado esta problemática desde su perspectiva. Para ello, se contempla en primer término el enfoque Constructivista – evolutivo:

> "Este modelo surge desde la psicología clínica infanto-juvenil, con el objetivo de integrar el paradigma piagetano a la psicoterapia, y sus bases están en la epistemología constructivista, la que concibe la existencia de un mundo real independiente de la conciencia" (Guzmán, Mardones, & Romero, 2011, p. 3).

El sujeto debe construir conocimientos a partir de sus propias experiencias. El aprendizaje construido como un proceso evolutivo, histórico y autorreferente. Este enfoque Constructivista-evolutivo logra que los profesionales de la salud comprendan la depresión, permite entenderla como un proceso psicopatológico marcado por el desequilibrio en la historia del desarrollo del individuo. Posibilita elaborar criterios que se deben tomar en cuenta en la elaboración e implementación de una psicoterapia fundamentada en los aspectos diferenciales del fenómeno y respetando la individualidad del paciente. Al realizar el diagnóstico se comprenden los síntomas en el contexto de la evolución de cada sujeto y de ahí se aplica el tratamiento (Guzmán, Mardones, & Romero, 2011).

A continuación se expone la teoría cognitiva, que indica que la depresión es el resultado de pensamientos inadecuados, la depresión se debe a una distorsión cognitiva, en la que el depresivo distorsiona la realidad viéndose de forma negativa en la tríada cognitiva, él mismo, el mundo y el futuro. El tratamiento consiste en detectar los pensamientos automáticos negativos de los sujetos y analizarlos y cambiarlos racionalmente. La aportación que se puede dar desde el punto de vista corporal es que las sensaciones que sentimos son debidas a pensamientos automáticos. Cuando, pensamos mucho sobre un tema vamos reduciendo el pensamiento de forma que generalizamos y dejamos indicado el contenido y lo único que sentimos es la preparación para actuar que nos deja, es decir, la emoción y la sensación asociada. Se puede analizar de esta forma el pensamiento automático de tal manera que el deprimido ve claramente la relación entre la sensación y el pensamiento, de hecho, basta con preguntarle respecto a la sensación para que sepa a qué se debe y que es lo que en realidad la sensación le dice (Motta, 2012).

Una vez que se descubre el pensamiento automático a veces se puede desmontar de forma racional, pero otras es preciso hacer algún experimento para comprobar que no responde a la realidad o realizar cambios conductuales para que el paciente pueda apreciar la realidad. Uno de los problemas que ocurre con este tipo de pensamientos automáticos es que se confirman a sí mismos. El paciente se siente incapaz de actuar y esto le produce una sensación que le deja tan caído que en efecto no puede actuar.

La Teoría conductual, dice que al igual que la falta de refuerzo La depresión se debe a una falta de refuerzos que hace que el que la padece no actúe. Debido a la inactividad el deprimido no encuentra refuerzos en la sociedad y en consecuencia la depresión se perpetúa. Según esta teoría el tratamiento consiste en una programación de actividades que comienzan a dar al sujeto los refuerzos que necesita. Una vez que comienza se establece una retroalimentación. Uno de los problemas que plantea el depresivo es que dice: “no tener fuerzas para hacer nada”, que cuando se le cure la depresión y se siente bien es cuando saldrá y hará las cosas que le apetecen. Se trata, de plantearle lo contrario, cuando te mueves te refuerzan y te sentirás bien y con más ganas de seguir (Motta, 2012).

1.9 El Duelo y la Depresión Infantil

De igual manera como ocurre en los adultos, existen unas manifestaciones del duelo infantil que se consideran normales y que se enumeran a continuación:

1.- Conmoción y confusión al haber perdido a una persona amada

2.- Ira por haber sido abandonados

3.- Juegos violentos, pesadillas y enfado

4.- Miedo a perder al progenitor que sigue viviendo o ser abandonado por éste

5.- Regreso a etapas anteriores del desarrollo emocional con conductas más infantiles

6.- Culpabilidad derivada de la dificultad de relación con el fallecido

7.- Creencia de haber causado su muerte por el mero hecho de haber deseado en algún momento que ya no estuviera o que desapareciera

8.- Tristeza por la pérdida, que se puede manifestar con insomnio, anorexia, miedo a estar solo

9.- Falta de interés por las cosas que antes les motivaban y disminución acentuada del rendimiento escolar

Hay que hacer notar que en los niños predominan las manifestaciones de tipo fisiológico, debido a la dificultad para expresar las emociones y los sentimientos, y en los adolescentes es más frecuente el malestar psicológico. En cualquier caso, en los niños no es demasiado frecuente la tristeza o el abatimiento como en los adultos, sino que las manifestaciones del duelo suelen ser más bien cambios de conducta o de humor, alteraciones en la alimentación. Todas las manifestaciones descritas anteriormente, son consideradas normales dentro del período que necesite el niño para aceptar la pérdida. Es por ello, que el infante debe ser acompañado en este proceso con la finalidad que logre superarlo de la mejor manera.

De acuerdo con Gabaldón (2010) cuando el niño experimenta un duelo patológico, puede presentar una o más de las señales siguientes:

1.- Depresión prolongada en la que el niño pierde interés por sus actividades diarias

2. Insomnio, pérdida del apetito o miedo prolongado a estar solo

3. Regresión a comportamientos de un niño menos maduro por un período prolongado

4. Imitación excesiva de la persona fallecida

5. Expresiones repetidas del deseo de unirse al difunto

6. Pérdida de interés por los amigos y el juego

7. Rechazo a asistir al colegio o una disminución del rendimiento escolar

Es importante prestar atención a estos síntomas de aviso que pueden indicar que se necesita ayuda profesional por la complicación del proceso de duelo y la posible aparición de un duelo patológico. Existen varias formas de expresar el duelo patológico, y que básicamente se expresaban por la prolongación de sus manifestaciones o por la intensidad o ausencia de éstas:

1. Duelo crónico o deformado, se habla de duelo crónico o depresión crónica cuando persiste más de un año desde la pérdida, y se llama duelo deformado al enclavamiento prolongado en alguna de las fases del duelo anteriormente descritas.

2. Duelo ausente, diferido o inhibido, es propio, sobre todo, de los adolescentes: se muestran autosuficientes, desdeñan los sentimientos, consideran las lágrimas como signos de debilidad, pero aparecen tensos, irascibles, no hacen la menor referencia a la pérdida, tienen dolores de cabeza, insomnio y sueños desagradables. En este tipo de duelos pueden aparecer factores que precipiten una postración y den lugar a un duelo diferido en el tiempo, como son: un aniversario, otra pérdida de importancia menor (Gabaldón, 2010).

Se han descrito las fases del duelo, como el tránsito o recorrido que debe experimentar el niño para superar la pérdida experimentada:

1. Aceptar la realidad de la pérdida

2. Sufrir la pena o los aspectos emocionales de la pérdida

3. Ajustarse a un ambiente en que el difunto está ausente

4. Ubicar de nuevo a esta persona dentro de la vida de uno y hallar maneras de conmemorarla

Para elaborar de manera efectiva el duelo, es necesario establecer la vinculación con los medios de contención emocional y con las capacidades de resiliencia, tanto individual como social, entendiéndola como la capacidad de construir en la adversidad y sobrevivir a ella. El niño que recibe ayuda, contención y funciones emocionales para la elaboración del proceso de duelo, podrá realizar un duelo sano o como mínimo lo suficientemente adecuado para garantizar su salud mental.

> “Para promover un desarrollo emocional y social adecuado, los niños necesitan una experiencia cálida, segura, afectiva, individualizada y continua en los cuidados, con cuidadores que interactúen de manera sensible con ellos y garantizando una convivencia en armonía” (Gabaldón, 2010, p. 5).

1.10 Factores sociodemográficos y la Depresión Infantil

De acuerdo con la literatura revisada existen algunos factores socio demográficos que pueden incidir en la depresión infantil, son considerados relevantes porque aparecen descritos como significativos indicadores en la aparición del trastorno depresivo infantil. La población juvenil constituye uno de los grupos etarios que presentan mayor probabilidad de sufrir depresión, puesto que en la etapa de la adolescencia se presentan procesos de cambio físico, psicológico, sociocultural y cognitivo, que exigen "de los jóvenes el desarrollo de estrategias de afrontamiento que les permitan establecer un sentido de identidad, autonomía y éxito personal social" (Arrom, Samudio, Routi, & Orúe, 2015, p. 2).

De igual manera, el nivel de instrucción de los padres del menor es útil para reconocer aspectos o factores de la depresión infantil y solicitar ayuda. La composición familiar y el estado civil de los parientes cercanos o tutores puede generar depresión en el niño debido al divorcio, el abandono, la inclusión en la familia de un padrastro o madrastra, la falta de atención a los hijos, el maltrato y en ocasiones la obligación de trabajo en edad escolar (Barrios, 2019).

Se conoce que los factores económicos también influyen en la aparición del trastorno depresivo, la pobreza familiar e insuficientes niveles de ingresos económicos pueden incidir directamente en estados de depresión del menor en cuanto a una alimentación desequilibrada en los estadios de desnutrición y la falta de atención escolar. Los menores pueden sufrir bullying por no tener un nivel económico adecuado y no poder adquirir libros y objetos. En cambio, existen familias con suficientes ingresos, que satisfacen económicamente los gustos y necesidades del niño y/o adolescente pero no le prestan importancia en qué gasta su dinero y están propensos a una ingesta inadecuada, a la obesidad, a la drogadicción y alcoholismo (Royo & Fernández, 2017).

Finalmente están los factores culturales etnia y género, la etnia puede ser un determinante para la depresión infantil cuando el niño es víctima de bullying escolar o entre sus amigos por sus costumbres, cultura, lenguaje, tradiciones y estar en un entorno fuera de su comunidad debido a la migración interna o la emigración de la familia. La violencia de género y la construcción de patrones de machismo está presente en la sociedad actual, esto genera que muchas niñas y adolescentes, sean violentadas, violadas y como consecuencia podrían tener contagios de enfermedades de trasmisión sexual y embarazo precoz no deseado. Estos elementos frecuentemente se relacionan con la depresión infantil, debido a la violencia familiar y violencia de género que victimizan a las niñas hasta el punto de desarrollar trastorno depresivo desde temprana edad.

1.11 Tratamiento de la Depresión Infantil

La intervención que seleccione el profesional de la salud para aplicar al infante debe ser de forma integral, y sobre todo se enfocará de una manera individual adaptado a cada paso particular. Al iniciar el procedimiento a seguir se evaluará el funcionamiento cognitivo, la maduración social y la capacidad de mantener la atención ante las tareas y ejercicios que el terapeuta proponga realizar. Los padres o cuidadores deben participar activamente e implementar acciones encaminadas a solucionar los obstáculos en el entorno del niño. Se tomará en cuenta que durante la epata de diagnóstico e inicio del tratamiento el entorno donde se desarrolla el infante jugará un papel importante en la recuperación o complicación en este proceso "por esta razón, debe evaluarse si existen dificultades en estas áreas que al resolverse contribuyan a la mejoría de los niños y adolescentes" (Hughes, Graham, Crissmon, & Posnner, 2007, p. 7).

La actuación del profesional en combatir la depresión infantil debe ser integral y multimodal; la participación activa del infante y los cuidadores o familiares más cercanos son importantes en la toma de decisiones, en la implementación de la terapéutica es fundamental para lograr un buen apego y adherencia. Varias investigaciones muestran que aproximadamente el setenta por ciento de los pacientes responden de forma positiva al tratamiento en tanto el treinta por ciento puede presentar complicaciones en los primeros seis meses. El tratamiento que se elija tiene que cumplir varias categorías según el caso del paciente que se vaya adherir a la terapia (Ministerio de Sanidad, 2018)

A continuación, se describen los tipos de intervención que se pueden utilizar para atender el trastorno depresivo en niños y niñas:

1.11.1 Intervención psicosocial

Es una de las más importantes en el manejo integral de la depresión infantil, este elemento se encuentra estrecha mente relacionado con la psi-coeducación y la psicoterapia (Montalvo, Gabriela, 2014).

El término intervención es un sistema de conocimientos o habilidades, este conjunto organizados de acciones están dirigidos a personas tanto individual, grupal, familiar, institucional y social, etc. con el fin de brindar una solución a problemas que previamente fueron diagnosticados y así promover el bienestar de la comunidad (Fuentes Ávila, 1997).

1.11.2 Psi-coeducación

Para iniciar el tratamiento psicosocial los niños comenzarán un proceso de psi-coeducación, en este espacio el profesional enseñará al paciente y a sus familias a identificar las causas y características de la enfermedad a fin de que conozcan las alternativas de terapia a la que el niño se adhiera, además aprenderán estrategias de afrontamiento ante los posibles síntomas que pueda presentar el infante. Existen varias herramientas que permiten fortalecer la psi-coeducación: material audio visual, folletos, libros o vistas a páginas de internet de espacios especializados en la problemática establecida (Rey, Tolulope, & Liu, 2017).

Los educadores se deben involucrar en el proceso terapéutico del infante, ya que son fuentes de información para el terapeuta o familiar en cuanto al desenvolvimiento del infante en el aula o centro educativo. Además, deben facilitar la recuperación de aquellos que se encuentren en tratamiento al identificar sus habilidades académicas y sociales, reforzar sus conductas positivas, corregirlos en privado sin avergonzarlos y cumplir en forma adecuada con las sanciones establecidas para comportamientos inapropiados o de riesgo. Es difícil para los padres asumir que un hijo tiene depresión u otro trastorno psicológico, en ocasiones buscan las causas en su entorno, en el desarrollo sexual, en la rebeldía propia de la edad, en la adolescencia y no confirman estos trastornos con un especialista.

En la escuela, los profesores se encuentran frente a infantes que buscan afecto y protección, niños que quizás quieran encontrar en sus maestros la comprensión y el cariño que muchas veces en su casa les niegan, entonces deben tener las herramientas necesarias para comprenderles, apoyarles y guiarles para que se desarrollen siendo personas seguras en un ambiente tan cambiante como el nuestro. Una atención diferenciada a cada estudiante en el momento oportuno y el reporte al especialista evita trastornos que pueden convertirse en enfermedades mentales muy difíciles de solucionar en esas edades y que dejan una huella imborrable de por vida en el menor (Rey, Tolulope, & Liu, 2017).

1.11.3 Psicoterapia para la depresión infantil

Se debe mencionar que en la psicoterapia existen varios enfoques que permiten al terapeuta seleccionar la base teórica, tipo de actividades e implementación de estas, duración y frecuencia del tratamiento o implicación de terceras personas en la terapia a fin de tener un resultado acertado en la rehabilitación del niño con depresión. El tratamiento permitirá reducir la gravedad de los síntomas y el aumento de complicaciones en la salud mental o física del infante. En el proceso de mejoría el paciente logrará aumentar la tolerancia a la frustración y también

aumentará su autoestima permitiéndose así el disfrute pleno de las tareas que realice con frecuencia (Klein, Jacobs, & Reinecke, 2007).

1.11.3.1 Terapia cognitivo-conductual

Las acciones deben dirigirse al cambio de conductas disfuncionales, ideas negativas, no adaptación relacionadas con la depresión. La activación conductual es también un aspecto clave de la terapia cognitiva de Beck, que hace un especial énfasis en la relación entre la actividad y el estado de ánimo. Es un proceder que implica activamente al paciente, es directiva, propone metas específicas y realistas y ayuda a encontrar nuevas perspectivas. La terapia cognitivo–conductual (TCC) incluye el análisis cognitivo (reconocimiento de emociones, la relación de éstas con la conducta y el cambio de atribuciones cognitivas negativas) y las intervenciones conductuales (entrenamiento en habilidades sociales y la resolución de problemas), que se abordan a lo largo de 12 a 16 sesiones (Montalvo, Gabriela, 2014).

1.11.3.2 Terapia familiar

Uno de los elementos que favorece a la recuperación del infante es el vínculo que se genere con el núcleo familiar, existen varios estudios que muestran la relación entre la depresión infantil con los vínculos afectivos débiles en la familia, problemas de salud mental de algún integrante de la familia. Se recomienda que el niño acuda a las terapias acompañadas de un miembro del núcleo familiar más cercano, el tiempo que usualmente se utiliza es de una hora, al menos se debe aplicar 6 sesiones, el profesional debe tomar cuenta las fases diferenciadas como la psicoeducación, intervención sobre las áreas cognitivas, afectivas, interpersonal, social, conductual y la respectiva retroalimentación (De la Barra, Saldivia, & Melipillán, 2012).

1.11.3.3 Tratamiento farmacológico

Cuando el niño tiene síntomas de depresión y es crónico es necesario que el paciente sea evaluado por el equipo integral de salud y se le indique algún tipo de antidepresivo, estos fármacos permitirán disminuir algunos síntomas que presenten el infante o por otro lado paralizar el incremento de la enfermedad. Es importante señalar algunos elementos relacionados con el uso de los psicofármacos en niños y adolescentes. El empleo de psicofármacos en los niños es relativamente reciente.

Sin embargo, desde la década de los 70, se observa un aumento en la investigación en psiquiatría infantil y también los ensayos clínicos con psicofármacos en niños.

> “Hoy en día podemos prescribir psicofármacos a niños y adolescentes con rigor científico en base a su eficacia y bajo riesgo de efectos secundarios. El abordaje

> de los trastornos psiquiátricos infantiles es competencia no solo de psiquiatras y psicólogos, el pediatra es fundamental en su detección, orientación y tratamiento" (Sánchez & Hervías, 2019, p. 2).

Se considera fundamental tener en cuenta que el tratamiento farmacológico no es el único a ser aplicado. La plasticidad del cerebro de los niños y la influencia de los factores ambientales tienen gran relevancia en la psicopatología infantil. De manera que las intervenciones psicosociales son fundamentales e incluso más efectivas que las intervenciones a través de medicamentos.

1.11.3.4 Terapia combinada

En algunos pacientes se debe combinar los dos tipos de terapias, el uso de medicación con terapia psicológica. Se puede garantizar el mejoramiento de la calidad de vida y salud del infante. Esto logra una mejoría en la sintomatología psicosomática que presente el paciente. Dependiendo los resultados que se vayan generando el profesional evaluará el caso para mantener un solo tipo de tratamiento. (Montalvo, Gabriela, 2014).

Profesionales de la salud refieren la importancia de un trabajo organizado entre el terapeuta y el profesor, vínculo estrecho que debe desarrollarse a través de las redes institucionales (hospitales y otros), eslabones importantes del tratamiento del menor. En ocasiones un inadecuado funcionamiento de estas redes provoca que factores como la lejanía física de estos y la falta de comunicación no logre su objetivo (Sánchez & Hervías, 2019).

1.12 Conclusiones

La depresión infantil se ha convertido en un problema de salud que se incrementa en las nuevas generaciones y que trasciende continentes, cada vez es más común observar niños con síntomas depresivos.

Los factores de riesgos más frecuentes son los problemas escolares y familiares, factores demográficos y la edad. También, han de considerarse los factores vulnerables, desencadenantes y protectores.

Se evidenció que un tratamiento oportuno e integral evita serias consecuencias para los infantes y sus familias, aunque las características de las diferentes familias también inciden en estos trastornos emocionales que pueden agravarse e incluso llevar a la muerte del menor.

CAPITULO II

METODOLOGÍA Y RESULTADOS

2.1 Metodología

En este capítulo se abordará la metodología utilizada, la presente investigación es de tipo investigativo, cuantitativo no experimental, de corte transversal, ya que se busca determinar los índices de depresión en los estudiantes de cuarto a séptimo año de educación básica de la escuela "Miguel Prieto". La finalidad de esta investigación es determinar los niveles de depresión infantil a través de los cuestionarios CBCL, CDI y su relación con la ficha sociodemográfica.

El objetivo general en esta investigación fue determinar los niveles de depresión infantil en la escuela Miguel Prieto a través de los cuestionarios CBCL, CDI y su relación con los factores sociodemográficos.

Objetivos específicos fueron:

- Identificar la sintomatología depresiva que pueden observar los padres en sus hijos a través del CBCL
- Determinar los niveles de depresión infantil a través del CDI aplicados a los propios niños
- Relacionar las variables sociodemográficas (estado civil de los padres, habitantes con quien viven, ocupación de los padres, escolaridad, género, etc.) con los niveles de depresión y relacionar los cuestionarios

Muestra

En la escuela de educación general básica "Miguel Prieto" cuenta con una población de 182 estudiantes entre hombres y mujeres matriculados en el año 2019, la muestra estuvo compuesta por 60 estudiantes, (26 mujeres y 34 hombres), entre 8 a 11 años de edad, y se encontraban entre el cuarto y el séptimo año de educación básica.

La muestra final incluyo a todos los estudiantes que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión y que estuvo compuesta por 49 estudiantes.

Criterios de inclusión

- Que sean estudiantes de la institución

- Que tengan la autorización por parte de sus representantes para participar en la investigación
- Que los estudiantes tengan de 8 a 11 años de edad

Criterios de exclusión

- No contar con la autorización de los padres
- Padres que completen de manera errada los test u omitan respuestas
- Tener menos de 8 años o más de 11

2.2 Instrumentos

2.2.1 Ficha sociodemográfica:

Esta ficha sirve para obtener información sobre la población en el contexto en el cual viven los participantes, sus condiciones socioeconómicas, familiares por lo cual se obtuvieron los siguientes datos: nombre, edad, sexo, lugar de nacimiento, número de hermanos, estado civil de los padres, ocupación, ingresos, instrucción, material construida la casa, numero de dormitorios, enfermedades catastróficas, migración de algún familiar entre otros (Ver Anexo A).

2.2.2 Cuestionario de comportamientos infantiles para padres (CBCL/6-18)

Es un cuestionario que debe ser contestado por los padres, mediante esta herramienta se puede recoger datos e información acerca de la competencia y los problemas conductuales y emocionales de los niños, posibles enfermedades o discapacidades y los aspectos positivos.

Consiste en un cuestionario de 113 items, con tres alternativas de respuesta (0= nunca o casi nunca, 1= a veces cierto, 2= cierto muy a menudo) que refiere a problemas de conducta y afectivos que puede presentar los niños y adolescentes entre 6 y 18 años. La valoración de los problemas conductuales permite obtener puntuaciones en 8 escalas de síntomas: ansiedad, depresión, aislamiento, quejas somáticas, problemas sociales, problemas de pensamiento, problemas de atención, conducta de romper normas y conductas agresivas. Además, los ítems se pueden agrupar en tres dimensiones superiores: escala internalizantes, escala externalizante y total. (Achenbach, 2009)

Este cuestionario fue construido y validado obteniendo un alfa de cronbach de la escala total de 0,97**.** El cuestionario se anexa en el presente documento (ver Anexo B).

2.2.3 Cuestionario de depresión CDI (Inventario de Depresión Infantil)

Instrumento de auto aplicación, también puede ser contestado por adultos de referencia como el padre, la madre, profesores, enfermeras o cuidadores, tiene como finalidad la evaluación de sintomatología depresiva, su administración puede ser colectiva e individual con un tiempo de aplicación de 10 a 25 minutos.

El cuestionario consta de 27 ítems, que miden la sintomatología depresiva, cada uno de ellos enunciados en tres frases, en total la prueba consta de 81 elementos. Evalúa dos escalas: disforia estado de ánimo disforico es la expresión de humor depresivo, tristeza, desdicha, preocupación, soledad, la dimensión de disforia es evaluada por los ítems; 1, 2, 3, 4, 6, 10, 11, 12, 16, 17, 18,19, 20, 21, 22, 26, 27.Y autoestima negativa las ideas de autoexpresión incluyen juicios de ineficacia, fealdad, maldad, culpabilidad, presentándose idea de persuasión, deseo de muerte, la dimensión de autoestima negativa es evaluada por los ítems; 5, 7, 8, 9, 13, 14, 15, 23, 24,25. En la segunda escala se debe tener en cuenta que es una escala inversa es decir una puntuación alta denota un nivel débil y una puntuación baja refleja un nivel elevado de autoestima. La valoración de cada ítem se hace con una escala de 0 a 2 puntos, el cero representa la intensidad o frecuencia de aparición de ítem más baja, el 1 corresponde a una intensidad o frecuencia media y el 2 a la mayor frecuencia e intensidad. La puntuación total de depresión se obtiene sumando las puntuaciones de ambas escalas D y A, la suma de las tres puntuaciones directas puede transformarse en correspondientes percentiles y puntuaciones típicas mediante la consulta de la tabla de baremos diferenciadas por edad y sexo, la puntuación percentil 90 es indicativa de la existencia de la sintomatología depresiva, por otra parte, a partir del percentil 96 se considera una sintomatología severa. (Kovacs, 2004). El Alpha de Crombach es de a = 0. 85; lo cual indica una validez confiable de la escala. (De la Torre, Laborín Álvarez, Chávez Hernández, Sandoval Godoy, & Torres Soto, 2016) (Ver Anexo C).

2.2.4 Procedimientos de la investigación

Para llevar a cabo el presente estudio se realizaron los siguientes pasos:

Paso 1: se solicitó por medio de un oficio el permiso a la directora de la escuela de educación general básica “Miguel Prieto”, Lic. Dolores Suárez Vélez, con fecha de 03 de junio de 2019 para realizar la investigación en dicha institución, de la misma manera también se solicitó el permiso para la aplicación del cuestionario de depresión CDI (Inventario de Depresión Infantil) a todos los estudiantes matriculados de cuarto a séptimo año de educación básica, así

designando la directora la fecha y el día para la aplicación del cuestionario dentro del mes establecido.

Pasó 2: se seleccionó la muestra de los estudiantes que participaron en la investigación, quienes debían cumplir con los criterios de inclusión mencionado anteriormente.

Paso 3: se convocó a una reunión a los padres o representantes oficiales de cada estudiante con el fin de exponer el objetivo de la investigación, y de la misma manera se entregó el consentimiento informado con el fin de que se firme ya que solo así se podría trabajar con su representado, a la vez se pidió llenar un Cuestionario de comportamientos infantiles para padres (CBCL/6-18) con el fin de conocer las conductas de sus hijos o representados en sus hogares.

Paso 4: se aplicó el cuestionario de depresión CDI (Inventario de Depresión Infantil) a todos los estudiantes de forma colectiva, se explicó las instrucciones, se aclaró dudas para que la aplicación de la escala sea confiable, la duración de la prueba fue de 25 minutos por cada aula a estudiantes correspondientes de cuarto a séptimo año de educación básica.

Paso 5: también, se llenó la ficha sociodemográfica, en la que se registró las características del entorno familiar, socioeconómico y educacional, para posteriormente relacionar estos datos con los niveles de depresión en los niños.

Pasó 6: se calificaron los cuestionarios según las normas del test para identificar la prevalencia de la depresión en los estudiantes de dicha institución, con el fin de realizar una base de datos y elaborar tablas de frecuencia y tabla cruzada.

2.3 Resultados estadísticos

Se muestra a continuación los resultados obtenidos en el presente estudio de investigación por medio de la ficha sociodemográfica sobre la descripción demográfica de los estudiantes; además se incluye, los resultados tras la aplicación de los cuestionarios (Cuestionario de comportamientos infantiles para padres CBCL/6-18) y Cuestionario de depresión CDI (Inventario de Depresión Infantil).

2.3.1 Descripción de la población y muestra

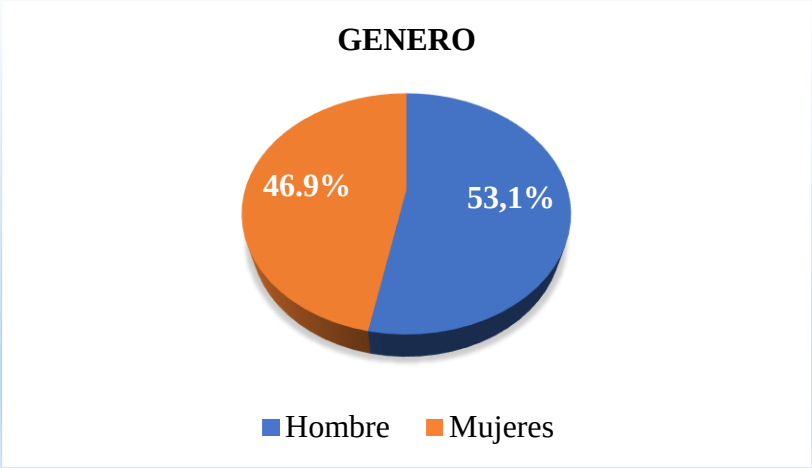

Figura 1. Descripción de la población y muestra

La población total de la escuela fue 182 estudiantes, de los cuales se tomaron como muestra a 60 estudiantes entre cuarto y séptimo año de educación básica, de este número los que cumplieron con todos los requisitos fueron 49 estudiantes, 26 hombres (53,1%) y 23 mujeres (46,9%), correspondientes a los valores presentes en la figura 1. La media de edad fue 9,8 años con una desviación estándar de 1.143, la edad mínima fue de 8 años y la máxima de 11 años.

Tabla 1. Nivel escolar

Nivel escolar	Frecuencia	Porcentaje valido
4to de básica	15	30,6%
5to de básica	14	28,6%
6to de básica	11	22,4%
7mo de básica	9	18,4%
Total	49	100,0%

En la tabla 1 se observa el nivel de escolaridad de los estudiantes correspondiendo el 30,6% al cuarto de básica y el 28,6%, al quinto de básica.

Tabla 2. Residencia en la que habitan

Residencia	Frecuencia	Porcentaje
Propia	32	65,3%
Prestado	9	18,4%
De un familiar	6	12,2%
Arrendado	2	4,1%
Total	49	100,0%

Según los datos en la tabla 2, se aprecia que la mayoría de los estudiantes cuentan con casa propia 65,3%.

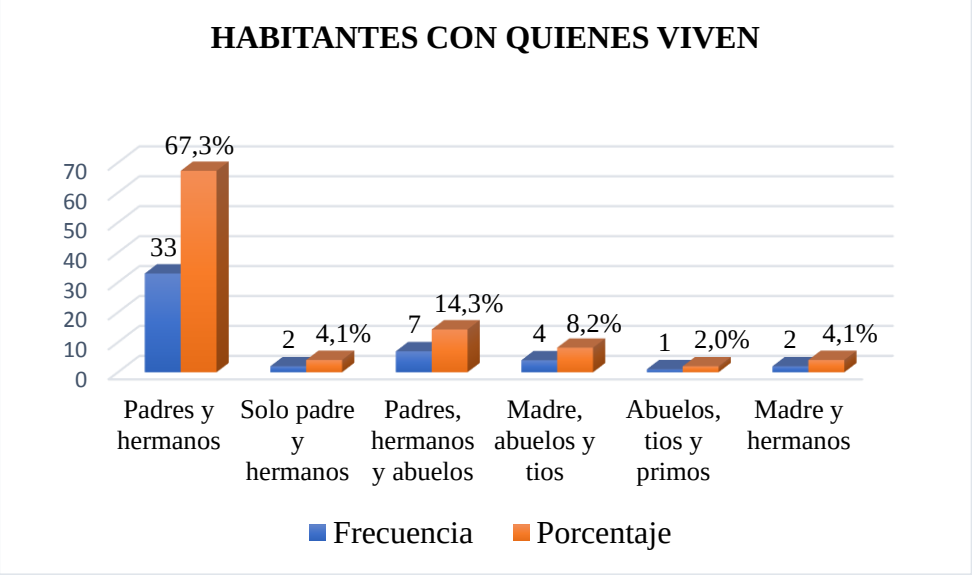

Figura 2. Cuantas personas viven en un hogar.

La figura 2 indica con que personas viven los estudiantes, la mayoría viven con sus padres y hermanos representado en un 67.3%. Se resalta además que el 14.3% vive con sus padres, hermanos y abuelos.

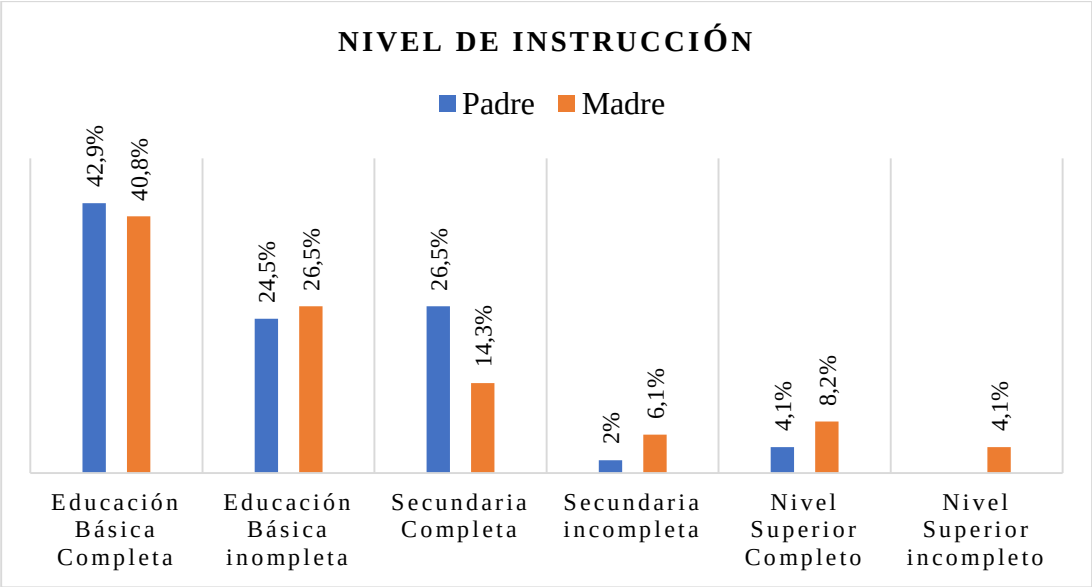

Figura 3. Nivel de instrucción de los padres.

En la figura 3, se puede observar que un mayor porcentaje de padres ha completado el nivel de educación básico con cifras correspondientes a 42,9% (padre) y 40,8% (madre). Valores seguidos por padres que no han completado su educación básica, siendo el 24,5% (padre) y 26,5% (madre). Por otra parte, el 26,5% (padre) y 14,3% (madre) ha culminado sus estudios secundarios. Se puede notar también que el porcentaje de padres que ha terminado su instrucción superior es 4,1% (padre) y 8,2% (madre).

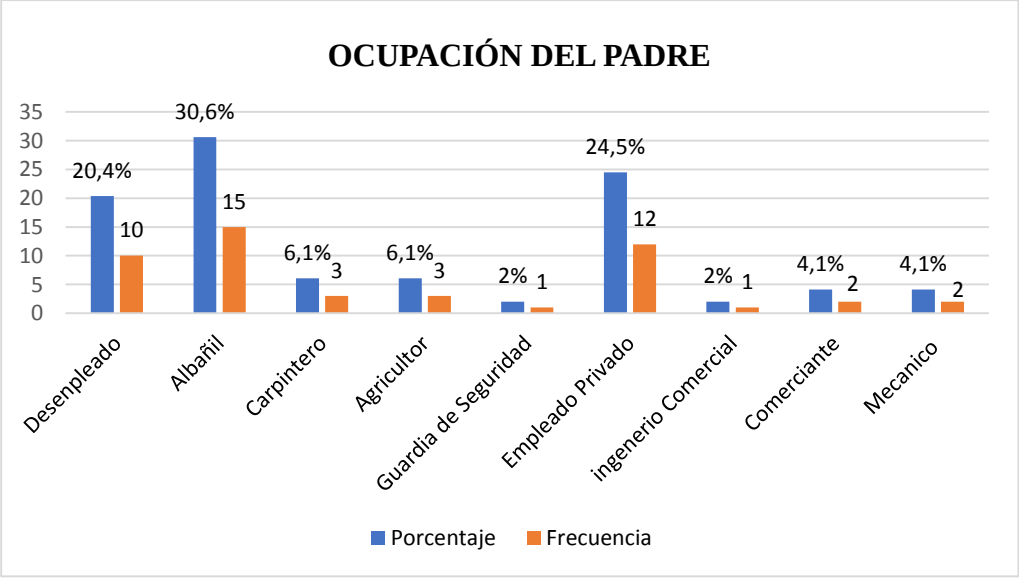

Figura 4. Ocupación del padre

En la figura 4 se indica que el 30,6% de los padres laboran como albañiles y que el 24,5% son empleados privados. Se destaca además que el 20,4% de los padres se encuentran desempleados.

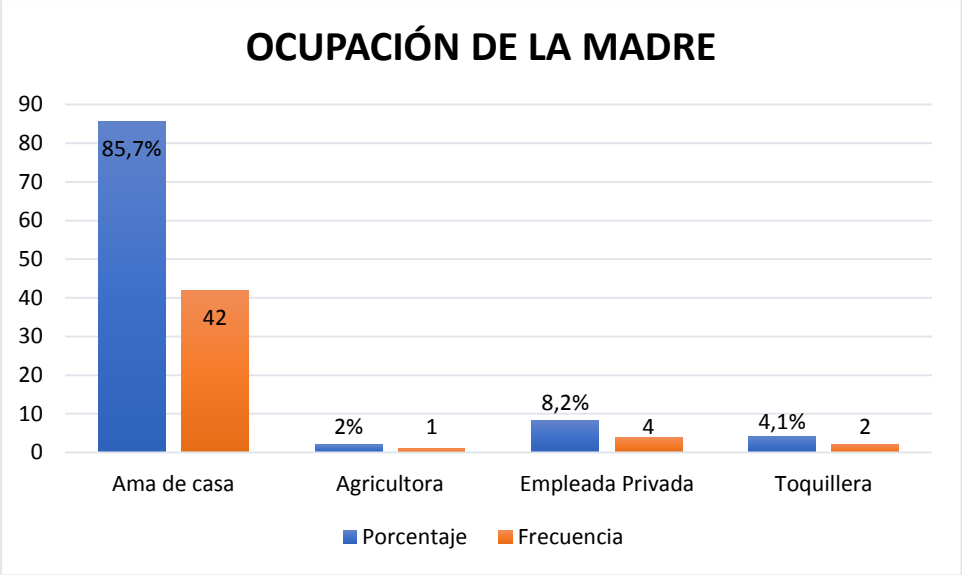

Figura 5. Ocupación de la madre

Se visualiza la ocupación de la madre dentro de la figura 5, indicándose que el 85.7% de ellas son amas de casa.

Tabla 3. Estado civil de los padres

	Frecuencia	**Porcentaje**
Casados	32	65,3%
Unión Libre	6	12,2%
Separados	7	14,3%
Viudos	4	8,2%
Total	49	100%

El estado civil de los padres es en mayor porcentaje casado con un porcentaje de 65,3%, seguido de los que se encuentran separados (14.3 %) y en unión libre (12.2%).

2.3.2 Análisis de los datos aplicados de los Cuestionario de comportamientos infantiles para padres (CBCL/6-18) y el Cuestionario de depresión CDI (Inventario de Depresión Infantil)

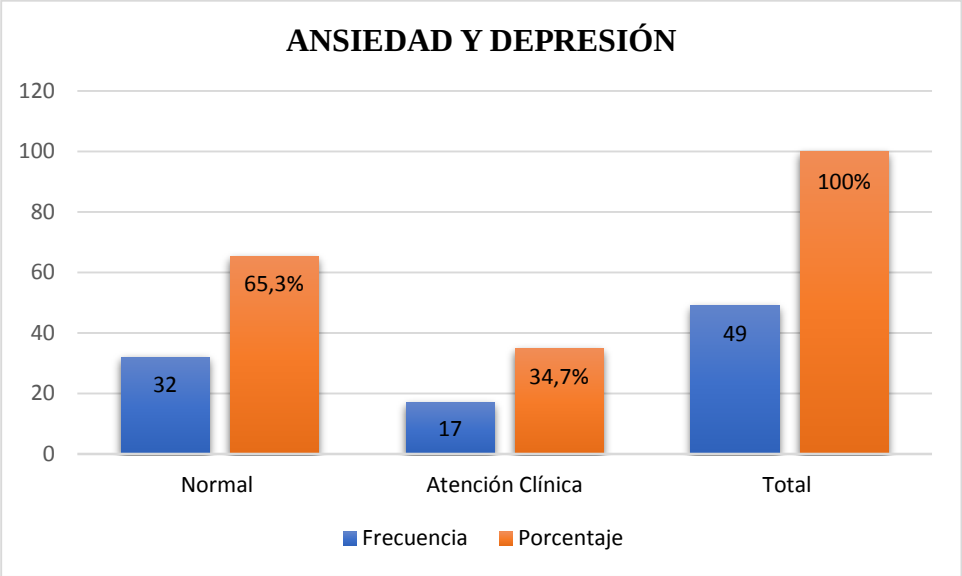

Figura 6. Escala de ansiedad y depresión

En la figura 6, al aplicar la escala de ansiedad y depresión se evidencia que un 34,7% de los estudiantes reflejan atención clínica ya que presentan un malestar en su estado emocional.

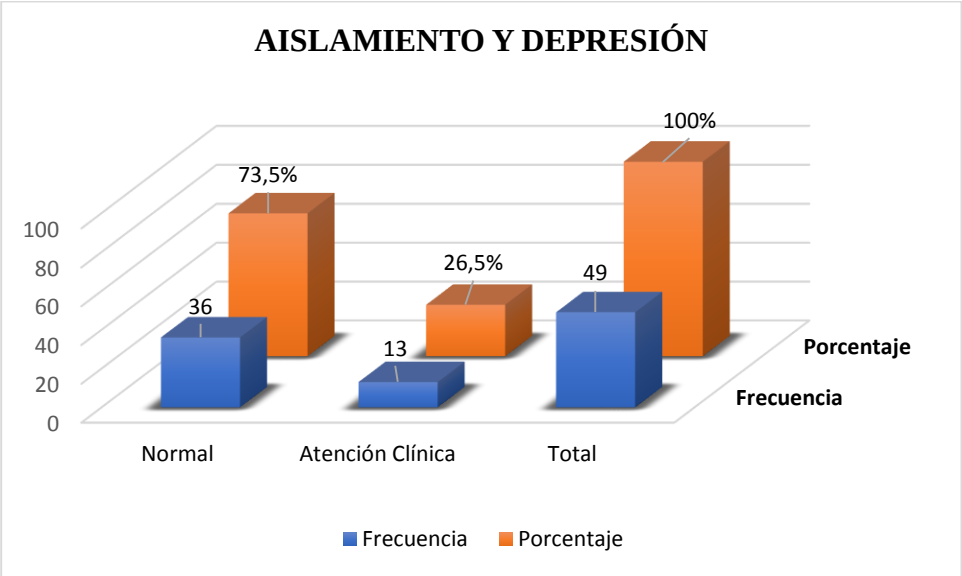

Figura 7. Escala de aislamiento y depresión

En la figura 7, se puede apreciar que un 26,5% de los estudiantes reflejan atención clínica en la escala de aislamiento y depresión.

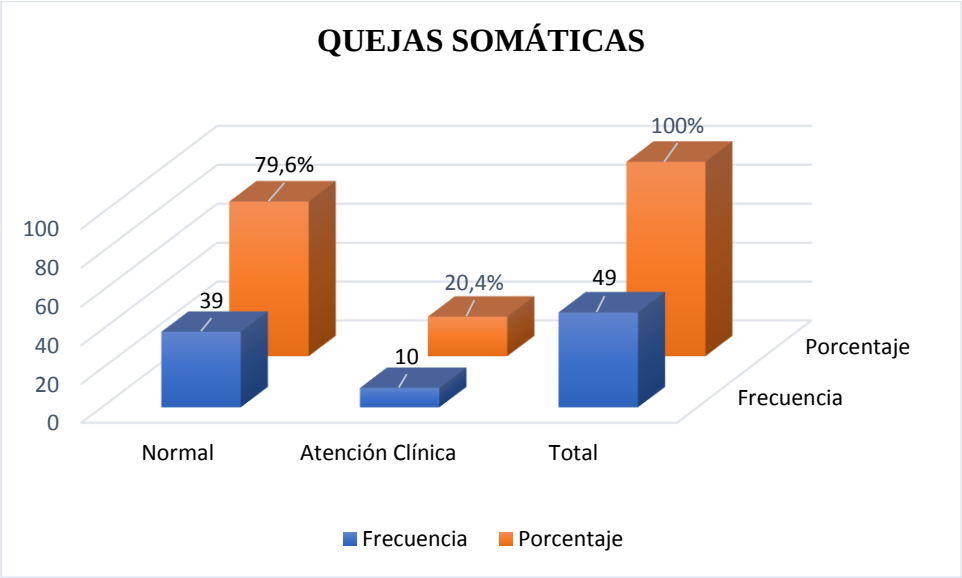

Figura 8. Escala de quejas somáticas

El 20,4% de la población estudiada refleja atención clínica para quejas somáticas.

Tabla 4. Escala de Disforia (CDI)

	Frecuencia	**Porcentaje**
Inferior	26	53,1%
Normal	12	24.5%
Leve	6	12,2%
Severa	5	10,2%
Total	49	100%

En la tabla 4 se observa que la intensidad de disforia es mayormente inferior, con un porcentaje de 53,1%. Además, el 12,2% presenta un índice leve y el 10,2% se encuentra en un rango severo.

Tabla 5. Escala de Autoestima (CDI)

	Frecuencia	**Porcentaje**
Inferior	23	46,9%
Normal	19	38,8%
Leve	4	8,2%
Severa	3	6,1%
Total	49	100%

En la presente tabla se aprecia que la mayoría de los estudiantes refleja un porcentaje inferior en la autoestima (46,9%), mientras que el 8,2% presenta un índice leve y el 6,1% se encuentra en un rango severo.

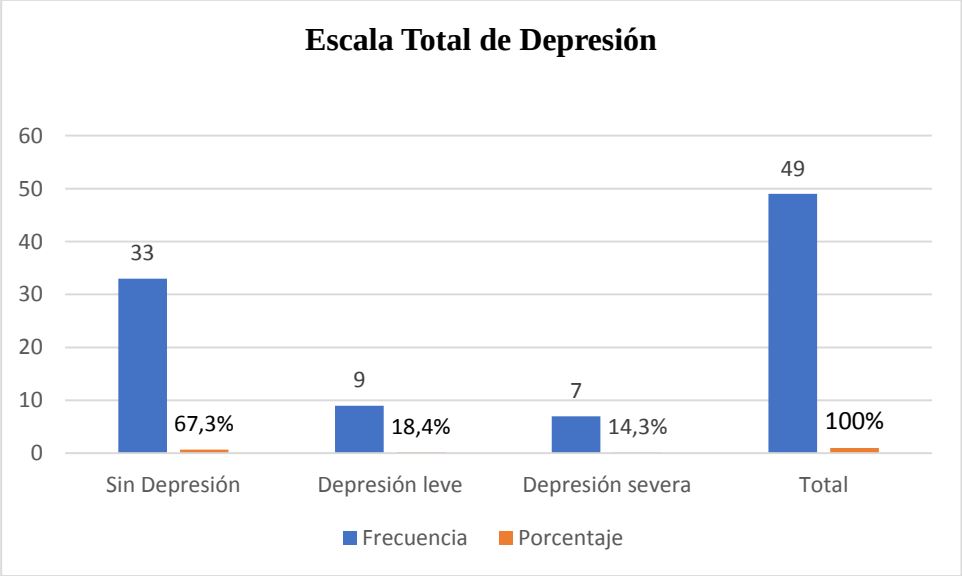

Figura 9. Escala total de depresión (CDI)

En la figura 6 se nota que el 18,4% de la población estudiada manifiesta depresión leve y que el 14,3% presenta depresión severa.

Tabla 6. Género y Escala de Ansiedad/Depresión (CBCL)

Género y Escala de Ansiedad/Depresión					
			Escala de Ansiedad/Depresión		Total
			Normal	Atención Clínica	
Género	Masculino	Recuento	17	9	26
		% dentro de Género	65,40%	34,60%	100,00%
	Femenino	Recuento	15	8	23
		% dentro de Género	65,20%	34,80%	100,00%
Total		Recuento	32	17	49
		% dentro de Género	65,30%	34,70%	100,00%

En la tabla 6 podemos observar que al comparar los porcentajes de estudiantes que necesitan atención clínica en la escala de ansiedad y depresión hay una mínima diferencia entre el género masculino y femenino (34,6% y 34,8%).

Tabla 7. Género y Escala de Aislamiento/Depresión (CBCL)

Género y Escala de Aislamiento/Depresión					
			Escala de Aislamiento/Depresión		Total
			Normal	Atención Clínica	
Género	Masculino	Recuento	18	8	26
		% dentro de Género	69,20%	30,80%	100,00%
	Femenino	Recuento	18	5	23
		% dentro de Género	78,30%	21,70%	100,00%
Total		Recuento	36	13	49
		% dentro de Género	73,50%	26,50%	100,00%

En la tabla 7 podemos observar que al comparar los porcentajes de estudiantes que necesitan atención clínica en la escala de aislamiento y depresión hay una diferencia de 9.1% entre el género masculino y femenino (30,8% y 21,7%).

Tabla 7. Género y Escala de Quejas Somáticas (CBCL)

Género y Escala de Quejas Somáticas					
			Escala de Quejas Somáticas		Total
			Normal	Atención Clínica	
Género	Masculino	Recuento	21	5	26
		% dentro de Género	80,80%	19,20%	100,00%
	Femenino	Recuento	18	5	23
		% dentro de Género	78,30%	21,70%	100,00%
Total		Recuento	39	10	49
		% dentro de Género	79,60%	20,40%	100,00%

En esta tabla se evidencia que al comparar los porcentajes de estudiantes que necesitan atención clínica en la escala de quejas somáticas hay una pequeña diferencia entre el género masculino y femenino (19,2% y 21,7%).

Tabla 8. Género y Escala de Disforia (CDI)

Género y Escala de Disforia							
			Escala de Disforia				Total
			Inferior	Normal	Leve	Severa	
Género	Masculino	Recuento	12	6	5	3	26
		% dentro de Género	46,20%	23,10%	19,20%	11,50%	100,00%
	Femenino	Recuento	14	6	1	2	23
		% dentro de Género	60,90%	26,10%	4,30%	8,70%	100,00%
Total		Recuento	26	12	6	5	49
		% dentro de Género	53,10%	24,50%	12,20%	10,20%	100,00%

Al observar los resultados de la aplicación de la escala de disforia (CDI) encontramos ciertas diferencias entre géneros. En el género femenino el 4,3% evidencia síntomas de disforia en rango leve, y el 8,7% presenta severidad en su estado emocional. Por otro lado, en el género masculino el 19,2% corresponde a disforia leve y un 11,5% se encuentra en un rango severo.

Tabla 9. Género y Escala de Autoestima (CDI)

Género y Escala de Autoestima							
			Escala de Autoestima				Total
			Inferior	Normal	Leve	Severa	
Género	Masculino	Recuento	12	8	3	3	26
		% dentro de Género	46,20%	30,80%	11,50%	11,50%	100,00%
	Femenino	Recuento	11	11	1	0	23
		% dentro de Género	47,80%	47,80%	4,30%	0,00%	100,00%
Total		Recuento	23	19	4	3	49
		% dentro de Género	46,90%	38,80%	8,20%	6,10%	100,00%

Al aplicar la escala Autoestima (CDI) se observan las siguientes diferencias entre géneros. El género femenino está representando por un porcentaje del 4,3 % en el rango leve comparado con un 11,5% en el género masculino esto indica que los varones presentan mayores problemas de autoestima negativa. Se nota además que el género femenino no presentó síntomas severos relacionados con la autoestima a diferencia del género masculino, donde el 11,5 % de ellos los presentó.

Tabla 10. Género y Escala Total de Depresión (CDI)

Género y Escala Total de Depresión						
			Escala Total de Depresión			Total
			Sin Depresión	Depresión Leve	Depresión Severa	
Género	Masculino	Recuento	14	7	5	26
		% dentro de Género	53,80%	26,90%	19,20%	100,00%
	Femenino	Recuento	19	2	2	23
		% dentro de Género	82,60%	8,70%	8,70%	100,00%
Total		Recuento	33	9	7	49
		% dentro de Género	67,30%	18,40%	14,30%	100,00%

Al analizar la Escala Total de Depresión observamos que el género femenino presenta depresión leve en un 8,7%, que es un valor inferior al del género masculino representado por el 26,9 %. Además, un 8,7% de las estudiantes presenta depresión severa que equivale también a un porcentaje inferior al compararlo con el género masculino que fue de 19,2%.

Tabla 11. Escolaridad y Escala de Ansiedad/Depresión (CBCL)

Escolaridad y Escala de Ansiedad/Depresión					
			Escala de Ansiedad/Depresión		Total
			Normal	Atención Clínica	
Escolaridad	4to de básica	Recuento	8	7	15
		% dentro de Escolaridad	53,30%	46,70%	100,00%
	5to de básica	Recuento	11	3	14
		% dentro de Escolaridad	78,60%	21,40%	100,00%
	6to de básica	Recuento	6	5	11
		% dentro de Escolaridad	54,50%	45,50%	100,00%
	7mo de básica	Recuento	7	2	9
		% dentro de Escolaridad	77,80%	22,20%	100,00%
Total		Recuento	32	17	49
		% dentro de Escolaridad	65,30%	34,70%	100,00%

En la tabla 12 se puede observar que el 46,7% de los niños de cuarto de básica y 45,5% de los niños/as de sexto de básica necesitan atención clínica de acuerdo a la Escala de Ansiedad y Depresión.

Tabla 12. Escolaridad y Escala de Aislamiento/Depresión (CBCL)

Escolaridad y Escala de Aislamiento/Depresión					
			Escala de Aislamiento/Depresión		Total
			Normal	Atención Clínica	
Escolaridad	4to de básica	Recuento	8	7	15
		% dentro de Escolaridad	53,30%	46,70%	100,00%
	5to de básica	Recuento	13	1	14
		% dentro de Escolaridad	92,90%	7,10%	100,00%
	6to de básica	Recuento	8	3	11
		% dentro de Escolaridad	72,70%	27,30%	100,00%
	7mo de básica	Recuento	7	2	9
		% dentro de Escolaridad	77,80%	22,20%	100,00%
Total		Recuento	36	13	49
		% dentro de Escolaridad	73,50%	26,50%	100,00%

En la tabla 13 se puede observar que el 46,7% de los niños de cuarto de básica y 27,3% de los niños/as de sexto de básica necesitan atención clínica de acuerdo a la Escala de Aislamiento y Depresión.

Tabla 13. Escolaridad y Escala de Quejas Somáticas (CBCL)

Escolaridad y Escala de Quejas Somáticas					
			Escala de Quejas Somáticas		Total
			Normal	Atención Clínica	
Escolaridad	4to de básica	Recuento	10	5	15
		% dentro de Escolaridad	66,70%	33,30%	100,00%
	5to de básica	Recuento	11	3	14
		% dentro de Escolaridad	78,60%	21,40%	100,00%
	6to de básica	Recuento	10	1	11
		% dentro de Escolaridad	90,90%	9,10%	100,00%
	7mo de básica	Recuento	8	1	9
		% dentro de Escolaridad	88,90%	11,10%	100,00%
Total		Recuento	39	10	49
		% dentro de Escolaridad	79,60%	20,40%	100,00%

En la tabla 14 se presenta la escala de quejas somáticas de acuerdo a escolaridad. Se puede resaltar que los estudiantes que requieren atención clínica en mayor porcentaje fueron los de cuarto como quinto año de básica, con valores de 33,3% y 21,4% respectivamente.

Tabla 14. Escolaridad y Escala de Disforia (CDI)

Escolaridad y Escala de Disforia							
			Escala de Disforia				Total
			Inferior	Normal	Leve	Severa	
Escolaridad	4to de básica	Recuento	5	5	2	3	15
		% dentro de Escolaridad	33,30%	33,30%	13,30%	20,00%	100,00%
	5to de básica	Recuento	7	3	2	2	14
		% dentro de Escolaridad	50,00%	21,40%	14,30%	14,30%	100,00%
	6to de básica	Recuento	9	1	1	0	11
		% dentro de Escolaridad	81,80%	9,10%	9,10%	0,00%	100,00%
	7mo de básica	Recuento	5	3	1	0	9
		% dentro de Escolaridad	55,60%	33,30%	11,10%	0,00%	100,00%
Total		Recuento	26	12	6	5	49
		% dentro de Escolaridad	53,10%	24,50%	12,20%	10,20%	100,00%

En la tabla 15 al aplicar la Escala de Disforia se observan porcentajes más altos en los grupos de cuarto y quinto de básica. Los niños/as de cuarto año de básica presentan disforia leve en un 13,3% y severa en un 20%. Se resalta también que los niños/as de quinto de básica presentan disforia leve en un 14,3% y severa en un 14,3%.

Tabla 15. Escolaridad y Escala Autoestima (CDI)

Escolaridad y Escala de Autoestima							
			Escala de Autoestima				Total
			Inferior	Normal	Leve	Severa	
Escolaridad	4to de básica	Recuento	5	6	2	2	15
		% dentro de Escolaridad	33,30%	40,00%	13,30%	13,30%	100,00%
	5to de básica	Recuento	7	4	2	1	14
		% dentro de Escolaridad	50,00%	28,60%	14,30%	7,10%	100,00%
	6to de básica	Recuento	7	4	0	0	11
		% dentro de Escolaridad	63,60%	36,40%	0,00%	0,00%	100,00%
	7mo de básica	Recuento	4	5	0	0	9
		% dentro de Escolaridad	44,40%	55,60%	0,00%	0,00%	100,00%
Total		Recuento	23	19	4	3	49
		% dentro de Escolaridad	46,90%	38,80%	8,20%	6,10%	100,00%

En la tabla 16 se observa que ningún estudiante de sexto y séptimo de básica se posicionó en el rango de sintomatología leve o severa en la Escala de Autoestima. Además, los estudiantes con sintomatología leve corresponden a un porcentaje del 13,3% en el cuarto año de básica y a un 14,3 % en el quinto de básico, cuya diferencia es mínima. Sin embargo, respecto a la población que presentó sintomatología grave hay una diferencia del 6,2 % entre el cuarto y el quinto año de básica, siendo el valor más alto para el cuarto año.

Tabla 16. Escolaridad y Escala total de Depresión (CDI)

Escolaridad y Escala total de Depresión						
			Escala Total de Depresión			Total
			Sin Depresión	Depresión Leve	Depresión Severa	
Escolaridad	4to de básica	Recuento	6	5	4	15
		% dentro de Escolaridad	40,00%	33,30%	26,70%	100,00%
	5to de básica	Recuento	9	2	3	14
		% dentro de Escolaridad	64,30%	14,30%	21,40%	100,00%
	6to de básica	Recuento	10	1	0	11
		% dentro de Escolaridad	90,90%	9,10%	0,00%	100,00%
	7mo de básica	Recuento	8	1	0	9
		% dentro de Escolaridad	88,90%	11,10%	0,00%	100,00%
Total		Recuento	33	9	7	49
		% dentro de Escolaridad	67,30%	18,40%	14,30%	100,00%

La presente tabla refleja que el cuarto año de básica lidera en cuanto a porcentajes de presencia de depresión leve y severa (33,3 y 26,7 %). En segundo, lugar se encuentra el quinto año de básica con presencia de depresión leve en 14,3% y depresión severa en un 21,4%. Se resalta además que tanto el sexto como el séptimo año de básica no presentaron sintomatología de depresión severa de acuerdo con la Escala Total de Depresión.

Tabla 17. Estado Civil Padres y Escala de Ansiedad/Depresión (CBCL)

Estado Civil Padres y Escala de Ansiedad/Depresión					
			Escala de Ansiedad/Depresión		Total
			Normal	Atención Clínica	
Estado Civil Padres	Casados	Recuento	20	12	32
		% dentro de Estado Civil Padres	62,50%	37,50%	100,00%
	Unión Libre	Recuento	4	2	6
		% dentro de Estado Civil Padres	66,70%	33,30%	100,00%
	Separados	Recuento	5	2	7
		% dentro de Estado Civil Padres	71,40%	28,60%	100,00%
	Viudos	Recuento	3	1	4
		% dentro de Estado Civil Padres	75,00%	25,00%	100,00%
Total		Recuento	32	17	49
		% dentro de Estado Civil Padres	65,30%	34,70%	100,00%

En la tabla 18 se puede apreciar que 37,5% de los estudiantes con padres de estado civil casado requiere atención clínica de acuerdo a la Escala de ansiedad/depresión (CBCL). Se observa además que el 33,3% de los hijos de padres en unión libre y que el 28,6% de los hijos de padres separados requieren atención clínica.

Tabla 18. Estado Civil Padres y Escala de Aislamiento/Depresión (CBCL)

Estado Civil Padres y Escala de Aislamiento/Depresión					
			Escala de Aislamiento/Depresión		Total
			Normal	Atención Clínica	
Estado Civil Padres	Casados	Recuento	24	8	32
		% dentro de Estado Civil Padres	75,00%	25,00%	100,00%
	Unión Libre	Recuento	5	1	6
		% dentro de Estado Civil Padres	83,30%	16,70%	100,00%
	Separados	Recuento	5	2	7
		% dentro de Estado Civil Padres	71,40%	28,60%	100,00%
	Viudos	Recuento	2	2	4
		% dentro de Estado Civil Padres	50,00%	50,00%	100,00%
Total		Recuento	36	13	49
		% dentro de Estado Civil Padres	73,50%	26,50%	100,00%

En la tabla 19 se puede observar que el 50 % de los hijos de padres viudos y el 28,6% de los hijos de padres separados requieren atención clínica según la Escala de aislamiento y depresión (CBCL).

Tabla 19. Estado Civil Padres y Escala de Quejas Somáticas (CBCL)

Estado Civil Padres y Escala de Quejas Somáticas					
			Escala de Quejas Somáticas		Total
			Normal	Atención Clínica	
Estado Civil Padres	Casados	Recuento	24	8	32
		% dentro de Estado Civil Padres	75,00%	25,00%	100,00%
	Unión Libre	Recuento	4	2	6
		% dentro de Estado Civil Padres	66,70%	33,30%	100,00%
	Separados	Recuento	7	0	7
		% dentro de Estado Civil Padres	100,00%	0,00%	100,00%
	Viudos	Recuento	4	0	4
		% dentro de Estado Civil Padres	100,00%	0,00%	100,00%
Total		Recuento	39	10	49
		% dentro de Estado Civil Padres	79,60%	20,40%	100,00%

Al aplicar la Escala de quejas somáticas se evidencia que el 25% de los hijos/as de padres casados y el 33,3 % de los hijos de padres en unión libre requiere atención clínica. Se aprecia además que los hijos/as de padres separados y los hijos/as de padres viudos no necesitan atención clínica.

Tabla 20. Estado Civil Padres y Escala de Disforia (CDI)

Estado Civil Padres y Escala de Disforia							
			Escala de Disforia				Total
			Inferior	Normal	Leve	Severa	
Estado Civil Padres	Casados	Recuento	16	8	5	3	32
		% dentro de Estado Civil Padres	50,00%	25,00%	15,60%	9,40%	100,00%
	Unión Libre	Recuento	2	2	1	1	6
		% dentro de Estado Civil Padres	33,30%	33,30%	16,70%	16,70%	100,00%
	Separados	Recuento	4	2	0	1	7
		% dentro de Estado Civil Padres	57,10%	28,60%	0,00%	14,30%	100,00%
	Viudos	Recuento	4	0	0	0	4
		% dentro de Estado Civil Padres	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
Total		Recuento	26	12	6	5	49
		% dentro de Estado Civil Padres	53,10%	24,50%	12,20%	10,20%	100,00%

En la tabla 21 se observa que el 15,60 % de los hijos de padres casados presentan síntomas disfóricos leves, mientras que el 9,4% de ellos presentan síntomas severos. Por otro lado, el 16,7% de los hijos/as de padres en unión libre presentan síntomas disfóricos leves, mismo porcentaje presenta también síntomas severos. Los hijos/as de padres separados no muestran síntomas leves, mientras que un 14,3% de ellos presenta severidad. Los hijos/as de padres viudos no presentaron síntomas disfóricos leves ni severos.

Tabla 21. Estado Civil Padres y Escala de Autoestima (CDI)

Estado Civil Padres y Escala de Autoestima							
			Escala de Autoestima				Total
			Inferior	Normal	Leve	Severa	
Estado Civil Padres	Casados	Recuento	14	14	1	3	32
		% dentro de Estado Civil Padres	43,80%	43,80%	3,10%	9,40%	100,00%
	Unión Libre	Recuento	2	2	2	0	6
		% dentro de Estado Civil Padres	33,30%	33,30%	33,30%	0,00%	100,00%
	Separados	Recuento	4	2	1	0	7
		% dentro de Estado Civil Padres	57,10%	28,60%	14,30%	0,00%	100,00%
	Viudos	Recuento	3	1	0	0	4
		% dentro de Estado Civil Padres	75,00%	25,00%	0,00%	0,00%	100,00%
Total		Recuento	23	19	4	3	49
		% dentro de Estado Civil Padres	46,90%	38,80%	8,20%	6,10%	100,00%

En la tabla 22 se observar que el 33,33 % de los hijos/as de padres en unión libre, el 14,3 % de los hijos/as de padres separados y el 3,1% de los hijos/as de padres casados presentaron síntomas leves en la Escala de Autoestima (CDI). Síntomas severos se presentaron únicamente en los hijos/as de padres casados.

Tabla 22. Estado Civil Padres y Escala Total de Depresión (CDI)

Estado Civil Padres y Escala Total de Depresión						
			Escala Total de Depresión			Total
			Sin Depresión	Depresión Leve	Depresión Severa	
Estado Civil Padres	Casados	Recuento	20	8	4	32
		% dentro de Estado Civil Padres	62,50%	25,00%	12,50%	100,00%
	Unión Libre	Recuento	3	1	2	6
		% dentro de Estado Civil Padres	50,00%	16,70%	33,30%	100,00%
	Separados	Recuento	6	0	1	7
		% dentro de Estado Civil Padres	85,70%	0,00%	14,30%	100,00%
	Viudos	Recuento	4	0	0	4
		% dentro de Estado Civil Padres	100,00%	0,00%	0,00%	100,00%
Total		Recuento	33	9	7	49
		% dentro de Estado Civil Padres	67,30%	18,40%	14,30%	100,00%

En la tabla 23 de acuerdo a la Escala Total de Depresión el 33,3% de los hijos/as de padres en unión libre y que el 14,3 % de hijos/as de padres separados presentaron depresión severa. Además, el 25% de los hijos de padres casados y el 16,7 % de los hijos/as de padres en unión libre presentaron depresión leve.

Tabla 23. Nivel de Instrucción del Padre y Escala de Ansiedad/Depresión (CBCL)

Nivel de Instrucción del Padre y Escala de Ansiedad/Depresión					
			Escala de Ansiedad/Depresión		Total
			Normal	Atención Clínica	
Nivel de Instrucción del Padre	Educación Básica Completa	Recuento	16	5	21
		% del total	76,19%	23,81%	100,00%
	Educación Básica Incompleta	Recuento	6	6	12
		% del total	50,00%	50,00%	100,00%
	Secundaria Completa	Recuento	8	5	13
		% del total	61,54%	38,46%	100,00%
	Secundaria Incompleta	Recuento	0	1	1
		% del total	0,00%	100,00%	100,00%
	Nivel Superior Completo	Recuento	2	0	2
		% del total	100,00%	0,00%	100,00%
Total		Recuento	32	17	49
		% del total	65,31%	34,69%	100,00%

En la tabla 24 se evidencia que los hijos de padres que han llegado a culminar la educación superior no requieren atención clínica de acuerdo con la Escala de Ansiedad y Depresión. Se señala además, que el 50 % de los hijos de padres con educación básica incompleta y el 38,46% de hijos de padres con educación secundaria completa necesitan atención clínica.

Tabla 24. Nivel de Instrucción del Padre y Escala de Aislamiento/Depresión (CBCL)

Nivel de Instrucción del Padre y Escala de Aislamiento/Depresión					
			Escala de Aislamiento/Depresión		Total
			Normal	Atención Clínica	
Nivel de Instrucción del Padre	Educación Básica Completa	Recuento	17	4	21
		% del total	80,95%	19,05%	100,00%
	Educación Básica Incompleta	Recuento	8	4	12
		% del total	66,67%	33,33%	100,00%
	Secundaria Completa	Recuento	8	5	13
		% del total	61,54%	38,46%	100,00%
	Secundaria Incompleta	Recuento	1	0	1
		% del total	100,00%	0,00%	100,00%
	Nivel Superior Completo	Recuento	2	0	2
		% del total	100,00%	0,00%	100,00%
Total		Recuento	36	13	49
		% del total	73,47%	26,53%	100,00%

En la tabla 25 se puede observar que ningún hijos/as de padres con nivel de instrucción superior completo requiere atención clínica de acuerdo a la Escala de aislamiento/depresión (CBCL). El 38,46% de los hijos/as de padres con educación secundaria completa requieren atención clínica.

Tabla 25. Nivel de Instrucción del Padre y Escala de Quejas Somáticas (CBCL)

Nivel de Instrucción del Padre y Escala de Quejas Somáticas					
			Escala de Quejas Somáticas		Total
			Normal	Atención Clínica	
Nivel de Instrucción del Padre	Educación Básica Completa	Recuento	16	5	21
		% del total	76,19%	23,81%	100,00%
	Educación Básica Incompleta	Recuento	9	3	12
		% del total	75,00%	25,00%	100,00%
	Secundaria Completa	Recuento	11	2	13
		% del total	84,62%	15,38%	100,00%
	Secundaria Incompleta	Recuento	1	0	1
		% del total	100,00%	0,00%	100,00%
	Nivel Superior Completo	Recuento	2	0	2
		% del total	100,00%	0,00%	100,00%
Total		Recuento	39	10	49
		% del total	79,59%	20,41%	100,00%

En la tabla 26 se aprecia que ningún hijo/a de padres que han culminado la educación superior o secundaria incompleta requiere atención clínica en la Escala de Quejas Somáticas. El 25% de los hijos/as de padres con educación básica incompleta requieren atención clínica.

Tabla 26. Nivel de Instrucción del Padre y Escala de Disforia (CDI)

Nivel de Instrucción del Padre y Escala de Disforia							
			Escala de Disforia				Total
			Inferior	Normal	Leve	Severa	
Nivel de Instrucción del Padre	Educación Básica Completa	Recuento	12	5	3	1	21
		% del total	57,14%	23,81%	14,29%	4,76%	100,00%
	Educación Básica Incompleta	Recuento	5	2	3	2	12
		% del total	41,67%	16,67%	25,00%	16,67%	100,00%
	Secundaria Completa	Recuento	8	3	0	2	13
		% del total	61,54%	23,08%	0,00%	15,38%	100,00%
	Secundaria Incompleta	Recuento	0	1	0	0	1
		% del total	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	100,00%
	Nivel Superior Completo	Recuento	1	1	0	0	2
		% del total	50,00%	50,00%	0,00%	0,00%	100,00%
Total		Recuento	26	12	6	5	49
		% del total	53,06%	24,49%	12,24%	10,20%	100,00%

En la población estudiada se observa que los hijos/as de padres con nivel de instrucción secundaria incompleta o nivel superior completo no presentaron síntomas disfóricos leves ni severos. De los hijos/as de padres con educación básica incompleta, el 25% presentó síntomas disfóricos leves y el 16,67%, síntomas disfóricos severos.

Tabla 27. Nivel de Instrucción del Padre y Escala de Autoestima (CDI)

Nivel de Instrucción del Padre y Escala de Autoestima							
			Escala de Autoestima				Total
			Iinferior	Normal	Leve	Severa	
Nivel de Instrucción del Padre	Educación Básica Completa	Recuento	11	7	2	1	21
		% del total	52,38%	33,33%	9,52%	4,76%	100,00%
	Educación Básica Incompleta	Recuento	4	6	1	1	12
		% del total	33,33%	50,00%	8,33%	8,33%	100,00%
	Secundaria Completa	Recuento	7	4	1	1	13
		% del total	53,85%	30,77%	7,69%	7,69%	100,00%
	Secundaria Incompleta	Recuento	1	0	0	0	1
		% del total	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
	Nivel Superior Completo	Recuento	0	2	0	0	2
		% del total	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	100,00%
Total		Recuento	23	19	4	3	49
		% del total	46,94%	38,78%	8,16%	6,12%	100,00%

En la población estudiada se observa que los hijos/as de padres con nivel de instrucción secundaria incompleta o nivel superior completo no presentaron alteraciones relacionados con la autoestima, leves ni severos. De los hijos/as de padres con educación básica incompleta, el 8,33% presentó síntomas leves y el mismo porcentaje, síntomas severos. De los hijos/as de padres con educación básica completa, el 9,52% presentó síntomas leves y el 4,76% síntomas severos.

Tabla 28. Nivel de Instrucción del Padre y Escala Total de Depresión (CDI)

Nivel de Instrucción del Padre y Escala total de Depresión						
			Escala Total de Depresión			Total
			Sin Depresión	Depresión Leve	Depresión Severa	
Nivel de Instrucción del Padre	Educación Básica Completa	Recuento	14	4	3	21
		% del total	66,67%	19,05%	14,29%	100,00%
	Educación Básica Incompleta	Recuento	5	5	2	12
		% del total	41,67%	41,67%	16,67%	100,00%
	Secundaria Completa	Recuento	11	0	2	13
		% del total	84,62%	0,00%	15,38%	100,00%
	Secundaria Incompleta	Recuento	1	0	0	1
		% del total	100,00%	0,00%	0,00%	100,00%
	Nivel Superior Completo	Recuento	2	0	0	2
		% del total	100,00%	0,00%	0,00%	100,00%
Total		Recuento	33	9	7	49
		% del total	67,35%	18,37%	14,29%	100,00%

En la tabla 29 se puede observar que los hijos/as de padres con nivel de instrucción secundaria incompleta o nivel superior completo no presentaron depresión leve ni severa de acuerdo a la Escala Total de Depresión. De los hijos/as de padres con educación básica incompleta, el 41,67% presentó depresión leve y el 16,67%, depresión severa.

Tabla 29. Nivel de Instrucción de la Madre y Escala de Ansiedad/Depresión (CBCL)

Nivel de Instrucción de la Madre y Escala de Ansiedad/Depresión					
			Escala de Ansiedad/Depresión		Total
			Normal	Atención Clínica	
Nivel de Instrucción de la Madre	Educación Básica Completa	Recuento	16	4	20
		% del total	80,00%	20,00%	100,00%
	Educación Básica Incompleta	Recuento	7	6	13
		% del total	53,85%	46,15%	100,00%
	Secundaria Completa	Recuento	4	3	7
		% del total	57,14%	42,86%	100,00%
	Secundaria Incompleta	Recuento	2	1	3
		% del total	66,67%	33,33%	100,00%
	Nivel Superior Completo	Recuento	1	3	4
		% del total	25,00%	75,00%	100,00%
	Nivel Superior Incompleto	Recuento	2	0	2
		% del total	100,00%	0,00%	100,00%
Total		Recuento	32	17	49
		% del total	65,31%	34,69%	100,00%

En la tabla 30 se puede observar que el 75% de los hijos/as de madres que tiene una educación superior completa y el 46,15% de los hijos/as de madres con educación básica incompleta requieren de atención clínica de acuerdo a la Escala de Ansiedad y Depresión (CBCL)

Tabla 30. Nivel de Instrucción de la Madre y Escala de Aislamiento/Depresión (CBCL)

Nivel de Instrucción de la Madre y Escala de Aislamiento/Depresión					
			Escala de Aislamiento/Depresión		Total
			Normal	Atención Clínica	
Nivel de Instrucción de la Madre	Educación Básica Completa	Recuento	16	4	20
		% del total	80,00%	20,00%	100,00%
	Educación Básica Incompleta	Recuento	9	4	13
		% del total	69,23%	30,77%	100,00%
	Secundaria Completa	Recuento	5	2	7
		% del total	71,43%	28,57%	100,00%
	Secundaria Incompleta	Recuento	2	1	3
		% del total	66,67%	33,33%	100,00%
	Nivel Superior Completo	Recuento	3	1	4
		% del total	75,00%	25,00%	100,00%
	Nivel Superior Incompleto	Recuento	1	1	2
		% del total	50,00%	50,00%	100,00%
Total		Recuento	36	13	49
		% del total	73,47%	26,53%	100,00%

En la tabla 31 se puede observar que el 50% de los hijos/as de madres que tiene una educación superior incompleta y el 30,77% de los hijos/as de madres con educación básica incompleta requieren de atención clínica de acuerdo a la Escala de Aislamiento y Depresión (CBCL)

Tabla 31. Nivel de Instrucción de la Madre y Escala de Quejas Somáticas (CBCL)

Nivel de Instrucción de la Madre y Escala de Quejas Somáticas					
			Escala de Quejas Somáticas		Total
			Normal	Atención Clínica	
Nivel de Instrucción de la Madre	Educación Básica Completa	Recuento	16	4	20
		% del total	80,00%	20,00%	100,00%
	Educación Básica Incompleta	Recuento	10	3	13
		% del total	76,92%	23,08%	100,00%
	Secundaria Completa	Recuento	7	0	7
		% del total	100,00%	0,00%	100,00%
	Secundaria Incompleta	Recuento	2	1	3
		% del total	66,67%	33,33%	100,00%
	Nivel Superior Completo	Recuento	2	2	4
		% del total	50,00%	50,00%	100,00%
	Nivel Superior Incompleto	Recuento	2	0	2
		% del total	100,00%	0,00%	100,00%
Total		Recuento	39	10	49
		% del total	79,59%	20,41%	100,00%

En la tabla 32 se evidencia que en la Escala de Quejas somáticas los hijos/as de madres que han culminado la educación superior requieren atención clínica en un 50%. Además, el 33,33% de los hijos/as de madres con educación secundaria incompleta requieren también de atención clínica.

Tabla 32. Nivel de Instrucción de la Madre y Escala de Disforia (CDI)

Nivel de Instrucción de la Madre y Escala de Disforia							
			Escala de Disforia				Total
			Inferior	Normal	Leve	Severa	
Nivel de Instrucción de la Madre	Educación Básica Completa	Recuento	10	6	3	1	20
		% del total	50,00%	30,00%	15,00%	5,00%	100,00%
	Educación Básica Incompleta	Recuento	7	1	2	3	13
		% del total	53,85%	7,69%	15,38%	23,08%	100,00%
	Secundaria Completa	Recuento	5	1	1	0	7
		% del total	71,43%	14,29%	14,29%	0,00%	100,00%
	Secundaria Incompleta	Recuento	1	2	0	0	3
		% del total	33,33%	66,67%	0,00%	0,00%	100,00%
	Nivel Superior Completo	Recuento	2	1	0	1	4
		% del total	50,00%	25,00%	0,00%	25,00%	100,00%
	Nivel Superior Incompleto	Recuento	1	1	0	0	2
		% del total	50,00%	50,00%	0,00%	0,00%	100,00%
Total		Recuento	26	12	6	5	49
		% del total	53,06%	24,49%	12,24%	10,20%	100,00%

En la población estudiada se puede observar que los hijos/as de madres con educación superior incompleta y los hijos/as de madres con educación secundaria incompleta no presentaron síntomas de disforia leve o severa. De los hijos/as de madres con educación superior completa ningún estudiante presentó síntomas disfóricos leves, pero el 25% presentó sintomatología severa. Además, de los hijos/as de madres con educación básica incompleta, el 23,08% presentó sintomatología de disforia severa, mientras que el 15,38% presentó sintomatología leve.

Tabla 33. Nivel de Instrucción de la Madre y Escala de Autoestima (CDI)

Nivel de Instrucción de la Madre y Escala de Autoestima							
			Escala de Autoestima				Total
			Inferior	Normal	Leve	Severa	
Nivel de Instrucción de la Madre	Educación Básica Completa	Recuento	9	8	2	1	20
		% del total	45,00%	40,00%	10,00%	5,00%	100,00%
	Educación Básica Incompleta	Recuento	5	5	2	1	13
		% del total	38,46%	38,46%	15,38%	7,69%	100,00%
	Secundaria Completa	Recuento	3	4	0	0	7
		% del total	42,86%	57,14%	0,00%	0,00%	100,00%
	Secundaria Incompleta	Recuento	2	1	0	0	3
		% del total	66,67%	33,33%	0,00%	0,00%	100,00%
	Nivel Superior Completo	Recuento	3	0	0	1	4
		% del total	75,00%	0,00%	0,00%	25,00%	100,00%
	Nivel Superior Incompleto	Recuento	1	1	0	0	2
		% del total	50,00%	50,00%	0,00%	0,00%	100,00%
Total		Recuento	23	19	4	3	49
		% del total	46,94%	38,78%	8,16%	6,12%	100,00%

En la población estudiada se puede observar que los hijos/as de madres con educación superior incompleta, educación secundaria completa e incompleta no presentaron síntomas relacionados con la autoestima, leves ni severos. De los hijos/as de madres con educación superior completa ningún estudiante presentó síntomas leves, pero el 25% presentó sintomatología severa. Además, de los hijos/as de madres con educación básica incompleta el 15,38% presentó síntomas leves mientras que el 7,69% presentó síntomas severos.

Tabla 34. Nivel de Instrucción de la Madre y Escala Total de Depresión (CDI)

Nivel de Instrucción de la Madre y Escala total de Depresión						
			Escala Total de Depresión			Total
			Sin Depresión	Depresión Leve	Depresión Severa	
Nivel de Instrucción de la Madre	Educación Básica Completa	Recuento	13	4	3	20
		% del total	65,00%	20,00%	15,00%	100,00%
	Educación Básica Incompleta	Recuento	7	3	3	13
		% del total	53,85%	23,08%	23,08%	100,00%
	Secundaria Completa	Recuento	6	1	0	7
		% del total	85,71%	14,29%	0,00%	100,00%
	Secundaria Incompleta	Recuento	2	1	0	3
		% del total	66,67%	33,33%	0,00%	100,00%
	Nivel Superior Completo	Recuento	3	0	1	4
		% del total	75,00%	0,00%	25,00%	100,00%
	Nivel Superior Incompleto	Recuento	2	0	0	2
		% del total	100,00%	0,00%	0,00%	100,00%
Total		Recuento	33	9	7	49
		% del total	67,35%	18,37%	14,29%	100,00%

En la tabla 35 se puede apreciar que los hijos/ de madres con educación superior incompleta no presentaron depresión leve ni severa. De los hijos/as de madres con educación superior completa ningún estudiante presentó depresión leve, pero el 25% presentó depresión severa. Ningún hijo/a de madres con educación secundaria incompleta presentó depresión severa, pero el 33,33% presentó depresión leve. El 23,08% de los hijos/as de madres con educación básica incompleta presentó depresión leve y mismo porcentaje presentó depresión severa.

CAPÍTULO III

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Fernández (2014) realizó un estudio en Murcia (España) en menores tutelados para identificar maltrato infantil, se utilizó el CBCL y se encontró que en niños de 6-12 años la prevalencia de síntomas de ansiedad/depresión fue de 34,9%, similar a los datos encontrados en esta muestra (34,7%), la escala de retraimiento/depresión obtuvo el 70,5%, valor bastante alto en comparación a la presente investigación, donde se obtuvo 26,5% y el valor de la escala de quejas somáticas, fue de 15,4%, algo similar a nuestros resultados (20,4%).

Vinaccia (2006) realizó un estudio en Colombia, aplicando el CDI y obtuvo una prevalencia total de depresión del 25,2%, cifra baja en comparación a la de nuestro trabajo investigativo (32,7%).

Alvarado Suquilanda (2017) encontró que el 28% de niños entre 8 a 10 años presenta depresión leve y un 8% depresión severa en Loja, Ecuador. De igual manera en una investigación realizada en la ciudad de Ambato, Ecuador en estudiantes de cuarto a sexto año se encontró que el 24,9% refleja depresión leve y el 22,3% presenta depresión severa (Santana Guevara, 2016), estos datos no coinciden con la presente investigación que al aplicar el CDI, se encontraron porcentajes inferiores de depresión leve.

Trelles y col. (2011) al realizar un estudio local de depresión infantil aplicando el CDI en Cuenca, Ecuador en escuelas rurales determina una prevalencia de depresión leve del 26,3% y severa del 10,6%, que es algo similar con la de nuestro trabajo.

Pérez (2015) realizó un estudio en Murcia (España) en niños/as de 8 a 12 años donde se pudo evidenciar que no hubo diferencias significativas en la prevalencia entre géneros al aplicar el CBCL, esto coincide con lo encontrado en nuestro estudio, donde tampoco se encuentran diferencias entre género. La diferencia entre géneros se hizo evidente únicamente en la escala de aislamiento/depresión.

Vinaccia (2006) realizó un estudio en Antioquia (Colombia) aplicando el Cuestionario de Depresión CDI en niños de 8 a 12 años y evidencia que no existe mayor diferencia entre géneros esto contrasta con nuestro estudio donde al aplicar el CDI se observa que existe mayor prevalencia en niños que en niñas tanto para la depresión leve como severa.

Trelles y col (2011) en un estudio realizado en las escuelas rurales de Cuenca, determinan que la prevalencia de depresión en niños/as hijos de padres en unión libre fue de 58,6%, seguidos

de un 56,7% en padres solteros y nada más un 27,5% en hijos de padres casados. En nuestra investigación se observan valores inferiores en hijos/as de padres en unión libre (33,4%) y porcentajes similares en hijos/as de padres casados (25%), lo que revela mayor prevalencia en familias nucleares acorde a nuestra investigación.

En el presente estudio se encontró que los hijos de padres separados y en unión libre presenta mayores casos depresión severa infantil en comparación con otros estados civiles, esto coincide con los estudio de Trelles y col. (2011). Sin embargo, se diferencia porque ellos citan a los hijos de padres solteros con el mayor porcentaje de niños con depresión, situación que no se verifica en este estudio. En cuanto a los hijos de padres casados Trelles y col. encontraron que la depresión infantil presentó un porcentaje bajo y que en nuestro estudio fue ligeramente mayor.

CONCLUSIONES

El objetivo principal de la presente investigación fue identificar la presencia de depresión infantil. En esta investigación se estudiaron 49 casos de niños/as entre 8-11 años para identificar sintomatología depresiva que requiere atención clínica observada por los padres en sus hijos a través del CBCL, encontrándose que ansiedad/depresión representan el 34,7%, aislamiento/depresión en un 26,5% y quejas somáticas en un 20,4%.

Los resultados obtenidos con la aplicación del inventario de depresión infantil (CDI) reflejaron una prevalencia infantil de depresión del 32,7%, que el 18,4% de los niños/as presentan síntomas depresivos leves y el 14,3% depresión severa.

A través del CDI se observa una mayor frecuencia de depresión en estudiantes de género masculino tanto en depresión leve como en severa. Además, al aplicar el CBCL se encuentra que en ansiedad/depresión y quejas somáticas no existe diferencia entre porcentajes en ambos géneros. Sin embargo, el género masculino manifiesta un nivel alto de síntomas de aislamiento/depresión en CBCL.

Los niños de cuarto año presentan más sintomatología depresiva que se corrobora en ambos test (CBCL, CDI). Posiblemente esto se deba a que en este periodo los niños pueden manifestar un rechazo a las actividades escolares, presentan dificultades en el aprendizaje e irritabilidad (peleas es la escuela con sus pares). Esto puede estar relacionado con su desarrollo cognitivo ya que aquí se empiezan a exteriorizar los primeros pensamientos negativos, los niños se muestran autocríticos, con poca motivación e inseguros de sus capacidades y también pueden llegar a generar enuresis.

Con la aplicación del test CDI se observa que los niños con familias nucleares son los que presentan síntomas depresivos en mayores porcentajes. Se presume que la causa es la existencia de disfuncionalidad en el hogar, ya que los vínculos afectivos son débiles. Lo importante en cualquier tipo de núcleo familiar es la funcionalidad que se da en ese contexto, es fundamental que se genere un ambiente de intercambio de amor, estableciendo lazos de compromiso y aceptación.

Es importante señalar que los hijos/as de padres con educación superior completa no presentan sintomatología depresiva en ninguna escala. Esto se puede deber a que los padres se comunican más efectivamente, llegan a tener mayor participación en las actividades escolares de sus hijos,

se preocupan por estimular su autoestima, aplauden cada uno de sus logros, llegan a ser un buen modelo a seguir y hacen sentir a sus hijos que son capaces de lograr todo lo que se propongan.

Los hijos/as de padres con educación básica incompleta presentan porcentajes altos de depresión al aplicar la escala CBCL, valores que coinciden con los resultados del CDI. Esto puede deberse a que muchos padres han tenido que migrar a otros lugares por no tener un empleo con los ingresos necesarios desencadenando la falta de comunicación y de afecto dentro de su familia. Los niños ven en sus padres el modelo a seguir y al observar problemas dentro del hogar se afecta su autoestima, produciendo sentimientos de tristeza y desesperanza.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda a la institución que junto con el departamento de consejería estudiantil (DECE) implemente charlas psicoeducativas dirigidas a padres de familia para su sensibilización acerca de las consecuencias de la depresión infantil, con el objetivo de prevenir, detectar oportunamente y tratar la patología por medio de terapia familiar e individual.
- Fomentar una comunicación adecuada entre padres e hijos: implementar una rutina acorde a la edad del niño (ejercicios, alimentación saludable, dormir el tiempo necesario etc), identificar actividades placenteras del niño y ejecutarles conjuntamente, ayudar al niño a enfrentar sus problemas, permitir la expresión emocional sin juzgarlo, identificar los cambios que ocurren en la vida, además es importante reducir el estrés en casa permitiendo tener un ambiente seguro en donde niño pueda refugiarse, sentirse cómodo y tranquilo.
- Se aconseja la intervención de profesionales de la salud mental a través de talleres/charlas para los niños/as para inculcar diferentes métodos de resolución de problemas en caso de presentar síntomas depresivos severos.
- Se recomienda a la institución que en caso de observar niños deprimidos los docentes utilicen estrategias en el aula tales como: entrevista individual profesor alumno para generar empatía, esto generara seguridad en el niño, uso de mensajes positivos del profesor- alumno esto ayudara a mejorar su sentido de autoeficacia, escuchar y conocer al alumno, ayudara a identificar presencia de cambios emocionales y ayudar en las tareas
- Se recomienda que el DECE implemente charlas con la finalidad de ejecutar un plan de información y comunicación con los docentes para que estos puedan identificar los síntomas alarmantes de la depresión en niños
- Se debería fomentar los trabajos de investigación acerca de esta patología; los mismos que deberían realizarse en diferentes instituciones a nivel nacional y con muestras de mayor tamaño; para así tener información fidedigna, con significancia y poder estadístico.
- Se recomienda realizar investigaciones que incluyan el estudio del contexto sociocultural (zona rural, urbana, etnia, religión y costumbres) como factores que influyen en la depresión infantil.

REFERENCIAS

Achenbach, T. (2009). *The Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA): Development, Findings, Theory, and Applications.* Vermont: Copyright.

Alvarado Suquilanda, Y. (2017, 09 14). NIVEL DE DEPRESIÓN Y SUS FACTORES DE RIESGO, EN ESTUDIANTES DE 8 A 10 AÑOS DE LA ESCUELA DE EDUCACIÓN BÁSICA CIUDAD DE LOJA, PERIODO ENERO- AGOSTO DEL 2016. Loja, Ecuador.

Aguilar, B., Raya, A., Pino, M., & Herruzo, J. (2019). Psicología Clínica con Niños y Adolescentes. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*.

Álvarez, & Pinto. (2010). Terapia Breve y Depresión infantil. *Ajayu Vol 8 No 1*, 87-106.

Alzuri, M., Hernández, N., & Calzada, Y. (2017). Depresión en la adolescencia: consideraciones necesarias para su diagnóstico y tratamiento. *Finlay, 7*(3). doi:ISSN 2221-2434

Arrom, C., Samudio, M., Routi, M., & Orúe, E. (2015). Síndrome depresivo en la adolescencia asociado a género, abuso sexual, violencia física y psicológica. *Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud.13(3)*, 39-44.

Asociación Estadounidense de Psiquiatría. (2015). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM 5.* Robert Spitzer.

Avallat-t. (2016). *Depresión en la infancia y la adolescencia .* Galicia: Ministerio de Ciencia e Innovación.

Barrios, I. (2019). *Prevalencia de ansiedad, depresión, trastorno por déficit de atención e hiperactividad y su asociación con factores socio demográficos en estudiantes del 4to y 5to año de secundaria del C.E. Libertador Castilla Arequipa.* Tesis de pregrado, Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa, Arequipa, Perú. Retrieved 2 13, 2020, from http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/8270

Braconnier, M. (2005). *Psicopatología del adolescente.* Barcelona España: Masson.

Caraveo, J., & Martínez, N. (2019). Salud mental infantil. *Salud Pública de México / vol. 61, no. 4,*, 514-524.

Cardozo, L. (2019). *Depresión infantil: Aproximación al diagnóstico, técnicas de evaluación y tratamiento.* Montevideo Uruguay: Universidad de la República de Uruguay.

Carrillo, D., & Muñoz, E. (2010, Febrero 12). *Estudio de la depresión infantil en los niños de prescolar.* Universidad de Cuenca, Facultad de Psicología. Azuay: Universidad de Azuay. Retrieved 2 10, 2020, from https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/2184/1/tps688.pdf

Chávez, A., Correa, F., Caballero, Alejandro, Macias, L., Cardozo, K., & Acosta, I. (2017). Sintomatología depresiva, ideación suicida y autoconcepto en una muestra de niños mexicanos. *Avances en Psicología Latinoamericana Vol. 35(3)*, 501-514.

De la Barra, F., Saldivia, V., & Melipillán, R. (2012). Estudio de epidemiología psiquiátrica en niños y adolescentes en Chile. *Rev Med-Clin Vol 23 No 5*, 521-529.

De la Torre, M., Laborín Álvarez, F., Chávez Hernández, A., Sandoval Godoy, S., & Torres Soto, N. (2016, Julio). Psicología y Salud. *Propiedades psicométricas del CDI en una muestra no clínica de niños de la ciudad de Hermosillo, México*. México, Hermosillo.

Fernández Fernández , V. (2014). Maltrato infantil: Un estudio empírico sobre variables psicopatológicas en menores tutelados. Murcia, España.

Fuentes Ávila, M. (1997). LA INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL: SU IMPLEMENTACIÓN A TRAVÉS DE PROGRAMAS DE ENTRENAMIENTO EN EL ÁMBITO GRUPAL. *REVISTA CUBANA DE PSICOLOGÍA*, 181-182. Retrieved from http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rcp/v14n2/05.pdf

Gabaldón, F. (2010). El duelo en el niño. *FMC Vol 13 No 7*, 3-5.

González, E. R. (2018). *Psicología online*. Retrieved from https://www.psicologia-online.com/la-depresion-infantil-causas-diagnostico-y-tratamiento-3144.html

Guzmán, M., Mardones, R., & Romero, M. (2011). La depresión en niños y adolescentes en Chile: Apuntes para una psicoterapia de la depresión infantil desde un enfoque constructivista evolutivo. *Cuadernos de la psicoterapia del niño y del adolescente.*, 264- 279. Retrieved from https://www.sepypna.com/documentos/articulos/depresion-ninos-adolescentes-chile.pdf

Hughes, C., Graham, E., Crissmon, L., & Posnner, K. (2007). Texas children's medication algorithm project: update from Texas consensus conference panel on medication treatment of childhood major depressive disorder. *Revista de la Academia Americana de psiquiatría infantil y adolescente., 46*(6), 667-686. Retrieved 2 8, 2020, from https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S089085670962147X

Jadan, Y. (2017, Febrero 12). *Depresión en adolescentes de 14 a 16 años del colegio 27 de febrero de la ciudad de Loja.* Tesis de Pregrado, Universidad Nacional de Loja, Facultad de Medicina, Loja, Ecuador. Retrieved 2 11, 2020, from https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/19702/1/Cristina%20Yasmin%20Jad%C3%A1n%20L%C3%B3pez.pdf

Jiménez, Gallardo, señor, V., & González. (2013). La distimia en el contexto clínico. *Revista Colombiana de Psiquiatría Vol 42 No 2*, 212-218.

Klein, J., Jacobs, R., & Reinecke, M. (2007). Cognitive–behavioral therapy for adolescent depression: a meta–analytic investigation of changes in effect–size estimates. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1403-1413.

Kovacs, M. (2004). Inventario de Depresión Infantil. In M. Kovacs, *Inventario de Depresión Infantil* (pp. 7-12). Madrid, España: TEA Ediciones, S.A.

López, M., Pascalis, J., Gonzalez, R., Brito, O., & Sabag, E. (2014). Depresión y estado de nutrición en escolares de Sonora. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social vol. 52, núm. 1*, 64-67.

Loubat, M., Aburto, E., & Vega, M. (2008). Aproximación a la Depresión Infantil por Parte de Psicólogos que Trabajan en COSAM de la Región Metropolitana. *Terapia Psicológica, 26*(2). doi:ISSN 0718-4808

Loubat, M., Aburto, M., & Vega, M. (2008). Aproximación a la Depresión Infantil por Parte de Psicólogos que Trabajan en COSAM de la Región Metropolitana. *Terapia psicológica*.

Martínez Pérez, A. M. (2015, 10). Perfil Externalizante e Internalizante, y Estrés Postraumático en Menores Expuestos a Violencia de Género: Características y Comorbilidad. Murcia, España.

Ministerio de Sanidad. (2018). *Guías de práctica clínica en el SNS .* Madrid, España: Editores: Unidad de Asesoramiento Científico-técnico, Avalia-t. Agencia Gallega para la Gestión del Conocimiento en Salud (ACIS). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Montalvo, Gabriela. (2014). *Estudio de las propiedades métricas del cuestionario de depresión infantil (CDI), comparado con los criterios CIE-10 de depresión modificado para niños, en estudiantes en edades comprendidas entre 10 y 13 años de edad que cursen el sexto y séptimo año.* Tesis de Postgrado, Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Facultad de Medicina, Quito, Ecuador. Retrieved 2 10, 2020, from http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/7345/11.27.001632.pdf?sequence=4&isAllowed=y

Motta, L. (2012). *Protocolo de Intervención Psicológica en Niños y Niñas con Diagnóstico de Depresión Infantil .* Florencia.

Navarro, Melendez, Sales, & Sancerni. (2012). Desarrollo infantil y adolescente: trastornos mentales más frecuentes en función de la edad y el género. *Psicothema 2012. Vol. 24, n.º 3*, 377-383.

OMS. (2006). *Prevención del suicidio: Un instrumento en el trabajo.* Retrieved from World Menthal : http://www.who.int/mental_health/

Organización Mundial de la Salud 2. (2017). *Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales.* Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud. (2016). Depresión. *Oficina Regional para las Américas.* Retrieved from http://www.who.int/topics/depression/es

Pastor, M. D. (2016, Febrero 12). *Manual de Codificación CIE-10-ES DIAGNÓSTICOS.* Retrieved from www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/CIE10/UT_MANUAL_DIAG_2016_prov1

Rey, Tolulope, A., & Liu, J. (2017). *Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP.* Ginebra: Editores: Matías Irarrázaval & Isabel Hernández Otero.

Royo, & Fernández. (2017). Depresión y suicidio en la infancia y adolescencia. *Pediatría Integral XXI (2)*, 1-8.

Saad, Belfort, Camarena, Chamorro, Martínez, (Ed). (2010). *Salud mental infanto juvenil: prioridad de la humanidad.* Puerto Vallarta: México: Ediciones Científicas Apal.

Sánchez, P., & Hervías, P. (2019). Psicofarmacología en niños y adolescentes . *Congreso de Actualización y Pediatría* (pp. 121-129). Madrid: Lúa Ediciones .

Santa María, Y., & Fierro, A. (2018). *Síntomas de depresión en niños de padres trabajadores en la ciudad de Villavicencio.* Universidad Cooperativa de Colombia, Facultad de Ciencias Sociales y Humanas. Villavicencio, Colombia: Universidad Cooperativa de Colombia. Retrieved 2 11, 2020, from http://repository.ucc.edu.co/bitstream/ucc/5612/1/2018_%20sintomas_%20depresi%C3%B3n_ninos.pdf

Santana Guevara, C. (2016, 05). DEPRESIÓN Y SU INFLUENCIA EN LA MADURACIÓN VISOMOTRIZ EN LOS ESTUDIANTES DE CUARTO A SEXTO AÑO DE EDUCACIÓN BÁSICA DE LA UNIDAD EDUCATIVA MANUELA ESPEJO DE LA CIUDAD DE AMBATO. Ambato, Ecuador.

Sanz, J., & García, M. (2019). Las ideas equivocadas sobre la depresión infantil y adolescente y su tratamiento. *SciELO - Clínica y Salud*.

Trelles Jachero , M., Vega Cuadrado , D., & Velasco Pañi , P. (2011). PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A DEPRESIÓN INFANTIL EN NIÑOS/AS DE TREINTA ESCUELAS RURALES, CUENCA 2011. Cuenca, ecuador.

Tomas, J. (2010). Sindrome depresivo infantil. *Centré Londres 94 Psiquiatría y Paidopsiquiatría*, 1-32.

Vinaccia, S., Gaviria, A., Atehortúa, L. F., Martínez, P., Trujillo, C., & Quiceno, J. (2006, 06 09). Prevalencia de depresión en niños escolarizados entre 8 y 12 años del oriente antioqueño a partir del "child depression inventory" -CDI. Antoquia, Colombia: Scielo.

Zarragoitía, I. (2011). *Depresión, generalidades y particularidades.* La Habana, Ciudad de la Habana, Cuba: Editorial Ciencias Médicas. doi:ISBN 978-959-212-646-6

ANEXOS

Información general

Coloque una X a cada una de sus respuestas

Nombres completo del padre:……
Nombres completo de la madre:……..
Número de hermanos y la edad:……

Nombres y apellidos del estudiante:……
Cedula de identidad:……..

1. **Genero**

   1 ☐ Masculino 2 ☐ Femenino

2. **Fecha de nacimiento: Día……mes……..Año…….**

3. Edad……..

4. **Lugar de nacimiento:…….....**

5. **¿Cuál es la dirección actual de tu domicilio o casa?**

- Nombres de las calles:……

- Localidad o comunidad donde vive:……

6. **¿por favor indique el número telefónico o celular de contacto?**

- Teléfono convencional:…….

- Celular**:……**

7. ¿Cómo llega el estudiante a la escuela?

Caminando ☐ Autobús ☐ Carro ☐ propio

Carro contratado ☐ Bicicleta ☐ Otro ☐ medio

Indique

Si	No

cual:……..

8. ¿La casa donde habita o vives es?

Propia ☐ Prestado ☐ Arrendada ☐

De una familia ☐ De un amigo ☐ Otro ☐

Indique cual:……

9. ¿Cuántas personas más viven en su hogar, incluyéndote al estudiante?

……

10. ¿Además del estudiante quienes más viven en el hogar?

- Padres y hermanos
- Solo con el padre
- Solo con la madre
- Conviviente de la madre o el padre
- Hermanos
- Abuelos/as
- Tíos/as
- Primos/as
- Con amigos
- Otros familiares

11. ¿Cuántos dormitorios hay en su casa?

Una☐ Dos☐ Tres☐ Cuatro☐ Más de cuatro ☐

12. ¿Indique con que material está construida su casa?

Madera ☐ Cemento/bloque☐ Ladrillo☐ Otro☐

Otro indique cual:…….

13. ¿Cuál es el nivel de instrucción académica del Padre?

- Educación básica completa ☐
- Educación básica incompleta ☐
- Secundaria completa (bachillerato) ☐
- Secundaria incompleta (bachillerato) ☐
- Nivel superior completo (universidad) ☐
- Nivel superior incompleto (universidad) ☐

14. ¿Cuál es el nivel de instrucción académica de la madre?

- Educación básica completa ☐
- Educación básica incompleta ☐
- Secundaria completa (bachillerato) ☐
- Secundaria incompleta (bachillerato) ☐
- Nivel superior completo (universidad) ☐
- Nivel superior incompleto (universidad) ☐

15. ¿cuál es la ocupación laboral del padre?

…….

16. ¿Cuál es la ocupación laboral de la madre?

…….

17. Cuáles son los rangos del ingresos en su hogar, salario básico 394 a 500, 501 a 750, 751 a 1000, u otro valor

……. indique cual:……..

18. ¿Cuál es el estado civil actual de los padres?

- Casados ☐
- Unión libre ☐
- Divorciados ☐
- Viudo/a ☐
- Separado/a ☐

19. ¿Tiene algún familiar directo que ha migrado fuera o dentro de país?

Fuera del país

SI ☐ NO ☐ Indique en qué país se encuentra:……..

Dentro del país

SI ☐ NO ☐ Indique en donde se encuentra:…….

20. ¿Alguna enfermedad catastrófica que haya tenido o tiene algún familiar cercano?

Por favor escriba en letra de imprenta/molde. Asegúrese que contestó todas las preguntas.

A continuación hay una lista de frases que describen a los(las) niños(as) y jóvenes. Para cada frase que describa cómo es su hijo(a) ***ahora o durante los últimos seis meses,*** haga un círculo en el número ***2*** si la frase describe a su hijo(a) ***muy cierto o cierto con frecuencia.*** Haga un círculo en el número ***1*** si la frase describe a su hijo(a) ***en cierta manera, algunas veces.*** Haga un círculo en el ***0*** si la frase describe a su hijo(a) ***no es cierto (que sepa usted)***. Por favor conteste todas las frases de la mejor manera posible inclusive si algunas de ellas parecen no describir a su hijo(a).

0 = No es cierto (que sepa usted) **1 = En cierta manera, algunas veces** **2 = Muy cierto o cierto con frecuencia**

0 1 2 1. Actúa como si fuera mucho menor que su edad
0 1 2 2. Toma bebidas alcohólicas sin permiso de los padres (describa): _____
_____
0 1 2 3. Discute mucho
0 1 2 4. Deja sin terminar lo que él/ella empieza
0 1 2 5. Disfruta de muy pocas cosas
0 1 2 6. Hace sus necesidades en la ropa o en lugares inadecuados
0 1 2 7. Es engreído(a), presumido(a)
0 1 2 8. No puede concentrarse o prestar atención por mucho tiempo
0 1 2 9. Obsesiones, que quiere decir que no puede sacarse de la mente ciertos pensamientos (describa):_____
_____
0 1 2 10. No puede quedarse quieto(a); es inquieto(a) o hiperactivo(a)
0 1 2 11. Es demasiado dependiente o apegado(a) a los adultos
0 1 2 12. Se queja de que se siente solo(a)
0 1 2 13. Está confundido(a) o parece como si estuviera en las nubes
0 1 2 14. Llora mucho
0 1 2 15. Es cruel con los animales
0 1 2 16. Es cruel, abusador(a), y malo(a) con los demás
0 1 2 17. Sueña despierto(a), se pierde en sus propios pensamientos
0 1 2 18. Se hace daño a sí mismo(a) deliberadamente o ha intentado suicidarse
0 1 2 19. Exige mucha atención
0 1 2 20. Destruye sus propias cosas
0 1 2 21. Destruye las pertenencias de sus familiares o de otras personas
0 1 2 22. Desobedece en casa
0 1 2 23. Desobedece en la escuela
0 1 2 24. No come bien
0 1 2 25. No se lleva bien con otros niños(as)/jóvenes
0 1 2 26. No parece sentirse culpable después de portarse mal
0 1 2 27. Se pone celoso(a) facilmente
0 1 2 28. No respeta/rompe las reglas en case, en la escuela, o en otro lugar
0 1 2 29. Tiene miedo de ciertas situaciones, animales o lugares (no incluya la escuela) (describa):_____
_____
0 1 2 30. Le da miedo ir a la escuela
0 1 2 31. Tiene miedo de que pueda pensar o hacer algo malo
0 1 2 32. Siente que tiene que ser perfecto(a)
0 1 2 33. Siente o se queja de que nadie lo/la quiere
0 1 2 34. Siente que los demás lo/la quieren perjudicar
0 1 2 35. Se siente inferior o cree que no vale nada
0 1 2 36. Se lastima accidentalmente con mucha frecuencia, propenso(a) a accidentes
0 1 2 37. Se mete mucho en peleas
0 1 2 38. Los demás se burlan de él/ella a menudo
0 1 2 39. Se junta con niños(as)/jóvenes que se meten en problemas
0 1 2 40. Oye sonidos o voces que no existen (describa):_____
_____
0 1 2 41. Impulsivo(a); actúa sin pensar
0 1 2 42. Prefiere estar solo(a) que con otras personas
0 1 2 43. Dice mentiras o hace trampas
0 1 2 44. Se come/muerde las uñas
0 1 2 45. Nervioso(a), tenso(a)
0 1 2 46. Movimientos involuntarios o tics (describa):
_____
_____
0 1 2 47. Pesadillas
0 1 2 48. No le cae bien a otros niños(as)/jóvenes
0 1 2 49. Padece de estreñimiento
0 1 2 50. Demasiado ansioso(a) o miedoso(a)
0 1 2 51. Se siente mareado(a)
0 1 2 52. Se siente demasiado culpable
0 1 2 53. Come demasiado
0 1 2 54. Se siente demasiado cansado(a) sin razón para estarlo
0 1 2 55. Tiene sobrepeso
56. Problemas físicos ***sin causa médica conocida:***
0 1 2 a. Dolores o molestias (sin que sean del estómago o dolores de cabeza)
0 1 2 b. Dolores de cabeza
0 1 2 c. Náuseas, ganas de vomitar
0 1 2 d. Problemas con los ojos (***no*** incluya si se corrigió con gafas/lentes/espejuelos) (describa): _____
_____
0 1 2 e. Salpullido o irritación en la piel
0 1 2 f. Dolores de estómago
0 1 2 g. Vómitos
0 1 2 h. Otros (describa):_____
_____

Asegúrese que contestó todas las preguntas.

Por favor pase a la página siguiente.

Por favor escriba en letra de imprenta/molde. Asegúrese que contestó todas las preguntas.

0 = No es cierto (que sepa usted) **1 = En cierta manera, algunas veces** **2 = Muy cierto o cierto con frecuencia**

0 1 2 57. Ataca/agrede físicamente a otras personas
0 1 2 58. Mete el dedo en la nariz, se araña la piel u otras partes del cuerpo (describa): _____
_____
_____
0 1 2 59. Se toca/juega con sus partes sexuales en público
0 1 2 60. Se toca/juega demasiado con sus partes sexuales
0 1 2 61. Tiene bajo rendimiento en la escuela
0 1 2 62. Mala coordinación o torpeza
0 1 2 63. Prefiere estar con niños(as) mayores que él/ella
0 1 2 64. Prefiere estar con niños(as) menores que él/ella
0 1 2 65. Se rehusa a hablar
0 1 2 66. Repite ciertas acciones una y otra vez; compulsiones (describa): _____
_____
_____
0 1 2 67. Se fuga de la casa
0 1 2 68. Grita mucho
0 1 2 69. Reservado(a); se calla todo
0 1 2 70. Ve cosas que no existen (describa): _____
_____
_____
0 1 2 71. Se cohíbe y se avergüenza con facilidad
0 1 2 72. Prende fuegos/inicia incendios
0 1 2 73. Problemas sexuales (describa): _____
_____
_____
0 1 2 74. Le gusta llamar la atención o hacerse el/la payaso(a), gracioso(a)
0 1 2 75. Demasiado tímido(a)
0 1 2 76. Duerme menos que la mayoría de los/las niños(as)/jóvenes
0 1 2 77. Duerme más que la mayoría de los/las niños(as)/jóvenes durante el día y/o la noche (describa): _____
_____
0 1 2 78. No presta atención o se distrae fácilmente
0 1 2 79. Problemas con el habla (describa): _____
_____
0 1 2 80. Se queda con la mirada fija, mirando al vacío
0 1 2 81. Roba en casa
0 1 2 82. Roba fuera de casa
0 1 2 83. Almacena demasiadas cosas que no necesita (describa): _____
_____
_____

0 1 2 84. Comportamiento raro (describa): _____
_____
0 1 2 85. Ideas raras (describa): _____
_____
0 1 2 86. Obstinado(a), malhumorado(a), irritable
0 1 2 87. Súbitos cambios de humor o sentimientos
0 1 2 88. Queda contrariado(a), pone mala cara con frecuencia
0 1 2 89. Desconfiado(a), receloso(a)
0 1 2 90. Dice groserías, usa lenguaje obsceno
0 1 2 91. Habla de querer matarse
0 1 2 92. Habla o camina cuando está dormido(a) (describa): _____
_____
_____
0 1 2 93. Habla demasiado
0 1 2 94. Se burla mucho de los demás
0 1 2 95. Le dan rabietas o tiene mal genio
0 1 2 96. Parece pensar demasiado sobre temas sexuales
0 1 2 97. Amenaza a otros
0 1 2 98. Se chupa el dedo
0 1 2 99. Fuma, masca o inhala tabaco
0 1 2 100. No duerme bien (describa): _____
_____
_____
0 1 2 101. Falta a la escuela sin motivo
0 1 2 102. Poco activo(a), lento(a), o le falta energía
0 1 2 103. Infeliz, triste, o deprimido(a)
0 1 2 104. Más ruidoso(a) de lo común
0 1 2 105. Usa drogas sin motivo médico (***no*** incluya alcohol o tabaco) (describa): _____
_____
_____
0 1 2 106. Comete actos de vandalismo, como romper ventanas u otras cosas
0 1 2 107. Se orina en la ropa durante el día
0 1 2 108. Se orina en la cama
0 1 2 109. Se queja mucho
0 1 2 110. Desea ser del sexo opuesto
0 1 2 111. Se aísla, no se relaciona con los demás
0 1 2 112. Se preocupa mucho
113. Por favor anote cualquier otro problema que su niño(a) tenga y que no está incluido en esta lista:
0 1 2 _____
0 1 2 _____
0 1 2 _____

POR FAVOR ASEGÚRESE QUE CONTESTÓ TODAS LAS PREGUNTAS **SUBRAYE LAS PREGUNTA(S) QUE LE PREOCUPE(N)**

Nombre Fecha
Unidad/Centro Nº Historia
Edad: ____ años ___ meses. Sexo _____ Curso escolar _____
7.6 CUESTIONARIO – CDI Población infantil de 7-17 años. Se trata de un cuestionario auto-administrado.

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 me 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 cuando en cuando.
11. □ Las cosas me preocupan siempre
□ Las cosas me preocupan muchas veces.
□ Las cosas me preocupan de cuando 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
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 noches me cuesta dormirme.
 Duermo muy bien
17. Estoy cansado de cuando 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
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 muchos 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 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.