UNIVERSIDAD PRIVADA ANTONIO GUILLERMO URRELO

ESCUELA DE POSGRADO

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA CON MENCIÓN EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD

SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA Y ESTILOS PARENTALES EN NIÑOS DEL COLEGIO PRIVADO PERUANO CANADIENSE DE CHICLAYO, 2015.

"Tesis presentada en cumplimiento parcial de los requerimientos para el Grado Académico de Magíster Psicología Clínica con mención en Psicología de la Salud"

Marissa Jessica Gozzer Minchola

Rina Isabel Santana Bazalar

Asesor: Alex Miguel Hernández Torres

Cajamarca – Perú

Junio – 2015

COPYRIGHT © 2015 by

MARISSA JESSICA GOZZER MINCHOLA

RINA ISABEL SANTANA BAZALAR

Todos los derechos reservados

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTONIO GUILLERMO URRELO

ESCUELA DE POSGRADO

APROBACIÓN DE MAESTRÍA

SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA Y ESTILOS PARENTALES EN NIÑOS DEL COLEGIO PRIVADO PERUANO CANADIENSE DE CHICLAYO, 2015.

Presidente: _____

Secretario: _____

Vocal: _____

Asesor: _____

A:

Mi esposo e hijas, por su paciencia y comprensión, sin cuyo apoyo no hubiera sido posible cumplir esta meta.

A:

Mis padres y hermanos, porque con su ejemplo de esfuerzo y superación, me animan a ser mejor cada día.

AGRADECIMIENTOS

- A Dios, por darnos la fuerza y sabiduría para alcanzar nuestras metas.
- Al Colegio Privado Peruano Canadiense, por habernos permitido llevar a cabo la investigación con los niños del nivel primario.

RESUMEN

La presente investigación surge con la finalidad de conocer si existe asociación entre la sintomatología depresiva y los estilos parentales en niños de 3ro a 6to grado del nivel primario del Colegio Privado Peruano Canadiense de Chiclayo. Asimismo, tiene como objetivos específicos identificar la sintomatología depresiva e identificar los estilos parentales predominantes. La investigación responde al tipo correlacional por asociación.

La variable sintomatología depresiva fue medida empleando el Cuestionario de Depresión Infantil de Kovacs CDI, mientras la variable estilos parentales por el Test de Estilos Parentales EPA-N para adolescentes, instrumentos que fueron validados y administrados a 119 alumnos de ambos sexos, matriculados de 3ro a 6to grado de primaria y seleccionados mediante la técnica de muestreo probabilístico aleatorio estratificado.

Se encontró que existe asociación significativa ($\alpha < 0.01$) entre la sintomatología depresiva y los estilos parentales autoritario y superprotector, asimismo que existe asociación significativa ($\alpha = 0.05$) entre la sintomatología depresiva y el estilo parental autoritativo.

Palabras clave: sintomatología depresiva, estilos parentales, niños del nivel primario.

ABSTRACT

The present investigation comes with the objective to know if exists an association with depressive symptomatology and the parental styles in children between the 3rd and 6th grade of the Peruvian Canadian private school of Chiclayo. Even so, specific objective has to identify depressive symptomatology and identify the predominant parental stiles with these children. This investigation answer to all correlation by association.

The variable depressive symptomatology was measured using a questionnaire of Kovacs CDI Infant Depression, while the variable parental styles by the EPA-N Stiles test for teenagers, instruments that where validated and administrative to 119 students from both sexes, matriculated from 3rd to 6th grade of primary level and selected trough the sampling technique of stratified random probability.

Was found that exists a significant association ($\alpha < 0.01$) between the depressive symptomatology and the authoritarian parental styles and super protector parents stile, furthermore exists a significant association ($\alpha = 0.05$) between the depressive symptomatology and the super protector parents style.

Keywords: depressive symptomatology, parental styles, children

ÍNDICE

Dedicatoria……i
Agradecimiento(s)……ii
Resumen……iii
Abstract……..……iv
Índice…….....v
LISTA DE TABLAS……vii
LISTA DE FIGURAS.....viii
Introducción.....ix

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN……..….....1
1.1. Descripción de la realidad problemática…….……...1
1.2. Formulación del problema……...…….……3
1.3. Objetivos de la investigación……3
1.3.1. Objetivo general……3
1.3.2. Objetivos específicos……3
1.4. Hipótesis de la investigación……4
1.4.1. Hipótesis……4
1.4.2. Identificación de variables, dimensiones e indicadores (Operacionalización de variables)……5
1.5. Justificación de investigación…….....16

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO…….…….…….18
2.1. Antecedentes de la investigación…….....….18
2.1.1. A nivel internacional……18
2.1.2. A nivel nacional……22
2.1.3. A nivel regional y local……24
2.2. Bases teóricas……25
2.3. Definición de términos básicos……51

CAPÍTULO III: PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO……...…54
3.1. Tipo de investigación……...……54
3.2. Unidad de análisis, universo, población y muestra……..……...54
3.2.1. Población……..54
3.2.2. Muestra…….……54
3.3. Diseño de investigación…….....56
3.4. Métodos utilizados……...57
3.5. Técnicas para el procesamiento de la información…….....60

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN……..61

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES……71

REFERENCIAS……..72
ANEXOS……78

Lista de Tablas

N°	Título de la Tabla	Pág.
1.	Operacionalización de la variable sintomatología depresiva.	5
2.	Operacionalización de la variable estilos parentales.	8
3.	Distribución de la población por grado y sexo.	54
4.	Distribución de la muestra por grado y sexo.	55
5.	Asociación entre sintomatología depresiva y estilos parentales.	61
6.	Sintomatología depresiva en niños del 3ro al 6to grado de primaria del Colegio Privado Peruano Canadienese.	62
7.	Estilos parentales en niños del 3ro al 6to grado de primaria del Colegio Privado Peruano Canadienese.	63

Lista de Figuras

N°	Título de la Figura	Pág.
1.	Sintomatología depresiva en niños del 3ro al 6to grado de primaria del Colegio Privado Peruano Canadiense, Chiclayo 2015.	62
2.	Estilos parentales en niños del 3ro al 6to grado de primaria del Colegio Privado Peruano Canadiense, Chiclayo 2015.	63

INTRODUCCIÓN

Durante los primeros años de vida, considerados por muchos como un período único del desarrollo humano, los padres asumen una importancia especial. Mientras que los padres guían a sus hijos desde una dependencia total hasta las primeras etapas de autonomía, sus estilos de crianza pueden tener efectos tanto inmediatos como duraderos en el funcionamiento emocional y social de los niños en áreas que van desde el desarrollo moral, los juegos entre pares, hasta el desempeño académico.

Garantizar los mejores resultados posibles en el desarrollo de los niños requiere que los padres enfrenten el desafío de equilibrar, por un lado, sus demandas de madurez y disciplina, con el fin de facilitar la integración del niño a la familia y al sistema social, así como mantener una atmósfera de afecto, receptividad y protección.

Cuando las actitudes y prácticas parentales durante los años preescolares no reflejan un balance apropiado de estos factores, los niños pueden vivir una serie de dificultades para adaptarse a la etapa escolar, y la poca presencia de los padres en la formación de los hijos complica el panorama. Del mismo modo, una crianza dominante y restrictiva o fría y distante puede conllevar a una baja autoestima, sentimientos de inferioridad, conductas de rebeldía, tristeza, entre otras.

Por lo tanto, la relación que establecen los padres con sus hijos a través de la forma de crianza, es de vital importancia para el desarrollo emocional de los mismos, ya que podría influenciar en el desarrollo de síntomas depresivos, los que interferirían en el rendimiento escolar, así como en las diferentes actividades típicas de la niñez, pero también extendiéndose durante la vida adulta, dificultando la madurez y el equilibrio emocional que le permitan asumir con responsabilidad e independencia las consecuencias de sus decisiones.

Es por esto que la presente investigación buscó conocer si existe asociación entre la sintomatología depresiva y los estilos parentales en niños de 3ro a 6to de primaria del Colegio Privado Peruano Canadiense de Chiclayo, con la

finalidad de que al conocer los resultados, los profesionales de psicología promuevan estilos parentales saludables a través de la consejería familiar y las escuelas de padres en el colegio, y al mismo tiempo prevengan las conductas autodestructivas en los niños que manifiesten conductas de tristeza prolongada.

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.

1.1. Descripción de la realidad problemática.

La depresión en la infancia y adolescencia tiene efectos sobre múltiples áreas del desarrollo de la persona, tales como el rendimiento académico, las relaciones interpersonales y el estado de salud. El aspecto que más preocupa a la sociedad por estar relacionado con la depresión, es el intento de suicidio. Los países con mayores tasas de suicidio se ubican en Europa, los cuales se encuentran en un rango de 7 a 15 suicidios por cada 100 mil habitantes; seguidos por Asia, que en el caso específico de China se calcula entre 16,9 suicidios por 100 mil habitantes; finalmente África, donde se presentan entre 5 a 10 suicidios por 100 mil habitantes, Hernández & Flores (2011) (como se citó en Perez, Uribe, Vianchá, Bahamón, Verdugo y Ochoa, 2013).

Según el Informe Salud en las Américas de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2007) (como se citó en Así Vamos en Salud, 2013), los suicidios tienen un peso importante dentro de la mortalidad por causas externas en la región, y aparecen como una de las primeras causas de muerte en adolescentes y adultos jóvenes. En dos subregiones, Norteamérica y el Cono Sur, hay más suicidios que homicidios. En la región Andina el suicidio es más frecuente en la población más joven, ya que se encuentra dentro de las tres primeras causas de mortalidad por causas externas dentro del grupo de 5 a 19 años de edad. Cabe resaltar que la conducta suicida se relaciona con el debilitamiento de estructuras sociales que sirven de contención y soporte a los sujetos para hacer frente a los diferentes eventos de la vida. En este sentido, la familia constituye una de las estructuras más importantes, y es la base del proceso de desarrollo emocional y social; estructura que se ha modificado sustancialmente con los cambios sociales, por lo cual se ha incrementado la vulnerabilidad de las personas, y especialmente de los adolescentes, Quintanar (2007) (como se citó en Pérez et al., 2013).

Por esto, la familia se constituye en factor importante, que puede influir en el desarrollo de la sintomatología depresiva en niños y

adolescentes; muchos de ellos puede que crezcan en una familia donde alguno de los padres padece problemas mentales, como la depresión. Sander y McCarthy (2005) (como se citó en Vallejo, Osorno y Mazadiego, 2008) indican que hay en los padres tres características que pueden influir para que los hijos adolescentes desarrollen o no depresión: las patologías presentes, sus estilos cognitivos y el clima emocional que establecen con estos.

La situación actual de las familias chiclayanas está inmersa en una realidad en la cual la situación económica, laboral, los problemas de pareja, de salud física y mental, de seguridad, entre otras, desencadenan crisis dentro de ellas, siendo los más perjudicados los hijos. Esto se refleja en investigaciones realizadas en esta ciudad, las que indican que los niños de 8 a 12 años presentan sintomatología depresiva severa (24.4%) o en grado máximo (17.1%) (Segura, 2014). Por otro lado, otros estudios revelan que el estilo predominante empleado por los padres en la crianza de sus hijos es el negligente (42.3%), lo que significa que los padres chiclayanos tienen poco o ningún compromiso con su rol; sin embargo, los estilos menos utilizados son el permisivo (19.7), con una escasa supervisión en el cumplimiento de las normas; seguido del autoritario (18.2%), siendo rígidos y manteniendo una comunicación limitada; y finalmente el autoritativo (4.4%), demostrando ser cálidos y dispuestos a escuchar a sus hijos (Cruz, 2014).

El Colegio Privado Peruano Canadiense no es ajeno a esta situación, puesto que las familias que lo conforman presentan problemas a nivel de su constitución, ya que en su mayoría se observa que uno de los padres está ausente por motivos económicos, de trabajo o separación, y en otros casos son los abuelos quiénes asumen la crianza de sus nietos. Otro problema referido por los docentes tutores, viene a ser el desinterés que evidencian los padres de familia en relación a las dificultades afectivas, académicas y de relación con pares que presentan sus hijos.

Por otro lado, en cuanto a los problemas que presentan los alumnos de primaria sobresalen la agresividad, rebeldía, incapacidad para respetar las normas, desmotivación, tristeza y peleas entre compañeros.

Es así que surge la curiosidad científica por conocer si existe o no asociación entre la sintomatología depresiva infantil y los estilos parentales.

1.2. Formulación del problema.

¿Existe asociación entre la sintomatología depresiva y los estilos parentales en niños de 3ro a 6to grado del nivel primario del Colegio Privado Peruano Canadiense de Chiclayo, 2015?

1.3. Objetivos de la investigación.

1.3.1. Objetivo general.

Determinar si existe asociación entre la sintomatología depresiva y los estilos parentales en niños de 3ro a 6to grado del nivel primario del Colegio Privado Peruano Canadiense de Chiclayo, 2015.

1.3.2. Objetivos específicos.

Identificar la sintomatología depresiva en niños de 3ro a 6to grado del nivel primario del colegio privado Peruano Canadiense de Chiclayo, 2015.

Identificar los estilos parentales predominantes en niños de 3ro a 6to grado del nivel primario del Colegio Privado Peruano Canadiense de Chiclayo, 2015.

Determinar si existe asociación entre la sintomatología depresiva y el estilo parental autoritativo en niños de 3ro a 6to grado del nivel primario del Colegio Privado Peruano Canadiense de Chiclayo, 2015.

Determinar si existe asociación entre la sintomatología depresiva y el estilo parental autoritario en niños de 3ro a 6to grado del nivel primario del Colegio Privado Peruano Canadiense de Chiclayo, 2015.

Determinar si existe asociación entre la sintomatología depresiva y el estilo parental permisivo en niños de 3ro a 6to grado del nivel primario del Colegio Privado Peruano Canadiense de Chiclayo, 2015.

Determinar si existe asociación entre la sintomatología depresiva y el estilo parental negligente en niños de 3ro a 6to grado del nivel primario del Colegio Privado Peruano Canadiense de Chiclayo, 2015.

Determinar si existe asociación entre la sintomatología depresiva y el estilo parental superprotector en niños de 3ro a 6to grado del nivel primario del Colegio Privado Peruano Canadiense de Chiclayo, 2015.

1.4. Hipótesis de la investigación.

1.4.1. Hipótesis.

H1: No existe asociación entre la sintomatología depresiva y el estilo parental autoritativo en niños de 3ro a 6to grado del nivel primario del Colegio Privado Peruano Canadiense de Chiclayo, 2015.

H2: Existe asociación entre la sintomatología depresiva y el estilo parental autoritario en niños de 3ro a 6to grado del nivel primario del Colegio Privado Peruano Canadiense de Chiclayo, 2015.

H3: No existe asociación entre la sintomatología depresiva y el estilo parental permisivo en niños de 3ro a 6to grado del nivel primario del Colegio Privado Peruano Canadiense de Chiclayo, 2015.

H4: Existe asociación entre la sintomatología depresiva y el estilo parental negligente en niños de 3ro a 6to grado del nivel primario del Colegio Privado Peruano Canadiense de Chiclayo, 2015.

H5: Existe asociación entre la sintomatología depresiva y el estilo parental superprotector en niños de 3ro a 6to grado del nivel

primario del Colegio Privado Peruano Canadiense de Chiclayo, 2015.

1.4.2. Identificación de variables, dimensiones e indicadores (Operacionalización de variables).

Variable 1: Sintomatología depresiva.

Tabla 1

Operacionalización de la variable sintomatología depresiva

Variable	Definición Conceptual	Dimensiones	Items	Categorías Diagnósticas	Instrumento
Sintomatología depresiva	Conjunto de vivencias subjetivas y ciertas conductas observables presentes en la depresión infantil. Del Barrio (2000).	Estado de ánimo disfórico	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 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. 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.	*1 – 25* No hay presencia de síntomas depresivos. Dentro de los límites normales	Inventario de Depresión Infantil de Kovacs (CDI)

			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. 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. 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.	*26 – 74* Presencia de síntomas depresivos mínima y moderada *75 – 89* Presencia de síntomas depresivos marcada o severa	

		Ideas de autodesprecio	5. Soy malo siempre. Soy malo muchas veces. Soy malo algunas veces. 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. 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. 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.	*90 – 99* Presencia de síntomas depresivos en grado máximo	

Fuente: Elaboración de las investigadoras.

Variable 2: Estilos parentales.

Tabla 2

Operacionalización de la variable estilos parentales

Variable	Definición Conceptual	Dimensiones	Items	Categorías diagnósticas	Instrumento
Estilos parentales	Son las distintas maneras en que los padres y madres orientan la conducta de sus hijos e hijas, incluyendo las reacciones que presentan cuando éstos últimos transgreden las normas familiares y sociales. González (2002).	Autoritativo	1. Cuando decido algo, siento siempre el apoyo de mis padres. 2. En casa existe un acuerdo en cuanto a las normas y tareas. 3. Ante una dificultad acudo en primer lugar a mis padres. 4. Mis padres le dan la debida importancia a mi rendimiento académico. 5. Mis padres no se muestran agresivos para hacerme comprender que hice algo mal. 6. Confío lo suficiente en mis padres y les cuento sobre mis alegrías y mis problemas. 7. En casa, las decisiones se toman por mutuo acuerdo.	Estilo parental predominante	Test de Estilos Parentales EPA-N

			8. Cuando hablamos sobre un tema cualquiera, mis padres aceptan mis opiniones. 9. En casa nos comunicamos empleando un lenguaje correcto. 10. Mis padres conversan conmigo acerca de mi futuro y me orientan en mis decisiones para lograr el éxito. 11. Mis padres son cariñosos conmigo, me dan abrazos o me dicen “te quiero”. 12. Cuando paso por un mal momento, mis padres me brindan su apoyo incondicional. 13. Los momentos vividos en familia me hacen muy feliz.		
			14. Usualmente mis padres me amenazan con el castigo que yo pueda recibir. 15. Mis padres son muy estrictos e inflexibles en		

		Autoritario	cuanto a salidas. 16. Las normas de mi hogar son planteadas únicamente por mis padres. 17. Las decisiones impuestas por mis padres son indiscutibles. 18. Los castigos que me dan mis padres son muy severos (golpes y/o insultos). 19. Si quiero expresarles algo a mis padres, ellos no lo permiten. 20. Mis padres no toman en cuenta mis opiniones. 21. Mis padres no me permiten participar en una conversación sobre algún tema en particular. 22. En casa no existe el diálogo con mis padres. 23. Cuando me mandan realizar algo en casa, lo hacen gritando. 24. Rara vez mis padres me dan un abrazo o un	Estilo parental no predominante	

			beso. 25. Mis padres no me preguntan acerca de los sentimientos que me producen. 26. El apoyo emocional de mis padres es escaso cuando atravieso una dificultad.		
		Permisivo	27. Mis padres no usan el castigo para corregirme. 28. Si existe una discusión en la cual se debe imponer orden, mis padres suelen quedarse callados e ignorarlo. 29. Cuando no quiero realizar una tarea del hogar, mis padres me dan la razón. 30. Puedo ir a donde desee pues mis padres me dan permiso. 31. Si pido algo mis padres me lo conceden. 32. Mis padres consideran mis ideas, más que las de ellos en una conversación del hogar. 33. En una		

			discusión entre mis padres y yo, ellos acaban cediendo. 34. Puedo invitar a mis amigos a casa sin consultar antes a mis padres. 35. Cuando tomo una decisión, mis padres no intervienen. 36. Mis padres no toman interés si hago algo indebido. 37. Cuando me enojo por algo grito a mis padres y estos se quedan callados. 38. El cariño que se brinda en casa es incondicional para mí. 39. Mis padres me apoyan de manera inmediata si les digo que me siento mal.		
		Negligente	40. Si realizo algo indebido como transgredir las normas, mis padres se muestran indiferentes. 41. En casa puedo hacer lo que quiero ya que no hay reglas impuestas. 42. Las salidas		

			con mis amigos no son problema para mis padres. 43. El que llegue tarde a casa, es algo que no tiene importancia para mis padres. 44. A mis padres no les importa mi rendimiento en el colegio. 45. Siento que nadie en mi casa puede ayudarme cuando necesito algo. 46. Si deseo iniciar una conversación con mis padres ellos la evitan. 47. Para mis padres es más usual pasar un buen momento con sus amigos en casa que conmigo. 48. En mi hogar no existen momentos en los que mantengamos una charla padres-hijo. 49. Cuando mis padres quieren viajar o salir, ninguno de los dos me toma en cuenta o me avisa.		

			50. No suelo recibir abrazos, besos o un “te quiero” de mis padres. 51. Mis padres no me prestan mucha atención. 52. Cuando tengo algún problema, mis padres prefieren no intervenir.		
		Superprotector	53. El control que ejercen mis padres sobre mí es demasiado. 54. Las tareas que presento en el colegio son revisadas “de pies a cabeza” por mis padres. 55. Los peligros de la calle son un tema común en mi casa. 56. Mis padres me detallan lo que tengo permitido y prohibido las pocas veces que me dan permiso para salir. 57. Mis padres no dejan que me enfrente a un problema y busque la solución,		

			además de darme siempre la razón. 58. En conversaciones familiares mis padres dicen siempre lo que creen que es mejor para mí. 59. Mis padres siempre tienen una explicación cuando me equivoco. 60. Cuando conversamos en familia mis padres siempre me recuerdan las cosas que hacen por mí. 61. La comunicación con mis padres está dirigida a mis necesidades. 62. Mis padres exigen mucho más de lo que yo puedo rendir en el colegio. 63. Mis padres me dan siempre lo que creen que necesito (comidas, juegos, propinas perfectas, etc.) 64. Mis padres conocen cuáles son mis errores y		

			debilidades, por eso cuidan bien de mí. 65. Recibo afecto de mis padres por medio de regalos que ellos me hacen para satisfacer mis necesidades.		

Fuente: Elaboración de las investigadoras.

1.5. Justificación de la investigación.

En nuestros días, todavía existen adultos faltos del conocimiento y la sensibilidad necesaria que les permita entender y reconocer los síntomas que se presentan en un estado de depresión infantil; lo anterior deriva del hecho de que, históricamente, el niño siempre ha sido considerado como un ser cuyas necesidades básicas no eran importantes, por lo tanto, éstas rara vez se veían satisfechas, ello debido a que se les consideraba como adultos inferiores y se les trataba con indiferencia.

Esta creencia ha ido cambiado con el paso del tiempo, gracias al estudio progresivo del desarrollo humano y el descubrimiento de los cambios que se presentan en las diferentes etapas, lo que ha permitido entender la importancia que tiene la infancia en los seres humanos, ya que es el momento en que se forman y modelan para convertirse en las personas que serán como adultas.

La infancia es sin duda una de las etapas de mayor importancia en la vida del ser humano, debido a que en ella ocurren cuestiones tan trascendentes como la formación de la personalidad, y se fijan las bases para un normal desarrollo emocional e intelectual, para lo cual es fundamental el tipo de vínculo que los padres establecen con sus hijos, porque ellos incidirán en buena medida en que éstos puedan o no convertirse en adultos saludables, competentes y productivos.

Por lo expuesto anteriormente, es necesario conocer el grado de asociación entre la depresión infantil y los estilos parentales a fin de plantear medidas de prevención e intervención a nivel familiar.

Es por esto que los resultados encontrados serán de utilidad para la orientación psicológica de cada familia, así como para la planificación de las escuelas de padres, lo cual beneficiaría a los integrantes de esta comunidad educativa, al permitirles la mejora en la forma de interacción, comunicación y disciplina impartida hacia sus hijos.

Además, al conocer si existe sintomatología depresiva en la población, se identificarían de manera oportuna aquellos casos que requieran de una intervención psicológica, evitando que se desencadenen conductas autodestructivas.

Por otro lado, la utilidad de esta investigación se pondrá en evidencia, en la medida que la comunidad psicológica conozca los resultados obtenidos, promueva estilos parentales saludables y dé a conocer los efectos negativos de los estilos parentales poco saludables asociados a la sintomatología depresiva.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.

2.1. Antecedentes de la investigación.

2.1.1 A nivel internacional.

Orgilés, Gómez, Piqueras y Espada (2014), en la investigación "Relación entre rendimiento escolar y sintomatología depresiva en niños españoles" de la Universidad Miguel Hernández, expresan que se debe examinar el rendimiento escolar de los niños españoles en relación con la depresión infantil y el sexo; para ello, se aplicó el Inventario de Depresión Infantil de Kovacs (CDI) a 658 niños de edades comprendidas entre los 8 y 12 años, encontrándose al punto de corte del CDI que el 7.6% (n=50) del total de la muestra (n=685) manifiesta sintomatología depresiva.

Andrade, Betancourt, Vallejo, Segura y Rojas (2012), realizaron la investigación "Prácticas parentales y sintomatología depresiva en adolescentes". El objetivo de este estudio fue analizar el poder predictivo de las prácticas parentales en la sintomatología depresiva de los adolescentes, considerando el sexo del hijo y el sexo de los padres. Se seleccionó una muestra no probabilística de 1934 adolescentes, procedentes de tres ciudades de la República Mexicana (26.5% de la Ciudad de México, 26.7% de Poza Rica, Veracruz y 46.8% de Culiacán, Sinaloa). El 51.4% fueron hombres y el 48.6% mujeres, con un rango de edad de 11 a 17 años y una media de 13.3 años. Se evaluaron nueve dimensiones de prácticas parentales, cinco para la madre: Comunicación, Autonomía, Imposición, Control psicológico y Control conductual; y cuatro dimensiones para el padre: Comunicación/Control conductual, Autonomía, Imposición y Control psicológico. Para evaluar la sintomatología depresiva, se utilizó la versión revisada y adaptada para población mexicana de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D-R). Los resultados mostraron que la sintomatología depresiva se asoció de forma positiva con el

control psicológico e imposición de ambos padres y de forma negativa con la comunicación, autonomía y control conductual tanto materno como paterno. Se realizaron análisis de regresión lineal para determinar el efecto de las prácticas parentales en la sintomatología depresiva, los cuales se llevaron a cabo por sexo y por lugar de residencia. De manera general, los resultados mostraron que en las mujeres fue mayor el porcentaje de varianza explicado (de 26 a 31%) en comparación con los hombres (de 6 a 25%) y la dimensión que mayor varianza explicó en la mayoría de los grupos fue el control psicológico materno, excepto en los hombres de la Ciudad de México y Culiacán.

Iglesias y Romero (2009), investigaron los "Estilos parentales percibidos, psicopatología y personalidad en la adolescencia" teniendo como objetivo analizar la relación entre los estilos educativos percibidos, la psicopatología y la personalidad, tal y como se definen desde el modelo de Millon, en una muestra clínica de adolescentes. Participaron en el estudio 123 pacientes ambulatorios, de edades comprendidas entre los 12 y los 19 años. Para obtener los datos de esta investigación, se utilizó por una parte, la escala ESPA-29, Escala de Estilos de Socialización en la Adolescencia (Musitu y García, 2004), que permitió evaluar los estilos educativos percibidos y las dimensiones subyacentes a tales estilos; y, por otra parte, la escala MACI, Millon Adolescent Clinical Inventory (Millon, 1993), para la evaluación de la psicopatología y personalidad de los adolescentes. Los resultados obtenidos muestran una relación entre la depresión adolescente y el estilo autoritario.

Herrera, Losada, Rojas y Gooding (2009), realizaron la investigación denominada "Prevalencia de la depresión infantil en Neiva (Colombia)". El propósito de esta investigación fue identificar la prevalencia de la sintomatología de la depresión y las características sociodemográficas en niños de educación básica

primaria entre los ocho y los once años de edad con síntomas de depresión en la ciudad de Neiva, Colombia. Se realizó un muestreo probabilístico por conglomerados con un nivel de confianza del 95%. Los grados escolares de cada colegio del sector oficial y no oficial constituyen las unidades muestrales primarias; las unidades muestrales secundarias están conformadas por sesenta y tres grupos seleccionados de forma aleatoria, para un total de 1832 sujetos. Como instrumento de medición se utilizó el CDI (Inventario de Depresión Infantil de Kovacs, 1992), versión adaptada a la población española por Del Barrio (1999). Los resultados muestran una prevalencia del 17,09%, la cifra más alta reportada hasta el momento en Colombia, con mayor número de casos en niños con menor edad, difiriendo de los hallazgos de otras investigaciones.

Vallejo, Osorno y Mazadiego (2007), llevaron a cabo la investigación "Estilos parentales y sintomatología depresiva en una muestra de adolescentes Veracruzanos". El objetivo de este estudio fue analizar las relaciones entre los estilos parentales y la sintomatología depresiva en 372 adolescentes de ambos sexos de 12 a 18 años de edad. Para la evaluación de los estilos parentales se utilizó una adaptación de la Escala de Estilos Parentales desarrollada por Palacios y Andrade (2006), y la CES-D para medir la sintomatología depresiva. La consistencia interna de ambos instrumentos fue aceptable y los resultados muestran que existe una mayor sintomatología depresiva en las mujeres y que en ellas el estilo autoritario del padre y de la madre se asocia con los niveles más altos de sintomatología depresiva.

Vinaccia, Gaviria, Atehortúa, Martínez, Trujillo y Quiceno (2006), con su investigación "Prevalencia de depresión en niños escolarizados entre 8 y 12 años del oriente antioqueño a partir del Child Depression Inventory - CDI", tuvieron como objetivo estudiar la prevalencia de la depresión en una población infantil del oriente antioqueño. La muestra estuvo conformada por 768 sujetos

entre los 8 y los 12 años, de los cuales 379 eran de género masculino y 389 de género femenino, residentes en el municipio de La Ceja (Antioquia). Se utilizó el Children Depression Inventory (CDI) versión en español, de la escala original de Kovacs. Se encontró una media de depresión en la escala total de 10,52 y una desvaloración estándar de 5,61. La prevalencia de sintomatología depresiva encontrada fue de un 25.2% de la muestra investigada utilizando como punto de corte puntajes superiores a los 17 puntos. Esto evidencia que la sintomatología depresiva encontrada en niños escolares del oriente antioqueño es alta; se necesita mayor atención e investigación en esta población.

Alejandra (2005), realizó la investigación denominada "Depresión infantil en los niños de 3-6 años de edad en el jardín de niños Dolores Vega Anza de Zacatecas". Esta investigación tuvo como objetivo reconocer y determinar la existencia de síntomas de depresión infantil; llegando a la conclusión de que sí existen síntomas de depresión entre los alumnos del Jardín de Niños Dolores Vega Anza de la ciudad de Zacatecas; de los 80 menores 18 de ellos presentaron síntomas correspondientes a depresión moderada, de acuerdo con la escala aplicada ESDM 3-6; 12 de ellos corresponden al sexo femenino y 6 al sexo masculino, lo que indica que existe un mayor incidencia en niñas.

Arditi; Canelo; Castellano; Cervone; Simari; y Sztern (2004), presentaron los resultados del Proyecto de Investigación de Urgencia Social "Evaluación de riesgo depresivo y suicida en niños y adolescentes escolarizados de la Ciudad de Buenos Aires", en la cual se administró la escala CDI de Kovacs a niños escolarizados entre 6 y 12 años de ambos sexos. Luego de haber procesado los datos provenientes de una muestra total compuesta por 537 niños, se observó que la diferencia de los puntajes totales resulta estadísticamente significativa para la variable edad y no para la variable sexo. De esta manera se confirman los resultados

obtenidos trabajando en una primera etapa y con una muestra parcial. Se destaca la necesidad de aplicar el instrumento a muestras de distintas áreas geográficas argentinas y de distintos tamaños de ciudades, conformando así una población normativa específica para la Argentina. De acuerdo al estudio realizado se hace necesario dar prioridad a la detección precoz de indicadores de riesgo depresivo en niños.

2.1.2 A nivel nacional.

Arévalo (2012), quien realizó el estudio "Adaptación y estandarización del CDI, para las ciudades de Trujillo, Chiclayo y Piura". El objetivo fue adaptar y estandarizar la versión española del CDI en nuestro contexto para lo cual evaluó a una muestra de 10 200 sujetos entre niños y adolescentes de ambos sexos y de diferentes tipos de gestión educativa en las ciudades de Trujillo, Chiclayo y Piura. Se encontró que el 60% de la población escolar de Piura, Chiclayo y Trujillo muestra depresión moderada y en consecuencia poco interés por estudiar. Asimismo, un 20% de la población estudiada muestra depresión severa y apenas el otro 20% se muestra saludable emocionalmente.

Hinostroza et al. (2010), desarrollaron un estudio con el objetivo de determinar la asociación entre la dinámica familiar y las manifestaciones de depresión en escolares de 13 a 15 años de edad del colegio "Vista Alegre 3088" Zapallal en el distrito de Puente Piedra, aplicado a una población de 152 escolares. La recolección de datos se realizó a través de dos instrumentos: El inventario The Children's Depression Inventory, CDI de Kovacs para identificar las manifestaciones de la depresión y el APGAR familiar para evaluar la dinámica familiar. Se encontró asociación entre dinámica familiar y manifestaciones de depresión, siendo el tipo de familia "normofuncional" la que predomina con un mayor porcentaje de manifestaciones de depresión debido a otros factores como el nivel socioeconómico, genética, etc.

Yesquén, Yncarroca, Chabes y García (2006), investigaron la Prevalencia de depresión en niños de 8 a 11 años en una institución educativa del distrito de La Victoria en Lima, Perú. Dicho estudio surgió por el desconocimiento de estadísticas en nuestro medio de esta enfermedad en población infantil, el mismo que es de tipo observacional, descriptivo y prospectivo con un diseño transversal; para ello se utilizó el Children's Depression Inventory (CDI) y una ficha de recolección de datos que se aplicó a la muestra elegida por conveniencia, conformada por 170 alumnos (84 niñas y 86 niños). Los resultados obtenidos fueron que la prevalencia de depresión en la muestra es de 27.71% siendo 16.27% depresión leve y 11.44% depresión severa; se observó una tendencia a depresión severa sobre todo en mujeres. Con esto se concluyó la existencia de depresión infantil en dicha institución, con mayor incidencia en los nueve años y en el sexo femenino.

Serguienko (2005), indagó la relación entre el Clima Social en la Familia y Depresión en niños de 8 a 12 años pacientes de una institución de Salud Mental de Lima Metropolitana, para el cual se obtuvo una muestra conformada por 41 niños y sus madres, a quienes se les aplicó el Inventario CDI de Kovacs para niños y la Escala de Clima Social en la Familia (FES) a las madres. Se encontró que existe relación, aunque no significativa, entre el clima social en la familia y la depresión en niños de 8 a 12 años, pacientes de una institución de salud mental de Lima Metropolitana. Asimismo, que existe relación entre las dimensiones que componen el clima social en la familia: relación, desarrollo, estabilidad y depresión en los niños. En la dimensión desarrollo, los sujetos presentan un nivel no satisfactorio en el área organización. Los niños de las familias de tipo ampliadas, agregadas y avinculares presentan la depresión en un nivel alto y en mayor porcentaje.

2.1.3 A nivel regional y local.

Segura (2014), desarrolló el estudio "Sintomatología depresiva en niños internados de dos centros hospitalarios nacionales", de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. El estudio tuvo como objetivo determinar si existen diferencias entre las categorías de sintomatología depresiva en los niños internados en dos centros hospitalarios estatales. Para ello se administró el Inventario de Depresión Infantil (CDI) a 120 niños de 8 a 16 años. Los resultados indicaron que existen diferencias significativas en las categorías de sintomatología depresiva hallada en los menores del centro hospitalario A, en comparación con los del centro hospitalario B, ambos estatales. Asimismo se encontró que el 24,4% de niños internados del centro hospitalario A tienen síntomas depresivos marcados o severos mientras el 64% de niños del centro B presentan síntomas depresivos mínimos y moderados.

Rodríguez y Torres (2013) estudiaron los "Estilos de Crianza y agresividad en los estudiantes de Secundaria-Chiclayo" cuyo objetivo fue determinar la relación entre los estilos de crianza y la agresividad en estudiantes de 4to de secundaria de la Institución Educativa Estatal "Mater Admirabilis" de la ciudad de Chiclayo. Evaluaron a 196 estudiantes, utilizando la escala de Estilos de Crianza de Steinberg y el Cuestionario de Agresión (AQ) de Buss & Perry. Dentro de los resultados se encontró que el 27% utiliza el estilo Mixto; el 24% el estilo Negligente; un 17.9% el estilo Permisivo; 16.3% el estilo Autoritario y finalmente 14.8% el estilo Autoritativo.

Alarcón y Rubio (2010) investigaron los "Estilos de crianza y desajuste del comportamiento psicosocial en adolescentes de 13 a 18 años de edad, de la I.E. Nº 11016 Juan Mejía Baca del Pueblo Joven José Olaya-Chiclayo, 2010", cuyo objetivo fue determinar la relación entre los estilos de crianza y el desajuste del comportamiento psicosocial. La muestra estuvo conformada por

144 estudiantes a quienes se les aplicó la Escala de Estilos de Crianza para adolescentes de Steinberg y el Inventario de Desajuste del Comportamiento Psicosocial INDACPS de Sánchez, Oliver y Reyes. Los resultados indican que 37.5% de los adolescentes perciben a sus padres como permisivos e indulgentes; mientras que en la escala de Depresión del desajuste del comportamiento 61.8% presenta un nivel medio de depresión.

Incio y Montenegro (2009) en su investigación "Estilos de crianza y agresividad en adolescentes de 4to y 5to año de secundaria de la I.E. Virgen de la Medalla Milagrosa N° 11009 de Chiclayo" de la Universidad Señor de Sipán; tuvieron como objetivo determinar la relación entre ambas variables. Para ello, evaluaron a 221 adolescentes empleando la Escala de Estilos de Crianza de Steinberg y el Cuestionario Modificado de Agresividad de Buss-Durkee. En los resultados se encontró que el estilo de crianza con mayor porcentaje fue el Autoritario con 27,1%; seguido del estilo Mixto con 23,5%; luego los estilos Negligente y Permisivo con 19% y finalmente el Autoritativo con 11,3%.

Osores (2006) realizó en la ciudad de Chiclayo la investigación "Relación entre funcionalidad familiar y depresión en los estudiantes de educación secundaria de la Institución Educativa El Pacífico" teniendo como objetivo determinar la relación entre sus variables. Se evaluó a 105 adolescentes de ambos sexos, encontrándose que el 34.28% de los evaluados presenta depresión leve; el 31.42% no manifiesta depresión; 21.9% tiene depresión moderada y el 12.38% muestra depresión grave.

2.2. Bases teóricas.

Depresión infantil.

Polaino-Lorente (1988) (como se citó en Reátegui, 1994) refiere que fue a partir del siglo XVII cuando se empezó a hablar del concepto de melancolía, el cual estaba asociado principalmente a los adultos. Hasta que

en 1621 aparece un texto clásico y representativo “anatomía de la melancolía” donde el clérigo Robert Burton, relata en forma extensa su propia experiencia haciendo cierta mención a la infancia.

En el siglo XIX, hicieron su aparición los primeros textos de psiquiatría infantil con ambiguas referencias sobre la melancolía en el niño, en esta misma época, fue donde se dan a conocer diversas publicaciones sobre suicidio infantil.

En este mismo período Descuret (1852) (como se citó en Polaino-Lorente, 1988), francés y doctor en medicina, describió por primera vez un caso diagnosticado de nostalgia en un niño de dos años que había sido separado de su nodriza. Los síntomas que se hicieron mención en aquella época hoy se pueden identificar como intolerancia a la frustración, aislamiento social, ansiedad, apatía, desesperanza, tristeza, labilidad afectiva, cogniciones depresivas, pérdida del apetito y de peso, síntomas vegetativos, ideas delirantes e insomnio. Este autor hizo referencia a lo que 100 años más tarde describió Spitz y Wolf como producto de la separación materna, así como a las teorías psicoanalíticas de pérdida del objeto y al modelo de pérdida del reforzamiento de Lewinsohn.

Pero, es a partir del siglo XX que las reseñas sobre depresión o melancolía infantil comenzaron a difundirse y a ser más numerosas. Paralelamente a ello, empieza a prevalecer el término “depresión”, suplantando de esta forma al de melancolía”.

Asimismo, Melanie Klein (1934) (como se citó en Figueras, 2006) fue la primera que introdujo el término depresión referido a la infancia. Después de ello hacen su aparición Spitz (1946) y Bowlby (1960) (como se citó en Figueras, 2006) el primero con la denominada depresión anaclítica de los bebés, y el segundo habló del apego y los efectos patológicos de la separación en la infancia; ambos autores refieren un cuadro clínico producto de la separación de la madre. Posteriormente, en los años sesenta, surgen los conceptos de depresión enmascarada y

equivalentes depresivos, los cuales describían que la sintomatología de la depresión en el niño tenía poco o nada que ver con la depresión típica.

Sin embargo, Figueras (2006) refiere que no fue hasta 1970 que se aceptó la aparición de un síndrome depresivo específico en la infancia, lo cual se va haciendo casi unánime, dando así inicio a la fase actual en el estudio de la depresión infantil.

Definiciones.

En la actualidad, distintos autores dan diversas definiciones de depresión infantil, como Mojarro (2008) quien manifiesta que el primer estudio para describir una forma de depresión infantil, parecida a la del adulto fue realizado por Spitz y Wolf en 1946, quienes observaron a niños de 6 a 11 meses, al ser separados de sus cuidadores primarios, encontrando que estos niños desarrollaban síntomas durante semanas que recordaban a la depresión adulta.

Los síntomas más importantes que detectaron eran: tristeza, llanto, apatía, expresión facial aprensiva, retraimiento durante 2 ó 3 meses, pérdida de peso, insomnio, vulnerabilidad de su organismo, retardo en el desarrollo psicológico, rigidez expresiva, reducida actividad física y contacto humano huidizo. Esta misma sintomatología se hacía mucho más intensa cuando la privación emocional era total, con lo que se originaba la llamada situación de “hospitalismo”.

Es así que, Rodríguez y Ortiz (2008) afirman que el término depresión ha sido definido de diversas maneras y ha sido ampliamente estudiado durante siglos, sin embargo, desde el punto de vista psicológico actual, la depresión es un término genérico que se aplica a un conjunto de desórdenes de la afectividad, cuyo rasgo esencial y común es una alteración del estado de ánimo unida a problemas cognitivos, psicomotores, psicofisiológicos e interpersonales, que suceden como condiciones únicas o acompañados de otros estados patológicos, es decir,

las diversas esferas tanto psíquica, somática y conductual son alteradas en grados diversos.

Es por ello que se define a la depresión infantil como “un desorden caracterizado por una alteración en el estado de ánimo, acompañada de cambios en el comportamiento, a nivel escolar, en el hogar o la comunidad”. Este estado depresivo persiste y obstaculiza las capacidades y acciones de la persona.

Navarro (2004) manifiesta que la depresión infantil puede definirse como “una situación afectiva de tristeza mayor en intensidad y duración que ocurre en un niño”. Es por ello que cuando los síntomas se presentan por más de dos semanas, se puede hablar de una depresión mayor, sin embargo, cuando estos síntomas pasan de un mes, hablamos de un trastorno distímico.

Orbegoso (2002) refiere que la depresión infantil es definida como un trastorno afectivo que puede aparecer ya desde el comienzo de la vida y, que a pesar de poseer rasgos diferenciales, nos brinda una sintomatología similar a la depresión en adultos: disforia, anhedonia, trastornos del sueño y apetito. Dicha sintomatología puede aparecer incluso en los primeros meses o como a los 18 años. Pese a presentar una sintomatología similar a la adulta, posee características específicas que la distinguen, propias de cada edad, las cuales se originan debido a los componentes que constituyen el fundamento básico de la niñez, siendo alguno de estos componentes fundamentales: la inmadurez biológica, el cambio acelerado y la dependencia respecto del adulto.

Es importante tener en cuenta que el modo en el que se manifiesta una conducta depresiva en niños es distinto a la de los adultos, pues de no prestar atención a ello, dichos síntomas pueden pasar desapercibidos o simplemente confundirse como problemas de conducta.

Romeu (como se citó en Orbegoso, 2002) define a la depresión infantil como cualquier trastorno emocional que se manifiesta a través de

síntomas en la conducta o en el aprendizaje. Cualquier cambio de conducta puede deberse a una depresión en el niño. Los síntomas diferenciales son muy variados: desánimo, astenia inmotivada, irritabilidad, indecisión, sentimientos negativos acerca de uno mismo, sensación de incapacidad y fracaso.

Según Marsellach (2008) el concepto de depresión en niños se forma como tal en 1987 y se define como un conjunto de síntomas que forman un síndrome que puede encontrarse en cualquier edad, pero para poder hacer referencia a la sintomatología depresiva, debe de perdurar alrededor de un mes. Los síntomas más representativos en la depresión infantil son aquellos aspectos que se ven alterados tanto a nivel cognitivo, nivel afectivo y nivel motriz.

Pauchard (2007) define la depresión infantil como una enfermedad que persiste e interfiere con las capacidades y acción de la persona, dicha situación se caracteriza por los siguientes síntomas: tristeza persistente y llanto excesivo, pensamientos o expresiones suicidas o actuaciones autodestructivas, ataques de rabia u hostilidad persistente, baja autoestima, aislamiento social y comunicación pobre con otros.

Por otro lado, Herrera et al. (2009) refiere que dentro de la literatura científica la depresión infantil es un fenómeno relativamente nuevo, pues aún se cree que es incompatible relacionar al niño con la depresión cuando el mundo de la infancia se representa mediante la risa, la alegría, el bullicio, entre otros. Sin embargo, es sólo hasta 1977, con la publicación de las actas del Congreso Nacional del Institute of Mental Health (NIMH) y con la publicación del DSM III en 1980, cuando se acepta la existencia de la depresión infantil, con la posibilidad de ser diagnosticada con los mismos criterios de la del adulto. Siendo en 1977 establecida como la fecha de partida y 1980 como la época de expansión.

Rutter (1966) (como se citó en Herrera et al., 2009) propone que la depresión infantil es transitoria, él postula que esta puede surgir en cualquier momento del desarrollo, pero la sintomatología se dispersa en

función de la edad. Los síntomas que presentan pueden variar a través de distintos estadios, es por ello que no se deben confundir los que son comunes en el desarrollo, con aquellos que son específicos de un desorden depresivo. Por último, refiere que la depresión infantil es paralela a la del adulto y, por lo tanto, es un desorden no encubierto, similar al del adulto.

Así mismo, Alejandra (2005) afirma que la depresión infantil puede aparecer en cualquier momento del desarrollo del niño, lo que cambia es su sintomatología, la cual va acorde a la etapa en que este se encuentra.

Beck (como se citó en Alejandra, 2005) señaló que las cuatro categorías de síntomas depresivos en el adulto también se presentan en el niño, éstas son: afectiva, cognitiva, motivacionales y vegetativas–psicosomáticas. Hoy se acepta ampliamente que la depresión infantil es paralela a la del adulto, y, por lo tanto, se propone que es un desorden similar más no igual.

Sin embargo, Carlson (2000) afirma que estudios recientes han mostrado que en los niños y adolescentes la depresión se presenta con síntomas diferentes al de los adultos; en los niños y adolescentes es más frecuente la comorbilidad con otros desórdenes que hacen más difícil el diagnóstico. En la depresión del niño prevalecen significativamente las alteraciones del comportamiento, que constituyen una manifestación de las alteraciones del humor. En la adultez es muy frecuente que este trastorno continúe afectando numerosas áreas de la vida, incluso, algunas depresiones pueden continuar con el trascurso de los años.

Del Barrio (1997) define la depresión infantil como un trastorno afectivo en el que el niño o adolescente que está en esta situación se siente triste, desganado, descontento de sí mismo, de su entorno y en ocasiones también furioso por todo ello.

Mojarro (2008) afirma que la depresión también podría estar presente pero enmascarada por otras conductas denominadas “equivalentes depresivos”, los cuales incluyen síntomas del área externalizante

(hiperactividad, delincuencia, agresividad, irritabilidad), quejas somáticas (dolores de cabeza, dolores de estómago y enuresis) y problemas escolares (fobia escolar, pobre desarrollo académico) principalmente. Dichos síntomas pueden ser tempranas manifestaciones prodrómicas en sujetos predispuestos, los cuales son vulnerables por la edad y estructura de personalidad del niño.

De la misma forma, Buj (2007) manifiesta que merece una mención especial la llamada "depresión enmascarada" puesto que este tipo de depresión no muestra trastornos del ánimo, sino que en su desarrollo va presentando otros síntomas como hiperactividad, conductas antisociales, conductas agresivas y trastornos del aprendizaje. Así mismo, afirma que este trastorno aunque presenta características comunes a los trastornos depresivos del adulto, tiene características particulares según la edad del niño. En niños pequeños, por ejemplo, la depresión infantil está muy relacionada con la "angustia de separación".

Características de la depresión infantil.

En la línea teórica que considera que la depresión infantil presenta características equiparables con la depresión en adultos, se encuentran las clasificaciones internacionales de trastornos mentales como el DSM-IV y el CIE-10. En la misma línea, otros autores como Waslick et al. (2003) refieren que los síntomas de la depresión infantil son muy similares a lo largo del espectro evolutivo y que sólo una pequeña minoría de niños y adolescentes presentan diferencias por lo que no proponen un enfoque evolutivo.

La clasificación propuesta en el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association [APA], 2002) considera para niños y adultos los mismos criterios diagnósticos, salvo dos características que lo diferencian: (a) la aceptación de que, en niños y adolescentes, la irritabilidad puede reemplazar el estado de ánimo depresivo; y (b) que los niños o adolescentes no solo subirán o bajarán de peso; sino que, al estar en

proceso de crecimiento, se considera que la inapetencia y la falta de un peso adecuado para su edad es un indicador importante a tomar en cuenta.

Los autores del CIE-10 (Organización Mundial de la salud [OMS], 2007) no reconocen ningún criterio específico en función de la edad. Sin embargo, los criterios diagnósticos del CIE-10 se diferencian del DSM-IV-TR, pues consideran que la pérdida de la autoestima es un síntoma separado del criterio de sentimiento inapropiado de inutilidad y culpa excesivas e inapropiadas; así como también, se diferencian en el número de síntomas utilizados para los criterios diagnósticos, por lo menos seis aparte de los síntomas generales.

La segunda línea teórica, considera que la depresión infantil debe conceptualizarse a partir de un criterio evolutivo. Postula que es necesaria una evaluación de los síntomas a través de los niveles del desarrollo, planteando que a pesar de que la depresión infantil posee similitud con la depresión adulta, tiene características que la diferencian, las cuales están originadas básicamente en la naturaleza evolutiva del niño y del adolescente. Al respecto, Del Barrio (2005) y Kowatch, Emslie y Kennard (1996), refieren que esta influencia se manifiesta en los desencadenantes, en la forma en que se expresan los síntomas, en el curso y en el pronóstico del trastorno.

Los autores pertenecientes a esta línea teórica, critican el hecho de que las clasificaciones internacionales no toman en cuenta, con la especificidad necesaria, las características propias de la niñez y la adolescencia. Kowatch et al. (1996), refieren que las clasificaciones propuestas específicamente para los niños y adolescentes limitan y describen más adecuadamente, para este grupo etáreo, las características de esta patología.

Del Barrio (2000) hace una síntesis de lo que varios autores refieren como síntomas habituales de la depresión infantil y los clasifica en seis categorías:

Emocionales.

En los cuales se encuentran los sentimientos de tristeza, pérdida del disfrute, falta de sentido del humor, cambios bruscos del humor, irritabilidad; así como la ausencia de interés y llanto excesivo.

Motores.

Se hace referencia por un lado a la hipoactividad, letargo, enlentecimiento motor, inmovilidad, torpeza, estupor y atonía; y, por el contrario, también encontramos la hiperactividad e inquietud.

Cognitivos.

Falta de concentración, pérdida de memoria y descenso en el rendimiento académico; así como, pesimismo, desesperanza, indecisión, sentimientos de culpa, baja autoestima e ideas de suicidio.

Sociales.

Entre ellos encontramos el aislamiento, retraimiento, evitación e incompetencia social.

Conductuales.

En esta categoría encontramos síntomas referidos exclusivamente a la depresión infantil, en comparación a la adulta, entre los cuales se cita: protestas, riñas, desobediencia, rabietas, indisciplina escolar, delincuencia, drogas y piromanía.

Psicosomáticos.

Entre estos síntomas destacan la enuresis, fatiga, pérdida de peso, dolores múltiples, pesadillas, cambios en el sueño y el apetito; así como la baja de las defensas inmunológicas, dermatitis y alergias.

Asimismo, Del Barrio (2000), agrupa éstas categorías en dos dimensiones:

Estado de ánimo disfórico.

Es una expresión o muestra de tristeza, soledad, desdicha, indefensión y/o pesimismo. El niño manifiesta cambios en el estado de ánimo, mal humor, irritabilidad, se enfada fácilmente, llora con facilidad. Es negativista y resulta difícil de complacerle.

Ideas de Auto desprecio.

El niño expresa sentimientos de irritabilidad, incapacidad, fealdad y culpabilidad. Presenta ideas de persecución, deseos de muerte y tentativas de suicidio, revela ideas de escaparse y huir de su casa.

Etiología de la depresión infantil.

Rodríguez y Ortiz (2008) refieren que la depresión infantil ha sido asociada a diversos factores precipitantes como los biogenéticos y psicosociales que son aquellos que se refieren a circunstancias o eventos críticos inmediatamente anteriores a la aparición de la misma.

Factores biogenéticos.

Según los modelos actuales, en la génesis de la depresión participan factores biológicos en los que se incluyen la disfunción del sistema neuroendocrino (aumentan los niveles de cortisol y disminuye la hormona de crecimiento), por una disminución de la actividad de serotonina (neurotransmisor neuronal) y por efecto de la herencia (caso de padres depresivos).

Solis (2009) afirma que la depresión infantil se produce por una alteración de los neurotransmisores y la manera de tratar será mediante la administración de psicofármacos.

Algunas investigaciones genéticas y neuroendocrinas se han centrado en encontrar marcadores biológicos que, al igual que los que se han encontrado en la depresión presente en adultos, permitan explicar la aparición de sintomatología depresiva en los niños. Las hipótesis que se pretenden corroborar son principalmente: la hipótesis aminérgica (afirma

que la depresión infantil se relaciona con un déficit funcional de noradrenalina y de serotonina), y la hipótesis neuroendocrina (asocia los síntomas depresivos a alteraciones endocrinas de los ejes que controlan la actividad tiroidea y la corticosuprarrenal, así como el funcionamiento de las hormonas sexuales y del crecimiento). Sin embargo, la comprensión de la neurobiología de la depresión pediátrica es todavía limitada, recabando resultados que oscilan entre aceptar o rechazar las semejanzas biológicas entre niños, adolescentes y adultos deprimidos. Así mismo, en investigaciones dirigidas a comprender la sintomatología depresiva forjada en la niñez, se han puesto en manifiesto mediante altas tasas de depresión y ansiedad en los familiares de primer grado de los niños que presentan esta patología; es importante señalar que los factores genéticos parecen tener un influjo mayor en la etapa adolescente.

Así mismo, se ha descubierto que existe una significativa interacción ambiente-genética en lo relativo a la depresión. Es decir, se confirma el papel importante en la formación de la sintomatología depresiva en la infancia, mediante la interacción entre factores contextuales y factores individuales.

Factores psicosociales.

Desde el momento del nacimiento, o quizás antes, todo niño está sometido a un sin fin de estímulos, experiencias, situaciones traumáticas, eventos positivos y negativos, que forman parte de nuestro complejo entorno social. Muchos de ellos pueden poseer angustia y/o depresión, de esta forma la mayoría de los clínicos e investigadores han compartido la convicción de que existe una relación entre los sucesos estresantes de la vida y la depresión clínica.

Otro factor importante es la familia, al ser la encargada de mantener satisfactoriamente el equilibrio de sus miembros en los niveles sociales, biológicos y psicológicos. La familia es el entorno más inmediato del niño, el apego entre madre e hijo, es el vehículo de una adecuada integración social y personal del niño. Más tarde se vuelven indispensables para el

normal desarrollo del niño, las buenas relaciones con los padres. La posición que se ocupa entre los hermanos tiene una fuerte influencia sobre la depresión. Los padres deben prestar especial atención a la construcción de una adecuada autoestima y auto eficacia en el niño, así como incentivar en ellos la capacidad de afrontamiento y el manejo adecuado de la frustración.

Se ha detectado que los eventos vitales más significativamente asociados a la depresión infantil son la muerte de familiares cercanos como los padres, hermanos, abuelos, tíos y primos o mascota, la separación o divorcio de los padres, padre ausente, maltrato físico y/o verbal por parte de algún familiar cercano, abuso sexual y familia disfuncional.

En la actualidad se admite una compleja interacción de distintos factores biogenéticos como psicosociales que sirven de base para la aparición de las distintas conductas normales y patológicas. Es necesario que se dé una cierta vulnerabilidad personal, familiar y ambiental que combinadas dan lugar a la aparición de una conducta desajustada.

En conclusión, se puede afirmar que el término de depresión infantil, es relativamente nuevo, sin embargo, es muy amplio y aplicable a un conjunto de alteraciones de la afectividad del niño, la cual va acompañada de diversos problemas cognitivos, motores, fisiológicos e interpersonales, variando en intensidad y duración, afectando de manera significativa su desarrollo.

Factores de riesgo de la depresión infantil.

La interacción de factores personales y ambientales puede generar depresión infantil.

Entre los factores personales se cuenta la vulnerabilidad diferencial de los sujetos a desarrollar una depresión en relación con elementos que atañen al sujeto (sistema nervioso, temperamento, personalidad) y que de alguna manera representa una disposición a priori del comportamiento.

Mientras, que en los factores ambientales estarían aquellos que atañen directamente a la familia (apego, dinámica familiar, relaciones) y los que corresponden al entorno social inmediato (escuela) o mediato (sociedad, cultura), además de las variables ecológicas. Los acontecimientos del entorno constituyen la estimulación que condicionan determinadas respuestas del sujeto en función de sus características personales produciéndose una interacción que explica la aparición de la conducta tanto adaptada como desadaptada.

Factores personales.

Incluye todos los factores que atañen a un sujeto tanto desde el punto de vista físico (biológico) como psicológico.

Biológico.

Del Barrio (2000) (como se citó en Arévalo, 2008), afirma que desde la perspectiva orgánica, se considera que la depresión tiene su origen en una disfunción de los mecanismos neurofisiológicos que regulan la conducta ya sean estos de carácter hereditario o adquirido. Estudios recientes han encontrado una correlación moderada entre síntomas depresivos en gemelos monocigóticos, lo que resulta nuevo es que la localización de esta disfunción se asocia al Sistema Límbico, especialmente el eje hipotalámico pituitario y a los neurotransmisores implicados en su conexión.

En la actualidad, se ha demostrado que los sujetos deprimidos tienen unos niveles excesivamente altos de cortisol y estos niveles descienden cuando mejora la secreción de la "hormona de crecimiento", en los niños deprimidos existe un déficit, así como se han encontrado bajos niveles de secreción de norepinefrina, serotonina y melatonina. Así mismo, diversos autores encuentran diferencias en los ritmos del sueño en niños deprimidos.

Con relación a la transmisión genética se ha encontrado que los familiares de primer y segundo grado de consanguinidad son vulnerables a

la depresión, estadísticamente presentan mayores índices depresivos, al igual que en otros disturbios. También se ha encontrado que se desarrolla depresión cuando se conoce el diagnóstico de las enfermedades agudas o crónicas como: el asma, la desnutrición grave, la diabetes, el cáncer, las cuales conllevan a cambios de hábitos en el manejo de dicha enfermedad así como de las complicaciones y de su evolución.

Psicológico.

Los factores de riesgos psicológicos se refieren a episodios anteriores, repertorios básicos de conducta, comorbilidad y personalidad. Depresiones precedentes, de solución de problemas de auto- observación, de auto-refuerzo, etc.

El temperamento es una parte biológicamente determinada de la personalidad que incluye el sustrato neurológico, endocrinológico y aún bioquímico desde el cual la personalidad comenzará a formarse. Dentro de los rasgos temperamentales los que se asocian a la depresión son: la emocionabilidad excesiva, porque hace incontrolables las reacciones de esta naturaleza; la sociabilidad deficiente, porque dificulta la comunicación; y por tanto, la expresión de sentimientos y la actividad deficiente, porque resta capacidad de tener experiencias.

Las investigaciones en relación al temperamento y la depresión se basan mayormente en los datos que aportan los padres apuntando a una baja sociabilidad, una alta emocionabilidad y una adaptación deficiente, que suponen un mayor riesgo en la aparición de la depresión infantil.

La personalidad es un patrón complejo de características psicológicas profundamente arraigados, que son difíciles de cambiar, y que se expresan en casi todas las áreas de funcionamiento del individuo. Estos rasgos surgen de una compleja matriz de determinantes biológicos y aprendizajes, y comprenden el patrón idiosincrásico de percibir, sentir, pensar, afrontar y comportarse de un individuo.

Muchos autores sostienen que los sujetos neuróticos: hipersensibles e inestables emocionalmente tienen mayor tendencia a desarrollar depresión sí se les compara con sujetos controlados emocional mente quienes más difícilmente caerán en ella

Algunos estudios reportan que los sujetos introvertidos, poco sociables y retraídos corren más riesgo de llegar a ser depresivos que los extrovertidos, es decir aquellos que disfrutan de la compañía y tienen facilidad para el contacto social tienen también una menor probabilidad de deprimirse

En la actualidad la mayoría de expertos apoyan la idea de la interacción entre lo biológico y lo ambiental de tal manera que es posible que ante los mismos acontecimientos dos sujetos reaccionen de forma diferente porque tienen un sustrato que procesa de distinta manera una misma información o porque han tenido experiencias diferentes.

Este es el caso de ciertas cualidades personales cuya adquisición depende del aprendizaje social al que se esté sometido que tienen mucho que ver con la posibilidad de ser feliz o por el contrario caer en una depresión: la autoeficacia, la búsqueda de seguridad, las expectativas y la autoestima, las cuales están estrechamente ligadas en la relación que los padres brindan al niño sobre sí mismo.

Factores ambientales.

Se considera a aquellos factores ambientales que habitualmente se han relacionado con la aparición de la depresión infantil: familia, escuela, sociedad y ecología.

Familia.

Para un niño el factor ambiental más importante es la familia nuclear, que se comporta como una placenta social y condiciona y mediatiza la mayor parte de los aprendizajes que un ser en desarrollo lleva a cabo. Es evidente que la familia no es una galaxia, sino que viene y actúa inmersa

en una sociedad, en una cultura y en una época. Todo ello condiciona su funcionamiento, sus posibilidades y sus expectativas.

Payne y Range (1996) (como se citó en Arévalo, 2008) afirman que normalmente cuando se habla de familia se usan dos conceptos: el de estructura y el de función. Realmente lo importante es la función, que consiste en educar a un niño para que pueda subsistir autónomamente en el mundo y en las mejores condiciones posibles, consideradas estas desde una perspectiva tanto material como psíquica. Por consiguiente, las variables del entorno familiar juegan un papel fundamental para el desarrollo y mantenimiento de la depresión, y uno de los posibles síntomas es el suicidio.

La afectividad es una de las nutrientes psicológicas importantes para el niño; el niño atiende, aprende y se socializa porque se halla vinculado sentimentalmente a sus progenitores. El cariño que un niño siente por su cuidador primario (apego) es el motor para el esfuerzo de aprender todos los elementos que componen el complejo mundo en el que se tiene que integrar. La carencia de afectividad, donde el niño no se sienta querido, apoyado, admirado, es decir, psíquicamente protegido puede desarrollar diversos tipos de problemas y uno de ellos puede ser la depresión.

Prácticamente hay unanimidad en las investigaciones sobre la existencia de una correlación positiva entre las malas relaciones padres-hijos y depresión infantil. Por otra parte, también se ha comprobado que el curso de la depresión en el niño está correlacionada con esta interacción, puesto que cuando la relación es mala es más difícil la recuperación y mejoría del niño, constatándose que las causas son de naturaleza plural.

En algunas situaciones esas malas relaciones se basan en que los padres no saben controlar sus sentimientos negativos y los dirigen a sus hijos, provocando la aparición de riñas y peleas, situación que correlaciona positivamente con la depresión infantil.

En otras circunstancias el desencadenante de las malas relaciones son las excesivas expectativas de los padres que someten a los hijos a una presión inadecuada (Del Barrio, 2000); los niños comparan sus logros con lo que se pretende de ellos y entran en un proceso de menoscabo de la autoestima que les lleva a la depresión.

El clima familiar se genera en el tipo de estructura que la familia crea en función de la comunicación y el control. El mal clima familiar es otro de los elementos ambientales clave en el desarrollo de una depresión y se produce más habitualmente en las familias con normas muy rígidas y con distanciamiento afectivo.

La inestabilidad emocional de los padres es un claro factor de riesgo para la aparición de la depresión infantil. Repetidamente se ha constatado que las familias con problemas emocionales crean un entorno que incrementa ciertos factores de riesgo de la depresión, como los niveles bajos de actividad social, intelectual, deportiva, recreativa o cultural y por lo tanto, no ofrecen a sus hijos las experiencias adecuadas para una vida feliz.

Entre los problemas de los padres están todos aquellos que tienen que ver con la salud física y mental. Cualquier tipo de deficiencia en los progenitores se traduce en una dificultad para llevar a cabo las funciones de crianza. La salud mental de los padres tiene relación no solo con la depresión, sino con todo tipo de alteraciones infantiles. Dentro de los factores desencadenantes de la depresión en a infancia se encuentra correlato entre los problemas de los hijos con los de los padres Chiarello y Orvaschel, 1995; Zima, Wells y otros, 1996; Manasiss y Hood, 1998; Strech, Davison otros, 1999 (como se citó en Arévalo, 2008) así como las percepciones de cuidado parental deficientes durante la infancia Boyce, Harris, y otros, 1998 (como se citó en Arévalo, 2008).

La familia con padre ausente y que no participa en la comunidad, presenta con mayor frecuencia niños con conductas desadaptativas en las

escuelas y con síntomas depresivos López, De la Barra y otros, 1995 (como se citó en Arévalo, 2008).

Escuela.

Inmediatamente después de la familia la escuela representa el entorno infantil más cercano, donde el niño suele pasar más horas de vigilia que en su hogar y son los profesores quienes se van a convertir en un modelo muy importante en la vida del niño contribuyendo todo el sistema en su conjunto en el desarrollo intelectual, emocional y de competencia social. Los estudios de niños depresivos indican que se autoperciben con baja aceptación social y poca habilidad atlética al relacionarse con sus pares.

En general, se aprecia que el niño depresivo es valorado negativamente por sus padres, profesores y compañeros generando consecuencias desagradables como dificultades en la comunicación rechazo y crítica lo cual favorece que el niño disminuya su autoestima y nivel de aspiraciones, se aísle y se sienta culpable de lo negativo que suceda, de esta forma el niño va perdiendo confianza en sí mismo, y lo que pudo haber sido ocasional o producto de inadecuada metodología, enseñanza o estrategias de motivación, se convierte en algo crónico y en fracaso escolar, cuyas consecuencias son mucho más serias y si puede condicionar un cuadro depresivo en el niño.

Entorno social.

Dentro del entorno social mediato encontramos: la sociedad, la economía, la cultura, la política y la ecología.

Si bien se ha señalado que la familia influye primordialmente en el niño los factores sociales influyen en su comportamiento. Uno de estos factores que inciden en su conducta es el nivel socioeconómico en que se desenvuelve el niño. En medios económicos precarios, una enfermedad, una privación de trabajo, un salario insuficiente, producen un trastorno familiar que repercuten en él. Además de la escasez continuada de medios

hace que su alimentación sea inadecuada y de lugar a desnutriciones y retrasos en el desarrollo o a estados indefensos del organismo.

Es también factor de influencia, el barrio o zona en que el niño vive, el tipo de personas, vecino, amigo con los que comparte.

Estilos parentales.

Modelos teóricos.

A continuación se presentan los primeros modelos propuestos en el estudio de los estilos parentales:

El modelo Psicodinámico.

Darling y Steinberg (1993) (como se citó en Raya, 2008) refieren que estas teorías sustentaban que las diferentes relaciones emocionales entre padres e hijos eran consecuencia de los diferentes atributos parentales, y muchas investigaciones se centraron en las actitudes como atributos fundamentales. Es así que Orlansky (1949) (como se citó en Raya, 2008) después de observar que no había una relación consistente entre ninguna práctica parental específica y los resultados en el niño, llegó a la conclusión que, una medida disciplinaria específica no ejerce una influencia psicológica invariable sobre el niño y que sus efectos pueden ser medidos sólo desde un estudio de las actitudes parentales asociadas a ésta. La creencia de que las actitudes determinaban las prácticas parentales llevó a muchos investigadores a pensar que midiendo las actitudes se podía conocer la forma en la que interactuaban los miembros de una familia, lo que determinaría la relación padre hijo y su influencia en el desarrollo del niño (Baldwin, 1948; Orlansky, 1949; Schaefer, 1959; Symonds, 1939; como se citó en Raya, 2008)

El dar mayor énfasis a las actitudes originó un problema para los investigadores, ya que estos manifestaban que si bien el comportamiento estaba determinado y compuesto por actitudes, estas eran expresadas por medio de comportamientos, es así que Symonds (1939) (como se citó en Raya, 2008) afirmó que la seguridad emocional del niño deriva de los

sentimientos, actitudes, necesidades y propósitos de los padres, pero sólo si le son abiertamente expresados por medio de palabras y acciones. Por lo tanto, aunque las actitudes son juzgadas como más importantes que los comportamientos, no hay forma de medir las primeras sin medir los segundos.

Es así que se planteó el estudio de la suma de comportamientos específicos a lo que Schaefer (1959) (como se citó en Raya, 2008) denominó nivel molar; en lugar de estudiar prácticas individuales, las prácticas parentales se agruparon en categorías más amplias en base a su capacidad para cambiar los procesos emocionales, siendo estas la concesión de autonomía, ignorancia, castigo, percepción del niño como una carga, severidad, uso del temor como medio de control y expresiones de cariño.

El modelo basado en el aprendizaje.

Los investigadores de los estilos parentales basados en la teoría del aprendizaje social y la modificación de la conducta también los categorizaban de acuerdo a los comportamientos pero poniendo énfasis en las prácticas parentales y no en las actitudes, puesto que se pensaba que las diferencias en el desarrollo del niño eran producto de los diferentes entornos de aprendizaje a los que habían sido expuestos. En esta teoría se utilizó el análisis factorial para plantear categorías como el control, la cual incluía prácticas como el uso de castigo físico, la sanción contra la agresión, el fracaso o éxito en el establecimiento de reglas, etc.

El estilo parental fue usado como un constructo que aglutinaba y resumía los resultados de muchos análisis realizados sobre prácticas parentales específicas, más que para referirse a este como una entidad en sí misma (Darling y Steinberg, 1993; como se citó en Raya, 2008).

Para la presente investigación se asume el modelo teórico del aprendizaje, del cual se derivan las principales definiciones.

Definiciones.

Existen un conjunto de definiciones sobre la variable estilos parentales, al respecto algunos autores pretenden dar una definición aproximada, las cuales se describen a continuación:

Baumrind (1968), afirma que el estilo parental es un conjunto global de características de la familia (ideología, el uso de técnicas de disciplina, demandas de madurez), que influyen en el proceso de socialización de sus hijos de acuerdo a las demandas de la sociedad.

En el intento de fusionar el modelo de Baumrind con otras dimensiones, Maccoby y Martin (1983) transformaron las tipologías de Baumrind, concibiendo al estilo parental como reflejo de dos procesos subyacentes: el número y tipo de demandas hechas por los padres y la contingencia del refuerzo parental. Surge así el modelo bidimensional, en el cual la primera dimensión abarca afecto/comunicación y la segunda dimensión control/exigencia. Del cruce de estas dimensiones derivan los cuatro estilos parentales.

Así mismo, el concepto de estilo parental o estilo de crianza se entiende como aquel conjunto de saberes y supuestos ideológicos que modelan la acción de los sujetos a nivel de "socialización primaria", cuya realización queda normalmente a cargo de la familia. "Son las distintas maneras en que los padres y madres orientan la conducta de sus hijos e hijas, incluyendo las reacciones que presentan cuando éstos últimos transgreden las normas familiares y sociales" González (2002).

Por otro lado, Darling y Steinberg (1993) (como se citó en Merino y Arndt, 2004) definieron el estilo de crianza como "una constelación de actitudes hacia los niños que son comunicadas hacia él y que, tomadas en conjunto crean un clima emocional en que se expresan las conductas de los padres" (p.4). El estilo de crianza, por lo tanto, está asociado con el clima emocional que sirve como fondo de las interacciones padre-hijo.

También, Kuper (2006) expresa que es un proceso complejo en que influyen factores como la personalidad de los padres, la personalidad de los hijos, las dificultades de la familia y los diferentes tipos de familia (nuclear, extensa y compuesta). El estilo de crianza es más que disciplina. Criar también incluye la formación de valores, el desarrollo de talentos particulares del niño o de la niña, el enriquecimiento a través de las artes, deportes, los valores espirituales y la preocupación por el bienestar social. Todos estos son elementos fundamentales para desarrollar seres humanos que aporten y contribuyan al desarrollo de la sociedad (p.106).

Después del análisis de los diferentes planteamientos de los autores, se asume la propuesta de Maccoby y Martin (1983).

Dimensiones de los estilos parentales.

Buendía (1999) sostiene cuatro dimensiones fundamentales en los estilos parentales, éstos son:

Grado de control.

Los padres ejercen control sobre sus hijos con la intención de influir sobre su comportamiento inculcándoles determinados estándares. En la forma de educar, hacen uso de estrategias dentro de las cuales tenemos: la afirmación de poder, en la que hacen uso del castigo físico, o la amenaza cuando los hijos transgreden una norma; otra estrategia es la retirada de afecto tras un mal comportamiento, ya sea expresando su enfado, decepción o desaprobación; finalmente la estrategia es obligar al niño a reflexionar acerca del por qué de su acción, considerando las consecuencias que se derivan de ella.

Comunicación padre-hijo.

Los padres altamente comunicativos son aquellos que utilizan el razonamiento para obtener la conformidad del hijo, suelen explicar las razones de su accionar, piden opinión al mismo tiempo que animan a sus hijos a expresar sus argumentos, de tal forma que puedan modificar sus comportamientos en función a los mismos.

Exigencia de madurez.

Los padres que exigen altos niveles de maduración a sus hijos son aquellos que los presionan y animan para desempeñar al máximo sus habilidades en todos los aspectos, hacen hincapié en que sean autónomos y tomen decisiones por sí mismos. Los padres que por el contrario no plantean retos y exigen a sus hijos, acostumbran a subestimar las competencias del menor, creyendo que no serán capaces de realizar una determinada tarea.

***Afecto en la relación*.**

Los padres afectuosos son los que expresan interés y afecto explicito por el niño y por todo lo que implica su bienestar físico y emocional. Por ende, se muestran sensibles a sus necesidades, muestran interés por sus deseos y preocupaciones, expresan orgullo y alegría ante sus logros y comportamientos. Para el niño no es lo mismo el ejercicio de control paterno en un clima sin afecto, que la presencia de normas y reglas en el contexto de una relación afectiva calida.

Clasificación de los estilos parentales.

Los estilos parentales presentan variaciones, estas dependerán del grado de afecto y el grado de control entregado por los padres a sus hijos e hijas. A partir de la descripción de los estilos educativos de Baumrind (1989); Maccoby y Martin (1983) (como se citó en Raya, 2008) se puede establecer lo siguiente:

Estilo autoritativo.

Los padres esperan que los niños tengan un comportamiento maduro, establecen una serie de normas y las aplican promoviendo la conducta asertiva, animan a sus hijos para que expresen sus ideas, reconocen los derechos parentales y fomentan la autonomía e independencia individual.

Además, éstos padres prestan atención a las demandas y preguntas de sus hijos y muestran interés, manifiestan una combinación de afecto y apoyo con ciertas dosis de control y democracia, son controladores y

exigentes en sus demandas pero al mismo tiempo se muestran cariñosos, racionales y comunicativos, no invaden ni restringen la intimidad del niño, sus prácticas disciplinarias se orientan más hacia la inducción que hacia el castigo, el castigo es razonado y verbal, pero no físico; la comunicación es efectiva y bidireccional, sin órdenes ni gritos; esperan de los hijos cooperación, responsabilidad y control; muestran pocas conductas problemáticas, bajos niveles de estrés y un clima familiar estable.

Estilo autoritario.

Los padres y madres establecen las normas con muy poca participación de los hijos, prohibiéndole que las cuestionen, desarrollando una comunicación unidireccional. La desviación de la norma tiene como consecuencia castigos físicos.

Asimismo, estos padres combinan altos niveles de exigencia y control con escasa sensibilidad y responsividad; no consideran las peticiones de sus hijos ni responden a sus demandas; son distantes, poco afectuosos y manifiestan conductas de coerción, son más restrictivos, convencionales y prestan escaso apoyo emocional al hijo; presentan más problemas de conducta e insatisfacción en la pareja.

Estilo permisivo.

Los padres y madres toleran los impulsos del niño, son poco exigentes en lo relativo a una conducta madura y evitan enfrentamientos con sus hijos, utilizan poco castigo y permiten que el niño regule su propia vida.

También combinan bajas dosis de control y exigencia con relativa sensibilidad hacia las necesidades del niño; no muestran autoridad frente a sus hijos; la comunicación es poco efectiva y unidireccional; mantienen gran flexibilidad en el seguimiento de reglas, dificultando la asunción de obligaciones por parte del niño; no existen reglas claras y el ambiente familiar es desorganizado.

Estilo negligente.

Los padres y madres no controlan el comportamiento de sus hijos y tampoco lo apoyan, son fríos con ellos, pueden llegar a ser negligentes respecto a su cuidado o a rechazarlos abiertamente.

Además, los padres negligentes demuestran ausencia de demandas y de responsividad hacia la conducta de los hijos, derivan sus responsabilidades paternas hacia otras figuras como la escuela u otros familiares, presentan problemas de conducta, proporcionan un ambiente familiar desorganizado y son altamente vulnerables a la ruptura familiar.

Estilo superprotector.

Los padres prestan excesivos cuidados a sus hijos, quedando el niño imposibilitado de defenderse por sí mismo en ambientes distintos al de su hogar, imposibilitando la autonomía e independencia; invaden y restringen la intimidad del niño.

Manifiestan una combinación de excesivo afecto, apoyo y control mostrando demasiado interés y preocupación por las demandas de sus hijos. Sus prácticas disciplinarias incluyen el cumplimiento de normas rígidas, así como el uso de mensajes que inducen al temor y peligros externos.

Efectos de los estilos parentales.

Baumrind (1989); Maccoby y Martin (1983) (como se citó en Raya, 2008) resaltan los efectos de cada estilo parental:

Estilo autoritativo.

Tienden a ser niños con mejores logros escolares, más competentes en el ámbito cognitivo porque los padres dedican tiempo para la realización de las tareas, clarifican las dudas, recompensan las conductas apropiadas, se enfocan menos en el castigo físico, y solo cuando es muy necesario recurren a este acompañado de una explicación.

Son personas más adaptadas y menos propensas a experimentar ira o frustración y a manifestar problemas externos como la agresión. Proporciona a los hijos mayores niveles de seguridad, son personas competentes socialmente, presentan menos agresividad y hostilidad. Tienden a ser independientes con una mayor autoestima y autocontrol. Son más populares, se muestran satisfechos y tienden a desarrollarse satisfactoriamente dentro de la sociedad, siendo más activos y creativos.

Estilo autoritario.

Tienden a convertirse en personas inseguras, retraídas sumisas mostrando poca interacción social, son temerosas de asumir responsabilidades. Se sienten frustrados constantemente en sus intentos de lograr independencia, desarrollan un resentimiento profundo contra sus progenitores, pierden comunicación con ellos, suelen manifestar conductas de agresividad ya que tienen problemas para interiorizar valores morales y éticos, desafían la autoridad mostrándose rebeldes, en ocasiones claramente agresivos y hostiles, especialmente si la disciplina ha sido dura e injusta. Carecen de espontaneidad y control interno.

En el ámbito escolar suelen tener un rendimiento bajo, ya que la presión que ejercen los padres a través de los golpes o de sus formas de regañar causan en el niño inseguridad, temor, e inhiben su iniciativa.

Estilo permisivo.

Son adolescentes dependientes y débiles emocionalmente, tienen baja tolerancia a la frustración, son agresivos y desobedientes cuando no consiguen lo que quieren, llegando a incumplir las normas sociales para conseguir su propósito. También presentan problemas de disciplina o conducta, ya que ellos consiguen todo lo que quieren sin valorar el esfuerzo que supone. Tienen poco respeto hacia sus padres, apenas aprecian lo que ellos hacen por él; acusan a sus padres de haberlos descuidado y privado de la guía necesaria cuando las cosas les salen mal;

se dejan conducir de acuerdo con sus gustos y tienden a ser egoístas, dominantes, centrados en sí mismos.

Estilo negligente.

Son niños que carecen de habilidades sociales; son altamente vulnerables a la ruptura familiar, tienen baja autoestima y autocontrol, presentan síntomas de ansiedad, sienten desprecio hacia los educadores y la escuela debido a la falta de interiorización de las normas. También muestran falta de respeto, son egocéntricos y muy inestables emocionalmente. Por lo tanto, este estilo suele darse en los alumnos con problemas de conducta grave y conductas agresivas e impulsivas hacia los demás, con escaso interés por el logro y sin capacidad de asumir responsabilidades.

Estilo superprotector.

Son niños temerosos, inseguros, sumisos, incapaces de asumir retos, con baja autoestima, con miedo de expresar sus ideas y tomar decisiones, dejando pasar las oportunidades que se le presenten. En la adultez, éstos pueden manifestar desórdenes emocionales que alteren el curso normal de su vida, presentado conductas explosivas o manteniendo la sumisión que los caracterizaba de niños.

2.3. Definición de términos básicos.

Sintomatología depresiva.

Conjunto de vivencias subjetivas y ciertas conductas observables presentes en la depresión infantil. En el lado subjetivo destacan fundamentalmente los sentimientos de tristeza y desgano que son los discriminantes básicos de los sujetos que padecen una depresión; en el plano del comportamiento se aprecian conductas de apatía, trastornos somáticos y cansancio que impide a los sujetos que la padecen no sólo el disfrute de la vida, sino, en los casos más graves, el desempeño de las tareas habituales más elementales e incluso el deseo de seguir vivo (Del Barrio, 2000).

Estado de ánimo disfórico.

Es una expresión o muestra de tristeza, soledad, desdicha, indefensión y/o pesimismo. El niño manifiesta cambios en el estado de ánimo, mal humor, irritabilidad, se enfada fácilmente, llora con facilidad. Es negativista y resulta difícil de complacerle.

Ideas de Auto desprecio.

El niño expresa sentimientos de irritabilidad, incapacidad, fealdad y culpabilidad. Presenta ideas de persecución, deseos de muerte y tentativas de suicidio, revela ideas de escaparse y huir de su casa.

Estilos parentales.

"Son las distintas maneras en que los padres y madres orientan la conducta de sus hijos e hijas, incluyendo las reacciones que presentan cuando éstos últimos transgreden las normas familiares y sociales" González (2002).

Autoritativo.

Los padres esperan que los niños tengan un comportamiento maduro, establecen una serie de normas y las aplican, animan a sus hijos para que expresen sus ideas, reconocen los derechos parentales y fomentan la independencia individual

Autoritario.

Los padres y madres establecen las normas con muy poca participación de los hijos, prohibiéndole que las cuestionen. La desviación de la norma tiene como consecuencia castigos físicos.

Permisivo.

Los padres y madres toleran los impulsos del niño, son poco exigentes en lo relativo a una conducta madura, utilizan insuficiente castigo y permiten que el niño regule su propia vida.

***Negligente*.**

Los padres y madres no controlan el comportamiento de sus hijos, son fríos con ellos, pueden llegar a ser negligentes respecto a su cuidado o a rechazarlos abiertamente.

Superprotector.

Los padres prestan excesivos cuidados a sus hijos, quedando el niño imposibilitado de defenderse por sí mismo en ambientes distintos al de su hogar.

CAPITULO III: PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO.

3.1. Tipo de investigación.

La investigación responde al tipo correlacional, puesto que se determinaron las relaciones entre las variables psicológicas, sintomatología depresiva y estilos parentales, en escenarios naturales como son aulas escolares, haciendo uso de instrumentos de medición y observación (Alarcón, 2008).

3.2. Unidad de análisis, Universo, Población y Muestra.

3.2.1. Población.

Está conformada por alumnos del 3° al 6° grado de primaria de ambos sexos, cuyas edades fluctúan entre los 8 y 11 años, del Colegio Privado Peruano Canadiense, los cuales ascienden a un total de 160 y se encuentran distribuidos como se indica a continuación:

Tabla 3

Distribución de la población por grado y sexo

	Número de alumnos		Total
Grado / Sexo	Varones	Mujeres	
3°	20	27	**47**
4°	19	16	**35**
5°	18	20	**38**
6°	17	23	**40**
Total	**74**	**86**	**160**

Fuente: Elaboración de las investigadoras

3.2.2. Muestra.

La muestra estuvo conformada por 119 alumnos, determinada mediante las siguientes fórmulas:

Tamaño provisional de la muestra:

$$n' = \frac{S^2}{V^2}$$

Donde:
S^2 = Varianza de la muestra expresada como probabilidad de ocurrencia, así: p (1-p), donde p = 0.95
V^2 = Varianza de la población $(0.01)^2$

Tamaño de muestra exacta:

$$n = \frac{n'}{1 + \frac{n'}{N}}$$

Donde:
n' = Tamaño provisional de la muestra.
N = Tamaño de la población.

Además, los alumnos que conformaron la muestra fueron seleccionados mediante la técnica de muestreo probabilístico aleatorio estratificado; probabilístico porque todos los alumnos tienen la misma posibilidad de ser escogidos, Sierra (1994) (como se citó en Valderrama, 2000); y, aleatorio estratificado, ya que el tipo de muestra se caracteriza por la subdivisión de la población en subgrupos o estratos y fueron seleccionados al azar (Valderrama, 2000). A continuación se indica la distribución de la muestra:

Tabla 4

Distribución de la muestra por grado y sexo

	Muestra por estratos		Total
Grado/Sexo	Varones	Mujeres	
3°	15	20	**35**
4°	14	12	**26**
5°	13	15	**28**
6°	13	17	**30**
Total	**55**	**64**	**119**

Fuente: Elaboración de las investigadoras

Criterios de selección.

Criterios de inclusión:

Niños matriculados en el Colegio Privado Peruano Canadiense.

Niños de ambos sexos, cuyas edades se encuentren entre 8 y 11 años.

Niños que se encuentren en 3°, 4°, 5° ó 6° grado de primaria.

Niños que vivan con al menos uno de sus padres.

Criterios de exclusión:

Niños que padezcan alguna enfermedad crónica.

Niños con alguna limitación física.

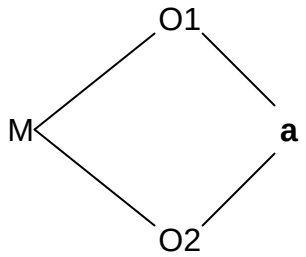
Niños con algún problema de salud.

Niños inclusivos.

3.3. Diseño de investigación.

El diseño utilizado en esta investigación fue No experimental, transversal, correlacional por asociación. No experimental porque no se manipularon las variables de estudio, solo fueron medidas a través de los instrumentos psicológicos. Transversal, puesto que se midieron las variables en un momento determinado. Correlacional por asociación, ya que se buscó determinar si las variables sintomatología depresiva y estilos parentales en niños del Colegio Privado Peruano Canadiense de Chiclayo se encontraban asociadas (Alarcón, 2008).

Siendo su esquema:



DONDE:

M : Niños del Colegio Privado Peruano Canadiense de Chiclayo.
O1 : Sintomatología depresiva.
O2 : Estilos parentales.
a : Nivel de asociación entre variables.

3.4. Métodos utilizados.

El método utilizado para esta investigación fue el descriptivo, puesto que tuvo por objeto identificar, clasificar, relacionar y delimitar las variables que operan en una situación determinada (Valderrama, 2000).

Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

Las técnicas utilizadas fueron la Observación sistematizada, la cual permitió identificar las características de la población y plantear el problema de investigación; así mismo, a través de esta técnica se verificó que los estudiantes llenaran los instrumentos de acuerdo a las instrucciones proporcionadas por las investigadoras. Por otro lado, se empleó la técnica de encuesta mediante la cual se aplicaron dos instrumentos psicológicos para recoger los datos de las variables, el Inventario de Depresión Infantil de Kovacs (CDI) y el Test de Estilos Parentales EPA-N, a los niños que conformaron la muestra, esta administración se realizó de manera grupal, teniendo en cuenta que los grupos no excedieran los 10 niños, y, en dos sesiones.

Instrumentos.

Inventario de Depresión Infantil de Kovacs (CDI)

Ficha técnica

Nombre original : Children's Depresión Inventory C.D.I.
Nombre en español : Inventario de Depresión Infantil C.D.I.
Autora : María Kovacs (1977).
Procedencia : Canadá.
Adaptación española : Polaino-Lorente (1988).
Adaptación y estandarización: Edmundo Arévalo Luna (2008).
Administración : Individual y colectiva.
Ámbito de aplicación : Niños y niñas de 8 a 16 años.
Duración : Tiempo aproximado 15 a 20 minutos.
Significación: Evalúa síntomas depresivos más esenciales en los niños de 8 a 16 años, a través de las siguientes dimensiones: Estado de ánimo disfórico (visión negativa del medio y del

	futuro), Ideas de autodesprecio (visión negativa de sí mismo).
Tipificación:	Baremos para escolares del nivel primario, y adolescentes del nivel secundario, de ambos sexos.

Esta es una escala verbal de auto reporte creada por María Kovacs, la cual consta de 27 ítems que extraen datos sobre diferentes síntomas depresivos que incluyen disturbios en el humor, capacidad anhedónica, funciones vegetativas, autoevaluación y conductas interpersonales; lo que permite evaluar síntomas depresivos más esenciales en los niños de 8 a 16 años a través de las dimensiones de Estado de ánimo disfórico (visión negativa de sí mismo), e ideas de auto desprecio (visión negativa del medio y del futuro). Así mismo, este instrumento exige en los participantes una comprensión de lectura básica, su administración puede ser individual y/o colectiva, con una duración aproximada de 15 a 20 minutos. (Ver anexo 1)

El CDI contiene por lo menos 2 ítems para cada síntoma que el DSM-III incluye como criterios diagnósticos de depresión (Reátegui, 1994).

Para fines de esta investigación, se empleó la adaptación y estandarización realizada por Edmundo Arévalo en el 2008 en las ciudades de Chiclayo, Trujillo y Piura, ya que es la versión que más se asemeja a nuestra realidad y que además cuenta con normas percentiles elaboradas a partir de una población “normal” de un nivel sociocultural similar al de los niños de la presente investigación.

El CDI, cuenta con validez de contenido obtenido mediante la técnica del criterio de Jueces. Hallándose una aprobación unánime en los 27 ítems, así como con validez de constructo, en el cual se utilizó el índice de validez en términos de consistencia interna, a partir del coeficiente de correlación producto-momento de Pearson, cumpliéndose con el criterio $r > 0.31$, para que sean aceptados o válidos cada uno de los ítems, obteniéndose como resultados $r > 0.36$.

Por otro lado, es fiable para el análisis de las dimensiones, a través del método de dos mitades (pares e impares) utilizando el coeficiente producto-momento de Pearson y corregido por la fórmula de Sperman-Brown, obteniendo coeficientes entre 0.81 y 0.89 para la muestra del nivel primario. Así mismo, se realizó el análisis para el inventario en general a través del coeficiente Alfa de Cronbach, encontrándose un coeficiente de 0.9176, lo que demuestra la confiabilidad del instrumento.

Además, para corroborar la validez de contenido en la población estudiantil chiclayana, se validó el instrumento en el año 2011 por las investigadoras, a través del criterio de 4 jueces, 3 psicólogos experimentados en la variable y población, y 1 juez especialista en redacción.

Test de Estilos Parentales EPA-N

Ficha técnica

Nombre	: Test de Estilos Parentales EPA-N
Autores	: Chumacero Montenegro, María Alejandra. Huamán Sialer, Mario Eduardo. Peña Mendoza, Liz Madeleye. Pozo Ramírez, Wendy Jennifer.
Año	: 2011
Objetivo	: Identificar el estilo parental predominante en niños y adolescentes.
Estilos parentales que identifica:	Autoritativo, autoritario, permisivo, negligente y superprotector.
Ámbito de aplicación	: Niños y adolescentes de 8 a 18 años.
Tipo de aplicación	: Colectiva.
Tiempo de aplicación	: 20 minutos.

El Test de Estilos parentales, creado por Chumacero, Huamán, Peña y Pozo (2011), tiene como propósito identificar el estilo parental predominante en los adolescentes entre 8 y 18 años, pudiendo identificar

entre los estilos Autoritativo, Autoritario, Permisivo, Negligente y Superprotector. Está conformado por 65 items, 13 para cada estilo, a los cuales los niños y adolescentes pueden responder bajo una escala del 1 al 5, que van desde totalmente en desacuerdo hasta totalmente de acuerdo. (Ver anexo 2)

La validez y confiabilidad de este instrumento fue determinada por sus autores utilizando una muestra de 476 niños y adolescentes entre 8 y 18 años del distrito de Chiclayo en el 2011. Los resultados obtenidos demuestran índices de discriminación que oscilan entre 0.40 y 0.74 para cada uno de los ítems. Además, obtuvieron que los cinco estilos parentales son válidos a un nivel de significación de 0.01. Finalmente, el análisis de la confiabilidad arrojó los siguientes coeficientes: estilo negligente 0.90, estilos autoritativo y autoritario 0.87, y los estilos permisivo y superprotector 0.81, coeficientes que indican un buen nivel de consistencia interna, por lo tanto el test es confiable.

Además, para corroborar la validez de contenido en la población estudiantil chiclayana, se validó el instrumento en el año 2011 por las investigadoras, a través del criterio de 4 jueces, 3 psicólogos experimentados en la variable y población, y 1 juez especialista en redacción.

3.5. Técnicas para el procesamiento de la información.

Los datos se ubicaron en una base de datos utilizando el programa SPSS versión 19, para procesarlos y determinar si las variables estaban asociadas.

Para determinar la asociación entre las variables se utilizaron tablas de contingencia y la prueba no paramétrica “Chi cuadrado”, la cual es útil para medir la asociación entre variables categóricas, las mismas que producen datos nominales (Alarcón, 2008).

CAPITULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Resultados. A continuación se presentan los resultados obtenidos de la asociación entre variables:

Tabla 5

Asociación entre sintomatología depresiva y estilos parentales

	No hay presencia de síntomas depresivos	Presencia de síntomas depresivos mínima y moderada	Presencia de síntomas depresivos marcada o severa	Total general	p-valor
Estilo Autoritativo	16	5	0	21	0.0164*
Estilo Autoritario	15	7	1	23	0.0016**
Estilo Permisivo	13	5	0	18	0.0593
Estilo Negligente	6	8	0	14	0.5930
Estilo Superprotector	37	6	0	43	0.0000**
Total general	87	31	1	119	

** existe correlación < 0.01
* existe correlación <0.05
Fuente: Elaboración de las investigadoras

La tabla 5, muestra que existe asociación significativa ($\alpha < 0.01$) entre la sintomatología depresiva y los estilos parentales autoritario y superprotector, es decir, que los niños que presentan algunos síntomas depresivos, tienen padres que establecen normas con muy poca participación de los mismos, prohibiéndoles que las cuestionen, empleando así la comunicación unidireccional y el castigo físico como medio disciplinario; o, padres que prestan excesivos cuidados a sus hijos, quedando el niño imposibilitado de defenderse por sí mismo en ambientes distintos al de su hogar, limitando la autonomía e independencia, Maccoby y Martin (1983) (como se citó en Raya, 2008). También se observa, en la misma tabla, que existe asociación significativa ($\alpha = 0.05$) entre la ausencia de sintomatología depresiva y el estilo parental autoritativo, es decir, aquellos niños que no presentan ninguna sintomatología depresiva tienen padres que establecen

normas que aplican promoviendo la conducta asertiva, animan a sus hijos a que expresen sus ideas y fomentan la autonomía e independencia individual, Maccoby y Martin (1983) (como se citó en Raya, 2008).

En función a los resultados hallados se acepta la hipótesis 1 planteada, No existe asociación entre la sintomatología depresiva y el estilo parental autoritativo en niños de 3ro a 6to grado del nivel primario del Colegio Privado Peruano Canadiense de Chiclayo, 2015, al nivel de significancia del 0.05, puesto que se encontró que los niños que no presentan sintomatología depresiva tienen un estilo parental autoritativo.

Así mismo, se acepta la hipótesis 2 planteada, Existe asociación entre la sintomatología depresiva y el estilo parental autoritario en niños de 3ro a 6to grado del nivel primario del Colegio Privado Peruano Canadiense de Chiclayo, 2015, al nivel de significancia del 0.01, puesto que se encontró que los niños que presentan sintomatología depresiva mínima o moderada tienen un estilo parental autoritario.

Además, se acepta la hipótesis 3 planteada, No existe asociación entre la sintomatología depresiva y el estilo parental permisivo en niños de 3ro a 6to grado del nivel primario del Colegio Privado Peruano Canadiense de Chiclayo, 2015, al nivel de significancia mayor al 0.05.

Por otro lado, se rechaza la hipótesis 4 planteada, Existe asociación entre la sintomatología depresiva y el estilo parental negligente en niños de 3ro a 6to grado del nivel primario del Colegio Privado Peruano Canadiense de Chiclayo, 2015, al nivel de significancia mayor al 0.05.

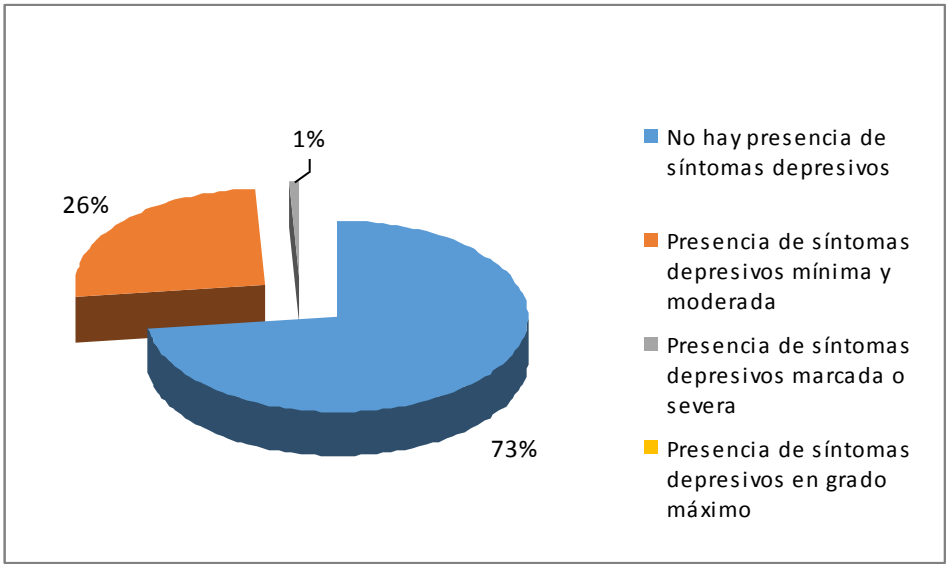
Sin embargo, se rechaza la hipótesis 5 planteada, Existe asociación entre la sintomatología depresiva y el estilo parental superprotector en niños de 3ro a 6to grado del nivel primario del Colegio Privado Peruano Canadiense de Chiclayo, 2015, al nivel de significancia del 0.01, puesto que se encontró que los niños que no presentan sintomatología depresiva tienen un estilo parental superprotector.

Tabla 6

Sintomatología depresiva en niños del 3ro al 6to grado de primaria del Colegio Privado Peruano Canadiense, Chiclayo 2015

Sintomatología Depresiva	Fr	%
No hay presencia de síntomas depresivos	87	73
Presencia de síntomas depresivos mínima y moderada	31	26
Presencia de síntomas depresivos marcada o severa	1	1
Presencia de síntomas depresivos en grado máximo	0	0
Total	119	100

Fuente: Elaboración de las investigadoras



Fuente: Elaboración de las investigadoras

Figura 1. Sintomatología depresiva en niños del 3ro al 6to grado de primaria del Colegio Privado Peruano Canadiense, Chiclayo 2015.

En la tabla 6 y figura 2 se observa que el mayor porcentaje de alumnos (73%) no presenta síntomas depresivos, seguido del 26% que presenta síntomas depresivos mínimos y moderados, finalmente, solo un 1% de los alumnos presenta

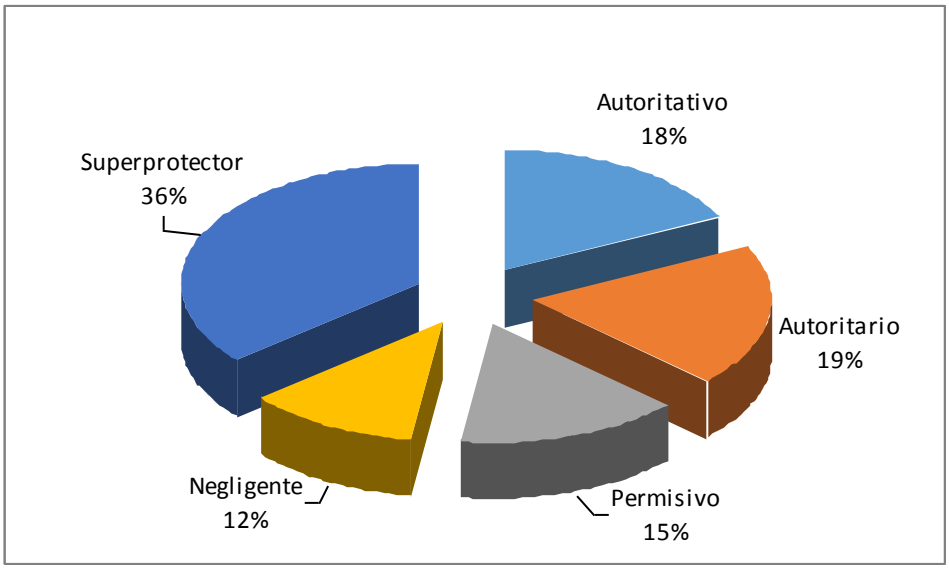
síntomas depresivos marcados o severos, mientras que no se observa presencia de síntomas depresivos en grado máximo.

Tabla 7

Estilos parentales en niños del 3ro a 6to grado de primaria del Colegio Privado Peruano Canadiense, Chiclayo 2015

Estilo Parental	Fr	%
Estilo Autoritativo	21	18
Estilo Autoritario	23	19
Estilo Permisivo	18	15
Estilo Negligente	14	12
Estilo Superprotector	43	36
Total	119	100

Fuente: Elaboración de las investigadoras



Fuente: Elaboración de las investigadoras

Figura 2. Estilos parentales en niños del 3ro al 6to grado de primaria del Colegio Privado Peruano Canadiense, Chiclayo 2015.

En la tabla 7 y figura 3 se aprecia que el estilo parental predominante en los alumnos de 3ro a 6to grado de primaria es el superprotector con 36%, es decir, son niños cuyos padres les prestan excesivos cuidados, quedando imposibilitados

de defenderse por sí mismos en ambientes distintos al de su hogar, Maccoby y Martin (1983) (como se citó en Raya, 2008); seguido del autoritario con 19%, en el cual los padres combinan altos niveles de exigencia y control con escasa sensibilidad y responsividad, Maccoby y Martin (1983) (como se citó en Raya, 2008); y el autoritativo con 18%, en donde los padres establecen una serie de normas que aplican esperando que los niños tengan un comportamiento maduro, animan a sus hijos para que expresen sus ideas, reconocen los derechos parentales y fomentan la independencia individual, Maccoby y Martin (1983) (como se citó en Raya, 2008). Sin embargo, los estilos menos predominantes son el permisivo con 15%, donde los padres toleran los impulsos del niño, son poco exigentes en lo relativo a una conducta madura, utilizan poco castigo y permiten que el niño regule su propia vida, Maccoby y Martin (1983) (como se citó en Raya, 2008); y el negligente con 12%, que caracteriza a los padres y madres que no controlan el comportamiento de sus hijos, son fríos con ellos, y pueden llegar a ser negligentes respecto a su cuidado o a rechazarlos abiertamente, Maccoby y Martin (1983) (como se citó en Raya, 2008).

Discusión de resultados.

En el presente trabajo se encontró que existe asociación significativa ($\alpha < 0.05$) entre la ausencia de sintomatología depresiva y el estilo parental autoritativo, el cual se caracteriza por padres que esperan un comportamiento maduro de sus hijos, establecen normas claras, promueven la conducta asertiva, la expresión de ideas y la autonomía e independencia individual, además de mostrar una combinación de afecto y apoyo con ciertas dosis de control y democracia lo que les lleva a mostrar niveles bajos de estrés y mantener un clima familiar estable, Baumrind (1989); Maccoby y Martin (1983) (como se citó en Raya, 2008). Esta asociación se explica por los efectos del estilo parental autoritativo, que promueven mayores niveles de seguridad en los hijos, haciendo de ellos personas competentes socialmente, con menos agresividad y hostilidad, que tienden a ser independientes presentando mayor autoestima y autocontrol, son más populares, se muestran satisfechos y tienden a desarrollarse satisfactoriamente dentro de la sociedad, siendo más activos y creativos, Baumrind (1989); Maccoby y Martin (1983) (como se citó en Raya, 2008), características protectoras de la

sintomatología depresiva. Es así que, Andrade, Betancourt, Vallejo, Segura y Rojas (2012) demuestran lo referido, al encontrar asociación negativa entre la sintomatología depresiva y la comunicación, autonomía y control conductual en adolescentes de México, lo que quiere decir que a mayor comunicación y autonomía, características del estilo parental autoritativo, menor será la sintomatología depresiva, quedando demostrada la asociación entre estas variables.

Por otro lado, se encontró que existe asociación significativa ($\alpha < 0.01$) entre la sintomatología depresiva y el estilo parental autoritario, debido a que como consecuencia de este estilo los niños se convierten en personas inseguras, retraídas, mostrando poca interacción social, temerosas de asumir responsabilidades, se sienten frustrados constantemente en sus intentos por lograr independencia, desarrollan un resentimiento profundo contra sus progenitores y carecen de espontaneidad y control interno, Baumrind (1989); Maccoby y Martin (1983) (como se citó en Raya, 2008), características de riesgo de llegar a ser depresivos según Reátegui; HiIIs y Argyle (1998) (como se citó en Arévalo, 2008).

Resultados similares a los hallados en esta investigación corresponden a los encontrados por Andrade, Betancourt, Vallejo, Segura y Rojas (2012) quienes realizaron una investigación sobre prácticas parentales y sintomatología depresiva en México, encontrando que la sintomatología depresiva se asoció de forma positiva con el control psicológico e imposición de los padres, características del estilo autoritario. Así también Iglesias y Romero (2009) y Vallejo, Ozorno y Mazadiego (2007) encontraron asociación entre estas dos variables. Esto también puede ser explicado por Méndez (1998) (como se citó en Arévalo, 2008) quien refiere que la carencia de afectividad, el no sentirse querido, apoyado o admirado, es decir, psíquicamente protegido, consecuencias del estilo autoritario, puede desencadenar diversos tipos de problemas, entre ellos la depresión; así también, en algunas situaciones las malas relaciones que se generan cuando los padres no saben controlar sus sentimientos negativos y los dirigen a sus hijos, provocando así la aparición de riñas y peleas, correlaciona positivamente con la depresión infantil, Gonzáles (1998) (como se citó en Arévalo, 2008). En otras circunstancias

el desencadenante de las malas relaciones lo constituyen las elevadas expectativas de los padres, que someten a los hijos a una presión inadecuada (Del Barrio, como se citó en Arévalo, 2008); los niños comparan sus logros con lo que se pretende de ellos y entran en un proceso de menoscabo de la autoestima que les lleva a la depresión.

Además, en el presente trabajo se encontró que no existe asociación ($\alpha > 0.05$) entre la sintomatología depresiva y el estilo parental permisivo, ya que este último, por caracterizarse con una alta tolerancia hacia los impulsos del niño, poca exigencia en lo relativo a una conducta madura y evasión de enfrentamientos con los hijos, poco uso del castigo y permitir que el niño regule su propia vida, dificultando que este asuma obligaciones, Baumrind (1989); Maccoby y Martin (1983) (como se citó en Raya, 2008); debería producir adolescentes dependientes y débiles emocionalmente, con baja tolerancia a la frustración, agresivos y desobedientes cuando no consiguen lo que quieren, llegando a incumplir las normas sociales para conseguir su propósito, expresando poco respeto hacia sus padres, y acusándolos de haberlos descuidado y privado de la guía necesaria cuando las cosas les salían mal, Baumrind (1989); Maccoby y Martin (1983) (como se citó en Raya, 2008); sin embargo, según los resultados mencionados esto no ocurre así en la población de estudio, contradiciéndose a lo planteado por Payne y Range (1996) (como se citó en Arévalo, 2008) quienes refieren que la función de los padres consiste en educar a un niño para que pueda subsistir autónomamente en el mundo *y* en las mejores condiciones posibles, consideradas estas desde una perspectiva tanto material como psíquica. Por consiguiente, las variables del entorno familiar juegan un papel fundamental para el desarrollo y mantenimiento de la depresión, *y* uno de los posibles síntomas es el suicidio. Esto podría deberse a que en la etapa en la que se encuentran los niños (8 a 11 años) pueden no interpretar de manera correcta las conductas permisivas de los padres y sentirse bien por que estos últimos les dejan tomar sus decisiones y hacer lo que deseen.

Así también, se encontró que no existe asociación ($\alpha > 0.05$) entre la sintomatología depresiva y el estilo parental negligente, puesto que este se caracteriza por no controlar el comportamiento de sus hijos y tampoco apoyarlo,

son fríos con ellos, pueden llegar a ser negligentes respecto a su cuidado o a rechazarlos abiertamente, derivando sus responsabilidades paternas hacia otras figuras como la escuela u otros familiares, proporcionando un ambiente familiar desorganizado y altamente vulnerable a la ruptura familiar, Baumrind (1989); Maccoby y Martin (1983) (como se citó en Raya, 2008), debería generar niños carentes de habilidades sociales, con baja autoestima y autocontrol, síntomas de ansiedad, egocéntricos y muy inestables emocionalmente, Baumrind (1989); Maccoby y Martin (1983) (como se citó en Raya, 2008), esto es corroborado por Boyce, Harris y otros (1998) (como se citó en Arévalo, 2008) cuando afirman que dentro de los factores desencadenantes de la depresión en la infancia se encuentra correlación entre los problemas de los hijos con los padres, así como las percepciones de cuidado parental deficientes durante la infancia; sin embargo, estas afirmaciones se contraponen a los resultados hallados en esta investigación posiblemente debido a una percepción e interpretación diferente de esta forma de crianza de los padres, ya que los niños, en la actualidad, prefieren muchas veces que sus padres se encuentren ausentes a tenerlos todo el tiempo presionándolos o corrigiendo su actuar.

Otro de los resultados hallados demuestra que existe asociación significativa ($\alpha < 0.01$) entre la ausencia de sintomatología depresiva y el estilo parental superprotector, caracterizado por una combinación de excesivo afecto, apoyo y control, mostrando demasiado interés y preocupación por las demandas de sus hijos, imposibilitando la autonomía e independencia. Por el contrario Andrade, Betancourt, Vallejo, Segura y Rojas (2012) encontraron que a mayor sintomatología depresiva, menor sería la comunicación y la autonomía, mientras que el control se incrementaría, características del estilo superprotector. Esta diferencia de resultados puede ser causada por la cultura en la que se desenvuelven los niños de la presente investigación, la cual los lleva a interpretar el excesivo afecto y control como adecuados y necesarios para su buen desarrollo.

Por otro lado, se encontró que no hay presencia de sintomatología depresiva (73%) en los niños de 3ro. A 6to. grado del nivel primario del Colegio Privado Peruano Canadiense de Chiclayo, sin embargo, un 27% presenta sintomatología depresiva mínima o moderada a marcada o severa, coincidiendo

con los resultados hallados por Orgilés, Gómez, Piqueras y Espada (2014) en España, y Herrera, Losada, Rojas y Gooding (2009) en Colombia donde encontraron porcentajes elevados de niños que no presentan sintomatología depresiva (92.4% y 82.91% respectivamente). Así también, son similares los hallazgos de Vinaccia, et.al. (2006) en Antioquía y Alejandra (2005) en Zacatecas, en cuanto a sintomatología mínima o moderada, ya que el 25.2% y el 22.5% de niños se encontraba en este nivel.

Sin embargo, difieren de lo hallado en Trujillo, Chiclayo y Piura por Arévalo (2012) ya que él halló que el 60% de niños y adolescentes mostraban depresión moderada, mientras que el 20% depresión severa y otro 20% se encontraba saludable emocionalmente, datos que son semejantes a los hallados por Rodriguez y Torres (2013) en Chiclayo, donde refiere que el 61.8% de adolescentes presenta un nivel medio de depresión. Así también Yesquén, Yncarroca, Chabes y García (2006) quienes investigaron la prevalencia de la depresión en niños de Lima, encontraron que el 11.44% de niños presentaban depresión severa; y Segura (2014) encontró un 24.4% de niños con sintomatología depresiva marcada o severa.

En relación a los estilos parentales, el estilo predominante en los niños de 3ro. a 6to. grado del nivel primario del Colegio Privado Peruano Canadiense de Chiclayo es el superprotector con 36%, es decir, los padres predominantes son los que proporcionan excesivos cuidados a sus hijos, quedando el niño imposibilitado de defenderse por sí mismo en ambientes distintos al de su hogar, imposibilitando la autonomía e independencia, combinan el excesivo afecto, apoyo y control mostrando demasiado interés y preocupación por la demandas de sus hijos; seguido por el autoritario con 19%, padres que combinan altos niveles de exigencia y control con escasa sensibilidad y responsividad, no consideran las peticiones de sus hijos ni responden a sus demandas, son distantes, poco afectuosos y manifiestan conductas de coerción, Baumrind (1989); Maccoby y Martin (1983) (como se citó en Raya, 2008); y el autoritativo con 18%, quienes vienen a ser padres que prestan atención a las demandas y preguntas de sus hijos y muestran interés, manifiestan una combinación de afecto y apoyo con ciertas dosis de control y democracia, son controladores y exigentes en sus demandas pero al

mismo tiempo se muestran cariñosos, racionales y comunicativos, no invaden ni restringen la intimidad del niño, Baumrind (1989); Maccoby y Martin (1983) (como se citó en Raya, 2008). En menor porcentaje se encontraron los padres permisivos (15%), quienes toleran los impulsos del niño, son poco exigentes, evitan enfrentamientos con sus hijos y permiten que el niño regule su propia vida, Baumrind (1989); Maccoby y Martin (1983) (como se citó en Raya, 2008); y negligentes (12%), padres que derivan sus responsabilidades paternas hacia otras figuras como la escuela u otros familiares, mostrándose fríos afectivamente con sus hijos, pudiendo llegar a ser negligentes con su cuidado o rechazarlos abiertamente, Baumrind (1989); Maccoby y Martin (1983) (como se citó en Raya, 2008).

Estos resultados se asemejan con los encontrados por Rodríguez y Torres (2013) en Chiclayo, quienes encontraron porcentajes similares para los estilos permisivo (17.9%), autoritario (16.3%) y autoritativo (14.8%); sin embargo, difieren de los hallados por Alarcón y Rubio (2010) e Incio y Montenegro (2009) quienes evaluaron a niños y adolescentes en Chiclayo, encontrando porcentajes mayores en los estilos permisivo (37.5% y 19% respectivamente), autoritario (27.1%), y porcentajes menores en el estilo autoritativo (11.3%).

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Conclusiones.

Existe asociación significativa entre la sintomatología depresiva y los estilos parentales autoritativo ($\alpha < 0.05$), autoritario y superprotector ($\alpha < 0.01$).

No existe asociación entre la sintomatología depresiva y los estilos parentales permisivo y negligente ($\alpha > 0.05$).

Los niños de 3ro a 6to grado de primaria del Colegio Peruano Canadiense no presentan sintomatología depresiva (73%). Mientras que el 27% presenta sintomatología depresiva mínima o moderada a marcada o severa.

El estilo parental predominante en los niños de 3ro a 6to grado de primaria del Colegio Peruano Canadiense es el superprotector con 36%. Seguido por el autoritario con 19% y el autoritativo con 18%.

Recomendaciones.

Implementar el programa de escuela para padres a fin de estimular en los mismos la adopción y práctica de estilos de crianza saludables.

Implementar el departamento de psicología, el cual pueda hacer seguimiento de los casos de niños con sintomatología depresiva mínima o moderada y marcada o severa.

Aplicar terapia cognitiva conductual a los casos con diagnóstico de sintomatología depresiva y terapia familiar.

REFERENCIAS

Alarcón, M. y Rubio, B. (2010). Estilos de crianza y desajuste del comportamiento psicosocial en adolescentes de 13 a 18 años de edad, de la I.E. Nº 11016 Juan Mejía Baca del Pueblo Joven José Olaya-Chiclayo, 2010. Tesis de Licenciatura. Universidad Señor de Sipán.

Alarcón, R. (2008). *Métodos y diseños de investigación del comportamiento*. Lima: Editorial Universitaria.

Alejandra, Y. (2005). "Depresión infantil en los niños de 3-6 años de edad en el jardín de niños Dolores Vega Anza". TESIS para obtener el grado de Maestra en Psicología Clínica de la Universidad Autónoma De Durango. Recuperado el 8 de julio del 2011 del sitio web: http://www.uad.edu.mx/CentroInv/Libros/tesis016.pdf

Arditi, S.; Canelo, E.; Castellano, N.; Cervone, N.; Simari, C. y Sztern, M. (2004). Resultados obtenidos en una investigación sobre detección de riesgo depresivo en niños escolarizados de la ciudad de buenos aires. Memorias de las XIII Jornadas de Investigación y Segundo Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur 10, 11 y 12 de Agosto de 2006. Paradigmas, métodos y técnicas. Tomo I. recuperado el 8 de julio del 2011 del sitio web: http://www.aacademica.com/000-039/126

Arévalo, E. (2008).Inventario de Depresión Infantil (CDI). Adaptación y Estandarización del CDI, para las ciudades de Trujillo, Chiclayo y Piura. Recuperado de http://es.scribd.com/doc/50593062/Manual-Del-Cdi

Arévalo, E. (2012). El 60% de escolares sufre de depresión moderada. En Congreso Importancia de la motivación en el rendimiento académico de nuestros hijos, 13 de abril del 2012. Trujillo, La Libertad. Perú: Departamento de Admisión UPAO. Recuperado de http://www.upao.edu.pe/actualidad/?mod=mod_act&s=not&task=ver9740

Así Vamos en Salud. (2013). Indicadores: estado de salud. Recuperado de http://www.asivamosensalud.org/inidicadores/estado-de-salud/grafica.ver/56

Buj, M. (2007). Psicopatología infantil. Horsoru Editorial. Recuperado de http://books.google.com.pe/books?id=cTQtVjJ73qcC&printsec=frontcover&dq=psicopatologia+infantil&hl=es&sa=X&ei=HUTQT87OC5Gk8ATuwpG_AQ&ved=0CEEQ6AEwAA#v=onepage&q=psicopatologia%20infantil&f=false

Del Barrio, V. (1997). Depresión Infantil. España: Ariel Practicum.

Del Barrio, V. (2000). Depresión Infantil. Factores de riesgo y posibles soluciones. Málaga: Aljibe.

Carlson, G. (2000). The challenge of diagnosing depression in childhood and adolescence. (El reto de diagnosticar depresión la en la infancia y adolescencia). Journal of Affective Disorders, 61(1). Recuperado de http://dida.library.ucsf.edu/pdf/jnu38h10

Cruz, C. (2015). Bullying y estilos de crianza en estudiantes de secundaria de una institución educativa estatal de Chiclayo, 2014. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo.

Figueras, A. (2006). Evaluación multimétodo y multiinformante de la sintomatología depresiva en niños y adolescentes (Tesis doctoral), Universidad de Barcelona). Recuperada de http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/2534/01.AFM_INTRO.pdf;jsessionid=C382B9DBF60318E2E1F8F792596AB837.tdx1?sequence=2

Herrera, E.; Losada, Y.; Rojas, L. y Gooding, P. (2009). Prevalencia de la depresión infantil en Neiva (Colombia). Avances en Psicología Latinoamericana, Vol. 27, Núm. 1, enero-junio, 2009, pp. 154-164 Universidad del Rosario Colombia. Recuperado el 8 de junio del 2011 de la base de datos Scielo: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=s1794-47242009000100011&script=sci_arttext

Iglesias, B. y Romero, E. (2009). Estilos parentales percibidos, psicopatología y personalidad en la adolescencia. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica. 14(2). Recuperado de http://e-spacio.uned.es:8080/fedora/get/bibliuned:Psicopat-2009-14-2-0001/Documento.pdf

Incio, S. y Montenegro, D. (2009). Estilos de crianza y agresividad en adolescentes de 4to y 5to año de secundaria de la I.E. Virgen de la Medalla Milagrosa N° 11009 de Chiclayo. Tesis de Licenciatura. Universidad Señor de Sipán.

Marsellach, G. (2008). Depresión y suicidio infantil. Recuperado de: http://www.psicoactiva.com/arti/articulo.asp?SiteIdNo=

Mezquita, L.; Moya, J.; Edo, S.; Maestre, E.; Viñas, M.; Ortet, G. e Ibáñez, M. (s/f). Personalidad y estilos educativos parentales como predictores del consumo de alcohol en adolescentes. Jornades de Foment de la Investigació de Universitat Jaume – I. recuperado el 8 de junio del 2011 del sitio web: http://www.uji.es/bin/publ/edicions/jfi12/2.pdf

Mojarro, M. (2008). Depresión y suicidio. Pediatr Integral, 12(10). Recuperado de www.sepeap.org/secciones/documentos/pdf/Depresion_suicidio.pdf

Navarro, M. (Mayo, 2004). Depresión en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Revista Reflexiones, 83(1). Recuperado de: http://www.latindex.ucr.ac.cr/reflexiones_83-1/reflexiones-83-1-7.pdf

Orbegoso, D. (2002). Autoconcepto y depresión en niños obesos y no obesos. Tesis de maestría. Universidad Cayetano Heredia.

Osores, D. (2006). Relación entre funcionalidad familiar y depresión en los estudiantes de educación secundaria de la Institución Educativa El Pacífico. Tesis de Licenciatura. Universidad Señor de Sipán.

H. Pauchard. (03 de diciembre del 2007). La depresión infantil: Síntomas y tratamiento [Mensaje en un blog]. Recuperado de http://blog.pucp.edu.pe/item/17042/la-depresión-infantil-síntomas-y-tratamiento

Pérez, A.; Uribe, J.; Vianchá, N.; Bahamón, M.; Verdugo, J. y Ochoa, S. (diciembre, 2013). Estilos parentales como predictores de ideación suicida en estudiantes adolescentes. Psicología desde el Caribe, 30(3). Recuperado de

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-417X2013000300006&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Polaino-Lorente, A. (1988). *Las depresiones infantiles*. Madrid: Morata.

Pro Quest. (2009). Estilos parentales percibidos, psicopatología y personalidad en la adolescencia. Recuperado de http://search.proquest.com/pqcentral/docview/1622338234/fulltextPDF/17CFFA86A5AB4297PQ/26?accountid=37610

Psicodoc. (2014). Relación entre rendimiento escolar y sintomatología depresiva en niños españoles. Recuperado de http://www.investigacion-psicopedagogica.org/revista/new/ContadorArticulo.php?917

Psicodoc. (2012). Prácticas parentales y sintomatología depresiva en adolescentes. Recuperado de http://www.psicodoc.org/clientesurl.htm

Psicodoc. (2006). Prevalencia de depresión en niños escolarizados entre 8 y 12 años del oriente antioqueño a partir del Child Depression Inventory – CDI. Recuperado de http://www.psicodoc.org/clientesurl.htm

Raya, A. (2008). Estudio sobre los estilos educativos parentales y su relación con los trastornos de conducta en la infancia. Tesis Doctoral en Psicología, Universidad de Córdova, España.

Reategui, L. (1994). La depresión infantil: estandarización del “inventario de depresión para niños (CDI)”. Tesis de Licenciatura. Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Rodríguez, J. y Ortiz, M. (2008). Depresión Infantil. Revista Científica Electrónica de Psicología, 6. Recuperado de: http://dgsa.uaeh.edu.mx/revista/psicologia/IMG/pdf/5_-_No._6.pdf

Rodríguez, O. y Torres, S. (2013). Estilos de Crianza y agresividad en los estudiantes de Secundaria-Chiclayo. Tesis de Licenciatura. Universidad Señor de Sipán.

Segura, R. (2014). Sintomatología depresiva en niños internados de dos centros hospitalarios nacionales, Chiclayo – 2012. Tesis de Licenciatura. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo.

Valderrama, S. (2000). Pasos para elaborar proyectos y tesis de investigación científica. Lima: San Marcos.

Vallejo, A.; Osorno, J.; y Mazadiego, T. (2007). Estilos parentales y sintomatología depresiva en una muestra de adolescentes veracruzanos. Enseñanza e Investigación en Psicología, Vol. 13, Núm. 1, enero-junio, 2008, pp. 91- 05. Recuperado de la base de datos Redalyc el 8 de julio del 2011 en: http://redalyc.uaemex.mx/pdf/292/29213108.pdf

Yesquén, P.; Yncarroca, C.; Chabes, J. y García, P. (2006). Prevalencia de depresión en niños de 8 a 11 años en una institución educativa del distrito de La Victoria. Revista de la Facultad de Medicina Humana-Universidad Ricardo Palma, 7(2), 34-41.

ANEXOS

ANEXO 01

CUESTIONARIO – CDI

Este es un cuestionario que tiene oraciones que están en grupos de tres. Escoge de cada grupo una oración, la que mejor diga cómo te has portado, cómo te has sentido, qué has pensado en las dos últimas semanas; luego coloca una marca como esta: "X" en la línea de puntos que está al costado de la oración que eliges.

No hay respuestas correctas ni incorrectas, sólo se trata de contestar con la mayor sinceridad, lo que es cierto para ti.

Aquí tienes un ejemplo. Trata de contestar poniendo una "X" al costado de la oración que sea cierta para ti.

Ejemplo:

__X__ Siempre leo libros

_____ Algunas veces leo libros

_____ Nunca leo libros

Muy bien ahora voltea la página y comienza a contestar.

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

ANEXO 02

Instrumento para identificar los estilos parentales aplicado a niños de 8 a 10 años					
El test de estilos parentales EPA-N busca conocer el modo en el que has sido formado por tus padres o tutores en casa. Por cada enunciado, debes emitir un juicio, expresando tu acuerdo o desacuerdo. Debes marcar con un aspa (X) la alternativa que se ajuste a tu criterio. Las alternativas son las siguientes: TD: Totalmente desacuerdo ED: En desacuerdo I : Indiferente DA: De acuerdo TA: Totalmente de acuerdo					
	TD	**ED**	**I**	**DA**	**TA**
Dimensión 1					
Cuando decido algo, siento siempre el apoyo de mis padres.					
En casa existe un acuerdo en cuanto a las normas y tareas.					
Ante una dificultad acudo en primer lugar a mis padres.					
Mis padres le dan la debida importancia a mi rendimiento académico.					
Mis padres no se muestran agresivos para hacerme comprender que hice algo mal.					
Confío lo suficiente en mis padres y les cuento sobre mis alegrías y mis problemas.					
En casa, las decisiones se toman por mutuo acuerdo.					
Cuando hablamos sobre un tema cualquiera, mis padres aceptan mis opiniones.					
En casa nos comunicamos empleando un lenguaje correcto.					
Mis padres conversan conmigo acerca de mi futuro y me orientan en mis decisiones para lograr el éxito.					
Mis padres son cariñosos conmigo, me dan abrazos o me dicen “te quiero”.					
Cuando paso por un mal momento, mis padres me brindan su apoyo incondicional.					
Los momentos vividos en familia me hacen muy feliz.					
Dimensión 2:					
Usualmente mis padres me amenazan con el castigo que yo pueda recibir.					
Mis padres son muy estrictos e inflexibles en cuanto a salidas.					
Las normas de mi hogar son planteadas únicamente por mis padres.					
Las decisiones impuestas por mis padres son indiscutibles.					
Los castigos que me dan mis padres son muy severos (golpes y/o insultos).					
Si quiero expresarles algo a mis padres, ellos no lo permiten.					
Mis padres no toman en cuenta mis opiniones.					

Mis padres no me permiten participar en una conversación sobre algún tema en particular.					
En casa no existe el diálogo con mis padres.					
Cuando me mandan realizar algo en casa, lo hacen gritando.					
Rara vez mis padres me dan un abrazo o un beso.					
Mis padres no me preguntan acerca de los sentimientos que me producen.					
El apoyo emocional de mis padres es escaso cuando atravieso una dificultad.					
Dimensión 3:					
Mis padres no usan el castigo para corregirme.					
Si existe una discusión en la cual se debe imponer orden, mis padres suelen quedarse callados e ignorarlo.					
Cuando no quiero realizar una tarea del hogar, mis padres me dan la razón.					
Puedo ir a donde desee pues mis padres me dan permiso.					
Si pido algo mis padres me lo conceden.					
Mis padres consideran mis ideas, más que las de ellos en una conversación del hogar.					
En una discusión entre mis padres y yo, ellos acaban cediendo.					
Puedo invitar a mis amigos a casa sin consultar antes a mis padres.					
Cuando tomo una decisión, mis padres no intervienen.					
Mis padres no toman interés si hago algo indebido.					
Cuando me enojo por algo grito a mis padres y estos se quedan callados.					
El cariño que se brinda en casa es incondicional para mí.					
Mis padres me apoyan de manera inmediata si les digo que me siento mal.					
Dimensión 4					
Si realizo algo indebido como transgredir las normas, mis padres se muestran indiferentes.					
En casa puedo hacer lo que quiero ya que no hay reglas impuestas.					
Las salidas con mis amigos no son problema para mis padres.					
El que llegue tarde a casa, es algo que no tiene importancia para mis padres.					
A mis padres no les importa mi rendimiento en el colegio.					
Siento que nadie en mi casa puede ayudarme cuando necesito algo.					
Si deseo iniciar una conversación con mis padres ellos la evitan.					
Para mis padres es más usual pasar un buen momento con sus amigos en casa que conmigo.					
En mi hogar no existen momentos en los que					

mantengamos una charla padres-hijo.					
Cuando mis padres quieren viajar o salir, ninguno de los dos me toma en cuenta o me avisa.					
No suelo recibir abrazos, besos o un “te quiero” de mis padres.					
Mis padres no me prestan mucha atención.					
Cuando tengo algún problema, mis padres prefieren no intervenir.					
Dimensión 5:					
El control que ejercen mis padres sobre mí es demasiado.					
Las tareas que presento en el colegio son revisadas “de pies a cabeza” por mis padres.					
Los peligros de la calle son un tema común en mi casa.					
Mis padres me detallan lo que tengo permitido y prohibido las pocas veces que me dan permiso para salir.					
Mis padres no dejan que me enfrente a un problema y busque la solución, además de darme siempre la razón.					
En conversaciones familiares mis padres dicen siempre lo que creen que es mejor para mí.					
Mis padres siempre tienen una explicación cuando me equivoco.					
Cuando conversamos en familia mis padres siempre me recuerdan las cosas que hacen por mí.					
La comunicación con mis padres está dirigida a mis necesidades.					
Mis padres exigen mucho más de lo que yo puedo rendir en el colegio.					
Mis padres me dan siempre lo que creen que necesito (comidas, juegos, propinas perfectas, etc.)					
Mis padres conocen cuáles son mis errores y debilidades, por eso cuidan bien de mí.					
Recibo afecto de mis padres por medio de regalos que ellos me hacen para satisfacer mis necesidades.					