

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTONIO GUILLERMO URRELO



Facultad de Psicología

**DEPRESIÓN Y FACTORES DEMOGRÁFICOS EN ESCOLARES DE
UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA DE CAJAMARCA**

Yessica Fátima Del Carmen Gálvez Rubio

Inelda Marilú Alva Regalado

Asesora:

Mg. Milagros Céspedes

Cajamarca-Perú

Enero - 2016

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTONIO GUILLERMO URRELO



Facultad de Psicología

**DEPRESIÓN Y FACTORES DEMOGRÁFICOS EN ESCOLARES DE
UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA ESTATAL DE CAJAMARCA**

Tesis presentada en cumplimiento parcial de los requerimientos para optar el
Título Profesional de Licenciada en Psicología

Bach. Yessica Fátima Del Carmen Gálvez Rubio

Bach. Inelda Marilú Alva Regalado

Asesora: Ps. Mg. Milagros Céspedes

Cajamarca-Perú

Enero – 2016

COPYRIGHT © 2015

YESSICA FÁTIMA DEL CARMEN GÁLVEZ RUBIO

INELDA ALVA REGALADO

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTONIO GUILLERMO URRELO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

CARRERA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

APROBACIÓN DE TESIS PARA OPTAR TÍTULO
PROFESIONAL

TITULO DE LA TESIS

Presidente: _____

Secretario: _____

Vocal: _____

Asesor: _____

A:

Mi esposo mi mejor hallazgo y a mi extraordinaria familia.

Yessica F. del Carmen Gálvez Rubio

A:

A mi familia quien es la fortaleza y la motivación intrínseca para alcanzar mis metas y sueños. Y a mi padre que desde el cielo me guía con su infinito amor.

Inelda Marilú Alva Regalado

AGRADECIMIENTOS

- Expresamos nuestro agradecimiento a nuestra querida Alma Máter, la Universidad Antonio Guillermo de Cajamarca, que gracias a la Facultad de Psicológica nos ha permitido estudiar durante estos cinco años, llenos de dedicación y esfuerzo.
- Agradecemos, así mismo, al Dr. Luis Vásquez Rodríguez, Decano de la Facultad de Psicología, por el apoyo constante a la investigación y calidad de enseñanza.
- Agradecemos al Comité Ejecutivo de Investigación de la Universidad Antonio Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo por promover y estimular a la investigación que permite conocer la realidad y aportar al conocimiento científico.
- Un agradecimiento especial a nuestra asesora, la Mg. Milagros Céspedes, por sus conocimientos brindados; su profesionalismo para orientar en cada etapa de la investigación, por su apoyo constante, exigencia y meticulosa corrección.

RESUMEN

La presente investigación de tipo descriptivo correlacional tiene como propósito determinar el grado de relación entre la sintomatología depresiva y las variables demográficas: edad y sexo. Los participantes fueron 387 escolares del nivel primario y secundario de una institución educativa estatal de Cajamarca, cuyas edades oscilan entre 8 a 15 años de edad del género masculino y femenino, seleccionados de forma no probabilística de tipo intencional. Los resultados indican una prevalencia del 23% de sintomatología depresiva alta. Además se halló una relación positiva moderada entre la sintomatología depresiva con la variable edad $p= 0.48$; lo cual sugiere una tendencia a considerar que a medida que el niño y adolescente va creciendo los niveles de depresión también se elevarían. Ello se evidencia que los porcentajes de sintomatología depresiva tienen mayor incidencia a partir de la edad de 12 años. Por el contrario no existe relación entre sintomatología depresión y la variable sexo; sin embargo son las mujeres las que presentan mayores porcentajes de 26.2% de sintomatología depresiva en comparación con los varones 23.8%.

Palabras claves: Sintomatología depresiva, niños, adolescentes, edad y sexo

Abstract.

This descriptive correlational research aims to determine the degree of relationship between depressive symptoms and demographic variables: age and sex. Participants were 387 students of the primary and secondary levels of state educational institution of Cajamarca, aged between 8-15 years of age male and female, selected from non-probabilistic way aspirational. The results indicate a prevalence of 23% high depressive symptoms. Besides a moderate positive relationship between depressive symptoms with age variable $p = 0.48$ was found; suggesting a tendency to consider that as the child grows and adolescent depression levels also would rise. This is evidence that rates of depressive symptoms are more prevalent after the age of 12. On the contrary there is no relationship between depression symptoms and the variable sex; however it is women who have higher rates of depressive symptoms 26.2% compared to 23.8% men.

Keywords: Depressive symptomatology, children, adolescents, age and sex

ÍNDICE

Dedicatoria	i
Agradecimiento (s)	ii
Resumen	iii
Abstrac	iv
Índice	v
Lista de tablas	vi
Introducción	01
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	04
1.1. Planteamiento del problema.	04
1.2. Formulación del problema	05
1.3. Objetivos	06
1.4. Justificación e importancia.....	06
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	07
2.1. Antecedentes de Investigación	07
2.1.1. Datos epidemiológicos relevantes	07
2.1.2. Porcentajes de ocurrencias de sintomatología depresiva en niños y adolescentes.....	08
2.1.3. Porcentajes de ocurrencias de sintomatología depresiva con respecto a la edad	10
2.1.4. Asociación entre sintomatología depresiva y edad	11
2.1.5. Porcentajes de ocurrencias de la depresión con respecto al sexo	13
2.1.5. Diferencias significativas entre sintomatología depresiva y sexo	14
2.2. Bases teóricas	15
2.2.1. Concepto de la depresión infantil y su desarrollo historico	15
2.2.2. Tipos de depresión.....	17
2.2.3. Criterios de diagnóstico	20
2.2.4. Factores de riesgo	25
2.2.4.1.Factores intrasujetos	25

2.2.4.2. Factores sociales	32
2.2.5. Enfoque explicativo según la perspectiva cognitivo	40
2.2.6. Definición de términos	43
2.2.6. Hipótesis de investigación	44
CAPÍTULO III: MÉTODO DE INVESTIGACIÓN.....	45
3.1. Tipo de investigación	45
3.2. Diseño de Investigación	45
3.3. Población, muestra y unidad de análisis.....	45
3.4. Instrumentos de recolección de datos.....	47
3.5. Procedimientos de recolección de datos.....	50
3.6. Análisis de datos.....	51
3.7. Consideraciones éticas	52
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	53
4.1. Análisis de resultados.....	53
4.2. Discusión de resultados	59
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	69
REFERENCIAS	71
APÉNDICES	77
Apéndice A: Inventario de depresión infantil	78
Apéndice B: Factores de la prueba adaptada	82
Apéndice C: Baremos de la prueba adaptada por Ramirez (2009)	83
Apéndice D: Solicitud a las I.E	87
Apéndice E: Consentimiento informado	88
Apéndice F: Confiabilidad y Validez de la prueba obtenida	90
Apéndice G: Respuestas de la prueba CDI en escolares de una institución educativa estatal de Cajamarca	93

Lista de Tablas

Tabla 1 Tipos de depresión	17
Tabla 2 Criterios de diagnóstico según el (APA, 2002)	20
Tabla 3 Criterios de diagnóstico según la CIE-10	22
Tabla 4 Criterios de diagnóstico de Weinberg y colaboradores	23
Tabla 5 Distribución de la población según género y edad	47
Tabla 6 Estadísticos de fiabilidad.....	49
Tabla 7 KMO y prueba de Bartlett.....	50
Tabla 8 Correlación de Pearson entre edad y depresión	53
Tabla 9 Niveles de sintomatología depresiva en función a la edad	54
Tabla 10 Descriptivos del puntaje total en función de rangos de edad	55
Tabla 11 Comparación de medias de sintomatología depresiva sexo	56
Tabla 12 Frecuencia y porcentaje de sintomatología depresiva en función al sexo.....	56
Tabla 13 Nivel de sintomatología depresiva alta de acuerdo a la edad y el sexo.....	52
Tabla 14 Frecuencias y porcentajes del nivel de sintomatología depresiva.....	52

INTRODUCCIÓN

Actualmente diversos estudios reconocen la existencia de depresión en niños y adolescentes (del Barrio y Carrasco, 2013), debido a que al atravesar una serie de cambios los convierte en períodos de vulnerabilidad, además en su mayoría muestran dificultades para afrontarlos, generando el desarrollo de diversos trastornos emocionales, como la depresión (Del Barrio, 2005).

La magnitud de los trastornos mentales en niños y adolescentes pueden apreciarse en algunos datos tomados del reporte de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2008 y 2011; señalando que el trastorno depresivo ocupa el segundo lugar de enfermedades mentales en la población adolescente con el 2.8% reuniendo criterios para ser diagnosticados.

A nivel nacional según el Estudio epidemiológico de Salud Mental en la Sierra Peruana Rural (2008), han considerado a la depresión como una de las causas principales de discapacidad mental y para el año 2020 ocupará el segundo lugar de los trastornos mentales.

En nuestra región, uno de cada veinte adolescentes reúne criterios para ser diagnosticado con depresión mayor (Sierra Peruana, 2005); aunque no existen estudios epidemiológicos con niños, existe la presencia de numerosos factores de riesgo, casos observables como los intentos de suicidios, entre otros aspectos, que evidencian la presencia de este síndrome (Ramírez, 2009).

Los cuadros depresivos en niños y adolescentes suelen expresarse mediante una variedad de reacciones tales como deseos de huir de casa, baja

autoestima, alteraciones en el apetito, en el sueño, desesperanza, ideación suicida y rebeldías (Villalobos, 2008), además Doménech y colaboradores, refieren dificultades para atender y ejecutar tareas en clase (como se citó en Pérez, Rivera, Soto, y Muñoz, 2011). Siendo factores de riesgo para la adquisición de conductas asociadas al consumo de alcohol, sustancias psicoactivas, ideación o comportamiento suicida (Sandoval, 2009); así para Najman y colaboradores en el 2008, refieren que la aparición de la depresión es un potente predictor de trastornos del estado del ánimo en la adultez (como se citó en Calderón y Barrera, 2013). Siendo la consecuencia más devastadora el suicidio tal como exponen Polaino Lorente, en 1988 y Linares en el 2000 (como se citó en Pinto y Álvarez, 2010).

Como podemos observar existe evidencia que muestra la presencia de este síndrome en niños y adolescentes a partir de ello surge el interés por conocer si estas etapas se presentan niveles de depresión infantil y su relación con los factores demográficos específicos: edad y sexo en escolares de Cajamarca.

Para esta finalidad, se revisa los antecedentes sobre la epidemiología de la depresión infantil, la asociación de la sintomatología depresiva con la edad y los estudios que datan las diferencias significativas entre la sintomatología depresiva con la variable sexo y los porcentajes de ocurrencias de cada variable, seguido se abordará aspectos importantes como son: concepto de la depresión infantil y su desarrollo histórico, tipos de depresión, criterios de diagnóstico, factores de riesgo (intrasujeto y sociales), enfoque explicativo según la perspectiva cognitiva.

Posteriormente se detalla el método utilizado en esta investigación, así como la descripción de la muestra y el instrumento utilizado. Y por último, se

exponen los resultados obtenidos, los cuales serán discutidos para presentar las conclusiones y recomendaciones para futuros trabajos de investigación.

CAPITULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del problema

En los últimos años numerosas investigaciones han centrado su atención en aspectos asociados con la Salud Mental de niños y adolescentes, debido que estos, se han visto afectados por problemas psicológicos y psiquiátricos, que se constituye como una entidad clínica que se aprecia por diversas manifestaciones sintomatológicas y de múltiples causas (Aburto, Loubat y Vega 2008). Hace sólo algunos años, se planteaba que la depresión era un trastorno que afectaba sólo a los adultos, sin embargo esta perspectiva evolucionó y en la actualidad se acepta la existencia de este cuadro en niños y adolescentes (Asociación Americana de Psiquiatría, 2002).

A nivel mundial la magnitud de los trastornos mentales en niños y adolescentes es muy prevalente; ya que asciende a 100 millones de personas, afectando a un 55% y 10% a la población infantil. En la actualidad se ha llegado a un cierto consenso en cifras medias, es decir, que los niños por debajo de los 12 años pueden estar entre un 1 o 4%, y en adolescentes las cifras se elevarían a un 13% (del Barrio y Carrasco, 2013). En América Latina y el Caribe, el estudio epidemiológico de psiquiátrica en población infantil, ha proporcionado un indicador entre 15% y 20% antes del año 2000 (Rodríguez, Kohn y Aguilar, 2009).

En la sierra peruana (2003), se ha encontrado el 5.7% episodio depresivo y que uno de cada 18 adolescentes reúne criterios para ser diagnosticados. En la región Cajamarquina el 38.5 % de adolescentes refieren por lo menos haber experimentado deseos de estar muerto (Leal y Vásquez, 2012).

1.2. Formulación del problema

Los antecedentes anteriormente descritos, permiten dimensionar el fenómeno para entender su importancia y, debido a las cifras que indican una mayor prevalencia de sintomatología depresiva y una incidencia entre las edades de 11 y 12 y sobre todo en el sexo femenino, nos ha motivado el interés creciente en investigar la correlación entre la sintomatología depresiva y la variable edad; así como también determinar las diferencias significativas de sintomatología depresiva entre varones y mujeres. Aspecto que puede terminar la relación entre la sintomatología depresiva y el sexo.

Ante lo expuesto nos lleva a la necesidad de elaborar la presente investigación, y plantear la siguiente pregunta: ¿Cuál es el grado de relación entre la depresión y los factores demográficos específicos: edad y sexo en niños y adolescentes de una institución educativa estatal de Cajamarca?

1.3. Objetivos

Por estas razones, se plantea como objetivos generales: determinar el grado de relación entre la sintomatología depresiva y el factor demográfico específico: edad; asimismo determinar las diferencias significativas entre la sintomatología depresiva y el sexo. Como objetivos secundarios tenemos: conocer la prevalencia de sintomatología depresiva; además conocer los porcentajes de sintomatología depresiva según la edad y el sexo en niños y adolescentes de una institución educativa estatal de Cajamarca.

1.4. Justificación e importancia

La presente investigación es importante no sólo porque brinda un aporte al conocimiento científico; sino también brinda información sobre la salud mental de los niños y adolescentes de nuestra sociedad. Información que permite un amplio panorama para tomar acciones en cuanto a prevención de la depresión infantil se refiere, fenómeno que puede afectar y marcar las vidas de aquellos niños y adolescentes que la padecen.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de investigación

2.1.1. Datos epidemiológicos relevantes

Según la Organización Mundial de la Salud, señalan que la discapacidad psiquiátrica en el Perú, ascendería a alrededor de 1.500.000 a 2.000.000 de personas, de las cuales aproximadamente 500.000 a 600.000 serían niños y adolescentes (Sierra Peruana, 2005). Del Barrio y Carrasco (2013), señalan que la depresión en todo el mundo ascendería a 100 millones de personas, afectando al 55% y 10% a la población infantil, llegando a un consenso en cifras medias, es decir, que los niños por debajo de los 12 años pueden estar entre un 1 o 4%, y en adolescentes las cifras se elevan a un 13%.

Victoria del Barrio y Carrasco (2013), citaron algunos autores como Gotlib, y Hammen en 1996, quienes estimaron las prevalencias por cada etapa; así para la preescolar (1-5) sedan en cifras del 1%, en niñez media (6-12) en un 2% y 8%, y en la adolescencia en un 15 y 20%; así mismo cita a Keesler y colaboradores en el 2001, quienes elevan la cifra al 25%.

Por otro lado, según el estudio epidemiológico de psiquiátrica en población infantil de América Latina y el Caribe (2009), mencionan que las investigaciones son escasas, sin embargo; se identificaron 10 estudios, en seis países, realizados entre los años 1982 y 1999, proporcionando un indicador

inicial de la magnitud del problema antes del año 2000, alcanzado cifras entre 15% y 20% (Rodríguez, Kohn, y Aguilar, 2009).

En el Perú, los primeros estudios epidemiológicos sobre la prevalencia de estos trastornos fueron realizados por Mariátegui en el distrito de Lince en la década de los 60, con una muestra de 2.901, hallando una prevalencia de trastornos psiquiátricos del 18.75%, ocupando hasta ese momento la reacción depresiva en un 0.97% (como se citó en Sierra Peruana, 2008).

En la Sierra Peruana (2003), estudios realizados en las zona urbanas de los departamentos de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz, han encontrado que el trastorno depresivo es el más prevalente en adolescentes con el 5.7% respectivamente. Asimismo, señala que la prevalencia anual de deseos de morir se encuentra en un 15.3% en comparación con los adultos 8.5% y los adultos mayores 12.2%. Y según el estudio de Sierra Peruana (2005), los estados anímicos como sentimientos de tristeza, tensión, angustia, irritabilidad o aburrimiento, en los adolescentes datan el 12.2% y el 17.2% por tanto el episodio depresivo tiene una prevalencia de 4.2%, y uno de cada veinticinco adolescentes reúne criterios para ser diagnosticados.

2.1.2. Porcentajes de ocurrencias de sintomatología depresiva en niños y adolescentes

Estudios como el de Martínez-Otero, (2007); encontraron en una muestra de 181 alumnos de 8 a 9 años el 8.28% mostraba sintomatología depresiva, el 5.52% sintomatología leve y el 2.76% severa, el 10.10% y el 6.09% en niñas y niños.

También el estudio sobre agresividad de los autores de Del Barrio, Moreno y López (2001), en una muestra de 579, la incidencia de los problemas depresivos es de 7.27%. Así también el estudio que realizaron Vinaccia et al. (2006), muestra porcentajes más elevados de sintomatología depresiva en un 25.2% en una muestra de 768 participantes entre los 8 y 12 años. Resultados similares con el estudio de Yesquen, Yncarroca, Álvaro, Suarez y García (2007), quienes hallaron en una muestra de 170 alumnos de 8 a 11 años; con una prevalencia de 27,7% siendo 16,27% leve y 11.44% severa.

Mientras que Carrasco, del Barrio y Rodríguez (2000), menciona en una muestra de 908 participantes en edades comprendidas entre 12 y 16 años, se ha hallado una presencia de sintomatología depresiva del 11.78%. Y el estudio sobre la prevalencia de sintomatología depresiva infantil realizado por Abello, Cortés, Barros, Mercado y Solano (2014), en una muestra de 178 estudiantes, los resultados arrojaron un 15.73% de sintomatología de depresión. Aláez, Martínez y Rodríguez (2000) en una muestra de 404 participante, en edades de entre 0 -18 años, describe que el trastorno depresivo ocupa el segundo lugar de las atenciones psicológicas en un 14.6%.

En nuestra localidad el estudio realizado por Leal y Vásquez (2012), con respecto a la ideación suicida que va ligado a la depresión encontraron que el 38,5% de adolescentes experimentaron deseos de estar muerto y en un 31,3% creen o sienten que no vale la pena vivir, además el 28.1% de los adolescentes han pensado en suicidarse alguna vez en sus vidas. Algo similar se da en la investigación de Duarté, Lorenzo y Rosselló (2012), quienes muestran que de 179 adolescentes de 13-18 años mostraron que el 29%

sienten deseos de matarse y 32.4 % piensan en matarse y el 22% piensan en matarse pero no lo harían y en un 2.2% indicaron querer morirse.

2.1.3. Porcentajes de ocurrencias de sintomatología depresión con respecto a la edad

Bernaras, Jaureguizar, Soroa, Ibabe y de las Cuevas (2013), señalan que la sintomatología depresiva suele iniciarse en la pubertad logrando ser indicador de un mayor desasosiego emocional a medida que se acerca la adolescencia.

Del mismo modo del Barrio, en el 2001; Kovacs, y colaboradores en 1984, quienes refieren que el comienzo de los trastornos depresivos mayores suele producirse entre los 11 y los 12 años de edad, aunque el inicio de la sintomatología depresiva menos severa se observa principalmente hacia los 7 y los 8 años (como se citó en Bernaras et al., 2013).

Así también el estudio de Abello et al. (2014) reportaron mayores niveles de prevalencia en escolares de 11 y 12 con porcentajes de 6.18% y 4.49% respectivamente. Mantilla, Sabalza, Díaz y Campo (2004) encontraron en un grupo de 239 niños y niñas que 21 niños el 9.2%, entre 13 niñas y 9 niños; además, se halló que los escolares de 11 años informaron un mayor número de síntomas depresivos, sus resultados apoyan el concepto de que la prevalencia de trastornos depresivo aumenta en forma importante a partir de la pubertad, con un patrón distintivo por sexo.

Del mismo modo Carrasco et al. (2000), indicaron una tendencia lineal ascendente en las edades de 12 a los 13. Sin embargo, algunas investigaciones también datan mayor incidencia de casos de sintomatología depresiva en edades menores como por ejemplo el estudio de Yesquen et al. (2007), quienes

indicaron mayor incidencia en la edad de 9 años y una presentación preferente en el sexo femenino. Igualmente el estudio de Pérez y Urquijo (2001) los niveles de depresión, son superiores en los alumnos con menor edad y que los efectos se observan en las mujeres. Así también el estudio de Bernaras et al. (2013), hallaron que el grupo de estudiantes varones de 8 y 9 años presentaban niveles más altos que los de mayor edad. Sin embargo en el caso de las niñas se observa un repunte de esta sintomatología a la edad de 12 años.

Por otro lado la investigación realizada por Torres en 1992, manifestó el 4.7% de los participantes de entre 8 y 10 años presentaba sintomatología depresiva severa, mientras que en el caso de los escolares de mayor edad ese porcentaje se reducía al 2.5% (como se citó en Bernaras et al., 2013).

Por su parte Melo-Vega (2009), en su estudio mostró que los niños de 8 años presentan mayores índices de sintomatología depresiva en comparación a las otras edades. Lo mismo ocurre con la investigación de Ramírez (2009), quien encontró en una muestra de 623 participantes entre las edades de 7 a 15 años, que la sintomatología depresiva no sigue una misma tendencia evolutiva ya que los niños de 7 a 9 años presentan mayores índices de depresión que las otras edades.

Como podemos apreciar los porcentajes son elevados, además se observa que la depresión se encuentra tanto en varones como en mujeres.

2.1.4. Asociación entre sintomatología depresiva y edad

Como podemos analizar líneas arriba se evidencia porcentajes elevados tanto en niños como en adolescentes, por lo que algunas investigaciones mencionan la existencia de una asociación entre la sintomatología depresiva

con la edad, tal y como exponen D'Angelo y Augensteine en el 2012, quienes mencionan que estas diferencias, introducidas por la edad, han hecho pensar que la depresión infantil tiene un carácter evolutivo (como se citó en Del Barrio y Carrasco 2013).

Algunas investigaciones que muestra dicha asociación tenemos Mantilla et al. (2004), encontraron una asociación entre depresión con mayor edad. En el estudio Pérez y Urquijo (2001), los resultados confirman una asociación entre depresión con la edad. Del mismo modo Aláez et al. (2000), encontró una correlación altamente significativa entre el tipo de trastorno como la presión con la edad mostrando así que la psicopatología infantil sigue una pauta evolutiva. Díaz, Prados y López (2002) hallaron una relación entre las mayores puntuaciones de síntomas depresivos con los adolescentes de mayor edad. Así también Carrasco et al. (2000), indican que existe una tendencia lineal ascendente respecto de la edad con un salto destacable en el paso de los 12 a los 13 años.

Otras investigaciones como la de Reátegui mencionan dicha relación y que la influencia de la variable edad es un tanto débil, sin embargo; existe una tendencia a presentar mayores niveles de depresión en los grupos de mayor edad (como se citó en Ramírez, 2009). Así para, Mantilla et al. (2001), los hallazgos apoyan el concepto de que la prevalencia de trastornos depresivo aumenta en forma importante a partir de la pubertad, con un patrón distintivo por sexo. Del mismo modo Kovacs (2004), señala la existencia de una tendencia a incrementar los síntomas depresivos de acuerdo a la variable edad. Como podemos observar existen ciertos estudios que consideran la existencia

de una relación entre sintomatología depresiva con la edad. Sin embargo el estudio de León (2013), concluye que no existe correlación significativa entre el nivel de sintomatología y la variable edad. Ello sugiere según Arnett en 1999; Hankin y colaboradores en 1998 que el paso de la pubertad a la adolescencia puede ser un momento crítico para generar vulnerabilidad a la depresión, por lo que es considerada una etapa estresante (como se citó en Carrasco et al., 2000).

2.1.5. Porcentajes de ocurrencias de la depresión con respecto al sexo

Siguiendo la línea de antecedentes que datan porcentajes de ocurrencia con respecto al sexo tenemos las siguientes investigaciones Abello et al. (2013), reportaron mayores niveles de la sintomatología depresiva en un 18.6% a diferencia de los niños con 13.04%. Bernaras et al. (2013), encontró que el caso de las niñas la sintomatología depresiva no sigue una tendencia descendente, sino que a los 12 años se observa un repunte de esta sintomatología, logrando ser indicador de un mayor desasosiego emocional a medida que se acerca la adolescencia.

Carrasco et al. (2000), hallaron una tendencia lineal ascendente respecto de la edad con un salto destacable a los 12 y 13 años y con puntuaciones superiores en el caso de las mujeres 12.5% y 10.7% en varones. Díaz et al. (2002) menciona que las mujeres de 15 años presentaban más síntomas depresivos que los de menor edad. López (2013) encontró que el 34% de estudiantes mujeres mostraban sintomatología depresiva y el 25% en varones.

Pérez y Urquijo, (2001), señalan un mayor índice de depresión en el sexo femenino en menores de 9 años y el riesgo para el trastorno depresivo mayor

ha variado entre el 10 y el 25% para las mujeres y entre el 5 y el 12% para los varones. Yesquen et al. (2007), hallaron el 31.71% en niñas y 23.81% en niños.

No obstante, algunos estudios como de Vinaccia et al. (2006), mostraron que los varones presentaron una prevalencia mayor de depresión en un 14.4%, en comparación con las mujeres 10.8%. Asimismo el estudio llevado a cabo por Medina-Mora et al. (2003), refieren que los hombres presentan prevalencias más altas de cualquier trastorno incluida la depresión en comparación con las mujeres con un 30.4% y 27.1%, pese a ello siguen siendo las mujeres quienes presentan prevalencias globales más elevadas para cualquier trastorno en los últimos 12 meses en un 14.8% y un 12.9%).

2.1.6. Diferencias significativas entre sintomatología depresiva y sexo

Aláez et al. (2000) encontraron en su estudio una correlación altamente significativa entre el tipo de trastorno una de ellas la depresión con el género. Carrasco et al. (2000), en su estudio llevado con escolares de 12 a 16 años muestra que la media de depresión en las mujeres es superior al de los varones de forma estadísticamente significativa. Díaz et al. (2002), hallaron que las niñas puntúan globalmente más síntomas depresivos que los niños siendo las diferencias estadísticamente significativas, lo cual implica una relación. Del mismo modo Pérez y Urquijo, (2001) menciona que existen diferencias significativas entre sexos y que las puntuaciones medias de depresión son claramente superiores en las mujeres. Estos últimos autores citaron a Lang y colaboradores en 1997, quienes sostienen que ambos sexos no presenta diferencias y, que los varones tenían más desesperanza aprendida que las mujeres; pero Rothenberg en 1995, también citado en su estudio sugiere que,

las adolescentes mujeres tienen mayor probabilidad de ser depresivas, y de cometer suicidio se deba a que la depresión se haya asociada a sentimientos negativos acerca de su cuerpo y apariencia.

Sin embargo otros estudios como los de y Mantilla et al. (2004), hallaron que la frecuencia de depresión fue mayor en las niñas a comparación de los niños, sin embargo, esta diferencia no fue significativa; Melo-Vega (2009), indica que en ambos sexos se encontrarían niveles medios y altos de sintomatología depresiva con valores promedios y muy similares, pero ello no indicaría diferencias significativas entre los puntajes en ambos sexos. Lo mismo ocurre con Ramírez (2009), sus resultados indican que las mujeres obtienen un mayor promedio de sintomatología depresiva que los varones, pero que esas diferencias no resultan significativas.

2.2.Bases teóricas

2.2.1. Concepto de la depresión infantil y desarrollo histórico

Empezaremos precisando que en esta investigación tomaremos el concepto genérico de depresión infantil y adolescente según Del Barrio, 2002:

“Cambio persistente en la conducta, consiste en el descenso de la capacidad de disfrutar de los acontecimientos, comunicar con los demás, rendir escolarmente, con presentación de alteraciones de funciones corporales y frecuentemente acompañada de acciones plurales de protesta” (como se citó en del Barrio y Carrasco, 2013, pág. 21).

Como podemos apreciar la depresión infantil consiste en un estado de ánimo caracterizado por la presencia de la tristeza y por la ausencia del disfrute de la vida; lleno de desesperanza, melancolía, falta de entusiasmo e incapacidad para concentrarse entre otros. Y puede aplicarse a todos sus tipos y rangos de edad en la que aparece (del Barrio y Carrasco 2013).

En cuanto al desarrollo histórico, la depresión infantil fue cuestionada por muchas décadas, por razones teóricas y por la falta de consenso en su conceptualización; generando una serie de oposiciones. Una de ellas la corriente Psicoanalítica, que vetaba cualquier posibilidad de existencia de la depresión infantil; argumentando que la infancia al encontrarse en un proceso en desarrollo no sería posible emerger cuadros depresivos, frenando el avance de su investigación (del Barrio y Carrasco 2013).

No obstante, otros teóricos psicodinámicos como Spitz, Bowlby entre otros se interesaron por el estudio de la depresión infantil, elaborando la primera descripción de la depresión infantil en niños que habían sufrido una separación materna cuyo rango de edad estaba entre los 6 y los 9 meses (del Barrio y Carrasco, 2013; Ramírez, 2009).

Posteriormente alrededor de la década de 1960, surge el famoso concepto de "depresión enmascarada", atribuyendo que la depresión suelen enmascararse en otras vías como somática, corporal y conductual; no obstante, tiempo después dicho concepto quedó sin fundamento, considerado como término engañoso e innecesario que no permite diferenciar un síndrome depresivo (Cabrera, 1995).

Consecutivamente surge una nueva conceptualización como un desorden clínico, es decir; que la depresión se da en la infancia y que los aspectos esenciales del desorden son similares en niños, adolescentes y adultos logrando diagnosticarse utilizando los mismos criterios e instrumentos que en el adulto (Cabrera, 1995), sin embargo; otros investigadores tienden a contemplar a la depresión infantil desde una perspectiva evolutiva, es decir; que los niños que manifiestan estados depresivos, debe ser "diferencial" e independiente a la del adulto (Cabrera, 1995).

Finalmente la depresión infantil fue admitida por primera vez como desorden mental en el IV Congreso Europeo de Paidopsiquiatría, celebrado en 1971, logrando el consenso de las distintas posiciones teóricas respecto a la existencia de la depresión infantil (Cabrera, 1995; Ramírez, 2009).

2.2.2. Tipos de depresión

Se establecen distintos tipos de depresión en función del criterio de división que se escoja para constituirlos. Según Victoria del Barrio y Carrasco, 2013

Tabla 1

Tipos de depresión Victoria del Barrio, Carrasco 2013

Criterio	Tipos
Curso	Unipolar
	Bipolar
Severidad	Depresión mayor

	Trastornos distimicos
Desencadenante	Exógena Endógena
Aparición – duración	Agudas Crónicas
Edad	Sensoriomotriz Preescolar Escolar Adolescentes
Dificultad diagnóstica	Enmascarada Mixta Pura

Si se considera el curso de la perturbación, se puede distinguir entre: *unipolar* y *bipolar*; la unipolar se caracteriza por un curso regular, con duración media, si hay una buena intervención; la depresión bipolar presenta un curso cambiante con un polo de depresión y otro de manía, se caracteriza por cambios cíclicos en el estado de ánimo que van desde la euforia, en la manía, a estados de ánimo disfóricos. Esta fase el sujeto presenta los siguientes síntomas: alta capacidad de distracción, hiperactividad, irritabilidad, hiperautoestima, verborrea, ausencia de sueño, dificultades de discriminación intelectual, autocontrol deficiente y conductas de riesgo, suele aparecer en la adolescencia

Si se parte del criterio de severidad se distingue entre: Depresión mayor y trastorno distímico. En las primeras los síntomas son más numerosos, e

intensos que en la segunda que, aunque es más leve, alcanza una mayor duración.

El criterio de la división es el tipo de desencadenante, las depresiones pueden ser exógenas o endógenas. En el caso de las endógenas el desencadenante es desconocido y el episodio depresivo comienza de una manera inexplicable para el sujeto y para las personas de su entorno; las depresiones exógenas, por el contrario, están perfectamente relacionadas con acontecimientos psicosociales negativos que el sujeto o sus familiares identifican como desencadenantes de la aparición de la depresión.

Cuando se tiene en cuenta el modo y frecuencia de su aparición se pueden dividir en agudas o crónicas. La aguda consiste en un episodio aislado asociado a estresores psicosociales graves y la crónica se caracteriza por episodios recurrentes en un entorno positivo que no presenta una acumulación de factores de riesgo.

En el mundo infantojuvenil se suele adoptar también un criterio evolutivo se distingue entre depresión sensoriomotriz (1-3), preescolar (4-5), escolar (6-12) y adolescente (12-18).

En función de su diagnóstico la depresión infantil se puede dividir en pura o enmascarada; a esta última algunos autores prefieren llamarla mixta y la consideran como la más característica de la niñez.

En la depresión pura los síntomas son semejantes a los de la depresión adulta y en la enmascarada se esconde la depresión entre mezclada con problemas de todo orden, especialmente con problemas de conducta. La “Depresión mixta”, según del Barrio y colaboradores en el 2006 refieren que

este término se usa para denominar la depresión acompañada de ansiedad, ello ocurre tanto en adultos como en niños (como se citó en del Barrio y Carrasco, 2013).

Existe una gran polémica sobre la duración de la depresión en niños y adolescentes, se planteaba si es transitorio o duradera. Sin embargo, los estudios longitudinales muestran que las depresiones infantiles tienen en una alta probabilidad de duración, puesto que la correlación entre sintomatología depresiva a lo largo del tiempo suele ser alta y la recurrencia también (del Barrio y Carrasco, 2013).

Del mismo modo estudios longitudinales como los de Lewinsohn, Rhode, Seeley y Klein en 1999, Goodwin, Fergusson y Horwood en el 2004, Abella y Manzanno, en el 2007, mostraron la continuidad de la depresión a través del tiempo; es decir, que los sujetos que presentaban trastornos en la niñez continuaban presentándolos en la edad adulta, incluidos los trastornos depresivos (como se citó en del Barrio y Carrasco, 2013).

2.2.3. Criterios de diagnóstico

La postura que considera a la depresión infantil como características que equiparan a la depresión en adultos, se encuentra las clasificaciones internacionales de trastornos mentales como como el DSM-IV y el CIE-10. Según la clasificación propuesta en el DSM-IV-TR (Asociación Americana de Psiquiatría, - APA, 2002) considera para niños y adultos los mismos criterios diagnósticos (Ver Tabla 2), excepto dos características que lo diferencian: (a) la irritabilidad puede reemplazar el estado de ánimo depresivo en niños y

adolescentes; y (b) que los niños o adolescentes no solo subirán o bajarán de peso; sino que, al estar en proceso de crecimiento, se considera a la inapetencia y la falta de un peso adecuado para su edad un indicador

Tabla 2

Criterios diagnósticos para el episodio depresivo mayor (APA, 2002)

A. Presencia de 5 o más de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) ó (2).

(1) Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto o la observación realizada por otros.

Nota: En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.

(2) Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día casi cada día.

(3) Pérdida importante del peso sin hacer régimen o aumento de peso, o pérdida o aumento de apetito casi cada día.

Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperados.

(4) Insomnio e hipersomnia casi cada día.

(5) Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día.

(6) Fatiga o pérdida de energía casi cada día.

(7) Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (pueden ser delirantes) casi cada día (no incluir los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo)

(8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión casi cada día.

(9) Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

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

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

D. Los síntomas no son debidos a efectos fisiológicos directos de una sustancia o una enfermedad médica.

E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo, los síntomas persisten durante 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación.

Los autores del CIE-10 (Organización Mundial de la salud - OMS, 2007) no reconocen ningún criterio específico en función de la edad. Así dichos criterios para el diagnóstico infantil se diferencian del DSM-IV-TR, ya que consideran a la pérdida de autoestima como 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 (Ver Tabla 3).

Tabla 3

Criterios diagnósticos para la depresión infantil según la CIE-10

- La duración del episodio depresivo debe ser como mínimo de dos semanas y no estar relacionado con el consumo de ninguna sustancia.

Presencia de dos de los siguientes síntomas:

- Humor depresivo: los niños y adolescentes, pueden presentar un estado de ánimo deprimido o irritable. El ánimo irritable se puede manifestar con una conducta agresiva o acciones que demuestren hostilidad o cólera. En los adolescentes mayores los trastornos de ánimo pueden tener síntomas parecidos a los de los adultos.
- Pérdida de interés hacia el entorno, o incapacidad para disfrutar con el juego o con las actividades escolares.
- Falta de energía: no juega, rechaza ir al colegio, en casa se le ve desanimado, no habla, etcétera.

Presencia de uno o más de los siguientes síntomas:

- Pérdida de confianza y autoestima, y sentimientos de inferioridad.
- Reproches: en los niños se refleja mediante una autodesvalorización o un sentimiento de culpa excesivo o inapropiado.
- Ideas o intentos autolíticos (autodestructivos): en los niños y adolescentes se observan signos no verbales de conducta suicida como realizar acciones en las que corre riesgos de forma reiterada, a veces como si se tratase de un juego o adoptar comportamientos autolesivos (por ejemplo arañarse).
- Incapacidad para concentrarse o tomar decisiones, que en el caso de los niños se traduce en problemas de conducta o un bajo rendimiento académico.

- Actividad psicomotriz agitada o inhibida.
- Alteraciones del sueño.
- Variaciones de peso (en los niños generalmente se da un aumento).
- Quejas somáticas (dolor de cabeza, tripa, etcétera). Este criterio es muy frecuente en niños.

Existen otras clasificaciones de carácter exclusivo para la infancia encontramos: la de Weinberg y colaboradores en 1973 (como se citó en Del Barrio, 2005) que mostramos a continuación (Ver Tabla 4).

Tabla 4

Criterios diagnósticos de Weinberg y colaboradores en 1973 (citado en Del Barrio, 2005)

A. Disforia o ideas de autoimpresión (atribución a uno mismo de cualidades o rasgos negativos).

B. Al menos dos de los siguientes síntomas:

1. Agresión.
2. Problemas de sueño.
3. Descenso en el rendimiento escolar.
4. Socialización disminuida.
5. Cambio de actitud hacia la escuela.
6. Quejas somáticas.
7. Falta de energía.

8. Cambios en el apetito.

9. Cambios de peso.

C. Estos síntomas representarían un cambio en la conducta habitual del niño.

D. Los síntomas durarán al menos un mes.

Del Barrio (2005), hace una síntesis de varios 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 de humor, cambios bruscos de humor, irritabilidad; así como la ausencia de interés y llanto excesivo; **motores**, 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**, implica la 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**, encontramos el aislamiento, retraimiento, evitación e incompetencia social; **conductuales**, en esta categoría encontramos protestas, riñas, desobediencia, rabietas, indisciplina escolar, delincuencia, drogas y piromanía y **psicosomáticos**, 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.

2.2.4. Factores de riesgo

Según del Barrio y Carrasco (2013), clasifican los factores de riesgo en intrasujetos y sociales, factores que facilitan el desarrollo de la depresión en niños y adolescentes y la proclividad a desarrollar una depresión en la edad adulta. Factores que describiremos a continuación:

2.2.4.1. Factores intrasujeto

Son aquellos factores personales que dependen del sujeto, y son esenciales: el temperamento y la personalidad que dan paso al surgimiento de otras dimensiones tenemos:

Temperamento y personalidad

Los estudios sobre temperamento han mostrado consistentemente, una relación con la depresión. En el estudio llevado a cabo por Goodyer y colaboradores en 1993 manifiesta que la emocionalidad negativa también aparece específicamente correlacionada con depresión, donde muestra que la aparición de un trastorno depresivo es 17 veces mayor en los sujetos que presentan altas puntuaciones en emocionalidad negativa (como se citó en del Barrio y Carrasco 2013).

Parece ser que aquellos que presentan dificultades temperamentales puntuaban más alto en depresión y el temperamento inhibido, la timidez y la ausencia de sentimientos positivos son los elementos temperamentales más frecuentes correlacionados con la aparición de la depresión en los niños y adolescentes (del Barrio y Carrasco, 2013).

En cuanto a la personalidad, según Eysenck existe una asociación entre los factores de personalidad como el neuroticismo e introversión, siendo la base

explicativa de los distintos trastornos, y además presenta una base somática que mantiene la productividad a desarrollar diferentes tipos de trastornos y, naturalmente, también la depresión (como se citó en del Barrio y Carrasco, 2013). La correlación positiva entre neuroticismo y depresión está fuertemente documentada; son menos concluyentes pero numerosos los estudios que relacionan introversión y depresión y la extroversión aparece también ligada al concepto de factor protector (como se citó en del Barrio y Carrasco 2013)

Teniendo en cuenta para Ausbel en 1954 y Moreno en el 2005, mencionaron que la adolescencia es un periodo en donde se produce una intensa actividad hormonal y de cambios biológicos, cognitivos y sociales, cuyas diferencias significativas entre sexo se dan a partir de los 13 años requieren extensas reorganizaciones sobre todo de la estructura de la personalidad (como se citó en Sandoval, 2009). Además, para Erikson la preadolescencia, es vista como un tiempo de relativa calma emocional, cuando los niños pueden asistir a sus labores escolares y aprenden las habilidades requeridas por su cultura incrementa la adaptabilidad y el proceso óptimo para el desarrollo de la personalidad (como se citó en Sandoval, 2009).

Autoestima y autoeficacia

En el niño y adolescente, el autoconcepto va ganando un contenido de carácter psicológico y social. Según Erikson (1950), menciona que la evaluación que hacen al comparar su yo real con su yo ideal, influye en el desarrollo de su personalidad (como se citó en Sandoval, 2009). Para Markus y Nurius (1984), alcanzar los estándares sociales y cumplir con las expectativas

que tienen y saber el grado de competencia que poseen es su mayor objetivo (como se citó en Sandoval, 2009).

Así para Erikson los niños y adolescentes pasan una crisis denominada la industria versus la inferioridad; allí ellos intentan hacerlo todo por ellos mismos, con su propio esfuerzo (como se citó en Sandoval, 2009). De ahí, la importancia según Markus y Nurius, (1984) de una estimulación positiva que pueda recibir, en el caso de que sea comparado con otros, el niño puede desarrollar cierta sensación de inferioridad que le hará sentirse inseguro frente a los demás (como se citó en Sandoval, 2009).

Según Piaget, los niños generan el autoconcepto más rápido que en los adultos, a partir de los dos años. Coadyuvando dos procesos: a) el de conciencia de oposición ante el otro, que se fragua en la resistencia del mundo a sus deseos; b) a partir de los juicios que hacen los adultos sobre ellos. Este último tiene un mayor nivel de dependencia ya que incrementa los niveles de inseguridad en sí mismos, siendo más probable que aparezcan niveles más altos de depresión (como se citó en del Barrio y Carrasco 2013).

En el caso de la adolescencia, un periodo en donde se produce una intensa actividad hormonal y de cambios biológicos, cognitivos y sociales, ello coincide el proceso de aceptación de su apariencia física; estos cambios son distintos tanto en varones y mujeres, los cuales tiene influencia psicológica en las personas relacionado a su autoestima (Sandoval, 2009)

Del mismo modo Coleman y Hendy, mencionan que la mayor incidencia de síntomas depresivos a partir de los 12 años en las mujeres; se deba a que empiezan a recibir distintas presiones socioculturales y educativas; así mismo

son las más afectadas en la primera etapa de la adolescencia mostrando más irritabilidad, estados depresivos y menos satisfacción sobre todo en su aspecto físico ya que el aumento de masa corporal que implica la madurez femenina, y si no está en relación con los patrones de belleza actuales tiene un impacto en su autoestima; mientras que los varones mantiene un estado de ánimo positivo y mejor autoestima (como se citó en Parra, 2007). Así mismo, según Steinberg en 1996 esta etapa, se caracteriza por la curiosidad de experimentar sensaciones de índole sexual y sentimental que muchas veces generan dificultades emocionales (como se citó en Shaffer, 2000).

Por otro lado la autoeficacia, consiste en la capacidad de un individuo de considerarse apto para resolver los problemas que le plantea su entorno, si el sujeto se percibe eficaz la consecuencia es una gran seguridad en sí mismo (del Barrio y Carrasco, 2013).

Según la teoría de Erickson la eficacia es un elemento fundamental para la correcta evolución emocional del niño. Por el contrario, la percepción de incompetencia incrementa la probabilidad del fracaso y se muestra estrechamente ligado a sentimientos negativos y deprimentes, esto quiere decir que enseñar a ser competente en el control de la emoción puede ser una vía eficaz en la prevención de la depresión (del Barrio y Carrasco, 2013).

Las correlaciones negativas más potentes que se han encontrado son “Autoeficacia académica”, factores de “Ineficacia” y Pesimismo del CDI. Es interesante comprobar en este tipo de estudios la importancia que tiene el éxito académico en la vida emocional de los niños y adolescentes (del Barrio y Carrasco, 2013). Abela, Fishman, Cohen y Young en el 2012, concluyeron que

la ausencia de autoeficacia, es el predictor más importante de sintomatología depresiva en los niños y adolescentes, esto apunta que la autoeficacia se vuelve más importante a medida que el niño crece; es más grave ser ineficaz en la adolescencia que en la niñez (como se citó en del Barrio y Carrasco 2013).

Un factor que involucra el decrecimiento de la autoeficacia, es sin duda el modelo de "pérdida de reforzamiento" de Lewinsohn, quien señala que las personas deprimidas no reciben suficiente refuerzo positivo de los demás se vuelve vulnerable a la depresión (como se citó en Cabrera, 1995) y el modelo de "indefensión aprendida" de Seligman, que postula en la incapacidad individual para escapar de circunstancias aversivas y en la medida que los niños son conscientes de su ineficacia o de su fracaso, van perdiendo su autoestima y se vuelven incapaces de resolver tareas que habían resuelto antes (como se citó en Figueras, 2006).

Así también autores como Burkhouse, Uhrlas, Stone, Knopik y Gibb en el 2012 mencionan la importancia que tiene el juicio de la madre en la generación de la autoestima y por tanto de la autoeficacia del niño; si ésta es demasiado crítica y no utiliza estimulación ni reforzamiento alguno, parece que se aumenta la posibilidad de aparición de sintomatología depresiva en el niño (como se citó en del Barrio, 2013).

Estilos cognitivos

Un periodo que se caracteriza por el egocentrismo, sin duda alguna es la niñez, debido a que se hallan más centrados en sus propios puntos de vista que no le permiten considerar la opinión de otros. Así mismo, se dejan guiar más por los adultos y su opinión es de suma importancia para ello (Sandoval, 2009).

Según Piaget los niños presentan un pensamiento limitado, debido a que no pueden dar explicaciones de causa y efecto a situaciones complejas, por lo que muchas veces el niño que atraviese situaciones de fracaso, este percibe como un fenómeno sin solución puesto que posee un visión de túnel que lo imposibilitan encontrar alternativas de solución generando problemas emocionales como la depresión (como se citó en Sandoval, 2009).

Así mismo en los niños predomina el miedo como moción negativa, que los hace sentir inseguros y su desarrollo cognitivo tienen menos recursos mentales y sociales para hacer frente personalmente a esos problemas que se generan ante el miedo y que cada cual ha de resolver. A ello se suma su imaginación, los niños pueden hacer que sus temores se cobren una realidad ajena al mundo adulto, lo cual incrementa su desazón (del Barrio y Carrasco, 2013).

El estudio longitudinal de Nolen-Hoeksema, Seligman y Girgus en 1992 con niños de 8 años, el estilo cognitivo depresógeno sólo se constituyó en un predictor de la sintomatología depresiva en aquellos niños de mayor edad de 10 a 12 años (como se citó en Carrasco et al, 2000). Y esto puede explicarse que a medida que el niño crece confieren una mayor estabilidad a sus cogniciones, es decir; presenta mayor posibilidad valorativa interpretativa y de sesgos (Carrasco et al, 2000).

Según Moreno en el 2005, se debe a que adolescentes inician el pensamiento operacional formal en donde adquieren así una visión distinta de sí mismos, de las otras personas, de las relaciones interpersonales, las

instituciones sociales y las reglas morales que arbitran el conjunto de intercambios sociales (como se citó en Sandoval, 2009).

Desde que Seligman habló de la indefensión aprendida, el tipo de atribuciones que un sujeto realiza se ha convertido en un pilar fundamental de la explicación teórica de la depresión los adolescentes que tienden a emitir juicios negativos sobre cosas que objetivamente son neutras o positivas están en una situación de desventaja y son más vulnerables para desarrollar una depresión (como se citó en del Barrio y Carrasco, 2013; Figueras, 2006).

En población española los trabajos de Rodríguez-Testal, Carrasco, del Barrio y Lozano, 2002, corroboran la existencia de estilos cognitivos típicos de los sujetos deprimidos y su mayor incidencia en sexo femenino y en adolescentes, y se ha encontrado en ellos una tendencia a cometer un mayor número de errores de atribución; los tipos de errores más frecuentes han resultado ser razonamiento emocional, rigidez y tremendismo (como se citó en del Barrio y Carrasco, 2013)

Por otro lado Frye y Garber en el 2005, han encontrado que la rumiación, como metacognición, juega un importante papel en la depresión puesto que siempre aparecen ambos fuertemente correlacionados, además ha encontrado las relaciones mediadoras entre el criticismo materno y las distorsiones cognitivas en adolescentes lo que indica la mediación de influencias externas en los estilos de atribución (como se citó en del Barrio y Carrasco, 2013).

2.2.4.2. Factores sociales

Factor Familia

La familia es la agente principal de un niño, debido que filtra todo lo que le llega del mundo exterior y cualquier tipo de conflicto en ésta área se traduce en una dificultad para llevar a cabo las funciones de crianza, por otro lado los padres que muestren cuadros depresivos suelen restringir todo tipo de refuerzos, dedicando menor atención a sus niños; lo cual incrementa el riesgo de presentar depresión (del Barrio y Carrasco, 2013).

Para Cummings y Davies en 1994 el apego se fragua en la primera infancia y mantiene sus efectos perturbadores hasta la adolescencia y en ocasiones hasta la vida adulta (como se citó en del Barrio y Carrasco, 2013). Roa y del Barrio, en 2001 mencionan que el apego suele ser similar a la manera de educar a lo largo de la vida, y se le llama “hábitos de crianza”. Los cuales consisten fundamentalmente en una trasmisión de normas de conducta que se proporciona dentro de un determinado clima afectivo (como se citó en del Barrio y Carrasco, 2013). Por ello mientras el clima familiar sea positivo, claro y flexible, la educación será exitosa. En cambio si los hábitos de crianza son rígidos, de escasa comunicación y la ausencia de cariño e incluso hostilidad, la depresión infantil tiene lugar a desarrollarse (del Barrio y Carrasco, 2013) Pero no solo los hábitos de crianza son importantes para la armonía emocional de los niños, es también esencial el tipo de relación que hay entre los miembros de la pareja.

Para Méndez, en el 2001; Strohschein, en el 2005, en relación al divorcio, se ha encontrado un porcentaje significativo de casos de depresión infantil y estos proceden de hogares rotos; igualmente, se sabe que existe un riesgo

mayor en aquellos niños que forman parte de familias con un alto grado de conflictividad conyugal; generando ansiedad y conductas antisociales en aquellos niños cuyos padres no estarían unidos (como se citó en Melo-Vega V, 2009).

Además, los niños que presencian peleas, fuertes discusiones o, lo peor presencian agresiones según Lafay y colaboradores en el 2003, los niños temen, a su vez, ser abandonados y se sienten terriblemente inseguros, dichas condiciones hacen que emerja la depresión (como se citó en del Barrio y Carrasco, 2013). Y si hay agresión paterna según Schwartz y colaboradores en el 2012, se elevarían aún más los niveles de ansiedad y la depresión, especialmente en la adolescencia, en donde las emociones negativas se incrementan (como se citó en del Barrio y Carrasco, 2013).

Como podemos observar, el contexto familiar es el factor más predisponente para la emersión de ansiedad y depresión. Por tanto Sánchez y Méndez, 2010; Yu y Kerres, 2011, creen que si existe una funcionalidad familiar adecuada, los padres pueden proyectar en los hijos un buen proceso de toma de decisiones, mejor actitud hacia la vida y mayor responsabilidad en su comportamiento; por el contrario, si la familia no tiene un nivel de comunicación óptimo, suele estar distante y tiende a ser rígida frente a los cambios, será más difícil que el adolescente se ajuste esta etapa y pueda superar las crisis que se le presenten (como se citó en del Barrio y Carrasco, 2013).

Madre depresiva

Según Garber en el 2010, su estudio longitudinal de 6 años de duración que corrobora la fuerte relación entre depresión materna y depresión en adolescentes y el estudio en población española de del Barrio y Gómez en el 2003, se ha encontrado que los niños entre 13 y 15 años, pertenecientes a la población general, tiene una incidencia de depresión mayor de 5%, mientras que los niños de madres deprimidas presentan una incidencia del 33% y estos mismos datos se encuentran sistemáticamente en otro tipos de sociedades y culturas (como se citó en del Barrio y Carrasco, 2013)

Existen investigadores como Lovejoy y colaboradores en el 2000, que mantienen el origen genético de la relación entre la depresión materna e infantil, puesto que se han heredarían las bases neurológicas y endocrinas ligadas a la depresión. También están los que prefieren una explicación ambiental, puesto que una madre deprimida baja el nivel de actividad, la tasa de refuerzos, la interacción negativa afectiva y supone un modelo de conducta depresiva (como se citó en del Barrio, 2013).

Otras investigaciones como las de Goodman y colaboradores, Kerns en el 2011 y Martins y Gaffan en el 2000, señalan que la depresión materna impide el establecimiento de unos correctos lazos de apego con lo que toda la vida afectiva de niño se resiente, además Martins y Gaffan en el 2000, sostienen que privaría al niño de vivencia positiva básica y ello produciría un ambiente propicio al establecimiento de la depresión (como se citó en del Barrio y Carrasco, 2013).

En otras investigaciones Markowitz, Maughan establecieron relaciones entre madres con depresión mayor y los comportamientos y el desarrollo de los hijos, quienes encontraron conductas parentales negativas en el desarrollo sociemocional de los hijos; siendo la depresión materna un factor de riesgo que afecta el ajuste socioemocional y la aceptación social de los hijos (como se citó en Cuervo, 2009)

Indirectamente la depresión materna según Del Barrio y Roa en el 2005 afecta también a la calidad de hábitos de crianza. Una madre deprimida esta clausurada en su malestar y no puede prestar la atención necesaria a sus hijos, por ello se produce un menor grado de comunicación e implicación en la crianza y eso, como ya hemos señalado, incrementa la probabilidad de aparición de la depresión en el niño (como se citó en del Barrio y Carrasco, 2013).

Apoyo Social

El apoyo social niño de un según Kupersmith y Patterson en 1991, comienza en el seno familiar, se inicia con apego seguro y se consolida con una crianza basada en la confianza. Sin embargo el apoyo trasciende el ámbito familiar desde los 6 años un niño comienza a necesitar de un mundo social más amplio que incluye a sus amigos la aceptación del entorno más extenso y así se crea un nuevo ámbito de apoyo (como se citó en del Barrio y Carrasco, 2013).

Estudios longitudinales de Zimmerman y colaboradores en el 2000 han mostrado el efecto beneficioso o perturbador en función de la presencia o ausencia del apoyo familiar en los niños y en su mayor o menor capacidad

de atención, especialmente en lo referente al mundo emocional y a su posterior adaptación social (como se citó en del Barrio y Carrasco, 2013).

Otros autores Tian y colaboradores en el 2012 especifican que el apoyo paterno tienen mayor impacto; en la adolescencia temprana y el apoyo de amigos es más intensamente percibido por las niñas que por los niños; los efectos del apoyo paterno son positivos, no solo con respecto a la depresión, sino también en el fenómeno de las relaciones con los compañeros (como se citó en del Barrio y Carrasco, 2013).

Mientras que Vujeva y Furman en el 2011 han subrayado cómo la depresión en la adolescencia dificulta las relaciones no solo entre amigos sino también en las amorosas, esto se convierte en una fuente de insatisfacción que alimenta, a su vez, la depresión convirtiéndose en un proceso de realimentación que consolida la situación (como se citó en del Barrio y Carrasco, 2013).

Según Chou en el 2000, mencionó que existe una controversia; es decir, si es la falta de apoyo social lo que deprime a un sujeto o si es la depresión lo que genera un rechazo y por consiguiente un aislamiento social, e incluso de sus padres, en el niño o adolescente que sufre esta alteración. Y tanto el rechazo como la depresión pueden constituir un círculo vicioso de retroalimentación (como se citó en del Barrio y Carrasco, 2013).

Mientras Akse y colaboradores en el 2004 y del Barrio en el 2007, mencionan que resulta absolutamente seguro es que lo contrario del apoyo, es decir, el rechazo y la hostilidad tienen efectos devastadores sobre el estado

emocional infantil y especialmente produce la aparición de sintomatología depresiva (como se citó en del Barrio y Carrasco, 2013).

Clase social

La clase social según Doge, y colaboradores en 1994, refieren que es otro elemento a tener en cuenta ya que consiste en el ambiente mediato en el que el niño y su familia se relaciona. Y los primeros estudios en este campo se advierte una mayor incidencia de la depresión infantil y juvenil en clases sociales bajas (como se citó en del Barrio y Carrasco, 2013). Pero, del Barrio y Carrasco (2013), mencionan que no existe total de unanimidad de datos a este respecto, sobre todo cuando la edad de los sujetos evaluados no supera los diez años; parece ser que la capacidad de percepción de la pertenencia a una determinada clase social necesita de una cierta madurez mental.

La mayor incidencia en las clases sociales deprimidas según Steele y colaboradores en el 2000, suele interpretarse como una mayor acumulación en de factores de riesgo, siendo este tipo de población según Wickrama y colaboradores en el 2008, quienes sufre un mayor número de acontecimientos negativos con sus consiguientes mayores niveles de estrés, del mismo modo se vincula como exponen Duncan y colaboradores en el 2012, como una población carente de recursos para afrontar los problemas, tanto materiales como mentales. Por el contrario las clases superiores promueven conductas que resultan ser antidepresivas, como la actividad física y lúdica (como se citó en del Barrio y Carrasco, 2013).

La investigación de Fergusson, Horwood y Lynskey en 1995 encuentran que en una muestra clínica el 45% de sujetos que sufren depresión pertenecen a

clases sociales bajas frente a un 12% en clases altas lúdica (como se citó en del Barrio y Carrasco, 2013). Sin embargo, del Barrio y Carrasco, (2013) difieren al sostener que los datos de diferentes investigaciones sobre este tema sean concluyentes y no es de extrañar dada la diferente metodología con la que se evalúa la clase social y también por la variedad del significado de pertenencia a una determinada clase en distintas culturas.

Acontecimientos negativos

En el entorno se puede producir toda clase de acontecimientos positivos como negativos, Heim y Nemeroff en el 2001, refieren que los negativos suponen un estrés para aquel que lo experimenta. Desde la neurobiología de la emoción ha descubierto que los niños y adultos que están sometidos a estrés experimentan cambios endocrinos consistentes en una hipereactividad de corticotropina, generando cambios neurobiológicos asociados a la aparición de una reacción emocional negativa como la depresión y ansiedad (como se citó en del Barrio y Carrasco, 2013).

Por otra parte según Dussault en el 2011, refieren que la depresión empuja a conductas poco saludables como pueden ser, las conductas de riesgo, como la ingestión de drogas, consumo de alcohol, juegos, de azar e incluso el suicidio (como se citó en del Barrio y Carrasco, 2013). Desde la teoría conductista Kessler en 1997 sugiere que los acontecimientos negativos, serían el desencadenante de la depresión, puesto que habría experiencias negativas sumadas y además añadido a una ausencia de refuerzos (como se citó en del Barrio y Carrasco, 2013).

Del mismo según Birmaer en el 2002 se viene encontrando una fuerte asociación entre otro acontecimiento negativo como es el maltrato infantil y la depresión (como se citó en del Barrio y Carrasco, 2013). El abuso infantil es uno de los acontecimientos negativos más graves en las que puede estar sometido un niño, ya que le falla el elemento de apoyo más seguro y universal, Se ha constatado que mujeres que han sufrido abuso físico en la niñez desarrollan, con una proporción altísima (3/4) depresión o trastorno distímico (Ibarra, Ortiz, Alvarado, Graciano, y Jiménez 2010). Cuando el tipo de maltrato conlleva abuso sexual (Echeburúa y Corral 2006) la intensidad de la depresión es más intensa, grave y duradera.

Isaacs y Salmivalli, 2008; Wickrama y colaboradores en el 2008; D'Angelli y colaboradores en el 2005, refieren a otro factor importante como la fuente de apoyo proveniente de sus compañeros, si los niños y adolescentes son acosados y agredidos ya sea por la diferencia de color, religión, clase social, u otros pueden desembocar en una depresión y en consecuencias tan trágicas como el suicidio (como se citó en del Barrio y Carrasco, 2013).

Acosta, Milian y Viña (2011), sostienen que otros fenómenos de más baja intensidad como exclusión por parte de los compañeros, cambios de escuela, de ciudad o en la configuración de la estructura familiar, que producen una vulnerabilidad a desarrollar depresión, pero a su vez, ella misma, es un factor de riesgo importante para la conducta suicida puesto que más del 50% de los sujetos con intentos o logros de conducta suicida corresponde a sujetos deprimidos.

Así también Pérez, Rivera, Soto-Vega, y Muñoz-Pérez (2011), mencionan que las experiencias negativas tales como el abuso sexual, el abandono, el divorcio, pérdidas afectivas o muerte de una persona cercana, así como los desastres naturales, son eventos que ciertamente están muy relacionados con la depresión.

2.2.5. Enfoque explicativo según la perspectiva cognitiva

Como podemos inferir al no existir un modelo teórico que se haya elaborado específicamente para los niños y adolescentes, se hace uso de aquellos modelos que explican la depresión en adultos. Por ejemplo el modelo Kaslow y colaboradores en 1994, realizaron estudios en niños y adolescentes deprimidos, evidenciando que estos también muestran distorsiones cognitivas similares a los adultos, lo que apoya la hipótesis de la distorsión cognitiva en la depresión infantil (como se citó en Eguiluz, Córdoba y Rosales, 2010). Así que la perspectiva de esta investigación, considera la más apropiada para explicar la depresión infantil, desde el modelo cognitivo propuesto por Aroón Beck.

Adler en 1985, refiere que aquellas experiencias que sufrimos y que denominamos como trauma, solemos inferir de aquellas experiencias lo que deseamos con la justa razón que se ajusten a nuestros propósitos. Los significados no están determinados por las situaciones, sino por aquel significado que nosotros mismos damos a las situaciones (como se citó en Eguiluz et al., 2010)

Por tanto el modelo cognitivo postula tres conceptos específicos para explicar el sustrato psicológico de la depresión: La triada cognitiva; los errores cognitivos (errores en el procesamiento de la información) o distorsión cognitiva y los esquemas. A continuación se abordarán cada uno de estos tres elementos:

Triada cognitiva

Según Beck, Rush, Shae y Emery, en 1983, la triada comprende tres patrones cognitivos, los cuales son: Visión negativa del individuo sobre sí mismo; visión negativa del mundo y desesperanza (como se citó en Eguiluz et al., 2010)

El primer componente hace referencia a que el paciente se ve desgraciado, torpe, enfermo, con poca valía. Tiende a atribuir sus experiencias desagradables a un defecto suyo. Tiende a subestimarse, a criticarse a sí mismo en base a sus defectos. Por último, piensa que carece de los atributos que considera esenciales para la alegría y felicidad (Eguiluz et al., 2010).

El segundo componente se refiere a la visión negativa del mundo en la cual el individuo interpreta sus experiencias de una manera negativa, le parece que el mundo le hace demandas exageradas y/o presenta obstáculos insuperables para alcanzar los objetivos (Eguiluz et al., 2010).

La desesperanza es el tercer componente de la triada, la cual hace referencia a una visión negativa del futuro. Los síntomas de la depresión de acuerdo en el Manual Diagnóstico y Estadístico de enfermedades Mentales DSM-IV son: tristeza; pérdida de interés; precaria o excesiva ingesta de alimento; insomnio o lo contrario; apatía, fatiga y poca energía; falta de concentración acompañada por la dificultad en la toma de decisiones e ideación suicida.

De acuerdo con el modelo cognitivo de la depresión, fuera de la triada cognitiva los signos y síntomas de la depresión son consecuencia de los patrones cognitivos negativos; si la persona piensa erróneamente que va ser rechazado reaccionara con el mismo efecto negativo (tristeza, enfado) que cuando el rechazo es real (Eguiluz et al., 2010).

Errores en el procesamiento de la información o distorsiones cognitivas

Según Freemann y Reinecke en 1995; son errores sistemáticos que se datan en el pensamiento, el cual mantiene la creencia en la validez de sus conceptos negativos, incluso a pesar de la existencia de evidencia contraria (como se citó en Eguiluz et al., 2010).

Los tipos de distorsión cognitiva que más comúnmente se aprecian entre los suicidas depresivos son varios y pueden ocurrir en combinaciones y permutaciones complejas; asociados a la depresión tales como: abstracción selectiva, sobregeneralización, inferencias arbitrarias, maximización y minimización, personalización, pensamiento absolutista, razonamiento emocional, afirmaciones de “debería, debo, tengo”; catastrofizar, calificación y

descalificación; falacias sobre el control, pensamiento comparativo, descalificar lo positivo, la falacia de justicia (Eguiluz et al., 2010).

Los esquemas

Son patrones cognitivos relativamente estables que constituyen la base de la regularidad de las interpretaciones acerca de un determinado conjunto de situaciones. Estos son la base para transformar los datos en cogniciones, ya sea verbales o gráficas. Por consiguiente, un esquema constituye el fundamento para localizar, diferenciar y codificar el estímulo con que se enfrenta el individuo. Los esquemas son inconscientes, y cuando son activados, determinan directamente la manera de responder de la persona (Eguiluz et al., 2010).

Los esquemas pueden ser activos o pasivos; los primeros son los que dominan la conducta en situaciones de estrés. Pueden ser convincentes y no convincentes; mientras más convincentes sean más probabilidad existe que el individuo responda a ellos. Se establecen en la primera infancia y se consolidan mediante la experiencia del individuo a lo largo de la vida (Eguiluz et al., 2010; Sandoval, 2009).

Para Freemann y Reinecke, en 1995, señalan que los esquemas de los individuos depresivos se centran frecuentemente en temas específicos de vulnerabilidad a la pérdida y al abandono y el desmerecimiento de amor. Estos esquemas pueden estar latentes durante mucho tiempo, sin embargo suelen activarse por determinados acontecimientos vitales específicos. Por consiguiente los pensamientos de un futuro no halagador devienen de una

estructura, inconsciente llamada esquema, la cual ha sido formada durante la infancia (como se citó en Eguiluz et al., 2010).

Durante los últimos años la teoría cognitiva se ha perfeccionado de tal manera que se ha convertido un enfoque efectivo para la el tratamiento de trastornos depresivos y, consecuentemente, para el tratamiento de los sujetos con intentos de suicidio y depresión.

2.2.6. Definición de términos

Depresión Infantil:

Disminución de la capacidad para disfrutar los acontecimientos naturales de la vida, por ejemplo comunicarse con los demás, rendir académicamente, además va acompañado con alteraciones de funciones corporales y acciones múltiples de protestas o quejas del Barrio y Carrasco, 2013).

Factores demográficos:

- Edad: Fue registrada como variable cuantitativa continua según unidades de análisis.
- Sexo: Fue registrada como variable nominal: Masculino y femenino

Investigación correlacional:

Asocia variables mediante un patrón predecible para un grupo o población. Es decir si estas dos variables están correlacionadas conocer la magnitud de dicha asociación, y así tener bases para predecir, con exactitud, el

valor aproximado que tendrá un grupo de personas en una variable, al saber qué valor tienen en la otra (Hernández, Fernández, y Baptista, 2010).

2.2.7. Hipótesis de la investigación

- La depresión se asocia de manera moderada con la edad en niños y adolescentes de una institución educativa estatal de Cajamarca.
- Existen diferencias significativas de sintomatología depresiva con respecto al sexo en niños y adolescentes de una institución educativa estatal de Cajamarca.
- Los escolares de una institución educativa estatal de Cajamarca, presentan altos porcentajes de depresión sobre todo a partir de los 12 años y se presenta en mayor extensión en las mujeres.

CAPÍTULO III

MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo de investigación

El presente estudio es de tipo descriptivo - correlacional ya que el interés se encuentra en especificar el nivel de depresión infantil y determinar el grado de asociación con los factores demográficos: sexo y edad en un grupo de

niños y adolescentes de una institución educativa estatal de Cajamarca (Hernández et al., 2010).

3.2. Diseño de investigación

El diseño de tipo no experimental ya que busca observar el fenómeno tal y como se presenta en su ambiente natural, sin manipular las variables para después analizarlo. Además, es transversal porque la recopilación de datos se obtuvo en un solo momento y en un tiempo único (Hernández et al., 2010).

3.3. Población, muestra y unidad de análisis

Los participantes que conforman la presente investigación está comprendida por 387 niños y adolescentes del nivel primario y secundario de una institución educativa estatal mixta de Cajamarca, cuyas edades oscilan entre 8 a 15 años de edad del género masculino y femenino que se encuentren cursando entre el tercer grado de educación primaria al quinto grado de educación secundaria. Para esta investigación, se obtuvo los participantes a partir de un muestreo no probabilístico de tipo intencional, ya que la elección de la institución educativa y de los participantes no depende de la probabilidad sino de la decisión del investigador (Bologna, 2011; Hernández et al., 2010).

Se trabajó con toda la población de la institución educativa, tomando en cuenta la edad, no ser menor de 8 años de edad, ni mayor de 15 años de edad y haber llenado correctamente el cuestionario. Un total de 55 participantes fueron eliminados, por no haber completado de forma correcta los ítems del cuestionario y no haber alcanzado las edades establecidas.

En la tabla 5 se muestra con detalle las características de los participantes. En lo referente a la distribución según la variable “sexo”, se puede observar que la muestra está configurada en una mayor proporción por participantes de sexo masculino. Así mismo ocurre con el porcentaje de la edad siendo la edad de 14 años la que presenta mayor participantes.

Tabla 5

Distribución de la población según sexo y edad

		Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Femenino	164	42.4
	Masculino	223	57.6
Edad	8 años	37	9.6
	9 años	44	11.4
	10 años	37	9.6
	11 años	48	12.4
	12 años	41	10.6
	13 años	58	15.0
	14 años	72	18.6
	15 años	50	12.9
			387

3.4. Instrumentos de recolección de datos

El desarrollo del Inventario de Depresión Infantil, cuyo nombre original en inglés es Children’s Depression Inventory (CDI). Dicho instrumento apareció

por primera vez en 1977 bajo la autoría de Kovacs y Beck. Se trató de confeccionar un cuestionario para niños desde el punto de vista de la teoría de la depresión de Beck y basada en el Beck Depression Inventory - BDI, Beck en 1967 (como se citó en Kovacs, 2004).

Este cuestionario contenía 21 elementos enunciados de forma gradual y se convirtió en el primer instrumento de depresión basado en un marco teórico cognitivo estrictamente psicológico. El contenido de los ítems del CDI cubre la mayor parte de los criterios para el diagnóstico de la depresión infantil. Los datos que se obtienen de las contestaciones al cuestionario aportan conocimiento sobre el nivel de depresión total en el niño o adolescente y sobre las escalas que lo constituyen: Disforia (Humor depresivo, tristeza, preocupación, etc.) y Autoestima negativa (juicios de ineficacia, fealdad, maldad, etc.). Para referirse a la segunda escala se tiene que tener en cuenta que el sentido de la escala es inversa, es decir, una puntuación alta denota una autoestima débil y una puntuación baja denota un nivel elevado de autoestima (Kovacs, 2004).

La primera forma experimental del CDI apareció en 1975 con solo 20 ítems, extraídos de la escala adulta, puesto que se suprimió el del contenido sexual. La siguiente versión incluye 5 nuevos ítems referidos al entorno escolar, a la relación con los compañeros y al rendimiento y se aplica población general en lugar de clínica. La adaptación de los ítems de la forma adulta a la infantil se realizó con ayuda de niños que estaban recibiendo algún tipo de tratamiento psiquiátrico y también con niños normales. Otra versión

posterior de 1976 aparece con un ítem más sobre culpabilidad (Kovacs, 2004).

Para fines de la investigación, se empleó la adaptación lingüística del Inventario de Depresión Infantil de Kovacs (CDI) adaptado para la zona urbana de Cajamarca realizada por Ramírez (2009) ver (Apéndice A). Cuya muestra estuvo conformada por 623 niños y adolescentes entre 7 y 15 años. La prueba presenta un Alfa de Cronbach de 0.79, un análisis de confiabilidad. Su validez de constructo alcanza según el método de Oblimin ($\Delta=0.5$), dando como resultado 8 factores que se distribuyeron de manera heterogénea en el número de ítems que los conforman, siendo difícil poder agruparlos y definirlos en función de un mismo concepto ver (Apéndice B).

La prueba contiene 27 ítems, cada uno de ellos enunciados en tres frases que recogen la distinta intensidad o frecuencia de su presencia en el niño o adolescente. La calificación de cada ítem se hace con una escala de 0 a 2 puntos, la puntuación de 0 corresponde a la intensidad o frecuencia de aparición más baja del síntoma, el 1 corresponde a la intensidad o frecuencia media y el 2 a la mayor frecuencia e intensidad. La calificación, se obtiene de las puntuaciones directas de la escala y la baremación ver (Apéndice C).

Para mayor objetividad la presente investigación realizó el proceso de confiabilidad y validez del instrumento en la población de estudio conformada por 387 niños y adolescentes del nivel primario y secundario de una institución educativa estatal mixta de Cajamarca, cuyas edades oscilan

entre 8 a 15 años de edad. La prueba presenta un Alfa de Cronbach de 0.79 (Tabla 6).

Tabla 6

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
,818	,834	27

Y para la validez de constructo se realizó el análisis factorial unidimensional mediante el test de Kaiser-Meyer-Olkin (K. M. O.) y el test de esfericidad de Bartlett dando como resultado un valor de 0.85, y la prueba de esfericidad de Barlett se muestra significativa (Tabla 7).

Tabla 7

KMO y prueba de Bartlett

<i>KMO.</i>		,852
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	1830,657
	gl	351
	Sig.	,000

Nota: KMO= Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.

3.5. Procedimiento de recolección de datos

Las etapas de la presente investigación fueron las siguientes:

Primero se contactó con el director del centro educativo, se explicó los objetivos y su finalidad de la investigación, posteriormente se envió una solicitud de parte de nuestra casa de estudios para que se concediera el permiso para la aplicación del instrumento, en los alumnos de entre 8 a 11 años de edad del nivel primario y de 12 a 15 años del nivel secundario. Documento que especificaba la naturaleza, la finalidad y procedimientos de la investigación (Apéndice D).

Como aspecto ético y esencial de la investigación, se procedió a visitar a los escolares de los distintos grados de educación para otorgarles los consentimientos informados a sus padres, explicándoles la finalidad de la investigación. Esos consentimientos han sido firmados y autorizados por sus padres (Apéndice E).

Luego se recolectó aquellos consentimientos y se procedió a la aplicación del inventario. Se pidió a cada uno de los maestros que nos brindaran 30 minutos de su clase para poder completar el instrumento; éstos se retiraron de sus respectivas aulas durante la aplicación de la prueba.

Durante la aplicación de la prueba se aclaró que era totalmente anónima y que era muy importante que se contesten cada una de las preguntas, de lo contrario se anulaba la prueba. El proceso de aplicación concluyó con el agradecimiento hacia los participantes, así como los objetivos de la investigación.

Seguidamente se realizó la calificación de los inventarios y la elaboración de la base de datos en el programa Excel, haciendo la depuración de los

mismos, teniendo en cuenta los criterios de rango de edad y ausencia de respuestas.

3.6. Análisis de datos

Para el procesamiento de los datos se utilizó el programa SPSS 22.0. Para el análisis psicométrico del inventario de depresión infantil, se hizo el cálculo de la confiabilidad del CDI a través del alfa de Cronbach, además la correlación Ítem-test como una medida de la discriminación de los ítems. Posteriormente se realizó la validez de constructo basada en estructura interna a través de análisis factorial unidimensional. Para determinar el grado de relación entre la sintomatología depresiva y edad en escolares de una institución educativa de Cajamarca, se aplicó la técnica estadística de correlación Pearson.

Para el análisis de asociación entre la depresión y sexo, se hizo uso de la Prueba de Levene para la igualdad de varianzas y la prueba T para la igualdad de medias. Con respecto a los porcentajes de depresión, se realizó análisis descriptivos de frecuencias, medias y desviación estándar por grupos de edad para los grupos de sexo.

3.7. Consideraciones éticas

Durante la recolección de datos, los participantes fueron informados del propósito de la investigación. Por ello, solo participaron los niños y adolescentes que hicieron firmar a sus padres el consentimiento informado, donde se especificó el carácter voluntario y anónimo de su participación. Para protección de la confidencialidad de los participantes.

En cuanto a los resultados de la presente investigación son presentados de acuerdo a los estándares éticos recomendados por Hernández et al. (2010), sin modificación ni laceración alguna. En cuanto al proceso de revisión de información se ha citado texto y/o tablas de otros estudios ya publicados, bajo los estándares del Manual de Publicaciones de la American Psychological Association, para evitar el plagio y dar crédito a la fuente de otros autores.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

4.1. Análisis de resultados

A continuación se presentan los principales hallazgos derivados del análisis de las variables mencionadas y los objetivos de la investigación:

Como primer objetivo, consistió en determinar el grado de relación entre la sintomatología depresiva y la edad, así mismo determinar los porcentajes de ocurrencias de sintomatología depresiva en función de la edad en niños y adolescentes de una institución educativa de Cajamarca.

Para determinar el grado de relación entre la sintomatología depresiva y la edad se aplicó la técnica estadística de correlación de Pearson, resultados que describimos a continuación:

Tabla 8

Correlación de Pearson entre edad y depresión

	Edad	Total
Correlación de Pearson	1	0.48**
Sig. (bilateral)		.005
N	387	387

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral)

Como podemos apreciar, en la tabla 8, el coeficiente de correlación de Pearson, es de ($p= 0.48$), lo cual indica una relación positiva moderada entre sintomatología depresiva con la edad. Esta relación sugiere una tendencia a

considerar que a medida que el niño y adolescente van creciendo los niveles de depresión también se elevarían.

En cuanto a los porcentajes de ocurrencias de sintomatología depresiva en función de la edad, los escolares de una institución educativa estatal de Cajamarca tenemos que:

Tabla 9

Niveles de sintomatología depresiva en función de la variable edad

Edad	Alta		Media		Baja		F
	f	f' (%)	f	f' (%)	f	f' (%)	
8	2	0.5	11	2.8	24	6.2	37
9	5	1.3	12	3.1	27	7.0	44
10	11	2.8	5	1.3	21	5.4	37
11	11	2.8	8	2.1	29	7.5	48
12	18	4.7	9	2.3	14	3.6	41
13	9	2.3	16	4.1	33	8.5	58
14	17	4.4	18	4.7	37	9.6	72
15	14	3.6	15	3.9	21	5.4	50
Total	87	22.48	94	24.3	206	53.23	387

Nota: f=frecuencia absoluta simple; f'=frecuencia relativa simple; F'=Frecuencia relativa acumulada.

En la tabla 9, los porcentajes de sintomatología se da en mayor porcentaje a la edad de 12 años, con un 4.7%, lo cual equivale a 18 escolares, seguido de la edad de 14 años con un 4.4% , que equivale a 17 escolares. Además podemos analizar que el 4.1% y el 4.7% de la población presentan niveles medios de sintomatología depresiva en las edades de 13 y 14 años lo que

equivale a 34 escolares. Todo lo contrario sucede con las edades de 8, 9, 10 y 11 años. Por lo que podemos afirmar que los síntomas depresivos van en aumento según la edad.

Los siguientes resultados, muestra los porcentajes de ocurrencias de la sintomatología depresiva por rangos de edad.

Tabla 10

Descriptivos del puntaje total en función de rangos de edad

Edad	Bajo		Medio		Alto		Total
	f	f' (%)	f	f' (%)	f	f' (%)	
8 - 9	51	63.0	23	28.4	7	8.6	81
10 - 12	64	50.8	22	17.5	40	31.7	126
13 - 15	91	50.6	49	27.2	40	22.2	180
Total	206	53.2	94	24.3	87	22.5	387

Nota: f=frecuencia absoluta simple; f'=frecuencia relativa simple; F'=Frecuencia relativa acumulada.

En cuanto a los porcentajes en función a los rangos de edad. Podemos apreciar en la tabla 10, que el grupo compuesto por las edades de 10-12 años, presentan niveles altos de sintomatología depresiva en un 31.7%, lo cual equivale a 40 escolares, y el 17.5% que presenta niveles medios de sintomatología, lo cual equivale a 22 escolares. Seguido del 22.2% del rango de 13-15 años, que equivalen a 40 escolares y el 27.2% de escolares que presenta niveles medios de sintomatología, lo cual equivale a 49 escolares. Y el 8.6% de sintomatología alta del rango de 8-9 años, lo cual equivale a 7 escolares.

Como segundo objetivo, fue determinar las diferencias significativas entre la sintomatología depresiva y el sexo, además de establecer los resultados de los porcentajes de sintomatología depresiva según el sexo en niños y adolescentes de una institución educativa de Cajamarca.

Para determinar las diferencias significativas entre la sintomatología depresiva y el sexo se utilizó el método estadístico comparación de medias (t-student), resultados que describimos a continuación:

Tabla 11

Comparación de medias para determinar relación entre sexo y depresión

Sexo	N	Media	DT	ETM
Femenino	164	9.9085	6.27764	0.4902
Masculino	223	9.3049	5.87531	0.39344

Nota: N=muestra; DT= Desviación típica; ETP= Error Típico de la media

Se observa en la tabla 11, que no existen diferencias significativas entre sintomatología depresiva y el sexo de los participantes. Por consiguiente podríamos inferir que la variable sexo no es determinante para emerger cuadros depresivos, sin embargo los porcentajes de ocurrencias de la sintomatología alta se encuentra en el género femenino, resultados que describimos a continuación.

Para determinar los resultados de los porcentajes de sintomatología depresiva según el sexo en niños y adolescentes de una institución educativa estatal de Cajamarca tenemos que:

Tabla 12

Frecuencias y porcentaje de los niveles de sintomatología depresiva en función al sexo

Sexo	Bajo		Medio		Alto		Total	
	f	f'	f	f'	F	f'	F'	%
		(%)		(%)		(%)		
F	83	50.6	43	26.2	38	23.8	164	100
M	123	55.1	51	22.9	49	21.5	223	100
Total	206	53.2	94	24.3	87	22.5	387	100

Nota: f=frecuencia absoluta simple; f'=frecuencia relativa simple; F'=Frecuencia relativa acumulada.

En la tabla 12, se encontró que los porcentajes de ocurrencias son mayores y corresponden al sexo femenino, en un 26.2% y 23.8%, lo cual equivale a 41 mujeres de 164 que presentan sintomatología depresiva en niveles medio y alto, a diferencia de los varones 22.9% y el 21.5%, lo cual equivale a 100 varones de 223 que presentan dicha sintomatología.

De acuerdo a estas diferencias se puede identificar que el género femenino presentó mayores porcentajes en un 49.39% de sintomatología depresiva con respecto al género masculino 44.84%, es decir una diferencia de 4.55%, adicionalmente estos datos permiten resaltar la sintomatología de depresión infantil estaría presente tanto en hombres como en mujeres. Así también, para corroborar los resultados mostramos, los porcentajes de ocurrencias de

la sintomatología depresiva alta según la edad con respecto al sexo, en niños y adolescentes de una institución educativa de Cajamarca tenemos que:

Tabla 13

Nivel de sintomatología depresiva alta de acuerdo a la edad y el sexo

Edades	Femenino		Masculino			
	f	f'(%)	f	f'(%)	f	f'(%)
8	1	7.1	1	4.35	2	11.45
9	1	3.6	4	14.29	5	17.89
10	5	25.0	6	35.29	11	60.29
11	5	25.0	6	21.43	11	49.43
12	7	46.7	11	42.31	18	89.01
13	2	9.5	7	18.92	9	28.42
14	12	32.4	5	14.29	17	46.69
15	5	23.8	9	31.03	13	54.83
Total	38	23.8	49	21.5	83	

Nota: f=frecuencia absoluta simple; f'=frecuencia relativa simple; F'=Frecuencia relativa acumulada.

En la tabla 13, podemos apreciar que ambos sexos presentan niveles altos de sintomatología depresiva. Sin embargo, exhibe un aumento progresivo, sobre todo en las mujeres en un 46.7% a la edad de 12 años.

Como último objetivo y el más importante, consistió en determinar los porcentajes de ocurrencias de sintomatología depresiva en niños y adolescentes de una institución educativa estatal de Cajamarca tenemos que:

Tabla 14

Frecuencias y porcentajes del nivel de sintomatología depresiva

Sintomatología	F	f'	F'
----------------	---	----	----

depresiva		(%)	(%)
Baja	206	53.22	53
Media	94	24.28	78
Alta	87	22.48	100
Total	387	1.00	

Nota: f=frecuencia absoluta simple; f'=frecuencia relativa simple; F'=Frecuencia relativa acumulada.

En la tabla 14, se observa que el 22.48% de la población presenta sintomatología alta, lo cual equivale a 87 escolares. Así mismo se encontró que el 24.28%, presentan sintomatología depresiva en un nivel “medio”, lo cual equivale a 94 escolares. Y sólo el 53% de la población presentan niveles “bajos”. Por tanto de 387 escolares, solo 181 niños y adolescentes presentan sintomatología depresiva en niveles bajos.

4.2. Discusión de resultados

En este capítulo se presentará el análisis y discusión de los resultados obtenidos en la presente investigación; para ello se empezará analizando el primer objetivo del presente estudio que consistió en determinar el grado de relación entre la sintomatología depresiva y la edad en escolares de una institución educativa estatal de Cajamarca.

Iniciamos con la hipótesis sobre la sintomatología depresiva se asocia de manera moderada con la edad. La hipótesis planteada fue confirmada ya que el método utilizado, es decir; el coeficiente de correlación de Pearson es de $p=0.48$; lo cual sugiere una tendencia a considerar que a medida que el niño y adolescente va creciendo los niveles de depresión también se elevarían.

Estos resultados se corrobora con las investigaciones encontradas por Aláez et al. (2000); hallaron una relación altamente significativa entre el tipo de trastorno y la edad de los sujetos ($p = 0.0001$) del mismo modo Mantilla et al. (2004); una asociación de depresión con la edad ($p = 0,0001$); Carrasco et al. (2000), hallaron una tendencia lineal ascendente respecto de la edad con un salto destacable a los 12 y 13 años y con puntuaciones superiores en el caso de las mujeres, en cambio Díaz et al. (2002); encontraron la relación entre depresión y edad sobre todo a la edad de 15 años sobre todo las mujeres. La presente investigación tiene resultados similares a los de Reátegui en 1994, quien halló una correlación al parecer un tanto débil, sin embargo muestra una tendencia a presentar mayores niveles de depresión en los grupos de mayor edad (como se citó en Ramírez, 2009).

Como podemos analizar, los resultados de los estudios sobre la relación entre depresión y edad, son muy variadas, hallándose dicha correlación en algunos estudios y otros no, por ejemplo el estudio de León (2013); quien no halló dicha correlación, quizá estos resultados se deban pues a métodos estadísticos utilizados, en otros casos el tamaño de la muestra o los aspectos culturales de población, entre otros. Sin embargo, estas investigaciones arrojan un dato esencial, sobre la variable edad, que muestra una tendencia determinante para el desarrollo de sintomatología depresiva en niños y adolescentes.

Ello se reafirma, con los porcentajes encontrados, partiendo de la hipótesis que a partir de los 12 años, se presentarían altos niveles de sintomatología depresiva. La hipótesis planteada fue confirmada ya que los resultados

muestran porcentajes mayores de sintomatología depresiva a la edad de 12 años, con un 4.7%. Además el rango de edad de entre 10-12 años presentan niveles más altos de sintomatología depresiva en un 31.7%, en comparación con los de 8-9 años.

Estos resultados se muestran una similitud con las investigaciones de Abello et al. (2014) quienes reportaron mayores niveles de prevalencia en escolares de 11 y 12 con porcentajes de 6.18% y 4.49% respectivamente; Bernaras et al. (2013), hallaron en el caso de las niñas un repunte de sintomatología depresiva a la edad de 12 años. En tanto Carrasco et al. (2000), indicaron una tendencia lineal ascendente en las edades de 12 a los 13. Así también Mantilla et al. (2004) encontraron que los escolares de 11 años informaron un mayor número de síntomas depresivos. A excepción de investigaciones como las de Bernaras et al., 2013; Melo-Vega, 2009; Pérez y Urquijo, 2001; Torres en 1992 como se citó en Ramírez, 2009 y Yesquen et al. 2007, quienes muestran que la sintomatología depresiva se hallaría en mayor porcentaje en edades menores.

Por lo expuesto podemos afirmar que los síntomas depresivos van en aumento según la edad. Ello se ratifica con las manifestaciones de Mantilla et al. (2001), quienes mencionan que la prevalencia de trastornos depresivo aumenta a partir de la pubertad, 12 a 13 años, con un patrón distintivo por sexo. Para del Barrio, en el 2001; Kovacs, y colaboradores en 1984, refieren que el comienzo de los trastornos depresivos mayores suele producirse entre los 11 y los 12 años de edad (como se citó en Bernaras et al., 2013). Así mismo Bernaras et al. (2013), concluye que la sintomatología depresiva suele iniciarse

en la pubertad logrando ser indicador de un mayor desasosiego emocional a medida que se acerca la adolescencia. También Kovacs (2004) señala que la psicopatología infantil sigue una pauta evolutiva. Por lo que podemos afirmar que los síntomas depresivos van en aumento según la edad.

Las razones por las que la depresión suele iniciarse en la pubertad se deba a diversas explicaciones destacamos por ejemplo la de Arnett en 1999; Hankin y colaboradores en 1998, quienes sugieren que el paso de la pubertad a la adolescencia puede ser un momento crítico y estresante lo cual genera vulnerabilidad a la depresión (como se citó en Carrasco et al., 2000).

Ausubel en 1954 y Moreno en el 2005, mencionan que la adolescencia es un periodo en donde se produce una intensa actividad hormonal y de cambios biológicos, cognitivos y sociales la reorganización de la estructura de la personalidad, los coloca en una situación de vulnerabilidad (como se citó en Sandoval, 2009).

Por otro lado la importancia de las relaciones con los pares empiezan a tener mayor importancia en la pubertad, según Doménech, Subirá y Cuxart en 1996; refieren la necesidad de experiencia, de integración, identidad y de afecto, es decir, sentirse y demostrar ternura, admiración, aprobación es muy importante para ellos siendo considerada también un factor de vulnerabilidad (como se citó en Figueras, 2006).

Desde una perspectiva cognitiva, para Nolen-Hoeksema, Seligman y Girgus, en 1992, el niño crece y confieren una mayor estabilidad a sus cogniciones, es decir la mayor posibilidad valorativa e interpretativa y de sesgos (como se citó en Carrasco et al., 2000); lo cual generan en el niño o

adolescentes a emitir juicios negativos sobre las cosas que objetivamente son neutras o positivas (del Barrio y Carrasco, 2013).

En cuanto al segundo objetivo que consistió en determinar las diferencias significativas entre la sintomatología depresiva y el sexo en escolares de una institución educativa estatal de Cajamarca, partiendo de la hipótesis que existe diferencias significativas entre hombres y mujeres en cuanto a la presencia de sintomatología depresiva. La hipótesis planteada no fue confirmada ya que los resultados exteriorizan que no existen diferencias significativas en este estudio.

Dichos resultados son similares a los presentados por Mantilla et al. (2004), Melo-Vega (2009) y Ramírez (2009), quienes indican que las mujeres pese a obtener un mayor promedio de sintomatología depresiva que los varones, estas diferencias no resultan significativas. Por el contrario investigaciones de Aláez et al. (2000); Carrasco et al. (2000) y Díaz et al. (2002) encontraron diferencias significativas entre ambos sexos y las puntuaciones de depresión son claramente superiores en las mujeres.

Con la obtención de estos resultados, podemos inferir que el género no es un factor determinante para la emersión de cuadros depresivos y se deba a otros factores descritos anteriormente como los factores personales y/o ambientales; y la sintomatología depresiva se encuentra tanto en varones como en mujeres.

Sin embargo, los porcentajes encontrados en la investigación ratifican la hipótesis de que la sintomatología depresiva se halla en mayor proporción en el género femenino debido a los porcentajes encontrados en la investigación el 26.2% en mujeres y 23.8% en varones, estos porcentajes son similares y más

elevados a los encontrados por Abello et al. (2013), quienes reportaron mayores niveles de la sintomatología depresiva en un 18,6% en las niñas a diferencia de los niños con 13.04%; Bernaras et al. (2013), encontró un repunte de esta sintomatología a la edad de 12 años sobre todo en las mujeres; Carrasco et al. (2000) hallaron 10.7% en varones y 12.5% en mujeres y Díaz et al. (2002) menciona que las mujeres de 15 años presentaban más síntomas depresivos que los de menor edad; López (2013) encontró que el 34% de estudiantes mujeres mostraban sintomatología depresiva y el 25% en varones; Pérez y Urquijo, (2001), señalan un mayor índice de depresión en el sexo femenino entre el 10 y el 25%; Yesquen et al. (2007), hallaron el 31.71% en niñas y 23.81% en niños.

Ello se puede explicarse desde un factor cognitivo; para Nolen-Hoeksema en 1998, quien señala que ante la presencia de sintomatología depresiva los varones exhiben una mayor tendencia a las respuestas activas y distractoras, mientras que las mujeres acostumbran a dar respuestas menos activas o más rumiadoras (un estilo autofocalizado y contemplativo) que perpetúa el estado de ánimo y que, posiblemente, tenga origen en la socialización diferencial recibida entre hombres y mujeres (como se citó en Carrasco et al. 2000).

Del mismo modo Coleman y Hendy, mencionan que la mayor incidencia de síntomas depresivos a partir de los 12 años en las mujeres; y se deba a que empiezan a recibir distintas presiones socioculturales y educativas; así mismo son las más afectadas en la primera etapa de la adolescencia mostrando más irritabilidad, estados depresivos y menos satisfacción sobre todo en su aspecto físico ya que el aumento de masa corporal que implica la madurez femenina,

no está en relación con los patrones de belleza actuales tiene un impacto en su autoestima; mientras que los varones mantiene un estado de ánimo positivo y mejor autoestima (como se citó en Parra, 2007).

Así también concuerda con Reátegui quien refiere que las manifestaciones de depresión varían según el sexo ya que las mujeres se expresan con mayor frecuencia e intensidad, mientras que los varones externalizan sus conductas a través de la irritabilidad y la desobediencia (como se citó en Hinostroza, Huashayo, Navarro, Torres, y Matos, 2011)

En cuanto al último y más esencial objetivo que fue determinar los porcentajes de ocurrencias de sintomatología depresiva en niños y adolescentes se halló una prevalencia del 43% siendo 23% de sintomatología alta y el 24% de sintomatología en escolares cajamarquinos. Resultados son similares y en otros casos sobrepasan a los resultados presentados por otros autores como Carrasco et al. (2011), 11.78%; Mantilla et al. (2004) 9,2 %; Yesquen et al. (2007), 27.7% siendo 16.27% leve y 11.44% severa; Vinaccia et al. (2006), encontró una prevalencia de sintomatología depresiva de 25.2%.

Estos porcentajes sobrepasan lo esperado, esto se deba pues posiblemente al empleo de distintas pruebas diagnósticas y la realización de los estudios en diferentes culturas, junto con otros factores de las poblaciones analizadas es decir, muestras clínicas o población general, aspectos que explican las diferencias encontradas.

Después de las consideraciones anteriores planteamos que los altos niveles de sintomatología depresiva se deban a los factores descritos por Del Barrio y Carrasco (2013), quienes refieren que el temperamento inhibido, una

personalidad introvertida; así también una baja autoestima y una escasa capacidad para resolver problemas del entorno o percibir inseguridad en sí mismo, acompañado de escasos incentivos sociales serían la base del desarrollo de la depresión.

Estos mismos autores, señalan que esta incidencia podría ser explicada por la presencia de conflictos con las figuras parentales, la familia, una madre depresiva, escaso apoyo social, e incluso un nivel social bajo acompañado de diversos acontecimientos negativos hacen más vulnerables a los niños y adolescentes a presentar sintomatología depresiva.

Desde una perspectiva también cultural tenemos la señalada por Panez en el 2004 en la sierra el adolescente tiene un sentido trágico de la vida, vinculado con sus necesidades afectivas de protección, de apoyo y relacionado también con la perspectiva futura de la supervivencia, lo cual configura una visión pesimista del futuro (como se citó en Ramírez, 2009).

Así mismo citamos a Beck en 1967, quien menciona que las personas con tendencia a la depresión desarrollan esquemas negativos distorsionados que se ponen en funcionamiento ante situaciones de estrés y cuando se activan dan lugar a la tríada cognitiva: visión negativa de uno mismo, del mundo y del futuro (como se citó en Eguiluz et al., 2010)

Estas distorsiones cognitivas se relacionan con lo encontrado en las características más resaltantes de la prueba donde indica que el 57.9 % de niños y adolescentes de una Institución Educativa de Cajamarca les preocupa el dolor y la enfermedad; el 49.9% piensa que le va pasar cosas malas; el 44.7% creen que las cosas nunca les va a salir bien, y el 51.2% creen que nunca podrán ser

tan buenos como otros niños. Y por último el 28.7% que equivale a 111 niños y adolescentes presentan ideas o intento de suicidio.

Por otro lado las dificultades en las relaciones sociales o el apoyo social, contribuyen a significativamente a la predicción de la depresión infantil. En esta misma línea, estudios longitudinales más recientes como los de Katz y colaboradores en el 2011 y Qualter en el 2010 han verificado que los problemas de relación entre iguales en la infancia predicen la sintomatología depresiva en esa etapa, y también en la edad adolescente (como se citó en Bernaras et al., 2013).

De igual modo según el modelo conductual de Lewinsohn explica que las personas que no reciben suficiente refuerzo positivo de los demás y además sus habilidades para relacionarse con otros son inadecuadas, se traduce en un déficit en las relaciones sociales, que conlleva la disminución de actividades placenteras, lo que a su vez refuerza el estado depresivo (como se citó en Bernaras et al., 2013; Cabrera; 1995).

Por otro lado debe preocuparnos el hecho que el 29% , es decir 111 niños y adolescentes de una muestra de 387 respondieron que tienen pensamientos de muerte, resultados que coinciden con el estudio llevado a cabo por Leal y Vásquez (2012) sobre la ideación suicida en adolescentes cajamarquinos, el 38.5% de adolescentes experimentaron deseos de estar muertos y en un 31.3% que no vale la pena vivir.

Se puede concluir a partir de lo expuesto, que los niños y adolescentes de la muestra presentan niveles elevados de sintomatología depresiva, además se encuentra evidencia estadística que existe una tendencia a presentar

sintomatología depresiva conforme aumenta la edad. No se encontraron diferencias significativas de sintomatología depresiva en función del sexo, por lo cual inferimos que la sintomatología depresiva, estaría presente tanto en varones como en mujeres, pese a que se encontraron mayores porcentajes en las mujeres.

Finalmente, es importante recalcar que nuestro estudio ha tenido como eje principal no solo determinar la relación entre sintomatología depresiva y factores demográficos; sino también conocer la aproximación de índices de sintomatología depresiva en niños y adolescentes de nuestra región. Esta indagación abre paso a nuevas exploraciones que permitan determinar las características que influyen en la presencia de sintomatología depresiva y sobre todo investigar, el incremento de sintomatología depresiva, en población infantil en nuestra región.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- El presente estudio obtuvo una prevalencia del 23% de la población que presenta sintomatología depresiva alta y el 24% que presentan sintomatología leve en niños y adolescentes de una institución educativa estatal de Cajamarca.
- Se obtuvo una relación positiva moderada entre la sintomatología depresiva con la variable edad de modo que, sugiere una tendencia a considerar que, a medida que el niño y adolescente van creciendo los niveles de depresión también se elevarían.
- Se encontró que la edad de 12 años presenta mayores porcentajes de sintomatología depresiva seguida del rango de edad 13-15. Por lo que la sintomatología depresiva va en incremento de acuerdo a la etapa, y posiblemente ascienda paulatinamente hasta alcanzar las cifras más altas en la adolescencia.
- Se halló un aumento progresivo de sintomatología depresiva, sobre todo en el sexo femenino. Sin embargo, estas diferencias no fueron significativas. Por consiguiente la sintomatología depresiva no dependería del factor demográfico sexo; es decir, que este no sería un factor de causalidad para la emersión de sintomatología depresiva en esta muestra.

- Se sugiere la ampliación del presente estudio en niños y adolescentes de otras instituciones educativas de la región Cajamarca, empleando variables sociodemográficas para el ámbito rural y urbano.
- Dados los hallazgos obtenidos se sugiere la elaboración y diseño de programas para la promoción y prevención de la salud mental de esta población, tomando en consideración el nivel de riesgo que presenta y el tipo de estrategias que más se vinculan a sus niveles de sintomatología depresiva. Además de tomar en consideración las semejanzas y diferencias por sexo y edad.
- Es de importancia para otras investigaciones la validación del Cuestionario de Depresión Infantil de Kovacs a través de su comparación con otras escalas que evalúen sintomatología depresiva. Asimismo, será de utilidad para la intervención en salud mental de niños y adolescentes de acuerdo a la obtención de los baremos de dicho cuestionario.
- Es importante hacer notar que los resultados obtenidos en la presente investigación, destacan a la presencia de distorsiones cognitivas en niños y adolescentes por lo que realizar investigación sobre este tema será de mucha utilidad.

REFERENCIAS

- Abello, D., Cortés, O., Barros, O., Mercado, S., Solano, D. (2013). *Prevalencia de depresión infantil en colegios oficiales de Barranquilla*. Tesis Psicológica, vol. 9, núm. 1, enero-junio, 2014, pp. 190-201. Fundación Universitaria Los Libertadores. Bogotá, Colombia. Recuperado <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=139031679015>
- Aburto, Loubat, y Vega (2008). Aproximación a la Depresión Infantil por Parte de Psicólogos que Trabajan en Cosam de la Región Metropolitana. Sociedad Chilena de Psicología Clínica ISSN 0716-6184. Vol. 26, N° 2, 189-197. Recuperado <file:///C:/Users/TOSHIBA/Downloads/Aburto,%20Loubat%20y%20Vega%202008.pdf>
- Acosta, A., Milian, M., Viña, H. (2001). Factores de riesgo del intento suicida en adolescentes con esta conducta. Revista Psicología.com – ISSN: 1137-8492. Recuperado <http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psicologiacom/article/viewFile/1261/1165/>
- Aláes, M., Martínez, M., Rodríguez, C. (2000). Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género. *Psicothema*, ISSN 0214-9915, 12(4), 525-532. Recuperado <http://www.psicothema.com/pdf/367.pdf>
- [Asociación Americana de Psiquiatría \(2002\). Manual diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales \(DSM IV-TR\). Barcelona: Masson](#)
- Arenas, S. (2009). *Relación entre la funcionalidad familiar y la depresión en adolescentes*. Tesis para obtener el título profesional de Psicología, Universidad Nacional de San Marcos. Lima-Peru. Recuperado http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2562/1/arenas_as.pdf
- Bernaras, E., Jaurguizar, J., Soroa, M., Ibabe, I., y de las Cuevas, C. (2013). Evaluación de la sintomatología depresiva en el contexto escolar y variables asociadas. *Anales de Psicología*, 29(1). Recuperado http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S021297282013000100016&script=sci_arttext

- Bologna, E. (2011). *Estadística para psicología y educación*. Argentina: Brujas.
- Cabrera, L. (1995). *La depresión infantil en la población escolar de la isla de Lanzarote* (Tesis doctoral). Recuperada de <http://www.datosdelanzarote.com/uploads/doc/20091113122906724cs7.pdf>
- Calderón, L. y Barrera, M. (2013). Comparación de un perfil neuropsicológico en una muestra de niños, niñas y adolescentes con y sin sintomatología depresiva. *Revista Colombiana de Psicología*, 22(2), 361-374. Recuperado <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/psicologia/article/view/38597/44916>
- Carrasco, M., Del Barrio, V., Rodríguez, J. (2000). Sintomatología depresiva en escolares de 12 a 16 años y su relación con las distorsiones cognitivas. Facultad de Psicología, Universidad de Sevilla. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. Volumen 5. Número 1, pp. 45-70. Recuperado [http://www.aepcp.net/arc/04.2000\(1\).Carrasco-Barrio-Rodriguez.pdf](http://www.aepcp.net/arc/04.2000(1).Carrasco-Barrio-Rodriguez.pdf)
- Cuervo, A. (2009) Pautas de crianza y desarrollo socioafectivo en la infancia. Corporación Universitaria Iberoamericana. *Perspectivas en psicología - Vol. 6, No 1, 2010*. Bogotá. Recuperado <file:///C:/Users/TOSHIBA/Downloads/163-559-1-PB.pdf>
- Del Barrio, V. (2005). *Trastornos depresivos. Psicopatología del niño y del adolescente*. Madrid: Pirámide.
- Del Barrio, V. y Carrasco, M. (2013). *Depresión en niños y adolescentes* Madrid: Pirámide.
- Del Barrio, V., Moreno R. C. y López. M.R. (2001). Evaluación de la agresión y la inestabilidad emocional en niños españoles: su relación con la depresión. *Clínica y Salud*, vol. 12, núm. 1, 2001, pp. 33-50. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Madrid, España. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/1806/180618320002.pdf>
- Díaz, F., Prados, M., López, S (2002). Relación entre rendimiento académico, síntomas depresivos, edad y género en una población de adolescentes. *Revista psiquiatría*, 6(2). Recuperado de <http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/handle/10401/1249>

- Duarte, Y., Lorenzo-Luaces, L., Roselló, J. (2012). Ideación suicida: Síntomas depresivos, pensamientos disfuncionales, autoconcepto, y estrategias de manejo en adolescentes puertorriqueños/as. *Puertorriqueña de Psicología*, vol. 23, 2012, pp. 1-17. Asociación de Psicología de Puerto Rico. San Juan, Puerto Rico. Revista Recuperado <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=233228917001>
- Echeburúa, E. y Corral, P. (2006). Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia. *Cuad. med.* N.43-44, pp. 75-82. ISSN 1135-7606. Recuperado http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-76062006000100006&script=sci_arttext
- Eguiluz, L., Córdova, E., Rosales, J. (2010). *Ante el suicidio su comprensión y tratamiento*. Ed. PAX. México.
- Figueras, A. (2006). *Multimétodo y multiinformante de la sintomatología depresiva en niños y adolescentes* (Tesis Doctoral) Universidad de Barcelona-España. Recuperado de http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/2534/01.AFM_INTRO.pdf?sequence=2
- Hinostroza, L., Huashuayo, C., Navarro, S., Torres, C., y Matos, L. (2011). Dinámica familiar y manifestaciones de depresión en escolares de 13 a 15 años de edad. *Rev enfer Herediana*, 4(1), 12-19. Recuperado de <http://repebis.upch.edu.pe/articulos/reh/v4n1/a4.pdf>
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación* (5ª ed.). México.
- Ibarra, M., Ortiz, J., Alvarado, F., Graciano, H., Jiménez, A. (2010). Correlatos del maltrato físico en la infancia en mujeres adultas con trastorno distímico o depresión Mayor. *Salud Mental*, vol. 33, núm. 4, julio-agosto, 2010, pp. 317-324. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Distrito Federal, México. Recuperado <http://www.redalyc.org/pdf/582/58216022003.pdf>
- Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi. (2003). Estudio Epidemiológico en Salud Mental en la Sierra Peruana. Informe General. *Anales de Salud Mental*, 19 (1, 2).

- Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi. (2005). Estudio Epidemiológico en Salud Mental en la Sierra Peruana. Informe General. *Anales de Salud Mental*, 19 (1, 2).
- Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la
- Idelfonso, R. (2002). El intento de suicidio, una amenaza de pediátrica en la actualidad. *Revista Peruana de Pediatría*, 56(1), 11-15.
- Kovacs, M. (2004). *Inventario de depresión infantil (CDI)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Leal, R., y Vásquez, L. (2012). *Ideación suicida en Adolescentes Cajamarquinos Prevalencia y factores asociados*. Informe de investigación Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo, Cajamarca-Perú. Recuperado de <http://alfepsi.org/attachments/article/188/Ideaci%C3%B3n%20suicida%20en%20adolescentes%20cajamarquinos.pdf>
- León, M. (2013). Adaptación del inventario de depresión infantil de Kovacs en escolares de la UGEL 02 de lima metropolitana. *Revista PsiqueMag*. Recuperado <http://blog.ucvlima.edu.pe/index.php/minds/article/view/4/4>
- Mantilla, L., Salbalza, L., Díaz, A., Campo-Arias, A. (2004). Prevalencia de sintomatología depresiva en niños y niñas escolares de Bucaramanga, Colombia. *Revista Colombia de Psiquiatría*, vol. 33(2). Recuperado <http://www.redalyc.org/pdf/806/80633205.pdf>
- Martinez-Otero, V. (2007). Sintomatología depresiva en niños: estudio de una muestra de escolares de la zona de Madrid. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 10(3), 1-16. Recuperado <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol10num3/art6vol10n3.pdf>
- Melo-Vega, C. (2009). *Sintomatología Depresiva en niños trabajadores y no trabajadores que asisten a escuelas públicas de Lima Metropolitana*. Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología, Con mención en Psicología Clínica., Lima. Recuperado <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/417/MELO>

VEGA_CLAUDIA_SINTOMATOLOGIA_DEPRESIVA_EN_NI%C3%91
OS.pdf?sequence=1

- Organización Mundial de la salud (2007). *Clasificación multiaxial de los trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes: clasificación de la CIE-10 de los trastornos mentales y del comportamiento en niños y adolescentes*. Madrid: Médica Panamericana.
- Organización Mundial de la Salud (2008). *La atención primaria de la salud más necesaria que nunca*. Ginebra. Recuperado de http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf?ua=1
- Organización Mundial de la Salud (2011). *Informe mundial sobre la discapacidad*. Ginebra. Recuperado http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/accessible_es.pdf?ua=1
- Parra, A. (2007). Un análisis longitudinal de la comunicación entre madres y adolescentes. *Apuntes de Psicología*. Vol. 25, número 3, págs. 267-284. ISSN 0213-3334. Colegio Oficial de Psicología de Andalucía Occidental y Universidad de Sevilla. Recuperado http://www.cop.es/delegaci/andocci/files/contenidos/VOL25_3_4.pdf
- Pérez, J. C., Rivera, C., Soto-Vega, E. y Pérez, M. J. (2011). Trastorno depresivo en niños y adolescentes. *Revista Mexicana Neurociencia*, 12(3), 149-154.
- Pérez, M., Urquijo, S. (2001). Depresión en adolescentes: Relaciones con el desempeño académico. *Revista de Psicología Escolar e Educación*, (5) (1), 40-58. Recuperado <http://www.scielo.br/pdf/pee/v5n1/v5n1a06.pdf>
- Pinto, B. y Álvarez, E. (2010). Terapia breve y depresión infantil (estudio de caso). *Universidad san Pablo*, 8(1), 87-106. Recuperado <http://www.ucb.edu.bo/publicaciones/ajayu/v8n1/v8n1a5.pdf>
- Ramírez, R. (2009). *Adaptación del inventario de depresión infantil de Kovacs en escolares de Cajamarca* (Tesis para optar el título de Licenciado en Psicología con mención en Psicología Clínica) Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima. Recuperado http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/409/RAMIREZ_BARRANTES_RENATO_ADAPTACION_INVENTARIO_DEPRESION.pdf?sequence=1

Rodríguez, J., Kong, R. y Aguilar-Gaxiola, S. (2009). Epidemiología de trastornos mentales en América Latina y el Caribe. Washington: OPS

Shaffer, D. (2000). *Psicología del desarrollo: Infancia y adolescencia*. Madrid: Ed. Thomson

Sandoval, A. (2009). *Psicología del Desarrollo Humano II*. Dirección General De Escuelas Preparatorias. Universidad Autónoma de Sinaloa. 1^{ra} ed. *Impreso en Culiacán, Sin. México*. Recuperado http://uaprepasemi.uas.edu.mx/libros/6to_SEMESTRE/64_Psicologia_del_Desarrollo_Humano_II.pdf

Villalobos, M (2008). Depresión en Niños y Adolescentes. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamerica*. LXV (586): 331-333. Recuperado <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/586/art4.pdf>

Vinaccia, S., Gaviria, A., Atehortúa, F., Piedad, M., y Trujillo, C. (2006). Prevalencia de depresión en niños escolarizados. *Revista diversitas-perspectiva en Psicología*, 2(1), 217-227. Recuperado de <file:///C:/Users/User/Desktop/130-381-1-PB.pdf>

Yesquén, P., Yncarroca, C., Chabes, J., y García, P. (2007). Prevalencia de depresión en niños de 8 a 11 años en institución educativa del distrito de la victoria. *Revista de la Facultad de Medicina Humana-Universidad Ricardo Palma*, 7(2),34-41. Recuperado de <http://aulavirtual1.urp.edu.pe/ojs/index.php/RFMH/article/view/103/71>

APÉNDICES

Apéndice A: Inventario de Depresión Infantil

GRADO: _____	SECCIÓN: _____
SEXO: M / F	EDAD: _____

CDI

INSTRUCCIONES

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

No hay respuestas correctas o incorrectas. Únicamente señala la frase que describa mejor **CÓMO TE HAS SENTIDO** últimamente. Pon una equis (x) en el círculo que hay junto a tu respuesta.

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

EJEMPLO:

<input type="radio"/>	Siempre leo libros
<input type="radio"/>	De vez en cuando leo libros
<input type="radio"/>	Nunca leo libros

RECUERDA QUE DEBES SEÑALAR LAS FRASES QUE MEJOR DESCRIBAN TUS SENTIMIENTOS O TUS IDEAS EN LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS. DE LAS TRES FRASES QUE SE PRESENTAN EN CADA PREGUNTA ESCOGE SÓLO UNA, LA QUE MÁS SE ACERQUE A CÓMO ERES O TE SIENTES.

1

- De vez en cuando estoy triste.
- Muchas veces estoy triste.
- Siempre estoy triste.

2

- Nunca me va a salir nada bien.
- No estoy muy seguro de si las cosas me van a salir bien.
- Las cosas me van a salir bien.

3

- La mayoría de las cosas las hago bien.
- Muchas cosas las hago mal.
- Todo lo hago mal.

4

- Muchas cosas me divierten.
- Algunas cosas me divierten.
- Nada me divierte.

5

- Siempre soy malo o mala.
- Muchas veces soy malo o mala.
- Algunas veces soy malo o mala.

6

- A veces pienso que me puedan pasar cosas malas.
- Me preocupa que pasen cosas malas.
- Estoy seguro de que me pasarán cosas

7

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

8

- Todas las cosas malas son por mi culpa.
- Muchas cosas malas son por mi culpa.
- Generalmente no tengo la culpa de que pasen cosas malas.

9

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

10

- Todos los días tengo ganas de llorar.
- Muchos días tengo ganas de llorar.
- De vez en cuando tengo ganas de llorar.

11

- Siempre me preocupan las cosas.
- Muchas veces me preocupan las cosas.
- De vez en cuando me preocupan las cosas.

12

- Me gusta estar con la gente.
- Muchas veces no me gusta estar con la gente.
- Nunca me gusta estar con la gente.

13

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

14

- Soy simpático o simpática.
- Hay algunas cosas de mi apariencia que no me gustan.
- Soy feo o fea.

15

- Siempre me cuesta hacer las tareas.
- Muchas veces me cuesta hacer las tareas.
- No me cuesta hacer las tareas.

16

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

17

- De vez en cuando estoy cansado o cansada
- Muchos días estoy cansado o cansada.
- Siempre estoy cansado o cansada.

18

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

19

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

20

- Nunca me siento solo o sola.
- Muchas veces me siento solo o sola.
- Siempre me siento solo o sola.

21

- Nunca me divierto en el colegio.
- Sólo a veces me divierto en el colegio.
- Muchas veces me divierto en el colegio.

23

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

25

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

27

- Me llevo bien con la gente.
- Muchas veces me peleo.
- Siempre me peleo.

22

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

24

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

26

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

Apéndice B: Factores de la prueba adaptada por Ramírez (2009)

Tabla 15

Matriz de factores rotados (Método Oblimin)

Ítem	Descripción del ítem	Componente							
		1	2	3	4	5	6	7	8
CD 01	Tristeza	0.736							
CD 10	Llanto	0.667							
CD 11	Aprensión	0.689							
CD 25	Sentimiento de no ser querido	0.315							
CD 03	Sentimientos de inutilidad		0.497	0.302				0.349	
CD 14	Autoimagen física negativa		0.304						
CD 20	Sentimientos de soledad		0.490						
CD 22	Aislamiento social (falta de amigos)		0.632						
CD 23	Declinación del rendimiento escolar		0.704						
CD 27	Problemas interpersonales		0.653						
CD 06	Pesimismo			0.529					
CD 19	Preocupación somática			0.635					
CD 02	Desesperanza				-0.449			0.375	
CD 04	Anhedonia (general)				-0.812				
CD 13	Indecisión	0.352			-0.436				

CD 18	Disminución del apetito			-0.456
CD 21	Anhedonia (en el colegio)			-0.668
CD 07	Odio a sí mismo	0.422	0.352	0.656
CD 09	Ideación suicida			0.774
CD 16	Disturbio de sueño			0.598
CD 17	Fatiga			-0.425
CD 15	Disminución de motivación en tareas de colegio			-0.812
CD 24	Auto-imagen negativa en comparación con los pares		- 0.401	-0.513
CD 08	Culpabilidad			-0.447 0.522
CD 12	Reducción del interés social			-0.510
CD 05	Autoimagen negativa			0.673
CD 26	Desobediencia	0.485		0.507

Método de extracción: Análisis de componentes principales. Método de rotación: Normalización Oblimin con Kaiser. La rotación ha convergido en 14 iteraciones.

Apéndice C: Baremos de la prueba adaptada por Ramírez

A partir de las diferencias encontradas por edad, se construyeron los percentiles tomando en cuenta esta variable.

Los apéndices D1, D2, D3 muestran los rangos percentiles y los puntajes Z correspondientes a los puntajes brutos obtenidos en la prueba para cada uno de los grupos de edad.

Apéndice D1: Percentiles y calificaciones Z de Niños entre 7 y 9 años

Nivel de Puntaje	Puntaje bruto	Rangos percentiles	Calificaciones Z
------------------	---------------	--------------------	------------------

Puntajes Bajos de Sintomatología Depresiva	0	0	31
	1	0	32
	2	1	33
	3	1	35
	4	4	36
	5	7	38
	6	12	39
	7	18	41
	8	25	42
Puntajes Medios de Sintomatología Depresiva	9	33	44
	10	37	45
	11	42	46
	12	49	48
	13	55	49
	14	60	51
15	65	52	

Puntajes Altos de Sintomatología Depresiva	16	69	54
	17	73	55
	18	76	57
	19	79	58
	20	81	60
	21	84	61
	22	85	62
	23	89	64
	24	92	65
	25	94	67
	26	95	68
	27	95	70
	28	96	71
	29	97	73
	30	98	74
	31	99	75
	32	99	77
33	99	78	
34 o más	99	80	

Ramírez, 2009

Apéndice D2: Percentiles y calificaciones Z de Niños entre 10 y 12 años

Nivel de Puntaje	Puntaje bruto	Rangos percentiles	Calificaciones Z
------------------	---------------	--------------------	------------------

Puntajes Bajos de Sintomatología Depresiva	0	1	32
	1	1	34
	2	3	36
	3	7	37
	4	11	39
	5	16	41
	6	24	42
Puntajes Medios de Sintomatología Depresiva	7	32	44
	8	38	46
	9	45	48
	10	53	49
	11	61	51

Puntajes Altos de Sintomatología Depresiva	12	68	53
	13	73	54
	14	78	56
	15	82	58
	16	85	60
	17	87	61
	18	89	63
	19	90	65
	20	91	66
	21	92	68
	22	94	70
	23	96	71
	24	97	73
	25	98	75
	26	99	77
	27	99	78
	28	99	80
	29	99	82
	30	99	83
	31	99	85
32	99	87	
33	99	89	
34 o más	99	90	

Ramírez, 2009

Apéndice D3: Percentiles y calificaciones Z de Niños entre 13 y 15 años

Nivel de Puntaje	Puntaje bruto	Rangos percentiles	Calificaciones Z
Puntajes Bajos de Sintomatología Depresiva	0	0	31
	1	1	33
	2	2	34
	3	4	36
	4	6	37
	5	9	39
	6	14	40
	7	20	42
	8	27	43
Puntajes Medios de Sintomatología Depresiva	9	33	45
	10	41	46
	11	49	48
	12	57	49
	13	62	51
	14	65	52

Puntajes Altos de Sintomatología Depresiva	15	69	54
	16	74	55
	17	78	57
	18	81	58
	19	84	60
	20	87	61
	21	88	63
	22	90	64
	23	92	66
	24	94	68
	25	95	69
	26	96	71
	27	96	72
	28	97	74
	29	97	75
	30	98	77
	31	99	78
	32	99	80
	33	99	81
34 o más	99	83	

Ramírez, 2009

Apéndice D: Solicitud a las I.E.

**SOLICITA: AUTORIZACIÓN PARA LA
APLICACIÓN DE CUESTIONARIO A LOS
ALUMNOS CON FINES DE
INVESTIGACIÓN**

Director:

Estimado, reciba un cordial saludo.

Las Srtas. Inelda Alva Regalado identificada con DNI N° 46692514 y Yessica Gálvez Rubio, identificada con DNI N° 72707413 de la carrera de Psicología de nuestra entidad, que por motivos académicos y para la obtención del grado de Licenciatura en Psicología, están realizando el trabajo de investigación (Tesis), denominado “*Relación entre la depresión infantil y factores demográficos específicos (sexo y edad) en un grupo de escolares de Cajamarca*”. La finalidad del presente no solo contribuye al conocimiento científico; sino también al quehacer cotidiano del profesional de psicología en cuanto a acciones de prevención se refiere.

Por lo que solicitan se les brinde las facilidades necesarias para llevar a cabo dicha investigación en el centro educativo donde usted antecede. La investigación consta de la aplicación del cuestionario depresión infantil ***su aplicación durará unos 30 minutos***. Cabe mencionar que será llenada de manera anónima. Del mismo modo otorgue la lista de escolares matriculadas del año escolar 2015, de los grados 3^{er}, 4^{to}, 5^{to} y 6^{to} de *primaria* y el 1^{ro}, 2^{do}, 3^{er} y 4^{to} de *secundaria* para ***obtener la muestra necesaria*** para la aplicación del cuestionario. Las fechas de aplicación del cuestionario son previas a coordinar. De ante mano la aplicación del cuestionario ***no tendrá efecto alguno en los escolares***. De evidenciar en los resultados niveles altos de depresión infantil, las investigadoras se comprometen a realizar un ***programa de intervención a la institución***.

POR LO EXPUESTO:

Ruego a usted, admitir mi petición por ser de justicia.

Adjunto

La carta de permiso que se les dará a los padres para la participación de sus hijos.

Cajamarca, 25 de Febrero de 2015

Apéndice E: Consentimiento Informado para padres o tutores

Estimado padre de familia:

Su hijo(a) está siendo invitado (a) a participar en una investigación sobre *Depresión Infantil en escolares de entre 7 y 15 años del distrito de Cajamarca*. Esta investigación es conducida por las Srtas. Inelda Alva Regalado y Yessica Gálvez Rubio, estudiantes del último ciclo de la carrera profesional de Psicología, perteneciente a la Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo de Cajamarca.

En este estudio busca obtener una aproximación psicológica a los sentimientos e ideas de los niños y adolescentes que asisten a la siguiente institución. Los resultados de este estudio serán parte de una Tesis y a la vez servirán como herramienta útil para los psicólogos de nuestra localidad para la mejora de los programas de detección de niños y adolescente que presenten síntomas depresivos.

Si usted está de acuerdo en permitir que su hijo(a) participe, le pediremos a él/ella que complete un cuestionario el día de mañana. La duración de aplicación del cuestionario no llevará más de 30 minutos previamente coordinados con la dirección y el profesor responsable del aula. Esta evaluación no tendrá costo alguno.

Los derechos con los que cuentan incluyen:

Anonimato: Todos los datos que su menor hijo ofrezca son absolutamente anónimos. Por lo tanto, no habrá manera de identificar individualmente a los participantes de la investigación. La información recopilada se tratará en forma confidencial y solo se usará para fines del estudio y sin ningún otro propósito. Nadie a excepción de las tesisistas tendrán acceso a esta información. No se usará el nombre de su hijo (a) en ninguno de los reportes.

Integridad: Ninguna de las pruebas que le sean aplicadas le traerán algún tipo de daño o perjuicio.

Participación voluntaria: Ud. y su hijo(a) tienen el derecho a abstenerse de participar o incluso de retirarse de esta evaluación cuando lo considere conveniente.

Para cualquier información adicional y/o dificultad puede contactarse al teléfono de una de las investigadoras Yessica Gálvez Rubio al teléfono 978724504.

Para que su hijo (a) participe en el estudio, AMBOS, usted e hijo (a), deben estar de acuerdo en participar. Su decisión sobre la participación de su hijo (a) en este estudio es completamente voluntaria. Cabe mencionar que la presente investigación está autorizada por el Director del centro educativo

.....

Por favor, complete y envíe al colegio con su hijo(a) esta parte del documento el día de mañana.

Nombre _____ del/del
niño(a): _____

Lea la información a continuación y marque uno de los recuadros.

ACEPTO que mi hijo (a) participe en la aplicación de la prueba para esta investigación.

NO ACEPTO que mi hijo (a) participe en las encuestas para esta investigación.

Nombre del padre/tutor:

Firma del padre/tutor

Fecha: / /

Desde ya le agradecemos su participación.

Apéndice F: Confiabilidad y Validación de la prueba obtenida por las investigadoras 2015

Tabla 16

Resumen del procesamiento de los casos

		N	%
Casos	Válidos	385	99,5
	Excluidos ^a	2	,5
	Total	387	100,0

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Tabla 17

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,818	27

Tabla 18

Estadísticos de los elementos

	Media	Desviación típica	N
Item1	,125	,3680	385
Item2	,462	,5247	385
Item3	,135	,3714	385
Item4	,426	,5157	385
Item5	,081	,3404	385
Item6	,548	,5849	385
Item7	,119	,3767	385
Item8	,234	,4813	385
Item9	,317	,5287	385
Item10	,117	,3741	385

Item11	,558	,7619	385
Item12	,319	,5442	385
Item13	,647	,5994	385
Item14	,408	,5178	385
Item15	,512	,6579	385
Item16	,421	,6370	385
Item17	,200	,4553	385
Item18	,447	,7202	385
Item19	,719	,6917	385
Item20	,384	,5753	385
Item21	,288	,5026	385
Item22	,452	,5337	385
Item23	,345	,5378	385
Item24	,579	,6288	385
Item25	,184	,4267	385
Item26	,468	,6035	385
Item27	,075	,2923	385

Tabla 19

Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Item1	9,447	34,862	,403	,811
Item2	9,109	33,764	,445	,808
Item3	9,436	34,804	,413	,811
Item4	9,145	34,588	,313	,814
Item5	9,491	35,912	,177	,818
Item6	9,023	35,231	,170	,820
Item7	9,452	34,649	,442	,810
Item8	9,338	34,089	,432	,809
Item9	9,255	33,826	,430	,809
Item10	9,455	34,801	,410	,811
Item11	9,013	33,846	,262	,818
Item12	9,252	34,840	,251	,816
Item13	8,925	33,835	,367	,811
Item14	9,164	33,903	,428	,809
Item15	9,060	34,905	,182	,821
Item16	9,151	33,774	,347	,812

Item17	9,371	34,369	,407	,810
Item18	9,125	33,083	,380	,811
Item19	8,852	35,236	,126	,824
Item20	9,187	33,236	,480	,806
Item21	9,283	34,391	,357	,812
Item22	9,119	33,673	,451	,808
Item23	9,226	33,743	,435	,809
Item24	8,992	32,982	,467	,807
Item25	9,387	34,113	,493	,808
Item26	9,104	34,557	,258	,816
Item27	9,496	35,553	,319	,814

Tabla 20

Estadísticos de la escala

Media	Varianza	Desviación típica	N de elementos
9,571	36,751	6,0622	27

Apéndice G: Respuestas de la prueba CDI en escolares de una institución educativa estatal de Cajamarca

Tabla 21

Porcentajes con respecto a las respuestas de la prueba CDI en escolares de una institución educativa estatal de Cajamarca

	ítem	f	%
1	Muchas veces estoy triste / Siempre estoy triste	43	11.1
2	No estoy muy seguro de si las cosas me van a salir bien / Nunca me va a salir nada bien	173	44.7
3	Muchas cosas las hago mal / Todo lo hago mal	49	12.7
4	Algunas cosas me divierten / Nada me divierte	160	41.3
5	Muchas veces soy malo o mala / .Siempre soy malo o mala	24	6.2
6	Me preocupa que pasen cosas malas / Estoy seguro de que me pasarán cosas muy malas.	193	49.9
7	No me gusta como soy. / Me odio.	38	9.8
8	Muchas cosas malas son por mi culpa. / Todas las cosas malas son por mi culpa	80	20.7
9	Pienso en matarme pero no lo haría. / Quiero matarme	111	28.7

10	Muchos días tengo ganas de llorar. / Todos los días tengo ganas de llorar.	39	10.1
11	Muchas veces me preocupan las cosas. / Siempre me preocupan las cosas.	151	39.0
12	Muchas veces no me gusta estar con la gente. / Nunca me gusta estar con la gente.	108	27.9
13	Me cuesta decidirme. / No puedo decidirme.	225	58.1
14	Hay algunas cosas de mi apariencia que no me gustan. / Soy feo o fea.	152	39.9
15	Muchas veces me cuesta hacer las tareas. / Siempre me cuesta hacer las tareas.	164	42.4
16	Muchas veces me cuesta dormir. / Todas las noches me cuesta dormir.	131	33.9
17	Muchos días estoy cansado o cansada. / Siempre estoy cansado o cansada.	68	17.6
18	La mayoría de los días no tengo ganas de comer. / Muchos días no tengo ganas de comer.	123	31.8
19	Muchas veces me preocupa el dolor y la enfermedad. / Siempre preocupa el dolor y la enfermedad	224	57.9
20	Muchas veces me siento solo o sola. / Siempre me siento solo o sola.	131	33.9
21	Sólo a veces me divierto en el colegio. / Nunca me divierto en el colegio.	105	27.1
22	Tengo algunos amigos, pero me gustaría tener más. / No tengo amigos.	168	43.4
23	Mi trabajo en el colegio no es tan bueno como antes. / Llevo muy mal los cursos que antes llevaba muy bien.	121	31.3
24	Si quiero, puedo ser tan bueno como otros niños. / Nunca podré ser tan bueno como otros niños.	198	51.2

25	No estoy seguro de que alguien me quiera. / Nadie me quiere.	66	17.1
26	Muchas veces no hago lo que me dicen. / Nunca hago lo que me dicen.	160	41.3
27	Muchas veces me peleo. / Siempre me peleo.	27	7.0