

**PREVALENCIA DE LA SINTOMATOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN EN LOS
NIÑOS Y NIÑAS ESCOLARIZADOS DE BÁSICA PRIMARIA ENTRE LOS 8 Y
11 AÑOS DE EDAD DE LA CIUDAD DE NEIVA
2005 - 2006**

**EDUAR HERRERA MURCIA
LUIS ALFONSO ROJAS UNI
YASMID LORENA LOSADA SÁNCHEZ**

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA
NEIVA
2006**

**PREVALENCIA DE LA SINTOMATOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN EN LOS NIÑOS
Y NIÑAS ESCOLARIZADOS DE BÁSICA PRIMARIA ENTRE LOS 8 Y 11
AÑOS DE EDAD DE LA CIUDAD DE NEIVA
2005 - 2006**

**EDUAR HERRERA MURCIA
LUIS ALFONSO ROJAS UNI
YASMID LORENA LOSADA SÁNCHEZ**

**Trabajo de grado presentado como requisito parcial para optar al título de
Psicólogo**

**Asesora
PIEDAD GOODING LONDOÑO**

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA
NEIVA
2006**

NOTA DE ACEPTACIÓN

Presidente del Jurado

Firma Jurado

Firma Jurado

Neiva, 27 Septiembre de 2006

DEDICATORIA

A mis padres y hermanos por creer siempre en mi, por brindarme su apoyo, su confianza, por acompañarme en esta etapa determinante de mi vida y de mi profesión a mi hija Ana Sofía por ser el motor de mi vida la fortaleza de mi existir.

Yasmid Lorena

“A mi madre y padre por el apoyo incondicional; ya todos mis familiares quienes siempre me colaboraron y creyeron en mí”.

Eduar

“A mi madre por su constante apoyo por confiar en mi; a mi padre por su apoyo, a mi familia en general por ayudarme a culminar este gran propósito de mi vida”

Luís Alfonso

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan sus agradecimientos a:

A nuestra asesora Piedad Gooding Londoño por su incondicional apoyo y orientación.

Al profesor Fabio Salazar por su paciencia, dedicación incondicional.

Al profesor Andrés Manuel Pérez, por haber fortalecido una idea que se convertiría en nuestro trabajo de grado.

A los padres y sus hijos, a los rectores y coordinadores de los colegios que participaron en la investigación porque sin su valiosa colaboración no hubiese sido posible cumplir nuestro objetivo.

A quienes de una u otra manera apoyaron y nos acompañaron en cada uno de los pasos del desarrollo de la investigación.

TABLA DE CONTENIDO

<i>RESUMEN</i>	11
<i>INTRODUCCIÓN</i>	13
1. <i>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</i>	15
2. <i>OBJETIVOS</i>	20
2.1 <i>OBJETIVO GENERAL</i>	20
2.2 <i>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</i>	20
3. <i>ANTECEDENTES</i>	21
4. <i>JUSTIFICACIÓN</i>	25
5. <i>MARCO TEÓRICO</i>	28
5.1 <i>CONCEPTO DE DEPRESIÓN</i>	28
5.2 <i>TEORÍAS PSICOLÓGICAS</i>	32
5.2.1 <i>El Modelo Socioambiental</i>	32
5.2.2 <i>Modelo de indefensión aprendida</i>	33
5.2.3 <i>Modelo de autocontrol</i>	33
5.2.4 <i>Modelo Cognitivo</i>	35
5.2.4.1 <i>Supuestos Básicos de la Teoría Cognitiva</i>	35
5.2.4.2 <i>El Sistema Cognitivo</i>	36
5.2.4.3 <i>Concepto de Tríada Cognitiva</i>	39
6. <i>DISEÑO METODOLÓGICO</i>	44
6.1 <i>ENFOQUE</i>	44
6.2 <i>TIPO DE DISEÑO</i>	44
6.3 <i>ETAPAS DEL DISEÑO</i>	45
6.4 <i>POBLACIÓN</i>	47
6.4.1 <i>Universo</i>	47
6.4.2 <i>Muestra</i>	47
6.5 <i>CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN</i>	49
6.6 <i>INSTRUMENTOS</i>	50
6.7 <i>VARIABLES DEL ESTUDIO</i>	51
7. <i>ASPECTOS ÉTICOS</i>	56
8. <i>RESULTADOS</i>	57
8.1 <i>PRIMERA FASE: Prevalencia de la Sintomatología Depresiva</i>	62

8.2 SEGUNDA FASE: Características Sociodemográficas y Familiares de los Niños con Síntomas de Depresión	72
9. <i>DISCUSION DE LOS RESULTADOS</i>	83
10. <i>CONCLUSIONES</i>	88
11. <i>RECOMENDACIONES</i>	91
<i>BIBLIOGRAFIA</i>	92
<i>ANEXOS</i>	

LISTA DE TABLAS

<i>Tabla 1. Distribución de los Grupos Muestrales según formula</i>	<i>48</i>
<i>Tabla 2. Distribución de los Grupos Muestrales Participantes en la Investigación</i>	<i>49</i>
<i>Tabla 3. Medidas de Tendencia de la aplicación del Instrumento en el total de la Muestra.....</i>	<i>57</i>
<i>Tabla 4. Distribución de la muestra por género</i>	<i>57</i>
<i>Tabla 5. Distribución de la Muestra Por Edad.....</i>	<i>58</i>
<i>Tabla 6. Distribución de la Muestra por Grado Escolar.....</i>	<i>59</i>
<i>Tabla 7. Distribución de la Muestra por Sector.</i>	<i>60</i>
<i>Tabla 8. Chi Cuadrado para Genero.....</i>	<i>63</i>
<i>Tabla 9. Prevalencia de la Sintomatología por Género.....</i>	<i>63</i>
<i>Tabla 10. Chi Cuadrado para Edad</i>	<i>64</i>
<i>Tabla 11. Prevalencia de la Sintomatología Depresiva por Edad</i>	<i>65</i>
<i>Tabla 12. Chi Cuadrado para Grado Escolar.....</i>	<i>66</i>
<i>Tabla 13. Prevalencia de la Sintomatología Depresiva por Grado Escolar.....</i>	<i>67</i>
<i>Tabla 14. Chi Cuadrado para Sector</i>	<i>68</i>
<i>Tabla 15. Prevalencia de la Sintomatología Depresiva por Sector</i>	<i>69</i>
<i>Tabla 16. Medidas de Tendencia para número de personas que viven con el Niño</i>	<i>72</i>
<i>Tabla 17. Distribución de la de la Sintomatología de acuerdo con las personas con las que Vive el Niño.....</i>	<i>74</i>
<i>Tabla 18. Distribución por tipo de Conflicto que se presenta en el Hogar</i>	<i>77</i>
<i>Tabla 19. Distribución por Tipo de Castigo que se Aplica al Niño.....</i>	<i>78</i>
<i>Tabla 20. Distribución por quien ejerce la autoridad en el Hogar.....</i>	<i>79</i>

LISTA DE GRÁFICOS

<i>Esquema 1. Modelo Cognitivo de la Depresión</i>	<i>38</i>
<i>Grafico 1. Distribución de la muestra por Genero.....</i>	<i>58</i>
<i>Grafico 2. Distribución de la Muestra por Edad.....</i>	<i>58</i>
<i>Grafico 3. Distribución de la muestra por Grado Escolar</i>	<i>59</i>
<i>Grafico 4. Distribución de la muestra por Sector.....</i>	<i>60</i>
<i>Grafico 5. Distribución de la muestra por Factores</i>	<i>61</i>
<i>Grafico 6. Prevalencia de la Sintomatología Depresiva</i>	<i>62</i>
<i>Grafico 7. Distribución de la Sintomatología Depresiva por Género</i>	<i>62</i>
<i>Grafico 8. Distribución de la Sintomatología Depresiva por Edad.....</i>	<i>64</i>
<i>Grafico 9. Distribución de la Sintomatología Depresiva por Grado Escolar</i>	<i>66</i>
<i>Grafico 10. Distribución de la Sintomatología Depresiva por Sector.....</i>	<i>68</i>
<i>Grafico 11. Análisis por Factores CDI niños y niñas con Sintomatología Depresiva</i>	<i>70</i>
<i>Grafico 12. Distribución de la Sintomatología por Factores CDI niños y niñas</i>	<i>71</i>
<i>Grafico 13. Distribución de la Población para la Segunda Fase</i>	<i>72</i>
<i>Grafico 14. Distribución de la Sintomatología Depresiva por Estrato Socioeconómico.....</i>	<i>73</i>
<i>Grafico 15. Ingresos Económicos de la Familia del niño</i>	<i>74</i>
<i>Grafico 16. Distribución de la Sintomatología Depresiva por el Tipo de Familia....</i>	<i>75</i>
<i>Grafico 17. Convivencia y Relaciones Familiares</i>	<i>76</i>
<i>Grafico 18. Tipo de Unión de los padres.....</i>	<i>76</i>
<i>Grafico 19. Niños Depresivos que Repiten Grado Escolar</i>	<i>78</i>
<i>Grafico 20. Conformidad con el Entorno Físico</i>	<i>79</i>
<i>Grafico 21. Distribución por Evento Perturbador.....</i>	<i>80</i>
<i>Grafico 22. Ocupación de la Madre del niño.....</i>	<i>81</i>
<i>Grafico 23. Ocupación del Padre del niño.....</i>	<i>81</i>

LISTA DE ANEXOS

- Anexo A** Cronograma de actividades
- Anexo B** Carta de aprobación del comité de Ética
- Anexo C** Consentimiento Informado Institución Educativa
- Anexo D** Test CDI
- Anexo E** Consentimiento Informado Padres de Familia
- Anexo F** Cuestionario de Características Sociodemográficas y Familiares
- Anexo G** Descripción de Trabajo de Grado.
- Anexo H** Derechos de Autor

RESUMEN

Esta investigación tiene como propósito identificar la prevalencia de la sintomatología depresiva y las características sociodemográficas y familiares de los niños y niñas con síntomas de depresión escolarizados de básica primaria entre los 8 y 11 años de edad de la ciudad de Neiva.

La investigación es de tipo cuantitativo, con un diseño exploratorio descriptivo de corte transversal.

Se realizó un muestreo probabilístico por conglomerados con una confiabilidad del 95 % para un error máximo admitido del 5%; las unidades muestrales la constituyen los grados escolares de cada colegio del sector oficial y privado, así la muestra la conforman 63 grupos muestrales distribuidos aleatoriamente.

El instrumento a utilizar es el inventario de depresión infantil de Kovacs versión adaptada a población española por Victoria del Barrio 1992. y las características sociodemográficas y familiares se recogerán por medio de un cuestionario. Se encontró una Prevalencia del 17 %, es decir que de cada cien niños 17 presentan síntomas significativos de depresión.

PALABRAS CLAVES: Prevalencia, depresión infantil, sintomatología

ABSTRACT

The aim of this study is to identify the prevalence of depression symptoms; family and sociodemographic characteristics in boys and girls with depression with ages between 8 to 11 that attend school in the city of Neiva.

The research is quantitative type with a descriptive exploratory design and a transversal court.

A probabilistic sampling by clusters was made with a reliability of 95% for an admitted maximum error of 5%; the sampling units are school grades from public and private sector. Thus the sample is from by 63 sampling groups distributed in a aleatory way.

The instrument used was the 1992 Kovacs Children Depression Inventory (CDI) adapted to the Spanish population by Victoria del Barrio and the sociodemographic and family characteristics were collected with a questionnaire. A prevalence of 17%, was found this means that for each hundred children 17 children show significant symptoms of depression.

KEY WORDS: Prevalence, Children depression, Symptoms.

INTRODUCCIÓN

En la infancia pueden presentarse diversas alteraciones psíquicas, unas más características de este periodo que otras. La depresión, la cual puede estar relacionada con aspectos biológicos, familiares y sociales que conllevan a modificaciones a nivel cognitivo, afectivo, somático y comportamental, deteriora la sociabilidad y el normal desarrollo evolutivo en la infancia. Aunque como trastorno en la infancia el término depresión fue rechazado durante varias décadas, hoy se ha aceptado ampliamente con especial relevancia en la comunidad científica internacional. Por su parte, en Colombia los problemas emocionales de la infancia han venido tomando fuerza por la necesidad de dar respuesta a las problemáticas sociales de la población, agobiada por eventos como la violencia, el desplazamiento y los problemas económicos evidenciados en la pobreza y deterioro en las relaciones familiares y afectivas.

Estos aspectos de la realidad se ven como potenciales factores de riesgo para desarrollar un trastorno emocional en la población infantil que resulta la más vulnerable. De igual forma, estas características no son ajenas a la ciudad de Neiva donde además existe una alta incidencia en las tasas de suicidio juvenil que puede ser consecuencia de múltiples factores, entre ellos la depresión.

En consecuencia, esta investigación tiene como objetivo identificar la prevalencia de la sintomatología depresiva y las características sociodemográficas y familiares de los niños y niñas con síntomas de depresión escolarizados de básica primaria entre los 8 y 11 años de edad de la ciudad de Neiva y teniendo como base la teoría cognitiva de A. Beck y los aportes de Victoria del Barrio, quien ha profundizado en este tema.

La investigación es de tipo cuantitativo, con un diseño exploratorio descriptivo de

corte transversal.

Se realizó un muestreo probabilístico por conglomerados con una confiabilidad del 95% para un error máximo admitido del 5%; las unidades muestrales la constituyeron los grados escolares de cada colegio del sector oficial y privado, así la muestra la conformaron 63 grupos muestrales distribuidos aleatoriamente, para una muestra total de 1832 sujetos.

El instrumento que se utilizó fue el inventario de depresión infantil de Kovacs y Beck (1992) versión adaptada a población española por Victoria del Barrio. Las características sociodemográficas y familiares se recolectaron por medio de un cuestionario diseñado para la investigación.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La depresión infantil es un fenómeno relativamente nuevo, al menos en la literatura científica. Parecería una contradicción asociar al niño con la depresión; precisamente la risa, el movimiento, el bullicio, la ilusión, en una palabra la alegría parecen absolutamente ligados al mundo de la infancia. Por ello solo a partir de 1975 la comunidad científica incrementa las investigaciones en esta materia; es hasta 1977 con la publicación de las actas del congreso Nacional del Institute of Mental Health y con la publicación del DSM III (1980), donde se acepta la existencia de la depresión infantil, con la posibilidad de ser diagnosticada con los mismos criterios de la del adulto (del Barrio, 2000).

Sobre la existencia de la depresión infantil se han planteado por lo menos cuatro concepciones:

La primera perteneciente al psicoanálisis clásico, argumenta que la depresión infantil no existe. El niño no tiene la madurez intrapsíquica para experimentar una depresión; está no puede aparecer debido a que es un fenómeno del súper yo que se vuelca contra el yo. Estudios posteriores de M. Klein (1935) reconocen la depresión como un estado afectivo del desarrollo que se presenta como normal en el primer año de vida, pero que se puede volver patológico y llevar hasta la muerte.¹

En segundo lugar está la concepción de la depresión infantil como una entidad enmascarada, que propone la existencia de la misma de manera interna, inobservable, adoptando manifestaciones externas diferentes a las de los adultos, (Glaser 1968 y Malmquist 1977).²

¹ Solloa G. Luz M. 2001. Los trastornos psicológicos en el niño: etiología, características, diagnóstico y tratamiento. Editorial Trillas. México. Pg. 247

² Ibíd. Pg.248

Como tercera orientación está la conceptualización de Rutter y Col. (1995) quienes proponen que es transitoria, ellos postulan que la depresión infantil puede surgir en cualquier momento del desarrollo, pero la sintomatología se dispersa en función de la edad. Los síntomas pueden variar a través de distintos estadios y por lo tanto no se deben confundir los que son comunes en el desarrollo, con los que son específicos de un desorden depresivo.³

Por último la concepción que afirma que la depresión infantil es paralela a la del adulto y por lo tanto propone que es un desorden no encubierto similar al del adulto.

Beck (1967) señaló que las cuatro categorías de síntomas depresivos en el adulto también se presentan en el niño; estas son: afectiva, cognitiva, motivacionales y vegetativas – psicósomáticas.⁴

Hoy, se acepta que la depresión infantil es un trastorno emocional caracterizado por vivencias subjetivas y conductas observables; en el aspecto subjetivo se destacan: sentimientos de tristeza y desgan, a nivel comportamental se evidencia: conductas de apatía, trastornos somáticos y cansancio que impide el disfrute de la vida y en casos graves el desempeño de tareas habituales más elementales, incluso el deseo de vivir, (del Barrio, 2000).

En cuanto a los factores de riesgo de la depresión, algunos son de tipo personal, otros son de tipo social o pueden ser la combinación de ambos y en la mayoría de los casos se superponen, actuando no por separado sino interactuando entre sí. Diversas investigaciones señalan diferentes factores de riesgo lo que impide determinar cual es el más importante. (Del Barrio, 2000).

La importancia que ha tenido el tema radica en que son numerosas las áreas que se han visto afectadas por este trastorno; el mantenimiento de depresiones de

³ Ibíd. Pg. 248

⁴ Ibíd. Pg.249

cualquier tipo tiene repercusiones importantes en el desempeño normal de niños y niñas; se considera que a corto plazo los síntomas y trastornos depresivos deterioran el rendimiento académico y las relaciones interpersonales y a largo plazo se asocian de forma significativa con el consumo de sustancias y los trastornos de conducta.

En cuanto a la prevalencia de la depresión infantil se puede afirmar con cierta precisión que la depresión mayor se da en un dos (2%) y un cuatro (4%) de los niños y el trastorno distímico entre un ocho (8%) y un seis (6%) en los países del primer mundo.⁵

En España los niños de ocho a once años presentan síntomas depresivos en un 8.2 % lo que representa un nivel muy similar a los que aparecen en estudios epidemiológicos americanos (Harrington, 1995)⁶ Y en algunas investigaciones como las de Sandi y Col (1999)⁷, encuentran una prevalencia del 11.1 % en niños escolares; Polaino – Lorente y Col(1997)⁸, informan del 10.1 % en niños de ocho a once años de edad. Ladrón (2000)⁹ con la versión extensa del CDI (inventario de depresión infantil) encuentran en niños y niñas de cuarto grado que el 6.2% presentan un posible trastorno depresivo.

En general y englobando todo tipo de depresiones se estima que un 20% de la misma desaparece espontáneamente; sin embargo entre un 5% y un 10% permanece un largo tiempo.¹⁰

A nivel nacional son pocas las investigaciones realizadas que arrojen datos de prevalencia en sintomatología depresiva en niños; un estudio realizado en

⁵ Ibid Pg. 26

⁶ Ibid Pg 26

⁷ Campo-Arias. Prevalencia de la sintomatología depresiva en niños y niñas escolares en Bucaramanga, Colombia. Revista colombiana de Psiquiatría. Vol. 33 No. 2 junio 2004. Pg. 167

⁸ Ibid. Pg. 167

⁹ Ibid. Pg. 167

¹⁰ Del Barrio, V. Op. Cit. Pg. 27

Bucaramanga por Campo – Arias y col, muestra una prevalencia cercana al 10% de síntomas sugestivos de episodio depresivo mayor en niños y niñas.¹¹

Considerando que los estados depresivos hacen parte de las causas y síntomas de los intentos y actos de suicidio se puede ver que en los datos estadísticos del año 2004 en el departamento del Huila comparado con otros departamentos presenta un alto índice de suicidio en donde 69 personas de esta región del país decidieron quitarse la vida, de ellas ocho adolescentes entre los diez y los quince años de edad y trece jóvenes entre los quince y veinte años.¹² Siendo este fenómeno uno de los indicadores de posible presencia de la depresión en edades tempranas, desarrollándose en la infancia y haciéndose visibles en la adolescencia en decisiones como el suicidio.

De igual forma en el departamento se presenta un alto índice de violencia y maltrato infantil con 3003 casos registrados en el año 2004, en donde se muestra que el tipo de maltrato de mayor incidencia es el físico con un 52%; seguido de el psicológico con un 29% y el 19% de casos pertenecen a otro tipo de maltrato; de igual forma los estratos socioeconómicos que mas presentan esta problemática son el uno con un 61% y el dos con 35% de los casos registrados.¹³

Teniendo en cuenta las investigaciones a nivel internacional que indican la presencia de síntomas depresivos en la infancia, los factores de riesgo, las consecuencias de la depresión, y que en nuestra región el suicidio, el maltrato y la violencia son de alta prevalencia se crea la necesidad de conocer si la depresión infantil se presenta en nuestros niños y que características familiares y sociodemográficas los identifica, de acuerdo a lo anterior nos planteamos la siguiente pregunta de investigación:

¹¹ Campo-Arias. Op. Cit. Pg. 167

¹² Pauchard, H. La Depresión Infantil. Sintomas y Tratamiento. Url: [http:// www.relaciones-humanas.net/depresióninfantil.html](http://www.relaciones-humanas.net/depresióninfantil.html). Mayo de 2002

¹³ Secretaria Departamental de Salud del Huila. Registro anual del sistema de vigilancia epidemiológico. Maltrato infantil y violencia intrafamiliar. Huila, 2004.

¿Cuál es la prevalencia de la sintomatología de la depresión de los niños y niñas escolarizados de básica primaria entre los 8 y 11 años de edad de la ciudad de Neiva ?

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Ü Identificar la prevalencia de la sintomatología de la depresión, las características sociodemográficas y familiares de los niños y niñas con síntomas de depresión escolarizados de básica primaria entre los 8 y 11 años de edad de la ciudad de Neiva.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

R Conocer la cifra de prevalencia de los niños y niñas con síntomas de depresión escolarizados de básica primaria entre los 8 y 11 años de edad de la ciudad de Neiva, año 2005.

R Identificar las características sociodemográficas como edad, sexo, grado académico y nivel socioeconómico de los niños y niñas con síntomas de depresión escolarizados entre los 8 y 11 de edad de la ciudad de Neiva.

R Describir las características familiares de los niños y niñas con síntomas de depresión escolarizados de básica primaria entre los 8 y 11 años de edad de la ciudad de Neiva.

3. ANTECEDENTES

El estudio de la depresión infantil es un campo que las últimas décadas ha sido bien activo especialmente en España. Por su parte en Colombia las investigaciones en el tema son mínimas; encontrándose como referencia dos estudios realizados en la ciudad de Bucaramanga y uno en la Ceja (Antioquia) siendo estos los únicos avances que aportan al conocimiento de la depresión infantil y por consiguiente a la problemática de la salud mental del infante en nuestro contexto social y cultural.

Dentro de las diferentes investigaciones a nivel internacional se encuentra un estudio sobre autoestima y depresión donde se correlacionan estos dos aspectos, realizado por Del Barrio, Frias y Mestre (1994); de la Universidade Nacional de Educación a Distancia y la Universidad de Valencia, en población infantil Española con edades entre los 8 y 13 años de edad. Para la evaluación de la depresión se utilizó el CDI (inventario de depresión infantil de Kovacs Y Beck)¹⁴ y para la evaluación de la autoestima el cuestionario A1 de Martorell y Silva. Las conclusiones a las que llegó esta investigación fueron; existe una correlación negativa entre autoestima y la depresión; es decir, a mayor depresión menor autoestima de los sujetos.¹⁵

Por su parte un estudio que muestra la prevalencia de la depresión infantil, es el realizado en el año 1999 en la ciudad de Fortaleza en Brasil por Warner Bandeira Andriola y Luanna Rodriquez Cavalcante de la Universidad de Ceara Brasil¹⁶. En esta investigación se efectuó un diagnóstico de la depresión infantil en niños

¹⁴ Del Barrio, Frias y Mestre.. Autoestima y depresión en niños. Revista de Psicología general y aplicada. España. 1994

¹⁵ Ibid. Pg. 474

¹⁶ Bandeira, Adriola; Rodríguez, Luanna. Avaliacao da depressao infantil em alunos da pre-escola. psicología reflexao e critica. Vol.12 No. 2 Porto Alegre.Brasil. 1999

preescolares; la muestra fue compuesta por 345 alumnos con una edad media de 5.6 años de edad. Se empleó como instrumento de medición la Escala Sintomatología Depresiva para Profesores (ESDM-P). Esta investigación es de corte trasversal descriptiva; arrojó como conclusión que el 3.9% de los niños de este estudio presentan síntomas depresivos.¹⁷

Estos estudios realizados a nivel internacional solo se tendrán como referencia bibliográfica debido a las diferencias poblacionales, metodológicas y socioculturales.

A nivel nacional se han encontrado dos investigaciones en la ciudad de Bucaramanga. La primera de ellas un estudio de correlación entre depresión infantil y rendimiento académico, en 31 estudiantes de quinto grado de primaria del colegio la Santísima Trinidad de Bucaramanga; realizado por J. Aceros, S. Angarita y O. Campos de la Universidad Autónoma de Bucaramanga y la fundación internacional Alberto Merani, en Julio de 2003.

Para la evaluación de la depresión infantil se empleó el CDS de Tisher y Lang y para el rendimiento académico se utilizaron los registros académicos. Para este estudio se utilizó el concepto de depresión infantil de Tisher y Lang en la que afirma que la depresión infantil es una respuesta humana de carácter normal que puede variar cualitativa y cuantitativamente que se encuentran en la niñez, y es de especial relevancia en grupos con problemas psiquiátricos.

En esta investigación se muestra que el 16% de la población presenta problemas depresivos graves; respecto a las subescalas tomadas independientemente los porcentajes más altos se encuentran en respuesta afectiva 23%, problemas sociales 26% y autoestima 16%. En cuanto a la correlación entre depresión infantil y rendimiento académico no se encontró ninguna debido al sistema evaluativo

¹⁷ Ibid.

escolar.¹⁸

Otra investigación titulada “Prevalencia de la sintomatología depresiva en los niños escolares de Bucaramanga”, realizada por Campo-Arias y col¹⁹, es un estudio de corte transversal con una muestra representativa de 248 escolares de una escuela oficial (estrato bajo) y una privada (estrato alto); se estudió la presencia de síntomas depresivos en niños y niñas con edades entre los 8 y 11 años de edad, que cursaran de tercero a quinto de educación básica primaria. Se empleó la versión corta del inventario de depresión infantil (CDI-S) en donde niños con puntuaciones de 7 o más se consideraron deprimidos.

Los resultados arrojados en la evaluación de 239 niños y niñas con edades promedio de 9.5 años, es que el 9.2 % presentaba depresión, hallándose una asociación entre depresión con mayor edad y género femenino, y disminuye con mayor grado de escolaridad.²⁰

El estudio realizado en la Universidad Autónoma de Bucaramanga, donde se investiga la correlación entre la depresión infantil y rendimiento académico (J. Aceros, S. Angarita y O. Campos. 2003)²¹ sirvió de orientación en la contextualización de la teoría y el enfoque utilizado, además se tuvo en cuenta aspectos relevantes en la recolección de la información.

De la investigación sobre la prevalencia de la sintomatología de la depresión infantil, se utiliza el instrumento CDI de Kovacs (1992) y algunas características del modelo metodológico.

Teniendo en cuenta estos antecedentes se pretende ampliar el conocimiento del fenómeno en estudio con otro tipo de población y ofrecer una caracterización

¹⁸ Aceros, J. Angarita, S. Campos, O. Correlación entre Depresión infantil y Rendimiento Académico. URL: <http://www.psicopedagogia.com/articulos/?articulo=311>

¹⁹ Campo-Arias. Op. Cit.

²⁰ Ibid. Pg. 166

²¹ Aceros, J. Angarita, S. Campos, O. Op. Cit.

sociodemográfica y familiar de los niños con síntomas de depresión en la ciudad de Neiva donde no se han realizado estudios en el tema.

4. JUSTIFICACIÓN

El avance tecnológico y la creciente industrialización de las ciudades han llevado a que los problemas emocionales en la comunidad se incrementen de una manera acelerada, reflejándose en síntomas como el estrés, la ansiedad, el miedo y la depresión entre otras; estos factores afectan a la población en general reflejándose también en la niñez, debido a la formación en esta etapa de múltiples características de la personalidad que acompañaran al adulto durante su vida. De igual forma se generan trastornos que obstaculizan el desarrollo normal y la adaptación a la vida productiva del individuo en la sociedad.

Con la aceptación de la depresión infantil como entidad nosológica en el DSM –III (1980)²², se abre pasó a la búsqueda de teorías que sustenten y expliquen la etiología, factores predisponentes, de mantenimiento y tratamiento de la depresión infantil, así como la comorbilidad con otros trastornos de la infancia. Aspectos que se han visto fortalecidos por el interés de más comunidades científicas incluido la comunidad científica española que en las últimas décadas ha marcado la pauta en la investigación con un alto grado de desarrollo y reconocimiento a nivel internacional.

Estos desarrollos investigativos obtenidos en otros escenarios a nivel mundial, son elementos que conducen a plantear la necesidad, pertinencia y relevancia de la presente investigación que contribuiría a un mayor conocimiento de la depresión infantil en nuestro contexto, área que en Colombia comienza a considerarse como alternativa de conocimiento en la salud mental de la infancia.

Con esta investigación se pretende aportar resultados que reflejen el estado

²² Del Barrio, V. Op. Cit. Pg. 17

actual de este trastorno en una comunidad con características socioculturales y económicas que son diferentes a las ya investigadas en países Europeos y Latinoamericanos.

En Colombia son deficientes las investigaciones en el tema de la depresión infantil, lo cual refleja la poca relevancia a los problemas emocionales del niño, como lo es la depresión; quizá por la controversia que se generó alrededor de si existía o no la depresión infantil; quizás por la falta de recursos que apoyen este tipo de investigación o por que anteriormente no se había reconocido la niñez como sujetos de derecho, situación que cambiaría con la promulgación de los derechos del niño. Es con este hecho que se inicia un proceso en el que se busca mejorar las condiciones sociales, políticas y psicológicas de los niños de nuestro país, dando pie a la realización de investigaciones que ilustren cuales son las condiciones de la infancia en Colombia.

En este sentido nuestro país presenta una serie de problemas sociales que generan desequilibrios abruptos alterando de forma constante el medio ambiente físico y social, provocando descomposición a nivel familiar y personal, exponiendo a la población a condiciones de desplazamiento, pobreza y violencia; estados que afectan directamente la calidad de vida de la población e inciden en su salud mental.

Otro aspecto que induce a la realización de esta investigación son los resultados del estudio de salud de 2003, en donde los problemas del estado de animo, se encuentran en un segundo lugar en la población general; aspecto que resulta de especial interés en la investigación de la depresión infantil en nuestro contexto, pues se pretende conocer si estos estados se vienen presentando en edades tempranas a si como poder determinar las características de esta población.

Por ello una de las razones que guían el interés investigativo en la depresión infantil es no haber encontrado antecedentes que permitan el conocimiento

suficiente en el tema, ni una caracterización adecuada que se ajuste a la realidad Neivana. Estas peculiaridades presentes en esta población donde suceden continuamente actos delictivos por parte de los actores armados, hechos que se ven representados en asesinatos, secuestros, actos de terrorismo; sumado a las condiciones de pobreza y el refugio en el que se ha convertido la ciudad de personas desplazadas por la violencia, más la ubicación del departamento en la zona andina donde según el estudio nacional de salud de 2003 lo ubican como una de las zonas con más alta incidencia de la depresión; condiciones que se ven reflejadas en las altas tasas de suicidio que se registran en el departamento.

En consecuencia se pretende identificar la prevalencia de la sintomatología de la depresión infantil, las características sociodemográficas y familiares de este trastorno en la población escolarizada de básica primaria de la ciudad de Neiva con el fin de proponer estrategias de prevención, promoción e intervención y la puesta en marcha de tratamientos, planes de contingencia y control de los factores de riesgo de la población afectada. De igual forma la detección y ubicación de niños con este trastorno arrojará información que permitirá implementar medios para conocer y mejorar las relaciones y vínculos sociales de los niños deprimidos con sus padres, maestros y compañeros de su edad.

A nivel social las repercusiones que tendrá esta investigación marcarán pautas para que la sociedad en general y las entidades gubernamentales se interesen y comprometan de forma continua con la salud mental del niño, y se abran espacios que posibiliten alternativas de asistencia.

El aporte que proporciona a la psicología es un mayor conocimiento de las características psicoafectivas, sociodemográficas y familiares de los niños con sintomatología depresiva; aportes que enriquecerán los conocimientos de este fenómeno para dejar bases que emprendan nuevas investigaciones y aporten una visión integral de la depresión infantil.

5. MARCO TEÓRICO

En este marco teórico se expondrá algunas teorías sobre depresión infantil, su conceptualización, factores de riesgo y síntomas; así como la base teórica que servirá de orientación en el estudio y el análisis de resultados.

5.1 CONCEPTO DE DEPRESIÓN:

La depresión fue uno de los primeros desordenes mentales en ser reconocido y estudiado por psiquiatras y psicólogos, en busca de predecir y controlar la existencia de este trastorno esperando disminuir los costos que tienen que pagar las entidades encargadas de la prestación de la salud por tratamientos y las pérdidas económicas a causa de la disminución en la productividad en los afectados.

El concepto de la depresión parte de la formulación Hipocrática sobre la melancolía, caracterizada por la aversión a la comida, irritabilidad, cansancio y somnolencia (Polaino- Lorente, 2000)²³. Término derivado del griego melas, “negro” y chole, “bilis” usado para designar a los pacientes que con frecuencia vomitaban bilis negra a causa de irritabilidad y ansiedad²⁴.

En el periodo medieval, la melancolía se conceptualiza como acedia; con aportes de Santo Tomas²⁵, se inscribe en el ámbito de los desequilibrios humorales, se psicologiza y se medicaliza. La acedia se utilizo para designar un tipo especial de melancolía en el que la tristeza, la pena y el abatimiento no constituían sus

²³ Polaino- Lorente, A. La Depresión. Biblioteca de Psicología, Psiquiatría y Salud. Ed. Martínez Roca. España. 2000. Pg. 13

²⁴ Ibid, Pg. 14

²⁵ Ibid, Pg.15

principales contenidos, en cambio si referenciaban la pereza y la holgazanería, vinculándose con el pecado de pereza.

Durante los siglos XV y XVI la melancolía sustituye a la acedia, ahora la pereza, el torpor, la indolencia son sustituidos por la pena, el desaliento y la desesperación.²⁶ A mediados del siglo XIX, Kraepelin, buscando un sistema de clasificación operativo, basado en el modelo de la medicina, aglutina las alteraciones afectivas bajo el nombre de *Psicosis Maniaca- Depresiva*²⁷

En el último siglo, el papel relevante que se le ha dado al manual diagnóstico y estadístico (DSM)²⁸ en la formulación de una categoría para los trastornos del estado de ánimo contiene la descripción de los criterios para diagnosticar depresión, esto a hecho que se expanda el conocimiento en la etiología, evolución y tratamiento de este trastorno.

En el DSM IV, se considera que los criterios referidos a la depresión mayor son:²⁹

- Ψ Disforia o tristeza
- Ψ Anhedonia o ausencia de disfrute de las cosas.

Para que se de una depresión es necesario que este presente, por lo menos, uno de estos síntomas (en el caso de los niños la disforia o humor deprimido que puede ser sustituido por irritabilidad) y cuatro más de los que siguen:³⁰

- Ψ Pérdida o ganancia de peso u oscilaciones del apetito.
- Ψ Insomnio.
- Ψ Hipermotilidad o enlentecimiento del movimiento.
- Ψ Fatiga o falta de energía.

²⁶ Ibid. Pg. 16

²⁷ Solloa García, Luz Maria. Op. Cit. .2001

²⁸ Del Barrio, V. Op. Cit. Pg. 18

²⁹ Ibid. Pg. 18

³⁰ Ibid. Pg. 18

- Ψ Sentimiento de desvaloración o culpa.
- Ψ Disminución de la capacidad de pensar.
- Ψ Dificultad para concentrarse o tomar decisiones.
- Ψ Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio o planes o intentos de hacerlo.

Los trastornos depresivos pueden clasificarse dentro de la categoría de depresión mayor o distimia.

Depresión Mayor: para diagnosticar un trastorno depresivo mayor se debe tener conocimiento de la existencia de uno o más episodios depresivos mayores sin una historia previa de episodios maníacos. Dentro de los trastornos depresivos se pueden hacer los siguientes diagnósticos:

- Ψ Depresión mayor, episodio único
- Ψ Depresión mayor recurrente.

Distimia: es una alteración crónica del estado de ánimo deprimido que se presenta la mayor parte del tiempo y que ha durado un año como mínimo (para niños). A este trastorno se le pueden sobreponer depresiones mayores en cuyo caso se hacen ambos diagnósticos.

Con el fin de aclarar la connotación de la palabra depresión se hace necesario exponer las diferentes concepciones que esta puede tener en el ámbito de la psicología; según Solloa (2001)³¹ la depresión puede discutirse como un síntoma, un síndrome o como un trastorno del estado de ánimo.

El concepto síntoma depresivo es utilizado para designar un síntoma individual que tiene un significado muy amplio, desde un estado de ánimo triste o de infelicidad, hasta sentirse desdichado o melancólico, o bien indicar un estado de

³¹ Solloa García, Luz María. Op. Cit. Pg. 230

animo disforico. Estos síntomas depresivos son relativamente comunes a lo largo de la vida, pero también pueden formar parte de un trastorno psiquiátrico determinado, aunque no necesariamente de tipo afectivo.

En cuanto al Síndrome depresivo hay un conjunto de signos y síntomas que ocurren juntos regularmente y no están asociados por casualidad. Se acepta de un modo generalizado que la depresión como síndrome consiste en nueve (9) síntomas primarios junto con un estado de ánimo depresivo y la pérdida de interés o placer en casi todas las actividades, por lo menos durante dos semanas. Dichos síntomas no se refieren exclusivamente a cambios afectivos además de incluir trastornos vegetativos, psicomotores, cognitivos y motivacionales.

Con respecto al trastorno depresivo este posee connotaciones todavía más específica que el de síndrome. El uso de depresión para designar un trastorno no solo significa que existe un síndrome depresivo que es hasta cierto punto incapacitante en importantes áreas de la vida, sino que también existe un cuadro clínico característico con un tiempo de duración, una historia característica, una respuesta particular al tratamiento y determinados correlatos familiares, ambientales, biológicos, cognitivos o una combinación de ellos.

La depresión en los adultos es un fenómeno estudiado desde hace varios siglos; sin embargo, la depresión en los niños fue aceptada como una entidad nosológica hace muy poco tiempo (Solloa, 2001)³². En pocos años se paso de negar su existencia, a visualizar la depresión en los niños como un aspecto normal e inherente al desarrollo hasta llegar a conceptualizaciones mas claras acerca de las manifestaciones normales y patológicas de la depresión durante el periodo de desarrollo.

³² Ibid. Pg. 230

5.2 TEORÍAS PSICOLÓGICAS

Las teorías psicológicas de la depresión infantil en la actualidad parten de considerar la depresión infantil como un trastorno similar al de los adultos, por lo que estas teorías se han puesto a prueba, con niños y adolescentes; teorías que originalmente surgieron para explicar la depresión adulta son utilizadas en la explicación de la depresión infantil; a continuación se presentaran algunos modelos que se ajustan a esta investigación.

5.2.1 El Modelo Socioambiental.

Este modelo destaca la importancia del medio en el origen de la depresión infantil. Skinner (1953)³³ conceptualizó la depresión como un proceso de extinción operante, es decir el cese de refuerzo produce la reducción de las conductas previamente reforzadas. En la depresión se constata un exceso de conductas para escapar de, o evitar la estimulación aversiva y un déficit de comportamientos instrumentales para obtener refuerzo positivo³⁴.

Este modelo plantea que estas alteraciones de tipo conductual se deben a:

- a) Repertorios de observación anómalos; en donde el niño infravalora sus aptitudes y sobre estima sus defectos.
- b) Procesos de retroalimentación perniciosos: al no recibir refuerzo se origina un debilitamiento de la conducta, que a su vez disminuye la probabilidad de obtener reforzadores.
- c) Programas de refuerzos inadecuados: si la consecución de un reforzador exige una elevada cantidad de respuestas, la obtención del mismo va seguida de un prolongado periodo de inhibición conductual.

Cambios repentinos en el medio: la pérdida brusca de fuentes de refuerzos y

³³ Skinner referenciado por Mendez, F X; Olivares J. Ros C M. Características clínicas y tratamiento de la depresión en la infancia y adolescencia. En V.E. Caballo y M.A. Simón. Manual de psicología clínica infantil y del adolescente. Madrid. Ed. Pirámide. Pág. 147 (2001)

³⁴ Ibid Pg. 147

estímulos discriminativos relevantes propician la aparición de conductas depresivas.

5.2.2 Modelo de indefensión aprendida.

Este modelo ha sido reformulado por Abramson, Seligman y Teasdale 1978,³⁵ quienes recurren a la teoría de las atribuciones para explicar la génesis de la depresión, estos autores consideran las siguientes atribuciones:

- 1) Atribución interna o externa. Consiste en atribuir los fracasos tanto a variables internas como externas o ambientales.
- 2) Atribución global o específica. El individuo percibirá un fracaso y lo generalizará a otros campos, o por el contrario puede atribuirlo a un hecho en particular.
- 3) Atribución estable o inestable. Cuando se atribuye el fracaso a una variable estable (inteligencia) entonces se considera que la falta de control es permanente; si esta atribución es inestable se considera como pasajera.

Según este modelo el individuo con depresión presenta por un lado expectativas de daño, es decir, espera que ocurra un evento aversivo o que no ocurra un evento deseado y expectativas de incontrolabilidad, espera que ninguna respuesta de su repertorio cambie la probabilidad de un nuevo evento, y por otro lado un estilo atribucional, de modo que atribuye sus fracasos a factores internos, globales y estables y sus éxitos a factores externos específicos e inestables³⁶.

5.2.3 Modelo de autocontrol.

El postulado fundamental de esta teoría es que la depresión se debe a fallas en el proceso de autocontrol (Rehm, 1977, 1991)³⁷. Para este modelo el autor presenta las siguientes fases en donde se evidencia un proceso de autocontrol deficiente en

³⁵ Mendez, F X; Olivares J. Ros C M. Características clínicas y tratamiento de la depresión en la infancia y adolescencia. En V.E. Caballo y M.A. Simón. Manual de psicología clínica infantil y del adolescente. Madrid. Ed. Pirámide. Pág. 151 (2001)

³⁶ Ibid. Pág. 151

³⁷ Ibid, Pg. 154

los niños y jóvenes con depresión.

1) Fases del proceso de autocontrol: *autoobservación*

Los jóvenes cuando observan su propia conducta, sus antecedentes y sus consecuencias tienden a:

- a) atender selectivamente los eventos negativos; prestando menos atención o ignorando los eventos positivos.
- b) atender selectivamente las consecuencias inmediatas; prestando menos atención o ignorando consecuencias demoradas.

El resultado de estos sesgos atencionales es una visión pesimista y negativa de la vida.

2) Fase del proceso de autocontrol: *autoevaluación*

La persona valora su comportamiento comparando la evaluación auto observada con estándares internos y realizan atribuciones opuestas en función del resultado de la autoevaluación en esta etapa suelen:

- a) establecer criterios de valoración poco realistas; en los que tienden a infravalorar sus resultados positivos y a sobreestimar sus resultados negativos
- b) ejecutar atribuciones incorrectas; se considera que los éxitos se deben a causas externas y los fracasos a causas internas.

El resultado de esta autoevaluación inadecuada es una baja autoestima.

3) Fase del proceso de autocontrol: *autoadministración de consecuencias*

Las consecuencias que se proporcionan a si mismas depende de la autoevaluación precedente, estos individuos son proclives a:

- a) reforzarse pocas veces; demostrado en pasividad y falta de iniciativa
- b) castigarse con frecuencia; generando hostilidad hacia si mismo.

Después de haber enunciado estas teorías psicológicas de la depresión infantil, se encausará a explicar y profundizar la teoría cognitiva de la depresión de Beck que

será la base y sustento de esta investigación. También se referenciará a Victoria del Barrio quien comparte los postulados del modelo cognitivo y que con su trayectoria y prestigio investigativo en la depresión infantil ha enriquecido con aportes valiosos la comprensión de este fenómeno.

5.2.4 Modelo Cognitivo.

El modelo Cognitiva está basado en el postulado: las emociones y conductas de las personas están influidas por su percepción de los eventos. No es una situación en y por sí misma la que determina lo que una persona siente, sino más bien la forma en que ella interpreta la situación (Ellis, 1962; Beck, 1964)³⁸. Por lo tanto la forma en que se sienten las personas está asociada a la forma en que interpretan y piensan sobre una situación. La situación por sí misma no determina directamente cómo se sienten; su respuesta emocional está mediada por su percepción de la situación.” (Beck, J., 1995, Cognitive Therapy: Basics and Beyond, pág. 14).³⁹

5.2.4.1 Supuestos Básicos de la Teoría Cognitiva.

- (1) Las personas no son simples receptores de los estímulos ambientales, sino que construyen activamente su "realidad".
- (2) La cognición es mediadora entre los estímulos y las respuestas (cognitivas, emotivas o conductuales).
- (3) Las personas pueden acceder a sus contenidos cognitivos.
- (4) La modificación del procesamiento cognitivo de la información (sistemas de atribución, creencias, esquemas, etc.) es central en el proceso de cambio.

³⁸ *Ibíd.* pg. 153

³⁹ Camerini, J. O. Aarón T. Beck. Terapia Cognitiva. URL: [http:// www.catrec.org/BECK.HTM](http://www.catrec.org/BECK.HTM). 2002

5.2.4.2 El Sistema Cognitivo.

Siendo "S" el estímulo o situación, "P" el sistema y procesamiento cognitivo (pensamientos) y "R" la respuesta o reacción. el modelo se representa por la relación:

S → **P** → **R**

Las reacciones pueden ser: emotivas, conductuales o fisiológicas. Los pensamientos automáticos son los pensamientos evaluativos, rápidos y breves que no suelen ser el resultado de una deliberación o razonamiento, sino más bien parece brotar automáticamente. Estos pensamientos pueden tener forma verbal ("lo que me estoy diciendo a mí mismo") y/o visual (imágenes). Los pensamientos automáticos surgen de las creencias. Estas creencias son ideas que son tomadas por la persona como verdades absolutas.⁴⁰

Las creencias más centrales o creencias nucleares son interpretaciones tan fundamentales y profundas que las personas frecuentemente no las expresan ni aún a sí mismas, no tienen clara conciencia de ellas. Estas creencias nucleares desarrolladas desde la infancia consisten en definiciones, evaluaciones o interpretaciones de sí mismos, de las otras personas y de su mundo.

Las creencias nucleares representan el nivel más profundo, fundamental, rígido y global de interpretación, que influye en los otros niveles. Los pensamientos automáticos o palabras e imágenes que están en nuestra mente son relativos a las situaciones y representan el nivel más superficial de cogniciones. Entre ambos niveles están las denominadas creencias intermedias, influidas por las nucleares (e influyentes sobre los pensamientos automáticos). Las creencias intermedias están constituidas por: reglas (normas), actitudes y supuestos.

⁴⁰ Ibíd.

Aunque Beck no creó una teoría específica sobre el estudio de la depresión en la infancia, afirma que ésta es similar a la del adulto y propone tomar este modelo para el estudio de la depresión en la infancia (Kovac y Beck 1977)⁴¹

Para Beck las interpretaciones de una situación que realizan los sujetos, depende de los estilos y esquemas de pensamiento que se han determinado por experiencias personales de la infancia. El individuo desarrolla una depresión debido a que en su infancia vivió experiencias negativas que generaron pautas de pensamiento irracionales o esquemas cognitivos inadecuados.

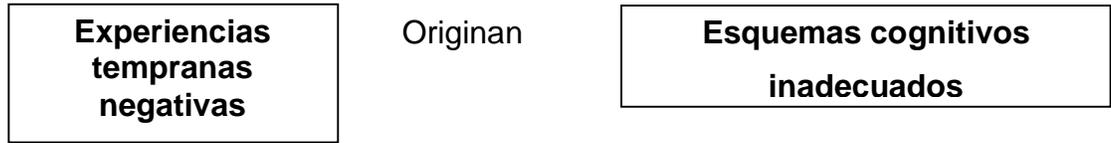
Posteriormente estos esquemas se activan en circunstancias similares y aparece la tríada cognitiva de la depresión o visión negativa de uno mismo, del mundo y del futuro que causa los síntomas de la depresión: afectivos (disforia ansiedad, etc.), motivacionales (poca fuerza de voluntad, deseos de escape, evitación, etc.), cognitivos (indecisión, problemas de atención y memoria, etc.), motores (pasividad, dificultades en las relaciones sociales, etc.), fisiológicos (insomnio, pérdida del apetito, etc.)⁴². Ver Esquema 1.

⁴¹ Ibid

⁴² Mendez, F X; Olivares J. Ros C M. Op. Cit. Pág. 151

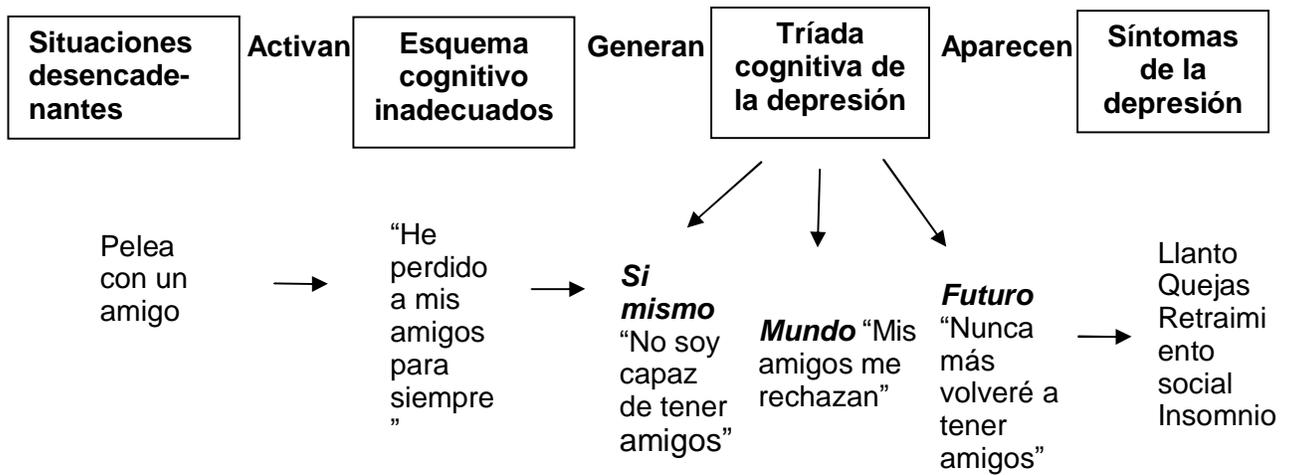
Esquema 1. Modelo Cognitivo de la Depresión⁴³

EN EL PASADO



Muerte del padre → Pérdida irreversible

EN EL PRESENTE



⁴³ Ibid. Pág. 154

5.2.4.3 Concepto de Tríada Cognitiva⁴⁴.

La tríada cognitiva consiste en tres patrones cognitivos principales que inducen al paciente a considerarse a si mismo, su futuro y sus experiencias de un modo idiosincrático. El primer componente de la tríada se centra en la visión negativa del paciente acerca de si mismo. El paciente se ve desgraciado, torpe, enfermo, con poca valía. Tiende a atribuir sus experiencias desagradables aun defecto suyo de tipo psíquico, moral o físico.

El segundo componente de la tríada cognitiva se centra en la tendencia del depresivo a interpretar sus experiencias de una manera negativa. Le parece que el mundo le hace demandas exageradas y o le presenta obstáculos insuperables para alcanzar sus objetivos. Interpreta sus interacciones con el entorno animado o inanimado, en términos de relaciones de derrota o frustración.

El tercer componente de la tríada cognitiva se centra en la visión negativa acerca del futuro. Cuando la persona depresiva hace proyectos de gran alcance, esta anticipando que sus dificultades o sufrimientos actuales continuaran indefinidamente. Espera penas frustraciones y privaciones indeterminables.

Los síntomas motivacionales (por ejemplo, poca fuerza de voluntad, deseos de escape y evitación) también puede explicarse como consecuencias de las cogniciones negativas.

En la depresión tanto infantil como adulta se cometen errores lógicos en el procesamiento de la información, Méndez; Olivares, (2001) estos errores son:

⁴⁴ Beck, A.T et al.. Terapia Cognitiva de la Depresión. Biblioteca de Psicología. Ed. Desclee de Brouwer. S.A. 1983. Pg. 19

1. *INTERFERENCIA ARBITRARIA*. Extracción de conclusiones sin información suficiente o con datos encontrados. Un caso que ejemplifica este caso es cuando un niño ve que varios compañeros hablan y sonrían y piensa que se ríen de él.

2. *ALTERACIÓN SELECTIVA*. Focalización de la atención en detalles fuera de contexto, al mismo tiempo que se ignoran aspectos relevantes de la situación.

3. *SOBREGENERALIZACIÓN*. Elaboración de conclusiones generales a partir de hechos particulares o extrapolación de las conclusiones a situaciones sin relación alguna.

4. *MAGNIFICACIÓN Y MINIMIZACIÓN*. Errores opuestos que consisten respectivamente en sobre estimar las habilidades o las fallas e infravalorar las propias habilidades o los éxitos.

5. *PERSONALIZACIÓN*. Asunción de responsabilidad de los eventos negativos externos sin base objetiva para dicha atribución.

6. *PENSAMIENTO DICOTÓMICO*. Categorización de la experiencia en categorías opuestas situándose al niño en polo negativo. Esta pauta absolutista se denomina también pensamiento de todo o nada; ejemplo mi comportamiento es ejemplar o soy un desastre.

Otro autor quien en la actualidad ha profundizado más específicamente en las características de la depresión infantil, sin alejarse del modelo cognitivo es Victoria del Barrio, en sus largos años de investigación en el tema ha llegado a proponer aspectos que se ponen en evidencia a continuación.

En cuanto a la definición de la depresión infantil Victoria del Barrio propone lo siguiente: “la depresión tanto adulta como infantil es un trastorno emocional que se caracteriza por ciertas vivencias subjetivas y ciertas conductas observables. En el lado subjetivo se destaca fundamentalmente los sentimientos de tristeza y

desgana que son los discriminantes básicos de los sujetos que padecen una depresión; en el plano del comportamiento se aprecian conductas de apatía, trastornos somáticos y cansancio que impide a los sujetos que la padecen no solo el disfrute de la vida sino en los casos más graves el desempeño de tareas habituales mas elementales e incluso el deseo de seguir vivo”⁴⁵. Para hacer alusión a los deseos de seguir viviendo esta misma autora afirma que uno de los factores de riesgo más habituales de las conductas suicidas es la depresión.

Del Barrio propone que los síntomas característicos de los niños que presentan la depresión infantil son los siguientes⁴⁶:

§ Aburrimiento	§ Problemas de conducta
§ Soledad	§ Abuso de drogas
§ Retraimiento	§ Precocidad excesiva en relaciones sexuales
§ Inexpresividad	§ Problemas de memorización
§ Desesperanza	§ Dolores
§ Rebeldía	§ Enuresis
§ Oposición o desobediencia	§ Ansiedad
§ Protestas	§ Problemas de rendimiento escolar
§ Riñas	
§ Rabietas	

Por otra parte las características sociodemográficas de la depresión infantil, varían de acuerdo a las diferencias culturales pero se ha encontrado que la frecuencia varía según el sexo. Las niñas sobre todo a partir de los 12 años tienden a presentar sintomatología depresiva más frecuente que el sexo masculino (del Barrio 1997), la proporción se suele establecer en tres niñas por cada niño. Lo anterior hace pensar que la depresión sigue una línea evolutiva y que se

⁴⁵ Del Barrio, V. Op. Cit. Pág. 17-18.

⁴⁶ *Ibíd.* Pg. 19

incrementa a medida que aumenta la edad.

Entre los factores de riesgo más representativos y que han sido avalados por los expertos son⁴⁷:

§ Anomalías neurofisiológicas heredadas	§ Excesiva necesidad de reforzamiento
§ Enfermedad	§ Baja autoestima
§ Problemas físicos	§ Estilo de control inadecuado
§ Historia de depresión familiar	§ Deficiencia de habilidades sociales
§ Alcoholismo paterno	§ Dependencia
§ Psicopatología materna	§ Incompetencia
§ Problemas prenatales	§ Indefensión
§ Malas relaciones familiares	§ Desesperanza
§ Rechazo familiar	§ Ansiedad
§ Abuso infantil	§ Fracazos repetidos
§ Separación precoz	§ Acontecimientos vitales negativos
§ Apoyo social deficiente	§ Muerte de personas allegadas
§ Episodio depresivo previo	§ Problemas escolares
§ Atribuciones negativas	§ Respuesta al estrés
§ Inadecuado estilo de afrontamiento	

De acuerdo a esta revisión bibliográfica podemos encontrar diversas teorías que sustentan y explican la depresión infantil, hallándose actualmente la aceptación del trastorno como una entidad con características similares a la del adulto. Por este hecho hemos adoptado el modelo explicativo de la depresión de Aarón Beck (1977) quien define la depresión como es “*un desorden del pensamiento que afecta el comportamiento y sus manifestaciones afectivas resultan de*

⁴⁷ Ibíd. Pg. 36- 37

*la activación de patrones cognitivos*⁴⁸, para guiar y analizar los resultados de esta investigación.

También cabe destacar el valor preponderante que se le asigna a los factores de riesgo en la adquisición de la depresión infantil, eventos latentes en la vida de todo individuo, que pueden desencadenar un trastorno del estado del ánimo en cualquier etapa de la vida, incluso en la infancia; los factores de riesgo de la depresión infantil están representados en eventos del medio familiar, social, psicológico y cultural.

⁴⁸ Digdon, N; Gotlib, I.H. Depression in Childhood and Adolescence. In Anual Progress in Child Psychiatry and Development. Edited by Stella Ches M.D and Alexander Thomas M.D. 1986

6. DISEÑO METODOLÓGICO

6.1 ENFOQUE

La presente investigación se enmarco dentro del enfoque cuantitativo porque pretende medir, describir, explicar y predecir los fenómenos. Desde lo cuantitativo se utiliza la recolección y análisis de datos para contestar preguntas de investigación y probar hipótesis previamente, confiando en la medición numérica, el conteo y frecuentemente el uso de la estadística para establecer con exactitud patrones de comportamiento en una población.⁴⁹

6.2 TIPO DE DISEÑO

El presente estudio es de tipo exploratorio - descriptivo de corte transversal; exploratorio porque su objetivo es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado o que no ha sido abordado antes.⁵⁰ De igual forma es descriptivo porque busca especificar las propiedades y características importantes de los individuos, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis (Dankhe, 1986)⁵¹. En este sentido la investigación identifico la prevalencia de los síntomas de la depresión infantil, las características sociodemográficas y familiares de los niños que presenten síntomas depresivos, tema que aun no ha sido estudiado en la región. La prevalencia se entiende como el número de casos de una enfermedad o cualquier otro suceso ocurrido en una población determinada, sin distinción alguna de casos viejos o nuevos⁵², y su formula se representa:

⁴⁹ Hernández S. R; Fernández C; Batista L .P. Metodología de la Investigación. Mc Graw Hill. 2003.

⁵⁰ *Ibid.*

⁵¹ *Ibid.*

⁵² Hurtado, G. H. Bioestadística Descriptiva: un enfoque práctico. Universidad del Valle, Ministerio de Salud. 1996. Pg 187

$$P = \frac{\text{\# de casos encontrados}}{\text{Total de la población expuesta}} \times 100$$

6.3 ETAPAS DEL DISEÑO.

La investigación se llevo a cabo en cinco (5) fases:

Fase 1: Elaboración del Proyecto

La investigación nace de la necesidad de identificar cuantos niños y niñas de la ciudad de Neiva presentan síntomas de depresión y a su vez caracterizar la población que presente este fenómeno en un escenario en donde aun no se han realizado estudios.

Al plantearnos el problema de investigación se prosiguió con la revisión de la literatura para detectar, extraer y recopilar información relevante con el objetivo de obtener bases teóricas que permitieran ampliar los conocimientos y brindar una base sobre la cual analizar la información y contribuir con nuevos conocimientos propios de las características de la población estudio.

La investigación se enmarco dentro de un enfoque cuantitativo, con un diseño metodológico exploratorio-descriptivo que permitió cumplir con los objetivos propuestos. Para la selección de la muestra se empleo un muestreo aleatorio por conglomerados con distribución proporcional, a dicha muestra se le aplico el inventario de depresión infantil (CDI, kovacs y Beck.1992) que mide sintomatología depresiva y un cuestionario de caracterización sociodemográfica y familiar.

Fase 2: Acercamiento a la población

Como primera medida se hizo contacto y presentación del proyecto de investigación con los rectores de las instituciones educativas del sector publico y

privado que fueron elegidos para hacer parte de la muestra, donde se exploró los objetivos, la justificación y la metodología que se emplearía para la ejecución del proyecto con el fin de obtener la máxima colaboración en la recolección de la información.

Fase 3: Proceso de Recolección de la Información

La información se obtuvo de los niños y niñas de las sedes educativas elegidas aleatoriamente, a quienes se les aplicó el instrumento para la sintomatología de la depresión: el inventario de depresión infantil CDI de Kovacs y Beck, 1992. La puntuación máxima del CDI es de 54 puntos, con un punto de corte de 19.

Posteriormente los niños que obtuvieron una puntuación superior o igual al punto de corte se sometieron al cuestionario de caracterización sociodemográfica y familiar.

Las fechas establecidas para la recolección de la información fueron:

ACTIVIDAD	FECHA
Aplicación Prueba Piloto	Julio de 2005
Aplicación CDI	Septiembre – Noviembre de 2005
Aplicación de la encuesta de Características sociodemográficas Y familiares	Febrero - Mayo de 2006

Fase 4: Análisis de Resultados

El análisis de la primera fase (Prevalencia) se llevó a cabo durante los meses de Diciembre de 2005 a Enero de 2006; el análisis de la información recolectada por medio de las encuestas sociodemográficas se realizó en Junio de 2006. Los datos obtenidos fueron organizados y analizados mediante el programa Microsoft Excel y la estadística descriptiva.

Fase 5: Divulgación de los Resultados

Luego de obtener los resultados del estudio se les presentara un informe por escrito a las instituciones que participaron en la investigación

6.4. POBLACIÓN

La población la constituyeron los niños y niñas escolarizados de la ciudad de Neiva, Huila.

6.4.1. Universo.

El universo lo constituyeron los niños y niñas escolarizados de básica primaria con edades entre los ocho (8) y once (11), de instituciones educativas oficiales y no oficiales de la zona urbana de la ciudad de Neiva, Huila.

6.4.2. Muestra.

Se realizó un muestreo probabilístico por conglomerados con una confiabilidad del 95% para un error máximo admitido del 5%; las unidades muestrales la constituyeron los grados escolares de cada colegio del sector oficial y privado, así la muestra la conformaron 85 grupos muestrales distribuidos aleatoriamente, de 69 centros educativos de la ciudad de Neiva.

FORMULA

$$n = \frac{N * Z^2 * PQ}{(n - 1) * e^2 + Z^2 * PQ}$$

n = tamaño de la muestra. (85 grupos)

P = proporción de la muestra (0.5)

Q = complemento de P (0.5)

Z = Nivel de confianza (95%)

PQ = Varianza poblacional (0.25)

e = error máximo admitido. (5%)

Tabla 1. Distribución de los Grupos Muestrales según formula

Sector	Centros Educativos	Grupos Muestrales Por Grado Escolar					Total Grupos Muestrales
		1°	2°	3°	4°	5°	
Oficial	31	4	7	7	10	11	39
Privado	39	12	6	14	8	6	46
Total	70	16	13	21	18	17	85

** La base de datos del total de centros educativos y grados escolares del 2005, se obtuvo a través de la Secretaria de Educación Municipal de Neiva.*

Ya seleccionados los grupos muestrales (Tabla 1) se hizo la visita a las instituciones seleccionadas, donde se presento el proyecto y se solicito autorización a los rectores de los centros educativos (ver anexo C), al tener acceso a los grupos se hizo la selección de los niños y niñas participantes en el estudio de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión. Seguido a esto se llevo a cabo el protocolo de aplicación del inventario de depresión infantil CDI.

Tabla 2. Distribución de los Grupos Muestrales Participantes en la Investigación

Sector	Centros Educativos	Grupos Muestrales Por Grado Escolar					Total Grupos Muestrales
		1°	2°	3°	4°	5°	
Oficial	27	1	6	6	10	10	33
Privado	27	1	5	11	7	6	30
Total	54	2	11	17	17	16	63

La disminución de grupos muestrales en el grado primero se debe a que los niños de 12 grupos no contaban con la edad requerida para hacer parte del estudio, y los otros dos grupos no aceptaron hacer parte de la investigación, finalmente se trabajó con 63 grupos muestrales de 54 colegios como lo indica la Tabla 2 para un total de 1832 sujetos que cumplieron con los criterios de inclusión para desarrollar la investigación.

6.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Inclusión

- R Niños y niñas
- R Entre ocho (8) y once (11) años de edad
- R Estudiantes de básica primaria
- R Matriculados en instituciones educativas públicas y privadas
- R Zona urbana de la ciudad de Neiva
- R Nivel básico de lecto- escritura

Exclusión

- Q Reporte de retardo mental o dificultades cognitivas.
- Q Reporte de alteración psicológica.

6.6 INSTRUMENTOS

INVENTARIO DE DEPRESIÓN INFANTIL (CDI; KOVACS) VERSIÓN ADAPTADA A POBLACIÓN ESPAÑOLA POR VICTORIA DEL BARRIO 1999.

Es un instrumento para medir sintomatología depresiva en niños y adolescentes, la puntuación máxima del CDI es de 54 puntos con un punto de corte de 19; las normas de corrección comienzan con la ponderación de cada ítem con 0-1-2 en función del grado de depresión que indique la respuesta del niño, de esta manera '0' indica "normalidad" en la respuesta, '1' implica una "cierta intensidad" y '2' la "presencia" de un síntoma depresivo.

Examinadas las propiedades psicométricas se comprueba la adecuación de su consistencia interna, fiabilidad test - retest y su validez concurrente y convergente. El análisis factorial muestra una proximidad con la estructura factorial hallada por Kovacs (1992) y los resultados son coincidentes con los obtenidos por otros investigadores en este tema.⁵³ (Ver anexo E)

CUESTIONARIO DE CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y FAMILIARES.

Se construyó un cuestionario con dos variables (características sociodemográfica y familiares) estas variables y sus dimensiones tienen el objetivo de identificar las características sociodemográficas y familiares de los niños y niñas con sintomatología depresiva. (Ver anexo F)

Este cuestionario se construyó con base en la revisión bibliográfica de los factores de riesgo de la depresión infantil; se sometió a una prueba piloto y una revisión por expertos para garantizar la validez del instrumento.

⁵³ Del Barrio, V.; Moreno Rosset, C y Lopez Martinez, R. El Children's Depression Inventory, (CDI; Kovacs, 1992). Su aplicación en población Española. Revista Clínica Y Salud. Vol. 10 No. 3. 1999

6.7 VARIABLES DEL ESTUDIO

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADORES	ESCALA
DEPRESIÓN INFANTIL	Desorden del pensamiento que afecta el comportamiento y sus manifestaciones resultan de la activación de patrones cognitivos	HUMOR NEGATIVO	Incapacidad de reflejar alegría por eventos que normalmente son placenteros	<ul style="list-style-type: none"> • Nunca me saldrá nada bien • Soy malo siempre • Me odio • Todas las cosas malas son culpa mía • Tengo ganas de llorar todos los días • No puedo decidirme • Todas las noches me cuesta dormirme • La mayoría de los días no tengo ganas de comer • Nunca me divierto en el colegio • Nadie me quiere 	Nominal
		INEFICACIA	Sentimientos de falta de efectividad en actividades que cotidianamente se realizan.	<ul style="list-style-type: none"> • Estoy triste siempre • Quiero matarme • No quiero estar con la gente • Me siento solo siempre • No tengo amigos • Me peleo siempre 	Nominal

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADORES	ESCALA
		BAJA AUTOESTIMA	Infravaloración que tiene el sujeto de si mismo	<ul style="list-style-type: none"> • Todo lo hago mal • Siempre me cuesta ponerme hacer los deberes • Llevo muy mal las asignaturas que antes llevaba bien • Nunca podré ser tan bueno como otros niños • Nunca hago lo que me dicen 	Nominal
		RETRAIMIENTO SOCIAL	Dificultad de una persona para establecer relaciones sociales o intensificar los contactos interpersonales	<ul style="list-style-type: none"> • Estoy segura que me pueden ocurrir cosas malas • Siempre me preocupa el dolor y la enfermedad 	
		PESIMISMO	Ausencia del disfrute de actividades cotidianas placenteras	<ul style="list-style-type: none"> • Nada me divierte • Las cosas me preocupan siempre • Soy feo/a • Estoy cansado/a siempre 	Nominal

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADORES	ESCALA
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRAFICAS	Conjunto de atributos o características de la población humana relacionadas con el nivel socioeconómico, condiciones orgánicas y territoriales enmarcadas en tiempo y espacio	EDAD	Lapso de tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el instante o periodo que se estima de la existencia de una persona	<ul style="list-style-type: none"> • 8 años • 9 años • 10 años • 11 años 	Ordinal I
		GENERO	Diferencias físicas y constitutivas del hombre y la mujer	<ul style="list-style-type: none"> • Femenino • Masculino 	Nominal
		NIVEL EDUCATIVO	Comprende la educación formal, que se imparte dentro de los periodos lectivos y conduce a logros académicos	<ul style="list-style-type: none"> • Primero • Segundo • Tercero • Cuarto • Quinto 	Ordinal I
		ESTRATO SOCIOECONOMICO	Valoración cuantitativa y objetiva de la manera de vivir, medida de una persona y / o familia de un determinado país	<ul style="list-style-type: none"> • 1 • 2 • 3 • 4 • 5 • 6 	Ordinal
		INGRESOS ECONOMICOS	Ingresos económicos mensuales recibidos por la familia	<ul style="list-style-type: none"> • Menos del mínimo • Entre 1 y 2 sueldos mínimo • Más de 3 sueldos mínimos 	Ordinal I

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADORES	ESCALA
CARACTERÍSTICAS FAMILIARES	Características del ambiente familiar en el que se desenvuelve el individuo	CON QUIEN VIVE EL NIÑO	Persona o personas que cohabitan y son responsables del menor	<ul style="list-style-type: none"> • Madre • Padre • Madre y padre • Abuelos • Otro 	Nominal
		NUMERO DE PERSONAS QUE VIVEN EN LA CASA	Numero de personas que cohabitan en el hogar	Numero de personas que habitan en la casa	Intervalo
		OFICIO QUE DESEMPEÑAN LOS PADRES	Oficio u profesión ejercida por los padres	<ul style="list-style-type: none"> • Profesional • Comerciante • Obrero • Vendedor ambulante • Mecánico • Militar • Hogar • Desempleado • Otro 	Nominal
		RELACIONES INTRAFAMILIARES	Vínculos afectivos establecidos al interior de la familia	<ul style="list-style-type: none"> • Afectivas • Cordiales • Distantes • Conflictivas 	Nominal
		TIPO DE UNIÓN DE LOS PADRES	Estado civil de los padres del niño	<ul style="list-style-type: none"> • Casados • Unión libre • Divorciado • Soltero /a • Viudo /a 	Nominal
		TIPO DE FAMILIA	Grupo social básico creado por vínculos de parentesco que conviven bajo el mismo techo	<ul style="list-style-type: none"> • Nuclear • Extensa • Maternal • Paternal 	Nominal
		TIPO DE CONFLICTO	Principales conflictos que se presentan en el hogar	<ul style="list-style-type: none"> • Económico • Laboral • De pareja • Familiar • Otro 	Nominal
		CONVIVENCIA	Forma de percibir el entorno familiar	<ul style="list-style-type: none"> • Buena • Regular • Mala 	Nominal

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADORES	ESCALA
		QUIEN EJERCE AUTORIDAD	Persona o personas que ejercen autoridad sobre el menor	<ul style="list-style-type: none"> • Madre • Padre • Padrastro • Madrastra • Abuelos • Hijos • Otro 	Nominal
		CASTIGO	Formas en que es castigo el menor	<ul style="list-style-type: none"> • Físico • Verbal • Físico – verbal • Otro 	Nominal
		CONFORMIDAD CON LA VIVIENDA	Satisfacción del menor con el lugar donde vive	<ul style="list-style-type: none"> • ¿ A su hijo le gusta la casa donde viven? • ¿ A su hijo le gusta el barrio donde viven? 	Nominal
		EVENTOS PRETURBADORES	Suceso que se asocia como desencadenante de síntomas de depresión	<ul style="list-style-type: none"> • Problemas con el profesor • Castigo de los padres • Muerte de los padres • Muerte de un familiar • Accidentes • Relaciones violentas de los padres • Crisis económicas • Alcoholismo de los padres • Abandono • Violación • Maltrato • Otro 	Nominal

7. ASPECTOS ÉTICOS

Se trata de una investigación de riesgo mínimo, según resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud.

Es una investigación de carácter exploratorio - descriptivo que emplea cuestionarios para la recolección de información y por tanto no existe ninguno de los riesgos que implica la manipulación experimental.

La muestra fue seleccionada aleatoriamente de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión. Las muestras tomadas y los resultados a que ellas dieron lugar permanecieron totalmente en el anonimato y por ninguna razón ni medio, fueron divulgados los nombres de quienes fueron tomadas.

Las posibles molestias que se presentaron en algunos casos, fueron manifiestamente compensadas por el profesionalismo de los investigadores.

Ningún procedimiento fue iniciado sin el previo consentimiento voluntario del menor y de quien le represente una vez leído, aceptado y firmado el formato único reglamentario, el cual informa sobre la importancia y finalidad del estudio sobre la confidencialidad de la información y sus posibles usos.

La base de datos digitada permaneció en las oficinas del grupo Dneuropsy, esta tuvo uso restrictivo en diferentes niveles teniendo la responsabilidad de las claves los investigadores. Si se solicita información de un menor, únicamente se le suministrara al representante legal de este.

8. RESULTADOS

DESCRIPCION DE LA MUESTRA:

Tabla 3. Medidas de Tendencia de la aplicación del Instrumento en el total de la Muestra

MUESTRA	MEDIA	DESVIACION ESTANDAR
1832	12,86	6,49

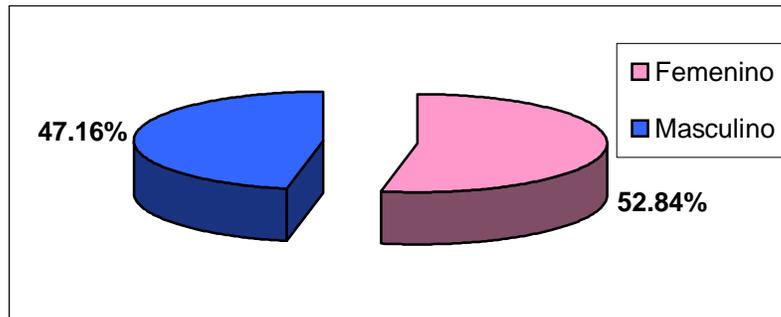
Después de aplicado el instrumento a los 63 grupos muestrales que participaron en la investigación se obtuvo un total de 1832 niños y niñas de 54 centros educativos públicos y privados de la ciudad de Neiva.

Tabla 4. Distribución de la muestra por género

N= 1832

GENERO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Masculino	864	47.16%
Femenino	968	52.84%
TOTAL	1832	100%

Grafico 1. Distribución de la muestra por Genero



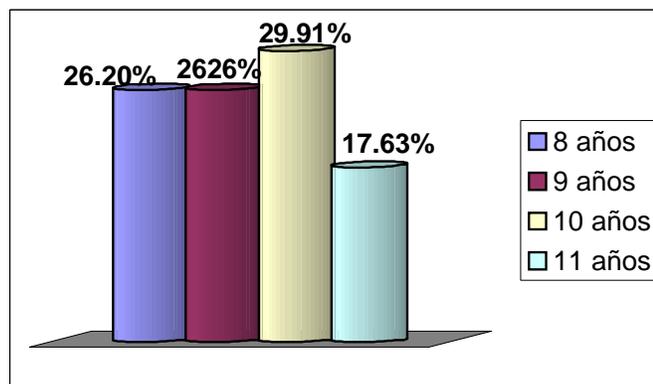
Del total de la muestra (1832 niños y niñas), se encontró que el genero femenino se encuentra representado con un 52.84% y en un menor grado el genero masculino con un 47.16% , sin observarse amplias diferencias entre géneros .

Tabla 5. Distribución de la Muestra Por Edad.

N= 1832

EDADES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
8 años	480	26.20%
9 años	481	26.26%
10 años	548	29.91%
11 años	323	17.63%
Total	1832	100%

Grafico 2. Distribución de la Muestra por Edad



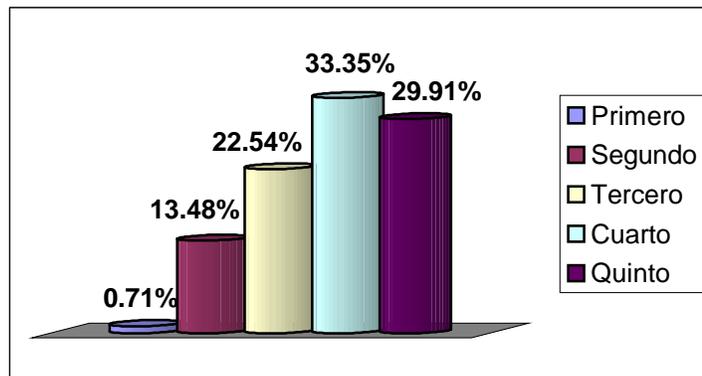
La distribución de la muestra por edades indica una distribución porcentual para los 8 años del 26.20% y los 9 años con un 26.26%, lo que revela que el total de la muestra esta constituido en un 52.46% por niños entre 8 y 9 años respectivamente. De igual forma los niños de 10 años se encuentran representados con un 29.91% del total de la muestra, cifra sin amplias diferencias para cada una de las edades anteriores (8 y 9 años). Donde se observa un menor porcentaje es en el grupo de 11 años (17.63%) , ello se debe a que por lo general en nuestro medio los niños con edades cronológicas menores están ingresando mas pronto a grados superiores, en este caso el bachillerato; aspecto que explica por que disminuyen los niños de mayor edad en básica primaria.

Tabla 6. Distribución de la Muestra por Grado Escolar.

N= 1832.

GRADO ESCOLAR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Primero	13	0.71%
Segundo	247	13.48%
Tercero	413	22.54%
Cuarto	611	33.35%
Quinto	548	29.91%
Total	1832	100%

Grafico 3. Distribución de la muestra por Grado Escolar



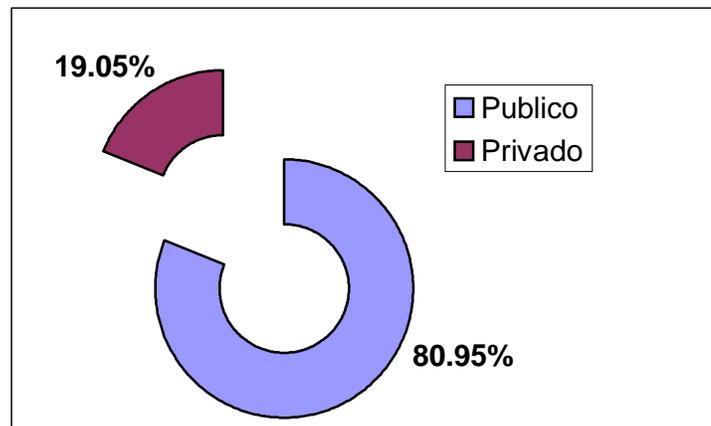
En la distribución por grado escolar se observan más niños en grado cuarto (33.35%) y quinto (29.91%) a partir de esto se percibe una disminución a medida que se desciende en grado escolar, tercero con un (22.54%), segundo con un (13.48%) y se reduce significativamente en el grado primero (0.71%); esta reducción en la población de primero se debe a que la gran mayoría de los niños y niñas de los grupos muestrales no cumplían con el criterio de inclusión de edad (entre 8 y 11 años). Este hecho se presenta por que los niños inician la formación escolar de básica primaria con edad inferior a los ocho años.

Tabla 7. Distribución de la Muestra por Sector.

N= 1832

SECTOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Publico	1483	80.95%
Privado	349	19.05%
Total	1832	100%

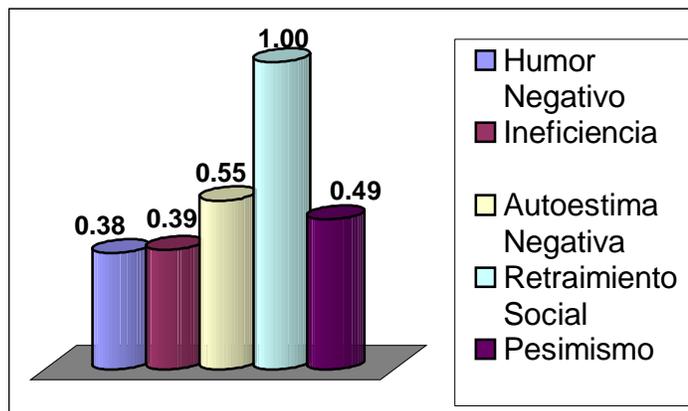
Grafico 4. Distribución de la muestra por Sector



El 80.95% de la población objeto de estudio corresponde al sector de la educación pública u oficial y el restante 19.05% al sector privado. Se observa

una diferencia proporcional entre estos dos sectores; diferencia que se explica por la mayor cantidad de estudiantes matriculados en las instituciones del sector público y una menor población en las instituciones privadas. Debido a que las unidades muestrales para este estudio las constituyeron los grados escolares de las instituciones de ambos sectores; en el momento de recoger la información se encontró que son más el número de estudiantes por grupo de las instituciones públicas, que las privadas, esto hizo que la muestra presentara estas características.

Gráfico 5. Distribución de la muestra por Factores



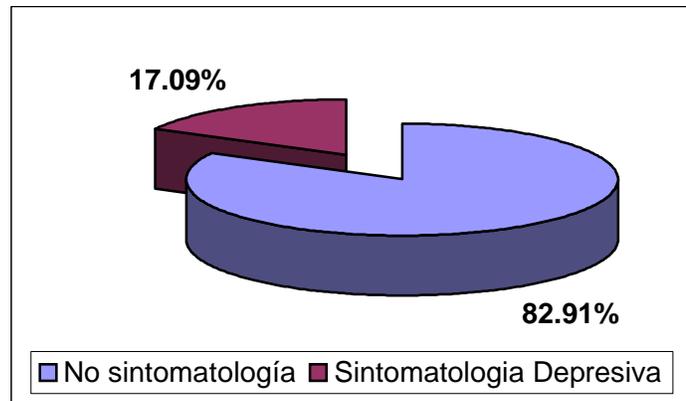
0 = normalidad. 1 = cierta intensidad. 2 = presencia inequívoca

teniendo en cuenta que cada factor del CDI contiene diferente número de ítem se procedió a realizar un promedio ponderado de cada factor donde según el instrumento 0 indica normalidad, 1 cierta intensidad y 2 presencia inequívoca de síntomas. De acuerdo a estos valores, solo se tiene en cuenta los factores que en la ponderación sean igual o superior a uno (1).

La distribución de la muestra por factores CDI indica que la única escala que pasa el valor de uno (1) es el *retraimiento social*, característica principal de la población escolarizada entre los 8 y 11 años de edad de la ciudad de Neiva, aspecto que hace parte de la identidad y de la cultura del huilense.

8.1 PRIMERA FASE: Prevalencia de la Sintomatología Depresiva

Grafico 6. Prevalencia de la Sintomatología Depresiva



Descripción y Prevalencia de la Sintomatología Depresiva

Aplicado el inventario de depresión infantil (CDI, Kovacs 1992) a los 1832 niños y niñas de los 63 grupos muestrales, y utilizando como punto de corte 19, se encontró una prevalencia de sintomatología depresiva del **17.09%** equivalente a 313 niños y niñas escolarizados de básica primaria con edades entre los ocho y once años de la ciudad de Neiva, con una media aritmética de 23,78 y una desviación estándar de 4,73. Al proyectar esta prevalencia a la población estudio se puede decir que potencialmente 5.856 niños entre los 8 y 11 años presentan síntomas significativos de depresión.

Grafico 7. Distribución de la Sintomatología Depresiva por Género

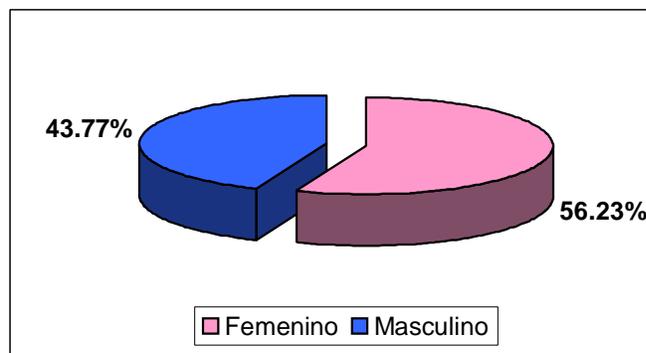


Tabla 8. Chi Cuadrado para Genero

Genero	Depresión	No depresión	Total	Frecuencia observada O_i	Frecuencia esperadas E_i	$O_i - E_i$	$(O_i - E_i - 0.5)$	$(O_i - E_i - 0.5)^2$	$(O_i - E_i - 0.5)^2 / E_i$
Femenino	176	792	968	176	165	11	10.5	110.3	0.7
Masculino	137	727	864	137	148	-11	-10.5	110.3	0.7
Total	313	1519	1832	792	803	-74	-73.5	5.4	0.0
				727	716	11	10.5	110.3	0.2
				1832	1832	0	0	-----	1.6

$V = 1$

$X^2 = 1.6$

$\alpha = 0.05$

Diferencia no Significativa

Tabla 9. Prevalencia de la Sintomatología por Género.

N= 1832

GENERO	N Casos Encontrados	Población Expuesta	Prevalencia x 100
Masculino	137	864	15.86%
Femenino	176	968	18.18%
Total	313	1832	-----

Para esta población se encontró que la sintomatología de depresión infantil se presenta en niñas en un 56.23% y en niños en un 43.77%, pero sin diferencias significativas. (Demostrado mediante prueba Chi Cuadrado). Es decir que la depresión infantil en esta población no es exclusiva de un género si no que por el

contrario se presente en igual proporción en niños y niñas.

La Prevalencia por genero muestra que de cada 100 niños 16 presentan sintomatología depresiva, y por cada 100 niñas 18 presentan síntomas de depresión.

Grafico 8. Distribución de la Sintomatología Depresiva por Edad

N= 313

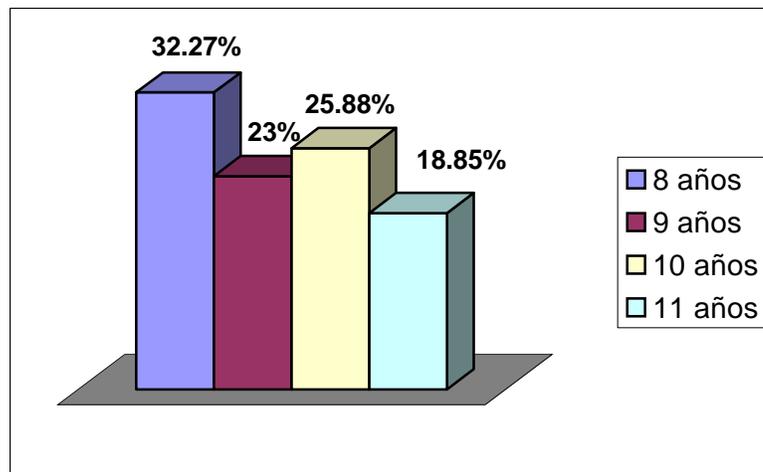


Tabla 10. Chi Cuadrado para Edad

Edad	Depresión	NO Depresión	Total	Frecuencia observada O_i	Frecuencia esperadas E_i	$O_i - E_i$	$(O_i - E_i)^2$	$(O_i - E_i)^2 / E_i$
8 años	101	379	480	101	82	19	361	4.4
9 años	72	409	481	72	82.2	-10.2	104	1.3
10 años	81	467	548	81	93.6	-12.6	158.8	1.7
11 años	59	264	323	59	55.2	3.8	14.4	0.3
Total	313	1519	1832	379	398	-19	361	0.9
				409	398.8	10.2	104	0.3
				467	454.4	12.6	158.8	0.3
				264	267.8	-3.8	14.4	0.1
				1832	1832	0	-----	9.3

$$V = 1$$

$$\chi^2 = 9.3$$

$$\alpha = 0.05$$

Diferencia Significativa

Tabla 11. Prevalencia de la Sintomatología Depresiva por Edad

N= 1832

EDAD	N Casos Encontrados	Población Expuesta	Prevalencia x 100
8 años	101	480	21.04%
9 años	72	481	14.97%
10 años	81	548	14.78%
11 años	59	323	18.27%
Total	313	1832	-----

La distribución de los niños y niñas con sintomatología depresiva (N= 313) por edad corresponde a un 32.27% a niños de 8 años , seguido de los niños de 10 años con un 25.88%, igualmente los de 9 años con un 23% y los de 11 años con 18.85%.

En cuanto a la prevalencia de la sintomatología por edad , en el grupo de 8 años 21 de cada 100 presentan síntomas, mientras en los de 9 y 10 años 15, y en los de 11 años 18 de cada 100 niños y niñas escolarizados de básica primaria de la ciudad de Neiva presentan sintomatología depresiva. Existiendo una diferencia significativa en los grupos de edad demostrada mediante prueba Chi Cuadrado.

Grafico 9. Distribución de la Sintomatología Depresiva por Grado Escolar

N = 313

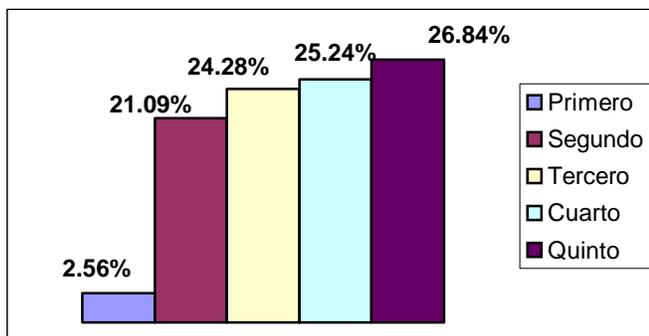


Tabla 12. Chi Cuadrado para Grado Escolar

Grado Escolar	Depresión	NO Depresión	Total	Frecuencia observada Oi	Frecuencia esperadas Ei	Oi-Ei	Oi-Ei) ²	Oi-Ei) ² /Ei
Primero	8	5	13	8	2.2	5.8	33.6	15.3
Segundo	66	181	247	66	42.2	23.8	566.4	13.4
Tercero	76	337	413	76	70.6	5.4	29.2	0.4
Cuarto	79	532	611	79	104.4	-25.4	645.2	6.2
Quinto	84	454	548	84	93.6	-9.6	92.2	1.0
Total	313	1519	1832	5	10.8	-5.8	33.6	3.1
				181	204.8	-23.8	566.4	2.8
				337	342.4	-5.4	29.2	0.1
				532	506.6	25.4	645.2	1.3
				464	454.4	9.6	92.2	0.2
				1832	1832	0	----	43.8

$V = 1$

$X^2 = 43.8$

$\alpha = 0.05$

Diferencia Significativa

Tabla 13. Prevalencia de la Sintomatología Depresiva por Grado Escolar

N= 1832

GRADO	N Casos Encontrados	Población Expuesta	Prevalencia x 100
Primero	8	13	61.54%
Segundo	66	247	26.72%
Tercero	76	413	18.40%
Cuarto	79	611	12.93%
Quinto	84	548	15.33%
Total	313	1832	-----

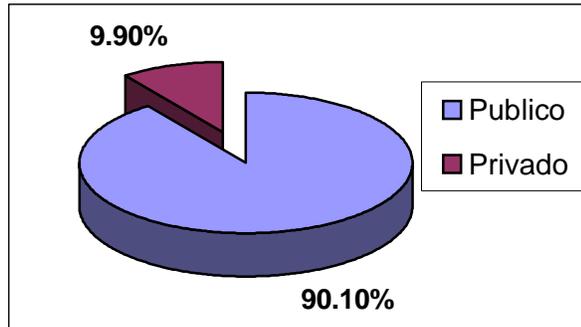
En la distribución por grado escolar de la población (N= 313) con síntomas depresivos se puede observar una tendencia al aumento en la presentación de casos al avanzar en el grado escolar. (Ver grafica 9)

En cuanto a la prevalencia por grado escolar se encontró que por cada 100 niños del grado primero 61 muestran síntomas depresivos, en el grado segundo 27, en tercero 18, en cuarto 13 y en quinto 15 de cada 100 niños y niñas presentan sintomatología depresiva. Existiendo diferencias significativas en los grados escolares (Demostradas mediante prueba Chi cuadrado).

En los datos anteriores, la baja proporción de sujetos del grado primero 1% de la muestra, pone a dudar sobre el proceso muestral. Este hecho se ve reflejado en la prevalencia de 61 niños por cada 100, teniendo en cuenta que los sujetos de la muestra para este grado fue de 13, y 8 de ellos reportan síntomas depresivos. pero esta situación se puede explicar debido a la característica presentada en los grupos de grado primero, donde los niños en su mayoría no cumplían con el criterio de inclusión referente a edad (mayores de ocho años), motivo por el cual no pertenecieron al estudio y finalmente solo a 13 niños se les aplicó el instrumento**. Esta situación lleva igualmente a pensar si esta prevalencia es o no representativa para la población de los grados primero; los investigadores proponen a partir de los datos que la prevalencia no es representativa para los

grados primero, pero si lo puede ser para los niños que cursen primero y además tengan ocho años de edad, característica presente en los 13 niños del estudio.

Gráfico 10. Distribución de la Sintomatología Depresiva por Sector



**Para ampliar la información referente al proceso muestral se sugiere al lector tener en cuenta el apartado donde se explica como se logró obtener el total de sujetos muestrales, descrito en las paginas 40 y 41

Tabla 14. Chi Cuadrado para Sector

Sector	Depresión	N0 Depresión	Total	Frecuencia observada	Frecuencia esperadas Ei	Oi-Ei	(Oi-Ei-0.5)	(Oi-Ei-0.5) ²	(Oi-Ei-0.5) ² /Ei
Publico	282	1201	1483	282	253.4	28.6	28.1	789.6	3.1
Privado	31	318	349	31	59.6	-28.6	-28.1	789.6	13.2
Total	313	1519	1832	1201	1229.6	-28.6	-28.1	789.6	0.6
				318	289.4	28.6	28.1	789.6	2.7
				1832	1832	0	0	-----	19.6

$$V = 1$$

$$X^2 = 19.6$$

$$\alpha = 0.05$$

Diferencia Significativa

Tabla 15. Prevalencia de la Sintomatología Depresiva por Sector

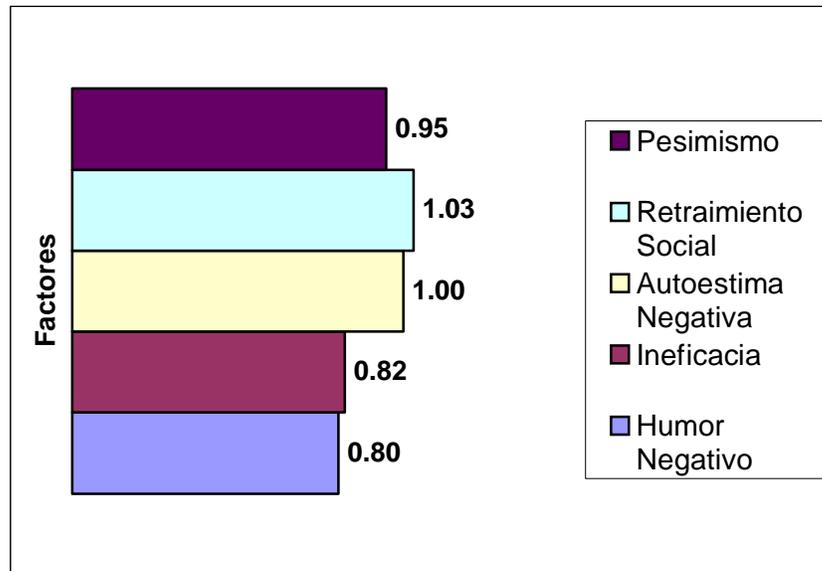
N= 1832

SECTOR	N Casos Encontrados	Población Expuesta	Prevalencia x 100
Publico	282	1483	19.02%
Privado	31	349	8.88%
Total	313	1832	-----

La distribución de esta población (N= 313) con síntomas de depresión infantil muestra que el 90.10% de esta pertenece al sector público y tan solo el 9.90% pertenece al sector privado o no oficial. Ahora en cuanto a la prevalencia se halló que 19 de cada 100 niños del sector de la educación pública presenta síntomas significativos de depresión, cifra que disminuye considerablemente en la educación del sector privado donde solo 9 de cada 100 niños presenta síntomas depresivos.

Esta prevalencia se puede explicar por las diferencias socioeconómicas que existen entre la educación privada y pública, considerando que en este último los niños en su gran mayoría están en estratos 1 y 2, donde sus familias enfrentan conflictos generados por la propia inestabilidad socioeconómica, y las necesidades básicas no están satisfechas, aspectos que contribuyen con la depresión infantil.

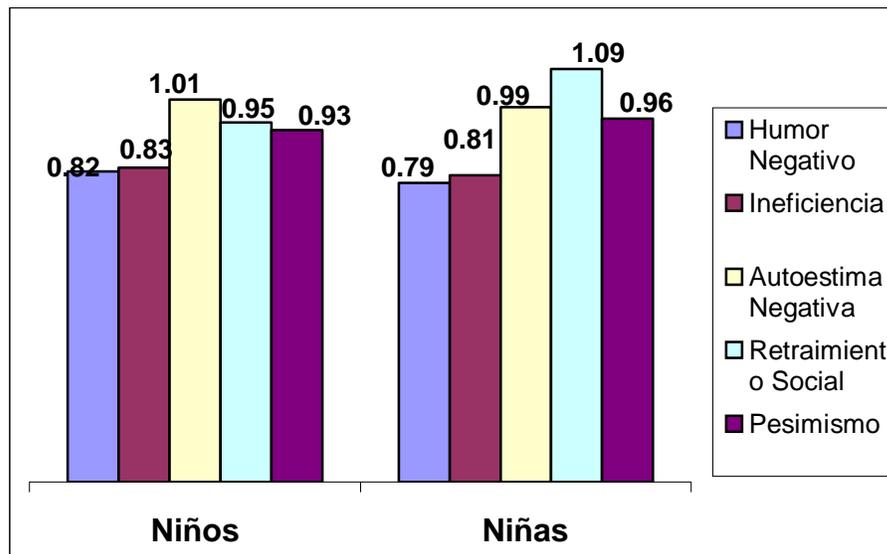
Grafico 11. Análisis por Factores CDI niños y niñas con Sintomatología Depresiva



0 = Normalidad. 1 = Cierta Intensidad. 2 =Presencia Inequívoca

En el análisis por factores de la sintomatología depresiva en esta población (N=313) se observa la presencia de retraimiento social y autoestima negativa como factores con más alto puntaje; teniendo en cuenta que 0 indica normalidad, 1 cierta intensidad y 2 presencia inequívoca de síntomas depresivos. Entonces, si se tiene en cuenta lo anterior se puede inferir que las principales características clínicas de depresión infantil en población escolarizada en la ciudad de Neiva es el retraimiento social y la autoestima negativa, puesto que son factores con puntuación igual o mayor a uno, indicando cierta intensidad de sintomatología propia de la depresión. Factores a tener en cuenta para procesos de intervención, promoción y prevención de la depresión infantil en posteriores investigaciones.

Grafico 12. Distribución de la Sintomatología por Factores CDI niños y niñas

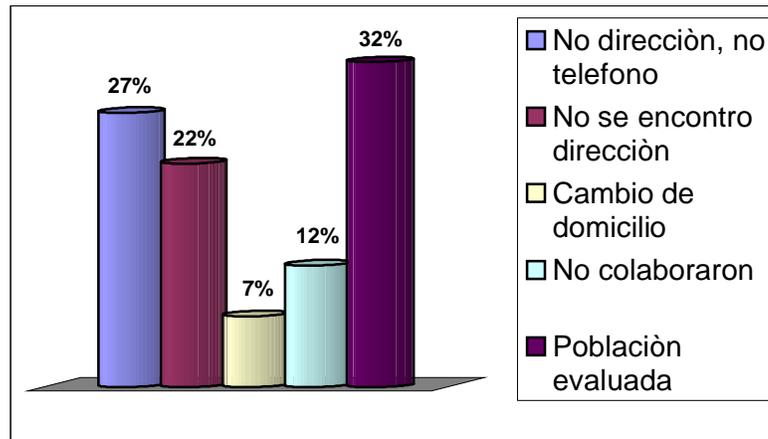


0 = normalidad. **1** = cierta intensidad. **2** =presencia inequívoca

En los factores a nivel general los niños y niñas con sintomatología depresiva presentan como mayor característica el retraimiento social, sin embargo al estudiarlos por separado se encuentra que a nivel particular los niños presentan una diferencia respecto del grupo predominando en ellos la autoestima negativa, mientras las niñas sobresalen en retraimiento social superando el puntaje general del grupo.

8.2 SEGUNDA FASE: Características Sociodemográficas y Familiares de los Niños con Síntomas de Depresión N = 101

Grafico 13. Distribución de la Población para la Segunda Fase



Del total de la población con síntomas de depresión infantil se evaluó en segunda fase el 32% (101 niños); el 27% de los niños no refirieron dirección ni teléfono, y al preguntar en la institución educativa no se brindó la colaboración para la ubicación de estos, al 22% de esta población no se logró ubicar la dirección por estar mal escrita o por dificultades en la ubicación de las nomenclaturas en algunos sitios. El 7% de los niños habían cambiado de domicilio para el momento de la aplicación del cuestionario; y finalmente el 12% no colaboraron con la investigación.

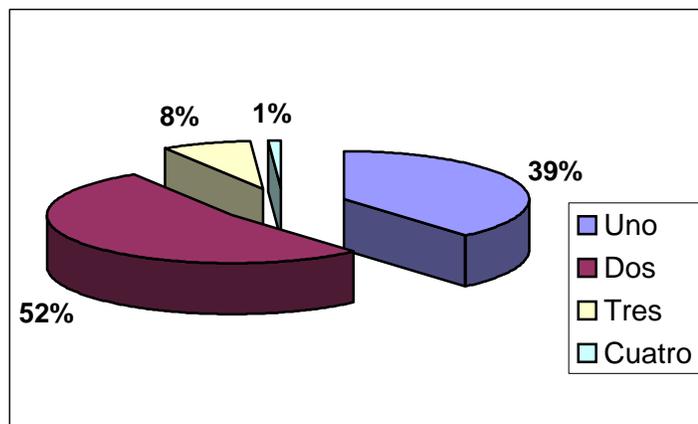
Tabla 16. Medidas de Tendencia para número de personas que viven con el Niño

	MEDIA ARITMETICA	MODA	DESVIACION ESTANDAR
PERSONA QUE VIVEN CON NIÑO	6	5	2

Teniendo en cuenta el número de personas que viven con los niños con síntomas

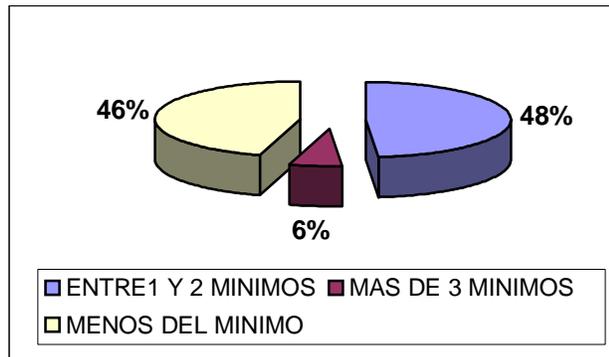
de depresión se muestra que en promedio por cada hogar viven 6 persona, con una dispersión de dos, es decir que el número de personas se encuentra entre cuatro y ocho personas por cada hogar, y corresponde a cinco personas la cifra que más se repite. Esto indica que el entorno habitacional donde viven los niños esta compuesto por un gran numero de personas.

Grafico 14. Distribución de la Sintomatología Depresiva por Estrato Socioeconómico



De los (101) niños que se evaluaron en la segunda fase el 39% pertenecen al estrato Uno y el 52% al estrato Dos , indicando que los niños que participaron en esta segunda fase que presentan síntomas significativos de depresión se encuentran en estrato socioeconómico bajo, lo que permite inferir que el estrato se puede convertir en un potencial factor de riesgo, como quiera que estar en este nivel representa exponerse a factores como la marginalidad y pobreza que influyen en el desarrollo tanto físico como psicológico del niño y estos una vez presentes contribuyen con el deterioro de las relaciones vinculares del el núcleo familiar.

Grafico 15. Ingresos Económicos de la Familia del niño



En los ingresos recibidos por las familias de los niños con síntomas de depresión se muestra como un 46% de estas viven con menos de un salario mínimo y por lo general son familias numerosas (ver tabla 12) y el 48% reciben entre uno y dos salarios. Lo anterior esta vinculado con el estrato, como quiera que las cifras así lo demuestran, significando que el estrato esta relacionado con los ingresos económicos (ver grafico14) .esto confirma aun mas que los niños escolarizados de la ciudad de Neiva entre los 8 y 11 años con síntomas significativos de depresión no tienen satisfechas sus necesidades básicas por lo cual carecen de recursos que les permitan tener una buena salud tanto física como mental.

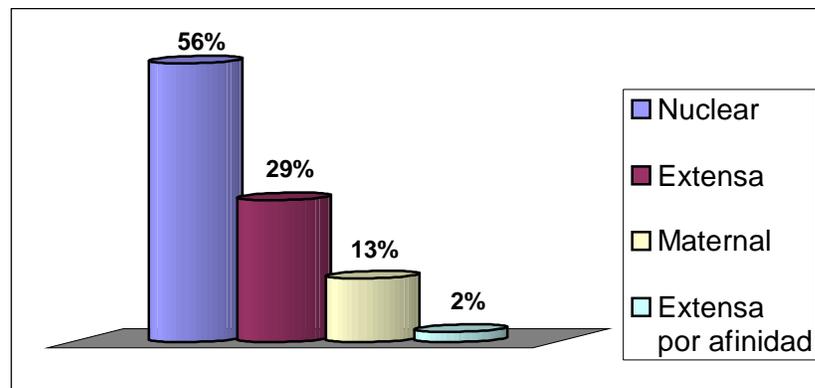
Tabla 17. Distribución de la de la Sintomatología de acuerdo con las personas con las que Vive el Niño.

CON QUIEN VIVE NIÑO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Madre	23	23%
Padre	3	3%
Madre y Padre	65	64%
Madre y Padrastro	4	4%
Abuelos	4	4%
Otros	2	2%
Total	101	100%

Los niños con síntomas de depresión en un 64% viven con ambos padres, pero existe una cifra elevada de niños 36% donde uno de sus padres se encuentra ausente, de este porcentaje el 23% carecen específicamente del padre que en algunos casos les ha abandonado, a muerto o por el contrario la madre es soltera.

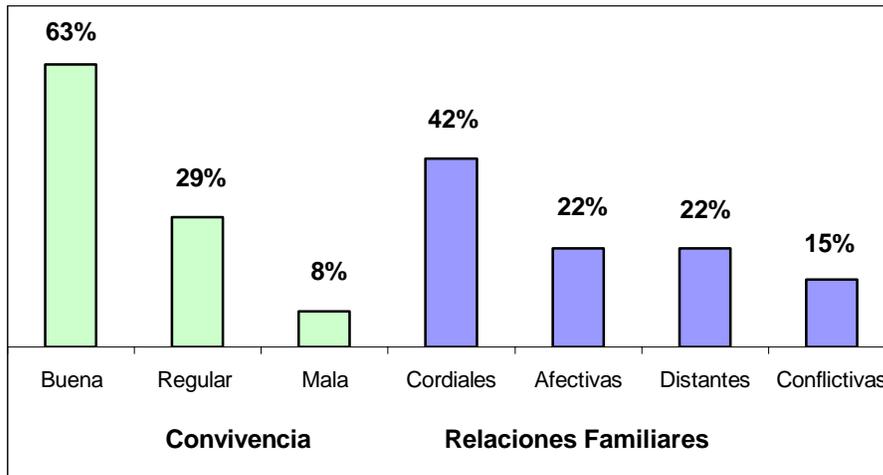
De igual forma se muestra que la mayoría de los niños con depresión cuentan con los dos padres lo que permite dilucidar que la falta del padre no esta determinando la depresión, pero que por el contrario existen otros factores de la convivencia en el hogar que esta afectando al niño.

Grafico 16. Distribución de la Sintomatología Depresiva por el Tipo de Familia



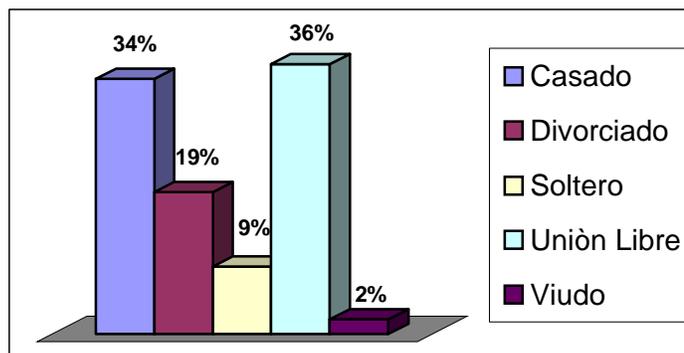
De acuerdo al tipo de familia se puede establecer que el 56% de los niños pertenecen a familias nucleares y los restantes tipos de familia conforman el 44%. Se puede percibir que el 13% lo conforman familias maternas donde la responsabilidad del hogar está a cargo de la madre debido a la ausencia del padre biológico. Por otro lado la familias extensas y extensas por afinidad conforman el 31% de este total; lo que indica que un gran porcentaje de las familias de los niños con síntomas de depresión están compuestas por familias numerosas, aspectos que se reafirman aun mas con la variable anterior. (Ver tabla 12).

Gráfico 17. Convivencia y Relaciones Familiares



Teniendo en cuenta que la convivencia es la percepción global acerca de la forma como se vive con los miembros de la familia, y las relaciones familiares es el calificativo dado a la percepción de la relación con los miembros de la familia, se puede decir que el 63% de las familias que perciben la convivencia como buena se sustentan en el 64% de las familias que consideran tener relaciones familiares cordiales y afectivas hecho que concuerda con la percepción de la convivencia. Por otro lado los porcentajes referidos a tener relaciones familiares distantes 22% y conflictivas 15% se acercan a los porcentajes de las familias que consideran la convivencia como regular en 29% y mala en un 8%, en donde se puede afirmar que tener relaciones familiares distantes es sinónimo de convivencia regular y conflictivas lo es de mala convivencia.

Gráfico 18. Tipo de Unión de los padres



Los padres de los menores en un 36% han constituido su relación de pareja o de familia a partir de la unión libre y un 34% han consolidado su relación a partir del matrimonio; mientras un 9% de los padres son solteros, el 19 y el 2% de estas familias se han desintegrado ya sea por divorcio o por muerte de uno de los cónyuges respectivamente. De acuerdo a lo encontrado se observa en las familias de los menores la presencia de los dos padres, aspecto que fortalece la Hipótesis en donde el estar con los padres no es un factor protector y por el contrario la dinámica familiar constituida por ellos quizás es generadora de conflictos que están influyendo en la posible presencia de síntomas depresivos en el niño. (Ver tabla 14)

Tabla 18. Distribución por tipo de Conflicto que se presenta en el Hogar

TIPO DE CONFLICTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Económico	41	40%
De Pareja	39	39%
Familiares	12	12%
Laborales	9	9%
Total	101	100%

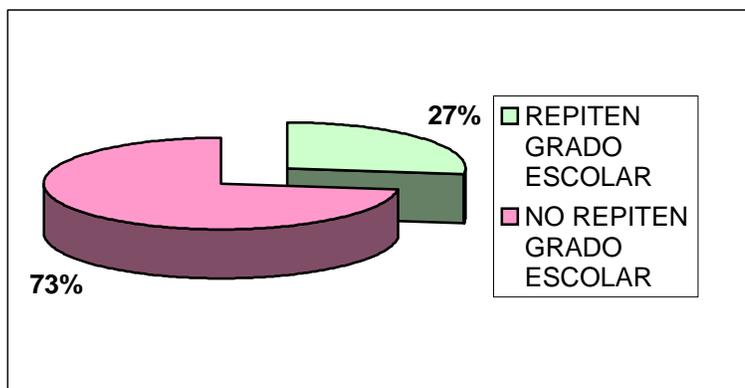
En cuanto a esta variable todos consideraron que en el hogar se presentan conflictos. Existiendo mayor prevalencia en los de tipo económico con el 41% y en los de pareja con el 39%; en cifras más bajas se encuentran los conflictos familiares 12% y laborales 9%. De igual forma los conflictos económicos y laborales constituyen el 49% y los de pareja y familiares el 51%. De acuerdo a esto se puede afirmar que a nivel general son dos los conflictos presentes en las familias de los niños con síntomas de depresión. Los primeros relacionados con factores como las oportunidades y condiciones de empleo que llevan consigo el factor económico, y los segundos relacionados con el ambiente del hogar donde se desarrolla el niño como lo son la pareja y la familia en general.

Tabla 19. Distribución por Tipo de Castigo que se Aplica al Niño

CASTIGOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Físico	15	15%
Verbal	21	21%
Físico y Verbal	27	27%
Prohibiciones	26	26%
No Castigan	12	12%
Total	101	100%

Se puede observar en la tabla que tan solo el 12% de los padres manifiestan no ejercer ningún tipo de castigo, y que en un 26% prefieren hacerlo mediante prohibiciones como ver televisión, no dejarlo salir a jugar con otros niños. Por el contrario existe un porcentaje del 63% de padres que ejercen el castigo, ya sea físico con un 15%, verbal el 21% y la combinación de los dos 27%; indicando que los niños con síntomas de depresión se ven sometidos a castigos que afectan la integridad física y emocional.

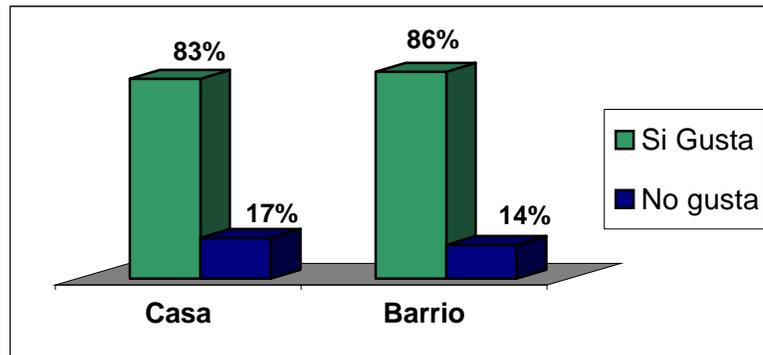
Gráfico 19. Niños Depresivos que Repiten Grado Escolar



Los niños con síntomas de depresión en un 73% no presentaron dificultad alguna en pasar al siguiente año escolar. De lo contrario el 27% repitieron el último año escolar lo que expresa que alrededor de la tercera parte de estos presentan

problemas de rendimiento escolar, aspecto que permite señalar que una cifra significativa (27%) la depresión tiene sus repercusiones en el rendimiento escolar.

Grafico 20. Conformidad con el Entorno Físico



Teniendo en cuenta el entorno físico donde convive el niño se observa que en un pequeño porcentaje no hay aceptación por este (casa 17% y barrio 14%). Mientras más del 80% les agrada la casa y el barrio; evidenciándose una conformidad por las condiciones de habitación así en muchas ocasiones no fuesen las más adecuadas.

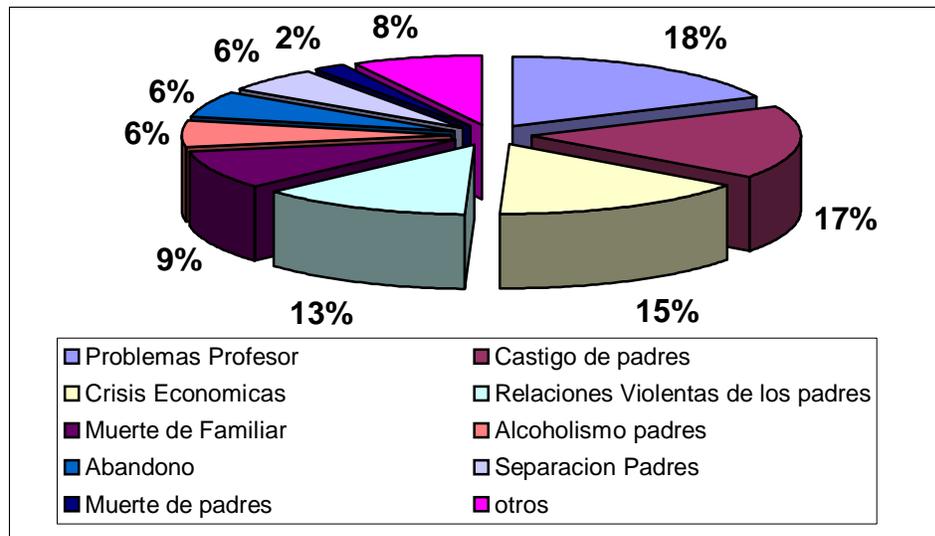
Tabla 20. Distribución por quien ejerce la autoridad en el Hogar

AUTORIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Madre	39	39%
Padre	43	42%
Madre y Padre	7	7%
Abuelos	11	11%
Otro	1	1%
Total	101	100%

En cuanto la autoridad ejercida en el hogar se encontró que el 43% de los casos la ejerce el padre, seguido de la madre con el 39%, interpretándose esta proximidad de las cifras como que en estas familias no esta definida claramente la autoridad por una sola persona, y por el contrario se comparten

responsabilidades en el momento de ejercer la autoridad.

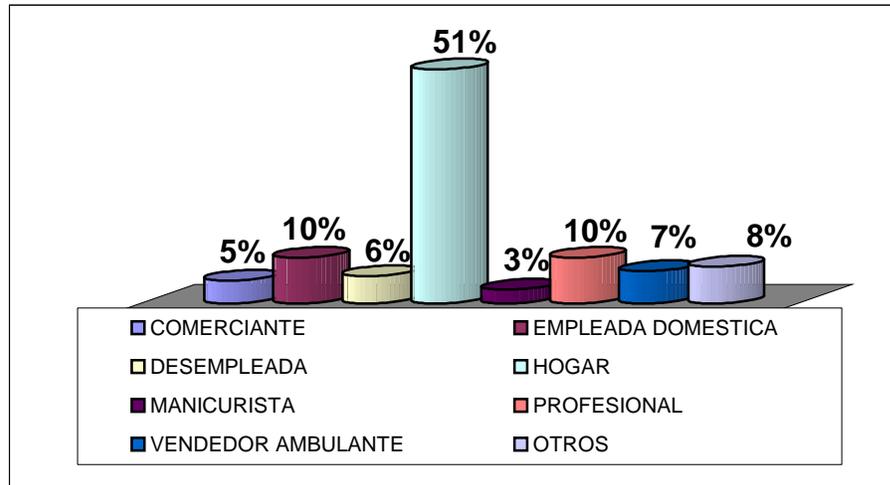
Gráfico 21. Distribución por Evento Perturbador



Al indagarse sobre los eventos perturbadores que presenta el niño se estableció que los que mas prevalecen son los problemas con el profesor con un 18%, es decir que han tenido dificultades de algún tipo con sus maestros, seguidamente se presentan el castigo de los padres 17% que como se muestra en la tabla 15, se presentan en un alto porcentaje llevando impregnado una agresividad en contra del niño. Luego se presenta otro factor como lo es las crisis económicas que se relaciona con el estrato y los ingresos recibidos por estas familias; otro aspecto de resaltar es que el 13% de esos eventos son las relaciones violentas entre padres que igual que todas las anteriores son percibidas como eventos que perturban al niño.

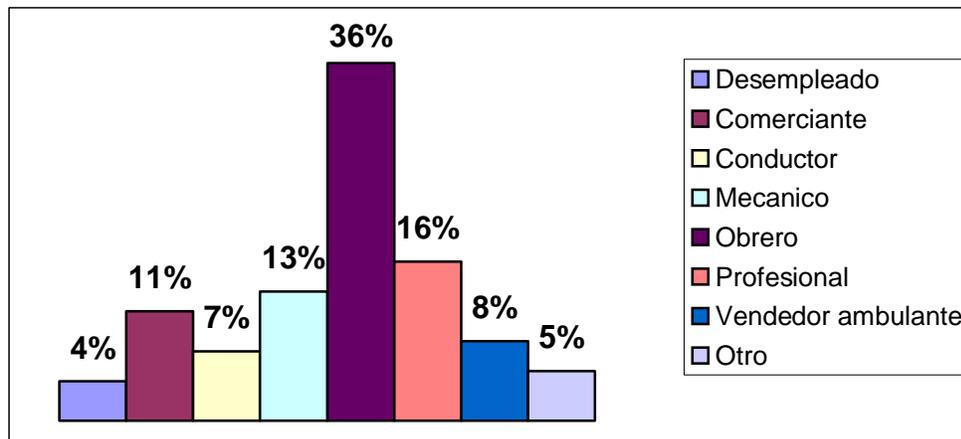
Grafico 22. Ocupación de la Madre del niño

N= 98



La ocupación de la madre muestra que el 51% de ellas están dedicadas al hogar y el 6% se encuentra desempleada, lo que quiere decir que el 57% de las madres no aportan económicamente al hogar situación que se ve reflejada en los bajos ingresos de las familias.

Grafico 23. Ocupación del Padre del niño



Los padres de los niños que participaron en esta segunda fase un 36% son obreros que se desempeñan en el sector de la construcción de viviendas o el

adecuamiento de vías, solo el 16% son profesionales. Los demás oficios desempeñados al igual que el de obreros pertenecen a trabajos informales que no garantizan una estabilidad económica ni una adecuada remuneración. Aspecto que demuestra los bajos ingresos recibidos por estas familias, donde solo uno de los padres tiene un trabajo .

9. DISCUSION DE LOS RESULTADOS

En Colombia la investigación en depresión infantil es limitada, y aun más en estudios que aporten una visión más amplia de este fenómeno, quizás porque solo con la publicación del DSM III (1980) se empezó a considerar la depresión infantil como entidad nosológica a ser diagnosticada con los mismos criterios de la del adulto (Del Barrio 2000)⁵⁴.

Teniendo en cuenta las necesidades de conocer mas detalladamente el comportamiento de este fenómeno se planteó esta investigación con el objetivo de identificar la prevalencia de la sintomatología depresiva, las características sociodemográficas y familiares de los niños y niñas con síntomas de depresión escolarizados de básica primaria entre los 8 y 11 años de edad de la ciudad de Neiva, Huila.

La investigación se realizó con una muestra de 1832 niños de instituciones educativas públicas y privadas elegidos mediante un muestreo probabilístico por conglomerados, constituidos por los grados escolares, de donde se extrajo una muestra aleatoria. Como instrumentos se empleo el CDI (Inventario de Depresión Infantil de Kovacs 1992) que es el más utilizado en investigaciones de este tipo⁵⁵, y un cuestionario de características sociodemográficas y familiares construido para esta investigación.

Los resultados obtenidos en esta investigación revelan una prevalencia del **17.09%** de síntomas significativos de depresión en población infantil; cifra elevada comparada con otras investigaciones como la realizada en la ciudad de

⁵⁴ Del Barrio, V. Op. Cit. Pg. 17

⁵⁵ Herrera, Losada y Rojas. Estado del arte en la investigación sobre depresión infantil en iberoamerica. XI Congreso Colombiano de Psicología Neiva Huila 2004.

Bucaramanga donde se obtiene una prevalencia de 9.2%, con una muestra de 248 niños con edades entre los 8 y 11 años, de una escuela pública y privada.⁵⁶

La más reciente investigación realizada en el municipio de la Ceja Antioquia, utilizó el mismo instrumento con una muestra de 698 niños con edades entre los 8 y 12 años, reportó una prevalencia del **12.5%**⁵⁷. Como se puede observar la prevalencia obtenida en la ciudad de Neiva es la más alta reportada en el país y la investigación que más sujetos ha incluido, convirtiéndose en el estudio de depresión con más amplia cobertura en la población infantil Colombiana.

Con respecto a los factores evaluados por el CDI se encontró en los niños y niñas baja autoestima y retraimiento social, aspectos que se convierten en las características clínicas predominantes de depresión en los infantes de esta ciudad. La presencia de características como la baja autoestima afecta según Solloa (2001) el área cognitiva generando ideas personales de desvalorización, visión pesimista del mundo y del futuro; al igual que el retraimiento social que involucra una marcada disminución de la interacción social y conductas de aislamiento⁵⁸.

A nivel sociodemográfico se halló que la depresión afecta por igual al género masculino y femenino, datos que coinciden con lo reportado en el municipio de la Ceja Antioquia (Gaviria y otros 2006). Conclusión que es aceptada en el DSM-IV-TR que indica que el trastorno depresivo mayor antes de la pubertad afecta por igual a ambos sexos pero en la adolescencia es dos veces más frecuente en mujeres que en varones (APA 2000).

En cuanto a la edad se encontró mayor prevalencia en niños de 8 (21.04%) y 11

⁵⁶ Campo-Arias. Op. Cit.

⁵⁷ Gaviria Gómez A. M, Martínez Guerra P. Prevalencia de la depresión en niños escolarizados entre los 8 y 12 años del municipio de la Ceja Antioquia. XII congreso colombiano de psicología, Medellín Antioquia. Mayo de 2006.

⁵⁸ Solloa G. Luz M. Op. Cit Pg 239

(18.27%) años, datos que no muestran una tendencia clara en el aumento de síntomas depresivos con mayor edad, como lo han reportado autores como Doménech, Subirà y Cuxart 1996, donde la prevalencia de la depresión infantil se incrementa con la edad cronológica⁵⁹. Los resultados de la alta prevalencia en niños de ocho años se puede interpretar a partir de lo señalado por Ellis, donde los niños en la etapa evolutiva de las operaciones concretas pueden hacer inferencias a partir de la realidad concreta, y tienen la capacidad cognitiva de experimentar síntomas de depresión como la culpa, baja autoestima, atribuciones erróneas de culpa y sentimientos de rechazo⁶⁰. Debido a que los niños de la población estudiada poseen una dinámica familiar hostil, en donde el castigo, los problemas económicos y de pareja, muestran al menor un panorama difícil y un futuro no promisorio este puede ser interpretado por el menor como una consecuencia de sus actos, generando culpa y sentimientos de rechazo evidenciados en la depresión infantil.

Por otro lado se observa alta prevalencia de sintomatología depresiva en los grados escolares segundo y tercero, resultados relacionados con la prevalencia obtenida en la edad, donde los niños de ocho años en su mayoría se encuentran cursando estos grados. Datos similares a los encontrados en el estudio de prevalencia en la ciudad de Bucaramanga, donde se observo un numero significativamente menor en quinto y alto en tercero.⁶¹

Del 100% de las familias el 91% son de estrato uno y dos, donde el 46% reciben menos de un salario mínimo legal vigente y un 48% reciben entre uno y dos salarios mínimos, así mismo son familias numerosas conformadas en promedio por 6 personas, cifra que difiere ampliamente con el reporte del DANE donde se afirma que el 69.3% de los hogares colombianos tiene cuatro integrantes incluso menos⁶². Además en estas familias el padre es quien aporta

⁵⁹ Mendez, F X; Olivares J. Ros C M. Op. Cit. Pág. 146

⁶⁰ Solloa G. Luz M. 2001. Op. Cit Pg 237

⁶¹ Campo-Arias. Op. Cit. Pág. 168

⁶² Censo nacional de Colombia, DANE 2005.

económicamente al hogar desempeñando oficios que no garantizan buenos ingresos ni una estabilidad laboral. En Neiva la mayoría de las familias viven en estratos bajos y tan solo una minoría son de estratos altos. Hecho que explica el gran porcentaje (91%) de las familias de los niños con síntomas de depresión de estrato socioeconómico bajo

Además de lo anterior, el ambiente familiar esta cargado de conflictos originados por la situación económica, problemas familiares y de pareja, como lo señala (Olsson et al ,1999)⁶³ “los rasgos familiares que guardan estrecha relación con la depresión son la estabilidad social y la afectividad; cualquier carencia en ellas puede desencadenar la aparición de la depresión infantil y ello no solo en épocas precoces sino también durante la adolescencia”.

Complementado con las peculiaridades familiares presentes en la población objeto de estudio, las características socioeconómicas de un país como lo es Colombia y en particular Neiva, se esta indicando que un factor de riesgo que influye para que los niños se depriman es no tener las necesidades básicas satisfechas y poseer un ambiente familiar hostil. Lo preocupante de esta panorámica es que la crisis económica y social no solo lo vive esta región, sino que es parte de una problemática nacional donde la pobreza, la falta de oportunidades de educación y de empleo son una constante en el día de los colombianos.

Finalmente, es bueno aclarar que aunque la situación de los problemas sociales, económicos y familiares son factores de riesgo, estos no son los únicos que determinan el inicio y presencia de la depresión infantil, sino que el papel que juega el sistema cognitivo es también determinante para mantener o no pensamientos y creencias que permitan al niño presentar características propias de una depresión.

Aunque existen factores propios de una realidad social difíciles de modificar,

⁶³ Del Barrio, V. Op. Cit. Pg. 52

desde el nivel cognitivo y comportamental se puede generar alternativas que conduzcan al aprendizaje de comportamientos que lleven al niño a formar esquemas de pensamientos adecuados para crear mejores estilos de vida y alternativas de afrontamiento a los problemas de la realidad social.

10. CONCLUSIONES

- Ψ La Prevalencia de la sintomatología depresiva en niños escolarizados de básica primaria de 8 a 11 años de edad en la ciudad de Neiva es del 17.09%; cifra que proyectada a la población en estudio permite afirmar que potencialmente 5.856 niños presentan síntomas significativos de depresión.
- Ψ La sintomatología depresiva no es exclusiva de un genero, por el contrario se presenta en similares proporciones para niños y niñas escolarizados de básica primaria con edades entre los ocho y once años de la ciudad de Neiva.
- Ψ En el sector de la educación pública u oficial 19 de cada 100 niños y niñas presentan síntomas significativos de depresión, existiendo una mayor prevalencia en comparación con el sector privado donde 9 de cada 100 presentan las similares características.
- Ψ La prevalencia de la sintomatología depresiva es más significativa en niños y niñas de 8 y 11 años, presentándose en el primero una frecuencia de 21 casos por cada 100 y en el segundo 18 casos de cada 100 niños y niñas.
- Ψ En relación con la prevalencia por grado escolar se encontró la cifra de prevalencia más alta en los grados segundo y tercero, con 27 y 28 casos de cada 100 respectivamente. Igualmente se concluye que la muestra no es significativa para determinar la prevalencia de los grados primero, aunque los datos de prevalencia de 61 casos por cada 100 niños y niñas puede ser representativo para los niños de grados primero que tengan ocho años de edad.

- Ψ Los niños y niñas con síntomas de depresión en la ciudad de Neiva presentan como características clínicas de mayor relevancia el retraimiento social y la baja autoestima, encontrándose hegemonía de una de las características en cada uno de los géneros, es decir, en los niños predomina la presencia de baja autoestima y en las niñas sobresale el retraimiento social.
- Ψ Las familias de los niños del estudio (101) pertenecen en un alto porcentaje a los estratos uno y dos, en donde el 46% obtienen un ingreso económico por debajo del sueldo mínimo y un 48% de las familias obtienen ingresos económicos entre uno y dos salarios mínimos mensuales, asimismo estas familias se caracterizan por encontrarse conformadas en promedio por seis personas, cifra elevada para sostener con un salario mínimo y a la vez cubrir las necesidades básicas de cada uno de los miembros de la familia.
- Ψ En la mayor parte de los padres de estos niños solo uno de ellos aporta al sostenimiento de la familia, comoquiera que las madres en un 57% están en el hogar, y el padre en un 92%, al igual que el 43% de las madres ejercen trabajos informales que no garantizan un adecuado ingreso y una estabilidad económica.
- Ψ Los niños que presentan depresión (evaluados en la segunda fase) viven con los dos padres, donde estos ejercen castigos físicos y verbales en un 63%, y los conflictos económicos y de pareja predominan en estas familias con un 79%; en donde el estar con los padres no es un factor protector y por el contrario la dinámica familiar constituida por ellos quizás es generadora de conflictos que están influyendo en la posible presencia de síntomas depresivos en el niño.
- Ψ Los eventos percibidos por los niños como perturbadores son los problemas con los profesores relacionados con el desempeño escolar, que en el 27% de

los niños con síntomas significativos de depresión los a conducido a reprobado el grado escolar; de igual forma otros aspectos generadores de perturbaciones en los niños son las crisis económicas y las relaciones violentas entre los padres.

11. RECOMENDACIONES

La prevalencia del 17.09% de depresión infantil encontrada en este estudio, muestra la situación actual en el que se encuentra un gran número de menores, motivo por el cual se hace las siguientes recomendaciones:

- Ψ La importancia de implementar un plan de intervención para los menores que presentan sintomatología depresiva, en donde se tenga en cuenta las características clínicas más preponderantes como la baja autoestima y el retraimiento social. Al igual que un plan de prevención y promoción dirigido a la población infantil escolarizada con la participación de padres y profesores, enfocado al refuerzo de autoestima, habilidades sociales, expresión de sentimientos y conocer los factores de riesgo presentes en el contexto para afrontarlos asertivamente.
- Ψ El alto índice de niños con sintomatología depresiva, hace necesario que las entidades gubernamentales municipales y departamentales incluyan la depresión infantil como entidad nosológica dentro del estudio de salud mental.
- Ψ Realizar la adaptación del instrumento CDI en población Colombiana, así como dirigir esfuerzos hacia investigaciones donde se pueda hacer diagnóstico diferencial de la depresión y la correlación neuropsicofisiológica.

BIBLIOGRAFIA

- Ψ ACEROS, J. ANGARITA, S. CAMPOS, O. Correlación entre Depresión infantil y Rendimiento Académico.
URL:<http://www.psicopedagogia.com/articulos/?articulo=311>. 2003.
- Ψ BANDEIRA, Adriola; RODRÍGUEZ. Luanna. Avaliacao da Depressao infantil em alunos da pre-escola. psicología reflexao e critica. Vol.12 No. 2 Porto Alegre.Brasil. 1999
- Ψ BECK,A.T et al.. Terapia Cognitiva de la Depresión. Biblioteca de Psicología. Ed. Desclee de Brouwer. S.A. 1983.
- Ψ CAMERINI, J. O. Aarón T. Beck. Terapia Cognitiva. URL:<http://www.catrec.org/BECK.HTM>. 2002
- Ψ CAMPO-ARIAS. Prevalencia de la sintomatología depresiva en niños y niñas escolares en Bucaramanga, Colombia. Revista colombiana de psiquiatría. Vol. 33 No. 2 junio 2004.
- Ψ DANE .Censo Nacional de Colombia, 2005
- Ψ DIGDON, N; GOTLIB, I.H. Depression in Childhood and Adolescence. In Anual Progress in Child Psychiatry and Development. Edited by Stella Ches M.D and Alexander Thomas M.D. 1986
- Ψ DEL BARRIO, V. La depresión infantil: factores de riesgo y posibles soluciones. Ediciones Aljibe. España. 2000.

- Ψ DEL BARRIO, V.; MORENO ROSSET, C Y LOPEZ MARTINEZ, R. El Children's Depression Inventory, (CDI; Kovacs, 1992). Su aplicación en población Española. Revista Clínica Y Salud. Vol. 10 No. 3. 1999
- Ψ DEL BARRIO, FRIAS Y MESTRE.. Autoestima y depresión en niños. Revista de psicología general y aplicada. España. 1994
- Ψ GAVIRIA GÓMEZ AM, MARTÍNEZ GUERRA P. Prevalencia de la depresión en niños escolarizados entre los 8 y 12 años del municipio de la ceja Antioquia. XII congreso colombiano de psicología, Medellín Antioquia. Mayo de 2006.
- Ψ HERNANDEZ SAMPIERI, Roberto; FERNÁNDEZ COLLADO, Carlos; BATISTA LUCIO, Pilar. Metodología de la investigación. Mc Graw Hill. 2003.
- Ψ HERRERA MURCIA, E; LOSADA SANCHEZ, Y. L; ROJAS UNI, L. A. Estado del arte en la investigación sobre depresión infantil en iberoamerica. XI Congreso Colombiano de Psicología Neiva Huila 2004.
- Ψ HURTADO, G. H. Bioestadística Descriptiva: un enfoque practico. Universidad del Valle, Ministerio de Salud. 1996.
- Ψ MENDEZ, F X; OLIVARES J. ROS C M. Características clínicas y tratamiento de la depresión en la infancia y adolescencia. En V.E. Caballo y M.A. Simón. Manual de psicología clínica infantil y del adolescente. Madrid. Ed. Pirámide. 2001.
- Ψ PAUCHARD, H. La Depresión Infantil. Síntomas y Tratamiento. Url: <http://www.relaciones-humanas.net/depresióninfantil.html>. 2002

- Ψ POLAINO- LORENTE, A.. La depresión. Biblioteca de psicología, psiquiatría y salud. Ed. Martínez Roca. 2000

- Ψ SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL HUILA. Registro anual del sistema de vigilancia epidemiológico. Maltrato infantil y violencia intrafamiliar. Huila, 2004.

- Ψ SOLLOA G. Luz M. Los trastornos psicológicos en el niño: etiología, características, diagnóstico y tratamiento. Ed. Trillas. México. 2001

- Ψ WAYNE W, Daniel. Bioestadística: bases para el análisis de las ciencias de la salud. Ed. Limusa. México. 1979

ANEXOS

ANEXO A

CRONOGRAMA

Año	2004															2005																							
Mes	Agosto				Sept.				Octubre				Nov.				Dic.	Feb.		Marzo				Abril				Mayo			Jun.	Julio							
Semana	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	2	1	2	3				
ACTIVIDAD																																							
Planteamiento del Problema																																							
Objetivos																																							
Antecedentes																																							
Justificación																																							
Marco Teórico																																							
Sustentación 1ra Etapa																																							
Operacionalización de variables																																							
Metodología																																							
Sustentación 2da Etapa																																							
Acercamiento a la población																																							
Prueba Piloto																																							

ANEXO C



PREVALENCIA DE LA SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS Y FAMILIARES DE LOS NIÑOS Y NIÑAS CON SINTOMAS DE DEPRESIÓN ESCOLARIZADOS EN BÁSICA PRIMARIA ENTRE LOS 8 Y 11 AÑOS DE EDAD DE LA CIUDAD DE NEIVA, 2005

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha : _____

Yo _____ con cedula de ciudadanía N° _____ en calidad de _____ del Centro Educativo _____ y en pleno uso de mis facultades mentales y psicológicas manifiesto que he sido informado (a) sobre el estudio de investigación que esta realizando la Universidad Surcolombiana a través de la Facultad de salud y el Programa de Psicología; denominado ***“Prevalencia de la sintomatología depresiva características sociodemográficas y familiares de los niños y niñas con síntomas de depresión escolarizados en básica primaria entre los 8 y 11 años de edad de la ciudad de Neiva, 2005”*** , y autorizo para participar a los alumnos en esta importante investigación aportando los datos que sean necesarios para la evaluación. He sido informado (a) de los procedimientos, los cuales no presentan ningún riesgo para la integridad de los menores y además que dicha información respetará su privacidad, se le tratara con respeto de acuerdo a su dignidad humana, tendrá derecho al anonimato en todo registro obtenido y en la presentación de los resultados y los datos no irán a ser utilizados para otros fines diferentes a los objetivos de la presente investigación.

Firma _____ CC _____

ANEXO D



UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA
PRUEBA CDI

NOMBRE Y APELLIDOS: _____

EDAD: _____ **SEXO:** _____ **INSTITUCIÓN:** _____

GRADO: _____ **FECHA:** _____ **DIRECCIÓN:** _____ **TEL.:** _____

Las personas como tú tienen sentimientos e ideas. En esta prueba recogemos distintos tipos de sentimientos e ideas. Cada una de ellas se presenta en tres frases. Señala aquella que mejor describa cómo te has sentido durante las dos últimas semanas. Si alguna pregunta no describe tú situación, contesta la que más se aproxime a tus sentimientos. Una vez hayas terminado con un grupo de frases, pasa al siguiente.

No hay respuestas correctas o incorrectas. Únicamente tienes que señalar la frase que describa mejor como te has sentido últimamente. Pon una cruz (X) o rellena el círculo que hay junto a tu respuesta. (U --- ~).

Hagamos un ejemplo. Pon una cruz junto a la frase que **mejor** te describa:

Ejemplo:

- Estoy enfadado muy a menudo
- Estoy enfadado de vez en cuando
- Nunca estoy enfadado

Supongamos que has marcado la frase intermedia:

- Estoy enfadado muy a menudo
- U Estoy enfadado de vez en cuando
- Nunca estoy enfadado

Esto quiere decir que no te enfadas ni todos los días ni todas las semanas sino solo de vez en cuando.

Recuerda que debes señalar las frases que mejor describan tus sentimientos o ideas en las dos últimas semanas.

1. • Estoy triste de vez en cuando
 - Estoy triste muchas veces
 - Estoy triste siempre
2. • Nunca me saldrá todo bien
 - No estoy seguro de si las cosas me saldrán bien
 - Las cosas me saldrán bien
3. • Hago bien la mayoría de las cosas
 - Hago mal muchas cosas
 - Todas las cosas las hago mal
4. • Me divierten muchas cosas
 - Me divierten algunas cosas
 - Nada me divierte
5. • Soy malo siempre
 - Soy malo muchas veces
 - Soy malo algunas veces
6. • A veces pienso que me pueden pasar cosas malas
 - Me preocupa que me pasen cosas malas
 - Estoy seguro de que me van a pasar cosas terribles
7. • Me odio
 - No me gusta como soy
 - Me gusta como soy
8. • Todas las cosas malas son culpa mía
 - Muchas cosas malas son culpa mía
 - Algunas veces no soy culpable de que me ocurran cosas malas
9. • No pienso en matarme
 - Pienso en matarme pero no lo haría
 - Quiero matarme
10. • Tengo ganas de llorar todos los días
 - Tengo ganas de llorar muchos días
 - Tengo ganas de llorar de vez en cuando
11. • Las cosas me preocupan siempre
 - Las cosas me preocupan muchas veces
 - Las cosas me preocupan de vez en cuando
12. • Me gusta estar con la gente
 - Algunas veces no me gusta estar con la gente
 - No quiero estar con la gente
13. • No puedo decidirme
 - Me cuesta decidirme
 - Me decido fácilmente
14. • Tengo buena apariencia física
 - Hay algunas cosas de mi apariencia física que no me gustan
 - Soy feo

15. • Siempre me cuesta ponerme a hacer los deberes
 - Me cuesta ponerme a hacer los deberes
 - No me cuesta ponerme a hacer los deberes
16. • Todas las noches me cuesta dormirme
 - Muchas noches me cuesta dormirme
 - Duermo muy bien
17. • Estoy cansado de vez en cuando
 - Estoy cansado muchos días
 - Estoy cansado siempre
18. • La mayoría de los días no tengo ganas de comer
 - Muchos días no tengo ganas de comer
 - Como muy bien
19. • No me preocupa el dolor ni la enfermedad
 - Muchas veces me preocupa el dolor y la enfermedad
 - Siempre me preocupa el dolor y la enfermedad
20. • No me siento solo
 - Me siento solo muchas veces
 - Me siento solo siempre
21. • Nunca me divierto en el colegio
 - Me divierto en el colegio solo de vez en cuando
 - Me divierto en el colegio muchas veces
22. • Tengo muchos amigos
 - Tengo algunos amigos pero me gustaría tener más
 - No tengo amigos
23. • Mi trabajo en el colegio es bueno
 - Mi trabajo en el colegio no es tan bueno como antes
 - Llevo muy mal las materias que antes llevaba bien
24. • Nunca podré ser tan bueno como otros niños
 - Si quiero puedo ser tan bueno como otros niños
 - Soy tan bueno como otros niños
25. • Nadie me quiere de verdad
 - No estoy seguro que alguien me quiera
 - Estoy seguro que alguien me quiere
26. • Algunas veces hago lo que me dicen
 - Muchas veces no hago lo que me dicen
 - Nunca hago lo que me dicen
27. • Me llevo bien con la gente
 - Me peleo muchas veces
 - Me peleo siempre

ANEXO E



PREVALENCIA DE LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y FAMILIARES DE LOS NIÑOS Y NIÑAS CON SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN ESCOLARIZADOS EN BÁSICA PRIMARIA ENTRE LOS 8 Y 11 AÑOS DE EDAD DE LA CIUDAD DE NEIVA, 2005

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha : _____

Yo _____ con cedula de ciudadanía N° _____ en representación del niño (a) _____ con tarjeta de identidad N° _____, y en pleno uso de mis facultades mentales y psicológicas manifiesto que he sido informado (a) sobre el estudio de investigación que esta realizando la Universidad Surcolombiana a través de la Facultad de salud y el Programa de Psicología; denominado **“Prevalencia de la sintomatología depresiva características sociodemográficas y familiares de los niños y niñas con síntomas de depresión escolarizados en básica primaria entre los 8 y 11 años de edad de la ciudad de Neiva, 2005”**, y autorizo a mi hijo (a) para participar en esta importante investigación aportando los datos que sean necesarios para la evaluación. He sido informado (a) de los procedimientos, los cuales no presentan ningún riesgo para la integridad de los menores y además que dicha información respetará su privacidad, se le tratara con respeto de acuerdo a su dignidad humana, tendrá derecho al anonimato en todo registro obtenido y en la presentación de los resultados y los datos no irán a ser utilizados para otros fines diferentes a los objetivos de la presente investigación.

Firma _____ CC _____

ANEXO F



UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA
GRUPO DEPRESIÓN INFANTIL

CUESTINARIO CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS Y FAMILIARES

I. INFORMACION DEL NIÑO

Nombres: _____ Apellidos: _____

Dirección: _____ Teléfono _____ Sexo: M ___ F ___

Edad: _____ años Grado: _____ Estrato: _____

Con quien vive el niño:

- Padre _____
- Madre _____
- Padre y Madre _____
- Abuelos _____
- Otros _____

Eventos perturbadores:

- Problemas con el profesor _____
- Castigo de los padres _____
- Muerte de padre o madre _____
- Muerte de un familiar _____
- Accidentes _____
- Relaciones violentas entre los padres _____
- Crisis económicas _____
- Alcoholismo de los padres _____
- Abandono _____
- Violación _____
- Maltrato _____
- Otro _____

II. INFORMACIÓN DE LOS PADRES:

A. Madre

Oficio que desempeña

- Profesional _____
- Comerciante _____
- Obrera _____
- Vendedor ambulante _____
- mecánico _____
- militar _____
- hogar _____
- desempleada _____
- Otro _____

B. Padre

Oficio que desempeña

- Profesional _____
- Comerciante _____
- Obrera _____
- Vendedor ambulante _____
- mecánico _____
- militar _____
- hogar _____
- desempleada _____
- Otro _____

III. INGRESOS ECONÓMICOS
RECIBIDOS AL MES:

- Menos Del Mínimo _____
- Entre 1 Y 2 Sueldos Mínimo _____
- Mas De 3 Sueldos Mínimo _____

IV. INFORMACIÓN FAMILIAR

Numero de personas que viven en la casa _____

Tipo de unión de los padres:

- Casados _____
- Unión libre _____
- Soltero / a _____
- Divorciados _____
- Viudo /a _____

Tipo de familia :

- Nuclear _____
- Extensa _____
- Extensa por afinidad _____
- Paternal _____
- Maternal _____

Tipo de relaciones intrafamiliares:

- Afectivas ____
- Cordiales ____
- Distantes ____
- Conflictivas ____

Convivencia :

- Buena ____
- Regular ____
- Mala ____

Tipo de conflicto que se presenta :

- Económico ____
- Laboral ____
- De pareja ____
- Familiar ____
- Otro ____

Quien ejerce la autoridad:

- Madre ____
- Padre ____
- Padrastro ____
- Madrastra ____
- Hijos ____
- Abuelos ____
- Otro ____

Se ejercen castigos

Si ____ No ____

- Físico ____
- Verbal ____
- Físico – verbal ____
- Otro Cual? ____

V. CONFORMIDAD CON LA VIVIENDA

- A su hijo le gusta la casa donde viven?
Si ____ No ____
- A su hijo le gusta el barrio donde viven?
Si ____ No ____