

Daniella Abello Luque
Omar Fernando Cortés Peña
Ornella Barros Vanegas
Silvia Mercado Osorio
Daditana Solano Lamadrid

*Infantile depression prevalence in Barranquilla official schools**

Daniella Abello Luque**
Omar Fernando Cortés Peña***
Ornella Barros Vanegas****
Silvia Mercado Osorio*****
Daditana Solano Lamadrid*****

* El presente artículo es un producto de investigación derivado del Proyecto titulado “Prevalencia de la sintomatología infantil en niños y niñas de 4º a 6º grado pertenecientes a dos colegios oficiales de la ciudad de Barranquilla, 2013”.

** Psicóloga. Magíster en Psicología de la Universidad del Norte. Doctoranda en Psicología de la Universidad del Norte. Docente de la Facultad de Psicología de la Corporación Universidad de la Costa. Correspondencia: dabello1@cuc.edu.co

*** Psicólogo de la Universidad Católica de Colombia. Especialista en Análisis de Datos y Técnicas de Investigación Social de la Universidad de La Salle. Especialista en Psicología del Consumidor de la Konrad Lorenz Fundación Universitaria. Magíster en Psicología. Doctorando en Psicología de la Universidad del Norte. Docente de la Facultad de Psicología de la Corporación Universidad de la Costa. Correspondencia: ocortes3@cuc.edu.co

**** Psicóloga de la Corporación Universidad de la Costa. Estudiante de especialización en intervención psicosocial - Universidad de la Costa CUC. Psicóloga de la Fundación Guajira Naciente. Correspondencia: nella2bv@gmail.com

***** Psicóloga de la Corporación Universidad de la Costa. Estudiante de la Especialización en Intervención Psicosocial de la Universidad de la Costa. Coordinadora de Bienestar del Convenio CUC SENA. Correspondencia: dsolano3@cuc.edu.co

***** Psicóloga de la Corporación Universidad de la Costa. Correspondencia: silvia_14_16@hotmail.com

*Prevalencia de depresión infantil en colegios oficiales de Barranquilla**

Recibido: octubre 21 de 2013
Revisado: noviembre 22 de 2013
Aprobado: mayo 14 de 2014

ABSTRACT

This article aims to describe the prevalence of symptoms of Child depression in boys and girls. For this test was also carried out a simple random sampling, in which employment as shows a total of 178 students from 4° to 6° belonging to public high schools in the city of Barranquilla. In addition as an instrument is employment the Child Depression Inventory Commission Kovacs Colloquium (1992) in its Spanish version. The results showed a 15.73 % of symptoms of child depression, which is equivalent to 28 children. When comparing the levels of prevalence by gender girls presented a 18.6 per cent unlike children with 13.04 %. Also it should be noted that between 11 and 12 years were reported the highest levels of prevalence of symptoms of depression with percentages of 6.18 % and 4.49 % respectively. Finally, it should be pointed out that the factor that received the highest prevalence in the depression child self-esteem was negative.

Keywords: Child depression, symptomatology, inventory, self esteem, prevalence.

RESUMEN

El presente artículo tiene como finalidad describir la prevalencia de sintomatología de depresión Infantil en niños y niñas. Para esto se llevó a cabo un muestreo aleatorio simple, en el que se empleó como muestra un total de 178 estudiantes de 4° a 6° pertenecientes a colegios oficiales de la ciudad de Barranquilla. Además como instrumento se empleó el Inventario de Depresión Infantil CDI de Kovacs (1992) en su versión en español. Los resultados arrojaron un 15.73% de sintomatología de depresión infantil, lo que equivale a 28 niños. Al comparar los niveles de prevalencia por género las niñas presentaron un 18,6% a diferencia de los niños con 13.04%. Asimismo cabe resaltar que entre los 11 y 12 años se reportaron los mayores niveles de prevalencia de la sintomatología de depresión con porcentajes de 6.18% y 4.49% respectivamente. Finalmente, recalca que el factor que obtuvo mayor prevalencia en la depresión infantil fue la autoestima negativa.

Palabras clave: Depresión infantil, sintomatología, inventario, autoestima, prevalencia.

Introducción

La presente investigación se centra en la prevalencia de sintomatología de depresión infantil en los niños y niñas en su etapa escolar entre 4° y 6° de dos colegios oficiales de la ciudad de Barranquilla. En un primer momento se presenta el problema delimitando su pertinencia y los objetivos que se desean alcanzar, se aborda un marco de antecedentes científicos, se revisa el sustento teórico de algunos autores que hablan sobre la temática y se operacionaliza la variable de base. En un segundo momento se muestra el abordaje metodológico en el cual se señala lo referente al método, población, muestra, instrumento y procedimiento. Como un tercer momento se realiza el análisis de los resultados y conclusiones obtenidas teniendo en cuenta el carácter cuantitativo de la investigación.

Sin embargo, para avanzar en la delimitación del problema es necesario partir de la contextualización de la Depresión; esta es definida como un problema psicológico complejo que evidencia la falta de motivación y disminución de la conducta instrumental adaptativa y un estado de ánimo irritable y/o disfórico. Este trastorno repercute negativamente a nivel personal, escolar, y/o social; en la infancia afecta predominantemente los sistemas psicofisiológicos o motores y con el paso del tiempo repercute en el sistema cognitivo, pudiendo generar dificultades en nuevos ámbitos como el sexual o el legal (Caballo & Simón, 2003).

Así mismo, otros autores la definen como un desajuste en la regulación de la intensidad y duración de la tristeza producida por una carencia de algo deseado o amado. Esta sensación de pérdida se desencadena por muy diversos motivos, tanto en adultos como en niños (Del Barrio, 2007). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2003 el 20% de los niños y adolescentes sufrieron de

alguna enfermedad mental (Beltrán, Mora & Gantiva 2011). En Colombia el Ministerio de Protección Social (2003) realizó el estudio de salud mental dentro del cual se encontró que el 40% de la población presenta trastorno mental en su vida, y cerca de un 10% evidencia trastorno de depresión mayor, que tuvo inicio desde los diez años de edad (Beltrán et al., 2011). Esto evidencia, que la investigación de la depresión infantil ha avanzado hasta convertirse en la actualidad en uno de los temas más importantes de la psicopatología infantil (Kaslow, citado por Ramírez, 2009). De igual forma se ha avanzado en la construcción de instrumentos para su evaluación, entre los que se destaca el CDI (Childrens Depresión Inventory) por su difusión y uso en distintos países.

En Colombia se han llevado a cabo investigaciones relacionadas con la prevalencia de la depresión infantil, en las que se evidencia la presencia de este fenómeno. Entre estas se encuentra la investigación de Mantilla, Sabalza, Díaz y Campos (2004), realizada en la ciudad de Bucaramanga con doscientos cuarenta y ocho niños, entre los ocho y los once años de edad escolarizados de básica primaria, utilizando el CDI-S, en la que se encontró una prevalencia del 9,2% con sintomatología sugestiva de un episodio de depresión mayor. Otra investigación es la de Vinnacia, Gaviria, Atehórtua, Martínez, Trujillo y Quiceno (2006) en Antioquia, quienes reportan una prevalencia del 25% de síntomas significativos de depresión en población infantil con una muestra de 768 niños utilizando el CDI de Kovacs (1992).

En su estudio realizado en Cajicá, Beltrán et al. (2011) concluyen que una muestra de niños entre 9 y 12 años de edad, en la que se aplicó el CDI, muestran un 16% de prevalencia en sintomatología de depresión infantil, lo cual señala altos porcentajes comparados con los que existen a nivel mundial referenciados entre

un 8% y 10%. Por su parte, en la investigación realizada en Neiva en torno a la depresión infantil, se reportó la cifra más alta en Colombia con mayor número de casos en niños, con un porcentaje de 17.9% (Herrera, Lozada, Rojas & Gooding, 2009).

Es evidente el avance teórico que se ha logrado en la conceptualización de la depresión infantil y su sintomatología. En el departamento del Atlántico se identifica que el suicidio en menores de 18 años, se incrementó en 66,7% en el 2011 con respecto al 2010. En las mismas circunstancias, Barranquilla fue escenario en el 2011; de acuerdo con las estadísticas del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, se presentaron 31 casos de suicidio (Centro de Referencia Regional Sobre Violencia -CRRV-, 2012). Además, esta institución afirma que los suicidios en Barranquilla, entre adolescentes y jóvenes se ha incrementado (CRRV, 2011 p. 2), lo que hace necesario resaltar lo mencionado por Gould et al. (citado por Herrera et al., 2009) quien afirma que el 63% de los niños que intentan suicidarse son los más deprimidos.

Los distintos modelos que explican la depresión en adultos extendieron su uso para explicar la depresión infantil luego de su reconocimiento como entidad patológica. Por esta razón no hay un modelo teórico que se haya elaborado específicamente para los niños. Entre los diversos modelos teóricos que se han elaborado solo revisaremos el modelo teórico propuesto por Beck sobre la base del cual se desarrolló el Inventario de Depresión infantil de Kovacs (citado por Ramírez, 2009). Entre los aportes más sobresalientes de Beck para explicar la depresión puede mencionarse la triada cognitiva, los esquemas y los errores cognitivos.

El modelo de terapia cognitiva de Beck, Rush, Shaw y Emery (1983) mantiene que los

trastornos psicológicos, provienen con frecuencia de la manera errónea de pensar formando distorsiones cognitivas, derivadas de creencias o “significados personales” tácitos, aprendidos a menudo en las experiencias de la vida infantil, accediendo a un segundo sistema cognitivo de tipo emocional, que por distintos eventos vitales activan dichos significados latentes que irrumpen en el pensamiento racional a través de los “pensamientos automáticos” que son involuntarios (Kirszman, 2004).

Según lo planteado por Beck, Rush, Show y Emery (citado en Caballo & Simón, 2003); el sujeto que desarrolla una depresión sufrió experiencias tempranas negativas que generan en sus pensamientos esquemas cognitivos inadecuados o pensamientos irracionales, activándose los esquemas en circunstancias similares, apareciendo la triada de la depresión: la cual es considerada como la visión negativa de uno mismo, del mundo y del futuro. En tal sentido, el modelo cognitivo enfatiza en el rol de las creencias de los estilos inferenciales o de los sesgos en el procesamiento de la información como factores de vulnerabilidad que incrementan el riesgo de sufrir depresión cuando las personas experimentan eventos de vida estresantes (Silberman & Aguado, 2005).

Asimismo, se evidencian algunos componentes asociados a los síntomas objetivos de la depresión, en los que el terapeuta puede centrarse en uno de ellos o en la combinación de varios, para conseguir la modificación del síndrome depresivo. Estos componentes se relacionan entre sí, por lo que la mejoría en una de las áreas problemáticas afecta a las demás. Por consiguiente, se describen los síntomas objetivos en alguna de las siguientes categorías según Beck et al. (1983): *Síntomas afectivos* (pérdida de alegría); *Síntomas motivacionales* (tendencia a la evitación de actividades constructivas y cotidianas); *Síntomas cognitivos* (percepción de los problemas

como abrumadores, autocrítica, y pensamientos absolutistas de “todo o nada”); *Síntomas conductuales* (pasividad e inactividad, evitación o huida del contacto social); *Síntomas fisiológicos o vegetativos* (alteraciones del sueño, del apetito y/o tensión motora). Por tal motivo, según lo referenciado es necesario que durante el proceso terapéutico se delimiten los síntomas objetivos concretos, permitiendo que la selección de un objetivo central ayude a identificar los problemas principales que percibe el paciente y la posibilidad de resolver con prontitud y facilidad dicha situación problema. Asimismo, el procedimiento de centrarse en los problemas se fundamenta en descomponer el complejo fenómeno de la depresión en sus problemas constituyentes, identificar los problemas concretos que se van a abordar y determinar el tipo de intervención terapéutica del paciente.

Método

El estudio es de tipo cuantitativo de corte transversal, fundamentado bajo el paradigma empírico-analítico que busca predecir, explicar y controlar los fenómenos, permitiendo de esta forma la creación de leyes generales por las que se rigen los fenómenos. De acuerdo con el objetivo, la investigación es de tipo descriptivo, pues se pretende seleccionar características principales del objeto de estudio (Cerde, 2000). Por ende, en este caso se pretende describir la sintomatología de depresión infantil, que puedan estar presentando niños y niñas de colegios de la ciudad de Barranquilla. Para tal fin, se pretende medir las dimensiones de este fenómeno, lo que permitirá describirlo. En este orden de ideas, el diseño fue de corte no experimental en donde se realiza un estudio sin la manipulación deliberada de las variables y en los que solo se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos (Hernández, Fernández, & Baptista, 2006).

Participantes

Los participantes fueron estudiantes pertenecientes a dos colegios de la ciudad de Barranquilla. Los cursos que se tomaron como referencia fueron 4° y 6°, con un número total de 852 estudiantes, empleando un marco muestral de 265 estudiantes. A partir de los filtros establecidos por efecto de solicitud del consentimiento informado a sus padres y/o representantes legales, se consolidó una muestra de 178 estudiantes. La muestra cuenta con un 95% de confianza y un margen de error del 6,5%, aunque se haya presentado este promedio de error muestral, la sistematicidad de la muestra no cambia. A continuación se presentan las especificaciones del diseño muestral en la tabla 1. Para el cálculo del tamaño muestral se asumió un escenario de máxima varianza con proporciones estimadas ($p=q=0.5$), orientado a garantizar la representatividad de la muestra de estudio.

Tabla 1. Estimación del Diseño Muestral del Estudio

Población (N)	854
Nivel de Confianza (1-A)	95%
Precisión (D): Margen de Error Muestral	6,5%
Proporción (Valor Aproximado del Parámetro).	0,5
Tamaño Muestral (N)	178

Fuente: Autores (2013)

Instrumento

Como Instrumento se empleó el Cuestionario de Depresión Infantil (CDI), con el fin de evaluar el grado de síntomas de depresión que posean los niños. Según, Herrera, Nuñez, Tobón y Arias (2009) el instrumento encontrado en la literatura científica que posee mayor confiabilidad es el CDI de Kovacs (1992). Este inventario consta de 27 preguntas con un formato tipo likert con tres posibilidades de respuesta, 0 ausencia de síntomas, 1 síntomas moderados, 2 síntomas severos (Vinaccia, Gaviria, Atehortua, Martínez, Trujillo & Quiceno, 2006).

Procedimiento

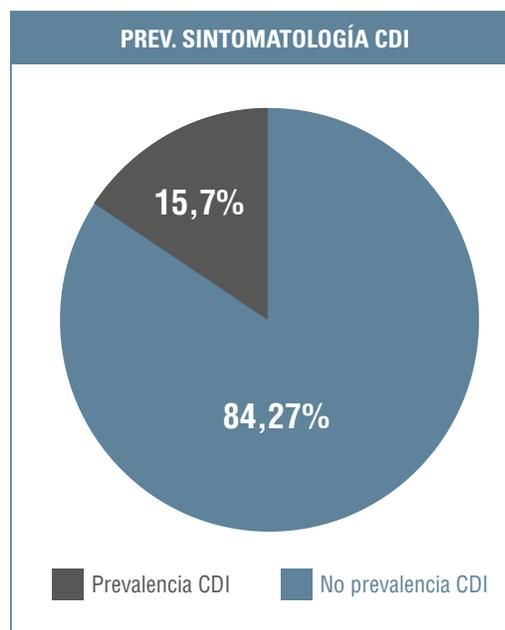
Como primera medida se contactó a los coordinadores de disciplina de las dos instituciones públicas seleccionadas, a quienes se les dio a conocer el propósito del proyecto y los pasos a seguir. En segunda instancia, se acordó una cita con los rectores de dichas instituciones para solicitar su aprobación. De acuerdo a las listas de asistencia, se seleccionó la muestra. Se citó a los padres de familia de los estudiantes escogidos y se les solicitó consentimiento informado. A los padres de familia que no asistieron a la reunión se les envió por medio de los estudiantes el formato del consentimiento informado. Posteriormente, se contó con la colaboración de los docentes para aplicarles el instrumento CDI, a los estudiantes. El tiempo de aplicación fue aproximadamente 20 minutos. Se obtuvieron los resultados con la ayuda del Sistema SPSS, para proceder a su discusión.

Resultados

A continuación se presentan los principales hallazgos derivados del análisis de prevalencia relacionados con la presentación de la sintomatología de depresión infantil, en función de las principales variables tales como género, edad, escolaridad.

En los resultados de los puntajes generales derivados de la aplicación del Cuestionario de Depresión Infantil (CDI) de Kovacs (1992), se

Figura 1. Prevalencia de sintomatología de depresión infantil



Fuente: Autores (2013)

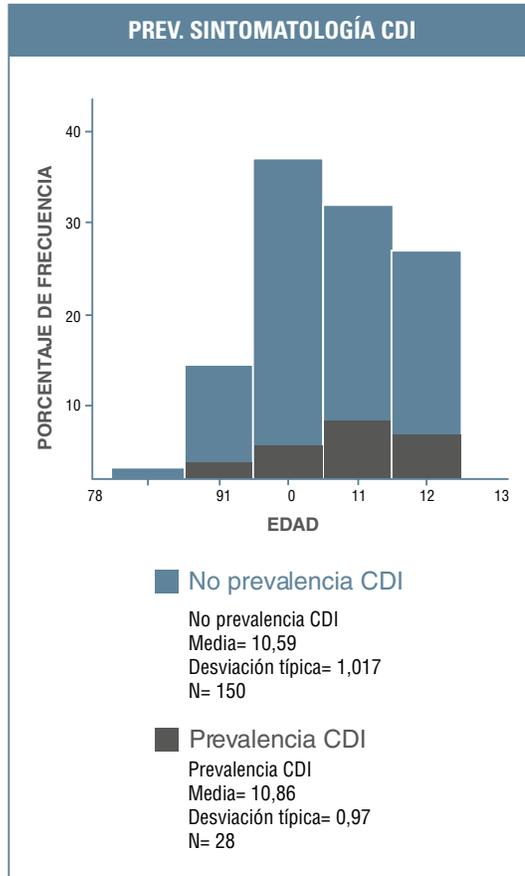
tomó como criterio de referencia un punto de corte de 19 en consistencia con los parámetros de la escala. De acuerdo con estos resultados se encontró que la prevalencia de sintomatología de la Depresión Infantil fue de 15,73%, lo cual equivale a 28 estudiantes entre 8 a 12 años de edad.

La prevalencia de depresión en el género femenino se observó en un 18,60%, mientras que en los hombres se evidenció un 13,04%. De

Tabla 2. Prevalencia de sintomatología de depresión infantil

PREV. SINTOMATOLOGÍA CDI					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Prevalencia Sintomatología	No prevalencia CDI	150	84,3	84,3	84,3
	Prevalencia CDI	28	15,7	15,7	100,0
	Total	178	100,0	100,0	

Fuente: Autores (2013)

Figura 2. Prevalencia de sintomatología de depresión infantil por edad

Fuente: Autores (2013)

Tabla 3. Análisis comparativo de los niveles de prevalencia de la sintomatología de depresión infantil en función de los factores analíticos del CDI

Factor	% Con Prevalencia	% Sin Prevalencia
F1 Humor Negativo	17,42%	82,58%
F2 Ineficacia	12,36%	87,64%
F3 Autoestima Negativa	29,8%	70,2%
F4 Retraimiento Social	20,22%	79,78%
F5 Pesimismo	11,2%	88,8%

Fuente: Autores (2013)

acuerdo con estas tendencias se puede identificar que el género femenino presentó un mayor nivel de prevalencia con respecto al género masculino, con una diferencia de 5.56%; adicionalmente estos datos permiten resaltar que la sintomatología de la depresión infantil está presente tanto en hombres como en mujeres. Particularmente, en los resultados correspondientes por género se reportó dentro del factor del retraimiento el ítem relacionado con la afirmación: “*Muchas veces me preocupa el dolor y la enfermedad*” de forma significativa tanto en las niñas, como en los niños, siendo cercano al 80% de los casos.

La figura 2, permite identificar que se presenta mayor prevalencia de sintomatología de depresión infantil a los 11 años con un porcentaje de 6.18%, seguido de la edad de 12 años con un 4.49%; asimismo, la edad de 10 años refleja un 3.37%; la edad de 9 muestra una prevalencia de sintomatología en 1,69% y a diferencia de los 8 años de edad con poco porcentaje el cual se referencia en 1,12%.

En relación con el análisis de la prevalencia en función del grado escolar se presentó un mayor número de estudiantes con sintomatología de depresión infantil en sexto grado, con una prevalencia de 7.30%, seguido de quinto grado con una porcentaje de 4.49%. Por último, cuarto grado muestra una prevalencia de 3.93%. Complementariamente, frente al análisis asociado con el estrato socioeconómico se identificó dentro de la muestra de estudio un porcentaje del 6,18% de los casos en el estrato uno, seguido por el estrato dos con un 5.62% y finalmente, el estrato tres con un 3.9% de niños con sintomatología de depresión infantil.

La tabla 3, presenta un análisis comparativo de los niveles identificados de prevalencia en la muestra de estudio, en función de los cinco factores analíticos del CDI, identificando sus

mayores tendencias de prevalencia en los factores 3 y 4, correspondientes a la Autoestima Negativa (29,8%) y el Retraimiento Social (20,22%), mientras que los menores niveles se identificaron en los factores 5 y 2, correspondientes al Pesimismo (11,2%) e Ineficacia (12,36%), finalmente se puede identificar que el factor 1, correspondiente al Humor Negativo (17,42%) reportó un nivel intermedio de prevalencia con relación a los demás factores analíticos.

Discusión

Los hallazgos del presente estudio corresponden a una muestra de 178 estudiantes de dos colegios del sector oficial, distribuida porcentualmente en un 48.31% del género femenino y un 51.69% en el género masculino, evidenciando de esta manera una prevalencia de sintomatología de depresión infantil del 15.73% equivalente a 28 estudiantes. Se empleó el Inventario de Depresión Infantil CDI de Kovacs (1992). Con respecto a la confiabilidad de la prueba evaluada mediante el coeficiente de Alfa de Cronbach, se puede observar que alcanza un nivel aceptable con un puntaje de 0.83, lo cual demuestra que es un instrumento que se adecua a la población de la ciudad de Barranquilla y que puede medir de forma confiable la sintomatología asociada con la depresión infantil reportada en la muestra del presente estudio con niños y niñas entre los 8 y 12 años de edad.

Como se mencionó anteriormente, en Colombia se han llevado a cabo diversas investigaciones sobre la prevalencia de la depresión infantil. En particular los hallazgos identificados en relación con los niveles de prevalencia, son cercanos a los porcentajes de depresión estimados. Según Herrera, Losada, Rojas, y Gooding (2009), en una investigación llevada a cabo en la ciudad de Neiva (Colombia) con una muestra de 1832 niños entre los ocho y once años de edad; mostró una prevalencia de 17,09%.

Igualmente se evidencia su consistencia con el estudio de Beltrán et al. (2011) realizado en Cajicá (Colombia), con una muestra de 100 estudiantes entre 9 y 12 años de edad, en la que se encontró una prevalencia de 16%. Estos referentes empíricos guardan una tendencia similar con los resultados reportados en el presente estudio con un nivel de prevalencia estimada en el 15.73% de los casos. En este orden de ideas los tres estudios desarrollados en diferentes regiones del país presentaron un rango de prevalencia que oscila aproximadamente entre el 15% y el 17% de los casos.

Por otra parte, se identificó un referente empírico adicional con la investigación realizada por Vinaccia, Gaviria, Atehortua, Martínez, Trujillo y Quiceno (2006), en la Ceja (Antioquia), la cual mostró que el nivel de prevalencia con respecto a la sintomatología de depresión infantil era del 12%, siendo una cifra levemente inferior en comparación con los resultados obtenidos en los estudios anteriormente mencionados.

Desde una perspectiva crítica, tal como lo plantean Abello y Cortés (2012) uno de los principales problemas contemporáneos en relación con el abordaje de estos cuadros clínicos, obedece a la necesidad de contar con estrategias que apoyen la evaluación funcional de los trastornos afectivos desde una perspectiva multidimensional que apoye no solamente la medición y evaluación, sino que también sirva como insumo para orientar los procesos de intervención.

Teniendo en cuenta que las cifras arrojadas superan los niveles de prevalencia en las investigaciones a nivel mundial, reportadas con un porcentaje de 8% y 10% (Herrera, Núñez, Tobón & Arias, citados por Beltrán & Mora, 2011); puede señalarse que el nivel de prevalencia estimado en este estudio se debe a que la muestra fue tomada únicamente de estratos socioeconómicos bajos, lo cual ha sido un

factor característico en las investigaciones de depresión infantil realizadas en Colombia. Tal es el caso de la investigación realizada en la ciudad de Bucaramanga en la que se muestra una mayor prevalencia de depresión infantil en colegios oficiales de estratos socioeconómicos bajos (Mantilla, Sabalza, Díaz & Campo, 2004). Por otro lado, en la investigación realizada por Gómez, Cassiani, Márquez y Argüello (2012) sobre depresión infantil realizada en la ciudad de Cali, la muestra estuvo conformada solo por estudiantes de una institución educativa de estrato socioeconómico bajo.

Es así como a pesar de que en esta investigación no se establecen marcadas diferencias entre la prevalencia de sintomatología de depresión infantil y el estrato socioeconómico, el orden de mayor a menor prevalencia se presenta en el estrato uno, con un porcentaje de 6.18%. Asimismo, en segunda medida el estrato dos arrojó un 5.62% y por último, el estrato tres obtuvo un 3.9%, cifras que soportan la hipótesis: en cuanto menor nivel socioeconómico, mayor riesgo de aparición de sintomatología de depresión infantil. De acuerdo a los resultados señalados Del Barrio (2007) sostiene que las perturbaciones infantiles frecuentemente tienen mayor prevalencia en las clases sociales bajas, debido a que se presupone que los niños con estas características vivieron experiencias menos agradables, el apoyo social es reducido y hay menor posibilidad de solventar cierto tipo de necesidades. Del mismo modo, resalta que las influencias que tiene la clase social baja sobre la aparición de una depresión infantil se incrementa en los inicios de la adolescencia.

Por su parte Kessler (citado por Rodríguez, 2010) señala que el bajo nivel socioeconómico está relacionado a un mayor número de eventos vitales negativos, lo que incrementan la posibilidad de cualquier trastorno mental, principalmente el depresivo. Contrariamente,

Costello (citado por Rodríguez, 2010) observó que la presencia de trastornos depresivos en población general era independiente del estrato socioeconómico.

En este aspecto se considera que las próximas investigaciones deben tener en cuenta una muestra compuesta por estratos socioeconómicos de diferente índole, para de esta manera realizar estudios comparativos y poder afirmar con mayor argumentación si la sintomatología de depresión infantil se presenta con mayor frecuencia en los estratos socioeconómicos bajos, o si por el contrario también tiene una presencia significativa con características propias en los estratos más altos.

Con referencia a los resultados del CDI por género, en este estudio fue aplicado a 86 niñas y a 92 niños. Los resultados arrojan que las niñas presentan mayor nivel de prevalencia representado en 18,60%, a diferencia del género opuesto con un 13,04%. Se puede distinguir que las diferencias con respecto a la prevalencia de sintomatología de depresión infantil entre los géneros no son tan significativas, lo que indica que dicho fenómeno afecta a ambos sexos de manera proporcional. Paralelamente a esto, en las investigaciones llevadas a cabo en países de América del Norte, en Alemania y en España se evidencia que las niñas tienden a mostrar puntuaciones más altas en la sintomatología de depresión que los niños (Vinaccia, Gaviria, Martínez, Atheortúa & Trujillo, 2006).

A través de la revisión de las investigaciones mencionadas en este estudio, se ha afirmado que la etapa inicial de diferenciación en cuanto al género y la prevalencia de síntomas significativos de depresión se presenta en el inicio de la adolescencia. Nolen-Hoeksema y Girgus (citado en Beltrán et al., 2011) señalan que los factores biológicos y sociales que se presentan en la pubertad son mayores para las niñas que para los

niños, permitiendo de esta manera que se originen diferencias significativas entre los géneros en la presencia de depresión. Beltrán et al. (2011) también explica que: “El sexo femenino es un fuerte predictor para desarrollar depresión infantil en un futuro, junto con problemas de interiorización como la ansiedad y pensamientos suicidas, puesto que son ellas las que acuden con mayor frecuencia a ayuda psicológica” (p. 40).

En este estudio las edades que presentaron mayor prevalencia de sintomatología depresiva fueron las de 11 y 12 años de edad con prevalencias de 6.18% y 4.49% respectivamente. Estos datos evidencian que la aparición de sintomatología depresiva aumenta con la edad, puesto que las edades con mayor prevalencia son las que están relacionadas con la pubertad, por todos los cambios biológicos y psicosociales ya mencionados. Además, Steinberg (citado en Del Barrio, 2007) señala que en las investigaciones relacionadas con la temática de la depresión infantil, se denota un aumento en la tasa de depresión y de la sintomatología; de igual forma, resalta que los autores en esta etapa muestran índices elevados de prevalencia.

Con relación a los factores evaluados puede decirse que a nivel de la muestra general, el factor que presentó mayor prevalencia fue el de autoestima negativa con una prevalencia de 29.8%, seguido del retraimiento social con una prevalencia de 20.2%, los cuales son considerados de acuerdo al estudio como las características predominantes en la sintomatología de depresión infantil en las dos instituciones del sector oficial de la ciudad de Barranquilla. Este resultado es similar a la investigación realizada en Neiva sobre prevalencia de depresión infantil, en ella los factores con mayor puntuación fueron los dos

ya mencionados. Sin embargo en esta investigación, el factor con mayor prevalencia fue el retraimiento social (Herrera, Lozada, Rojas & Gooding, 2009). Por su parte, en los niños que presentan sintomatología de depresión infantil, y que obtuvieron un puntaje superior a 19 puntos en el Inventario de Depresión Infantil aplicado, el factor con mayor prevalencia es el de autoestima negativa. En tal sentido Herrera, et al. (2009) plantea que las características asociadas con la baja autoestima afectan el autoconcepto y la autoimagen con ideas asociadas a la desvalorización, el pesimismo y el retraimiento conllevando a un patrón de aislamiento social.

Un aporte que soporta este resultado es el arrojado en la investigación realizada por Del Barrio (1994) sobre autoestima y depresión en niños, en el que se concluye que existe una correlación negativa entre autoestima y depresión, es decir, entre mayor sea el nivel de depresión, menor autoestima se presentará en las personas. De este modo es de gran importancia que este factor sea estudiado con mayor detalle en próximas investigaciones, para que permita generar pautas de intervención en la población infantil.

Es de gran importancia tener en cuenta el contexto educativo donde se desenvuelven los niños con sintomatología de depresión infantil, pues muchas de las consecuencias repercuten en su proceso académico. Entre estos aspectos Lucci (2010) señala que a veces los estudiantes no pueden ni siquiera reunir la energía para levantarse de la cama por la mañana, por lo que el ausentismo escolar puede convertirse en un problema. En este sentido, se recomienda mayor atención al aspecto educativo relacionado con la depresión infantil.

Referencias

- Abello, L. D. & Cortes, P. O. (2012). Diseño de escala multidimensional de trastornos afectivos EMTA: Análisis psicométrico de confiabilidad y validez. *Psicología desde el caribe*, 29 (3). Recuperado de http://www.sci.unal.edu.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-417X2012000300002&lng=es&nrm=iso
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B. & Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Buenos Aires: Bilbao.
- Beltrán, G., Mora, C. & Gantiva, C. (2011). *Prevalencia de la depresión infantil en un grupo de estudiantes entre los 9 y 12 años de un colegio del municipio de Cajicá*. Recuperado de <http://intellectum.unisabana.edu.co:8080/jspui/bitstream/10818/1339/1/Giormary%20Beltr%C3%A1n%20Osorio.pdf>
- Centro de Referencia Regional sobre Violencia. (2012). Boletín Epidemiológico Lesiones Fatales en el Departamento del Atlántico. *Boletín CRRV Norte*, 4 (8) Recuperado de <http://www.medicinalegal.gov.co/images/stories/root/CRNV/boletinesregionales/BELF2011Atlantico.pdf>
- Centro de Referencia Regional sobre Violencia. (2011). Suicidios en el área metropolitana de Barranquilla. *Boletín CRRV Norte*, 3 (7). Recuperado de <http://www.medicinalegal.gov.co/images/stories/root/CRNV/boletinesregionales/BOLETINSUICIDIOBARRANQUILLA.pdf>
- Caballo, V. & Simón, M. (2003). *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente. Trastornos generales*. Madrid: Piramides.
- Cerda, H. (2000). *Los elementos de la investigación, como reconocerlos, diseñarlos y construirlos*. Bogotá: El Buho.
- Del Barrio, V. (1994). Autoestima y depresión. *Revista de psicología general y aplicada*. 47 (4), 471-476. Recuperado de <http://www.dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2385363.pdf>
- Del Barrio, M. (2007). *El Niño Deprimido*. Barcelona: Ariel.
- Gómez, A. J., Cassiani, M. C., Marquez, Q. L. & Argüello, S. A. (2012). Prevalencia depresiva en estudiantes de séptimo grado de una institución educativa en Cali, Colombia. Prueba piloto. *Revista Ciencias Biomedicas*, 3 (2). Recuperado de <http://www.revistacienciasbiomedicas.com/index.php/revciencbiomed/article/view/208>
- Hernández, S., Fernández, C. C. & Baptista, L. (2006). *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw Hill.

- Herrera, M. E., Losada, Y. L., Rojas, L. A. & Gooding, L. P. (2009). Prevalencia de la depresión infantil en Neiva (Colombia). *Avances en psicología Latinoamericana*, 27 (1). Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/799/79911627011.pdf>
- Herrera, M. E., Nuñez, R. A., Tobón, S. & Arias, H. D. (2009). Análisis bibliométrico de la depresión infantil. *Pensamiento Psicológico*, 5 (12). Recuperado de <http://revistas.javerianacali.edu.co/index.php/pensamientopsicologico/article/view/105/313>
- Kirszman, D. (2004). *Psicoterapia cognitiva de la depresión*. Recuperado de <http://www.redsistemica.com.ar/kirszman.htm>
- Kovacs, M. (1992). *Children Depression Inventory (CDI) manual*. Toronto: Multi-Health Systems.
- Lucci, N. (2010). Addressing the disorder of child and adolescent depression through the use of cognitive- behavioral therapy in schools and providing benefit to students in the general population. *Rivier Academic Journal*, 6 (1). Recuperado de <http://www.rivier.edu/journal/ROAJ-Spring-2010/J379-Lucci.pdf>
- Mantilla, M. L., Sabalza, P. L., Díaz, M. L. & Campos, A. A. (2004). Prevalencia de sintomatología depresiva en niños y niñas escolares de la ciudad de Bucaramanga, Colombia. *Revista Colombiana de psicología*, 33 (2). Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/806/80633205.pdf>
- Ramírez, B. R. (2009). *Adaptación del inventario de depresión infantil de Kovacs en escolares de la ciudad de Cajamarca*. Recuperado de http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/409/RAMIREZ_BARRANTES_RENATO_ADAPTACION_INVENTARIO_DEPRESION.pdf?sequence
- Rodríguez, S. (2010). Relación entre el nivel socioeconómico, apoyo social percibido, género y depresión en niños. *Interdisciplinaria*, 27 (2). Recuperado de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1668-70272010000200005
- Silberman, R. & Aguado, H. (2005). *Procesos cognitivos y depresión infantil: Algunos lineamientos hacia los padres*. Recuperado de <http://www.hhv.gob.pe/revista/2005/7%20PROCESOS%20%20COGNITIVOS%20Y%20%20DEPRESION%20INFANTIL.pdf>
- Vinaccia, S., Gaviria, A. M., Atehortúa, L. F., Martínez, P. H., Trujillo, C. & Quiceno, J. M. (2006). Prevalencia de depresión en niños escolarizados entre 8 y 12 años del oriente antioqueño a partir del “child depression inventory” -CDI-. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 2(2), 217-227. Recuperado de <http://www.rdalyc.org/articulo.oa?id=67920203>