

# El estudio de los trastornos emocionales en la infancia colombiana

Cesar Argumedos<sup>1</sup>, Diego Pérez<sup>2</sup>, Kelly Romero-Acosta<sup>3</sup>

Fecha: Recibido noviembre 10 de 2014 - Aceptado diciembre 10 de 2014

## Resumen

La alta prevalencia de trastornos mentales en Colombia, sumada a la situación de violencia por la que atraviesa el país, son factores de riesgo incidentes para el desarrollo de algunas psicopatologías, como la ansiedad y la depresión. Este estudio tiene como objetivo conocer el estado de los trabajos de investigación realizados en Colombia desde el año 2000 hasta 2014, teniendo en cuenta las variables “trastornos emocionales” (ansiedad/depresión) e “infancia”. Para tal fin, se realizó una búsqueda bibliográfica exhaustiva en diferentes bases de datos y en revistas científicas indexadas a nivel nacional. Los resultados revelan una tendencia en el estudio de la depresión infantil en comparación con la ansiedad, sobre todo desde los años 2006 hasta 2009. La mayor parte de investigaciones encontradas utilizaron instrumentos de auto-informe para evaluar la sintomatología. En el presente trabajo se reflexionará acerca de los hallazgos encontrados y además se plantearán futuras directrices de investigación sobre los trastornos emocionales en la infancia colombiana.

**Palabras clave:** ansiedad, depresión, niños.

## The study of emotional disorders in Colombian childhood

### Abstract

The high prevalence of mental disorders in Colombia and the situation of violence characteristic of this country, are both risk factors for the development of some psychopathologies such as anxiety and depression. The current study aimed to know about the state of research realized in Colombia since 2000 to 2014 considering the following variables: “emotional disorders” (anxiety/depression) and “children”. For this purpose, an exhaustive bibliography research was done in some databases and indexed national journals. The results reveal a trend in the study of children depression in comparison with anxiety, especially from 2006 to 2009. The most of studies used self-report questionnaires to assess symptomatology. In this paper, results will be reflected and future research directions will be discussed related to the study of emotional disorders in Colombian childhood.

**Keywords:** anxiety, depression, children.

<sup>1</sup>Estudiante de VIII semestre de Psicología de la Corporación Universitaria del Caribe – CECAR.

<sup>2</sup>Estudiante de VIII semestre de Psicología de la Corporación Universitaria del Caribe – CECAR.

<sup>3</sup>Psicóloga y Doctora en Psicopatología de niños, adolescentes y adultos. Docente Investigadora de la Corporación Universitaria del Caribe – CECAR. [kelly.romero@cecar.edu.co](mailto:kelly.romero@cecar.edu.co)

## Introducción

En los últimos años, el estudio de los trastornos mentales se ha constituido en un importante foco de atención, mostrándose así, ya no solamente como responsabilidad exclusiva y direccionada hacia los distintos profesionales que pertenecen al área de la salud (física y/o mental), sino también, para otros sectores menos especializados, los que las han considerado un objeto de análisis y preocupación; entre ellos, el gobierno nacional. En Colombia, tal relevancia se ha hecho manifiesta a partir de la promulgación de la Ley 1616 del 21 de enero de 2013, en esta, se enfatiza la promoción de la salud mental y la prevención del trastorno mental, priorizando en la población de niños, niñas y adolescentes.

Según el último estudio sobre salud mental, publicado en el año 2005 (Ministerio de Protección Social, 2005) en Colombia, los trastornos mentales presentaron una prevalencia del 40.1%, destacándose como principales, los trastornos de ansiedad y los trastornos del estado del ánimo. Los índices de prevalencia fueron de 19.3% y de 15% respectivamente.

La ansiedad y la depresión son trastornos que causan altos niveles de deterioro en diferentes dimensiones de la vida de los individuos. En niños y adolescentes, suelen afectar el rendimiento escolar, la calidad de las relaciones interpersonales y el disfrute del tiempo libre (Muckenhaupt, 2000; Toros, Bilgin, Bugdayci, Sasmaz, Kurt, et al., 2004). Según Axelson y Birmaher (2001), los infantes con ansiedad, depresión o ambos trastornos, pueden informar tener distorsiones cognitivas, humor depresivo, anhedonia, entre otros síntomas. En efecto, los períodos de depresión pueden causar déficits en la memoria a corto plazo y en el desarrollo de tareas que requieren un esfuerzo en el procesamiento de la información (Colby & Gotlib, 1988). También, los niños con ansiedad pueden ser más propensos a anticipar el fracaso y a percibirse ellos mismos como pésimos estudiantes; esto influye en la adopción de actitudes de rechazo escolar y a la sobrecarga de estrés (Duchesne, Vitaro, Lorose & Tremblay, 2008).

Entre los factores de riesgo para desarrollar trastornos de ansiedad y de depresión, se han encontrado la edad, el género, el estrato socio-económico, la historia psiquiátrica, el funcionamiento familiar y los acontecimientos vitales estresantes tales como: la muerte de un ser querido, vivir desastres naturales o guerras, entre otros (Angold, 1988; Ferreira et al., 2012). Colombia es un país que ha sido azotado por la guerra desde hace varias décadas. Esta situación puede generar altos niveles de acontecimientos vitales estresantes en los ciudadanos, y estos a su vez, puede desembocar en la presencia de trastornos emocionales en los individuos que sufren estas situaciones de estrés. En este sentido, la salud mental de los niños víctimas de situaciones de violencia extrema puede verse afectada.

Son varios los motivos que suscitan el interés por realizar este trabajo de investigación teórica. Entre ellos se encuentran: la alta prevalencia de los trastornos mentales en población colombiana y la situación de violencia en la que se encuentra el país. Estas razones podrían constituirse en un factor de riesgo que conduzca al desarrollo de trastornos emocionales en los niños (as). A partir de este punto se genera la pregunta: ¿Se investiga sobre los trastornos emocionales en Colombia? ¿Cuál es el estado de las investigaciones sobre ansiedad y depresión en la infancia colombiana?

En una situación de conflicto y de guerra como la que se vive Colombia, sería interesante conocer qué tanto se estudian los trastornos emocionales teniendo en cuenta la población de niños y niñas. El presente trabajo abordará los temas de la ansiedad y de la depresión a partir de los trabajos investigativos realizados en población infantil colombiana; se describirá lo que se ha encontrado; se describirán los instrumentos de medición utilizados y además, se presentarán algunas ideas que sirvan de guía para que futuros investigadores puedan proponer nuevas alternativas investigativas al momento de realizar trabajos que involucren este tipo de trastornos emocionales.

## Metodología

Se realizó la búsqueda bibliográfica en las bases de datos (Scopus y Psycodoc) y en 24 revistas científicas indexadas a nivel nacional, estas fueron seleccionadas según el documento publicado por Ardila y Pérez-Acosta en 2010 quienes presentan a partir de su artículo, una tabla de referencia que permite ubicar a los futuros investigadores en las fuentes de información científicamente recomendables de acuerdo con los criterios establecidos por Colciencias.

Se consideró como variable de estudio a los trastornos emocionales (ansiedad/depresión); para ello, se realizaron dos búsquedas simultáneas con las palabras claves: ansiedad, niños, Colombia y depresión. De las dos búsquedas, se encontró un total de 379 artículos publicados desde el año 2000 hasta mayo de 2014. No todos los artículos cumplieron los siguientes criterios de inclusión: trabajos investigativos cuyo objeto de estudio haya sido ansiedad y/o depresión en población infantil de 0 a 12 años, y estudios realizados en Colombia o por autores colombianos. En total se seleccionaron quince artículos, de los cuales seis correspondían a las variables ansiedad, niños, Colombia y nueve a depresión, niños, Colombia. Los objetivos del presente trabajo son: determinar el estado de los estudios sobre trastornos

emocionales (ansiedad/depresión); publicar y describir los resultados de las investigaciones y proponer nuevas líneas alternativas para el desarrollo de futuros trabajos investigativos.

## Resultados

### *Generalidades de este estudio*

En líneas generales, se encontraron más estudios sobre la depresión que sobre la ansiedad. Además, hubo un aumento de estudios de la depresión del año 2006 al año 2009. Solo se encontró un estudio que se interesara por el trastorno de ansiedad, sin estar acompañado de la depresión. El gráfico 1 muestra más detalladamente esta información.

También, se halló una alta prevalencia de estudios a nivel cuantitativo. Entre esos trabajos, se han encontrado varios estudios que miden la prevalencia de síntomas depresivos utilizando el Children's Depression Inventory (Kovacs, 1983) como instrumento de medida. Cabe destacar que no se encontró ningún trabajo cualitativo que estudiara los trastornos emocionales en la infancia. La tabla 1 muestra esta información de manera más detallada.

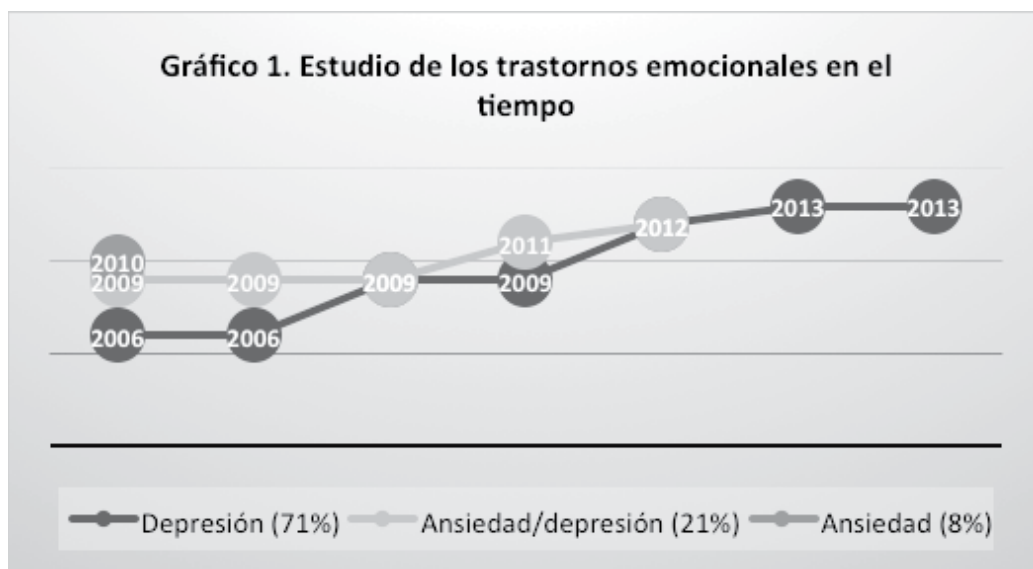


Gráfico 1. Elaboración propia

**Tabla 1.** Estudio de los trastornos emocionales en Colombia

<b>Autores</b>	<b>Temática de estudio</b>	<b>Tipo de estudio</b>
Gómez et al. 2004	Depresión infantil, CDI.	Cuantitativo
Cuervo, et al., 2006	Tristeza, depresión y autorregulación en niños.	De reflexión
Vinaccia, et al., 2006	Prevalencia depresión infantil	Cuantitativo
Herrera, et al., 2009	Prevalencia de síntomas de depresión infantil en Colombia	Cuantitativo
Rodríguez, et al., 2009	Ansiedad, depresión, factores contextuales	Cuantitativo
Herrera M., et al., 2009	Análisis bibliométrico de la depresión infantil	Bibliométrico
Cuevas, et al., 2009	Ansiedad, depresión, agresión y delincuencia	Cuantitativo
Moreno, et al., 2009	Trastornos internalizantes y rendimiento académico	Cuantitativo
Crane, et al., 2010	Ansiedad, niños, transcultural	Cuantitativo
Utria, et al., 2011	Alteraciones neuropsicológicas y estados emocionales	Cuantitativo
Calderon, et al., 2012	Atención, memoria, trastorno de estrés postraumático (TEPT), depresión	Cuantitativo
Gómez, et al., 2012	Aspectos neuropsicológicos y síntomas depresivos	Cuantitativo
Calderon & Barrera, 2013	Depresión, evaluación neuropsicológica, memoria, funcionamiento ejecutivo	Cuantitativo
Vélez-Gómez, et al., 2013	Niños, adolescentes, género, depresión, violencia	Cuantitativo
Abello, et al., 2014	Prevalencia de depresión infantil	Cuantitativo

Fuente: Elaboración propia

### **Los trastornos de ansiedad en la infancia**

Hay un creciente interés por el estudio de los trastornos de ansiedad. Según Vázquez-Barquero (1999), esto se debe a la gran demanda en atención primaria que estos trastornos plantean y a la existencia de una gran variedad de tratamientos que pueden ser efectivos. En realidad, la ansiedad es un mecanismo natural del ser humano que se activa cuando este se encuentra en situación de peligro y le ayuda a sobrevivir al medio. Lastimosamente, puede convertirse en patológica cuando se manifiesta de manera exacerbada para la situación estresante o cuando se expresa en edades no normativas para el individuo.

Echeburúa y Corral (2009) en su libro *Trastornos de ansiedad en la infancia y la adolescencia*, aportan un ejemplo muy apropiado para entender cómo la ansiedad puede ser normativa en la vida de los individuos. Ellos señalan que entre los siete y los ocho meses, los bebés empiezan a experimentar temor ante extraños, y argumentan

que esta conducta se convierte en agente protector cuando el bebé comienza a moverse y a alejarse de la madre; esto quiere decir que es adaptativa. No obstante, cuando los niños crecen y pueden diferenciar entre extraños y conocidos, ya no es necesario este mecanismo de defensa, por tanto, debería desaparecer. En muchos niños en edades escolares, este mecanismo se mantiene en el tiempo y aparece de manera exacerbada cuando se tiene la necesidad de separarse de los padres. Si esta situación se perpetúa en el tiempo y se acompaña de algunas otras características, como por ejemplo, ansiedad excesiva al separarse de los padres a los ocho años, podríamos estar hablando de la existencia de un trastorno de ansiedad.

La ansiedad es frecuente en la niñez y en la adolescencia. La prevalencia de ansiedad en población general infantil puede variar de 2.6% a 47% (Cartwright-Hatton, McNicol & Doubleday, 2006; Romero-Acosta, Canals, Hernández-Martínez, Jané, Viñas et al., 2010; Romero,

2008). En este estudio no se encontraron muchos trabajos sobre la ansiedad infantil en población colombiana. Sin embargo, a partir de las investigaciones halladas, se ha podido obtener una prevalencia de síntomas ansiosos. Esparza y Rodríguez (2009) encontraron un 55.9% de niños con alta sintomatología ansiosa en edades comprendidas entre seis y once años. También, en un estudio transcultural que tuvo en cuenta a niños colombianos de ocho a doce años de edad, (Crane & Campbell, 2010) se encontró una media alta de síntomas ansiosos en niños colombianos ( $M=36.65$ ,  $SD=16.75$ ), en comparación con niños australianos ( $19.00$ ,  $SD=13.90$ ).

### **3. Los trastornos de depresión en la infancia**

La depresión hace parte de los trastornos del estado de ánimo cuya principal característica es el sentido de ánimo depresivo o bajo. Si bien es cierto que la tristeza es uno de los síntomas más relevantes del cuadro depresivo, no es suficiente ni necesario para realizar su diagnóstico (Vázquez-Barquero, 1999). La depresión posee una elevada frecuencia y genera altas tasas de deterioro clínicamente significativo en varias dimensiones de la vida del individuo, en casa, en la escuela, en el trabajo, y/o en las relaciones interpersonales.

La depresión fue por mucho tiempo un trastorno principalmente de adultos. Muchos autores y teorías no aceptaban que la depresión pudiera darse en la infancia. Diversos estudios en la década de los ochenta avalaron la existencia de la depresión en infantes (Monreal, 1988; Ryan, Puig-Antich, Ambrosini, Rabinovich, Robinson et al., 1987) y con ello dieron pie a una nueva línea de investigación. Actualmente se acepta que la depresión infantil es paralela a la del adulto, pero con características propias (Herrera, Losada, Rojas & Gooding, 2009; Herrera, Nuñez, Tobón & Henao, 2009).

En niños y adolescentes, la depresión puede manifestarse con alteraciones de la conducta, fracaso escolar o tristeza atípica. Según Toro y colaboradores (2004), la culpabilidad, la tristeza, la irritabilidad, el sentimiento de vacío y los síntomas somáticos, son manifestaciones características de la depresión infantil. También,

Ruíz y Gómez-Ferrer (2006) señalan que la depresión en la infancia se puede reflejar en la presentación de los siguientes síntomas: humor triste o irritable; ideas predominantes de dolor, culpa y/o inutilidad; baja autoestima; disminución en la concentración y la memoria, y alteraciones del sueño y del apetito.

Durante los períodos depresivos, los niños y adolescentes pueden presentar una visión negativa de sí mismos y del mundo que los rodea; este hecho puede conllevar a explosiones de irritabilidad, a la reducción de la auto-eficacia en la escuela y al uso inefectivo de estrategias de motivación para aprender conceptos escolares nuevos (Muckenhoupt, 2000).

Debido a la importancia que tiene la dimensión emocional en el desarrollo global infantil, se estima necesario profundizar acerca de los diversos problemas emocionales que se pueden presentar a lo largo de la infancia (Esparza & Rodríguez, 2009). En este sentido, este estudio puede ser una gran ayuda para establecer el punto exacto en lo que se refiere al estudio de los trastornos emocionales en la infancia colombiana.

La OMS pronostica que para el 2020 el trastorno depresivo ocupará el segundo lugar entre los trastornos mentales y físicos (OMS, 2003). Además, lo señala como la principal causa de discapacidad y la cuarta causa de morbilidad entre las diez principales causas de morbilidad a nivel mundial.

La prevalencia de depresión ha sido estudiada en Colombia, incluso más que la prevalencia de la ansiedad. Sin embargo, debido al diseño de escalas de cribado o auto-informes y a la carencia de entrevistas diagnósticas validadas que evalúen la psicopatología de la infancia y la adolescencia colombiana, el estudio de la depresión se ha dirigido principalmente a los síntomas depresivos.

En el 2003, Gómez, Alvis y Sepúlveda, encontraron una prevalencia del 9.2% en niños de ocho a once años en la ciudad de Bucaramanga. Dos años después, Vinaccia y su equipo (2006),

hallaron una prevalencia de 25.2% de sintomatología depresiva entre los niños de ocho a doce años, pertenecientes a municipio de La Ceja (Antioquia). Posteriormente, en 2009, autores como Herrera et al., Esparza et al., Cuevas et al., y Moreno et al., hallaron prevalencias del 17.9%, 52%, 14.7% y 25% de síntomas depresivos en niños con edades entre los seis y los once años pertenecientes a las ciudades de Neiva, Bogotá y Cali.

Utría et al., (2011) encontró una prevalencia del 26.1% de sintomatología depresiva en niños bogotanos entre los 8 y 11 años. Gómez y Barrera (2012) llevaron a cabo un estudio sobre los aspectos neurológicos de la depresión infantil. Ellos encontraron una prevalencia de síntomas depresivos de 13.78% en el municipio de Bello (Antioquia). Vélez-Gómez et al., (2013) encontraron prevalencias de un 8.9% en niños de entre los ocho y los doce años de edad, con domicilio en la ciudad de Medellín. Finalmente, Abello et al., (2014) destacan una prevalencia de un 15.7% de síntomas depresivos en niños entre los ocho y doce años, residentes en la ciudad de Barranquilla. En la tabla 2 se muestran los estudios encontrados que suministran una prevalencia de síntomas depresivos en la población colombiana.

### **Instrumentos de medición de la ansiedad**

A continuación se especificarán las pruebas más usadas para medir la ansiedad en la infancia colombiana.

*Escala de ansiedad manifiesta en niños, versión revisada (Children Manifest Anxiety Scale-R, CMAS-R; Reynolds & Richmonds, 1978a).*

Es un auto-informe de 37-ítems, 28 de estos evalúan ansiedad y nueve conforman “la escala de mentiras”, para niños y adolescentes entre 6 y 19 años de edad. Se puede aplicar de manera individual o colectiva. En la puntuación de ansiedad total se consideran una T= 60 como representativa de niveles normales de ansiedad y por encima de ésta, con significación clínica. En cuanto a sus propiedades psicométricas, cabe señalar que los autores informan de coeficientes de consistencia interna de 0,83. Los estudios confirman su validez de constructo, concurrente, divergente y predictiva (Reynolds & Richmonds, 1978b).

*Listado de síntomas de trauma para niños forma A” (Trauma Symptoms Checklist for Children- A, TSCC-A; Briere, 1996a).*

Es un auto-informe de 44 ítems que incluye el estudio de pensamientos, emociones y conductas relacionadas con los cuadros clínicos y la sintomatología psicológica resultante de la exposición a eventos traumáticos. Se utiliza en niños y adolescentes entre 8 y 16 años. Existen dos formas de la prueba: El TSCC que incluye preocupaciones sexuales y el TSCC-A, que

**Tabla 2.** Estudio de la prevalencia de la depresión infantil en Colombia

<b>AUTORES</b>	<b>AÑO</b>	<b>LUGAR</b>	<b>EDAD</b>	<b>PREVALENCIA</b>
Gómez et al.	2004	Bucaramanga	8 - 11 años	9.2%
Vinaccia et al.	2006	La Ceja (Antioquia)	8 - 12 años	25.2%
Herrera et al.	2009	Neiva	8 - 11 años	17.9%
Esparza, et al.	2009	Bogotá	6 - 11 años	52%
Cuevas, et al.	2009	Cali	9 - 14 años	14.7%
Moreno, et al.	2009	Bogotá	8 - 11 años	25%
Utría et al.	2011	Bogotá	8 - 11 años	26.1%
Gómez & Barrera	2012	Bello (Antioquia)	9 - 12 años	13.78%
Vélez, et al	2013	Medellín	8 - 12 años	8.9 %
Abello, et al.	2014	Barranquilla	8 - 12 años	15.7%

Fuente: Elaboración propia

las excluye. El TSCC-A consta de seis escalas clínicas que evalúan *ansiedad (A)*, depresión (D), *estrés postraumático (EPT)*, ira (I) y disociación (DIS), y, dos escalas de validez, la de hipo-respuesta (UND) y la de sobre-respuesta (HYP), que miden la tendencia a negar o sobre-estimar los síntomas.

Los ítems se responden en una escala tipo Likert de 4 puntos (0= nunca, 1= algunas veces, 2= muchas veces y 3= casi siempre). La respuesta al total de los ítems toma un tiempo aproximado de 15 a 20 minutos. Puede ser administrado de manera individual o colectiva. Se califica utilizando puntuaciones T con baremos basados en la edad y el sexo. En las escalas clínicas, a partir de T= 65 las puntuaciones son consideradas clínicamente significativas. Puntuaciones T entre 60 y 65 sugieren dificultades, y a pesar de que poseen carácter sub-clínico son asumidas como sintomatología significativa. Los puntos de corte de las escalas de validez, son T= 70 para hipo-respuesta y T= 90 para sobre-respuesta. Puntuaciones superiores a estos puntos de corte, invalidan el resultado de la prueba (Briere, 1996b). De esta versión, solo se utilizó la forma (A) buscando medir la ansiedad a partir de la escala de estrés postraumático.

*Escala de ansiedad manifiesta en niños revisada CMAS-R de Reynolds y Richmond (1985), subtitulada "Lo que pienso y siento".*

Es un auto-informe que consta de 37 reactivos; su finalidad es valorar el nivel y naturaleza de la ansiedad en niños y adolescentes entre los 6 y 19 años de edad. El CMAS-R puede aplicarse de manera individual o colectiva y cuenta con cuatro sub-escalas que permiten conocer los resultados de la ansiedad en general y también desde su forma específica: a) ansiedad fisiológica, b) inquietud/ hipersensibilidad, c) preocupaciones sociales/ concentración y d) mentira.

Para la aplicación, el evaluador debe pedir al niño o adolescente que responda cada afirmación, encerrando la respuesta en un círculo. Las opciones de respuesta pueden ser "sí" o "no". La respuesta "sí" indica que el reactivo

está describiendo los sentimientos o acciones del niño, mientras que la respuesta "no" indica la nulidad en la descripción del reactivo en mención. Todas las respuestas que se marquen como "sí", se cuentan para determinar la puntuación de ansiedad total. Debido a que los resultados se derivan de las respuestas afirmativas del individuo, una puntuación elevada indica un alto nivel de ansiedad o mentira en esa sub-escala (Buitrago & Briceño, 2009).

*Mini international neuropsychiatric interview for kids (Entrevista neuropsiquiátrica (breve para niños).*

Instrumento diseñado para ser empleado en los servicios de atención primaria en salud mental. Desarrollado por Sheehan y Lecrubier (1998). El MINI, es una prueba que permite realizar un tamizaje clínico de los principales trastornos mentales que aparecen descritos en el DSM IV; consta de 23 módulos (incluyendo uno opcional para diagnóstico de TEPT). Los datos de validación original señalan que, al comparar con los resultados de una entrevista realizada por un psiquiatra, en promedio posee una sensibilidad de 0.86, una especificidad de 0.84, un valor predictivo de casos positivos de 0.75 y un valor predictivo de casos negativos de 0.92 (Calderón & Barrea, 2013 ).

*La escala de ansiedad Spence para niños (SCAS, Spence, Barrett & Turner, 2003).*

Es un cuestionario diseñado para examinar los síntomas de ansiedad en niños. Consta de 44 ítems; 38 evalúan los síntomas de ansiedad específica, tales como la ansiedad de separación, ansiedad generalizada, trastorno obsesivo-compulsivo, ataque de pánico, agorafobia y miedo a lesiones físicas; 6 ítems que se han incluido con el fin de reducir la predisposición a una respuesta negativa (Spence et al., 2003). Para que el evaluado desarrolle esta prueba, sólo debe marcar sus respuestas en una escala de 4 puntos, en donde 0 indica nunca, 1 a veces, 3 frecuentemente y 4 siempre. El resultado final se obtiene sumando la puntuación total de los 38 ítems diseñados para medir los síntomas de ansiedad.

La SCAS se caracteriza además por sus buenas propiedades psicométricas. Este cuestionario auto aplicado ha demostrado ser una escala confiable y válida (Spence et al., 2003). Así mismo, en estudios previos se han logrado comprobar sus propiedades psicométricas (Essau, Murriss & Edder, 2002; Spence et al., 2003; Nauta, Scholing, Rapee, Abbott, Spence et al., 2004).

### **Instrumentos de medición de la depresión**

A continuación se detallan instrumentos que se han utilizado en población colombiana para medir la depresión.

*Children's Depression Inventory (CDI, Kovacs, 1983)*

Alrededor de todo el mundo, son muchos y diversos los instrumentos que se encuentran validados y adaptados para aplicarse en diferentes espacios geográficos, sin embargo, sin lugar a dudas uno de los más usados es el CDI de Kovacs (Herrera et al., 2012; Kovacs, 1983).

El inventario de la depresión para niños (CDI) es un auto-informe que se utiliza para medir sintomatología depresiva en niños y adolescentes entre los 7 y 17 años de edad. Su aplicación tiene un tiempo de duración de 10 a 20 minutos y en su desarrollo se le pide al niño o adolescente elegir la opción que mejor describa sus sentimientos en relación con las dos últimas semanas. El CDI contiene 27 ítems con opción de respuesta múltiple y está compuesto por cinco sub-escalas: humor negativo, ineficacia, baja autoestima, retraimiento social y pesimismo (Del Barrio, Moreno & López, 1999). Cada ítem evalúa un síntoma a través de tres opciones de respuestas. La puntuación total del cuestionario puede oscilar entre los 0 y los 54 puntos.

El punto de corte sugerido por los expertos es de 19; esto indica de acuerdo con Kovacs (1983), que las puntuaciones iguales o superiores a este valor corresponden a un percentil de 90, tanto para la población clínica como no clínica; esto se traduce en que existe presencia significativa de síntomas depresivos en los sujetos evaluados (Polaino-Lorente, Domènech, García & Ezpeleta, 1988).

A nivel mundial, de acuerdo con Herrera, Tobón y Arias (2009), el CDI se destacó con un porcentaje del 46.1% como el instrumento más utilizado por los investigadores a la hora de medir la sintomatología depresiva en niños. Estos resultados son confirmados en el contexto Iberoamericano por Herrera, Losada y Rojas., (2004) quienes dicen que el CDI de Kovacs (1983), en su versión adaptada por Del Barrio, Moreno y López (1999) para la población española, es catalogado como el instrumento más usado entre el gremio de investigadores involucrados en el tema de la depresión infantil. Del mismo modo, al situarse en el contexto nacional y a partir del estudio sobre las características psicométricas de esta prueba en niños colombianos, se pudo confirmar su confiabilidad y a la vez determinar un coeficiente alfa de Cronbach de 0.84 (Gómez, et al., 2003).

### **Lista de chequeo de la conducta infantil-formato Padres**

Este instrumento pretende abordar la naturaleza de los problemas infantiles mediante procedimientos estandarizados que identifiquen fortalezas y debilidades en varias áreas y situaciones del desarrollo infantil. Se encuentra diseñada para registrar los comportamientos más relevantes en los niños de 4 a 16 años (McConaughy & Achenbach, 1988). Esta lista de chequeo debe ser completada por padres que tengan por lo menos 5° de primaria en escolaridad y cuyos hijos estén entre 6 y 11 años de edad. Los padres deben evaluar al niño a partir de la respuesta de 118 ítems problema, usando una escala de 0 - 1 - 2. Cuando el puntaje normalizado es igual o superior a 70 se puede decir que el sujeto presenta indicador clínico.

### **Instrumentos de medición de ansiedad/depresión**

*Listado de comportamientos infantiles" (Child Behavior Check List, CBCL; Achenbach & Eldebrock, 1979, 1983) y el "Autoinforme de los jóvenes" (Youth Self Report, YSR; Achenbach & Eldebrock, 1979).*

La lista está formada por 118 ítems que contienen descripciones conductuales de problemas y 20



ítems sobre competencias sociales. Está diseñada para evaluar conductas adaptativas y conductas problema de niños y adolescentes en un rango de entre los 2 y los 16 años de edad. Puede ser administrada de manera individual o grupal. Así mismo existen tres formatos diferentes: a) el de los padres (*Child Behavior Check List*, CBCL), respondido por los padres de niños entre 2 y 16 años de edad; b) el del profesor (*Teacher's Report Form*, TRF), que incluye edades entre 6 y 16 años de edad, y, c) el de los jóvenes (*Youth Self Report*, YSR), respondido por niños y adolescentes desde los 11 años en adelante. La escala de problemas abarca dos dimensiones amplias: interiorizados y exteriorizados. Contiene las sub-escalas de aislamiento, síntomas somáticos, *depresión/ ansiedad*, problemas sociales, problemas de pensamiento, problemas de atención, conducta agresiva, conducta delincuente e hiperactividad. El formato de respuestas es una escala tipo Likert de 3-puntos (0= no ocurre, 1= algunas veces, 2= muy frecuente).

*La escala multidimensional de la conducta*, desarrollada por Reynolds y Kamphaus (1992)

Evalúa problemas de conducta y trastornos emocionales, a la vez que permite identificar atributos positivos que pueden ser capitalizados en el proceso de tratamiento. Consta de tres cuestionarios, uno para padres, otro para docentes que recogen descripciones del comportamiento del niño en diferentes contextos y uno de autoevaluación para niños mayores de ocho años. Las escalas clínicas se puntúan de la siguiente manera: mayor a 90 "clínicamente significativo", entre 80 y 89 "alta" y entre 75 y 79 "riesgo". Esta prueba fue estandarizada en Medellín (Colombia), por el grupo de Neuropsicología y Conducta de la Universidad San Buenaventura; el grupo de Neurociencias de la Universidad de Antioquia, El Instituto Neurológico de Antioquia y la Universidad de Georgia (Kamphaus et al., 2000).

## Discusión

La investigación en Colombia ha venido creciendo de manera continua, pese a los bajos presupuestos de inversión. En los últimos 10 años la producción investigativa nacional representa el 4.12% de América Latina y el 0.20% del mundo. Eso quiere decir que ha duplicado su producción científica y ha pasado de representar el 2.47% de los artículos publicados en el 2003 a un 4.8% en 2013. La publicación de artículos científicos ha aumentado cinco veces y las investigaciones nueve veces; estas cifras la sitúan en un nivel superior de crecimiento (49%) en relación con la mayoría de los países de América Latina como Brasil (29%), Chile (25%), México y Argentina (19%) Restrepo, 2013).

En efecto, cada vez hay más tendencia a la investigación en las universidades colombianas; sin lugar a dudas, esto contribuye al desarrollo de nuevas líneas de investigación en el país, enmarcadas en el contexto socio-político característico de Colombia. En el 2012, Rey y Guerrero publicaron un estudio sobre las tendencias de proyectos de investigación en psicología clínica en el país. Una de las conclusiones de este estudio fue que hace falta más investigación sobre estados del arte. Los autores apuntan que la investigación dirigida a conocer el estado de investigación de la psicología clínica es importante debido a que puede ser la base para desarrollar nuevas ideas y líneas de investigación. Fue esta una de las razones por las cuales se planteó la realización de este estudio.

A partir de este trabajo se han hallado nuevos datos sobre el estado de investigación de los trastornos emocionales infantiles en Colombia. Se ha podido determinar que los síntomas de ansiedad y de depresión en la población infantil colombiana, son prevalentes entre un 8.9% y un 25.2% y entre un 36.6% y 83.6% respectivamente (Vinaccia et al., 2006; Cuevas et al., 2009; Esparza et al., 2009; Herrera et al., 2009; Moreno et al., 2009; Gómez et al., 2012; Vélez-Gómez et al., 2013; Abello et al., 2014).

Es preciso recordar que la presencia de estos síntomas puede afectar de manera negativa, y en muchos contextos, la salud mental de los niños y niñas colombianos. En investigaciones anteriores se han encontrado altos niveles de deterioro global clínicamente significativos debido a estas psicopatologías, sobre todo a nivel familiar y escolar (Muckenhaupt, 2000; Esparza & Rodríguez, 2008; Duchesne et al., 2008).

La mayor parte de las investigaciones encontradas en este estudio utilizan una metodología cuantitativa (Vinaccia et al., 2006; Cuevas et al., 2009; Esparza et al., 2009; Herrera et al., 2009; Moreno et al., 2009; Crane et al., 2010; Utria et al., 2011; Calderón et al., 2012; Gómez et al., 2012; Calderón & Barrera, 2013; Vélez-Gómez et al., 2013; Abello et al., 2014). Podrían realizarse más estudios de corte cualitativo o de metodología mixta, para así tener una visión más amplia de los trastornos emocionales en los niños colombianos.

También se encontró que se tiende a estudiar más la prevalencia de la depresión infantil que la de ansiedad. Solo tres de los catorce estudios tuvieron en cuenta la ansiedad infantil (Cuevas et al., 2009; Esparza et al., 2009; Crane et al., 2010). Deben proponerse más investigaciones que describan, midan y caractericen la prevalencia de ansiedad en los niños y niñas de Colombia.

Por otro lado, existen pocas investigaciones sobre estados del arte en relación con el estudio de los trastornos emocionales en la infancia. Como se señaló anteriormente, este es el punto de partida para el desarrollo de cualquier trabajo investigativo y permite vislumbrar nuevas directrices de investigación en un tema. En este estudio solo se encontró un trabajo de tipo bibliométrico que se interesó por la depresión infantil (Herrera et al., 2009).

Existen pocas investigaciones que estudien la comorbilidad entre síntomas ansiosos y depresivos. Es común que se realicen trabajos investigativos con fines de medir la ansiedad o la depresión en la población infantil, pero no ambas variables. Solo se encontró un estudio con

estas características (Esparza et al., 2009). Sería interesante que se realizaran más investigaciones sobre comorbilidad en la población infantil colombiana, debido a la alta prevalencia de trastornos mentales y a la vivencia permanente de acontecimientos vitales estresantes advenidos por la situación socio-política del país. Existe evidencia de que la comorbilidad de la ansiedad y de la depresión puede causar una exacerbación de síntomas, un peor pronóstico y una peor respuesta al tratamiento (Axelson & Birmaher, 2001).

Se necesita utilizar instrumentos de medición psicológica para la ansiedad y la depresión validados en población infantil colombiana. Algunos estudios han realizado traducciones del idioma original al español, otros han hecho réplicas de aplicación basándose en la proximidad de idioma o en la similitud de la cultura. Todo esto podría sesgar los resultados de la investigación, sobre todo los instrumentos relacionados con la medición de los síntomas de ansiedad. Hace falta más investigación en este campo de la psicología.

Un dato interesante es que la mayor parte de los estudios encontrados han sido realizados en zonas del interior del país. Los resultados muestran que las zonas que reportan mayor número de investigaciones son Bogotá con seis estudios y Medellín con cuatro. Otras ciudades como Neiva, Manizales, Barranquilla y Cali, solo reportan un estudio. En un País como Colombia, se necesitan más investigaciones que permitan determinar la prevalencia de los síntomas ansiosos y depresivos en la niñez colombiana.

Estas reflexiones no deben quedarse únicamente en el simple proceso de la adquisición de la información, sino que deben servir como guía para la propuesta de nuevas líneas de investigación con relación al tema. En lo que se refiere a la costa Caribe, todos aquellos psicólogos y psicólogas comprometidos con el desarrollo de la región, podrían aportar un granito de arena al proponer trabajos investigativos que ayuden en la identificación, descripción e intervención de los trastornos emocionales en la infancia.

## Conclusiones

En esta parte se quiere plasmar todo lo que se ha venido haciendo en relación con los trastornos emocionales en la infancia colombiana.

- Se ha estudiado la prevalencia de la depresión y sus características sociodemográficas en Colombia (Herrera et al., 2009; Vinaccia et al., 2006; Abello et al., 2014).

- Se ha estimado la relación entre aspectos neuropsicológicos y los síntomas emocionales (Gómez et al., 2012; Utria et al., 2011; Calderón et al., 2012).

- Se han relacionado factores contextuales con los síntomas de ansiedad y de depresión (Esparza et al., 2009).

- Se ha realizado un análisis bibliométrico de la depresión infantil (Herrera et al., 2009).

- Se ha hecho una revisión de estudios sobre tristeza en niños, su vínculo con la depresión infantil y la autorregulación emocional (Cuervo et al., 2006).

- Se ha realizado una exploración neuropsicológica en atención y memoria con niños que presentan TEP y que han sido víctimas de la violencia en Colombia (Calderón et al., 2012).

- Se ha realizado una comparación de los síntomas de ansiedad y su severidad entre niños colombianos y australianos (Crane et al., 2010).

- Se han relacionado los niveles de exposición a la violencia con los efectos emocionales (ansiedad/ depresión) y conductuales (Cuevas et al., 2009).

- Se ha comparado el perfil neuropsicológico de niños y niñas con o sin sintomatología depresiva (Calderón & Barrera 2013).

- Se ha descrito y asociado la depresión con el rendimiento académico (Moreno et al., 2009).

- Se ha estudiado la relación entre la exposición de la violencia de barrio y la depresión (Vélez-Gómez, et al., 2013).

- Un 42.8% de los estudios se ha desarrollado en población Cundinamarca, el 28.5% en Medellín y un 7.1% en las ciudades de Cali, Barranquilla, Manizales y Neiva.

## Referencias bibliográficas

Abello, D.L., Cortez, F.P., Barros, O.V., Mercado, S.O., & Solano, D.D. (2014). Infante depression prevalence in Barranquilla official schools. *Tesis Psicológica*, 9(1), 190-201.

Achenbach, T. M. & Edelbrock, C. S. (1979). The child behavior profile: II: boys aged 12-16 and girls aged 6-11. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 223-233.

American Psychiatric Association [APA]. (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd ed., revised ed.). Washington: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association [APA] (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th Ed.). Washington: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association [APA] (2002). DSM-IV-TR. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.

Angold, A. (1988). Childhood and adolescent depression. Epidemiological and aetiological aspects. *British Journal of Psychiatry*, 152, 601-617.

Axelson, D., & Birmaher, B. (2001). Relation between anxiety and depressive disorders in childhood and adolescence. *Depression and Anxiety*, 14, 67-78.

- Briere, J. (1996a). Psychometric review of the Trauma Symptom Checklist 40. In B.H. Stamm (ed.), *measurement of stress, trauma, and adaptation*. Lutherville, MD: Sidran Press.
- Briere, J. (1996b). *Trauma Symptom Inventory professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Buitrago, L. H & Briceño M. S (2009). Indicadores asociados a la ansiedad manifiesta en una población escolarizada. *Cuadernos hispanoamericanos de psicología*, 10(1), 39-52.
- Calderón, L.D., & Barrera, M.V. (2012). Exploración neuropsicológica de la atención y la memoria en niños y adolescentes víctimas de la violencia en Colombia: estudio preliminar. *Revista CES Psicología*, 5(1), 39-48.
- Calderón, L.D., & Barrera, M.V. (2013). Comparación del perfil neuropsicológico en una muestra de niños, niñas y adolescentes con y sin sintomatología depresiva. *Revista Colombiana de Psicología [edición electrónica]*, 22(2), 361-374.
- Cartwright-Hatton, S., McNicol, K., & Doubleday, E. (2006). Anxiety in a neglected population: Prevalence of anxiety disorders in pre-adolescent children. *Clinical Psychology Review*, 26(7). Special issue: anxiety of childhood and adolescent: Challenges and opportunities, 817-833.
- Crane, A.A., & Campbell, M. (2010). Comparación transcultural de síntomas de ansiedad entre niños colombianos y australianos. *Revista de Investigación Psicoeducativa*, 8 (2) Jul, 240-255.
- Colby, C. A., & Gotlib, I. H. (1988). Memory deficits in depression. *Cognitive therapy and research*, 12, 611-627.
- Cuervo, A.M., Izzedin & R.B. (2007). Tristeza, depresión y estrategias de autorregulación en niños. *Tesis Psicológica*, (2), 35-47.
- Cuevas, M.C., & Castro, L. (2009). Efectos emocionales y conductuales de la exposición a violencia en niños y adolescentes en Colombia. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 17 (2), 277-297.
- Del Barrio, V., & Moreno-Rosset, C. y López-Martínez, R. (1999). The Children's Depression Inventory, (CDI; Kovacs, 1992). In a Spanish Sample. *Revista Clínica y Salud*, 10(3), 393-416.
- Del Barrio, V., & Carrasco, M. A. (2004). *Inventario de depresión Infantil. Manual de aplicación*. Madrid: TEA.
- Duchesne, S., Vitaro, F., Lorose, S., & Tremblay, R. E. (2008). Trajectories of anxiety during elementary-school years and the prediction of high school non-completion. *Journal of Youth Adolescence*, 37, 1134-1146.
- Echeburúa, E., & Corral, P. (2009). *Trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia*. Madrid: edición Pirámide.
- Essau, C. A. Murriss, P., & Edder, E. M. (2002). Reliability and validity of the Spence Children's Anxiety Scale and Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorder in German children. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 33 (1), 1-18.
- Esparza, N., & Rodríguez, M.C. (2009). Factores contextuales del desarrollo infantil y su relación con los estados de ansiedad y depresión. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 5 (1), 47-64.
- Ferreira, E., Granero, R., Noorian Z., Romero, K., & Domènech-Llaberia, E. (2012). Acontecimientos vitales estresantes y sintomatología depresiva en población adolescente. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 17(2), 123-135.
- Gómez, Y.M., & Barrera, M.V. (2012). Aspectos neuropsicológicos asociados a la

presencia de síntomas depresivos en niños escolarizados. *Acta Colombiana de Psicología*, 15(1), 111-118.

Gómez, Y., Alvis, A., & Sepúlveda M.F. (2003). Baremación del CDI para niños entre 8 y 12 años. En: *Investigaciones de psicología clínica cognitiva-comportamental en la ciudad de Medellín*. Medellín: Universidad de Antioquia.

Herrera, E.M., Losada, Y.L., Rojas, L.A., & Gooding, P.L. (2009). Prevalencia de la depresión infantil en Neiva (Colombia). *Avances en Psicología Latinoamericana*. 27(1), 151-161.

Herrera, E.M., Núñez, A.R., Tobón, S., & Arias, D.H. (2009). Análisis bibliométrico de la depresión infantil. *Pensamiento psicológico*, 5(12), 59-70.

Kamphaus, R.W., Jiménez, M.E., Pineda, D., Rowe, E.W., Fleckenstein, L., Restrepo, M.A., Puerta, I.C., Jiménez, I., Mora, O., Sánchez, J.L., García, A. & Palacio, L.G. (2000). Análisis transcultural de un instrumento de dimensiones múltiples en el diagnóstico del déficit de atención. *Revista de Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 2(2), 51-63

Kovacs, M. (1983). The Children's Depression Inventory: A self-rated depression scale for school-aged youngsters. Manuscript no published. University of Pittsburgh.

Mantilla, L.F., Sabalza, L., Díaz, L.A. & Campos, A. (2004). Prevalencia de la sintomatología depresiva en niños y niñas escolares en Bucaramanga, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 33(2), 163-171.

Ministerio de Protección Social. Fundación FES Social, 2005. Estudio Nacional de Salud Mental-Colombia 2003, ISBN 95833-73-70-2, recuperado de [http://onsm.ces.edu.co/uploads/files/1243030\\_EstudioNacionalSM2003.pdf](http://onsm.ces.edu.co/uploads/files/1243030_EstudioNacionalSM2003.pdf).

McConaughy, S. H. & Achenbach, T. M. (1988). Practical guide for the child behavior checklist and related materials. Burlington, VT, University of Vermont Department of Psychiatry.

Monreal, B., P. (1988). *Estudio de la sintomatología depresiva infantil en la provincia de Gerona: análisis de algunos factores individuales y psicosociales*. Tesis presentada en la Universitat Autònoma de Barcelona, dirigida por Edelmira Domènech-Llaberia.

Moreno, J.M., Escobar, A.A., Vera, A.M., Calderon, T.A., & Villamizar, L.F. (2009). Asociación entre depresión y rendimiento académico en un grupo de niños de la Localidad de Usaquén. *Psychologia Avances de la Disciplina*, 3(1), 131-156.

Muckenhaupt, M. (2000). Campus mental health issues best practices: a guide for colleges. Newton, MA: Education Development Centre.

Nauta, M. H., Scholing, A. Rapee, R. M., Abbott, M., Spence, S.H., & Waters. A. (2004). A parent-report measure of children's anxiety. Psychometric properties and comparison child-report in clinic and normal sample. *Behaviour Research and Therapy*, 42(1), 813-839.

OMS (2003). Meeting on caring for children and adolescent with mental disorders: Setting WHO Directions. Geneva: WHO.

Polaino-Lorente, Domènech, Garcia, V. & Ezpeleta, A. (1988). Diagnóstico y evaluaciones de Las depresiones infantiles. Las depresiones infantiles, pp 82, Madrid, Ediciones Morata S.A.

Restrepo, C. J. Periódico electrónico Debate. Estado de la investigación en Colombia. Viernes 16 de 2013.

Reynolds, C. & Kamphaus, R.W. (1992). *Behavior Assessment System for Children -BASC*. Circle Pines: American Guidance Service.

- Reynolds, C., & Richmond, B. (1978)a. *Revised Children's Manifest Anxiety Scale: Manual*. Los Angeles. Western psychological services.
- Reynolds, C. R. & Richmomds, B. O. (1978) b. What I think I feel: a revised measure of children's manifest anxiety. *Journal of Abnormal Children Psychology*, 6, 271-280.
- Romero, K., Canals, J., Hernández-Martinez, C., Jané, M. C., Viñas, F., & Domènech-Llaberia, E. (2010). Psicothema, 22(3), 613-618. Comorbilidad entre los factores de ansiedad del SCARED y la sintomatología depresiva en niños de 8-12 años.
- Romero K. (2008) *Sintomatología ansiosa y depresiva en niños de 4to de primaria*. [tesina de máster dirigida por Edelmira Doménech-Llaberia y Fina Canals]. Universidad Autónoma de Barcelona. Biblioteca de Humanitats-Dipòsit. TES/5100.
- Ruiz, M. J. & Gómez-Ferrer, C. (2006). *Trastornos depresivos en el niño y adolescente*. En Ballesteros, M. C. (Coord.). *Práctica clínica paidopsiquiátrica: historia clínica, guías clínicas*. (pp. 203-209) Madrid: Adalia.
- Ryan, N.D., Puig-antich, J., Ambrosini, P., Rabinovich, H., Robinson, D., & Nelson, B. et al. (1987). The clinical picture of Major Depression in children and
- Sheehan, J. & Lecrubier, Y. (1998). *Mini International Neuropsychiatric Interview for Kids*. Protocolo de Aplicación. Tampa: Autor. *Archive General of Psychiatry*, 44, 854-861.
- Spence, S., Barret, P., & Turner, C. (2003). Psychometric properties of the Spence Children's Anxiety Scale with young adolescents. *Journal of anxiety Disorder*, 17 (1), 607-625.
- Toros, F., Bilgin, G., Bugdayci, R., Sasmaz, T., Kurt, O., & Camdeviren, H. (2004). Prevalence of depression as measured by the CBDI in a predominantly adolescent school population in Turkey. *European Psychiatry*, 19, 264-271.
- Utria, O.R., Rivera, N.F., & Valencia, L.M. (2011). Asociación entre alteraciones neuropsicológicas y estados emocionales en niños de 8 a 11 años de edad de colegios públicos de Bogotá. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 7(2), 293-305.
- Üstün, T.B., & Satorius, N. (1995). *Mental illness in General Health Care: an international study*. Sartorius eds
- Vázquez-Barquero, J.L. (1999). *Psiquiatría en atención primaria*. Libros prínceps. Biblioteca Aula Médica. ISBN: 84-7885-167-4.
- Vélez-Gómez, P., Alveiro, D., Berbesi-Fernández, D., & Trejos-Castillo, E. (2013). Depression and neighborhood violence among children and early adolescents in Medellin, Colombia. *The Spanish Journal of Psychology*, 16. 1-11.
- Vinaccia, S.A., 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 Children's Depression Inventory - CDI. *Diversitas. Perspectivas en Psicología*, 2 (2), 217-227.