

Prevalencia de la depresión infantil en Neiva (Colombia)*

Prevalence of child depression in Neiva (Colombia)

EDUAR HERRERA MURCIA**, YASMIT LORENA LOSADA,
LUIS ALFONSO ROJAS y PIEDAD GOODING LONDOÑO
Universidad Surcolombiana, Neiva, Colombia

Abstract

The aim of this study is to identify the prevalence of depression symptoms and socio-demographical characteristics among boys and girls with depression symptoms with ages ranged 8 to 11 that attend primary school in Neiva (Colombia). A probabilistic sampling by clusters was made with 95% of reliability. The sampling units are school grades from public and private sector. This sample is formed by 63 sampling groups distributed in a random for a total of 1832 subjects. The measurement instrument is the Kovacs' Children Depression Inventory (CDI) adapted version to the Spanish population by Victoria Del Barrio. The results show a prevalence of 17.09%, the highest number ever reported in Colombia; most of the cases are found in younger children, which is a different finding with respect to other studies. A low socio-demographical status is proper of the most of children with depression symptoms.

Key words: Child depression, symptoms, prevalence, Colombia.

Resumen

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

Palabras clave: depresión infantil, sintomatología, prevalencia, Colombia.

* Este artículo está basado en el trabajo de grado realizado por los tres primeros autores como requisito para obtener el título de Psicólogo, el cual fue dirigido por el cuarto autor. Este trabajo obtuvo mención meritoria por parte de la Facultad de Salud de la Universidad Surcolombiana. Los autores agradecen a Andrés M. Pérez, Victoria del Barrio y Fabio A. Salazar por su valiosa colaboración y orientación en la investigación.

** Correspondencia: Eduar Herrera Murcia. Apartado postal 1008, código 5207 Neiva, Colombia. Correo electrónico: eduarpsy@yahoo.es

Introducción

La depresión representa uno de los eventos más comunes en el ser humano y uno de los primeros desórdenes mentales en ser reconocido y estudiado por psiquiatras y psicólogos (Polaino-Lorente, 1988). Se considera que, al menos en la vida adulta, toda persona ha pasado alguna vez por un período de depresión; sin embargo, durante varios años este hecho no fue tan claro, especialmente en las primeras etapas del desarrollo. Así, fueron necesarias grandes controversias teóricas para que la depresión infantil se considerara como una entidad clínica.

En 1971, en el seno del IV Congreso de la Unión Europea de Paidopsiquiatría, se declara la existencia de la depresión en la infancia; más tarde, 1977 se establece como el momento de partida –con la publicación de las actas del congreso del National Institute of Mental Health (NIMH)– y 1980 –con la publicación del DSM-III– como la época de expansión del estudio de la depresión infantil (Del Barrio, 1999; 2000).

Hoy en día se acepta que la depresión infantil es paralela a la del adulto; se propone que es un desorden similar, pero no igual, pues la primera presenta características propias, como alteraciones significativas del comportamiento, que hace aún más difícil su diagnóstico. Si bien esta propuesta es ampliamente difundida y admitida, existen posturas que atribuyen las características de la depresión a etapas del desarrollo. Por otra parte, la posibilidad de diagnosticarla en niños, adolescentes y adultos no significa necesariamente que las manifestaciones en los distintos grupos sean idénticas (Polaino-Lorente, 1988).

Para Del Barrio (2000), la depresión tanto adulta como infantil es un trastorno emocional caracterizado por ciertas vivencias subjetivas y ciertas conductas observables. A nivel subjetivo se destacan los sentimientos de tristeza y desgano, discriminantes básicos de los sujetos que padecen depresión; a nivel de comportamiento se aprecian conductas de apatía, trastornos somáticos y cansancio que les impiden a los sujetos el deleite de la vida o en casos más graves el desempeño de tareas habituales más elementales e incluso el deseo de vivir.

A partir de la aceptación de la existencia de la depresión infantil las investigaciones se han centrado en el diagnóstico y diseño de instrumentos de medición, así como en la búsqueda de teorías que expliquen la etiología, los factores de riesgo y la comorbilidad con otros trastornos de la infancia (Herrera, 2007). En este orden, hoy han aparecido modelos teóricos que comienzan a diseñar estrategias eficaces para el tratamiento de la depresión infantil, siendo el cognitivo conductual el modelo psicoterapéutico más difundido. Méndez, *et al.* (2002) afirman que los investigadores coinciden en recomendar programas que incluyan un amplio conjunto de objetivos terapéuticos, entre otros, sustituir los pensamientos automáticos, reducir estados emocionales de tristeza, ira y ansiedad, así como fortalecer las relaciones sociales. Con esa perspectiva, se sugiere un abordaje integral de la depresión infantil, por representar un desorden complejo en el que interaccionan diversos factores que la causan y mantienen.

La aparición de la depresión en la infancia sigue un curso crónico que puede presentar consecuencias secundarias, como déficits psicosociales, trastornos de conducta, alcoholismo, abuso de sustancias, personalidad antisocial y bajo rendimiento académico (Solloa, 2001).

Por otro lado, son diversos los factores de riesgo, por ejemplo la interacción familiar y los estilos de vida inadecuados en dicho contexto, que pueden generar la aparición de la depresión infantil. En este sentido, Del Barrio (2001) señala que los niveles de depresión aumentan en el niño cuando las relaciones con sus padres no son buenas o cuando existen dificultades entre ellos. Así mismo, tales factores pueden interrelacionarse, potenciando la aparición de la depresión en la infancia. Al respecto, Petti (1993) afirma que en la descripción de niños con este trastorno se evidencian factores de desarrollo, familiares, sociales, culturales y cognitivos. Respecto a las consecuencias de la depresión infantil, una de especial cuidado es el suicidio; Gould *et al.* (1998) señalan que el 63% de los niños que intentan el suicidio son los niños deprimidos.

Con relación a la prevalencia de la depresión infantil, MacCracken (1992) considera que las cifras varían según la población estudiada y los métodos

utilizados. Las investigaciones más actuales coinciden en que la incidencia está entre 8% y 10%. Si se analiza por edades, se observa que en la etapa preescolar estas cifras descienden a 2%; en edades escolares se estima entre 8% y 10%; en los adolescentes asciende a 13% (Garrison *et al.* 1997).

En estudios realizados por Herrera, Losada y Rojas (2004) y Herrera (2007) se muestra que la fortaleza empírica y teórica reciente en el tema de la depresión infantil es un legado aportado por la comunidad científica de España y Estados Unidos, principalmente; sucesos que en las últimas décadas han marcado la pauta en la investigación con un alto grado de desarrollo y reconocimiento a nivel internacional.

En Colombia, un país abrumado por eventos como la violencia, los problemas económicos y la descomposición social, evidenciados en la pobreza y en el deterioro de las relaciones familiares y afectivas –factores propicios para desarrollar diversidad de trastornos en la población infantil–, las investigaciones sobre depresión en los niños apenas comienzan a perfilarse. De lo anterior se deriva el limitado conocimiento respecto a la temática, sumado a que este es un país de contrastes marcados: desde la miseria absoluta hasta la superabundancia, con patrones de convivencia igualmente opuestos. Estas características y estilos de vida hacen más proclive el desarrollo de la depresión infantil.

Como antecedentes inmediatos en Colombia se conoce la investigación de Mantilla, Sabalza, Díaz y Campos (2004), realizada en la ciudad Bucaramanga con doscientos cuarenta y ocho niños entre los ocho y los once años de edad escolarizados de básica primaria utilizando el CDI-S, con el cual se encontró una prevalencia del 9,2%. Otra investigación es la de Gaviria, Martínez, Atehortúa y Trujillo (2006) en La Ceja, Antioquia, quienes reportan una prevalencia del 12,5%, en una muestra de seiscientos noventa y ocho niños utilizando el CDI de Kovacs (1992). Las investigaciones anteriores representan hasta el momento los estudios empíricos publicados en Colombia.

Con base en las escasas investigaciones existentes en el país y en la relevancia del tema, esta investigación pretende orientar a las entidades encargadas de preservar la salud y a la sociedad en general

para que se comprometan de forma permanente con la salud mental infantil, y se generen espacios que posibiliten alternativas de asistencia, estrategias de prevención, promoción, intervención y control de los factores de riesgo de la población afectada.

Objetivo

El propósito de esta investigación fue identificar la prevalencia de la sintomatología de la depresión y las características sociodemográficas de niños de básica primaria entre los ocho y los once años de edad con síntomas de depresión en la ciudad de Neiva, Colombia; con la intención de aportar al conocimiento de la depresión infantil en un país carente de investigaciones, con rasgos socioculturales y políticos que difieren de otros donde la economía y las investigaciones en el tema tienen un amplio desarrollo.

Método

Diseño

La metodología empleada es de tipo descriptivo de corte transversal, pues su objetivo es especificar las propiedades y características importantes de los individuos, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis (Hernández *et al.*, 2003).

Participantes

La primera etapa de la investigación consistió en un muestreo probabilístico por conglomerados. Las unidades primarias las constituyen los grados escolares de cada colegio del sector oficial y no oficial. Al aplicar la fórmula para determinar el tamaño de la muestra, de sesenta y nueve centros educativos de la ciudad de Neiva se obtuvieron ochenta y cinco grupos escogidos aleatoriamente. Para determinar la muestra se partió de un nivel de confianza del 95%, error máximo admitido 5% y una varianza poblacional de 0,25%.

El número de sujetos que participaron en esta etapa fue 1832 niños, (864 niños y 968 niñas), con un rango de edad entre los ocho y once años, pertenecientes a cincuenta y cuatro centros educativos, veintisiete oficiales y veintisiete no oficiales de

enseñanza básica primaria de la ciudad de Neiva (media de 9,38 y desviación típica 1,1). Hay que aclarar que quince centros educativos de los sesenta y nueve que hacían parte de la muestra no autorizaron la participación en la investigación.

En la segunda etapa, de los trescientos trece niños y niñas que presentaron síntomas de depresión, solo participaron ciento uno, con previa autorización de sus padres. No fue posible abordar el total de la muestra con síntomas de depresión por la falta de claridad en la nomenclatura de sus domicilios, el difícil acceso a algunos sitios y en algunos casos la no autorización de sus padres.

Instrumentos

En la primera fase se aplicó el CDI, Inventario de depresión infantil de Kovacs (1992), versión adaptada por Del Barrio, Moreno y López (1999) a población española; es el instrumento más utilizado en Iberoamérica por investigadores en el tema de la depresión infantil (Herrera, Losada y Rojas, 2004). El CDI es un autoinforme que consta de veintisiete ítems para medir sintomatología depresiva en niños y adolescentes de ocho a diecisiete años. Está compuesto por cinco subescalas: humor negativo, ineficacia, baja autoestima, retraimiento social y pesimismo, con un formato de respuesta de triple selección (0-1-2) en función del grado de depresión, que indica las tres frases que componen cada uno de los ítems. El punto de corte sugerido por los expertos es de 19 puntos, su máxima puntuación es 54 puntos. Antes de aplicar de forma definitiva este instrumento se realizó un estudio piloto con niños y maestros de diferentes instituciones educativas, con el fin de hacer adaptaciones en el lenguaje. Todos los ítems estaban redactados de tal forma que los términos utilizados en el CDI fueron comprendidos correctamente por los niños y maestros que colaboraron en el estudio. Con población estudiada se realizó un análisis de consistencia interna del instrumento, hallándose un Alfa de Cronbach de 0,74.

Para la segunda fase se construyó un cuestionario de características sociodemográficas, que fue sometido a la evaluación de expertos y aprobado como un instrumento válido y coherente con los objetivos de la segunda fase.

Procedimiento

El primer paso del estudio fue una entrevista con los directores de los centros educativos para exponer los objetivos de la investigación y solicitar su colaboración y autorización. Posteriormente, se procedió a la aplicación del instrumento de manera colectiva en el aula. La administración de los cuestionarios duró un promedio de veinticinco minutos; dos investigadores estuvieron presentes para proporcionar ayuda cuando fue necesario y para verificar el correcto diligenciamiento de los instrumentos. En la segunda fase se procedió a contactar a los padres de los niños cuyo puntaje en el CDI manifestaban síntomas de depresión; se pidió su autorización para continuar con el estudio y para ser visitados en su domicilio donde se realizó la aplicación del cuestionario sociodemográfico y familiar.

Resultados

Para las dos fases se emplea la estadística descriptiva; los datos se procesaron y se analizaron con el software Epi-Info versión 3.3.2. En la primera fase para el análisis estadístico de las variables edad, género y sector (educativo oficial y no oficial) se utilizó la prueba Chi cuadrado (X^2) como prueba de homogeneidad para comparar frecuencias.

Primera fase

El análisis de la puntuación total alcanzada por la muestra en el CDI indica que la mayoría de los sujetos se aproximan a 13 puntos, como lo expresa la media 12,86, con una desviación típica de 6,49. Para establecer la discriminación entre niños con síntomas de depresión se utilizó el punto de corte de 19, el sugerido y más utilizado por los expertos (Kovacs, 1992).

En la presente investigación, 1519 sujetos (82,91% de la muestra) obtuvieron una puntuación menor a 19, y trescientos trece (17,09%) puntuaron igual o mayor a 19. Esto quiere decir que diecisiete de cada cien niños evaluados presentan síntomas de depresión.

Los resultados que se describen a continuación se obtuvieron tomando como $n=313$ que equivale

al número de casos hallados con síntomas de depresión. Así, con relación al género, se encontraron ciento setenta y seis niñas con síntomas de depresión, que corresponden al 56,23% y ciento treinta y siete niños que equivalen al 47,76%; en estos datos no aparecen diferencias significativas ($X^2(1, N=1832)=1.6, P<0.05$). En la variable edad, la frecuencia de casos fue mayor en los niños de ocho años con ciento un casos, que equivalen al 21,04% de los casos encontrados; no existe una tendencia clara al aumento de los casos a mayor edad, como se observa en la figura 1, pero sí se presentan diferencias significativas entre grupos de edad ($X^2(3, N=1832)=9.3, P<0.05$) marcando la gran diferencia los niños de ocho años.

En el análisis por sectores de educación, se observaron diferencias significativas ($X^2(1, N=1832)=19.16, P<0.05$). Puesto que la prevalencia fue más significativa en las instituciones de educación oficial, con doscientos ochenta y dos sujetos con síntomas, que representan 90,09%, y en el no oficial treinta y un casos que suponen el 9,90%.

Para el análisis por factores del CDI de niños que presentan síntomas de depresión, se tomó como base el formato de triple respuesta del instrumento, donde, en función del grado de depresión, 0 indica normalidad, 1 cierta intensidad y 2 presencia inequívoca de síntomas depresivos. Se procedió a realizar un promedio ponderado de cada factor, y de

acuerdo con estos valores, solo se tiene en cuenta los factores que en la ponderación sean iguales o superiores a 1. Los únicos factores que puntuaron igual o superior a 1 son retraimiento social (1,03) y autoestima negativa (1,00). En los factores pesimismo, ineficacia y humor negativo la puntuación fue inferior a 1. Teniendo en cuenta lo anterior, las principales características de la sintomatología de la depresión infantil en la población estudiada son el retraimiento social y la autoestima negativa.

Segunda fase

Después de identificar la prevalencia de la sintomatología de la depresión infantil, se procedió a la aplicación del cuestionario sociodemográfico a los niños y a sus padres. De los trescientos trece niños, en esta fase solo participaron ciento uno por razones explicadas previamente. Con base en lo anterior se presentan los resultados asumiendo la limitante de no contar con el total de la prevalencia para esta fase.

Se estableció que en cada hogar de los ciento un niños habitan entre cuatro y ocho personas. Esto indica que el entorno habitacional de los niños con síntomas de depresión está compuesto por un gran número de personas. Respecto al estrato socioeconómico, que en Colombia se estipula de 1 a 6 según el Departamento Nacional de Estadística (DANE), esta investigación halló que el 39% de las familias

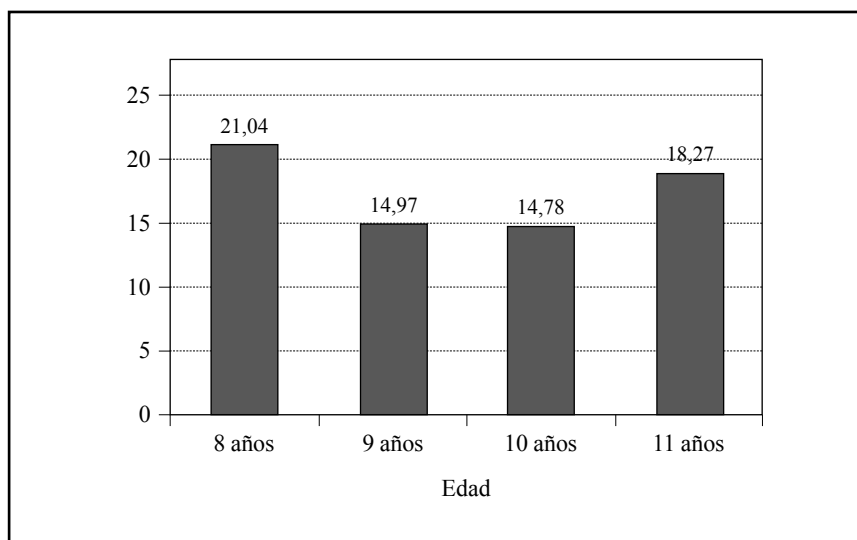


Figura 1. Prevalencia de la sintomatología depresiva por edad. Fuente: elaboración propia

de niños con síntomas de depresión pertenecen al estrato 1 y el 52% al estrato 2, y en cifras más bajas los estratos 3 y 4 (tabla 1).

Tabla 1. Distribución por estrato socioeconómico (n=101)

Estrato	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Uno	39	38,61%	91,08
Dos	53	52,47%	99
Tres	8	7,92%	1
Cuatro	1	1%	100
Total	101	100%	

Fuente: elaboración propia.

Por otra parte, los ingresos recibidos por las familias de los niños con síntomas de depresión revelan que 46% de estas viven con menos de un salario mínimo legal vigente (SMLV=180 dólares aproximadamente al mes), el 48% reciben entre uno y dos salarios, y tan solo un 8% reciben más de tres.

Ahora, en lo relacionado con el tipo de conflicto que se presenta en la familia, el más frecuente es el económico (41%) y el de pareja (39%); en cifras más bajas se encuentran los conflictos familiares (12%) y laborales (9%). Los conflictos económicos y laborales constituyen el 49% y los de pareja y familiares el 51%; los primeros relacionados con factores como las oportunidades y condiciones de empleo que llevan consigo el factor económico, los segundos con el ambiente del hogar donde se desarrolla el niño, como la pareja y la familia.

Al indagarse sobre los eventos perturbadores que presentan los niños y niñas con síntomas de depresión, se estableció que los más predominantes son los problemas con el profesor (18%); es decir, que estos niños han tenido dificultades de algún tipo con sus maestros y son percibidos así tanto por el padre como por el mismo niño; con el 17% se presenta el castigo de los padres. Otro factor relevante son las crisis económicas (15%), que están relacionadas con el estrato y los ingresos recibidos por estas familias. Por último, 13% de esos eventos perturbadores son las relaciones violentas entre padres, percibidas como eventos que desestabilizan la unión familiar y, por supuesto, con consecuencias en el niño como miembro de esta.

Discusión

A partir del reconocimiento de la depresión infantil como entidad clínica se han encontrado posiciones convergentes y divergentes en torno a su incidencia. La bibliografía especializada presenta ciertos puntos de acuerdo sobre la presencia de algunos síntomas propios de la depresión infantil que se mantienen en diversas poblaciones estudiadas. Ciertos desacuerdos se dan frente al número de niños que afecta; pues bien, esta investigación pone de manifiesto este hecho.

Así, los datos obtenidos señalan cierto antagonismo con otros estudios a nivel internacional y con los realizados en Colombia. Esta investigación revelan una prevalencia del 17,09% de síntomas significativos de depresión en población infantil; cifra elevada si se compara con investigaciones realizadas en Colombia, como la de Mantilla *et al.* (2004), cuya prevalencia fue del 9,2%; y la más reciente de Gaviria, *et al.* (2006), donde se reportó el 12,5% en el municipio de La Ceja, Antioquia, y que utilizó el mismo instrumento que la presente, con una muestra de seiscientos noventa y ocho niños.

Un primer elemento que pueden explicar la diversidad de los resultados obtenidos en Colombia, son las diferencias metodológicas utilizadas para cada uno de los casos. En este sentido es necesario tener en cuenta el planteamiento de Lohr (1999) en torno al muestreo utilizado:

El muestreo por conglomerados con frecuencia disminuye la precisión en relación con el muestreo aleatorio simple. Los miembros de un mismo conglomerado tienden a ser más similares que los elementos seleccionados al azar de entre toda la población. Al obtener una muestra de todos los individuos que pertenecen al cúmulo, repetimos parcialmente la misma información en vez de conseguir información nueva y esto implica una menor precisión para las estimaciones de las cantidades de la población.

El segundo elemento es la limitante de no contar con un instrumento adaptado a esta población.

La prevalencia obtenida en este estudio es la más alta reportada en el país y la investigación que más sujetos ha incluido. A nivel internacional,

Sandi *et al.* (1999), quienes empearon la versión original del CDI en niños y adolescentes, encontraron una prevalencia de 11,1%, diferencias que se deben, posiblemente, a la metodología utilizada en cada investigación, pues la población y la muestra varían ampliamente. Otro aspecto a tener en cuenta son las diferencias socioeconómicas entre las poblaciones estudiadas, quizás estas operen como factores de riesgos para desarrollar depresión. Sin embargo, donde parece existir cierto paralelismo en cifras de la depresión infantil es en países más desarrollados, como España, donde los niveles llegan a 8,2% (Doménech y Polaino, 1990), similares a los estudios americanos (Harrington, 1995).

En este sentido, cabe mencionar que las tasas de depresión aumentan en las sociedades desarrolladas (Del Barrio, 1997), afirmación que si la analizamos de acuerdo con las conclusiones expuestas hasta aquí permite pensar que definitivamente son diversos los factores que influyen en la depresión, los cuales pueden ir más allá de la influencia de variables asociadas al desarrollo de la sociedad. Un ejemplo es Colombia, un país subdesarrollado, donde un alto porcentaje de la población pasa necesidades económicas incomparables con otros países y a la vez presenta una alta prevalencia de síntomas de depresión infantil; el otro extremo son los países desarrollados donde, según parece, las necesidades pasan más por la insatisfacción personal y el sentido de la vida que por lo económico, pero que también presentan un alto índice de depresión. Lo anterior pone de manifiesto un elemento que las investigaciones de orden transcultural han expuesto sobre la conceptualización de la depresión como fenómeno universal, con etiologías y síntomas que difiere de cultura a cultura, por la influencia que puede ejercer como sistema de conocimiento.

En relación con el género se estableció que la depresión afecta por igual a niñas y niños, datos que son congruentes con lo reportado en otras investigaciones (Saylor *et al.*, 1984; Vélez, Jonson, Cohen, 1989). Esta parece ser una constante en la mayoría de las investigaciones.

Un elemento que aporta esta investigación, que en otras resulta contradictorio, es la mayor prevalencia de depresión en niños de ocho y once años; en este estudio no hay una tendencia clara en el au-

mento de síntomas depresivos a mayor edad, como lo reportan entre otros autores Doménech, Subirá y Cuxart (1996); según ellos, la prevalencia de la depresión incrementa con el paso de la edad. Esto último contradice uno de los elementos que quizá concurren más las investigaciones sobre la tendencia de la depresión a aumentar en función a la edad.

Teniendo en cuenta la edad de los niños objeto de discusión (ocho años) debemos tener en cuenta lo señalado por Ellis (1974), quien postula que los niños en la etapa evolutiva de las operaciones concretas hacen inferencias a partir de la realidad concreta, y tienen la facultad de experimentar síntomas de depresión como la culpa, baja autoestima y atribuciones erróneas; o como lo indican Piaget e Inhelder (1969), para quienes hasta comienzos de la adolescencia el niño se limita a lo concreto y es incapaz de hacer abstracciones que le impiden proyectarse hacia el futuro. De lo anterior, se podría pensar que la depresión solo se presenta en niños en etapa de las operaciones concretas; aunque esta puede ser una posible alternativa que explica los resultados encontrados en la variable edad, también es relevante preguntarse por la depresión en otra etapa, como en la adolescencia, donde mayor madurez cognitiva.

Ahora, si articulamos el hecho de que en esta investigación la depresión se presenta con mayor frecuencia a los ocho años de edad, con la presencia de una dinámica familiar hostil, donde el castigo, los problemas económicos y de pareja son características de esta población, el niño puede interpretarlas como una consecuencia de sus actos, generando culpa y sentimientos de rechazo, como señalaría Ellis.

Igualmente, se puede inferir que la salud mental de un niño que se encuentra en plena etapa de las operaciones concretas, con un ambiente externo adverso, puede verse más afectada, porque aún no tiene la capacidad cognitiva de hacer inferencias del contexto y es incapaz de crear alternativas; para él lo significativo es lo contiguo e inmediato, acontecimientos que se ven reflejados en la depresión infantil. Como lo señalan Olsson, Nordström, Arinell y Von Knorring (1999) los rasgos familiares que tienen estrecha relación con la depresión son la estabilidad social y la afectividad; cualquier ca-

rencia en ellas puede desencadenar la aparición de la depresión infantil, no solo en épocas precoces, sino también durante la adolescencia.

Lo expuesto en líneas anteriores encuentra su soporte en los postulados de la depresión como un aspecto del desarrollo. Para Arieti y Bemporad (1990), esta postura no discute la depresión en la infancia, sino el modo en que ciertas limitaciones cognitivas y afectivas propias de cada etapa evolutiva regulan las vivencias y expresiones de la depresión; si los aspectos cognitivos se forman progresivamente en distintas edades, las experiencias afectivas son diferentes en cada etapa del desarrollo. En relación con lo anterior, quedaría por profundizar en los aspectos cognitivos de estos niños con el fin de establecer cuáles son los factores que determinan los resultados hallados en la investigación.

Respecto al sector educativo, nuestros datos muestran mayor prevalencia en el sector de la educación oficial, resultados que duplican la prevalencia del sector no oficial. Si consideramos que el sector representa en un alto porcentaje la afiliación socioeconómica del niño, podemos deducir que la depresión se presenta más en estratos socioeconómicos bajos, resultados que distan de los de Ladrón, Alcalde y De la Viña (2000) quienes encontraron que la depresión infantil era similar en escuelas oficiales y privadas de España; se puede considerar que estas diferencias las marcan condiciones sociales, culturales y económicas donde se realizaron las investigaciones.

Un factor que apoya los resultados encontrados sobre la presencia de la depresión infantil en estratos socioeconómicos bajos es que las familias de los niños que hicieron parte del estudio pertenecen en un alto porcentaje a los estratos 1 y 2, donde aproximadamente la mitad obtienen un ingreso económico por debajo de un SMLV. De igual forma, estas familias se caracterizan por integrar a seis personas en promedio, cifra superior a lo reportado por el DANE, pues, según sus indicadores, el 69,3% de los hogares colombianos tiene cuatro integrantes, incluso menos.

La mayoría de las familias que habitan la ciudad de Neiva pertenecen al estrato bajo y tan solo una minoría a estratos altos. Este aspecto podría expli-

car el alto porcentaje de niños en estrato socioeconómico bajo. En definitiva, un factor que resulta claro es que el estrato y los ingresos recibidos son proporcionales; hecho que explica y apoya una de las conclusiones de este estudio en torno a mayor presencia de niños con síntomas de depresión en estratos bajos con todo lo que esto constituye.

En relación con los factores evaluados por el CDI, los niños y niñas con síntomas de depresión presentan como características de mayor relevancia el retraimiento social y la baja autoestima, hallándose que en los niños predomina la baja autoestima y en las niñas sobresale el retraimiento social. Como indica Solloa (2001), la presencia de características como la baja autoestima afecta 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 aislamiento.

Uno de los mayores aportes de esta investigación, además de advertir una alta prevalencia de síntomas de depresión, es el hecho de revelar una alta frecuencia de depresión en niños de menor edad, sin mostrarse tendencias al aumento o a la disminución, como quiera que los extremos de edad en estudio (ocho y once años) presentan mayores niveles de depresión con un período de latencia entre ellos, factor por precisar en futuras investigaciones. Otro aporte significativo son las características económicas de las familias de los niños con síntomas de depresión que participaron en el estudio; la presencia de estratos bajos, las disfunciones familiares y de pareja podrían insinuar que los factores de riesgo que median en la depresión infantil es la no satisfacción de las necesidades básicas y poseer un ambiente familiar disfuncional.

De estas condiciones resulta alarmante ver que la crisis económica y social no es propia de la región donde se desarrolló el estudio, por el contrario, es parte una problemática nacional donde la pobreza, la falta de oportunidades y de empleo son una constante en el día a día de los colombianos. Asimismo, es apropiado explicar que, aunque la situación de los problemas sociales, económicos y familiares son potenciales factores de riesgo, no son los únicos que pueden determinar el inicio y

presencia de la depresión infantil; pues el sujeto aporta ciertas características propias que intervienen e interactúan con los elementos externos.

Aunque existen factores difíciles de transformar, es necesario comenzar a crear conciencia en investigadores y terapeutas para elaborar protocolos de intervención, generar programas de prevención y promoción de estilos de vida saludables con el objetivo de fortalecer la autoestima y fomentar la unión familiar. Una de las alternativas, y posiblemente la más utilizada, es el paradigma cognitivo conductual; se pueden diseñar programas que conduzcan al aprendizaje de nuevos comportamientos, así como transformar esquemas de pensamientos inadecuados para crear mejores alternativas de afrontamiento con el fin de reducir los riesgos negativos en las áreas que afecta la depresión en el niño.

A nivel investigativo queda abierta toda una temática por fortalecer, pues aunque la investigación es de amplia cobertura, es necesario seguir indagando aspectos puntuales como la presencia de la depresión infantil en edades inferiores, la posible incidencia de las condiciones sociales y económicas sobre la depresión, así como establecer diferencias entre las características de la depresión en países desarrollados y los subdesarrollados. Otro punto importante, y quizás el más urgente, es crear escalas de evaluación y criterios de diagnóstico más afines a la población.

Por otra parte, se debe adaptar el CDI en Colombia por sus múltiples usos en investigaciones a nivel internacional, además ha mostrado propiedades psicométricas adecuadas, como buena consistencia interna, sensibilidad y especificidad tanto en población infantil como adolescente (Polaino, Mediano y Martínez, 1997; Charman y Pernova, 2001).

Por último, una de las limitaciones de la investigación radica en la imposibilidad de abordar la totalidad de la población con síntomas de depresión para la caracterización sociodemográfica de la segunda fase, por la misma inestabilidad de la población y el difícil acceso a algunas zonas de la ciudad. Creemos que, aunque fue un porcentaje bajo, proporcionó gran información que contribuye al conocimiento de las características de la depresión infantil. Además, se indican aspectos a considerar en próximas investigaciones, como indagar la re-

lación de las variables sociodemográficas y depresión, contar con una población cautiva, en el sentido de tener más acceso a ella, para realizar seguimiento y construir procesos de investigación que permitan profundizar en el abordaje integral de la depresión infantil.

Referencias

- Arieti, S. y Bemporad, J. (1990). *Psicoterapia de la depresión*. México: Paidós.
- Charman, T. y Pernova, I. (2001). The internal structure of child Depression Inventory in Russian and UK school-children. *Journal of Youth and Adolescence*, 30, 41-47.
- Del Barrio, V. (1997). *La depresión infantil. Causas, evaluación y tratamiento*. Barcelona: Ariel.
- Del Barrio, V. (1999). Children depression in the last quartes of century. *Revista de Historia de la Psicología*, 20, 51-61.
- 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. (2000). *La depresión infantil: factores de riesgo y posibles soluciones*. Málaga: Aljibe.
- Del Barrio, V. (2001). Avances en la depresión infantil y juvenil. *Información Psicológica*, 4 (76), 3-23.
- Doménech, E., Subirà, S. y Cuxart, F. (1996). Trastornos del estado del ánimo en la adolescencia temprana. La labilidad afectiva. En: Buendía, J. (Dir.), *Psicopatología en niños y adolescentes: Desarrollos actuales*. Madrid: Pirámide.
- Doménech, E. y Polaino, A. (1990). *Epidemiología de la depresión infantil*. Barcelona: Expaxs.
- Ellis, A. (1974). *Sexo, infancia y neurosis*. México: Grijalbo.
- Garrison, Z.F., Walter, J.Z., Cuffe, S.P., MacKenown, R.E., Addy, C.L. y Jackson, K.L. (1997). Incidence of mayor depressive disorders and dysthymia in young Adolescents. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 458-465.
- Gaviria, A., Martínez, P., Atehortúa, F. y Trujillo, C. (2006). Prevalencia de la depresión en niños escolarizados entre los 8 y 12 años del municipio de La Ceja Antioquia. Ponencia en el XII Congreso Colombiano de Psicología, Medellín 3-6 de mayo.
- Gould, M.S., King, R., Greenwald, S., Fisher, P. et al. (1998). Psychopathology Associated with suicidal ideation and attempts among children and adolescents. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 915-923.
- Harrington, R. (1995). *Depressive disorder in childhood and adolescence*. New York: Wiley.
- Herrera, E. (2007). Análisis descriptivo de la investigación en depresión infantil. Ponencia en el III Congreso de Psicología Cognitivo Conductual. Cali, Colombia, 26-29 de septiembre.
- Herrera, E., Losada, Y. L. y Rojas, L. A. (2004). Estado del arte en la investigación sobre depresión infantil en Iberoamérica. Ponencia en el XI Congreso Colombiano de Psicología, Neiva, 28 de abril al 1 de mayo.
- Kovacs, M. (1992). *Children's Depression Inventory (CDI)*. Manual. Toronto: Multi Health Systems.
- Ladrón, E., Alcalde, S. y De la Viña, L. (2000). Depresión infantil: un estudio en la provincia de Soria. Tomado el 10 de agosto de 2007 de <http://www.ome-aen.org/norte/14/n14031034.pdf>.
- Lohr, S.L. (1999). *Muestreo: diseño y análisis*. México: Thompson Editores.
- MacCraken J.T. (1992). The epidemiology of child y adolescent mood disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 1, 53-62.
- Mantilla, L.F., Sabalza, L., Díaz, L.A. y Campos, A. (2004). Prevalencia de la sintomatología depresiva en niños y niñas escolares en Bucaramanga, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 33 (2), 163-171.
- Méndez, X., Rosa, A.I., Montoya, M., Espada, J.P., Olivares, J. y Sánchez-Meca, J. (2002). Tratamiento psicológico de la depresión infantil y adolescente: ¿evidencia o promesa? *Psicología Conductual*, 10, (3), 563-580.
- Olsson, G.I., Nordström, M.L., Arinell, A. y Von Knorring, A.L. (1999). Adolescent depression: social network and family climate – a case control study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 227-237.
- Petti, T. (1993). Depresión. En Ollendick, T. y Hersen, M. *Psicopatología Infantil*. Barcelona: Martínez-Roca.
- Piaget, J. e Inhelder, B. (1969). *Psicología del niño*. Madrid: Morata.
- Polaino-Lorente, A., Mediano M.L. y Martínez, R. (1997). Estudio epidemiológico de la sintomatología depresiva infantil en la población escolar madrileña de ciclo mediano. *Anales Españoles de Pediatría*, 46, 344-350.
- Polaino-Lorente, A. (1988). *Las depresiones infantiles*. Madrid: Morata.

- Sandi, L. E., Díaz, A., Murrelle, L., Zeledón, M.E., Alvarado, R., Molina, D. (1999). Validación del inventario de depresión para niños (IDN) en Costa Rica. *Acta Médica, Costa Rica*, 41, 10-15.
- Saylor, C.F., Finch, A.J., Furey, W., Hass, C. y Kelly, M.M. (1984). Construct validity for measures of childhood depression: Application of multitrait-multimethod methodology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 32, 977-985.
- Solloa, L. (2001). *Los trastornos psicológicos en el niño: etiología, características, diagnóstico y tratamiento*. México: Trillas.
- Vélez, C.N., Jonhson, J., Cohen, P. (1989). Alongitudinal analysis of selected risk factors for childhood psychopathology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 861-864.

Fecha de recepción: 18 de noviembre de 2007
Fecha de aceptación: 11 de marzo de 2009