

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR



FACULTAD DE MEDICINA

ESTUDIO DE LAS PROPIEDADES MÉTRICAS DEL CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN INFANTIL (CDI), COMPARADO CON LOS CRITERIOS CIE-10 DE DEPRESIÓN MODIFICADOS PARA NIÑOS, EN ESTUDIANTES CON EDADES COMPRENDIDAS ENTRE LOS 10 Y LOS 13 AÑOS DE EDAD, QUE CURSEN EL SEXTO Y SÉPTIMO AÑO DE EDUCACION BÁSICA DE LA ESCUELA GABRIEL GARCÍA MÁRQUEZ Y ESCUELA JAN KOMENSKY, LOCALIZADAS EN EL DISTRITO METROPOLITANO DE QUITO.

DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICA CIRUJANA

ANDRADE MONTALVO GEOVANNA GABRIELA

Director DOCTOR JORGE CHALCO

Director metodológico DOCTOR MARCOS SERRANO

QUITO, 2014

AGRADECIMIENTO

A Dios que ha guiado cada uno de mis pasos y me ha fortalecido para siempre salir adelante.

A mis papitos, por ser las personas que con su esfuerzo y cariño han luchado para hacer de mí una mujer de bien. A mi hermano Pablo quien ha sido mi apoyo y compañía a lo largo de mi carrera.

A mis abuelitos que desde el cielo han iluminado mi camino.

A todas aquellas personas amigas que siempre estuvieron pendientes de mi. TAML

A los Doctores Jorge Chalco, Marcos Serrano y Carlos Espinosa por su desinteresada colaboración y paciencia en la elaboración de esta disertación.

DEDICATORIA

A Dios que me ha dado más de lo que necesito para ser feliz.

A mi Mamita quien siempre estuvo pendiente de mí, que con su cariño y ternura guió cada uno de mis pasos.

A mi Papito que con su esfuerzo y ejemplo, me enseñó a ser una mujer fuerte, valiente y siempre me ha apoyado.

Papitos, gracias por hacer de mi lo que soy, con todo mi cariño este esfuerzo es para ustedes.

Tabla de contenido

CAPÍTULO I.....	3
1. INTRODUCCIÓN	3
2. JUSTIFICACIÓN	5
CAPÍTULO II.....	6
3. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	6
3.1. Depresión infantil	6
3.1.1. Definiciones y características.....	6
3.1.2. Epidemiología.....	7
3.1.3. Etiología de la depresión infantil	9
3.1.4. Factores que intervienen en el desarrollo de la depresión infantil	13
3.1.5. Fisiopatología	19
3.1.6. Descripción clínica.....	20
3.1.7. Evaluación de la depresión infantil.....	21
3.1.8. Diagnóstico de la depresión infantil	24
3.1.9. Intervención	29
4. MATERIALES Y MÉTODOS.....	35
4.1. Planteamiento del problema.....	35
4.2. Objetivos	35
4.2.1. Objetivo General.....	35
4.2.2. Objetivos Específicos	35

4.3.	Hipótesis	35
4.4.	Metodología	36
4.4.1.	Operalización de variables	36
4.4.2.	Diseño del estudio	37
4.4.3.	Universo y Muestra.....	37
4.4.4.	Criterios de inclusión y exclusión	38
4.4.5.	Recolección de la información	39
4.4.6.	Plan de análisis de datos	39
4.4.7.	Aspectos bioéticos.....	40
4.4.8.	Aspectos administrativos.....	41
4.4.9.	Cronograma de trabajo	42
CAPÍTULO IV		43
5.	RESULTADOS	43
5.1.	Consistencia interna	45
6.	DISCUSIÓN	64
CAPÍTULO VI		71
7.	CONCLUSIONES.....	71
8.	RECOMENDACIONES	72
ANEXOS.....		73
BIBLIOGRAFÍA.....		82

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Descriptivos de variables cuantitativas con medidas de tendencia central, medidas de dispersión, medidas de forma.	443
Tabla 2. Alfa de Cronbach.....	45
Tabla 3. Correlación elementos y modificación alfa Cronbach.	46
Tabla 4. Punto de cohorte depresión y no depresión.....	48
Tabla. 5 indicadores de depresión y no depresión.....	49
Tabla 6. Punto de corte depresión leve.	51
Tabla 7. Indicadores de depresión leve.	51
Tabla 8. Punto de Corte depresión moderada.....	54
Tabla 9. Indicadores de depresión moderada.	55
Tabla 10. Punto de cohorte depresión severa.....	57
Tabla 11. Indicadores de depresión severa.....	58
Tabla 12. Distribución de pacientes por escuelas.	59
Tabla 13. Grado de depresión y Escuelas.....	60
Tabla 14. Grado de depresión y Año de Básica.	61
Tabla 15. Grado de depresión y Sexo.	62
Tabla 16. Prevalencia De depresión según el grado de severidad	63

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1. Factores de vulnerabilidad, de activación y de protección en la depresión infanto-juvenil.....	18
Cuadro 2. Criterios CIE-10 modificados para niños y adolescentes	25
Cuadro 3. Criterios DSM-IV-TR.	28

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Porcentaje de muestra con respecto a edad.	43
Gráfico 2. Curva COR no depresión y algún grado de depresión.....	47
Gráfico 3. Curva COR depresión leve.	50
Gráfico 4. Curva COR depresión moderada.....	53
Gráfico 5. Curva COR depresión severa.	56

Resumen:

La depresión infantil es una situación afectiva de tristeza mayor que ocurre en un niño, el estado depresivo interfiere con las capacidades y acciones de la persona, esta alteración se presenta de diversas formas con grados y duración variable. Este trastorno no se refiere a ciertos momentos tristes experimentados durante la vida, sino a un trastorno que afecta al desarrollo del niño e interfiere con su progreso madurativo psicológico y social. Es un desorden caracterizado por una alteración en el estado de ánimo, acompañada de cambios en el comportamiento a nivel escolar, en el hogar o la comunidad. El trastorno depresivo en la infancia es un tema poco investigado en el Ecuador por lo que esta disertación está dirigida a contribuir en la detección de sintomatología depresiva, a través del manejo de un instrumento clínico psicológico como lo es el Cuestionario de Depresión Infantil (CDI), proporcionando una mejor calidad de vida en nuestros niños. El objetivo fue determinar las propiedades métricas del CDI comparado con los Criterios CIE-10 modificados para niños, a través de la realización de los mismos, en estudiantes de los sextos y séptimos años de educación básica. El análisis de las variables numéricas se realizó por medio de estadísticos descriptivos y de las variables cualitativas se obtuvo las proporciones. Se utilizó para el análisis el programa Spss 17.1. Se estudió a 132 niños en donde el 60.6% son de sexo masculino 39,4% de sexo femenino, los niños tenían edades entre 10 y 13 años y cursaban el sexto año de educación básica. Se analizó la consistencia interna del CDI obteniendo un alfa de Cronbach de 0,81, una correlación inter-item aceptable excepto por 3 preguntas. Conclusiones: El CDI tiene una alta sensibilidad (88%) y alta especificidad (93%) para detectar la sintomatología depresiva severa. A nivel descriptivo no existieron diferencias significativas con respecto al grado de depresión y el sexo, edad, escuela a la que pertenecen, puntaje de APGAR familiar. La prevalencia de depresión infantil en el estudio fue de 37% depresión leve, 9% depresión moderada y 0,06% depresión severa.

Abstract:

Child depression is an affective situation of greater sadness that occurs in a child. The depressive condition interferes with the regular activities and the person's abilities. This disorder does not refer to sad experiences in the life; it affects the child's development and interferes with their physiological and social maturation process. Child depression is a disorder characterized by an alteration of mood, accompanied with behavioral changes at

school, home, and in the community. The childhood depressive disorder has been researched little in Ecuador, so this dissertation aims to contribute with the detection of depressive symptomatology using psychological instruments such as the child depression inventory (CDI), providing a better quality of life for the children. The principal purpose of this research was to compare the CDI metric properties with the CIE-10 criteria modified for children, applying those of students of sixth and seventh year of basic education. The analysis of the numerical variables was performed using descriptive statistics and by qualitative variables we obtained by proportions. The Spss 17.1 software was used for the analysis. A total of 132 students were studied, 60,6% were male and 39,4% female. The children's ages ranged between 10 to 13 years old and they were attending either their sixth or seventh year of basic education. The internal consistency of the inventory was analyzed by finding a 0,81 of Cronbach alpha, an acceptable inter-item correlation except for three items.

Conclusions: the CDI has a high sensibility (88%) and high specificity (93%) to detect severe depressed symptomatology. On a descriptive level, there were no significant differences between depression when compared to a child's gender, school they attended, nor their familiar APGAR score. The child depression prevalence was 37% for mild depression, 9% moderated depression and 0,6% for severe depression.

CAPÍTULO I

1. INTRODUCCIÓN

La depresión infantil o trastorno depresivo es una situación afectiva de tristeza mayor que ocurre en un niño; el estado depresivo interfiere con las capacidades y acciones de la persona, esta alteración se presenta de diversas formas con grados y duración variable; es un desorden caracterizado por una alteración en el estado de ánimo, acompañada de cambios en el comportamiento, a nivel escolar, en el hogar o la comunidad.

La depresión en los niños y adolescentes es poco estudiada y recientemente aceptada como patología infantil, no se han realizado suficientes publicaciones o estudios estadísticamente significativos que muestren maneras adecuadas de prevención y una atención adecuada durante los cambios que se presentan en los niños con esta patología.

Este trastorno no se refiere a ciertos momentos tristes experimentados durante la vida, sino a un trastorno que afecta al desarrollo del niño e interfiere con su progreso madurativo psicológico y social.

La depresión es un síndrome que abarca todas las áreas de funcionamiento del ser humano, siendo de especial interés en el caso del niño y el adolescente y en su relación con el rendimiento escolar. Un niño deprimido presenta desinterés, dificultades en la concentración y atención, lo que puede influir en el rendimiento académico cuando es prolongado en el tiempo.

La depresión infantil es un trastorno habitualmente subdiagnosticado por padres y profesores. Estadísticas internacionales estiman que entre un 2 y un 6% de los niños en edad escolar padecen depresión, lo cual indica su relevancia a nivel poblacional.

El estudio de Hammen y Rudolph en 1996 y el estudio de Liu et al en 1990 indican que en torno al 10-15% de la población infantil de Educación Primaria padece síntomas depresivos, sin embargo estudios más actuales como el de Steinhausen y Winkler Metzke en el 2003 y Vinaccia et al. En el 2006 sitúan estos índices en un 23.6% o incluso en un 25.2%.

Estos estudios nos indican la importancia de ésta enfermedad que actualmente constituye un problema sanitario ya que los datos epidemiológicos muestran su incremento con el paso de los años y es una afección que ocasiona sufrimiento individual y comunitario, por lo que es de suma importancia su prevención y su atención optima.

Del Barrio en el año 2000 menciona que el comienzo de los trastornos depresivos mayores suele producirse entre los 11 y los 12 años de edad, sin embargo el inicio de la sintomatología depresiva menos severa se observa principalmente hacia los 7 y los 8 años de edad. La etapa escolar se considera como límite a partir del cual, la frecuencia de sintomatología depresiva aumenta progresivamente.

Para la evaluación de éstos pacientes se cuenta con escalas de tamizaje que no son completamente sensibles ni específicas, sin embargo ayudan a predecir o diagnosticar ésta trastorno psicopatológico, siempre y cuando sean seguidas por la evaluación individual del profesional médico capacitado.

2. JUSTIFICACIÓN

El trastorno depresivo en la infancia es un tema poco investigado en el Ecuador por lo que esta disertación está dirigida a contribuir en la detección de sintomatología depresiva, a través del manejo de un instrumento clínico psicológico como lo es el Cuestionario de Depresión Infantil (CDI), proporcionando una detección oportuna de riesgo de depresión en los niños de nuestro país.

Es de suma importancia conocer las propiedades métricas del CDI aplicado en esta población ya que al tener un cuestionario validado para ser usado en los niños del Ecuador; los resultados que se obtengan en esta investigación apoyarán a la medición y diagnóstico de síntomas depresivo en niños entre 7 y 17 años; instrumento que puede ser aplicado por los profesionales capacitados logrando así una detección temprana del trastorno depresivo y mejorando la calidad de vida.

Por otro lado, el problema de depresión en niños y adolescentes, es un fenómeno social que está incrementando progresivamente con el paso del tiempo, y requiere ser tratado desde una perspectiva interdisciplinaria, sobre todo cuando hablamos de prevención, por ésta razón se requiere contar con instrumentos como el CDI, que permitan diagnosticar los síntomas depresivos en este grupo de edad.

Además, es de suma importancia el conocimiento de esta sintomatología depresiva en maestros de escuelas y colegios, para evitar la evolución negativa y cronicidad de estos niños/as con factores de riesgo, debido a que varias de las horas del día, los niños/as permanecen en las instituciones educativas.

CAPÍTULO II

3. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

3.1. Depresión infantil

3.1.1. Definiciones y características

La depresión (del latín depressus, que significa "abatido", "derribado").

Es un trastorno del humor, constituido por síntomas del tipo afectivo, cognitivo y físicos. Es una afectación global del funcionamiento personal, con mayor énfasis en la esfera afectiva.

Existen dos teorías que definen la depresión infantil (Campos, 2009 y Ramírez, 2009):

1. Los síntomas de la depresión son leves y transitorios; se remiten espontáneamente y aparecen con gran frecuencia en niños y adolescentes, por lo que la consideraron como síntoma normal del crecimiento (Lefkowitz & Burton, 1978 citados en Campos, 2009 y Ramírez, 2009). Sin embargo, Rie, afirma que la depresión no se presenta en niños, ya que no se han desarrollado las condiciones psicológicas de autoestima, autoreproche y autoinculpción (Rie, 1996 citado en Campos, 2009).
2. Según Costello en 1980, define la depresión infantil en (Cuevas y Teva, 2006 y Wicks-Nelson e Israel, 1997 citados en Ramírez, 2009):
 - Síntoma depresivo: estado de ánimo disfórico, que se experimenta en cualquier etapa de la vida como consecuencia de experiencias negativas o dolorosas. No implica enfermedad.
 - Síndrome depresivo: conjunto de síntomas concomitantes con el estado disfórico, asociado a problemas somáticos, conductuales, cognitivos y motivacionales. Si tiene antecedentes previos psicológicos, psiquiátricos, médicos o ambientales, éste sería un problema secundario.
 - Trastorno depresivo: es persistente e interfiere en diversas áreas de la vida del niño o adolescente; se reconocen elementos predisponentes y

que mantienen la presencia del trastorno como: historia familiar, aspectos biológicos, cognitivos, etc.

Cuando se habla de depresión infantil, se refiere a lo relacionando con el trastorno depresivo.

En la actualidad, no se pone en duda la existencia de este trastorno; sin embargo, algunos autores consideran que la depresión infantil y la adulta son semejantes, pero la edad modula las características y consecuencias negativas que provoca éste trastorno; por lo que es necesaria la evaluación de los síntomas considerando el nivel de desarrollo del paciente. (Méndez, 2002 citado en Campos, 2009).

3.1.2. Epidemiología

Los Estudios realizados en el Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” de Lima - Perú en el 2003, muestran una prevalencia de depresión en adolescentes del 5,7% y de ideación suicida en un 29,6%.

En Colombia se conoce la investigación de Mantilla, Sabalza, Díaz y Campos del año 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 una versión corta del cuestionario de depresión infantil (CDI-S), con el cual se encontró una prevalencia del 9,2%. (Abela, 2013)

Otra investigación es la de Gaviria, Martínez, Atehortúa y Trujillo realizada en el 2006 en La Ceja, Antioquia, quienes reportan una prevalencia del 12,5%, en una muestra de seiscientos noventa y ocho niños utilizando el Cuestionario de Depresión infantil (CDI de Kovacs).

Eduar Herrera realizó una investigación en Neiva, Colombia realizada en el 2009 donde se muestran una prevalencia del 17,09% de depresión infantil. A nivel sociodemográfico, se determinó que los niños con síntomas de depresión pertenecen a familias de estrato socioeconómico bajo.

En España, la prevalencia de depresión mayor se ha estimado en el 1,8% en niños de 9 años y el 2,3% en adolescentes de 13 y 14 años. (Canals, 1995).

Un estudio observacional realizado en niños de 12 a 16 años mostró una prevalencia de manifestaciones depresivas en el 10,3% (depresión leve un 8,4% y grave en 1,8%) (Escriba, 2005)

En Estados Unidos se observa una prevalencia de depresión del 0,3% en preescolares. (Kashani, 1988). En niños entre 9 y 11 años de edad se estima una prevalencia del 0,5 al 2% (Costello, 2003). En otros estudios se evidencian cifras de hasta un 2,5% en niños y 8,3% en adolescentes. (Kessler, 2001). Otros estudios muestran que la depresión afecta a 1 de cada 33 niños y a 1 de cada 8 adolescentes, siendo la cuarta enfermedad más importante en la actualidad en los adolescentes. (Merry, 2003).

Estudios realizados en población estadounidense señalan una prevalencia del 1 a 2% para los desórdenes depresivos en la niñez; cifras que sufren un incremento del 3 al 8% durante la adolescencia y que alcanzan una prevalencia a lo largo de la vida estimada en 20%, al término de la misma. (Zalsman et al, 2006; Kennard et al, 2006; Méndez et al, 2002; Kamphaus y Frick, 2000).

Los hallazgos provistos por la investigación sobre depresión pediátrica, informan que la prevalencia del trastorno se incrementa con la edad; descubriéndose también un aumento del número de niños y adolescentes que son diagnosticados con desórdenes de esta naturaleza; además de que se registra un alarmante descenso en la edad de inicio de la sintomatología (Ma et al, 2005; Méndez et al, 2002).

Ma et al en el 2005 concuerdan en que la depresión en niños y adolescentes representa un problema creciente. En los Estados Unidos, donde los autores realizaron su estudio, se registra que aproximadamente de un 2 a un 8% de la población juvenil en control ambulatorio, entre los 7 y 17 años de edad, muestran sintomatología depresiva significativa. Los resultados reportados evidencian asimismo que el número de consultas anuales en las cuales los niños y adolescentes fueron diagnosticados como portadores de algún tipo de desorden depresivo se elevó de 1.44 millones en 1995-1996 y a 3.22 millones en el 2001-2002.

Durante la infancia no existen diferencias significativas entre la prevalencia de trastorno depresivo en niños o niñas; sin embargo, en los adolescentes la prevalencia es mayor para el género femenino con una razón de 2:1 a los 15 y 18 años. (Kessler, 1994).

Investigaciones muestran que los niños de bajo entorno socioeconómico tienen un riesgo de depresión a lo largo de su vida 2 veces mayor que los niños de elevado entorno socioeconómico. (Gilman, 2003).

3.1.3. Etiología de la depresión infantil

3.1.3.1. Teorías Psicológicas

Modelo Socio Ambiental

La depresión se presenta cuando el medio ambiente proporciona un reforzamiento social inapropiado para el niño. (Campos, 2009).

Lieberman y Raskin en 1971, Costello en 1972, Fester en 1973 y Lewinsohn en 1974 explican que los niños con depresión presentan escasas conductas adaptativas, lo que produce un déficit comportamental que disminuye la probabilidad de recibir un reforzamiento positivo y además, aumenta la posibilidad de obtener un castigo. Cuevas y Teva en el 2004 muestran que el niño deprimido presenta un comportamiento evitativo o inadecuado (exceso conductual) limitando aun más la posibilidad de un refuerzo positivo. (Campos, 2009).

Fester en 1973 determina que estas deficiencias o excesos en el comportamiento del niño se deben a que:

- El niño minimiza sus capacidades y maximiza sus dificultades.
- Procesos de retroalimentación ambiental con un bajo refuerzo positivo.
- Modificaciones repentinas en el ambiente que retiran bruscamente fuentes significativas de reforzamiento.
- Programas de refuerzo inadecuados que exigen una cantidad muy elevada de respuestas a cambio de un refuerzo positivo.

Cole y Rehm en 1986 indican que los padres de niños con depresión realizaban un reforzamiento verbal menor que los padres de niños sin el trastorno. (Citado en Méndez et al, 2002).

Shah y Morgan compararon niños con puntuaciones altas y bajas del CDI, encontrando

que los niños con más síntomas depresivos tenían más dificultades de competencia social por lo que obtenían un menor refuerzo positivo interpersonal. (Citado por Méndez et al, 2004).

Modelo de la Indefensión Aprendida

En el modelo de la indefensión aprendida elaborado por Seligman y Peterson en 1975, el niño está expuesto a situaciones incontrolables, en donde la probabilidad de obtener un refuerzo si se emite una respuesta es igual a la probabilidad de obtenerlo si no se produce. El niño predice que no tiene control sobre la situación, interfiriendo en aprendizajes adaptativos posteriores. Las expectativas de incontrolabilidad originan los déficits característicos de la depresión:

- **Motivacionales:** se observa un retraso en la iniciación de respuestas voluntarias. Si el niño espera que sus respuestas no afecten a las consecuencias, la probabilidad de emitir tales respuestas disminuirá en el futuro.
- **Cognitivos:** dificultad para aprender respuestas reforzadas.
- **Emocionales:** sentimientos de indefensión y desesperanza.

El modelo no podía explicar el hecho de que algunos niños no desarrollaban la depresión a pesar de estar expuestos a situaciones incontrolables.

En 1978 Abramson, Seligman y Teasdale reformularon el modelo en base a la "Teoría de la Atribución" que permite comprender las diferencias individuales en cuanto a la vulnerabilidad a la depresión.

El modelo reformulado de la indefensión aprendida, argumenta que el niño que desarrolla depresión presenta expectativas de daño, él espera la ocurrencia de hechos adversos o que no se den los deseados. También, presenta las expectativas de incontrolabilidad, es decir, ninguna de sus respuestas pueden cambiar la probabilidad de un evento. Finalmente, el niño depresivo tiene un estilo atributivo propio ya que atribuye sus fracasos a factores internos, globales y estables, mientras que sus éxitos son atribuidos a factores externos, específicos e inestables. (Citados en Campos, 2009).

Modelo Cognitivo

Beck et al. en (1983) identifican tres procesos que explican la depresión: la triada cognitiva, los esquemas y los errores cognitivos.

La triada plantea como una persona se percibe a sí mismo, a su ambiente y a su futuro;

1. El niño se ve a sí mismo de una manera negativa, se siente inútil, deprimido o inadecuado. Es el caso del niño que dice que no le agrada a nadie y que siente que nunca puede hacer bien las cosas.
2. Interpreta su interacción con el mundo y ambiente de una manera negativa. Cualquier cumplido positivo o el esfuerzo de una persona para acercarse a este niño es mal percibida como una muestra de falsedad.
3. El niño ve el futuro como negativo, cuestiona el hecho de que vaya a ser exitoso en el futuro o se siente condenado.

De acuerdo a Beck en 1987, los esquemas cognitivos depresivos asumen la forma de estándares rígidos y perfeccionistas para emitir juicios sobre uno mismo y sobre los demás. Plantea que estos esquemas interactúan con eventos negativos de la vida para producir la depresión.

El niño sin depresión puede ver la situación más objetivamente y pensar en lo que la circunstancia total significa para él, sin embargo, los niños más deprimidos responden de una forma más negativa, usando pocos criterios objetivos al interpretar cada situación. Así, hay muy poca conexión entre lo que verdaderamente sucedió y sus pensamientos negativos al respecto. Estos patrones conducen al pensamiento distorsionado. (Citados en Underwood, 2003).

Según Weiten en 1997 los pensamientos negativos y las creencias maladaptativas son descritos como Errores Cognitivos que llevan a los niños a pensamientos irrealistas y a sentimientos negativos.

- Pensamiento Todo o Nada: los niños experimentan algo que les sucede en sus vidas que no les sale del todo bien y llegan a desalentarse porque creen que su empeño tiene que ser perfecto.
- Sobregeneralización: se hace evidente cuando un niño cree que si algo sucede en

una situación, entonces, todas las situaciones que son similares tendrán las mismas consecuencias, lo que puede llevar a que un niño crea que no puede tener éxito en ciertas cosas, ocasionándole la evitación de situaciones similares.

- Filtraje: el niño solo ve lo negativo de una situación.
- Razonamiento emocional: el niño reacciona ante las emociones que está experimentando más que ante los hechos reales y evidentes.
- Personalización y culpa: consiste en relacionar, sin una base suficiente, los hechos del entorno con uno mismo. Un tipo de personalización consiste en compararse con otras personas de manera frecuente.

Los pensamientos distorsionados de una situación causan problemas debido a que ocasionan un sentimiento y el niño reacciona frente a ese sentimiento. Ellis en 1962 enfatiza que no es la situación la que nos hace sentir ira, tristeza o ansiedad, sino el cómo percibimos esa situación.

Modelo del Autocontrol

Rehm en 1977, desde su perspectiva el trastorno de depresión se da por errores en los procesos de: autoobservación, autoevaluación y autorreforzamiento, como componentes básicos de la capacidad de autorregulación o autocontrol.

Así los niños con depresión cuando observan su conducta, antecedentes y consecuencias, ven selectivamente a los eventos negativos y a las consecuencias inmediatas con lo que construyen una visión negativa y pesimista de su vida y de sí mismos. Luego, cuando evalúan su comportamiento aplican criterios de valoración poco realistas y muy extremos, realizando además atribuciones sesgadas lo que empobrece su autoestima. Finalmente, el autoexamen efectuado, conduce a autoreforzarse positivamente pocas veces y a autocastigarse en alta frecuencia, originando actitudes pasivas, de poca iniciativa, hostilidad y desprecio por sí mismos. (Citado en Méndez, 2004)

3.1.3.2. Teorías Biológicas

La investigación de los marcadores biológicos que explican la sintomatología depresiva en niños, se enfoca a los descubiertos en la depresión de adultos. (Campos, 2009).

Hipótesis aminérgica

Schidkraut en 1965 propuso la hipótesis noradrenérgica que relaciona la depresión con una disminución de la acción de la noradrenalina y serotonina. Sadin en 1986 menciona que no está claro si el trastorno primario se produce por una disminución o si se trata de una hipo o hipersensibilidad en los receptores aminérgicos. (Méndez, 2007).

Hipótesis neuroendócrina

Las alteraciones hormonales juegan un papel importante en la depresión y son consideradas secundarias al trastorno en los neurotransmisores centrales. (Jiménez, 1997). Las personas que sufren depresión presentan niveles elevados de cortisol que puede ser explicado como consecuencia del déficit de noradrenalina. Además se menciona que existe alteración en los ejes que controla la actividad tiroidea, hormonas sexuales y del crecimiento. (Méndez, 2007).

3.1.4. Factores que intervienen en el desarrollo de la depresión infantil

Para el desarrollo de depresión infantil pueden influir factores endógenos y exógenos. (Del Barrio, 2005, citado en Ramírez, 2009)

3.1.4.1. Factores endógenos

Aspectos biológicos

Factores Genéticos: Weissman encontró altos niveles de psicopatología entre nietos e hijos de personas con trastorno depresivo mayor. A su vez, Eaves et al, menciona que estudios realizados en gemelos monocigotos indican que los síntomas depresivos podrían explicarse en un 40 -70% por la presencia de factores genéticos. En consecuencia, los investigadores han sugerido que los trastornos psiquiátricos podrían seguir un modo poligénico de herencia de la vulnerabilidad y pueden involucrarse influencias ambientales mayores. (Weissman, 2005 y Eaves, 1997 citados en Ramírez, 2009).

El mecanismo de acción de los genes en los diferentes niveles hasta la manifestación clínica de la depresión todavía es desconocido. Par algunos autores, la influencia del

ambiente es mayor cuando más grave es la depresión, mientras que para otros, los cuadros clínicos más graves de depresión mayor, son influenciados genéticamente. (Torgensen S, 2005).

Neurotransmisores: las sustancias que se postulan como involucradas en la patología de la depresión son:

- Noradrenalina: se establece que su deficiencia sumada a alteración de otros neurotransmisores y a predisposiciones genéticas produce depresión. (Ghaziuddin 2000 citado en Ramírez, 2009).
- Serotonina: vinculada con la “hipótesis permisiva” que propone que la disminución de serotonina causa depresión al permitir la disminución de los niveles de Noradrenalina.

Así la fisiopatología de la depresión consiste en una disfunción conjunta de los circuitos de noradrenalina y serotonina, sumado a factores genéticos predisponentes.

Eje hipotálamo-hipofisario-adrenal: la hiperactividad de este eje es uno de los principales hallazgos en la neurobiología de la depresión.

Eje hipotálamo-hipofisario-tiroideo: se han demostrado varias alteraciones entre ellas; aplanamiento en el ritmo circadiano de la secreción de hormona tiroidea, con ausencia del pico nocturno normal de secreción de hormona tiroideo-estimulante (TSH), además de una elevación de la hormona liberadora de tirotrópina (TRH).

Hormona de crecimiento: los pacientes con depresión muestran un aplanamiento del ritmo de secreción de la hormona de crecimiento, especialmente el pico nocturno; lo que puede deberse al sueño ininterrumpido que acompaña a la depresión.

Anatomía cerebral: estudios relacionan el volumen más pequeño del lóbulo frontal con alteraciones en la función monoaminérgica en regiones determinadas del cerebro, sobre todo en adolescentes deprimidos. (Steingard, 1996).

Género femenino: es un factor de riesgo para la depresión en la adolescencia (Papadakis, Prince, Jones 2006, citados en Ramírez, 2009). Estudios mencionan que las hormonas sexuales pueden asociarse a cuadros depresivos en la primera mitad de la adolescencia, éstos trastornos son dos a tres veces más frecuentes en el sexo femenino,

posiblemente por los cambios hormonales que se producen, un incremento del estrés y la mala respuesta a éste y a diferencias en las relaciones interpersonales; otros autores atribuyen que se deba a los cambios psicosociales que se producen durante esta etapa de la vida. (Angold et al., 1999 y Waslick et al., citados en Ramírez, 2009).

Aspectos psicológicos y de aprendizaje

Temperamento y personalidad: Goodyer et al. en 1993, manifiestan que existe relación entre la depresión y el temperamento, sobretodo en mujeres; sin embargo, Waslick et al. en el 2003, determina que no existen pruebas concluyentes que demuestren que el desarrollo de la depresión infantil esté asociado a características temperamentales. (Citados en Ramírez, 2009).

Factores cognitivos: se encontró una relación significativa entre depresión, ideación suicida y baja autoestima. (Rosselló y Berríos, 2004 citados en Ramírez, 2009). La afectividad negativa, que se acompaña con características conductuales como la inhibición y retraimiento social y cognitivas como las dificultades de concentración conllevan una mayor reactividad frente a los estímulos negativos, y se asocia a una mayor probabilidad de depresión sobretodo en los niños. (Garber J, 2005),

La presencia de síntomas depresivos, como Anhedonia o ideación suicida, incrementan de forma significativa el riesgo de depresión infantil. Aquellos niños y adolescentes con discapacidades físicas, problemas de aprendizaje, déficit de atención, hiperactividad o alteraciones de conducta, también tienen mayor riesgo de presentar un trastorno depresivo. (Bhatia SK, Bhatia SC, 2007).

Acontecimientos Vitales

Los acontecimientos afectan a los niños de diferente manera según su etapa evolutiva. Así, los niños entre 7 y 12 años son sensibles a los acontecimientos familiares y a los relacionados con la escuela, los adolescentes son más vulnerables ante las transformaciones de su cuerpo y persona, las relaciones de pareja, el rol social. (Ramírez, 2009).

Un factor relacionado con la depresión infantil independiente de su etapa evolutiva, es el abuso físico, sexual y psicológico que produce atribución negativa. (Del Barrio, 2005;

Waslick, 2003 citados en Ramírez, 2009).

3.1.4.2. Factores Exógenos o Ambientales

Familia

Existen tres vías principales a través de las cuales los padres influyen en el desarrollo psicológico de sus hijos (Kagan 1999 citados en Campos, A, et, al, 2009):

- Interacción directa: aplicación de límites disciplinarios, interés, comunicación y retroalimentación que se brinda al niño, relacionado principalmente con el desarrollo cognitivo, ético–moral y rasgos del carácter.
- Identificación y transmisión de “historias familiares”; el niño emula aquellos patrones o características parenterales que admira o que le son asignados.

El cuadro depresivo en los padres produce que el menor presente una pobre imagen personal, sentimientos de culpa, dificultades para la adaptación, problemas en relaciones interpersonales y la expresión de sentimientos. Se ha visto que los hijos de padres con depresión presentan una probabilidad entre tres y cuatro veces mayor de desarrollar el trastorno depresivo; la psicopatología de la madre se considera un predictor de depresión en el niño. (Mardomingo, 2005 citado en Campos, 2009).

El contexto familiar del niño y adolescente juega un papel fundamente en el desarrollo de depresión; existen factores de riesgo asociados como los conflictos conyugales, abuso físico, emocional, sexual y negligencia en el cuidado; otros factores que intervienen en el desarrollo de ésta patología son los eventos vitales negativos como el divorcio o una separación conflictiva de los padres, pérdida de amistades, muerte de un ser querido. (Richardson LP, Katzanellenbogen R, 2005).

En caso de familias monoparentales se observa que existe un menor nivel de apoyo emocional y se presenta distrés psicológico en los progenitores. Los conflictos conyugales afectan a la eficacia de las prácticas parentales, y con esto al ajuste emocional de los menores. La violencia entre los padres se correlaciona con la presencia de trastornos de internalización de los hijos (Campos, 2009).

Las relaciones negativas en padres e hijos se incrementan durante la adolescencia,

umentando la depresión (Del Barrio, 2005, citados en Ramírez, 2009).

El entorno

La depresión en adolescentes se asocia con la existencia de conflictos interpersonales y de rechazo de diferentes miembros del entorno social; así, los niños y adolescentes con pocos amigos, el acoso por parte de iguales y la humillación como el trato degradante, burla delante de otros o el sentirse ignorado son considerados como factores de riesgo para desarrollar depresión. (Garber J, 2005).

Haavisto A en el 2004 menciona que no existe evidencia de una asociación entre depresión infantil y vivir en el medio rural o urbano.

Diferencias Individuales

Se basa en las características y habilidades personales, disponibilidad de apoyo emocional o social y la posibilidad de recibir intervenciones terapéuticas adecuadas. No todo menor que ha vivido situaciones traumáticas desarrollará una patología psicológica o psiquiátrica en los años posteriores. (Campos, 2009).

Se debe tomar en cuenta la resiliencia que es la función que permite generar respuestas flexibles para resistir, reparar o compensar las consecuencias de la adversidad. La resiliencia se va construyendo mediante la interacción con el ambiente sociofamiliar, que permite la construcción de la autoestima, creatividad, búsqueda de soluciones alternativas para los problemas, manejo de frustración, entre otras acciones para adaptarse a las situaciones adversas que se pueden presentar. Para determinar la resiliencia de una persona es necesario que la misma se exponga a un evento desagradable o difícil. (Kim-Cohen, 2007 citado en Campos, 2009).

En la siguiente tabla se menciona los principales factores personales implicados en la depresión infantil, clasificados como factores de vulnerabilidad, activación y protectores.

Cuadro 1. Factores de vulnerabilidad, de activación y de protección en la depresión infanto-juvenil.

Factores de vulnerabilidad: (incrementan la predisposición general, pero rara vez provocan directamente la enfermedad):

- Factores genéticos
- Historia de trastorno afectivo en los padres
- Sexo femenino
- Edad post-puberal
- Antecedente de síntomas depresivos
- Antecedente de abuso físico y sexual en la infancia, especialmente en el sexo femenino.
- Afectividad negativa

Factores de activación: (directamente implicados en el comienzo de la depresión y en presencia de factores de vulnerabilidad, sus efectos pueden ser mayores. Suelen ser acontecimientos no deseados que dan lugar a cambios permanentes en las relaciones familiares y de amistad):

- Conflictos conyugales
- Desestructuración familiar
- Acoso o humillación
- Situaciones de abuso físico, emocional o sexual
- Consumo de tóxicos

Factores de protección: (reducen la probabilidad de depresión en presencia de factores de vulnerabilidad o de activación):

- Buen sentido del humor
- Buenas relaciones de amistad
- Relaciones estrechas con uno o más miembros de familiar
- Logros personales valorados socialmente
- Nivel de inteligencias normal-alto
- Actividad física
- Participación en eventos escolares, sociales o voluntariado.

Fuente: National Collaborating Centre for Mental Health. Depression in Children and Young People. Identification and management in primary, community and secondary care [Internet]. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2005 [citado 8 ene 2008].

3.1.5. Fisiopatología

La fisiopatología de los trastornos de ánimo está ligada a circuitos neuroanatómicos que regulan la emoción. En el tronco encefálico existen neuronas secretoras de noradrenalina, especialmente en el locus ceruleus. Envían fibras hacia arriba, a la mayoría del sistema límbico, el tálamo y la corteza cerebral. También existen neuronas productoras de serotonina en los núcleos del rafe medio de la protuberancia y en el bulbo, y proyectan fibras a varias zonas del sistema límbico, incluyendo la amígdala e hipocampo. (Zalsman, G, 2006)

En eventos implicados en el estrés, el eje HHA responde con una elevación de glucocorticoides; sin embargo, si el estrés es crónico, ocurre una regulación a la baja de los receptores a glucocorticoides. (Garaigordobil, M, 2005)

La teoría neuroendocrina postula que en la depresión existe un hipercortisolismo tóxico para la neurogénesis en el hipocampo, estudios que evalúan el cortisol en niños y adolescentes no muestran incremento de esta hormona; esto puede deberse a factores como el desarrollo, la menor prevalencia de melancolía y probablemente, una adaptación más rápida al estrés en la población pediátrica. (Méndez, 2007).

Otros estudios neuroendocrinos muestran que en pacientes con depresión los niveles de hormona de crecimiento no se incrementan tras la aplicación de estimulantes de la misma y esto se ha sugerido como marcador de rasgo de la depresión.

Estudios en biología molecular han encontrado que el factor neurotrófico derivado del cerebro (BDNF), proteína asociada al proceso de plasticidad sináptica, se encuentra disminuido en pacientes con depresión y sus niveles se normalizan con el uso de antidepresivos. (Garaigordobil, M, 2005)

Estudios en bioquímica, las anomalías en la función serotoninérgica y función plaquetaria se han propuesto como un factor de vulnerabilidad o causales de la depresión. (Zalsman, G, 2006)

3.1.6. Descripción clínica

Los síntomas que se presentan de manera frecuente en función de la edad son:

Lactantes hasta la edad preescolar (0-2 años)

Llanto constante, inexpresividad, disminución del peso, vulnerabilidad a infecciones, retardo en el desarrollo psicológico, síntomas motores (inexpresión facial y movimientos corporales) que indican retraimiento y rechazo. (Del Barrio, 2005).

Preescolares (2-5 años)

No participa en actividades propias de su edad, conductas desadaptativas como irritación y agresión; problemas físicos como enuresis, encopresis, dificultades alimenticias, insomnio, dolores y molestias físicas (Cuevas y Teva, 2006; Del barrio, 2005; Tomás, 1996).

Escolares (6-12 años)

Rechazo a las actividades escolares, irritación, ansiedad, dificultades en el aprendizaje, presentación de los primeros pensamientos negativos, inseguridad, poca motivación, temores nocturnos, crisis de llanto, gritos, peleas, conductas autodestructivas, encopresis, enuresis y onicofagia. (Cuevas y Teva, 2006; Del Barrio, 2005; Tomás 1996).

Adolescentes (12-18 años)

Los episodios depresivos son más frecuentes y con mayor intensidad; los aspectos cognitivos y afectivos se tornan más importantes (Cuevas y Teva, 2006; Weiss, 1992). Se hacen más evidentes el disgusto con la imagen corporal y con el desempeño, sentimientos de inferioridad, pesimismo, ideación suicida, el comportamiento aislado, agresivo, problemas de anorexia, bulimia, e hipersomnía. (Cuevas y Teva 2006; Del Barrio 2005; Tomás, 1996).

Del Barrio hace una síntesis de los síntomas habituales de la depresión infantil y los clasifica en 6 categorías:

- 1. Emocionales:** sentimientos de tristeza, falta de sentido de humor, cambios

bruscos de humor, irritabilidad, ausencia de interés y llanto excesivo.

2. **Motores:** hipoactividad, letargo, enlentecimiento motor, inmovilidad, torpeza, estupor, atonía, hiperactividad e inquietud.
3. **Cognitivos:** falta de concentración, pérdida de memoria, descenso en el rendimiento académico, pesimismo, desesperanza, indecisión, sentimientos de culpa, baja autoestima e ideación suicida.
4. **Sociales:** aislamiento, retraimiento, evitación e incompetencia social.
5. **Conductuales:** protestas, riñas, desobediencia, rabietas, indisciplina escolar, delincuencia, drogas y piromanía.
6. **Psicosomáticos:** enuresis, fatiga, pérdida de peso, dolores múltiples, pesadillas, cambios en el sueño y el apetito, baja de las defensas inmunológicas y alergias.

3.1.7. Evaluación de la depresión infantil

Campos 2009, menciona que las técnicas de evaluación de la depresión infantil son:

- Entrevista con el niño, los padres y maestros.
- Observación directa y autoobservación
- Autoregistros y autoinformes.
- Procedimientos psicofisiológico y bioquímicos.

Zuckerbrot RA en el 2007 menciona diferentes estudios epidemiológicos han puesto de manifiesto un posible infradiagnóstico e infratratamiento de la depresión en un elevado porcentaje de niños y adolescentes. Estudios realizados en Estados Unidos muestran que solo el 50% de los adolescentes con depresión se diagnostican antes de llegar a la edad adulta y que dos de cada tres jóvenes con depresión no se detectan en la atención primaria.

Bulbea en el 2003, menciona que en España el Cuestionario de Depresión Infantil (CDI) ha demostrado ser un buen instrumento de cribado, y tener un alto poder diferenciador entre niños normales y deprimidos.

Existe un consenso generalizado sobre a qué grupo de niños y adolescentes se debe realizar un cribado para lograr mejores resultados; se debe preguntar sobre los síntomas y los problemas del niño de forma independiente tanto a él, como a los padres,

combinando ambos grupos de respuesta para lograr una mejor estimación, sobretodo, en edades por debajo de los 14 años. Si el instrumento de cribado se dirige solo a los padres, se tiende a detectar falsos negativos, mientras que, si solo se dirige a niños y adolescentes, es probable que se detecten falsos positivos. En todo caso los instrumentos de cribado servirían solo para detectar una posible depresión y sería necesario realizar un diagnóstico mediante una entrevista clínica. (Leblanc JC, 2002)

3.1.7.1. *Cuestionario de depresión infantil (CDI)*

El CDI de Kovacs es el cuestionario más usado y citado para medir la sintomatología depresiva en niños (Ramírez, 2009). Es un cuestionario de autoinforme elaborado por María Kovacs, basado en la teoría cognitiva de Beck (Escala de depresión de Beck). Su primera versión se realizó en 1977. (Campos, 2009).

Kovacs realizó una adaptación de la escala para adultos del BDI, eliminando el ítem de contenido sexual, además incorporó elementos correspondientes a las áreas de funcionamiento infantil como entorno escolar, relaciones interpersonales con el grupo de su misma edad y rendimiento académico; y por último añadió ítems referentes a problemas de conducta. (Campos, 2009).

La primera versión oficial del cuestionario se publicó en 1992. el CDI cuenta con 27 ítems que evalúan síntomas cognitivos, afectivos y conductuales de depresión en niños de 7 a 17 años de edad. Su evaluación toma aproximadamente 15 minutos y es sencilla de responder ya que necesita un nivel básico de escolaridad para su mayor comprensión. El resultado de la prueba permite obtener datos sobre: disforia, autoestima negativa y depresión total. (Kovacs, 2004, citado en Ramírez, 2009).

La calificación de cada ítem se hace con una escala de 0 a 2 puntos, la puntuación de 0 corresponde a la intensidad de aparición más baja del síntoma, el 1 a la intensidad media y el 2 a la de mayor intensidad. Luego de esta calificación, se podrá obtener la puntuación directa de:

- **Escala de Disforia:** sumando los ítems: 2, 3, 6, 11, 13, 14, 15, 19, 23, 24 y 26.
- **Escala de Autoestima:** sumando los ítems: 1, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 25 y 27.
- **Escala de Depresión:** es la suma de ambas escalas.

Kovacs señala que el puntaje para la normalidad o patología está en función del punto de corte que define la sensibilidad y especificidad de la prueba. La autora recomienda realizar modificaciones en el puntaje de corte dependiendo de las características de la población y usar como punto de corte 13 puntos cuando se trata de jóvenes de muestras clínicas y de 19 en muestras no clínicas. (Kovacs, 1992 citado en Ramírez, 2009).

Sorensen et al en el 2005 y Gándara y Carrasco en el 2004, opinan que el CDI es una herramienta de tamizaje para niños y adolescentes que experimentan síntomas depresivos, por lo que es necesario profundizar la evaluación si se obtienen puntajes altos. Además, debe repetirse el test en los siguientes 8 a 15 días para corroborar la persistencia de los síntomas. (Campos, 2009).

Según Erkolahti en el año 2003, algunos estudios califican al CDI como un cuestionario eficiente, fácil de administrar y calificar, siendo el autoinforme más utilizado a nivel investigativo y clínico, con varios estudios que respaldan su validez y confiabilidad (Erkolahti, 2003, campos 2009).

Confiabilidad del CDI

Consistencia interna, se realizaron 24 estudios, entre 1978 y 2003, en Kuwait, Egipto, Estados Unidos, Inglaterra, Italia y España; se obtuvo un Alfa Cronbach entre 0.70 y 0.94, que demostraba que del 74- 94% de los puntajes es atribuible al puntaje verdadero. (Citado en Ramírez, 2009).

Estabilidad temporal: se realizaron 16 estudios entre los años 1979 y 2003, con niños sin patología, muestras clínicas o niños con problemas sociales. Los resultados varían de acuerdo al tiempo entre 1 a 4 semanas en la población normal, el índice de estabilidad temporal varía entre 0.38 y 0.83, en la población clínica la variación oscila entre 0,62 y 0,87.

Entre 1 y 12 meses se encuentra que en la población normal el índice varía entre 0.54 y 0.77 y en la población clínica hay una variación entre 0.50 y 0.72.

En general se muestran índices aceptables de estabilidad temporal, dada la característica de labilidad emocional propia de los niños y adolescentes.

Los índices de estabilidad descienden en función del intervalo de tiempo transcurrido.

Twenge & Nolen-Hoeksema (2002) refieren que la puntuación del CDI suele decrecer con cada aplicación del cuestionario (Citados en Ramírez, 2009).

En un estudio realizado en estudiantes hispanos de 8 y 15 años que tenía como objetivo establecer la confiabilidad del CDI como herramienta de tamizaje; se emplearon los puntajes de corte definidos por Kovacs en su estudio original. Los autores comunican que casi la totalidad de los participantes que puntuaron por encima de 19 puntos en el CDI, fueron sometidos a una entrevista psiquiátrica, determinándose la presencia en ellos de un probable diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor (Davanza, 2004 citado en Campos 2009).

En Perú, se realizó una adaptación lingüística del instrumento y posteriormente se analizó la validez de cada ítem. La mayoría de los ítems obtuvieron correlaciones ítem.test significativas, exceptuando los ítems 12 y 16. (Reátegui, 1994 citado en Ramírez, 2009).

3.1.8. Diagnóstico de la depresión infantil

El diagnóstico de la depresión se basa en la entrevista con el paciente y sus padres mediante la utilización de cuestionarios específicos; se debe investigar cómo afecta a las relaciones con la familia, compañeros y su rendimiento escolar. (Shaffer, 1996).

Alvarez Cerveró menciona que el diagnóstico se basa en 4 pilares fundamentales:

- La entrevista diagnóstica es el acto primordial para identificar el síndrome depresivo. Se preguntará al paciente sobre sus dolencias y preocupaciones actuales. En ocasiones puede ser oportuno obtener información a través de algún familiar próximo ya que nos pueden aportar información muy valiosa.
- Investigación de los antecedentes personales y familiares. Ello nos permite detectar la existencia de fases anteriores análogas.
- Aplicación de escalas y cuestionarios. Estos datos pueden ofrecer una inestimable ayuda para precisar el diagnóstico y el subdiagnóstico de la depresión.
- Utilización de marcadores biológicos. Son hoy por hoy una información diagnóstica meramente auxiliar y subsidiaria. El diagnóstico de la depresión se funda en los datos clínicos.

Es importante realizar una detección temprana de los grupos de riesgo y elaborar planes

de prevención que eviten el desarrollo de patologías severas o su mantenimiento hasta la etapa adulta. (Carmen B, 1999).

No se ha encontrado suficiente evidencia que recomiende realizar tamizaje de depresión en niños y adolescentes que no presenten sintomatología depresiva. (Campos, 2009).

Un mal diagnóstico o un mal tratamiento es un gran problema en niños menores de 7 años, ya que estos niños no poseen la habilidad para comunicar emociones y pensamientos negativos con lenguaje, en consecuencia estos niños tienen a la somatización, es por esto que los niños pequeños que tienen depresión presentan generalmente dolor y malestar como dolor de cabeza, dolor de estómago, ect. (Ramírez, 2009)

La teoría en la que se considera que la depresión infantil tiene características similares a la depresión en adultos cuenta con 2 clasificaciones específicas: DSM-IV-TR, CIE-10 modificado para niños.

3.1.8.1. *Criterios CIE-10 modificados para niños*

La Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE) es el sistema de clasificación de la organización mundial de la salud.

CIE-10 es uno de los sistemas universales de clasificación, que permite la producción de estadísticas sobre mortalidad y morbilidad comparables en el tiempo entre unidades o regiones de un mismo país y entre países.

En la CIE-10 la gravedad de los episodios se basa en el número, tipo e intensidad de los síntomas y en el grado de deterioro funcional; utiliza una lista de 10 síntomas depresivos y divide el cuadro depresivo en leve, moderado o grave y la duración del episodio debe ser al menos de dos semanas.

Cuadro 2. Criterios CIE-10 modificados para niños y adolescentes.

A. Criterios generales para episodio depresivo:

- El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas
- El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno

mental orgánico.

B. Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas:

1. El estado de ánimo puede ser deprimido o irritable. Los niños pequeños o con desarrollo lingüístico o cognitivo inmaduro pueden no ser capaces de describir su estado de ánimo y presentar quejas físicas vagas, expresión facial triste o pobre comunicación visual. El estado irritable puede mostrarse como “paso al acto”, comportamiento imprudente o atolondrado o actitudes o acciones coléricas u hostiles. En adolescentes mayores el trastorno de ánimo puede ser similar a los adultos.
2. La pérdida de interés puede ser en el juego o en las actividades escolares.
3. La falta de juego con los compañeros, el rechazo del colegio o frecuentes ausencias al mismo pueden ser síntomas de fatiga.

C. Deben estar presentes uno o más síntomas de la lista, para que la suma total sea al menos de cuatro:

1. Pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad.
2. Los niños pueden presentar auto-desvalorización. La culpa excesiva o inapropiada no suele estar presente.
3. Indicios no verbales de conducta suicida, incluidos comportamientos de riesgo reiterados, en ocasiones a modo de juego y “gestos” autolesivos (arañazos, cortes, quemaduras, etc.).
4. Los problemas con la atención y concentración pueden mostrarse como problemas de conducta o escaso rendimiento escolar.
5. Junto al cambio en el estado de ánimo puede observarse comportamiento hiperactivo.
6. Alteraciones del sueño de cualquier tipo.
7. Los niños pueden dejar de ganar peso más que perderlo.

D. Puede haber o no síndrome somático

Los síntomas físicos, como las quejas somáticas, son particularmente frecuentes en niños.

Episodio depresivo leve: están presentes dos o tres síntomas del criterio B. La persona con un episodio leve probablemente está apta para continuar la mayoría de sus actividades.

Episodio depresivo moderado: están presentes al menos dos síntomas del criterio B y síntomas del criterio C hasta sumar un mínimo de 6 síntomas. La persona con un episodio moderado probablemente tendrá dificultades para continuar con sus actividades ordinarias.

Episodio depresivo grave: deben existir los 3 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C con un mínimo de 8 síntomas. Las personas con este tipo de depresión presentan síntomas marcados y angustiantes, principalmente la pérdida de autoestima y los sentimientos de culpa e inutilidad. Son frecuentes las ideas y acciones suicidas y se presentan síntomas somáticos importantes. Pueden aparecer síntomas psicóticos tales como alucinaciones, delirios, retardo psicomotor o estupor grave. En este caso se denomina como episodio depresivo grave con síntomas psicóticos. Los fenómenos psicóticos como las alucinaciones o el delirio pueden ser congruentes o no congruentes con el estado de ánimo.

Fuente: OMS. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Meditor; 1992 citado en Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y Adolescencia. Ministerio de Sanidad y Política Social. (2009).

3.1.8.2. *Criterios DSM-IV-TR*

Se considera para niños y adultos los mismos criterios diagnósticos, salvo dos características que lo diferencian:

1. En los niños y adolescentes, la irritabilidad puede reemplazar el estado de ánimo depresivo.
2. En los menores, al estar en proceso de crecimiento, se considera que la inapetencia y la falta de un peso adecuado para la edad es un indicador importante a tomar en cuenta. (Ramírez, 2009 y Guía de Práctica Clínica sobre la depresión mayor en la infancia y adolescencia 2009).

Cuadro 3. Criterios DSM-IV-TR

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS EPISODIO DEPRESIVO MAYOR DSM-IV-TR
<p>A. Presencia de 5 o más de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser 1. estado de ánimo depresivo o 2. pérdida de interés.</p> <ol style="list-style-type: none">1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto o la observación realizada por otros. Nota: en los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día casi cada día.3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso, o pérdida o aumento de apetito casi cada día. Nota: en los niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperados.4. Insomnio o hipersomnia casi cada día.5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día.6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día.7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos e inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión casi cada día.9. Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.
<p>B. Los síntomas no cumplen los criterios para un trastorno mixto.</p>

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

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

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

Fuente: DSM-IV-TR., Ramírez, R., 2009 y Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y la Adolescencia, 2009.

3.1.9. Intervención

Durante la etapa del diagnóstico y el inicio del tratamiento debe tomarse en cuenta que la familia, los compañeros y el entorno influyen de manera importante sobre la gravedad y la frecuencia de los episodios depresivos. Por ésta razón, debe evaluarse si existen dificultades en estas áreas que al resolverse contribuyan a la mejoría de los niños y adolescentes. (Hughes C, 2007)

El tratamiento de la depresión infantil debe ser integral y multimodal; la participación activa del niño, el adolescente y los familiares en la toma de decisiones para la implementación del tratamiento es fundamental para lograr un buen apego.

Varios estudios realizados en México DF, indican que 80% de los pacientes responden al tratamiento y 60% presentan remisión de los síntomas en los primeros seis meses. (Maalouf F, 2010).

3.1.9.1. Intervención psicosocial

Uno de los pilares fundamentales para el manejo integral de la depresión infantil es la intervención psicosocial, en esta, tenemos dos aspectos principales como son: la psicoeducación y la psicoterapia.

Psicoeducación

El tratamiento psicosocial de todos los pacientes debe comenzar con un proceso de psicoeducación. Ésta se ha definido como el conjunto de medidas dirigidas a que el paciente y sus familiares comprendan las causas y características de la enfermedad, conozcan las opciones de tratamiento y los posibles efectos secundarios de los medicamentos antidepresivos y aprendan estrategias de afrontamiento ante los síntomas. (Nogales I, 2010)

Méndez E et al. en el 2009 menciona algunos aspectos que se deben tomar en cuenta en este proceso:

- Enfatizar los componentes biológicos del trastorno depresivo con el fin de dejar claro que la enfermedad no es una cuestión de voluntad y que muy probablemente será necesario tomar medicamentos durante varios meses, sin que esto vuelva a los pacientes dependientes de los mismos.
- La psicoeducación puede apoyarse con material audiovisual, folletos, libros o la visita a páginas de internet de centros especializados.
- La participación de profesores como fuentes de información sobre la gravedad de los síntomas y la repercusión de la enfermedad en el funcionamiento escolar de los pacientes es fundamental.
- Es importante la participación de los profesores para que faciliten la recuperación de aquellos que se encuentren en tratamiento al identificar sus habilidades académicas y sociales, reforzar sus conductas positivas, corregirlos en privado sin avergonzarlos y cumplir en forma adecuada con las sanciones establecidas para conductas inapropiadas o de riesgo.

Psicoterapia para la depresión infantil:

Los objetivos de la psicoterapia incluyen un diverso número de enfoques, que se diferencian en aspectos como su base teórica, tipo de actividades e implementación de estas, duración y frecuencia del tratamiento o implicación de terceras personas en la terapia.

- La reducción de la gravedad de los síntomas al mejorar la autoestima
- Aumentar la tolerancia a la frustración

- Aumentar la autonomía
- Incrementar la capacidad para disfrutar las actividades de la vida diaria
- Establecer buenas relaciones con los compañeros.

En el caso de los pacientes con ideas o conductas suicidas, el objetivo principal es controlar los síntomas que ponen en riesgo la vida o la integridad física del paciente y/o familiares.

Los ensayos clínicos controlados han mostrado que las terapias cognitivo–conductual e interpersonal son eficaces en el manejo de la depresión. (Klein J, Jacobs R, Reinecke M, 2007)

Terapia cognitivo-conductual

La terapia cognitiva fue desarrollada por Beck y formalizada a finales de los años setenta para ser aplicada en la depresión. La intervención se centra en la modificación de conductas disfuncionales, pensamientos negativos distorsionados asociados a situaciones específicas y actitudes desadaptativas relacionadas con la depresión. La activación conductual es también un aspecto clave de la terapia cognitiva de Beck, que hace un especial énfasis en la relación entre la actividad y el estado de ánimo. Es una terapia que implica activamente al paciente, es directiva, propone metas específicas y realistas y ayuda a encontrar nuevas perspectivas. (Beck AT, 1979)

La terapia cognitivo–conductual (TCC) incluye el análisis cognitivo (reconocimiento de emociones, la relación de éstas con la conducta y el cambio de atribuciones cognitivas negativas) y las intervenciones conductuales (entrenamiento en habilidades sociales y la resolución de problemas), que se abordan a lo largo de 12 a 16 sesiones. (Langer D, 2009).

Albano AM en el 2004 menciona las características más importantes de la TCC empleada en los niños y adolescentes son:

- Terapia centrada en el presente y basada en la asunción de que la depresión está mediada por la percepción errónea de los sucesos y por el déficit de habilidades.
- Sus componentes esenciales son: incrementar la realización de actividades potencialmente gratificantes, identificación, cuestionamiento y sustitución de

pensamientos negativos; las competencias conductuales y habilidades generales.

- Los manuales de tratamiento se estructuran en sesiones de entrenamiento de habilidades y sesiones opcionales sobre problemas específicos.
- Incluir sesiones con padres con la finalidad de revisar los progresos y aumentar la adherencia al tratamiento.

El papel de los padres en el tratamiento es esencial ya que aportan con información importante para la evaluación psicológica, el planteamiento de objetivos y la orientación del tratamiento, además, pueden actuar como agentes de cambio terapéutico facilitando la realización de tareas indicadas en las sesiones del tratamiento psicológico. (Verdeli H, 2006)

Terapia interpersonal

La terapia interpersonal (TIP) fue desarrollada por Klerman con la finalidad de ser aplicada como tratamiento de mantenimiento de la depresión, aunque posteriormente se ha empleado como tratamiento independiente y para el tratamiento de otras psicopatologías; es una psicoterapia breve centrada en las relaciones sociales del individuo y el estado actual de las mismas. Se basa en la función de que los problemas interpersonales pueden actuar como activadores o exacerbar la depresión; por lo que se centra en los problemas interpersonales con la finalidad de favorecer cambios adaptativos, para que se produzca una mejoría de la sintomatología depresiva.

Mufson et al. en 1993 fueron los primeros en adaptar la TIP para su uso en adolescentes con depresión (TIP-A).

- Es un tratamiento estandarizado para su uso una vez por semana, durante 12 semanas.
- Se diferencia de la TIP para adultos en el número de sesiones individuales: la TIP-A consta de 12 sesiones a las que se añaden sesiones que incluyen a los padres.
- Se abordan aspectos clave de la adolescencia como: individualización, establecimiento de autonomía, desarrollo de relaciones sentimentales, estrategias de afrontamiento frente a pérdidas interpersonales y manejo de la influencia de los compañeros.

La TIP ha demostrado, al igual que la TCC, una reducción en la gravedad de los

síntomas a corto y mediano plazo, disminución en la aparición de síntomas depresivos en sujetos de alto riesgo y en la ideación suicida. (Birmaher B, 2000)

Terapia familiar

La terapia familiar (TF) hace de las relaciones familiares el foco principal de su intervención. Varios autores señalan que existe evidencia de asociación entre la depresión y vínculos afectivos débiles, hostilidad familiar o psicopatología parental. (Diamon GS, 2002).

Según Henken HT en el 2008, las intervenciones familiares tienen características comunes:

- Fases diferenciadas: evaluativa, psicoeducación, intervención sobre las áreas cognitiva, afectiva, interpersonal, conductual y la retroalimentación.
- La intervención debe ser aplicada por un profesional con experiencia.
- El niño o adolescente debe asistir acompañado de su familia la mayoría de las sesiones.
- Consta de al menos seis sesiones, con una duración de una hora.

3.1.9.2. Tratamiento farmacológico

Los ensayos clínicos que han evaluado la eficacia y seguridad de los antidepresivos en niños y adolescentes han mostrado diferencias respecto a los adultos. Probablemente la más importante es que los antidepresivos tricíclicos, utilizados con éxito en adultos durante décadas, al ser evaluados en población pediátrica, presentaron eficacia similar al placebo y un bajo perfil de seguridad, existiendo reportes de muerte súbita por alteraciones cardiovasculares en los pacientes tratados con estos fármacos. (Varley C, 2001)

Los antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS) también han sido examinados en estudios doble ciego controlados con placebo. La fluoxetina (20–60mg) mostró eficacia y seguridad a mediano plazo en estudios controlados, así como mayor prevención de recaídas hasta en 32 semanas; y fue superior a otros antidepresivos como la nortriptilina y a la terapia cognitivo conductual, por lo que la Administración de Drogas y Alimentos de Estados Unidos (FDA, por sus siglas en inglés)

la aprobó para el tratamiento del trastorno depresivo mayor en niños y adolescentes. Recientemente, el escitalopram (10–20mg) también fue aprobado por la FDA para su uso en adolescentes. (Hazell P, 2011).

Debe tenerse en mente que la FDA advirtió hace algunos años sobre los riesgos de ideación y conducta suicida en los menores que consumen ISRS. Esta medida ha sido cuestionada en su validez y ha llevado a disminuir la prescripción de estos medicamentos en esta población, con lo que se han incrementado los índices de suicidio en EUA. (Valluri S, Zito J, Safer D, Zuckerman I et al., 2010).

3.1.9.3. *Terapia combinada*

En algunos casos se requiere un tratamiento que combina medicamentos con terapias psicológicas. Muchos profesionales consideran que esta es la mejor manera de enfrentar la depresión infantil, porque permite un mejor manejo de la sintomatología, especialmente psicósomática. (Núñez M, 2012).

CAPÍTULO III

4. MATERIALES Y MÉTODOS

4.1. Planteamiento del problema

¿Cuáles son las propiedades métricas del cuestionario de depresión infantil para ser aplicado en las instituciones educativas del Distrito Metropolitano de Quito?

4.2. Objetivos

4.2.1. Objetivo General

Determinar las propiedades métricas del Cuestionario de Depresión Infantil (CDI) comparado con los Criterios CIE-10 modificados para niños, a través de la realización de los mismos en estudiantes de los sextos y séptimos años de educación básica.

4.2.2. Objetivos Específicos

- Identificar la sensibilidad y especificidad del CDI en comparación con los criterios cie - 10 en niños de las escuelas del distrito metropolitano de Quito.
- Validar el Cuestionario de Depresión Infantil (CDI), para que sea aplicable en escolares de la ciudad de Quito.
- Establecer la prevalencia de Depresión Infantil en la escuela Gabriel García Márquez y Escuela Jan Komensky
- Determinar diferencias entre el género, grado, APGAR familiar y la prevalencia de depresión infantil.

4.3. Hipótesis

El CDI es un instrumento útil para ser aplicado en niños de 10 a 13 años de edad, de la ciudad de Quito, para lograr la detección temprana de depresión infantil.

4.4. Metodología

4.4.1. Operalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	TIPO DE VARIABLE	FORMA DE EVALUACIÓN	INDICADORES
Edad	Tiempo de existencia desde el nacimiento	Cuantitativa	Por entrevista	Mediana, media DE, Rango Intercuartílico, Coeficiente de Asimetría, coeficiente de Curtosis
Género	Características genotípica y fenotípica de un individuo	Cualitativa	Por características físicas	Proporción
IMC	Coeficiente entre kg de un individuo y su altura expresada en metro al cuadrado	Cuantitativa	Estatura en metros y peso en kilos	Mediana, media DE, Rango Intercuartílico, Coeficiente de Asimetría, coeficiente de Curtosis
Escolaridad	Años que un niño permanece en una escuela para estudiar y recibir	Cuantitativa	Por entrevista	Mediana, media DE, Rango Intercuartílico, Coeficiente de

	la enseñanza adecuada. Puede ser nuclear, monoparental y extendida.			Asimetría, coeficiente de Curtosis.
Tipo de familia	Unión de personas que comparten un proyecto vital en común	cualitativa	Aplicación de APGAR familiar	Proporción
CIE-10 modificados	Criterios para diagnóstico de episodio depresivo	Cualitativa	Aplicación de criterios	Proporción
CDI	Escala de evaluación de depresión infantil	Cuantitativa	Encuesta autoaplicada	Mediana, media DE, Rango Intercuartílico, Coeficiente de Asimetría, coeficiente de Curtosis.

4.4.2. Diseño del estudio

Estudio transversal analítico.

4.4.3. Universo y Muestra

El universo constituye todos los 583 estudiantes que comprenden del 3ro a 7mo año de educación básica de las escuelas Gabriel García Márquez y de la escuela Jan Komensky

El tamaño de la muestra estará conformada por 140 niños/as entre 10 y 13 años de edad que cursan en sexto y séptimo año de educación básica de las escuelas seleccionadas. La muestra fue calculada con la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2 p \cdot q \cdot N}{Ne^2 + Z^2 p \cdot q}$$

n = tamaño de muestra

e = 5% =0.05

Z = 1.96 (tabla de distribución normal para el 95% de confiabilidad y 5% error)

N= 490 (universo)

p = 0.15 (porcentaje de depresión infantil 15%)

q = (1 - p)

$$n = \frac{(1.96)^2(0.15)(1 - 0.15)(490)}{(490)(0.05)^2 + (1.96)^2(0.15)(1 - 0.15)}$$

$$n = \frac{(3.8)(0.15)(0.85)(490)}{(490)(0.0025) + (3.8)(0.15)(0.85)}$$

$$n = \frac{(237.405)}{(1.7)}$$

n = 140

4.4.4. Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de inclusión para el estudio serán:

- Niños/as entre 10 y 13 años de edad que cursen el sexto y séptimo año de educación básica.

Los criterios de exclusión para el estudio serán:

- Niños/as menores de 10 años.
- Niños/as mayores de 13 años.
- Niños/as que no cursen el sexto o séptimo año de educación básica.
- Representantes legales de los niños que no autoricen participar en la investigación a través del consentimiento informado.
- Niños que no autoricen su participación a través del consentimiento informado.

4.4.5. Recolección de la información

1. Se enviará una circular al representante legal de cada niño para obtener su autorización escrita de la participación del niño en la investigación. (ANEXO 1)
2. Obtener el consentimiento informado escrito por parte de los niños, autorizando su participación en la investigación. (ANEXO 2)
3. Realizar una prueba piloto a 15 niños de las escuelas para evaluar la comprensión del lenguaje de cada pregunta.
4. Aleatorizar la muestra de acuerdo a la población obtenida en cada escuela.
5. Recolección de datos como: escolaridad, edad, peso, talla, APGAR familiar. (ANEXO 3)
6. Aplicación de los criterios CIE-10 modificados. (ANEXO 4)
7. Aplicación del CDI, una escala auto aplicada bajo la supervisión de la docente y psicóloga de la escuela. (ANEXO 5)

4.4.6. Plan de análisis de datos

La recolección de datos se realizará en el programa Excel, donde se ordenarán las variables.

Para el análisis de variables cuantitativas como: edad, IMC, escolaridad, CDI, se obtendrán los estadísticos descriptivos: Medidas de Tendencia Central (mediana, Media), de dispersión (Desviación Estándar), de posicionamiento (Rango Intercuartílico) y de forma (Coeficiente de Asimetría y de Curtosis).

De las variables de Género, familia y criterios CIE-10 modificados para niños se obtendrá las proporciones.

Para el análisis de validación interna se compararán las dos escalas CDI y los criterios CIE-10 modificados donde se considerará: la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y negativo (VPP, VPN), índice de verosimilitud positiva y negativa (IVP, IVN) y Curva COR.

Como instrumento de análisis de datos se utilizará el programa SPSS 18

4.4.7. Aspectos bioéticos

4.4.7.1. Propósitos del estudio

Validar el CDI para que los establecimientos educativos tengan una herramienta de detección temprana de depresión infantil.

Es importante recalcar que esta escala será de gran utilidad para mejora de calidad de vida en niños que presenten depresión, además que el retraso de la detección de la enfermedad puede conllevar a varias complicaciones una de ellas es la conicidad de la depresión ocasionando un futuro incierto para el niño. La complicación más grave que estos niños pueden presentar es el suicidio y aquí la importancia de la detección temprana de la enfermedad.

La depresión infantil abarca muchos aspectos en la vida del niño por eso es importante una detección de la misma ya que esta puede estar enmascarada con varios aspectos negativos que el niño puede presentar como bajo rendimiento escolar que actualmente influye mucho sobre la autoestima del niño y detectándola y tratándola a tiempo podemos proporcionar una mejor calidad de vida para los niños que sufran esta enfermedad.

4.4.7.2. Duración

Cada cuestionario tomarán aproximadamente 20 minutos del tiempo de los participantes. La encuesta se realizará en una hora de clase asignada por la directora y el docente de las instituciones a aplicarse la misma.

4.4.7.3. Beneficios para sujetos involucrados en el estudio

Obtener una escala validada para la detección oportuna de depresión infantil en establecimientos de la ciudad de Quito.

4.4.7.4. *Confidencialidad de la información*

La información es confidencial, cada encuesta será manejada con un código asignado por la autora, manteniendo en el anonimato el nombre del participante; de tal manera, que el manejo de los datos se realizará a partir del código asignado, y por lo tanto se conservará la confidencialidad de los datos obtenidos.

Se entregará un consentimiento informado a los representantes de cada niño participante obteniendo la autorización previa a la realización de la encuesta, además se entregará un consentimiento informado al niño para que autorice su participación en la misma.

4.4.8. Aspectos administrativos

4.4.8.1. *Recursos necesarios*

Recursos humanos

El equipo de investigación estará conformado por la autora de la disertación, el asesor metodológico y el director académico, quienes son docentes de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Recursos materiales

Encuestas impresas y papelería para la recolección de los datos, así como, los computadores y memorias flash para el análisis de datos y realización del informe final será facilitado por la autora de la disertación. Los libros, revistas médicas y otros documentos científicos serán facilitados por la Biblioteca de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

4.4.8.2. *Presupuesto*

Los gastos de uso de movilización, internet, papelería e informe final serán financiados por la autora.

RUBRO	COSTO
Papelería	150
Internet	80
Movilización	200
Informe final	250

4.4.9. Cronograma de trabajo

ACTIVIDAD	SEMANAS											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Recolección de información												
Procesamiento de datos												
Análisis de datos												
Elaboración del reporte final												

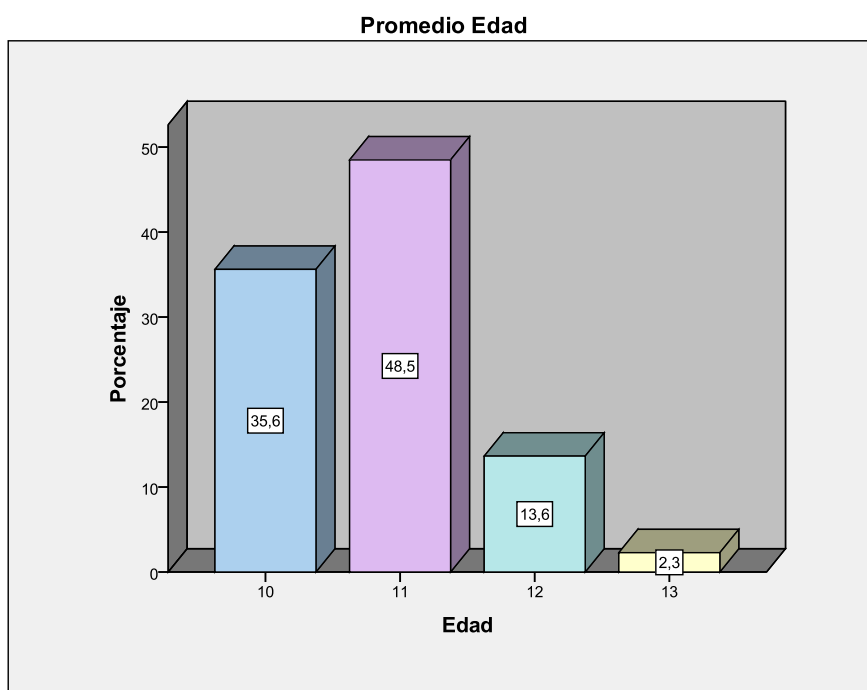
CAPÍTULO IV

5. RESULTADOS

De la muestra de 140 niños, se excluyeron a 8 por no cumplir con todos los criterios de inclusión; teniendo como muestra final a 132 niños en donde el 60,6% son de sexo masculino (n=80) y un 39,4% de sexo femenino (n=52).

La muestra fue obtenida de niños que comprendían edades entre 10 y 13 años; así, obtuvimos el 48,5% de 11 años, el 35,6% de 10 años, el 13,6% de 12 años y el 2,3% de 14 años de edad.

Gráfico 1. Porcentaje de muestra con respecto a edad.



Fuente: Escuela Gabriel García Márquez y Escuela Jan Komensky

Elaborado por: Geovanna Andrade

El estudio se realizó en dos escuelas del Distrito Metropolitano de Quito, la escuela Gabriel García Márquez que es fiscal y la escuela Jan Komensky particular; debido a la diferencia de estudiantes entre las dos escuelas se obtuvo un porcentaje de las mismas

siendo el 80,3% de la muestra de la escuela Gabriel García Márquez y el 19,7% de la escuela Jan Komensky.

Se realizó el estudio en alumnos que cursan el sexto y el séptimo año de educación básica, en la muestra el 51,2% pertenecieron al sexto año y el 48,4% al séptimo año.

En la Tabla 1 se muestra las medidas de tendencia central (MTC), medidas de dispersión (MD), y medidas de forma (MF)

Tabla 1. Descriptivos de variables cuantitativas con medidas de tendencia central, medidas de dispersión, medidas de forma.

	Edad	Peso	Talla	IMC	CDI	APGAR	CIE-10
Media	10,83	35,64	1,383	18,594	10,44	7,71	3,1591
Mediana	11,00	35,00	1,380	18,286	9,00	8,00	3,000
Desviación típica	0,746	8,143	0,110	3,618	6,644	2,233	2,4830
Asimetría	0,631	0,683	5,733	0,300	0,690	-1,269	0,781
Curtosis	0,101	0,718	51,102	0,726	0,005	1,141	0,249
Rango Intercuartílico	3	44	1,18	23,29	30	10	11,00

Fuente: Escuela Gabriel García Márquez y Escuela Jan Komensky

Elaborado por: Geovanna Andrade

5.1. Consistencia interna

Para valorar la consistencia interna del CDI se obtuvo el alfa de Cronbach que fue de 0,81 considerado un buen parámetro de consistencia interna.

Tabla 2. Alfa de Cronbach

Alfa de Cronbach	Confiabilidad
0,812	95%

Fuente: Escuela Gabriel García Márquez y Escuela Jan Komensky

Elaborado por: Geovanna Andrade

Matriz de correlaciones

Para determinar la correlación que existe entre los ítems del cuestionario se utilizó la matriz de correlación inter-ítem. Se obtuvo el 60% de correlaciones muy bajas, el 32% de correlaciones bajas y el 7% de correlaciones moderadas.

ANEXO. 6

Se obtuvo el Alfa de Cronbach si se elimina alguna de las preguntas de la encuesta en donde se obtuvo que las preguntas 11, 15 y 19 no tienen una buena correlación y el alfa incrementaría si estas preguntas fueran eliminadas.

Tabla 3. Correlación elementos y modificación alfa Cronbach

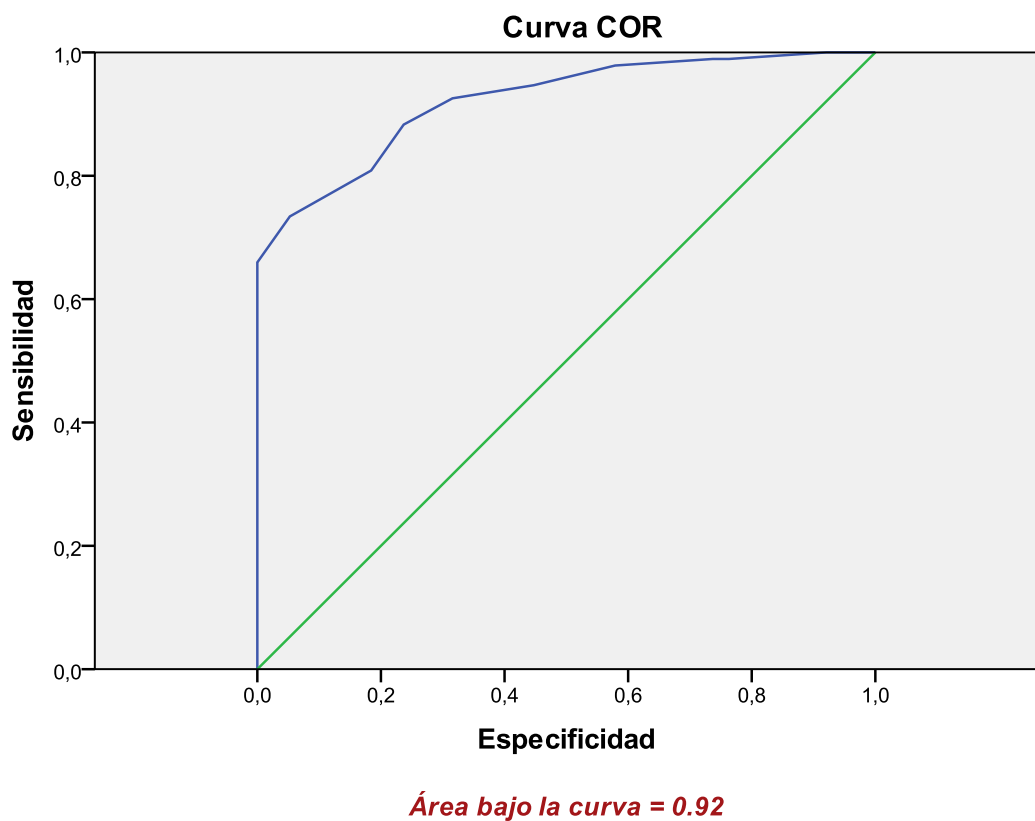
	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1	10,28	41,593	,427	,805
2	10,00	40,906	,388	,804
3	10,27	41,824	,355	,806
4	10,02	40,867	,410	,804
5	10,36	42,702	,291	,809
6	9,91	41,188	,299	,808
7	10,27	40,668	,484	,801
8	10,09	39,610	,510	,799
9	10,16	40,710	,492	,801
10	10,31	41,653	,383	,805
11	9,64	42,108	,090	,824
12	10,12	41,322	,307	,808
13	9,84	41,491	,243	,811
14	10,06	39,902	,517	,799
15	9,99	43,008	,057	,820
16	10,09	40,960	,317	,807
17	10,16	42,544	,125	,816
18	9,95	40,630	,316	,808
19	9,47	43,251	,011	,824
20	10,10	38,904	,611	,794
21	10,09	40,132	,507	,800
22	10,08	40,166	,470	,801
23	9,95	40,138	,388	,804
24	9,81	40,392	,366	,805
25	10,07	39,597	,564	,797
26	9,92	41,494	,301	,808
27	10,26	41,367	,455	,804

Fuente: Escuela Gabriel García Márquez y Escuela Jan Komensky

Elaborado por: Geovanna Andrade

Se obtuvo la curva ROC para los puntos de sensibilidad y especificidad del CDI para discriminar los niños no deprimidos de los que presentan algún grado de depresión; se obtuvo una AUC de 0,92; el mejor punto de cohorte se encuentra entre 8 y 9 puntos con una S= 73% y E= 94%; haciendo así la dicotomización de la muestra, el coeficiente kappa que se obtuvo fue 50% (0.50), un PABAK de 0,59 lo que indica que la concordancia entre el CDI y la distinción de paciente no deprimidos es alta según la escala de Fleiss.

Gráfico 2. Curva COR no depresión y algún grado de depresión



Fuente: Escuela Gabriel García Márquez y Escuela Jan Komensky

Elaborado por: Geovanna Andrade

Tabla 4. Punto de cohorte depresión y no depresión

Coordenadas de la curva				
Variables resultado de contraste: suma total CDI				
Positivo si es mayor o igual que a	Sensibilidad	Especificidad	1	
,50	1,000	,921	0,079	1,079
1,50	,989	,763	0,237	1,226
2,50	,989	,737	0,263	1,253
3,50	,979	,579	0,421	1,400
4,50	,947	,447	0,553	1,499
5,50	,926	,316	0,684	1,610
6,50	,883	,237	0,763	1,646
7,50	,809	,184	0,816	1,624
8,50	,734	,053	0,947	1,681
9,50	,660	,000	1,000	1,660
10,50	,638	,000	1,000	1,638
11,50	,532	,000	1,000	1,532
12,50	,468	,000	1,000	1,468
13,50	,383	,000	1,000	1,383
14,50	,330	,000	1,000	1,330
15,50	,277	,000	1,000	1,277



Fuente: Escuela Gabriel García Márquez y Escuela Jan Komensky

Elaborado por: Geovanna Andrade

Tabla. 5 indicadores de depresión y no depresión

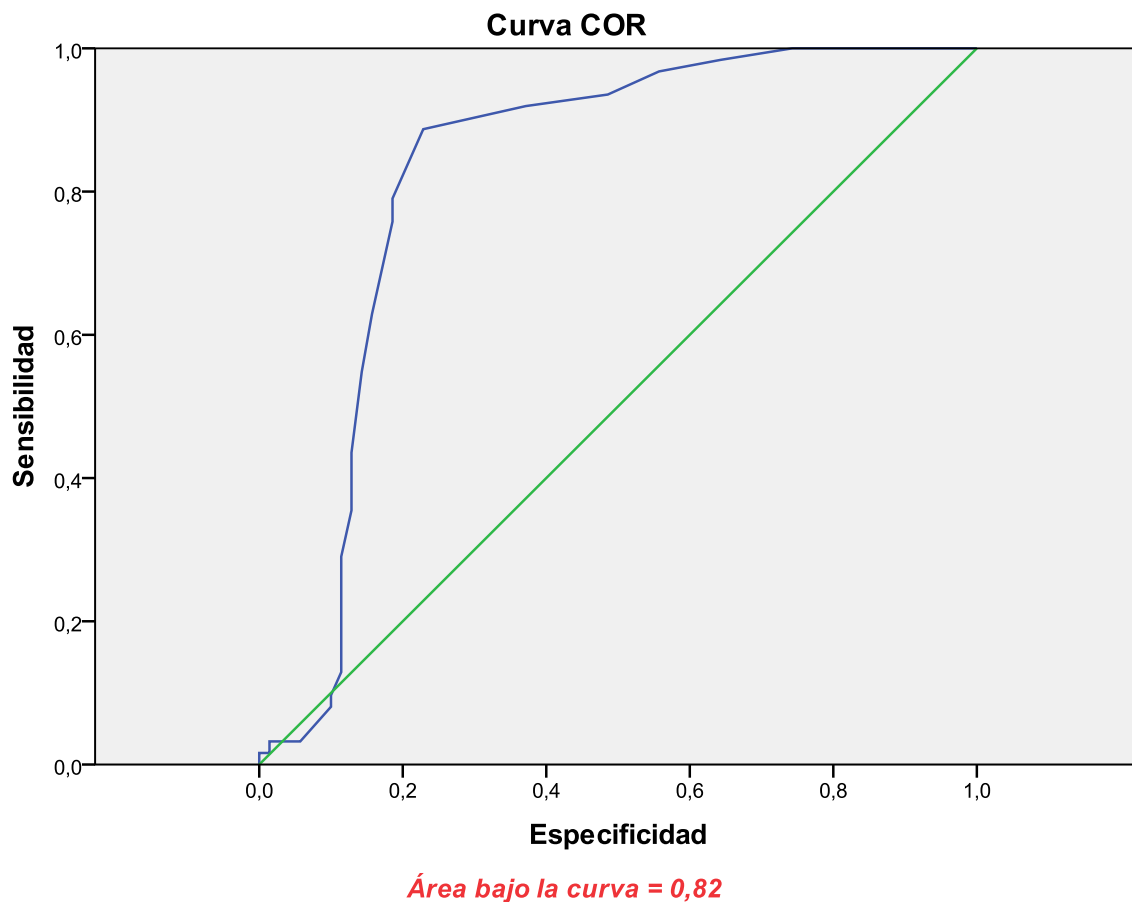
Sensibilidad	0,7340
Especificidad	0,9474
Valor predictive positivo	0,9718
Valor predictive negativo	0,5902
Índice de verosimilitud positiva	13,9468
Índice de verosimilitud negativa	0,2807
Índice Kappa	0,5773
Kappa Ajustado a sesgo y prevalencia	0,5909

Fuente: Escuela Gabriel García Márquez y Escuela Jan Komensky

Elaborado por: Geovanna Andrade

La curva ROC para los puntos de sensibilidad y especificidad del CDI para discriminar los niños con depresión leve de los que presentan depresión moderada, severa y no presentan depresión; se obtuvo una AUC de 0,82; el mejor punto de cohorte se encuentra entre 8 y 9 puntos con una S= 57% y E= 93%; haciendo así la dicotomización de la muestra, el coeficiente kappa que se obtuvo fue 48% (0,48), un PABAK de 0,46 lo que indica que la concordancia entre el CDI y la distinción de pacientes con depresión leve, es moderada.

Gráfico 3. Curva COR depresión leve



Fuente: Escuela Gabriel García Márquez y Escuela Jan Komensky

Elaborado por: Geovanna Andrade

Tabla 6. Punto de corte depresión leve

Coordenadas de la curva				
Variables resultado de contraste: suma total CDI				
Positivo si es mayor o igual que a	Sensibilidad	Especificidad	1	
,50	1,000	,957	0,043	1,043
f1,50	1,000	,857	0,143	1,143
2,50	1,000	,843	0,157	1,157
3,50	1,000	,743	0,257	1,257
4,50	,984	,643	0,357	1,341
5,50	,968	,557	0,443	1,411
6,50	,935	,486	0,514	1,450
7,50	,919	,371	0,629	1,548
8,50	,887	,229	0,771	1,659
9,50	,790	,186	0,814	1,605
10,50	,758	,186	0,814	1,572
11,50	,629	,157	0,843	1,472
12,50	,548	,143	0,857	1,406
13,50	,435	,129	0,871	1,307
14,50	,355	,129	0,871	1,226
15,50	,290	,114	0,886	1,176

Fuente: Escuela Gabriel García Márquez y Escuela Jan Komensky

Elaborado por: Geovanna Andrade

Tabla 7. Indicadores de depresión leve

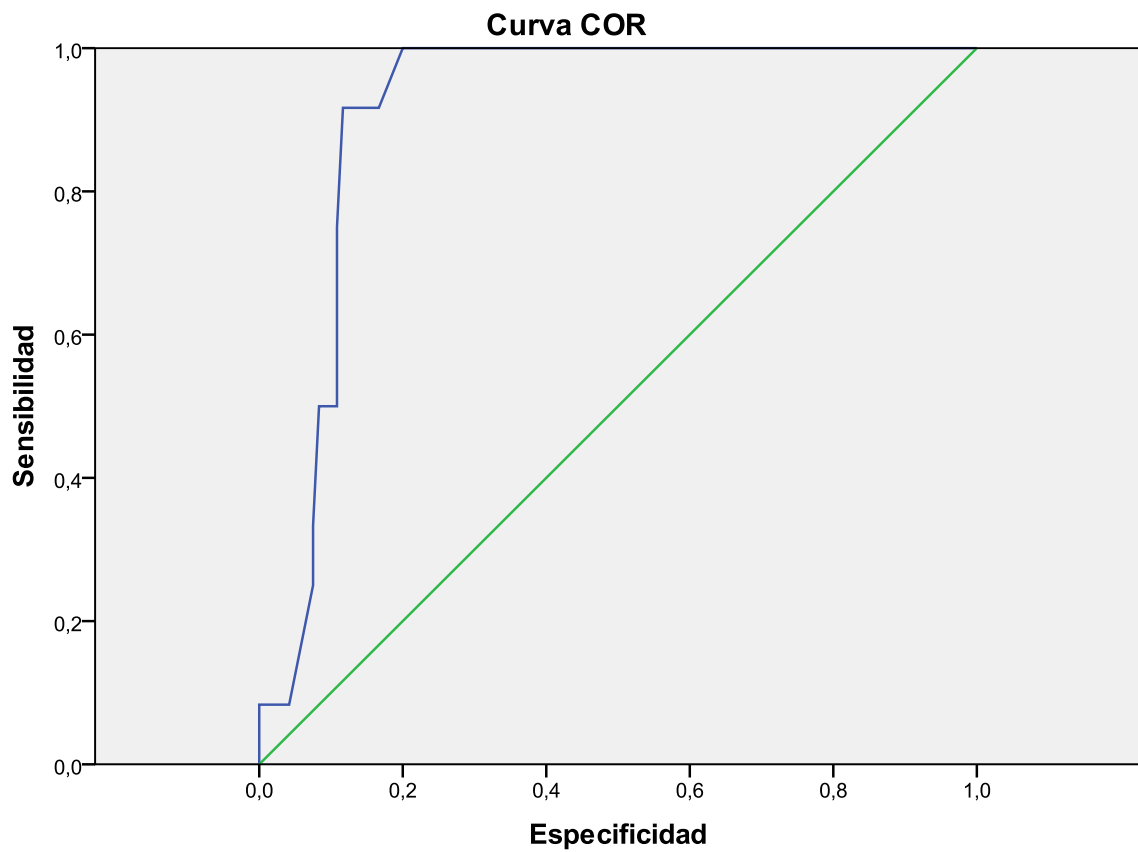
Sensibilidad	0,5753
Especificidad	0,9322
Valor predictive positivo	0,9130
Valor predictive negativo	0,6395
Índice de verosimilitud positiva	8,4863
Índice de verosimilitud negativa	0,4555
Kappa Ajustado a sesgo y prevalencia	0,4697

Fuente: Escuela Gabriel García Márquez y Escuela Jan Komensky

Elaborado por: Geovanna Andrade

Se obtuvo la curva ROC para los puntos de sensibilidad y especificidad del CDI para discriminar los niños con depresión moderada de los que presentan depresión leve, severa y no presentan depresión; se obtuvo una AUC de 0,91; el mejor punto de cohorte se encuentra entre 16 y 17 puntos con una S= 41% y E= 96%; haciendo así la dicotomización de la muestra, el coeficiente kappa que se obtuvo fue 43% (0,43), un PABAK de 0,83 lo que indica que la concordancia entre el CDI y la distinción de pacientes con depresión moderada es moderada.

Gráfico 4. Curva COR depresión moderada



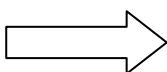
Área bajo la curva = 0,91

Fuente: Escuela Gabriel García Márquez y Escuela Jan Komensky

Elaborado por: Geovanna Andrade

Tabla 8. Punto de Corte depresión moderada

Coordenadas de la curva				
Variables resultado de contraste: suma total CDI				
Positivo si es mayor o igual que a	Sensibilidad	Especificidad	1	
,50	1,000	,975	0,025	1,025
1,50	1,000	,917	0,083	1,083
2,50	1,000	,908	0,092	1,092
3,50	1,000	,850	0,150	1,150
4,50	1,000	,783	0,217	1,217
5,50	1,000	,725	0,275	1,275
6,50	1,000	,667	0,333	1,333
7,50	1,000	,592	0,408	1,408
8,50	1,000	,492	0,508	1,508
9,50	1,000	,417	0,583	1,583
10,50	1,000	,400	0,600	1,600
11,50	1,000	,317	0,683	1,683
12,50	1,000	,267	0,733	1,733
13,50	1,000	,200	0,800	1,800
14,50	,917	,167	0,833	1,750
15,50	,917	,125	0,875	1,792
16,50	,917	,117	0,883	1,800
17,50	,750	,108	0,892	1,642
18,50	,500	,108	0,892	1,392
19,50	,500	,083	0,917	1,417
20,50	,333	,075	0,925	1,258
21,50	,250	,075	0,925	1,175
22,50	,083	,042	0,958	1,042



Fuente: Escuela Gabriel García Márquez y Escuela Jan Komensky

Elaborado por: Geovanna Andrade

Tabla 9. Indicadores de depresión moderada

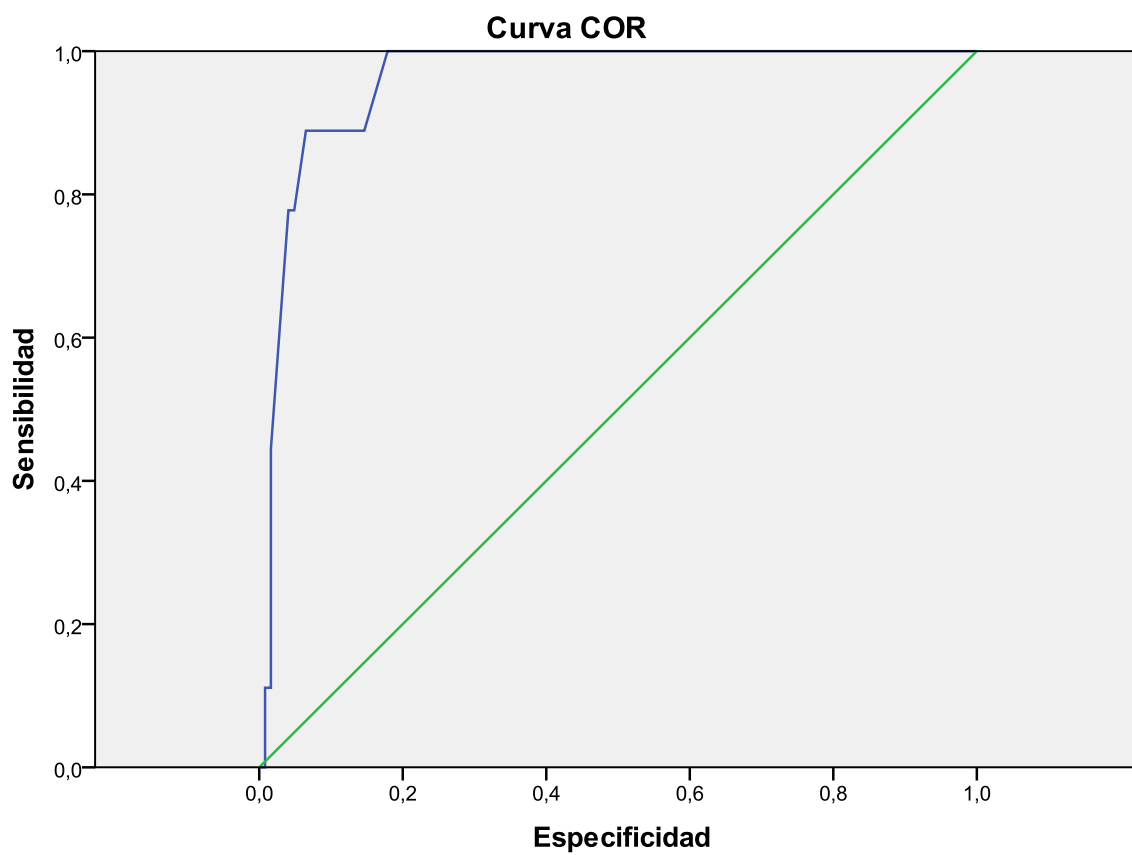
Sensibilidad	0,4167
Especificidad	0,9667
Valor predictive positivo	0,5556
Valor predictive negativo	0,9431
Índice de verosimilitud positiva	12,5000
Índice de verosimilitud negativa	0,6034
Kappa Ajustado a sesgo y prevalencia	0,8333

Fuente: Escuela Gabriel García Márquez y Escuela Jan Komensky

Elaborado por: Geovanna Andrade

La curva ROC para los puntos de sensibilidad y especificidad del CDI para discriminar los niños con depresión severa de los que presentan depresión leve, moderada y no presentan depresión; se obtuvo una AUC de 0,96; el mejor punto de cohorte se encuentra entre 19 y 20 puntos con una S= 88% y E= 93%; haciendo así la dicotomización de la muestra, el coeficiente kappa que se obtuvo fue 60% (0.60), un PABAK de 0,86 lo que indica que la concordancia entre el CDI y la distinción de paciente no deprimidos es alta según la escala de Fleiss.

Gráfico 5. Curva COR depresión severa



Área bajo la curva = 0,96.

Fuente: Escuela Gabriel García Márquez y Escuela Jan Komensky

Elaborado por: Geovanna Andrade

Tabla 10. Punto de cohorte depresión severa

Coordenadas de la curva				
Variables resultado de contraste: suma total CDI				
Positivo si es mayor o igual que a	Sensibilidad	Especificidad	1	
9,50	1,000	,431	0,569	1,569
10,50	1,000	,415	0,585	1,585
11,50	1,000	,333	0,667	1,667
12,50	1,000	,285	0,715	1,715
13,50	1,000	,220	0,780	1,780
14,50	1,000	,179	0,821	1,821
15,50	,889	,146	0,854	1,743
16,50	,889	,138	0,862	1,751
17,50	,889	,114	0,886	1,775
18,50	,889	,089	0,911	1,799
19,50	,889	,065	0,935	1,824
20,50	,778	,049	0,951	1,729
21,50	,778	,041	0,959	1,737
22,50	,444	,016	0,984	1,428
23,50	,333	,016	0,984	1,317
24,50	,222	,016	0,984	1,206
25,50	,111	,016	0,984	1,095
27,50	,111	,008	0,992	1,103
29,50	,000	,008	0,992	0,992
31,00	,000	,000	1,000	1,000



Fuente: Escuela Gabriel García Márquez y Escuela Jan Komensky

Elaborado por: Geovanna Andrade

Tabla 11. Indicadores de depresión severa

Sensibilidad	0,8889
Especificidad	0,9350
Valor predictive positivo	0,5000
Valor predictive negativo	0,9914
Índice de verosimilitud positiva	1,4356
Índice de verosimilitud negativa	2,5680
Kappa Ajustado a sesgo y prevalencia	0,8635

Fuente: Escuela Gabriel García Márquez y Escuela Jan Komensky

Elaborado por: Geovanna Andrade

Al correlacionar las dos escuelas en relación a la edad, se encontró que existe una diferencia estadísticamente significativa y en las variables de peso, talla, IMC, APGAR familiar no hay diferencia significativa.

Tabla 12. Distribución de pacientes por escuelas

	Escuela	N	Media	Desviación típica
Edad	Gabriel García Márquez	106	10,91	0,763
	Jan Komensky	26	10,50	0,583
Peso	Gabriel García Márquez	106	35,43	8,025
	Jan Komensky	26	36,46	8,723
Talla	Gabriel García Márquez	106	1,3808	0,11668
	Jan Komensky	26	1,3965	0,07771
IMC	Gabriel García Márquez	106	18,6060	3,66650
	Jan Komensky	26	18,5478	3,48578
APGAR	Gabriel García Márquez	106	1,3808	0,11668
	Jan Komensky	26	1,3965	0,07771

Fuente: Escuela Gabriel García Márquez y Escuela Jan Komensky

Elaborado por: Geovanna Andrade

Los resultados obtenidos con respecto al número de alumnos que no presentan depresión, tiene depresión leve, moderada o severa en relación a cada escuela fueron los siguientes: el 28% no presenta depresión de los cuales el 78% (N=30) pertenecen a la Escuela Gabriel García Márquez y el 22% (N=8) a la Escuela Jan Komensky. El 0,06% presentaron depresión severa; el 88% (N=8) pertenecen a la Escuela Gabriel García Márquez y el 12% (N=1) a la escuela Jan Komensky.

Tabla 13. Grado de depresión y Escuelas

Grado de Depresión	Gabriel García Márquez	Jan Komensky	Total
No depresión	30	8	38
Leve	40	10	50
Moderada	10	2	12
severa	8	1	9
total	88	21	109

Fuente: Escuela Gabriel García Márquez y Escuela Jan Komensky

Elaborado por: Geovanna Andrade

Al relacionarlos por grado en el que cursaban los estudiantes obtuvimos que del 28% que no presentaban depresión el 40% pertenecen a sexto año de básica y el 60% al séptimo de básica. Y del 0,06% de depresión severa el 55% (N=5) son de sexto año y el 45% (N=4) de séptimo de básica.

Tabla 14. Grado de depresión y Año de Básica

Grado de Depresión	Sexto	Séptimo	Total
No depresión	15	23	38
Leve	31	19	50
Moderada	7	5	12
severa	5	4	9
total	58	51	109

Fuente: Escuela Gabriel García Márquez y Escuela Jan Komensky

Elaborado por: Geovanna Andrade

Con respecto al género de 28% que no presentan depresión el 65% pertenecen al sexo masculino y el 35% al sexo femenino y con respecto al 0,06% de depresión severa el 77% (N=7) es masculino y el 23% (N=2) es femenino.

Tabla 15. Grado de depresión y Sexo

Grado de Depresión	Masculino	Femenino	Total
No depresión	25	13	38
Leve	27	23	50
Moderada	7	5	12
severa	7	2	9
total	66	43	109

Fuente: Escuela Gabriel García Márquez y Escuela Jan Komensky

Elaborado por: Geovanna Andrade

La prevalencia en la población estudiada de la depresión fue: el 28% (N=38) no presentan depresión, el 37% (N=50) depresión leve, el 9% (N=12) con depresión moderada, el 0,06% (N=38) con depresión severa.

Tabla 17. Prevalencia De depresión según el grado de severidad

Grado de depresión	Número de participantes
No presentan depresión	38
Leve	50
Moderada	12
Severa	9
Total	109

Fuente: Escuela Gabriel García Márquez y Escuela Jan Komensky

Elaborado por: Geovanna Andrade

CAPÍTULO V

6. DISCUSIÓN

El trastorno depresivo tiene influencia en el sentimiento de felicidad, en el concepto personal, y en el funcionamiento sociofamiliar de un niño o adolescente; con el paso de los años se ha incrementado la preocupación con respecto a las alarmantes cifras de prevalencia y cronicidad que caracterizan a la depresión en niños y adolescentes. (Campos, 2009).

Se habla de numerosos factores de riesgo y de factores de protección, de tipo individual o de tipo ambiental, que interactúan en la etiología de la depresión infantil.

Una intervención eficaz, tanto en el diagnóstico del trastorno depresivo como de su cronificación, requiere de la detección temprana de los factores de riesgo o indicadores que se correlacionan con el probable desarrollo de depresión infantil. Esto permitiría colaborar con los niños y adolescentes en la protección de su salud mental, sentido de felicidad y calidad de vida. (Méndez, 2007).

En esta disertación de un total de 132 niños estudiados el 60,6% corresponden al sexo masculino y el 39,4% al femenino, pertenecientes a dos escuelas del Distrito Metropolitano de Quito, una fiscal (Escuela Gabriel García Márquez) que representa el 80% de la población estudiada debido a la cantidad de alumnos y una escuela particular (Escuela Jan Komensky) representando el 20% restante. Los niños cursaban el sexto y séptimo año de educación básica teniendo un porcentaje casi equitativo entre los años de básica. (Sexto año: 51% y séptimo: 49%). La población estudiada se encuentra en un rango de edad de 10 a 13 años teniendo un mayor porcentaje de participantes (48,5%) cursando los 11 años de edad.

En este contexto, se formuló y se llevó a cabo este proyecto de investigación, cuyo objetivo general se centró en analizar las propiedades psicométricas del Cuestionario de Depresión Infantil (CDI), que es considerado el cuestionario de autoreporte más utilizado a nivel mundial para evaluar la depresión infantil.

Se realizó una adaptación con respecto al lenguaje del CDI antes de su aplicación, debido a que, a pesar de que la prueba original está construida con un lenguaje sencillo

para que pueda ser entendida por niños con niveles muy básicos de escolaridad (Sood y Niebhay, 1996), las particularidades del lenguaje de la población estudiada hicieron necesaria esta modificación. Estos cambios se realizaron con la finalidad de facilitar la lectura y la comprensión de los ítems; de esta manera, se realizaron ligeras modificaciones a los enunciados, evitando que se alteren en su sentido.

Se modificaron las palabras o frases de uso poco frecuente en la zona. Así por ejemplo, las palabras contestaciones fueron reemplazadas por las palabras respuestas, aspas por equis y asignaturas por año de básica, la frase: “cómo te has encontrado últimamente.”, se cambiaron por la frase “cómo te has sentido últimamente.”. Estas modificaciones fueron realizadas antes de aplicar la prueba piloto debido a que no se podía obtener varios permisos por cada uno de los momentos en las instituciones educativas

En la aplicación piloto del inventario, se comprobaron la comprensión de la mayoría de los cambios realizados y se propusieron nuevos cambios que permitieron elaborar el inventario definitivo.

La prueba de Kovacs (CDI) es un instrumento cuya confiabilidad y validez ha sido probada en varios países como Colombia, Chile, Argentina, Puerto Rico, y España; por ello, este instrumento ofrece a los profesionales de salud mental una evaluación objetiva de la sintomatología depresiva en niños y adolescentes en un amplio rango de edades. (Escriba, 2005)

Respecto a la confiabilidad de la prueba, evaluada mediante el coeficiente consistencia interna (Alfa de Cronbach), se puede observar que alcanza un nivel aceptable de 0,81; muy semejante a los niveles de confiabilidad encontrados en otros estudios internacionales que se ubica entre 0,71 y 0,83, como por ejemplo los que cita Segura et al., (2010), Vinaccia et al. (2006), Rivera et al. (2005), Barrio et al. (2002), Kovacs (2004), Cassydy et al. (2003), McGrath et al. (2002), Figueras-Masip et al. (2001), Reategui (1994), Frías et al. (1991), y Raffo (1991).

Se realizó la correlación inter-ítem utilizando los siguientes parámetros: 0-0,19 correlaciones muy bajas; 0,2-0,39 bajas; 0,4-0,59 moderadas; 0,6 – 0,79 altas; 0,8 a 0,99 muy altas. Se obtuvo un total de 352 correlaciones de las cuales el 59% (N=211) son correlaciones muy bajas; el 32% (N=116) son correlaciones bajas y el 6% (N=24) tienen una correlación moderada. De los resultados obtenidos encontramos que el mayor

porcentaje pertenecen a correlaciones muy bajas; lo que nos indica que, el CDI presenta preguntas muy dispersas disminuyendo su confiabilidad.

Otro de los parámetros analizados en el estudio fue valorar cada pregunta, encontrando que si se eliminaran los ítems 11, 15 y 19 aumentaría el alfa de Cronbach, esto sumado a que estas tres preguntas tienen una correlación muy baja, expresarían que al retirarlas incrementarían la validez interna del CDI. En un estudio realizado en el Perú refieren que existen adecuados índices de correlación ítem-test en la mayoría de los ítems a excepción de los ítems 11 y 19. Para explicar esta particularidad, mencionan tener en cuenta que dichos ítems, poseen el verbo “preocupar” por lo que vale la pena un análisis de esta expresión en el contexto cultural andino; plantean que en regiones Andinas muchas de las personas pueden interpretar el verbo “preocupar” como el hecho de estar al tanto de, prevenir, o planificar algo con la finalidad de que salga bien, lo cual podría ser considerado un aspecto positivo que no se asocia directamente con un sentimiento disfórico. De esto se puede deducir que la falta de comprensión del verbo “preocupar” resulta dudosa para explicar la falta de correlación. (Ramírez R, 2009)

En esta disertación se realizó la curva de ROC para discriminar los niños que no tienen depresión de los que presentan algún grado de depresión encontrándose un área bajo la curva de 0,92 que es muy discriminativa; además se obtuvo un punto de cohorte entre 9 y 10 obteniéndose así, una buena especificidad (94%) y una sensibilidad aceptable (73%) un VPP: 97%, VPN: 59%, IVP:13, IVN:0,28; un Kappa de 57% y un PABAK de 0,59 lo que indica que la escala es buena para discriminar los pacientes sanos de los que presentan algún grado de depresión.

Al realizar la curva ROC para discriminar los niños que presentan depresión leve del resto de la población encontramos que el área bajo la curva disminuyó a 0,82, el punto de cohorte fue entre 9 y 10, sin embargo, se obtuvo una sensibilidad del 57% haciendo que la encuesta disminuya su confiabilidad para detectar a los pacientes con depresión leve; sin embargo, encontramos una especificidad del 93% que nos permite discriminar que los pacientes que obtienen un puntaje menor de 9 no presentan depresión. El coeficiente Kappa fue de 48% y el PABAK de 0,46 lo que nos indica una concordancia no muy buena.

Se obtuvo resultados similares al realizar la curva ROC para diferenciar los niños con

depresión moderada del resto de la población, el área bajo la curva fue de 0,91, en el punto de cohorte entre 16 y 17 se presentó una caída de la sensibilidad a 41% y la especificidad aumentó a 96%. El coeficiente kappa también disminuyó (43%), el PABAK aumentó a 0,83, obteniendo así una concordancia moderada, sin embargo, la sensibilidad es muy baja lo que nos da un gran número de falsos positivos.

Con respecto a distinguir la depresión severa se realizó la curva ROC obteniéndose un área bajo la curva de 0,96 muy discriminativa, el punto de cohorte fue de 19 obteniendo: una sensibilidad muy buena de 88%, una especificidad aun mejor de 93%, el VPP de 50%, el VPN de 99%, un IVP de 1,4, un IVN de 2,56, coeficiente Kappa de 60% y un PABAK de 0,86 lo que indica que la concordancia es muy alta.

Con estos resultados notamos que al comparar la escala se observa que para depresión leve y moderada hay una concordancia moderada y para depresión severa la concordancia es alta por lo que el CDI detecta adecuadamente a los pacientes que presentan síntomas de depresión severa con un punto de cohorte de 19 lo que coincide con el punto de corte sugerido por Kovacs en 1981 a partir de los resultados del estudio realizado en Canadá por Friedman y Butler en 1979.

Este mismo punto de corte fue utilizado en estudios epidemiológicos en España por Domènech y Polaino-Lorente en 1990 donde esta puntuación de 19 fue el valor que obtuvo una buena sensibilidad y especificidad.

En otros estudios realizados con niños y adolescentes el punto de corte se ha reducido de 19 a 17, como cita en su revisión Figueras en el 2006. Estos puntos de corte más bajos siguen siendo válidos para discriminar presencia o no presencia de sintomatología depresiva. La elección de un valor alto del punto de corte nos dará un elevado valor de la especificidad y una baja sensibilidad en el cuestionario (Lilienfeld y Lilienfeld 1980). Sobre este último aspecto Edelmira Domènech en 1997 afirma que el punto de corte 19 es poco sensible para la población española y recomienda que se utilice el punto de corte 17.

Este tipo de procedimiento nos plantea un problema; cuanto más alto es el punto de corte existe más probabilidad de que los niños que lo superan presenten depresión. Del mismo modo, también es probable que se “escape” algún niño deprimido al que no se le ha detectado el trastorno (falso negativo). (Campos, 2009)

En relación a las características descriptivas, la confiabilidad y la validez de la Prueba de Kovacs CDI, estas se presentan en este trabajo ofreciendo una consistente fundamentación para el uso de este instrumento dentro del área clínica y educativa para la detección de síntomas depresivos severos en niños y adolescentes.

Consistente con algunas investigaciones sobre depresión (Saklosfke y cols., 1998; Vinaccia y cols., 2006), en lo referente a las diferencias de los puntajes de sintomatología depresiva, respecto al género de los participantes, a nivel descriptivo, las diferencias no resultan significativas, puesto que dichas diferencias se empiezan a observar en la adolescencia; por lo que se puede afirmar que existe el mismo grado de sintomatología depresiva entre varones y mujeres.

Martínez-Otero en el 2007, utilizando el CDI en una muestra de niños y adolescentes españoles, encuentra diferencias significativas por género en los adolescentes entre 12 y 15 años y la presencia de una mayor sintomatología depresiva en las mujeres adolescentes. Sin embargo, Martínez y Otero no encuentran diferencias significativas en el grupo de niños entre 8 y 10 años.

De acuerdo con Vinaccia y cols en el 2006, el sexo femenino es un fuerte predictor para desarrollar depresión en el futuro junto con otros problemas de interiorización como ansiedad y pensamientos suicidas.

La presente disertación se realizó en niños de sexto y séptimo de básica en donde los participantes se encuentran en edades iniciales de la adolescencia y según estudios realizados por Cole y cols, en el 2002, se encontró que la tasa en la que padres e hijos reportan el surgimiento de síntomas depresivos incrementó durante la adolescencia temprana, particularmente entre los grados ya mencionados. Según estos autores, los resultados indican el desarrollo de factores desestabilizantes hacia el final de la infancia o principios de la adolescencia como: cambios de humor, relaciones sociales o familiares problemáticas, aumento en el número de comportamientos riesgosos y transiciones educativas como pasar de la escuela al colegio.

De acuerdo con Simmons, Burgeson, Carton-Ford y Blyth (1987; citado por Cole y cols., 2002), existe evidencia que sugiere que los niños y niñas que experimentan un gran número de transiciones durante la adolescencia temprana pueden estar en mayor riesgo de desarrollar síntomas depresivos; por estos motivos, ésta disertación fue dirigida a esta

población, ya que a pesar que no podamos conseguir una diferencia significativa entre género y depresión, éste grupo de edad es muy vulnerable pudiendo establecer un diagnóstico oportuno y hacer un seguimiento adecuado, evitando en muchos casos desenlaces fatales

Con respecto a la relación que existe entre depresión infantil y el IMC, en el presente estudio no se encontró una relación estadísticamente significativa, estos resultados son corroborados con el estudio realizado por Strauss en niños de 9 a 11 años y se encontró que los niños con obesidad y sobrepeso presentaban mayor riesgo de ansiedad y depresión pero no mostraron una relación estadísticamente significativa. Si bien, es cierto los niños brindan importancia a su imagen corporal, sin embargo, no es tan notorio como en los de mayor edad. (Guinnyé, 2001)

La adolescencia es una fase crítica del desarrollo, caracterizado por drásticos cambios físicos y psicológicos. La apariencia y los cambios son preocupaciones importantes en los adolescentes y por ésta razón varios estudios entre ellos Trejo HJ, Vázquez L (2007), Chavarria MR, Camacho CN (2006), Ozmen D, OZmen E (2007), mencionan que existe una relación directa entre valores de IMC por encima de lo normal y niveles de baja autoestima y depresión en los adolescentes, lo que se evidencia en mayor proporción en edades entre 15 – 17 años. La población estudiada fue de 10 a 13 años de edad, por lo que la realización de estudios dirigidos a otros grupos de edad podrían confirmar o descartar los resultados antes mencionados por dichos autores.

Sobre la escuela a donde pertenecían los niños, fiscal o particular, en el presente estudio no se encontró diferencias significativas con respecto al grado de depresión, siendo información ratificada con estudios como el de Alcalde, De la Viña y Ladrón en el 2002, que observaron que la prevalencia de trastornos depresivos era similar en escuelas oficiales y privadas urbanas españolas; sin embargo, se omitió el estrato socioeconómico al igual que en esta disertación. Algunos estudios (Mantilla, Sabalza, Díaz & Campo-Arias, 2004), muestran una mayor prevalencia de sintomatología depresiva en niños y niñas de estrato socioeconómico bajo; mientras que, Costello en 1989 observó que la presencia de trastornos depresivos en población general era independiente del estrato socioeconómico.

Para comparar la validez del CDI se utilizaron los criterios CIE-10, con respecto a la

prevalencia de depresión, en donde se obtuvo que el 28% de los participantes no presentan depresión, el 37% presentó depresión leve, el 9% depresión moderada y el 0,06% depresión severa. Esta prevalencia es similar a 2 estudios realizados en nuestro país. El primer estudio lo realizó la Doctora Puyol en el 2009, en el Valla de los Chillos, obteniendo una prevalencia de depresión infantil de 41% en 195 niños estudiados. El segundo estudio realizado por las doctoras Sánchez G, Sarmiento B y Serrano K, realizado en la ciudad de Cuenca en el año 2011, donde obtuvieron una prevalencia de 12% de depresión grave y 25% de moderada.

Al momento del análisis de los datos surgió un inconveniente con respecto a estos criterios, la mayor parte de la población no cumplían con el parámetro que menciona la CIE-10 que para categorizar una depresión leve, al menos 2 criterios B, para depresión moderada se necesitan 2 criterios B y al menos 4 C y D, para la depresión severa 3 criterios B y 5 del C y D; si cumplíamos con estos criterios estrictamente 100 niños quedaban excluidos de la muestra por no cumplir lo que menciona el CIE-10.

Sin embargo, en la Guía Clínica Mexicana “Depresión en Niños y Adolescentes” del 2002 refieren que en ciertas poblaciones no siempre se cumple con los parámetros determinados por el CIE-10, por lo que sería suficiente catalogarlo para cada nivel de gravedad de depresión, es decir, un mínimo de 4 síntomas para depresión leve, 6 síntomas para depresión moderada y 8 síntomas para depresión severa. La Guía Clínica Mexicana menciona que esta no es la manera más adecuada de determinar los diferentes criterios ya que pueden existir varios falsos positivos, especialmente cuando se habla de depresión leve; sin embargo, no mencionan que ésta acción produzca mayor inconveniente, ya que estos pacientes continúan con su vida normal sin alteración en sus actividades diarias y además, siempre es necesaria una valoración por un especialista determinando otros parámetros para el diagnóstico integral del trastorno depresivo. (Nogales I, 2002).

CAPÍTULO VI

7. CONCLUSIONES

1. El CDI ha demostrado tener una consistencia interna aceptable, pues los coeficientes de confiabilidad Alfa de Cronbach y la AUC de 0,81, los coeficientes de correlación ítem-test fueron adecuados en su mayoría, a excepción de los ítems 11, 15 y 19.
2. El CDI tiene una alta sensibilidad y alta especificidad para detectar la sintomatología depresiva severa.
3. El CDI es aplicable para la población infantil del distrito metropolitano de Quito, para realizar un screening en niños y adolescentes que se sospecha de sintomatología depresiva. Es importante recalcar que, a pesar del lenguaje sencillo de la prueba, para la población infantil y en especial de la población estudiada, es necesario simplificar al máximo el lenguaje utilizado.
4. En función de las instituciones educativas, la institución fiscal presentó un mayor promedio en sintomatología depresiva que la institución particular, sin encontrarse una diferencia estadísticamente significativa.
5. En relación al sexo de los participantes, a nivel descriptivo, los varones obtienen un mayor promedio que las mujeres, sin embargo, estas diferencias no resultan significativas, por lo que se puede afirmar que existe el mismo grado de sintomatología depresiva entre varones y mujeres. Al comparar la depresión con el año de básica que cursaban los participantes y el puntaje de APGAR familiar que presentaron, no se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre las mismas.

8. RECOMENDACIONES

1. De acuerdo con los resultados de esta investigación y estudios realizados en otros países se sugiere la investigación de la semántica de la palabra “preocupar” en posteriores investigaciones para descartar la posibilidad que sea un error de semántica la escasa correlación de Los enunciados que poseen esta palabra.
2. Se recomienda realizar futuras investigaciones con un cuestionario que permita determinar el grado de depresión leve y moderada.
3. Con respecto a la prevalencia encontrada en este estudio, se recomienda en futuras ocasiones valorar la prevalencia en base a criterios diferentes al CIE-10.
4. En el presente estudio no se encontraron diferencias significativas con respecto a la escuela a la pertenecían los participantes, el APGAR familiar y el grado de depresión, por estos motivos, se recomienda en un futuro realizar una investigación donde el nivel socioeconómico sea evaluado.
5. Al no encontrar diferencias estadísticamente significativas con respecto a la edad, sexo y grado de depresión se recomienda que se realicen futuras investigaciones con un rango de edad más amplio.

ANEXOS

ANEXO 1.

Consentimiento informado a representante legal.

La depresión infantil es un trastorno que habitualmente es inadvertido por los padres y profesores, ya que los niños tienen dificultad al expresar sus sentimientos, esto ocasiona un importante problema de salud en la etapa infantil ya puede repercutir en el ámbito educativo, psicológico y desarrollo adecuado del niño.

Se realizará un cuestionario para detectar síntomas de depresión infantil en los niños de nuestra institución, el mismo que se utilizará únicamente con fines científicos.

Esto tendrá un beneficio para mi hijo/a ya que con este cuestionario se podrá evaluar si existen factores de riesgo para depresión infantil.

La información de este cuestionario es confidencial, cada encuesta será manejada con un código asignado, manteniendo en anonimato el nombre del participante.

Autorizo voluntariamente a que mi hijo/a participe en esta investigación y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera.

Nombre del Representante _____

Firma del Representante _____

Fecha _____

Día/mes/año

ANEXO 2.

Consentimiento informado participante.

Los niños y niñas como tú tienen diferentes ideas y sentimientos. Realizarás encuesta que nos ayudará a descubrir cuáles son algunos de ellos. Estas encuestas no tiene respuestas buenas o malas simplemente nos ayudará a descubrir la forma en que piensas y sientes.

Cada encuesta es anónima, nadie sabrá sobre tus respuestas y no tendrán ningún tipo de calificación que afecte en tu rendimiento de la escuela.

Autorizo voluntariamente a participar en esta investigación y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera.

Nombre del Participante_____

Fecha _____

Día/mes/año

ANEXO 3.

MI FAMILIA

Pon una equis (X) en la respuesta que mejor describa como te sientes en tu casa:

	CASI NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE
1. ¿Está satisfecho con la ayuda que recibes de tu familia cuando tienes un problema?			
2. ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en la casa?			
3. ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?			
4. ¿Está satisfecho con el tiempo que tú y tu familia pasan juntos?			
5. ¿Sientes que tu familia te quiere?			
PUNTUACIÓN TOTAL			

ENCIERRA EN UN CÍRCULO A CADA PERSONA QUE VIVE CONTIGO:

Papá	Hermanos
Mamá	Sobrinos
Tíos	Primos
Abuelitos	Otros familiares.

ANEXO 4.

Criterios CIE-10 modificados para niños.

<p>A. Criterios generales para episodio depresivo:</p> <ul style="list-style-type: none">- El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas- No es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno orgánico.
<p>B. Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas:</p> <ol style="list-style-type: none">4. El estado de ánimo puede ser deprimido o irritable. Los niños pequeños o con desarrollo lingüístico o cognitivo inmaduro pueden no ser capaces de describir su estado de ánimo y presentar quejas físicas vagas, expresión facial triste o pobre comunicación visual. El estado irritable puede mostrarse como “paso al acto”, comportamiento imprudente o atolondrado o actitudes o acciones coléricas u hostiles.5. La pérdida de interés puede ser en el juego o en las actividades escolares.6. La falta de juego con los compañeros, el rechazo del colegio o frecuentes ausencias al mismo pueden ser síntomas de fatiga.
<p>C. Deben estar presentes uno o más síntomas de la lista, para que la suma total sea al menos de cuatro:</p> <ol style="list-style-type: none">8. Pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad.9. Los niños pueden presentar auto-desvalorización. La culpa excesiva o inapropiada no suele estar presente.10. Indicios no verbales de conducta suicida, incluidos comportamientos de riesgo reiterados, en ocasiones a modo de juego y “gestos” autolesivos (arañazos, cortes, quemaduras, etc.).11. Los problemas con la atención y concentración pueden mostrarse como problemas de conducta o escaso rendimiento escolar.12. Junto al cambio de ánimo puede observarse comportamiento hiperactivo.13. Alteraciones del sueño de cualquier tipo.14. Los niños pueden dejar de ganar peso más que perderlo.
<p>D. Puede haber o no síndrome somático Los síntomas físicos, como las quejas somáticas, son frecuentes en niños.</p>
<p>Episodio depresivo leve: están presentes dos o tres síntomas del criterio B. La persona con un episodio leve probablemente está apta para continuar la mayoría de sus actividades.</p> <p>Episodio depresivo moderado: están presentes al menos dos síntomas del criterio B y síntomas del criterio C hasta sumar un mínimo de 6 síntomas. La persona con un episodio moderado probablemente tendrá dificultades para continuar con sus actividades ordinarias.</p> <p>Episodio depresivo grave: deben existir los 3 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C con un mínimo de 8 síntomas. Las personas con este tipo de depresión presentan síntomas marcados y angustiantes, principalmente la pérdida de autoestima y los sentimientos de culpa e inutilidad. Son frecuentes las ideas y acciones suicidas y se presentan síntomas somáticos importantes. Pueden aparecer síntomas psicóticos tales como alucinaciones, delirios, retardo psicomotor o estupor grave. En este caso se denomina como episodio depresivo grave con síntomas psicóticos. Los fenómenos psicóticos como las alucinaciones o el delirio pueden ser congruentes o no congruentes con el estado de ánimo.</p>

Anexo. 5

CUESTIONARIO CDI (CUESTIONARIO DE DEPRESION INFANTIL)

Escuela _____ Grado _____

Edad: _____ Sexo: M F

INSTRUCCIONES

Los niños y niñas como tú tienen diferentes ideas y sentimientos, en este cuestionario se escogen algunos de ellos. De cada grupo, señala una frase que sea **LA QUE MEJOR DESCRIBA** como te has sentido durante las **DOS ÚLTIMAS SEMANAS**. Una vez que termines con un grupo de frases, pasa al siguiente.

No hay respuestas correctas o incorrectas. Sólo señala la frase que mejor describa **CÓMO TE HAS SENTIDO.** De las tres frases que se presentan en cada pregunta **ESCOGE SOLO UNA.** La que más se acerque a cómo eres o te sientes. Pon una equis (X) en tu respuesta.

1. Pocas veces estoy triste.
 Muchas veces estoy triste.
 Siempre estoy triste.

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

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

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

5. Siempre soy malo o mala.
 Muchas veces soy malo o mala.
 Pocas veces soy malo o mala.
6. A veces pienso que me pueden pasar cosas malas.
 Me preocupa que me pasen cosas malas.
 Estoy seguro que me pasarán cosas muy malas.
7. Me odio
 No me gusta como soy.
 Me gusta como soy.
8. Todas las cosas malas son por mi culpa.
 Muchas cosas malas son por mi culpa.
 Generalmente no tengo la culpa de que pasen cosas malas.
9. No pienso en matarme.
 Pienso en matarme pero no lo haría.
 Quiero matarme.
10. Todos los días tengo ganas de llorar.
 Muchos días tengo ganas de llorar.
 Pocos días tengo ganas de llorar.
11. Siempre me preocupan las cosas.
 Muchas veces me preocupan las cosas.
 Pocas veces me preocupan las cosas.
12. Me gusta estar con gente.
 Muchas veces NO me gusta estar con gente.
 Nunca me gusta estar con gente.

13. ___ No puedo decidirme.
___ Me cuesta decidirme.
___ Me decido muy fácilmente.
14. ___ Soy bonito o bonita.
___ Hay algunas cosas de mi apariencia que no me gustan.
___ Soy feo o fea.
15. ___ Siempre me cuesta hacer los deberes.
___ Muchas veces me cuesta hacer los deberes.
___ No me cuesta hacer los deberes.
16. ___ Todas las noches me cuesta dormir.
___ Muchas veces me cuesta dormir.
___ Duermo muy bien.
17. ___ Pocos días estoy cansado o cansada.
___ Muchos días estoy cansado o cansada.
___ Todos los días estoy cansado o cansada.
18. ___ La mayoría de días NO tengo ganas de comer.
___ Algunos días NO tengo ganas de comer.
___ Como muy bien.
19. ___ No me preocupa el dolor ni la enfermedad.
___ Muchas veces me preocupa el dolor y la enfermedad.
___ Siempre me preocupa el dolor y la enfermedad.
20. ___ Nunca me siento solo.
___ Muchas veces me siento solo.
___ Siempre me siento solo.

21. Nunca me divierto en la escuela.
 Solo a veces me divierto en la escuela.
 Muchas veces me divierto en la escuela.
22. Tengo muchos amigos.
 Tengo algunos amigos, pero me gustaría tener más.
 No tengo amigos.
23. Mi trabajo en la escuela es bueno.
 Mi trabajo en la escuela no es tan bueno como antes.
 Me va muy mal en las materias que antes me iban bien.
24. Nunca podré ser tan bueno o buena como otros niños.
 Si quiero puedo ser tan bueno o buena como otros niños.
 Soy tan bueno o buena como otros niños.
25. Nadie me quiere.
 No estoy seguro de que alguien me quiera.
 Todos me quieren.
26. Siempre hago lo que me dicen.
 Muchas veces hago lo que me dicen.
 Nunca hago lo que me dicen.
27. Me llevo bien con la gente.
 Muchas veces me peleo.
 Siempre me peleo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Abela, J., y Taylor, G. **Specific vulnerability to depressive mood reactions in Schoolchildren: The moderating role of self-esteem.** Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology. 2003; 32:408-418
2. Abril, V. **Apoyo social y depresión en poblaciones de alto riesgo** Revista de Psicología Social. 1998; 13: 347-357.
3. Almonte C, García R: **Epidemiología psiquiátrica en niños y adolescentes.** Revista chilena de Neuro-psiquiatría 2013; 51:211-219
4. American Psychiatric Association, APA. (2000). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**, (4th ed.). Text Revision. Washington, DC, American Psychiatric Association.
5. Angold A. **Childhood and adolescent depression, I: epidemiological and etiological aspects.** Br J Psychiatry 1987; 152: 69-78.
6. Arias CL, Herrera JA. **El Apgar familiar en el cuidado primario de la salud.** Colomb Med. 1994; 25(1):26-28.
7. Aslund C, Nilsson KW, Starrin B, Sjoberg RL. **Shaming experiences and the association between adolescent depression and psychosocial risk factors.** Eur Child Adolesc Psychiatry. 2007;16(5):298-304.
8. Balluerka, N., Gorostiaga, A. y Haranburu, M. **Validación del CDS (Escala de Depresión Infantil) en población vascoarabante.** Revista de Psicodidáctica. 2012; 17: 415-439.
9. Bella M, Fernández R; Willington J. **Intento de suicidio en niños y adolescentes: depresión y trastorno de conducta disocial como patologías más frecuentes.** Biblioteca Virtual em saúde. Córdoba. 2010; 2: 124-129
10. Benjet C, Borges G, Medina–Mora M, Méndez E et al. **Diferencias de sexo en la prevalencia y severidad de trastornos psiquiátricos en adolescentes de la Ciudad de México.** Salud Mental 2009;32:155–163

11. Bennett D, Ambrosini P, Kudes D, Metz C, Rabinovich H. **Gender differences in adolescent depression: do symptoms differ for boys and girls?** J Affect Disord 2005; 89: 35-44.
12. Bernaras E; Jaureguizar J; Soroa M. **Evaluación de la sintomatología depresiva en el contexto escolar y variables asociadas.** Anales de Psicología, España. 2013; 29: 131-139
13. Bhatia SK, Bhatia SC. **Childhood and adolescent depression.** American Family Physician. 2007; 75(1):74-80.
14. Birmaher B, Ryan N, Williamson D, Brent D, Kaufman J. **Childhood and adolescent depression: a review of the past ten year. Part II.** J Acad Child Adolesc Psychiat 1996; 35: 1575-1583.
15. Birmaher B, Heydi P. **Biological studies in depressed children and adolescents.** Int J Neuropsychopharmacol 2001; 4:149-157.
16. Birmaher B, Ryan N, Williamson D, Brent D et al. **Childhood and adolescent depression: A review of the past ten years. Part I.** J Am Child Adolesc Psychiatry 1996; 35: 1427–1439.
17. Birmaher, B. et al. **Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders.** J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2007; 46:1503-1526
18. Bos, A. E. R., Huijding, J., Muris, P., Vogel, L. R. R. y Biesheuvel, J. **Global, contingent and implicit self-esteem and psychopathological symptoms in adolescents.** Personality and Individual Differences. 2010; 48:311-316
19. Bostic JQ, Rubin DH, Prince J, Schlozman S. **Treatment of depression in children and adolescents.** J Psychiatr Pract. 2005 May; 11(3):141-54.
20. Bragado C y cols. **Autoconcepto físico, ansiedad, depresión y autoestima en niños.** Revista Psicothema. 2008; 20: 413-419.

21. Bragado C, Bersabé R, Carrasco I. **Factores de riesgo para los trastornos conductuales, de ansiedad, depresivos y de eliminación en niños y adolescentes.** Psicothema. 1999; 11(4):939-56.
22. Cabrera L. **Depresión infantil en la población escolar de la Isla de Lanzarote.** Servicio de Publicaciones Universidad de la Laguna. España 1996; 12-60.
23. Castrillón, D. y Borrero, P. **Validación del Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAIC) en niños escolarizados entre los 8 y 15 años [Versión electrónica].** Acta Colombiana de Psicología. 2005; 13: 79-90.
24. Cole, D.A. et al. **Structural Differences in Parents and Chile reports of Children's symptoms of depression and anxiety.** Psychological Assessment, 2000; 12: 174-185.
25. Cornejo JP; Peláez FJ; Escobar MI. **Prevalencia de depresión de enseñanza Básica de Santiago.** Revista pediatría electrónica. Chile 2006; 4: 50-59
26. Costello, E.J. **Child psychiatric disorders and their correlates: A primary care pediatric sample.** Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 1989; 28: 851-855.
27. Craighead et al. **Analysis of the Children's Depression Inventory in a Community Sample.** Psychological Assessment 1998; 10: 156-165.
28. Curry J, Silva S, Rohde P, Ginsburg G et al. **Recovery and recurrence following treatment for adolescent major depression.** Arch Gen Psychiatry 2011; 68: 263–269.
29. De la Peá F; Lacara M. **Validez de la Escala de Birleson (SRDS) para el trastorno depresivo mayor en la adolescencia.** Salud mental, México. 1996; vol. 19: 17-23.
30. De la Peña F, Patiño M, Mendizábal A, Cortés J, Cruz E, Ulloa R, Villamil V, Lara M. **La entrevista Semiestructurada para Adolescentes (ESA). Características del instrumento y estudio de confiabilidad interevaluador y temporal.** Salud Mental 1998; 21: 11-18.

31. De la Peña F, Ulloa R, Paez F. **Comorbilidad del trastorno depresivo mayor en los adolescentes. Prevalencia, severidad del padecimiento y funcionamiento psicosocial.** Salud Mental 199; 22: 88-92.
32. Del Barrio, V., Roa, M., Olmedo, M., & Colodrón, F. **Primera Adaptación del CDI-S a la población española.** Acción Psicológica. 2002; 3: 263-272.
33. Developed by the National Collaborating Centre for Mental Health. **Depression in children and young people.** The British Psychological Society. 2005; 28: 22-48.
34. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM IV- TR 4TH ed,** text rev. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000
35. Diez, M. **Análisis bibliométrico sobre depresión infantil en España [Versión electrónica].** International Journal of Clinical and Health Psychology. 2003; 03: 645-653
36. Dopheide JA. **Recognizing and treating depression in children and adolescents.** Am J Health Syst Pharm. 2006; 63(3):233-243.
37. Dubicka B. **Combined treatment with cognitive-behavioural therapy in adolescent depression: meta-analysis.** Br J Psychiatry 2010; 197: 433-440.
38. Dunn V, Goodyer I. **Longitudinal investigation into childhood and adolescence-onset depression: psychiatric outcome in early adulthood.** British Journal of Psychiatry 2006; 188: 216-222.
39. Emslie G, Heiligenstein J, Hoog S, Wagner K et al. **Fluoxetine treatment for prevention of relapse of depression in children and adolescents: a double-blind, placebo-controlled study.** J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2004; 43: 1397-1405.
40. Ferdon C, Kaslow N. **Evidence-based psychosocial treatments for child and adolescent depression.** J Clin Child Adolesc Psychol 2008; 37: 62-104.
41. Forero L, Avendaño M, Duarte Z, Campo-Arias A. **Consistencia interna y análisis de factores de la escala APGAR para evaluar el funcionamiento familiar en estudiantes de básica secundaria.** Rev Colomb Psiquiatr. 2006; 35(1):23-9.

42. Gaber J. **Depression in children and adolescents linking risk research and prevention.** PudMed. 2006; 6: 104-125
43. Garaigordobil, M. et al. **Psychopathological symptoms, behavioral problems, and self concept/ self- esteem: A study of adolescents aged 14 to 17 years old.** Annuary of Clinical and Health Psychology 2005; 1: 53-63.
44. García L, Aluja A, Del Barrio V. **Testing the hierarchial structure of the Children´s Depression Inventory: a multigroup analysis.** Assessment 2008; 15: 153-164.
45. Herman, K. et al. **Low academic competence in first grade as a risk factor for depressive cognitions and symptoms in Middle school.** Journal of Counseling Psychology 2008; 55: 400-410.
46. Horowitz J, Garber J, Ciesla J, Young J et al. **Prevention of depressive symptoms in adolescents: a randomized trial of cognitive–behavioral and interpersonal prevention programs.** J Consult Clin Psychol 2007;75: 693–706
47. Hughes C, Emslie G, Crismon M, Posner K et al. **Texas children's medication algorithm project: update from Texas consensus conference panel on medication treatment of childhood major depressive disorder.** J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2007; 46: 667–686.
48. Kashani J, Carlson G, Beck N, Hoepfer E et al. **Depression, depressive symptoms, and depressed mood among a community sample of adolescents.** Am J Psychiatry 1987; 144:931–934.
49. Kennard, B.D. et al. **Relapse and recurrence in Pediatric Depression.** Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America 2006; 15: 1057-1079.
50. Kim-Cohen, J. **Resilience and developmental Psychopathology.** Child and Adolescent. Psychiatric Clinics of North America. 2007; 16: 271-283.
51. Klein J, Jacobs R, Reinecke M. **Cognitive–behavioral therapy for adolescent depression: a meta–analytic investigation of changes in effect–size estimates.** J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2007; 46: 1403–1413.

52. Le HN, Boyd RC. **Prevention of major depression: Early detection and early intervention in the general population.** Clin Neuropsychiatry. 2006; 3(1):6-22.
53. Lima J; Lima M; Jiménez N; Domínguez I. **Consistencia interna y validez de un cuestionario para medir la autopercepción del estado de salud familiar.** Revista Española de Salud Pública. Madrid 2012; 86: 510-518.
54. Ma, J. et al. **Depression treatment during outpatients visits by U.S. children and adolescents.** Journal of Adolescent Health 2005; 37: 434-442.
55. Maalouf F, Brent D. **Pharmacotherapy and psychotherapy of pediatric depression.** Expert Opin Pharmacother 2010; 11: 2129–2140.
56. Mantilla, L.F., Sabalza, L.P., Díaz, L.A. & Campo Arias, A. **Prevalencia de síntomas depresivos en niños y niñas escolares de Bucaramanga, Colombia. [Prevalence of depressive symptoms in children and school girls of Bucaramanga, Colombia].** Revista Colombiana de Psiquiatría. 2004; 33: 163-171.
57. Matthey, S. y Petrovski, P. **The Children's Depression Inventory: Error in cutoff scores for screening purposes.** Psychological Assessment. 2002; 14: 146-149.
58. Mizoguchi K, Ishige A, Aburada M, Tabira T. **Chronic stress attenuates glucocorticoid negative feedback: involvement of the prefrontal cortex and hippocampus.** Neuroscience 2003; 119: 887-897.
59. Morla R, Saad E, Saad J. **Depresión en adolescentes y desestructuración familiar en la ciudad de Guayaquil, Ecuador.** Rev Colomb Psiquiatr. 2006; 35(2):149-66.
60. Nakamura E; Quirón J. **Child depression: anthropological approach,** Rev Saúde Pública. Brasil 2007; 41: 1-7
61. Organización Mundial de la Salud. **Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. CIE-10.** Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Meditor; 1992.
62. Richardson LP, Katzenellenbogen R. **Childhood and adolescent depression: The role of primary care providers in diagnosis and treatment.** Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care. 2005;35(1):6-24.

63. Rodríguez J; Dr. Ortiz M. **Depresión infantil**. Revista electrónica de psicología. México 2011; 20: 77-87.
64. Sanchis F. **Apego, acontecimientos vitales y depresión en una muestra de adolescentes**. Tesis Doctorales en Red. España. 2008; 45-81
65. Segura, S., Posada, S., Ospina, M., & Ospina, H. **Estandarización del Inventario CDI en niños y adolescentes entre 12 y 17 años del Municipio de Sabaneta del departamento de Antioquia**. International Journal of Psychological Research. 2010; 3: 63-73.
66. Sen S, Duman R, Sanacora G. **Serum brain-derived neurotrophic factor, depression, and antidepressant medications: meta-analyses and implications**. Biol Psychiatry 2008; 64:527-532.
67. Serrano M, Calero B, Serrano S, Serrano M, Coronel P. **Metric Properties of the Mini-mental Parkinson and SCOPA – COG Scales for Rating Cognitive Deterioration in Parkinson´s Disease**. Movement Disorders. 2010; 25:2555-2862.
68. Sheline Y. **Hippocampal atrophy in major depression: a result of depression-induced neurotoxicity?** Molecular Psychiatry 1996; 1: 298-299.
69. Soares J, Mann J. **The anatomy of mood disorders- review of structural neuroimaging studies**. Biological Psychiatry 1997; 41: 86-106.
70. Sorensen, M.J. et al. **Children´s Depression Inventory and classification of major depressive disorder. Validity and reliability of the Danish version**. European Child Adolescent Psychiatry. 2005; 14: 328-334.
71. Stark, K. y Laurent, J. **Joint Factor Analysis of the Children´s Depression Inventory and the Revised Children´s Manifest Anxiety Scale**. Journal of Clinical Child Psychology. 2001; 30: 552-567.
72. Stice E, Rohde P, Gau J, Wade E. **Efficacy trial of a brief cognitive-behavioral depression prevention program for high-risk adolescents: effects at 1- and 2-year follow-up**. Consult Clin Psychol 2010; 78: 856-867.

73. Strakowski S, Adler C, DelBello M. **Volumetric MRI studies of mood disorders: do they distinguish unipolar and bipolar disorder?** *Bipolar Disorder* 2002; 4: 80-88.
74. Tang T, Jou S, Ko C, Huang S et al. **Randomized study of school-based intensive interpersonal psychotherapy for depressed adolescents with suicidal risk and parasuicide behaviors.** *Psychiatry Clin Neurosci* 2009; 63: 463-470.
75. Timbremont, B., Braet, C. y Dreessen, L. **Assessing Depression in Youth: relation between the Children's Depression Inventory and a Structured interview.** *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology.* 2004; 33: 149-157.
76. Varley C. **Sudden death related to selected tricyclic antidepressants in children: epidemiology, mechanisms and clinical implications.** *Paediatr Drugs* 2001; 3: 613-627.
77. Vázquez, Muñoz y Becoña. **¿Qué tratamientos son eficaces para tratar la depresión: psicológicos, médicos o combinados?** *Psicología Conductual.* 2000; 8: 561-591
78. Vivar R; Pacheco Z. **Validación de la Escala de Birmleson modificada para trastornos depresivos en niños y adolescentes peruanos.** *Revista peruana de pediatría.* Lima. 2005; 5:24-29
79. Wagner K, Ambrosini P, Rynn M, Wohlberg C, Yang R, Greenbaum M, Childress A, Donnelly C, Deas D. **For the sertraline pediatric depression study group: efficacy of sertraline in the treatment of children and adolescents with major depressive disorders: two randomized controlled trials.** *JAMA* 2003; 90: 1033-1041.
80. Weissman M, Wickramaratne P, Nomura Y. **Families at high and low risk for depression: a 3-generation study.** *Arch Gen Psychiatry.* 2005; 62: 29-36.
81. Weissman M. Leckman J, Merikangas K, Gammon G, Prusoff B. **Depression and anxiety disorders in parents and children: results from the Yale Family Study.** *Arch Gen Psychiatry* 1984; 41: 845-852.

82. Whitaker A, Johnson J, Shaffer D, Rapoport J et al. **Uncommon troubles in young people: Prevalence estimates of selected psychiatric disorders in a nonreferred adolescent population.** Arch Gen Psychiatry 1990; 47: 487–496.
83. Wichers M, Myin-Germeys I, Jacobs N, Peeters F, Kanis G, Derom C, Vlietinck R, Delespaul P, Van Os J. **Genetic risk of depression and stress-induced negative affect in daily life.** Br J Psychiatry 2007; 191: 218-223.
84. Yang L, Scott L. **Escitalopram: in the treatment of major depressive disorder in adolescent patients.** Paediatr Drugs 2010; 12: 155–163.
85. Zalsman, G. et al. **Depressive Disorders in Childhood and adolescence: An overview. Epidemiology, Clinical Manifestation and Risk factors.** Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America. 2006; 15: 827-841.
86. Zalsman, G. et al. **Neurobiology of depression in children and adolescents. Child and Adolescent.** Psychiatric Clinics of North America. 2006; 15: 843-868.
87. Zisook S, Lesser I, Stewart J, Wisniewski S et al. **Effect of age at onset on the course of major depressive disorder.** Am J Psychiatry 2007; 164: 1539–1546.