



UNIVERSIDAD DE MATEHUALA, S.C.

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO

CLAVE 8961-25

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

**“PRESENCIA DE DEPRESIÓN EN NIÑOS DE
9 A 10 AÑOS, MEDIANTE LA APLICACIÓN
DEL CDI”**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

PRESENTA:

LUZ ALICIA VILLAFAÑA GONZÁLEZ

DIRECTOR DE TESIS:

MTRO. HÉCTOR FRANCISCO ESTRADA GALICIA.



MATEHUALA, S.L.P.

2022



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Dedicatoria

El presente trabajo lo dedico al mejor amigo y compañero de vida Miguel Angel, por su paciencia y confianza, por alentarme a mejorar día con día aun cuando parecía que me iba a rendir, pues fue un gran apoyo en el tiempo que se generó esta tesis. A mis padres, quienes me brindaron la gran oportunidad de estudiar esta carrera que aprendí a amar.

A villita, quien es una de las personas que siempre me apoyo en todos los proyectos de vida y que ha estado en todo momento junto a mí.

A mis hermanos, que han estado en todo momento con comentarios alentadores para la superación.

A mis maestros, quienes nunca se rindieron conmigo dándome espacio y la confianza para volver a regresar cada vez, quienes también por sus clases me enseñaron tanto y nunca perdieron la esperanza en mi muchas gracias.

A mis amigos, que han estado conmigo en este proceso que llamo vida, que siempre me enseñaron y me alentaron a concluir esta tesis, a todos ellos les agradezco enormemente pues siempre he creído que somos las cosas que leemos, los amigos y personas que tenemos junto a nosotros, muchas gracias.

Agradecimientos

A la universidad de Matehuala, por permitirme estudiar la carrera de psicología y proveerme de tan valiosos conocimientos que me servirán por el resto de mi vida, las oportunidades que me ha brindado son incomparables.

Agradezco a los profesores que me ayudaron para la elaboración de este documento al Lic. Héctor Francisco Estrada García, y a quienes se tomaron el tiempo de leer, corregir, analizar y así brindarme la oportunidad de recurrir a su capacidad y conocimiento científico.

También me gustaría agradecer a el colegio amado Nervo por permitirme realizar la aplicación del inventario sin su ayuda no podría ser posible este documento.

Sumario

El propósito del presente estudio, consistió en conocer la presencia de síntomas asociados con la depresión infantil de acuerdo con el Inventario de Depresión Infantil (CDI) en una población de estudiantes de educación primaria que se encontraban cursando en quinto grado en el colegio Amado Nervo, ubicado en el Municipio de Matehuala, San Luis Potosí, México. El método de investigación que se utilizó de acuerdo con Hernández, Fernández & Baptista (2014), consistió en un paradigma cuantitativo, alcance exploratorio-descriptivo y diseño no experimental, trasversal con una delimitación exploratoria-descriptiva; en función de lo anterior las hipótesis que se plantearon consistieron en conocer la presencia de esta sintomatología, las cuales fueron las siguientes: “*Se encontraran niños que presenten síntomas de depresión sin llegar a tener un cuadro de DP*”, “*Se encontrará a niños que por su sintomatología cumplan los criterios de DP*” y “*Los niños de 9 a 10 años en educación primaria reportarán niveles altos de sintomatología depresiva*”, la muestra estuvo conformada por 27 sujetos con un rango de edad de nueve a 10, de los cuales 15 de ellos eran hombres y 12 mujeres. Los resultados que se obtuvieron en las escalas que integran el CDI fueron las siguientes: en la escala de autoestima se obtuvo que 23 sujetos (85.2%), se encontraron en la categoría “Sin autoestima negativa”, tres (11.1%) en la categoría “Autoestima negativa” y uno (3.7%) en la categoría “Autoestima negativa severa”; para la escala de disforia se obtuvo que 24 sujetos (88.9%) obtuvieron la categoría “Sin disforia”, uno (3.7%) la categoría “Con disforia” y dos (7.4%) con la categoría “Con disforia severa”; en cuanto al resultados global se encontró que 23 sujetos (85.2%) entraron en la categoría “Sin sintomatología”, dos (7.4%) en la categoría “Con sintomatología leve” y dos (7.4%) en la categoría “Con sintomatología severa”. Con base en los resultados se

considera que la primera y segunda hipótesis se aceptan, mientras que la tercera se rechaza; en función de lo anterior se consideran que este estudio sienta las bases para el desarrollo de nuevas líneas de investigación y de intervención ya que es la primera en su tipo en el municipio.

Palabras clave:

Depresión infantil, Infancia, Autoestima, Emociones, tristeza y disforia

Abstract

The purpose of the present study consisted of knowing the presence of symptoms associated with childhood depression according to the Childhood Depression Inventory (CDI) in a population of primary school students who were in fifth grade at the Amado Nervo school, located in the Municipality of Matehuala, San Luis Potosí, Mexico. The research method used according to Hernández, Fernández & Baptista (2014), consisted of a quantitative paradigm, exploratory-descriptive scope and non-experimental, cross-sectional design with an exploratory-descriptive delimitation; Based on the above, the hypotheses that were put forward consisted of knowing the presence of this symptomatology, which were the following: “Children will be found who present symptoms of depression without having a DI picture”, “Children who due to their symptoms, they meet the criteria of DI ”and“ Children from 9 to 10 years old in primary education will report high levels of depressive symptoms ”, the sample consisted of 27 subjects with an age range of nine to 10, of which 15 of them were men and 12 women. The results obtained in the scales that make up the CDI were the following: in the self-esteem scale, 23 subjects (85.2%) were found in the category "No negative self-esteem", three (11.1%) in the category “Negative self-esteem” and one (3.7%) in the category “Severe negative self-esteem”; For the dysphoria scale, it was obtained that 24 subjects (88.9%) obtained the category "Without dysphoria", one (3.7%) the category "With dysphoria" and two (7.4%) with the category "With severe dysphoria"; Regarding the global results, it was found that 23 subjects (85.2%) entered the category "Without symptoms", two (7.4%) in the category "With mild symptoms" and two (7.4%) in the category "With severe symptoms" . Based on the results, it is considered that the first and

second hypotheses are accepted, while the third is rejected; Based on the above, it is considered that this study lays the foundations for the development of new lines of research and intervention, since it is the first of its kind in the municipality.

Keywords: Childhood depression, childhood, self-esteem, emotions, sadness and dysphoria

Índice de Contenido

Capítulo 1	1
1.1 Antecedentes de la Intervención	1
1.2. Planteamiento y Delimitación del Problema.....	13
1.3. Objetivos de la Intervención	14
1.6. Contextualización de la Intervención.....	16
1.6.1. Tiempo que duro la intervención	17
1.7.1. Variable de investigación.....	17
1.7.2. Definición conceptual	18
1.8. Definición operacional.....	18
Capítulo 2.....	24
Referentes Teóricos	24
2.1. Marco Histórico y Contextual.....	24
2.1.1. Oferta Académica y Población Estudiantil que Integra el Plantel	27
2.2. Marco Teórico.....	28
2.2.1. Conceptualización de la niñez media.....	29
2.2.2. Características del desarrollo físico:	29
2.2.4. Características del procesamiento de la información.....	32

2.2.5. Características del lenguaje.....	33
2.2.7. Características de familiares del niño	35
2.2.10. Depresión en niños.....	39
2.2.11. Características de la depresión.....	39
2.2.12. Tipos de depresión	41
2.2.14. Depresión infantil.....	44
2.2.15. Factores de riesgo.	45
2.2.16. Factores protectores para su aparición.	47
2.2.17. Consecuencias de la depresión.....	48
2.2.18. Modelo cognitivo conductual para el entendimiento de la depresión.....	49
2.2.19. Investigaciones sobre la DI.....	50
2.2.20. Prevención y atención de la depresión en niños.	51
Capítulo 3.....	54
Estrategias Metodológicas	54
3.1. Paradigma, Alcance y Diseño de la Intervención	54
3.2. Población del Estudio	57
3.3. Pasos que Comprendió la Intervención.....	58
3.4. Procedimientos para la Recolección de Datos	60
3.5. Mecanismos para el Procesamiento de Datos	60
3.6. Mecanismos para la Interpretación de Datos	60

Capítulo 4.....	61
Resultados de la Intervención	61
4.1. Análisis de los Pasos Llevados a Cabo en la Intervención	61
4.2. Resultados Obtenidos.....	63
4.2.1. Características de los sujetos de estudio	63
4.3. Resultados obtenidos en los reactivos del inventario	64
4.4. Niveles obtenidos en el inventario	96
Discusión de los Resultados de la Intervención.....	101
5.1. Hallazgos Centrales Obtenidos en la Investigación.....	101
5.2. Conclusiones de la Intervención	105
5.3. Recomendaciones para Futuras Intervenciones	109
5.4. Implicaciones de la Intervención	109
5.5. Propuestas y Líneas de Investigación Futuras	110
Referencias.....	112
Anexo 2.....	117
Cuadernillo del Inventario de depresión Infantil (CDI).....	117

Índice de Tablas

Tabla 1 Rango de edad.....	62
Tabla 2 Género.....	63
Tabla 3 Disforia; ¿Qué tan frecuente te sientes triste?.....	64
Tabla 4 Autoestima: ¿Las cosas te saldrán bien?.....	65
Tabla 5 Autoestima: ¿Qué tan frecuente haces las cosas?.....	67
Tabla 6 Disforia: ¿Te divierten las cosas?.....	69
Tabla 7 Disforia: ¿Qué tan frecuente eres malo?.....	70
Tabla 8 Autoestima: ¿Consideras que te van a pasar cosas malas o terribles?.....	71
Tabla 9 Disforia: ¿Te gusta cómo eres?.....	72
Tabla 10 Disforia: ¿Qué tanto las cosas malas son tu culpa?.....	73
Tabla 11 Disforia: ¿Qué tan frecuente piensas matarte?.....	75
Tabla 12 Disforia: ¿Qué tan frecuente tienes ganas de llorar?.....	76
Tabla 13 Autoestima: ¿Qué tan frecuente te preocupan las cosas?.....	78
Tabla 14 Disforia: ¿Te gusta estar con la gente?.....	79
Tabla 15 Autoestima: ¿Qué tan frecuente puedes decidir?.....	80
Tabla 16 Autoestima: ¿Tienes buena apariencia?.....	81
Tabla 17 Autoestima: ¿Qué tan frecuente haces los deberes?.....	82
Tabla 18 Disforia: ¿Qué tan frecuente te cuesta dormirte?.....	83
Tabla 19 Disforia: ¿Qué tan frecuente te sientes cansado?.....	84
Tabla 20 Disforia: ¿Qué tan frecuente tienes ganas de comer?.....	85
Tabla 21 Autoestima: ¿Te preocupa el dolor y la enfermedad?.....	86
Tabla 22 Disforia: ¿Qué tan frecuente te sientes solo?.....	87

Tabla 23 Disforia: ¿Qué tan frecuente te diviertes en el colegio?.....	89
Tabla 24 Disforia: ¿Cuántos amigos tienes?.....	90
Tabla 25 Autoestima: ¿Qué tan bueno es tu trabajo en el colegio?.....	91
Tabla 26 Autoestima: ¿Qué tan bueno eres a comparación de los demás niños?.....	92
Tabla 27 Disforia: ¿Quién te quiere?.....	93
Tabla 28 Autoestima ¿Qué tan frecuente haces lo que te dicen?.....	94
Tabla 29 Disforia: ¿Qué tan bien te llevas con la gente?.....	95
Tabla 30 Interpretación en autoestima.....	96
Tabla 31 Interpretación en disforia.....	98
Tabla 32 Interpretación en depresión.....	99

Índice de Gráficas

Gráfica 1 Rango de edad.....	63
Gráfica 2 Distribución por género.....	63
Gráfica 3 Disforia: ¿Qué tan frecuente te sientes triste?.....	64
Gráfica 4 Autoestima: ¿Las cosas te saldrán bien?.....	65
Gráfica 5 Autoestima: ¿Qué tan frecuente haces las cosas?.....	68
Gráfica 6 Disforia: ¿Te divierten las cosas?.....	69
Gráfica 7 Disforia: ¿Qué tan frecuente eres malo?.....	70
Gráfica 8 Autoestima; ¿Consideras que te van a pasar cosas malas o terribles?.....	71
Gráfica 9 Disforia: ¿Te gusta cómo eres?.....	72
Gráfica 10 Disforia: ¿Qué tanto las cosas malas son tu culpa?.....	74

Gráfica 11 Disforia: ¿Qué tan frecuente piensas matarte?.....	75
Gráfica 12 Disforia: ¿Qué tan frecuente tienes ganas de llorar?.....	76
Gráfica 14 Disforia: ¿Te gusta estar con la gente?.....	79
Gráfica 15 Autoestima: ¿Qué tan frecuente puedes decidir?.....	80
Gráfica 16 Autoestima: ¿Tienes buena apariencia?.....	81
Gráfica 17 Autoestima: ¿Qué tan frecuente haces los deberes?.....	82
Gráfica 18 Disforia: ¿Qué tan frecuente te cuesta dormirte?.....	83
Gráfica 19 Disforia: ¿Qué tan frecuente te sientes cansado?.....	84
Gráfica 20 Disforia: ¿Qué tan frecuente tienes ganas de comer?.....	85
Gráfica 21 Autoestima: ¿Te preocupa el dolor y la enfermedad?.....	86
Gráfica 22 Disforia: ¿Qué tan frecuente te sientes solo?.....	88
Gráfica 23 Disforia: ¿Qué tan frecuente te diviertes en el colegio?.....	89
Gráfica 24 Disforia: ¿Cuántos amigos tienes?.....	90
Gráfica 25 Autoestima: ¿Qué tan bueno es tu trabajo en el colegio?.....	91
Gráfica 26 Autoestima: ¿Qué tan bueno eres a comparación de los demás niños?.....	92
Gráfica 27 Disforia: ¿Quién te quiere?.....	93
Gráfica 28 Autoestima ¿Qué tan frecuente haces lo que te dicen?.....	94
Gráfica 29 Disforia: ¿Qué tan bien te llevas con la gente?.....	95
Gráfica 30 Interpretación en autoestima.....	97
Gráfica 31 Interpretación en disforia.....	98
Gráfica 32 Interpretación en depresión.....	99
Gráfica 33 Interpretación en depresión.....	104

Índice de Anexos

Anexo 1 Consentimiento informado.....	115
Anexo 2 Cuadernillo del inventario de depresión infantil.....	117

Capítulo 1

Problema de Intervención

El siguiente capítulo, tiene la finalidad de presentar al lector el tema escogido por la investigadora para ser abordado y estudiado, por lo cual se encontrará con el motivo que llevó a tratar este tema en específico, así como presentar información importante para su comprensión, a fin de un mejor entendimiento del mismo.

Para comenzar este capítulo, se presentarán los antecedentes de la investigación, en el cual se brindará una breve explicación del tema central la depresión infantil, adjuntando sintomatología y como afecta ésta a los niños, el cual se considera importante mencionar, para que sirva de ante sala al lector, puesto que tendrá información base para la comprensión del contenido.

Posteriormente, se presentará la recopilación de diferentes autores y de investigaciones similares, que se han llevado a cabo en diferentes países, así como en el país de México, a fin de dar sustento a la información en relación al impacto y consecuencias de la depresión infantil.

1.1 Antecedentes de la Intervención

La presente sección, tiene el objetivo de dar a conocer los antecedentes del tema, para ello se presentará en primera instancia una definición de qué es la depresión, de acuerdo a diversos autores, como se manifiesta, causas que consideran los mismos y las consecuencias, así como investigaciones que se han realizado con respecto a este tema, una

vez revisada esta sección se dará paso a la sección de planteamiento y delimitación del problema.

El estado de ánimo depresivo, es una parte común y universal de la experiencia humana, es parte de su naturaleza sentir por algunas situaciones o avatares de la vida, tristeza, de igual manera Saucedá (2012), menciona que es una reacción normal de las personas ante el duelo, como la tristeza ante una pérdida importante, por ejemplo, muerte o desaparición de un familiar o una mascota, dicho periodo puede durar menos de dos meses, pero cuando esta reacción se prolonga más y se acompaña de sentimientos de culpa injustificados, pensamientos de muerte y preocupaciones morbosas de inutilidad y minusvalía, se puede tratar de un verdadero cuadro depresivo.

La depresión en general, consiste en un estado de ánimo caracterizado fundamentalmente por la presencia de la tristeza y por la ausencia del disfrute de la vida, con un estado psicológico anormal producido tanto por factores exógenos (adquiridos externamente), como endógenos (bioquímico y hereditario), cuya sintomatología está precedida por un descenso del estado de ánimo, al que se asocian cambios negativos en el campo somático, de conducta, cognitivo y asertivo (Rojas, 2012).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017), la depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración, así mismo, tenemos que la Depresión Infantil (DI), es un desorden caracterizado por una alteración en el estado de ánimo,

acompañada de cambios en el comportamiento a nivel escolar, familiar y social en la vida del niño.

Así mismo, en cuanto a los síntomas, la depresión se manifiesta por profunda desesperanza, cansancio, una melancolía que lo invade todo, falta de entusiasmo, incapacidad para concentrarse y hacer satisfactoriamente las tareas de la vida cotidiana, sensación de no estar a gusto, y sobre todo tener la certeza de que todo está mal y que nada tiene arreglo (Del barrio y Carrasco, 2013), por otro lado, muchas de las veces la depresión puede estar confundida por otros signos por ejemplo trastornos del sueño o de la alimentación, aislamiento social, comportamiento antisocial y bajo rendimiento escolar, en caso de los niños, irritabilidad y llanto frecuente sin causa aparente según Cardenas, Feria, Vázquez & Palacios, (2010).

Según la OMS (2017), la depresión es una enfermedad que puede afectar a cualquier persona, provoca angustia mental y consecuencias en la capacidad de las personas para llevar a cabo las tareas diarias, lo que tiene en ocasiones efectos negativos sobre las relaciones con la familia, los amigos y en el peor de los casos puede provocar el suicidio.

Como menciona Cárdenas et al. (2010), hace algún tiempo no se tenía la idea de que los niños también pudieran presentar síntomas de depresión, los niños o adolescentes que presentan trastorno depresivo mayor (TDM), los cuales experimentan animo bajo que se manifiesta principalmente con irritabilidad, a diferencia de los adultos, incapacidad para disfrutar de las cosas que les gustan, problemas para estar concentrados en comparación con la que solía presentar, fallas de atención, ideas de ser menos valiosos que

otros, aislamiento, disminución de rendimiento escolar, pérdida o aumento notable del apetito, con falta de incremento esperado para su edad y sexo, labilidad emocional, llanto fácil, alteraciones del sueño y la energía, dificultad para pensar en el futuro y cuando es grave puede tener intentos suicidas o síntomas de psicosis.

Para Uriarte (2013), la DI (depresión infantil), es diferente a la de los adultos ya que tienen una dificultad verbal para expresar sentimientos y emociones, de igual manera el hecho de que su personalidad se encuentra en formación, y sus síntomas son diversos según la edad, lo que sí es cierto, es que un niño deprimido tiene un deterioro importante de su funcionamiento psicológico, social y académico, en la depresión puede estar presente el riesgo de suicidio, de hecho la mayoría de los suicidios se provocan bajo una depresión, resultado que puede evitarse si se detecta y se trata a tiempo.

Para poder conocer más acerca de la depresión infantil, es necesario presentar investigaciones y tesis previas que se han realizado con este tema, a fin de que sirva de preámbulo de lo que se pretenderá investigar, dentro de éstas se encuentran: En primer instancia el aspecto histórico de la depresión, según Harlow (1961) citado Saad, Belfort, Camarena y Chamorro (2010), logró observar en los monos separados de sus madres, exactamente el mismo tipo de conductas depresivas que habían señalado Spitz y Bowlby en los niños, el carácter experimental de la psicología comparada, produjo un impacto especial para este tipo de hallazgos y comenzó a tomarse un poco más en serio la posibilidad de la existencia de la depresión en los niños, puesto que los monos parecían ser capaces de desarrollarlas, pero realmente la aceptación de la existencia de la depresión infantil fue posible gracias al ascenso del paradigma cognitivo de los años sesenta, que

permitía el estudio de los procesos interiorizados, ya en el año 1975 la DI, fue aceptada por el National Institute of Mental Health, como concepto y entidad psicopatológica.

En la infancia, ante la separación prolongada de la madre o cuidador principal (como ocurre al ser hospitalizado o internado en una casa hogar), el lactante puede desarrollar una reacción depresiva aguda que consta de tres fases: protesta, desesperación y desapego; en la fase de protesta, el niño llora y grita por su madre, se angustia y se aferra a ella cuando lo visita y se opone a que se aleje. Después de algunos días, esta etapa es seguida por otra de desesperanza, en la que el pequeño tiende a encerrarse en sí mismo y se observa infeliz, aparecen problemas en el comer y el dormir, chupeteo de dedos y movimientos rítmicos, especialmente si el pequeño se encuentra confinado a la cuna o a la cama, en la fase de desapego, el niño parece no tener interés en sus padres (Sauceda, 2012 pp.2-6).

Sumando a lo anterior, es importante conocer la prevalencia de síntomas de DI, como lo menciona Rojas (2016), quien realizó tesis de la depresión en preescolares en el centro de desarrollo infantil del hospital central norte de petróleos mexicanos en la Ciudad de México, cuyo objetivo, era descubrir la prevalencia de depresión en infantes de este nivel, pertenecientes a dicho hospital, en el cual se aplicó la escala de depresión preescolar para maestros (ESDM3-6), a 47 niños de una edad entre 3 a 5 años, se encontró que 6 de los participantes dieron positivos en dicha escala, los síntomas más comunes arrojados por el tamiz fueron humor disfórico y rendimiento escolar bajo, el autor concluye que no todos los niños que dieron positivos acudieron a valoración psiquiátrica, por falta de apoyo de los padres y una mala dinámica entre docente y padre.

Por otro lado, en un estudio realizado por Nava y Suarez (2007), en el cual se aplicó un taller proponiendo un programa para evaluar el autoconcepto y evaluar si se obtuvo un cambio al finalizar el programa, se tuvo como población a 30 niños de entre 6 a 10 años de edad, lográndose al finalizar mejoras en autoconcepto.

La DI, también se puede asociar con otras variables como lo son el sobrepeso, como lo presenta una investigación llevada a cabo por Morgan, Yanovski, Nguyen (2002), valoraron a 112 niños con sobre peso en edades entre los 6 a 10 años, observaron que el 33.1% tenían una pérdida de control sobre la alimentación, estos eran los que tenían un índice de masa corporal (IMC), más elevado, los mismos contenían niveles altos de ansiedad, síntomas depresivos e insatisfacción corporal.

Así mismo, Espíndola (2017), presenta su tesis en la cual pretendía determinar la etapa de la enfermedad, misma que presenta la mayor frecuencia de ansiedad y de depresión en 70 escolares y adolescentes con enfermedad hemato-oncológica del hospital de pediatría, centro médico nacional (CMN), se aplicaron la escala de ansiedad infantil de spence (SCAS), y el Inventario de Depresión de Niños (CDI), encontrándose que la mayor frecuencia de ansiedad y depresión, fue de sexo masculino y la etapa en donde poseía mayor presencia fue en la etapa del tratamiento, concluyendo que existe una alta frecuencia de síntomas ansiosos y depresivos en dichos pacientes, que ameritan una intervención inmediata, oportuna y tratando de prevenir su aparición

Debido a que la depresión no es cuestión de solo un lugar topográfico, puesto que se presenta en todas las edades, se considera conveniente relacionar otras investigaciones que nos ayuden a comprender la DI, por lo cual, Herrera, Losada, Rojas y Londoño (2009),

realizan otra investigación realizada en Colombia aplicada a 1832 sujetos adscritos a escuelas primarias demostró que hay un 17,07% de prevalencia con síntomas depresivos, la cifra reportada más alta hasta el momento.

Quintana y Maldonado (2016), realizaron una investigación para detectar la depresión en niños que han presenciado un acontecimiento de violencia, la cual se realizó a 59 niños, con edades entre los 7 y los 12 años, en la ciudad de Juárez, 29 de los niños estudiados presenciaron algún episodio de violencia extrema, partiendo de la hipótesis que los niños con eventos violentos presentarán más depresión, se les aplicaron los siguientes instrumentos: cuestionario de exposición de violencia (CEV), entrevista a padres, cuestionario de depresión infantil (CDI), y cuestionario ad hoc, de estado de ánimo (EA), donde los resultados demostraron que los niños que presenciaron un evento violento, salieron más altos en el CDI, en comparación con el grupo de control, teniendo que el vivir experiencias violentas puede llevar a desarrollar síntomas de depresión.

Una investigación realizada, en el Estado de Sonora México, llevada a cabo por Vera (2009), para describir la sintomatología de la depresión, ansiedad y estrés en niños migrantes en los campos agrícolas, participando un total de 358 niños de entre 8 a 14 años, dichos niños realizaron tres escalas psicológicas: escala de ansiedad manifiesta para niños, el cuestionario de depresión para niños y el inventario de estrés infantil, encontrando 41.34% en estrés, 20.4% ansiedad y solo el 10.6% en depresión, el autor explica que los índices bajos en depresión se podrían justificar por una compensación vivida entre los aspectos positivos de la migración y los recursos psicosociales del migrante con respecto a sus pérdidas, duelos y estresores migratorios, también se encontró mayores puntuaciones en las mujeres en ansiedad, estrés y depresión.

De igual manera, en una investigación realizada por Garibay , Jiménez y Vieyra (2014), con el objetivo de correlacionar depresión infantil con la disfunción familiar en niños de 8 a 11 años de edad, en el cual contaron con una población aleatoria de 326 niños, de una escuela semiurbana, de bajo nivel socio económico en el Estado de México, para lograr saber la frecuencia de depresión infantil, se aplicó el inventario de depresión infantil (CDI), y para la cuestión de funcionalidad familiar se aplicó a padres la escala de ajuste social de Holmes, encontrando una correlación estadísticamente significativa, el 34.1% de los familiares de los niños en estudio fueron disfuncionales, sólo el 11.7% de los niños manifestaron síntomas de depresión infantil y de ellos únicamente el 8.7% se relacionó con disfuncionalidad familiar, concluyendo que se encontró una correlación significativa al nivel de 0.01, entre depresión infantil y disfunción familiar, afectando en mayor porcentaje al género femenino y con mayor prevalencia en niños de 8, 10 y 11 años de edad.

De la torre, Chávez y Torres (2016), aplicaron el inventario de depresión infantil (CDI), para poder obtener propiedades psicométricas y evaluar su adecuación y confiabilidad en población de quinto y sexto año de primaria, y observar la incidencia de rasgos depresivos y sus diferencias según el sexo, a partir de una muestra no clínica, se seleccionaron 557 escolares de ambos sexos y con una edad promedio de 10 años, a los cuales se les aplicó dicho inventario, se determinó un alto índice de rasgos depresivos en la población escolar, de moderados a severos, sin hallarse diferencias significativas en la ocurrencia de la depresión por sexo, con base en estos resultados, concluyeron que la escala es adecuada y confiable para la población de niños sonorenses.

Así pues, como se vio en las investigaciones anteriormente descritas, se puede llegar a observar que la DI, es un hecho en la actualidad y una enfermedad en aumento,

también se puede ver algunos de los motivos o posibles causas que pueden llegar a generar DI en edad escolar como es; la presencia de enfermedad, sucesos traumáticos, disfunción familiar, y presencia de obesidad.

De acuerdo a la información previamente presentada, se considera que es de suma importancia estudiar la DI ya que es uno de los problemas que en la actualidad poco se le ha prestado la atención, lo que lleva a muchas repercusiones en la vida del infante como son: un desarrollo no óptimo en el ámbito psicológico y social, problemas escolares así como afectivos, de autoestima y una perspectiva desagradable sobre su presente y su entorno, entre otros que en posteriores capítulos se abundará de forma detenida.

Por ello se considera importante, conocer la prevalencia de síntomas de depresión en los infantes a nivel mundial, nacional y estatal para poder comprender el fenómeno que se pretende investigar, por ello, se expondrán una serie de estadísticas y cifras representativas de prevalencia. Según la Organización de las Naciones Unidas (ONU, 2015), a nivel mundial contaba con una población de 644,475,619 sujetos en el rango de edad de 5 a 9 años, 311 261,708 son del sexo femenino y 333,213,905 de sexo masculino, de los cuales, aproximadamente México cuenta con una tasa de población infantil de 5 a 9 años de 10,997,189, siendo de estos 5,581,874 hombres y 5,415,315 de mujeres según el censo del instituto nacional de estadística y geografía (INEGI, 2015), así mismo, en el Estado de San Luis Potosí hay un rango de 256,994 de niños entre los 5 y 9 años de edad, siendo de estos 130.200 hombres y 126,794 mujeres y en la ciudad de Matehuala en el 2015 se contaba con una población aproximada de 99,015 del cual el 5.1 % es de hombres y 5.2 % mujeres INEGI (2015).

El Estado de México, cuenta con 14, 020,204 estudiantes de nivel primaria, de los cuales San Luis potosí maneja 316,319 estudiantes en este nivel de educación, en cuanto a estadísticas referentes a estado de ánimo en niños INEGI (2014-2017), presentó un estudio que valoraba los sentimientos preocupación o nerviosismo en el grupo de edad de 7 a 14 años de edad a nivel nacional, encontrándose que 17, 783,291 los integrantes de este rango de edad se consideraban sentirse deprimidos a diario.

Considerando lo anterior, se puede constatar que la DI es un tema que afecta a la población mexicana, la cual según Acosta (2011), en los últimos 50 años se ha incrementado, haciendo que cualquier persona sea vulnerable a padecerla y en casos muy severos culminar en suicidio infantil, en este sentido y para tener información que respalde lo que menciona este autor. En la Ciudad de san Luis potosí se registró alrededor de 10 defunciones por suicidio infantiles 3 hombres y 7 mujeres en el rango de 10 a 14 años de edad, siendo ésta la segunda cifra más alta en comparación con el 2014 que se obtuvieron 11 defunciones por suicidio (INEGI, 2016).

La OMS (2018), menciona que la depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, y se calcula que afecta a más de 300 millones de personas, misma que puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad, y puede causar gran sufrimiento y alterar las actividades laborales, escolares y familiares, y en el peor de los casos puede llevar al suicidio puesto que cada año se registra cerca de 800 000 personas, y el suicidio es la segunda causa de muerte en el grupo de 15 a 29 años.

En el mundo, la depresión representa la cuarta causa de discapacidad en cuanto a la pérdida de años de vida saludables, así pues, México ocupa el primer lugar de discapacidad para las mujeres y el noveno para los hombres, además, se estima que 9.2% de la población ha sufrido un periodo de depresión, puesto que una de cada cinco personas sufrirá depresión antes de los 75 años y que los jóvenes presentan tasas mayores. (Berenzon, Lara, robles y medina, 2013)

Según Mejia (2017), cerca de 2 millones de personas en México han padecido episodios de depresión mayor, antes de los 18 años y, con posibles consecuencias como tener menor capacidad para alcanzar metas educativas, sociales y laborales, puesto que para México, según la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, efectuada en 2003, revela que la incidencia de niños con rasgos depresivos oscila entre 8 y 9%, y algunos estudios reportan una presencia de hasta 20% en ciertos grupos de la población pediátrica, como infantes enfermos o maltratados.

Según los datos proporcionados por la Encuesta Nacional de Salud (2006), la prevalencia del trastorno depresivo mayor (TDM), se estima que 1.8% en niños de 9 años, del 2.3% en adolescentes de 13 y 14 años y del 3.4% en jóvenes de 18 años, antes de la pubertad la prevalencia de depresión no difiere de sexo, entre los adolescentes la prevalencia sin embargo, es mayor para las mujeres, los trastornos depresivos en la adolescencia tienen un curso crónico y existe un riesgo entre 2 y 4 veces superior de persistencia de la enfermedad en la edad adulta. (Martínez, 2014)

Como lo menciona la OMS (2019,) la depresión es una enfermedad común en todo el mundo, y en la actualidad se cuenta con tratamientos eficaces para ser tratada, pero no

todo el que la padece recibe esos tratamientos, entre los obstáculos que la OMS considera son; la falta de recursos, personal sanitario que no se encuentra capacitado en trastornos mentales y la manera adecuada de su evaluación clínica, que a su vez lleva a un diagnóstico erróneo y la estigmatización en cuanto a estos trastornos, las personas con depresión a menudo no son correctamente diagnosticadas, ni tratadas adecuadamente con antidepresivos.

De la misma manera, algunos de los niños por su edad y por el proceso de desarrollo emocional no cuentan con estrategias para afrontar sus estados de ánimo asertivamente, algunos de ellos no han aprendido a reconocer ni siquiera sus emociones básicas o expresarlas de una manera más adaptativa, lo que lleva a no poder verbalizar adecuadamente sus estados de ánimo para su diagnóstico.

Se considera, que es de vital importancia, aprender a diagnosticar de una manera eficaz y preventiva signos de depresión, para con ello, emplear nuevas alternativas de atención, misma que se verá reflejada en un niño con inteligencia emocional y con salud mental, para un futuro adulto que pueda emplear una gama de soluciones a sus problemas emocionantes, haciendo un proceso en cadena que pueda favorecer a el mismo, un futuro más prometedor, haciendo su tiempo de estancia en la vida más saludable.

En resumen, la tristeza es un estado de ánimo que todos las personas alguna vez en la vida van a experimentar, dicho estado se puede llegar a prolongar por más tiempo, generando un estado de depresión que tiene resultados nefastos para la calidad de vida del sujeto, en la vida del niño un cuadro depresivo genera una disminución del disfrute por las cosas que le gustan, hay una constante irritación, misma que también repercute en la

familia, su ambiente escolar y social, generando sentimientos negativos hacia el mismo, una vez establecida esta información se dará paso a la sección de planteamiento y delimitación del problema a estudiar.

1.2. Planteamiento y Delimitación del Problema

La siguiente sección tiene la finalidad de presentar el planteamiento del problema, así como objetivos preguntas e hipótesis con las cuales, se regirá esta investigación, puesto que como se ha planteado hasta aquí hoy en día la depresión infantil es un hecho y requiere igualmente atención que la depresión adulta.

Es por ello, se considera importante encontrar síntomas de DI de una manera preventiva, por lo cual, la siguiente investigación pretende encontrar dichos síntomas en niños de 9 a 10 años en educación primaria, que nos permite generar conocimientos de cómo es que los niños nos transmiten su depresión hoy en día, la DI tiene algún tiempo ya en investigación, sin embargo, aún no se cuenta con la difusión y atención adecuada, en la zona de Matehuala, haciéndonos propensos de pasar por alto algunos casos que pueden llegar a desenlaces nada favorecedores para el niño y sus habitantes.

Como lo mencionan diversos autores Acosta (2011); Del barrio y Carrasco (2013) & Cardenas, et al (2010), los niños que presentan signos de depresión, no tienen una buena calidad de vida, principalmente se puede observar cambios en su desarrollo social, físico y cognitivo, puesto que presentan, alteración en su alimentación, ciclos del sueño, un mal manejo de la frustración e irritabilidad o un estado de ánimo pasivo, que se ve reflejado en

el ámbito académico y social, ya que no se disfruta de las cosas que se hace, además presenta un desinterés por las cosas nuevas, y las relaciones con sus pares.

Por ello la presente investigación, consiste en encontrar preventivamente signos de depresión en niños de 9 a 10 años en educación primaria, mediante la aplicación del inventario de depresión infantil (CDI). Dicha aplicación de inventario se realizará a un grupo del quinto grado de educación primaria que consta de dos grupos A y B del colegio Amado Nervo, ubicado en la ciudad de Matehuala, San Luis Potosí.

La investigación aquí presentada, tiene como características metodológicas un enfoque cuantitativo, un paradigma cuantitativo, con un alcance exploratorio-descriptivo y diseño no experimental, transversal con una delimitación exploratoria-descriptiva, las cuales se hablará más extensamente en el capítulo tres del presente documento.

1.3. Objetivos de la Intervención

A continuación, se presentarán los objetivos de la investigación, los cuales determinan lo que se pretende buscar y realizar partiendo de lo general a lo particular, para posteriormente presentar la sección de preguntas de la investigación.

1.3.1. Objetivo general

- Conocer la presencia de síntomas de depresión que se determinaran en base a el inventario de depresión infantil (CDI, por sus siglas en ingles) en estudiantes de primaria con edades de entre los 9 y 10 años, que se encuentran cursando el 5 “A” y “B” del Colegio Amado Nervo de la Ciudad de Matehuala, en el Estado de San Luis Potosí, México”.

1.3.2. Objetivos específicos

- Aplicar, calificar e interpretar el inventario de depresión infantil (CDI).
- Realizar un análisis descriptivo de los resultados.
- Conocer los resultados generales que se obtuvieron
- Sugerir propuestas de intervención encaminadas a disminuir la sintomatología depresiva que reportaron los sujetos.

Así pues, plasmados los objetivos que conformaran esta investigación se presentaran a continuación la pregunta de la investigación.

1.4. Pregunta de la intervención

- ¿Cuál es la prevalencia de síntomas de depresión en niños de 9 a 10 años, en educación primaria?

La importancia de presentar las preguntas de la investigación será que en el transcurso del presente documento se tratará de dar respuesta a ello con el estudio, a continuación, se presentará la hipótesis del estudio.

1.5. Hipótesis de la intervención

Esta sección, tiene la finalidad de mencionar las hipótesis que se presenten corroborar o refutar dado el caso, con base a estudios y diversos autores que mencionan una serie de manifestaciones que acompañan al infante en cuanto a la depresión se refiere, terminada esta sesión de dará entrada a el apartado de variables de la investigación.

Haciendo referencia a Acosta et al. (2011), menciona que los desórdenes mentales son un problema de salud pública a nivel mundial, entre ellos la depresión, la creciente incidencia en niños y adolescentes en los últimos cincuenta años, indica que cualquier

persona puede llegar a transitar por un trastorno depresivo, sin importar su edad, grupo étnico o género, los criterios para su diagnóstico están bien establecidos, en este sentido Royo, Fernández & Hecheverría (2017), mencionan que los trastornos depresivos en niños y adolescentes son frecuentes, de naturaleza crónica y recurrentes, los síntomas de la depresión en niños varían, frecuentemente no se diagnostican por que los síntomas se pueden confundir con cambios emocionales frecuentes del desarrollo. Conforme a las fuentes antes consultadas, que hacen mención que la depresión infantil se encuentra en aumento y que se suele encontrar con síntomas depresivos en dicha población, por consiguiente, se infiere que:

- Se encontrarán niños que presenten síntomas de depresión sin llegar a tener un cuadro de DI
- Se encontrará a niños que por su sintomatología cumplan los criterios de DI
- Los niños de 9 a 10 años en educación primaria reportarán niveles altos de sintomatología depresiva.

Esta sección tuvo como objetivo brindar las hipótesis del estudio que se pretenden corroborar o refutar con base a un sustento teórico consultado, a continuación, se dará paso a la contextualización de la investigación.

1.6. Contextualización de la Intervención

La siguiente sección tiene la finalidad de brindar información acerca del lugar y tiempo en que se llevó a cabo esta intervención, es importante hacer mención de que esta información se recopiló gracias a la institución quien accedió con previo consentimiento véase anexo 1.

La presente intervención se llevó a cabo en el colegio Amado Nervo, el cual se encuentra ubicado en el Municipio de Matehuala, en la calle Cuauhtémoc #108 en la zona

centro de la ciudad, dicho colegio imparte educación preescolar, primaria, secundaria y bachillerato.

1.6.1. Tiempo que duro la intervención

El tiempo que se contempló para la intervención, sería una sola sesión donde se aplicaría el inventario CDI, en mutuo acuerdo con la madre superiora y directora de primaria, dicha aplicación se llevaría a cabo el día 26 de junio del 2019, teniendo una duración de aplicación de 30 a 40 minutos aproximadamente, por cada salón.

Esta sección, tuvo la función de que se conociera las características del espacio y tiempo en donde será realizada la investigación, para generar una impresión del contexto en donde se desarrollará, habiendo definido esto se dará paso a analizar las variables de la investigación.

1.7. Variables de la Intervención

La presente sección tiene por finalidad mencionar las variables de la investigación, por lo cual en primer instancia se presentara la variable independiente y la cual será objeto de medición para conocer los efectos que tiene sobre la variable dependiente, posteriormente se definirá conceptualmente, seguida por la definición operacional quien a su vez permitirá detallar las operaciones o procedimientos con los cuales se pueden conocer ambas variables, al finalizar esta sesión se pasara a detallar los instrumento que se emplearan en esta investigación.

1.7.1. Variable de intervención

Niveles de sintomatología asociada a la depresión infantil

1.7.2. Definición conceptual

La sintomatología depresiva en infantes según las manifestaciones básicas de los trastornos depresivos en niños y adolescentes son similares a las de los adultos, pero se relacionan con preocupaciones típicas de los niños, como tareas escolares y juego, como mencionan Bonet et al. (2011), En su trabajo rescatan los principales síntomas que presentan los niños, según estos autores la depresión infantil afecta en tres de las siguientes esferas de su vida: la esfera afectiva y conductual, en la cual el infante puede presentar síntomas como irritabilidad, agresividad, agitación, inhibición psicomotriz, apatía, tristeza sensación frecuente de aburrimiento, culpabilidad, y pueden presentar ideas de muerte recurrentes. La esfera cognitiva y actividad escolar, presentando baja autoestima, falta de concentración, disminución del rendimiento escolar, o fobia escolar, y por último su esfera somática, en la cual el niño puede presentar cefaleas, dolor abdominal, trastornos de control de esfínteres, trastornos del sueño como son insomnio o hipersomnia, bajo peso y disminución o aumento del apetito. Bonet et al. (2011)

1.8. Definición operacional

Con el fin de conocer la sintomatología depresiva en infantes, se va a emplear el CDI, el cual fue elaborado por María Kovacs, para diagnosticar la depresión infantil, por medio de ítems, que permite un conocimiento sobre el nivel de depresión total del niño y sobre las escalas que lo constituyen que son disforia (humor, tristeza, preocupación, entre otras), y autoestima negativa (juicios de inferencia, fealdad, maldad, entre otras).

1.9. Instrumentos Empleados para Medir y Conceptualizar las Variables del Estudio

En esta sección, se presentará el instrumento elegido para la medición de las variables antes mencionadas, para ello, se explicará las escalas que mide el instrumento, población recomendada, objetivo del instrumento, su historia, autores, confiabilidad y validez, parámetros de interpretación,

Como se mencionó anteriormente, el instrumento psicométrico para medir depresión infantil es el CDI, el cual fue elaborado por María Kovacs en el año de 1992, Dicho instrumento fue diseñado para medir la sintomatología depresiva en niños y adolescentes de 7 a 15 años de edad dicho instrumento fue estandarizado en una muestra española, obteniéndose un coeficiente de confiabilidad de alfa de Cronbach de entre 0.85 y 0.94 en muestras normales y clínicas, así mismo en torno a su validez este instrumento posee un impulso importante con base, a los resultados registrados.

En función de ello, el sistema interpretación de resultados consiste en las siguientes categorías: El inventario de depresión consta de 27 ítems, cada uno de ellos contiene enunciados con tres frases que recogen la intensidad o frecuencia de la presencia, la valoración para cada ítem se hace en escala de 0 a 2 puntos donde 0 es menos probable y 2 es la de mayor frecuencia, la corrección consiste en sumar los puntos de cada ítem, dicho resultado se transformara en percentiles en tablas prediseñadas dependiendo de edad y sexo, para obtener como resultado: sin síntomas depresivos, sintomatología leve y sintomatología severa.

Partiendo de lo anterior, el presente instrumento no está estandarizado en población mexicana, no obstante, este instrumento ha sido empleado en otras investigaciones mexicanas como, por ejemplo: De la torre et al. (2015), Quintana & Maldonado, (2016) y Garibay et al. (2014), encontrándose que al aplicar la prueba se encuentran resultados depresivos positivos en población mexicana, encontrando confiable la prueba para la población que estudiaron cada uno de ellos.

1.10. Justificación de la intervención

Esta sección tiene la finalidad, de presentar los argumentos justificativos para llevar esta investigación los cuales, se ven explicados en diferentes niveles, como son a nivel de la institución donde fue aplicado el instrumento, a nivel social, teórico de la investigación, a nivel profesional de la psicología, y otras áreas, lo cual brindara una visión de la importancia de este estudio.

La información aquí presentada, podría tener un valor para la institución en la cual se trabajó con los alumnos ya que con base a estos resultados, se pueden presentar propuestas para su intervención, prevención, canalización y seguimiento para niños con depresión infantil, o bien recomendar el apoyo de instituciones que se encarguen de trabajar con la depresión infantil, para con ello el niño pueda desenvolverse y desarrollarse física y emocionalmente lo mejor posible, al realizar estas acciones la institución genera una mejor calidad de atención a sus alumnos, lo cual contribuye a un mejor aprovechamiento escolar.

De igual manera, la sociedad se podría ver beneficiada ya que con la información se puede tomar conciencia de la existencia y las consecuencias de no prestar atención a los niños con depresión infantil, así pues, se puede informar más a fondo e interesar ya que se realizará en su localidad, también puede ser retomada con la finalidad de generar una campaña o departamento que se dedique especialmente en este tema, para que en un futuro se pueda generar un programa que sea de utilidad para el abordaje de dicho padecimiento.

Puesto que, la depresión infantil no ha sido estudiada detenidamente en Matehuala San Luis Potosí, esta información podría figurar para abrir paso a nuevas líneas de

investigación o de intervención, así como generar mayor actividad científica encaminada a una ampliación del conocimiento y con ello una cultura científica.

Así mismo, al ser un requisito para poder titularse al nivel profesional de la psicología es de suma importancia ya que podría servir de referencia para su replicación o modelo de referencia para futuras tesis, de igual manera, se puede llegar a utilizar para contenido bibliográfico para alguna materia ya sea de psicología o bien de otras materias relacionadas con el estudio de la depresión infantil. De igual manera, esta investigación podría servir de referencia para mejorar el quehacer psicológico y brindar una mejor atención, que proporcione los mejores resultados posibles.

También la información plasmada, podría ayudar a otras áreas de conocimiento para un mejor entendimiento, en tanto a la manifestación de la depresión infantil como en el caso del doctor, trabajador social, biólogo, maestro, entre otros para mejorar su ejercicio profesional, y poder trabajar de manera multidisciplinaria.

El investigador a su vez, también se vería beneficiado puesto que este documento es uno de los requisitos para la obtención del grado de licenciatura lo cual, no solo es una meta profesional si no personal, ya que representa un gran esfuerzo y dedicación, también al realizar dicho documento el investigador se ve dotado de conocimientos y habilidades, que serán de utilidad para su desenvolvimiento profesional en el campo de la psicología, elementos que son indispensables para la sociedad donde trabajara.

También la información que se obtendrá de esta indagación, podría ser de suma importancia para la institución de la cual forma parte el investigador, la cual serviría para generar herramientas dirigidas a el manejo de DI, de igual manera cualquier estudiante de

dicha institución, podría tener acceso a esta información en cualquier momento, lo cual podría servirle para informarse y tener una base de referencia, en caso de estar interesados en el tema.

El presente capítulo, tuvo por finalidad presentar el tema principal que es depresión infantil del cual se tratará la presente, para ello, se considera importante que el lector sepa que es, como se manifiesta, también se plasmó como es que la depresión afecta a los niños y las principales investigaciones acerca de dicho tema, se mencionó en que consiste la presente investigación, junto con objetivos e hipótesis, dicha información servirá de antesala para el siguiente capítulo en el cual se presentará el tema de la depresión infantil a más profundidad.

Capítulo 2

Referentes Teóricos

La siguiente sección tiene por objetivo brindar datos relacionados con el contexto donde fue realizada la intervención.

2.1. Marco Histórico y Contextual

La información que se presentará a continuación, tiene la finalidad de dar a conocer aspectos importantes sobre el lugar donde se empleó la investigación dicho lugar es el colegio Amado Nervo (CAN), resaltando datos históricos de su fundación, su visión, misión y metas, servicios que brinda, así como la manera en que se encuentra organizada dicha institución.

La historia de esta institución comienza en el mes de Septiembre del año 1953 el entonces Párroco de Matehuala, el Señor Cura Don José Trinidad Navarro Lepe, en coordinación con la Señorita Julita Licea, solicitaron a la Madre María Humilde Patlán Superiora de la “Congregación de Hermanas Franciscanas de la Inmaculada Concepción”, un grupo de religiosas para que se hicieran cargo del Colegio “Amado Nervo”, y tras la insistencia del cura navarro, el 2 de Marzo del año de 1954, llegaron las hermanas: Madre María Teresa Núñez Acevedo, como Superiora, Directora del Plantel y maestra de los grupos de 5º y 6º grado de primaria, Madre Judith Alba Parada, para 3º y 4º grado de primaria, Madre María Guadalupe Hernández Nieto, para 1º y 2º grado de primaria y la Madre Gertrudis Tirado, para el grupo de pre-primaria.

Pronto se instalaron en la casa habitación que ya les tenía preparada para su alojamiento la señorita Julita Licea, y el Colegio, ubicado en la Calle de Cuauhtémoc el local lo prestó por muchos años la Señora María Guadalupe Castillo de Vivanco, el señor Martín Carmona García, dirigió las obras de reparación del Colegio y la casa.

La Sra. María Antonieta Mellado de Pérez Quijano y la Sra. María de Jesús Clamont de Lomelí, con mucho gusto y durante algunos años solicitaban entre las personas de la población donativos económicos para las Religiosas. En los primeros meses del año de 1993, y contando con 39 años de fundado el Colegio Amado Nervo, un grupo de padres de familia ex alumnos del Colegio y con hijos en sexto grado de primaria, empezaron a platicar entre ellos de por qué no solicitar a la Directora General del Colegio Madre Eva María Almaraz la creación de la Secundaria, y tras algunas dificultades fue el día 30 de agosto inicio el ciclo escolar 93-94, La secundaria inició actividades académicas en el edificio que hoy ocupa la Primaria en el tercer piso, posteriormente se construyó el edificio que actualmente ocupa la secundaria.

La historia de la creación de la Preparatoria Amado Nervo, fue algo similar y tras solicitar la creación de la preparatoria, El día 31 se comunicó con la Madre Elia y le contestó que se autorizaba la creación de la preparatoria y que mandaría a la Madre Florencia López Olalde como directora. El día 1 de septiembre la Madre Gloria Galeano, en el inicio del curso del Ciclo Escolar 1995-1996 informó que se iniciaría pronto la construcción del edificio de la preparatoria. La Preparatoria Amado Nervo inició actividades en el Ciclo Escolar 1997-1998.

En la actualidad, la el colegio cuenta con objetivos, misión, visión filosofía y valores que serán mencionados a continuación. El objetivo que maneja la escuela católica es cultivar con asiduo cuidado las facultades intelectuales, desarrollar la capacidad del recto juicio, introducir en el patrimonio de la cultura, promover el sentido de los valores, preparar para la vida profesional, fomentar el trato amistoso entre los alumnos de diversa índole y condición contribuyendo a la comprensión mutua, desarrollando una educación integral: física, moral, intelectual, sexual, social y religiosa. Esta vocación requiere dotes especiales de alma y de corazón, una preparación diligentísima y una prontitud para renovarse y adaptarse

Misión: Formar integralmente a los alumnos despertando el pensamiento crítico y de investigación, desarrollando la capacidad de respeto y solidaridad en familia, escuela y sociedad.

Visión: Ser una institución que propicie un ambiente donde sus alumnos y maestros comparten experiencias y talentos, brindando un servicio docente de óptima calidad.

Filosofía: Ver a las personas como hijos de Dios. Identificarse con la espiritualidad franciscana. Vivir en armonía y fraternidad educando para la vida.

Principios: Educar con el modelo de Cristo a estilo de San Francisco de Asís y la Santísima Virgen María.

Valores:

- Amor a la vida.
- Alegría.
- Fraternidad.
- Humildad.
- Servicio.

2.1.1. Oferta Académica y Población Estudiantil que Integra el Plantel

Esta sección tiene el objetivo de presentar el tipo de oferta educativa y población estudiantil que maneja el colegio, posteriormente se continuará con algunas investigaciones similares, realizadas en la institución.

Con respecto a la oferta académica, que esta institución ofrece, consiste en brindar educación desde preescolar hasta bachillerato, se encuentra avalado por la Secretaria de Educación Pública (SEP), cuenta con clases de inglés, clases de computación, profesores de educación física, danza y música, con relación a su población cuenta con 32 profesores, 221 alumnos, y 10 grupos, toda la información fue recabada por medio de la madre superiora y la página de internet oficial que maneja la institución <http://colegioamadonervo.edu.mx/>, (colegio amado Nervo, 2020)

Presentada la información acerca de las características de la institución en tanto a su oferta educativa, a continuación, se presentarán investigaciones similares realizadas en la institución.

2.1.2. Intervenciones similares realizadas en la institución

La sección a continuación, tiene la finalidad de presentar información relacionada a las investigaciones que cumplan con alguna similitud con el presente estudio, una vez concluida esta sección se dará paso a la sección de marco teórico.

Con respecto a las intervenciones similares, llevadas a cabo en el colegio amado Nervo, al indagar se encontró que en dicha institución no se han presentado investigaciones

similares encaminadas a la depresión infantil, sin embargo, al platicar con la madre superiora no se notó ninguna negativa con respecto a la realización de la investigación, quien al revisar el inventario dio la pauta para su aplicación, mostrándose interesada en los resultados obtenidos en el estudio, ya que dicha institución posee un departamento de psicología y así poder generar acciones encaminadas a su prevención.

Esta sección, tuvo como objetivo presentar la información con respecto a investigaciones similares llevadas a cabo en la institución, a continuación, se presentara una breve conclusión del marco contextual.

Como conclusión de la sección de marco contextual se presentó al lector información breve de aspectos de la institución, como es su historia, objetivo, misión, visión, filosofía y valores, así como la oferta educativa que esta brinda y las investigaciones similares que se han realizado, una vez presentada esta información se dará continuación al marco teórico.

2.2. Marco Teórico

La información que se plasma a continuación, tiene la finalidad de brindar información con sustento bibliográfico, que nos permita comprender el comportamiento del infante en cada uno de sus factores, por lo cual este capítulo se compone de diversas secciones, empezando por la niñez media, después los aspectos físicos, desarrollo cognitivo, para posteriormente abundar en sus relaciones con sus pares y familiares, para concluir se brinda información específica del tema que nos atañe acerca de la depresión infantil, características, signos y

síntomas que presenta el infante, y presentar las principales maneras que se han manejado al momento de emitir un tratamiento.

2.2.1. Conceptualización de la niñez media

En la siguiente sección, se plantearán temas acerca del desarrollo de la niñez ya que son periodos de cambios, pues los niños al principio tienen una dependencia a sus progenitores, rara vez harán cosas donde ellos no estén, y hay inseguridad por separarse de ellos por tiempos prolongados, al pasar de los años los niños van generando autonomía y creando lazos afectivos externos, es por esto que es de suma importancia plasmar los cambios que tiene el infante en esta etapa de su vida, para poder tener una idea de lo que viven y partir de ahí para generar una impresión más objetiva y sustentada.

2.2.2. Características del desarrollo físico:

Así Rasumí et al. (2008), menciona que a partir de los seis años y hasta los doce, los niños dejan de considerarse “pequeños”, ahora entran en el periodo denominado “la niñez media o la edad escolar”, a nivel físico los niños en esta etapa ya no crecen tan rápido y notorio como en las etapas iniciales, pero continúan creciendo de una manera lenta y estable, se puede observar una gran variabilidad en tamaños y aspectos, algunas de las causas suelen ser la genética, el proceso de osificación entre cada uno de los niños es diversa, no siempre concuerda con su edad cronológica y edad esquelética, al igual que la alimentación, también produce divergencias en el peso corporal, llevando consigo sentimientos de ser “diferentes” y con ello, las posibles preocupaciones y comparaciones que se puede generar, el niño con sus iguales, teniendo efectos considerables en su auto concepto.

Para Rodríguez (2014), en la segunda infancia o etapa escolar (6-11 años), se perfeccionan las capacidades perceptivas y aumenta sensiblemente la fuerza muscular y la coordinación psicomotora, que va a ser importante para tomar parte en juegos grupales, de equipo o para actividades como saltar y trepar.

Así mismo Kail y Cavanaugh (2012), da una idea del desarrollo de los niños de seis años de edad, mencionando que pesarán alrededor de 45 libras (20.35 kilogramos), y su estatura, aproximadamente 45 pulgadas (1.14 metros), pero para los 12 años habrán duplicado su peso y aumentado 30 centímetros; los niños y las niñas tienen casi las mismas medidas durante estos años, pero las niñas llegan a la pubertad antes que los niños, hacia el final de la escuela primaria; esta etapa trae consigo cambios importantes, puesto que se vuelven estilizados, sus proporciones corporales cambian, sus músculos se hacen más fuertes y hay un aumento en su capacidad pulmonar, las habilidades se irán desarrollando mejor como son el correr, saltar, trepar, lanzar y coger, haciendo que las características físicas tengan una importancia en el mundo del niño puesto que afectaran la manera en cómo los demás niños se comportan con ellos, el niño promedio de 7 a 10 años de edad necesita alrededor de 2,400 calorías diarias, desde luego, la cifra exacta depende de la edad y el tamaño del niño y puede variar de 1,700 a 3,300 calorías diarias.

De igual manera Sadurní et al. (2008), menciona que la obesidad es una de las diferencias que suelen no pasar desapercibidas, afectando el desarrollo físico y emocional del niño, tienden a tener menor autoestima, problemas de conducta, o depresión, suelen ser propensos a burlas y también rechazos, también se puede añadir que el enfermarse puede ser de más riesgo.

2.2.3. Características del desarrollo cognitivo

Referente al desarrollo cognitivo Rodríguez (2014), menciona que el niño incrementa la eficiencia con la que procesa la información que recibe, ya que dicho niño pasó por experiencias en las etapas anteriores que le brindaron capacidades básicas como es el caso de la motricidad que se obtiene en los primeros años de vida, al ir desarrollándose el niño controla mejor sus impulsos, mejora su atención, el lenguaje se continúa fortaleciendo continuamente por la práctica diaria, mejora la manera en cómo comunicar sus deseos, y le ayuda a aprender en la escuela, además, su pensamiento egocéntrico es menor, lo que le permite ver la realidad de una manera objetiva, y podrá tener empatía.

De igual manera Kail y Cavanaugh (2012), mencionan que el niño en esta edad se encuentra en el pensamiento operacional concreto según la teoría de Jean Piaget, que abarca de 7 a 11 años, de igual manera este autor también menciona que el egocentrismo desaparece de manera gradual, el niño en esta etapa asume un enfoque aterrizado, concreto y práctico para resolver problemas, pero el pensamiento abstracto aún no se desarrolla.

Haciendo referencia al desarrollo cerebral Papalia et al. (2012), menciona que la maduración y el aprendizaje durante y después de la niñez media dependen de las conexiones cerebrales, junto con una selección eficiente de las regiones del cerebro apropiadas para tareas particulares, en conjunto, esos cambios incrementan la velocidad y eficiencia de los procesos cerebrales y mejoran la capacidad para descartar la información irrelevante.

2.2.4. Características del procesamiento de la información

Continuando con el desarrollo del niño, se presentarán las características del procesamiento de información en niños de 7 a 11 años, para Papalia (2012), el desarrollo gradual de la función ejecutiva de la infancia a la adolescencia acompaña al desarrollo del cerebro, en particular la corteza prefrontal, el procesamiento más rápido y más eficiente, incrementa la cantidad de información que los niños pueden conservar en la memoria de trabajo, lo que permite el pensamiento complejo y la planificación dirigida a metas.

Para continuar, para Papalia (2012), la atención selectiva puede concentrarse durante más tiempo a comparación con niños más pequeños, también enfocarse en la información que necesitan y desea e eliminar la innecesaria, esta atención selectiva depende del control de impulsos, la supresión voluntaria de las respuestas no deseadas, se cree que es por la maduración y el aumento en el progreso de la memoria.

Papalia (2012), menciona que la eficiencia de la memoria de trabajo aumenta de manera considerable durante la niñez media, lo que establece la base para una gran variedad de habilidades cognitivas, los niños con poca memoria de trabajo tienen problemas con las actividades estructuradas y les resulta difícil seguir instrucciones largas.

Menciona Sandoval (2012), que el desarrollo de la memoria en el niño de 7 años, se esfuerza por recordar literalmente los acontecimientos que son brillantes y lo emocionan, pero en la escuela se ve forzado a recordar el material con el que se trabaja, como son las reglas de conducta, las tareas para el hogar, entre otras actividades que le ayudan a desenvolverse dentro de esta, al principio utilizarán la repetición y posteriormente, según las actividades que se le brinden lograra memorizar de una manera comprensiva que le permita priorizar.

Referente al procesamiento, de la información para esta etapa se encuentra que según Meece (2001), en la edad de los 7 a 8 años de edad se emplea para la retención de información el repaso, la cual consiste en repetir la información que se debe recordar, a medida que el niño crece aprende otras estrategias, los niños aprenden poco a poco a identificar diferentes tipos de problemas y las estrategias más adecuadas para cada uno que se le presenta, el conocimiento aumenta con gran rapidez debido a los años de educación primaria.

2.2.5. Características del lenguaje

Referente al desarrollo del lenguaje, tenemos que Berko y Bernstein (2010), mencionan que entre los logros cognitivos del niño, éste presenta un lenguaje elaborado a comparación a la edad preescolar, ya que puede reflexionar sobre el lenguaje y su significado, es capaz de producir narraciones complejas para describir sus actividades del día y aprende a generar un lenguaje en pasado o futuro, cuando el niño aprende a leer y escribir tiene un efecto directo con su lenguaje verbal, las habilidades de lectura varían entre los niños en esta etapa.

Para Caballo y Simón (2013), los procesos cognitivos que se siguen fortaleciendo y están implicados en la lectura y escritura del infante son, la percepción, la memoria en cuanto a signos y símbolos, los procesos sintácticos en el cual se encuentran las principales estructuras gramaticales, que le permiten comprender como se relacionan las palabras entre sí, y los procesos motores en el cual se traduce las letras a movimientos.

2.2.6. Características del desarrollo psicosocial en la niñez media

Con referencia al desarrollo psicosocial para esta etapa Sadurní et al. (2008), indica que durante estos años la personalidad del niño se va perfilando, el modo en que logra resolver las dificultades, los retos, la imagen que de él mismo se va construyendo en su relación con los demás, serán el armazón con que enfrentará los años de la pubertad y la adolescencia, años de intensos cambios, tanto a nivel biológico como social, por ello es importante no minimizar los problemas frecuentes en los niños de estas edades y darles la atención, y la ayuda que su crecimiento y desarrollo requiere.

Como menciona Rodríguez (2014), el niño en la segunda infancia, suele tener relaciones cercanas e íntimas con sus compañeros, lo que le brinda las maneras de cómo dar y recibir afecto, haciéndolo eficiente puesto que se ha utilizado anteriormente y que ahora se extenderá a sus compañeros, sin perder el cariño que se siente por sus padres, comienza a ser consciente de estas reacciones afectivas y emocionales y logra razonarlas, de igual manera empiezan a aprender los mecanismos de defensas para hacer frente a diversas situaciones.

Haciendo referencia a la moralidad Papalia (2012), rescata a Piaget que propuso que el razonamiento moral, se desarrolla en tres etapas, la primera etapa se basa en la obediencia rígida a la autoridad, debido a su egocentrismo, los niños pequeños no pueden imaginar más de una manera de ver un problema moral, que su conducta es correcta o incorrecta sin matices, la segunda etapa se caracteriza por la flexibilidad creciente, puesto que al interactuar con más personas se dan cuenta que no hay un estándar absoluto del bien y mal, la tercera empieza a partir de los 11 años y surge la idea de que todos deberían de ser tratados del mismo modo.

Según Papalia (2012), la autoestima en esta etapa toma un nuevo valor y depende del entorno donde se encuentre el infante, puesto que a algunos niños a esta edad les empiezan a enseñar a como trabajar, a los niños en países industrializados se les enseña a leer, escribir, usar una computadora, influyendo directamente puesto que se forma la idea de ser capaz de dominar habilidades y completar tareas, usando la comparación con niños de su misma edad para sentirse a gusto o inadecuados, a esta edad el niño ya es cociente de tener sentimientos de vergüenza, orgullo y culpa, también entienden las emociones contradictorias y esto influye la opinión de sí mismos.

2.2.7. Características de familiares del niño

Con referencia a las características familiares, que experimenta el niño en esta etapa, Gómez y Heredia (2013), mencionan que para entender al niño que puede tener algunas alteraciones comportamentales es indispensable entender que es un ser biopsicosocial, que se encuentra en constante interacción con su medio que lo rodea y es así que este influye de una manera importante en su desarrollo y comportamiento, asociando a irremediabilmente a su contexto familiar, puesto que la interacción que en esta se presenta va a hacer determinante para la vida de ese niño y futuro adulto, de igual manera para comprender más al niño es necesario tomar en cuenta el contexto social, ya que a su vez la familia se encuentra determinada de cierta manera por las costumbres, los valores y las demandas de la sociedad, el contexto donde se encuentre el niño puede figurar como un indicador de salud o de enfermedad, en la medida en que las conductas se desvíen de la norma del contexto social o familiar son consideradas como adecuadas o no.

Para Kail y Cavanaugh (2012), los niños aprenden los roles de género de la misma forma en que aprenden otras conductas: observando el mundo que los rodea y conociendo

los resultados de diferentes acciones; así, los padres y otros determinan los roles de género adecuados en los niños y estos últimos aprenden qué conducta es la apropiada para un niño o una niña observando cómo actúan los adultos y sus pares.

Como factor de riesgo para la manifestación de depresión infantil, Gómez y Heredia (2013), mencionan que de acuerdo con la Secretaría de Salud Pública, la pobreza origina problemas de mala nutrición, carencia de servicios básicos, marginalidad, acceso limitado a los servicios educativos y de salud; los cuales, repercuten de manera directa en las condiciones de vida de la familia y de la sociedad, puesto que los hace propensos a la depresión y ansiedad, a su vez también el cambio de las madres al incorporarse al sector laboral ha implicado que se realicen cambios en la dinámica familiar por el cambio de roles, valores, estilos de crianza, entre otros, provocan mayor tensión y por consiguiente se pueden llegar a presentar mayores problemas mentales como la depresión; así mismo la mayor participación de las mujeres en el mundo del trabajo disminuye el número de menores que crecen al margen del cuidado y la vigilancia de ambos padres.

Sumado a lo anterior Gómez y Heredia (2013), mencionan que otro de los factores que pueden interferir en el adecuado desarrollo del niño, es el divorcio ya que ocasiona una disminución del bienestar psicológico, problemas emocionales y de conducta, en especial cuando ocurre en edades tempranas del desarrollo del niño, generando el derrumbe precoz de la imagen idealizada de los padres, debido a los mensajes negativos que recibe, las carencias afectivas, ocasionadas porque los padres están inmersos en resolver sus problemas.

Como menciona Papalia (2012), en algunas culturas, los hermanos mayores son los encargados de su seguridad y de enseñarles las cosas del hogar, en otros lugares este cargo es de los padres, las relaciones con los hermanos puede verse como una manera de solucionar problemas, puesto que aunque se molesten, saben que tienen que verse todos los días y limar las asperezas, enseñándoles que el enojo no siempre termina una relación, influyendo ya sea directamente por las interacciones mutuas, e indirectamente puesto que las experiencias con cada hijo influyen en las reacciones y expectativas de los padres hacia estos.

2.2.8. Características de las relaciones con su grupo de pares

Con referencia a las características de las relaciones con su grupo de pares, para Sadurní et al. (2008), no sólo los padres y los hermanos contribuyen al desarrollo emocional, social y la construcción de su propia imagen y su personalidad, ya que a partir de la edad escolar los amigos empieza a cobrar importancia.

Sumando a la importancia de los amigos, tenemos que para Rodríguez (2014), en esta etapa se buscan grupos de amigos para el juego, que le permite aprender reglas sociales y la manera de como convivir, se empieza a dar un valor importante a las opiniones de sus amigos, más que a las de los profesor o padres, estas relaciones sociales son mayormente con personas de su mismo sexo, agrupándose en grupos, y poniendo en práctica una independencia familiar.

Así mismo Papalia (2012), menciona que a partir de los 6 o 7 años la agresividad de la mayoría de los niños se ve disminuida puesto que se hacen menos egocéntricos, lo que les permite ser empáticos, cooperativos y capaces de comunicarse, sin embargo se

aumenta la agresión hostil reflejada de una manera verbal y menos física, los niños que no aprenden a controlarse, suelen tener problemas sociales y psicológicos.

2.2.9. Características de la salud mental

En cuanto a las características, de la salud mental del niño tenemos que para Rodríguez (2014), a la edad de 6 a 11 años, los problemas que mayormente se presentan son de comportamiento, oposición, timidez, agresividad, dificultad con las normas escolares y dificultades en la atención. Para Papalia (2012), uno de los problemas que se presenta en algunos casos, en esta etapa es la obesidad en la niñez, ya que los efectos de la misma los pone en riesgo de desarrollar problemas de conducta, depresión y baja autoestima, por lo general desarrollan problemas de salud como presión sanguínea alta, niveles altos de colesterol e insulina, lo que los lleva a un sufrimiento emocional.

De igual manera Papalia (2012), menciona que la principal causa de muerte en la niñez, son las lesiones accidentales entre los escolares, entre ellas tenemos accidentes automovilísticos, ahogamientos, quemaduras o llegan a sufrir lesiones cerebrales graves por accidentes en bicicleta o algún juego que lo ponga en riesgo.

Como se vio en este apartado, el desarrollo del niño en la edad escolar, marca cambios importantes en su físico, en la manera en cómo procesa información y el cambio en la esfera social y familiar, dicha información nos sirve para conocer de una manera más global al sujeto que se pretende estudiar, a continuación se pasara a la sección de la depresión.

2.2.10. Depresión en niños

Los temas a continuación, surgen de la necesidad de presentar información específica sobre el tema de la depresión de una manera general, que incluye características, los diversos tipos de depresión, dicha información sirve como base previa para que el lector comprenda que es la depresión en sí, posteriormente se encontrara con, el tema central el cual es la depresión infantil, en donde se presentaran los factores de riesgo y de protección para su aparición, así como las consecuencias y las principales técnicas de intervención que han trabajado en estas edades.

2.2.11. Características de la depresión

Para Sue et al. (2010), los síntomas de la depresión unipolar en general pueden ser vistos en cuatro dominios: afectivo, cognitivo, conductual y fisiológico, por lo cual se considera importante abundar en cada uno de estos dominios: con referencia al dominio afectivo se encuentra el ánimo deprimido, sentimientos de tristeza, y un duelo excesivo y prolongado acompañados de los sentimientos de minusvalía y de disfrutar menos de las cosas de la vida, llorar de forma incontrolable puede ser una reacción a la frustración o al enojo, las razones del llanto suelen no tener un motivo lógico o incluso pueden ser sin motivo aparente.

Así mismo para Sue et al. (2010), El dominio cognitivo consiste en sentimientos de inutilidad, vacío y desesperanza, estos pensamientos defectuosos e ideas, creencias irracionales e injustificadas, están claramente relacionados con la depresión, las acusaciones que se hacen a sí mismos de ser incompetentes y su auto denigración general

son comunes, así como llegar a generar pensamientos sobre el suicidio, también se presenta la dificultad para concentrarse y tomar decisiones.

Continuando con los dominios que manejan Sue et al. (2010), se tiene que en el dominio conductual se puede manifestar en el retraimiento social y productividad laboral deficiente, bajo nivel de energía, motivación baja y exhiben anhedonia (pérdida en la capacidad de obtener placer de las experiencias que normalmente les producían placer), así como parecer descuidada, con mal aspecto físico, sin preocupación por la limpieza personal, a su vez se puede apreciar un discurso reducido y lento, sus respuestas se limitan a frases breves junto con lentitud en movimientos.

Por último, Sue et al. (2010), Mencionan que en el dominio de síntomas fisiológico, el sujeto puede llegar a presentar, cambios en el apetito y peso, así como estreñimiento, perturbaciones del sueño, interrupción del ciclo menstrual normal en el caso de la mujer, y una aversión hacia la actividad sexual, los síntomas pueden variar, como los componentes somáticos, la irritabilidad y retraimiento social son más comunes en los niños.

Según la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2014), describe que la depresión suele experimentarse como un abatimiento del estado de ánimo normal; los pacientes pueden describir que se sienten “infelices”, “descorazonados”, “desalentados”, “melancólicos”, o muchos otros términos que expresan tristeza; varias situaciones pueden interferir en el reconocimiento de la depresión, puesto que los síntomas de presentación pueden variar de un individuo a otro; una persona puede sentirse lenta y llorosa; otra sonríe y niega que algo está mal, algunos duermen y comen demasiado; otros se quejan de insomnio y anorexia.

De igual manera para Carlson (2014), las personas deprimidas tienen poca energía y se mueven y hablan lentamente, a veces llegan a estar casi aletargados, otras veces pueden deambular inquietas y sin rumbo, pueden llorar mucho, no son capaces de sentir placer, pierden la motivación por la comida y el sexo, tienen alteraciones del sueño ya que les cuesta conciliar el sueño y se despiertan pronto, pueden disminuir sus funciones corporales a menudo pueden tener estreñimiento y disminución de secreción de saliva.

2.2.12. Tipos de depresión

La depresión se encuentra entre los trastornos del estado de ánimo según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta edición (DSM-5 por su abreviatura del inglés, APA, 2014), y el rasgo característico de dichos trastornos es la presencia de un ánimo triste vacío o irritable, que se acompaña de cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente la capacidad de la función del individuo, lo que diferencia entre cada uno son la duración, la presentación temporal y la causa etiológica, así mismo tenemos que no menos de 20% de mujeres adultas y 10% de varones adultos pueden cursarla en algún momento de su vida, con referencia a lo anterior, es importante presentar al lector los diversos tipos de trastornos depresivo que dicho manual maneja, con la finalidad del lector tenga un panorama del objeto de estudio.

Uno de los trastornos que plantea el manual es el trastorno depresivo persistente, o también conocido como distimia (APA, 2014), este se presenta por un estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, presente más días que los que está ausente, durante un periodo mínimo de 2 años en adultos y en niños y adolescentes el estado de ánimo es irritable y la duración mínima es de 1 año, acompañado de uno o más de estos

síntomas: poco apetito o sobrealimentación, insomnio o hipersomnias, poca energía o fatiga, baja autoestima, falta de concentración o dificultad para tomar decisiones y sentimientos de desesperanza, no hay episodio maniático o hipomaniaco.

El siguiente trastorno es el disfórico premenstrual, en el cual, los síntomas se presentan en la última semana antes del inicio del periodo menstrual, entre los que se encuentra: la presencia de labilidad afectiva intensa, irritabilidad intensa, enfado o aumento de los conflictos interpersonales, estado del ánimo intensamente deprimido, sentimiento de desesperanza o ideas de autodesprecio, ansiedad, tensión, y/o sensación intensa de estar excitada o con los nervios de punta, también se pueden presentar la disminución del interés por las cosas cotidianas, problemas para concentrarse, falta de energía, cambios del apetito y los síntomas característicos de los demás trastornos depresivos (APA, 2014).

También se hace referencia a el trastorno inducido por sustancias o medicamentos, en este se presenta una alteración importante y persistente del estado de ánimo que predomina y que se caracteriza por estado de ánimo deprimido, disminución notable del interés o placer por todas o casi todas las actividades (anhedonia), para diferenciarla es importante la historia clínica donde los síntomas se desarrollan durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de una sustancia o después de la exposición a un medicamento (APA, 2014).

El siguiente trastorno es el debido a otra afección médica, este se caracteriza por un período importante y persistente de estado de ánimo deprimido o una disminución notable del interés o placer por todas o casi todas las actividades, existen pruebas a partir de la

historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de que el trastorno es la consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica (APA, 2014).

2.2.13. Trastorno depresivo mayor

A continuación, se presentará el trastorno depresivo mayor, dicho trastorno cabe destacar que es de importancia para la investigación ya que, en este trastorno, es en el que se basa la prueba que se trabajó, según el APA (2014), se caracteriza por presencia de síntomas durante dos semanas y presentan un cambio del funcionamiento del sujeto, entre los síntomas se encuentran: un estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, en niños se puede generar en estado de ánimo irritable, pérdida del interés o placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días, pérdida o aumento importante del peso sin causa aparente, en los niños puede tener una incapacidad para aumentar de peso esperado, insomnio o hipersomnia la mayor parte del tiempo y los días, agitación o retraso motor, falta o pérdida de energía, sentimientos de inutilidad, culpa excesiva e inapropiada, dificultad para concentrarse, pensamientos de muerte recurrentes, dichos síntomas crean un malestar significativo en la vida del sujeto social, laboral u otras áreas importantes.

A fin de conocer la sintomatología de este trastorno en niños, uno de los instrumentos para detectarla es el CDI, en este sentido Kovacs (2004), menciona que el Children's Depression Inventory (CDI por sus siglas en inglés), apareció bajo la autoría de Kovacs y Beck, dicho inventario se confeccionó a partir de la teoría de la depresión de Beck y se basó en Beck Depression Inventory (BDI por sus siglas en inglés), dicho inventario fue el primer instrumento que se consideró para detectar la depresión, que estaba basado en un marco teórico cognitivo estrictamente psicológico.

2.2.14. Depresión infantil

Si bien todas las personas adultas, cuentan con diversas emociones que despliegan en las situaciones diarias, en el mundo infantil no es tan diferente, por ello, se considera importante explicar la presencia de las emociones negativas en específico, ya que en niños como manejan diversos autores, se presenta un cambio en el estado de ánimo, ya que el infante suele presentar irritabilidad persistente y episodios frecuentes de descontrol conductual, así pues la depresión infantil como se ha expuesto en secciones previas cuenta con un número de niños con depresión en aumento, cuya explicación tiene que ser fundamentada e investigada como es el caso.

En el DSM 5, se presenta el trastorno disruptivo del estado de ánimo, el cual pertenece a la categoría en donde se encuentran los trastornos del estado de ánimo, este se caracteriza por la presencia de episodios de cólera graves y recurrentes que se manifiestan verbalmente, y/o con comportamientos, cuya intensidad o duración son desproporcionadas a la situación o provocación, dichos episodios no son congruentes con su desarrollo, y se presentan tres o más veces por semana, han estado presentes por 12 o más meses y no ha tenido un periodo de tres meses o más sin dicho estado, tiene un rango de edad de 6 a 18 años (APA, 2014).

Una de las definiciones que maneja Del Barrio y Carrasco (2002), acerca de la depresión infantil es un cambio persistente en la conducta consistente en el descenso de la capacidad de disfrutar de los acontecimientos, comunicar con los demás, rendir escolarmente, con presentación de alteraciones de funciones corporales y frecuentemente acompañada de acciones plurales de protesta.

Para Uriarte (2013), un trastorno del estado del ánimo como la depresión, puede presentarse en cualquier edad incluyendo a los niños, y se diferencia por la intensidad, duración y persistencia que interfiere con el funcionamiento físico, social y psíquico del sujeto por una duración mayor a dos semanas, que le provocan errores del juicio sobre la realidad, alterando su desempeño diario, pudiendo llegar a generar ideas suicidas.

Como menciona Gomez & Heredia (2013), en el siglo XX la infancia era considerada como una época de felicidad, de ahí que la idea de pensar en un suicidio intencional por parte del infante era casi imposible; la ideación suicida tiene que ver con la presencia de pensamientos planes y deseos de quitarse la vida, es importante destacar que dichas ideas o pensamientos pueden llegar a ser parte normal del desarrollo del infante y adolescente, cuando trata de responder a los problemas del medio ambiente, sin embargo, se vuelven anormales cuando esta opción constituye la última y única opción para resolver los problemas, también es importante destacar que en la infancia el niño suele tener muchas conductas manipulativas, impulsivas, y no meditadas, empero no en todas ellas tiene que ver con el deseo real de morir.

2.2.15. Factores de riesgo.

La depresión no tiene un factor que la desencadene directamente, sino que se presenta una combinación de factores que hacen que se aparezca, estos factores pueden ser de carácter personal, y ambiental, según diversos autores que se verán a continuación; para Del Barrio & Carrasco (2013), la separación materna, los desengaños amorosos, los problemas económicos, la muerte de un ser querido y las catástrofes son los desencadenantes inmediatos más habituales, quien a su vez actúan sobre los sujetos que están sometidos previamente a factores de riesgo que los hace vulnerables que a otros individuos

considerados resistentes (es decir con resiliencia); unos de los más comunes es el abandono de la madre en la primera infancia, también la baja autoestima y la autoeficacia.

Para Osorio (2015), la depresión infantil es producto de la interacción de factores individuales y ambientales, puesto que la vulnerabilidad que tiene depende del tipo de ambiente familiar, escolar y social, además de las pautas de crianza, el tipo de educación recibida, aprendizajes y situaciones estresantes, los cuales se han presentado o presentan en su vida.

Para Carlson (2014), los datos existentes indican que la tendencia a padecer un trastorno afectivo posee un factor hereditario, puesto que estudios genéticos han encontrado pruebas de que genes de varios cromosomas pueden ser responsables de que se produzca un trastorno afectivo, menciona en previas investigaciones se encontró que el gen RORA, implicado en el control de ritmos circadianos, mostraba una asociación significativa con la presencia del trastorno depresivo mayor.

Ampliando los factores hasta la adolescencia, Casullo et al. (2000), menciona que hay comportamientos en los adolescentes con ideación suicida (el cual es un síntoma de la depresión), como: el comportamiento depresivo perfeccionista, puesto que se tiene un súper yo rígido que se exige y tiene expectativas altas de logro, generando que los fracasos pueden llegar a ser catastróficos e imperdonables para ellos.

Finalmente, en un análisis holístico para Sue et al. (2010), la depresión puede tener su causa con base en la interrelación de factores pertenecientes a cuatro dimensiones que corresponden a: la biológica, psicológica, social y sociocultural; con referencia a la dimensión biológica, los factores son: predisposición genética, disfunción en los procesos

de neurotransmisión, niveles de cortisol anormales y perturbaciones en el sueño; en el área psicológica los factores estarían asociados con respuestas inapropiadas a la separación y el enojo, el reforzamiento inadecuado, los errores en el pensamiento e indefensión aprendida; en el ámbito social los factores se relacionan con el estrés y la falta de apoyo o recursos sociales, y para la dimensión sociocultural se encuentra que: el nivel socioeconómico bajo, las diferencias culturales y diferencias de género son factores de riesgo.

2.2.16. Factores protectores para su aparición.

En contraparte de los factores de riesgo, a continuación se presentaran los factores protectores para la aparición de la depresión, para Del Barrio & Carrasco (2013), toman en cuenta que los elementos que protegen y evitan el desarrollo de respuestas emocionales desajustadas, son el amor, la buena comunicación, el apoyo, la implicación en la crianza, la aceptación, y la legislación flexible, siendo estas las características de crianza que más protegen al niño, de la aparición de un trastorno depresivo, el efecto positivo que emana de un ambiente familiar amable es uno de los principales factores de protección para la depresión, puesto que una familia saludable y fomentadora de autonomía y de la exploración eficaz del mundo circundante, unos padres cálidos, constantes y ordenados producen en el niño seguridad y optimismo, todo ello, conlleva una resistencia a la adversidad ante los acontecimientos negativos y todo tipo de estrés así como la facilidad de atribuir cosas positivas.

Así mismo, menciona que hay al menos tres mecanismos básicos por los que la ineficacia personal puede conducir a la depresión infantojuvenil, las cuales son: el incumplimiento de las aspiraciones personales como son metas y logros deseados, las dificultades en el desarrollo y mantenimiento de relaciones sociales como éxito con los

amigos, aceptación en el grupo y la dificultad de regular y controlar estresores y facilitadores del estado emocional negativo como inhibir pensamientos negativos e impulsos indeseados (Del Barrio & Carrasco, 2013).

2.2.17. Consecuencias de la depresión

En cuanto a las consecuencias que tiene la depresión en los infantes, se encuentra que esta repercute en el niño en diferentes ámbitos de su vida, como lo son en el ámbito escolar, en el cual se ve reflejado en cómo interactúan con sus pares, puesto que se pueden enojar frecuentemente, jugar brusco o hacer comentarios negativos hacia los demás, los llegan a catalogar como niños “malos” por problemas de conducta o berrinchudos, no concluyen o tardan tiempo en hacer actividades escolares; en el ámbito alimenticio al tener cambios ya sea comer de más o menos, tienen consecuencias en su rendimiento y aspecto físico, puesto que se pueden cansar rápido y no tener los nutrientes necesarios para un desarrollo óptimo; además se obtienen cambios a la hora de dormir ya que puede presentar insomnio o hipersomnia (Sue et al., 2010; Gómez & Heredia, 2013 & Del Barrio y Carrasco, 2013). Con respecto a las diferencias en sintomatología depresiva por género en esta etapa no se encuentran diferencias significativas, sin embargo, en la adolescencia es más frecuente en mujeres que en hombres De la torre et al, (2016).

2.2.18. Modelo cognitivo conductual para el entendimiento de la depresión.

En cuanto al modelo para el entendimiento de la depresión, este se escogió de acuerdo con los fundamentos del instrumento con el que se llevó a cabo el estudio, siendo este el modelo cognitivo conductual de Beck; según Friedberg & McClure (2011), la importancia de la aplicación de los principios de la terapia cognitiva, basada en los postulados de Aaron Beck, constituye un sólido sistema clínico y teórico que ha sido aplicado a diversas problemáticas, esta terapia sostiene que hay cinco elementos interrelacionados que deben tenerse en cuenta en la conceptualización de las dificultades psicológicas humanas, los cuales son interpersonal, el ambiente, la fisiológica, las emociones, la conducta y la cognición del individuo de este modo, el modelo incorpora explícitamente los aspectos relacionados con los contextos sistémicos, interpersonales y culturales que son de una importancia fundamental en la psicoterapia infantil.

Para Del Barrio & Carrasco (2013), las técnicas de intervención cognitiva tienen como objetivo la modificación de procesos de pensamiento y de atención para inducir estados emocionales positivos o neutralizar estados negativos, hoy día son las más utilizadas en la mayoría de las terapias para la depresión y son las que han mostrado mayor eficacia en la modificación de la sintomatología depresiva.

En cuanto a los modelos para entender la depresión uno de los más reconocidos es el propuesto por la Terapia Cognitiva Conductual (TCC), según Pérez y García (2001) & Navarro (2018) la TCC para la depresión fue desarrollada por Aaron T. Beck, desde finales de los años cincuenta, dicha terapia tiene el gran mérito de ser un tratamiento diseñado

específicamente para la depresión, al igual que la Terapia de la Conducta (TC), ofrece un planteamiento completo para la depresión, de manera que dispone de una teoría, de una evaluación diagnóstica y de un procedimiento terapéutico que concibe a la depresión en términos de pensamientos negativos sobre sí, el mundo y el futuro, debidos a ciertos esquemas depresógenos y a errores lógicos en el procesamiento de la información, además se concibe como un enfoque psicoeducativo, diseñado tanto para modificar cogniciones como conductas.

Como se puede apreciar la depresión es una de las enfermedades mentales que tiene la probabilidad de aparecer en cualquier etapa de la vida como lo es la infancia, por lo cual se debe tener en cuenta el desarrollo adecuado del infante y saber los síntomas y las maneras en cómo se manifiesta, para poder detectarla a tiempo, puesto que al no ser atendida, repercute en el desarrollo óptimo del niño teniendo así, una depresión que lo acompañará toda una vida si no se trata.

2.2.19. Investigaciones sobre la DI

A continuación, se presentará un breve análisis de las investigaciones que se presentaron en la sección de antecedentes, para poder dar soporte al tema de estudio, esto con el fin de complementar la información presentada en el marco teórico y que posteriormente servirá de antesala para la presentación de una propuesta para la atención de esta sintomatología en infantes.

De acuerdo con las investigaciones presentadas se establece que la depresión se presenta en la población infantil y debido a su importancia a nivel clínico ha sido objeto de

investigación para conocer su prevalencia, como lo evidencia, Espíndola (2017); Rojas (2016); Sue et al. (2010) & Garibay et al. (2014); fruto de estas se ha encontrado que los factores de riesgo para que se llegue a experimentar tal depresión, abarcan varios ámbitos de la vida del infante, como son en el ámbito personal el no tener una adecuada autoestima, autoeficacia y resiliencia, así mismo, cuestiones que pertenecen al ambiente, familiar, social y escolar, abandono infantil, no tener una adecuada interacción con sus pares, problemas de salud y enfermedades, entre otros, en cuanto a las consecuencias que la depresión genera en esta población estos investigadores consideran, que es muy importante la detección y atención adecuada para el infante, ya que puede repercutir en su vida presente y futura, como es el caso en el rendimiento escolar, relaciones afectivas adecuadas y el sentirse capaz de generar un cambio positivo en sus vidas, por tal motivo resulta de interés realizar estudios en esta población.

2.2.20. Prevención y atención de la depresión en niños.

Con base a la información anterior, se considera importante implementar acciones de prevención y atención a los casos de infantes con depresión, mediante acciones destinadas a reforzar el ambiente familiar y escolar, puesto que los problemas emocionales en esta etapa se están presentando con mayor frecuencia, por ello, es vital realizar acciones de psicoeducación por parte del sector salud, en este sentido esta sección tiene el propósito de presentar diversos programas que tienen como finalidad, la prevención y atención a los niños que cuentan con signos de depresión.

Uno de estos programas es el propuesto por Spence, Sheffield y Donovan (2003) citados por Oreles (2015, p 181), llamado Programa de Resolución de Problemas para la Vida (PSFL por sus siglas en ingles), cuyo objetivo consiste en enseñar a niños y

adolescentes a refutar pensamientos desadaptativos y enfrentar adecuadamente los problemas, para ello, se utilizan técnicas de reestructuración cognitiva y de resolución de problemas, el programa posee una duración de ocho sesiones con una duración cada una de 45-50 minutos, de acuerdo con este autores este programa ha sido efectivo ya que se ha logrado disminuir la sintomatología depresiva.

Otro de los programas para lograr este fin, es el propuesto por Young y Mufson (2003) citados por Oreles (2015, p 178), llamado programa de prevención Psicoterapia Interpersonal-Entrenamiento de Habilidades en Adolescentes (IPT-AST por sus siglas en ingles), cuyo objetivo consiste en enseñar a niños y adolescentes competencias para afrontar transiciones vitales (las cuales pueden dar origen a presentar sintomatología depresiva), resolver disputas interpersonales y superar déficits interpersonales, el programa posee una duración de 10 sesiones con un tiempo promedio de 90 minutos, de acuerdo con este autores este programa ha sido efectivo ya que se ha logrado disminuir la sintomatología depresiva.

Finalmente, existe otro programa propuesto por Garaigordobil (2019), llamado "Pozik-Bizi" el cual tiene por objetivo mejorar el estado emocional y disminuir los síntomas depresivos en niños de 8 a 10 años, esto mediante al identificación, intención y regulación de las emociones y pensamientos negativos, fortaleciendo los positivos, y, mejorar las habilidades de los estudiantes para disminuir su ansiedad y sentimientos de incapacidad, aumentando su confianza, dicho programa ya se ha aplicado teniendo como resultados que el grupo que trabajó con él, disminuyó significativamente sus niveles de ansiedad y depresión, así como su locus de control externo, el desajuste escolar, los problemas emocionales y de conducta.

Este capítulo tuvo la finalidad de fundamentar el tema que se aborda en esta intervención desde el desarrollo general del niño, hasta la depresión infantil consecuencias, síntomas hasta presentar los principales programas que se utilizan en la actualidad para su tratamiento, con ello se dará paso a el siguiente capítulo donde se fundamentará la metodología que utilizo la investigadora para el presente trabajo.

Capítulo 3

Estrategias Metodológicas

El siguiente capítulo que se presenta, tiene la finalidad de mostrar las características metodológicas en las que se basa esta investigación, para sustentar la realización y que permita al lector como referencia para poder replicar la investigación si así lo quisiere, o modificarla dado el caso.

3.1. Paradigma, Alcance y Diseño de la Intervención

Esta sección tiene la finalidad de presentar al lector la información con respecto a la metodología del presente estudio, con relación a el paradigma, alcance y diseño de la investigación de igual manera de adjunto una explicación del por qué se contó con esta metodología, posteriormente se presentara la siguiente sección llamada características de la muestra.

Esta investigación posee un paradigma cuantitativo, el cual, según Hernández et al. (2014), se caracteriza por: recolectar datos para poder probar la hipótesis, con base a la medición numérica y el análisis estadístico, los pasos que se realizan son secuenciales para una mejor replicación y disminución del grado de error por factores externos e internos, se trabaja con un problema de estudio delimitado y concreto, se busca la objetividad para que el investigador no afecte los objetivos de estudio, que se logran a través de la medición de los mismos, el objetivo es la construcción y demostración de la teoría, los resultados poseen validez y confiabilidad, se trabaja con lógica y razonamiento deductivo ya que parte de diversas teorías que se pretenden comprobar y así generar conocimiento y por el análisis de resultados se pueden llegar a generar explicaciones causales.

La investigadora consideró que esta indagación posee dicho paradigma, ya que según como esta formulado el cuestionario de depresión infantil (CDI), este arroja datos cuantitativos sobre la sintomatología depresiva experimentada, así mismo, está basado en un marco teórico que contiene teorías relacionadas con la depresión y sus principales sintomatologías para su correcta detención que lo hace confiable y válido para la población estudiada, lo cual genera información para dar respuesta a la hipótesis del estudio, además por las características del instrumento, este estudio es susceptible de ser replicado. Con base a lo anterior a continuación se definirá el alcance del estudio, el cual, junto con el paradigma definirán el diseño de la investigación.

Partiendo del paradigma, esta investigación, por el tipo de información que se va a obtener, así como el grado de conocimientos que hay disponibles y el tipo de información a recabar, los alcances del estudio son: exploratorio y descriptivo; de acuerdo con Hernández et al. (2014), el alcance exploratorio se caracteriza por ser empleado cuando el objetivo es presentar información de un tema o problema poco estudiado, o bien, cuando las fuentes o teorías no son adecuadas para su comprensión, que pueden ser vagas difusas, o que no explican adecuadamente el fenómeno, para investigar desde una nueva perspectiva y tratar de darle otra explicación, que lleve a una familiarización y conocimiento del fenómeno de estudio, brindar la información para llevar una investigación más completa, sugerir postulados, explicaciones o modelos explicativos, tendencias de comportamiento así como, sugerir maneras de cómo investigar.

En cuanto al alcance descriptivo, este se caracteriza por presentar las propiedades de fenómenos, situaciones, contextos y sucesos con el fin de brindar una explicación de cómo suceden y cómo son, así como de ampliar el conocimiento de las propiedades,

características y perfiles para someterlos a un análisis; otras de las características es medir variables, mostrar los ángulos o dimensiones del fenómeno, para así definir o visualizar que se medirá y sobre que o quienes se recolectaran los datos (Hernández et al., 2014).

Con base a las características de ambos alcances, la investigadora optó por estos diseños ya que, la DI no es un tema que se ha profundizado lo suficiente a nivel municipal, además anteriormente se creía que los niños no podían generar una depresión por su edad y por estar en desarrollo, lo cual generó lagunas acerca de cómo se genera, cómo se identifica y cómo tratarla y prevenirla, por lo cual, el estudio se centró en conocer cómo se presentaba en la población estudiada en tanto a su sintomatología (a nivel descriptivo con base a un instrumento que arrojaba información cuantitativa), para ampliar los conocimientos de este tema a nivel municipal, del cual no hay investigaciones. Habiendo definido el alcance, dará paso a definir cueles con los diseños de la investigación.

Con base al paradigma y los alcances del estudio, los diseños que posee y de acuerdo al grado de manipulación de las variables son por un lado: un diseño no experimental, ya que según Hernández et al. (2014), este diseño se emplea en estudios que se realizan sin la manipulación preconcebida de variables y en el que se observan los fenómenos en su ambiente natural.

Por otro lado, en cuanto a el tiempo de recolección de datos, se considera que el estudio posee un diseño transversal, puesto que la recolección de datos se llevó a cabo en un solo momento del tiempo con el objetivo es describir las variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado de acuerdo (Hernández et al., 2014).

Así mismo, debido al tipo de información que se recolecta, el diseño del estudio es exploratorio y descriptivo, teniendo que, en cuanto al diseño exploratorio, éste se orienta a conocer una variable o un conjunto de éstas, ya sea en una comunidad, contexto o situación, para así poder explorarla en un momento específico y por lo general, se aplica a problemas nuevos o poco conocidos; en cuanto al diseño descriptivo, este indaga la incidencia de las modalidades, categorías, niveles de una o varias variables, a fin de proporcionar una descripción de éstas en una población o fenómeno de estudio, para con ello dar respuesta a las hipótesis con base a una cifra o valores cuantitativos (Hernández et al., 2014).

Tomando de referencia lo anterior, se consideró que el estudio poseía estos diseños, puesto que no se realizó una manipulación de variables, además que la recolección de datos se realizaría en el ambiente en donde se desenvuelve el sujeto (ambiente escolar, específicamente en su salón), mismos que se realizaron solo una vez considerando el diseño transversal, así mismo, sería la primera vez que se llevaría a cabo la aplicación de este cuestionario en dicha institución, arrojando datos que permitieran conocer la presencia de la sintomatología de este constructo. En conclusión, esta sección describió la manera metodológica de cómo se realizó la investigación, con base a ello, se dará paso a presentar y explicar la población de estudio.

3.2. Población del Estudio

A continuación, se describirán las características de la población que fue objeto de estudio; según Lepkowski (2008b) citado por Hernández et al. (2014, p.174), la población se define como el: conjunto de todos los casos que concuerdan con determinadas especificaciones. En este sentido, la población que se contempló investigar estuvo conformada por 27 sujetos de ambos sexos y que tenían un rango de edad que iba de los 9 a los 10 años, los cuales

cursaban el 5° grado de primaria, los cuales se hallaban divididos en dos grupos: el A y el B, en el colegio Amado Nervo, ubicado en la Ciudad de Matehuala S.L.P.; partiendo de lo anterior a continuación se darán a conocer los pasos que se contemplaron para llevar a cabo el estudio.

3.3. Pasos que Comprendió la Intervención

Esta sección tiene por objetivo, presentar los pasos que se contemplaron para llevar a cabo la investigación, esta información resulta de especial interés, puesto que permite servir de referencia al lector que se halla interesado en investigar sobre este tema para que pueda replicar la investigación, o bien que tome de referencia este procedimiento para elaborar sus pasos para investigar el tema, o que adapte estos para satisfacer las necesidades de su investigación; además la presentación de estos pasos posibilita llevar a cabo un análisis del procedimiento del estudio; finalmente en el capítulo siguiente se presentará un análisis de los pasos contemplados a fin presentar al lector si estos se llevaron a cabo o no, lo cual permitiría un análisis contextualizado.

Como primer paso, se realizará una entrevista para hablar con la madre superiora y directora de la institución, para presentarse y brindarle la información acerca del tema de investigación, sus características, modo de operar, tiempo que tardaría, presentarle una copia del cuestionario para su valoración, la información que se obtendrá y su futura utilidad en dicha institución. En caso de que permitiera realizar la investigación se acudiría de nueva cuenta con el fin de presentarle un consentimiento informado con el fin de que autorizará llevar a cabo el estudio (véase anexo A), una vez hecho esto se establecería una cita para la aplicación de los instrumentos.

Posteriormente, se acudiría la fecha y hora señalada para acudir a los salones correspondientes y presentarse tanto con el profesor y el alumnado, en ese espacio se explicaría en que consiste el cuestionario, se aclararía que la aplicación sería anónima, para luego invitarles a que participaran, en caso de que el alumno o alumna accediera a participar se le daría un cuestionario especificando que sería contestado de manera personal y en silencio.

Como primer paso para la aplicación, la investigadora leería las instrucciones en voz alta y les pediría que si llegaran a tener alguna duda levantarán la mano, además se les diría que una vez que todos terminaran la prueba se les daría las gracias a ellos y al profesor, una vez hecho esto, se pasaría al siguiente salón para realizar los pasos antes mencionados.

Posterior a la aplicación de los instrumentos, se llevaría a cabo la calificación e interpretación de los cuestionarios con base al manual, una vez obtenidos los resultados, se vaciarían los resultados de cada cuestionario a una base de datos del Programa Estadístico para las Ciencias Sociales versión 22 (SPSS 22, por sus siglas en inglés).

Una vez conformada la base de datos, se obtendrían una serie de estadísticos descriptivos en cuanto a: las características de los sujetos (p.ej., edad y género), la sintomatología que exploraba el instrumento y los niveles de depresión obtenidos, los cuales se plasmarían en el capítulo de resultados a fin de describirlos y con ello dar respuesta a la hipótesis de la investigación. Habiendo mencionado lo anterior, a continuación, se mencionarán los procedimientos para la recolección de datos.

3.4. Procedimientos para la Recolección de Datos

Con referencia al procedimiento para la recolección de datos, la investigadora decidió utilizar el Cuestionario de Depresión Infantil (CDI) Kovacs.

3.5. Mecanismos para el Procesamiento de Datos

Con referencia al procesamiento de datos, se decidió emplear el programa SPSS 22, ya que de acuerdo con Camacho (2009), con este programa se pueden obtener estadísticos descriptivos, que para efectos de este estudio son análisis de frecuencias, para ello se creará una base de datos del CDI donde se vaciaran los reactivos del cuestionario junto con las respuesta de cada uno de los sujetos, junto con sus puntajes e interpretaciones, para luego generar estadísticos descriptivos de dichos reactivos y los resultados serán interpretados para dar respuesta a las hipótesis de investigación.

3.6. Mecanismos para la Interpretación de Datos

Para la interpretación de datos, se describirá los resultados obtenidos en cada uno de los reactivos que conformo el CDI, así como los puntajes obtenidos y sus interpretaciones, una vez descritos los resultados estos se analizarán con la literatura que se presenta en antecedentes y marco teórico, a fin de realizar comentarios analíticos que permitan dar respuesta a la hipótesis, objetivos y preguntas de la investigación.

El capítulo tres tuvo la finalidad, de presentar las características metodológicas de las cuales está compuesta esta investigación, para que con ello se pueda otorgar la validez a los resultados en obtenidos, posterior mente en el capítulo cuatro se presentaran los resultados encontrados en base al inventario aplicado.

Capítulo 4

Resultados de la Intervención

El presente capítulo, tiene por objetivo presentar los resultados obtenidos tras la aplicación del cuestionario que se implementó para recabar la información sobre la sintomatología de la depresión infantil en el grupo de sujetos objeto de estudio, la información obtenida permitirá dar respuesta al planteamiento del problema la cual será analizada en el capítulo siguiente; para ello, la estructura del capítulo está conformada por las secciones: análisis de los pasos llevados a cabo en la investigación, resultados obtenidos y conclusión, esta última permitirá dar paso al siguiente capítulo.

4.1. Análisis de los Pasos Llevados a Cabo en la Intervención

Esta sección tiene por objetivo, realizar un contraste con los pasos que se consideraron para llevar a cabo la investigación, con el objetivo de describir el cómo se realizó, para que el investigador interesado en este tema pueda replicar el estudio, por este motivo se presentará un análisis de los pasos que se llevaron a cabo, así como los que se vieron modificados.

Como se describió en el capítulo tres, se tenía contemplado una reunión con la directora a fin de exponer el interés de realizar la investigación en la institución de la que era responsable y en caso de que aceptara acordar una cita para presentarle un consentimiento informado para luego llevar a cabo la aplicación de los instrumentos, sin embargo, cuando la investigadora acudió con la directora a fin de exponer su interés por realizar el estudio en dicha institución la directora aceptó la propuesta y permitió la aplicación en ese momento, a lo que la investigadora dio paso a la aplicación, ya que en

ese momento llevaba consigo las pruebas; esto hizo que no fuera necesario acudir en otra ocasión para la realización de la aplicación.

Sin embargo, ese día no se contaba con el consentimiento informado en físico, por lo que se le explicó a la directora en qué consistía dicho documento, a lo cual, estuvo de acuerdo, no obstante, a fin de respetar el protocolo de investigación, se acudió en otro día para entregárselo. Una vez que se había autorizado la aplicación de los instrumentos, se esperó a que los alumnos llegaran a su salón, puesto que tenían acto cívico, después de ello, se acudió al primer grupo en donde la investigadora se presentó y posteriormente realizó la explicación del cuestionario, en donde hubo alumnos que tuvieron dudas y las cuales les respondió, en este sentido la aplicación se llevó sin inconvenientes, por lo que al terminar se agradeció su participación, luego se llevó a cabo la aplicación en el segundo grupo efectuando el mismo procedimiento y obteniendo una participación activa y sin inconvenientes.

Cabe destacar que en primera instancia, se tenía previsto la aplicación a un total de treinta alumnos, pero se presentaron ausencias que no se tenían contempladas ese día, quedando conformada la población a 27 sujetos; después de la aplicación de instrumentos, se dio paso a su calificación e interpretación de acuerdo al manual, para luego dar paso al vaciado de estos en el programa SPSS 22 para posteriormente obtener los estadísticos descriptivos contemplados para dar respuesta al planteamiento del problema. A modo de conclusión, se consideró que los pasos realizados, así como sus variaciones, no afectaron de forma estructural el estudio ya que al final se logró la obtención de los datos de aquella población, partiendo de esto se dará paso a presentar los resultados obtenidos tras la aplicación de los cuestionarios.

4.2. Resultados Obtenidos

Este apartado tiene por finalidad presentar los resultados que se obtuvieron con la aplicación del inventario esto mediante la descripción de los resultados obtenidos junto con el apoyo de tablas y gráficas; la presentación de estos estará dividida en tres secciones, siendo estas: características de los sujetos de estudio, resultados obtenidos en los reactivos del inventario y niveles obtenidos en el inventario, una vez presentada esta información se dará paso a la sección de conclusión del capítulo.

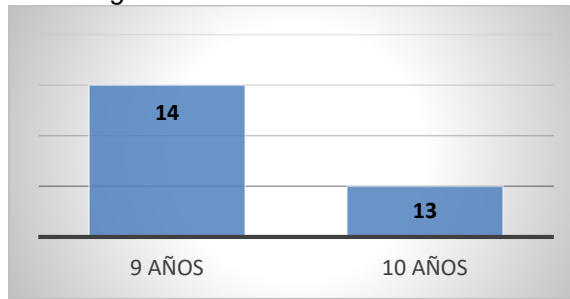
4.2.1. Características de los sujetos de estudio

A continuación, se presentarán los resultados referentes a las características de los sujetos que formaron parte de la población, ésta se integró por 27 infantes que estaban estudiando el 5° grado de primaria, el rango de edad fue de los nueve a los 10 años, en donde 14 sujetos (51.9%) tenían una edad de nueve y (48.1%) de 10 (Véase la tabla 1 y grafica 1).

Tabla 1
Rango de edad

	Frecuencia	Porcentaje
9	14	51.9
10	13	48.1
Total	27	100

Grafica 1
Rango de edad

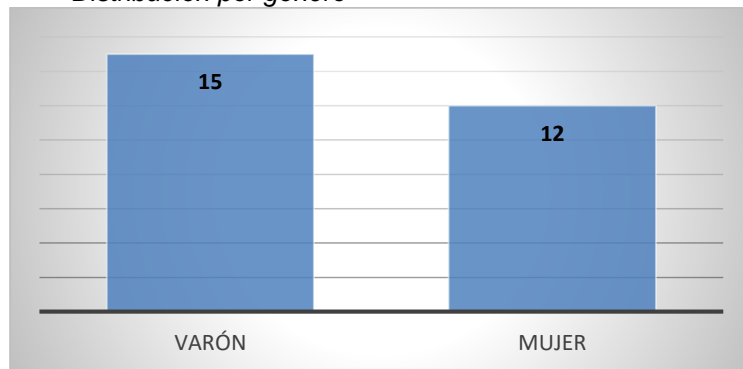


De los 27 participantes 15 de ellos (55.6%), fueron hombres y 12 (44.4%) fueron mujeres (véase gráfica 2 y tabla 2).

Tabla 2
Género

	Frecuencia	Porcentaje
Varón	15	55.6
Mujer	12	44.4
Total	27	100

Gráfica 2
Distribución por género



4.3. Resultados obtenidos en los reactivos del inventario

A continuación, se presentarán los resultados para cada uno de los reactivos que conformaron parte del CDI, para cada uno se describió los resultados obtenidos acompañados de tu tabla y gráfica, posteriormente se llevó a cabo un análisis de los

resultados en donde, dependiendo de la relevancia del reactivo para dar se dio la respuesta al planteamiento del problema, por lo cual se llevó a cabo un comentario analítico en donde se relacionen los resultados con los referentes teóricos presentados tanto en el capítulo uno y dos.

Con respecto al primer reactivo, este integraba la escala de disforia y pretendía conocer la frecuencia en la que el sujeto percibía sentirse triste, como resultado se encontró que 26 (96.3%) mencionó “*Estoy triste de vez en cuando*”, mientras que un sujeto (3.7%) menciona “*Estoy triste muchas veces*” (véase tabla 3 y grafica 3).

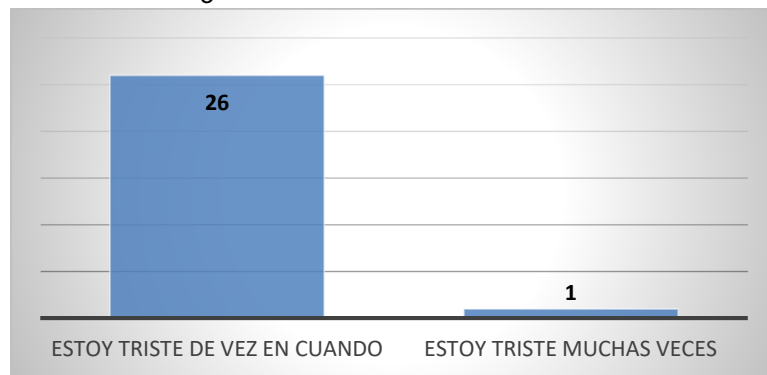
Tabla 3

1. Disforia: ¿Qué tan frecuente te sientes triste?

	Frecuencia	Porcentaje
Estoy triste de vez en cuando	26	96.3
Estoy triste muchas veces	1	3.7
Total	27	100

Grafica 3

1. Disforia: ¿Qué tan frecuente te sientes triste?



De acuerdo con los resultados, se identificó que la mayoría de la población señaló “*sentirse triste de vez en cuando*”, y con base al instrumento, es la opción que indica en menor medida la presencia de disforia, además, como se ha mencionado es normal que se

presenten diversas emociones como son la tristeza, alegría, enojo, en las situaciones de la vida diaria, sin embargo, la diferencia tiene que ver con la manera en cómo se presenta como es el caso de la duración e intensidad (OMS, 2018).

Continuando con los resultados, el reactivo dos de la prueba hace referencia al apartado de valoración de autoestima, el cual tiene que ver el tema que tanto considera “*Las cosas te saldrán bien*”, en el cual se encontró que 14 (51.9%) de las personas contestó “*Las cosas me saldrán bien*”, 12 (44.4%) contestó que “*No está seguro de si las cosas le saldrán bien*”, y un sujeto (3.7%) contestó que “*Nunca le sale nada bien*” (véase la tabla 4 y la gráfica 4).

Tabla 4

2. Autoestima: ¿*Las cosas te saldrán bien?*

	Frecuencia	Porcentaje
Las cosas me saldrán bien	14	51.9
No estoy seguro de si las cosas me saldrán bien	12	44.4
Nunca me saldrá nada bien	1	3.7
Total	27	100

Gráfica 4

2. Autoestima: ¿*Las cosas te saldrán bien?*



De acuerdo con los resultados más del 50% de los participantes, mencionaron tener confianza de que *“las cosas le saldrán bien”*, el cual según la prueba es el reactivo que tiene una ponderación mínima satisfactoria para considerar una buena autoestima, por el contrario el 44.4% mencionaron *“no estar seguros en si las cosas les saldrán bien”*, tomando como este un signo de autoestima negativa que puede no favorecer su desarrollo, mientras que un sujeto contestó *“nunca me saldrá nada bien”*, lo cual según la prueba dicho reactivo cuenta como un claro síntoma de autoestima negativa, siendo el reactivo con mayor ponderación para valorar la autoestima negativa severa.

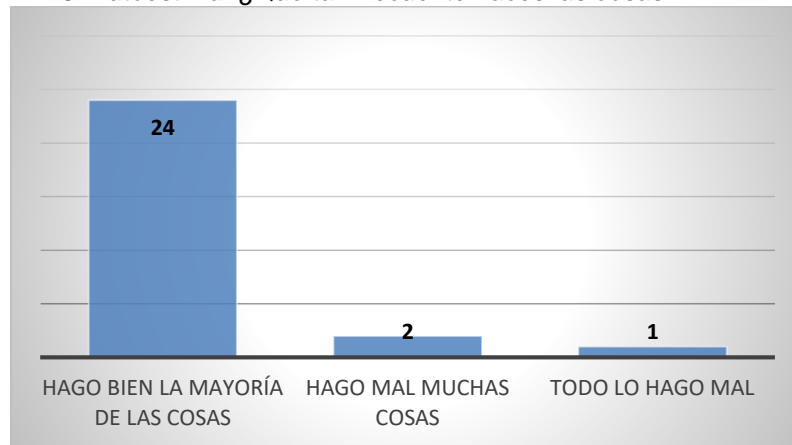
Con referencia al reactivo 3 que corresponde a la escala de valoración de autoestima, este tiene que ver con la eficacia que *“Cree tener el sujeto para que las cosas le salgan bien”*, obteniendo que 24 de los sujetos (88.9%) reportaron *“Hacer bien la mayoría de las cosas”* que realizan, mientras que dos (7.4%) indicaron *“Hacer mal muchas cosas”* y uno de los sujetos (3.7%) señalaron *“Hacer todo mal”* (véase tabla 5 y gráfica 5).

Tabla 5
3. Autoestima: ¿Qué tan frecuente haces las cosas?

	Frecuencia	Porcentaje
Hago bien la mayoría de las cosas	24	88.9
Hago mal muchas cosas	2	7.4
Todo lo hago mal	1	3.7
Total	27	100

Grafica 5

3. Autoestima: ¿Qué tan frecuente haces las cosas?



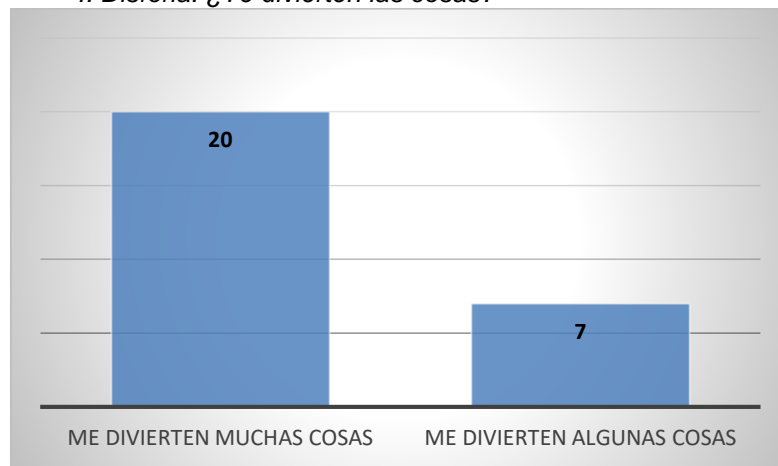
Con relación a los resultados encontrados, la mayor parte de los sujetos (88.9%) cuentan con una perspectiva positiva acerca de que las cosas que realizan, las harán de una manera adecuada, lo cual indica que poseen una confianza en su capacidad para realizar dichas actividades, mientras que una pequeña fracción de la población (tres sujetos) no se sienten confiados de que el resultado de las acciones que realizan les salga bien.

Continuando con los reactivos que presenta la prueba, en la evaluación de escala de disforia, el reactivo cuatro hace alusión a la percepción de disfrutar las cosas que tiene la persona, esto mediante la pregunta “*Te divierten las cosas*”, como resultados se encontró que 20 sujetos (74.1%) señalaron que “*Le divierten muchas cosas*”, siete (25.9%) indicaron que “*Le divierten algunas cosas*” y ningún participante consideró la opción de “*Nada te divierte*” (véase tabla 6 y gráfica 6).

Tabla 6
4. Disforia: ¿Te divierten las cosas?

	Frecuencia	Porcentaje
Me divierten muchas cosas	20	74.1
Me divierten algunas cosas	7	25.9
Total	27	100.0

Grafica 6
4. Disforia: ¿Te divierten las cosas?



Considerando los resultados, este reactivo pretendía conocer el grado de anhedonia que experimentaban los sujetos, el cual es un síntoma de la depresión, debido a que buscaba detectar si éste disfrutaba de las cosas comunes que le pasan como lo hacía anteriormente; encontrando que veinte de los sujetos consideran que si “*Le divierten mucho las cosas*”, teniendo así que disfrutaban de las cosas que hacen y solo siete reportaron que “*Solo algunas le son divertidas*”, tomando en cuenta que ninguno de los sujetos mencionó que no le divierte nada, lo cual en cuyo caso sería un síntoma depresivo (APA 2014).

Continuando con los reactivos de disforia, el reactivo cinco pretendía encontrar si el sujeto se consideraba “*Malo*”, obteniendo como resultado que 25 sujetos (92.6%) indican

la opción de “*Soy malo algunas veces*” y solo dos (7.4%) optaron por la opción “*Soy malo muchas veces*” y ninguno (0%) consideró ser “*Malo siempre*” (véase tabla 7 y gráfica 7).

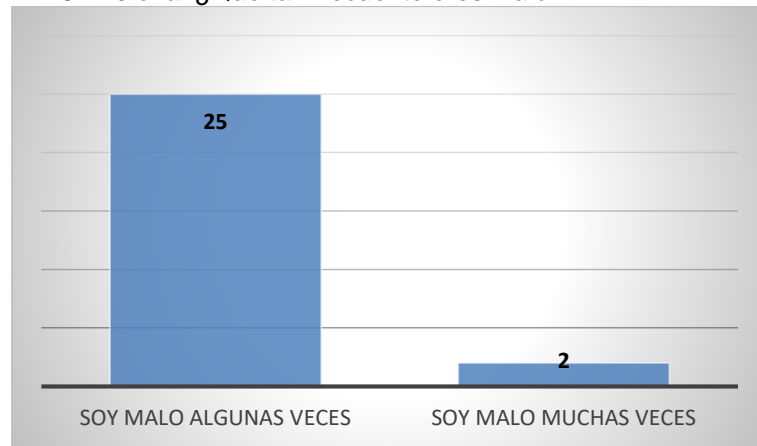
Tabla 7

5. *Disforia: ¿Qué tan frecuente eres malo?*

	Frecuencia	Porcentaje
Soy malo algunas veces	25	92.6
Soy malo muchas veces	2	7.4
Total	27	100.0

Grafica 7

5. *Disforia: ¿Qué tan frecuente eres malo?*



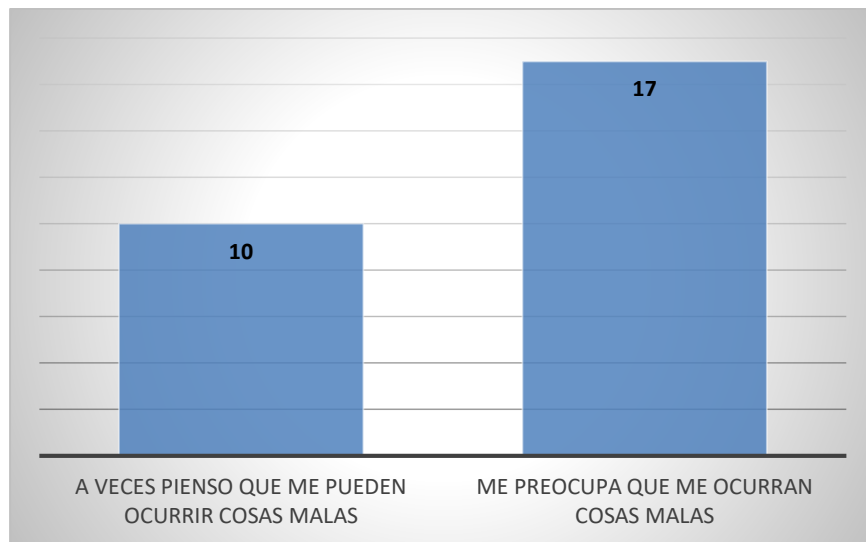
Tomando de referencia los resultados, se observa que los sujetos suelen verse “*malos algunas veces*”, lo cual es parte de la etapa del desarrollo en la que se encuentran, ya que como menciona Papalia (2012) en esta etapa los niños empiezan a ser conscientes de que poseen emociones contradictorias, y usar la comparación con sus pares para emitir una opinión de sí mismos; también se puede ver que solo dos se consideraron ser “*malo*” muchas veces y ninguno se ve como “*malo siempre*”, lo cual indica que parte de su desarrollo.

Por su parte, el reactivo seis, que forma parte de la escala de valoración de autoestima, se refiere a la percepción del sujeto en cuanto a si cree que las cosas que le van a pasar van a ser “malas” o “terribles”, lo cual, tiene una relación con el autoestima debido a que si cree que le va a pasar esto, ello moldeará su conducta junto con su modo de sentir y pensar de una forma disfuncional, como resultados se encontró que 10 sujetos (37.0%) señalaron la opción “A veces pienso que me pueden ocurrir cosas malas”, mientras que 17 (63.0%), eligieron la opción “Me preocupa que me ocurran cosas malas” (véase tabla 8 y gráfica 8).

Tabla 8
6. Autoestima: ¿Consideras que te van a pasar cosas malas o terribles?

	Frecuencia	Porcentaje
A veces pienso que me pueden ocurrir cosas malas	10	37.0
Me preocupa que me ocurran cosas malas	17	63.0
Total	27	100.0

Gráfica 8
6. Autoestima: ¿Consideras que te van a pasar cosas malas o terribles?



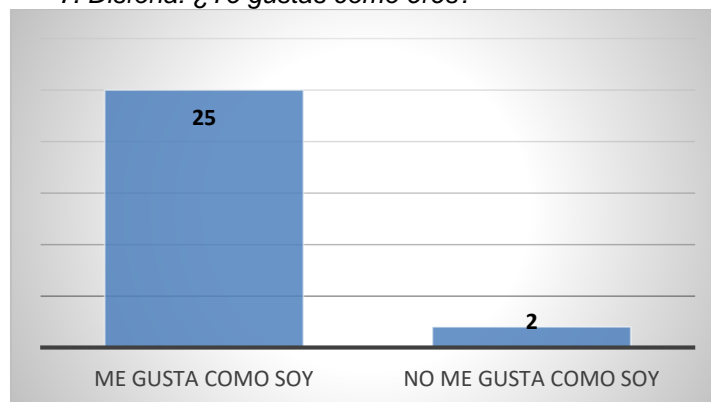
Los resultados indican, que la mayor parte de la población indicó pensar y sentirse preocupado de que le llegue a ocurrir “*cosas malas*” o “*desfavorables*”, sin embargo, esto no indica que aseguren que así vaya a ser, lo cual no necesariamente indica la existencia de un pensamiento catastrofista de su futuro, por lo que los resultados en este reactivo permiten plantear que no hay sujetos que presenten una sintomatología depresiva.

Por otra parte, el reactivo siete forma parte de la medición de la escala de disforia, el cual permite conocer la autopercepción en función de si se gusta, como resultados se encontró que 25 sujetos (92.6%) indicaron la opción “*Me gusta como soy*”, dos sujetos (7.4%) reportaron “*No me gusta como soy*” (véase tabla 9 y gráfica 9).

Tabla 9
7. Disforia: ¿Te gustas cómo eres?

	Frecuencia	Porcentaje
Me gusta como soy	25	92.6
No me gusta como soy	2	7.4
Total	27	100.0

Gráfica 9
7. Disforia: ¿Te gustas cómo eres?



Con base a los resultados, se observa que la mayoría de los sujetos tienen un concepto favorable de sí mismos que les permite gustarse y por ende aceptarse, teniendo así que también hubo dos que mencionaron que “no se gustan tal y como son”, lo que podría indicar la presencia de tener un síntoma asociado con la depresión debido a que tener este tipo de pensamiento puede indicar la presencia de una serie de distorsiones cognitivas, como lo son: exigencias perfeccionistas, sesgo confirmatorio o pensamientos catastrofistas (Sue et al., 2010).

El reactivo siguiente al igual que el anterior, valora la presencia de disforia con referencia a la percepción de culpabilidad acerca de acontecimientos que se percibe como malos, como resultados se encontró que 17 de los sujetos (63.0%) indicaron la opción “Generalmente no tengo la culpa de que ocurran cosas malas”, nueve (33.3%) optaron por la opción “Muchas cosas malas son culpa mía” y solo un sujeto (3.7%) menciona que “Todas las cosas malas son culpa mía” (véase tabla 10 y gráfica 10).

Tabla 10
8. Disforia: ¿Qué tanto las cosas malas son tu culpa?

	Frecuencia	Porcentaje
Generalmente no tengo la culpa de que ocurran cosas malas	17	63.0
Muchas cosas malas son culpa mía	9	33.3
Todas las cosas malas son culpa mía	1	3.7
Total	27	100.0

Grafica 10

8. Disforia: ¿Qué tanto las cosas malas son tu culpa?



Los resultados obtenidos, indican que la mayoría de los sujetos no se considera culpable de que las cosas malas tengan que ver con él, lo cual es indicador de un pensamiento funcional y adaptativo, por otro lado, el que nueve de los sujetos considerará que muchas de las “*cosas malas son su culpa*”, implican la presencia de una posible serie de distorsiones cognitivas como lo son: la personalización y atención selectiva, además el que un sujeto considere que “*todas las cosas malas son la culpa de él*” es un indicador de la presencia de sintomatología depresiva.

El siguiente reactivo forma parte de la escala de disforia y evalúa la presencia de pensamientos suicidas, como resultados se encontró que 25 sujetos (92.6%) seleccionaron la opción “*No pienso en matarme*”, mientras que dos (7.4%) señalaron la opción “*Pienso en matarme, pero no lo haría*” y ningún sujeto indicó la opción “*Quiero matarme*” (véase tabla 11 y gráfica 11).

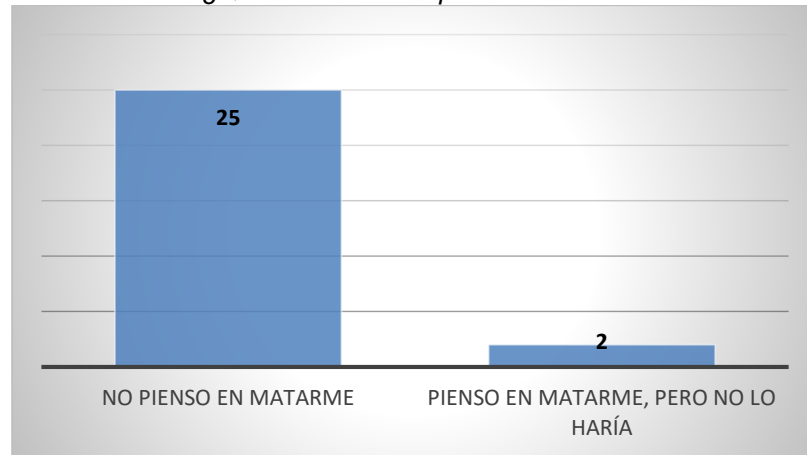
Tabla 11

9. Disforia: ¿Qué tan frecuente piensas en matarte?

	Frecuencia	Porcentaje
No pienso en matarme	25	92.6
Pienso en matarme, pero no lo haría	2	7.4
Total	27	100.0

Grafica 11

9. Disforia: ¿Qué tan frecuente piensas en matarte?



Con base en los resultados, la mayoría de los sujetos indicaron no tener pensamientos suicidas, dos sujetos mencionaron haberlo pensado, pero no llevarlo a cabo, lo cual puede estar asociado con la experimentación de situaciones angustiantes o desagradables que una vez que se superaron ya no se presentó ese pensamiento y con ello la posibilidad de realizar un acto suicida; cabe señalar que la presencia de pensamientos suicidas se encuentra relacionado con la depresión, y es un síntoma potencialmente peligroso ya que atenta con la vida del sujeto (OMS, 2017 & Cárdenas et al., 2011).

Con respecto al reactivo 10, que forma parte de la escala de disforia, este pretendió conocer la frecuencia con la que el sujeto se siente ganas de llorar, como resultados se obtuvo que 25 sujetos (92.6%) eligieron la opción “*Tengo ganas de llorar de vez en*

cuando”, y dos (7.4%) optaron por la opción “Tengo ganas de llorar muchos días” (véase tabla 12 y gráfica 12).

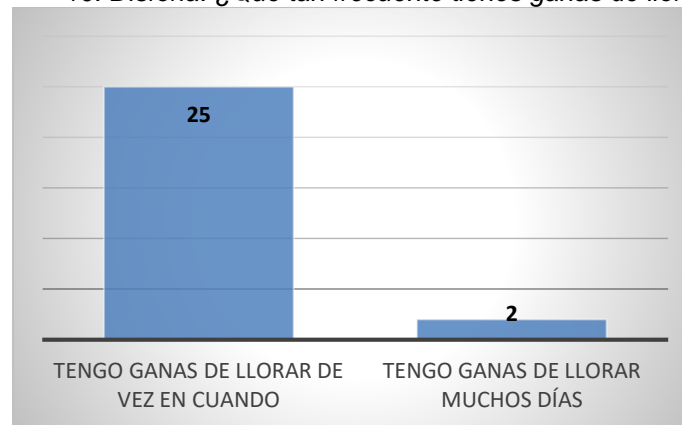
Tabla 12

10. Disforia: ¿Qué tan frecuente tienes ganas de llorar?

	Frecuencia	Porcentaje
Tengo ganas de llorar de vez en cuando	25	92.6
Tengo ganas de llorar muchos días	2	7.4
Total	27	100.0

Gráfica 12

10. Disforia: ¿Qué tan frecuente tienes ganas de llorar?



En este reactivo la mayoría de los sujetos reportaron tener “*ganas de llorar de vez en cuando*”, lo cual de acuerdo con la escala del reactivo indica una ausencia de sintomatología asociada con la depresión, esto es así debido a que los sujetos pasan por diversas situaciones en la vida diaria, lo que lleva consigo a la experimentación de distintas emociones, entre ellas la tristeza, lo cual se considera normal; sin embargo dos sujetos indicaron tener ganas de llorar muchos días, lo cual no es la opción que demuestra la mayor presencia de sintomatología depresiva ya que existe otra que indica una frecuencia de “*siempre*”, no obstante el que hayan escogido esta opción implica la experimentación de un estado de ánimo de tristeza con una duración prolongada, esto debido a que como menciona Sue et al (2010), con respecto a la sintomatología depresiva, las ganas de llorar

frecuentemente pueden ser producto de una frustración o enojo y suelen no tener un motivo lógico o causa aparente.

En el siguiente reactivo es el número 11 corresponde a la valoración de la autoestima en el sujeto, para ello trata de evaluar la frecuencia con que el sujeto se preocupa por las cosas, con los incisos “*Las cosas me preocupan de vez en cuando*”, de la cual 13 sujetos (48.1%), eligieron esta opción, “*Las cosas le preocupan muchas veces*”, nueve sujetos (33.3%) y cinco sujetos (18.5%) eligen la opción “*Las cosas le preocupan siempre*” (véase la tabla 13 y la gráfica 13).

Tabla 13

11. Autoestima: ¿Qué tan frecuente te preocupan las cosas?

	Frecuencia	Porcentaje
Las cosas me preocupan de vez en cuando	13	48.1
Las cosas me preocupan muchas veces	9	33.3
Las cosas me preocupan siempre	5	18.5
Total	27	100.0

Grafica 13

11. Autoestima: *¿Qué tan frecuente te preocupan las cosas?*



Se puede apreciar que la mayoría de los sujetos tienden a preocuparse por las cosas, lo cual de acuerdo a la etapa del desarrollo en la que se encuentran, es normal y los temas de preocupación giran en torno al aspecto físico, social y emocional, puesto que se van reafirmando nuevas competencias e interacciones sociales (Rasumí, 2008), sin embargo cerca de una quinta parte se considera que “*siempre están preocupados*”, esto podría tener consecuencias al momento de concentrarse, en la capacidad que poseen de influir en su presente y en la toma de decisiones; proceso que de alguna manera afectan su desempeño escolar.

El siguiente reactivo es el número 12, pertenece a la escala de disforia y pretende detectar el nivel de satisfacción del sujeto al relacionarse con los demás, como resultados se encontró que 20 sujetos (74.1%), seleccionaron la opción “*Me gusta estar con la gente*”, seis (22.2%) eligieron la opción “*Muy a menudo no me gusta estar con la gente*” y uno (3.7%) eligió la opción “*No quiero en absoluto estar con la gente*” (véase la tabla 14 y la gráfica 14).

Tabla 14
 12. Disforia: ¿Te gusta estar con la gente?

	Frecuencia	Porcentaje
Me gusta estar con la gente	20	74.1
Muy a menudo no me gusta estar con la gente	6	22.2
No quiero en absoluto estar con la gente	1	3.7
Total	27	100.0

Grafica 14
 12. Disforia: ¿Te gusta estar con la gente?



Para Rodríguez (2014) esta etapa se caracteriza por que los sujetos comienzan a tener mayores relaciones sociales e importancia en su vida, generando amistades con sus pares, por lo cual se puede comprender los resultados de la gráfica en la que la mayoría de los sujetos “*les gusta estar con la gente*”, también se observa que un porcentaje significativo de sujetos “*no le suele gustar estar con la gente*” y solo una menciona “*no querer estar con la gente*”, el que un alumno se prive de estar en contacto con las demás personas supone un obstáculo para aprender a resolver conflictos, y la construcción de sí mismo que se produce por su relación con los demás (Sadurní, 2008).

El siguiente reactivo fue el 13 y tuvo por finalidad evaluar el autoestima, bajo la dimensión de conocer el grado de facilidad para la toma de decisiones, con ello se encontró que ocho sujetos (29.6%) indicó la opción “*Me decido fácilmente*”, 17 (63.0%) optaron

por la opción de “*Me cuesta decidirme*” y dos (7.4%) dijeron “*No puedo decidirme*” (véase la tabla 15 y la gráfica 15).

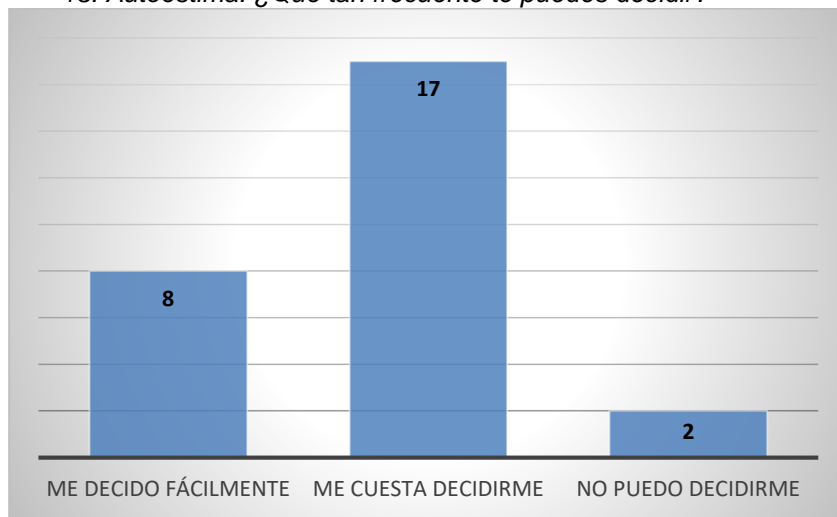
Tabla 15

13. Autoestima: ¿Qué tan frecuente te puedes decidir?

	Frecuencia	Porcentaje
Me decido fácilmente	8	29.6
Me cuesta decidirme	17	63.0
No puedo decidirme	2	7.4
Total	27	100.0

Gráfica 15

13. Autoestima: ¿Qué tan frecuente te puedes decidir?



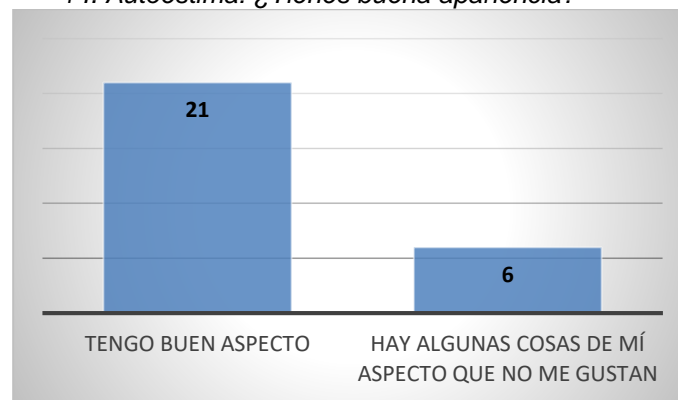
Como se pudo observar a la mayoría de la población presenta dificultades para la toma de decisiones, esto se puede considerar así, ya que en esta etapa se presentan diversos cambios en su físicos y cognitivos, siendo uno de estos lo relacionado a concebir su entorno, por ende sus opciones de respuestas son variadas, sumado a lo que piensen de él tiene una ponderación mayor, así mismo se tiene que el no poder decidirse, también tendría consecuencias en el sujeto, como frustraciones y evitar estar en situaciones donde tenga que brindar una decisión propia, esto conllevaría a experimentar estados emocionales que pueden estar asociados con sintomatología depresiva.

El reactivo 14, se encuentra dentro de la escala de autoestima, y permite conocer la percepción del gusto por su apariencia, como resultados se encontró que 21 sujetos (77.8%) seleccionaron la opción “*Tengo buen aspecto*”, seis (22.2%) eligieron la opción “*Hay algunas cosas de mi aspecto que no me gustan*”. (Véase la tabla 16 y la gráfica 16).

Tabla 16
14. Autoestima: ¿Tienes buena apariencia?

	Frecuencia	Porcentaje
Tengo buen aspecto	21	77.8
Hay algunas cosas de mí aspecto que no me gustan	6	22.2
Total	27	100

Gráfica 16
14. Autoestima: ¿Tienes buena apariencia?



De acuerdo con los resultados presentados tenemos que la mayoría de los sujetos les agrada su aspecto, así mismo también hay un porcentaje importante de sujetos donde su autopercepción no les gusta del todo, por lo cual para comprender a este porcentaje tenemos que acuerdo con Sandurni et al. (2008), Esta etapa trae consigo cambios considerables en el desarrollo del infante, dichos cambios físicos son variados en tamaños y aspectos, por lo cual trae sentimientos de ser diferentes con sus iguales, teniendo efectos en su autoconcepto, igualmente Rodríguez (2014), menciona que las características físicas

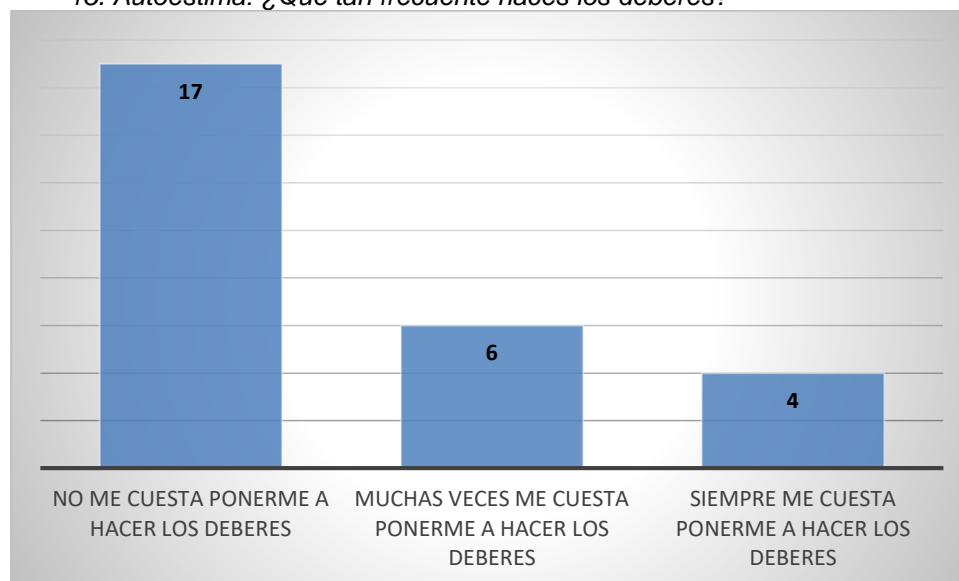
tienen una importancia en el mundo del niño, puesto que afectarían la manera en cómo los demás niños se comportan con ellos, afectando directamente en su autoestima.

El reactivo 15, forma parte de la escala que valora la autoestima, éste trata de explorar que tanto le cuesta al sujeto hacer los deberes, teniendo como resultado que 17 sujetos (63%) reportaron “No me cuesta ponerme a hacer los deberes”, mientras que seis (22.2%), indicaron “Muchas veces me cuesta ponerme a hacer los deberes”, y por último cuatro sujetos (14.8%), optaron por la opción “Siempre me cuesta ponerme a hacer los deberes” (véase la tabla 17 y la gráfica 17).

Tabla 17
15. Autoestima: ¿Qué tan frecuente haces los deberes?

	Frecuencia	Porcentaje
No me cuesta ponerme a hacer los deberes	17	63
Muchas veces me cuesta ponerme a hacer los deberes	6	22.2
Siempre me cuesta ponerme a hacer los deberes	4	14.8
Total	27	100

Gráfica 17
15. Autoestima: ¿Qué tan frecuente haces los deberes?



Se observa, que la mayoría de los sujetos considera que no le es difícil ponerse a hacer los deberes, lo que posee un efecto favorable debido a que contribuye a sentirse seguro, capaz y con autoconfianza, así como poseer una buena comprensión de los temas que se le presentan, también se tiene que 10 de los sujetos les cuesta ponerse a hacer los deberes, lo que podría tener una influencia no favorable sobre las áreas descritas.

El reactivo 16, forma parte de la escala de disforia, este valora la duración con la que los sujetos logran conciliar el sueño, como resultados se encontró que 15 sujetos (55.6%) seleccionaron la opción “*Duermo bien*”, mientras que ocho (29.6%) reportaron “*Muchas veces me cuesta dormirme*”, y cuatro (14.8%) indicaron “*Todas las noches me cuesta dormirme*” (véase la tabla 18 y la gráfica 18).

Tabla 18
16. Disforia: ¿Qué tan frecuente te cuesta dormirte?

	Frecuencia	Porcentaje
Duermo bien	15	55.6
Muchas veces me cuesta dormirme	8	29.6
Todas las noches me cuesta dormirme	4	14.8
Total	27	100.0

Gráfica 18
16. Disforia: ¿Qué tan frecuente te cuesta dormirte?



Los resultados indican que la mayoría de los sujetos no presentan inconvenientes en dormir, sin embargo también hay un porcentaje significativo que consideran tener

dificultades y una sexta parte considera que todas las noches les cuesta dormir; en este sentido Sue et al (2010), menciona que este síntoma es uno de los múltiples síntomas fisiológicos que se experimentan en la depresión, puesto que hay presencia de una perturbación en la cálida del sueño.

El reactivo 17, forma parte de la escala de disforia y trata de explorar la frecuencia con la que el sujeto percibe estar cansado, los resultados indicaron que 20 sujetos (74.1%) indicaron “*Estoy cansado de vez en cuando*”, cuatro (14.8%) eligieron la opción “*Estoy cansado muchos días*”, y tres (11.1%) mencionaron “*Estar cansado siempre*”, (véase la tabla 19 y la gráfica 19).

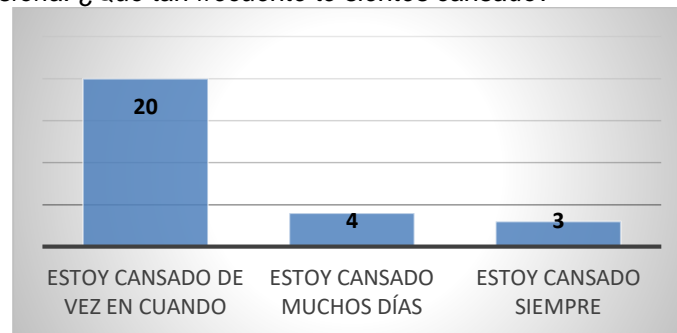
Tabla 19

17. Disforia: ¿Qué tan frecuente te sientes cansado?

	Frecuencia	Porcentaje
Estoy cansado de vez en cuando	20	74.1
Estoy cansado muchos días	4	14.8
Estoy cansado siempre	3	11.1
Total	27	100.0

Gráfica 19

17. Disforia: ¿Qué tan frecuente te sientes cansado?



De acuerdo con los resultados obtenidos, se observa que un porcentaje significativo manifiesta estar cansado de vez en cuando, lo que se refiere que en estos participantes la

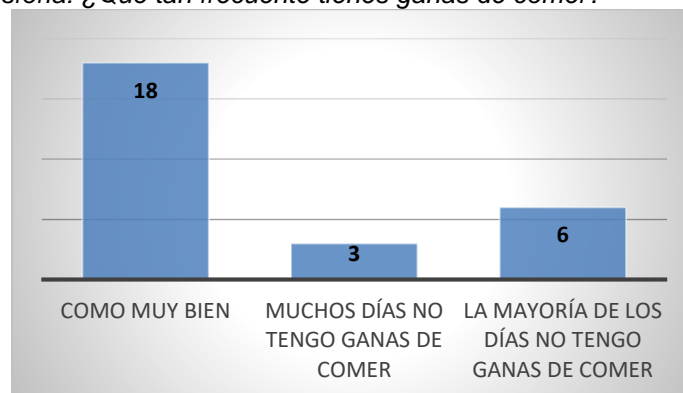
frecuencia con la que se presenta la sensación de cansancio es baja, esto conllevaría a que su rendimiento cotidiano no se vea afectado, también se obtuvo un porcentaje bajo de sujetos que manifestó, una frecuencia mayor con relación a estar casado siempre o muchos días, lo que conllevaría una sensación de querer descansar constantemente, y tratar de hacer menos actividades como medio de ahorro de energía; esto algunas veces puede llevarlo a evitar experimentar actividades que contribuyan a su desarrollo social y escolar.

El siguiente reactivo es el número 18, forma parte de la escala de disforia y explorar la frecuencia con la que el sujeto tiene apetito, como resultados se encontró que 18 sujetos (66.7%) eligieron la opción “*Como muy bien*”, tres (11.1%) seleccionaron la opción “*Muchos días no tengo ganas de comer*” y seis (22.2%) optaron por la opción “*La mayoría de los días no tengo ganas de comer*” (véase la tabla 20 y la gráfica 20).

Tabla 20
18. Disforia: ¿Qué tan frecuente tienes ganas de comer?

	Frecuencia	Porcentaje
Como muy bien	18	66.7
Muchos días no tengo ganas de comer	3	11.1
La mayoría de los días no tengo ganas de comer	6	22.2
Total	27	100

Gráfica 20
18. Disforia: ¿Qué tan frecuente tienes ganas de comer?



Como se observó en la tabla y gráfica, la mayoría de los sujetos reportó tener un buen apetito, mientras, que una tercera parte mencionó no tener ganas de comer la mayor parte del tiempo, esto podría conducir a no tener la energía necesaria para las actividades cotidianas o en su caso tener repercusiones en un adecuado desarrollo.

El reactivo 19, forma parte de la escala de autoestima, el cual pretende explorar la preocupación por la experimentación del dolor y enfermedad, como resultados se encontró que siete sujetos (25.9%) eligieran la opción “*No me preocupa el dolor ni la enfermedad*”, 15 sujetos (55.6%) indicaron “*Muchas veces me preocupa el dolor y la enfermedad*”, y cinco (18.5%) reportaron la opción “*Siempre me preocupa el dolor y la enfermedad*” (véase la tabla 21 y la gráfica 21).

Tabla 21
19. Autoestima: ¿Te preocupa el dolor y la enfermedad?

	Frecuencia	Porcentaje
No me preocupa el dolor ni la enfermedad	7	25.9
Muchas veces me preocupa el dolor y la enfermedad	15	55.6
Siempre me preocupa el dolor y la enfermedad	5	18.5
Total	27	100

Gráfica 21
19. Autoestima: ¿Te preocupa el dolor y la enfermedad?



Al analizar los datos se observa que la mayoría de los sujetos “sienten una preocupación por el experimentar dolor y enfermedad”, teniendo que algunos de ellos se preocupan de una manera significativa, lo que podría suponer una falta de atención hacia las actividades que se realizan en su día a día, y con ello tener una menor percepción por disfrutar su vida, sin embargo, esto no implica necesariamente un grado grave de afectación en su funcionamiento cotidiano debido a que el contexto familiar y social, influye directamente en el desarrollo y comportamiento, ya que son estas instancias las que lo orientan en cuanto a lo que está “bien o mal” (Gómez y Heredia, 2013).

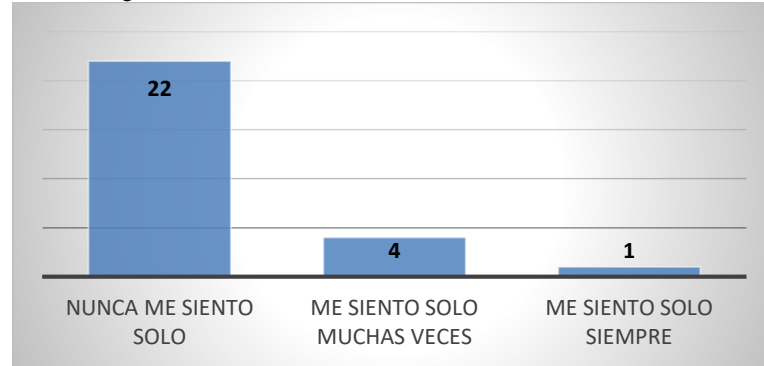
El reactivo 20 corresponde a la subescala de disforia, este permite conocer la frecuencia con la que el sujeto percibe sentirse solo, como resultados se encontró que 22 sujetos (81.5%) eligieron la opción “Nunca me siento solo”, cuatro (14.8%) seleccionaron la opción “Me siento solo muchas veces”, y uno (3.7%) eligió la opción “Me siento solo siempre” (véase la tabla 22 y la gráfica 22).

Tabla 22
20. Disforia: ¿Qué tan frecuente te sientes solo?

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca me siento solo	22	81.5
Me siento solo muchas veces	4	14.8
Me siento solo siempre	1	3.7
Total	27	100

Grafica 22

20. Disforia: ¿Qué tan frecuente te sientes solo?



Con base en los resultados, se observa que la mayoría de los sujetos tienen una percepción positiva en cuanto a que se sienten acompañados, esto puede hacer que experimenten una sensación de confort, en contraparte se encontró que una menor cantidad de sujetos se consideró sentirse solo muchas veces, y solo un sujeto mencionó sentirse solo siempre, esto puede ser considerado como un síntoma asociado con la depresión puesto que se puede llegar a tener la sensación de no poseer redes de apoyo o baja motivación.

El reactivo 21, forma parte de la escala de disforia, y trata de explorar el agrado en que el sujeto considera que se divierte en la escuela, como resultados se encontró que 19 sujetos (70.4%) seleccionaron la opción “*Me divierto en el colegio muchas veces*”, siete (25.9%) seleccionaron la opción “*Me divierto en el colegio solo de vez en cuando*”, y uno (3.7%) eligió la opción “*Nunca me divierto en el colegio*” (véase la tabla 23 y la gráfica 23).

Tabla 23

21. Disforia: ¿Qué tan frecuente te diviertes en el colegio?

	Frecuencia	Porcentaje
Me divierto en el colegio muchas veces	19	70.4
Me divierto en el colegio sólo de vez en cuando	7	25.9
Nunca me divierto en el colegio	1	3.7
Total	27	100

Grafica 23

21. Disforia: ¿Qué tan frecuente te diviertes en el colegio?



Con base en los resultados, la mayoría de los sujetos consideraron que el colegio es un ambiente que les genera diversión, lo que trae consigo la sensación de estar en un lugar que consideran agradable y por ende querer estar en este lugar, lo cual es un factor protector para no desarrollar sintomatología depresiva, mientras que el sujeto que reportó nunca divertirse en el colegio puede percibir que no le sea grato estar ahí.

Continuando con los reactivos, que valoran la escala de disforia, el reactivo 22 trata de explorar las amistades con las que cuenta el sujeto, como resultados se encontró que 23 sujetos (85.2%) indicaron la opción “*Tengo muchos amigos*”, tres (11.1%) seleccionaron la opción “*Tengo algunos amigos, pero me gustaría tener más*” y solo uno (3.7%) eligió la opción “*No tengo amigos*” (véase la tabla 24 y la gráfica 24).

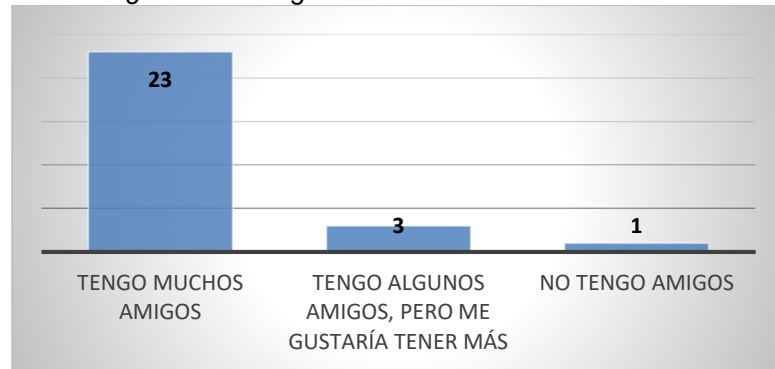
Tabla 24

22. *Disforia: ¿Cuántos amigos tienes?*

	Frecuencia	Porcentaje
Tengo muchos amigos	23	85.2
Tengo algunos amigos, pero me gustaría tener más	3	11.1
No tengo amigos	1	3.7
Total	27	100.0

Grafica 24

22. *Disforia: ¿Cuántos amigos tienes?*



Teniendo en cuenta los resultados, y con base en lo que se ha mencionado en sesiones anteriores, la etapa en la que se encuentran los sujetos trae consigo un nuevo entorno que va más allá del círculo familiar, y es por esto que los amigos empiezan a tener una ponderación en la vida del sujeto, lo cual ayuda a comprender por qué en su mayoría los sujetos consideran que tienen muchos amigos o que les gustaría tener más, y solo uno percibe no tener amigos, además el tener amigos es un factor de protección para no experimentar sintomatología asociada con la deprevida (Del Barrio & Carrasco, 2013).

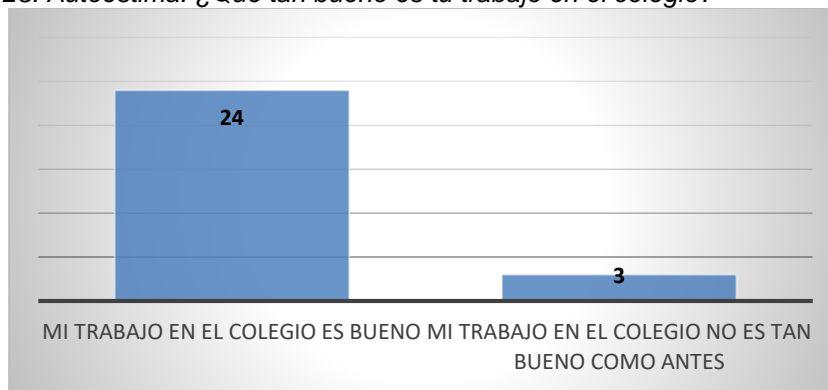
El siguiente reactivo, el número 23, corresponde a la escala de autoestima, éste trata de explorar la calidad que percibe el sujeto con su trabajo en el colegio, como resultados se encontró que 24 sujetos (88.9%), eligieron la opción “*Mi trabajo en el colegio es*

bueno”, y tres (11.1%) reportaron la opción “*Mi trabajo no es tan bueno como antes*”, (véase la tabla 25 y la gráfica 25).

Tabla 25
23. Autoestima: ¿Qué tan bueno es tu trabajo en el colegio?

	Frecuencia	Porcentaje
Mi trabajo en el colegio es bueno	24	88.9
Mi trabajo en el colegio no es tan bueno como antes	3	11.1
Total	27	100.0

Gráfica 25
23. Autoestima: ¿Qué tan bueno es tu trabajo en el colegio?



Al analizar los resultados obtenidos, se observa que la mayoría de los sujetos considera hacer un buen trabajo en el colegio, lo que podría significar una percepción positiva en su presente y futuro referente a los estudios y su participación en ello; también, se observa que una minoría de los participantes concibe, que su trabajo ya no es tan bueno, pero no necesariamente eso implica que no les guste nada de lo que se refiere a su trabajo y puede deberse a la adecuación hacia el trabajo escolar. Por otro lado, este resultado hace referencia a una percepción negativa de uno mismo, lo cual puede ser un indicador de sintomatología depresiva, de acuerdo con Casullo et al. (2000), esto guarda relación con la existencia de un pensamiento perfeccionista, que lo lleva a tener expectativas no realistas

y exigencias desadaptativas que en caso de no satisfacerse puede traer consigo malestar que se puede vincular con la depresión.

El reactivo 24, corresponde a la escala de autoestima, y este valora la percepción del sujeto en cuanto ser “bueno” o “malo” en comparación con los demás niños, como resultados se encontró que 11 sujetos (40.7%) eligieron la opción “*Soy tan bueno como otros niños*”, 14 (51.9%) eligieron la opción “*Si quiero, puedo ser tan bueno como otros niños*”, y dos (7.4%) indicaron la opción “*Nunca podré ser tan bueno como los otros niños*” (véase la tabla 26 y la gráfica 26).

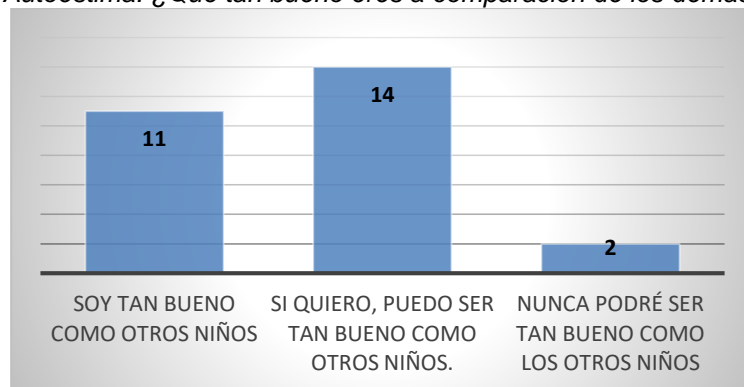
Tabla 26

24. Autoestima: ¿Qué tan bueno eres a comparación de los demás niños?

	Frecuencia	Porcentaje
Soy tan bueno como otros niños	11	40.7
Si quiero, puedo ser tan bueno como otros niños.	14	51.9
Nunca podré ser tan bueno como los otros niños	2	7.4
Total	27	100

Gráfica 26

24. Autoestima: ¿Qué tan bueno eres a comparación de los demás niños?

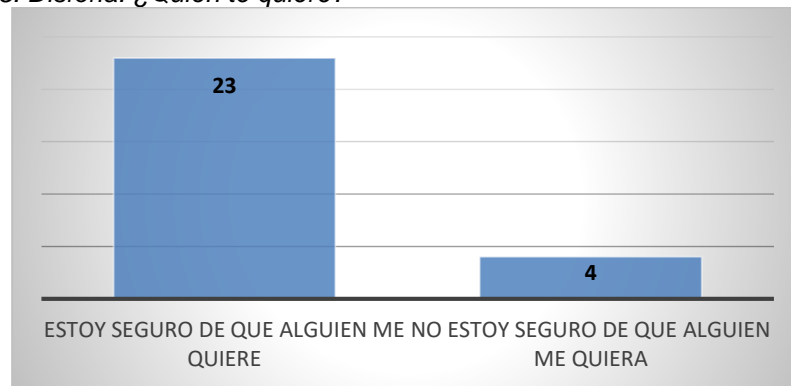


El reactivo 25, forma parte de la escala de disforia, y trata de explorar la percepción del sujeto en cuanto al cariño que siente tener de alguien más, como resultados se obtuvo que 23 sujetos (85.2%), reportaron la opción “*Estoy seguro de que alguien me quiere*” y cuatro (14.8%) consideró la opción “*No estar seguro de que alguien me quiera*” (véase la tabla 27 y la gráfica 27).

Tabla 27
25. Disforia: ¿Quién te quiere?

	Frecuencia	Porcentaje
Estoy seguro de que alguien me quiere	23	85.2
No estoy seguro de que alguien me quiera	4	14.8
Total	27	100.0

Grafica 27
25. Disforia: ¿Quién te quiere?



Respecto a los resultados que se encontraron la mayoría indicó tener una sensación de estar seguro de que se le quiere, lo que genera en sí mismo una sensación de valía y aceptación, que le brinda confort y confianza, también se deja ver que algunos indicaron no sentirse seguros de que alguien los quiera, pero esto no indica que estén seguros de que

nadie los quiera, no obstante, el que indiquen esto se puede asociar con la presencia de una creencia desfavorecedora que puede generar sintomatología depresiva (Sue et al., 2010).

El reactivo 26 es el último que conforma la escala de autoestima, y trata de explorar que tanto el sujeto tiende a realizar las ordenes que se le dan, como resultados se obtuvo que 19 sujetos (70.4%) indicaran la opción “*Generalmente hago lo que me dicen*”, siete (25.9%) reportaron la opción “*Muchas veces hago lo que me dicen*” y un sujeto (3.7%) consideró la opción “*Nunca hago lo que me dicen*” (véase la tabla 28 y la gráfica 28).

Tabla 28

26. Autoestima: ¿Qué tan frecuente haces lo que te dicen?

	Frecuencia	Porcentaje
Generalmente hago lo que me dicen	19	70.4
Muchas veces hago lo que me dicen	7	25.9
Nunca hago lo que me dicen	1	3.7
Total	27	100.0

Gráfica 28

26. Autoestima: ¿Qué tan frecuente haces lo que te dicen?



Partiendo de los resultados, se observa que la gran mayoría de los sujetos indicaron que llevan a cabo las indicaciones que se les dan, también un menor porcentaje menciona muchas veces no hacer lo que le dicen o nunca hacerlo, en este sentido cabe desatacar que

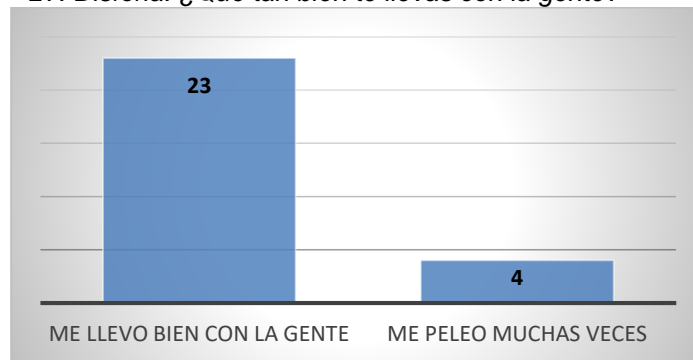
el sujeto en esta etapa va generando también su autonomía, lo que en ocasiones puede contradecir lo que indiquen sus autoridades (Papalia et al., 2012).

Por último, el reactivo 27 forma parte de la escala de disforia, y se centra en saber que tan bien se lleva con la gente, como resultados se encontró que 23 sujetos (85.2%) eligieron la opción “*Me llevo bien con la gente*”, y cuatro (14.8%) eligieron la opción “*Me peleo muchas veces*” (véase la tabla 29 y la gráfica 29).

Tabla 29
27. Disforia: ¿Qué tan bien te llevas con la gente?

	Frecuencia	Porcentaje
Me llevo bien con la gente	23	85.2
Me peleo muchas veces	4	14.8
Total	27	100.0

Gráfica 29
27. Disforia: ¿Qué tan bien te llevas con la gente?



De acuerdo con los resultados, se observa que la mayoría de los sujetos indicó llevarse bien con la gente, mientras que una menor cantidad mencionó pelearse muchas veces; el que tengan diferencias con los demás puede ser contextualizado en la etapa del desarrollo en la que se encuentran ya que se encuentran identificando cuáles son sus gustos e intereses, lo cual puede ser contrastante con lo que le indiquen los adultos (Papalia et al., 2012), no obstante, el que tengan de manera frecuente diferencias con los demás puede ser

indicador de sintomatología depresiva ya que como lo menciona la APA (2014) y Sue et al., (2010), en la sintomatología depresiva se pueden presentar episodios de enojo que traen consigo diferencias con los demás.

4.4. Niveles obtenidos en el inventario

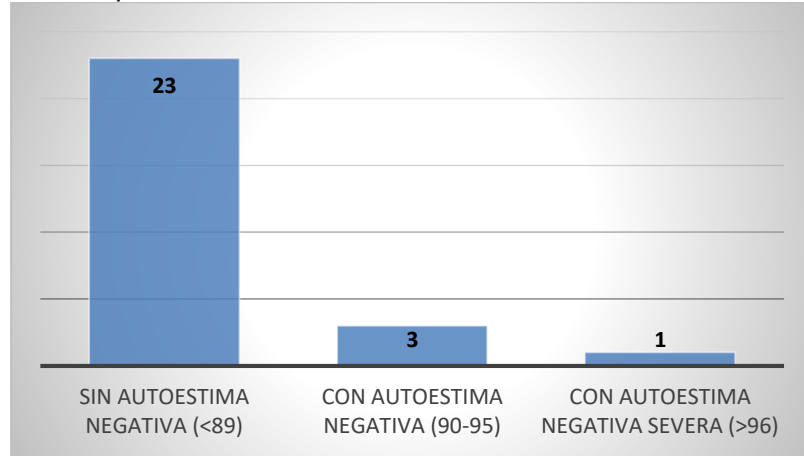
La siguiente sección, tiene por objetivo presentar los resultados que se obtuvieron en las dos subescalas que conformaron el CDI, para luego presentar el resultado de la escala de depresión, con base a esta información, se podrá dar respuesta a los elementos señalados en el planteamiento del problema que fue descrito en el capítulo uno.

Con referencia a los resultados obtenidos, en la escala de autoestima, la cual pretendía conocer la sintomatología depresiva en infantes, se encontró que 23 sujetos (85.2%), se encontraron en el nivel “*Sin autoestima negativa*”, tres (11.1%) obtuvieron un nivel de “*Autoestima negativa*”, y uno (3.7%) obtuvo el nivel de “*Autoestima negativa severa*”, (véase la tabla 30 y la gráfica 30).

Tabla 30
Interpretación en Autoestima

	Frecuencia	Porcentaje
Sin autoestima negativa	23	85.2
Con autoestima negativa	3	11.1
Con autoestima negativa severa	1	3.7
Total	27	100.0

Grafica 30
Interpretación en Autoestima



Partiendo de los resultados, se observa que la gran mayoría de los sujetos tienen una “autoestima no negativa”, es decir, que tienen una autoestima favorable, lo cual es un factor que permite un mejor desenvolvimiento en su vida cotidiana y además ser un factor de protección para la presencia de depresión, sin embargo, el 11% de los sujetos obtuvieron una autoestima negativa, y el 3.7% una autoestima negativa severa, así pues, la mayoría de los sujetos tienen una autoestima “sana” y solo una minoría no la posee, como menciona Papalia (2012), la autoestima en esta etapa toma un nuevo valor y depende del entorno donde se encuentra el sujeto, puesto que se forma la idea de ser capaz de dominar habilidades y completar tareas, usando la comparación con sus similares, para sentirse a gusto o inadecuados consigo mismos, lo cual de acuerdo con Del Barrio & Carrasco (2013), no poseer una autoestima “sana”, es un factor de riesgo para desarrollar depresión infantil, esto debido a que la manera en la uno mismo se percibe tiene una influencia en la manera en cómo el sujeto se comporta.

Con respecto a la subescala de la disforia, la cual pretendía conocer la presencia de síntomas depresivos como lo eran: el humor depresivo, tristeza, preocupación, anhedonia,

culpa, pensamiento suicida, sueño, sensación de hambre y energía. Se obtuvo que 24 sujetos (88.9%) obtuvieron la categoría “Sin disforia”, uno (3.7%) obtuvo la categoría “Con disforia” y dos (7.4%), con la categoría “Con disforia severa”, (véase la tabla 31 y la gráfica 31).

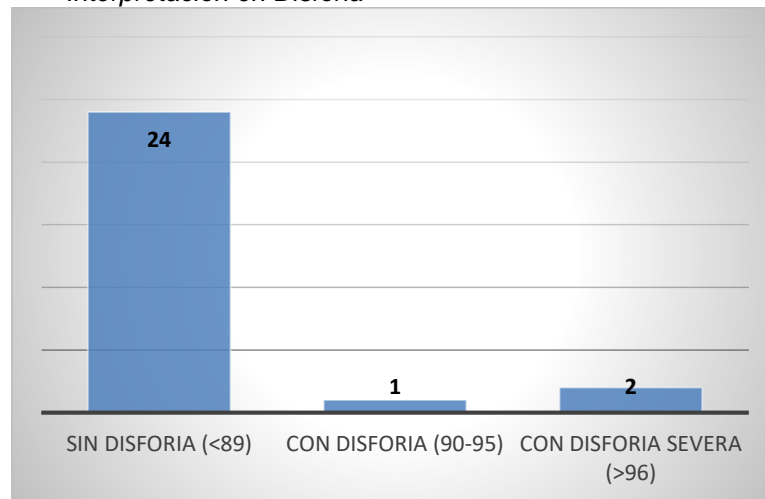
Tabla31

Interpretación en Disforia

	Frecuencia	Porcentaje
Sin disforia	24	88.9
Con disforia	1	3.7
Con disforia severa	2	7.4
Total	27	100.0

Gráfica 31

Interpretación en Disforia



Al analizar los resultados, el 88.9% de la población que contestó el inventario no presenta disforia, lo que conlleva a tener una adecuada gestión de sus emociones, lo que los alejaría de presentar sintomatología depresiva, por otro lado se encontró que el 11.1% tiene algún grado de disforia, y dos terceras partes de este porcentaje la tiene en forma severa, esto indica que estos sujetos presenta una sintomatología vinculada con depresión,

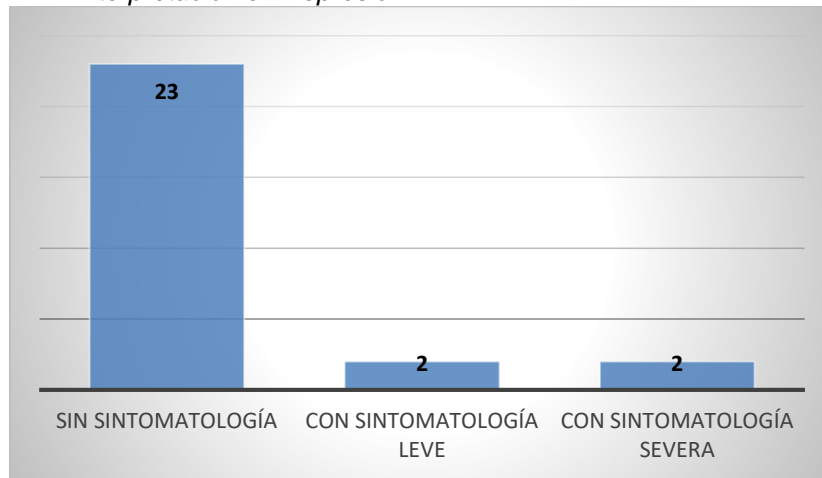
lo cual puede afectar su vida cotidiana, debido a que puede haber afección en su capacidad para disfrutar de las cosas, tener buenas relaciones con los demás, tener un mejor aprovechamiento escolar (Del Barrio y Carrasco, 2002 & Uriarte, 2013).

Con referencia a los niveles de depresión, que se obtuvieron tras la aplicación del inventario, se encontró que 23 sujetos (85.2%) obtuvieron la categoría “Sin sintomatología”, dos (7.4%) entraron en la categoría “Con sintomatología leve”, y dos (7.4%) entraron en la categoría “Con sintomatología severa” (véase la tabla 32 y la gráfica 32).

Tabla 32
Interpretación en Depresión

	Frecuencia	Porcentaje
Sin sintomatología	23	85.2
Con sintomatología leve	2	7.4
Con sintomatología severa	2	7.4
Total	27	100.0

Grafica 32
Interpretación en Depresión



Con base en los resultados, se identifica que la mayoría de los sujetos no presenta una sintomatología depresiva, mientras que el 14.8 % de los sujetos indicó tener síntomas depresivos que varían entre leves y severos que pueden implicar una afectación en su funcionalidad y calidad de vida, no obstante, esto no necesariamente indica que los sujetos presentan un trastorno depresivo debido a que como lo indica el inventario, resulta necesario volver a aplicarlo y acompañarlo con la aplicación de una entrevista clínica, esto debido a que el estado emocional que se obtuvo puede llegar a ser en algunos casos ser transitorio o estar desencadenado por una situación estresante.

En cuanto al vínculo que tuvieron estos resultados, con los hallados en otras investigaciones, se encontró que estos guardan relación con lo encontrado en la investigación llevada a cabo por Vera (2009), en la Ciudad de México en donde encontró que solo el 10.6%, de su población infantil de emigrantes poseía sintomatología depresiva, de igual manera otra de las investigaciones que se realizaron muestra resultados similares, De la torre, Chávez y Torres (2016), aplicaron CDI para obtener propiedades psicométricas y confiabilidad en una población de niños de quinto y sexto de primaria, a quienes le aplicaron dicho inventario a 557 niños, obteniendo que poseían un alto índice de rasgos depresivos de moderados a severos, si obtener diferencias significativa en el sexo, concluyeron que dicho inventario resulta adecuado y confiable para la población sonorenses.

El presente capítulo, tuvo por finalidad presentar los resultados encontrados en la investigación, los cuales darán respuesta al planteamiento del problema presentado en el capítulo uno, en este sentido el capítulo siguiente presentará un análisis que dé respuesta a ello.

Capítulo 5

Discusión de los Resultados de la Intervención

El presente capítulo tiene por objetivo analizar los resultados obtenidos en el capítulo anterior, para con ello dar una respuesta al planteamiento del problema y secciones que surgen de este tales como: objetivos, preguntas e hipótesis, además se busca relacionar estos resultados con la literatura en la que se basó el presente estudio, así mismo, se presentarán las limitaciones por las que pasó esta investigación, para con ello analizar la importancia y relevancia del tema, para luego presentar una serie de recomendaciones y propuestas de investigación y de intervención que la investigadora considera necesarias, ya sea en caso de que se quisiera replicar dicha investigación o bien, en caso de que se quiera investigar o intervenir sobre dicho tema.

En función de lo anterior, dicho capítulo se conforma de las siguientes secciones: hallazgos centrales obtenidos en la investigación, conclusiones de la investigación, recomendaciones para futuras investigaciones, implicaciones de la investigación, propuestas para investigación y líneas de investigación futuras.

5.1. Hallazgos Centrales Obtenidos en la Investigación

La presente sección tiene por objetivo presentar los hallazgos centrales que se obtuvieron una vez efectuada la investigación, para ello se dará respuesta al planteamiento del problema, seguido de las secciones de objetivos, preguntas e hipótesis, una vez presentada esta información se dará paso a la sección titulada conclusiones de la investigación.

Con base al planteamiento del problema, el cual consistía en: conocer la presencia de los síntomas depresivos en estudiantes de educación primaria de 9 a 10 años, por medio de la aplicación del inventario de depresión infantil, de acuerdo con lo anterior la investigadora consideró que éste se cumplió satisfactoriamente, ya que de acuerdo con los resultados obtenidos se logró obtener información referente a la presencia de sintomatología depresiva en dichos sujetos, de igual manera, el inventario se aplicó a la población prevista y a su vez se llevaron a cabo los pasos previstos para su aplicación e interpretación.

Partiendo de lo anterior, se consideró que el objetivo general se respondió de manera satisfactoria, el cual era: *“Conocer la presencia de síntomas de depresión en estudiantes de primaria con edades de entre los 9 y 10 años, que se encuentran cursando el 5 “A” y “B” del Colegio Amado Nervo de la Ciudad de Matehuala, en el Estado de San Luis Potosí, México”*, debido a que el inventario que se utilizó permitió conocer el grado y nivel de sintomatología depresiva para cada sujeto de investigación tal como se pudo observar en el capítulo anterior.

Considerando que el objetivo general se respondió de forma satisfactoria, los objetivos específicos también se cumplieron, en este sentido el primer objetivo era: *“Aplicar, calificar e interpretar el Inventario de Depresión Infantil (CDI)”*, este se consideró que se logró responder ya que con base a esto se conformaron los resultados que se presentaron en el capítulo anterior, con referencia al segundo objetivo: *“Realizar un análisis descriptivo de los resultados”*, este también se logró responder debido que permitió, junto con el objetivo anterior presentar y analizar los resultados obtenidos; en cuanto al tercer objetivo: *“Sugerir propuestas de intervención encaminadas a disminuir la*

sintomatología depresiva que reportaron los sujetos”, la investigadora consideró que se cumplió, ya que tras efectuar una búsqueda documental encontró una intervención que ha sido utilizada y que ha tenido resultados favorables para tratar la depresión infantil, la cual ha sido propuesta por Garaigordobil (2019) y que lleva por título "Pozik-Bizi" cuyo objetivo es mejorar el estado emocional y disminuir los síntomas depresivos en niños de 8 a 10 años.

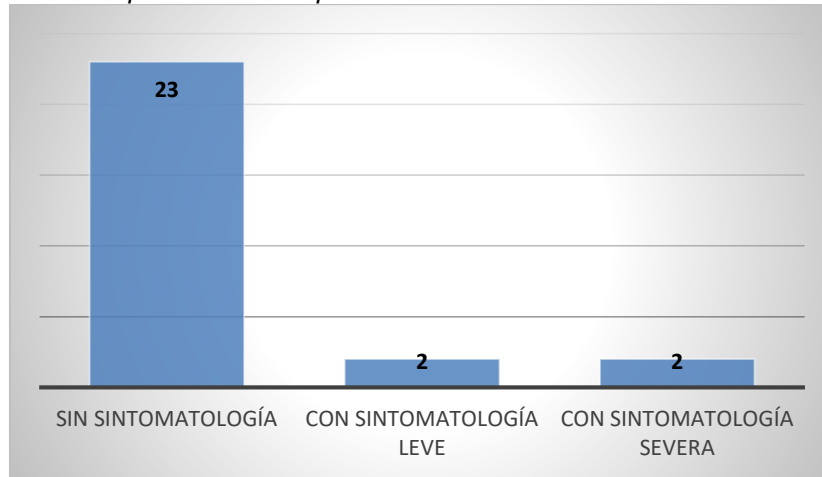
Con respecto a la interrogante de investigación, que se presentó en el primer capítulo del documento, el cual era: “*¿Cuál es la prevalencia de síntomas de depresión en niños de 9 a 10 años, en educación primaria en el colegio Amado Nervo?*”, este se pudo responder satisfactoriamente puesto que los resultados indican que dos sujetos entraron en la categoría de sintomatología depresiva leve y dos sujetos entraron en sintomatología depresiva severa y 23 sujetos no cuentan con sintomatología depresiva.

Así mismo, las hipótesis que se plantearon en este documento, tal como: “*Se encontraran niños que presenten síntomas de depresión sin llegar a tener un cuadro de DP*”, ésta se consideró que se acepta debido a que se encontraron sujetos que poseen sintomatología depresiva, ya que el inventario posee reactivos encaminados a detectar cada uno de los síntomas que posee el trastorno de depresión mayor en el cual se basa dicha prueba, pero cabe desatacar que el poseer algunos síntomas no precisamente se consideraría depresión o un trastorno como tal.

Con respecto a la segunda hipótesis: “*Se encontrará a niños que por su sintomatología cumplan los criterios de DP*”, a lo cual se acepta ya que si hubo la presencia de sujetos con sintomatología depresiva leve y severa; finalmente la tercer hipótesis: “*Los*

niños de 9 a 10 años en educación primaria reportarán niveles altos de sintomatología depresiva” los resultados presentados en el capítulo anterior, indican que solo el cuatro de los sujetos cuentan con sintomatología depresiva lo que cual indica que solo una minoría de los sujetos de estudio presentan algún grado de sintomatología asociada con una depresión entre la categoría leve y severa (véase grafica 33), lo que nos lleva a confirmar la hipótesis puesto que si se reportaron niveles altos de sintomatología depresiva en algunos sujetos del estudio.

Grafica 33
Interpretación en Depresión



A modo de conclusión, esta sección tuvo por finalidad dar respuesta al planteamiento del problema y las demás secciones que parten de este, la importancia de esta sección es que permitió dar respuesta a la finalidad de esta investigación que fue plasmada en el primer capítulo, con base a esto se dará paso a la sección de conclusiones de la investigación.

5.2. Conclusiones de la Intervención

Continuando con lo anteriormente mencionado en la sección pasada, se llega a concluir que el estudio respondió satisfactoriamente al planteamiento del problema, con respecto a la importancia de esta investigación se consideró que esta posee importancia puesto que puede tener múltiples aplicaciones para diversas áreas, en primer lugar se tiene que la institución donde se encuentran los sujetos del presente estudio se verá beneficiada puesto que podrá generar campañas o actividades que ayuden a mejorar el estado emocional de los alumnos, así como reforzar la importancia de tener un departamento de psicología o bien, canalizarlos con alguna dependencia que mejor considere y así poder tratar adecuadamente la situación de los alumnos y por ende mejorar su calidad de sus servicios en el marco de un plan de mejora continua.

De igual manera, la sociedad se ve beneficiada puesto que al poseer información local sobre este tema se logra una conciencia de la existencia de la depresión infantil en cuanto a lo que es, las consecuencias que esta posee y los servicios a los que se puede acudir a fin de tratarla, lo anterior mediante campañas informativas y preventivas a través de instituciones públicas o privadas especializadas en la atención a la salud mental.

Así mismo, la información presentada puede servir de antesala para el desarrollo de nuevas líneas de investigación, esto ya que en el municipio de Matehuala no se encuentran la suficiente información sistematizada acerca de este tema que es de suma importancia, lo cual estimularía el desarrollo de la actividad científica orientada en un primer momento a generar conocimientos de la depresión infantil que pueda ayudar posteriormente para prevenirla y tratarla.

En el área de la psicología, esta información es relevante puesto que dicha investigación puede servir de referencia para otros estudios, o si fuese el caso poder replicarla, también puede ayudar a mejorar el quehacer psicológico con herramientas sustentadas mediante una base científica. De igual manera, otras áreas de conocimiento como son: la medicina, trabajo social, educación, biología pueden tener información contextualizada que les sirva para el desarrollo de sus investigaciones o bien contribuir a una mejor praxis profesional.

Por otro lado, la investigadora se ve beneficiada con la realización de esta investigación, puesto que la realización de este estudio es uno de los requisitos para poder acreditar el grado de licenciatura en psicología, además que representa un crecimiento personal y profesional que dota de herramientas para una mejor atención a la sociedad solicitante de servicios de atención a la salud mental.

Por último, la institución donde se ha estudiado la licenciatura será beneficiada puesto que esta información ofrece mayor conocimiento a la misma, y estimula la cultura de la investigación en su alumnado, lo cual permitiría brindar egresados con las capacidades necesarias para la atención y prevención en su localidad o lugar donde se realice el quehacer psicológico, así como estimular un trabajo interdisciplinario.

Tomando en cuenta lo realizado hasta el momento, la investigadora presenta una serie de limitaciones que experimentó la realización de la investigación las cuales se recomienda que sean atendidas en estudios posteriores a fin de incrementar la cantidad y calidad de la información, por un lado, en cuanto a los resultados obtenidos se considera que los sujetos de investigación que resultaron con algún grado de sintomatología asociada

con la depresión se les debe de aplicar de nueva cuenta el instrumento así como llevar a cabo una evaluación multimodal, esto debido, a que como lo indica el manual algunas veces el sujeto transita por problemas o situaciones que le generen angustia lo cual genera una perspectiva negativa de su presente pero que pasando la situación está desaparece, lo cual no indica necesariamente un trastorno depresivo.

De la mano con lo anterior, existen limitaciones a nivel metodológico, tomando en cuenta esto, este estudio posee un paradigma cuantitativo, el cual, según Hernández et al. (2014), se caracteriza por: recolectar datos para poder probar la hipótesis con base a la medición numérica y el análisis estadístico, los pasos que se realizan son secuenciales para una mejor replicación y disminución del grado de error por factores externos e internos, se trabaja con un problema de estudio delimitado y concreto, se busca la objetividad para que el investigador no afecte los objetivos de estudio, que se logran a través de la medición de los mismos, el objetivo es la construcción y demostración de la teoría, los resultados poseen validez y confiabilidad, se trabaja con lógica y razonamiento deductivo ya que parte de diversas teorías que se pretenden comprobar y así generar conocimiento y por el análisis de resultados se pueden llegar a generar explicaciones causales.

La investigadora consideró que esta investigación posee dicho paradigma, ya que según como esta formulado el cuestionario de depresión infantil (CDI), este arroja datos cuantitativos sobre la sintomatología depresiva experimentada, así mismo, está basado en un marco teórico que contiene teorías relacionadas con la depresión y sus principales sintomatologías para su correcta detención que lo hace confiable y válido para la población estudiada, lo cual genera información para dar respuesta a la hipótesis del estudio, además por las características del instrumento, este estudio es susceptible de ser replicado. Sin

embargo, se este tipo de paradigma deja de lado la dimensión subjetiva, la cual imposibilita conocer a detalle el fenómeno de estudio y que complementaria la información cuantitativa presentada.

Sumado a lo anterior y con base en el alcance, el cual era exploratorio-descriptivo Hernández et al. (2014), Indican que el alcance exploratorio es adecuado cuando el tema de investigación es desconocido o poco estudiado en el contexto en donde se lleva a cabo la investigación, por lo que su limitación estriba en que la información obtenida no puede generar conclusiones de carácter correlacional o de tipo causal, sin embargo sienta las bases para que posteriormente se lleven a cabo este tipo de estudios.

En cuanto al alcance descriptivo, Hernández et al. (2014), mencionan que este alcance se emplea cuando la investigación pretende conocer las características del fenómeno del estudio, sin embargo, ni busca establecer asociaciones como las que podrían realizar los alcances correlacional y explicativo.

Por otro lado, tomando en cuenta que el diseño empleado fue del tipo no experimental y transversal, este último con las precisiones exploratorio-descriptivo, de acuerdo con Hernández et al. (2014), La limitación del diseño no experimental consiste en que no se lleva a cabo una intervención sobre el tema de estudio, mientras que para el diseño transversal la limitación radica en que solo se lleva cabo una medición a diferencia del diseño longitudinal en donde se llevan a cabo varias investigaciones a lo largo del tiempo lo cual incrementa la representación de las propiedades del objeto de estudio. Con base en lo antes mencionado a continuación se dará paso a la siguiente sección en la cual se exponen una serie de recomendaciones para futuras investigaciones.

5.3. Recomendaciones para Futuras Intervenciones

Esta sección tiene por finalidad, presentar una serie de recomendaciones para los interesados en llevar a cabo estudios de investigación o de intervención sobre este tema empleando la metodología presentada en el estudio o bien empleando una parte de esta, partiendo de los pasos contemplados para llevar a cabo el estudio, la investigadora plantea una serie de recomendaciones para aquellos profesionales que se interesen por este tema, por un lado, se considera indispensable tener una relación ética con los responsables de la institución en donde se encuentran los sujetos de estudio, así como los maestros frente a grupo, padres o tutores de los alumnos y alumnos, lo cual se ve reflejado al tener una comunicación clara y asertiva respaldada en todo momento a través de un consentimiento informado, además se debe de ser flexible a fin de evitar la negativa a la institución o aplicación de pruebas, lo cual se ve reflejado al momento de acordar citas con hora y lugar precisos, así mismo, se recomienda responder atentamente a las preguntas de los alumnos, así como generar un ambiente de confianza donde se pueda referir el alumno sin miedo a ser criticado, sumado a que se debe de llevar material extra a fin de evitar alguna incidencia. Partiendo de esto a continuación se dará pasos a presentar las implicaciones de la investigación.

5.4. Implicaciones de la Intervención

Esta sección tiene por finalidad, presentar un análisis de la importancia que tuvo esta intervención para el campo del conocimiento, una vez presentada esta información se dará paso a la sección de propuestas y líneas de investigación futuras. En función de lo anterior, y con base en los resultados obtenidos, esta indagación supone un valor importante para el campo de conocimientos ya que sienta las bases para el nacimiento de una línea de

investigación que puede llegar en una intervención adecuada sobre la depresión infantil a nivel municipal para Matehuala S.L.P., puesto que hasta la fecha no se han llevado a cabo investigaciones sistematizadas como la que fue llevada a cabo.

Sumado a lo anterior, los resultados permiten corroborar lo que se menciona en la literatura de la depresión infantil ya que efectivamente los niños al igual que los adultos pueden llegar a padecer de un cuadro depresivo con consecuencias negativas para su adecuado desarrollo y teniendo una posibilidad de que la depresión lo acompañe a lo largo de su vida (Martínez Martín , 2014). Además, este es un tema de interés puesto que como lo menciona INEGI (2014-2017), dentro de sus estadísticas, se presentó un estudio que valoraba los sentimientos, preocupaciones o nerviosismo que había en niños de 7 a 14 años, encontrándose que 17,783,291 percibieron sentirse deprimidos a diario, lo que corrobora que es importante su estudio y por ende su atención.

5.5. Propuestas y Líneas de Investigación Futuras

En esta sección, se tiene por finalidad presentar una serie de propuestas de investigación y líneas de investigación relacionadas con el objeto de estudio, una vez prestado esto se dará paso a presentar una conclusión del capítulo. De acuerdo con lo presentado en este capítulo, la investigadora propone generar una replicación de esta investigación, con una muestra amplia o bien, estudiar a una población mayor, sumado a emplear entrevistas, y una aplicación posterior del inventario a los niños que presentaran una sintomatología asociada con la depresión clínicamente significativa, esto permitiría generar información aplicable a segmento específicos de la población matehualense, los cuales proporcionarían información para la justificación de programas de prevención y de atención a la depresión infantil.

Otra de las propuestas que se plantea, consiste en trabajar con la población con sintomatología depresiva mediante un programa encaminado a disminuir dicha sintomatología, dicha acción generaría que se esté cada vez más cerca de tener un programa municipal que sea eficaz para el tratamiento de la depresión infantil.

Otra de las propuestas, es llevar a cabo investigaciones que lleven a cabo una distinción entre edades y de sexos, lo cual permitiría aportar información acerca de prevalencia y características de esta sintomatología a fin de conocer con mayor precisión sobre este fenómeno, así como estudiar esta junto con otros estados emocionales como lo son la ansiedad.

Con base en lo antes expuesto, esta sesión se realizó con la finalidad de que proponer una serie de líneas de investigación y de intervención a fin de que futuros investigadores interesados en el tema puedan abundar y dar más conocimiento acerca del tema de la depresión infantil y generar nuevas alternativas eficaces para su intervención. Finalmente, con esta sección se da por concluido el presente capítulo, en las secciones siguientes se presentarán las referencias y los anexos que contribuyeron a la realización de la investigación.

Referencias

- Acosta Hernandez, M., Marcilla Percino , T., Correa Basurto, J., Saavedra Velez , M., Ramos Morales, F., & Cruz Sanchez , S. (2011). *Depresión en la infancia y adolescencia: enfermedad de nuestro tiempo*. Neurociencia (mex), 20-25.
- Asociacion Americana , d. (2014). *Manual diagnostico y estadistico de los trastornos mentales*. Mexico: Panamericana.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Manual de diagnóstico y estadística de trastornos DSM-V*. Washington DC: Panamericana .
- Berko Gleason, J., & Bernstein Ratner, N. (2010). *Desarrollo del lenguaje*. Boston : Prentice-hall.
- Bonet, I., Fernandez Garcia, & Chamon Parra. (2011). *Depresion, ansiedad y separacion en la infancia*. pediatria de atencion temprana , 19.
- Caballo, V. E., & Simon , M. A. (2013). *Manual de psicologia clinica infantil y del adolescente* . Madrid: Ediciones Piramide.
- Cabezuelo, G., & Frontera , P. (2010). *El desarrollo psicomotor*. Madrid: Narcea.
- Cardenas, E. M., Feria, M., Vázquez , J., & Palacios , L. (2010). *Guia clinica para los trastornos Afectivos (Depresion y Distimia) en niños y adolescentes*. Mexico: Intituno nacional de psiquiatria ramon de la fuente.
- Colegio Amado Nervo . (2020). *Colegio Amado Nervo de Matehuala*. Obtenido de <http://colegioamadonervo.edu.mx/>
- De la torre , M., Laborin Alvarez , F., Chavez Hernandez, A., Sandoval Godoy, S., & Torres Soto, N. (2015). *Propiedades psicometricas del CDI en una muestra no clinica de niños en hermosillo*. hermosillo.
- Del barrio, V., & Carrasco, M. A. (2013). *Depresion en niños y adolescentes*. Sintesis .

- Fiedberg , r., & McClure, J. (2011). *Practica clinica de terapia cognitiva con niños*. Madrid: Paidos.
- Garibay Ramirez, J., Jimenez Garces , C., Vieyra Reyes , P., & Hernandez Gonzalez , M. (2014). *Disfunción familiar y depresión en niños de 8-12 años de edad*. Medicina e investigación, 107- 111.
- Gutierrez Martinez , F. (2005). *Teorias del desarrollo cognitivo*. Aravaca Madrid: McGRAW-HILL.
- Hernandez Sampieri, R., Fernández Collado , C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodologia de la investigacion* . Mexico: Mc Graw Hill .
- Herrera murcia , E., Losada , Y. L., Rojas, L. A., & Londoño , P. (2009). *prevalencia de la depresion infantil en Neiva*. Bogota, colombia : avances en psicología latinoamericana.
- Kail, R., & Cavanaugh, J. C. (2012). *El desarrollo humano: una prespectiva del ciclo de vida*. Mexico D.F.: Cengage.
- Kovacs, M. (2004). *Inventario de depresion infantil* . Madrid españa : TEA.
- Martínez Martín , N. (2014). *Trastornos depresivos en niños y adolescentes*. Elsevier, 294-299.
- Meece, J. (2001). *Desarrollo del niño y del adolescente* . Mexico : McGraw-hill.
- Mejia, R. (03 de 2017). *Salud y medicinas com.mx*. Recuperado de <https://www.saludymedicinas.com.mx/centros-de-salud/salud-mental/articulos/9-de-los-ninos-mexicanos-sufre-depresion.html>:
<https://www.saludymedicinas.com.mx/centros-de-salud/salud-mental/articulos/9-de-los-ninos-mexicanos-sufre-depresion.html>

- Orenes Martínez, A. M. (2015). Evaluación de la Ansiedad por Separación y prevención escolar de las dificultades emocionales . *Tesis doctoral* . España , Murcia : Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento.
- Osorio, M. O. (2015). *Factores de riesgo y proteccion de la depresion infantil*. España: Universidad de jaen .
- Papalia, D., Feldman, R., & Martorell, G. (2012). *Desarrollo humano* . Mexico D.F.: Mc Graw Hill.
- Quintana Moye, L., & Maldonado Santos, E. (2016). sintomatologia de depesion en niños y niñas testigos de violencia. *psicologia iztacala* , 1014-1026.
- Rojas, E. (2012). *Adios, depresión* . Temas de hoy.
- Royo Moya , J., & Fernadez Hecheverría, N. (2017). Depresión y suicidio. *Pediatría integral* , 116.e1-116.e6.
- Saad , E., Belfort , E., Camarena , E., & Chamorro, R. (2010). *Salud mental infanto juvenil* . mexico: Ediciones científicas APAL .
- Sanchez , O., Mendez, X., & Garber, J. (2014). *Prevencion de la depresion en niños y adolescentes* . España: AEPCP.
- Sandoval Mora, S. A. (2012). *psicologia del desarrollo humano I*. culiacan : DGEP.
- Sandurní, M., Rostán , C., & Serrat, E. (2008). *El desarrollo de los niños, paso a paso*. Barcelona: UOC.
- Sauceda, J. M. (2012). *Depresion infantil*. Obtenido de Asociación Mexicana de Psiquiatria Infantil, A.C.
- Uriarte Bonilla, V. R. (2013). *Funciones cerebrales y psicopatologia*. Mexico D.F.: Alfíl.

Anexo 1

Consentimiento informado



Matehuala, San Luis Potosí, México.

A viernes 28 de junio de 2019.

ASUNTO: Carta de Consentimiento Informado.

Por medio de este documento le **deseo** expresar la **intención** de que se **me** permita llevar a cabo la presente investigación en esta **primaria** que tiene a su cargo, la cual se titula: "Presencia de síntomas relacionados con la depresión en niños de una primaria de Matehuala" y que tiene por objetivo general: Conocer la prevalencia de síntomas asociados con la depresión en un grupo de niños pertenecientes a un rango de edad de 9 a 11 años que acuden a una escuela primaria ubicada en la Ciudad del Municipio de Matehuala, San Luis Potosí.

Dicha investigación es un requisito para obtener el grado de Licenciado en Psicología por medio de la opción de tesis, por parte de la Universidad de Matehuala (UM). Y la cual será asesorada por el Lic. En Psic. Héctor Francisco Estrada Galicia. Acorde con el objetivo general de la investigación, los objetivos específicos son los siguientes:

- Aplicar el Inventario de Depresión Infantil elaborado por María Kovacs.
- Calificar e interpretar los inventarios.
- Realizar un análisis descriptivo de los resultados.
- Sugerir propuestas encaminadas a disminuir la sintomatología asociada con la depresión que reportaron los sujetos.

Con base a lo anterior **la investigadora considera que esta investigación beneficiará a la Primaria** de la siguiente manera:

- Se obtendrá información descriptiva de la presencia de la sintomatología de este estado de ánimo con el fin de que sirva de fundamento para la justificación de programas de prevención, detección, orientación, canalización y seguimiento por parte de departamentos de la Institución o externos de carácter público y/o privado.

Con el fin de que se **le** permita a **la investigadora** poder llevar a cabo la investigación se solicita a su persona autorice:

- Realizar la aplicación de los instrumentos en las instalaciones de la Institución el día viernes 27 de junio de 2019 conforme a las disposiciones de tiempo que usted considere pertinentes.
- Los participantes que van a conformar la investigación, que para sus efectos son **estudiantes** del cuarto año.

Por lo anterior en caso de que usted autorice el poder llevar a cabo la investigación, los pasos para llevarla a cabo serán los siguientes:

1. Presentación ante los alumnos candidatos a la investigación con el fin de que autoricen ser parte de la investigación, esto mediante la presentación oral de la investigación y aclarándoles que la información proporcionada será de carácter anónima.
2. Aplicación del inventario.
3. Una vez obtenido el informe de resultados, se procederá a realizar una presentación de los resultados encontrados a nivel general al directivo del plantel.

De acuerdo con lo anterior, considerando que la investigación involucra la participación de personas, la investigadora se compromete a dar un consentimiento informado verbal con el fin de que estén conscientes de sus derechos como investigados, los puntos relevantes de **este consentimiento** son los siguientes:

1. Participación de manera voluntaria en la investigación.
2. Conocimiento de la finalidad de la investigación.
3. Anonimato de la información solicitada.
4. Libertad de abandonar la aplicación en cualquier momento que así lo desee sin ser reprochado por esto.
5. Respeto a la integridad del participante.
6. Derecho a ser informado acerca de cualquier etapa del proceso que comprende la aplicación.
7. Prevención y contención (en caso de que esta suceda) de cualquier consecuencia indeseable que llegue a ocurrir en el participante a raíz de la aplicación del inventario.

En función de lo anterior **la investigadora agradece** su atención prestada esperando una respuesta de aceptación a la investigación que se pretende realizar, así mismo en caso de que usted requiera cualquier otra información para dar pie al comienzo de la investigación **la investigadora estará dispuesta a brindársela.**

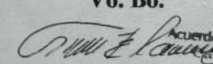
Sin más por el momento le desean un buen día.

Atentamente

Investigadora: Luz Alicia Villafaña González

Asesor: Lic. En Psic. Héctor Francisco Estrada Galicia

Vo. Bo.


Universidad de Matehuala
Licenciatura en Psicología
Acuerdo CIRE Núm. 12/10 del 18 de mayo 2010
Institución de Incorporación UNAM 8911-1-11
LIC. PSIC. Edith Martínez Careaga
Director Técnico de la Licenciatura en
Psicología de la Universidad de Matehuala, S.C.

Anexo 2

Cuadernillo del Inventario de depresión Infantil (CDI)

CDI N°	Nombre y apellidos:	
Sexo: Varón <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>	Edad: años	Fecha: / /
Centro:	Examinador:	



I N S T R U C C I O N E S

Los chicos y las chicas como tú tienen diferentes sentimientos e ideas. En este cuestionario se recogen esos sentimientos e ideas agrupados. De cada grupo, tienes que señalar una frase que sea **LA QUE MEJOR DESCRIBA** cómo te has sentido durante las **DOS ÚLTIMAS SEMANAS**. Una vez que hayas terminado con un grupo de frases, pasa al siguiente.

No hay contestaciones correctas o incorrectas. Únicamente tienes que señalar la frase que describa mejor **CÓMO TE HAS ENCONTRADO** últimamente. Pon un **aspa (x)** en el círculo que hay junto a tu respuesta.

Hagamos un ejemplo. Pon una aspa junto a la frase que **MEJOR** te describa:

EJEMPLO:

- Leo libros muy a menudo
- Leo libros de vez en cuando
- Nunca leo libros.

RECUERDA QUE DEBES SEÑALAR LAS FRASES QUE MEJOR DESCRIBAN TUS SENTIMIENTOS O TUS IDEAS EN LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS.

DE LAS TRES FRASES QUE COMPONEN CADA PREGUNTA ESCOGE SÓLO UNA, LA QUE MÁS SE ACERQUE A CÓMO ERES O TE SIENTES.

PASA A LA PÁGINA SIGUIENTE.



Autora: Maria Kovacs - Copyright de los elementos © 1982 by Maria Kovacs.
Copyright © 1991, 1992 by Multi-Health Systems, Inc. (MHS), Toronto, Canadá.
Copyright Internacional en todos los países según la Convención de Berna y las Convenciones bilaterales y universales.
Adaptadores de la edición española: R^o V. del Barrio Gándara y Miguel Angel Carroasco Dritz (UNED).
Copyright de la edición española © 2004 by TEA Ediciones, S.A., Madrid, España - Todos los derechos reservados - Prohibida la reproducción total o parcial - Este ejemplar está impreso en **DOS TINTAS**. Si se presentan un ejemplar en negro es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio **NO LA UTILICE** - Printed in Spain. Impreso en España.

Marca con un aspa (X) el círculo de la frase que describa mejor como te has encontrado últimamente.

1

- Estoy triste de vez en cuando.
- Estoy triste muchas veces.
- Estoy triste siempre.

2

- Nunca me saldrá nada bien.
- No estoy seguro de si las cosas me saldrán bien.
- Las cosas me saldrán bien.

3

- Hago bien la mayoría de las cosas.
- Hago mal muchas cosas.
- Todo lo hago mal.

4

- Me divierten muchas cosas.
- Me divierten algunas cosas.
- Nada me divierte.

5

- Soy malo siempre.
- Soy malo muchas veces.
- Soy malo algunas veces.

6

- A veces pienso que me pueden ocurrir cosas malas.
- Me preocupa que me ocurran cosas malas.
- Estoy seguro de que van a ocurrir cosas terribles.

7

- Me odio.
- No me gusta como soy.
- Me gusta como soy.

8

- Todas las cosas malas son culpa mía.
- Muchas cosas malas son culpa mía.
- Generalmente no tengo la culpa de que ocurran cosas malas.

9

- No pienso en matarme.
- Pienso en matarme pero no lo haría.
- Quiero matarme.

10

- Tengo ganas de llorar todos los días.
- Tengo ganas de llorar muchos días.
- Tengo ganas de llorar de vez en cuando.

11

- Las cosas me preocupan siempre.
- Las cosas me preocupan muchas veces.
- Las cosas me preocupan de vez en cuando.

12

- Me gusta estar con la gente.
- Muy a menudo no me gusta estar con la gente.
- No quiero en absoluto estar con la gente.

13

- No puedo decidirme.
- Me cuesta decidirme.
- Me decido fácilmente.

14

- Tengo buen aspecto.
- Hay algunas cosas de mi aspecto que no me gustan.
- Soy feo o fea.

15

- Siempre me cuesta ponerme a hacer los deberes.
- Muchas veces me cuesta ponerme a hacer los deberes.
- No me cuesta ponerme a hacer los deberes.

16

- Todas las noches me cuesta dormirme.
- Muchas veces me cuesta dormirme.
- Duermo muy bien.

17

- Estoy cansado de vez en cuando.
- Estoy cansado muchos días.
- Estoy cansado siempre.

18

- La mayoría de los días no tengo ganas de comer.
- Muchos días no tengo ganas de comer.
- Como muy bien.

**No te detengas,
continúa en la
página siguiente.**



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.
- Me siento solo muchas veces.
- Me siento solo siempre.

21

- Nunca me divierto en el colegio.
- Me divierto en el colegio sólo de vez en cuando.
- Me divierto en el colegio muchas veces.

22

- Tengo muchos amigos.
- Tengo algunos amigos, pero me gustaría tener más.
- No tengo amigos.

23

- Mi trabajo en el colegio es bueno.
- Mi trabajo en el colegio no es tan bueno como antes.
- Llevo muy mal las asignaturas que antes llevaba muy bien.

24

- Nunca podré ser tan bueno como otros niños.
- Si quiero, puedo ser tan bueno como otros niños.
- Soy tan bueno como otros niños.

25

- Nadie me quiere.
- No estoy seguro de que alguien me quiera.
- Estoy seguro de que alguien me quiere.

26

- Generalmente hago lo que me dicen.
- Muchas veces no hago lo que me dicen.
- Nunca hago lo que me dicen.

27

- Me llevo bien con la gente.
- Me peleo muchas veces.
- Me peleo siempre.

Fin de la prueba.

Si has terminado antes del tiempo, repasa tus contestaciones.

¡MUY IMPORTANTE!
NO HAGA NINGUNA ANOTACIÓN O MARCA EN ESTA ZONA YA QUE PODRÍA INVALIDAR SU APLICACIÓN.

¡MUY IMPORTANTE!

NO HAGA NINGUNA ANOTACIÓN O MARCA EN ESTA ZONA YA QUE PODRÍA INVALIDAR SU APLICACIÓN.