

Indicadores de depresión en niños de cuarto a sexto grado de primaria en la ciudad de Huancayo

Carlos Ávila Benito*

Juan Carlos Espinoza Ventura**

Resumen

Esta investigación tuvo como finalidad identificar en qué medida se presentan los indicadores de la depresión infantil en niños de 4° a 6° grado de primaria y observar las diferencias de la presencia de síntomas depresivos entre grados, sexos, tipos de familias y tipos de colegios en el contexto de la Provincia de Huancayo. La investigación fue de tipo cuantitativo, con un diseño no experimental de tipo transversal descriptivo; se aplicó el Cuestionario de Depresión Infantil (CDI) que mide el nivel de depresión, disforia y auto desprecio. La muestra estuvo conformada por 416 alumnos del cuarto a sexto grado de primaria de instituciones estatales y particulares. Hallándose que el 26% de la muestra presentan síntomas depresivos de manera mínima y moderada, y de manera marcada o severa. Se halló mayores niveles de depresión en niños de cuarto y menores niveles en niños de sexto. También se encontró que los niños presentan mayores niveles de depresión que las niñas. Se encontró que los niños de colegios estatales presentan mayor prevalencia de síntomas depresivos que los niños colegios particulares. Se concluyó que existen índices significativos de depresión en la muestra y que el estado de ánimo disfórico se destaca como predictor de la depresión infantil.

Palabras clave:

Depresión infantil, disforia, auto desprecio.

Indicators of depression in children from fourth until sixth grade in the Huancayo town

Abstract

This research was aimed to identify the extent that childhood depression indicators are presented in children from 4th to 6th grade of school and observe the differences in the presence of depressive symptoms among grades, genders, family types and school type in the Province of Huancayo. The research was quantitative approach, with a no experimental design, type descriptive cross-sectional; it was applied the Children's Depression Inventory (CDI), which measures the level of depression, dysphoria and self-deprecation. The sample consisted of 416 students from fourth to sixth grade of public and private institutions. It found that 26% of the sample have depressive symptoms of low and moderate way; and marked or severe. Higher levels of depression were found in fourth grade and lower levels in sixth. It was also found that boys have higher levels of depression than girls. The kids of public schools have a higher prevalence of depressive symptoms than children of private schools. It was concluded that there are significant rates of depression in the sample and that dysphoric mood is highlighted as a predictor of childhood depression.

Keywords:

Childhood depression, dysphoric, self-deprecation.

Recibido: 11 de septiembre de 2015/Aprobado: 30 de octubre de 2015.

* Doctor en Psicología. Docente de la Facultad de Psicología de la Universidad Continental. Psicólogo de la División Médico Legal III de Junín. Correo: cavilabpe@hotmail.com

**Juan Carlos Espinoza Ventura. Médico Cirujano. Magister en Administración mención en Administración Estratégica de Empresas. Docente de la Facultad de Medicina Humana de la UNCP. Médico Jefe de la División Médico Legal III de Junín. Correo: carlospinozaventura@hotmail.com

Introducción

La depresión es un trastorno del humor y del estado de ánimo, caracterizada por la presencia de tristeza, la pérdida del interés, presencia de sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. Se calcula que afecta a unos 350 millones de personas (Salud, 2012). La Organización Mundial de la Salud (OMS) señaló que la depresión se convertirá, en el año 2020, en la segunda incapacidad en el mundo. En la actualidad la depresión no solo es un trastorno que afecta exclusivamente a adultos, sino también a niños en la etapa escolar. Esta nueva idea, aceptada apenas desde 1975 como concepto e identidad psicopatológica por el National Institute of Mental Health, tuvo como consecuencia numerosas investigaciones y estudios. De los cuales un estudio epidemiológico realizado en el Perú por especialistas del Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi del Ministerio, menciona que uno de cada ocho niños o adolescentes podría sufrir un problema de salud mental en algún momento de su desarrollo, presentando una sintomatología diversa que en algunos casos pueden hacer difícil su diagnóstico, dentro de los diversos síntomas pueden aparecer algunos de gran riesgo como es la conducta suicida.

A pesar de estas cifras y las evidencias cada vez mayores donde se reflejan un aumento de esta problemática, en nuestro contexto socio cultural, aún es muy difícil para el adulto aceptar que un niño pueda padecer de depresión; así también se observa la falta de conocimiento de los docentes, padres de familia y en general de toda la comunidad educativa con respecto a los trastornos depresivos, que pueden dar lugar a que los niños que la padezcan o tengan la vulnerabilidad de padecerla no sean diagnosticados a tiempo y, en consecuencia, los síntomas tempranos que enmascaran la depresión se vayan afianzando.

Puede considerarse un fenómeno normal propio de su estadio de desarrollo, o representa un fenómeno patológico. Al respecto podemos apreciar que nuevamente Lang y Tisher (1997) opinan que la literatura científica muestra una considerable confusión sobre el concepto y la presencia de la depresión en la infancia y la adolescencia y, que esto, genera la necesidad de explorar esta entidad utilizando métodos sistemáticos y estructurados. Una de las características de la depresión es que el niño puede presentarse agresivo, por esta razón, dentro del ámbito escolar a veces la depresión se diagnostica de forma errónea como hiperactividad o trastornos de conducta en que la agresión coincide. Por esta razón, los centros escolares se convierten en contextos privilegiados para llevar a cabo iniciativas de identificación y de prevención de la depresión infantil ya que el entorno escolar es uno de los espacios donde los niños pasan la mayor parte del día y una parte considerable de la vida.

Entonces de acuerdo a lo señalado anteriormente surgen como preguntas: ¿En qué medida se presentan los indicadores de depresión en niños y niñas que cursan los grados de cuarto, quinto y sexto grado de primaria de la provincia de Huancayo? y ¿cuál es la medida de la presencia de estos indicadores en relación a las variables grado, sexo, tipo de familia y tipo de colegio?

Por lo que formulamos como objetivo el identificar la medida en que se presentan los indicadores de la depresión infantil en niños de 4° a 6° grado de primaria en el contexto de la Provincia de Huancayo.

Siendo nuestro sistema de hipótesis:

Hi: "Existe índices de depresión significativos que indican la presencia de este trastorno en los niños de cuarto a sexto grado de la provincia de Huancayo."

Ho: "No existe índices de depresión significativos que indiquen la presencia de este trastorno en los niños de cuarto a sexto grado de la provincia de Huancayo"

Metodología

El enfoque de la investigación es cuantitativa, con un alcance descriptivo, ya que se midieron y describieron los indicadores de depresión que se presentan en los niños que se encuentran en los grados de cuarto a sexto de primaria. Además que nos orientamos en buscar especificar las características de personas y grupos, detallando cómo son estas características y cómo se manifiestan, en este caso se observaron la diferencia de la presencia de síntomas depresivos entre grados, sexos, tipos de familias y tipos de colegios. "Desde el punto de vista científico, describir es medir. Es decir, en un estudio descriptivo se selecciona una serie de cuestiones y se mide cada una de ellas independientemente, para así describir lo que se investiga" (Hernández, Fernández y Baptista 1997, pg.143).

El diseño de esta investigación es no experimental, de tipo transversal descriptivo; "Los diseños transeccionales descriptivos tienen como objetivo indagar la incidencia y los valores en que se manifiesta una o más variables" (Hernández et al., 1997, 85), en un solo momento del tiempo. La investigación cumple con el marco del diseño mencionado ya que no se manipuló la variable estudiada, depresión infantil, sino que se observó la presencia de esta en niños de cuarto a sexto de grado primaria, comparándose esta presencia entre grados, sexos, tipos de familias y tipos de colegios.

La población estuvo conformada por todos los niños que cursaban el cuarto, quinto y sexto grado de primaria en instituciones educativas estatales y privadas de la provincia de Huancayo. El muestreo fue probabilístico simple, ya que se buscó el número general de la población estudiantil que cursaba los grados de cuarto a sexto de primaria en la provincia de Huancayo, y luego este número fue procesado por un programa estadístico basado en el *Statts* obteniéndose un número representativo. La población de niños que cursaban de cuarto a sexto grado de primaria entre colegios particulares y estatales a nivel de la provincia de Huancayo era de 27616, por lo que a un nivel de 95% de confianza, con error máximo de 5% el número muestral que dio como resultado el programa fue de 377. Nosotros para aumentar más el nivel de confianza y precisar más los parámetros obtenidos de esta, aumentamos el tamaño de la muestra a 416.

La técnica para la recolección de datos fue la encuesta, siendo el instrumento elegido el cuestionario de depresión infantil adaptado y estandarizado para las ciudades de Trujillo, Chiclayo y Piura por Edmundo Arévalo Luna. *Children's Depression Inventory C.D.I.* cuya autora es la canadiense María Kovacs (1977) La adaptación al español fue realizada por Polonio Lorente (1988) España. La adaptación y estandarización fue hecha por Edmundo Arévalo Luna.

Se administró el inventario de forma individual y colectiva, a niños y niñas de 8 a 16 años de edad durante 15 a 20 minutos. A través del instrumento se evalúan síntomas depresivos más esenciales en los niños de 8 a 16 años a través de las siguientes dimensiones: Estado de ánimo disfórico (visión negativa de sí mismo), Ideas de auto desprecio (visión negativa del medio y del futuro).

El Cuestionario de Depresión Infantil consta de 27 ítems, que evalúan el grado de presencia de síntomas depresivos, los cuales están divididos en dos dimensiones: Estado de Ánimo Disfórico e Ideas de Autodesprecio. Arévalo (2008), menciona en su trabajo que:

- El Estado de Ánimo Disfórico se refiere a la expresión o muestra de tristeza, soledad, desdicha, indefensión y/o pesimismo. El niño manifiesta cambios en el estado de ánimo, mal humor, irritabilidad, se enfada fácilmente, llora con facilidad. Es negativista y resulta difícil de complacerle. Los 17 elementos que evalúan esta dimensión son: 1, 2, 3, 4, 6, 10, 11, 12, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 26, 27. El puntaje máximo a alcanzar es de 34. A mayor puntaje, mayor presencia del estado de ánimo disfórico.
- En cuanto a las Ideas de Autodesprecio el niño expresa sentimientos de irritabilidad, incapacidad, fealdad y culpabilidad. Presenta ideas de persecución, deseos de muerte y tentativas de suicidio, revela ideas de escaparse y huir de su casa. Los 10 ítems que evalúan esta dimensión son los siguientes: 5, 7, 8, 9, 13, 14, 15, 23, 24, 25. El puntaje máximo a alcanzar es 20. A mayor puntaje, mayor presencia de ideas de auto desprecio.

Resultados y Discusión

La media del puntaje total por categorías permite corroborar que la media de la categoría: presencia de síntomas depresivos marcada o severa es el doble de la media de la categoría presencia de síntomas depresivos mínima y moderada y esta a su vez es cuatro veces mayor de la media de la categoría no hay presencia de síntomas depresivos, siguiendo los criterios estadísticos y sumando el dato que la presencia de límites superiores e inferiores van de positivo a positivo, se puede afirmar que existe una diferencia significativa entre estas tres categorías, presentando contradicción con un estudio realizado por Hinostroza y otros (2009) que obtuvieron como resultados manifestaciones de depresión en el cual un gran porcentaje respondió la categoría 2 que indica "la máxima intensidad del síntoma" diferenciándose así a los resultados obtenidos en esta investigación ya que no se encuentran estudiantes que representen a la categoría de depresión máxima grave.

En el nivel de significancia de las medias del puntaje total por categorías (Anova de un factor), se puede corroborar siguiendo el principio que el nivel de significancia está por debajo del valor P con 0.0 podemos decidir que si existe una diferencia significativa entre las categorías y la variable independiente, es decir existe una diferencia significativa entre los puntajes totales de los estudiantes de cuarto a sexto grado de primaria de la provincia de Huancayo; pero no se puede saber entre que grupos existe esta diferencia significativa es por esto que:

Las comparaciones múltiples entre las medias del puntaje total por categorías, con la prueba post hoc de HSD de Tukey se observa que las diferencias significativas se encuentran entre: las categorías No hay presencia de síntomas depresivos y presencia de síntomas depresivos mínima y moderada dado que el valor de significancia es igual a 0.000; entre las categorías No hay presencia de síntomas depresivos y presencia de síntomas depresivos marcada o severa el valor de significancia también es de 0.000; de igual forma en las categorías de presencia síntomas depresivos mínima o moderada y No hay presencia de síntomas depresivos el valor de significancia es de 0.000; así mismo

entre las categorías presencia síntomas depresivos mínima o moderada y presencia de síntomas depresivos marcada o severa el valor de significancia es de 0.000; igualmente entre las categorías Presencia de síntomas depresivos marcada o severa y No hay presencia de síntomas depresivos el valor de significancia es igual a 0.000; Finalmente al comparar las categorías Presencia de síntomas depresivos marcada o severa y Presencia de síntomas depresivos mínima y moderada se obtuvo un valor de significancia de 0.000 que evidencia la existencia de diferencias significativas.

Coincidiendo estos resultados con una investigación realizada por Yesquen y colaboradores (2007) donde la prevalencia de depresión en la muestra es de 27,71%; siendo 16,27% depresión leve y 11,44% depresión severa, en otras palabras la existencia de una diferencia significativa y muy marcada entre cada categoría diagnóstica similar a los resultados obtenidos en esta investigación. Así mismo es de gran importancia señalar que 105 personas que representan el 26%, un poco más de la cuarta parte de nuestra muestra, presentan índices considerables o significativos de la presencia de síntomas depresivos, siendo 99 personas (con una media de 43,13) ubicadas en la categoría diagnóstica Presencia de síntomas depresivos mínima y moderada, y 6 personas (con una media de 69,83) ubicadas en la categoría diagnóstica Presencia de síntomas depresivos severa o marcada, entonces con lo anterior se puede afirmar que la hipótesis general “Existe índices de depresión significativos que indican la presencia de este trastorno en los niños de cuarto a sexto grado de la provincia de Huancayo” es verdadera; estos resultados se asemejan a los hallados por Yesquen (2007), ya que el porcentaje de prevalencia de depresión para él fue de 27,71%.

Respecto de las dimensiones disforia, autodesprecio y al puntaje general de sintomatología depresiva, se observa que en el puntaje total, es el sexto grado el que obtuvo una media menor a diferencia de los otros grados, es decir que los estudiantes del sexto grado de primaria son menos propensos a la manifestación de síntomas disfóricos (32,78), de autodesprecio (21,20), y depresivos en general (16,71). Del mismo modo los más propensos a la manifestación de síntomas disfóricos son los niños del quinto grado (37,16), y respecto a los síntomas de autodesprecio, los más propensos son los de cuarto grado (26,26). Los que más puntaje presentaron en la calificación general fueron los de cuarto grado (21,14). Así, se afirma que la baja presencia de síntomas depresivos se evidencia en los niños de sexto grado (aproximadamente 11 años), y una mayor presencia de síntomas se observa en niños de cuarto grado (aproximadamente 9 años).

Estos resultados muestran relación con la tesis “Adaptación del Inventario de Depresión Infantil de Kovacs en escolares de la ciudad de Cajamarca” realizada por Ramírez en el año 2009, concluyendo que se identifica una baja presencia de sintomatología depresiva en las edades entre 10 y 12 años y mayor presencia en los niños de 7 a 9 años. Así mismo, estos resultados coinciden con la investigación realizada por Mantilla, Sabalza y colaboradores (2004) llamada “Prevalencia de sintomatología depresiva en niños y niñas escolares de Bucaramanga, Colombia”, en donde se concluyó que la prevalencia de sintomatología depresiva en niños escolares disminuye con mayor grado de escolaridad. Y con estos resultados podemos afirmar que solamente se cumplió la hipótesis específica para el indicador específico de autodesprecio planteada con respecto a la variable grado, que nos dice “Existe diferencias significativas en las medidas de los indicadores específicos de depresión de acuerdo al grado, sexo, tipo de familia y tipo de colegio”.

Se puede observar que en los resultados de la variable Sexo de la dimensión Disforia los varones presentan una mayor media de sus puntajes obtenidos con 36,40 que las

mujeres que obtuvieron 34,96; y aunque existe una diferencia mínima entre sus puntajes no existe una diferencia significativa según indica la tabla de nivel de significancia; así mismo en la dimensión autodesprecio se observa que los varones obtienen una media de 24,46, siendo mayor al de las mujeres que obtuvieron 23,77, sin embargo tampoco existe una diferencia significativa; finalmente se observó que nuevamente los varones obtienen una mayor media para sus puntajes totales que es de 19,67, a diferencia de las mujeres que obtuvieron 19,21, sin embargo según lo mostrado por la tabla de nivel de significancia de los puntajes totales no existe una diferencia significativa.

Todo lo anterior corrobora lo hallado por Rodríguez (2010) que realizó un estudio titulado “La Relación Entre Nivel Socioeconómico, Apoyo Social Percibido, Género y Depresión en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires -República Argentina”, donde encontró que no se observaron diferencias con respecto a la depresión y el género; así mismo observamos una relación mínima de estos resultados con los obtenidos por Moreno y colaboradores (2009) que realizaron un estudio llamado “Asociación entre depresión y rendimiento académico en un grupo de niños de la localidad de Usaquén de la Universidad de San Buenaventura Bogotá”, donde encontraron que los indicadores de sintomatología depresiva obtenidos se encuentran en un mayor porcentaje en el género masculino que en el femenino, ya que vemos que los varones en nuestra muestra obtienen tanto para las dimensiones de Disforia, Autodesprecio y Puntaje total una mayor media que las mujeres.

Lo encontrado por análisis ANOVA de un factor, que no existe diferencias significativas de la sintomatología a nivel de sexo se podría explicar a partir de la edad evolutiva que cursan niños y niñas de 4 a 6 grado, que son y oscilan entre los 8, 9, 10, 11, y 12 años, ya que es entre los 8 y 11 años, incluso 12 años que se encuentran en la etapa de latencia del desarrollo psicosexual que plantea Freud, en donde justamente se caracteriza por ser una etapa tranquila sin muchos conflictos emocionales y sexuales, es el momento en que la libido está en un momento de reposo por así decirlo, esto así mismo guarda cierta relación por lo planteado según Piaget que nos dice que este rango de edades o etapa evolutiva se caracteriza por un pensamiento más concreto, más lógico y reversible, dando lugar a un mayor entendimiento de las situaciones y menor conflicto interno. La presencia en mayor grado de la disforia podría ser entendida a partir de la propia etimología de disforia, la cual hace referencia a un mal humor, que es de duración corta y que puede ser recurrente, si bien implica un cambio brusco de humor esto podría haberse dado en los niños antes de llegar al colegio, teniendo en cuenta que este tipo de accesos disfóricos tienen una duración menor a 24 horas, además de la consideración de que uno de los síntomas propios de la disforia es la ansiedad que pudo haber sido producida por la presencia de quienes encuestaron, o por la tarea de resolver el cuestionario o algún otro factor. Finalmente se observa que la mayor agrupación de niños y niñas es en la categoría diagnóstica de “No hay presencia de síntomas depresivos. Dentro de los límites normales” y que con los resultados hallados se niegan las hipótesis específicas con respecto a la variable sexo.

Los resultados obtenidos en la investigación realizada por Hinojosa y otros (2009) titulada: “Dinámica familiar y manifestaciones de depresión en escolares de 13 a 15 años de edad”, fueron que se encontró relación entre la dinámica familiar y las manifestaciones de la depresión. La familia normo funcional presentó el mayor número de escolares deprimidos. Sin embargo, los resultados mostrados en la investigación ya mencionada, no pudieron ser corroborados; ya que las medias presentadas en las tablas

N° 16 y 18 relacionadas a la sintomatología depresiva dada por los factores de disforia y autodesprecio y la variable tipo de familia; no presentaron serias diferencias; esto se pudo evidenciar también en sus grados de significancia respectivos (0.76 y 0.174) que indica que no existe un alto grado de significancia entre ambos síntomas y tipos de familia. Así también, el nivel de significancia presentado al contrastar el puntaje total en los alumnos evaluados y el tipo de familia del que proceden, está por encima del valor P con 0.095 ($P > 0.05$) podemos decidir que no existe una diferencia significativa entre las categorías y la variable independiente, es decir no existe una diferencia significativa entre los puntajes totales de los estudiantes y el tipo de familia del que proceden; esto se puede corroborar con los resultados mencionados en la tablas anteriores. Es así que, se descartaría las hipótesis específicas que plantea la diferencia significativa en los índices de depresión e indicadores específicos de la de depresión de acuerdo al tipo de familia. Sin embargo cabe destacar que los puntajes obtenidos por los niños que viven en familias nucleares son mayores a los que viven en familias extensas, siendo en la dimensión disforia de 37,28 para familias nucleares, 32,77 para familias extensas; así mismo esta dimensión se muestra con el mayor puntaje con respecto a la dimensión autodesprecio. Se puede observar que lo anterior niega el hallazgo hecho por Abello et al. (2014) que realizaron una investigación titulada "Prevalencia de depresión infantil en colegios oficiales de Barranquilla", donde recalca que el factor que obtuvo mayor prevalencia en la depresión infantil fue la autoestima negativa (en nuestro caso es igual a Ideas de autodesprecio), ya que para nosotros es la dimensión disforia que obtiene mayor prevalencia en la depresión infantil, esto evidencia lo planteado en el primer capítulo que dice que una de las características de la depresión es que el niño puede presentarse agresivo, por esta razón, dentro del ámbito escolar a veces la depresión se diagnostica de forma errónea como hiperactividad o trastornos de conducta en que la agresión coincide, ya que la disforia se caracteriza por un humor triste, irritabilidad o ira que provoca la agresión, así mismo que cuando hay mayor presencia de disforia, esta se caracteriza primordialmente por los cambios bruscos de humor y por reaccionar de manera intensa a los hechos negativos y de forma débil a los hechos favorables.

Los resultados de las tablas sobre el tipo de colegio y su relación con las puntuaciones obtenidas tanto por cada dimensión como en puntaje total, muestran que en la dimensión disforia los colegios estatales obtuvieron un mayor puntaje (37,64) y los colegios particulares menor puntaje (33,57), habiendo diferencias significativas. Del mismo modo en la dimensión autodesprecio los colegios estatales obtuvieron mayor puntaje (25,59) y los colegios particulares menor puntaje (22,59), no existiendo diferencias significativas. Finalmente, en el puntaje total de sintomatología depresiva los colegios estatales obtuvieron el mayor puntaje (21,66), mientras que los colegios particulares obtuvieron el menor puntaje (17,09), con diferencias significativas. Si bien los puntajes obtenidos en la calificación total pertenecen a la categoría "No hay presencia de síntomas depresivos. Dentro de los límites normales", se afirma que los colegios estatales son los que tienen una mayor prevalencia de síntomas depresivos a diferencia de los colegios particulares. Al no haber una investigación que realice la comparación entre tipos de colegios, se relaciona este aspecto con el nivel socioeconómico, los colegios estatales los conformarían niños pertenecientes a los niveles bajo y medio, mientras que los colegios particulares estarían conformados por niños de niveles medio y alto. A partir de esta clasificación, los niños con mayor prevalencia de síntomas depresivos serían los pertenecientes a la clase media y baja.

Rodríguez (2010) en su estudio se evidencia que el grupo de clase baja puntuó menos en estado de ánimo positivo, en autovaloración positiva, en energía interés y en autoinculpción, demostrando que estos niños se perciben más deprimidos que los de clase media. Así mismo Herrera, Lorena, Alfonso y Gooding (2008) realizaron una investigación llamada "Prevalencia de la depresión infantil en Neiva (Colombia)", concluyendo que a nivel sociodemográfico, los niños con síntomas de depresión pertenecen a familias de estrato socioeconómico bajo. Estos resultados, se relacionan con los obtenidos en la muestra de la provincia de Huancayo. Por otra parte Mantilla, Sabalza y colaboradores (2004) mencionan que, contrario a los resultados de las anteriores investigaciones, la sintomatología depresiva fue independiente del estrato socioeconómico.

Conclusiones

Se logró identificar la medida en que se presentan los indicadores de la depresión infantil en niños de 4° a 6° grado de primaria en el contexto de la Provincia de Huancayo.

Se logró aplicar exitosamente el instrumento Cuestionario de Depresión Infantil (CDI) por medio del cual se midió el nivel de depresión (índice o indicador general) y de las escalas Disforia (indicador específico) y la Autoestima Negativa (indicador específico).

Se logró identificar los indicadores de depresión más frecuentes y más intensos que se presentan en los niños de los grados de cuarto a sexto de primaria en la provincia de Huancayo.

Se logró comparar adecuadamente los niveles de sintomatología depresiva de acuerdo al grado, sexo, tipo de familia y tipo de colegio.

Se halló la existencia de índices significativos de depresión en los niños y niñas de cuarto a sexto grado de primaria de la provincia de Huancayo, dado que el 26% de la muestra presentan síntomas depresivos de manera mínima y moderada (99 personas o 24%), y presencia de síntomas de manera severa o marcada (6 personas o 2%).

El estado de ánimo disfórico se convierte en el predictor más destacable de depresión infantil, ya que tiene mayor presencia y puntuación en nuestra muestra.

Las diferencias de la presencia de síntomas depresivos son significativos entre los niños de cuarto a sexto grado de primaria de la provincia de Huancayo y la presencia es menor cuanto mayor es el grado de escolaridad de los niños y niñas.

Los niños presentan mayor sintomatología depresiva, así como mayor presencia de estado de ánimo disfórico e ideas de autodesprecio que las niñas.

La diferencia de presencia de síntomas depresivos entre tipos de familia es poco significativa.

La presencia de síntomas depresivos es mayor en niños y niñas de colegios estatales que en niños y niñas de colegios particulares.

Los niños y niñas de colegios estatales puntúan más en las dimensiones disforia y autodesprecio que los niños y niñas de colegios particulares.

Referencias Bibliográficas

- Abello, D., Cortés, O., Barros, O., Mercado, S., y Lamadrid, S. (2014) Prevalencia de depresión infantil en colegios oficiales de Barranquilla. *Tesis Psicológica*. 9 (1) 190-201.
- Arévalo Luna, E. (2008) Adaptación y estandarización del CDI, para las ciudades de Trujillo, Chiclayo y Piura. Trujillo.
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (1997) *Metodología de la investigación*. Colombia: McGraw-Hill.
- Herrera, E., Lorena, Y., Rojas, L. A., y Gooding, P. (2009) Prevalencia de la depresión infantil en Neiva (Colombia). *Avances en Psicología Latinoamericana* 27, 154-164.
- Hinostroza, L., Huashuayo, C., Navarro, S., (2011). Dinámica familiar y manifestaciones de depresión en escolares de 13 a 15 años de edad. *Rev. Enferm. Herediana*. 2011; 4(1):12-19.
- Mantilla, L., Sabalza, L. d., Díaz, L. A., y Campo, A. (2004) Prevalencia de sintomatología depresiva en niños y niñas escolares de Bucaramanga. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 33 (2), 163-171.
- Moreno, J., Escobar, V., Calderon, T., y Villamizar, Y. (2009) Asociación entre depresión y rendimiento académico en un grupo de niños de la localidad de Usaquén. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 3 (1), 131-156.
- Rodriguez, S. (2010) Relación entre nivel socioeconómico, apoyo social percibido, género y depresión en niños. *Interdisciplinaria*, 27 (2), 261-275.
- Salud, O. M. (2012) *Organización Mundial de la Salud*. (octubre de 2012). <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
- Yesquén, P. Yncarroca, C., Chavez, A., García, P. (2014). Prevalencia de depresión en niños de 8 a 11 años en institución educativa del distrito de La Victoria.