

**UNIVERSIDAD MARIANO GÁLVEZ DE GUATEMALA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**



**DEPRESIÓN INFANTIL: UN ESTUDIO COMPARATIVO EN
NIÑOS Y NIÑAS DE SEXTO GRADO DE UN CENTRO
EDUCATIVO**

EDNA MARÍA NAJARRO LÓPEZ

Guatemala, noviembre de 2014

**UNIVERSIDAD MARIANO GÁLVEZ DE GUATEMALA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**DEPRESIÓN INFANTIL: UN ESTUDIO COMPARATIVO EN
NIÑOS Y NIÑAS DE SEXTO GRADO DE UN CENTRO
EDUCATIVO**

TRABAJO DE GRADUACIÓN PRESENTADO POR:

EDNA MARÍA NAJARRO LÓPEZ

**PREVIO A OPTAR AL GRADO ACADÉMICO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA
Y EL TÍTULO PROFESIONAL DE PSICÓLOGA CLÍNICA**



Guatemala, noviembre de 2014

**AUTORIDADES DE LA FACULTAD Y DEL TRIBUNAL QUE
PRACTICO EL EXAMEN DEL TRABAJO DE GRADUACIÓN**

DECANO DE LA FACULTAD:

Dr. Carlos Enrique Ramírez Monterrosa

SECRETARIO DE LA FACULTAD:

Dr. Edgar Rolando Vásquez Trujillo

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL EXAMINADOR:

Lic. Erick Alexander Barrera Lima

SECRETARIA:

Licda. María de Jesús Lemus Castellanos

VOCAL:

Dr. Edgar Rolando Vásquez Trujillo

UNIVERSIDAD MARIANO GÁLVEZ DE GUATEMALA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

Guatemala, 06 de Noviembre del 2014

FACULTAD DE: Psicología

CARRERA: Licenciatura en Psicología Clínica

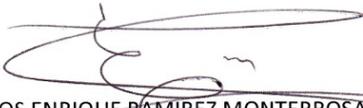
Se autoriza la impresión del Trabajo de Graduación Titulado:

DEPRESIÓN INFANTIL: UN ESTUDIO COMPARATIVO EN NIÑOS Y NIÑAS DE SEXTO GRADO DE UN CENTRO EDUCATIVO.

Presentado por el (la) estudiante: EDNA MARÍA NAJARRO LÓPEZ

Quién para el efecto deberá cumplir con las disposiciones reglamentarias respectivas. Dése cuenta con el expediente a la Secretaría General de la Universidad, para la celebración del Acto de Investidura y Graduación Profesional correspondiente. Artículo 57 del Reglamento del Trabajo de Graduación.

Atentamente,


DR. CARLOS ENRIQUE RAMÍREZ MONTERROSA
DECANO FACULTAD DE PSICOLOGIA



CERM

REGLAMENTO DE TESIS
Artículo 8°: RESPONSABILIDAD

Solamente el autor es responsable de los conceptos expresados en el trabajo de tesis. Su aprobación en manera alguna implica responsabilidad para la Universidad.

INDICE

RESUMEN	1
CAPÍTULO I	
MARCO CONCEPTUAL	
1.1 Introducción	2
1.2 Antecedentes	4
CAPÍTULO II	
MARCO TEORICO	
2.1 Depresión infantil	9
2.1.1 Causas de la depresión infantil	10
2.1.2 Tipos de depresión infantil	13
2.1.3 Síntomas de la depresión infantil	16
2.2 Niñez	17
2.3 Nivel primario de educación	19
2.4 Centro educativo público	21
CAPÍTULO III	
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
3.1 Justificación	23
3.2.1 Objetivo general	24
3.2.2 Objetivos específicos	24
3.3 Hipótesis	24
3.4 Variables de estudio	25
3.4.1 Definición conceptual de variables	25

3.4.2	Definición operacional de variables	25
3.5	Alcances y límites	26
3.6	Aportes	26
CAPÍTULO IV MARCO METODOLÓGICO		
4.1	Sujetos	28
4.2	Instrumento	28
4.3	Procedimiento	29
4.4	Diseño de investigación	30
4.5	Metodología estadística	30
CAPÍTULO V PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS		31
CAPÍTULO VI DISCUSIÓN DE RESULTADOS		32
CAPÍTULO VII CONCLUSIONES		34
CAPÍTULO VIII RECOMENDACIONES		36
REFERENCIA BIBLIOGRAFICAS		37
ANEXO		41

RESUMEN

El presente estudio sobre depresión infantil un estudio comparativo en niños y niñas de sexto grado de un centro educativo tuvo como objetivo principal determinar si existe diferencia significativa de depresión en niños y niñas de un centro educativo.

Para realizar el mismo estudio se empleó una muestra de 50 personas estudiantes de sexto grado, distribuidos así: 25 de género masculino y 25 de género femenino, ambas muestras de la edad de 12 años. El instrumento utilizado fue el - Inventario de Depresión Infantil (CDI), el cual evalúa dos escalas: Disforia (humor depresivo, tristeza, preocupación,) y autoestima negativa (juicios de ineficacia, fealdad, maldad) y proporciona una puntuación total de depresión.

El diseño de investigación fue de tipo descriptiva-comparativa y el método estadístico utilizado fue la t de Student, esto para determinar si existía diferencia significativa de depresión en las muestras estudiadas. En la investigación se concluyó que no existe diferencia estadísticamente significativa en depresión al comparar niños y niñas de un centro educativo. Se recomendó que se oriente a maestros y padres de familia para mejorar las relaciones en los centros educativos y en la familia, por ser los principales espacios de socialización y aprendizaje para los niños. Además de que estos puedan tener acceso a tratamientos psicoterapéuticos.

CAPÍTULO I

MARCO CONCEPTUAL

1.1 Introducción

Comúnmente se piensa que la depresión es más un trastorno propio de los adultos, también los niños pueden presentar síntomas que van más allá de la tristeza, como desesperanza, tristeza profunda, impotencia, desamparo. Las respuestas transitorias de tristeza y los cambios en el estado de ánimo ante situaciones de estrés, de fracaso o de pérdida son normales en niños sanos. Tales cambios sólo constituyen un problema cuando persisten más de pocos días y entorpecen el funcionamiento del niño o sus relaciones interpersonales. En ocasiones estos síntomas son más intensos y duraderos que rebasan los límites de una respuesta normal y pueden ser calificados de depresión.

Por consiguiente, el estudio sobre depresión infantil en niños y niñas de sexto grado de un centro educativo, tendrá como objetivo determinar si existe diferencia significativa de depresión en niños y niñas de un centro educativo. Se utilizará una muestra de 25 niños y 25 niñas. El instrumento que se empleará será el test - Inventario de Depresión Infantil (CDI) del autor María Kovacs. Este instrumento proporciona una evaluación precisa de sintomatología depresiva.

Será un estudio de tipo descriptivo-comparativo, para determinar si existe diferencia en cuanto a las hipótesis

planteadas se utilizará el método estadístico de la t de Student.

Se adjuntará antecedentes, así como información relacionada con el tema a abordar que sustentará el marco teórico y los resultados correspondientes.

1.2 Antecedentes

A continuación se exponen estudios de tesis que tienen relación con las variables abordadas:

Ortega (2004), realizó un estudio titulado, el índice de depresión en los niños guatemaltecos pertenecientes a hogares desintegrados. Su objetivo fue determinar el índice de depresión en niños que pertenecen a hogares desintegrados de un nivel socioeconómico bajo. Utilizó la muestra de 60 niños de 10 y 12 años, 30 niños de padres divorciados, separados o ausentes y 30 con padres casados o unidos, midiendo las variables por medio del cuestionario de Depresión para Niños de Lang y Tisher(1978) (CDS 2000). Fue un estudio descriptivo. El procedimiento estadístico utilizado fue la t de Student. Los resultados mostraron que los niños pertenecientes a un hogar desintegrado puntuaron más alto en el índice de depresión en comparación a los hijos de un hogar integrado. Concluyó que la separación o el divorcio es un evento doloroso y estresante para muchos niños. Recomendó que en futuras investigaciones se evalúe con el CDS a otra parte de la población, como muestra del nivel socioeconómico alto y medio, con el fin de comprar si se obtienen los mismos resultados.

Tello (2005), investigó sobre la depresión en niños de 8 a 12 años víctimas de maltrato infantil, en la fundación salvación, corral chiquito, zona 8 Huehuetenango. Su objetivo fue establecer la presencia de la depresión en niños y niñas de 8

a 12 años víctimas de maltrato infantil, internos en la fundación salvación. Tomó una muestra probabilística aleatoria de 31 niños de ambos sexos, midiendo las variables por medio del cuestionario de depresión para niños de Lang y Tisher(1978). Fue un estudio descriptivo. El procedimiento estadístico utilizado fue la t de Student. Concluyó que el maltrato infantil es una causa importante en la aparición de la depresión en niños de 8 a 12, pero no hay que considerar como la única causa de depresión, es necesario tomar en cuenta el estado social del niño y otras causas ambientales. Recomendó trabajar con los padres y encargados de los niños para fortalecerlos emocionalmente y así favorecer relaciones más sanas en el centro y en la familia, por ser los principales espacios de socialización y aprendizaje para los niños.

Madrid (2000), estudió la intervención terapéutica en niños con depresión, en Panamá. Su objetivo fue comparar los efectos de un tratamiento para depresión en niños, entre un grupo experimental y un grupo control, utilizando la terapia cognitiva conductual. Tomó como muestra a niños y niñas residentes en la Aldea Infantil S.O.S. de Panamá, con edades de entre 9 y 12 años cuyas madres encargadas reportaran con síntomas de depresión, midiendo las variables por medio del cuestionario básico de depresión en niños de la Asociación Americana de Psiquiatría AACAP (1997) y el cuestionario Childrens Depresión Scale (CDS). Fue un estudio descriptivo. El procedimiento estadístico

utilizado fue la t de Student. Concluyó que la terapia cognitivo conductual para el tratamiento de la depresión en niños parece tener resultados. Recomendó la necesidad de diseñar tratamientos diferenciales que permitan corroborar la eficacia de este tipo de tratamiento, precisamente en variables en las cuales no pareció haber afectos estadísticamente significativos.

Ramírez (2009), realizó un estudio sobre la adaptación del inventario de depresión infantil de Kovacs en escolares de la ciudad de Cajamarca, Lima. Utilizó una muestra de 623 niños y adolescentes de entre 7 y 15 años cursando entre 2° y 4° grado de secundaria. Midió las variables con el inventario de depresión infantil de Kovacs (2004), escala de depresión de adolescentes de Reynaldos (1989) y el cuestionario de autoevaluación de ansiedad estado/rasgo (1973). Fue un estudio descriptivo. El procedimiento estadístico utilizado fue la t de Student. Concluyó que el CDI ha demostrado tener una alta consistencia interna, pues los coeficiente de confiabilidad Alfa y Cronbach y de dos mitades alcanzaron un nivel aceptable.

Gordillo (2010), investigó sobre el análisis longitudinal de la relación entre depresión y agresión física y verbal en población infanto-juvenil en Madrid. Su objetivo fue explorar transversal y longitudinalmente la relación existente entre una alteración interiorizada como la depresión, y otra exteriorizada como la agresión, en una población infanto-juvenil. Utilizó como muestra a 525 sujetos (58,9% mujeres)

que completaron los tres periodos de evaluación de que consta este estudio, midiendo las variables por medio del cuestionario de agresividad física y Verbal (AFV; Coprara & Pasterelli, 1993) adaptación española por el Barrio, Moreno y López (2001). Y el cuestionario Children Depresión Inventory-Short (CDs; Kovacs, 1992) adaptación española por el Barrio, Olmedo y Colodrón (2002). Fue un estudio descriptivo. El procedimiento estadístico utilizado fue la t de Student. Concluyó que el estudio responde a una obligada demanda derivada, por una parte de la escasez de trabajos que han investigado sobre dicha relación, y, por otra, de la gravedad y consecuencias que el sufrimiento tienen sobre los propios sujetos y la sociedad.

Cabrera (1995), en su estudio investigó sobre la depresión infantil en la población escolar de la isla de Lanzarote. Su objetivo fue ver el índice de prevalencia de depresión infantil y determinar características o factores vinculados al síndrome depresivo que puedan constituir factores de riesgo. Utilizó como muestra a niños escolarizados en 4º, 5º y 6º de EGB eran de 4.211, distribuidos de la siguiente forma: 1.128 en Cuarto, 1.485 en Quinto y 1.587 en Sexto, pertenecían a 29 centros escolares. Midiendo las variables por medio del cuestionario Children Depresión Inventory (CDI, Kovacs 1977), el test experimental de depresión infantil (TDC, Cabrera y García, 1994) y el cuestionario de inhibición social (García Medina). Fue un estudio descriptivo. El procedimiento estadístico utilizado fue la t de Student.

Concluyó que se confirma la prevalencia del síndrome depresivo detectado en el estudio anterior a partir de las frecuencias detectadas mediante el cuestionario de sintomatología depresiva de Cobo, ya que aparecieron mayores porcentajes de síntomas depresivos con el grupo depresivo que el no depresivo. Recomendó fomentar y mejorar los estudios epidemiológicos en la infancia no solo sobre la depresión sino en torno a cualquier otra patología, como vía para una mejor evaluación de la realidad.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Depresión Infantil

Muerie S. S. et al (2013), explican que la depresión infantil es un trastorno del estado de ánimo que se manifiesta en un niño cuando enfrenta una situación de tristeza de mayor intensidad y duración. El comienzo de la depresión puede ser súbito o gradual por corto o largo plazo. Reconocer y diagnosticar la depresión en los niños puede ser difícil debido a que la depresión puede estar presente al mismo tiempo que otros trastornos. Los partidarios de una depresión infantil específica hacen referencia a dos enfoques; los evolucionistas, que opinan que la depresión infantil se va transformando según la época evolutiva de la vida del niño en la se presenta, sostienen pues la existencia de una Depresión Infantil Evolutiva, y aquellos que sostienen la existencia de la depresión infantil con una sintomatología propia, no equiparable a la del adulto, especialmente relacionada con problemas de conducta, de allí el nombre de Depresión Infantil Enmascarada, puesto que muchos profesionales equivocan su diagnostico.

La guía infantil (2013), define la depresión infantil como un desorden caracterizado por una alteración en el estado de ánimo acompañado de un comportamiento a nivel escolar, en el hogar, en la comunidad del niño.

Para la guía infantil (2013), hay que distinguir cuando hay una depresión y cuando el niño solamente está triste. Porque muchas veces los niños al igual que los adultos, se ponen tristes. Pero eso no significa que estén deprimidos. Para estar deprimidos, estamos hablando que ya es un diagnóstico dentro de salud mental y el niño tiene que estar muy triste, tiene que tener una serie de alteraciones, que se le notan en el colegio, que se le notan con los amigos, que lo notan los papas, que lo notan todos, durante un periodo largo de tiempo. En función de cómo sean esos síntomas y de la gravedad de los síntomas podremos hablar de un estado de depresión leve, moderado o severo. También tenemos que pensar que los síntomas van a variar en función de la edad del niño.

2.1.1 Causas de la depresión infantil

Tomás, J. (1994), comenta que la depresión infantil, al igual que ocurre con la de adultos, concurren varios mecanismos o factores que suelen interactuar constituyendo el origen del desarrollo de los estados de depresión en niños y jóvenes. Los principales son los biológicos, genéticos, socio-familiares, estilos de vida y los psicológicos que se explican a continuación:

- **Factores biológicos:**

Tomás, J. (1994), dice que se han efectuado diferentes estudios para averiguar las posibles causas psicobiológicas

y psicofisiológicas de la depresión en población infantil. Los estudios han intentado replicar los resultados hallados en población adulta. Los resultados no han estado concluyentes. Algunas líneas de investigación han planteado la hipótesis del déficit funcional serotoninérgico como elemento facilitador del trastorno afectivo, pero, tampoco sin poderse llegar a conclusiones definitivas.

- **Factores Genéticos:**

Tomás, J. (1994), agrega que según diversos estudios efectuados, los factores genéticos podrían explicar un porcentaje elevado (50%) de la varianza en la transmisión de los trastornos afectivos. Los estudios familiares que evalúan hijos de padres deprimidos han verificado que la posibilidad de que éstos lleguen a desarrollar el trastorno es entre 3 y 6 veces más elevada en comparación con niños que no presentan este factor de riesgo. Igualmente, el riesgo de desarrollar otra psicopatología, como ansiedad o incluso trastornos de conducta, es también mayor. De todas formas se habla de factores predisponentes no causales. La presencia o no del trastorno y su tipo en población de riesgo, dependería de los factores internos del sujeto interactuando con el entramado de circunstancias personales, familiares y sociales.

- **Factores Socio-familiares:**

Tomás, J. (1994), dice, parece bastante probable que un factor determinante en la aparición y mantenimiento del trastorno, está estrechamente relacionado con el entorno familiar. La depresión sería resultado, entre otros factores, de una pobre interacción padres - hijos. Estudios realizados al efecto han demostrado diversas características interactivas familiares peculiares entre los que destaca: baja implicación paterna y alta sobreprotección materna, más conflictos familiares, más problemas de comunicación, más irritabilidad, más abuso y negligencia. En el caso de padres depresivos, la transmisión de la depresión no implica, por tanto, sólo influencias genéticas sino que también conlleva influencias psicosociales.

Si bien el tipo de interacción puede relacionarse como causa de depresión a través de modelos psicológicos (conductuales, cognitivos) y biológicos, para algunos autores el conflicto familiar podría ser la respuesta de los padres a los problemas del hijo, o en otros casos, la depresión podría contribuir al mantenimiento del problema parental.

- **Factores estresantes:**

Tomás, J. (1994), comenta que, aquí se pueden incluir los factores externos que cursan generando un estado de estrés continuado. Es el caso de las separaciones, divorcios o discordia de la pareja. El elemento relevante para el niño no

es tanto la ruptura en sí, sino, el estado en que queda la relación afectiva entre los padres. Una relación de amenazas, coerciones, etc. produce evidentemente una transición con más carga emocional para el niño y lo hace más vulnerable al desarrollo de la patología. Otro factor potencialmente generador del trastorno es el caso de pérdida de un ser querido, especialmente en niños ya frágiles. La pérdida de la madre o padre puede requerir, dependiendo de la edad, una atención especializada para facilitar el proceso de duelo. Ello puede ser especialmente necesario en aquellos casos de muerte repentina o en accidentes de tráfico.

2.1.2 Tipos de depresión infantil

Muerie S. S. et al (2013), menciona, es importante tener en cuenta que, a pesar de referirse a los mismos tipos de trastornos que en el adulto, el diagnóstico en niños debe tomar en consideración los aspectos de la vida cotidiana y grado de desarrollo socio-emocional infantil.

- **Depresión mayor**

Muerie S. S. et al (2013), dice, es una enfermedad grave caracterizada por un estado de tristeza persistente, sentimientos de infravaloración o culpabilidad e incapacidad de sentir placer o felicidad. La depresión mayor interfiere en el funcionamiento del día a día en funciones tan típicas como comer y dormir. Un niño con depresión mayor se siente

deprimido casi todo el día. Tiene una duración de más de dos semanas y una duración media de 32 semanas. El inicio típico de la depresión mayor se presenta entre los 10 y 11 años de edad.

- **Distimia**

Muerie S. S. et al (2013), agrega que puede diagnosticarse si la tristeza no es tan grave pero tiene una continuidad de un año o más. Los niños con distimia se sienten a menudo “más que abatidos”. Pueden tener baja autoestima, estar desesperanzados e incluso tener problemas con la alimentación y el sueño. Al contrario que la depresión mayor, la distimia no interfiere gravemente con el funcionamiento del día a día. Casi del 1% al 3% de los niños padecen distimia.

- **Trastorno bipolar**

Muerie S. S. et al (2013), menciona que es otro tipo de perturbación del carácter y se distingue por la aparición de episodios de depresión de baja energía (tristeza y desesperanza) alternados con otros con alta energía, manía (irritabilidad y temperamento explosivo). El trastorno bipolar puede afectar desde el 1% al 2% de los niños. Más de dos millones de adultos sufren este trastorno y, por lo general, se desarrolla después de los diez años y en los primeros años de adultez. Los investigadores creen que los niños antes y a partir de los diez años pueden experimentar un cierto

número de problemas como trastornos de déficit de atención, de comportamiento de oposición, ansiedad e irritabilidad además de cambios de carácter desde la depresión hasta la manía.

- **Depresión Anaclítica**

Spitz (1945) introdujo este término, y fue formulado en una investigación realizada con niños de 6 y 8 meses de edad quienes, después de haber establecido una relación normal con sus madres, sufrieron una ruptura total sin que las madres fueran reemplazadas por ninguna otra figura sustituta. Spitz define la Depresión Anaclítica como el plazo para la privación emocional parcial (la pérdida de un objeto amado). Cuando el objeto del amor se devuelve al niño dentro de un periodo de tres o cinco meses, la recuperación es rápida. Si se priva a un niño de cinco meses, van a mostrar los síntomas de deterioro cada vez más graves, a esta privación total Spitz llamó Hospitalismo.

En la depresión anaclítica se distinguen las siguientes fases:

- **Fase reactiva.**
- **Fase depresiva**
- **Fase de hospitalismo**

2.1.3 Síntomas de la Depresión en niños

Spitz (1945), agrega que los síntomas de depresión varían de acuerdo a la personalidad del niño y a la etapa de desarrollo en la que se encuentra. Tengamos presente que muchos de los síntomas que se mencionan son característicos de otros tipos de problemas. Los síntomas de la depresión en niños son clasificados según la edad de la siguiente manera:

- **Depresión Infantil en primer año**

- **Depresión Anaclítica:**

- Incremento exigencias
- Rechazo de contacto
- Pérdida de peso
- Rigidez de expresión
- Insomnio
- Protesta

- **Hospitalización: Privación Emocional Total:**

- Lentitud motora
- Pasividad total
- Anomalías de coordinación ocular
- Movimientos corporales espasmódicos
- Disminución cociente de desarrollo

- **Depresión sensoriomotriz:**

- Expresión facial triste, sombría y apagada
- Llanto de dolor que pierde intensidad
- Contacto visual inexpresivo, no sonrisa

- Comportamiento motor lento
- Problemas de succión, no aumenta de peso.
- **Depresión entre 1 y 3 años:**
 - Humor disfórico
 - Retraso en el comportamiento motor
 - Falta de interés por la alimentación
 - Trastornos del sueño
 - Retraso en el pensamiento simbólico
 - Retraso del lenguaje
 - Retraso en el control de esfínteres o pérdida
- **Depresión entre los 3 y 5 años**
 - Afecto a las habilidades adquiridas más recientemente
 - Aspecto triste
 - Cambios del apetito, peso, sueño, fatiga
 - Menos cooperativo
 - Mas apático
 - Llanto frecuente
 - Irritabilidad
 - Retraimiento social

2.2 Niñez

Pavez (2012), agrega que según la RAE, la palabra niño o niña proviene de la voz infantil o la expresión onomatopéyica ninno, que refiere al que está en la niñez, que tiene pocos años, que tiene poca experiencia o que obra con poca reflexión y advertencia, entre otras características. Por otra

parte, la niñez es definida por la RAE como: a) el período de la vida humana que se extiende desde el nacimiento a la pubertad (mismo significado de la palabra infancia); b) el principio o primer tiempo de cualquier cosa; y c) la niñería, acción propia de niños. Tanto la palabra infancia como niñez sugieren el período vital que transcurre durante los primeros años de la vida humana.

La niñez es la etapa de la vida comprendida desde el nacimiento hasta la adolescencia. En la psicología del desarrollo, la niñez se divide en la niñez temprana, niñez media y adolescencia. Se trata de una etapa esencial para la formación de la personalidad y el carácter de una persona, y diversos acontecimientos, vivencias o factores pueden afectarla de forma radical.

Mientras que la niñez suele ser entendida como el periodo del nacimiento hasta la adolescencia, biológicamente puede extenderse hasta el inicio de la adultez, y varios países establecen edades en los cuales termina la niñez para efectos legales. La edad límite va desde los 15 hasta los 21 años, siendo los 18 años la edad más común.

La niñez comienza en la etapa conocida como niñez temprana, que comprende desde el nacimiento hasta cerca de los siete u ocho años. Durante esta etapa el niño aprende a hablar, a caminar, y al final, puede realizar la mayoría de sus tareas sin requerir de asistencia parental. Los vínculos

afectivos entre los niños y sus padres también se forman en esta etapa. Durante la niñez media, los niños suelen realizar sus primeras interacciones sociales con otros niños de su edad. Comienzan a darse cuenta de lo que les gusta y no les gusta y adquieren habilidades sociales. El desarrollo de la individualidad y la personalidad es esencial en esta etapa.

2.3 Nivel primario de educación

Según el currículo nacional base de Guatemala, (2007), la educación primaria es obligatoria para toda la población de 7 a 14 años, está conformada por dos ciclos. El primero es de educación fundamental (de primero a tercer grado) y el segundo de educación complementaria (de cuarto a sexto grado).

La educación primaria en Guatemala se fundamenta en las leyes que en materia educativa existen en el país. Se orienta al desarrollo de las capacidades que, según su nivel de madurez, deben poseer las y los estudiantes al egresar de este nivel. Están expresadas en términos de competencias: indican las capacidades para utilizar sus aprendizajes declarativos o conceptuales, procedimentales y actitudinales ante situaciones determinadas; tanto en la resolución de problemas, como para generar nuevos aprendizajes y para convivir armónicamente con equidad.

Se espera que al egresar del nivel primario, los y las estudiantes sean capaces de comunicarse en dos o más idiomas, utilicen el pensamiento lógico, reflexivo, crítico propositivo y creativo, en la construcción del conocimiento, apliquen la tecnología y los conocimientos de las artes y las ciencias de su cultura y de otras culturas; contribuyan al desarrollo sostenible de la naturaleza, las sociedades y las culturas del país y del mundo; que valoren la higiene y la salud individual y colectiva para promover el mejoramiento de la calidad de vida, que actúen con seguridad, libertad, responsabilidad y honestidad, que practiquen y promuevan los valores, la democracia, la cultura de paz y el respeto a los Derechos Humanos. Asimismo, que respeten, promuevan y valoren el arte, la cultura y la cosmovisión de los Pueblos.

El enfoque constructivo de aprendizajes significativos constituye la base formativa en la Educación Primaria, lo que permite el desarrollo de nuevas destrezas y la adquisición de conocimientos. Se toman como referencia los aprendizajes y las experiencias vividas con anterioridad, que por su significatividad quedaron grabadas en la memoria de los y las estudiantes. La formación anteriormente descrita se organiza en los ámbitos del conocer, del ser, del hacer, del convivir y del emprender.

En los primeros años de la educación primaria, el ambiente escolar debe construir los espacios para articularse con la

formación del nivel de educación preprimaria. Se debe generar un ambiente afectivo que coadyuve con la formación iniciada en este nivel. Es importante enfatizar en el desarrollo de la confianza al comunicarse, fortalecer el trabajo con libertad y seguridad, propiciar la construcción lógica de sus ideas y pensamientos, generar y estimular la creatividad, fortalecer los hábitos del trabajo escolar; todo esto, dentro de un ambiente donde se construye la autoestima, se estimula la seguridad y la confianza y se respeten las diferencias.

2.4 Centro educativo público

La ley de educación nacional de Guatemala, (1991), en su artículo 21, define los centro educativo públicos como establecimientos que administra y financia el Estado para ofrecer sin discriminación, el servicio educacional a los habitantes del país, de acuerdo a las edades correspondientes de cada nivel y tipo de escuela, normados por el reglamento específico.

El objetivo de la educación pública es la accesibilidad de toda la población a la educación, y generar niveles de instrucción deseables para la obtención de una ventaja competitiva.

Regularmente la educación pública queda a cargo del gobierno, quien llega a proporcionar la planta física y

docente, y hasta materiales didácticos, para la realización de los estudios y por tal motivo generalmente existen entidades de la administración pública, relacionados con el sistema educativo tales como los Departamentos o Ministerios de Educación. Estos están encargados de organizar y controlar los servicios educativos de cada país.

La educación pública se ofrece a los niños del público en general por el gobierno, ya sea nacional, regional o local, siempre por una institución de gobierno civil, y pagado, en todo o en parte, por los impuestos. El término se aplica generalmente a la educación básica, la educación primaria y secundaria o bien a todo el sistema comprendido entre kindergarten y el último curso de la educación secundaria.¹ También se aplica a la educación post-secundaria, educación superior, o las universidades, colegios, escuelas técnicas que reciben ayudas públicas.

CAPÍTULO III

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Existirá alguna diferencia estadísticamente significativa de depresión al compara niños y niñas de sexto grado de un centro educativo?

3.1 Justificación

La depresión infantil es una situación afectiva de tristeza mayor que resulta incapacitante y causa un alto nivel de malestar, por la falta de madurez emocional y falta de recursos para manejar sus propias emociones. Es un daño serio que sufre un niño interfiriendo en su desarrollo y que repercute en la edad adulta limitando su capacidad de ajuste personal y social. La depresión infantil puede surgir a causa de cambios importantes y estrés como resultado de la pérdida de los padres, un divorcio, problemas familiares o fracasos escolar.

Ante lo anterior descrito, surge la inquietud de realizar un estudio para conocer sobre la depresión infantil en niños y niñas de nuestra población, ya que es un problema que día a día se ha visto en aumento. Además para posteriormente describir si existe diferencia significativa de depresión en estudiantes de sexto grado según género.

3.2 Objetivos

3.2.1 Objetivo general

Determinar si existe diferencia significativa de depresión en niños y niñas de un centro educativo.

3.2.2 Objetivos específicos

- Aplicar el instrumento Test – Inventario de Depresión Infantil (CDI) de María Kovacs en los grupos muestrales.
- Determinar en cuál de las muestras estudiadas predomina la depresión infantil.
- Realizar una comparación estadística en ambos grupos muestrales.

3.3 Hipótesis

3.3.1 Hipótesis de Investigación

- H_i . Existe una diferencia estadísticamente significativa al 0.05% en depresión infantil, cuando se comparan niños y niñas de sexto grado de un centro educativo.
- H_o . No existe una diferencia estadísticamente significativa al 0.05% en depresión infantil, cuando se comparan niños y niñas de sexto grado de un centro educativo

3.4 Variables

Variable Independiente

- Niños y niñas de sexto grado de un centro educativo público.

Variable Dependiente

- Depresión Infantil

3.4.1 Definición conceptual de variables

- Variable Independiente: Niños y niñas de 12 años que cursan el sexto grado de primaria en un centro educativo de enseñanza público, establecimiento que es ofrecido por el estado con la finalidad de ayudar a las personas de bajos recursos económicos.
- Variable Dependiente: la depresión infantil se define como un cuadro de tristeza cuya duración e intensidad superan los estándares previstos en las conductas infantiles.

3. 4.2 Definición operacional de variables

- Variable independiente: se obtuvo por medio de un registro de los estudiantes que proporciono la dirección del centro educativo.

- Variable dependiente: la depresión infantil se midió por medio del test Inventario de Depresión Infantil (CDI) de María Kovacs.

3.5 Alcances y Límites

- **Ámbito geográfico:** El Progreso, Jutiapa.
- **Ámbito institucional:** Un centro educativo de servicio público.
- **Ámbito personal:** 25 niños y 25 niñas del centro educativo público.
- **Ámbito Temporal:** de febrero a agosto del 2014.
- **Ámbito Temático:** Depresión infantil un estudio comparativo en niños y niñas de sexto grado de un centro educativo.

3.6 Aportes

- **A la universidad Mariano Gálvez de Guatemala (UMG)** ya que es un estudio que contribuye a la Psicología general y clínica, por contar con información necesaria sobre un trastorno que afecta el estado emocional y se produce en cualquiera de los ámbitos de un niño.
- **A la población estudiantil y profesional:** como aporte para la población estudiantil de las facultades de Psicología por ser ciencia que vela por el bienestar y la salud del ser humano.

- Sirve como antecedente para futuras investigaciones.
- Sirve también como alerta para las autoridades educativas como un problema que afecta el rendimiento escolar de un niño.

CAPÍTULO IV

MÉTODO

4.1 Sujetos

Niños y niñas de sexto grado de primaria de un centro educativo público.

La técnica de muestreo utilizada fue por conveniencia y estuvo comprendida por 25 niños y 25 niñas, los cuales son estudiantes de sexto primaria de la Escuela Oficial Urbana, El Progreso, Jutiapa.

4.2 Instrumento

Se utilizó el Inventario de Depresión Infantil (CDI), su nombre original Childre´ns Depression Inventory del autor Maria Kovacs, con adaptación española por Victoria del Barrio y Miguel Carrasco. Su aplicación es colectiva o individual. Tiene un ámbito de aplicación de 7 a 15 años. Con duración entre 10 y 25 minutos. Su finalidad es la evaluación de sintomatología depresiva. Su confiabilidad y validez está demostrada.

El CDI es uno de los instrumentos más utilizados y mejor aceptados por todos los expertos en depresión infantil, ya que ha demostrado un comportamiento muy sólido desde el punto de vista psicométrico y gran utilidad para los fines clínicos.

Consta de 27 ítems, cada uno de ellos enunciado en tres frases que recogen la distinta intensidad o frecuencia de su

presencia en el niño o adolescente, por lo que a efectos de duración es como si la prueba tuviese 81 elementos. El contenido de los ítems cubre la mayor parte de los criterios para el diagnóstico de la depresión infantil.

El CDI evalúa dos escalas: **Disforia** (humor depresivo, tristeza, preocupación,) y **Autoestima negativa** (juicios de ineficacia, fealdad, maldad) y proporciona una puntuación total de depresión. Puede ser contestado directamente por los niños evaluados, como autoinforme, o pueden contestarlo adultos de referencia como el padre, la madre, profesores, enfermeras o cuidadores. Cuando se aplica por este último procedimiento los ítems deben leerse en tercera persona.

4.3 Procedimiento

- Autorización a la Decanatura de la Facultad de Psicología para realizar el trabajo de tesis.
- Selección de tema
- Elaboración del prediseño de investigación
- Elaboración de proyecto de investigación
- Corrección y aprobación de proyecto de investigación
- Preparación de recursos para la aplicación de técnicas e instrumentos
- Trabajo de campo
- Vaciado y tabulación de datos
- Interpretación y análisis de la información

- Elaboración de informe final
- Revisión y corrección de informe final
- Presentación final

4.4 Diseño de Investigación

4.4.1 Tipo de Investigación

Para el proceso de investigación se utilizó el método descriptivo - comparativo. Se conceptualiza que la investigación descriptiva es la que se especifica las propiedades, características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Es decir mide, evalúa o recolecta datos sobre diversos conceptos o variables aspectos componentes del fenómeno a investigar, además se utilizó la comprobación de dos grupos estáticos.

4.5 Método estadístico

Para obtener los resultados estadísticos se utilizó la t de Student que es una distribución de probabilidad que surge del problema de estimar la media de una población normalmente distribuida cuando el tamaño de la muestra es pequeño.

CAPÍTULO V

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

En la siguiente tabla se presenta el análisis inferencial sobre depresión al comparar niños y niñas de sexto grado primaria de un centro educativo.

CUADRO # 1 Depresión en niños y niñas

Sujetos	N	Media	Estadístico t	Valor t Crítico	Aceptación de hipótesis
Niños	25	12.12	0.91	2.021	Ho
Niñas	25	10.16			

Fuente: Test – Inventario de Depresión Infantil (CDI) de María Kovacs

Interpretación:

En vista que la t obtenida (0.91) no es igual ni mayor que el valor t crítico (2.021), se acepta la hipótesis nula que expresa: No existe una diferencia estadísticamente significativa al 0.05% en depresión infantil, cuando se comparan niños y niñas de un centro educativo

CAPÍTULO VI

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Luego de haber aplicado la prueba correspondiente a la muestra estudiada se pudo concluir: respecto a la depresión al comparar niños y niñas no existe diferencia estadísticamente significativa ya que la t es de (0.91) siendo menor al valor crítico de (2.021), entonces se acepta la hipótesis nula de esta investigación. Así mismo se determinó que la media que corresponde al grupo de niños es de 12.12 mientras que la media del grupo de niñas es de 10.16, siendo el grupo de niños quien presenta mayor depresión, lográndose establecer que en el grupo de 25 niños, 4 presentan depresión. Así mismo, del grupo de 25 niñas 1 presenta depresión.

En comparación con los antecedentes citados en esta temática de investigación se mencionan los siguientes estudios los cuales tienen similitud con el tema que se abordó:

Ortega (2004), quien estudió el índice de depresión en los niños guatemaltecos pertenecientes a hogares Desintegrados. Su objetivo fue determinar el índice de depresión en niños que pertenecen a hogares desintegrados de un nivel socioeconómico bajo. El estudio de Ortega tiene similitud con el presente, pues ambos perseguían identificar depresión en niños, utilizando el mismo método estadístico.

Sin embargo difieren en el instrumento empleado y en la población estudiada.

Tello (2005), estudió la depresión en niños de 8 a 12 años víctimas de maltrato infantil, en la fundación salvación, corral chiquito, zona 8 Huehuetenango. Su objetivo fue establecer la presencia de la depresión en niños y niñas de 8 a 12 años víctimas de maltrato infantil, internos en la fundación salvación. Este estudio es similar por que en ambos se investiga sobre la depresión en niños, además hay presencia de depresión en ambas poblaciones, aunque en niveles y condiciones distintas y el método estadístico utilizado fue la t de Student. Es importante mencionar que ambas investigaciones difieren ya que las variables están en distintas condiciones y no están agrupadas por diferencia de género. Además se estableció una presencia significativa de depresión en niños víctimas de maltrato.

Madrid (2000), realizó un estudio sobre la intervención terapéutica en niños con depresión, en Panamá. Su objetivo fue comparar los efectos de un tratamiento para depresión en niños, entre un grupo experimental y un grupo control, utilizando la terapia cognitiva conductual. El estudio difiere en el instrumento empleado y que ambas muestras presentan depresión y se comparan los efectos de tratamiento. Es similar porque es un estudio comparativo, el método estadístico fue la t de Student y el tema principal es la depresión.

CAPÍTULO VII

CONCLUSIONES

- Se acepta la hipótesis nula de esta investigación ya que el valor estadístico de t fue de (0.91) siendo el valor crítico de (2.021).
- Aunque no existe diferencia significativa, los resultados evidencian que existe depresión en los niños y niñas que representan el total de la muestra del centro educativo.
- En el total de la muestra 5 niños tienen depresión y 45 no tienen depresión. Lo que equivale a un 10% del total de la muestra con depresión y a un 90% sin depresión.
- De las 24 niñas que no cumplieron con el total de la sintomatología para la depresión, 9 manifestaron un alto nivel de baja autoestima y 11 un alto nivel en disforia. En donde 4 se encontraron en los límites de la normalidad. Lo que significa que en las niñas que representan la mitad del total de la muestra solamente un 8% está libre de cualquier síntoma.
- De los 21 niños que no cumplieron con todos los síntomas para una depresión, 8 manifestaron un alto

nivel de baja autoestima y 10 un alto nivel de disforia. En donde 3 se encontraron en los límites de la normalidad. Lo cual quiere decir que en los niños que representan la mitad del total de la muestra solo un 6% no presenta ningún síntoma.

CAPÍTULO VIII

RECOMENDACIONES

- Trabajar con maestros y padres para mejorar las relaciones en los centros educativos y en familia, por ser los principales espacios de socialización y aprendizaje para los niños.

- A los centros educativos que incentiven a los padres de familia o cuidadores a informarse de manera profesional sobre el tema de depresión en los niños y poder reconocer sus causas y soluciones.

- Que los centros educativos cuenten con un profesional de la Psicología con quien los padres, cuidadores y maestros puedan recibir orientación adecuada para detectar problemas emocionales en los niños.

- A profesionales de la Psicología que se desempeñan en el ámbito terapéutico, tomen en cuenta el uso de pruebas psicométricas como el Inventario de Depresión infantil, que por ser un instrumento estandarizado y confiable es de mucha utilidad para el diagnóstico y posteriores tratamientos en los niños.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

LIBROS

- Cerezo A. (1991). Ley de educación de Guatemala. Recopilación de leyes, biblioteca. MINEDUC. Guatemala.
- Cuevas, M. y Teva, I. (2006). Evaluación y tratamiento de la depresión infantil. En Bermúdez, M. y Bermúdez, A. (Eds.). Manual de psicología clínica infantil. (pp. 219-268). Madrid: Biblioteca nueva.
- Cytryn L., Mcknew DH. (1972). Propuesta de clasificación de Depresión en Niños. Psiquiatría. Pag. 129: 149-155.
- Del Barrio, M.V. (1997). Depresión Infantil. Editorial ARIEL. Barcelona.
- Ferster, C. B. (1973). Un análisis funcional de la depresión. Psicología Americana.
- Jiménez, M. (1997). Psicopatología infantil. Ediciones Aljibe. Archidona, Málaga.
- Masson, E. (2003). Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM IV TR. Edición 1. Texto Revisado
- Ministerio de educación. (2007). Currículo nacional base de Guatemala. Dirección general de gestión de calidad educativa. Guatemala.
- Muriel S. S. et al. (2013). Comportamientos Alarmantes Infantiles y Juveniles. Ediciones Euro México, S.A. de C.V. España.

- Pavez Soto, I. (2012). Sociología de la infancia: las niñas y los niños como actores sociales. Revista de sociología. Chile.
- Rotondo, H. 1998. Manual de Psiquiatría. 2da edición. Editorial de la UNMSM. Lima Perú.
- Spitz, R. A. (1965). El Primer Año de Vida. Un Estudio Psicoanalítico de Desarrollo Normal y Anormal de Relaciones de Objeto. Nueva York. Prensa de Universidades Internacional, inc.
- Spitz, R.A. (1945). Hospitalismo Solicitud de la Génesis de Condiciones Psiquiátricas en Temprana Niñez. Estudio Psicoanalítico de Niño, 1, 53-74.
- Strommen, E., Fitzferald, H. y Mackinney J. (1982) Psicología del Desarrollo: Edad Escolar. Editorial: EL Manual Moderno. México D.F.

TESIS

- Cabrera Pérez, Dolores Lidia. (1995). La depresión infantil en la población de la isla de Lanzarote. Universidad de La Laguna, España.
- Gordillo Ramírez, Rodolfo. (2010). Análisis longitudinal de la relación entre depresión y agresión física y verbal en población infanto-juvenil. Universidad Nacional de Educación a Distancia, España.

- Madrid Flores, Isaías. (2000). Intervención Terapéutica en niños con Depresión. Universidad de Panamá.
- Ortega Salguero, Dora Graciela. (2004). la Depresión en Niños de 8 a 12 años Víctimas de Maltrato Infantil. Universidad Francisco Marroquín.
- Ramírez Barrantes, Renato Javier. (2009). Adaptación del inventario de depresión infantil de Kovacs en escolares de la ciudad de Cajamarca. Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Tello Herrera, Mary Carmen, (2005). Depresión en niños de 8 a 12 años víctimas del maltrato infantil. Universidad Mariano Gálvez de Guatemala.

EGRAFÍAS

- Carrasco, I. 2010. Depresión Infantil. Cinteco Psicología Clínica y Psiquiatría. Disponible en: <http://www.cinteco.com/profesionales/2010/03/09/depression-en-la-infancia/>
Fecha de consulta: marzo, 2014.
- Guía infantil. 2013. Que es la depresión infantil. Causas y síntomas. España. Disponible en: <https://es.tendencias.yahoo.com/depresi%C3%B3n-infantil-causas-s%C3%ADntomas-120157176.html>
Fecha de consulta: marzo, 2014.
- Hernández, E. Depresión Infantil. Venezuela. Disponible en:

<http://www.psicologoinfantil.com/articulodepresion.htm>

Fecha de consulta: marzo, 2014.

- Sobre conceptos. (2012). Conceptos de niñez. Disponible en: <http://sobreconceptos.com/ninez>. Fecha de consulta: marzo, 2014.
- Sudupe J.A., Taboada O., Castro C. y Vásquez C. (2006). Guías Clínicas sobre la Depresión. España. Disponible en: <http://www.scamfyc.org/documentos/Depresion%20Finsterra.pdf>. Fecha de consulta: marzo, 2014.
- Tomás, J. (1994). Trastorno Depresivo. Psiquiatría - paidopsiquiatría. Centre Londres. Disponible en: http://www.centrelondres94.com/files/trastorno_depresivo_infantil.pdf. Fecha de consulta: marzo, 2014.

ANEXO

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



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: M^a V. del Barrio Gándara y Miguel Angel Carrasco Ortiz (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.

