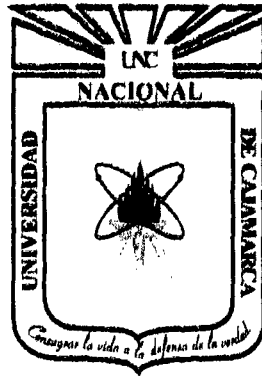


UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



***“INCIDENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LA SINTOMATOLOGIA
DEPRESIVA EN ESTUDIANTES DE 7 A 15 AÑOS EN 5 CENTROS
EDUCATIVOS DEL DISTRITO DE CAJAMARCA, 2013”***

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

AUTOR:

Bach. Pérez Ocampo, Kenny Rubén

ASESOR:

M.C. Gil Alarcón, Wilson

Cajamarca, Perú

2013

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE MEDICINA



***“INCIDENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LA SINTOMATOLOGIA
DEPRESIVA EN ESTUDIANTES DE 7 A 15 AÑOS EN 5 CENTROS
EDUCATIVOS DEL DISTRITO DE CAJAMARCA, 2013”***

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

AUTOR:

Bach. Pérez Ocampo, Kenny Rubén

ASESOR:

M.C. Gil Alarcón, Wilson

Cajamarca, Perú

2013

*Dedicado a Mis Padres Rubén Perez y María
Elena, mi encantadora abuelita Carmela
Baldoce, mis queridos hermanos, a mi
hermosa novia Nadia Zulema y a mis tres
grandes amigos por el apoyo brindado en los
momentos más difíciles de mi vida, por
hacerme acordar que aun podía seguir
adelante pese a que las fuerzas parecían
haberme abandonado, alentándome a seguir
en pie.....*



AGRADECIMIENTOS

- A mi Asesor el Dr Wilson Gil Alarcon, por su apoyo en el desarrollo del presente informe.
- A mi Asesor Metodológico y Estadístico el Mg. Luis Chuquilin Cabanillas
- A todos los Directores de los Centros Educativos, que permitieron la aplicación del instrumento y asimismo la realización del presente manuscrito
- A la Ingeniero Geólogo Nadia Z. por su invaluable apoyo en la realización de este trabajo de investigación



Lo más bello que podemos experimentar es lo misterioso, es la fuente de
cualquier arte y ciencia verdadera.
Aquel que no conoce esta emoción, que no hace pausa para maravillarse y
quedarse absorto en admiración.
Es como si estuviera muerto, sus ojos están cerrados.

Albert Einstein



RESUMEN

El presente estudio titulado “INCIDENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LA SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA EN ESTUDIANTES DE 7 A 15 AÑOS EN LOS CENTROS EDUCATIVOS DEL DISTRITO DE CAJAMARCA, 2013” tuvo por objetivo determinar la incidencia de la sintomatología depresiva en la población descrita, así como la incidencia de los distintos factores asociados a ella. Esto se consiguió mediante el desarrollo de un método descriptivo, transversal donde se calculó la incidencia del problema planteado y frecuencia de distintos factores, así mismo se calculó el nivel de relación entre variables y el grado de asociación de las mismas. Obteniéndose los siguientes hallazgos: el grupo etario con más incidencia de sintomatología depresiva es el de 10 a 12 años. El género masculino presenta mayor incidencia de sintomatología depresiva. Los centros educativos nacionales presentan mayor incidencia de sintomatología depresiva. El bullying está presente en los centros educativos nacionales así como privados y es un factor importante en el desarrollo de los síntomas depresivos. Las familias nucleares simples (biparentales) presentan más frecuencia de síntomas depresivos que las familias monoparentales. La frecuencia estimada del trabajo infantojuvenil como factor de riesgo es del 18%. La frecuencia estimada del desarrollo académico inadecuado y grado de repitencia es del 11.9%.

PALABRAS CLAVE: Depresión, Infancia, escuelas.



ABSTRACT

The present study titled " INCIDENCE AND FACTORS ASSOCIATED WITH STUDENTS SYMPTOMATOLOGY DEPRESSIVE 7 TO 15 YEARS IN SCHOOLS DISTRICT OF TRUJILLO , 2013 " aimed to determine the incidence of depressive symptoms in the population described , and the impact of the various factors associated with it. This was achieved by developing a descriptive approach, where the incidence of transverse problems and frequency of factors was calculated, so the same level of relationship between variables and the degree of association of these was calculated. Yielding the following findings: the age group with the highest incidence of depressive symptoms is 10 to 12 years. The male has a higher incidence of depressive symptoms. National schools have a higher incidence of depressive symptoms. Bullying is present in national and private schools and is an important step in the development of depressive symptoms factor. Simple nuclear families (two-parent) have more often than parent families depressive symptoms. The estimated child and adolescent labor as a risk factor frequency is 18%. The estimated Bad academic and grade repetition rate is 11.9%.

KEYWORDS: Depression, Children, schools



INTRODUCCION

La depresión es el trastorno mental que más afecta a la población mundial y es, además, una de las principales causas de discapacidad en el mundo. Según la OMS (2012) la depresión afecta a más 350 millones de personas de todas las edades alrededor del planeta.

En cuanto a la depresión infantil, la postura teórica inicial en psicología y psiquiatría, en confluencia con la creencia popular, planteaba la imposibilidad de referirse a la existencia de cuadros depresivos en los niños. Esta posición respaldaba enfáticamente el mito de la “infancia feliz”, puntualizando que la tristeza, las preocupaciones y los sentimientos de culpa que podría experimentar un niño únicamente serían de naturaleza leve y efímera, en tanto durante dicha etapa de la vida se carece de responsabilidades y problemas relevantes

En 1975, el Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH, por sus siglas en inglés) de los Estados Unidos, promulgó la existencia de la depresión pediátrica; y en 1980, la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) concedió formalmente la categoría diagnóstica a la depresión infantil, incorporándola en la tercera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSMIII).

En coherencia con los anteriormente mencionado, los hallazgos provistos por la investigación sobre depresión pediátrica, informan que la prevalencia del trastorno se incrementa con la edad; descubriéndose también un aumento del número de niños y adolescentes que son diagnosticados con desórdenes de esta naturaleza; además de que se registra un alarmante descenso en la edad de inicio de la sintomatología, lo cual responde a la presencia de múltiples



factores actuando en distintas proporciones sobre nuestros niños y adolescents, determinando que la edad de presentación disminuya así como un mayor grado de cronicidad y por ende efectos directos sobre el desarrollo mental de los afectados.

Por lo anteriormente señalado, consideré imprescindible realizar esta investigación; la cual consta de seis capítulos: el primero corresponde a las generalidades. El segundo al **problema científico y los objetivos** que caracteriza el estado actual del problema, plantear razones del por qué este estudio, qué se busca y qué se quiere lograr; para esto se tuvo en consideración la definición y delimitación del problema, formulación, justificación y objetivos del mismo. El tercero es el **marco teórico** contempla los fundamentos en el que se soporta el estudio, detalla las características a estudiar; para esto se tuvo en cuenta los antecedentes, bases teóricas y definición de términos; el cuarto es **la hipótesis: formulación de hipótesis y definición operacional de variables** que establece las hipótesis y variables en estudio; el quinto capítulo **metodología** con el propósito de detallar el con qué y cómo se va a lograr lo planteado; en esta parte se tuvo en cuenta las técnicas de muestreo: población y muestra, y técnicas para el procesamiento y análisis de la información; el sexto capítulo corresponde a los **resultados y discusión**; que permite realizar la valoración del estudio, basadas en la información obtenida y el soporte científico. Finalmente las **conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos.**



CONTENIDO

Ítem	Págs
DEDICATORIA.....	III
AGRADECIMIENTO.....	IV
CONTENIDO.....	VI
LISTA DE TABLAS.....	VIII
RESUMEN.....	IX
ABSTRACT.....	X
INTRODUCCION	XI
CAPITULO I. GENERALIDADES	01
CAPITULO II. EL PROBLEMA CIENTÍFICO Y LOS OBJETIVOS	05
2.1 Definición y delimitación del problema	05
2.1 Formulación del problema	9
2.2 Justificación	9
2.3 Objetivos de la investigación	11
CAPITULO III. MARCO TEORICO	13
3.1 Antecedentes del problema	13
3.2 Bases Teóricas	16
3.2.1 Definición Y Características De La Depresión Infantil	16
3.2.2 Depresión En La Infancia Y La Adolescencia	18
3.2.3 Prevalencia De La Depresión En La Infancia Y La Adolescencia	23
3.2.4 Bullying Como Fenómeno Relativamente Nuevo	24
3.2.5 Fracaso Escolar Y Su Relación Con La Depresión Infantil	29



3.2.6 Relación Entre Familia Y Depresión Infantil	32
3.2.7 La Familia Peruana	36
3.2.8 Hogar Nuclear	37
3.2.9 Pobreza en la Familia Peruana	38
3.3.0 Inequidad Social y Discriminación	39
3.3.1 Violencia de Genero	40
3.3.2 Violencia Contra Niños y Niñas	41
3.3.3 Factores De Riesgo En La Depresión Infantil Y Adolescente	43
3.3.4. Inventario De Depresión Infantil (CDI) De Kovacs	43
3.3.4.1 Características De La Prueba	45
3.3.4.2 Análisis De La Confiabilidad De La Validación Del CDI En Cajamarca	47
3.3.4.3 Normas Percentilares	47
CAPITULO IV. LA HIPÓTESIS: FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS Y DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES	51
4.1 LA HIPÓTESIS	51
4.2 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES:	53
CAPITULO V. METODOLOGÍA	54
5.1 TÉCNICAS DE MUESTREO: POBLACIÓN Y MUESTRA	54
5.2 TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	58
CAPITULO VI. RESULTADOS Y DISCUSION	60
6.1 Resultados	60
6.2 Discusion	79
CONCLUSIONES	93
RECOMENDACIONES	93
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	96
ANEXOS	113



LISTA DE CUADROS Y TABLAS

CUADRO N°1	PERCENTILES Y CALIFICADORES Z EN NIÑOS ENTRE 7 Y 9 AÑOS	48
CUADRO N°2	PERCENTILES Y CALIFICADORES Z DE PÚBERES ENTRE 10 Y 12 AÑOS	49
CUADRO N°3	PERCENTILES Y CALIFICADORES Z DE ADOLESCENTES ENTRE 13 Y 15 AÑOS	50
CUADRO N°4	VARIABLES	53
CUADRO N°5	PROBLEMAS DURANTE APLICACIÓN DE INSTRUMENTO	56
TABLA. N° 1	DISTRIBUCION POBLACIONAL SEGÚN GRUPOS ETARIOS	60
TABLA. N°2	DISTRIBUCION POBLACIONAL SEGÚN GENERO	61
TABLA. N°3	CONSTITUCION FAMILIAR DE LOS ALUMNOS	61
TABLA. N°4	TIPO DE INSTITUCION EDUCATIVA	62
TABLA. N°5	INSTITUCIÓN EDUCATIVA	62
TABLA N°6	NIVEL EDUCATIVO	63
TABLA. N° 7	FRACASO ESCOLAR	64
TABLA. N° 8	MALTRATO FÍSICO O PSICOLOGICO EN LA INSTITUCION EDUCATIVA	64
TABLA. N° 9	TRABAJO INFANTOJUVENIL	65
TABLA. N° 10	NIVEL DE SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA	65
TABLA. N° 11	SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA SEGÚN GRUPO ETARIO EN ESTUDIANTES DE 7-15 AÑOS DE CENTROS EDUCATIVOS DE CAJAMARCA, 2013	66
TABLA N° 12.	SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA SEGÚN TIPO DE INSTITUCIÓN EDUCATIVA EN ESTUDIANTES DE 7-15 AÑOS DE CENTROS EDUCATIVOS DE CAJAMARCA, 2013	68
TABLA N. 13	SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA SEGÚN GENERO EN ESTUDIANTES DE 7-15 AÑOS DE CENTROS EDUCATIVOS DE CAJAMARCA, 2013	69
TABLA N° 14	SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA SEGÚN CONSTITUCION FAMILIAR EN ESTUDIANTES DE 7-15 AÑOS DE CENTROS EDUCATIVOS DE CAJAMARCA, 2013	71
TABLA N° 15	SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA SEGÚN PRESENCIA DE MALTRATO FISICO O PSICOLOGICO EN ESTUDIANTES DE 7-15 AÑOS DE CENTROS EDUCATIVOS DE CAJAMARCA, 2013	73



TABLA N° 16	SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA SEGÚN PRESENCIA DE TRABAJO INFANTOJUVENIL EN ESTUDIANTES DE 7-15 AÑOS DE CENTROS EDUCATIVOS DE CAJAMARCA, 2013	74
TABLA N° 17.	SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA SEGÚN NIVEL EDUCATIVO EN ESTUDIANTES DE 7-15 AÑOS DE CENTROS EDUCATIVOS DE CAJAMARCA, 2013	76
TABLA N° 18.	SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA SEGÚN TIPO DE INSTITUCION Y REPITENCIA EN ESTUDIANTES DE 7-15 AÑOS DE CENTROS EDUCATIVOS DE CAJAMARCA, 2013	77



CAPITULO I

GENERALIDADES

I. GENERALIDADES

**Título: “INCIDENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LA SINTOMATOLOGIA
DEPRESIVA EN ESTUDIANTES DE 7 A 15 AÑOS EN 5 CENTROS
EDUCATIVOS DEL DISTRITO DE CAJAMARCA, 2013”**

1. Nombres y Apellidos del Autor:

Kenny Rubén Pérez Ocampo, alumno del 7º año de la Facultad de Medicina de la
Universidad Nacional de Cajamarca

2. Nombres y Apellidos del Asesor:

MC. Wilson Gil Alarcón

- Docente contratado en la Escuela de Medicina, Facultad de Medicina de La
Universidad Nacional de Cajamarca.
- Médico Internista, Asistente del Hospital Regional Cajamarca.

3. Tipo de investigación: Descriptivo, transversal.

4. Régimen de Investigación: Libre.

5. Departamento y Área Académica a la que pertenece el Proyecto:

Departamento Académico de Medicina. Universidad Nacional de Cajamarca.

Área de Ciencias Clínicas: Psiquiatría.

6. Instituciones donde se desarrollará el Proyecto

- Centro Educativo Nacional De Varones de Educación Primaria y Secundaria
San Marcelino Champagnat
- Centro Educativo Nacional Mixto de Educación Primaria Y Secundaria Toribio
Casanova López
- Centro Educativo experimental Mixto de Educación Primaria y Secundaria
Antonio Guillermo Urrelo.
- Centro Educativo Privado Mixto Educación Primaria y Secundaria San
Fernando.
- Centro Educativo Privado Mixto Educación Primaria y Secundaria PRE UCT

7. Localidad donde se realizará la Investigación

Distrito : Cajamarca.

Provincia : Cajamarca.

Departamento : Cajamarca.

País : Perú

8. Duración total del Proyecto

Fecha de Inicio : Mayo 2013.

Fecha de Término: Marzo 2014.

9. Etapas (Cronograma):

ETAPAS	May	Jun	Jul	Agos	Sept	Oct	Nov	Dic	Ener	Febr	Mar
I. Preparación del proyecto y aprobación	+++	+++	+++	+++							
II. Recolección de datos					+++	+++	+++	+++			
III. Procesamiento de datos									+++		
IV. Análisis de datos										+++	
V. Elaboración del informe final											+++

10. Recursos Disponibles:

- **Recursos Humanos:** Investigador, personal encuestador, asesor académico, asesor metodólogo y estadístico.
- **Recursos Materiales:** Fotostáticas, ficha de recolección de datos, anillados, material de escritorio (perforador, engrampador, fólderes, lápices, lapiceros, corrector.)
- **Implementación:** Equipos de procesamiento de datos (Computadora, impresora, memoria USB).

11. Presupuesto:

CÓDIGO	RUBRO	CANTIDAD	COSTO (Soles)
BIENES			
	Material de oficina y de escritorio		
	Papel Bond 80gr. A4	2000 unid.	75.00
	Lapiceros	40 unid.	20.00
	Cds	20 unid.	10.00
	Resaltador	20 unid.	25.00
	Archivador	10 unid.	50.00
SUBTOTAL			180.00
SERVICIOS			
	Movilidad		100.00
	Impresiones, fotocopiado, encuadernación, empastado		1000.00
	Internet	40 horas	20.00
	Estadístico	05 horas	400.00
	Personal encuestador		1000.00
SUBTOTAL			2611.00
Imprevistos (5% del total)			130.55
TOTAL			2741.00

12. Financiamiento: Autofinanciado.

CAPITULO II

EL PROBLEMA CIENTÍFICO Y LOS OBJETIVOS

2.1 Definición y Delimitación del Problema

La depresión es el trastorno mental que más afecta a la población mundial y es, además, una de las principales causas de discapacidad en el mundo. Según la OMS (2012) la depresión afecta a más 350 millones de personas de todas las edades alrededor del planeta. (1)

De acuerdo a cálculos realizados en el estudio de carga global de enfermedad (CGE) dirigido por la OMS; En el ámbito mundial, cinco de las diez primeras causas de AVPD (años de vida perdidos por discapacidad) en 1990 fueron problemas neuropsiquiátricos.

Los trastornos mentales, en general, representaron aproximadamente el 33,0% de los AVPD y el 12,0% de los AVAD (años de vida ajustados por discapacidad) en 1998, según informe de la OMS y según sus proyecciones indican que el trastorno depresivo mayor ocupará el segundo lugar de todos los AVAD para el año 2020 convirtiéndose de esta manera en la segunda enfermedad de importancia a nivel mundial (2) tras la patología cardiovascular. (3)

Según estudios realizados por El proyecto European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) determinó que el 13% de los europeos desarrollará una depresión mayor en algún momento de su vida y un 4% lo hizo en los 12 meses previos a la realización del estudio (4).

De acuerdo al reporte de otro estudio publicado el 2004; sobre el costo que representa la depresión en Europa, refiere que de una población de 466 millones de personas pertenecientes a 28 países Europeos 21 millones se vieron afectadas por la depresión generando un gasto de 118 mil millones de euros en el año 2004 constituyéndose de esta forma en el trastorno mental más costoso de Europa dado que represento en dicho año el 1% del PBI europeo (5).

En América latina y el caribe los problemas psiquiátricos y neurológicos constituyen un problema sanitario creciente, en efecto en 1990 explicaban el 8,8% de los AVAD. (2) En 2002, esa carga había ascendido a más del doble, 22,2%, según datos obtenidos del sitio web del proyecto Carga Mundial de Morbilidad de la Organización Mundial de la Salud (OMS). El excedente de discapacidad aportado por las enfermedades mentales obedece, en parte, a que aparecen a una edad más temprana que otras enfermedades crónicas (3)

Entre los trastornos mentales en América Latina y el Caribe, la depresión es la más común (5%), seguida por los trastornos de ansiedad (3,4%), la distimia (1,7%), el trastorno obsesivo compulsivo (1,4%), trastorno de pánico y psicosis no afectivas (1% cada una), y trastorno bipolar (0,8%), entre otros(6).

En cuanto a la depresión infantil, la postura teórica inicial en psicología y psiquiatría, en confluencia con la creencia popular, planteaba la imposibilidad de referirse a la existencia de cuadros depresivos en los niños. Esta posición respaldaba enfáticamente el mito de la “infancia feliz”, puntualizando que la tristeza, las preocupaciones y los sentimientos de culpa que podría experimentar un niño únicamente serían de naturaleza leve y efímera, en tanto durante dicha etapa de la vida se carece de responsabilidades y problemas relevantes (7).

Ciertamente, la depresión infantil ha sido tema de debate en el ámbito de la psicopatología, enfrentando una fuerte batalla para ser reconocida no sólo como entidad nosológica propiamente dicha, sino como experiencia real en numerosos niños. En este contexto, pueden encontrarse perspectivas contrapuestas, inclusive dentro de un mismo enfoque teórico, resultando representativo el sistema psicoanalítico, como parte del cual algunos autores han concebido que las condiciones psicológicas necesarias para desarrollar este cuadro clínico no se han alcanzado en la niñez, como es el caso de Rie (8) quien defendió que la pérdida de autoestima, el autoreproche y la autoinculpación que caracterizan a la depresión, requiere que las instancias psíquicas del Superyó y del Yo estén conformadas, lo cual no se logra sino hasta la adolescencia. Mientras por otra parte, de modo fundamental, autores como René Spitz y Melanie Klein difundieron conceptos como “depresión anaclítica” y “fase depresiva”, respectivamente, que subrayan la probabilidad de que los niños y aún los infantes, puedan vivenciar sentimientos o síndromes depresivos, con significativas consecuencias para su desarrollo mental posterior.

En el proceso de reconocimiento de su existencia, la depresión infantil cuenta asimismo con el aporte de la noción de “depresión enmascarada”, que surge a partir de las observaciones de diversos estudiosos que detectaron que detrás de algunos problemas de aparición en la niñez y en la adolescencia, como las dificultades de rendimiento académico, la hiperactividad, el comportamiento oposicionista y agresivo, los síndromes ansiosos, entre otros, se encontraban alteraciones del estado de ánimo, con forma de irritabilidad y sentimientos de disforia.

Este descubrimiento llevó a hipotetizar que la depresión infantil podía mantenerse latente, con manifestaciones conductuales y somáticas equivalentes (9).

Un mayor cuestionamiento a los planteamientos originales que descartaban la entidad clínica de la depresión prepuberal, condujo progresivamente al desarrollo de múltiples investigaciones y al incremento de la alerta en los profesionales de la salud respecto a la posibilidad de hallar indicadores de sintomatología depresiva en los niños; aumentando simultáneamente la preocupación por la influencia de este padecimiento tanto sobre el funcionamiento social, emocional, escolar y físico actual del niño, como sobre su crecimiento y la resolución de las tareas evolutivas de la edad. De tal modo, en 1975, el Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH, por sus siglas en inglés) de los Estados Unidos, promulgó la existencia de la depresión pediátrica; y en 1980, la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) concedió formalmente la categoría diagnóstica a la depresión infantil, incorporándola en la tercera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSMIII).

Méndez et al (2002), consignan que la concesión de entidad nosológica que recibió la depresión infantil ha promovido la producción de estudios referentes a la misma en las últimas dos décadas. Parte de estos estudios corresponde a análisis de tipo epidemiológico, cuyos resultados cimientan aún más la relevancia del tema. En este sentido, es menester anotar que los estudios actuales señalan una prevalencia del 1 a 2% para los desórdenes depresivos en la niñez; cifras que sufren un incremento del 3 al 8% durante la adolescencia (10), y que alcanzan una prevalencia a lo largo de la vida estimada en 20%, al término de la adolescencia.

En coherencia con los números anteriormente citados, los hallazgos provistos por la investigación sobre depresión pediátrica, informan que la prevalencia del trastorno se incrementa con la edad; descubriéndose también un aumento del número de niños y adolescentes que son diagnosticados con desórdenes de esta naturaleza; además de que se registra un alarmante descenso en la edad de inicio de la sintomatología (11).

Es por esto que planteo necesario conocer los niveles del problema mencionado.

2.2 Formulación del Problema

¿Cuál es la incidencia y factores asociados a la sintomatología depresiva en estudiantes de 7 a 15 años en 5 centros educativos del distrito Cajamarca, 2013?

2.3 Justificación

La creciente carga de trastornos mentales que afecta a las poblaciones de América Latina y el Caribe es demasiado grande y de carácter creciente para hacer caso omiso de ella (11). Por lo tanto, es una necesidad impostergable conocer la prevalencia de los trastornos mentales y entre ellas llevar a cabo investigaciones sobre trastornos depresivos y sintomatología depresiva en adolescentes y niños, está sustentada tanto en los efectos negativos que esta entidad trae consigo en el desarrollo de las personas, así como en los alarmantes datos epidemiológicos más recientes.

La niñez y la adolescencia, se caracterizan por acelerados cambios en el individuo a nivel físico, cognoscitivo y social;

Estos cambios convierten a estas etapas de la vida en períodos de mucha vulnerabilidad, cuando los niños o los adolescentes tienen dificultades para afrontar estos cambios de manera adecuada, pueden desarrollar diversos trastornos emocionales, como la depresión (12).

Por otro lado, refiere que el desarrollo de los niños y los adolescentes se ha visto afectado por los drásticos cambios sociales que han venido ocurriendo en las últimas décadas. Estos cambios, han repercutido en el funcionamiento y la configuración de la familia, produciendo un incremento de los hogares desestructurados, de las familias monoparentales y de los divorcios, entre otros.

Estas características de las familias se han convertido en factores de riesgo para la aparición de la depresión infantil. Así, el APA refiere que, en los diversos estudios epidemiológicos hechos, la edad de inicio de los trastornos depresivos está disminuyendo entre las personas nacidas más recientemente. Según los últimos estudios realizados para la población general, en el Perú, la depresión y los trastornos de ansiedad son los problemas más frecuentes de salud mental (13).

En el año 2003, en Cajamarca, se observa que 2 de cada 10 adolescentes han tenido ideación suicida en los últimos 12 meses. Además, la depresión mayor es el trastorno clínico más frecuente en esta ciudad, dado que 1 de cada 20 adolescentes reuniría los criterios clínicos para ser diagnosticado. Para el caso de la población infantil, se desconocen datos epidemiológicos sobre la prevalencia de este trastorno.

2.3 Objetivos de la Investigación

2.3.1 Objetivo General

Estimar la incidencia y factores asociados a la sintomatología depresiva en estudiantes de 7 a 15 años en 5 Centros Educativos del Distrito de Cajamarca en el año 2013

2.3.2 Objetivos Específicos

1. Determinar el grupo etario con mayor incidencia de sintomatología depresiva en estudiantes de 7 a 15 años en 5 centros educativos del distrito de Cajamarca en el 2013
2. Determinar el género con mayor incidencia de sintomatología depresiva en estudiantes de 7 a 15 años en 5 centros educativos del distrito Cajamarca en el 2013
3. Determinar el tipo de centro educativo (nacional o privado) con mayor incidencia de sintomatología depresiva en estudiantes de 7 a 15 años en 5 centros educativos distrito de Cajamarca en el 2013
4. Determinar el nivel educativo (Primaria - Secundaria) con mayor incidencia de sintomatología depresiva en alumnos de 7 a 15 años en 5 centros educativos del distrito de Cajamarca en el 2013.
5. Determinar la presencia del maltrato físico - psicológico (bullying) como posible factor influyente en el desarrollo de sintomatología depresiva en estudiantes de 7 a 15 años en 5 centros educativos del distrito de Cajamarca en el 2013.

6. Determinar la frecuencia con que los hogares constituidos (biparentales) y los monoparentales representan un factor influyente en el desarrollo de sintomatología depresiva en estudiantes de 7 a 15 años en 5 centros educativos del distrito de Cajamarca en el 2013
7. Determinar la frecuencia con la que el trabajo infantojuvenil representan un factor de riesgo en el desarrollo de sintomatología depresiva en estudiantes de 7 a 15 años, en 5 centros educativos del distrito Cajamarca en el 2013
8. Determinar la frecuencia con la que el desarrollo académico inadecuado y grado de repitencia representan un factor de riesgo en el desarrollo de sintomatología depresiva en estudiantes de 7 a 15 años en 5 centros educativos del distrito Cajamarca; en el 2013

CAPITULO III

MARCO TEORICO

3.1 Antecedentes Del Problema

Respecto a la prevalencia y antecedentes de la depresión infantil, MacCraken (1992) considera que las cifras varían ampliamente según la población estudiada y los métodos utilizados (14). Actualmente las investigaciones coinciden en que la incidencia está entre 8% y 10%; si se analiza por edades, se observa que en la etapa preescolar estas cifras descienden a 2%; en edades escolares se estima entre 8 y 10%; en el adolescente asciende a 13%.(15). Aun así, la prevalencia de la depresión infantil parece variar en algunos países en vía de desarrollo. Aunque parece existir cierto paralelismo en cifras de la depresión infantil en países como España, donde los niveles llegan a 8.2%, que además se asimilan a los estudios americanos (16).

En Hispanoamérica se encuentran datos alarmantes que indican una incidencia del 35-43%, que si se comparan con los obtenidos en España muestran un gran desequilibrio (17). Herrera (2007) afirma que en un país como Colombia la investigación en depresión infantil apenas comienza a surgir, hallándose publicadas en distintos medios no más de seis, y tres de ellas son estudios empíricos (18). Se destacan estudios que arrojan datos epidemiológicos como los de Gaviria, Martínez, Atheortúa y Trujillo, (2006), quienes encuentran una prevalencia en la ciudad de Medellín del 12.5% (19); y los de Mantilla, Sabalza, Díaz y Campos (2004), que muestran una prevalencia se síntomas de depresión cercana al 10% en niños en etapa escolar en la ciudad de Bucaramanga (20). Herrera (2008) halló” una prevalencia del 17.09% en niños escolarizados de la ciudad de Neiva.

En Brasil, Bandim, Sougey y Carvalho (1995) reportan el 12,5% de depresión en los Niños (21). Barbosa y Gaião (2001) revelan el 22% de síntomas depresivos en niños de Paraíba (22). Curatolo (2001) halló el 21% en Sao Paulo. (23)

Asimismo, una pequeña incidencia de síntomas depresivos fue observada en otras ciudades brasileñas. En la ciudad de Campinas, interior de São Paulo, se encontró una incidencia de 3,5% de los niños con síntomas de depresión (24). Baptista y Golfeto (2000) mostraron una tasa más baja de síntomas depresivos en niños de 7 a 14 años en la ciudad de Ribeirão Preto siendo 1,48% (25), mientras que Hallak (2001) encontró que el 6% de los participantes en su estudio, también en Ribeirão Preto, hallaron síntomas de depresión (26).

En estudios realizados en el Perú, en el año 2003, se ha encontrado que, en la población general, la depresión y los trastornos de ansiedad son los problemas más frecuentes de salud mental teniendo una prevalencia en el adolescente de 4,4% y 3,7% respectivamente (27). En la sierra, estudios realizados en las zonas urbanas de los departamentos de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz, han encontrado que el trastorno depresivo es el más prevalente en la población adulta y adolescente con 16.2% y 5.7% respectivamente. Los adolescentes presentan una mayor tasa de indicadores suicidas, en ellos se observa que un 29,6% alguna vez en su vida ha presentado deseo suicida. (28)

En un estudio realizado por Salazar (2004) en Huancayo con 240 escolares entre 12 y 16 años, se encontró una prevalencia de depresión mayor de 12.08%, utilizándose para el diagnóstico la entrevista Clínica Estructurada para el Manual de Diagnóstico y Estadística de Trastornos Mentales, y una prevalencia de síntomas de 34.5% con

el Inventario de Depresión Infantil (CDI). También se encontró una mayor prevalencia en las mujeres y en el rango de edad entre 15 a 16 años. (29)

Más específicamente, en un estudio epidemiológico realizado en Cajamarca en el 2003, con una muestra de 463 adolescentes varones y mujeres, se encuentra que el trastorno clínico más frecuente es el episodio depresivo, con una tasa de 4.4 %; por otro lado, en relación a la prevalencia de estados de ánimo, entre el 8.2 y el 19.0% de los adolescentes manifiestan un predominio de sentimientos disfóricos relacionados con la depresión (sentimientos de pena, tristeza, tensión, angustia, irritabilidad, aburrimiento y preocupación). Respecto a la ideación suicida, en este estudio el 26.2% ha presentado deseos suicidas alguna vez en su vida, el 13.9 % en el último año y 5.8% en el último mes. Adicionalmente, el 2.2 % ha intentado suicidarse alguna vez en su vida, mientras que el 1.8% lo ha intentado en el último año, presentándose cifras más elevadas en el grupo de edades entre 15 y 17 años.

A partir de estos datos se deduce que la depresión mayor es el trastorno clínico más frecuente, dado que uno de cada 20 adolescentes reuniría los criterios clínicos para ser diagnosticado (30). En los estudios realizados últimamente a nivel nacional no se incluyó a la población infantil; por lo que no contamos con datos precisos acerca de las condiciones de salud mental en los niños.

3.2 Bases Teóricas

3.2.1 Definición Y Características De La Depresión Infantil

Empezaremos precisando que en esta investigación tomaremos el concepto genérico de depresión infantil el cual de acuerdo a Domínguez y Torres (1996) es aplicable tanto a niños como a adolescentes.

La depresión infantil – y por ello la de los adolescentes – ha existido desde siempre, como lo reflejan textos literarios que hacen referencia sobre la nostalgia o melancolía en niños desde el siglo XVII (31,32). Repasando el camino que ha seguido la depresión infantil hasta nuestros días, tendríamos que remontarnos a 1946 para encontrar el primer estudio que describe una forma de depresión infantil con síntomas semejantes a la depresión que hoy conocemos. Este retraso fue debido, principalmente, a la hegemonía del modelo psicoanalítico, que negaba la existencia de la depresión infantil. Según Freud (1937), para que se diese este trastorno, el individuo tenía que sufrir una pérdida de la estima del “yo”, que no se adquiere hasta la adolescencia (33), hecho que retrasó la exploración de la depresión en la infancia. Volviendo a este primer estudio realizado en 1946, al que hacíamos alusión anteriormente, Spitz y Wolf observaron que los niños entre 6 y 11 meses a los que se les separaba de sus cuidadores primarios desarrollaban síntomas a las pocas semanas que se asemejaban a los de la depresión adulta y a los que denominaron “depresión anaclítica”. En concreto, estos niños mostraban tristeza, expresión facial aprensiva con progresión a través del llanto y los gritos, apatía, un balbuceo reducido, menor actividad física, retraimiento, abatimiento y desapego.

Además, estos síntomas estaban también acompañados por una mayor susceptibilidad a la enfermedad propia de la etapa de desarrollo en que se encontrara el niño, así como de un descenso en su desarrollo intelectual, con una duración que en muchos casos continuaba por más de cinco meses.(34) Pocos años después, concretamente en 1951, Bowlby publica su trabajo “Maternal care and mental health” auspiciado por la Organización Mundial de la Salud, donde pone de manifiesto la importancia de los vínculos afectivos que se establecen entre madre e hijos, principalmente entre los seis meses y el año; período que considera crítico para el establecimiento del apego, que además, se mantiene y consolida hasta las tres años de edad. Este vínculo va a formar parte fundamental en el posterior desarrollo de distintas psicopatologías infantiles, ya que al ser considerado el apego como la relación sentimental primaria y primera, tiene una enorme importancia para el establecimiento de todas las demás. Por tanto, desarrollar un apego inadecuado puede llevar a consecuencias posteriores adversas en el desarrollo del niño, tales como retraimiento, miedo y conductas de evitación ante situaciones sociales.(35) Así, este trabajo también pone de manifiesto la vulnerabilidad de los niños y la posibilidad de éstos de desarrollar depresión, en contra de los postulados que el psicoanálisis mantenía hasta la fecha. Volviendo de nuevo a la depresión infantil, la segunda referencia sobre un trastorno similar a éste, la encontramos en 1968, cuando algunos terapeutas que trabajaban con niños, identificaron un fenómeno que etiquetaron como “depresión enmascarada” (36). Una depresión concebida desde un punto de vista psicoanalítico y que mantenía, en línea con lo propuesto por Freud, que los niños eran evolutivamente inmaduros para poseer un súper-ego desarrollado que condujera su crítica hacia su propio ego.

Por tanto, la depresión infantil, se presentaba, pero enmascarada por otras conductas denominadas “equivalentes depresivos”, tales como la conducta problemática (e.g., hiperactividad, delincuencia, agresividad e irritabilidad), quejas somáticas (e.g., dolores de cabeza, de estómago y enuresis) y problemas escolares (e.g., fobia escolar y problemas de aprendizaje) (37). Fueron principalmente dos acontecimientos los que hicieron cambiar el rumbo investigador sobre la depresión infantil, tal y como lo conocemos en la actualidad: 1) el primer acontecimiento surgió a raíz del IV Congreso de la Unión de Psiquiatras Infantiles que tuvo lugar en Estocolmo en el año 1970. Su tema principal fue “Estados depresivos en niños y adolescentes”, y en este encuentro se puso de manifiesto cómo ciertas investigaciones habían demostrado claramente, que los niños eran capaces de experimentar episodios de depresión, en los que se podían encontrar criterios diagnósticos estándares (38); 2) el segundo acontecimiento se produjo a través de los resultados encontrados por Seligman y sus colaboradores (1999) a finales de los 80. En su estudio sobre la depresión denominado “Proyecto Pennsylvania-Princeton de estudio longitudinal sobre la depresión” se obtuvieron los resultados que, según el propio Seligman, asentaron las bases de la investigación clínica en la depresión infantil. De sus resultados concluyeron que son los problemas sociales (e.g., riñas de los padres y rechazo de los otros niños) los que constituyen la raíz de la depresión en la amplia mayoría de niños que formaron parte de su estudio. (39)

3.2.2 Depresión En La Infancia Y La Adolescencia

La depresión infantil y adolescente se puede establecer desde un criterio categórico o un criterio dimensional.

El diagnóstico elaborado con criterios categóricos se establece a través de un número suficiente de síntomas característicos de la psicopatología en cuestión que reúne algunos síntomas necesarios y otros cambiantes que tienen que hallarse en el niño o adolescente con una duración mínima de dos semanas. Este criterio se puede establecer a edades muy tempranas, ya desde la etapa preescolar. (40) Por su parte, el diagnóstico en los criterios dimensionales está apoyado por la evidencia en función de la gravedad de la afectación. La pertenencia a una categoría es una cuestión de grado o medida en que las características del individuo coinciden con las características que definen la categoría o prototipo (41). Este tipo de criterio se puede evaluar desde edades muy tempranas, pero cuando el niño adquiere la suficiente capacidad para analizar y expresar con claridad su situación emocional mediante auto-informes escritos es a partir de los siete años. (42-44) antes de esa edad, a pesar de existir instrumentos de tipo pictóricos, como el auto-informe de síntomas depresivos en pre-escolar (45), tendrán que ser en mayor medida, los padres, cuidadores y educadores que pasan tiempo con el niño, los que informarán de los signos y síntomas que presente el niño, compatibles con un episodio depresivo.

Para establecer el diagnóstico categórico de depresión infantil y adolescente, los dos manuales más usados e influyentes son: el “Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales; DSM”, actualmente en su versión DSM-IV-TR^a, propuesto por la “Asociación de Psiquiatría Americana; APA, 2000” y la “Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y otros Problemas de Salud; ICD”, en su versión actual, ICD-10^b, propuesto por la “Organización Mundial de la Salud; OMS, 2007”. Ambos manuales continúan utilizando,

principalmente para el criterio de la depresión en niños y adolescentes, los mismos criterios que usan para los adultos, aunque mencionan e incorporan pequeñas matizaciones para indicar alguna diferencia entre la depresión infantil y la adulta.

El DSM-IV-TR define la depresión como aquel estado de ánimo depresivo o irritable, caracterizado por la pérdida de interés o la capacidad para el placer (cualquiera de ellos es un síntoma necesario), y que ha de reunir cinco o más síntomas de otros siete que pueden formar parte de este criterio; a saber: pérdida o aumento de peso (p. ej., más del 5% del peso corporal en 1 mes), o de apetito, así como fracaso en lograr la ganancia de peso esperada; insomnio o hipersomnia; agitación o enlentecimiento psicomotores; fatiga o pérdida de energía; sentimientos de inutilidad o de culpa (baja autoestima); disminución de la capacidad para pensar/concentrarse o indecisión; y pensamientos de muerte o ideas, planes, intentos de suicidio. Las diferencias que el DSM-IV-TR reconoce en función de la edad son en el caso de depresión unipolar, que la tristeza puede ser reemplazada por la irritabilidad, mientras que en el caso de la distimia, ésta se diagnostica a partir de una duración de 1 año, inferior a los 2 años que se establece en adultos.

El ICD-10, por su parte, en el criterio que impone para el diagnóstico de la depresión infantil y adolescente propone seis síntomas necesarios: el descenso del ánimo; la reducción de la energía; el decremento en la actividad diaria; y una reducción de la capacidad para disfrutar, el interés y la concentración. Estos síntomas necesarios pueden ir acompañados de otros nueve síntomas que establecen la gravedad de la depresión (a mayor número de síntomas, mayor gravedad).

Estos nueve síntomas necesarios son los siguientes: un marcado cansancio después de cada pequeño esfuerzo; descenso de la autoestima y la auto-confianza; presencia de ideas de culpa y preocupación; problemas con el sueño; disminución del apetito; pérdida de peso; agitación o un marcado enlentecimiento psicomotor; pérdida de la libido; y pensamientos y actos suicidas.

Este manual de la OMS, no tiene ninguna reseña que diferencie su criterio de depresión ni de distimia entre adultos y niños, pero en su capítulo V “desórdenes del desarrollo” existe un apartado “desórdenes emocionales y conductuales con inicio en la infancia y la adolescencia” en el que se incorpora un trastorno mixto de depresión y conductas de desorden, con los mismos síntomas de depresión que los utilizados en adultos.

Finalmente, comentar que existe un apartado en ambos manuales denominado trastornos adaptativos, en los que también se incluyen referencias a estados depresivos, aunque curiosamente, es el único apartado en el que ambos manuales tienen en consideración a la depresión infantil, aunque sea de forma reactiva a estresores escolares y académicos.

En definitiva, del Barrio (1997, 2007)(17,47) señala, en línea con la definición categórica del DSM y la CIE, que en la depresión infantil y adolescente hay que tener en cuenta la tristeza y la falta de entusiasmo y de ganas por hacer cosas que al niño o joven le gustaban antes de manifestar la alteración. Más allá de estos criterios también indica que hay que prestar especial atención a esos niños, que desde muy pronto, se muestran tímidos, huyen de las novedades y evitan el contacto social, sin olvidar que el elemento mental se instala más paulatina y tardíamente. Por último, esta autora sostiene que para que aparezca una depresión infanto-juvenil se han de dar ciertas condiciones que unas veces actúan por

separado y otras lo hacen conjuntamente; a saber: una vulnerabilidad genética (46,47), la aparición de acontecimientos psicosociales negativos (48) y una determinada estructura de personalidad (49).

En niños, una característica muy importante se refiere a la continuidad temporal de la depresión que afecta a la intensidad, al riesgo y la recuperación de la sintomatología. Una vez que se ha padecido un trastorno depresivo aumenta su recurrencia a través de todas las etapas de la vida del niño, interfiriendo su desarrollo normativo (50-52).

Además, a mayor precocidad en la aparición de un trastorno depresivo mayor es el riesgo de sufrir recaídas (50), más difícil es la recuperación (51) y mayor probabilidad de co-ocurrencia con otros trastornos (52,42). Todo ello agrava el malestar sufrido por el niño.

Cuando la depresión aparece en la adolescencia, tanto el momento de inicio, como la duración del trastorno, están asociados con la vulnerabilidad, gravedad y severidad del mismo. A partir de la pre-pubertad (12 años en chicas y 13 años en chicos), los niveles de vulnerabilidad se elevan, alcanzando los niveles máximos de incidencia (17,52-54). La depresión en este periodo del desarrollo sigue un curso evolutivo y continuo, de manera que aquellos que en la etapa infantil han sufrido episodios depresivos, presentan un mayor riesgo de recaer y mostrar mayor gravedad y duración (55). La mayor severidad está relacionada con los intentos de suicidio³, síntomas psicóticos y auto-lesiones. La duración está relacionada con la severidad, donde el tiempo de duración para una depresión mayor grave (a menudo acompañada por los síntomas antes comentados) se estima en aproximadamente unos tres años en contraposición de los tres meses de un trastorno leve (55).

Igualmente, con el paso del tiempo, otro factor que adquiere protagonismo en el desarrollo de la depresión es el sexo del adolescente. Dicho factor tendrá consecuencias con la severidad y recurrencia de la depresión (53). Por un lado, los varones sufren una depresión más crónica que se ha relacionado con la severidad y con la comorbilidad con otras psicopatologías (55). Por otro lado, las mujeres, sufren un inicio más temprano, más recurrente y con más morbilidad (en torno al doble) que los varones (53,55,56)

3.2.3 Prevalencia De La Depresión En La Infancia Y La Adolescencia

La depresión infanto-juvenil es un tema preocupante, debido a sus elevados niveles de prevalencia^c. La incidencia de la depresión en niños y adolescentes españoles se sitúa entre los cuatro problemas que más asistencia clínica demandan (57).

Si tenemos en cuenta algunas de las investigaciones realizadas en los últimos veinte años en población normal española, los niveles de prevalencia de la depresión en la infancia oscilan entre un 1,59% y un 8,11%, mientras que en población clínica se elevan hasta el 14,4% (58). En adolescentes, los niveles de prevalencia en la población normal oscilan entre un 3,5% y un 10,3%, elevándose hasta el 19,5% en población clínica (53,58). En comparación con otros estudios internacionales como los realizados en Canadá, Reino Unido y Estados Unidos, los realizados en España presentan niveles similares de prevalencia en depresión infantil, oscilando entre un 0,3% y un 7,8% (59). En cuanto a la prevalencia sobre la depresión en la adolescencia, diversos estudios internacionales, como los realizados en Estados Unidos, Inglaterra, Canadá y Europa, han establecido niveles similares, oscilando entre un 1,3-12,3% y un 22% en población normal y clínica, respectivamente (59-61). Los datos de la mayoría de estudios acerca de la prevalencia en depresión

infanto-juvenil, no dejan lugar a dudas sobre la conveniencia de seguir estudiando este trastorno. Un trastorno que aunque no parece aumentar de manera significativa en la infancia, sí lo hace en las siguientes etapas evolutivas.

3.2.4 Bullying Como Fenómeno Relativamente Nuevo

Oñate y Piñuel (62) entienden que el bullying se refiere sólo al maltrato físico y que éste constituye sólo una parte del total de conductas de hostigamiento y acoso que sufren los escolares, por eso prefieren usar el término mobbing, reservado para el acoso laboral, pero lo traducen en este ámbito como acoso escolar y lo definen como “un continuado y deliberado maltrato verbal y modales agresivos que recibe un niño por parte de otro u otros, que se comportan con él cruelmente con el objeto de someterlo, apocarlo, asustarlo, amenazarlo y que atentan contra la dignidad del niño”.

Segun Vessey (63), diversos estudios realizados en torno al “bullying” muestran que existen varios protagonistas en este fenómeno: los “bullies”, quienes no eran intimidados pero reconocieron ser “bullies”; las víctimas, quienes han sido intimidados y no han sido “bullies”; los bully-víctimas que han sido intimidados además de bullies y, finalmente, los espectadores o “ninguno”, o sea, no han sido intimidados ni tampoco fueron “bullies”. Generalmente la idea de un “bully” es alguien quien muestra un comportamiento agresivo hacia otro. La intimidación física es más evidente y se identifica al agresor con mayor frecuencia; sin embargo, hay muchos tipos de acoso escolar que no son tan evidentes y son más difíciles de detectar.

Cabezas (64), clasifica los siguientes tipos de maltrato:

a) Físico: se refiere a él como el que se manifiesta por medio de empujones, patadas, puñetazos, pellizcos y hasta el empleo de cualquier objeto para arremeter contra un estudiante. Este tipo de maltrato suele ser más común en la educación primaria que en la secundaria.

b) Verbal: el que se ha relacionado con insultos, burlas, rumores y con poner sobrenombres que resaltan un defecto físico o de acción, principalmente.

c) Psicológico: son las acciones tendientes a minimizar la autoestima del individuo y fomentar sentimientos de inseguridad y temor.

d) Social: se busca aislar al individuo del resto del grupo, mediante la manipulación a los miembros de este para que sean partícipes del maltrato.

Según Vessey (63), un fenómeno relativamente nuevo pero creciente es el acoso cibernético. Como el nombre sugiere, esta forma de intimidación surge cuando los niños y los adolescentes empiezan a utilizar la comunicación electrónica masiva; por ejemplo, Internet y las redes sociales, para acosar a las víctimas a todas horas, en amplios círculos y a velocidades increíbles.

Menciona Brunstein (65) que estudios transversales han indicado que existe un mayor riesgo de ideación suicida asociados al “bullying” y (o) al “cyberbullying” con los intentos de suicidio.

Para Cabezas (66), se tienen tres criterios para identificar el “bullying”. Primero, un comportamiento agresivo con la intención de causar daño físico y psicológico; segundo, la reiteración de las conductas agresivas, se da incluso más allá del

horario escolar y tercero, la relación interpersonal se caracteriza por un desequilibrio de poder (real o superficial, de poder o fuerza) que hace a la víctima impotente para salir de esa situación por sí sola.

Conforme a Vessey (63), el “bullying” emocional o psicológico puede ser verbal o no verbal, es realmente más común que la intimidación física y más sutil, muchas veces implica el rechazo de la víctima, extendiendo rumores, insultos o incluso amenazando a la víctima.

El “bullying” emocional es más frecuente entre mujeres, pues los “bullies” masculinos tienden a usar mayormente la intimidación física. Un mayor porcentaje de hombres con respecto a las mujeres fueron clasificados como “bullies” con respecto a un mayor porcentaje de mujeres que fueron clasificadas como víctimas.

El acoso emocional es especialmente preocupante para los jóvenes y en diferentes países como en los Estados Unidos de Norteamérica se han presentado tiroteos escolares recientes que sugieren que no es el abuso físico lo que más les afecta, sino la incapacidad para hacerle frente a la burla social y al rechazo personal que puede alimentar extremos estallidos de violencia.

Conforme a Vessey (63), los “bullies” seleccionan a otros niños con quienes puedan afrontar sus propios problemas. Los niños que recurren a la intimidación a menudo tienen baja autoestima. Tienen muchos conocidos pero no un verdadero amigo confiable. Los “bullies”, especialmente, se dirigen a otros que tienen alguna característica que se desvía de lo “normal”. Estas diferencias pueden ser relacionadas con la apariencia física, rasgos de personalidad, factores ambientales o factores relacionados con la escuela.

Nos refiere Cabezas (67) que hay dos perfiles de víctimas: activas o provocativas y las pasivas. Describe a la primera como una víctima con rasgos ansiosos y de reacciones agresivas, lo cual es utilizado por el agresor para excusar sus conductas. A la segunda la caracteriza como más común y las tipifica como inseguras, además, de sobrellevar en silencio los maltratos del agresor. El estudiante agredido comúnmente presenta baja autoestima, se siente aislado, con depresión, enojo, frustración, entre otras manifestaciones.

Así, otros autores han estudiado el perfil de las víctimas valorando si son minorías, por ejemplo, el origen étnico o la identidad sexual. Los jóvenes afroamericanos resultaron con mayor probabilidad de ser “bullies” que los jóvenes asiáticos quienes resultaron con menor probabilidad de ser clasificados como “bullies” (11% y 10% vs 3%, respectivamente). Los jóvenes caucásicos y otros resultaron con mayor probabilidad y los latinos con menor probabilidad de ser clasificados como víctimas (13% y 12% vs 7%, respectivamente).

Refiere Cabezas (2007)(67) que los espectadores no participan directamente, pero se divierten ante las agresiones que sufren sus compañeros, no los defienden, pero tampoco delatan a los victimarios, se callan ante el temor de que los papeles se inviertan y ser ellos a quienes se victimice

Cabezas (2007) cita diferentes investigaciones realizadas en países como Turquía por Alikasifoglu et al (68), que señalaron un 30% de prevalencia, en Corea según Kim et al, (69), un 28% y en Estados Unidos según Nansel et al (2001) un 24%, indicando como promedio que uno de los estudiantes que se encuentran en edad escolar sufre de “bullying” en los centros educativos. Los datos obtenidos en la muestra costarricense nos dan porcentajes tan altos comparables con estos países,

para poblaciones con edades similares a la muestra costarricense Sin embargo, también se han estimado datos más bajos, de alrededor de un 19,1% de estudiantes costarricenses involucrados en actos de “bullying”, los cuales igualmente son comparables con la media europea.

Encuestas recientes en los Estados Unidos, el Reino Unido y varios países europeos han indicado que las tasas de participación en el “bullying” varían según los países y pueden afectar hasta la mitad de la juventud (63).

Los datos de la muestra costarricense reportados por Cabezas (67) demuestran que son comparables con los reportados en países como Noruega y Estados Unidos. En una muestra representativa a nivel nacional, de sexto a décimo año, el 29,9% de los encuestados informó participar frecuentemente del “bullying” en la escuela. El 13% indicó haber participado como agresores, el 10,9% como víctimas y el 6% como ambos.

Un estudio nacional de Cabezas (2007) dio a conocer que el tipo de violencia más frecuente en los grupos costarricenses estudiados es la verbal, por medio de insultos, la seguida de empujones y los golpes.

Posteriormente, otra investigación nacional de Cabezas (66) determinó que las formas de “bullying” más usadas fueron los golpes, las patadas, los empujones, los insultos, las amenazas y las burlas que afectaron su moral y autoestima.

En un estudio realizado en Grecia por Skapinakis (70), se concluye que las víctimas del “bullying” eran más propensas a expresar ideas suicidas. Esta asociación fue particularmente importante cuando la frecuencia era semanal y resultó ser independiente de la morbilidad psiquiátrica. Por el contrario, los victimarios del “bullying” no asociaron este tipo de ideas.

Los resultados fueron similares en ambos géneros, aunque el impacto de la población con mayor prevalencia de victimización con ideación suicida era más alto para los niños.

Por el contrario, Hepburn (71) realizó un estudio con jóvenes que cursaban desde el 9no al 12vo año en un colegio público de Boston, MA (USA), y concluyó que los estudiantes que fueron “bullys” sí mostraban mayor riesgo de ideación suicida y de intento de suicidio. Las víctimas o víctimas-“bullys” también presentaron mayor probabilidad de considerar seriamente realizar un intento de suicida.

Brunstein (72) con la misma población matriculada desde el 9no al 12vo año en seis colegios del estado de New York, concluyó que el “bullying” en ausencia de depresión o ideas suicidas no garantiza ser un indicador de riesgo independiente para el suicidio. Sin embargo, experimentar “bullying” junto con depresión o ideas suicidas resultó ser indicativo en la concurrencia de mayores problemas mentales, y hace predecir un resultado peor cuatro años más tarde si la víctima solo exhibe depresión o ideas suicidas. Un estudio de Owusu (73), en Ghana, demuestra, por el contrario, que no hubo diferencias significativas en los autoinformes de salud psicológica al comparar a los estudiantes que experimentaron formas físicas de “bullying” contra quienes no fueron víctimas de este.

De acuerdo al reporte de un estudio realizado el 2008 en lima este y provincias se da a conocer una incidencia de bullying de 47% en promedio (78)

3.2.5 Fracaso Escolar Y Su Relación Con La Depresión Infantil

La depresión es un síndrome que invade todas las áreas de funcionamiento del sujeto, siendo de especial interés en el caso del niño y adolescente y su relación con el rendimiento escolar.

Un niño deprimido presenta desinterés, dificultades en la concentración y en la atención que pueden influir en el rendimiento académico cuando su duración se prolonga en el tiempo, este, es entendido como el nivel de logro que puede obtener un estudiante en el ambiente escolar o en una materia en particular, este puede medirse con evaluaciones pedagógicas, expresadas como el conjunto de formas que se planean y aplican en el proceso educativo, con el fin de conseguir la información necesaria para valorar el logro, por parte de los alumnos, los propósitos establecidos para dicho proceso (79).

El concepto de bajo rendimiento académico varía según la perspectiva bajo el cual se analiza. Portellano (80) distingue entre rendimiento suficiente y rendimiento satisfactorio; el rendimiento suficiente es una medida de aptitud pedagógica evaluada mediante las calificaciones escolares. Cuando se toma como punto de referencia la capacidad intelectual del niño, se puede hablar de rendimiento satisfactorio; de acuerdo con lo planteado por este autor, se podría decir que el rendimiento suficiente está en función de los conocimientos escolares adquiridos por el niño, en cambio el rendimiento satisfactorio tiene que ver más con la relación entre las capacidades intelectuales y el aprovechamiento que de ellas realice el niño; en este sentido, el fracaso escolar implicaría un desfase entre la capacidad real del niño y su rendimiento en las asignaturas escolares.

Una característica del bajo rendimiento académico está dada en función del momento de aparición del mismo; cuando se da un rendimiento escolar insuficiente desde los inicios de la escolaridad, y éste tiende a persistir si no se emplean las estrategias correctivas se habla de fracaso escolar primario; por el contrario, existe un fracaso escolar secundario, que es el que afecta al niño que tiene normalmente

un rendimiento suficiente, pero en cualquier fase de la escolaridad empieza a fracasar en sus estudios. El fracaso escolar primario suele corresponder a dificultades madurativas del sistema nervioso, mientras que el secundario por lo general se encuentra asociado a dificultades emocionales y suele aparecer en los últimos grados de educación primaria o durante el bachillerato.

Algunos estudios muestran que existe una relación significativa entre el rendimiento académico y la depresión. Por un lado, se sugiere que el mal rendimiento académico es un factor “causal”, una variable independiente que predice síntomas depresivos, mientras que otros consideran que el rendimiento académico es modificado por factores emocionales individuales, es decir, es una variable dependiente del estado de ánimo.

La situación es compleja porque, de la misma forma, se ha encontrado asociación entre bajo rendimiento académico y consumo de alcohol, fumar cigarrillos y abuso de otras sustancias (81).

Una de las investigaciones en esta área fue realizada en Colombia el 2006 (82), donde el objetivo era estudiar la prevalencia de la depresión en una población infantil del oriente antioqueño, fueron 768 sujetos entre los 8 y los 12 años, a los cuales se les aplicó el CDI. De acuerdo con los resultados arrojados, dentro de la variable inefectividad, uno de los ítems evaluados fue el rendimiento académico; y aunque con frecuencia rendimiento académico y depresión se encuentran unidos, esta unión no está realmente clara.

Muchos estudios empíricos avalan que la depresión es la causa del descenso y no el descenso como causa de depresión. La depresión puede ser causa y consecuencia de un deficiente rendimiento escolar según las circunstancias. Los estudios muestran que los niños deprimidos presentan dificultades para atender en clase, para ejecutar tareas de clase y presentan más muestras de fatiga y tristeza que sus compañeros no deprimidos. Por otra parte, los niños y adolescentes deprimidos informan de un descenso significativamente mayor que el de los niños no deprimidos.

Sin embargo, en otras investigaciones, como la desarrollada en Cartagena, no se encuentran asociaciones entre síntomas depresivos con importancia clínica y rendimiento académico, sin embargo se encontró, que el bajo desempeño escolar está asociado más con la autopercepción académica que con la presencia de síntomas depresivos (83).

En un estudio realizado por Moreno et al. (84) en Colombia el 2009 en donde intenta evaluar la relación entre las variables depresión en niños y rendimiento académico concluye que la sintomatología depresiva no se asocia de manera significativa con el rendimiento académico siendo este una génesis multifactorial que puede estar determinado por diversas variables del desarrollo y del contexto de los sujetos.

3.2.6 Relación Entre Familia Y Depresión Infantil

El entorno familiar del niño y la escuela constituyen los dos factores ambientales más importantes que inciden en su conducta futura. El grupo familiar es el primer agente de socialización del niño, influyendo de manera decisiva en el desarrollo de su estabilidad emocional, constituyendo a su vez un elemento clave en la configuración de la depresión infantil (85).

Un gran número de investigaciones han encontrado una relación directa entre la discordia familiar y la presencia de problemas en los hijos (86) tales como la depresión (87), la baja autoestima y problemas de conducta (88). El tamaño de la familia, el lugar que ocupa el niño en el grupo de hermanos y la ausencia de los padres (muerte, divorcio o separación involuntaria) son elementos que afectan al desarrollo afectivo y emocional del niño.

La literatura científica señala que existe una relación estrecha entre la separación de los padres y la aparición de depresión en los hijos, hallándose vinculados el conflicto parental con el mal ajuste y baja autoestima de los niños (89). En este sentido, entre los resultados negativos del divorcio se destaca el incremento de la ansiedad, la depresión, la baja autoestima y el mayor número de problemas escolares (90).

En una revisión de la literatura realizada por (91), los datos de los estudios apoyan la idea de que la pérdida de un padre por muerte durante la infancia incrementa el riesgo de depresión futura. En el mismo sentido sostiene que las perturbaciones depresivas durante la vida del adulto pueden ser especialmente corrientes cuando un progenitor murió durante la adolescencia. Sin embargo, los datos no son concluyentes ya que (92) también realizaron una revisión crítica de la literatura, concluyendo que la muerte de un padre durante la infancia del hijo no mantiene relación con la presencia de sintomatología depresiva futura.

El trabajo de Halstrom (93) trata de examinar conjuntamente factores sociodemográficos (la clase social, la educación escolar, el número de hermanos y la posición entre ellos) y la experiencia de pérdida paterna temprana en relación con la presencia de depresión adulta diagnosticada con el DSM III (1980).

Los resultados de su investigación son principalmente dos:

1. Las variables demográficas estudiadas como clase social de acuerdo con el trabajo del padre, educación escolar, tamaño del número de hermanos y posición entre ellos no mostraron ser variables que aumentarían o disminuirían el riesgo de depresión en la vida adulta.
2. Se constató que el divorcio o la separación marital, excepto por causa de muerte, incrementa el riesgo de depresión mayor en la vida adulta. Un punto destacado en el tema del divorcio y que modula los resultados sobre el estado emocional hace referencia en primer lugar al espacio de tiempo que ha transcurrido desde la separación del matrimonio o pérdida de uno de los cónyuges y en segundo lugar a las condiciones en las que se produce la ausencia de uno de los cónyuges, es decir, quién es el ausente, cuando se produjo la ausencia y qué pasó después. Los niños que pierden a sus padres a temprana edad, antes de los cinco años, es decir, antes de haber establecido una clara identificación, suelen tener más problemas que cuando la ausencia se produce después.

Según Hoffman y Zippco (94), los efectos más importantes del divorcio sobre los niños ocurren en los primeros años que siguen a la separación, disminuyendo su impacto con el paso del tiempo. Así, aproximadamente después de dos años del divorcio los efectos han desaparecido.

En el trabajo realizado por Van Eerdewegh et al. (95) con niños en fase de duelo por la muerte de un pariente, se comprobó que un mes después del suceso un gran número de niños presentaba tristeza o llanto pero, a los trece meses el porcentaje de niños que presentaba tal sintomatología era solo la mitad. Sin embargo, se observó que no disminuía la frecuencia en los niños severamente deprimidos.

A conclusiones similares llegaron Wallerstein y Kelly (96) en un trabajo realizado con niños de padres divorciados. Así, los niños entre dos y tres años manifestaban temores y miedos y tenían mayor labilidad emocional.

Además los de edad preescolar presentaban sentimientos de culpa creyendo que las disputas de sus padres eran debidas a su mal comportamiento. Entre los niños de cinco y seis años, los autores no encontraron problemas ocasionados por el divorcio.

En el seguimiento efectuado un año después, se comprobó que los niños pequeños habían adoptado de nuevo un comportamiento normal, sobresaliendo solo una excesiva necesidad de buscar el contacto físico de personas adultas. Los niños de edad preescolar también se adaptaron a su nueva situación pasado un año del divorcio.

Respecto a quién es el ausente, la mayoría de los estudios han hecho hincapié en la ausencia del padre, ya que es lo más común pues la ley normalmente confía los niños a la madre. Los estudios parecen confirmar que la ausencia del padre del mismo sexo del niño repercute más en el desarrollo afectivo y cognitivo del hijo dada la importancia que tiene el padre del mismo sexo como modelo para la identificación (97).

Los niños de hogares monoparentales suelen presentar también problemas en el área del rendimiento escolar (98), reflejándose en el ambiente escolar la inseguridad que los niños perciben en el hogar. En este sentido, Brenner (99) señala que todos los investigadores están prácticamente de acuerdo en que durante el año siguiente al divorcio los niños presentan problemas de aprendizaje.

La posición ordinal entre los hermanos ha sido también considerada como una variable mediatizadora importante en el desarrollo intelectual, emocional y social del niño (100). Los resultados de las investigaciones apoyan que las madres responden diferencialmente al hijo primogénito en comparación con el resto de hijos (101).

3.2.7 La Familia Peruana (102)

En la sociedad peruana, se observa similar comportamiento al que se da en la Región, han surgido nuevas configuraciones familiares, como parejas sin hijos y hogares sin núcleo, a la vez que continúan aumentando los hogares con jefatura femenina, que conviven con los hogares tradicionales, lo que podría indicar que existen nuevos arreglos familiares propios de la modernidad. Estos cambios, son más notorios en las áreas urbanas y en los grupos etáreos jóvenes o en los ciclos de vida familiar tempranos (cambios generacionales).

Según el Censo Nacional del 2007, el total de hogares en viviendas particulares con ocupantes presentes a nivel nacional ascienden a 6 millones 754 mil 74. Por tipos de hogar, el nuclear es el más numeroso, constituyendo el 53,0% de todos los hogares del país (3 millones 577 mil 316). El segundo tipo más relevante es el hogar extendido con el 25,1% (1 millón 695 mil 898).

El hogar unipersonal representa el 11,8%. Finalmente, el hogar sin núcleo, o sea, en el que el jefe o (a) vive acompañado con algún familiar o un no familiar, o ambos; constituye el 6,0%. Sólo el 4,2% son hogares compuestos (subdivididos en hogares nucleares y extensos).

A nivel de sub-clasificación interna, los hogares con hijos, tanto nucleares como extendidos son los más representativos dentro de su tipo alcanzando el 49,5% (3 millones 344 mil 621) de todos los hogares, (35,0% en los hogares nucleares y 14,5% en los hogares extendidos).

3.2.8 Hogar Nuclear: Complejo Y Dinámico

Los hogares nucleares no forman un cuerpo sólido y estable en el que sus miembros: papá, mamá e hijos permanecen indefinidamente. Por el contrario, muestra al interior una clasificación interesante y variada, en la que interviene la presencia o ausencia de uno de los integrantes de la pareja, el tipo de jefatura, la existencia o no de hijos, la edad de los hijos y de la madre de familia. Así se distinguen:

a.- El hogar nuclear sin hijos, constituida por parejas: Recién unidas o que no desean tener hijos o que postergan el primer hijo o hija, representan el 6,3% (425 mil 233) del total de hogares. Este tipo de hogar es jefaturado casi en su totalidad por los jefes hombres, constituyendo el 5,7 % del total de hogares y las jefas sólo el 0,6%.

b.- El hogar nuclear con hijo o hija con ambos miembros de la pareja, pueden ser jefaturados por el jefe hombre o la jefa mujer, representando el 35,0% (2 millones 363 mil 325) del total. Los jefes hombres conducen el 33,0% (2 millones 227 mil 994) del total de hogares, las jefas sólo el 2,0% (1 millón 35 mil 331). Es decir, sólo el 33,0% de los hogares en el Perú está dentro del modelo ideal de la familia nuclear

c.- El hogar nuclear monoparental en la que existen hijos o hijas y viven con sólo un miembro de la pareja que asume la jefatura, logran el 11,7% (788 mil 758) del total. Subdividido, según quien asume la jefatura, tenemos:

C1.- Hogar jefaturado por jefe mujer sin pareja, representa el 9,5% (149 mil 587).

C2.- Hogar jefaturado por jefe hombre sin pareja, constituye el 2,2% (639 mil 171).

En éste sentido resulta matizada la presentación del hogar nuclear. Permite apreciar la presencia mayoritaria de las mujeres en la jefatura en los hogares nucleares monoparentales.

3.2.9 Pobreza En La Familia Peruana (103)

La pobreza es un indicador de exclusión social en tanto se trata de poblaciones, familias e individuos que no se benefician de los procesos de desarrollo económico. De acuerdo a los últimos datos de la ENAHO 2012, la pobreza en el Perú afectaría aproximadamente a la cuarta parte de la población (25,8%). Esta sería una disminución importante ya que en la década de los 90, la pobreza alcanzaba a la mitad de la población. Sin embargo, el 53% de las familias rurales están todavía en situación de pobreza mientras que en el área urbana esta alcanzaría al el 16,6% de las familias.

La disminución de los sectores de extrema pobreza ha sido atribuida al impacto de los programas de ayuda alimentaria en las ciudades; dado que justamente este rubro es el mayor dentro de la canasta básica familiar de la familia en extrema pobreza

Mientras que la disminución de pobreza extrema en la segunda mitad de la década del 2000 estaría explicada además por programas de alivio a la pobreza como el programa Juntos.

En términos absolutos, actualmente alrededor de 3 millones de personas vivirían en situación de pobreza extrema lo cual es un marcador de persistencia de la inequidad social en el Perú a pesar de sus indicadores macroeconómicos y crecimiento económico sostenido en toda la última década. Las familias ubicadas en este nivel de pobreza viven en situaciones sumamente precarias y en condiciones de gran vulnerabilidad.

3.3.0 Inequidad Social Y Discriminación

Las diferencias también son observables por regiones, así diez regiones tiene niveles de pobreza mayores al 35 %: Huancavelica, Apurímac, Huánuco, Ayacucho, Puno, Cajamarca, Amazonas, Loreto, Pasco, Piura. Estas regiones concentran poblaciones rurales y también pueblos originarios: quechua, aymara y los pueblos amazónicos.

Corroborando este dato que implica una mayor desigualdad y exclusión social de acuerdo a la procedencia étnico-cultural, según ENAHO, en el 2010, “el 25,8% de la población total del país, que equivale en cifras absolutas a 7 millones 775 mil habitantes, se encontraban en situación de pobreza, es decir, uno de cada cuatro peruanos tenían un nivel de gasto inferior al costo de la canasta básica de consumo compuesto por alimentos y no alimentos”.

En estas regiones cuyos índices de pobreza son tan altos, se registran la mayor de muertes maternas con su consiguiente secuela de niñas y niños huérfanos. En las zonas altoandinas y amazónicas, muchas de las familias viven en poblaciones dispersas y con difícil acceso a servicios de educación y de salud.

3.3.1 Violencia De Género

La violencia de género se encuentra sustentada en patrones culturales que legitiman relaciones asimétricas de poder y autoridad de hombres sobre mujeres, basadas en creencias de superioridad natural masculina y de inferioridad y subordinación de las mujeres. La violencia contra las mujeres puede ocurrir cuando los hombres interpretan que su capacidad de ejercer poder y control sobre ellas está en peligro y su autoridad es cuestionada, situación que, según las normas culturales, los desvaloriza socialmente.

En otros casos, es parte de un proceso sistemático del ejercicio masculino del control y del poder sobre el cuerpo y la vida de su pareja a fin de lograr la sujeción femenina. La violencia contra las mujeres por parte de sus parejas atraviesa todos los estratos socioeconómicos, y su manifestación a través de la violencia física no es la única existente, puesto que se expresa a nivel sexual, emocional y simbólico.

Según la ENDES 2012, el 66,3 de las mujeres alguna vez unidas declaró que el esposo o compañero ejerció alguna forma de control sobre ellas. Por ejemplo: saber donde va la mujer o los celos, acusándola de ser infiel o impidiéndole que visite a sus amistades o que la visiten. El 19,9 % declaró que habían sido amenazadas por sus parejas de quitarles los hijos, irse de la casa o no darles ayuda económica.

Las denuncias periodísticas por feminicidios suelen mostrar este patrón de conducta. Por declaración de familiares o amigos, se llega a conocer que en muchos de estos casos, las mujeres decidieron terminar con la relación por los maltratos recibidos. Por ello, el feminicidio que es el homicidio realizado por una pareja o expareja ha sido considerado como *“el episodio final en una cadena de violencia y discriminación contra la mujer”* (104).

En el resultado se observa que el 37,2 % de las mujeres experimentó alguna forma de violencia física o sexual y la violencia está presente en todos los quintiles de condición económica. El grupo de 15 a 19 años de edad tiene un menor tiempo de exposición, por eso la prevalencia es más baja en este grupo pero ya cerca de la tercera parte de las declarantes de 20 a 24 años de edad habían experimentado violencia por parte de una pareja.

3.3.2 Violencia Contra Niños Y Niñas

La violencia contra niñas y niños por parte de sus madres y padres es una grave situación que afecta sus derechos humanos y según el tipo de violencia y su gravedad puede implicar grave riesgo para su salud física y emocional.

De acuerdo con la información que se cuenta, el maltrato de niñas, niños y adolescentes alcanza cifras gravísimas. Véase en el siguiente cuadro que en algunos lugares el maltrato en el hogar alcanza cifras mayores del 80%, en lugares donde se hicieron estudios:

La ENDES reporta el uso de diversas formas de castigo de los padres y las madres a las/los hijos. Una de cada cuatro mujeres entrevistadas considera que algunas veces es necesario el castigo para educar a los hijos.

El porcentaje de mujeres que declara haber castigado a los hijos es muy similar al castigo que ellas mismas refieren aplicó la pareja contra las niñas y niños. La forma de castigo más frecuente es la reprimenda verbal, seguido de los golpes.

Comparando con la ENDES del 2000, pareciera que el castigo ha disminuido.

Se conoce que en los casos de violencia sexual contra niñas y niños, el agresor es generalmente del entorno cercano de la víctima.

Según los datos del estudio multicéntrico de la OMS sobre violencia física y sexual contra la mujer, en Lima Metropolitana 1 de cada 5 mujeres declaró haber sufrido violencia sexual antes de los 15 años de edad (Güezmes et al, 2002). La violencia sexual afecta seriamente su integridad física, sexual y emocional y tiene impacto en su vida futura. Afecta su derecho a una vida libre de violencia, el derecho al cuidado y a la protección. Lo grave de estas situaciones es que la violencia es ejercida por quienes son responsables de su cuidado.

Todas estas formas de violencia confluyen y se refuerzan al interior de las familias, creando condiciones de alta vulnerabilidad sobre todo para las niñas y mujeres adultas. El observar o ser afectado directamente por la violencia es también un factor de riesgo para la reproducción de la violencia a futuro ya sea como agresor o cómo víctima. El proceso de construcción de la masculinidad, ligado al ejercicio del control y el poder así como el uso de la violencia tendrán repercusiones en sus comportamientos con relación a sus parejas, hijas/hijos.

El 30% de la población limeña ha deseado morir; siendo los principales motivos en adultos los problemas económicos de pareja y familiares; y en adolescentes conflictos con los padres.

Las edades más prevalentes son entre 15 a 40 años, siendo los más afectados los varones (120 suicidios consumados) y en las mujeres (57 suicidios consumados) sin embargo, las mujeres son más vulnerables a los problemas depresivos, y a la violencia familiar por ello el registro de intentos de suicidios muestra claramente una afectación de las mujeres cada vez más jóvenes. (Epidemiológico Salud Mental 2002).

3.3.3 Factores De Riesgo En La Depresión Infantil Y Adolescente

Los factores individuales están relacionados con la propia vulnerabilidad del niño, tanto psicológico como físico, e incluyen: el sexo, la edad, la discapacidad funcional, el temperamento, la personalidad, la autoestima, así como los síntomas físicos y la enfermedad (74).

Los factores familiares predictores de la depresión infantil y adolescente están relacionados con: la discordia familiar y parental, la depresión de los padres (en especial de la madre), rechazo, baja implicación y pautas de disciplina poco afectivas, así como adversidades a largo plazo, tales como pérdidas significativas relacionadas con el divorcio en los padres, separación y/o muerte (75,77)

Otro factor es el conocido bullying; Ésta es una de las formas de violencia que más repercusión está teniendo actualmente sobre las personas en edad escolar

3.3.4 Inventario De Depresión Infantil (CDI) De Kovacs (105)

La evaluación tiene como objetivo principal comprender al niño con depresión para poder implementar estrategias de solución específicas al caso, Para ello, es necesario tomar en cuenta los diversos aspectos que la diferencia de la evaluación con adultos.

En ese sentido, se tienen que tener especial cuidado en las particularidades del cuadro psicopatológico y el aspecto evolutivo del niño y del adolescente.

También, se deben tomar en cuenta las cuestiones prácticas (que corresponden a la selección y la pertinencia de los instrumentos, la duración, etc.), la estandarización de los instrumentos utilizados (que posea valores normales adecuados al niño evaluado), la confiabilidad y la validez (que los instrumentos utilizados midan lo que pretenden y que proporcionen información clínicamente útil)

Entre las dificultades que podemos encontrar a la hora de la evaluación de la depresión infantil, tenemos:

- Algunos aspectos no pueden ser visualizados o entendidos por el niño, debido a su desarrollo cognitivo.
- Debido a las limitaciones que se tienen para evaluar a los niños, y muchas veces a los adolescentes, se pueden requerir varias fuentes de información (padres, maestros, cuidadores) que muchas veces resultan contradictorias con la información dada por el paciente.
- Existencia de variabilidad en los criterios diagnósticos, por la relevancia que se puede poner en determinados factores, dadas las diferentes conceptualizaciones de la depresión infantil y su diversidad etiológica.

En el Perú, además, se presentan otros factores que podrían dificultar la evaluación y por consiguiente la investigación. Entre los más importantes encontramos la diversidad cultural, la falta de recursos invertidos por el estado en el campo de la salud mental y la centralización de las investigaciones en Lima; la cual centraliza también los instrumentos disponibles para un solo grupo humano.

En ese sentido, la labor de actualizar, adaptar y crear instrumentos psicológicos que permitan este objetivo resulta ser de mucha importancia.

Los instrumentos que se utilizan en la evaluación de la depresión infantil se pueden clasificar en entrevistas estructuradas, autoinforme, informes de terceras personas, observación, autorregistro y registros psicobiológicos y biológicos. Para la presente investigación, solo revisaremos el Inventario de Depresión Infantil (CDI), que se clasifica dentro de los instrumentos de tipo autoinforme.

Este inventario, es el instrumento más utilizado y aceptado por los diversos expertos en el tema de la depresión infantil.

Tiene por objetivo evaluar la sintomatología depresiva, se usa en la evaluación, investigación y el rastreo de casos (screening). El CDI, al ser el primer instrumento publicado para evaluar la depresión infantil, ha sido extensamente utilizado y se ha convertido en un instrumento básico. Su aplicación en diferentes contextos permite la comparación de los datos obtenidos en muestras de diversos países y continentes. Asimismo, ha demostrado ser válido y confiable en muchos de los ámbitos donde se han comprobado sus cualidades

3.3.4.1 Características De La Prueba

El Inventario de Depresión Infantil (CDI) ha sido diseñado para medir la sintomatología depresiva en niños y adolescentes. Es una prueba fácil de leer y comprender pues ha sido creada para un nivel muy básico de escolaridad por lo que se puede aplicar desde los 7 años.

La última versión del CDI (2004) en español presenta 27 ítems, cada uno de ellos expresados en tres frases que muestran, en distintas intensidades o frecuencias, la presencia de sintomatología depresiva en el niño o el adolescente. El contenido de estos ítems cubre la mayor parte de los criterios utilizados para el diagnóstico de la depresión infantil. El resultado de la prueba permite obtener datos acerca del nivel de la depresión total y de dos escalas adicionales: Disforia y Autoestima negativa.

La prueba puede ser aplicada individual o colectivamente. Se recomienda la aplicación individual en niños pequeños y en población clínica, mientras que su uso colectivo facilita el uso de la prueba en la investigación y el rastreo de casos (screening).

Para la aplicación de la prueba, se pide a los participantes que escriban sus datos personales y luego el evaluador debe leer las instrucciones en voz alta, poniendo especial atención en que los niños pequeños atiendan y comprendan las instrucciones. Sólo se necesita la hoja de respuestas, un lápiz y un borrador. La aplicación dura entre 10 y 20 minutos.

La calificación de cada ítem se hace con una escala de 0 a 2 puntos, la puntuación de 0 corresponde a la intensidad o frecuencia de aparición más baja del síntoma, el 1 corresponde a la intensidad o frecuencia media y el 2 a la mayor frecuencia e intensidad. Luego de esta calificación, se podrá obtener la puntuación directa de la escala de Disforia, sumando los puntajes de los ítems 2, 3, 6, 11, 13, 14, 15, 19, 23, 24 y 26; y la puntuación directa de la escala de Autoestima, sumando los puntajes de los ítems restantes 1, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 25 y 27. La suma de ambas escalas nos proporcionará la puntuación directa de depresión. Indicándonos el nivel de sintomatología depresiva.

3.3.4.2 Análisis De La Confiabilidad De La Validacion Del CDI En Cajamarca

En el análisis total de la prueba, se obtiene un Alfa de Cronbach de 0.79, por lo que se puede decir que la prueba alcanza una confiabilidad aceptable

Adicionalmente, se calculó la correlación Ítem-test como una medida de la discriminación del ítem, de la cual se encontró una adecuada correlación ítem-test corregida en la mayoría de los ítems a excepción del 06, 11 y 19, los cuales presentan una correlación por debajo de 0.2. A pesar de estos resultados, se decidió conservar dichos ítems para no alterar la prueba en su conjunto.

El análisis de la confiabilidad por mitades, utilizando la corrección de la correlación con la fórmula de Spearman, da un resultado de 0.79 con una significación menor a 0.05, lo cual nos indica que es una correlación aceptable. Por ello, se puede decir que la prueba alcanza aceptable nivel de confiabilidad por mitades. El análisis de la estabilidad temporal dio como resultado una correlación positiva considerable de 0.776 y significativa ($p < 0.001$) en el total de la prueba.

3.3.4.3 Normas Percentilares

A partir de las diferencias encontradas por edad, se construyeron los percentiles tomando en cuenta esta variable.

Las Tablas 10, 11 y 12 muestran los rangos percentiles y los puntajes Z correspondientes a los puntajes brutos obtenidos en la prueba para cada uno de los grupos de edad.

Cuadro N°1 Percentiles y Calificadores Z en niños entre 7 y 9 años

Nivel de Puntaje	Puntaje bruto	Rangos percentiles	Calificaciones Z
Puntajes Bajos de Sintomatología Depresiva	0	0	31
	1	0	32
	2	1	33
	3	1	35
	4	4	36
	5	7	38
	6	12	39
	7	18	41
	8	25	42
Puntajes Medios de Sintomatología Depresiva	9	33	44
	10	37	45
	11	42	46
	12	49	48
	13	55	49
	14	60	51
Puntajes Altos de Sintomatología Depresiva	15	65	52
	16	69	54
	17	73	55
	18	76	57
	19	79	58
	20	81	60
	21	84	61
	22	85	62
	23	89	64
	24	92	65
	25	94	67
	26	95	68
	27	95	70
	28	96	71
	29	97	73
	30	98	74
	31	98	75
	32	99	77
	33	99	78
	34 ó más	99	80

Cuadro N°2 Percentiles y Calificadores Z de púberes entre 10 y 12 años

Nivel de Puntaje	Puntaje bruto	Rangos percentiles	Calificaciones Z
Puntajes Bajos de Sintomatología Depresiva	0	1	32
	1	1	34
	2	3	36
	3	7	37
	4	11	39
	5	16	41
	6	24	42
Puntajes Medios de S. D.	7	32	44
	8	38	46
	9	45	48
	10	53	49
Puntajes Altos de Sintomatología Depresiva	11	61	51
	12	68	53
	13	73	54
	14	78	56
	15	82	58
	16	85	60
	17	87	61
	18	89	63
	19	90	65
	20	91	66
	21	92	68
	22	94	70
	23	96	71
	24	97	73
	25	98	75
	26	99	77
	27	99	78
	28	99	80
	29	99	82
	30	99	83
	31	99	85
	32	99	87
	33	99	89
	34 ó más	99	90

Cuadro N°3 Percentiles y Calificadores Z de adolescentes entre 13 y 15 años

Nivel de Puntaje	Puntaje bruto	Rangos percentiles	Calificaciones Z
Puntajes Bajos de Sintomatología Depresiva	0	0	31
	1	1	33
	2	2	34
	3	4	36
	4	6	37
	5	9	39
	6	14	40
	7	20	42
	8	27	43
Puntajes Medios de S. D.	9	33	45
	10	41	46
	11	49	48
	12	57	49
	13	62	51
Puntajes Altos de Sintomatología Depresiva	14	65	52
	15	69	54
	16	74	55
	17	78	57
	18	81	58
	19	84	60
	20	87	61
	21	88	63
	22	90	64
	23	92	66
	24	94	68
	25	95	69
	26	96	71
	27	96	72
	28	97	74
	29	97	75
	30	98	77
	31	99	78
	32	99	80
	33	99	81
34 ó más	99	83	

CAPÍTULO IV

LA HIPÓTESIS: FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS Y DEFINICIÓN

OPERACIONAL DE VARIABLES

4.1 La Hipótesis

H₁: Existe mas presencia de sintomatología depresiva en estudiantes de 13 a 15 años de edad en los 5 Centros Educativos en estudio del Distrito de Cajamarca, 2013

H₂: Existe más presencia de sintomatología depresiva en estudiantes de 7 a 15 años de edad en los Centros Educativos Nacionales que forman parte de las Instituciones en Estudio del distrito de Cajamarca, 2013

H₃: Existe más presencia de sintomatología depresiva en estudiantes; del género femenino, de 7 a 15 años de edad en los 5 Centros Educativos en Estudio del Distrito de Cajamarca, 2013

H₄: Existe más presencia de sintomatología depresiva en estudiantes de 7 a 15 años de edad; provenientes de un hogar monoparental, en los 5 centros educativos en estudio del distrito de Cajamarca, 2013

H₅: Existe más presencia de sintomatología depresiva en estudiantes de 7 a 15 años de edad; que son victimas de bullying, en los 5 centros educativos en estudio del distrito de Cajamarca, 2013

H6: Existe más presencia de sintomatología depresiva en estudiantes de 7 a 15 años de edad en los 5 centros educativos en estudio del distrito de Cajamarca; que trabajan para ayudar económicamente a sus padres, 2013.

H7: Existe más presencia de sintomatología depresiva en estudiantes del nivel secundario de los Centros Educativos Nacionales que forman parte de las Instituciones en estudio del distrito de Cajamarca, 2013

H8: Existe más presencia de sintomatología depresiva en estudiantes de 7 a 15 años de edad en los 5 Centros Educativos en estudio del distrito de Cajamarca; que refieren haber repetido años académicos, 2013

4.2 Definición Operacional de Variables:

Cuadro N°4 Variables

VARIABLES	SUBVARIABLE	Categoría	Tipo de variable	Escala de medición
Sintomatología Depresiva		Puntajes bajos	Cualitativa categórica	Nominal
		Puntajes medios		
		Puntajes altos		
Características epidemiológicas en la depresión	Grupo etario	7- 9 años	Cuantitativa numérica	Intervalo
		De 10 a 12 años		
		De 13 - 15 años		
	Genero	Femenino	Cualitativa categórica	Nominal
		Masculino		
	nivel de escolaridad	Primaria	Cualitativa categórica	Nominal
		Secundaria		
	Tipo de centro educativo	Nacional	Cualitativa categórica	Nominal
		Privado		
	Maltrato físico psicológico (bullying)		Presente	Cualitativa categórica
Ausente				
Familia		Monoparental	Cualitativa categórica	Nominal
		Biparental (constituida)		
		Otros		
Trabajo		Si	Cualitativa categórica	Nominal
		No		

CAPÍTULO V

METODOLOGÍA

5.1 Técnicas De Muestreo: Población Y Muestra

5.1.1 Tipo de Estudio: Descriptivo, transversal.

5.1.2 Población

La población en estudio abarca a todos los alumnos matriculados en el año académico 2013; que tengan desde 7 hasta 15 años de edad, en los centros educativos siguientes:

- Centro Educativo Nacional De Varones de Educación Primaria y Secundaria San Marcelino Champagnat
- Centro Educativo Nacional Mixto de Educación Primaria Y Secundaria Toribio Casanova lopez
- Centro Educativo experimental Mixto de Educación Primaria y Secundaria Antonio Guillermo Urrelo.
- Centro Educativo Privado Mixto Educación Primaria y Secundaria San Fernando.
- Centro Educativo Privado Mixto Educación Primaria y Secundaria PRE UCT

Cuya población en total asciende a 3282 alumnos

5.1.3 Muestra:

Para determinar el tamaño muestra se utilizó la fórmula de Cochran, considerando un nivel de confianza del 95%, Tolerancia de error permitido de 0.05, una proporción esperada del 50% al plantear la existencia de niveles altos de sintomatología depresiva en la población en estudio (hipótesis del investigador). En consecuencia la muestra representativa calculada es de 343 alumnos, sin embargo considerando que el instrumento se aplicara durante la última semana académica de diciembre y hasta el cese de clases (periodo de evaluaciones finales en todos los centros educativos) el cual es un periodo de tiempo adoptado como pertinente por el investigador y por lo tanto comprendiendo que durante la aplicación del instrumento se puede generar sesgos de distintos tipos; es que el investigador adopta trabajar por conveniencia con toda la población calculada inicialmente (matriculada) es decir 3282 alumnos correspondiente a los centros educativos mencionados.

Ahora bien; durante la aplicación del instrumento se presentaron problemas que generaron que parte de la población objetivo no fuera estudiada y/o excluida y por ende se genere disminución de la población inicial adoptada (universo), los que son:

- Inasistencia de alumnos durante el proceso de aplicación del instrumento, este problema se hizo patente en el colegio Antonio Guillermo Urrelo donde los alumnos del segundo grado de primaria correspondientes a sus 2 secciones no fueron encontrados en la institución y cuyo número ascendía a 72 alumnos, en los demás centros educativos no se presento este inconveniente
- Salida de la institución educativa de los alumnos de determinadas aulas al cabo de sus evaluaciones finales, este inconveniente se presentó en la institución educativa

San Marcelino Champagnat donde no fueron hallados 306 alumnos pertenecientes a 7 aulas del: tercero (2), cuarto(2), quinto, sexto(2) de primaria.

- Llenado incorrecto y/o incompleto del instrumento de estudio, este problema fue observado en 61 encuestas teniendo una distribución esbozada en la tabla siguiente.

Cuadro N°5 Problemas durante aplicación de instrumento

	I.E A.G.U	I.E T.C.L	I.E S.M.C	I.E S.F	I.E P.UCT
Llenado incorrecto y/o incompleto	6	25	20	4	6
Inasistencia al centro educativo	72	0	0	0	0
Salida del centro educativo	0	0	306	0	0
<u>Total de alumnos no participantes del estudio</u>	439				
Leyenda:	I.E A.G.U: Institución Educativa Antonio Guillermo Urrelo I.E T.C.L: institución educativa nacional Toribio Casanova López I.E S.M.C: Institución educativa nacional san Marcelino Champagnat I.E S.F: Institución educativa particular San Fernando I.E P.UCT. Institución Educativa particular Pre – UCT				

Teniendo en cuenta los problemas mencionados y realizando un nuevo conteo de la población estudiada se determinó que la nueva población ascendía a 2843 alumnos. El que constituye el 86.62% de los matriculados en el año académico 2013 constituyendo en si misma una muestra más que suficiente para el desarrollo adecuado del estudio

El tamaño de muestra se obtuvo utilizando la fórmula de Cochran:

$$n = \frac{N \cdot Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot (1-p)}{e^2 \cdot (N-1) + Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot (1-p)}$$

n: Muestra.

N: 3282 alumnos de 7 a 15 años matriculados en el año académico 2013 de los centro educativos mencionados.

p: 0.50 (proporción esperada de trastorno depresivo en la zona urbana).

q: 0.50 (1-p).

Z²: 3.84 (confiabilidad al 95%).

e: 0.05 (Tolerancia de error permitido en las mediciones.)

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.50) \cdot (0.50) (3282)}{(1.96)^2 (0.50) \cdot (0.50) + (0.05)^2 (3282-1)} = 343 \text{ alumnos}$$

5.1.4 Aspectos Éticos:

Dado que la ejecución de la presente investigación no implica riesgo alguno sobre la integridad física y/o psíquica de la población con cuyos datos trabajaremos, considero que no es necesario incluir los aspectos relacionados con la investigación clínica desarrollada en seres humanos.

5.1.5 Criterios de inclusión:

- Todo alumno matriculado en el año académico 2013, que tenga desde 7 hasta 15 años de edad
- Todo alumno que acepte participar voluntariamente en el estudio luego de leer el consentimiento informado.

5.1.6 Criterios de Exclusión:

- Todo alumno cuya edad no este comprendido dentro de los rangos etarios establecidos
- Todo alumno que no acepte participar voluntariamente en el estudio.
- Todo alumno que no esté presente el día de la aplicación del instrumento.

5.2 Técnicas Para El Procesamiento Y Análisis De La Información

5.2.1 Técnica de recolección de datos

Para la realización del presente estudio usaremos el Inventario de Depresión kovacs debidamente traducida y validada en la población cajamarquina (anexo 2).

Los participantes son 2843 niños y adolescentes entre 7 y 15 años, que se encuentran cursando entre el segundo grado de primaria y el cuarto año de secundaria. Estos pertenecen a 5 instituciones educativas de la ciudad de Cajamarca, 2 de ellas estatales 1 catalogado como experimental por encontrarse bajo administración de la Universidad Nacional De Cajamarca y 2 particulares.

Quedando excluidos del estudio todo aquel estudiante que no cumpla con los criterios de inclusión además de no haber asistido el día en que se realice la aplicación del instrumento

Así, los colegios fueron seleccionados por conveniencia teniendo como base la relación de los colegios publicados por el Ministerio de Educación [MINEDU] (2008), y teniendo en cuenta su disponibilidad para participar en el estudio.

Disponibilidad que se hace patente mediante el otorgamiento al investigador de una autorización emitido por las autoridades pertinentes.

5.2.2 Análisis estadístico de datos

El registro de datos que estarán consignados en las correspondientes fichas de recolección de datos (INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE KOVACS), serán procesados utilizando el paquete estadístico SPSS Versión 20.0, previa elaboración de la base de datos convenientes. Se obtendrán incidencia, frecuencias aplicándose la prueba de Chi cuadrado de bondad de ajuste a la distribución de las variables y considerando significativos valores de $p \leq 0,05$, así como la prueba de hipótesis D de Somers y el índice ETA.

CAPITULO VI

RESULTADOS Y DISCUSION

6.1 Resultados

TABLA. Nº 1

DISTRIBUCION POBLACIONAL SEGÚN GRUPOS
ETARIOS

EDAD CRONOLÓGICA	Frecuencia	Porcentaje
7 – 9	694	24.4
10 – 12	945	33.2
13 – 15	1204	42.3
Total	2843	100.0

La población estudiada fue dividida en tres grupos etarios los cuales están mencionadas en la presente tabla, podemos apreciar que la mayor proporción de alumnos estudiados se encuentran en el grupo etario de 13 – 15 años al que corresponde un 42.3% de la población total es decir 1204 alumnos, así mismo el segundo grupo con mayor población corresponde al grupo etario de 10 – 12 años el que constituye un 33.2% lo que es 945 alumnos, y de la misma manera vemos que el grupo etario con menor población es el comprende de 7 – 9 años el que tiene una población que representa el 24.4% de la muestra tomada esto es 694 alumnos .

TABLA. N°2

DISTRIBUCION POBLACIONAL SEGÚN GENERO

GENERO	Frecuencia	Porcentaje
MASCULINO	1852	65.1
FEMENINO	991	34.9
Total	2843	100.0

En la siguiente tabla podemos ver que la mayor proporción de la población se concentra dentro del género masculino constituyendo el 65.1% de la población estudiada lo que corresponde a 1852 alumnos, así mismo podemos observar que la población femenina constituye el 34.9%; cerca de la mitad de la población masculina, lo que es 991 alumnos.

TABLA. N°3

CONSTITUCION FAMILIAR DE LOS ALUMNOS

¿CON QUIEN VIVES?

	Frecuencia	Porcentaje
MONOPARENTAL	734	25.8
FAMILIA CONSTITUIDA	2007	70.6
OTROS	102	3.6
Total	2843	100.0

En esta tabla podemos apreciar que una gran proporción de la población estudiada ha referido vivir actualmente dentro de una familia donde hay presencia de padre y madre, es decir una familia nuclear. Siendo el 70.6% de la muestra o lo que equivale a 2007 alumnos.

De la misma manera podemos apreciar que una importante proporción de alumnos 25.8% refiere vivir dentro de una familia monoparental, siendo 734 alumnos con esta condición. Ahora bien también apreciamos que el 3.6% o 102 alumnos refieren vivir fuera de su familia nuclear.

TABLA. N°4

TIPO DE INSTITUCION EDUCATIVA

TIPO DE INSTITUCION EDUCATIVA	Frecuencia	Porcentaje
NACIONAL	2123	74.7
PRIVADO	720	25.3
Total	2843	100.0

En la presente tabla podemos apreciar que el 74.7% de los alumnos participantes del estudio o sea 2123 estudian en una institución educativa estatal, lo que constituye prácticamente el triple de la población que estudia en una institución privada o lo que es el 25.3% equivalente a 720 alumnos.

TABLA. N°5

INSTITUCIÓN EDUCATIVA

NOMBRE DE COLEGIO	Frecuencia	Porcentaje
I.E PRE UCT	528	18.6
I.E ANTONIO GUILLERMO U.	435	15.3
I.E TORIBIO CASANOVA L.	872	30.7
I.E SAN MARCELINO C.	831	29.2
I.E SAN FERNANDO	177	6.2
Total	2843	100.0

Podemos ver que de las 5 instituciones educativas participantes del estudio, la I.E NACIONAL TORIBIO CASANOVA LOPEZ concentra la mayor población de alumnos participantes del mencionado estudio, con un 30.7% o lo que es 872 alumnos. De la misma manera podemos notar que la segunda institución con mayor población participante es I.E NACIONAL SAN MARCELINO C. quien concentra un 29.2% o lo que es 831 alumnos.

En este mismo entender podemos darnos cuenta que la tercera institución con mayor población participante es I.E PRIVADA PRE UCT con un 18.6% de la población participante equivalente a 528 alumnos. En cuarto lugar notamos que la I.E ANTONIO GUILLERMO URRELO alberga al 15.3% o 435 alumnos. Y la institución con menor población participante en este estudio es I.E SAN FERNANDO con un 6.2% o 177 alumnos.

TABLA. N° 6

NIVEL EDUCATIVO

NIVEL EDUCATIVO	Frecuencia	Porcentaje
PRIMARIA	1423	50.1
SECUNDARIA	1420	49.9
Total	2843	100.0

Podemos apreciar que las poblaciones tanto del nivel primario como el secundario son numéricamente similares notándose que el nivel primario concentra el 50.1% lo que equivale a 1423 y el nivel secundario el 49.9% lo que es 1420 alumnos.

TABLA. N° 7

FRACASO ESCOLAR

HAS REPETIDO DE AÑO?	Frecuencia	Porcentaje
SI	337	11.9
NO	2506	88.1
Total	2843	100.0

En esta tabla podemos observar que un porcentaje importante de alumnos de la muestra refirieron no haber repetido años académicos siendo el 88.1% o 2506 alumnos de la muestra, así mismo vemos que el 11.9% o 337 alumnos refieren que sí.

TABLA. N° 8

MALTRATO FÍSICO O PSICOLOGICO EN LA INSTITUCION EDUCATIVA

MALTRATO FÍSICO O PSICOLOGICO	Frecuencia	Porcentaje
SI	317	11.2
NO	2526	88.8
Total	2843	100.0

Podemos apreciar que la siguiente tabla nos muestra que la gran mayoría de alumnos participantes del estudio refieren no ser objeto de maltrato físico o psicológico en su institución educativa siendo el 88.8% de la muestra, del mismo modo notamos que el 11.2% o 317 alumnos refieren ser víctimas de maltrato físico o psicológico en su institución educativa.

TABLA. N° 9

TRABAJO INFANTOJUVENIL

TRABAJAS?	Frecuencia	Porcentaje
SI	511	18.0
NO	2332	82.0
Total	2843	100.0

Notamos en la presente tabla que el 82% de los participantes o sea 2332 alumnos refieren no trabajar para apoyar la economía del hogar sin embargo se aprecia también un notable 18% que refiere lo contrario es decir 511 alumnos.

TABLA. N° 10

NIVEL DE SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA

NIVEL DE SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA	Frecuencia	Porcentaje
SINT. DEPR. P. BAJO	1550	54.5
SINT. DEPR. P. MEDIO	746	26.2
SINT. DEPR. P. ALTO	547	19.2
Total	2843	100.0

Esta tabla nos muestra de manera clara la distribución de la sintomatología depresiva acorde a los puntajes obtenidos en el test, notándose claramente que el 54.5% de los participantes o sea 1550 alumnos obtienen puntajes para este problema. Además se aprecia que el 26.2% o 746 alumnos de la muestra obtiene puntajes medios para este problema y por ultimo un impresionante 19.2% equivalente a 547 alumnos con puntajes altos en el test aplicado.

TABLA. N° 11

SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA SEGÚN GRUPO ETARIO EN ESTUDIANTES DE 7-15 AÑOS DE CENTROS EDUCATIVOS DE CAJAMARCA, 2013

EDAD CRONOLÓGICA	NIVEL DE SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA						Total	
	SINT.	DEPR.	SINT.	DEPR.	SINT.	DEPR.		
	BAJA		MEDIA		ALTA			
7-9	Recuento	380		177		137		694
	% dentro de NIVEL DE SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA	24.5%		23.7%		25.1%		24.4%
10-12	Recuento	463		245		237		945
	% dentro de NIVEL DE SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA	29.9%		32.8%		43.3%		33.2%
13-15	Recuento	707		324		173		1204
	% dentro de NIVEL DE SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA	45.6%		43.4%		31.6%		42.3%
Total	Recuento	1550		746		547		2843
	% dentro de NIVEL DE SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA	100.0%		100.0%		100.0%		100.0%

D de Somers= -0.055 P=0.000 (NS= 0.05)

H₁: Existe más presencia de sintomatología depresiva en estudiantes de 13 a 15 años de edad en 5 centros educativos del distrito de Cajamarca, 2013

En la presente tabla podemos notar una serie de datos muy relevantes en los tres grupos en los que fue dividido apropiadamente la población en función de los resultados obtenidos en el test planteado, además dichos resultados fueron divididos de manera simultánea en función de los tres grupos etarios; en este sentido se muestra la siguiente descripción.

De la toda población que obtuvo puntajes bajos (1550 alum.) en el Inventario de Depresión de Kovacs notamos que el grupo etario comprendido de 13 – 15 años son los que concentran más alumnos representando este el 45.6% o equivalente a 707 alumnos.

Del mismo modo apreciamos que el 29.9% de la población con puntajes bajos está concentrado dentro del grupo etario de 10 – 12 años y lo que equivale a 463 alumnos.

En esta misma línea entendemos que el 24.5% de los alumnos de esta población o 380 se encuentran en el grupo etario de 7 – 9 años.

La población con puntajes medios para sintomatología depresiva asciende a 746 alumnos de los cuales podemos apreciar que el 43.4% o 324 alumnos corresponden al grupo etario de 13 – 15 años y del mismo modo notamos que el 32.8% o 245 alumnos se hallan dentro del grupo etario de 10 – 12 años. El 23.7% o 177 alumnos se encuentran dentro del grupo etario 7 – 9 años.

De la población con puntajes altos para síntomas depresivos podemos describir lo siguiente. En este grupo hay una población que asciende 547 alumnos de los cuales notamos que el 31.6% o 173 corresponden al grupo etario de 13 – 15 años, y el 43.3% o 237 alumnos pertenecen al grupo etario de 10 – 12 años y con esto podemos dar por rechazada la primera hipótesis del estudio el que afirmaba que existía más presencia de sintomatología depresiva en estudiantes de 13 a 15 años siendo de acuerdo a los hallazgos que el 43.3% o 237 alumnos con puntajes altos están en el grupo etario de 10 – 12 años.

TABLA N° 12.

SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA SEGÚN TIPO DE INSTITUCIÓN EDUCATIVA
EN ESTUDIANTES DE 7-15 AÑOS DE CENTROS EDUCATIVOS DE CAJAMARCA, 2013

TIPO DE INSTITUCION EDUCATIVA	NIVEL DE SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA						Total	
	SINT.	DEPR.	SINT.	DEPR.	SINT.	DEPR.		
	BAJA		MEDIA		ALTA			
NACIONAL	Recuento	1127		572		424		2123
	% dentro de NIVEL DE SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA	72.7%		76.7%		77.5%		74.7%
PRIVADO	Recuento	423		174		123		720
	% dentro de NIVEL DE SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA	27.3%		23.3%		22.5%		25.3%
Total	Recuento	1550		746		547		2843
	% dentro de NIVEL DE SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA	100.0%		100.0%		100.0%		100.0%

$X^2= 7.075$ $P= 0.029$ $ETA=0.048$

H₂: Existe más presencia de sintomatología depresiva en estudiantes de 7 a 15 años de edad de los Centros Educativos Nacionales del distrito de Cajamarca, 2013

En la presente tabla podemos apreciar que de toda la población de estudiantes estudiada la mayor concentración de alumnos con síntomas depresivos tanto con puntajes bajos, medios como altos están en los centros educativos nacionales, más que triplicando la cantidad encontrada en los centros educativos privados. De tal forma que el 72.7% o 1127 alumnos de un total de 1550 alumnos; con puntajes bajos para síntomas depresivos, estudian en centros educativos nacionales, y el 27.3% de los alumnos con puntajes bajos o sea 423 estudian en centros educativos privados.

De la misma forma podemos apreciar que de toda la población de estudiantes que obtuvieron puntajes medios para síntomas depresivos el 76.7% o 572 estudian en centros educativos nacionales, así mismo se muestra que el 23.3% o 174 alumnos de este mismo grupo estudian en centros educativos privados.

De la población de estudiantes que obtuvieron puntajes altos para síntomas depresivos notamos que el 77.5% o 424 estudian en centros educativos nacionales y de similar forma el 22.5% o 123 se concentran en los centros educativos particulares.

Después de la descripción de la presente tabla podemos afirmar que en los colegios nacionales se concentran la mayor cantidad de casos de síntomas depresivos en sus tres escalas de acuerdo al instrumento aplicado por lo que la segunda hipótesis propuesta es correcta

Tabla N. 13

SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA SEGÚN GENERO

EN ESTUDIANTES DE 7-15 AÑOS DE CENTROS EDUCATIVOS DE CAJAMARCA, 2013

SEXO		NIVEL DE SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA						Total
		SINT.	DEPR.	SINT.	DEPR.	SINT.	DEPR.	
		BAJA		MEDIA		ALTA		
MASCULINO	Recuento	1057		459		336		1852
	%	68.2%		61.5%		61.4%		65.1%
FEMENINO	Recuento	493		287		211		991
	%	31.8%		38.5%		38.6%		34.9%
Total	Recuento	1550		746		547		2843
	%	100.0%		100.0%		100.0%		100.0%

X²=13.973 P=0.001 ETA= 0.064

H₃: Existe más presencia de sintomatología depresiva en estudiantes; del género femenino, de 7 a 15 años de 5 centros educativos del distrito de Cajamarca, 2013

En esta tabla podemos apreciar que hay presencia notable de sintomatología depresiva en el género masculino en comparación con el femenino de tal manera que si describimos sería así.

De toda la población de estudiantes con puntajes bajos es decir 1550, notamos que el 68.2% o 1057 pertenecen al género masculino y el 31.8% o 493 alumnos pertenecen al género femenino.

Del mismo modo apreciamos que de la población con puntajes medios es decir 746 alumnos el 61.5% o 459 son de género masculino y el 38.5% o 287 pertenecen al género femenino.

En este entender también vemos que de los 547 alumnos que conforman la población con puntajes altos para síntomas depresivos, el 61.4% o 338 son de género masculino y el 38.6% o 211 pertenecen al género femenino y de esta forma notamos que dentro del grupo de género masculino hay aproximadamente el triple de casos; en sus tres niveles propuestos por el instrumento empleado, de alumnos con síntomas depresivos.

Ahora bien, con lo expuesto en las líneas anteriores damos por sentado que la tercera hipótesis planteada en este estudio queda rechazada.

Tabla Nº 14

SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA SEGÚN CONSTITUCION FAMILIAR EN ESTUDIANTES DE 7-15 AÑOS DE CENTROS EDUCATIVOS DE CAJAMARCA, 2013

CON QUIEN VIVES?		NIVEL DE SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA						Total		
		SINT.		DEPR.		SINT.			DEPR.	
		BAJA		MEDIA		ALTA				
MONOPARENTAL	Recuento	358		224		152		734		
	% dentro de NIVEL DE SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA	23.1%		30.0%		27.8%		25.8%		
BIPARENTAL	Recuento	1147		491		369		2007		
	% dentro de NIVEL DE SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA	74.0%		65.8%		67.5%		70.6%		
OTROS	Recuento	45		31		26		102		
	% dentro de NIVEL DE SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA	2.9%		4.2%		4.8%		3.6%		
Total	Recuento	1550		746		547		2843		
	% dentro de NIVEL DE SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA	100.0%		100.0%		100.0%		100.0%		

$X^2=20.871$ $P=0.000$ $ETA= 0.072$

H₄: Existe más presencia de sintomatología depresiva en estudiantes de 7 a 15 años de edad; provenientes de un hogar disfuncionales (monoparentales), de 5 centros educativos del distrito de Cajamarca, 2013

En la presente tabla podemos apreciar características básicas del núcleo familiar donde viven los estudiantes que constituyen la muestra de estudio y de esta forma se describe la presente.

De toda la población con puntajes bajos para síntomas depresivos, es decir 1550. El 23.1% o 358 alumnos afirman que en su familia solo hay presencia de un solo progenitor (padre o madre), el 74.0% o 1147 alumnos de este grupo refieren tener en su familia la presencia de ambos progenitores, y el 2.9% o 45 alumnos refieren vivir bajo los cuidados de otras personas distintas a los progenitores.

De toda la población con puntajes medios para síntomas depresivos es decir 748 alumnos, notamos que el 30.0% o 224 afirman vivir en una familia monoparental, el 65.8% o 491 refieren tener en su familia la presencia de ambos progenitores, así mismo el 4.2% o 31 alumnos mencionan vivir bajo los cuidados de otras personas distintas a los progenitores.

De toda la población con puntajes altos para síntomas depresivos es decir 547 alumnos, vemos que el 27,8% o 152 alumnos refieren vivir en un seno familiar monoparental, el 67.5% o 369 alumnos dicen tener en su familia la presencia de ambos progenitores, el 4.8% o 26 alumnos refieren vivir bajo los cuidados de otras personas distintas a los progenitores.

Ahora bien después de expuesto la presente tabla notamos algo muy saltante, la presencia de muchísimos más casos de síntomas depresivos en sus tres niveles propuestos por el instrumento dentro de las familias donde cohabitan ambos progenitores, así mismo es notable el poco numero de casos de alumnos viviendo con terceras personas.

Y de esta forma podemos notar que la cuarta hipótesis planteada en este estudio queda rechazada ante la evidencia de los hallazgos.

TABLA N° 15

SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA SEGÚN PRESENCIA DE MALTRATO FISICO O PSICOLOGICO EN ESTUDIANTES DE 7-15 AÑOS DE CENTROS EDUCATIVOS DE CAJAMARCA, 2013

MALTRATO FÍSICO O PSICOLOGICO		NIVEL DE SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA						Total		
		SINT.		DEPR.		SINT.			DEPR.	
		BAJA		MEDIA		ALTA				
SI	Recuento	92		98		127		317		
	% dentro de NIVEL DE SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA	5.9%		13.1%		23.2%			11.2%	
NO	Recuento	1458		648		420		2526		
	% dentro de NIVEL DE SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA	94.1%		86.9%		76.8%			88.8%	
Total	Recuento	1550		746		547		2843		
	% dentro de NIVEL DE SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA	100.0%		100.0%		100.0%			100.0%	

$X^2=125.920$ $P=0.000$ $ETA=0.210$

Hs: Existe más presencia de sintomatología depresiva en estudiantes de 7 a 15 años de edad; que son víctimas de bullying, de 5 centros educativos del distrito de Cajamarca, 2013

En esta tabla podemos ver datos interesantes como que de toda la población con puntajes bajos para sintomatología depresiva los que asciende a 1550 alumnos el 94.1% o 1458 refieren no sufrir maltrato físico o psicológico en su ámbito de estudio, y el 5.9% o 92 alumnos refieren que si son objetos del maltrato referido.

De toda la población con puntajes medios para síntomas depresivos o lo que es 746 alumnos el 86.9% o 648 niegan ser objeto de los maltratos referidos, y el 13.1% o 98 alumnos refieren afirmativamente ser víctimas de maltrato físico o psicológico

De la población con puntajes altos para síntomas depresivos los que son 547, el 76,8% o 420 alumnos refieren no ser víctimas de maltrato físico o psicológico, mientras que el 23.2% o 127 alumnos refieren que si son víctimas del mencionado maltrato.

A la luz de los hallazgos mostrados por esta tabla podemos afirmar que todos los alumnos que son víctimas de maltratos físicos y/o psicológicos en su centro educativo son considerablemente menor en número respecto a los que afirman no ser víctimas del mencionado maltrato, por lo que podemos afirmar que la quinta hipótesis del estudio queda rechazada.

TABLA N° 16
SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA SEGÚN PRESENCIA DE TRABAJO INFANTOJUVENIL EN
ESTUDIANTES DE 7-15 AÑOS DE CENTROS EDUCATIVOS DE CAJAMARCA, 2013

TRABAJAS		NIVEL DE SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA						Total
		SINT.	DEPR.	SINT.	DEPR.	SINT.	DEPR.	
		BAJA		MEDIA		ALTA		
SI	Recuento	215		164		132		511
	% dentro de NIVEL DE SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA	13.9%		22.0%		24.1%		18.0%
NO	Recuento	1335		582		415		2332
	% dentro de NIVEL DE SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA	86.1%		78.0%		75.9%		82.0%
Total	Recuento	1550		746		547		2843
	% dentro de NIVEL DE SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA	100.0%		100.0%		100.0%		100.0%

$X^2=39.902$ $P=0.000$ $ETA= 0.114$

H₆: Existe más presencia de sintomatología depresiva en estudiantes de 7 a 15 años de edad de 5 centros educativos del distrito de Cajamarca; que trabajan para ayudar económicamente a sus padres, 2013.

La presente tabla nos muestra la interacción del trabajo infantojuvenil con los distintos grupos de alumnos con depresión de tal forma que podríamos establecer cierta asociación entre ambas variables.

Del grupo de alumnos que tiene puntajes bajos en síntomas depresivos los cuales son 1550 notamos que el 86.1% o 1335 refiere no desarrollar ningún tipo de trabajo que busque ayudar en la economía del hogar, del mismo modo apreciamos que el 13.9% o 215 mencionan afirmativamente que si desempeñan dicho labor.

Del grupo de alumnos que tiene puntajes medios para síntomas depresivos o sea 746, el 78% o 582 niegan la realización de trabajos que busque ayudar en la economía del hogar. El 22% o 164 alumnos refiere afirmativamente que si lo hace.

Del mismo modo de los 547 alumnos que constituyen el grupo de alumnos con puntajes altos para síntomas depresivos, el 75,9 % o 415 mencionan que no realizan el mencionado trabajo sin embargo notamos una cantidad importante dentro de este grupo de estudiantes que afirman que sí, me refiero al 24.1% o 132 alumnos.

De acuerdo a los expuesto podemos notar que hay más casos de síntomas depresivos en aquellos alumnos que refieren no trabajar por lo damos por sentado que la sexta hipótesis planteada no es cierta.

TABLA N° 17.

SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA SEGÚN NIVEL EDUCATIVO EN
ESTUDIANTES DE 7-15 AÑOS DE CENTROS EDUCATIVOS DE CAJAMARCA, 2013

NIVEL EDUCATIVO	NIVEL DE SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA						Total	
	SINT.	DEPR.	SINT.	DEPR.	SINT.	DEPR.		
	BAJA		MEDIA		ALTA			
PRIMARIA	Recuento	742		369		312		1423
	%	47.9%		49.5%		57.0%		
SECUNDARIA	Recuento	808		377		235		1420
	%	52.1%		50.5%		43.0%		49.9%
Total	Recuento	1550		746		547		2843
	%	100.0%		100.0%		100.0%		100.0%

D de Somers= -0.063 P=0.001

H7: Existe más presencia de sintomatología depresiva en estudiantes del nivel secundario de los Centros Educativos Nacionales del distrito de Cajamarca, 2013

En la presente tabla podemos notar la distribución de casos de síntomas de depresión según el nivel educativo dando a notar que, del total de alumnos con puntajes bajos para síntomas depresivos o sea 1550, el 52.1% o 808 pertenecen al nivel secundario y no muy distantes de esta cifra vemos que el 47.9% o 742 cursan el nivel primario.

Del grupo de alumnos con puntajes medios que son 746 vemos que el 50.5% o 377 alumnos cursan el nivel secundario, así mismo vemos una cifra muy similar 49.5% o 369 en aquel grupo con puntajes medios para los síntomas referidos.

Del grupo con puntajes altos para síntomas depresivos notamos una leve diferencia en cuanto a distribución de casuística y así evidenciamos que el 43% o 235 alumnos cursan el nivel secundario y de modo similar notamos una cifra levemente más elevada siendo el 57% o 312 alumnos se concentra en el nivel primario.

En este sentido, después de notar que la casuística para depresión en sus tres puntajes es muy similar en ambos niveles escolares siendo más notorio el aumento en el grupo con puntajes altos en favor del nivel primario es que la séptima hipótesis planteada es rechazada.

TABLA N° 18.
SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA SEGÚN TIPO DE INSTITUCION Y REPITENCIA
EN ESTUDIANTES DE 7-15 AÑOS DE CENTROS EDUCATIVOS DE CAJAMARCA, 2013

TIPO DE INSTITUCION EDUCATIVA				NIVEL DE SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA			Total
				SINT. DEPR. BAJA	SINT. DEPR. MEDIA	SINT. DEPR. ALTA	
NACIONAL	HAS REPETIDO DE AÑO?	SI	Recuento	130	91	89	310
			%	11.5%	15.9%	21.0%	14.6%
		NO	Recuento	997	481	335	1813
			%	88.5%	84.1%	79.0%	85.4%
	Total		Recuento	1127	572	424	2123
			%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
PRIVADO	HAS REPETIDO DE AÑO?	SI	Recuento	16	6	5	27
			%	3.8%	3.4%	4.1%	3.8%
		NO	Recuento	407	168	118	693
			%	96.2%	96.6%	95.9%	96.2%
	Total		Recuento	423	174	123	720
			%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
Total	HAS REPETIDO DE AÑO?	SI	Recuento	146	97	94	337
			%	9.4%	13.0%	17.2%	11.9%
		NO	Recuento	1404	649	453	2506
			%	90.6%	87.0%	82.8%	88.1%
	Total		Recuento	1550	746	547	2843
			%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

$\chi^2 = 24.611$ $P = 0.000$ $ETA = 0.93$

H₈: Existe más presencia de sintomatología depresiva en estudiantes de 7 a 15 años de edad de 5 Centros Educativos del distrito de Cajamarca; que refieren haber repetido años académicos, 2013

En la presente tabla notamos de manera notoria que dentro del grupo de alumnos con puntajes bajos para síntomas depresivos el 9.4% o 146 refieren haber repetido al menos un año académico y el 90.6% o 1404 niegan esta posibilidad, ahora bien dentro del grupo de alumnos con puntajes medios para síntomas depresivos el 13% o 97 afirman haber repetido al menos un años académico el restante 87% o 649 lo niega. Del mismo modo notamos que el 17.2% o 94 alumnos pertenecientes al grupo de alumnos con puntajes altos afirman haber repetido al menos un año académico y la diferencia o sea 82.8% o 453 alumnos niega el problema en mención.

Además esta tabla una distribución de los casos de repitencia según el tipo de centro educativo es decir nacional o privado, en este sentido podemos apreciar que hay una mayoritaria cantidad de casos en los centros educativos nacionales en comparación con los privados es así que 310 casos se concentran en los centros educativos nacionales y 27 en los privados al mismo tiempo notamos que el mayor porcentaje de estos repitentes se acumula en el grupo con puntajes altos para depresión siendo este mismo patrón encontrado en ambos tipos de centros educativos.

En busca de si la octava hipótesis planteada es cierta, notamos que hay un total de 337 casos afirmativos de repitencia escolar en ambos tipos de instituciones, los que están distribuidos de la siguiente manera en función de los puntajes obtenidos en el test notando que de aquellos 1550 que constituyen el grupo con puntajes bajos el 9.4% o 146 refieren afirmativamente haber repetido al menos un año académico; del grupo con puntajes medios para síntomas depresivos los que son 746 alumnos notamos que el 13% o 97 refieren la repitencia mencionada. Y del grupo de alumnos con puntajes altos para síntomas depresivos notamos que el 17.2% o 94 también refiere haber repetido al menos un año académico. Siendo evidente que la repitencia es un factor asociado a estos síntomas.

Sin embargo al ser evidente que el porcentaje de alumnos repitentes es notoriamente menor en comparación con los que niegan esta repitencia damos por rechazada la octava hipótesis planteada.

6.2 Discusión

Después de generar una visión panorámica de este problema tanto a nivel del orbe (1), como en nuestro entorno más próximo (3) y comprender su implicancia futura tanto en el nivel económico como de discapacidad (2) para los afectados, iniciamos mencionando que de acuerdo a las investigaciones actuales, se refiere que la incidencia del este problema varia 8% y 10%(15), ahora bien de acuerdo a los resultados de este estudio podemos notar que la incidencia es de 19.2% si hablamos del grupo que obtuvo puntajes altos para el problema planteado, de 26.2% para el grupo con puntajes medios y 54.5% para el grupo con puntajes bajos. El comportamiento de estos datos podría estar indicándonos una alteración importante en el papel que venían jugando los distintos factores que influyen en este problema. El presente estudio limitado en cuanto a los mismos, no me permite identificar ni cuantificar dichos cambios por lo que constituiría un pendiente a tomar en cuenta en investigaciones futuras respecto al tema.

De acuerdo a los pocos estudios sobre depresión; en el rango etario abarcado en este estudio, en nuestro país se reportan datos de prevalencia algo dispares tal es así que de acuerdo a un estudio realizado en Ayacucho, Cajamarca y Huaraz se reporta que en adultos y adolescentes la prevalencia de este problema es 16,2% y 5.7% respectivamente (28), ahora bien podemos notar en el reporte de otro estudio realizado solo en Huancayo el 2004 datos muy dispares; respecto al estudio anterior, arrojados por el mismo instrumento usado en el presente estudio, el que es

34,5% cuya población de estudio tenía de 12 a 16 años (29), y de acuerdo a un estudio realizado en Cajamarca el 2003 podemos ver con preocupación que el 26,2% de los adolescentes ha presentado deseos suicidas alguna vez en su vida y el 2,2% ha intentado suicidarse en algún momento de su vida, y el grupo etario más afectado de acuerdo a este estudio es el de 15 a 17 años, ahora bien de acuerdo a los resultados del presente estudio podemos ver en primera instancia que el grupo etario con más incidencia de síntomas depresivos es el de 13 a 15 años con un 42.3%, seguido por el de 10 a 12 años con un 33.2% y por último el de 7 a 9 años con una incidencia de 24.4%.

Observado más, notamos que el grupo etario más afectado por la sintomatología depresiva con puntajes altos es el de 10 a 12 años, siendo el 43.3% de todos aquellos que presentan puntajes altos, el segundo grupo dentro de estos puntajes corresponde al de 13 a 15 años con un 31,6%; igualmente resaltante es el hallazgo que advierte que dentro de todos los participantes que tienen puntajes medios para este problema el 43.4% pertenece al grupo etario de 13 a 15 años y el 32,8% al de 10 a 12 años, en este sentido podemos ver que el grupo etario con menos frecuencia de este problema es el que corresponde al de 7 a 9 años. Además podemos apreciar que la relación entre la variable edad y depresión es altamente significativa por contar con un valor de $p=0.000$, lo que nos estaría indicando que esta relación no es producto del azar.

En cuanto al grado de asociación entre ambas variables podemos apreciar que la prueba estadística D de Somers nos muestra un valor de -0.055 lo que indica que hay una relación inversa “débil” entre la edad y el puntaje de depresión al que calificare de bajo dado que presenta un valor muy próximo al cero.

Esto podría deberse a la presencia de múltiples factores; no planteados en este estudio, actuando en cada grupo etéreo lo que estaría determinando la distribución de los hallazgos de la manera como se presentan en la tabla N° 11.

Por tal motivo no puedo afirmar que el grupo etario de 7 a 9 años constituye el de menor riesgo dado que presenta menor frecuencia de afectación del problema o por consiguiente que el grupo de 13 a 15 años sea el de mayor riesgo para padecer este problema, ya que para establecer ese nivel de asociación habría de realizarse un estudio exhaustivo de una gran gama de factores que podrían estar implicados en los hallazgos ya descritos.

En cuanto a la magnitud del problema planteado respecto del género, puedo mencionar que el último estudio epidemiológico realizado el 2003 en Cajamarca y dirigido por el instituto especializado de Salud mental “HONORIO DELGADO – HIDEYO NOGUCHI” arroja datos interesantes en los que podemos apreciar que la prevalencia de sentimientos como tristeza, angustia, tensión, irritabilidad, preocupación es más notorio en el género femenino que en el masculino; entendamos que estos sentimientos sin ser en sí mismos patológicos tienen repercusiones muy significativas en la calidad de vida de los adolescentes. Esta frecuencia oscila entre 8,2% - 19%. Así mismo tenemos que la prevalencia de depresión mayor en este grupo es de 4,4% (27). En otro estudio realizado en una población adolescente femenina se informa una prevalencia del 29,6% para esta población (17)

De acuerdo a los resultados obtenidos en este estudio podemos evidenciar que la frecuencia de este problema es bastante alta en el género masculino; cercano al doble, comparado con los calculados para el género femenino. Es así que vemos que la frecuencia para síntomas depresivos en puntajes altos es de 61.4%, el de puntajes medios es de 61,5% y el de puntajes bajos es de 68,2% el que contrasta notablemente con los obtenidos para el género femenino dentro de los mismos grupos siendo 38,6% dentro de los que obtienen puntajes altos, 38,5% dentro de los que obtienen puntajes medios, y 31,8% dentro de los que obtienen puntajes bajos.

A partir de ello podemos darnos cuenta que en la población estudiada la incidencia del problema en cuestión es predominantemente alta en el género masculino con una incidencia de 65.1%; este hallazgo puede responder en parte a un cambio en la magnitud de influencia de los distintos factores implicados en este problema, respecto del año 2003 que es cuando se obtuvieron los resultados que contrastan al actual; ahora, también a esto debo añadir que el instrumento usado actualmente es diferente. Todo esto es compatible con lo que postula MacCraken (1992) el que considera también que las cifras de prevalencia varían ampliamente según la población estudiada y los métodos utilizados (14).

En el Perú. al igual que en la mayoría de países, cumplir los 12 años significa el término de los estudios primarios y, en el mejor de los casos, el paso a los estudios secundarios; si bien, para muchos, es el paso a la incorporación temprana a las actividades de trabajo; así, por el "Código de los Niños y Adolescentes" (Ministerio de Justicia, 1993) reconoce la transición señalada, considerando dos sub-períodos: los "Niños" (0 a 11 años); y, los "Adolescentes" (12 a 18 años).

En este sentido se adopta dos sub clasificaciones para el periodo de la niñez la primera infancia que abarca de 0 a 5 años y la segunda infancia que abarca de 6 a 11 años entendiéndose que este último grupo al tener mejores habilidades para interaccionar con el mundo externo son usuarios del primer nivel educativo que en este caso correspondería al nivel primario.

Del mismo modo se debe mencionar que de los 11 a los 12 años hay una transición importante llamada pubertad el que está determinado por el inicio de los cambios tanto biológicos como psicológicos.

A partir de los 12 años se asume el inicio de la adolescencia dentro del cual se da una serie de cambios muy importantes como los físicos y psicológicos. En este periodo se termina definiéndose la identidad social como de género; aquí el sujeto es usuario del nivel educativo secundario.

Por la magnitud de los cambios que se enfrenta en esta etapa es que el autor planteó que estos adolescentes que cursan el nivel secundario están en mayor riesgo de presentar problemas depresivos, asumiéndose por lo tanto que el nivel secundario presentaría más incidencia de problemas depresivos. Ahora bien en la mayoría de estudios revisados para la elaboración del presente manuscrito se nota que los grupos poblacionales fueron tomados independientemente de si cursaban el nivel primario o secundario de tal manera que no cuento con una comparación avalada por un estudio de los niveles educativos en mención.

De acuerdo a los resultados obtenidos se ve que las incidencias en ambos niveles educativos es prácticamente igual (primaria: 50.1% secundaria: 49.9%) es decir la distribución del problema en los niveles educativos planteados es casi uniforme.

Ahora, de las tres categorías planteadas para la depresión el 57% del grupo que presenta puntajes altos cursan el nivel primario y el 43% restante el nivel secundario; del grupo con puntajes medios para este problema se nota casi una simetría perfecta siendo el 49.5% de este grupo que cursan el nivel primario y el 50.5% el nivel secundario así mismo se ve que del grupo con puntajes bajos el 47.9% pertenece al nivel primario y el 52,1% restante al nivel secundario.

Es notorio la diferencia dentro del grupo con puntajes altos esto podría responder en parte al hallazgo hecho por algunos autores en los cuales refieren que si se desarrolla un episodio depresivo mayor a temprana edad el riesgo de recaída es alto. Así mismo, el problema acompañara al afectado durante el resto de las etapas de su vida (50-52) del mismo modo refieren que a partir de la pubertad los niveles de vulnerabilidad se elevan, alcanzando los niveles máximos de incidencia (17,52-54). Y asumiendo que los púberes se encuentran aún en el nivel primario esto explicaría el hallazgo descrito.

Ahora viendo el nivel de relación que hay entre las variables nivel educativo y depresión notamos que es significativo dado que el $p=0.001$ así mismo analizando la prueba de hipótesis D de Somers (-0.063) vemos un valor negativo lo que nos estaría indicando una relación inversa y considerando el valor obtenido el cual es muy cercano al cero, me permite catalogar esta asociación como baja lo cual necesariamente respondería a la presencia y acción de otros factores y probablemente de mayor “peso” que el nivel educativo como variable influyendo en el desarrollo del problema en cuestión.

El fenómeno del crecimiento de la educación privada es reciente y obedece, sin duda, al aumento del poder adquisitivo de las familias peruanas.

De acuerdo al mismo ministerio se calcula que 2 500,000 estudiantes concurren a cerca de 25,000 instituciones privadas educativas a escala nacional. Entendiéndose que la diferencia, acuden a centros educativos nacionales debido a la creencia popular que afirma que la mejor educación es la que brinda los centros educativos privados. Por ello es que muchas familias peruanas con capacidad adquisitiva que pueda tolerar un gasto extra en educación apuestan por estos centros educativos. Sin embargo no es difícil reflexionar y notar que la gran mayoría de familias apuestan por la educación pública o simplemente no tienen más opción que mandar a sus hijos a ella.

Ahora bien si tomamos en consideración los datos de la ENAHO 2012 (103) podremos darnos cuenta que los niveles de pobreza han disminuidos notablemente en estas últimas décadas teniendo actualmente un 25.8% de la población afectada por la pobreza y cerca de 3 millones de personas en situación de extrema pobreza, en este entender cabe mencionar que Cajamarca está dentro de las diez regiones con mayor pobreza. Desde este punto de vista podemos inferir que este cambio preferencial hacia los centros educativos privados responde principalmente a la mejoría del estado económico en general, sin embargo también debemos mencionar que hay un porcentaje importante en situación de pobreza y extrema pobreza y cuyos hijos probablemente estudien en las escuelas públicas entendiéndose entonces que dichos niños están bajo efecto de más factores estresantes que aquellos niños que provienen de familias con mejor capacidad económica, por ende los niños de las escuelas públicas se asume empíricamente que presentarán más problemas depresivos.

En este sentido al ver los resultados obtenidos en este estudio los que nos muestran que de la totalidad de alumnos con puntajes altos para depresión el 77.5% estudia en un centro educativo pública y el restante 22.5% en un centro educativo privado, del mismo modo se evidencia que de todos los alumnos con puntajes medios para depresión el 76.7% estudia en un centro educativo público y el restante 23.3% en un centro privado. También notaremos que de todos los alumnos con puntajes bajos para este problema el 72.7% pertenece a un centro educativo público y su diferencia respectiva o sea 27.3% a un centro privado; ver tabla N° 12. Al ver esta tendencia es obvio que la mayor incidencia de casos se hallan en los centros educativos públicos (74.7%). Sin embargo también debo mencionar que estos valores tan notorios; descritos ya, probablemente también podrían haber sido influenciados por la población de estudio dado que de las cinco instituciones educativas 3 fueron centros educativos nacionales.

Si analizamos la relación existente entre las variables tipo de institución educativa y depresión notaremos (VER TABLA N° 12) que existe una relación estadísticamente significativa con un valor de $P=0.029$, así mismo el nivel de asociación entre ambas variables muestra un $ETA=0.048$ develando así una asociación baja.

Respecto al Bullying y su presencia durante el periodo escolar es necesario mencionar que al constituir un problema relativamente nuevo dado las pocas décadas de estudio ya sabemos lo suficiente como para afirmar que constituye un problema grave con tendencia al crecimiento según algunos países como el nuestro donde se reportan un 47% de incidencia (78), Estados Unidos con un 29.9%.

Ahora bien a la luz de algunos reportes (70,71) se sabe que las víctimas del “bullying” son más propensos a expresar ideas suicidas siendo homogéneo esta característica tanto en varones como mujeres, asimismo los resultados reportados por Brunstein (72) afirman el “bullying” en ausencia de depresión o ideas suicidas no garantiza ser un indicador de riesgo independiente para el suicidio. Sin embargo, experimentar “bullying” junto con depresión o ideas suicidas resultó ser indicativo en la concurrencia de mayores problemas mentales, y hace predecir un resultado peor cuatro años más tarde si la víctima solo exhibe depresión o ideas suicidas.

De acuerdo a los resultados obtenidos podemos ver que la incidencia de este problema en nuestros centros educativos es 11.2%. Ahora bien del total de participantes que tienen puntajes altos para sintomatología depresiva (547), el 76.8% es decir 420 afirman no ser objeto de bullying; sin embargo puedo ver con preocupación que un 23.2% es decir 127 alumnos afirman ser objeto de bullying. Del mismo modo se nota que de todos los alumnos con puntajes medios para este problema el 86.9% niega este maltrato y su 13.1% afirma que si es víctima de bullying. Además de aquellos que tienen puntajes bajos se nota que el 94.1% niega tener este problema y su 5.9% restante afirma que si lo tiene (VER TABLA N° 15).

Como es evidente la mayor proporción de víctimas de bullying se hallan dentro de aquel grupo con síntomas mayores para depresión, sin embargo dado la limitación del presente estudio no puedo afirmar que el bullying juega un rol decisivo para desencadenar el problema depresivo en niveles proporcionales al hallazgo pero tampoco se puede negar su influencia en estos niños y jóvenes dado que, ya está descrito en la literatura internacional.

Lo cual se corrobora en parte en este estudio.

Si analizamos la relación entre las variables bullying y depresión se deja notar que es significativo por tener un $P=0.000$ así como mostrar un $ETA = 0.21$ el que indica una asociación baja.

Respecto a la “presencia” de los progenitores en la familia, de acuerdo a los hallazgos podemos ver la mayor incidencia de sintomatología depresiva se presenta en las familias nucleares simples (biparentales) con un 70.6%. Además que, del total de alumnos con puntajes altos para depresión el 67.5% afirma vivir en una familiar nuclear simple el 27.8% restante dentro de una familia monoparental. Del mismo modo sorprende que de todos aquellos que obtuvieron puntajes medios el 65.8% afirman vivir en una familiar nuclear simple. Así como, el 30% en una familia monoparental. Ahora del grupo de alumnos que tiene puntajes bajos el 74% refiere pertenecer a una familia nuclear simple y el 23.1% a una de tipo monoparental (ver tabla N° 14). Notamos que el porcentaje de familias monoparentales es alta y a la luz de lo que múltiples estudios han reportado (86-88) que las discordias familiares generan problemas depresivos, de conducta en los niños así, como de baja autoestima. Del mismo modo refieren que los resultados negativos del divorcio generan incremento de ansiedad, depresión y mayor número de problemas escolares. En este mismo entender se sabe que la pérdida de un padre por muerte durante la infancia o adolescencia incrementa el riesgo de depresión futura (91). Lo mencionado puede en parte explicar la magnitud de los hallazgos.

Sin embargo también puede deberse a que de acuerdo al censo poblacional del 2007 (102) el 35% de las familias son de tipo nuclear simple y el 11.7% del tipo monoparental entre ambos son mayoritariamente superior a los otros tipos de familias,

Sabemos que la familia es un complejo dinámico el que está influenciado por distintos factores que actúan en distintas proporciones los cuales pueden ser desde el nivel económico, el nivel educativo de los padres, presencia de violencia familiar, violencia de género, etc. dado que el presente trabajo no se plantea determinar la interacción entre todas las variables posibles mas solo describir las características, es que no puedo afirmar que las familias nucleares simples constituyan en sí mismas un factor desencadenante del problema en cuestión.

Analizando la relación entre la variable tipo de familia (de la manera planteada) y depresión ha de notarse que el nivel de significancia de dicha relación es importante dado que muestra un $P=0.000$ y si analizamos la posible asociación de las variables mencionadas notamos que el índice $ETA = 0.072$ mostrando una asociación baja.

Respecto al trabajo infantojuvenil puedo referir que se evidencia una incidencia de 18%. De los hallazgos de este estudio notamos (VER TABLA N°16) que de todos aquellos participantes que puntuaron alto para depresión el 75.9% niega realizar trabajos con fines de apoyo a la economía familiar y el restante 24.1% refiere que sí.

Del mismo modo se deja notar que el 78% de los que tienen puntajes medios para este problema niega trabajar pero un importante 22% afirma hacerlo, de igual manera de aquellos participantes con puntajes bajos para este problema el 86.1% niega realizar trabajos con los fines descritos y el 13.9% refiere que sí.

Este comportamiento; de los datos, puede deberse a varias posibilidades ya descritas; entre ellas, está la mayor proporción de alumnos en este estudio (74%) estudian en escuelas públicas y considerando los datos del censo del 2007 donde se refiere que Cajamarca está dentro de las 10 regiones más pobres del país, pueden explicar en parte el por qué gran proporción de alumnos afirman trabajar con fines de brindar apoyo económico a sus familias.

De lo expuesto no puedo afirmar categóricamente que el trabajo infantojuvenil en sí mismo constituya un factor desencadenante de los problemas depresivos pero si afirmar que constituye un factor más entre los muchos que actúan sinérgicamente para generar este problema.

Del análisis de la relación entre la variable trabajo infantojuvenil y depresión se deja notar que la significancia de dicha relación es alta dado por un $P=0.000$ así mismo se aprecia que la asociación entre dichas variables es baja dado por un $ETA = 0.114$.

Sobre el fracaso escolar (ver tabla N° 18) notamos que hay una incidencia de 11.9% en la población en general, de los cuales la mayor frecuencia se reporta dentro de los centros educativos nacionales; de cuya población, el 14.6% refiere haber repetido al menos 1 año de estudios y del mismo modo se deja notar que de la población que estudia en centros educativos privados se reporta una frecuencia de 3.8% de fracaso escolar.

Ahora dentro del grupo de alumnos con puntajes bajos para síntomas depresivos el 9.4% refieren haber repetido al menos un año académico y el 90.6% niegan esta posibilidad, ahora bien dentro del grupo de alumnos con puntajes medios para síntomas depresivos el 13% afirman haber repetido al menos un años académico el restante 87% lo niega. Del mismo modo notamos que el 17.2% alumnos pertenecientes al grupo de alumnos con puntajes altos afirman haber repetido al menos un año académico y la diferencia o sea 82.8% alumnos niega el problema en mención.

Al mismo tiempo notamos que el mayor porcentaje de estos repitentes se acumula en el grupo con puntajes altos para depresión siendo este mismo patrón encontrado en ambos tipos de centros educativos.

La depresión puede ser causa y consecuencia de un deficiente rendimiento escolar según las circunstancias. Los estudios muestran que los niños deprimidos presentan dificultades para atender en clase, para ejecutar tareas de clase y presentan más muestras de fatiga y tristeza que sus compañeros no deprimidos. Por otra parte, los niños y adolescentes deprimidos informan de un descenso significativamente mayor que el de los niños no deprimidos.

Sin embargo, en otras investigaciones, como la desarrollada en Cartagena, no se encuentran asociaciones entre síntomas depresivos con importancia clínica y rendimiento académico, sin embargo se encontró, que el bajo desempeño escolar está asociado más con la autopercepción académica que con la presencia de síntomas depresivos (83). Al estar aún incierta la naturaleza del fracaso escolar respecto a si es causa o consecuencia de la depresión se requiere de estudios más detallados para determinar dicha naturaleza.

Con el presente hallazgo solo puedo referir que es notorio la mayor frecuencia de fracaso escolar a mayor nivel de depresión.

Analizando la relación existente entre las variables fracaso escolar y depresión se deja notar una relación altamente significativa dado por un $P=0.000$ y el nivel de asociación es importante al que calificare de alta por tener un índice $ETA = 0.93$

CONCLUSIONES

1. La incidencia de la sintomatología depresiva es:
 - Síntomas depresivos en puntajes bajos: 54.5%
 - Síntomas depresivos en puntajes medios: 26.2%
 - Síntomas depresivos en puntajes altos: 19.2%
2. El grupo etario con mayor incidencia de sintomatología depresiva es el de 13 – 15 años.
3. El género masculino presenta mayor incidencia de sintomatología depresiva siendo 65.1%
4. Los centros educativos nacionales presentan mayor incidencia de sintomatología depresiva, siendo 74.7%
5. Los niveles educativos Primaria y Secundaria no muestran una diferencia significativa en cuanto a incidencia del problema en estudio, mostrándose casi homogéneo la distribución de los casos en ellos.
6. El bullying si está presente en los centros educativos nacionales así como privados, así mismo constituye un factor que contribuye al desarrollo de los síntomas depresivos.
7. Las familias nucleares simples (biparentales) presentan una frecuencia de 70.6%; más del doble, que la frecuencia de síntomas depresivos en las familias monoparentales (25.8%).

8. La frecuencia estimada del trabajo infantojuvenil como factor de riesgo es del 18%

9. La frecuencia estimada del desarrollo académico inadecuado y grado de repitencia es del 11.9%

RECOMENDACIONES

Los resultados de este estudio tienen implicaciones, tanto en el aspecto epidemiológico como para la investigación. En este sentido, los datos indican la importancia de la dimensión de este problema, por lo tanto.

Se aconseja la inmediata identificación de los casos con mayor severidad de síntomas depresivos; en todas las instituciones educativas, para la planificación de una intervención profesional oportuna.

1. Se aconseja la implementación de un programa que realice periódicamente un screening sobre salud mental de nuestros educandos, de tal manera que los niños que están en vías de desarrollar este problema y los que ya lo manifiestan sean atendidos oportunamente.
2. Se aconseja realización de múltiples campañas estratégicas y agresivas para educar a la población sobre la importancia que tiene el bullying como factor que modula en la depresión de nuestros niños y jóvenes, así mismo concientizar a la población sobre la necesidad de acudir a los profesionales pertinentes cuando sospechen de este problema en sus hijos.
3. Se aconseja establecer lineamientos legales que garanticen que los centros educativos no tengan exceso de alumnos y de esta manera los docentes puedan centrar su apoyo en aquellos alumnos con dificultades en el desarrollo académico.
4. Finalmente se aconseja realizar un estudio más detallado sobre este problema así como identificar los factores que juegan los roles más importante en el desarrollo y cronicidad de este problema de salud, de esa manera programar intervenciones estratégicas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Organización Mundial de la Salud. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Informe sobre la salud en el mundo. Ginebra: WHO; 2001. Disponible en:http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf.
2. Campo-Arias A, Cassiani C A. Trastornos mentales más frecuentes: prevalencia y algunos factores sociodemográficos asociados. Revista Colombiana de Psiquiatría. 2008;37(4):598-613
3. Lopez AD, Murray CC. The global burden of disease, 1990-2020. Nat Med. 1998; 4(11):1241-243.
4. Alonso J, Ferrer M, Romera B, Vilagut G, Angermeyer M, Bernert S, et al. The European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMED/MHEDEA 2000) project: rationale and methods. Int J Methods Psychiatr Res. 2002; 11(2):55-67.
5. Sobocki P, Jönsson B, Angst J, Rehnberg C. Cost of depression in Europe. J Ment Health Policy Econ. 2006; 9(2):87-98.
6. Gomez-Maquet Y. Cognición, emoción y sintomatología depresiva en adolescentes escolarizados. Revista Latinoamericana de Psicología. 2007; 39 (3):435-47.

7. Fleitlich-Bilyk B, Goodman R. The prevalence of Child psychiatric disorders in South East Brazil. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2004; 43(5):727-34.
8. Anselmi L, Fleitlich-Bilyk B, Menezes A, Araújo C. Prevalence of psychiatric disorders in a Brazilian birth cohort of 11-year-olds. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2010; 45(1): 135-42.
9. Benjet C, Borges G, Medina-Mora M. et al. Youth mental health in a populous city of the developing world: results from the Mexican adolescent mental health survey. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2009; 50(44): 386-95.
10. de la Barra F, Toledo V, Rodríguez J. Estudio de salud mental en dos cohortes de niños escolares de Santiago Occidente. IV: desórdenes psiquiátricos, diagnóstico psicosocial y discapacidad. *Rev. Chil. Neuro-psiquiat*. 2004; 42 (4):259-72.
11. Viola L, Garrido G, Varela A. Características epidemiológicas de la salud mental de los niños montevideanos. *Rev. Psiquiatr. Urug*. 2008; 72(1):9-20.
12. Costello J, Mustillo S, Erkanli A, et al. Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood adolescence. *Arch Gen Psychiatry*. 2003; 60(1):837-44.

13. Copeland W, Shanahan L, Costello EJ, Angold A. Cumulative prevalence of psychiatric disorders by young adulthood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2011; 50(1):252-61.
14. MacCraken J T. The epidemiology of child and adolescent mood disorders. *Child Adolescent psychiatry clin North American*. 1992; 1(1):53-62.
15. Garrison Z F, Walter J Z, Cuffe SP, MacKenown RE, Addy CL, Jackson KL. Incidence of mayor depressive disorders and dysthymia in Young Adolescents. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1997; 36(4):458-465.
16. Doménech E, Polaino A. *Epidemiología de la depresión infantil*. Barcelona: Expaxs; 1990.
17. Del Barrio V. *El niño deprimido: causa, evaluación y tratamiento*. Barcelona: Ariel; 2007.
18. Herrera E, Losada L, Rojas LA. Estado del arte en la investigación sobre depresión infantil en Iberoamérica. En: Ponencia presentada en el XI Congreso Colombiano de Psicología. Colombia: 2004.
19. Gaviria A, Martínez P, Atheortúa F, Trujillo C. Prevalencia de la depresión en niños escolarizados, entre los 8 y 12 años, del municipio de la

- Ceja, Antioquia. En: Ponencia en el XII Congreso Colombiano de Psicología. Colombia: Medellín; 2006.
20. Mantilla LF, Sabalza L, Díaz LA, Campos A. Prevalencia de la sintomatología depresiva en niños y niñas escolares en Bucaramanga, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 2004; 33(2): 163-71.
21. Bandim JM, Sougey EB, Carvalho TF. Depressão em crianças: características demográficas e sintomatologia. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 1995; 44(1): 27-32.
22. Barbosa GA, Gaião AA. Notes in child psychopathology. João Pessoa. 2001: idea.
23. Curatolo E. Study of depressive symptomatology in school from seven to twelve years old. (Abstract). En: *Archives of Neuropsychiatry*, XVI Brazilian Congress of Neurology and Child Psychiatry; Brasil.
24. Cruvinel M, Boruchovitch M. Childhood depression, school performance and learning strategies in elementary school students. *Study in Psychology*. 2004; 9(3): 369-78.
25. Baptista CA, JH Golfeto. Prevalence of depression in schoolchildren 7-14 anos. *Revista Clínica of Psychiatry*. 2000; 27 (5): 253-55.

26. Hallak LRL. The estimated prevalence of depressive symptoms in school children Ribeirao Preto public. In: dissertation, graduate mental health department of neurology, psychiatry and medical psychology medical school University of Sao Ribeirão Preto, 2001.
27. Saavedra J. Situación de la salud mental en el Perú. [sede web] Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” 2013. disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/insmhdhn/index.htm>
28. Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”. Estudio Epidemiológico en Salud Mental en la Sierra Peruana 2003. Informe General. [Versión electrónica]. Anales de Salud Mental.2003; 19(1 y 2).
29. Salazar G. Prevalencia de depresión mayor en escolares de 12 a 16 años de edad en tres colegios de la ciudad de Huancayo [Trabajo de investigación]. Lima: Universidad Particular Cayetano Heredia – Perú; 2004.
30. Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”. Estudio epidemiológico de salud mental en Cajamarca 2003. Informe general. [Versión electrónica]. Serie: Monografías de investigación N° 10. 2005.
31. Jiménez, M. (1995). Depresión infantil: Aspectos clínicos. En Jiménez, M. (Coord.). *Psicopatología infantil* (pp. 89-108). Granada: Aljive.

32. Kaslow N, Croft S, Hatcher C. Depression and bipolar disorder in children and adolescents. En Netherton S, Holmes D, Walker C. *Child and adolescents psychological disorders*. New York: Oxford university press. 1999.
33. Freud A. The ego and the mechanisms of defence. London: Pub. by L. and Virginia Woolf at the Hogarth press, and the Institute of psycho-analysis. 1937.
34. Spitz RA, Wolf KM. Anaclitic depression: An enquiry into genesis of psyquiatry conditions in early childhood II. *Psychoanal Study Child*. 1946; 2(1): 313-42.
35. Bowlby J. The nature of the child's tie to his mother. *The International Journal of Psychoanalysis*. 1958; 39(1): 350-73.
36. Cytryn L, McKnew DH. Proposed classification of childhood depression. *Am J Psychiatry*. 1972; 129(2): 149-55.
37. Mitchell J, Varley C, McCauley E. Depression in children and adolescents. *Children's Health Care*. 1988; 16(4): 290-93.

38. Akiskal HS. Mood disorder and suicide in children and adolescents. In Kaplan HI, Sadock BJ. (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry*. 5ª ed. Baltimore: Williams and Wilkins. 1989.
39. Seligman ME. Niños optimistas: Cómo evitar la depresión en la infancia 1ª edición. Barcelona: Editorial Grijalgo; 1999.
40. Sterba S, Egger HL, Angold A. Diagnostic specificity and nonspecificity in the dimensions of preschool psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2007; 48(10): 1005-13.
41. Achenbach TM, Edelbrock CS. Psychopathology of childhood. *Annual Review of Psychology*. 1984; 35(2): 227-56.
42. del Barrio V. Depresión infantil. Concepto, evaluación y tratamiento. Barcelona: Ariel; 1997.
43. del Barrio V. Emociones infantiles. Evolución, evaluación y prevención. Madrid: Pirámide; 2002.
44. del Barrio V. Cómo evitar que tu hijo se deprima. Madrid: Síntesis. del Barrio V, Carrasco MA, Rodríguez MA, & Gordillo R. (2009). Prevención de la agresión en la infancia y la adolescencia. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*. 2007; 9(1): 101-07.

45. Martini DR, Strayhorn JM, Puig-Antich J. A symptom self-report measure for preschool children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1990; 29(4): 594-600.
46. Oldehinkel AJ, Veenstra R, Ormel J, de Winter AF, Verhulst FC. Temperament, parenting, and depressive symptoms in a population sample of preadolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2006; 47(7): 684-95.
47. Mill J, Kiss E, Baji I, Kapornai K, Daroczy G, Vetro A, et al. Association study of the estrogen receptor alpha gene (ESR1) and childhood-onset mood disorders. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet*. 2008; 147(7): 1323-326.
48. Moreno C, del Barrio V, Mestre V. Acontecimientos vitales y depresión en adolescentes. *IberPsicología*. 1996; 1(2) 1-10.
49. Huprich SK. Depressive personality disorder: Theoretical issues, clinical findings, and future research questions. *Clinical Psychology Review*. 1998; 18(5): 477-500.
50. Agudelo D, Spielberger CD, Buela-Casal G. La depresión: Un trastorno dimensional o categorial?. *Salud Mental*. 2007; 30(3): 20-28.

51. Kovacs M, Paulaukas SL. Developmental stage and the expression of depressive disorders in children: An empirical analysis. *New Directions for Child Development*. 1984; 26(1): 59-80.
52. Kovacs M, Paulauskas S, Gatsonis C, Richards C. Depressive disorders in childhood: III. A longitudinal study of comorbidity with and risk for conduct disorders. *Journal of Affective Disorders*. 1988; 15(3): 205-217.
53. Angold A, Costello E, Erkanli A. Comorbidity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 1999; 40(1): 57-87.
54. Pössel P, Baldus C, Horn AB, Groen G, Hautzinger M. Influence of general self-efficacy on the effects of a school-based universal primary prevention program of depressive symptoms in adolescents: a randomized and controlled follow-up study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2005; 46(9): 982-94.
55. Dunn V, Goodyer IM. Longitudinal investigation into childhood- and adolescence-onset depression: psychiatric outcome in early adulthood. *Br J Psychiatry*. 2006; 188(1); 216-22.
56. Rowe R, Maughan B, Eley TC. Links between antisocial behavior and depressed mood: The role of life events and attributional style. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2006; 34(3): 293-302.

57. Bragado C, Bersabé R, Carrasco I. Factores de riesgo para los trastornos conductuales, de ansiedad, depresivos y de eliminación en niños y adolescentes. *Psicothema*. 1999; 11(4): 939-56.
58. Aláez M, Martínez-Arias R, Rodríguez-Sutil C. Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género. *Psicothema*. 2000; 12(4), 525-32.
59. Costello EJ, Erkanli A, Angold A. Is there an epidemic of child or adolescent depression? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2006; 47(12): 1263-171.
60. Tully EC, Iacono WG, McGue M. An adoption study of parental depression as an environmental liability for adolescent depression and childhood disruptive disorders. *Am J Psychiatry*. 2008; 165(9): 1148-154.
61. Leibenluft E, Cohen P, Gorrindo T, Brook JS, Pine DS. Chronic versus episodic irritability in youth: a community-based, longitudinal study of clinical and diagnostic associations. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2006; 16(4): 456-66.
62. Oñate A, Piñuel I. Informe Cisneros VII: “Violencia y acoso escolar en alumnos de Primaria, ESO y Bachiller”. Instituto de Innovación educativa y Desarrollo directivo. Madrid. 2005.

63. Vessey, J.A. (2006) "...Of sticks and stones:" recognizing and helping kids at psychosocial risk from teasing and bullying. Program and abstracts of The National Association of Pediatric Nurse Practitioners (Napnap), 27th Annual Conference; Washington, D.C.
64. Cabezas et al. Detección de conductas agresivas. "Bullying" en escolares de sexto a octavo año, en una muestra costarricense. San José, Costa Rica. Educación: Revista de la Universidad de Costa Rica. 2007; 31(1): 123-33.
65. Brunstein et al. The Association of Suicide and Bullying in Childhood to Young Adulthood: A Review of Cross-Sectional and Longitudinal Research Findings Can J Psychiatry. 2010; 55(5): 282–88.
66. Cabezas H. Los niños rompen el silencio. Estudio exploratorio de conductas agresivas en la escuela costarricense. Educación: Revista de la Universidad de Costa Rica. 2011; 35 (1), 1-21.
67. Cabezas PH, Monge JI. Maltrato entre iguales en la escuela costarricense. *Revista Educación*. 2007; 31(1): 135-44
68. Alikasifoglu M, Erginoz E, Ercan O, Uysal O, Kaymak DA, Iiter O. Violent behavior among Turkish high school students and correlates of physical fighting. *European Journal of Public Health*. 2004; 14(2): 173-77.

69. Kim YS, Koh YJ, Leventhal B. School bullying and suicidal risk in Korean middle school students. *Pediatric*. 2005; 115(2): 357–363.
70. Skapinakis P, Bellos S, Gkatsa T, Magklara K, Lewis G, Araya Ricardo, et al. The association between bullying and early stages of suicidal ideation in late adolescents in Greece. *BMC Psychiatry*. 2011; 11: 22.
71. Hepburn L, Azrael D, Molnar B, Miller M. Bullying and Suicidal Behaviors Among Urban High School Youth. *J Adolesc Health*. 2012;51(1):93-5.
72. Klomek AB, Kleinman M, Altschuler E, Marrocco F, Amakawa L, Gould MS. High School Bullying as a Risk for Later Depression and Suicidality. *Suicide Life Threat Behav*. 2011; 41(5):501-16.
73. Owusu A, Hart P, Oliver B, Kang M. The association between bullying and psychological health among senior high school students in Ghana, West Africa. *J Sch Health*. 2011; 81(5): 231-238.
74. Miguel Oliveros D, Luzmila Figueroa A, Guido Mayorga R, Bernardo Cano U, Yolanda Quispe A, Armando Barrientos A. Violencia escolar (bullying) en colegios estatales de primaria en el Perú. *Rev. peru. pediatr*. 2008; 61 (4).
75. Arseneault L; Walsh E; Trzesniewski K; Newcombe R; Caspi R; Moffitt TE. Bullying Victimization Uniquely Contributes to Adjustment Problems in

Young Children: A Nationally Representative Cohort Study. *Pediatrics*. 2006; 118(1): 130 – 38.

76. Cardemil EV, Reivich KJ, Beevers CG, Seligman ME, James J. The prevention of depressive symptoms in low-income, minority children: two-year follow-up. *Behav Res Ther*. 2007; 45(2): 313-27.
77. Méndez FX. El niño que no sonríe: estrategias para superar la tristeza y la depresión infantil. Madrid: Pirámide; 2007.
78. Sheeber LB, Davis B, Leve C, Hops H, Tildesley E. Adolescents' relationships with their mothers and fathers: Associations with depressive disorder and subdiagnostic symptomatology. *Journal of Abnormal Psychology*. 2007; 116(1): 144-54.
79. Sattler J. Evaluación Infantil: Aplicaciones Cognitivas. México: Editorial el Manual Moderno; 2003.
80. Portellano JA. Fracaso escolar. Diagnóstico e intervención. Una perspectiva neuropsicológica. Madrid: Ciencias de la Educación Preescolar y Especial; 1989.
81. Campo A, González S, Sánchez Z, Rodríguez D, Dallos D, Díaz L. Percepción de rendimiento académico y síntomas depresivos en estudiantes de media vocacional de Bucaramanga. *Archivos de pediatría del Uruguay*. 2005; 76(1): 21-6.

82. Vinaccia S, Gaviria A, Atehortúa L, Martínez P, Trujillo C, Quiceno J. Prevalencia de depresión en niños escolarizados entre 8 y 12 años del oriente antioqueño a partir del “child depression inventory”. *Revista diversitas*. 2006; 2(2): 217-27.
83. Campo-Arias A, Cogollo Z. Asociación entre síntomas depresivos con importancia clínica y rendimiento académico en estudiantes de Cartagena, Colombia. *Revista ciencia y salud*. 2007; 5(1): 33-39.
84. Moreno J, Escobar A, Vera A, Calderon T, Villamizar L. Asociación entre depresión y rendimiento académico en un grupo de niños de la localidad de Usaqué. *Psychologia*. 2009; 3(1): 131-56.
85. Del Barrio V. Entorno familiar y depresión infantil. *Psicología Clínica Cuestiones actuales*. Madrid: Piramide; 1988.
86. Emery RE. Interparental conflict and the children of discord and divorce. *Psychological Bulletin*. 1982; 92(1): 310-30.
87. McDermott JF. Divorce and its psychiatric sequelae in children. *Archives of General Psychiatry*. 1970; 23(1): 421-27.
88. Musitu G, Romhn JM, Gracia E. Familia y educación. Prácticas educativas de los padres y socialización de los hijos. Barcelona: Labor; 1988.

89. Coopersmith S. The antecedents of self-esteem. San Francisco: Freeman; 1967.
90. Gwynn CA, Brantley HT. Effects of a divorce group intervention for elementary school children. *Psychology in the Schools*. 1987; 24(1): 161-64.
91. Lloy C. Life events and depressive disorder revisited. Events as predisposing factors. *Archives of General Psychiatry*. 1980;37(1): 529-35.
92. Crook T, Elliot J. Parental death during childhood and adult depression: a critical review of the literature. *Psychological Bulletin*. 1999; 87(1): 252-59.
93. Halstrom T. The relationships of childhood socio-demographic factors and early parental to major depression in adult life. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1987; 75(1): 212-16.
94. Hofmann R, Zippco D. Effects of divorce upon school self-esteem and achievement of 10, 11 and 12 year-old children. *Perceptual and Motor Skills*. 1986; 2(1): 297-398.
95. Van Eerdewegh MM, Bieri MD, Parilla RH, Clayton PJ. The bereaved child. *British Journal of Psychiatry*. 1982; 140(1): 23-29.

96. Wallerstein SJ, Kelly JB. The effects of divorce parental. Journal of the American Academy of Child Psychiatry. 1975; 14(1); 600-16.
97. Mussen PH, Conger JJ, Kagan J. Child development and personality. Mexico: Harper & Row; 1974.
98. Buceta JM, Garcia E, Parron P. Influencia de la situación familiar de los padres en el rendimiento escolar y la inteligencia de sus hijos: estudio experimental con niños de ocho años. Revista de Psicología General y Aplicada. 1986; 37(1): 549-56.
99. Brenner A. Los traumas infantiles. Barcelona: Planeta, 1987.
100. Baskett LM. Ordinal position differences in children's family interactions. Developmental Psychology. 1984; 20(1): 1026-1031.
101. Dunn J, Kendrick C. Interaction between young siblings in the context of family relationships. En Lewis M, Rosenblum L (Eds.). The child and its family. New York: Plenum Press; 1979.
102. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Peru: tipos y ciclos de vida de los hogares. 2ed. Lima: 2012.
103. Instituto Nacional De Estadísticas Y Censos. Encuesta Nacional De Hogares Julio 2012.

104. Meléndez & Sarmiento. Informe Nacional sobre feminicidio en Perú. Lima;

CLADEM,

2007.

Fuente:

http://lib.ohchr.org/HRBodies/UPR/Documents/Session2/PE/CLADEM_PE

[R UPR S2 2008anx Porcentaje20](#)

105. Ramirez RJ. Adaptación del inventario de depresión infantil de kovacsEn

escolares de la ciudad de Cajamarca. [Tesis de Pregrado].Lima, Perú:

Pontificia Universidad Católica Del Perú, 2009

ANEXOS

ANEXO 1. . ENCUESTA CDI

ENCUESTA - CDI

INSTRUCCIONES

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

No hay respuestas correctas o incorrectas. Únicamente señala la frase que describa mejor **CÓMO TE HAS SENTIDO** últimamente. Pon una equis (x) en el círculo que hay junto a tu respuesta.

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

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

PASA A LA PÁGINA SIGUIENTE.

DATOS GENERALES

EDAD:	SEXO: M () F ()
FECHA DE NACIMIENTO:	DIRECCION DE LA CASA:
ACTUALMENTE VIVES CON: TU PAPA () TU MAMA () AMBOS () OTROS ()	
COLEGIO:	AÑO DE ESTUDIOS:
1. HAS REPETIDO AÑOS DE ESTUDIO: SI () NO ()	TE GUSTA ASISTIR A LA ESCUELA: SI () NO ()
2. CUANTOS:	
TE MALTRATAN FISICAMENTE O SICOLOGICAMENTE EN TU ESCUELA: SI () NO ()	
TRABAJAS PARA AYUDAR A TUS PADRES: SI () NO ()	

ITEMS	ALTERNATIVAS		
	A	B	C
1	De vez en cuando estoy triste.	Muchas veces estoy triste.	Siempre estoy triste.
2	Nunca me va a salir nada bien.	No estoy muy seguro de si las cosas me van a salir bien.	Las cosas me van a salir bien
3	La mayoría de las cosas las hago bien.	Muchas cosas las hago mal.	Todo lo hago mal.
4	Muchas cosas me divierten.	Algunas cosas me divierten.	Nada me divierte.
5	Siempre soy malo o mala.	Muchas veces soy malo o mala.	Algunas veces soy malo o mala.
6	A veces pienso que me puedan pasar cosas malas.	Me preocupa que pasen cosas malas.	Estoy seguro de que me pasarán cosas muy malas.
7	Me odio.	No me gusta como soy.	Me gusta como soy.
8	Todas las cosas malas son por mi culpa.	Muchas cosas malas son por mi culpa.	Generalmente no tengo la culpa de que pasen cosas malas.
9	No pienso en matarme.	Pienso en matarme pero no lo haría.	Quiero matarme.

10	Todos los días tengo ganas de llorar.	Muchos días tengo ganas de llorar.	De vez en cuando tengo ganas de llorar.
11	Siempre me preocupan las cosas.	Muchas veces me preocupan las cosas.	De vez en cuando me preocupan las cosas.
12	Me gusta estar con la gente.	Muchas veces no me gusta estar con la gente.	Nunca me gusta estar con la gente.
13	No puedo decidirme.	Me cuesta decidirme	Me decido fácilmente.
14	Soy simpático o simpática.	Hay algunas cosas de mi apariencia que no me gustan.	Soy feo o fea.
15	Siempre me cuesta hacer las tareas.	Muchas veces me cuesta hacer las tareas.	No me cuesta hacer las tareas.
16	Todas las noches me cuesta dormir.	Muchas veces me cuesta dormir.	Duelmo muy bien.
17	De vez en cuando estoy cansado o cansada.	Muchos días estoy cansado o cansada.	Siempre estoy cansado o cansada.
18	La mayoría de los días no tengo ganas de comer.	Muchos días no tengo ganas de comer.	Como muy bien.
19	No me preocupan el dolor ni la enfermedad.	Muchas veces me preocupan el dolor y la enfermedad	Siempre me preocupan el dolor y la enfermedad.
20	Nunca me siento solo o sola.	Muchas veces me siento solo o sola.	Siempre me siento solo o sola.
21	Nunca me divierto en el colegio.	Sólo a veces me divierto en el colegio.	Muchas veces me divierto en el colegio.
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 los cursos 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.	Muchas veces me peleo	Siempre me peleo.