

UNIVERSIDAD DEL BÍO-BÍO/ FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DE LOS ALIMENTOS/
ESCUELA DE ENFERMERÍA



**FACTORES RELACIONADOS A LA
SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN ESCOLARES
DE 9 A 12 AÑOS DE ESTABLECIMIENTOS
EDUCACIONALES DE CHILLÁN, 2016**

Autores: ARANEDA SAN MARTÍN DÉBORA
FLORES CASTILLA SOFÍA
INOSTROZA SALAZAR VIVIANA
VILDÓSOLA CONTRERAS PAULINA

Profesor guía: AURORA HENRÍQUEZ MELGAREJO
MG. EN SALUD PÚBLICA

**TESIS PARA OPTAR AL GRADO
DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

2016

AGRADECIMIENTOS

Extendemos nuestros sinceros agradecimientos a:

Nuestra profesora guía, Señora Aurora Henríquez Melgarejo, por su constante apoyo y consejos durante este proceso.

A Don Miguel Ángel López E. por su disposición y orientación en el desarrollo de esta investigación.

Al Director de la Escuela Ramón Vinay S., Don Jezer Sepúlveda Domínguez, por su disposición inmediata para el desarrollo de nuestro trabajo en su establecimiento, al cuerpo docente, a Don Miguel Ángel Carrasco, por facilitar toda la información solicitada para llevar a cabo este estudio y a la Señora Lina, por su tiempo y amabilidad.

A la Directora del Colegio Alturas, Señora Alejandra Villagra Muñoz, por otorgarnos la autorización para realizar nuestra tesis en el establecimiento, a la Señora Ada, por su ayuda y gentileza y al cuerpo docente.

“Mira que te mando que te esfuerces y seas valiente; no temas ni desmayes, porque Jehová tu Dios estará contigo en dondequiera que vayas.”

DEDICATORIAS

Agradezco profundamente a Dios por su infinito Amor hacia mí, por ayudarme a llegar hasta esta etapa de mi vida y por ser mi Roca Firme en todo momento. A mis Padres, mi Mamita y mis Hermanos, por su inmenso Amor entregado a diario, por mantenerme siempre en sus oraciones y por su apoyo incondicional para seguir adelante en este proceso. A mi Novio, por demostrarme su gran amor y paciencia, por acompañarme en todo momento a pesar de la distancia, por alentarme a seguir adelante y creer en mí. A la familia de mi Novio, que siempre estuvo pendiente de mis avances, dándome apoyo para continuar hasta el final de mi carrera. A mis amigos, que siempre me daban palabras de ánimo cuando pensaba que ya no podía más. A mis compañeras de Tesis, por compartir experiencias, anécdotas y risas, haciendo este trabajo más llevadero y posible de realizar.

Débora Araneda San Martín

Dedico esta tesis, en primer lugar a mi familia, a mis amigas y compañeras de equipo, y a todos quienes de una manera u otra colaboraron y brindaron su apoyo para llevar a cabo este proceso. Este nuevo logro es en gran parte gracias a ustedes; he concluido con éxito un proyecto que parecía ser interminable. No podría sentirme más feliz con la confianza puesta sobre mi persona. Gracias Infinitas

Sofía Flores Castilla

Dedico esta tesis, en primer lugar, a mis abuelos Luis y Cristina por creer en mí y acompañarme siempre; aunque ya no sea físicamente, también a mi familia en general por su apoyo incondicional y finalmente a mis compañeras de tesis por dar lo mejor de sí mismas en la realización de esta investigación.

Viviana Inostroza Salazar

En primer lugar a mi familia por creer en mí y por su apoyo incondicional a través de toda mi vida, y a todos quienes me han acompañado en este proceso; entregando palabras de ánimo y motivándome a ser cada día mejor, también a mis amigas y compañeras de tesis, ya que, sin su cooperación y trabajo en equipo, este proyecto habría sido más difícil de llevar a cabo.

Paulina Vildósola Contreras

RESUMEN

Introducción: La depresión es un problema de salud a nivel mundial, siendo la segunda causa de enfermedad en la población de 15 a 44 años de edad. Un diagnóstico que se realiza de forma pertinente, puede evitar que la depresión en un futuro sea acompañada de cronicidad y suicidio. **Objetivo:** Determinar la relación de los factores sociodemográficos y rendimiento académico con la presencia de sintomatología depresiva en escolares de 9 a 12 años de establecimientos educacionales; una Escuela Municipal y un Colegio Particular subvencionado, de Chillán. **Materiales y Métodos:** La investigación fue de tipo Correlacional, de corte transversal con una muestra de 104 escolares. Se utilizó el Cuestionario de Depresión Infantil (CDI) de Kovacs (1992); versión adaptada, y un Cuestionario de antecedentes sociodemográficos y académicos. **Resultados:** 14,4% de sintomatología depresiva en la muestra total; predominó en el establecimiento Municipal (73,3%), en la edad de 11 años (36,3%), en mujeres (54,5%), en escolares con un ingreso económico entre el quintil 1 y 2 (63,6%) y con rendimiento académico medio (72,7%). El 26,7% de la muestra con síntomas depresivos, perteneció al establecimiento Particular subvencionado, siendo mayor en escolares de 12 años (50,0%), con igualdad entre mujeres y hombres (50,0% cada sexo), pertenecientes al quintil 5 (50,0%) y con rendimiento académico entre medio y alto (100,0%). **Conclusión:** A pesar de las prevalencias encontradas, los factores sociodemográficos y de rendimiento académico no inciden en la aparición de síntomas depresivos, pues no se encontró una relación estadísticamente significativa con ninguna de las variables estudiadas.

Palabras clave: Sintomatología depresiva, escolares, establecimiento educacional.

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN	1
1.1 ANTECEDENTES INTRODUCTORIOS DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	1
1.2 FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA.....	2
1.2.1 IMPORTANCIA PARA LA PROFESIÓN	4
1.3 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	5
1.4 PROBLEMATIZACIÓN	5
1.5 MARCO TEÓRICO	5
1.6 MARCO EMPÍRICO	15
1.7 PROPÓSITO DE LA INVESTIGACIÓN	20
1.8 OBJETIVOS	21
1.8.1 OBJETIVO GENERAL	21
1.8.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	21
1.9 HIPÓTESIS	22
II. MÉTODOS.....	23
2.1 TIPO DE DISEÑO	23
2.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO.....	23
2.3 MUESTRA.....	23
2.4 UNIDAD DE ANÁLISIS	23
2.5 CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD.....	24
2.5.1 INCLUSIÓN	24
2.5.2 EXCLUSIÓN	24
2.6 LISTADO DE VARIABLES.....	24

2.6.1 VARIABLE DEPENDIENTE	24
2.6.2 VARIABLES INDEPENDIENTES (Anexo 2)	25
2.7 DESCRIPCIÓN INSTRUMENTO RECOLECTOR	25
2.7.1 CUESTIONARIO DE ANTECEDENTES DEL ESCOLAR	25
2.7.2 CUESTIONARIO DEPRESIÓN INFANTIL (CDI).....	26
2.8 PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS	26
2.9 ASPECTOS ÉTICOS	27
2.10 PROCESAMIENTO DE LOS DATOS	28
III. RESULTADOS	29
IV. DISCUSIÓN	35
4.1 LIMITACIONES	38
4.2 SUGERENCIAS	39
4.3 CONCLUSIONES	39
V. BIBLIOGRAFÍA.....	42
VI. ANEXOS.....	51
ANEXO 1. FÓRMULA UTILIZADA PARA EL CÁLCULO MUESTRAL	51
ANEXO 2. DEFINICIÓN NOMINAL Y OPERACIONAL DE VARIABLES.....	52
ANEXO 3. CUESTIONARIO DE ANTECEDENTES DEL ESCOLAR	54
ANEXO 4. CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN INFANTIL	56
ANEXO 5. CARTAS FORMALES DIRECCIÓN DE ESCUELA.....	62
ANEXO 6. CARTAS DE AUTORIZACIÓN DE LOS ESTABLECIMIENTOS EDUCACIONALES ...	66
ANEXO 7. CONSENTIMIENTO INFORMADO	68

I. INTRODUCCIÓN

1.1 ANTECEDENTES INTRODUCTORIOS DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

En base a datos internacionales y nacionales, se estima que la prevalencia de trastornos psiquiátricos alcanza desde un 15% hasta un 30% en menores de 18 años (1). En cuanto a prevalencia mundial, la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2011, afirma que la depresión es la principal causa psiquiátrica de discapacidad, la segunda causa de enfermedad entre la población de 15 a 44 años de edad para ambos sexos y estimó que para el año 2020 la depresión grave podría ocupar el segundo lugar en morbilidad, logrando una proporción de carga mundial de morbilidad un 15% mayor a la actual (2). También afirma que la falta de atención en Salud Mental adecuada a edades tempranas trae consigo consecuencias a largo plazo. Tanto en los países desarrollados como los países en vías de desarrollo hay una carencia de políticas adecuadas y eficientes (3, 4, 5).

Respecto a la sintomatología depresiva de la población infantil, en España existe un estudio que indica una prevalencia entre el 7 y el 15%. En Colombia, según el Estudio Nacional de Salud Mental del Adolescente, la prevalencia es de 5%. En niños del oriente antioqueño un 25,2% y de 13,5% en un estudio de propiedades psicométricas del Cuestionario de depresión infantil (CDI) en niños de 9 a 11 años en Medellín (6, 7). Entre escolares de 6 a 11 años de edad se han descrito frecuencias del trastorno de 9,8% en niñas y 4,2% en niños (8). Además, según la Encuesta Mundial de Salud Escolar en Chile, en el apartado de Salud Mental, se expone la prevalencia del hecho de sentirse solo durante los últimos 12 meses, donde existen datos según región y sexo que son los siguientes: I región (niñas: 20,6%; niños: 7,9%), V región (niñas: 17,5%; niños: 8,9%), R.M. (niñas: 25,2%; niños: 9,9%) y VIII (niñas: 20,5%; niños: 9,0%). Alrededor del 30% de los estudiantes de ambos sexos, de estas cuatro regiones, refirió la presencia de síntomas depresivos (9).

El objetivo general del estudio es identificar la relación de los factores sociodemográficos y rendimiento académico con la presencia de sintomatología depresiva en escolares de 9 a 12 años de establecimientos educacionales de la ciudad de Chillán.

1.2 FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA

Se señala que el inicio de la sintomatología menos severa se observa principalmente hacia los 7 y los 8 años de edad, mientras que el comienzo de los trastornos depresivos mayores suele producirse entre los 11 y 12 años, por lo tanto, es fundamental la detección precoz de la sintomatología para así prevenir la depresión mayor tanto a corto como a largo plazo en la etapa adolescente y la depresión en edad adulta (10). A su vez, el estudio de Najman, que trata sobre los problemas de salud mental detectados en la primera infancia, indica que un diagnóstico que no se realiza de forma pertinente, puede causar en un futuro que la depresión sea acompañada de cronicidad y suicidio (11). Un estudio acerca de comorbilidad entre factores de ansiedad y sintomatología depresiva en niños y otro que trata de prevalencia de síntomas depresivos en Alemania, afirman que la sintomatología depresiva, en este grupo de edades, tiene una presentación atípica, muchas veces con una baja exteriorización de las manifestaciones, lo que hace que el identificar la sintomatología sea una tarea compleja (12, 13). Para ello toma importancia el contexto escolar, que es el entorno que alberga a los niños la mayor parte de horas del día y es en donde existen más oportunidades de observar manifestaciones que en otros contextos en los que se desenvuelven (14).

Dentro del contexto escolar, el rendimiento académico es relevante, pues se expone que la depresión influye en malos resultados académicos como se ha visto en otro estudio en donde se relacionan factores socioemocionales con el funcionamiento en la escuela (15). Por otra parte, se apunta a una relación inversa, en donde el mal desempeño es considerado un gatillante de sintomatología depresiva, también se afirma que el

desempeño académico pobre alimenta el autoconcepto negativo que el niño va forjándose como estudiante a lo largo de sus años escolares (16). Además, se asevera que el riesgo de depresión es acumulativo, puesto que los fracasos escolares del estudiante contribuyen a incrementar aún más su percepción de falta de competencia (17), es más, investigaciones concluyen que el autoconcepto académico es identificado como factor predictor de rendimiento académico (18).

El sexo también tiene influencia en la presencia de sintomatología depresiva. En algunos estudios, al analizar esta variable, en el caso de los niños, se presentan niveles de prevalencia más altos de depresión entre las edades de 8 a 10 años (19), sin embargo, al alcanzar la edad de 11 a 12 años, esta relación cambia, siendo mayor la prevalencia en niñas (20). Se destaca que a edades cercanas a la etapa de la adolescencia toman mayor relevancia los cambios relacionados con apariencia física, aparición de las características sexuales secundarias, aprendizaje de competencias sociales y emocionales. Si bien se evidencia una diferencia en la prevalencia por sexos en cuanto a depresión, hay estudios que no refieren una relación significativa entre niñas y niños específicamente, por esta razón se considera que la información no es suficiente para afirmar que el sexo es determinante para la realización de un análisis que permita establecer diferencias concretas en cuanto a esta variable y por lo cual es importante investigar cómo ésta se relaciona realmente con la presencia de sintomatología depresiva (19, 20).

Se han encontrado estudios que relacionan el nivel socioeconómico de los escolares con la presencia de sintomatología depresiva, entre los cuales se evidencia que hay una mayor prevalencia de síntomas en niños y niñas de nivel socioeconómico bajo (21). También se señala que, en general, el bajo nivel socioeconómico se asocia a un mayor número de eventos vitales negativos, que incrementan la posibilidad de cualquier trastorno mental, entre éstos, los depresivos (22). Por otra parte, un estudio que explica la relación entre la pobreza de las familias y los síntomas depresivos de la infancia, reveló que el ingreso familiar fue asociado significativamente a sintomatología depresiva, en el cual los niños

pertenecientes a grupos de ingresos más bajo informaron una mayor cantidad de síntomas, en comparación con una cantidad levemente inferior de sintomatología en el grupo de ingresos medios y la menor cantidad de síntomas depresivos se presentó en el grupo de ingresos más alto (23).

1.2.1 IMPORTANCIA PARA LA PROFESIÓN

La OMS asegura que está demostrado que los programas de prevención reducen la depresión. Entre las estrategias comunitarias eficaces para prevenirla se encuentran los programas escolares de prevención del maltrato infantil o los programas para mejorar las aptitudes cognitivas, sociales y de resolución de problemas de los niños y adolescentes. La importancia que tiene para la profesión el estudiar los factores que influyen en la aparición de sintomatología depresiva en escolares, radica principalmente en desarrollar dichas estrategias y herramientas que nos permitan una detección precoz de estos síntomas para así intervenir tempranamente en los factores de riesgo y en los factores protectores como así en el diagnóstico oportuno de la depresión. A raíz de esto es que se hace necesario profundizar sobre lo anteriormente expuesto con el objeto de encontrar variables asociadas a la presencia de sintomatología depresiva que permitan orientar hacia la identificación de factores de riesgo para ésta y de este modo, realizar una promoción y prevención temprana, específicamente al rango etario comprendido entre los 9 y 12 años, todo bajo un sustento científico que avale futuros cambios en programas de Salud enfocados en este grupo de edad y lo que es más importante, entregar sustento al criterio profesional al momento de valorar al paciente de forma integral en cualquiera de los niveles de Atención de Salud.

1.3 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son los factores relacionados a la sintomatología depresiva en escolares de 9 a 12 años de establecimientos educacionales de la ciudad de Chillán?

1.4 PROBLEMATIZACIÓN

1. ¿Cuál es la distribución en cuanto a edad, sexo, ingreso económico y rendimiento académico de los participantes del estudio?
2. ¿Existe relación entre la variable edad con la sintomatología depresiva en los participantes del estudio?
3. ¿Existe relación entre la variable sexo con la sintomatología depresiva en los participantes del estudio?
4. ¿Existe relación entre la variable ingreso económico con la sintomatología depresiva en los participantes del estudio?
5. ¿Existe relación entre la variable rendimiento académico con la sintomatología depresiva en los participantes del estudio?
6. ¿Qué tipo de Establecimiento educacional presenta mayor nivel de sintomatología depresiva?

1.5 MARCO TEÓRICO

El último informe entregado por la UNICEF, en el año 2014, señala que existe una cantidad de 2.200 millones de niños en todo el mundo (24). Según el último censo de la población chilena, correspondiente al año 2002, las proyecciones en porcentaje para sus habitantes del rango de edad 0 - 14 años, que incluye a la niñez y al inicio de la adolescencia, corresponde al 19,8% para el año 2015 y se proyecta a un 19,1% para el año 2020 (25).

La niñez es una etapa del desarrollo de las personas que se sitúa entre los 6 y 12 años de edad. Esta etapa coincide con el ingreso del niño a la escuela, lo cual significa convivir con personas de su misma edad, dando pie al desarrollo de sus funciones cognitivas, afectivas y sociales.

Existe concordancia en cuanto a 3 áreas del desarrollo durante la niñez o niñez intermedia, las cuales son:

- Desarrollo físico.
- Desarrollo cognitivo.
- Desarrollo psicosocial.

Las principales características que se revelan en estas áreas son: un crecimiento más lento, mejora la fuerza y habilidades atléticas, la salud es mejor que en cualquier otra etapa de la vida, disminuye el egocentrismo (aparece el pensamiento lógico y concreto), mejora la memoria y el lenguaje. En la educación formal, algunos niños ya comienzan a mostrar necesidades y fortalezas especiales, el autoconcepto se hace más complejo afectando la autoestima, los pares adquieren una importancia central, entre otras.

La OMS ha elaborado el informe “Health for the world’s adolescents”, donde se afirma que la depresión es la principal causa de enfermedad y discapacidad entre los adolescentes de ambos sexos de edades comprendidas entre los 10 y los 19 años (26).

La literatura científica señala que la depresión infantil es un fenómeno relativamente nuevo y que recién en el año 1977 se publicaron las actas del Congreso Nacional del Institute of Mental Health (NIMH) y posteriormente, en 1980, con la publicación del “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders” III (DSM), se acepta la existencia de la depresión infantil, con la posibilidad de ser diagnosticada con los mismos criterios utilizados con el adulto (27).

Según la OMS, se entiende la depresión como un trastorno mental frecuente y caracterizado por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, cansancio y síntomas de tipo cognitivo; como falta de concentración, por lo tanto podría hablarse de una afectación global de la vida psíquica (28). Puede volverse crónica y afectar el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad de afrontar la vida diaria (29).

En cuanto a las características de la sintomatología depresiva en niños, se acepta que se presenten con alteraciones significativas del comportamiento y se sabe que las manifestaciones no son idénticas en los distintos grupos de edad (30), existiendo posturas que atribuyen las características de la depresión a etapas del desarrollo, lo cual se comprueba con lo que dicen ciertos autores como por ejemplo que en la población infantil se agregan características propias por el hecho de estar en proceso de desarrollo y que por este motivo presentan a menudo dificultades para identificar y verbalizar sus emociones, además existen características propias e individuales del niño y, finalmente, la posible comorbilidad de la depresión con otras problemáticas (31, 32, 33, 34, 35).

Como señalan algunos autores, dentro de la sintomatología depresiva, se consideran manifestaciones anímicas, conductuales, cognitivas y fisiológicas que repercuten en otras áreas de la vida del niño (36). Entre los síntomas más comunes se encuentran: alteraciones de sueño, del apetito y peso, baja autoestima, aislamiento social, hiperactividad, disforia, anhedonia, ideación suicida, entre otros (37).

En Chile, existe información insuficiente sobre estudios sistemáticos en cuanto a la epidemiología de los síntomas y trastornos depresivos, así como también en trastornos ansiosos en población infantil y adolescente, además se cuenta con escasos instrumentos de evaluación. En este sentido, es necesario tener una base teórica que pueda explicar la sintomatología depresiva en niños y, de esta forma, obtener una herramienta para realizar la medición de la presencia de ésta como uno de los objetivos de este estudio. Dicha

herramienta es el CDI (Children's Depression Inventory), el cual está basado en la teoría cognitiva de Beck (38).

Según Beck, existen 3 tipos de patrones que conforman el modelo cognitivo de la depresión, los cuales son:

La tríada: consiste en tres patrones cognitivos: una visión negativa acerca de sí mismo, de sus expectativas y de su futuro. De esta manera, los signos y síntomas de la depresión pueden explicarse como una consecuencia de estos patrones cognitivos. Con respecto a la visión negativa de sí mismo, el individuo tiende a subestimarse y criticarse sobre la base de sus defectos, viéndose desgraciado, torpe, enfermo, y considera que no logrará alegría ni felicidad. En cuanto a la interpretación que hace de sus experiencias, el sujeto interpreta que se le presentan demandas exageradas y obstáculos insuperables que le impiden alcanzar sus objetivos. La visión negativa del futuro se refiere a anticipar las dificultades, sufrimientos y fracasos.

Los esquemas: son patrones estables que sustentan la base para que las personas interpreten o transformen los datos de la realidad, localizando, diferenciando y codificando el estímulo con que se enfrenta el individuo. Los esquemas pueden permanecer inactivos por mucho tiempo y son activados por inputs ambientales. Los tipos de esquemas empleados determinarán el modo en que el individuo estructurará sus distintas experiencias. En la depresión más leve, el paciente conserva la capacidad de contemplar sus pensamientos negativos con cierta objetividad; a medida que la depresión se agrava, su pensamiento puede llegar a estar completamente dominado por los esquemas idiosincráticos que le predisponen a una constante distorsión de las situaciones, produciendo pensamientos negativos, repetitivos y perseverantes y puede encontrar extremadamente difícil concentrarse en estímulos externos o emprender actividades mentales voluntarias.

Los errores cognitivos: son errores sistemáticos que hacen dar validez a sus concepciones a pesar de que pueda existir evidencia contraria. Entre los errores cognitivos se encuentran:

- **La inferencia arbitraria** de una conclusión en ausencia de evidencia o de manera contraria a ella.

- **La abstracción selectiva** que es un error cognitivo relativo al estímulo que consiste en la selección de un elemento poco relevante de una situación para interpretar con ello la totalidad de la experiencia.

- **La generalización excesiva** que se refiere a hacer conclusiones o reglas a partir de hechos aislados para ser aplicados a otras situaciones que pueden estar relacionadas, o no, con dichas situaciones.

- **La maximización o minimización** que son errores que aparecen cuando la persona evalúa la magnitud o significación de un acontecimiento, incrementando o disminuyendo su significación.

- **La personalización**, que consiste en la atribución que se hace la persona a sí misma a partir de fenómenos externos y sin una base firme u objetiva para hacer tal asociación.

- **El pensamiento absolutista y dicotómico** que es un error que se refiere a la clasificación de las experiencias en dos categorías opuestas, como por ejemplo: bueno o malo, santo o pecador, etc. En este caso, el paciente suele tomar los extremos negativos para describirse a sí mismo.

Este modelo también afirma que los eventos negativos producidos durante edades tempranas forman un estilo de pensamiento con esquemas cognitivos inadecuados acerca de sí mismo, del mundo y del futuro. Estos esquemas se mantienen latentes en la persona y se activan cuando surge algún acontecimiento análogo a la experiencia que les dio origen.

La depresión en niños y adolescentes es una enfermedad compleja que tiene múltiples factores de riesgo, que en ocasiones interactúan entre sí y pueden tener un efecto acumulativo. Es poco probable que exista un único factor que pueda explicar el desarrollo de la depresión, lo mismo ocurre al reducir la probabilidad de ocurrencia, ya que uno solo no es determinante en la presencia o ausencia de la depresión y, en el ámbito de la prevención, el control de un solo factor no es suficiente para evitar la depresión (39).

Así como existen factores de riesgo en la aparición de la depresión infantil, también se asocian ciertas características que de alguna manera influyen sobre la prevalencia de la sintomatología depresiva, tales como: la edad, el sexo, el nivel de ingreso económico y el rendimiento académico de los niños.

EDAD Y SEXO

El sexo corresponde a un factor sociodemográfico, el cual agrupa a los seres según su condición orgánica; masculina o femenina (40). Otro factor a mencionar es la edad, la cual refleja el tiempo que ha vivido una persona y que indica la etapa de la vida en la que se encuentra un ser humano (41, 42). Ambos factores influyen en la sintomatología depresiva, ya que se sabe que en las etapas prepuberales, la prevalencia del trastorno depresivo mayor es similar entre niños y niñas. Sin embargo, entre adolescentes, la prevalencia es mayor para el sexo femenino con una razón 2:1 (43, 44), debido posiblemente a la diferente forma de afrontar el estrés o a los cambios hormonales que se producen durante la pubertad (45).

Hallazgos de un estudio de epidemiología psiquiátrica infantil sustenta el hecho de que la prevalencia de trastornos depresivos aumenta en forma importante a partir de la pubertad, pero con un patrón distintivo por sexo (46). Según algunos autores, finalizada la niñez, los trastornos emocionales aumentan en ambos géneros, sin embargo, en las mujeres jóvenes se observa un acrecentamiento más contundente, que lleva a que

dupliquen o tripliquen las tasas de trastornos emocionales de los hombres jóvenes, tendencia que se conserva en toda la vida adulta (47).

NIVEL DE INGRESO ECONÓMICO

El ingreso económico en la sociedad también ha demostrado ser un factor que influye sobre la sintomatología depresiva, tanto en adultos como en niños. Estudios con población general indican que la familia es considerada como la fuente principal de apoyo para el individuo, sin embargo, cuando se vive en un contexto de pobreza, esta influencia positiva cambia, ya que es común que los miembros de la familia se encuentren en condiciones similares de precariedad, lo cual disminuye la posibilidad de dar y recibir apoyo (48). También el ánimo positivo, autovaloración positiva, energía- interés y autoinculpación están menos presentes en los niños de clase baja en comparación a los de clase media y, en general, el bajo nivel socioeconómico se asocia a un mayor número de eventos vitales negativos, los cuales incrementan la posibilidad de padecer cualquier trastorno mental, siendo uno de los más frecuentes los episodios depresivos (49).

Para poder conocer esta situación muchas veces se propone evaluar a través del grupo familiar, es decir, el ingreso familiar, el cual corresponde a todos los ingresos que recibe el grupo, incluyendo el sueldo de todos los integrantes que trabajan y también aquellos ingresos extras. Con esto, la familia cubre sus necesidades básicas y el resto de los gastos. Se destaca este factor como un indicador económico muy importante, el cual se usa para estudios con la finalidad de elaborar estadísticas sobre los niveles o estándares de vida en diferentes países o regiones (50). Así, con el fin de categorizar o clasificar a la población para efectos de estudios, cabe mencionar el concepto de "Quintil". El quintil representa el 20% del total de una población determinada, teniendo 5 quintiles se puede ordenar a dicha población desde la familia más pobre a la más rica y luego dividir la población en partes iguales, se obtiene de esta manera el Q1, correspondiente al primer quintil o 20%

de las familias más pobre y así sucesivamente hasta llegar al Q5, el cual corresponde al 20% de las familias más ricas de la población.

RENDIMIENTO ACADÉMICO

El rendimiento académico se define como el nivel de logro o nivel de conocimiento demostrado en un área o materia, que un estudiante puede alcanzar en el ambiente escolar (51). Puede medirse con evaluaciones pedagógicas, que se entienden como el conjunto de procedimientos que se planean y aplican dentro del proceso educativo, con el fin de obtener la información necesaria para valorar el logro, por parte de los alumnos, de los propósitos establecidos para dicho proceso. El bajo rendimiento escolar es un factor de riesgo para sufrir depresión (16), debido a que un pobre desempeño académico alimenta el autoconcepto negativo que el niño va forjando sobre sí mismo durante sus años escolares. Los fracasos escolares contribuyen a incrementar la percepción de falta de competencia, generando un riesgo acumulativo para la depresión (17). Esta relación también ocurre de manera inversa, la oficina regional Europea de la OMS realizó un estudio sobre el impacto de la salud y de las conductas saludables en el rendimiento escolar, reconociendo que los problemas de depresión y de ansiedad tienen un efecto negativo sobre los resultados educativos a corto y largo plazo (52). Un estudio que trata sobre los estados de ánimo en niños deprimidos, expone que los niños con síntomas depresivos difícilmente pueden concentrarse en sus estudios y les resulta difícil obtener buenas calificaciones, aumentando así su sentido de incapacidad tanto social como académica (53).

TIPO DE ESTABLECIMIENTO EDUCACIONAL

En Chile, todos los establecimientos educacionales reconocidos oficialmente por el Estado, que conforman los distintos niveles del sistema (parvulario, básico, media, superior), pueden ser clasificados, según tipo de dependencia administrativa y financiera.

En base a lo anterior, se encuentran los establecimientos Estatales, los cuales imparten educación superior; éstos poseen una autonomía académica y administrativa, pero son financiados por el Estado. También existen los establecimientos Municipales, que son de propiedad pública y dependen financieramente del Estado, pero su administración es municipal y ofrecen cobertura a los niveles Parvulario, Básico y de Enseñanza Media Humanístico-Científica y Técnico-Profesional. Por otra parte, los Particulares Subvencionados, son establecimientos de propiedad y administración privada, que a su vez reciben financiamiento estatal mediante subvención por asistencia a clases. Por último, los Particulares Pagados son establecimientos de propiedad privada, donde su administración y financiamiento es por parte de particulares y la mensualidad que cancelan los padres y/o apoderados (54).

MODELO DE ENFERMERÍA

Para el desarrollo de esta investigación, se utilizó el modelo de enfermería propuesto por la teórica Callista Roy, el cual se basa en la concepción del ser humano como individuo biopsicosocial en constante interacción con su entorno cambiante, y del que recibe estímulos que se deben adaptar para conservar la salud. En sus publicaciones, Roy reconoce que este modelo surge de su experiencia personal y profesional como enfermera pediátrica, al observar la facilidad con que los niños se adaptan a los cambios ocasionados por la enfermedad; su modelo también nace de sus creencias con relación al ser humano. Sus principios científicos se basan en la teoría de sistemas de Von Bertalanffy y en la teoría de la adaptación del psicólogo fisiólogo Harry Helson.

Cada persona se adapta de manera distinta a su ambiente en donde se involucran estímulos que se traducen en respuestas adaptativas o inefectivas, lo cual determina el nivel de adaptación. Los niños cursan por un proceso adaptativo al pasar por las distintas etapas biológicas a las que se ven enfrentados en el rango de edad correspondiente a los 9 a 12 años, período en el cual la aparición de la sintomatología depresiva puede verse influenciada por los cambios propios de la etapa.

Los seres humanos se adaptan a través de procesos de aprendizaje adquiridos mucho tiempo atrás; por esta razón, la enfermera debe considerar a la persona como un ser único, digno, autónomo y libre, que forma parte de un contexto del cual no se puede separar. Este concepto está directamente relacionado con el de adaptación, de tal forma que la percepción que tiene de las situaciones a las cuales se enfrenta son individuales y diferentes para cada uno.

Cabe destacar que el ambiente está directamente relacionado con los estímulos; toda vez que éstos desencadenan respuestas adaptativas promueven las metas de adaptación e integridad, al contrario de las respuestas inefectivas que no promueven la integridad ni contribuyen a la meta de adaptación e integración de las personas con el mundo.

La adaptación es el proceso de ser y llegar a ser un todo integrado. Salud significa adaptación. Según las circunstancias de su ambiente, la persona se adapta de una forma diferente; esto lleva a que los individuos sean cada vez más complejos y tengan un mayor crecimiento. La meta de enfermería es la promoción de la adaptación del sistema humano. La adaptación busca mantener la integridad y la dignidad; contribuye a promover, mantener y mejorar la salud, la calidad de vida, y a morir con dignidad (55).

1.6 MARCO EMPÍRICO

En todo proceso de investigación, después de delimitar el campo de interés para el estudio, se hace necesario realizar revisiones bibliográficas en busca de diferentes investigaciones relacionadas con éste, por tanto, se trabajó con estudios, referentes a la sintomatología depresiva en escolares de 9 a 12 años, hombres y mujeres, rendimiento académico y nivel de ingresos económicos. En esta revisión, existen estudios que exceden el año máximo de publicación, sin embargo fueron considerados por estar aún vigentes y porque trabajaron con las mismas variables mencionadas en esta investigación.

Bernaras *et al.* (14), en el año 2013, en la Comunidad Autónoma del país Vasco, España, realizaron un estudio titulado *“Evaluación de la sintomatología depresiva en el contexto escolar y variables asociadas”*, el cual tenía por objetivo analizar la tasa de sintomatología depresiva infantil en el ámbito escolar a partir del examen de las variables clínicas y escolares relacionadas con la sintomatología depresiva, para obtener un modelo predictor de la depresión que ayudara a detectar y a entender mejor esta patología. En esta investigación participaron 1.104 estudiantes de 8 a 12 años de edad de distintos colegios, a los cuales se les aplicó el cuestionario de depresión para Niños (CDS) y el autoinforme S-2 del Sistema de Evaluación de la Conducta de Niños y Adolescentes (BASC) y como resultado se obtuvo que un 4,2% de la muestra presentaba puntuaciones altas en la sintomatología depresiva, el 6% de los varones presentaban un porcentaje más alto de depresión que las niñas (2,6%), sin embargo, la relación entre el diagnóstico de depresión y la edad no fue estadísticamente significativa, tampoco para la relación con niños y niñas del mismo grupo de edad, pero se destaca diferencia entre los niños y niñas de 12 años. Cabe señalar que las niñas de 8 a 9 años presentaron niveles más altos de sintomatología depresiva que las niñas de 10 a 11 años, y los niños de 8 a 9 años presentaban niveles más altos que los de 12 años.

Romero *et al.* (12), en el año 2010, en Reus, España, realizaron un estudio que lleva por título *“Comorbilidad entre los factores de ansiedad del SCARED y la sintomatología depresiva en niños de 8 a 12 años”*, el cual tuvo por objetivo examinar la comorbilidad entre los factores de ansiedad y síntomas depresivos en el grupo etario ya mencionado. La muestra fue de 1.514 escolares quienes completaron el Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorder (SCARED), el Children’s Depression Inventory (CDI) y un cuestionario de datos sociodemográficos. Como resultado, el 47% de la muestra presentó síntomas ansiosos y el 11,5% presentó síntomas depresivos.

Gómez Maquet *et al.* (7), en el año 2012, en Antioquía, Colombia, publicó un estudio llamado *“Aspectos neuropsicológicos asociados a la presencia de síntomas depresivos en niños escolarizados”*, con el objetivo de estimar la presencia de sintomatología depresiva en una muestra no clínica de niños escolarizados y describir el funcionamiento neuropsicológico de niños con síntomas para compararlo con un grupo de características demográficas similares sin la presencia de ésta. El estudio fue de tipo cuantitativo con un diseño transversal descriptivo y comparativo. Para tal fin se aplicó el CDI a 312 niños escolarizados, entre 9 y 12 años. De esta muestra inicial se tomó un subgrupo de 62 niños, dentro de los cuales, 31 alumnos formaron el grupo caso y 31 el grupo control. Los resultados que arrojó el CDI aplicado a los 312 niños, mostraron que el 13.78% presentó sintomatología depresiva.

Ospina-Ospina *et al.* (56), en el año 2011, en Chía, Colombia, publicaron un estudio denominado *“Síntomas de ansiedad y depresión en adolescentes escolarizados de 10 a 17 años en Chía, Colombia”*, con el objetivo de estimar la prevalencia de síntomas ansiosos y depresivos en adolescentes escolarizados, entre los 10 y 17 años. El estudio fue de corte

transversal. La muestra fue de 538 estudiantes a los cuales se les aplicó las escalas CDI y SCARED, identificando las variables sociodemográficas tales como edad, sexo, seguridad social y centro educativo de procedencia. Como resultado, se detectaron síntomas ansiosos y/o depresivos en el 40,5% de la población estudiada, de los cuales, el 28,3% presentó síntomas sólo sugestivos de ansiedad, mientras que el 3,3% únicamente síntomas depresivos, y un 8,9% manifestó síntomas tanto de ansiedad como de depresión. Los síntomas ansiosos fueron más frecuentes en las mujeres y los síntomas depresivos y mixtos se presentaron con más frecuencia en hombres. Se encontró mayor prevalencia de síntomas depresivos; 6,9% en hombres versus 5,4% en mujeres, dato que no fue estadísticamente significativo.

Moreno *et al.* (57), en el año 2009, en Usaquén, Colombia, realizaron un estudio titulado *“Asociación entre depresión y rendimiento académico en un grupo de niños de la localidad de Usaquén”*, el cual tuvo como propósito describir y asociar la depresión y el rendimiento académico en un grupo de 184 niños entre 8 y 11 años, de colegios distritales de la localidad de Usaquén. El estudio fue empírico-analítico, con diseño descriptivo y método de asociación. Se utilizó el Inventario de Depresión Infantil diseñado por Kovacs y Beck (CDI) y la sub escala de depresión de la Lista de chequeo de la conducta infantil – Formato para padres (CBCL), además, se realizó la revisión del boletín escolar de los niños para conocer su rendimiento académico y poder establecer una asociación entre depresión y éste. Los resultados arrojaron que un 25% de los niños tenía síntomas depresivos, 48,9% de los niños tenía bajo rendimiento académico, 54,3% era de sexo masculino y 41,3% estaba en tercer grado, no encontrándose ningún valor estadísticamente significativo.

Mantilla *et al.* (21), en el año 2004, en Bucaramanga, Colombia, publicaron un estudio nombrado como *“Prevalencia de sintomatología depresiva en niños y niñas escolares de*

Bucaramanga, Colombia”, que tuvo por objetivo determinar la prevalencia de sintomatología depresiva en niños escolarizados de 8 a 11 años. El estudio fue descriptivo de corte transversal, con una muestra de 239 niños (59%) y niñas (41%), de los cuales 132 escolares provenían de una escuela pública y 107 de una escuela privada, a quienes se le aplicó la versión corta del Inventario de Depresión Infantil (CDI-S). Como resultado, 21 niños (9,2%) presentaron sintomatología depresiva. Además, se encontró una asociación estadísticamente significativa entre depresión con mayor edad ($p=0,0001$), género femenino ($p=0,004$) y menor grado de escolaridad ($p=0,0001$). La sintomatología depresiva fue independiente del estrato socioeconómico.

Herrera Murcia *et al.* (58), en el año 2009, en Neiva, Colombia, realizaron un estudio titulado “*Prevalencia de la depresión infantil en Neiva, Colombia*” el cual tuvo por objetivo identificar la prevalencia de la sintomatología depresiva y las características sociodemográficas de niños de básica primaria entre los 8 y 11 años de edad en la ciudad de Neiva. El estudio fue descriptivo de corte transversal, en el cual participaron 1832 escolares (864 niños y 968 niñas) a quienes se les aplicó 2 instrumentos: el CDI para la medición de la sintomatología depresiva y un cuestionario de características sociodemográficas. Como resultado, se obtuvo una prevalencia de sintomatología del 17,09%, constituyéndose como la cifra más alta reportada hasta el momento en Colombia, con mayor número de casos en niños con menor edad. A nivel sociodemográfico, se encontró que el 39% de las familias de niños con síntomas depresivos pertenecen al estrato socioeconómico 1, y el 52% al estrato 2.

Rodríguez Espínola *et al.* (49), en el año 2010, en Buenos Aires, Argentina, publicó un estudio titulado “*Relación entre nivel socioeconómico, apoyo social percibido, género y depresión en niños*”, el cual fue de tipo correlacional, donde se propuso identificar y

observar, de acuerdo al nivel socioeconómico y género, la influencia del apoyo social percibido, relacionar y comparar las características de depresión evaluadas a través del ánimo, la autovaloración, el interés y la autoinculpación en los niños, y estudiar la influencia del apoyo social sobre la depresión. Participaron 593 escolares de 9 a 13 años (310 niños y 283 niñas). El 47.5% fueron niños de escuelas de clase socioeconómica baja y el 52.5% de clase media. Se utilizaron 2 instrumentos: la adaptación para niños del Cuestionario MOS de Apoyo Social (MOS- A) y la Escala de Depresión de Harter y Nowakowski. Éste mostró diferencias estadísticamente significativas entre el nivel socioeconómico bajo y medio y en la percepción de apoyo social total y estructural ($p=0,000$). La clase baja demostró menor apoyo social percibido y estructural que la clase media. La percepción de apoyo social según género no demostró diferencias estadísticamente significativas. También se observó que había relación entre la depresión y la percepción de apoyo social, categorizado en bajo, medio y alto ($p=0,000$). Los niños que percibieron alto apoyo social demostraron mayor estado de ánimo positivo, autovaloración positiva y menor energía-interés. Los distintos factores de depresión se relacionaron estadísticamente con el nivel socioeconómico medio y bajo ($p=0,000$). El grupo de clase baja puntuó menos en estado de ánimo positivo, en autovaloración positiva, en energía-interés y en autoinculpación, demostrando que estos niños se perciben más deprimidos que los de clase media. No se observaron diferencias con respecto a la depresión en ambos géneros.

Vinaccia *et al.* (59), en el año 2006, en Antioquía, Colombia, realizaron una investigación titulada *“Prevalencia de depresión en niños escolarizados entre 8 y 12 años del Oriente antioqueño a partir del Child Depression Inventory, CDI”*, que tenía por objetivo estudiar la prevalencia de la depresión en una población infantil entre los 8 y 12 años. El tamaño de muestra fue de 768 sujetos, de los cuales 379 eran niños y 389 eran niñas, de colegios públicos y privados. El instrumento utilizado fue el CDI, en donde se obtuvo como

resultado que la prevalencia de sintomatología depresiva fue de un 25,2% de la muestra investigada.

Tracy *et al.* (23), en el año 2008, en Seattle, EE.UU, realizan un estudio epidemiológico longitudinal, titulado *“What explains the relation between family poverty and childhood depressive symptoms?”*, cuyo objetivo fue evaluar la relación entre el ingreso familiar y los síntomas depresivos en niños de 11 a 13 años. La muestra estuvo compuesta por 457 estudiantes pertenecientes a escuelas públicas de la ciudad. El estudio incluyó la evaluación de los ingresos familiares y la administración de la entrevista diagnóstica computacional programada para niños *“Computer-based Diagnostic Interview Schedule for Children (C-DISC)”*, para evaluar la sintomatología depresiva. Los resultados arrojaron que el ingreso familiar se asoció significativamente con los síntomas depresivos ya que los niños de ingresos más bajos (<35.000 dólares) informaron una media de 8,12 síntomas depresivos, en comparación con 6,27 síntomas en el grupo de ingreso medio (entre 35.000 y 74.999 dólares) y 5.13 síntomas en el grupo de ingresos más altos (\geq 75.000 dólares).

1.7 PROPÓSITO DE LA INVESTIGACIÓN

Determinación de la relación entre factores sociodemográficos y rendimiento académico con la presencia de sintomatología depresiva en escolares de 9 a 12 años de establecimientos educacionales de la ciudad de Chillán.

1.8 OBJETIVOS

1.8.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar la relación de los factores sociodemográficos y rendimiento académico con la presencia de sintomatología depresiva en escolares de 9 a 12 años de establecimientos educacionales de la ciudad de Chillán.

1.8.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Conocer la distribución en cuanto a edad, sexo, ingreso económico y rendimiento académico de los participantes del estudio.
2. Relacionar la edad con la sintomatología depresiva en los participantes del estudio.
3. Relacionar el sexo con la sintomatología depresiva en los participantes del estudio.
4. Relacionar el ingreso económico con la sintomatología depresiva en los participantes del estudio.
5. Relacionar el rendimiento académico con la sintomatología depresiva en los participantes del estudio.
6. Determinar qué tipo de establecimiento educacional presenta mayor nivel de sintomatología depresiva.

1.9 HIPÓTESIS

Niñas con edades entre 11 y 12 años, pertenecientes a los quintiles 1 o 2, cuyo rendimiento académico sea bajo y que asistan al establecimiento educacional municipalizado, presentarán mayor prevalencia de sintomatología depresiva.

II. MÉTODOS

2.1 TIPO DE DISEÑO

El estudio es cuantitativo, de tipo Correlacional y de corte transversal.

2.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO

La población está conformada por escolares de rango de edad entre 9 a 12 años pertenecientes a dos establecimientos educacionales de la ciudad de Chillán.

2.3 MUESTRA

Se calculó una muestra de 104 escolares, considerando un 95% de nivel de confianza, poder de 80% y un coeficiente de correlación estimada en 0,40. Se adiciona un 10% de pérdida (Anexo 1). Se utilizó la técnica de muestreo aleatorio simple.

2.4 UNIDAD DE ANÁLISIS

Escolar entre 9 y 12 años perteneciente a establecimiento educacional laico, ya sea Municipalizado o Particular subvencionado, de la ciudad de Chillán.

2.5 CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD

2.5.1 INCLUSIÓN

- Capacidad de lectura.
- Rango de edad entre 9 a 12 años.
- Matriculado en un establecimiento educacional de la ciudad de Chillán.
- Consentimiento informado de los padres y/o apoderado.
- Asentimiento por parte del escolar.

2.5.2 EXCLUSIÓN

- Escolar con diagnóstico y tratamiento de depresión.
- Escolar con alteraciones cognitivas (Síndrome de Down y Autismo).
- Escolar con enfermedades crónicas diagnosticadas (Diabetes, Hipertensión arterial).
- Escolar con limitaciones físicas (hipoacusia, ceguera, afonía, discapacidad funcional).

2.6 LISTADO DE VARIABLES

2.6.1 VARIABLE DEPENDIENTE

Sintomatología Depresiva

2.6.2 VARIABLES INDEPENDIENTES (Anexo 2)

- Edad
- Sexo
- Nivel de ingreso económico
- Rendimiento académico
- Tipo de establecimiento educacional

2.7 DESCRIPCIÓN INSTRUMENTO RECOLECTOR

2.7.1 CUESTIONARIO DE ANTECEDENTES DEL ESCOLAR

Fue diseñado por los autores de esta investigación. En este cuestionario se recopilaban datos de distintas áreas necesarias para caracterizar las variables de interés, el cual fue contestado por los apoderados. En primer lugar, se consultó sobre datos sociodemográficos tales como sexo, edad y nivel de ingreso económico, además se requirieron antecedentes académicos del escolar como el establecimiento educacional al que pertenece, nivel que cursa y promedio final de notas del año anterior. Por último se consultó por datos de salud dentro de los cuales se incluye el diagnóstico médico de depresión y si se encuentra en tratamiento del mismo, alteraciones cognitivas que puedan impedir la adecuada aplicación del instrumento, la presencia de enfermedades crónicas graves que puedan influir en la manifestación de la sintomatología depresiva, como también el presentar alguna discapacidad física que, además de desviar el foco de estudio, significan una dificultad al momento de aplicar el instrumento, el cual no tiene las características para ser contestado por el escolar con este tipo de afecciones (Anexo 3).

2.7.2 CUESTIONARIO DEPRESIÓN INFANTIL (CDI)

Diseñado originalmente por Kovacs y Beck en el año 1977 en Estados Unidos. Es un cuestionario de autorreporte de síntomas de depresión en niños, el cual evalúa síntomas cognitivos, afectivos y conductuales de depresión. El CDI aplicado en esta investigación, se encuentra estandarizado en una versión adaptada en Chile desde el año 1994 para edades comprendidas entre los 8 y los 14 años, este instrumento consta de 27 preguntas con un formato tipo likert con tres posibilidades de respuesta, calificadas con puntaje 0, 1 y 2. Para determinar la presencia de sintomatología depresiva, el punto de corte es a partir de los 19 puntos, es decir, si se obtiene un resultado igual o superior a 19 puntos, se establece la existencia de sintomatología depresiva. Cabe señalar, que es posible alcanzar un total máximo de 54 puntos. El coeficiente Alfa de Cronbach encontrado en la validación del instrumento fue de 0,746 (Anexo 4) (60).

2.8 PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Inicialmente se cotejó una lista de los establecimientos educacionales de la ciudad de Chillán, de los cuales fueron seleccionados aquellos establecimientos laicos que poseen nivel educacional básico y que pertenecen al área urbana. Posteriormente se acudió de forma personal a cada establecimiento seleccionado con el objetivo de solicitar la autorización para llevar a cabo la investigación, de esto se obtuvieron los permisos de una Escuela municipal y un Colegio particular subvencionado (Ramón Vinay Sepúlveda y Alturas, respectivamente).

La recolección de la información se inició acudiendo a los cursos desde 4° a 7° básico y a las reuniones de apoderados de los mismos para realizar la entrega de los Cuestionarios de Antecedentes (adjuntados a los Consentimientos informados), los cuales fueron contestados por los responsables de cada escolar. Posteriormente, el CDI fue aplicado

durante la jornada de la mañana en la sala de clases de cada curso, en forma simultánea y en presencia del profesor.

El cuestionario fue contestado por escrito y de forma individual por todos los escolares seleccionados, lo cual tuvo una duración aproximada de 45 minutos.

2.9 ASPECTOS ÉTICOS

Se solicitó la autorización de los directores de cada establecimiento educacional, mediante una carta formal (Anexo 5). Una vez autorizados (Anexo 6), se procedió a enviar un Consentimiento Informado (Anexo 7) a los apoderados de cada escolar, el cual se encuentra reglamentado en el artículo 14 de la ley n° 20.584 que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en Salud. En este consentimiento se estipuló que la información proporcionada por los apoderados es de carácter confidencial, utilizada únicamente para motivos de investigación. Una vez leído y firmado por los apoderados, se continuó con la etapa de aplicación del CDI.

Previo a la aplicación del instrumento, se obtuvo el asentimiento por parte de los escolares, permitiendo continuar con la etapa de aplicación del CDI.

Cabe mencionar que la participación de cada individuo en este estudio fue de carácter voluntario; no se utilizó el nombre de los participantes y los resultados fueron anónimos al igual que las publicaciones que se generaron de esta investigación.

2.10 PROCESAMIENTO DE LOS DATOS

Las variables cualitativas fueron descritas con frecuencia observada y porcentaje.

Para comprobar la hipótesis del estudio, se aplicó χ^2 . En aquellos casos donde más del 20% de las celdas presentaron frecuencias menores a 5, se aplicó prueba exacta de Fisher (tabla de 2x2). Luego, cuando la tabla se presentó con una extensión mayor a 2x2, la prueba de χ^2 fue ajustada mediante el método de Monte Carlo, con 10.000 iteraciones y un intervalo de confianza de 95%. El nivel de significación de este estudio quedó establecido en un $\alpha=0,05$.

Los datos fueron procesados en el programa SPSS versión 15 en español.

III. RESULTADOS

Se estudió una muestra de 104 escolares entre 4° a 7° año básico de dos establecimientos educacionales (uno municipal y el otro particular subvencionado).

De los escolares estudiados, la tabla 1 muestra sus principales características sociodemográficas y académicas, informadas por sus padres o apoderados. El 54,8% presentó una edad entre 9 y 10 años, el 53,8% fueron hombres, el 49,0% se encontró entre el quintil 1 y 2. Según rendimiento académico, un 54,8% presentó rendimiento medio.

Tabla 1. Distribución de los participantes del estudio según sus características sociodemográficas y rendimiento académico.

Características	N	%
Edad(años)		
9	29	27,9
10	28	26,9
11	23	22,1
12	24	23,1
Sexo		
Hombre	56	53,8
Mujer	48	46,2
Ingreso Económico (ingreso/persona)		
\$0- \$74.969	26	25,0
\$74.970-\$125.588	25	24,0
\$125.589-\$193.104	15	14,4
\$193.105-\$352.743	24	23,1
\$352.744- y más.	14	13,5
Rendimiento académico*		
Alto (6.0-7.0)	47	45,2
Medio (4.0-5.9)	57	54,8
Bajo (1.0-3.9)	0	0,0

*Basado en escala de notas 1.0-7.0

La tabla 2 muestra la presencia de sintomatología depresiva según edad y a la vez desagregada por tipo de establecimiento. En el establecimiento municipal, el 36,3% tuvo 11 años de edad. En el establecimiento particular subvencionado, el 50,0% tuvo 12 años de edad. Al evaluar una potencial relación entre edad y sintomatología depresiva, no fue estadísticamente significativa para ambos grupos (escolares del establecimiento municipal: $p=0,528$; y en el particular subvencionado $p=0,467$).

Tabla 2. Relación entre edad y sintomatología depresiva, desagregada por tipo de establecimiento evaluado.

Edad (años) / Tipo de Establecimiento	Sintomatología depresiva*		Total	χ^2	p-valor [†]
	≥ 19 puntos	<19 puntos			
Municipal				2,322	0,528
9	3 (27,3%)	9 (22,0%)	12 (23,1%)		
10	3 (27,3%)	9 (22,0%)	12 (23,1%)		
11	4 (36,3%)	10 (24,3%)	14 (26,9%)		
12	1 (9,1%)	13 (31,7%)	14 (26,9%)		
Total	11 (100,0%)	41 (100,0%)	52 (100,0%)		
Particular subvencionado				3,009	0,467
9	1 (25,0%)	16 (33,3%)	17 (32,7%)		
10	1 (25,0%)	15 (31,2%)	16 (30,8%)		
11	0 (0,0%)	9 (18,8%)	9 (17,3%)		
12	2 (50,0%)	8 (16,7%)	10 (19,2%)		
Total	4 (100,0%)	48 (100,0%)	52 (100,0%)		

*Puntajes ≥ 19 puntos sugieren presencia de sintomatología depresiva. Puntajes <19 puntos, ausencia.

† Prueba de Independencia. El p valor fue obtenido mediante un ajuste con el método de Monte Carlo.

La tabla 3 muestra que no se encontró una relación estadísticamente significativa entre la variable sexo y sintomatología depresiva en escolares de los dos tipos de establecimientos educacionales (municipal $p=1,000$; particular subvencionado $p=1,000$). De modo descriptivo, en el establecimiento municipal se encontró que el 54,5% de la muestra que presentaron sintomatología depresiva fueron mujeres. Luego, en el establecimiento particular subvencionado, esta proporción fue del 50%.

Tabla 3. Relación sexo y sintomatología depresiva, desagregada por tipo de establecimiento evaluado.

Sexo/ Tipo de Establecimiento	Sintomatología depresiva *		Total	p-valor †
	≥ 19 puntos (presencia)	<19 puntos (ausencia)		
Municipal				1,000
Hombre	5 (45,5%)	20 (48,8%)	25 (48,1%)	
Mujer	6 (54,5%)	21 (51,2%)	27 (51,9%)	
Total	11 (100,0%)	41 (100,0%)	52 (100,0%)	
Particular subvencionado				1,000
Hombre	2 (50%)	29 (60,4%)	31 (59,6%)	
Mujer	2 (50%)	19 (39,6%)	21 (40,4%)	
Total	4 (100,0%)	48 (100,0%)	52 (100,0%)	

*Puntajes ≥ 19 puntos sugieren presencia de sintomatología depresiva. Puntajes <19 puntos, ausencia.

† Prueba exacta de Fisher

En la tabla 4 se muestra la prevalencia de sintomatología depresiva según el nivel de ingreso económico. En el establecimiento municipal un 63,6% de los escolares que presentó sintomatología depresiva perteneció al quintil 1 y 2 (es decir, con ingresos per cápita menor a \$125.588). En el establecimiento particular subvencionado, un 50,0% de los escolares que presentaron síntomas depresivos perteneció al quintil 5 (equivalente a un ingreso per cápita de \$352.744 y más). No se encontró una relación estadísticamente significativa entre el ingreso económico y sintomatología depresiva (municipal $p=0,101$; particular subvencionado $p=0,121$).

Tabla 4. Relación entre ingreso económico y sintomatología depresiva, desagregada por tipo de establecimiento evaluado.

Ingreso Económico* / Tipo de Establecimiento	Sintomatología depresiva [†]		Total	χ^2	p-valor [‡]
	≥ 19 puntos (Presencia)	< 19 puntos (Ausencia)			
Municipal				4,780	0,101
\$0 - \$74.969	4 (36,4%)	19 (46,3%)	23 (44,2%)		
\$74.970 - \$125.588	3 (27,2%)	18 (43,9%)	21 (40,4%)		
\$125.589 - \$193.104	4 (36,4%)	4 (9,8%)	8 (15,4%)		
Total	11 (100,0%)	41 (100,0%)	52 (100,0%)		
Particular Subvencionado				6,397	0,121
\$0 - \$74.969	1 (25,0%)	2 (4,2%)	3 (5,8%)		
\$74.970 - \$125.588	0 (0,0%)	4 (8,3%)	4 (7,7%)		
\$125.589 - \$193.104	1 (25,0%)	6 (12,5%)	7 (13,5%)		
\$193.105 - \$352.743	0 (0,0%)	24 (50,0%)	24 (46,1%)		
\$352.744 y más	2 (50,0%)	12 (25,0%)	14 (26,9%)		
Total	4 (100,0%)	48 (100,0%)	52 (100,0%)		

* Ingreso Per cápita Familiar

[†] Puntajes ≥ 19 puntos sugieren presencia de sintomatología depresiva; puntajes < 19 puntos, ausencia.

[‡] Prueba de Independencia mediante ajuste por método de Monte Carlo (2 gl para establecimiento municipal y con 4 gl para particular subvencionado).

La tabla 5 muestra la prevalencia de sintomatología depresiva según el rendimiento académico, en donde no se encontró una relación estadísticamente significativa (municipal: $p=0,497$; particular subvencionado: $p=1,000$). En niños del establecimiento municipal, el 72,7% que presentó sintomatología depresiva tuvo rendimiento académico medio. Luego, en el grupo de escolares del particular subvencionado, de los tamizados con sintomatología depresiva, el 50% obtuvo rendimiento medio.

Tabla 5. Relación entre rendimiento académico y sintomatología depresiva, desagregada por tipo de establecimiento evaluado

Rendimiento académico* / Tipo de Establecimiento	Sintomatología depresiva [†]		Total	p-valor [‡]
	≥ 19 puntos (Presencia)	< 19 puntos (Ausencia)		
Municipal				0,497
Alto (6,0 – 7,0)	3 (27,3%)	17 (41,5%)	20 (38,5%)	
Medio (4,0 – 5,9)	8 (72,7 %)	24 (58,5%)	32 (61,5%)	
Total	11 (100,0%)	41 (100,0%)	52 (100,0%)	
Particular Subvencionado				1,000
Alto (6,0 – 7,0)	2 (50,0%)	25 (52,1%)	27 (51,9%)	
Medio (4,0 – 5,9)	2 (50,0%)	23 (47,9%)	25 (48,1%)	
Total	4 (100,0%)	48 (100,0%)	52 (100,0%)	

* Basado en escala de notas 1,0 – 7,0

[†] Puntajes ≥ 19 puntos sugieren presencia de sintomatología depresiva; puntajes < 19 puntos, ausencia.

[‡] Prueba exacta de Fisher

La tabla 6 indica que el tipo de establecimiento educacional no tuvo una relación estadísticamente significativa con la sintomatología depresiva ($p=0,051$). El 73,3% de los escolares con sintomatología, pertenecieron al establecimiento municipal. La prevalencia total de la sintomatología depresiva fue de un 14,4%.

Tabla 6. Relación entre el tipo de establecimiento educacional y sintomatología depresiva de los escolares.

Tipo de establecimiento	Sintomatología depresiva*		Total
	≥ 19 puntos	< 19 puntos	
Municipal	11 (73,3%)	41 (46,1%)	52 (50,0%)
Particular subvencionado	4 (26,7%)	48 (53,9%)	52 (50,0%)
Total	15 (100,0%)	89 (100,0%)	104 (100,0%)
Frecuencia †	15 (14,4%)	89 (85,6 %)	104 (100,0%)

*Puntajes ≥ 19 puntos sugieren presencia de sintomatología depresiva. Puntajes <19 puntos, ausencia.

† Prueba de $\chi^2 = 3,817(1 \text{ gl})$; $p=0,051$

‡ Calculada en base al total de la muestra ($n=104$)

IV. DISCUSIÓN

Según la OMS, la depresión es la principal causa psiquiátrica de discapacidad y es la segunda causa de enfermedad en la población entre 15 y 44 años de edad para ambos sexos (2). Por esta razón es importante realizar un diagnóstico precoz; no obstante, elaborarlo es una tarea compleja debido a la baja exteriorización de los síntomas (12). Por consiguiente, antes de efectuar un diagnóstico, es relevante enfocarse en la búsqueda de factores asociados a la enfermedad para prevenirla.

El propósito de la investigación fue conocer los factores sociodemográficos y de rendimiento académico en escolares de establecimientos educacionales, con el fin de relacionar estas características con la presencia de sintomatología depresiva. Las variables sometidas a esta investigación fueron la edad, sexo, ingreso económico y rendimiento académico.

La sintomatología depresiva total observada en esta investigación fue de un 14,4%, y la mayoría de escolares que presentaron síntomas depresivos pertenecieron al establecimiento municipal, diferente a los resultados obtenidos por Mantilla *et al.* (21), en Colombia, en el año 2003, quien utilizó la versión corta del CDI en una muestra de 239 escolares y obtuvo una prevalencia total de sintomatología depresiva de 9,2%, sin embargo los resultados obtenidos según tipo de establecimiento son similares, ya que la mayoría de los escolares con sintomatología depresiva pertenecían a una escuela de enseñanza pública. En un estudio de Herrera *et al.* (58), realizado en Neiva, Colombia, en el año 2009, se utilizó el CDI con una muestra de 1832 escolares, obteniendo una prevalencia de sintomatología depresiva mayor a la que se obtuvo en el presente estudio, con un resultado de 17,09%. Así mismo, en este estudio, se evidenció una considerable cantidad de escolares con sintomatología depresiva, los cuales pertenecían a establecimientos con educación oficial. Por último, Romero *et al.* (12), en su estudio, realizado en España, en el año 2010, donde aplicó el CDI en su versión original a una

muestra de 1514 escolares, obtuvo un resultado de 11,5%, el que se asemeja más al arrojado en esta investigación y también encontró mayor prevalencia de sintomatología en escuelas públicas. Se cree que la mayor prevalencia de sintomatología depresiva estuvo presente en el establecimiento municipal debido a que su matrícula, mayoritariamente, corresponde a escolares con alto índice de vulnerabilidad.

En relación a la edad, la prevalencia de sintomatología depresiva fue mayor en el rango de 11 a 12 años, distribuidos en ambos establecimientos, al igual que en el estudio de Mantilla *et al.* (21), donde se encontró una mayor prevalencia de sintomatología en niños y niñas de 11 años. No obstante, sus resultados si fueron estadísticamente significativos. Por otra parte, Bernaras *et al.* (14), en su estudio realizado en España, en el año 2013, donde aplicó el Cuestionario de depresión escolar (CDS) a una muestra de 1104 participantes, obtuvo una prevalencia de síntomas mayor en los escolares de edades entre los 8 y 9 años. Sin embargo, al igual que en los estudios antes mencionados, no existe una relación estadísticamente significativa al asociar estas dos variables. Se puede inferir que la sintomatología depresiva se presenta mayormente en este rango de edad (entre los 11 y 12 años) debido a los diversos cambios que experimenta el escolar en esta etapa de la vida, entre los cuales destacan los físicos y psicológicos propios de la pubertad.

Al analizar los resultados en cuanto al sexo, se obtiene que, del total de escolares con sintomatología depresiva, la prevalencia fue mayor en mujeres. Estos resultados coinciden con los encontrados por Mantilla *et al.* (21) y Herrera *et al.* (58), aunque a diferencia del presente estudio, los resultados de estos autores si fueron estadísticamente significativos. Por el contrario, Vinaccia *et al.* (59), en su estudio realizado en el Oriente antioqueño, Colombia, en el año 2006, utilizó el CDI en una muestra de 768 niños escolarizados y Ospina- Ospina *et al.* (56), quienes realizaron una investigación en Chía, Colombia, en el año 2011, aplicando el CDI a una muestra de 538 escolares, obtuvieron una mayor prevalencia de sintomatología depresiva en hombres, no encontrando una relación estadísticamente significativa entre sexo y síntomas depresivos. A pesar de observarse

una tendencia mayor de síntomas depresivos en mujeres, ésta no tiene la suficiente solidez, ya que entre hombres y mujeres no se observó una diferencia importante, lo que pudo haber sido influenciado por el tamaño de muestra.

En cuanto al rendimiento académico, la prevalencia de síntomas depresivos fue mayor en escolares con rendimiento medio, a diferencia del único estudio que buscó relacionar ambas variables de forma aislada, realizado por Cabrera y Jiménez (61), en la Isla de Lanzarote, España, en el año 1999, donde utilizaron el CDI en una muestra de 119 niños, y Moreno *et al.* (57), en Usaquén, Colombia, en el año 2009, en donde se utilizó el CDI en una muestra de 184 niños, en los cuales se obtuvo que la mayor prevalencia de sintomatología depresiva estuvo representada en escolares cuyo rendimiento académico es bajo, sin embargo, ambas investigaciones no tuvieron resultados estadísticamente significativos entre el rendimiento académico y sintomatología depresiva, al igual que en el presente estudio. Se puede inferir que los escolares con un rendimiento académico alto, a diferencia de los que presentan uno medio o bajo, poseen mejor autoconcepto y autoestima, lo que puede actuar como un factor protector.

Al analizar el ingreso económico, se observó que la mayor prevalencia de síntomas depresivos se presentó en escolares de bajos ingresos (quintiles del 1 al 3). Aun así, no se estableció una relación estadísticamente significativa entre el ingreso económico y la presencia de sintomatología depresiva. Sin embargo, se evidenció que a menor ingreso económico puede existir mayor tendencia a experimentar síntomas depresivos, lo que puede compararse con el estudio de Tracy M. *et al.* (23), realizado en Seattle, Estados Unidos, en el año 2007, en donde se trabajó con una muestra de 457 niños y se estableció que los bajos ingresos familiares se asocian con niveles más altos de síntomas depresivos en escolares, ya que sus resultados fueron estadísticamente significativos. Por otro lado, en un estudio realizado por Rodríguez Espínola (49), en Argentina, en el año 2009, en donde trabajó con la Escala de Depresión para niños y adolescentes de Harter y Nowakowski en su versión argentina con una muestra de 593 escolares, se obtuvo que el

grupo de clase baja se percibe más deprimido que los de clase media, pues sus resultados fueron estadísticamente significativos. Los niveles más altos de sintomatología depresiva en escolares con un nivel más bajo de ingreso económico pudo haber estado relacionado con diversos elementos que forman parte del contexto en donde se desenvuelve el escolar, como la vulnerabilidad social y delincuencia, por lo tanto, el escolar, según el planteamiento de Callista Roy, tiene mayor dificultad para adaptarse en su ambiente, debido a que existen diversos estímulos los cuales son negativos, en su mayoría.

En esta investigación, se comprobó parcialmente la hipótesis planteada, ya que la sintomatología depresiva si se presentó mayormente en escolares mujeres con edad entre los 11 y 12 años, con un bajo ingreso económico y perteneciente al establecimiento municipal, sin embargo, los síntomas depresivos no se presentaron en escolares con rendimiento académico bajo, como se había sugerido, sino que prevaleció en escolares con rendimiento académico medio.

4.1 LIMITACIONES

- Una de las primeras limitaciones que se presentaron fue la poca disposición a permitir la realización de este estudio por parte de los establecimientos educacionales, obstaculizando el proceso de investigación.
- La principal limitación que hubo en este estudio fue la tasa de pérdida, ya que 88 escolares decidieron no participar de este estudio y 65 no completaron los cuestionarios, quienes equivalen al 59,53%; muy por sobre el valor esperado (20%). Esto se debió al poco compromiso por parte de los escolares y sus apoderados en el proceso de entrega de información del escolar, reflejándose en la gran tasa de pérdida mencionada.

- El instrumento CDI fue validado en Chile, mediante una prueba piloto, en el año 1994; dada su antigüedad, se entorpeció la comprensión de ciertos conceptos por parte de algunos escolares, no lográndose una correcta interpretación de los enunciados del cuestionario.

4.2 SUGERENCIAS

- Realizar una nueva adaptación y validación del Instrumento CDI, que esté acorde al vocabulario utilizado por los escolares de las actuales generaciones, seguido de la aplicación de una prueba piloto, para comprobar una total comprensión del instrumento.
- Se sugiere estudiar la asociación entre sintomatología depresiva y otros factores del entorno que puedan influir en la aparición de síntomas, como por ejemplo la funcionalidad familiar, calidad de vida, convivencia escolar, entre otros, los cuales pudiesen actuar como factores protectores o de riesgo.

4.3 CONCLUSIONES

Conforme a los resultados obtenidos en la investigación, se concluyó que la prevalencia de la sintomatología depresiva fue de 14,4% en una muestra caracterizada por participantes hombres en 53,8%, con rango de edad de 9 a 10 años en un 54,8%, pertenecientes al 1° y 2° quintil de ingreso económico en 49% y con un rendimiento académico medio en 54,8%.

Según tipo de establecimiento educacional, la prevalencia de sintomatología depresiva fue mayor en el municipal con un 73,3% versus un 26,7% en el establecimiento particular subvencionado.

Después de analizar los resultados, se concluye que la sintomatología depresiva puede presentarse mayormente en escolares mujeres entre los 11 y 12 años de edad; en escolares con menores ingresos económicos, con un rendimiento académico medio y que pertenezcan a un establecimiento educacional municipalizado. A pesar de que la prevalencia general de sintomatología depresiva obtenida está dentro de lo esperado y que existen resultados similares en otros estudios, según esta investigación, los factores sociodemográficos y de rendimiento académico no inciden en la aparición de síntomas depresivos, ya que no se encontró una relación estadísticamente significativa en ninguna de las variables estudiadas.

Al caracterizar a los participantes con sintomatología depresiva, según el tipo de establecimiento educacional, se concluyó que la prevalencia en el municipalizado fue mayor en mujeres con un 54,5%, estuvo presente, en su mayoría, en escolares con 11 años de edad con un 36,3%, en aquellos escolares que presentaron un rendimiento académico medio en 72,7% y que pertenecieron al 1° y 2° quintil con un 63,6%. Esto último podría estar asociado a que los establecimientos municipales incluyen a escolares de cualquier estrato social, debido a que son gratuitos, por lo que concentran en su mayoría a escolares del 1° y 2° quintil de ingreso económico, asociándose posiblemente a una alta vulnerabilidad, la cual estaría potencialmente influenciada por diversos factores, tales como la funcionalidad familiar, calidad de vida, convivencia escolar, entre otros.

En el colegio particular subvencionado la distribución según las variables fue más homogénea; la sintomatología depresiva se presentó de igual forma en ambos sexos con un 50,0%, fue predominante en los 12 años de edad con un 50,0%, el 50,0% de los escolares perteneció al 5° quintil y con un rendimiento académico distribuido uniformemente con un 100% entre el rango medio y alto. Esto podría estar asociado a que

en este tipo de establecimiento, la familia debe hacer un aporte monetario mensual, por lo que dentro del presupuesto familiar debe incluirse una cantidad de recursos económicos destinados exclusivamente a educación, hecho que requiere de un ingreso familiar considerable; más aún si la familia matricula a más de un integrante en un establecimiento particular subvencionado.

Basándose en los resultados de la investigación, el medio donde está inserto el escolar presenta factores protectores o de riesgo frente a estímulos negativos que pudiesen desencadenar la aparición de sintomatología depresiva; esto confirma la teoría de Callista Roy, la cual menciona que los humanos son seres biopsicosociales en constante interacción con el entorno, los cuales, según las circunstancias de su ambiente, se adaptan de una forma diferente para conservar su salud.

V. BIBLIOGRAFÍA

1. Almonte V C. Psicopatología infantil y de la adolescencia. Santiago: Mediterraneo; 2012.
2. Organización Mundial de la Salud. La depresión [Internet]. 2016 [acceso 24 Septiembre 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
3. Varley C, Smith C. Anxiety disorders in the child and teen. Pediatric Clinics of North America [Revista en Internet]. 2003. [acceso 28 Septiembre 2015]; 50(5) [1107-1138]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0031395503000701>
4. Giberti E, Barca V. La niñez y sus políticas. Buenos Aires: Editorial Losada; 1997.
5. Eroles C, Fazzio A, Scandizzo G. Políticas públicas de infancia. Buenos Aires, Argentina: Espacio; 2001.
6. Ministerio de la Protección Social. Situación de salud mental del adolescente Estudio Nacional de Salud Mental Colombia [Internet]. Yolanda Torres; 2010. Disponible en: <http://www.scp.com.co/ArchivosSCP/PDF/saludmentaladolescentecolombia.pdf>
7. Gómez Y, Barrera M. Aspectos neuropsicológicos asociados a la presencia de síntomas depresivos en niños escolarizados. Act Colom Psicol [Revista en Internet]. 2012. [acceso 28 septiembre 2015] 15 (1): [111- 118]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-9155201200010001
8. Cumsille P, Martinez M. Síntomas de depresión en estudiantes de enseñanza media de Santiago. Rev Chilena de Pediatría [Revista en Internet]. 1997. [acceso 15 de octubre 2015]. 68 (2): [74-77]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41061997000200003&script=sci_arttext
9. Ministerio De Salud. Encuesta Mundial De Salud Escolar [internet]. Chile. 2004. [acceso 15 de octubre 2015]. Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/bvsdeescuelas/emse/chile/encuesta2005.pdf>

10. Del Barrio V. La depresión infantil: Factores de riesgo y posibles soluciones. Málaga: Aljibe; 2000.
11. Najman J, Heron M, Hayatbakhsh M, Dingle K, Jamrozik K, Bor W, et al. Screening in early childhood for risk of later mental health problems: A longitudinal study. *J.Psych.Res* [Revista en Internet]. 2008. [acceso 15 octubre 2015]; 42 [694-700]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022395607001318>
12. Romero K, Canals J, Hernández-Martínez C, Jané M, Viñas F, Domènech-Llberia E. Comorbilidad entre los factores de ansiedad del SCARED y la sintomatología depresiva en niños de 8 a 12 años. *Psicothema*. [Revista en Internet]. 2010. [acceso 2 Octubre 2015]; 22(4) [613- 618]. Disponible en: <http://www.psycothema.com/pdf/3775.pdf>
13. Bettge S, Wille N, Barkmann C, Schulte-Markwort M, Ravens-Sieberer U. Depressive symptoms of children and adolescents in a german representative sample: Results of the BELLA study. *Eur Child Adolesc Psychiatry* [Revista en Internet]. 2008. [acceso 14 de octubre 2015] 17(1) [71-81]. Disponible en: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00787-008-1008-x>
14. Bernaras E, Jaureguizar J, Soroa M, Ibabe I, Cuevas C. Evaluación de la sintomatología depresiva en el contexto escolar y variables asociadas. *Anal Psicol*. [Revista en Internet]. 2013. [acceso 22 Septiembre 2015]; 29 (1) [131-140]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-97282013000100016&script=sci_arttext
15. Roeser R, Van der Wolf K, Strobel K. On the relation between social–emotional and school functioning during early adolescence. Preliminary findings from Dutch and American samples. *Journal of School Psychology* [Revista de Internet]. 2001. [acceso 15 octubre 2015]; 39 [111-139]. Disponible en: [http://www.researchgate.net/publication/222687414 On the Relation between SocialEmotional and School Functioning During Early Adolescence](http://www.researchgate.net/publication/222687414_On_the_Relation_between_SocialEmotional_and_School_Functioning_During_Early_Adolescence)
16. Herman K, Lambert S, Lalongo N, Ostrander R. Academic pathways between attention problems and depressive symptoms among urban African American children. *J*

- Abnorm Child Psycho [Revista de Internet].2007. [acceso 6 noviembre 2015] [265-274]. Disponible en: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10802-006-9083-2>
17. Cole D. The relation of social and academic competence to depressive symptoms in childhood. J Abnorm Child Psycho [Revista de Internet]. 1990. [acceso 14 octubre 2015]; (99) [422-429]. Disponible en: <http://psycnet.apa.org/index.cfm?fa=buy.optionToBuy&id=1991-09979-001>
18. Marsh H, Hau K. Big fish little pond effect on academic self-concept: A crosscultural (26 country) test of the negative effects of academically selective schools. American Psychologist [Revista de Internet]. 2003. [acceso 6 noviembre 2015]; 58 [364-376]. Disponible en: <http://psycnet.apa.org/index.cfm?fa=buy.optionToBuy&id=2003-06802-005>
19. Torres B. Depresión infantil: Estudio epidemiológico en la población guipuzcoana y análisis de la transmisión intergeneracional de la patología depresiva. Bilbao: Servicio Editorial Universidad del País Vasco; 1992.
20. López-Soler C, López-Pina J. La depresión en la infancia desde la perspectiva de las taxonomías empíricas. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica [Revista de Internet]. 1998. [acceso 5 noviembre 2015]; 3 (2) [95-102]. Disponible en: http://www.aepcp.net/arc/1998_V3_N2_pp.95-102.pdf
21. Mantilla L, Sabalza L, Díaz L, Campo-Arias A. Prevalencia de sintomatología depresiva en niños y niñas escolares de Bucaramanga, Colombia. Rev Colomb Psiquiatr [Revista de Internet]. 2004. [acceso 30 Septiembre 2015]; 33(2): [163- 171]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0034-74502004000200003&script=sci_arttext_arttext
22. Kessler R, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas K, et al. The epidemiology of major depressive disorder, Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). JAMA [Revista de Internet]. 2003. [acceso 15 noviembre 2015]; 289 [3095-3105]. Disponible en: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=196765>

23. Tracy M, Zimmerman F, Galea S, McCauley E, Vander Stoep A. What explain the relation between family poverty and childhood depressive symptoms?. Journal of Psychiatric Research. [Revista de Internet]. 2008. [acceso 30 Septiembre 2015]; 42(14) [1163- 1175]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022395608000137>
24. Unicef.org. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. [sede web]. Nueva York: Unicef.org; 2014 [acceso 30 Septiembre 2015]. Disponible en: <http://www.unicef.org/spanish/sowc2014/numbers/documents/spanish/SP-FINAL%20FULL%20REPORT.pdf>
25. Ine.cl. Instituto Nacional de Estadísticas- Chile [sede web]. Chile: Ine.cl; 2009 [actualizada el 31 Diciembre 2009; [acceso 30 septiembre 2015]. Disponible en: http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/familias/demograficas_vitales.php
26. Who.int, Organización Mundial de la Salud [sede web]. Ginebra: Who.int; 2014 [actualizada el 14 Mayo 2014; acceso 30 septiembre 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/focus-adolescent-health/es/>
27. Del Barrio V. Child depression in the last quarter of century. RHP [Revista de Internet]. 1999. [acceso el 13 noviembre 2015]; 20(1). Disponible en: <http://www.revistahistoriapsicologia.es/app/download/5971674911/04.+DEL+BARRIO.pdf?t=1392120913>
28. Guiasalud.es. Guía de práctica clínica sobre depresión mayor en infancia y en la adolescencia [Internet]. España: Guiasalud.es; 2010 [Actualizado febrero de 2010; [acceso 14 de octubre 2015]. Disponible en: http://www.guiasalud.es/egpc/depresion_infancia/completa/apartado04/definicion.html
29. Who.int.es. Temas de salud: Depresión [Sede web] Ginebra: who.int; 2015 [acceso 13 noviembre 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/depression/es/>
30. Polaino- Lorente A. Las depresiones infantiles. Madrid: Morata, S.a; 1988.

31. Montenegro H. Psiquiatría del niño y del adolescente. RCNP [Revista de Internet]. 2000. [acceso 13 noviembre 2015]. 38(3). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-9227200000300001
32. Marcelli D, De Ajuriaguerra J. Psicopatología del niño. 3ª ed. Barcelona: Masson, S.A; 2005.
33. Rodríguez Sacristán J. Psicopatología del niño y adolescente. 2ª ed. Sevilla: J. Rodríguez (Ed.); 1998.
34. Méndez Carrillo F. El niño que no sonríe. Madrid: Piramide; 1998.
35. Ramchandani P, Stein A, Evans J, O'Connor T. Paternal depression in the postnatal period and child development: a prospective population study. The Lancet [Revista de Internet]. 2005. [acceso 13 noviembre 2015]; 365 [2201-2205]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673605667785>.
36. Loubat M, Aburto M, Vega M. Aproximación a la depresión infantil por parte de psicólogos que trabajan en COSAM de la región metropolitana. Ter Psicol [Revista de Internet]. 2008. [acceso 13 noviembre 2015]; 26(2) [189-197]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082008000200005
37. Del Barrio V, Frías D, Mestre V. Autoestima y depresión en niños. Rev de Psicol Gral y Aplic [Revista de Internet]. 1994. [acceso 13 noviembre 2015]; 47(4) [471-476]. Disponible en: <http://www.uv.es/~friasnav/barrio94.pdf>
38. Sanz J, Vázquez C. Fiabilidad, validez y datos normativos del inventario para la depresión de Beck. Psicothema [Revista de Internet]. 1998. [acceso 13 noviembre 2015]; 10(2) [303-318]. Disponible en: <http://www.unioviado.es/reunido/index.php/PST/article/view/7467/7331>
39. Garber J. Depression in Children and Adolescents: Linking Risk Research and Prevention. Am J Prev Med. [Revista de Internet]. 2006. [acceso 13 noviembre 2015]; 31 (6) [104-125]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0749379706002480>

40. Real Academia Española. Sexo [Internet]. España: RAE; 2014 [acceso 14 octubre 2015]. Disponible en: <http://lema.rae.es/drae/srv/search?id=Wy9YtNaO0DXX2uhtDb5a>
41. Real Academia Española. Edad [Internet]. España: RAE; 2014 [acceso 14 octubre 2015]. Disponible en: <http://lema.rae.es/drae/srv/search?id=HLafKWLkRDXX2hFUevue>
42. Oxforddictionaries.com. Definición de edad [Internet]. Oxford, Reino Unido: Oxforddictionaries.com; 2015 [acceso 14 octubre 2015]. Disponible en: <http://www.oxforddictionaries.com/es/definicion/espanol/edad>
43. Fleming J, Offord D. Epidemiology of Childhood Depressive Disorders: A Critical Review. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. [Revista de Internet]. 1990. [acceso 13 noviembre 2015]; 29 (4) [571-580]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0890856709646426>
44. Kessler R, McGonagle K, Nelson C, Hughes M, Swartz M, Blazer D. Sex and depression in the National Comorbidity Survey. II: Cohort effects. J Affective Disorders. [Revista de Internet]. 1994. [acceso 13 noviembre 2015]; 30 [15-26]. Disponible en: <http://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/31852/0000801.pdf?sequence=1>
45. Angold A, Costello E, Erkanli A, Worthman C. Pubertal changes in hormone levels and depression in girls. Psychol Med. [Revista de Internet]. 1999. [acceso 13 noviembre 2015]; 29 [1043-53]. Disponible en: <http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=26417&fileId=S0033291799008946>
46. Rutter M. Isle of revisited: twentyfive years of child psychiatric epidemiology. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry [Revista de Internet]. 1989. [acceso 13 noviembre 2015]; 28 [633-53]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0890856709650590>
47. Nolen-Hoeksema S, Rusting C. Regulating responses to anger: Effects of rumination and distraction on angry mood. J Pers Soc Psychol [Revista de Internet]. 1998. [acceso

- 13 noviembre 2015]; 74(3) [790-803]. Disponible en:
<http://psycnet.apa.org/index.cfm?fa=buy.optionToBuy&id=1998-00299-018>
48. Abello R, Madariaga C, Hoyos de los Ríos O. Redes sociales como mecanismo de supervivencia: un estudio de casos en sectores de extrema pobreza. Revista Latinoamericana de Psicología [Revista de Internet]. 1997. [acceso 14 noviembre 2015]; 29(1) [115-137]. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80529106>
49. Rodríguez Espínola S. Relación entre nivel socioeconómico, apoyo social percibido, género y depresión en niños. Interdisciplinaria. [Revista de Internet]. 2010. [acceso 13 Noviembre 2015]; 27(2) [261-276]. Disponible en:
http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1668-70272010000200005
50. Definicionabc.com. Definición de ingreso familiar [sede Web]. Definicionabc.com [acceso 14 noviembre 2015]. Disponible en:
<http://www.definicionabc.com/economia/nivel-socioeconomico.php>
51. Edel Navarro R. El Rendimiento académico: Concepto, Investigación, Desarrollo. REICE. [Revista de Internet]. 2003. [acceso 14 octubre 2015]; 1(2). Disponible en:
<http://www.ice.deusto.es/RINACE/reice/vol1n2/Edel.pdf>
52. Suhrcke M, De Paz Nieves C. The impact of health and health behaviours on educational outcomes in high-income countries: a review of the evidence. [monografía en Internet]. Dinamarca: Goodrich E, 2011 [acceso 14 noviembre 2013]. Disponible en: <http://www.bctf.ca/pebc/pdf/e94805.pdf>
53. Patterson G, Stoolmiller M. Replications of a dual failure model for boys depressed mood. J Consult Clin Psychol. [Revista de Internet]. 1991. [acceso 14 noviembre 2015]; 59(4) [491-498]. Disponible en:
<http://psycnet.apa.org/index.cfm?fa=buy.optionToBuy&id=1991-33525-001>

54. Núñez I. Organización de Estados Iberoamericanos para la Educación, la Ciencia y la Cultura. [Internet]. 1993. [acceso 22 junio 2016]. Disponible en: <http://www.oei.es/quipu/chile/>.
55. Díaz L, Durán M, Gallego P, Gómez B, Gómez E, González Y, et al. Análisis de los conceptos del modelo de adaptación de Callista Roy. Aquichán [Revista de Internet]. 2002. [acceso 4 diciembre 2015]; 2(1) [19-23]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972002000100004&lng=en
56. Ospina-Ospina F, Hinestrosa-Upegui M, Paredes M, Guzmán Y, Granados C. Síntomas de ansiedad y depresión en adolescentes escolarizados de 10 a 17 años en Chía, Colombia. Rev salud pública. [Revista de Internet]. 2011. [acceso 2 Octubre 2015]; 13(6) [908-920]. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642011000600004
57. 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 Usaquén. Psychologia. [Revista de Internet]. 2009. [acceso 2 Octubre 2015]; 3(1). Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297225173007>
58. Herrera Murcia E, Losada Y, Rojas L, Gooding Londoño P. Prevalencia de la depresión infantil en Neiva (Colombia). Av. Psicol. Latinoam. [Revista de Internet]. 2009. [acceso 13 Noviembre 2015]; 27(1) [154-164]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1794-47242009000100011&script=sci_arttext&lng=pt
59. 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" -CDI-. Diversitas [Revista de Internet]. 2006. [acceso 22 Septiembre 2015]; 2(2): [163-171]. Disponible en:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1794-99982006000200004&script=sci_arttext&tlng=pt

60. Cáceres C, Collado R. Estandarización del Cuestionario de Depresión Infantil (CDI) Versión adaptada de Coggiola y Gullón a la población escolar de ambos sexos de 8 a 14 años del gran Santiago, Tesis de grado para optar al Grado de Licenciado en Psicología, Universidad Diego Portales, Santiago. 1994
61. Cabrera L, Jiménez L. Depresión Infantil y Rendimiento Académico, Un estudio comparativo entre Casos y Controles. Revista de Investigación Educativa [Revista de Internet]. 1999. [acceso 13 Octubre 2015]; 17(1). Disponible en: <http://revistas.um.es/rie/article/view/122291>

VI. ANEXOS

ANEXO 1. FÓRMULA UTILIZADA PARA EL CÁLCULO MUESTRAL

La expresión utilizada para el cálculo comenzó con la fórmula de base:

$$n \geq \left(\frac{(z_{1-\alpha/2} + z_{1-\beta})}{\frac{1}{2} \ln \frac{(1+r)}{1-r}} \right)^2 + 3$$

Reemplazando la fórmula, se tiene que:

$$n \geq \left(\frac{(1,96 + 0,482)}{\frac{1}{2} \ln \frac{1 + 0,40}{1 - 0,40}} \right)^2 + 3 \sim 47$$

La función para valorar la pérdida se calculó con la expresión $n \geq \frac{n'}{1-L}$, donde n' = muestra no ajustada a pérdida y L = porcentaje de pérdida estimado.

Sustituyendo, se tiene que $n \geq \frac{47}{1-0,10} \sim 52$.

ANEXO 2. DEFINICIÓN NOMINAL Y OPERACIONAL DE VARIABLES.

VARIABLE	DEFINICIÓN NOMINAL	DEFINICIÓN OPERATIVA
Sintomatología depresiva	La depresión mayor es un síndrome o agrupación de síntomas en el que predominan los síntomas afectivos (tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) aunque, en mayor o menor grado, también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo o incluso somático, por lo que podría hablarse de una afectación global de la vida psíquica, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva.	Categorización del instrumento: - Ausencia - Presencia
Edad	Tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales o vegetales. Etapa de la vida humana.	- 9 años - 10 años - 11 años - 12 años
Sexo	Condición orgánica, masculina o femenina, de los animales y las plantas. Conjunto de seres pertenecientes a un mismo sexo. Sexo masculino, femenino.	- Hombre - Mujer

<p>Nivel de ingreso económico</p>	<p>Corresponde a todos los ingresos que recibe el grupo familiar, incluyendo el sueldo de todos los integrantes que trabajan y también aquellos ingresos extras. Con esto la familia cubre sus necesidades básicas y el resto de los gastos.</p>	<p>Quintiles de ingreso: -Q1: \$0 a \$74.969 -Q2: \$ 74.970 a \$ 125.588 -Q3: \$ 125.559 a \$ 193.104 -Q4: \$ 193.105 a \$ 352.743 -Q5: \$ 352.744 a \$...</p>
<p>Rendimiento académico</p>	<p>Es el nivel de conocimientos demostrado en un área o materia, comparado con la norma de edad y nivel académico.</p>	<p>- Alto (6,0 a 7,0) - Medio (4,0 a 5,9) - Bajo(1,0 a 3,9)</p>
<p>Tipo de establecimiento educacional</p>	<p>Establecimientos educacionales reconocidos oficialmente por el estado, que se clasifican según la naturaleza de su dependencia administrativa y financiera.</p>	<p>- Municipal - Particular subvencionado</p>

ANEXO 3. CUESTIONARIO DE ANTECEDENTES DEL ESCOLAR



UNIVERSIDAD DEL BÍO-BÍO

Chillán, __/__/2016

CUESTIONARIO DE ANTECEDENTES DEL ALUMNO

Completar sólo con datos del **escolar**.

ANTECEDENTES SOCIODEMOGRÁFICOS:

RUT: _____

EDAD: _____

SEXO: F___ M___

INGRESO ECONÓMICO MENSUAL:

Seleccione con una X el Quintil que se asemeje a su ingreso per cápita. Este se calcula dividiendo el ingreso total mensual del hogar, por la cantidad de miembros del mismo. Ejemplo: Sueldo Padre \$440.000 + Sueldo Madre \$360.000= \$800.000/ 4 (madre, padre y 2 hijos)= 200.000 per cápita o por persona; corresponde al Quintil 4.

QUINTILES	DESDE	HASTA	
1	\$ 0	\$74.969	
2	\$74.970	\$125.558	
3	\$125.559	\$193.104	
4	\$193.105	\$352.743	
5	\$352.744	-----	

ANTECEDENTES ACADÉMICOS:

COLEGIO: _____

CURSO: _____ PROMEDIO FINAL (año 2015): _____

ANTECEDENTES DE SALUD:

- Diagnóstico de Depresión: SI ___ NO ___
- En Tratamiento: SI ___ NO ___
- Alteraciones Cognitivas Diagnosticadas (Síndrome de Down o autismo):
SI ___ NO ___
- Enfermedades Crónicas Diagnosticadas (Diabetes e Hipertensión Arterial):
SI ___ NO ___
- Hipoacusia (sordera): SI ___ NO ___
- Ceguera: SI ___ NO ___
- Mudez: SI ___ NO ___
- Dificultad Física o de Movilidad: SI ___ NO ___

ANEXO 4. CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN INFANTIL



UNIVERSIDAD DEL BÍO-BÍO



Cuestionario de Depresión Infantil (CDI)

- Este Cuestionario consiste en una lista de sentimientos e ideas,
- No existen respuestas buenas ni malas, simplemente elige la que describa mejor como te has sentido en las últimas dos semanas
- Pon una equis (X) en el casillero frente a tu respuesta

NOMBRE: _____

CURSO: _____ EDAD: _____

RUT (sólo si lo sabes): _____

Acepto participar

No acepto participar

Firma

CDI

1

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

2

	Nunca me saldrá nada bien
	No estoy seguro si las cosas me saldrán bien
	Creo que las cosas me saldrán bien

3

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

4

	Me divierten muchas cosas
	Me divierten algunas cosas
	Nada me divierte

5

	Soy malo siempre
	Soy malo muchas veces
	Soy malo algunas veces

6

	A veces pienso que me pueden pasar cosas malas
	Me preocupa que me puedan pasar cosas malas
	Estoy seguro que me van a pasar cosas malas

7

	Me odio
	No me gusta como soy
	Me gusta como soy

8

	Todas las cosas malas son culpa mía
	Muchas cosas malas son culpa mía
	No tengo la culpa que pasen cosas malas

9

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

10

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

11

	Siempre estoy preocupado
	Muchas veces estoy preocupado
	Rara vez estoy preocupado

12

	Me gusta estar con la gente
	Muchas veces no me gusta estar con la gente
	No quiero en absoluto estar con la gente

13

	No puedo decidirme
	Me cuesta decidirme
	Me decido fácilmente

14

	Me agrada mi apariencia física
	Hay cosas de mi apariencia física que no me gustan
	Me desagrada mi apariencia física

15

	Siempre me cuesta ponerme a hacer las tareas
	Muchas veces me cuesta ponerme a hacer las tareas
	No me cuesta ponerme a hacer las tareas

16

	Todas las noches me cuesta dormirme
	Muchas noches me cuesta dormirme
	Duelmo muy bien

17

	De vez en cuando me siento cansado
	Muchas veces me siento cansado
	Todo el tiempo me siento cansado

18

	No me siento solo
	Muchas veces me siento solo
	Siempre me siento solo

19

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

20

	Tengo muchos amigos
	Tengo algunos amigos pero me gustaría tener mas
	No tengo amigos

21

	Me va bien en el colegio
	No me va tan bien en el colegio como antes
	Me va muy mal en ramos que antes me iba bien

22

	Nunca hago las cosas tan bien como otros niños
	Si quiero puedo hacer las cosas tan bien como otros niños
	Hago las cosas tan bien como otros niños

23

	Nadie me quiere
	No sé si alguien me quiere
	Estoy seguro que alguien me quiere

24

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

25

	Casi todas las noches tengo pesadillas
	A veces tengo pesadillas
	Casi nunca tengo pesadillas

26

	No me gusta jugar
	A veces me gusta jugar
	Me gusta jugar siempre

27

	Generalmente me siento feliz
	Solo algunas veces me siento feliz
	Nunca me siento feliz

ANEXO 5. CARTAS FORMALES DIRECCIÓN DE ESCUELA



UNIVERSIDAD DEL BÍO-BÍO

Dirección Escuela de Enfermería

OFICIO N° 050/2016

MAT.: Solicita Autorización

CHILLAN, marzo 30 de 2016.

A: **Sr. JEZER SEPÚLVEDA DOMÍNGUEZ**
Director – Escuela Ramón Vinay Sepúlveda, Chillán

DE: **Sra. PAMELA MONTOYA CÁCERES**
Directora Escuela de Enfermería, Universidad del Bío-Bío, Chillán

De mi consideración:

Junto con saludarle, me dirijo a usted, con el propósito de informarle que los estudiantes de V Año de la Escuela de Enfermería de esta Casa de Estudios Superiores, que a continuación se mencionan, se encuentran desarrollando su Tesis, titulada **“Factores relacionados a la sintomatología depresiva en escolares de 10 a 12 años de colegios de Chillán, 2016”**, con el fin de optar al Grado de Licenciado/a en Enfermería.

Nombre y Rut de los estudiantes tesisistas:

- Debora Araneda San Martín Rut. 18.191.864-0
- Sofía Flores Catilla Rut. 18.559.768-7
- Viviana Inostroza Salazar Rut. 17.982.223-7
- Paulina Vildosola Contreras Rut. 17.459.840-1

Académico Guía:

Sra. Aurora Henríquez M., Magister en Salud Pública.

Propósito de la Tesis:

- Determinar la relación entre factores sociodemográficos y rendimiento académico con la presencia de sintomatología depresiva en escolares de 10 a 12 años de colegios de la ciudad de Chillán.

Objetivos Generales de la Tesis:

- Identificar la relación de los factores sociodemográficos y rendimiento académico con la presencia de sintomatología depresiva en escolares de 10 a 12 años de colegios de la ciudad de Chillán.



UNIVERSIDAD DEL BÍO-BÍO

Dirección Escuela de Enfermería

En base a lo anteriormente expuesto, me permito solicitar a usted, tenga a bien otorgar la autorización y facilidades necesarias, para que los estudiantes, puedan acceder a la información necesaria y aplicar instrumentos de análisis de datos a los estudiantes del establecimiento que usted dirige.

De contar con vuestra aprobación, la recolección de los antecedentes, se realizará durante los meses de abril del año en curso, resguardando la confidencialidad y anonimato de la información recopilada.

Sin otro particular, y en espera que la presente cuente con una favorable acogida, se despide atentamente,



Pamela Montoya Cáceres
PAMELA MONTOYA CÁCERES
Directora Escuela de Enfermería

/ssc.

C.C.

📁 Archivo Escuela.



UNIVERSIDAD DEL BÍO-BÍO

Dirección Escuela de Enfermería

OFICIO N° 113/2016

MAT.: Solicita Autorización

CHILLAN, abril 22 de 2016.

A: **Sra. ALEJANDRA VILLAGRA MUÑOZ**
Directora – Colegio Altura, Chillán.

DE: **Sra. PAMELA MONTOYA CÁCERES**
Directora Escuela de Enfermería, Universidad del Bío-Bío, Chillán

De mi consideración:

Junto con saludarle, me dirijo a usted, con el propósito de informarle que los estudiantes de V Año de la Escuela de Enfermería de esta Casa de Estudios Superiores, que a continuación se mencionan, se encuentran desarrollando su Tesis, titulada **“Factores relacionados a la sintomatología depresiva en escolares de 10 a 12 años de colegios de Chillán, 2016”**, con el fin de optar al Grado de Licenciado/a en Enfermería.

Nombre y Rut de los estudiantes tesistas:

- Débora Araneda San Martín Rut. 18.191.864-0
- Sofía Flores Catilla Rut. 18.559.768-7
- Viviana Inostroza Salazar Rut. 17.982.223-7
- Paulina Vildosola Contreras Rut. 17.459.840-1

Académico Guía:

Sra. Aurora Henríquez M., Magister en Salud Pública.

Propósito de la Tesis:

- Determinar la relación entre factores sociodemográficos y rendimiento académico con la presencia de sintomatología depresiva en escolares de 10 a 12 años de colegios de la ciudad de Chillán.

Objetivos Generales de la Tesis:

- Identificar la relación de los factores sociodemográficos y rendimiento académico con la presencia de sintomatología depresiva en escolares de 10 a 12 años de colegios de la ciudad de Chillán.



UNIVERSIDAD DEL BÍO-BÍO

Dirección Escuela de Enfermería

En base a lo anteriormente expuesto, me permito solicitar a usted, tenga a bien otorgar la autorización y facilidades necesarias, para que los estudiantes, puedan acceder a la información necesaria y aplicar instrumentos de análisis de datos a los estudiantes del establecimiento que usted dirige.

De contar con vuestra aprobación, la recolección de los antecedentes, se realizará durante los meses de abril del año en curso, resguardando la confidencialidad y anonimato de la información recopilada.

Sin otro particular, y en espera que la presente cuente con una favorable acogida, se despide atentamente,



Pamela Montoya Cáceres
PAMELA MONTOYA CÁCERES
Directora Escuela de Enfermería

/ssc.

c.c.

📁 Archivo Escuela.

ANEXO 6. CARTAS DE AUTORIZACIÓN DE LOS ESTABLECIMIENTOS EDUCACIONALES



ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE CHILLAN
DIRECCION DE EDUCACION MUNICIPAL
ESCUELA "RAMON VINAY SEPULVEDA"

CERTIFICADO



JEZER SEPULVEDA DOMINGUEZ, Director de la Unidad Educativa Ramon Vinay Sepulveda, de Chillán, autoriza a las alumnas de Quinto año de la carrera de Enfermería de la Universidad del Bio – Bio a realizar tesis.

(Factores relacionados sintomatología depresiva en escolares de 10 a 12 años de ese Establecimiento Educacional).

Las estudiantes tesistas son:

- Débora Araneda San Martin Rut: 18.191.864-0
- Sofía Flores Castilla Rut: 18.559.768-7
- Viviana Inostroza Salazar Rut: 17.982.223-7
- Paulina Vildósola Contreras Rut: 17.459.840-1

Se extiende el Certificado a petición de las interesadas.

Chillan, 12 de abril de 2016.



RBD 18251-6
Andrés Bello # 1184

CONSTANCIA DE AUTORIZACIÓN

Alejandra Lorena Villagra Muñoz, directora del Colegio Alturas certifica que las alumnas Débora Araneda San Martín, Sofía Flores Castilla, Viviana Inostroza Salazar, Paulina Vildósola Contreras, estudiantes de Enfermería de la Universidad del Bío Bío, realizaron en el establecimiento una investigación titulada: "FACTORES RELACIONADOS A LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN ESCOLARES DE 9 A 12 AÑOS DE COLEGIOS DE CHILLÁN"

Se extiende la constancia a petición de las interesadas.

Sin otro particular.


Alejandra Villagra Muñoz
DIRECTORA
COLEGIO ALTURAS
CHILLÁN
Alejandra Lorena Villagra Muñoz.
Directora Colegio Alturas.

Mayo del 2016.

ANEXO 7. CONSENTIMIENTO INFORMADO



Consentimiento Informado

Estimado participante:

Quienes suscriben, Débora Araneda San Martín, Sofía Flores Castilla, Viviana Inostroza Salazar, Paulina Vildósola Contreras, Estudiantes de Enfermería de la Universidad del Bío- Bío, están realizando una investigación titulada: “FACTORES RELACIONADOS A LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN ESCOLARES DE 9 A 12 AÑOS DE ESTABLECIMIENTOS EDUCACIONALES DE CHILLÁN, 2016”.

El objetivo de este estudio es Revelar cuáles son los factores relacionados a la sintomatología depresiva en escolares de 9 a 12 años de colegios de la ciudad de Chillán.

Su pupilo ha sido seleccionado para participar en esta investigación, la cual consiste en responder, por una vez, un Cuestionario de Depresión Infantil; esto le tomará, aproximadamente, 20 minutos.

La participación en este estudio es voluntaria. La información obtenida a través de este estudio será mantenida bajo estricta confidencialidad y sólo será utilizada en esta investigación. Su nombre no será utilizado y la información será sólo almacenada por los investigadores en dependencias institucionales, no existiendo copias de ésta. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas, usando un número de identificación, por tanto, serán anónimas al igual que las publicaciones que se generen de esta investigación.

Usted tiene el derecho de retirar el consentimiento para su participación en cualquier momento, y esto NO supondrá ninguna consecuencia ni pérdida de derecho de salud.

El estudio no conlleva ningún riesgo para su salud ni recibe ningún beneficio. No recibirá compensación por participar. Los resultados grupales estarán disponibles en la Escuela de Enfermería de la Universidad del Bío- Bío, si así desea solicitarlos. Si

tiene alguna pregunta sobre esta investigación, se puede comunicar con Aurora Henríquez Melgarejo, al número 042-2-463190 o al correo ahenriquez@ubiobio.cl

Agradeciendo su participación, le saluda atentamente,

Débora Araneda San Martín RUT: 18.191.864-0

Sofía Flores Castilla RUT: 18.559.768-7

Viviana Inostroza Salazar RUT: 17.982.223-7

Paulina Vildósola Contreras RUT: 17.459.840-1

ACEPTACIÓN

Yo, _____, he leído el procedimiento descrito en este documento. El investigador me ha explicado el estudio y ha contestado mis preguntas. Voluntariamente doy mi consentimiento para participar en el estudio de las tesis de Débora Araneda San Martín, Sofía Flores Castilla, Viviana Inostroza Salazar, Paulina Vildósola Contreras, sobre "Factores asociados a la sintomatología depresiva en escolares de 10 a 12 años de colegios de Chillán". He recibido copia de este consentimiento.

Firma participante

Nombre y apellidos de quién toma el CI