

## PREVALENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN NIÑOS DE 9 A 12 AÑOS DE EDAD

José J. Zouain<sup>‡</sup>, Lidia Sepúlveda<sup>‡</sup>, Réginald Carrénard<sup>\*</sup>, Tania Zapata<sup>\*</sup>, Anelkis Suero<sup>\*</sup>, Ivette Mercader<sup>\*</sup> & Patricia Núñez<sup>\*</sup>

**INTRODUCCIÓN** El estudio determinó la prevalencia de los síntomas depresivos en niños de 9-12 años según la escala "Child Depression Inventory" en las escuelas públicas del distrito escolar 08-03 de Santiago de los Caballeros, República Dominicana. **MÉTODOS** Se trabajó con un diseño metodológico de tipo descriptivo, de corte transversal, de fuente primaria. A través de la escala se determinó la presencia o ausencia de síntomas de depresión. **RESULTADOS** Se encontró con una población de 458 estudiantes, con 113 estudiantes (24.67%) padeciendo de algún síntoma depresivo. Con relación a los síntomas depresivos generales, 10.3% obtuvo un nivel leve y 4.8% un nivel severo. **DISCUSIÓN** Se encontró prevalencia de síntomas depresivos en 24.67% de la población; los síntomas disfóricos estuvieron presentes en 12.4% de manera leve y en 6.6% de forma severa. Los síntomas de autoestima negativa encontrados fueron de 10.0% para la categoría leve y de 3.1% en la severa. El sexo masculino obtuvo mayor presencia de síntomas depresivos con 17.9% versus 12.1% en el sexo femenino.

**INTRODUCTION** This study determined the prevalence of depressive symptoms in children of ages 9-12, according to the scale "Child Depression Inventory", in public schools of the scholar district number 08-03 of Santiago de los Caballeros, Dominican Republic. **METHODS** It was performed through a descriptive, transversal methodology, using primary sources. Through the scale, the presence or absence of depressive symptoms was determined. **RESULTS** A population of 458 students was found. In such, 113 students (24.67%) suffered of any depressive symptom. In regards to general depressive symptoms, 10.3% had a mild level and 6.6% had a severe level. **DISCUSSION** It was found prevalence of depressive symptoms in 24.67% of the population; dysphoric symptoms were present in 12.4% in a mild fashion and in 6.6% in a severe form. Symptoms of negative self-esteem were found in 10.0% of the mild category and in 3.1% of the severe one. Males had greater presence of depressive symptoms (17.9%), in comparison to females (12.1%).

### INTRODUCCIÓN

En los primeros años de la psicología se creía que el superyó del niño era demasiado inmaduro para experimentar depresión o manía, lo cual le creaba cierta defensa en contra de esas. Por esta razón, el DSM-I no incluyó los trastornos psiquiátricos de los niños y el DSM-II incluyó solo los trastornos del comportamiento infantil. En la actualidad, la depresión puede diagnosticarse a partir de niños de tan solo 3 años de edad. Por consiguiente, los criterios DSM-III y DSM-IV para los trastornos afectivos infantiles fueron similares a los de los trastornos afectivos en adultos, salvo en que la irritabilidad sustituía el estado de ánimo depresivo; el fracaso en lograr los aumentos de peso esperados, a la pérdida de

peso; la disminución de los rendimientos escolares, la disminución en la actividad laboral; y la pérdida del interés por los amigos y el juego, a la falta de interés o de capacidad para obtener placer<sup>1</sup>.

En los países industrializados, la incidencia de depresión, manía, suicidio y trastornos psicóticos del estado de ánimo ha ido aumentando con cada generación nacida a partir de 1910. Se afirma que el trastorno depresivo mayor se presenta en el 18% de los pre-adolescentes, sin que haya diferencias entre sexos<sup>1</sup>. Sin embargo, en Estados Unidos (2001) a nivel nacional, Olson y col.<sup>3</sup> encontraron que, mientras 90% de los pediatras cree que es de su responsabilidad identificar la depresión, el 46% de ellos admitió su falta de confianza para reconocer el

trastorno y 56% reportó que el tiempo de la consulta es demasiado breve para una adecuada historia psiquiátrica<sup>2,3</sup>. Es probable, por tanto, que los pediatras fallen en diagnosticar muchos de los casos de depresión que llegan a ellos.

En Colombia, Vinaccia y col.<sup>4</sup> encontraron sintomatología depresiva en el 25.2% de una muestra de 768 niños. En el Caribe, entre el 11% y el 33% de los niños y adolescentes padece de algún problema de salud mental, y, más aún, el 50% de los adolescentes refiere haber tenido síndromes de depresión<sup>5</sup>. En esta ciudad, Tejada y col., llegaron a la conclusión de que la depresión en los adolescentes predomina en el sexo femenino, especialmente en la adolescencia media (11-16 años)<sup>5</sup>.

## MÉTODOS

### *Población y muestra*

La población de estudio (N=10,678 estudiantes) estuvo constituida por los estudiantes de las escuelas públicas del distrito 08-03 del municipio de Santiago, en el periodo septiembre-diciembre del 2008. El listado fue obtenido de la Dirección Regional de Educación del municipio de Santiago. De esta población, se calculó la siguiente muestra:

ÁREA	TOTAL
<b>Urbana</b>	220
Femenino	108
Masculino	112
<b>Rural</b>	184
Femenino	87
Masculino	97
<b>Total</b>	404

**Tabla 1.** División de los individuos, de acuerdo a su zona y sexo.

Sin embargo, la recolección de los datos se llevó a cabo hasta alcanzar una muestra de 458 estudiantes (223 femeninos y 235 masculinos; 242 de escuelas urbanas y 216 de escuelas rurales), para poder llevar a cabo el estudio, incluso si hubieren errores.

Los criterios de inclusión con los que se trabajó fueron 4: (1) los estudiantes deben estar matriculados en las listas de las escuelas; (2) los estudiantes deben tener entre 9 y 12 años; (3) los estudiantes deben estar cursando los grados 4º, 5º, 6º ó 7º de primaria; y (4) los padres de los estudiantes deben haber firmado el consentimiento informado y los estudiantes, el asentimiento informado.

Por elección al azar, de cada 3 niños que cumplieran con los criterios de inclusión, se seleccionó 1 y se le interrogó.

### *Instrumento de recolección*

Los instrumentos de mayor uso en la evaluación de la depresión infantil son el Child Depression Inventory (CDI) y el Child Depression Scale (CDS). En la actualidad el cuestionario más utilizado es el CDI modificado por M. Kovacs de 1992.

La última y presente versión del CDI contiene 27 ítems, cada uno de los cuales con tres frases que recogen la distinta intensidad o frecuencia de su presencia en el niño o pre-adolescente. Los datos que se obtienen de las contestaciones al cuestionario aportan conocimiento sobre el nivel de depresión total del niño y sobre las escalas que la constituyen: disforia (humor depresivo, tristeza, preocupación...) y autoestima negativa (juicios de ineficacia, fealdad, maldad...).

Cada ítem se valora en una escala descendente de 0 a 2 puntos, dependiendo de la intensidad o la frecuencia de aparición del mismo. Así, 2 equivale a "siempre"; 1, a "muchas veces" y 0, a "algunas veces". La sumatoria de esta puntuación es conocida como escala D (de disforia), y, junto con la puntuación de la escala A (de autoestima), arroja la puntuación total de depresión. Cada una de estas puntuaciones puede evaluarse en forma de percentiles por sexo y edad. En general, el percentil 90 indica la presencia de sintomatología depresiva y el percentil 96 indica grado severo de depresión.

El cuestionario puede llenarse entre 15 y 20 minutos por niños de 7 a 11 años, y entre 10 a 15 minutos por niños mayores de 12 años.

### *Análisis de los datos*

El análisis de los datos se llevó a cabo por medio del paquete estadístico SPSS v.13.0.

‡Psiquiatra y profesor asociado de la PUCMM; †médico general y profesor asociado de la PUCMM; \*estudiante de término de medicina.

## RESULTADOS

Se encontró que, de 458 estudiantes, 113 (24.67%) padecían de algún síntoma depresivo.

De esta manera, en relación a los síntomas depresivos generales, 84.9% pertenece al nivel asintomático, 10.3% obtuvieron un nivel leve y 4.8% cayeron dentro de la categoría severa. Los síntomas depresivos de autoestima reportaron un 86.9%, 10.0%, 3.1% en los niveles antes mencionados, respectivamente. Del número total de estudiantes con disforia, se aprecia un mayor número de niños con problemas: en el nivel leve, hubo 12.4%; en el nivel severo, hubo 6.6%. Estos datos pueden ser apreciados en la Tabla 2.

El número de asintomáticos fue mayor en el sexo femenino (87.9%) que en el sexo masculino (82.1%). Por el contrario, el número de individuos con sintomatología leve fue mayor en el sexo masculino (13.2%) que en el sexo femenino (7.2%). En el nivel de sintomatología severa, los porcentajes fueron similares (4.7%, masculino, vs. 4.9%, femenino).

Las edades con mayor presencia de síntomas depresivos, tanto leves como severos, son las edades de 9 y 10 años encontrándose 10.2% de casos leves y 7.1% de casos severos en el grupo de 9 años, y 19.8% de casos leves y 6.9% de casos severos en el de 10 años.

En las escuelas urbanas, la categoría de los asintomáticos comprende la mayoría de los casos con 205 estudiantes (84.7%). Sintomatología leve ocurrió en el 9.1% de los casos y severa, en el 6.2%. En el área rural, se encontró 85.2% de asintomáticos, 11.6% de sintomáticos leves, y 3.2% de sintomáticos severos.

Al considerar las respuestas al cuestionario, se encontró que el 45% de los niños está preocupado porque ocurran cosas malas –lo cual es, probablemente, un reflejo de su realidad diaria– y el 38.9% no sabe si lo que hará en el día tendrá éxito; sin embargo, hay un 8.5% de los niños que está seguro que ocurrirán cosas terribles. Además, se

encontró que al 38.2% de los casos le cuesta trabajo motivarse a hacer sus deberes escolares. Es de recalcar, también, que 36.9% de los niños refiere estar constantemente preocupado por el dolor (lo cual no debiera ocurrir en niños con apariencia de salud) y que el 35.8% de la población describe que no puede divertirse con muchas cosas, lo cual es clave en el desarrollo emocional del niño.

De carácter más preocupante es el hecho de que el 35.2% de los niños ha pensado en quitarse la vida (aunque no lo haría) y que 5.0% de los niños quiere quitarse la vida.

En la Figura 1 se encuentran más detalles acerca de las respuestas de los niños a los diferentes ítems.

## DISCUSIÓN

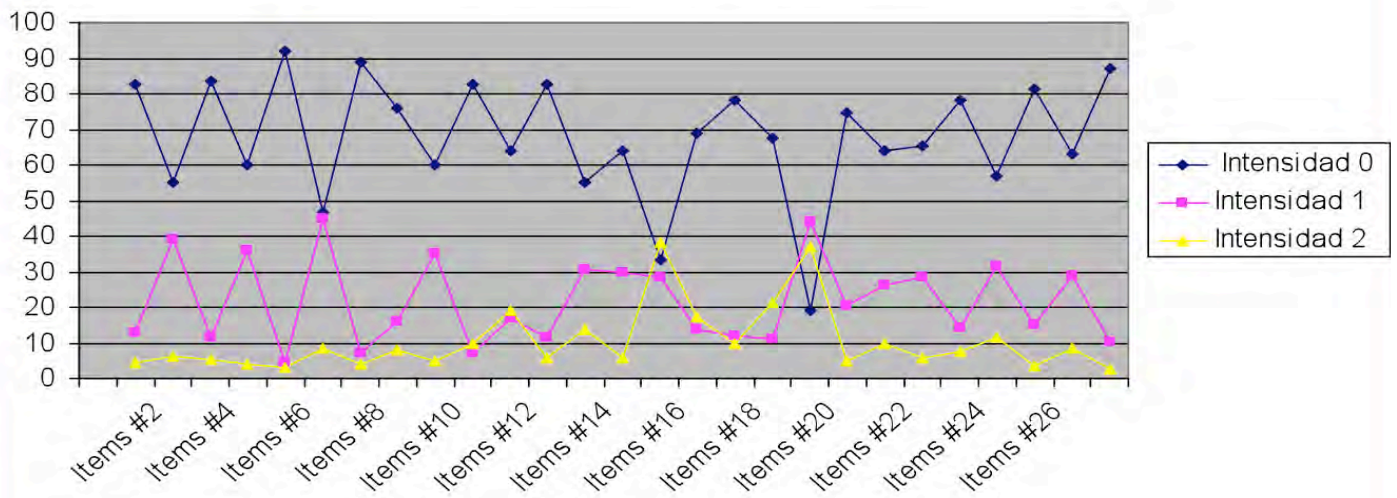
La presencia de síntomas depresivos según la escala CDI “Child Depression Inventory” en niños y pre-adolescentes de las escuelas públicas del distrito 08-03 de Santiago de los Caballeros en el periodo septiembre-diciembre 2008 fue de un 24.67%. Este resultado concuerda con el 25.2% del estudio realizado en la universidad de San Buena Ventura de Medellín, Colombia en el 2006<sup>4</sup>, permitiendo a los investigadores establecer que lo encontrado en este estudio es similar a las estadísticas en países con cultura y situación socioeconómica similar a la de la República Dominicana.

Es de importancia destacar, no obstante, que la escala CDI no hace diagnóstico de depresión: tan solo sirve como instrumento de escrutinio para la identificación de niños con sintomatología depresiva y, por tanto, posible depresión.

Las edades pico de sintomatología depresiva fueron los 9 y 10 años, lo cual es comparable a lo encontrado en la literatura<sup>4</sup>. No obstante, los investigadores esperaban que los mayores niveles de depresión fueran encontrados en

SÍNTOMAS DEPRESIVOS	NIVEL DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS						TOTAL	
	Asintomático		Leve		Severo			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Generales	389	84.9	47	10.3	22	4.8	458	100
Autoestima	398	86.9	46	10.0	14	3.1	458	100
Disforia	371	81.0	57	12.4	30	6.6	458	100

**Tabla 2.** Nivel de síntomas depresivos generales, disforia y autoestima en niños y pre-adolescentes de las escuelas públicas del distrito escolar 08-03 de Santiago de los Caballeros, en el período septiembre-diciembre del 2008.



**Figura 1.** Frecuencia en la intensidad de los ítems de la escala aplicada a los niños y pre-adolescentes de las escuelas públicas del distrito escolar 08-03 de Santiago de los Caballeros en el periodo septiembre-diciembre del 2008.

los pre-adolescentes (11-12 años), pues ellos empiezan a desarrollar los conflictos propios de la adolescencia. El mayor número de casos de disforia severa se encontró en los niños de 10 años (10.3%). Sin embargo, si bien los problemas leves de autoestima fueron más prevalentes en los niños de 10 años (17.2%), los niveles severos de autoestima negativa fueron encontrados con mayor frecuencia en los niños de 9 años (4.1%).

La mayor tendencia a la depresión fue encontrada en el sexo masculino (14.4% vs. 10.8%), lo cual concuerda con lo encontrado en otras poblaciones similares<sup>4</sup>. Sin embargo, es de notar que los estudios realizados en poblaciones europeas y estadounidenses arrojan resultados contrarios<sup>6</sup>. Es posible que esto se deba a las diferencias en el rol del género que poseen las distintas sociedades. La disforia en los masculinos suele ser de mayor severidad que en las féminas (8.1%, masculino, vs. 5.0%, femenino), sin embargo, lo contrario ocurre cuando afección de la autoestima (3.6%, femenino, vs. 2.5%, masculino).

Al comparar los resultados de los estudiantes procedentes de escuelas urbanas con los procedentes de escuelas rurales, se encuentra que los estudiantes urbanos obtuvieron puntuaciones más altas en la categoría total, así como en la categoría severa (6.2% vs. 3.2%); sin embargo, los estudiantes rurales resultaron más afectados en la categoría leve (11.6% vs. 9.1%). Adicionalmente, al evaluar la disforia y la autoestima por separado, se observó que, también, los estudiantes urbanos son los que tienen mayor número de afectación severa (7.8% y 3.7%, respectivamente). Es posible que esto sea causado por los diferentes niveles de estrés a los que cada subgrupo se encuentra sometido<sup>7</sup>.

Al analizar los componentes de la escala CDI, la disforia y la autoestima, se observa que en ambas categorías, la leve (12.4% vs. 10.0%) y la severa (6.6% vs. 3.1%), los síntomas disfóricos predominan. La relevancia de estos datos se hace patente si se toma en cuenta que una conducta disfórica, infeliz, se relaciona más con conductas de riesgo, como el consumo de drogas y la promiscuidad sexual<sup>8,9,10,11</sup>.

En un análisis más profundo, los síntomas de autoestima o disforia que más se repiten son los siguientes:

- \* preocupación porque ocurren "cosas malas" (45%),
- \* seguridad de que ocurrirán "cosas terribles" (8.5%),
- \* inseguridad acerca de si las "cosas saldrán bien" (38.9%),
- \* problemas a la hora de cumplir con los deberes (38.2%),
- \* indecisión (30.8%),
- \* problemas aceptando su aspecto físico (30%),
- \* anorexia (21.3%),
- \* preocupación por el dolor y la enfermedad (36.9%),
- \* problemas a la hora de encontrar diversión (35.8%),
- \* ideaciones suicidas (35.2%), y
- \* deseos suicidas (5.0%).

Otros estudios similares<sup>12,13,14,15</sup> arrojaron resultados parecidos.

---

## CONCLUSIONES

Es necesario que los padres, así como los profesionales que trabajan con los niños de la ciudad de Santiago, República Dominicana tomen en cuenta que una importante facción –cerca al 25%– de los niños entre 9 y 12 años presentan síntomas depresivos. Es posible que la correcta identificación y cuidado de estos niños pueda ayudar a mejorar su vida, la de su familia, la de su entorno y la de la ciudad en que viven.

---

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hales R.E.; Stuart C.; Yudofsky. Tratado de Psiquiatría Clínica. 8th ed. Barcelona: Masson; c2004. p. 439-63.
2. Olson AL, Kemper KJ, Kelleher KJ, Hammond CS, Zuckerman BS, Dietrich AJ. Primary care pediatricians' roles and perceived responsibilities in the identification and management of maternal depression. *Pediatrics*. 2002 Dec;110(6):1169-76.
3. Horwitz SM, Kelleher KJ, Stein RE, Storfer-Isser A, Youngstrom EA, Park ER, et al. Barriers to the identification and management of psychosocial issues in children and maternal depression. *Pediatrics*. 2007 Jan;119(1):e208-18.
4. Stefano V, Gaviria AM, Atehortua LF, Martínez PH, Trujillo C, Quiceno JM. Prevalencia de depresión en niños escolarizados entre 8 y 9 años del oriente antioqueño a partir del "Child Depression Inventory"-CDI-. *Diversitas*. 2006 Jul-Dec;2(2).
5. Maddaleno M, Morello P, Infante-Espinola F. [Health and development of adolescents and young adults in Latin America and the Caribbean: challenges for the next decade]. *Salud Publica Mex*. 2003;45 Suppl 1:S132-9.
6. Tejada NM, Moronta A, Flores JM, Rodríguez HC, Curiel MR. Depresión en adolescentes relacionado al consumo de tabaco en Centros Educativos de la ciudad de Santiago 2000-2001 [tesis]. [Santiago (RD)]: PUCMM, MED 2001-03:56519; 2001 Mar.
7. Hazel NA, Hammen C, Brennan PA, Najman J. Early childhood adversity and adolescent depression: the mediating role of continued stress. *Psychol Med*. 2008 Apr;38(4):581-9.
8. Munoz- Paris MJ, Ruiz-Muñoz AM, "Self-esteem level and correlation to risk behavior of students at the University of Almeria ", (Pubmed, 2008 mar- apr; 18 (2): 70-6)
9. Ha C, Petersen N, Sharp C. Narcissism, self-esteem, and conduct problems: evidence from a British community sample of 7-11 year olds. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2008 Oct;17(7):406-13.
10. Bertschy G, Gervasoni N, Favre S, Liberek C, Ragama-Pardos E, Aubry JM, et al. Frequency of dysphoria and mixed states. *Psychopathology*. 2008;41(3):187-93.
11. Freeman LN, Mokros H, Poznanski EO. Violent events reported by normal urban school-aged children: characteristics and depression correlates. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1993 Mar;32(2): 419-23.
12. Burns JJ, Cottrell L, Perkins K, Pack R, Stanton B, Hobbs G, et al. Depressive symptoms and health risk among rural adolescents. *Pediatrics*. 2004 May;113 (5):1313-20.
13. Sjoberg RL, Nilsson KW, Leppert J. Obesity, shame, and depression in school-aged children: a population-based study. *Pediatrics*. 2005 Sep;116 (3):e389-92.
14. Cheung AH, Zuckerbrot RA, Jensen PS, Stein RE, Laraque D. Expert survey for the management of adolescent depression in primary care. *Pediatrics*. 2008 Jan;121(1):e101-7.
15. Dubowitz H, Feigelman S, Lane W, Prescott L, Blackman K, Grube L, et al. Screening for depression in an urban pediatric primary care clinic. *Pediatrics*. 2007 Mar;119(3):435-43.