

SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA Y RESILIENCIA EN NIÑOS*

Depressive symptoms and children's resilience

Carla Jimena Castro Gomero** y Lorena Luján Rocha***

Resumen

La presente investigación tiene como finalidad demostrar la relación entre la sintomatología depresiva y la resiliencia en una Institución Educativa de Lima Metropolitana. Esta investigación se llevó a cabo a través de la aplicación del Inventario de Depresión Infantil (Kovacs, M., 2004) y el Inventario de Factores Personales de Resiliencia (Salgado, A., 2005). La muestra utilizada ha sido de 146 niños de 3º, 4º y 5º de primaria, cuyas edades oscilan entre 8 a 10 años de edad. Esta investigación es de tipo descriptivo y diseño no experimental – Transversal – Correlacional; obteniendo como resultado que a mayor sintomatología depresiva existe menor resiliencia, demostrando una correlación inversa.

Palabras clave: Sintomatología depresiva, Resiliencia, Niñez.

Abstract

The aim of this research is to show the relationship between the depressive symptomatology and the resilience in an Educational Institution of Lima metropolitan area. This research was carried by applying Children's Depression Inventory (Kovacs, M., 2004) and the Resilience Personal Factors Inventory (Salgado, A., 2005). The sample used consisted of 146 children from 3rd, 4th, and 5th grade of Elementary School, whose ages ranged between 8 and 10 years old. This is a descriptive, and non- experimental design- transversal- correlational research; having as result that when more depressive symptomatology; less resilience there is, showing a reverse correlation.

Keywords: Depressive Symptomatology, Resilience, Childhood.

* Artículo basado en la tesis de Licenciatura realizada por las autoras.

** Psicóloga. carlajcastrog@hotmail.com

*** Psicóloga. lorenarocha@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

En los últimos años el estudio de la resiliencia ha tomado mayor relevancia, por lo que ha sido considerado por los investigadores para el estudio de poblaciones adultas involucradas en enfrentamientos militares y sociales. No obstante, se considera importante destacar que el desarrollo de la resiliencia en la población infantil puede ser un recurso para fortalecer el afrontamiento de las situaciones adversas de la vida cotidiana.

Se sabe que la familia cumple un rol protector y generador de valores, a través del respeto y el amor entre los miembros; sin embargo, en muchas situaciones se observa que por su inadecuada funcionalidad puede propiciar el desencadenamiento de sintomatología depresiva, sobre todo en los niños.

Es por ello, que ha sido importante conocer acerca de los factores protectores de la resiliencia, los cuales atenúan aquellos obstáculos y vicisitudes negativas de la vida, contribuyendo al afrontamiento de la sintomatología depresiva infantil.

MARCO TEÓRICO

Depresión

La Organización Mundial de la Salud (s.f.), define depresión como “un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.” (párr. 1).

Por otro lado, respecto a datos estadísticos, el Hospital Hermilio Valdizán (2018), indica una mayor frecuencia en la atención de consulta externa, emergencia y hospitalización de los diagnósticos de episodio depresivo (F32) y trastorno depresivo recurrente (F33), siendo el sexo femenino el más afectado.

Depresión en niños

Del Barrio (2000, citado por González, 2006) refiere que la depresión infantil es un trastorno afectivo que puede aparecer desde el comienzo de la vida, aunque con rasgos diferenciales, ofrece una sintomatología muy semejante a la depresión adulta:

disforia, anhedonia, trastorno del sueño y del apetito. Su presencia puede darse en los primeros meses o incluso a los 18 años.

El Instituto Nacional de Salud Mental (2011) refiere que los niños y niñas antes de la adolescencia comienzan a manifestar los primeros síntomas depresivos, con frecuencia similar, siendo estos síntomas más frecuentes en el sexo femenino, debido a los cambios biológicos y hormonales durante la pubertad. Además, los casos de depresión en mujeres desde la etapa de la adolescencia se van incrementando, perdurando en la etapa adulta.

Respecto a la sintomatología de la depresión en los niños, Rivera (2014) y el Ministerio de Sanidad y Política Social de España (2014) clasifican los síntomas de los niños en tres áreas:

- Síntomas afectivos: Humor triste, deprimido o irritable y agresividad, anhedonia, apatía, labilidad e incontinencia emocional, aplanamiento afectivo, irritabilidad, disforia, insatisfacción, aislamiento social, ansiedad, angustia y culpabilidad.
- Síntomas físicos: Retraso psicomotriz, inquietud psicomotriz, fatiga, astenia, alteraciones del apetito y sueño, disminución de la libido, molestias físicas inespecíficas, activación autonómica, cefaleas, dolor abdominal, trastorno de control de esfínteres.
- Síntomas cognitivos: Disminución de la capacidad de concentración o Fallas de memoria, indecisión, distorsiones cognitivas negativas (de soledad, vacío, incompreensión o culpa), baja autoestima, ideas de inutilidad, ideas de muerte o delirantes, disminución del rendimiento escolar y fobia escolar.

Al respecto, Arévalo (2008) en la adaptación y estandarización de la prueba del CDI destaca dos términos: disforia e ideas de autodesprecio, siendo la primera como una manifestación de tristeza, irritabilidad, indefensión, negativista, llanto con facilidad y presencia de pesimismo; en relación con el segundo término hace referencia a existencia de incapacidad, fealdad y culpabilidad, ideas de persecución, deseos de muerte y tentativa de suicidio.

Resiliencia

Rutter (1993, citado por Salgado, 2005) la define como la capacidad de prevalecer, crecer, ser fuerte, hasta triunfar a pesar de las adversidades.

Por consiguiente, la resiliencia se construye desde la existencia de los factores de riesgo, asumiéndolos como nuevas oportunidades para el desarrollo de los factores protectores.

Resiliencia en niños

Becoña (2006) refiere que la Resiliencia es la habilidad para afrontar el estrés y lo eventos adversos, en la cual intervienen las características biológicas del niño, entorno familiar, comunidad como así también situaciones estresantes y adversas.

Agregando a ello, Cyrulnik (2014, citado por Clínica Cattell Psicólogos en Murcia, 2014), manifiesta que la resiliencia se desarrollará en el niño, si éste cuenta con las condiciones necesarias para afrontar las dificultades, retomando su desarrollo, restableciendo una adecuada red de afecto en al área social y cultural.

Factores de riesgo

Son estímulos y factores del ser humano en relación al contexto social, exacerbando conductas y actitudes. Por ello, Fraser et al. (2004, citado por Rodríguez, Morell y Fresnada, 2015) clasifica estos factores en tres áreas:

- Individuales: Antecedentes familiares de alcoholismo y pobre control de impulso.
- Interpersonales y sociales: Inadecuada comunicación familiar, apego deficiente, estilos de crianza negligentes, consumo de alcohol y drogas en su entorno familiar, bajo compromiso escolar, rechazo con pares a realizar actividades lúdicas o académicas y asociación con grupos de compañeros antisociales.
- Ambientales: Pobreza, privaciones económicas, desorganización vecinal e inseguridad de los barrios.

Factores protectores

Es el conjunto de elementos, habilidades y recursos que favorecen al desarrollo de la resiliencia a

pesar de su condición de vulnerabilidad.

Al respecto, Becoña et al. (2006, citado por Rodríguez, Morell y Fresnada, 2017), clasifica los factores protectores de la siguiente manera:

- Características del niño: Capacidad cognoscitiva de resolución de problemas, sociabilidad, autoestima, autoeficacia, perspectiva positiva de la vida, optimismo, Insight, capacidad de dar sentido a la vida, empatía, expectativas realistas, perseverancia, comunicación efectiva, aprender tanto del éxito como del fracaso, sentirse especial (no egocéntrico) mientras se ayuda a los demás.
- Características familiares: Ambiente familiar estable, relación armoniosa entre los padres, sentirse querido y cuidado, establecimiento de normas y límites, relaciones positivas con la familia, afiliación religiosa, estatus socioeconómico.
- Características de la comunidad: Vecindario seguro, bajos niveles de violencia, medio ambiente limpio, accesos a centros culturales, recreativos o bibliotecas.
- Escuela: Profesores competentes, amplios recursos (musicales, deportivos), cobertura sanitaria, sistema de mentoría y apoyo por parte de los adultos.
- Características sociales y culturales: Política de apoyo a la infancia y prevención de la violencia.

Respecto a los factores personales de la resiliencia desde la perspectiva de algunos autores se señala lo siguiente:

- Humor:
 - Vanistendael (2013) hacen referencia al humor, el cual es utilizado como un mecanismo de defensa, puesto que, a través de sus formas sencillas, facilita el bienestar corporal, la estabilidad emocional y adecuadas relaciones sociales. Es un agregado a las situaciones adversas de la vida, poniéndose como puente para superar las frustraciones.
 - Wollin & Wollin (1992, citado por Salgado, 2005), señalan la elaboración de un modo lúdico, encontrar lo cómico en la tragedia.

- **Creatividad:**

- Bernabeu y Goldstein (2009) señalan que los entornos creativos favorecen el desarrollo de la creatividad, sentimientos de confianza, autocontrol, equilibrio entre desafío y habilidades nuevas, contribuyendo a generar soluciones ante sus problemas o diversas experiencias.

- **Autoestima:**

- Cardozo (2005, citado por González Arratia, 2018) la autoestima favorece a la resiliencia.
- Cava y Musitu (2000, citado por González Arratia, 2018) considera a la autoestima como un recurso importante en el bienestar y la salud.

- **Empatía:**

- Batson et al. (1997, citado por Salgado, 2005), consiste en inferir los pensamientos y los sentimientos de otros, generando sentimientos de simpatía, comprensión y ternura.

- **Autonomía:**

- Para Sánchez (2018), es la capacidad de la toma de decisiones para resolver los problemas y ejecutarlos, manifestándose en todos los momentos de la vida.

Resiliencia y depresión en niños

Del Barrio (2015, citado por Rodríguez, et al, 2015), manifiesta que la resiliencia es esencial para proteger la vida; puesto que es una habilidad de superación adquirida. Dicha adquisición, se consigue mediante el aumento de las fortalezas personales y aprendiendo técnicas para el manejo de las emociones producidas por las emociones amenazantes. La resiliencia está compuesta de diversos componentes.

En cuanto al área emocional de la resiliencia, Del Barrio (2015, citado por Rodríguez, et al, 2015), refiere que esta se logra teniendo el control de las emociones para que la respuesta sea eficaz y adecuada, evitando un desenlace de respuestas descontroladas, manifestada por elementos como la compatibilidad, seguridad y fortaleza, surgiendo durante la primera infancia; siendo un carácter interactivo entre los lazos de vivencia y pertenencia en que el sujeto se involucra, es decir que la familia nuclear es la encargada de transmitir saberes que tienen que estar ligados a un vínculo sentimental y comunicación adecuada, actuando como una óptima prevención; disminuyendo el riesgo de generar una patología como la depresión.

Planteamiento del problema

En los últimos años, se ha ido incrementando a nivel mundial los diferentes problemas de salud mental, siendo uno de ellos; la depresión, según la Organización Mundial de la Salud (2017a) se evidencia que afecta a más de 300 millones de personas con mayor incidencia en América Latina.

En diversas investigaciones, se ha constatado que, a causa de la falta de acceso a un tratamiento especializado en depresión, las poblaciones en general pueden optar por el suicidio, obteniendo como resultados que cada año se suicidan cerca de 800 000 personas. (Organización Mundial de la Salud, 2017b). Además, existe una frecuencia de 100 personas cada hora, dos por minuto, dos mil por día y más de un millón por año, en promedio. (Carrillo, 2008).

En América Latina, específicamente en Perú, gran parte de su población padece a diario los síntomas generales de la depresión, sin embargo, pocas saben la magnitud de la importancia que implica la salud mental, puesto que aproximadamente, más de 1 700 000 personas muestran síntomas depresivos, de las cuales, el 55% no perciben la enfermedad o no actúan frente a ella (Huamanttica, 2016). Así mismo, en la ciudad de Lima existen 350 000 con esta dificultad, la cual, podría provocar el suicidio si no es tratada de forma rápida y eficaz, según Castillo. (2015, citado por Redacción LR, 2015).

Si bien, la depresión ha sido diagnosticada en adultos a lo largo de la historia; a partir de los años 70, algunos profesionales empiezan a nombrarla en la población infantil como patología a partir de la publicación de las actas del Congreso Nacional del Institute of Mental Health – NIMH (2014, citado por Huamanttica, 2016).

Hoy en día, la familia, a consecuencia del cambio en su dinámica, los respectivos roles, valores y normas, la comunicación y el clima emocional; han ido generando el desarrollo de ciertas patologías, desencadenando en sintomatologías a temprana edad, entre ellas la depresión en niños como el primer problema de salud pública debido a sus implicancias en el desarrollo (Huamanttica, 2016). Además, existen diversos estudios que la asocian con un ambiente

familiar disfuncional o exposición a eventos estresantes con alteraciones significativas del comportamiento que hacen más complejo su diagnóstico (Huamantlica, 2016).

Asimismo, aquellas personas que se encuentran a cargo de los niños poseen pocos recursos que facilitan la detección y comprensión de las diferentes manifestaciones que conlleva a la depresión en niños, propiciando el desarrollo de psicopatología en la etapa de la adultez, evidenciándose que la mayor frecuencia de casos se presenta en la edad escolar, desde los 8 a 10 años; pero, en la adolescencia aumenta en forma considerable y el riesgo suicida se dispara, al igual que en los adultos, manifestado por Macher (2008, citado por Carrillo, 2008).

En los últimos cinco años, se ha comprobado que la depresión en niños afecta al 3.5% de la población infantil, siendo los de 6 a 10 años los que padecen un episodio depresivo, como refiere el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado - Hideyo Noguchi” (2012, citado por Huamantlica, 2016).

Por otro lado, existen factores de riesgo que pueden generar el origen de sintomatología depresiva a temprana edad, como los últimos sucesos ocurridos en diversos países; crisis política en Venezuela, actos terroristas en Colombia y otros países, así como el último desastre, natural en el litoral peruano en los meses de febrero y marzo, durante el año 2017, ocasionando inestabilidad en diferentes aspectos.

De acuerdo con los eventos expuestos anteriormente, las personas se vuelven más vulnerables, por ello requieren de factores protectores para sobrellevar tales situaciones. Por consiguiente, se necesita una adecuada capacidad para confrontar dichos eventos o sucesos difíciles y estresantes.

Uno de estos factores sería el desarrollo de la resiliencia en la etapa infantil, así como lo emplea Nira Kaplansky (2017, citado por Baena, 2017), quien hace referencia a la técnica preventiva BÁSICA, la cual es utilizada antes de eventos traumáticos, en el caso de no ser ejecutada, pueden acentuarse todas las categorías desde las escuelas y familias. Por ello, se considera indispensable tener mayor conocimiento

del desarrollo de la resiliencia en esta etapa escolar, acudiendo al apoyo de docentes o tutores, padres de familia y de la comunidad.

En cuanto a lo anteriormente mencionado, se formula la siguiente interrogante de investigación: ¿Existe relación entre la sintomatología depresiva y la resiliencia en estudiantes de 8 a 10 años de edad de una Institución Educativa de Lima Metropolitana?

Objetivo General:

Establecer la relación entre la sintomatología depresiva y la resiliencia en estudiantes de 8 a 10 años de edad de una Institución Educativa de Lima Metropolitana.

Objetivos específicos:

- Determinar la relación entre la sintomatología depresiva y la autoestima en estudiantes de 8 a 10 años de edad de una Institución Educativa de Lima Metropolitana.
- Determinar la relación entre sintomatología depresiva y la empatía en estudiantes de 8 a 10 años de edad de una Institución Educativa de Lima Metropolitana.
- Determinar la relación entre sintomatología depresiva y la autonomía en estudiantes de 8 a 10 años de edad de una Institución Educativa de Lima Metropolitana.
- Determinar la relación entre la sintomatología depresiva y el humor en estudiantes de 8 a 10 años de edad de una Institución Educativa de Lima Metropolitana.
- Determinar la relación entre la sintomatología depresiva y la creatividad en estudiantes de 8 a 10 años de edad de una Institución Educativa de Lima Metropolitana.
- Determinar la relación entre resiliencia y disforia en estudiantes de 8 a 10 años de edad de una Institución Educativa de Lima Metropolitana.
- Determinar la relación entre resiliencia e ideas de autodesprecio en estudiantes de 8 a 10 años de edad de una Institución Educativa de Lima Metropolitana.
- Determinar la relación entre las dimensiones de sintomatología depresiva y las dimensiones de la resiliencia en estudiantes de 8 a 10 años de edad de una Institución Educativa de Lima Metropolitana.

MÉTODO

Investigación de tipo descriptivo y diseño no experimental – transversal – correlacional.

Participantes:

Conformado por 146 niños y niñas que estuvieron matriculados en el 3°, 4° y 5° de primaria; cuyas edades oscilan entre 8 y 10 años de edad. Además, el criterio de exclusión fueron aquellos estudiantes con habilidades diferentes.

Instrumentos:

Se utilizó el Inventario de Depresión Infantil (Kovacs, 2004), adaptado y estandarizado por Edmundo Arévalo Luna (2008), siendo la validez del instrumento ($p < 0.001$) y la confiabilidad a través del coeficiente Alfa de Cronbach es > 0.70 . Este inventario es aplicable a niños y niñas de 8 a 16 años de edad, teniendo un tiempo de ejecución aproximadamente entre 15 a 20 minutos y la administración puede ser individual o colectiva.

Asimismo, se utilizó el Inventario de Factores Personales de Resiliencia para niños de Ana Cecilia Salgado Lévano (2005), el cual tiene como validez ($p < 0.001$) y la confiabilidad según el coeficiente Alfa de Cronbach es > 0.76 . Este inventario se aplica a niños y niñas de 7 a 12 años de edad, siendo su administración individual o colectiva.

Procedimiento:

- Se realizó un estudio bibliográfico para la recolección de los datos en relación con el tema elegido para la investigación, con la finalidad de sustentar los antecedentes de las variables de investigación.
- Se solicitó una carta de presentación a las autoridades de la universidad de estudios para presentarla ante la Institución Educativa, dónde se llevó a cabo la presente investigación.
- Se organizó el horario de aplicación de pruebas psicológicas con la directora de la Institución Educativa.
- Se envió los consentimientos informados a los padres de familia para solicitar la autorización en la aplicación de las dos escalas seleccionadas.
- Se entregó a los niños el asentimiento informado antes de la aplicación de ambas escalas.

- Se realizó la aplicación de los materiales seleccionados por aulas de manera colectiva de acuerdo con su grado y sección.
- Se desarrolló el procesamiento de datos, los cuales fueron organizados para su respectivo análisis y comprensión en la investigación.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En cuanto a los resultados obtenidos, se muestra que el nivel de depresión de la muestra total de los estudiantes, solo la minoría presenta sintomatología depresiva.

En cuanto a las dimensiones internas del Inventario de Resiliencia se observa que los alumnos han desarrollado un nivel Medio en relación con las áreas de; autoestima, empatía, autonomía, humor y creatividad. Estos resultados han demostrado que los niños de 8 a 10 años de edad muestran de manera general los factores personales resilientes, los cuales aún están en desarrollo. Asimismo, la autoestima es la dimensión que más han desarrollado, lo que denota ser un buen indicador, puesto que es base para fomentar el desarrollo de los demás recursos personales, como es sustentado por Cardozo (2005, citado por González Arratia, 2018) que la autoestima favorece a la resiliencia, es decir, que es principio fundamental para afrontar aquellos eventos estresantes.

La muestra indica que la mayoría de los niños de 8 a 10 años de edad han desarrollado un nivel Promedio a un nivel Alto, en cuanto a la resiliencia. Consecuentemente, a partir de lo mencionado, Kumpfer y Hopkins (1993, citado por Becoña, 2006) consideran que, en la etapa de la niñez en relación con su entorno, desarrollarían siete factores: optimismo, empatía, insight, competencia intelectual, autoestima, misión y perseverancia. Además, consideran las siguientes habilidades de afrontamiento: emocionales, interpersonales, académicas, de trabajo, de reestructuración, planificación y resolución de problemas. Es decir, que los niños aún estarían en proceso de desarrollo de sus factores personales resilientes.

Esta investigación, demostró que solo los niños de 10 años de edad presentan un nivel mínimo y moderado

de sintomatología depresiva, lo cual se puede sustentar, según el Instituto Nacional de Salud Mental (2011) que los niños y niñas antes de la adolescencia comienzan a manifestar los primeros síntomas depresivos, con frecuencia similar.

Además, se denota que las niñas presentan mayores síntomas depresivos que los niños, demostrando que el sexo femenino puede ser más propenso a padecer depresión. Así como, el Instituto Nacional de Salud Mental (2011) señala que es posible que los cambios biológicos y hormonales durante la pubertad en las niñas originen altos niveles de depresión. También, esta información se relaciona con los datos estadísticos que presentó el Hospital Hermilio Valdizán (2018), indicando en sus últimos resultados a nivel estadístico, que existe una mayor frecuencia en la atención de consulta externa, emergencia y hospitalización de los diagnósticos de episodio depresivo (F32) con trastorno depresivo recurrente (F33), siendo el sexo femenino el más afectado.

Respecto a la resiliencia, se evidencia que la mayoría de los alumnos poseen desde un nivel promedio a un nivel alto, presentando indicadores de una persona resiliente, las cuales estarían en un proceso de desarrollo. Denotando que el sexo femenino es más predispuesto a desarrollar la resiliencia, como lo manifiesta, Fergusson y Lynskey (1996, citado por Kotliarenko, Cáceres y Fontecilla, 1997) que existe mayor vulnerabilidad en el sexo masculino, que el femenino, siendo este último un factor protector de la mujer.

Por otro lado, se señala que existe correlación inversa entre disforia y resiliencia, relacionándose con la afirmación de Arévalo (2008), quien define la disforia a través de sentimientos de tristeza, irritabilidad, llanto, entre otros, los cuales serían indicadores que impiden el desarrollo de la resiliencia, puesto que la disforia es un factor limitante y obstaculizante para desarrollar esta capacidad.

Respecto a las variables, ideas de autodesprecio y resiliencia, tienen una correlación inversa, demostrando que, si un niño posee poca confianza en sí mismo, con escasos recursos para relacionarse con los demás, excluido y rechazado de su entorno más

íntimo; probablemente evite autogenerarse alternativas para mantenerse motivado y poder lograr sus metas y objetivos.

Además, la autoestima y depresión tienen una correlación inversa. De acuerdo con lo mencionado, Cava y Musitu (2000, citado por González Arratia, 2018) consideran a la autoestima como un recurso importante en el bienestar y la salud; es decir, que la seguridad y confianza del niño para consigo mismo genera la capacidad de solucionar los problemas, evitando el debilitamiento en su afrontamiento.

En cuanto a las relación, autonomía y depresión, se halla una correlación inversa, es decir, si el niño posee una elevada autonomía, contaría a su vez con la habilidad de autocontrol, dominio para auto dirigirse y planificar sus metas de acuerdo a sus propios intereses; confiará más en sí mismo y estará seguro para lograr sus objetivos, evitando la consternación.

Asimismo, existe una alta correlación inversa entre la dimensión de humor y depresión; denotando que, si el niño a pesar de experimentar situaciones que puedan ser dolorosas, adversas o difíciles, éste puede transformar dichas situaciones a través del sentido de humor. Así como lo señala Suárez (1997, citado por Melillo y Suárez, 2001), quien menciona que se debe encontrar la risa en lo trágico, influyendo en su bienestar.

Por otro lado, existe correlación inversa entre creatividad y depresión, al respecto, Suárez (1997, citado por Melillo y Suárez, 2001) manifiesta que la creatividad es la capacidad de crear, construir y transformar el caos en orden; puesto que permite canalizar las emociones negativas para plasmar en ellas situaciones de su entorno que necesitan ser solucionadas, generando nuevas oportunidades.

En cuanto a la relación entre las dimensiones de depresión y las dimensiones de la resiliencia, se establece una correlación inversa entre algunas, es decir; autoestima y disforia, autoestima e ideas de autodesprecio, autonomía y disforia, autonomía e ideas de autodesprecio, humor y disforia, humor e ideas de autodesprecio, así como; creatividad y disforia.

Sin embargo, no existe relación entre las siguientes dimensiones; empatía y disforia; empatía e ideas de autodesprecio y creatividad e ideas de autodesprecio.

En cuanto a la autoestima y las dimensiones de depresión, André y Lelord (2000) refieren que las personas con baja autoestima tienen una imagen contradictoria de sí mismo, poco estable, actuando en función a los deseos de los demás; sin poder desarrollar su propia personalidad. Por lo tanto, si una persona tiene poca autoestima, será propensa a desarrollar sintomatología depresiva.

Referente a la relación entre autonomía y las dimensiones de la depresión existe correlación inversa, debido a que, si el niño puede ser más independiente, actúa por sus propios recursos y sus ideas son consideradas en su entorno, produciría mayor seguridad en él mismo.

Además, existe una correlación inversa entre humor y las dimensiones de depresión. Respecto a ello, Vanistendael et al. (2013) refieren que el humor es utilizado como un mecanismo de defensa, puesto que, a través de sus formas sencillas, favorece al bienestar corporal, emocional y relaciones sociales.

También, existe una correlación inversa entre creatividad y la dimensión de disforia, ya que si el niño se encuentra en un estado de ánimo disfórico; irritable, intranquilo de profunda tristeza, logrará pocos recursos a través de la creatividad para llegar a la resiliencia. Al respecto, Herrera et al. (2007) manifiestan que, a través de la creatividad, construcción y transformación, los niños se ven beneficiados en el transcurso de procesar sus emociones. Asimismo, la creatividad estimula la libertad, ayuda a mejorar el estado de ánimo. Incluso, es una relación terapéutica que contribuye a la estabilidad anímica con el fin de integrar las experiencias disociadas y procesar las experiencias que han generado traumas. Además, Bernabeu y Goldstein (2009) señalan que los sentimientos de confianza, autocontrol y equilibrio contribuyen a generar soluciones ante sus problemas o diversas experiencias.

Finalmente, se evidencia que existe una correlación inversa entre sintomatología depresiva y resiliencia. Es decir, para que los niños superen eventos difíciles

y eviten la sintomatología depresiva, se considera importante el desarrollo de la resiliencia. Del Barrio (2015, citado por Rodríguez, Morell y Fresneda, 2015), señala que ésta debe formarse desde los primeros años de vida, basándose en la compatibilidad, seguridad y fortaleza, que tienen que ser facilitados por medio de los lazos de vivencia y pertenencia a la familia nuclear del niño, puesto que ésta es la encargada de transmitir un apego adecuado; favoreciendo la presencia de los factores protectores en el niño.

Por ello, se considera importante describir los resultados del nivel de depresión y resiliencia según las edades y sexo, de la misma manera, la correlación entre las variables estudiadas.

Tabla 1
Porcentaje del nivel de depresión según la edad en estudiantes de 8 a 10 años de edad de una Institución Educativa de Lima Metropolitana

	Depresión total			
	No síntomas	Síntomas mínimos y moderados	Síntomas marcados o severos	Síntomas grado máximo
8 años	13,0%	2,1%	0,0%	0,0%
9 años	37,0%	4,8%	0,0%	0,7%
10 años	37,0%	5,5%	0,0%	0,0%

En la tabla 1, se observa los porcentajes del nivel de depresión según la edad. En el nivel de No síntomas, 8 años posee un porcentaje menor con 13,0%, a diferencia de los síntomas marcados o severos y síntomas grado máximo con 37,0%, respectivamente; en el nivel de Síntomas mínimos y moderados, 10 años presenta un porcentaje de 5,5%, siendo mayor a 8 años con 2,1% y 9 años con 4,8%; en el nivel de Síntomas marcados o severos, las tres edades presentan 0,0%. Finalmente, en el nivel de Síntomas grado máximo, 9 años presenta 0,7%, mientras que 8 años y 10 años indican un porcentaje de 0,0%.

Tabla 2

Porcentaje del nivel de depresión según el sexo en estudiantes de 8 a 10 años de edad de una Institución Educativa de Lima Metropolitana

	Depresión total			
	No síntomas	Síntomas mínimos y moderados	Síntomas marcados o severos	Síntomas grado máximo
Masculino	49,3%	4,1%	0,0%	0,0%
Femenino	37,7%	8,2%	0,0%	0,7%

En la tabla 2, se observa los porcentajes del nivel de depresión según el sexo; en el nivel de No Síntomas, el sexo masculino posee un porcentaje de 49,3%, mayor al sexo femenino con 37,7%. En el nivel de Síntomas Mínimos y Moderados, el sexo femenino indica un 8,2%, mientras que el sexo masculino presenta 4,1%. En el nivel de síntomas Marcados o Severos, ambos sexos presentan 0,0%. Finalmente, en el nivel de síntomas grado máximo, el sexo femenino muestra 0,7%, mayor que el sexo masculino con 0,0%.

Tabla 3

Porcentaje del nivel de resiliencia según la edad en estudiantes de 8 a 10 años de edad de una Institución Educativa de Lima Metropolitana

	Resiliencia Total				
	Muy bajo	Bajo	Promedio	Alto	Muy alto
8 años	0,0%	1,4%	9,6%	3,4%	0,7%
9 años	0,0%	2,1%	21,9%	17,8%	0,7%
10 años	0,7%	0,7%	26,0%	12,3%	0,7%

En la tabla 3, se puede observar los porcentajes del nivel de resiliencia según la edad. En el nivel Muy Bajo, la edad de 10 años posee un porcentaje de 0,7% siendo mayor que 8 años y 9 años los cuales poseen 0,0%. En el nivel Bajo, la edad de 9 años tiene un porcentaje de 2,1% en comparación con la edad de 8 años con un porcentaje de 1,4% y 10 años con un porcentaje de 0,7%. En el nivel Promedio, se observa que la edad de 10 años tiene un porcentaje de 26,0%, no obstante, la edad de 8 tiene un porcentaje de 9,6% y la edad de 9 años posee un porcentaje de 21,9%. En

el nivel Alto, la edad de 9 años posee un porcentaje de 17,8%, sin embargo, la edad de 8 años posee un porcentaje de 9,6% y la edad de 10 años tiene un porcentaje de 12,3%. Finalmente, en el nivel Muy alto se observa que en las tres edades mantienen un mismo porcentaje siendo 0,7%.

Tabla 4

Porcentaje del nivel de resiliencia según el sexo en estudiantes de 8 a 10 años de edad de una Institución Educativa de Lima Metropolitana

	Resiliencia Total				
	Muy bajo	Bajo	Promedio	Alto	Muy alto
Masculino	0,0%	3,4%	34,9%	14,4%	0,7%
Femenino	0,7%	0,7%	22,6%	19,2%	3,4%

En la tabla 4, se puede observar los porcentajes del nivel de resiliencia según el sexo; en el nivel Muy Bajo, el sexo masculino posee un nivel de resiliencia mayor con un porcentaje de 0,0% que el sexo femenino con un porcentaje de 0,7%. En el nivel Bajo, el sexo masculino tiene mayor porcentaje, el cual es 3,4% que el sexo femenino con un porcentaje de 0,7%. En el nivel Promedio, el sexo masculino tiene un mayor porcentaje, siendo 34,9%, mientras que en el sexo femenino se observa un 22,6%. En el nivel Alto, el sexo femenino tiene mayor porcentaje, siendo 19,2% contrario al sexo masculino con un 14,4%. Finalmente, en el nivel Muy alto, el sexo femenino tiene un porcentaje de 3,4% contrario al sexo masculino con un porcentaje de 0,7%.

Tabla 5

Coefficiente de correlación entre las áreas de la prueba de resiliencia con las áreas de la prueba de depresión

	Disforia	Ideas de autodesprecio	Depresión total
Autoestima	-,296**	-,439**	-,415**
Empatía	-,141	-,133	-,176*
Autonomía	-,320**	-,278**	-,357**
Humor	-,390**	-,301**	-,398**
Creatividad	-,225**	-,144	-,231**
Resiliencia total	-,439**	-,431**	-,497**

*p< .05

**p< .01

En la tabla 5, se puede observar la correlación entre las variables de la prueba de depresión y resiliencia, se evidencia que la variable de disforia posee mayor correlación significativa con la variable de humor (-,390**) y una menor correlación con la variable de creatividad (-,225**); ideas de autodesprecio tiene una mayor correlación significativa con la variable de autoestima (-,439**) y una menor correlación con la variable de autonomía (-,278**). En términos generales, se puede observar que existe una correlación inversa entre depresión y resiliencia. (-,497**).

CONCLUSIONES

- Se determinó una relación inversa entre la sintomatología depresiva y la resiliencia en estudiantes de 8 a 10 años de edad en los participantes estudiados.
- Se determinó una relación inversa entre la sintomatología depresiva y la autoestima en estudiantes de 8 a 10 años de edad.
- Se determinó una relación inversa entre sintomatología depresiva y la empatía en estudiantes de 8 a 10 años de edad.
- Se determinó una relación inversa entre sintomatología depresiva y la autonomía en estudiantes de 8 a 10 años de edad.
- Se determinó una relación inversa entre la sintomatología depresiva y el humor en estudiantes de 8 a 10 años de edad.
- Se determinó una relación inversa entre la sintomatología depresiva y la creatividad en estudiantes de 8 a 10 años de edad.
- Se determinó una relación inversa entre resiliencia y disforia en estudiantes de 8 a 10 años de edad.
- Se determinó una relación inversa entre resiliencia e ideas de autodesprecio en estudiantes de 8 a 10 años de edad.
- Se determinó una relación inversa entre las dimensiones de sintomatología depresiva y las dimensiones de la resiliencia (autoestima y disforia, autoestima e ideas de autodesprecio, autonomía y disforia, autonomía e ideas de autodesprecio, humor y disforia, humor e ideas de autodesprecio, así como; creatividad y disforia) en estudiantes de 8 a 10 años de edad.

REFERENCIAS

- André, C. y Lelord, F. (2000). *La autoestima: gustarse a sí mismo para mejor vivir con los demás*. Barcelona: Kairós.
- Arévalo, E. (2008). *Adaptación y Estandarización del CDI, para las ciudades de Trujillo, Chiclayo y Piura*. Universidad Privada Antenor Orrego, Trujillo.
- Baena, M. (28 de marzo de 2017). Resiliencia, la técnica para educar a niños con traumas. *El Espectador*. Recuperado de <http://www.elespectador.com/noticias/educacion/resiliencia-la-tecnica-para-educar-ninos-con-traumas-articulo-686732>
- Becoña, E. (2006). Resiliencia: Definición, características y utilidad del concepto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11(3), 125-146.
- Bernabeu, N. y Goldstein, A. (2009). *Creatividad y aprendizaje: el juego como herramienta pedagógica*. Madrid: Narcea.
- Carrillo, W. (27 de febrero de 2008). El 21% de los niños peruanos sufre de depresión, advierte director de hospital Honorio Delgado-Hideyo Noguchi. Andina. Recuperado de <http://www.andina.com.pe/agencia/noticia-el-21-los-ninos-peruanos-sufre-depresion-advierte-director-hospital-honorio-delgadohideyo-noguchi-163107.aspx>
- Clínica Cattell Psicólogos en Murcia. (2014). Resiliencia y Apego: Entrevista a Boris Cyrulnik [Audiovisual]. España: Clínica Cattell Psicólogos en Murcia.
- González Arratia López Fuentes, N. (2018). Autoestima, Optimismo y Resiliencia en Niños en Situación de Pobreza. *Revista Internacional de Psicología*, 16(01). Recuperado de <http://www.revistapsicologia.org/index.php/revista/article/view/261>
- González, Y. (2006). Depresión en niños y niñas con cáncer. *Actualidades en Psicología*, 20, 22-44.
- Herrera, L., Gordillo, J., Malbrán, S., Jones, R., Muñoz, J., Méndez, M., (...) Espinosa, S. (2007). *La creatividad en la clase de música: componer y tocar*. Barcelona: Graó.

- Hospital Hermilio Valdizán. (2018a). Sistema de información – HHV. Perfil de pacientes que se atienden en emergencia. Recuperado de http://www.hhv.gob.pe/estadistica/2018/emer_1sem_2018.pdf
- Hospital Hermilio Valdizán. (2018b). Sistema de información – HHV. Perfil de pacientes atendido que asisten a consulta externa (Atenciones médicas psiquiátricas). Recuperado de http://www.hhv.gob.pe/estadistica/2018/cext_1sem_2018.pdf
- Hospital Hermilio Valdizán. (2018c). Sistema de información – HHV. Perfil de pacientes atendido que egresan en hospitalización. Recuperado de http://www.hhv.gob.pe/estadistica/2018/hos_1sem_2018.pdf
- Huamanttica Valverde, R. (2016). Depresión infantil: un problema desconocido por la sociedad peruana. *Cultura*, (30), 253-259.
- Instituto Nacional de Salud Mental. (2011). *Las mujeres y la depresión*. Washington, D.C: Instituto Nacional de Salud Mental.
- Kotliarenco, M. A., Cáceres, I. y Fontecilla, M. (1997). *Estado de arte en resiliencia*. Organización Mundial de la Salud: Fundación W. K. Kellogg.
- Kovacs, M. (2004) *Inventario de Depresión Infantil, CDI*. Madrid: Tea Ediciones-
- Melillo, A. y Suárez, E. (2001). *Resiliencia: Descubriendo las propias fortalezas*. Buenos Aires: Paidós.
- Ministerio de Sanidad y Política Social de España. (2014). *Guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión en el adulto*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Organización Mundial de la Salud. (s.f.). Depresión. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/management/depression/es/
- Organización Mundial de la Salud. (2017a). Depresión. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2017b). Suicidio. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/es/>
- Redacción LR. (21 de abril de 2015). Cerca de un millón 700 mil peruanos sufren de depresión. La República. Recuperado de <http://larepublica.pe/21-04-2015/cerca-de-1-700-000-peruanos-sufren-de-depresion>
- Rivera, E. (2014). Trastornos depresivos en niños y adolescentes. *Diagnóstico*, 53(3), 136-141.
- Rodríguez, M., Morell, J. y Fresneda, J. (2015). *Manual de promoción de la resiliencia infantil y adolescente*. Madrid: Pirámide.
- Rodríguez, M., Morell, J. y Fresneda, J. (2017). *Cuida de mí. Claves de la resiliencia familiar*. Madrid: UNED.
- Salgado, A. C. (2005). *Inventario de factores personales de resiliencia*. Universidad San Martín de Porres, Lima.
- Sánchez, M. (2018). *Autonomía personal y salud infantil*. Madrid: Editex.
- Vanistendael, S., Lecomte, J., Gaberan, P., Humbeeck, B., Manil, P. y Rouyer, M. (2013). *Resiliencia y Humor*. Barcelona: Gedisa.

Fecha de recepción: 17 de setiembre 2018

Fecha de aceptación: 28 de octubre 2018