

UNIVERSIDAD DE LIMA
ESCUELA DE HUMANIDADES
CARRERA DE PSICOLOGÍA



Comparación entre la presencia de sintomatología depresiva en niños de 8 a 10 años con leucemia, discapacidad física y ausencia de problemas de salud física en Lima Metropolitana.

Tesis para Optar el Título de Licenciado en Psicología
Presentada por

ALEXANDRA GRIEVE HERRERA

Lima, 2015

TABLA DE CONTENIDO

| | |
|--|----|
| Contenido | II |
| Resumen y Abstract | IV |
| Introducción | 5 |
| Justificación | 6 |
| Relevancia | 8 |
| Viabilidad | 10 |
| Limitaciones | 10 |
| | |
| Capítulo I. Marco Teórico | |
| 1.1. Antecedentes del problema | 12 |
| 1.2. Base Teórica Conceptual | |
| 1.2.1 Depresión y Desarrollo de las emociones infantiles | 18 |
| 1.2.2 Cáncer | 25 |
| 1.2.3 Discapacidad Física | 28 |
| | |
| Capítulo II. Objetivos e Hipótesis | |
| 2.1. Objetivo General | 31 |
| 2.1.1. Objetivos Específicos | 31 |
| 2.2. Hipótesis General | 31 |
| 2.2.1. Hipótesis Específicas | 31 |
| 2.3. Definiciones Operacionales | 32 |
| | |
| Capítulo III. Método | |
| 3.1. Tipo y Diseño de Investigación | 34 |
| 3.2. Participantes | 34 |
| 3.3. Técnicas de Recolección de la Información | 35 |
| 3.4. Procedimiento | 39 |
| | |
| Capítulo IV. Resultados | 41 |
| | |
| Capítulo V. Discusión de Resultados | 57 |
| | |
| Conclusiones | 64 |

| | |
|--|----|
| Recomendaciones | 66 |
| Referencias Bibliográficas | 70 |
| Anexos | |
| Consentimiento Informado niños con problemas de salud física | 71 |
| Consentimiento Informado niños sin problemas de salud física | 72 |
| Enunciados por áreas del instrumento | 73 |
| Fichas de respuestas del instrumento | 75 |
| Baremos del instrumento | 76 |

RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo general, comparar los resultados entre la presencia de sintomatología depresiva en niños de 8 a 10 años con leucemia, discapacidad física y ausencia de problemas físicos. La muestra estuvo conformada por 27 niños de 8 a 10 años, de los cuales 6 fueron diagnosticados con leucemia, 6 con discapacidad física y 15 sin problemas de salud física. Para ello, se utilizó el Cuestionario de Depresión para niños (CDS), donde los participantes debían señalar aquellas imágenes cuyos rostros representaban mejor su respuesta al enunciado presentado. Los resultados indicaron que el 50% de los niños con leucemia presentaban niveles muy bajos o ausencia de sintomatología depresiva; mientras que los niños con discapacidad física y sin problemas de salud, presentaba el 33.33% y el 13.33% respectivamente, que según lo establecido en el instrumento, indica la presencia de un trastorno depresivo. No obstante, no se presenta una diferencia significativa en cuanto a una mayor presencia de sintomatología depresiva entre las muestras. Por tanto, de los resultados obtenidos se puede apreciar, que el padecimiento de una enfermedad no es determinante para la aparición de síntomas depresivos pudiendo existir otros factores implicados; sin embargo, es importante señalar que, la discapacidad física puede tener un impacto negativo en los niños que la presentan considerando las limitaciones y su condición de permanencia en su desarrollo.

Palabras claves: leucemia, discapacidad física, depresión

ABSTRACT

This research aims to compare the results between depressive symptomatology in children aged 8 to 10 years with leukemia, physical disability and absence of physical health problems. The sample consisted of 27 children aged 8-10 years, of which 6 have leukemia, 6 are physical disabled and 15 do not have any physical health problem. Children responded to the "Children's Depression Scale", in which they had to point out pictures of faces that indicated their response. The results showed that 50% of children with leukemia had very low levels or absence of depressive symptomatology, whereas 33.3% of physically handicapped children and 13.3% of the children without health problems presented a depressive disorder. However, the results did not evidence a significant difference between the samples. Therefore, having a disease does not necessarily mean that a child will develop depression, since there are many factors involved in this diagnosis; however, these have not been addressed in this study. In addition, it is important to mention that a physical disability can have a negative impact on the children who have it, because of the limitations it implies and the permanency of the condition in their development.

Key words: leukemia, physically disabled, depressive disorder.

INTRODUCCIÓN

El presente tema de investigación se centra en el área de la psicología clínica infantil, ya que está relacionado a la presencia de depresión en niños con leucemia, discapacidad física y aquellos sin problemas de salud física. En ese sentido, el problema de investigación está orientado a comparar la presencia de sintomatología depresiva en niños que enfrentan problemas de salud, en este caso, padecer leucemia o discapacidad física; así como también, poner de manifiesto que los niños sin problemas de salud física evidencian ausencia de síntomas depresivos.

La definición de depresión adoptada en este estudio, tanto adulta como infantil, se presenta como un trastorno emocional que se caracteriza por ciertas vivencias subjetivas y ciertas conductas observables (Del Barrio, 2000). En el lado subjetivo, destacan los sentimientos de tristeza y desgano que son los discriminantes básicos de las personas que padecen una depresión; en el caso del comportamiento, se observan conductas de apatía, trastornos somáticos y cansancio que les impide el disfrute de la vida; así como también, en casos más graves, el desempeño de las tareas habituales más elementales e incluso el deseo de seguir vivo. Es preciso señalar que, Del Barrio (2013) afirma que en la depresión infantil y adolescente hay que tener en cuenta dos aspectos: en primer lugar, en el manual estadístico y diagnóstico de los trastorno mentales DSM, la depresión es únicamente considerada un trastorno adulto, dónde la tristeza podría estar reemplazada por la irritación; y en segundo lugar, se trata de un trastorno emocional y los niños y adolescentes viven en una atmósfera emocional mucho más intensa que los adultos. De esta manera, enfatiza como una definición globalizadora de la depresión infantil y adolescente “cambio persistente en la conducta consistente en el descenso de la capacidad de disfrutar de los acontecimientos, comunicarse con los demás, rendir

escolarmente, con presentación de alteraciones de funciones corporales y frecuentemente acompañada de múltiples acciones de protesta (Del Barrio, citado en el Del Barrio 2013).

En el Perú, el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas informó en el 2004 que fueron diagnosticados y atendidos 66 casos de niños entre 0 a 14 años con leucemia linfoide y 13 con leucemia mieloide (Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, 2004). Por lo tanto, es importante considerar este tema, puesto que los niños que sufren de esta enfermedad, que es la más común en esta población, requieren una atención integral de su salud. Por otro lado, Huerta (2006), plantea que en 1993, se encontró un total de 288 526 personas con algún tipo de discapacidad física, es decir, el 1,3% de la población; mientras, que un 13,08% poseen minusvalía, entendida como “discapacidad severa que afecta la inclusión social.” Asimismo, el Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad, expuso que en el 2013, se encontraron 1328 niños entre 0 y 11 años con discapacidad en general; así como, 3762 casos fueron inscritos con discapacidad motora; sin embargo, no se especifica el rango de edad de los mismos y no se hallaron estadísticas que reflejen estos datos (Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad, 2013). De esta manera, esta cifra, es la que se utiliza actualmente en el Perú para cuantificar la población con discapacidad, siendo aquellos que requieren que el diseño de la infraestructura contemple adecuaciones que permitan su desplazamiento normal.

Justificación

Esta investigación, plantea un tema poco investigado en el Perú, lo cual también fue corroborado hace algunos años por Suarez (2003), en tanto, se presentan limitadas

investigaciones en relación a la depresión en niños con discapacidad física o leucemia. No obstante, este tema es sumamente importante para la mejoría de los niños, puesto que, un estado de ánimo negativo, puede disminuir el sistema inmunológico de los niños, dejándolos indefensos y por tanto, más propensos a adquirir una enfermedad. En el caso de estos niños con leucemia o discapacidad física, el encontrarse en riesgo de adquirir alguna enfermedad, es sumamente peligroso, puesto que no poseen las fuerzas necesarias para combatir una nueva infección.

Asimismo, si bien existen muy pocas investigaciones en las que se demuestra la presencia del trastorno depresivo en personas con cáncer o con discapacidad física, no se encontró ninguna investigación que comparare estos dos problemas de salud con la presencia de una posible sintomatología depresiva. Es importante, por tanto, evaluar la presencia o ausencia de esta sintomatología en los niños con leucemia y discapacidad física, lo que permitiría una intervención terapéutica temprana que representaría una contención para estos niños, considerando que la presencia de síntomas depresivos representarían una posible disminución en el sistema inmunológico. Esto, se evidencia en el estudio realizado por Pocino y Castes (2013), donde indican que la depresión, afecta el sistema inmunológico de manera negativa, bajando las defensas del individuo, y por lo tanto, propiciando la evolución de la enfermedad.

Es importante precisar que, con los resultados obtenidos en esta investigación, se podrían incluir dentro del tratamiento, el desarrollo de talleres orientados a trabajar las emociones que experimentan estos niños, su identificación y manejo. De la misma manera, sería beneficioso para ellos, llevar a cabo sesiones de consejería con los padres quienes son su soporte más próximo y psicoterapia, a fin de brindarles herramientas

que le permitan modos de afrontamiento más adecuados, rescatando sus fortalezas y aceptando aquello que está fuera de su control.

Del mismo modo, al culminar el presente trabajo de investigación, los resultados sentarán las bases para futuras investigaciones que permitan ampliar la muestra, contrastar resultados, establecer diferencias según condiciones económicas, culturales y familiares; como la implementación de programas de intervención que sean considerados como parte del tratamiento, para que los profesionales que trabajan con niños, tengan una mirada a este grupo, y su participación pueda ser más activa, considerando que su intervención es determinante para la mejora del estado anímico de estos niños.

Relevancia

La presencia de leucemia o discapacidad física en niños, los lleva a someterse a tratamientos médicos, desde edades muy tempranas, que pueden ser muy limitantes y dolorosos, como son sesiones de quimioterapia y hospitalización, en el caso de niños con leucemia, y las terapias físicas en niños con discapacidad física. A ello se suma, el aislamiento social forzoso e incluso la discriminación o diferenciación a la que están sujetos, debido a las limitaciones que su condición les otorga.

Esta situación tiene un impacto en el concepto de sí mismo, el cómo percibe su imagen, y cómo la presencia de estas condiciones tienen un impacto negativo en el desarrollo emocional de estos niños. Es por ello, que resulta fundamental evaluar la presencia de un posible trastorno depresivo en estos niños y las acciones remediales a realizar.

Por otro lado, el Ministerio de Salud (2005), presenta un Modelo de Atención Integral de Salud, elaborado por la Dirección General de Salud de las Personas, en donde exhiben los lineamientos para la acción en salud mental en el Perú. Sin embargo, no se incluyen programas de intervención para personas con discapacidad o aquellas que presenten alguna enfermedad, como la leucemia, centrándose únicamente en aspectos generales que devendrían de una depresión, un trastorno de ansiedad o un trastorno psiquiátrico.

Con los resultados obtenidos en el presente estudio, se podrá en primer lugar obtener mayor información, desarrollar programas de intervención y talleres orientados al tratamiento de sintomatología depresiva en niños, según su condición de salud física, sea, el tener discapacidad física o padecer de leucemia. De la misma manera, el instrumento utilizado en esta investigación involucra la evaluación en diferentes áreas de la vida del niño, permitiendo centrar los programas de intervención en aquellas que se encuentren mayormente afectadas, según discapacidad física o leucemia.

Por otro lado, para la autora, esta investigación es de suma relevancia, en tanto, en su experiencia laboral, ha podido observar los diversos tratamientos a los que se someten los niños con discapacidad física y cómo pueden exponer rechazo frente a éstas. Es así que, decidió evaluar la presencia de un trastorno depresivo y relacionarlo en un grupo de niños con leucemia, debido a que, los cambios y situaciones adversas a las que se exponen, la llevaron a obtener las mismas conclusiones, con respecto a los niños con discapacidad física, al percibirse un impacto negativo en su aspecto emocional.

Viabilidad

El tema en la presente investigación cuenta con un instrumento validado en Lima, lo cual, brinda estimaciones de confiabilidad a los resultados encontrados, y su aplicabilidad fue posible al haber una población de niños que cumplen con las condiciones requeridas para formar parte del estudio; sin embargo, es preciso señalar, que el acceso a este grupo de niños fue difícil por las condiciones propias de la enfermedad, que en la mayoría de los casos los mantiene en un aislamiento social.

El haber contado con la oportunidad de tener un contacto directo con este grupo de niños ha permitido la realización del presente trabajo de investigación que se presentó en un primer momento como parte de un tema que generaba inquietud, posteriormente representó un reto, y más adelante permitió conocer más de cerca como afecta emocionalmente estas enfermedades, más aún cuando se presenta en niños.

Limitaciones

La principal limitación que se presenta al trabajar con este tipo de estudio es que no todos los niños que cumplen los requisitos para formar parte de esta investigación, se encuentran en las condiciones de salud necesarias para responder a la prueba, debido a que su estado de salud es delicado y no les es posible exponerse a este tipo de evaluación.

Además, no se encuentran datos estadísticos suficientes, que permitan obtener una muestra significativa. Así, las estadísticas señalan que no existe un número muy elevado de niños con las características a las que rige la población y no es posible acceder a todos aquellos que sí cumplen con las condiciones necesarias para ser incluidos en la

investigación. De la misma manera, al evaluar niños con discapacidad física, deben de presentar un coeficiente intelectual mínimo para comprender la prueba, lo cual dificulta aún más su participación.

Además, el acceso a la muestra es también una dificultad, debido a que fue necesario pedir una autorización a las instituciones para acceder a los pacientes con las características necesarias para el estudio. De la misma manera, se necesita el permiso de los padres, debido a que se va a tratar con niños y en condiciones delicadas, por lo cual, muchas veces no se encuentran dispuestos a someter a sus hijos a una evaluación como esta. Es importante señalar, que las instituciones y hospitales nacionales que tratan con este tipo de pacientes, cuentan con procedimientos sumamente rigurosos para la autorización del acceso a su muestra, por lo que proporcionan el mínimo apoyo, en lo que respecta al desarrollo de investigaciones en el país.

Cabe precisar entonces que, la imposibilidad para generalizar los resultados es también una limitación del estudio, en tanto el tamaño de la muestra es sumamente reducido, al ser de difícil acceso, como se ha mencionado previamente como restricción.

CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO

1.1 Antecedentes del tema

En la presente sección se desarrollará las investigaciones halladas que se relacionan con el propósito del estudio, como la depresión en niños con cáncer y discapacidad física. Es preciso señalar que, a nivel nacional el tema no se ha desarrollado aún, por lo que no se encontró evidencia empírica que sustente el trabajo. No obstante, dentro de los estudios a nivel internacional que han trabajado las diferentes enfermedades, encontramos, entre otras, las siguientes:

Noel, D'Anello, Araujo & De Sousa (2012) realizaron un estudio en Venezuela, en donde evaluaron los elementos emocionales y familiares que contribuyen al proceso de adaptación del cáncer en 10 pacientes oncológicos entre 4 y 16 años. Las pruebas que aplicaron a los niños fueron el Aesti II, a fin de evaluar la competencia intelectual, la atracción social, la toma de decisiones y el potencial para el autodesarrollo, el dibujo de la figura humana de Machover y se aplicó el Cuestionario de participación familiar, con el objetivo de evaluar la participación familiar ante el cáncer. Como resultados principales se encontró que, los niños del estudio presentaban una autoestima baja y las emociones halladas con mayor frecuencia fueron ansiedad, tensión emocional, depresión en un 60%, sensación de amenaza y capacidad limitada en actividades de autocuidado en un 50% de los evaluados. Asimismo, infieren que la autoestima podría haberse visto afectada, debido a los diferentes tratamientos invasivos como

radioterapias, quimioterapias, trasplantes de médula ósea, lo cual repercute en su auto-concepto físico y altera su imagen corporal. Con respecto a la participación familiar, observaron una alta participación de la madre, evidenciándose un alto compromiso de las mismas, preocupación por conocer los efectos del tratamiento y así poder reconocer los síntomas que pudieran manifestarse. Además, se concluye que las conductas que facilitan el proceso de adaptación del paciente fueron los comportamientos de padres y cuidadores, basados en ejecutar acciones contingentes para el manejo de la enfermedad, en situaciones como dolor, náuseas, falta de apetito, resistencia al tratamiento y consultas médicas, sentimientos de dolor y alienación.

Bragado (2009) ofrece los resultados actualizados basados en dos líneas de investigación en Madrid: el interés de la psico-oncología pediátrica por el ajuste psicológico de los niños a la enfermedad y sus tratamientos y la eficacia de las intervenciones psicológicas. El cáncer y sus tratamientos son una experiencia estresante y traumática para los niños y sus familias, debido a las numerosas situaciones que deben enfrentarse en el curso de la enfermedad. Se ha detectado que los adolescentes, son más vulnerables a poseer un malestar emocional, puesto que son más conscientes de su enfermedad y deben enfrentarse a ella, al mismo tiempo que afrontan sus propios retos evolutivos.

Además, afirma que mientras los niños, se encuentren más informados sobre su enfermedad, poseerán menor cantidad de síntomas de malestar emocional. De la misma manera, los resultados muestran que los niños y adolescentes con cáncer exhiben un buen funcionamiento psicológico, por lo que son capaces de afrontar la enfermedad y sus tratamientos con poco desgaste psicológico. Consideran que su ajuste, se debe a que

utilizan un estilo de afrontamiento defensivo, represivo o de negación del malestar emocional; por lo tanto, informan menos síntomas de los que realmente sienten. Noll y Kupst, citados en Bragado (2009), consideran que la ausencia de psicopatología y la capacidad de adaptación que muestran los niños ante estas circunstancias, son respuestas naturales y lógicas, debido a que tienen más valor funcional para la supervivencia individual y de la especie. En cuanto a las intervenciones psicológicas, se ha hallado que las intervenciones son dirigidas al manejo del dolor, puesto que el tratamiento les provoca reacciones intensas de ansiedad que pueden obstaculizar la labor del personal sanitario.

Bragado, Hernandez – Lloreda, Sánchez – Bernardos & Urbanos (2008), realizaron un estudio en Madrid, a fin de comprobar si los niños con cáncer, en tratamiento con quimioterapia, presentaban un peor autoconcepto físico, menos autoestima y más ansiedad y depresión que los niños sanos del mismo rango de edad y condición social. Así, administraron la versión española del *Physical Self-Concept Description Questionnaire* (PSDQ), Cuestionario de Depresión Infantil (CDI) y el *State-Trait Inventory for Children* (STAIC) a 30 niños con cáncer y 90 niños sin historia de cáncer de entre 9 y 16 años. Si bien se ha venido asumiendo que el cáncer y sus tratamientos generan un impacto psicológico negativo en el niño, debido a las numerosas situaciones estresantes a las que debe enfrentarse en el curso de la enfermedad, tales como amenaza para la vida, dolor, cambios físicos y funciones, hospitalizaciones, entre otros; en este estudio los resultados señalan lo contrario. Así, encontraron que no existían diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en ninguna de las variables de estudio. De esta manera, confirman la existencia de una tendencia observada en los últimos años, acerca de que los niños con cáncer presentan un buen ajuste psicológico

ante la enfermedad y sus tratamientos, dando cuenta de un posible elevado nivel de resiliencia frente a la adversidad.

Es preciso señalar que, Von Essen et al. (citados en Bragado et al., 2008), indican que si bien durante el tratamiento, los niños no dan cuenta de niveles altos de ansiedad, depresión y baja autoestima, sugieren que el impacto psicológico de la enfermedad podría aumentar al finalizar el tratamiento, debido a que vuelven a su rutina cotidiana y pueden percibir mejor los cambios y limitaciones físicas. Por otro lado, Grootehui y Last (citados en Bragado, 2008), estudiaron a dos grupos de niños con cáncer, entre 8 y 18 años: uno en fase de remisión y otro con pocas perspectivas de supervivencia. Los resultados indicaron que no existen diferencias significativas entre ellos, con respecto a la ansiedad y depresión; por el contrario, encontraron que ambos grupos mantenían expectativas positivas (optimismo, confianza y esperanza) sobre el curso de la enfermedad.

Por otro lado, De Chico, Castanheira & Aparecida (2010), realizaron un estudio exploratorio en Brasil, a fin de comprender cómo es vista la quimioterapia por 10 niños y adolescentes con cáncer, entre 8 y 18 años, en diferentes etapas de la quimioterapia. La recolección de datos se llevó a cabo mediante entrevistas semi-estructuradas, las cuales fueron grabadas y dieron como resultado un tema en común en los pacientes oncológicos, a pesar de las diferentes vivencias de cada uno. Así, los niños recuerdan la quimioterapia por el corto tiempo en el cual transcurre el diagnóstico y el inicio del tratamiento, dando cuenta de un escaso tiempo para poder adaptarse a la enfermedad y comprender el proceso por el cual se someterían. Dentro de los resultados hallaron que los niños encontraban un fuerte descontento en cuanto a las situaciones inherentes al

tratamiento, tales como hospitalización y el sometimiento a procedimientos desconocidos. Así, el encontrarse aislados de sus familias para evitar infecciones, ser hospitalizados constantemente y por períodos muy largos, y abandonar la escuela, les generaba sentimientos de soledad y ansiedad. El dolor fue un aspecto mencionado con frecuencia a lo largo del estudio, haciendo referencia al desgaste físico y mental, por el cual se encontraban a diario, generándoles miedo e intranquilidad, en relación a sus esperanzas de vida. Asimismo, los principales efectos que les perturbaban eran las náuseas y vómitos, indisposición, falta de apetito, alteración de peso, dolor de cabeza, manchas en la piel y alopecia, lo cual fue asociado a dejar de ser atractivo y a la pérdida de individualidad, dañando su integridad y autoimagen. La falta de control sobre los efectos adversos del tratamientos, les generaba preocupación, ansiedad y depresión, además de inducirles un cuestionamiento sobre la continuidad del tratamiento (De Chico et al., 2010).

Suarez (2003), realizó una investigación en la provincia de Alicante en España, a fin de conocer el proceso de integración al entorno escolar de dos niñas de 7 años con discapacidad motora por presentar espina bífida. Además, buscaba analizar los aspectos psicológicos y de socialización de estas niñas y desarrollar así, una intervención psicopedagógica en el área de educación física, que posibilite mejoras en los aspectos mencionados. A fin de evaluar el aspecto emocional de las niñas, aplicaron la Escala de Percepción del Autoconcepto Infantil, Cuestionario de Ansiedad Infantil (CAS) y la Batería de Socialización (BAS 1), los cuales dieron como resultado un bajo autoconcepto, altos niveles de ansiedad y dificultades para socializar en ambas participantes; no obstante, luego del desarrollo de la intervención psicopedagógica, estos aspectos psicológicos mejoraron notablemente.

Por otro lado, dentro de la investigación realizada por Suarez (2003), se mencionan los estudios recogidos por Jimenez (1998), los cuales han destacado en importancia, debido a sus hallazgos sobre rasgos de ansiedad en los niños afectados de espina bífida. Así, diversos autores, quienes han estudiado los rasgos de ansiedad en niños afectados de espina bífida, han presentado baja satisfacción y un grado considerable de ansiedad respecto a su enfermedad, y en especial en lo relacionado con su incontinencia de esfínteres. Asimismo, Martinez y Jaulent (citados en Suarez, 2003), encontraron que los niños con espina bífida, sufren de ansiedad, debido al sometimiento desde muy temprana edad, a procedimientos quirúrgicos y traumáticos. Además, nacen dentro de familias, en donde los miembros presentan esta característica ansiógena, debido al desconocimiento sobre cómo manejar la enfermedad de su hijo/a o hermano/a.

Además, Lagerheim (1991) centró sus estudios en Suecia en 209 niños con discapacidad física de entre 7 y 11 años, entre los cuales 157 presentaban una inteligencia promedio, 20 se hallaban en una categoría de retraso mental leve, 16 presentaban un retraso mental moderado y 16 un retraso mental severo. No obstante, en todos los evaluados se encontraron signos depresivos en diferentes magnitudes. Así, expresa que los síntomas se manifiestan de manera no verbal, y al cumplir los 9 años, aquellos que comienzan a hablar, manifiestan con desesperación su problema, se vuelven introvertidos, mostrando infelicidad y rechazo a su discapacidad. De esta manera, se sienten diferentes y tratados de forma injusta, ya que no se les permite en ocasiones, participar en el juego y las actividades de los otros.

Es preciso recalcar que, así como afirma Suarez (2003), la investigación acerca de los aspectos psicológicos de los niños con discapacidad física es escasa, debido a que la mayoría de los estudios realizados, se centran, ya sea en adultos, o sobre temas de salud de estos niños. Por lo tanto, las investigaciones presentadas en este apartado sobre discapacidad física, a pesar de haberser realizado una búsqueda exhaustiva, se han visto limitadas, siendo aquellas que han podido encontrarse, de una alta antigüedad.

1.2 Base teórica conceptual

1.2.1 Depresión y Desarrollo de las emociones infantiles

Es preciso iniciar este apartado señalando cómo se desarrollan las emociones en los niños de entre 8 y 10 años, a fin de sustentar si son capaces de identificar lo que están sintiendo frente a las situaciones que pudieran enfrentarse.

El desarrollo evolutivo de las emociones entre 8 y 10 años, pone de manifiesto la capacidad del niño para identificar y expresar su sentir; sin embargo, a fin de detectar las emocionales infantiles, es preciso diferenciarlas de las de los adultos, siendo la de ellos, menos variadas, más intensas y versátiles. Por tanto, Del Barrio (2005) afirma que “cuando un niño sobrepasa la edad de 7 a 8 años, sus emociones pueden ser evaluadas de una manera muy similar a cómo se hace con los adultos.” De esta manera, cabe precisar que la situación física, emocional, cultural, laboral de cualquier individuo de la edad adulta, es el resultado de una historia previa de aprendizajes en la que se han visto implicados los tres elementos que explican la conducta. En el caso de los niños también se pueden identificar la presencia de estos mismos:

- Los aprioris con los que el niño se ha enfrentado a su mundo (organismo, sistema nervioso y temperamento).

- Los acontecimientos y circunstancias del entorno próximo; es decir las familias, que brindan los modelos de reacción emocional y las estrategias de canalización de la emoción.
- Entorno mediato (sociedad) que determina los niveles de permisividad o inhibición de las emociones, y que a su vez, proporciona las pautas de comportamiento de los individuos que pertenecen a esa cultura.

Leventhan y Tomarken (citados en Del Barrio, 2005) señalan que la evolución de las emociones infantiles deben estudiarse en función de tres niveles diferentes: el sensorio-motor, el uso de esquemas y el de conceptos. El primer nivel es una respuesta innata, el segundo se activa por la experiencia de esas respuestas que se conservan en la memoria como esquemas de actuación y finalmente, el tercero se inicia con la aparición del lenguaje y el etiquetado de las emociones (Del Barrio, 2005).

Además, al buscar evaluar la evolución de las emociones infantiles, se trató de ver, cómo va variando la vivencia de las propias emociones y el conocimiento que el niño tiene de sus propios estados de ánimo. En el caso de los adultos, se ha partido de la idea de que, si el adulto puede discriminar distintas emociones, es porque éste las expresa y al expresarlas, las experimenta. Así, el componente motor de la conducta emocional se convierte en el signo de la existencia de la emoción, lo cual se refleja también en los niños (Del Barrio, 2005). Bullock y Russell (citados en Del Barrio, 2005) “confirman que los niños, al principio, tienden a interpretar una situación emocional indiferenciadamente y poco a poco van introduciendo discriminaciones, sobre todo en relación con las situaciones que han experimentado y en relación también con la frecuencia e intensidad de los episodios que han vivido.” Rutter (citado en Del Barrio, 2005) sostuvo también, que las emociones, evidencian un asentamiento expresivo

dentro de los 12 meses y la reflexividad sobre las mismas se da plenamente a los 6 años.

Además, Dunn y Huges (citado en Del Barrio, 2005) señalaron que entre los 24 y 32 meses, los niños comienzan a hablar con frecuencia de sus emociones, tanto positivas como negativas con los miembros de la familia y específicamente con sus padres. A los 3 años, identifican perfectamente el pasado de sus emociones. A los 4 años, los niños relacionan sus estados emocionales con acontecimientos antecedentes y son capaces de asociar la ira con peleas o con intento de control de su conducta y con la agresión física; la tristeza, con la pérdida; el miedo, con la aparición de personajes fantásticos, animales y situaciones peligrosas. Entre los 5 y 6 años, los niños presentan una adecuada discriminación de los desencadenantes de una emoción. La metacognición de la emoción, por otro lado, parece que se produce entre los 6 y 10 años, pudiendo ya discutir acerca de sus emociones (Del Barrio, 2005).

Tabla 1.
Resumen de la evolución infantil (Del Barrio, 2005)

| Edad | Experiencia, reconocimiento |
|------------------|--|
| 0-12 meses | Experiencia de emociones básicas. |
| 6-12 meses | Reconocimiento de la expresión de emociones básicas en el cuidador. |
| 18 meses, 2 años | Experiencia de emociones secundarias. |
| 2-3 años | Etiquetado verbal de emociones básicas. |
| 2-4 años | Reconocimiento del estado de ánimo propio. |
| 4-5 años | Reconocimiento de elicitadores de las emociones básicas propias. |
| 6-7 años | Reconocimiento discriminante de las emociones propias y ajenas. |
| 7 años | Conocimiento de las emociones propias y ajenas totalmente establecido. |

Por otro lado, Santrock (2007), se centra en las emociones autoconscientes, las cuales requieren de la cognición, especialmente de la consciencia. Estas incluyen la empatía, los celos y la turbación, que aparecen por primera vez alrededor del año y medio de edad (luego del surgimiento de la consciencia), y el orgullo, la vergüenza y la culpa, que aparecen por primera vez a los dos años y medio de edad. Al desarrollar este conjunto de emociones autoconscientes, los niños adquieren y pueden utilizar estándares y reglas sociales para evaluar su comportamiento. No obstante, el desarrollo de las mismas, está especialmente influido por las respuestas de los padres al comportamiento de los niños. Desde la niñez temprana (entre 2 y 4 años de edad), los niños alcanzan una mayor habilidad para hablar acerca de las propias emociones y de las de los demás; así como también, exhiben un mayor entendimiento de las mismas (Kuebil, citado en Santrock, 2007).

Durante la niñez intermedia y tardía (6 a 12 años de edad), se presentan algunos cambios importantes en la emociones, debidos al desarrollo evolutivo. Así los niños exhiben mayor habilidad para entender emociones complejas como el orgullo y la vergüenza, integrándose a un sentido de responsabilidad personal. Además, demuestran una mayor comprensión de que ante una situación específica es posible experimentar más de una emoción; así como, empiezan a tomar mayormente en cuenta, todos los eventos que les producen reacciones emocionales. Durante esta etapa, identifican y utilizan estrategias que les permitan redirigir sus sentimientos, mediante pensamientos distractores. De esta manera, los niños en la niñez intermedia, ya son más reflexivos y estratégicos en su vida emocional. Además, son capaces también de manifestar una empatía genuina y una mayor comprensión emocional (Thompson y Goodvin, citados en Santrock, 2007).

Basándonos en la definición del constructo del manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (American Psychiatric Publishing, 2014) sobre depresión, se considera tener al menos 5 de los siguientes 9 síntomas:

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, o también puede verse como irritabilidad en niños.
2. Pérdida de interés o capacidad de placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día.
3. Pérdida o aumento significativo de peso (considerar el fracaso para el aumento de peso esperado en niños).
4. Insomnio o hipersomnia casi a diario.
5. Agitación o enlentecimiento motor casi todos los días.
6. Fatiga o pérdida de energía casi a diario.
7. Sentimientos excesivos de inutilidad o culpa casi todos los días.
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse
9. Pensamientos recurrentes de muerte, ideas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

Estos síntomas deben estar presentes en el sujeto al menos durante dos semanas para que se pueda hacer un diagnóstico de depresión. En caso contrario, en el que la duración sea menor, se trataría de un trastorno emocional transitorio y por tanto no se podría hablar de un trastorno depresivo propiamente dicho (Del Barrio, 2000). En el caso de niños o adolescentes con problemas de conducta, se encontraron síntomas característicos de una depresión: aburrimiento, soledad, retraimiento, inexpresividad, desesperanza, rebeldía, oposición o desobediencia, protestas, riñas, rabietas, enuresis,

ansiedad y problemas de rendimiento escolar. De acuerdo a investigaciones que se han llevado a cabo en las últimas décadas, se ha llegado a las siguientes conclusiones:

- La depresión infantil existe desde etapas de vida muy precoces
- Sus características básicas son paralelas, aunque no idéntica a las de la depresión adulta.
- Para que sea considerado como estado depresivo en el niño, ha de tener una duración semejante a la que tiene el adulto
- Se dan toda clase de depresiones en los niños (Del Barrio, 2000).

En una revisión actual, Del Barrio (2013) señala distintas clasificaciones de la depresión infantil, categorizándolas según curso (unipolar y bipolar), severidad, desencadenante, aparición-duración, edad y dificultad diagnóstica. De esta manera, al considerar el curso de la perturbación, se distingue entre unipolar y bipolar, siendo el primero un curso regular, con duración media, en caso se de una buena intervención. El segundo presenta un curso cambiante con un polo de depresión y otro de manía que se alternan en el tiempo.

Si se parte del criterio de severidad se distingue entre depresión mayor y trastorno distímico, en donde se presentan síntomas más numerosos e intensos en el primer caso y en la distimia a pesar de ser más leves los síntomas, alcanzan mayor duración. El desencadenante se divide entre exógenas o endógenas, dónde, en las depresiones exógenas, la causa se relaciona con acontecimientos psicosociales negativos y por el contrario, en las endógenas no se encuentra razón aparente para el inicio del trastorno. Al tenerse en cuenta el modo y frecuencia de su aparición pueden dividirse en agudas y crónicas.

Este trastorno puede adoptar también un criterio evolutivo, distinguiéndose entre depresión sensoriomotriz (1 a 3 años), preescolar (4 a 5 años) escolar (6 a 12 años) y adolescente (12 a 18 años). Finalmente, la dificultad diagnóstica puede ser pura o enmascarada (o mixta), siendo esta última como la más característica de la niñez, al acompañarse, a su vez, de problemas de todo orden, especialmente con dificultades en la conducta. En la depresión pura, los síntomas son semejantes a los de la depresión adulta (Del Barrio, 2013).

Por otro lado, las depresiones infantiles suelen ser exógenas, es por tanto que cuando empiezan, se advierte en el niño un cambio, que resulta chocante si se atiende suficientemente; sin embargo, no siempre resulta evidente, sobre todo si ese cambio se da de una manera paulatina que dificulte su detección. Los cambios más frecuentes son:

- Cambios en la forma de ser:
 - Un niño alegre, podría tornarse apagado, taciturno, triste y malhumorado.
 - Un niño que era seguro de sí se vuelve inseguro y dubitativo
 - Un niño sociable, que disfrutaba del juego, se vuelve insociable y prefiere estar y jugar solo.
 - Un niño que era cariñoso, podría volverse huraño y desconsiderado
 - Pasa de ser manejable y obediente a inquieto y difícil.
- Cambios en funciones corporales:
 - Duerme más o menos, irregularmente que antes.
 - Come mucho más o mucho menos que antes.
 - Se queja de dolores o problemas corporales

- Se siente más cansado
- Cambia sensiblemente de peso.
- Cambios en funciones mentales:
 - Se olvida de las cosas
 - Tiene muchos problemas para concentrarse que antes
 - Desciende en su rendimiento escolar (Del Barrio, 2000).

Por otro lado, Santrock (2007) plantea una serie de teorías que pudieran explicar la depresión en la niñez. Dentro de estas, encontramos la teoría de Martin Seligman, quien explica que la depresión es desamparo aprendido. Así, cuando las personas se ven expuestas a experiencias negativas, las cuales no pueden controlar, tales como el dolor y el estrés prolongado, tienden a deprimirse (Seligman, citado en Santrock, 2007). De esta manera, la falta de control de los eventos, predice una respuesta similar a futuro en ocasiones similares, lo cual provoca desamparo, desesperanza, pasividad y depresión.

1.2.2 Cáncer

La leucemia, es un tipo de cáncer que afecta los glóbulos blancos, o leucocitos que suelen acumularse en grandes cantidades en el torrente sanguíneo (Cruzado, 2010). Por lo tanto, cuando un niño padece de esta enfermedad, los glóbulos blancos se acumulan en la médula e inundan el flujo sanguíneo, no pudiendo cumplir la función adecuadamente, de proteger al cuerpo contra enfermedades (Miller, 2010).

La leucemia se clasifica en dos tipos: agudas, las cuales se desarrollan rápidamente y crónicas que se desarrollan lentamente. En general, el 98% de los niños que sufren de esta enfermedad, presentan del tipo agudo. Esta última clasificación se subdivide en dos

tipos, ya sea en Leucemia linfocítica aguda (LLA) y Leucemia mieloide aguda (LMA). Esta clasificación depende si se ven afectados ciertos glóbulos blancos ligados a la defensa inmunológica, que reciben el nombre de linfocitos. Aproximadamente, el 60% de los niños que sufren de Leucemia, sufren de la Leucemia linfocítica aguda y el 38% de leucemia mieloide aguda. Cabe resaltar que también se han detectado casos de Leucemia mieloide crónica, la cual es de crecimiento lento; sin embargo, es una enfermedad muy poco común (Miller, 2010).

Más aún, existen diversos síntomas para detectar la Leucemia. Entre éstos, se encuentran que los niños pueden experimentar mayores episodios de fiebre e infecciones, debido a que los glóbulos blancos disminuyen, y éstos se encargan de luchar contra las infecciones. De la misma manera, pueden sufrir de anemia, pues la Leucemia afecta la producción de glóbulos rojos, los cuales transportan oxígeno a través de la médula espinal. Estos factores hacen que los niños luzcan pálidos y es posible que se cansen en excesos y se queden sin aire al jugar. Más aún, los niños que padecen de esta enfermedad, pueden sangrar y hacerse moretones con mucha facilidad; así como también, experimentan sangrado frecuente en la nariz o sangran por un tiempo muy prolongado después de una herida leve. Esto se debe a que la leucemia destruye la capacidad de la médula de producir plaquetas, que son las encargadas de la coagulación (Miller, 2010).

Sanchez (2010), menciona que los primeros síntomas que pueden presentarse en la leucemia son los siguientes:

- Una sensación anormal de cansancio.
- Falta de apetito.
- Fiebre intermitente.

Además, a medida que la enfermedad avanza, aparece dolor en los huesos, como resultado de la multiplicación de las células leucémicas en el sistema óseo. Al disminuir los glóbulos rojos, se evidencia la anemia. Asimismo, la reducción del número de plaquetas, provoca hemorragias esporádicas y la aparición de manchas en la piel (Sánchez, 2010).

Asimismo, Cruzado (2010) señala como los principales tratamientos del cáncer, entre otros, los siguientes:

- Cirugía, la cual consiste en la extirpación del tumor y/o tejido de la zona afectada.
- Quimioterapia, siendo la más utilizada en leucemia. Es el empleo de fármacos para destruir las células neoplásicas, pudiendo utilizarse un único fármaco o una combinación de varios tipos. Estos afectan no solo las células dañadas, sino también las sanas y puede utilizarse luego de la cirugía (adyuvante) para prevenir la aparición de nuevos tumores, para reducir el tamaño del tumor y luego aplicar cirugía (neoadyuvante) o paliativa.
- Radioterapia, la cual se refiere a la utilización de radiaciones para destruir las células tumorales. Es común que se use de forma combinada con otro tipo de tratamiento oncológico.
- Hormonoterapia. Esta se utiliza en aquellos tumores que dependen de hormonas para su crecimiento, ya que este tratamiento impide que las células cancerosas utilicen la hormona que necesitan para crecer. En diversas ocasiones se usan como un tratamiento complementario a otras terapias oncológicas.

- Inmunoterapia o terapia biológica, la cual consiste en la estimulación del sistema inmune para que desencadene una respuesta y aumente las defensas ante el tumor.
- Transplante de médula ósea (Vidal y Benito, 2012), es un tratamiento intensivo programado complejo, altamente especializado, el cual consiste en la aplicación de dosis altas de quimioterapia-radioterapia con transplante, posteriormente, de células que se extraen de la médula ósea. Se utiliza primordialmente en los diferentes tipos de leucemia.

1.2.3 Discapacidad Física

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud (citado en Egea & Sarabia, 2001), define la discapacidad como “toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano.” Asimismo, Martín-Caro (citado en López & García del Olmo, 1997) señala que un “niño deficiente motórico es todo aquel que presenta de manera transitoria o permanente, alguna alteración en su aparato motor, debido a un deficiente funcionamiento en el sistema oseo-articular, muscular y/o nervioso, y que en grados variables limita algunas de las actividades que pueden realizar el resto de los niños y niñas de su misma edad.”

Thompson (2002), describe el trabajo que realiza con niños con discapacidad física en los Estados Unidos, y refiere que “tener una discapacidad física no significa que una persona automáticamente sufrirá depresión” por lo que no todas las personas con discapacidades sufren depresión; no obstante, si la sufren, es probable que ésta no tenga ninguna relación con su discapacidad. Sin embargo, la depresión sí está asociada con

ciertas experiencias que son comunes en la vida de personas con discapacidades, ya que deben enfrentar problemas y retos singulares que podrían exponerlos frente a una depresión.

De esta manera, Thompson (2002) afirma que algunos de los desafíos que las personas con discapacidad física pueden afrontar son:

- **Movilidad:** muchas personas con discapacidades tienen problemas desplazándose o caminando de un lugar a otro, ya sea, en su propio hogar o en la calle. Esto afecta la manera en cómo se desenvuelven en sus actividades diarias como vestirse y bañarse; así como la frecuencia con la que salen de su casa. Esto implica el necesitar la ayuda de otras personas para hacer ciertas cosas y no poder valerse por sí mismo, lo cual puede resultar en frustración o pena. Así, el no tener la fuerza, la resistencia, u otras habilidades necesarias para hacer lo que desee, cuándo y cómo lo desee, puede generar sentimientos de enojo e incapacidad.
- **Aislamiento Social y Barreras Sociales:** muchas personas no entienden en qué consiste tener una discapacidad o no saben cómo actuar cuando se encuentran con alguien que posee una discapacidad. Además, algunas personas pueden sentirse incómodos o presentar prejuicios y actitudes negativas hacia individuos con discapacidades. Estas barreras sociales pueden ser una limitación para las personas con discapacidad, al momento de establecer relaciones o amistades. Es así que, la falta de apoyo social, puede aumentar el riesgo de sufrir una depresión.

1.2.4 Cuestionario de Depresión para niños (CDS)

El Cuestionario de Depresión para niños (CDS) fue publicado por primera vez en Australia en 1978 por las autoras Lang y Tisher, adaptado posteriormente al español por Tea Ediciones (Loayza y Vinces, 2000). Esta escala fue elaborada específicamente para niños; sin embargo, también está destinada para ser contestada, con algunas modificaciones en el formato, por un familiar, profesor o persona significativa que conozca muy de cerca al niño.

Para la elaboración de la escala, Lang y Tisher (citadas en Loayza y Vinces, 2000), se basaron en las siguientes características que mencionaban en trabajos investigados sobre la sintomatología de la depresión en la infancia:

- *Respuesta afectiva.* Sentimientos de tristeza y llanto.
- *Autoconcepto negativo.* Sentimiento de inadecuación, baja autoestima, inutilidad, desamparo, desesperanza y escaso cariño.
- *Disminución de la productividad mental y de los impulsos.* Aburrimiento, alejamiento, falta de energía, descontento, poca capacidad para el placer y para aceptar la ayuda o el confort; así como el retraso motor.
- *Preocupaciones.* Por la muerte, por la enfermedad, el yo o los otros; así como ideación suicida y sentimientos de pérdida (real o imaginaria).
- *Problemas de agresión.* Irritabilidad y exacerbaciones de mal humor.

A partir de lo señalado en párrafos anteriores, se plantea la siguiente interrogante: ¿Qué resultados se encuentran al comparar la presencia de sintomatología depresiva en niños de 8 a 10 años con leucemia, discapacidad física y ausencia de problemas de salud física en niños en Lima Metropolitana?

CAPÍTULO II

OBJETIVOS E HIPÓTESIS

2.1 Objetivo general

Comparar la presencia de sintomatología depresiva en niños con leucemia, discapacidad física y ausencia de problemas de salud física en Lima Metropolitana.

2.1.1 Objetivos específicos

- Describir la presencia de sintomatología depresiva en niños (as) de 8 a 10 años que presentan leucemia.
- Describir la presencia de sintomatología depresiva en niños (as) de 8 a 10 años con alguna discapacidad física.
- Describir la presencia de sintomatología depresiva en niños (as) de 8 a 10 años sin problemas de salud física.
- Comparar la cantidad de sintomatología depresiva entre los niños con leucemia, discapacidad física y sin problemas de salud física.
- Comparar la cantidad de sintomatología depresiva entre los niños con discapacidad física y aquellos sin problemas de salud física.
- Comparar la cantidad de sintomatología depresiva entre los niños con leucemia y aquellos sin problemas de salud física.

2.2. Hipótesis general

Existen diferencias significativas entre la presencia de sintomatología depresiva en niños de 8 a 10 años con leucemia, discapacidad física y ausencia de problemas de salud física en Lima Metropolitana.

2.2.1. Hipótesis específicas

- Existen diferencias estadísticamente significativas en la cantidad de sintomatología depresiva entre niños con leucemia, discapacidad física y sin problemas de salud física.
- Existe una mayor cantidad de sintomatología depresiva en los niños con discapacidad física al compararlos con aquellos sin problemas de salud física.
- Existe una mayor cantidad de sintomatología depresiva en los niños con leucemia al compararlos con aquellos sin problemas de salud física.

2.3. Definiciones operacionales

- Sintomatología depresiva: esta se evidencia cuando el evaluado obtiene puntuaciones superiores al percentil 85, en el Cuestionario de Depresión para Niños (CDS).
- Leucemia: diagnóstico clínico establecido por un médico especialista del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, proporcionado a la evaluadora por la coordinadora del albergue donde los niños se hospedaban, mientras recibían su tratamiento.
- Discapacidad Física: limitación en el desempeño motor en general de la persona afectada, en donde, las extremidades superiores y/o inferiores se ven involucradas, impidiendo a la persona de realizar sus actividades de la vida diaria de manera normal e independiente.
- Ausencia de problemas de salud física: niños entre 8 a 10 años de edad que asisten a un colegio estatal regular no inclusivo y carecen de leucemia o

imposibilidad motora que limite su desempeño y adaptación normal en su vida diaria.

CAPÍTULO III

MÉTODO

3.1 Tipo y diseño de investigación

La presente investigación tiene un alcance descriptivo-comparativo, debido a que se orienta a recoger información sobre la variable depresión de manera independiente, en las tres diferentes muestras, ya sea niños con leucemia, con discapacidad físicas y sin problemas de salud física, para luego comparar los resultados hallados (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

Además, tiene un diseño no experimental de tipo transeccional, pues la variable de depresión, se observó en un contexto natural, sin ningún tipo de manipulación, y la recolección de datos se dio en un único momento (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

3.2 Participantes

Este estudio se caracterizó por un muestreo no probabilístico de tipo intencional, ya que los participantes evaluados eran atendidos en albergues o centros para el desarrollo infantil y fueron elegidos entre todos aquellos que sus padres autorizaron la participación en el estudio.

De esta manera, la muestra de este estudio, está compuesta por 27 niños de entre 8 y 10 años, 15 de ellos en buen estado de salud física. El grupo restante está compuesto por 6 niños con el diagnóstico de Leucemia y 6 niños con discapacidad física. Cabe resaltar que los criterios de inclusión que se tuvieron en cuenta fueron que los niños posean las

mismas condiciones, tales como, el soporte de alguno de sus padres y escolaridad mínima de segundo primaria o capacidad mínima de comprensión para responder ante la prueba.

3.3 Control de variables extrañas

Los niños de la muestra procedían de un nivel socioeconómico bajo, lo cual se infirió en el grupo de niños con leucemia, al encontrarse en el albergue, debido a que procedían del interior del país, y permanecían transitoriamente en este lugar mientras recibían su tratamiento en la ciudad de Lima, al no contar con los recursos económicos que les permitiera afrontar los gastos de alojamiento y alimentación. En tanto, los niños con discapacidad física, acudían a un instituto para el desarrollo infantil, donde recibían terapia física, y las tarifas asignadas eran de acuerdo a una evaluación socioeconómica y por último, los niños sin problemas de salud, asistían a un colegio estatal, remunerado por el estado.

3.4 Técnicas de recolección de información

El instrumento utilizado para medir la variable de depresión fue el Cuestionario de depresión para niños (CDS).

FICHA TÉCNICA

NOMBRE: Cuestionario de Depresión para niños (CDS)

AUTOR: Lang y Tisher, 1978

ADAPTACIÓN: En Lima Metropolitana por Loayza y Vines, 2000

ADMINISTRACIÓN: Individual o colectiva

DURACIÓN: 45 minutos en niños y a 25 minutos en adolescentes

APLICACIÓN: Niños y Adolescentes (8 a 16 años)

SIGNIFICACIÓN: Los ítems se agrupan en dos sub-escalas generales independientes: total depresivo y total positivo, y dentro de cada una de estas, se han agrupado los ítems en varias sub-escalas. Así, la sub-escala de total depresivo se divide seis sub-escalas:

- *Respuesta Afectiva Negativa*, que alude al estado de humor de los sentimientos del evaluado, y puntuaciones altas reflejarían sentimientos de desesperación y tristeza del niño.
- *Problemas sociales* refiere sobre las dificultades en la interacción social, aislamiento y soledad del niño
- *Autoestima Negativa* se relaciona con los sentimientos, conceptos y actitudes del niño, con respecto a su autoestima y valor.
- *Preocupación por la muerte/salud* alude a los sueños y fantasías del niño, en relación con su enfermedad y muerte.
- *Sentimiento de Culpabilidad* hace referencia a la auto-punición del niño; en donde puntuaciones altas, manifiestan sentimientos de culpa sobre todo en cuanto a la relación con los padres, y a la sensación de ser merecedor de castigo.
- *Depresivos Varios* incluye aquellas cuestionas de tipo depresivo que no pudieron agruparse para formar una sub-escala. Los puntajes elevados, indican la existencia de ciertos rasgos de tipo depresivo en las demás sub-escalas.

En cuanto al total positivo, está conformado por dos sub-escalas:

- *Ánimo-Alegría* aludiendo a la ausencia de alegría, diversión y felicidad en la vida del niño o su incapacidad para experimentarlos. Los puntajes alto indican

presencia de sentimientos de alegría, mientras que los bajos, demuestran la ausencia de los mismos.

- *Positivos Varios* incluye aquellas cuestiones de tipo positivo que no pudieron agruparse para formar una sub-escala (Loayza y Vinces, 2000).

Por lo tanto, la suma de todos los ítems de cada sub-escala, proporcionarán el puntaje del total depresivo, como del total positivo, y luego se convierte en percentil según los baremos de la prueba y así se obtiene el puntaje de depresión del niño.

MATERIAL : Manual, hoja de preguntas, hoja de respuesta y plantillas de corrección.

CALIFICACIÓN: Consta de 66 ítems, de los cuales 18 son positivos y 48 depresivos, en donde el niño debe señalar la alternativa que más se adecúe a cómo piensan o sienten. De este modo, el evaluado clasifica su respuesta dentro de 5 opciones: *muy de acuerdo* recibiendo una calificación de cinco puntos, *de acuerdo* obteniendo cuatro puntos, *no estoy seguro* consiguiendo tres puntos, *en desacuerdo* alcanzando dos puntos y *muy en desacuerdo* logrando un punto. De esta manera, su puntaje total (Total depresivo) se divide en niveles: alto, el cual se identifica a partir de un puntaje correspondiente al percentil 85 a más, indicando que el evaluado está presentando un trastorno depresivo. Moderado, en donde, las puntuaciones fluctúan entre el percentil 16 al 84, refiriendo que se evidencian síntomas depresivos pero, en donde, aún, no podrían llegar a configurar un diagnóstico de depresión. Finalmente, el nivel bajo se refleja a los puntajes que se encuentran del percentil 15 para abajo, haciendo referencia a que los signos y síntomas negativos presentes pueden ser considerados como normales, en tanto, forman parte de la vida cotidiana de un individuo.

BAREMOS: Se presenta para la muestra total, por edad y sexo.

CONFIABILIDAD: El cuestionario de depresión para niños posee medidas, a las que se puede considerar como estables a lo largo del tiempo, ya que alcanzó .55 como coeficiente de correlación de Pearson, demostrando una estimación de confiabilidad aceptable. Se evidenció una buena consistencia interna de la prueba, puesto que los índices de alfa de Cronbach se encontraron entre .63 y .80 en las ocho áreas (ver tabla 2).

Tabla 2.

Índice de alfa de Cronbach de las ocho áreas del Cuestionario de Depresión para niños.

| Áreas CDS | Alfa de Cronbach | | |
|-------------------------------|------------------|---------|-------|
| | Hombres | Mujeres | Total |
| Ánimo Alegría | .69 | .73 | .71 |
| Respuesta Afectiva Negativa | .74 | .78 | .76 |
| Problemas Sociales | .78 | .78 | .78 |
| Autoestima Negativa | .78 | .82 | .80 |
| Preocupación por muerte/salud | .67 | .68 | .67 |
| Sentimiento de Culpa | .68 | .72 | .70 |
| Depresivos Varios | .62 | .63 | .63 |
| Positivos Varios | .61 | .67 | .64 |
| Total Positivo | .78 | .81 | .80 |
| Total Depresivo | .93 | .94 | .93 |

(Loayza y Vincés, 2000).

VALIDEZ: el CDS mostró buenas evidencias de validez respecto al constructo y concurrente. En ese sentido, al realizar el análisis factorial para hallar las evidencias de validez respecto al constructo, se encontraron pesos factoriales $\pm .30$. Además, en la tabla 3, se observan las evidencias de validez concurrente, mediante los coeficientes de correlación de Pearson entre las áreas del CDS y el Inventario de depresión para niños (CDI) de Kovacs.

Tabla 3.

Coefficientes de correlación de Pearson entre las áreas del CDS y el CDI de Kovacs.

| Áreas CDS | CDI Total |
|-------------------------------|--------------|
| Ánimo Alegría | - 0.5** |
| Respuesta Afectiva Negativa | 0.6 ** |
| Problemas Sociales | 0.6 ** |
| Autoestima Negativa | 0.6 ** |
| Preocupación por muerte/salud | 0.5 ** |
| Sentimiento de Culpa | 0.4 ** |
| Depresivos Varios | 0.5 ** |
| Positivos Varios | - 0.4 ** |
| Total Positivo | - 0.5 ** |
| Total Depresivo | 0.7 ** |

** Correlación significativa al 1 %

(Loayza y Vincez, 2000).

3.4 Procedimiento

En primer lugar, se contactó a hospitales públicos con el objetivo de obtener la autorización para acceder a la muestra de niños con problemas de salud; sin embargo, al recibir negativas, se procedió a visitar hospitales privados, pero no se obtuvo el permiso en este caso tampoco. Así, se conversó con el director de la junta administrativa de la Fundación Peruana de Cáncer y logró acceder a la muestra de un albergue para niños con Cáncer. Por otro lado, se coordinó con la directora de una institución educativa estatal, a fin de evaluar a los niños sin problemas de salud.

De esta manera, la recolección de datos se llevó a cabo en un albergue para niños con cáncer, en donde hospedan a los pacientes de provincia que asisten temporalmente para recibir su tratamiento. Asimismo, se evaluó a 15 niños sin problemas de salud física, de un colegio nacional de tercer grado y en el caso de los niños con discapacidad física, se accedió a un instituto para el desarrollo infantil, en donde, reciben terapias físicas, y se

brindaron las facilidades para evaluar a sus pacientes. De esta manera, con los tres grupos de niños, a fin de obtener la autorización de los padres o tutores de los niños, éstos firmaron un consentimiento informado, para lo cual, se redactaron dos consentimientos informados, uno para los padres de los niños con problemas de salud (ver anexo 1) y otro para aquellos sin problemas de salud (ver anexo 2). Así, en el momento de la evaluación, se entregó, en primer lugar, el consentimiento informado a los padres o tutores de los niños y luego de presentarse su autorización, se les explicó a los participantes sobre la confidencialidad del cuestionario; así como la posibilidad de decidir si deseaban participar o no. Luego, de manera individual se leían las instrucciones en voz alta y cada niño debía señalar la respuesta que consideraba más adecuada, según como piensa o siente. En todos los casos, se aplicó el inventario de manera individual, tomando en cuenta las características de la muestra de los niños.

Una vez finalizada la aplicación, se calificaron las respuestas y se procedió a trasladar los puntajes en la base de datos elaborada en el programa SPSS 21, analizando los datos de manera descriptiva y utilizando pruebas estadísticas para la contrastación de las hipótesis planteadas. En el primer caso, se obtuvo la frecuencia de la variable de depresión y de las sub-escalas que lo conforman, en los niños en cuanto al diagnóstico que poseen; ya sea leucemia, discapacidad física o ausencia de problemas de salud física. Los análisis estadísticos se realizaron con un nivel de significancia de .05; por tanto, si $p < .05$, existe un 5% de posibilidad de error de aceptar la hipótesis o de riesgo de rechazar la hipótesis nula, al ser verdadera.

CAPÍTULO IV.

RESULTADOS

A continuación se presentarán la descripción de los resultados obtenidos en el proceso de la recolección de datos, iniciando por los resultados de los niños con discapacidad física, leucemia y finalmente evidenciando los de los niños sin problemas de salud física.

Discapacidad Física

En la presente figura, se observa el porcentaje de niños con discapacidad física con puntajes bajos, moderados o altos en la sub-escala de Respuesta Afectiva Negativa. En este caso, se encuentra una misma cantidad de niños (2) en las tres categorías.

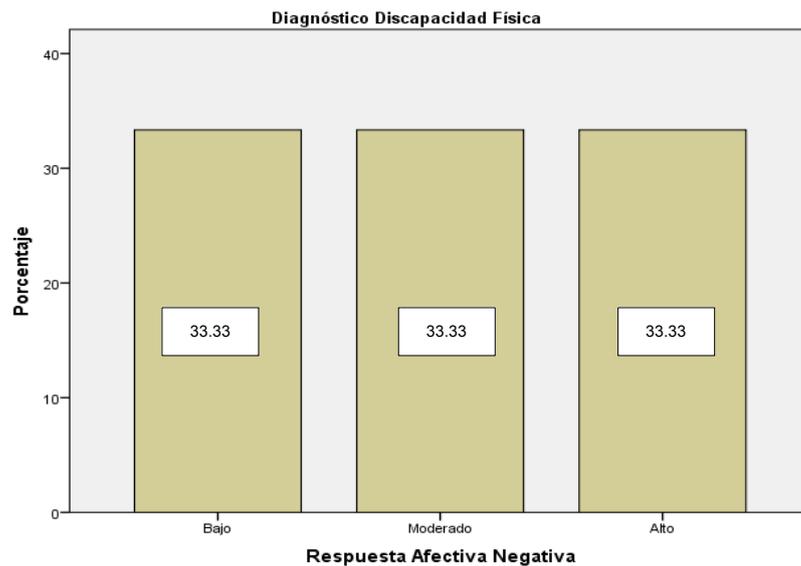


Figura 1. Porcentaje de niños con discapacidad física con puntajes bajos, moderados o altos en la sub-escala Respuesta Afectiva Negativa

En la figura 2, se observa el porcentaje de niños con discapacidad física que obtienen puntajes bajos y moderados en la sub-escala de Problemas Sociales, obteniéndose un

mayor número de niños (83.33%) dentro de la categoría moderado, mientras que el 16.67% se encuentra en una categoría inferior.

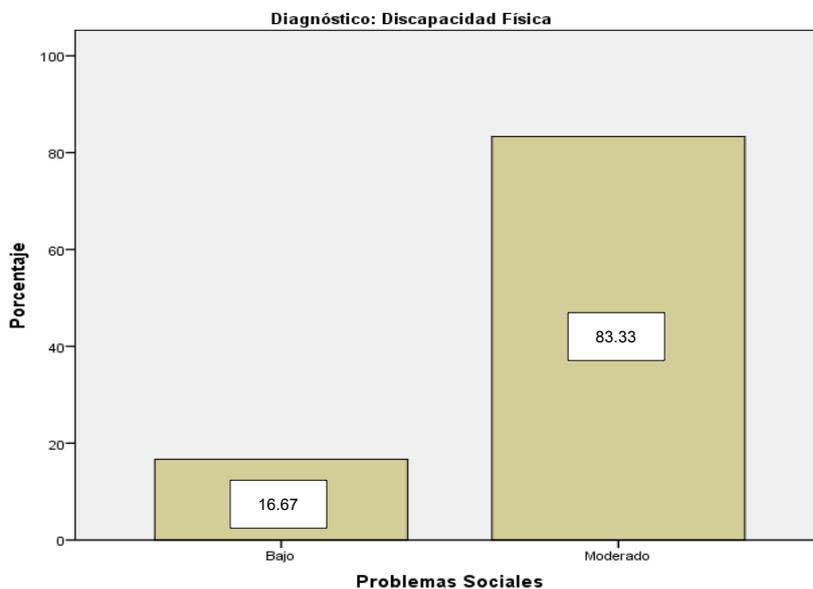


Figura 2. Porcentaje de niños con discapacidad física con puntajes bajos, y moderados en la sub-escala Problemas Sociales

La figura 3 exhibe que el 50% de los niños con discapacidad física, presentan puntajes moderados, dentro de lo que respecta a la sub-escala Autoestima Negativa, mientras que el 33.33% se hallan dentro de una categoría baja y el 16.67% se posicionan en una categoría alta.

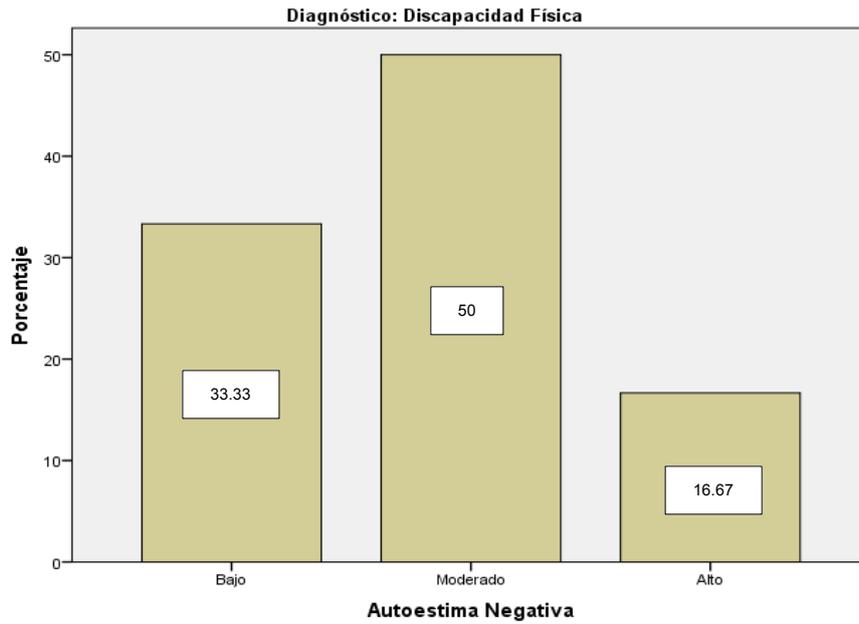


Figura 3. Porcentaje de niños con discapacidad física con puntajes bajos, y moderados en la sub-escala Autoestima Negativa

En la figura de abajo, se observa el porcentaje de niños con discapacidad física con puntajes bajos, moderados o altos en la sub-escala de Preocupación por la muerte/salud.

En este caso, se encuentra una misma cantidad de niños (2) en las tres categorías.

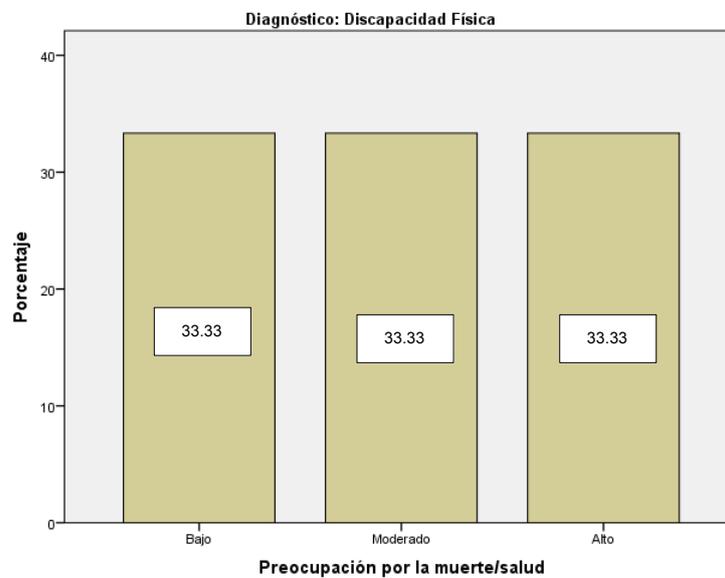


Figura 4. Porcentaje de niños con discapacidad física con puntajes bajos, moderados o altos en la sub-escala Preocupación por la muerte/salud.

En la Figura 5, se aprecia un 66.67% de niños con discapacidad física que obtienen puntajes que los ubican dentro de la categoría moderada, en lo referido a la sub-escala de sentimientos de culpabilidad, mientras que el 33.33% obtienen puntajes altos en este apartado.

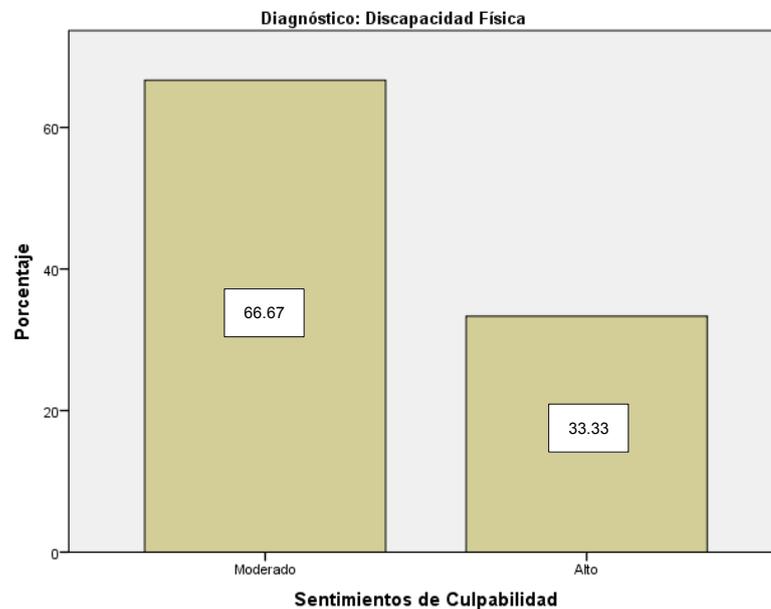


Figura 5. Porcentaje de niños con discapacidad física con puntajes moderados o altos en la sub-escala Sentimientos de Culpabilidad

En la figura 6, el 66.67% de los niños obtuvieron un puntaje dentro de la categoría moderado; mientras que un 16.67% de los niños se ubicaron en la categoría bajo y alto, en la sub-escala Depresivos Varios.

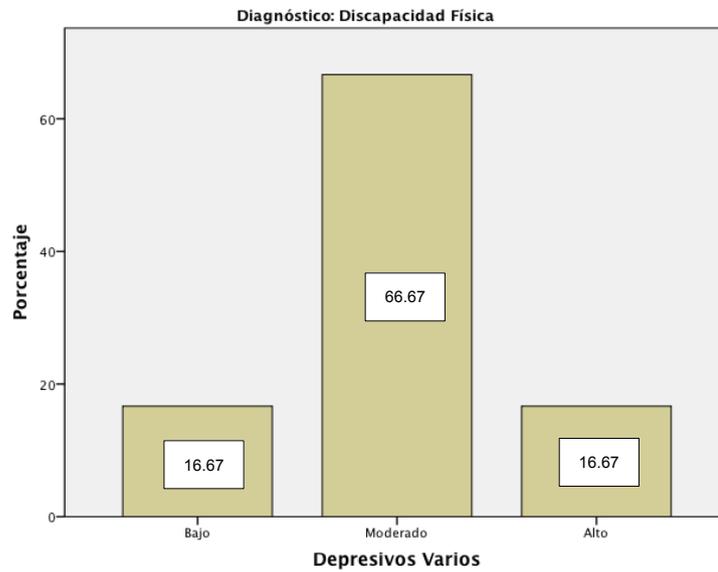


Figura 6. Porcentaje de niños con discapacidad física con puntajes bajos, moderados o altos en la sub-escala Depresivos Varios

En la figura 7, se exhibe que el 50% de los niños con discapacidad física, presentan una sintomatología depresiva moderada; sin embargo, un 33.33% de niños presentan una alta sintomatología depresiva y un 16.67% niveles bajos o ausencia de síntomas depresivos.

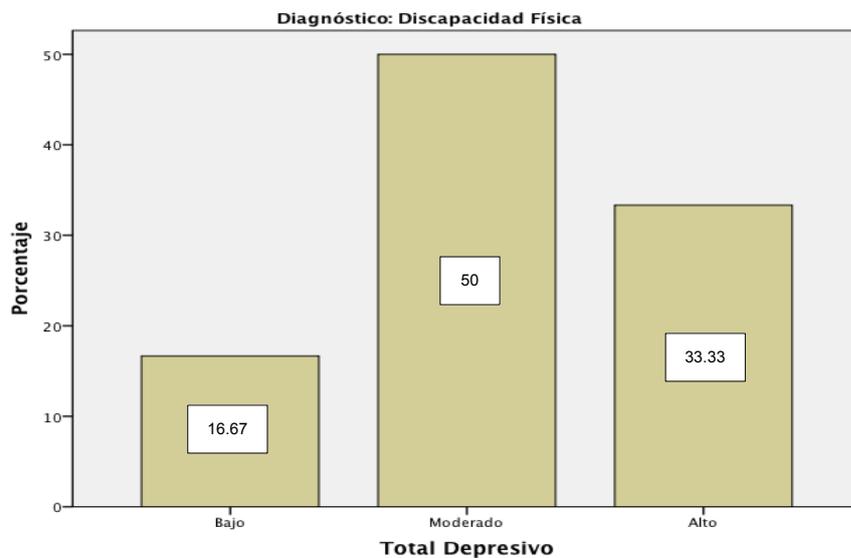


Figura 7. Porcentaje de niños con discapacidad física con una sintomatología depresiva baja, moderada y alta.

Leucemia

En la siguiente figura se observa que todos los niños evaluados con el diagnóstico de Leucemia, obtienen puntajes moderados dentro de la sub-escala Respuesta Afectiva – Negativa.

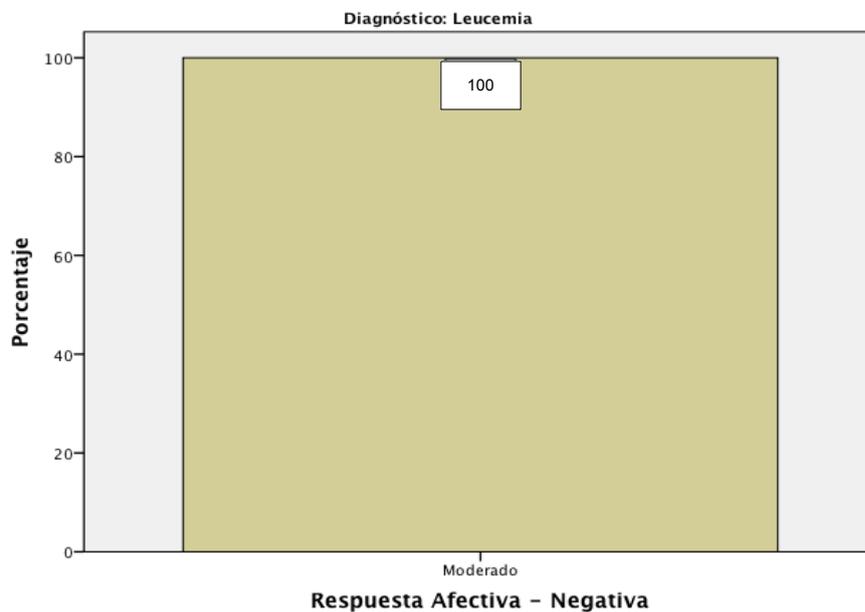


Figura 8. Porcentaje de niños con puntajes moderados obtenidos en la sub-escala de Respuesta Afectiva - Negativa

En la figura 9, se aprecia que el 66.67% de los niños con Leucemia evaluados, alcanzan puntajes que los ubican en la categoría Moderado, dentro de la sub-escala Problemas Sociales; mientras que el 33.33% obtienen puntajes bajos.

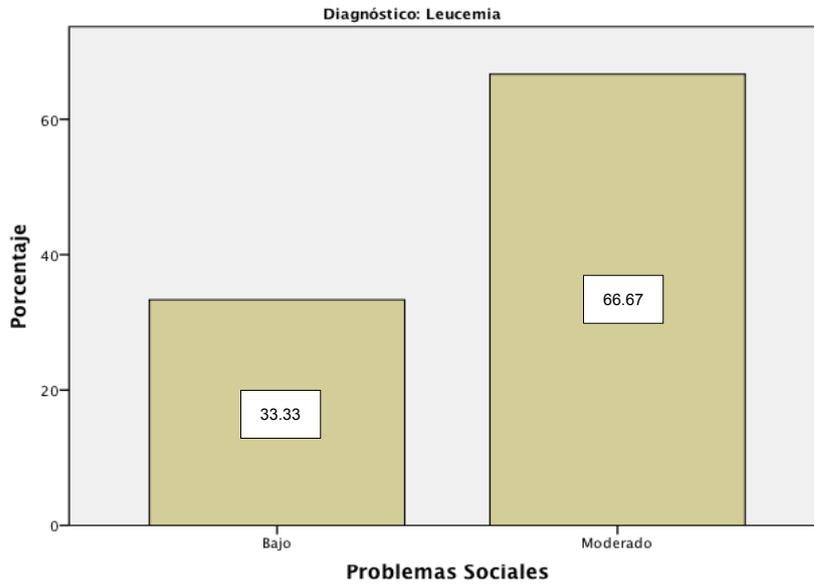


Figura 9. Porcentaje de niños con puntajes bajos y moderados en la sub-escala Problemas Sociales.

En la figura a continuación, se observa que el 83.33% de los niños con Leucemia obtienen puntajes moderados y el 16.67% puntajes altos, en relación a la sub-escala Autoestima Negativa.

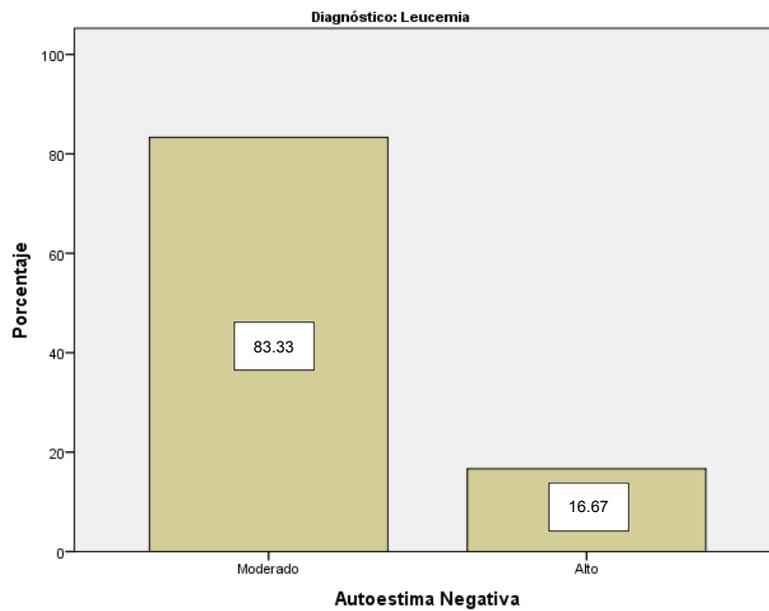


Figura 10. Porcentaje de niños que obtienen puntajes altos y moderados en la sub-escala Autoestima Negativa

En la presenta figura, se aprecia que el 83.33% de los niños evaluados con Leucemia, exhiben puntajes moderados, mientras que el 16.67%, alcanzan puntuaciones que los posicionan dentro de la categoría bajo, en la sub-escala Preocupación por la muerte/salud.

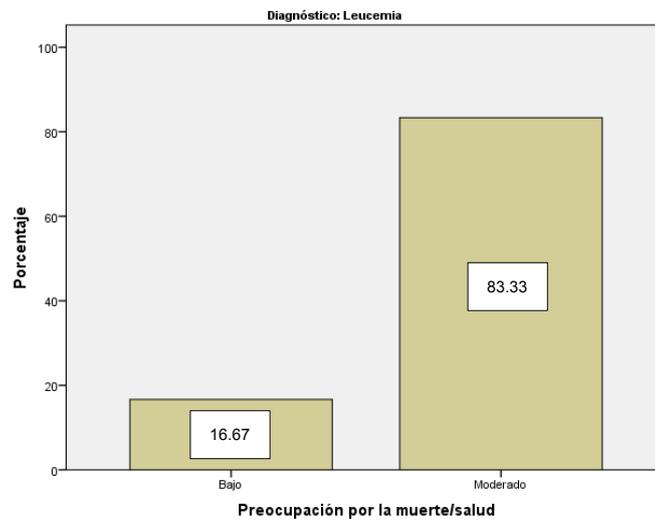


Figura 11. Porcentaje de niños con Leucemia que obtiene puntuaciones que los ubican en las categorías bajo y moderado, en la sub-escala Preocupación por la muerte/salud.

En la figura 12 se observa el porcentaje de niños con Leucemia con puntajes bajos, moderados o altos en la sub-escala de Sentimientos de Culpa. En este caso, se encuentra una misma cantidad de niños (2) en las tres categorías.

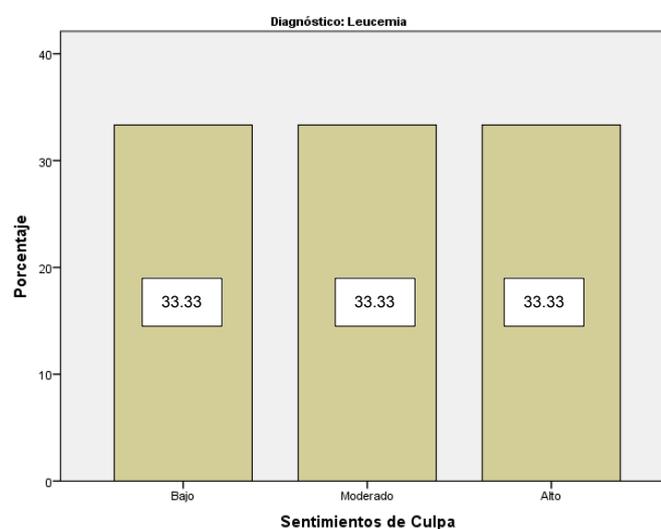


Figura 12. Porcentaje de niños con Leucemia con puntajes bajos, moderados y altos en la sub-escala Sentimientos de Culpa.

En la figura a continuación, se observa que el 66.67% de los niños con Leucemia evaluados, alcanzan puntuaciones que los ubican en la categoría Bajo, y el 33.33% se posiciona en la categoría moderado, en lo referido a la sub-escala Depresivos Varios.

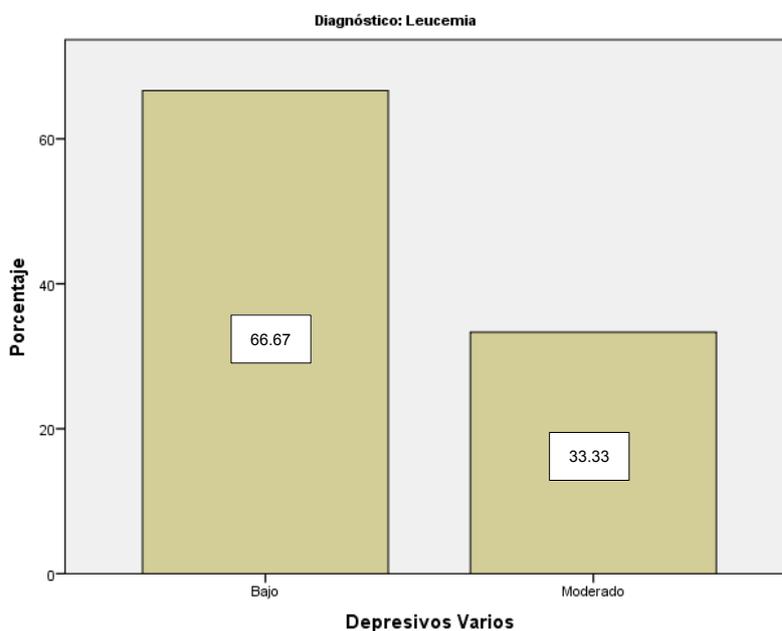


Figura 13. Porcentaje de niños con Leucemia que obtienen puntajes bajos y moderados en la sub-escala Depresivos Varios.

En la figura 14, se exhibe que el 50% de los niños con Leucemia presentan ausencia o niveles bajos de síntomas depresivos; sin embargo, un 33.33% denotan una sintomatología depresiva moderada y 16.67% de los niños muestra una alta sintomatología depresiva.

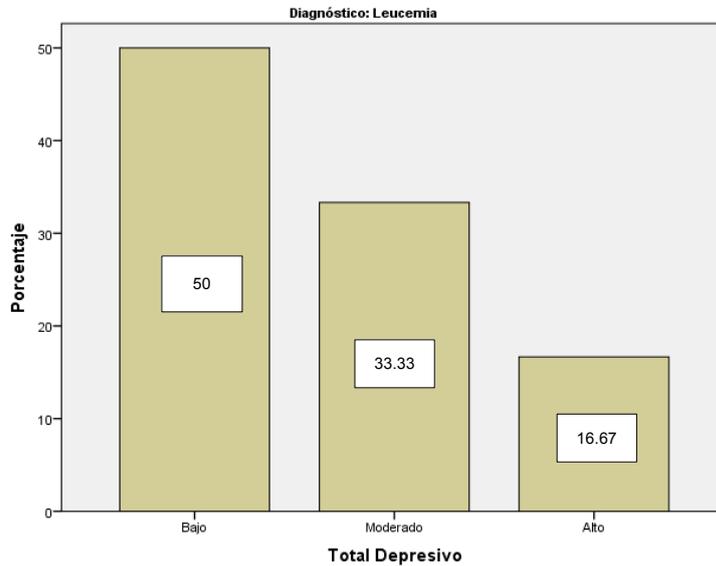


Figura 14. Porcentaje de niños con Leucemia con una sintomatología depresiva baja, moderada y alta.

Ausencia de Problemas de Salud Física

En la presente figura, se observa que el 80% de los niños sin problemas de salud física, obtienen puntajes moderados en la sub-escala Respuesta Afectiva – Negativa; mientras que el 20% restante, se ubica en la categoría alto.

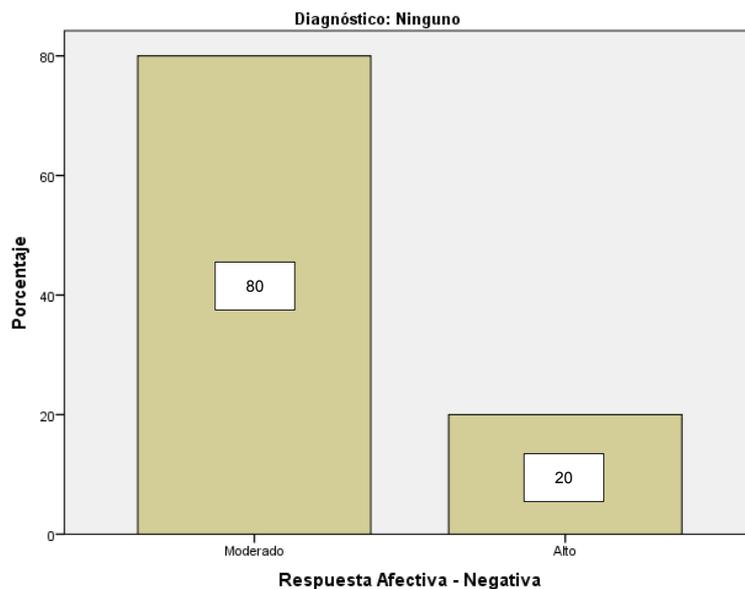


Figura 15. Porcentajes de niños sin problemas de salud física que obtienen puntajes moderados y altos en la sub-escala Respuesta Afectiva - Negativa

En la Figura a continuación, se encuentra que el 80% de los niños sin problemas de salud física, se ubica en la categoría moderado; mientras que 13.33% y el 6.667% se ubica en la categoría alto y bajo, de manera correspondiente, en lo referido a la sub-escala Problemas Sociales.

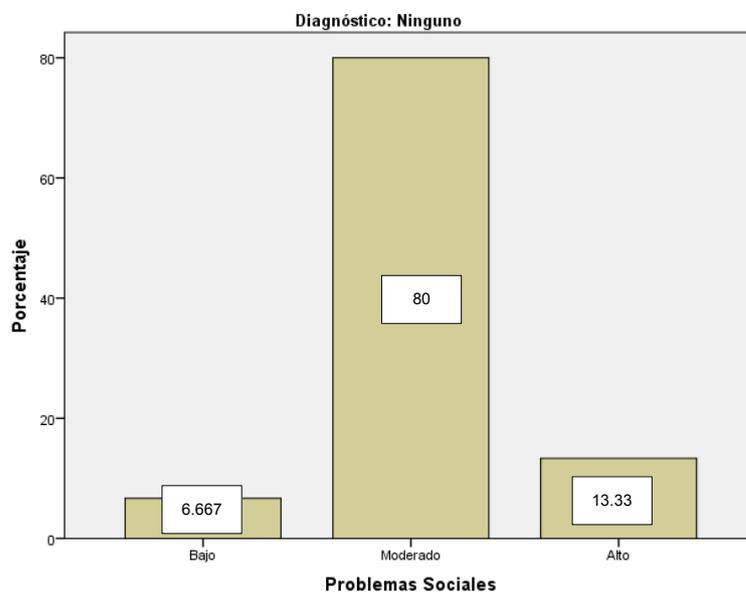


Figura 16. Porcentaje de niños sin problemas de salud física que obtienen puntajes bajos, moderados y altos en la sub-escala Problemas Sociales.

En la figura 17, se observa que el 86.67% de los niños sin problemas de salud física obtienen puntajes moderados en la sub-escala Autoestima Negativa; mientras que la misma cantidad de niños (6.667%) se hallan tanto en la categoría bajo como alto.

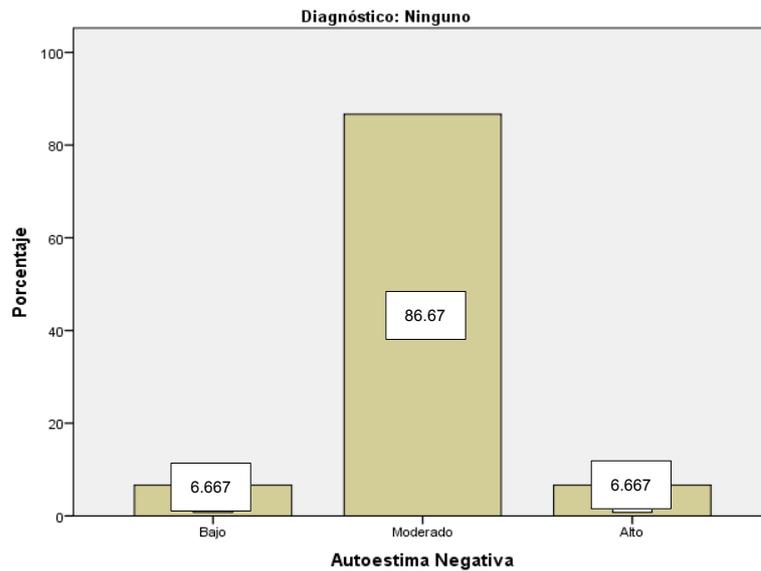


Figura 17. Porcentaje de niños sin problemas de salud física que obtienen puntajes bajos, moderados y altos en la sub-escala Autoestima Negativa

En la figura de abajo, se halla que el 93.33% de los niños sin problemas de salud física, obtienen puntajes que los ubican en la categoría moderado y el 6.667% restante, alcanza puntuaciones correspondientes a una categoría bajo.

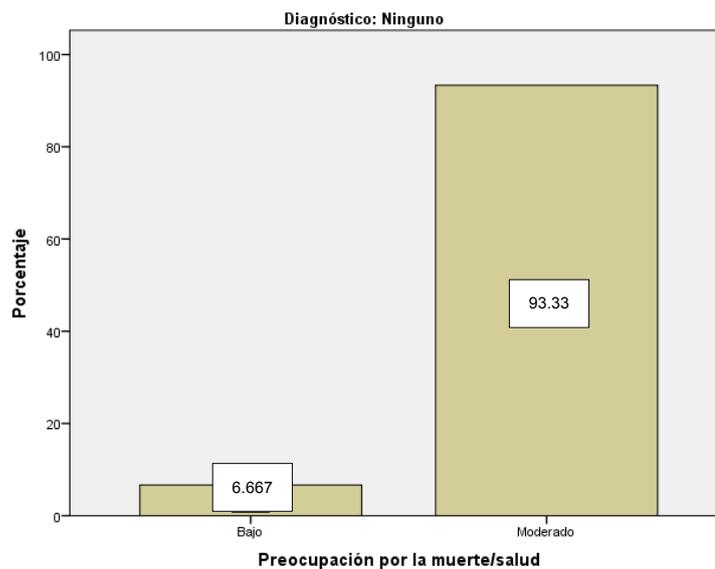


Figura 18. Porcentaje de niños sin problemas de salud física que obtienen puntajes bajos y moderados en la sub-escala Preocupación por la muerte/salud.

En la figura 19, se aprecia que el 73.33% de los niños sin problemas de salud física, obtienen puntajes que los ubican en la categoría moderado; mientras que el 26.67% restante, se posiciona en la categoría alto, en la sub-escala Sentimientos de Culpa.

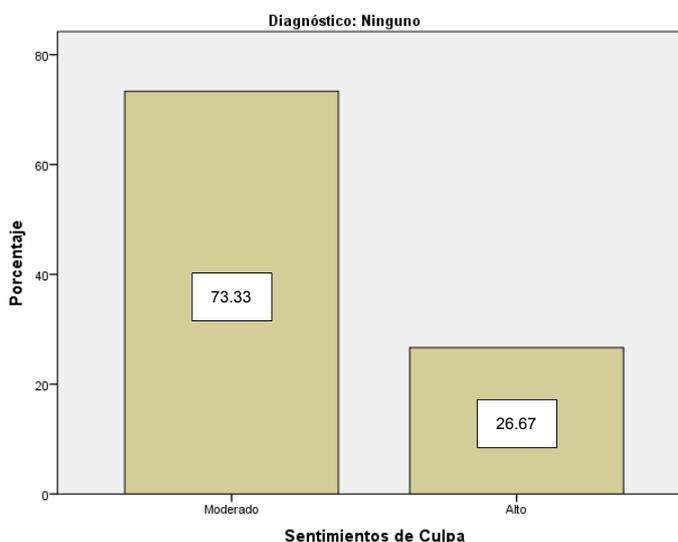


Figura 19. Porcentaje de niños sin problemas de salud física que obtienen puntajes moderados y altos en la sub-escala Sentimientos de Culpa

En la figura de abajo, se puede observar que el 66.67% de los niños sin problemas de salud física, obtienen puntajes correspondientes a una categoría Moderado; mientras que el 26.67% y 6.667%, alcanzan puntajes bajos y altos según corresponde.

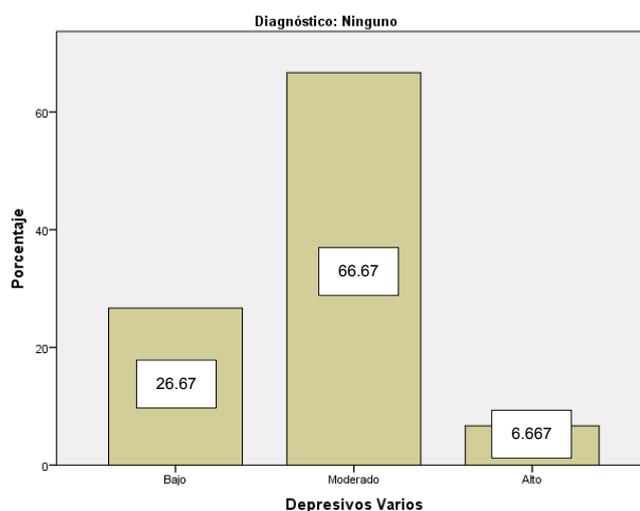


Figura 20. Porcentaje de niños sin problemas de salud física que obtienen puntajes moderados y altos en la sub-escala Depresivos Varios

En la figura 21, se puede apreciar que el 86.67% de los niños sin problemas de salud física, presenta una sintomatología depresiva moderada y el 13.33% restante, exhibe la obtención de puntajes que demuestran niveles altos de presencia síntomas depresivos.

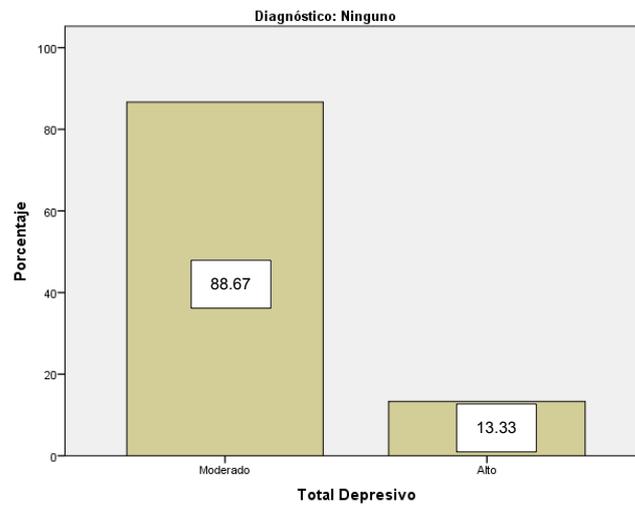


Figura 21. Porcentaje de niños sin problemas de salud física con una moderada y alta sintomatología depresiva.

A continuación se presentan los análisis estadísticos mediante tablas:

Tabla 4.

Prueba de normalidad de los puntajes obtenidos por los niños con discapacidad física, Leucemia y sin problemas de salud física en el Cuestionario de Depresión para niños (CDS)

| Diagnóstico | Shapiro-Wilk | | |
|---------------------|--------------|----|------|
| | Estadístico | gl | Sig. |
| Discapacidad Física | 0.942 | 6 | .678 |
| Leucemia | 0.803 | 6 | .063 |
| Ninguno | 0.941 | 15 | .391 |

En la tabla 4 se puede apreciar que los datos obtenidos por los niños con discapacidad física, Leucemia y sin problemas de salud física provienen de una población que se distribuye normalmente a un nivel de significancia de $p > .05$.

Tabla 5.

Media y desviación típica de los puntajes totales en el Cuestionario de Depresión para Niños (CDS), según diagnóstico.

| | Diagnóstico | N | Media | Desviación típ. | Error típ. de la media |
|----|---------------------|----|--------|-----------------|------------------------|
| TD | Leucemia | 6 | 118.00 | 32.490 | 13.264 |
| | Discapacidad Física | 6 | 132.33 | 32.259 | 13.170 |
| | Ninguno | 15 | 130.93 | 18.725 | 4.835 |

En la tabla superior, se aprecian los descriptivos básicos de los tres grupos diagnósticos, donde se observa que los puntajes brutos promedio de los niños con discapacidad física y aquellos sin problemas de salud física son similares y además mayores a los niños con leucemia; sin embargo, no se conoce aún si existe alguna diferencia estadísticamente significativa entre las medias. Es así que en la tabla a continuación, se

representarán los resultados en relación a si se observan o no diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos diagnósticos.

Tabla 6.

Diferencia de medias a través del ANOVA de la muestra por diagnóstico

| | Suma de cuadrados | gl | Media cuadrática | F | Sig. |
|--------------|----------------------|----|---------------------|------|------|
| Inter-grupos | 838.030 | 2 | 419.015 | .653 | .529 |
| Intra-grupos | 15390.267 | 24 | 641.261 | | |
| Total | 16228.296 | 26 | | | |

En la tabla superior, se aprecia que no existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la presencia de una sintomatología depresiva en las tres muestras evaluadas (Discapacidad Física, Leucemia y sin enfermedad).

CAPÍTULO V.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

A lo largo de este capítulo se discuten los resultados que se obtuvieron en la presente investigación respecto a la cantidad de sintomatología depresiva hallada en niños y niñas con leucemia, discapacidad física y sin problemas de salud física.

Siguiendo los criterios para calificar la presencia de sintomatología depresiva en niños, se encontró que tan solo el 16.67% de los niños con leucemia presentan una alta sintomatología depresiva, por lo que se podría considerar la presencia de un trastorno depresivo, como es posible señalar mediante el cuestionario aplicado (CDS). No obstante, en el 33.33% de este grupo de niños evaluados, se encuentra una moderada sintomatología depresiva, lo cual pone en evidencia que existen ciertos indicadores de depresión; sin que llegue a configurar un trastorno depresivo. La mayoría de los niños de este grupo (50%) presentan ausencia o niveles muy bajos de síntomas depresivos.

Los datos obtenidos, refieren que a pesar de que los niños se enfrentan a numerosas situaciones adversas, muchos evidencian una buena capacidad de resiliencia, lo cual les permite afrontar adecuadamente su enfermedad y asimilar la incertidumbre que devienen las condiciones mismas de su padecimiento. Por otro lado, en el presente estudio sí se encontró un porcentaje importante de niños con indicadores de una sintomatología depresiva moderada (33.33%) y otros (16.67%) con un trastorno depresivo, por lo que se puede considerar que un grupo de niños sí se ven afectados por los procedimientos a los que se someten, en tanto, el malestar interfiere con su

capacidad para afrontar la enfermedad, sus síntomas y el tratamiento médico. En suma, se considera el malestar como “la experiencia emocional aversiva que impacta el funcionamiento cognitivo, conductual, social, emocional y espiritual de los pacientes con cáncer” (NCCN, citado en Cruzado, 2010). De esta manera, la diferencia entre el grupo de niños evaluados con leucemia, pudiera deberse, posiblemente a su estilo de afrontamiento frente al malestar, el cual no fue abordado en esta investigación.

De esta manera, como es de conocimiento, un ambiente familiar que brinda a un niño estabilidad, afecto y seguridad, va a permitir que en situaciones adversas, actúe como un soporte o contención; considerando, que la manera cómo el niño asume su problemática, va a estar determinada, por la percepción que tengan los padres respecto a la misma, lo cual va a estar en relación a la carga emocional que conlleva el hecho de asumir un hijo en condiciones diferentes a las esperadas o idealizadas y que tiene un impacto en la vida familiar, como es la presencia de leucemia. De este modo, el estilo de afrontamiento de los padres, lo cual no fue una variable central en esta investigación, pudiera ser un factor de suma importancia en la capacidad de los niños para hacerle frente a su enfermedad, en tanto, se perciban sostenidos y observen como modelo el actuar de sus padres. Es así que, en aquellos niños dónde, sí se observó una presencia de sintomatología depresiva, habría que evaluar no solamente los componentes ambientales sino también los componentes biológicos involucrados que hacen que el niño sea más vulnerable a presentar sintomatología depresiva, frente a situaciones adversas.

Los resultados obtenidos de los niños con leucemia coinciden con el estudio realizado por Bragado (2009) donde se encontró que, a pesar de que los niños se enfrentan a numerosas situaciones impactantes que podrían producir malestar psicológico,

demonstraron, por el contrario, un ajuste adecuado. El autor atribuyó estos resultados a la información que tenían los niños sobre su enfermedad, ya que, a mayor información se presentarían una menor cantidad de síntomas de malestar emocional. Esto se debe a que, comprenden la situación a la que deben enfrentarse y sus respuestas se presentan como naturales y lógicas, puesto que tienen un valor funcional para la supervivencia individual y de la especie (Noll y Kupst, citados en Bragado, 2009).

Al evaluar los puntajes de los niños con leucemia para cada sub-escalas de la prueba, se halló que en la sub-escala de Respuesta Afectiva Negativa, el 100% de ellos presentaron puntuaciones moderadas, relacionadas a sentimientos de desesperación y tristeza. De la misma manera, al igual que en la investigación realizada por De Chico et al. (2010), dónde, más de la mitad de los evaluados (66.67%), exhibe dificultades en el ámbito social, presentando aislamiento social y sentimientos de soledad, reflejados en puntajes moderados en la sub-escala de Problemas Sociales, en tanto, se ven obligados a abandonar en la mayoría de los casos, el colegio y por lo tanto, los intercambios sociales. En relación a su autoestima, todos los entrevistados manifestaron sentimientos, conceptos y actitudes negativas frente a sí mismos; sin embargo, el 83.33% de ellos se ubicaron en la categoría moderado; mientras que, el 16.67%, alcanzaron puntajes correspondientes a la categoría alto. Estos datos podrían estar estrechamente ligados a los cambios físicos que les genera su enfermedad, como la pérdida de pelo, pérdida o aumento de peso y cambios en la piel (American Cancer Society, 2012). Asimismo, la mayoría de los niños (83.33%), revelaron una moderada preocupación por la muerte y su enfermedad. En suma, cuatro niños de los seis evaluados, manifestaron sentimientos de culpa en torno a la relación con sus padres y sentían que merecían ser castigados. Aquí, es preciso señalar que, los niños pueden sentirse agobiados y preocupados por sus

padres, quienes se encuentran alertas de manera constante a la salud de sus hijos. De acuerdo con Del Barrio (2000), los signos descritos anteriormente que se encuentran en los resultados de los niños con leucemia deben ser considerados como indicadores de un trastorno depresivo.

Por otro lado, en los resultados alcanzados por los niños con discapacidad física, se encontró que un mayor porcentaje de niños (33.33%), en relación a aquellos diagnosticados con leucemia, presentan una alta sintomatología depresiva, por lo que se podría considerar que padecen de un trastorno depresivo. Además, el 50% de los evaluados con discapacidad física, obtienen puntuaciones correspondientes a la categoría moderado, poniendo de manifiesto, también, la presencia de indicadores de depresión, mas no de un trastorno depresivo propiamente dicho. No obstante, el 16.67%, porcentaje que equivale a uno de los niños entrevistados, revela tener niveles bajos o ausencia de síntomas depresivos. Es importante mencionar que, los porcentajes hallados dentro de la categoría moderado, pueden ser indicadores esperados para los niños con esta condición, en tanto, deben asumir las terapias físicas que les corresponden, operaciones en algunos casos y limitaciones físicas de desplazamiento y autosuficiencia, llevándolos a presentar cierto malestar emocional y en algunos casos, depresión. Por el contrario, la diferencia entre el grupo de niños dentro de la categoría bajo y moderado, con aquellos de la categoría alta, podría estar estrechamente ligada con los factores predisponentes (condiciones genéticas) y determinantes (entorno familiar, experiencias, oportunidades educativas y culturales, ambientales) en el desarrollo de una sintomatología depresiva.

Más aún, la presencia de indicadores y de un trastorno depresivo en estos niños, podrían deberse a los problemas y retos que deben enfrentar a diario, tales como desplazarse de un lugar a otro, o el ser autosuficientes en sus actividades de aseo y vestido, como es corroborado por Thompson (2002). De esta manera, el requerir del apoyo de otra persona, y no poder valerse por sí mismos, puede originar frustración o pena, sobretudo para los niños de mayor edad quienes se perciben de manera diferenciada, al compararse con sus coetáneos y observar que ellos se atienden de manera independiente y ellos aún necesitan de sus padres.

Aquí, es preciso señalar que, los sentimientos de vergüenza frente al cuidado de sus madres, pueden empezar a exhibirse debido a que se encuentran en una edad maduracional en donde buscan su independencia y desapego con sus madres a fin de ser aceptados por sus pares (Comunidad Universitaria Virtual Andina, s.f). El aislamiento social es un reto al que también se enfrentan, ya que muchas personas desconocen cómo actuar frente a ellos y muchos pueden sentirse incómodos o presentar prejuicios frente a las personas con discapacidad física. Del mismo modo, se evidencian dificultades en sus intercambios sociales, al distanciarse del ámbito académico y esto no les permite un desarrollo de sus habilidades sociales adecuado, las cuales se van incorporando a partir del contacto y primeras experiencias de socialización del niño, que se dan a partir de los dos años, cuando las relaciones van más allá de su entorno próximo y con el ingreso temprano al pre – escolar. Además, Thompson (2002) concluye que la falta de apoyo social, aumenta el riesgo de sufrir una depresión, como se pudo encontrar en la presente investigación al evaluar la sub-escala de Problemas Sociales. En este caso, el 83.33% de los niños con discapacidad física, obtuvieron puntajes moderados frente al aislamiento social y sentimientos de soledad.

Al abordar el resto de sub-escalas, se halló que la mayoría de los niños con discapacidad física manifestaron sentimientos de desesperación y tristeza en diferentes niveles, ya sea de manera alta o moderada. En relación a la percepción sobre sí mismos, se encontró que el 50% de los entrevistados, revelan una desvalorización de su imagen; así como, una actitud y auto-concepto negativo, ubicándolos en una categoría moderado por sus puntuaciones; mientras que el 16.67% obtiene altos puntajes en este apartado. Así, los resultados obtenidos se relacionan con los hallazgos del estudio de Suarez (2003) donde se estipula que la presencia de una discapacidad física está asociada con un nivel más bajo de auto-concepto, así como a niveles más altos de ansiedad y desesperación. En suma, se observa que la mayoría de los evaluados, refieren presentar una moderada y alta preocupación por la muerte, en relación a su enfermedad, manifestando sueños y fantasías, en donde imaginan su participación en un accidente y su muerte, lo cual puede relacionarse con sus limitaciones a nivel motor, que estarían generando ansiedad y proyectándose en sus sueños. Además, se encontró que el 66.67% de los niños con discapacidad física demuestran tener sentimientos de culpa en relación a sus padres, ya que ellos se encargan de su cuidado y los apoyan en su desplazamiento, por lo que podrían pensar que son una carga para sus padres. Así, sus puntuaciones los ubican en la categoría moderado; mientras que el 33.33%, puntuó en la categoría alto, dentro de este apartado.

En relación a los niños sin problemas de salud física, se encontró que el 86.67% de los entrevistados exhibe indicadores de un trastorno depresivo; mientras que el 13.33%, obtiene puntajes que implican el padecimiento de un trastorno depresivo. Estos resultados indican que existen otros factores a los que pueden estar expuestos los niños que implican un riesgo a padecer depresión. Si bien los porcentajes de los evaluados con

discapacidad física y con leucemia que presentan depresión, son mayores, existe un número importante de niños sin problemas de salud física que presentan esta patología, por lo que se reitera que no solo el hecho de padecer una enfermedad puede generar depresión, sino que otros aspectos en la vida de un niño pueden estar implicados. De esta manera, la mayoría de los niños entrevistados sin enfermedad, revelan sentimientos de desesperación y tristeza, aislamiento social, sentimientos desvalorizados hacia su imagen, preocupación por su salud y sentimientos de culpa relacionados a sus padres y, también, sienten que son merecedores de castigo, obteniendo puntuaciones correspondientes a una categoría moderado, por lo general.

Por otro lado, el análisis estadístico nos permite determinar que no existen diferencias estadísticamente significativas entre la cantidad de sintomatología depresiva en los niños con problemas de salud física y aquellos sin enfermedad. Como se mencionó anteriormente, esto puede atribuirse a que los niños sin problemas de salud física se encuentran expuestos a diversos factores de riesgo, ajenos a una enfermedad física que influyen también y aumentan la probabilidad de padecer un trastorno depresivo. Además, es posible que al provenir de un nivel socioeconómico bajo, en tanto, asistían a un colegio estatal, los niños sin enfermedad podrían haber presenciado preocupaciones de sus padres por diferentes factores, lo cual podría generar un clima de tensión en el hogar, en el que los niños reciben un fuerte impacto. Además, al entrevistar a este grupo, muchos manifestaban sentir molestias frente a la relación con sus compañeros, ya que algunos sentían tristeza debido a los maltratos verbales que recibían por sus pares e incluso otros comentaban sobre violencia familiar percibida.

Por último, si bien no se reportan diferencias estadísticamente significativas al comparar la presencia de sintomatología depresiva entre los niños con leucemia y discapacidad física, se encuentra que un mayor porcentaje de niños con discapacidad presentan un trastorno depresivo. Esto se relaciona, posiblemente, a que su condición los expone a una situación irreversible, a la cual deben adaptarse y aceptar, ya que deberán convivir con ésta por el resto de sus vidas. Así, los sentimientos de desesperanza podrían primar en este grupo, generando que la tristeza, desvalorización de su imagen personal, y sensación de minusvalía se intensifique, lo cual a su vez, se relaciona con la teoría de desesperanza de Seligman (citado en Santrock, 2007), que sostiene que cuando las personas se ven expuestas a experiencias negativas que no pueden controlar, como el dolor y el estrés prolongado, tienden a deprimirse. No obstante, en ambos grupos se presenta una fuerte preocupación por la muerte relacionada a su enfermedad; sin embargo, un porcentaje mayor de niños con leucemia exhibe esta inquietud ya que su enfermedad puede llevarlos a la muerte; mientras que los niños con discapacidad física, pueden sentir miedo; sin embargo, su condición no representa, por lo general, un riesgo de fallecimiento.

CONCLUSIONES

En primer lugar, a partir de los resultados obtenidos, se ha podido concluir que la mayoría de los niños con leucemia entrevistados, presentan niveles bajos o ausencia de sintomatología depresiva; sin embargo, un 16.67% padece de depresión y un 33.33% exhibe un nivel moderado de sintomatología depresiva; sin embargo, no cumplen con los criterios necesarios para el diagnóstico. De esta manera, los niños evaluados parecen presentar una buena capacidad de resiliencia frente al malestar psicológico que implica padecer esta enfermedad, pudiendo transformar los aspectos negativos a los que se

enfrentan en oportunidades para salir adelante y ver su situación desde un punto de vista positivo.

En segundo lugar, un gran porcentaje (33.33%) de los niños con discapacidad física, presentan depresión; así como, el 50% de los entrevistados, obtienen niveles moderados de sintomatología depresiva, más no llegan a configurar el diagnóstico. Estos hallazgos se relacionan con lo expresado por Thompson (2002), en donde, los sentimientos de minusvalía, carencia de autosuficiencia y rechazo social, se encuentran estrechamente implicados en el riesgo de padecer un trastorno de depresión. De la misma manera, los resultados en el estudio de Suarez (2003), corroboran los de esta investigación, en tanto, indicadores como un bajo auto-concepto, y desvalorización de su imagen personal, se observan en los niños con discapacidad física evaluados.

En tercer lugar, al evaluar a los niños sin problemas de salud física, se encontró que la mayoría de los evaluados, exhiben un nivel moderado de sintomatología depresiva y un 13.33% padece de depresión, remitiendo al hecho de que existen numerosos factores que pueden aumentar el riesgo de obtener esta patología. Sin embargo, en esta investigación, no se ha determinado qué factores han impactado en la vida de estos niños, y por lo tanto podrían haber contribuido en el padecimiento de esta enfermedad. De esta manera, no existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la presencia de sintomatología depresiva entre niños con problemas de salud física y aquellos sin problemas de salud física, por lo que, se concluye que el hecho de padecer una enfermedad no implica necesariamente padecer depresión.

Por último, no se reportaron diferencias estadísticamente significativas entre los niveles de sintomatología depresiva entre los niños con leucemia y discapacidad física; sin embargo, sí se observa un mayor porcentaje de niños con discapacidad física con sintomatología depresiva, lo cual se ha atribuido, a la percepción de irreversibilidad de su condición, por lo que su proceso de aceptación y adaptación a su condición representa un desgaste emocional mayor.

Recomendaciones

Para una futura investigación se sugiere:

- Ampliar la muestra de los tres grupos evaluados, a fin de poder generalizar los resultados.
- Analizar la capacidad de resiliencia y estilos de afrontamiento en los niños con leucemia y discapacidad física.
- Evaluar los estilos de afrontamiento de los padres, frente a la enfermedad de sus hijos.
- Comparar la cantidad de sintomatología depresiva de los niños sin problemas de salud física de un nivel socioeconómico bajo con un nivel socioeconómico alto, con el objetivo de conocer si la presencia de depresión está relacionada con el nivel socioeconómico de los niños.
- Recolectar los datos de manera cualitativa sobre la situación familiar de los niños y datos sociodemográficos, a fin de recabar información sobre los factores que pudieran estar implicados en la depresión.

Referencias

American Cancer Society, (2012). Cómo enfrentar el Cáncer en la vida diaria. *American Cancer Society*. Recuperado de

<http://www.cancer.org/espanol/servicios/tratamientosyefectossecundarios/>

American Psychological Association. (6a. Ed.). (2009). *Publication Manual of the American Psychological Association*. Washington, Estados Unidos: Autor.

American Psychiatric Publishing (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Chicago, Estados Unidos: Autor.

- Bragado, C. (2009). Funcionamiento psicosocial e intervenciones psicológicas en niños con cáncer. *Psicooncología*, 6, 327-341.
- Bragado, C., Hernández-Llorede, M., Sánchez-Bernardos, M., & Urbano, S. (2008). Autoconcepto físico, ansiedad, depresión y autoestima en niños con cáncer y niños sanos sin historia de cáncer. *Psichotema*, 20, 413-419.
- Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad. (2013). Estadísticas de registro de personas con discapacidad. *Unidad de informática*. Recuperado de <http://www.conadisperu.gob.pe/component/content/category/104-estadisticas.html>
- Cruzado, J. (2010). *Tratamiento psicológico en pacientes con cáncer*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Comunidad Universitaria Virtual Andina. (s.f.). Desarrollo evolutivo en las distintas áreas en los niños/as de 7 a 12 años. Recuperado de <http://cuva.uta.cl>
- De Chico, E., Castanheira, L., & Aparecida, R. (2010). Niños y adolescentes con cáncer: experiencias con la quimioterapia. *Latino-Am Enfermagem*, 18(5), n/a.
- Del Barrio, V. (2000). *La depresión infantil. Factores de riesgo y posibles soluciones*. Málaga: Aljibe.

- Del Barrio, V. (2005). *Emociones infantiles – Evolución, evaluación y prevención*. Madrid: Pirámide.
- Del Barrio, V., & Carrasco, M. (2013). *Depresión en niños y adolescentes*. Madrid: Síntesis.
- Egea, C., & Sarabia, A. (2001). Clasificaciones de la OMS sobre discapacidad. *Artículos y Notas*. Recuperado de <http://usuarios.discapnet.es/disweb2000/art/>
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (5ta. Ed.). (2010). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.
- Huerta, J. (2006). Discapacidad y Accesibilidad: La dimensión desconocida. *Biblioteca Virtual en Salud*. Recuperado de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/>
- Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. (2004). *Perfil Epidemiológico*. Recuperado de <http://www.inen.sld.pe/portal/estadisticas/>
- Lagerheim, B. (1991). *Why me?: A depressive crisis at the age of nine in handicapped children*. Recuperado de http://www.lead-test.fi/en/assessme/comenius/why_me.pdf
- Loayza, M. E, & Vines, L. M. (2000). Características psicométricas del cuestionario de depresión para niños (CDS) en escolares de 8 a 16 años de Lima Metropolitana

(Tesis de Licenciatura, Universidad Femenina del Sagrado Corazón, Lima, Perú).

Recuperada de

<http://www.unife.edu.pe/psi/investiga/investiga00/investiga00b.html>

López, P., & García del Olmo, M. (1997). *El área de educación física y el alumnado con discapacidad motora*. Recuperado de <http://books.google.com.pe>

Miller, R. (2010). Cáncer infantil: Leucemia. *Para padres*. Recuperado de http://kidshealth.org/parent/en_espanol/medicos/cancer_leukemia_esp.html

Ministerio de Salud. (2014). *Lineamientos para la Acción en Salud Mental*. Lima: ERBA Gráfica

Noel, G., D'Anello, S., Araujo, L. & De Sousa, J. (2012). Factores emocionales y familiares asociados a la adaptación de niños y adolescentes con cáncer. Reporte de 10 casos. *Medula*, 21, 140-146.

Pocino, M. & Castés, M. (2013). La IV herramienta en la lucha contra el cáncer dentro de un enfoque integral. *Psiconeuroinmunología*, Recuperado de <http://creandosalud.org/>

Sanchez, F. (2010). *Saber de Salud*. Recuperado <http://books.google.com.pe>

Santrock, J. (11a. Ed.). (2007). *Desarrollo Infantil*. México: McGraw-Hill.

Suarez, C. (2003). *Los alumnos con espina bífida en el contexto escolar: un programa de intervención psicopedagógica en el área de educación física* (Tesis doctoral).

Recuperada de <http://www.rua.ua.es/dspace/bitstream>

Thompson, K. (2002). *Depresión y discapacidad – Guía práctica*. Carolina del Norte:

NC office on Disability and Health.

Vidal y Benito, M. (2da. Ed.). (2012). *Psiquiatría y psicología del paciente con cáncer*.

Buenos Aires: Polemos.

Anexos

Anexo 1: *Consentimiento Informado de niños con problemas de salud física.*

Consentimiento informado

Yo _____ padre (madre) o apoderado del menor de _____ años de edad, acepto de manera voluntaria que mi hijo(a) participe en el proyecto de investigación de la psicóloga en formación, Alexandra Grieve Herrera.

Este proyecto de investigación tiene como objetivo evaluar el estado de ánimo según el problema de salud que posea su hijo. Con los resultados obtenidos, se podrán crear estrategias de afrontamiento para los niños, con el fin de que conlleven mejor su enfermedad.

Se le pedirá a su hijo(a) que llene un cuestionario, el cual no durará más de 20 minutos. La información recopilada será para uso único de la investigación, sin ningún otro propósito.

Para que su hijo (a) participe en el estudio, AMBOS, usted y su hijo (a) deben estar de acuerdo en participar. De tener preguntas sobre la participación de su hijo(a), puede contactar a Alexandra Grieve Herrera al teléfono 972647243 o al correo electrónico ale_grieve@outlook.com

Lima, ____ de _____ del 2013

Firma del padre (madre) o apoderado

Firma de la investigadora

Anexo 2: Consentimiento Informado de niños sin ningún problema de salud física.

Consentimiento informado

Yo, _____ padre (madre) o apoderado del menor de _____ años de edad, acepto de manera voluntaria que mi hijo(a) participe en el proyecto de investigación de la psicóloga en formación, Alexandra Grieve Herrera.

Este proyecto de investigación tiene como objetivo evaluar el estado de ánimo de sus niños y con los resultados obtenidos, se podrán crear estrategias de afrontamiento para ellos.

Se le pedirá a su hijo(a) que responda a unas preguntas, las cuales no durarán más de 20 minutos. La información recopilada será para uso único de la investigación, sin ningún otro propósito.

Para que su hijo (a) participe en el estudio, AMBOS, usted y su hijo (a) deben estar de acuerdo en participar. De tener preguntas sobre la participación de su hijo(a), puede contactar a Alexandra Grieve Herrera al teléfono 972647243 o al correo electrónico ale_grieve@outlook.com

Lima, ____ de _____ del 2013

Firma del padre (madre) o apoderado

Firma de la investigadora

Anexo 3: Enunciados por áreas del Instrumento

ÍTEMES DEL CDS POR ÁREAS

| TOTAL DEPRESIVO | Nº de ítem |
|---|------------|
| RA: Respuesta afectiva negativa | |
| Muchas veces me siento infeliz en el colegio | 2 |
| A veces me gustaría estar muerto | 10 |
| Estando en el colegio muchas veces me dan ganas de llorar. | 18 |
| Generalmente me siento infeliz/triste/desdichado(a). | 26 |
| A veces pienso que no vale la pena vivir esta vida. | 34 |
| Cuando estoy fuera de casa me siento muy triste. | 42 |
| Algunas veces no sé por qué me dan ganas de llorar. | 50 |
| Creo que mi vida es muy triste. | 58 |
| PS: Problemas sociales | |
| Casi siempre pienso que nadie se preocupa por mí | 3 |
| Me siento solo(a) Muchas veces. | 11 |
| Casi siempre soy incapaz de mostrar lo infeliz que me siento por dentro. | 19 |
| Muchas veces me siento solo(a) y como perdido(a) en el colegio. | 27 |
| La mayoría del tiempo creo que nadie me comprende. | 35 |
| Nadie sabe lo infeliz que me siento por dentro. | 43 |
| A veces pienso que no soy útil para nadie. | 51 |
| Cuando estoy fuera de casa me siento como vacío(a). | 59 |
| AE: Autoestima negativa | |
| Casi siempre creo que valgo poco | 4 |
| Generalmente estoy descontento(a) conmigo mismo(a). | 12 |
| Odio mi aspecto físico o mi comportamiento. | 20 |
| Casi siempre me odio a mi mismo(a). | 28 |
| Casi siempre me avergüenzo de mí mismo(a). | 36 |
| A veces me pregunto si en el fondo soy una persona muy mala. | 44 |
| Cuando me equivoco en el colegio pienso que no valgo para nada. | 52 |
| La mayor parte del tiempo creo que no soy tan bueno(a) como quiero ser. | 60 |
| PM: Preocupación por la muerte/salud | |
| Me despierto casi siempre durante la noche | 5 |
| Me siento más cansado (a) que la mayoría de los niños(as) que conozco. | 13 |
| La mayoría del tiempo no tengo ganas de hacer nada. | 21 |
| Muchas veces me dan ganas de no levantarme por las mañanas. | 29 |
| Muchas veces me siento muerto(a) por dentro. | 37 |
| Estando en el colegio me siento cansado(a) casi todo el tiempo. | 45 |
| Casi siempre me imagino que me hago heridas o que me muero. | 53 |
| SC: Sentimiento de culpabilidad | |
| Muchas veces pienso que dejo en mal lugar a mi madre y/o padre | 6 |
| A veces creo que mi madre y/o padre hace o dice cosas que me hacen pensar que he hecho algo terrible. | 14 |
| A veces temo que lo que hago pueda molestar a mi madre y/o padre. | 22 |
| Generalmente pienso que merezco ser castigado(a). | 30 |
| A veces estoy preocupado(a) porque no amo a mi madre y/o padre como debiera. | 38 |

...continuación

| | |
|--|----|
| Creo que los demás me quieren aunque no lo merezco. | 46 |
| A veces creo que hago cosas que ponen enfermo a mi madre y/o padre. | 54 |
| A veces me siento mal porque no amo y escucho a mi madre y/o padre como se merece. | 61 |

| DV: Depresivos varios | |
|---|----|
| Creo que se sufre mucho en la vida. | 7 |
| Me pongo triste cuando alguien se molesta conmigo. | 15 |
| Cuando me molesto mucho casi siempre termino llorando. | 23 |
| Casi siempre me siento desdichado(a) por causa mis tareas escolares. | 31 |
| Casi siempre la salud de mi madre me preocupa. | 39 |
| A veces sueño que tengo un accidente o me muero. | 47 |
| Muchas veces me siento mal porque no consigo hacer las cosas que yo quiero. | 55 |
| Casi siempre pienso que no voy a llegar a ninguna parte. | 62 |
| A veces creo que dentro de mi hay dos personas que me empujan en distintas direcciones. | 66 |

| TOTAL POSITIVO | Nº de ítem |
|----------------|------------|
|----------------|------------|

| AA: Animo - alegría | |
|---|----|
| Me siento alegre la mayor parte del tiempo. | 1 |
| Siempre creo que el día siguiente será mejor. | 9 |
| Siempre estoy deseando hacer muchas cosas cuando estoy en el colegio. | 17 |
| Me divierto con las cosas que hago. | 25 |
| Casi siempre lo paso bien en el colegio. | 33 |
| Soy una persona muy feliz. | 41 |
| Creo que soy atractivo(a) y tengo buena presencia. | 49 |
| Me salen bien casi todas las cosas que intento hacer. | 57 |

| PV: Positivos varios | |
|---|----|
| Me siento orgulloso(a) de la mayoría de las cosas que hago. | 8 |
| Muchas veces mi madre y/o padre me hace sentir que las cosas que hago son muy buenas. | 16 |
| En mi familia todos nos divertimos mucho. | 24 |
| Cuando alguien se molesta conmigo, yo me molesto con él. | 32 |
| Creo que mi madre y/o padre está muy orgulloso de mí. | 40 |
| Pienso que no es nada malo molestarse. | 48 |
| Duermo como un tronco y nunca me despierto durante la noche. | 56 |
| Tengo muchos amigos. | 63 |
| Utilizo mi tiempo haciendo con mi padre cosas muy interesantes. | 64 |
| Hay mucha gente que se preocupa bastante por mí. | 65 |

Anexo 4: Ficha de Respuestas del Instrumento

CDS Hoja de respuestas

Nombre:
 Grado de estudios: Edad:
 Sexo: M F Fecha:

| | |
|--|-------------------|
| | Muy de acuerdo |
| | De acuerdo |
| | No estoy seguro |
| | En desacuerdo |
| | Muy en desacuerdo |

SEÑALA CON UN ASPA (X) SOLO UNA ALTERNATIVA

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |
| 5 | | | | | |
| 6 | | | | | |
| 7 | | | | | |
| 8 | | | | | |

| | | | | | |
|----|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
| 33 | | | | | |
| 34 | | | | | |
| 35 | | | | | |
| 36 | | | | | |
| 37 | | | | | |
| 38 | | | | | |
| 39 | | | | | |
| 40 | | | | | |

| | | | | | |
|----|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
| 9 | | | | | |
| 10 | | | | | |
| 11 | | | | | |
| 12 | | | | | |
| 13 | | | | | |
| 14 | | | | | |
| 15 | | | | | |
| 16 | | | | | |

| | | | | | |
|----|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
| 41 | | | | | |
| 42 | | | | | |
| 43 | | | | | |
| 44 | | | | | |
| 45 | | | | | |
| 46 | | | | | |
| 47 | | | | | |
| 48 | | | | | |

| | | | | | |
|----|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
| 17 | | | | | |
| 18 | | | | | |
| 19 | | | | | |
| 20 | | | | | |
| 21 | | | | | |
| 22 | | | | | |
| 23 | | | | | |
| 24 | | | | | |

| | | | | | |
|----|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
| 49 | | | | | |
| 50 | | | | | |
| 51 | | | | | |
| 52 | | | | | |
| 53 | | | | | |
| 54 | | | | | |
| 55 | | | | | |
| 56 | | | | | |

| | | | | | |
|----|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
| 25 | | | | | |
| 26 | | | | | |
| 27 | | | | | |
| 28 | | | | | |
| 29 | | | | | |
| 30 | | | | | |
| 31 | | | | | |
| 32 | | | | | |

| | | | | | |
|----|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
| 57 | | | | | |
| 58 | | | | | |
| 59 | | | | | |
| 60 | | | | | |
| 61 | | | | | |
| 62 | | | | | |
| 63 | | | | | |

* Versión adaptada para los fines de la investigación por Loayza y Vincos (Unife, Tesis Licenciatura, Lima 2000).

| | | | | | |
|----|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
| 64 | | | | | |
| 65 | | | | | |
| 66 | | | | | |

- PC
- AA
- RA
- PS
- AE
- PM
- SC
- DV
- PV
- TP
- TD

Anexo 5: Baremos del Instrumento

Baremo del "Cuestionario de depresión para niños" (CDS) en varones y mujeres de 8-16 años en Lima Metropolitana (Perú) *

| Percentil | PUNTUACIONES DIRECTAS | | | | | | | | | | Percentil |
|-----------|-----------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|------|-------|-----------|
| | AA | AE | DV | PM | PS | PV | RA | SC | TD | TP | |
| 99 | 40 | 36-40 | 43-45 | 32-35 | 37-40 | 48-50 | 35-40 | 36-40 | 207 | 86-90 | 99 |
| 97 | 39 | 33 | 40 | 30 | 34 | 47 | 33 | 34 | 189 | 84 | 97 |
| 96 | 38 | 32 | 39 | 29 | 33 | 46 | 31 | 33 | 185 | 83 | 96 |
| 95 | 38 | 31 | 39 | 28 | 32 | 46 | 30 | 32 | 181 | 83 | 95 |
| 90 | 37 | 28 | 36 | 26 | 29 | 45 | 27 | 30 | 168 | 80 | 90 |
| 85 | 36 | 27 | 35 | 25 | 28 | 43 | 25 | 28 | 160 | 78 | 85 |
| 80 | 35 | 25 | 33 | 24 | 26 | 42 | 24 | 27 | 154 | 77 | 80 |
| 75 | 34 | 24 | 33 | 23 | 25 | 41 | 23 | 26 | 149 | 75 | 75 |
| 70 | 34 | 23 | 32 | 22 | 24 | 41 | 22 | 25 | 144 | 74 | 70 |
| 65 | 33 | 22 | 31 | 21 | 23 | 40 | 21 | 24 | 140 | 73 | 65 |
| 60 | 33 | 21 | 30 | 20 | 22 | 39 | 20 | 24 | 136 | 71 | 60 |
| 55 | 32 | 20 | 29 | 19 | 21 | 38 | 19 | 23 | 131 | 70 | 55 |
| 50 | 32 | 19 | 28 | 19 | 20 | 38 | 18 | 22 | 127 | 69 | 50 |
| 45 | 31 | 18 | 28 | 18 | 20 | 37 | 17 | 21 | 124 | 68 | 45 |
| 40 | 30 | 17 | 27 | 17 | 19 | 36 | 17 | 20 | 120 | 66 | 40 |
| 35 | 30 | 17 | 26 | 17 | 18 | 36 | 16 | 20 | 116 | 65 | 35 |
| 30 | 29 | 16 | 25 | 16 | 17 | 35 | 15 | 19 | 112 | 64 | 30 |
| 25 | 28 | 15 | 25 | 15 | 16 | 34 | 14 | 18 | 108 | 62 | 25 |
| 20 | 27 | 14 | 24 | 14 | 15 | 33 | 13 | 17 | 103 | 61 | 20 |
| 15 | 26 | 13 | 22 | 13 | 14 | 31 | 12 | 16 | 97 | 58 | 15 |
| 10 | 25 | 12 | 21 | 12 | 13 | 30 | 11 | 14 | 91 | 56 | 10 |
| 5 | 23 | 10 | 19 | 10 | 11 | 27 | 10 | 12 | 80 | 51 | 5 |
| 4 | 22 | 10 | 19 | 10 | 10 | 26 | 10 | 12 | 77 | 50 | 4 |
| 1 | 0-18 | 0-8 | 0-15 | 0-8 | 0-8 | 0-22 | 0-8 | 0-9 | 0-66 | 0-43 | 1 |
| N | 1710 | 1710 | 1710 | 1710 | 1710 | 1710 | 1710 | 1710 | 1710 | 1710 | N |
| Media | 31.1 | 19.7 | 28.5 | 18.9 | 20.8 | 37.3 | 18.9 | 22.1 | 129 | 68.3 | Media |
| D. S. | 4.7 | 6.4 | 5.9 | 5.4 | 6.4 | 5.7 | 6.2 | 6 | 30.1 | 9.5 | D. S. |
| Mínimo | 14 | 8 | 9 | 7 | 8 | 17 | 8 | 8 | 54 | 34 | Mínimo |
| Máximo | 40 | 40 | 45 | 35 | 40 | 50 | 40 | 40 | 224 | 90 | Máximo |

*: Loayza y Vines (Lima 2000)