

**FACTORES DE RIESGO DE LA DEPRESIÓN EN INFANTES  
AFROCOLOMBIANOS CON EDADES COMPRENDIDAS ENTRE LOS 7 Y 11 AÑOS  
QUE RESIDEN EN UN ASENTAMIENTO DE LA CIUDAD DE ARMENIA,  
COLOMBIA.**

**MARY YOLENE TORRES GRANJA  
PSICÓLOGA**



**UNIVERSIDAD DE  
MANIZALES**

**UNIVERSIDAD DE MANIZALES  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
MAESTRÍA EN DESARROLLO INFANTIL  
MANIZALES  
2012**

**FACTORES DE RIESGO DE LA DEPRESIÓN EN INFANTES  
AFROCOLOMBIANOS CON EDADES COMPRENDIDAS ENTRE LOS 7 Y 11 AÑOS  
QUE RESIDEN EN UN ASENTAMIENTO DE LA CIUDAD DE ARMENIA,  
COLOMBIA**

**MARY YOLENE TORRES GRANJA  
PSICÓLOGA**

Trabajo de grado presentado como opción para optar al título de  
Magister en Desarrollo Infantil

Asesores

**VILMA VARELA CIFUENTES**  
Magíster en Neuropsicología  
**JUAN BERNARDO ZULUAGA VALENCIA**  
Doctor en Ciencias Sociales, Niñez y Juventud

**UNIVERSIDAD DE MANIZALES  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
MAESTRÍA EN DESARROLLO INFANTIL  
MANIZALES  
2012**

## Nota de Aceptación

---

---

---

---

Presidente

---

Jurado

---

Jurado

Manizales, Octubre de 2012

## **DEDICATORIA**

A Dios, por brindarme la oportunidad de realizar la Maestría y fortalecerme como persona, mamá y profesional, para no desfallecer y culminarla con éxito.

A mi hija, Ana Sofía, quien llegó a mi vida en el transcurso de este proceso, haciendo que su existencia sea mi mayor motivación para superarme día a día y ofrecerle lo mejor.

A mi madre, regalo maravilloso de la vida que siempre me apoya y comprende. Ha sido mi aliada para alcanzar esta y otras tantas metas, tarea imposible sin la existencia de su amor incondicional.

A mi esposo, porque ha sido fuente de motivación para no rendirme ante los obstáculos que se presentan en la vida.

A mis hermanos, Nelson y Carlos, los amo y agradezco con todo mi ser el hecho que sean mis hermanos.

## AGRADECIMIENTOS

A Dios y a mi familia, que son la luz que bendice e ilumina mi vida.

A Gloria Inés Villegas Díaz, mi profesora de estadística, quien a través de su entrega incondicional, siempre amable y comprensiva, supo con su paciencia apoyarme en este proceso tan importante en mi vida.

A mis excelentes asesores, Doctor Juan Bernardo Zuluaga y Doctora Vilma Varela, con su dedicación e interés generaron la disciplina suficiente para llegar a feliz término en la experiencia de realizar la Maestría en Desarrollo Infantil.

A la Doctora Liliana González, coordinadora de la maestría, porque siempre valoró mi proceso académico y generó situaciones que me permitieron seguir adelante para no desertar.

A mis compañeros de maestría, con quienes compartí saberes, experiencias, alegrías, risas, frustraciones y momentos especiales. Excelente grupo.

## Contenido

RESUMEN .....	11
ABSTRACT .....	12
INTRODUCCIÓN.....	13
JUSTIFICACIÓN.....	15
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA/ANTECEDENTES.....	17
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	17
ANTECEDENTES .....	20
OBJETO DE ESTUDIO.....	25
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN .....	26
OBJETIVOS.....	27
Objetivo general .....	27
Objetivos Específicos .....	27
MARCO TEÓRICO .....	28
INFANCIA .....	28
DEPRESIÓN.....	28
CONCEPTUALIZACIÓN DE LA DEPRESIÓN INFANTIL .....	29
LA DEPRESIÓN EN LA INFANCIA .....	31
DESARROLLO HISTÓRICO DE LA DEPRESIÓN INFANTIL .....	33
• Enfoque psicodinámico.....	33
• La depresión infantil enmascarada.....	36
• La depresión infantil a manera de desorden clínico.....	38
• La depresión infantil a manera de normalidad en el desarrollo .....	38
• La depresión infantil en la actualidad .....	39

Clasificación de la depresión infantil .....	42
Epidemiología de la depresión infantil.....	44
Factores de Riesgo.....	45
• Factores de riesgo en los niños .....	45
• Factores de riesgo en la familia .....	45
• Factores de riesgo en el contexto.....	46
AFROCOLOMBIANOS .....	47
• Costa Pacífica.....	49
• Costa Caribe.....	51
METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN .....	53
TIPO DE ESTUDIO Y DISEÑO .....	53
POBLACIÓN .....	53
MUESTRA .....	53
CRITERIOS DE SELECCIÓN .....	53
Instrumentos .....	55
• Ficha Sociodemográfica.....	55
• Listado de Síntomas Pediátricos, Colombia (LSP-Col).....	55
Procedimiento.....	56
Análisis estadístico .....	56
ASPECTOS ÉTICOS .....	58
RESULTADOS .....	59
Cronograma .....	72
Presupuesto.....	73
DISCUSIÓN.....	74
CONCLUSIONES.....	81

LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN DERIVADAS DEL PROYECTO .....	83
REFERENCIAS .....	84
Anexo 1. Consentimiento Informado .....	86
Anexo 2. Ficha Sociodemográfica .....	87
Anexo3. Listado de Síntomas Pediátricas .....	91
Anexo 4. Algoritmo de investigación.....	92



## Lista de Tablas

Tabla 1. Operacionalización de variables .....	54
Tabla 2. Matriz de características de los participantes según el género y la edad .....	59
Tabla 3. Matriz de características de los participantes según la categoría vivienda .....	60
Tabla 4. Matriz de características de los participantes según la categoría hogar .....	61
Tabla 5. Matriz de características de los participantes según la categoría grupo familiar .....	62
Tabla 6. Matriz de características de los participantes según la categoría ingreso y trabajo .....	63
Tabla 7. Matriz de características según la presencia de riesgo de depresión .....	63
Tabla 8. Matriz según el número de indicadores presentados por los participantes del riesgo de presentar depresión.....	64
Tabla 9. Coeficientes de regresión para el riesgo de depresión dependiendo de las condiciones de vivienda .....	65
Tabla 10. Análisis de varianza para el riesgo de depresión dependiendo de las condiciones de vivienda .....	65
Tabla 11. Coeficientes de regresión para el riesgo de depresión dependiendo de las condiciones del hogar .....	67
Tabla 12. Análisis de varianza para el riesgo de depresión dependiendo de las condiciones del hogar .....	67
Tabla 13. Coeficientes de regresión para el riesgo de depresión dependiendo de las condiciones del grupo familiar .....	69
Tabla 14. Análisis de varianza para el riesgo de depresión dependiendo de las condiciones del grupo familiar .....	69
Tabla 15. Coeficientes de regresión para el riesgo de depresión dependiendo de las condiciones de ingreso y trabajo .....	70
Tabla 16. Análisis de varianza para el riesgo de depresión dependiendo de las condiciones del grupo familiar .....	71
Tabla 17. Cronograma de actividades .....	72
Tabla 18. Presupuesto de la investigación .....	73

## Lista de Gráficas

Gráfica 1. Diagrama de dispersión para el riesgo de depresión dependiendo de las condiciones de la vivienda .....	65
Gráfica 2 . Diagrama de dispersión para el riesgo de depresión dependiendo de las condiciones del hogar .....	67
Gráfica 3. Diagrama de dispersión para el riesgo de depresión dependiendo de las condiciones del grupo familiar .....	68
Gráfica 4. Diagrama de dispersión para el riesgo de depresión dependiendo de las condiciones de ingreso y trabajo .....	70

## RESUMEN

El objetivo del presente trabajo es describir los factores de riesgo de la depresión, a través de los resultados obtenidos de la aplicación de la ficha sociodemográfica la cual fue tomada y modificada del formato del programa Familias en Acción de la Secretaría de Desarrollo Social de la alcaldía de Manizales. Dicho formato permito obtener información de interés del entorno de los participantes con respecto a cuatro categorías (vivienda, hogar, grupo familiar, ingreso y trabajo) Y el listado de síntomas pediátricos (LSP-Col) el cual surgió de la validación hecha para Colombia, en 1999, en la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, a partir del instrumento Pediatric Symptom Checklist (PSC). La población estuvo conformada por 59 niños y niñas entre los 7 y 11 años de edad afro colombianos, que residen en un asentamiento en la ciudad de armenia, Colombia. Los resultados fueron analizados con el método estadístico de regresión lineal, lo cual permitió concluir que en las categorías de la ficha sociodemográfica, el grupo familiar, el hogar, ingreso y trabajo, presentaron altos porcentajes que comprometen aspectos vitales como los servicios públicos, la alimentación, el cuidado de los niños, el nivel educativo, empleo y la disfuncionalidad familiar, considerado estos aspectos como una primera condición de riesgo, que para el caso de esta población objeto de estudio, es factor de riesgo para la depresión.

De otro lado, el análisis de los resultados encontrados en el listado de síntomas pediátricos el 89.8% de los niños y niñas que participaron en el presente estudio y presentaron riesgo de depresión casi la mitad (47.5 % presentan los dos indicadores que lo confirman).

Estos resultados pueden considerarse como un primer aporte a estudios de corte epidemiológico que permitan detectar riesgo no solamente en depresión infantil, sino también en otras problemáticas que son de riesgo para la población afrocolombiana.

*Palabras clave:* Factores de riesgo, depresión, afro colombianos.

## ABSTRACT

The aim of this study is to describe the risk factors of depression, through the results of the application of sociodemographic which was taken and modified the format of the Families in Action program of the Social Development Secretariat Mayor of Manizales. This format allow interest information environment participants on four categories (housing, household, household, income and labor) and the Pediatric Symptom List (LSP-Col) which arose from the validation done for Colombia 1999 at the National School of Public Health at the University of Antioquia, from instrument Pediatric Symptom Checklist (PSC). The population consisted of 59 children between 7 and 11 years old Afro Colombians who living in a settlement in the city of Armenia, Colombia. The results were analyzed using linear regression statistical method, which concluded that in the categories of sociodemographic, family group, home, income and work, had high percentages that compromise vital aspects such as utilities, food, care of children, level of education, employment and family dysfunction, considered these as a first condition of risk, which in the case of this study population, is a risk factor for depression.

On the other hand the analysis of the results found in the list of symptoms pediatric 89.8% of children who participated in this study for risk of depression and almost half (47.5% presented two indicators that confirm).

These results can be considered as a first contribution to cutting epidemiological studies to detect depression risk not only in children but also in other problems that are risky for the Afro.

*Keywords:* Risk factors, depression, Afro Colombians

## INTRODUCCIÓN

El estudio en el área de la salud mental y el desarrollo infantil ha aumentado significativamente en los últimos tiempos y en Colombia no ha sido la excepción. La infancia en el país ha venido siendo blanco de interés para muchas instituciones gubernamentales que apuestan por la transformación del País. Consideran que si se interviene a la infancia desde las diferentes disciplinas necesarias que aportan al desarrollo humano, en las dimensiones social, familiar, educativa, emocional, entre otras, se estará aportando a que en el futuro existan mejores personas y, por ende, una mejor sociedad.

En la actualidad, se observa que la infancia ante las situaciones que se vivencia en la sociedad se ve enfrentada a situaciones sociales, políticas y económicas que de una u otra manera hacen parte del diario vivir en el desarrollo de los niños y niñas (Wicks-Nelson & Israel, 1997). El conocimiento de estos trastornos ha surgido gracias a la observación sistemática, la investigación y la intervención clínica donde se genera una comprensión más clara de los factores que ayudan a crear los patrones adaptativos e inadaptados del desarrollo. Ante dichos aportes se ha valorizado la prevención y el tratamiento precoz para crear o restaurar condiciones que favorezcan el desarrollo y la salud mental del infante. Por ende, la evaluación y el diagnóstico preciso y oportuno permiten una intervención efectiva la cual puede evitar la aparición de desviaciones que se pueden consolidar y generar patrones desadaptados de funcionamiento.

Con base en los aportes de Costello (1980), autor principal en la presente investigación, defensor de la existencia de la depresión infantil y sumado la carencia de estudios en el aspecto emocional de la población infantil afrocolombiana, considerada etnia vulnerable, el presente trabajo tiene como objetivo identificar los factores de riesgo de la depresión en infantes afrocolombianos con edades comprendidas entre los 7 y 11 años que residen en un asentamiento de la ciudad de Armenia, Colombia.

Para cumplir dicho objetivo, se aplicó el instrumento de tamizaje para la detección de síntomas de riesgo de la depresión denominado 'Listado de síntomas pediátricos (LSP-Col)' y una ficha sociodemográfica tomada y modificada del formato utilizado por el Programa de

Familias en Acción, de la Secretaría de Desarrollo Social de la Alcaldía de Manizales, Caldas. Los resultados obtenidos fueron analizados por medio del paquete estadístico SPSS y el análisis de regresión lineal, lo que permite encontrar modelos que a partir de las relaciones causales entre una variable dependiente y una o más variables independientes pueda predecirse un resultado, conociendo el valor estimado de la variable independiente.

Los hallazgos encontrados evidencian las condiciones sociodemográficas de la población objeto de estudio, en donde su mayoría son niños y niñas que se encuentran rodeados de condiciones inadecuadas. Para el propósito de esta investigación, estas condiciones se agrupan en las categorías vivienda, grupo familiar, hogar e ingreso y trabajo. También se encontró que es alto el porcentaje de los infantes afrocolombianos con riesgo de presentar depresión, y teniendo en cuenta los parámetros de calificación del instrumento, casi el 50% de los niños y niñas presentan riesgo con máxima calificación: 12 ítems. Por último, se halló que las categorías ya señaladas con anterioridad (grupo familiar, hogar e ingreso y trabajo) son factores de riesgo de depresión en los niños y niñas afrocolombianos con edades entre los 7 y 11 años que residen en el asentamiento donde se llevó a cabo el presente estudio.

## JUSTIFICACIÓN

La infancia es un periodo de desarrollo ontogenético que abarca desde el nacimiento hasta la adolescencia. Incluye cambios decisivos, tanto a nivel físico como psicológico (Canda Moreno, 2002). Actualmente se observa en Colombia que la infancia se ve enfrentada a una serie de transformaciones continuas de tipo social, económico y político las cuales pueden influenciaren el desarrollo de los niños y niñas, generando conflictos y alteraciones psicológicas. Entre dichas problemáticas se encuentran el analfabetismo, desempleo, desplazamiento, pobreza, desnutrición, alcoholismo, tabaquismo, drogadicción, violencia intrafamiliar e intolerancia social, las cuales generan diferentes conflictos y alteraciones psicológicas como trastornos generalizados del desarrollo, retardo mental, de la comunicación, del comportamiento, de control de esfínteres, de la habilidad motora, tics y del afecto en la niñez, entre otros (Wicks-Nelson & Israel, 1997). Frente al tema de la depresión infantil existen investigaciones realizadas en Colombia donde se ha encontrado que al menos uno de cada diez niños y niñas de un grupo de escolares de una escuela pública y una privada de la ciudad de Bucaramanga, Santander, presentan síntomas depresivos con relevancia clínica (Mantilla Mendoza, Sabalza Peinado, Díaz Martínez & Campo Arias, 2004), también que los niños y niñas deprimidos presentan dificultades para atender y ejecutar tareas de clase y presentan más muestras de fatiga y tristeza que sus compañeros no deprimidos. Los niños, niñas y adolescentes con esta sintomatología informan de un descenso escolar significativamente mayor que el de los niños, niñas y adolescentes no deprimidos (Vinaccia y otros, 2006). Además, la presencia de estrato bajo, las disfunciones familiares y de pareja podrían insinuar que los factores de riesgo que median en la depresión infantil es la no satisfacción de las necesidades básicas y poseer un ambiente familiar disfuncional (Herrera, Núñez, Tobón, & Arias, 2009).

Estudios como los anteriormente mencionados no se hallaron realizados en el Quindío, donde urge que la población infantil sea mayormente atendida e intervenida ante los cambios sociales, familiares y culturales que afectan su desarrollo y se hace necesario el acompañamiento desde diferentes áreas interdisciplinarias como salud y educación, que contribuyan al adecuado desarrollo de los niños y niñas.

Ante dichas situaciones que amenazan el adecuado desarrollo de los infantes, el grupo de los niños y niñas pertenecientes a la población afrocolombiana que residen en el Quindío se hacen mayormente vulnerables debido a que en su mayoría tienen que emigrar junto con sus familias de sus lugares de origen en búsqueda de mayores oportunidades, por ser víctimas del desplazamiento forzoso a un nuevo entorno en el cual tienen que adaptarse y donde se ven expuestos a la discriminación racial en su condición de minoría étnica, por no haber finalizado su desarrollo físico y mental se ven obligados a realizar nuevos cambios que perturban dicho desarrollo o niños y niñas que nacen en familias que presentan secuelas de los conflictos sociales y culturales a los que se ven expuestos, generándoles trastornos como la depresión, tema que en la población afrocolombiana ha sido poco o nada investigada, haciéndose necesario realizar estudios que contribuyan en el mejoramiento de la calidad de vida de la población colombiana infantil perteneciente a esta comunidad. Por esta razón, el interés del presente estudio consiste en identificar cuáles son los factores de riesgo de depresión en los infantes afrocolombianos. De esta manera, se les facilita a los profesionales de la salud mental definir rutas claras de intervención para este trastorno buscando atenuar los riesgos que puedan desencadenar a futuro.

La pertinencia de la investigación radica en el aporte significativo de la psicología para el desarrollo infantil, generando bases de conocimiento sobre cómo intervenir la depresión en estos niños y niñas, y aportando ideas para nuevas investigaciones con la población infantil afrocolombiana que apunten a la búsqueda de una calidad de vida digna y a un adecuado desarrollo del infante afrocolombiano.



## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA/ANTECEDENTES**

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

En Colombia, la población afrocolombiana ha venido viviendo un proceso acelerado de migración hacia centros urbanos como consecuencia de la búsqueda de mayores oportunidades o por el desplazamiento forzado ocasionado por el enfrentamiento de los grupos ilegales y por la expansión de los cultivos ilícitos en diferentes regiones del país (DANE, 2005) Con relación a ello, el Departamento Nacional de Planeación especifica como áreas socioculturales de comunidades negras la Costa Atlántica, el Litoral Pacífico, el departamento del Chocó, la zona del Atrato medio, la zona minera de Antioquia, el Magdalena medio, el departamento del Valle del Cauca, el Valle del Patía, Urabá, San Andrés y Providencia, y el eje cafetero. Actualmente, se estima que del total de la población en el país, el 29% es afrocolombiana, es decir, alrededor de 13'000.000 de habitantes, lo que ubica a Colombia como uno de los países de América con mayor número de población negra, después de los Estados Unidos y el Brasil (Escobar, 2005)

En Colombia, la población afro se ve sometida además de la discriminación racial que aún se vive en el país, a carencias y conflictos sociales, políticos y económicos los cuales afectan la salud mental de estas personas. Los niños y niñas de esta población son los más perjudicados ya que su desarrollo se ve amenazado por la inestabilidad ante los cambios y conflictos sociales, familiares, culturales y económicos a los que se ven sometidos generando en ellos trastornos entre los que se puede encontrar la depresión, la cual se define como:

“La experiencia de un estado de ánimo generalizado de infelicidad. Esta experiencia subjetiva de tristeza o disforia es, asimismo, una característica fundamental de la definición clínica de la depresión. Las descripciones de niños que se consideran depresivos sugieren que, además, éstos manifiestan otros problemas como la pérdida de la experiencia de placer, retraimiento social, baja autoestima, incapacidad para concentrarse, trabajos escolares insuficientes, alteraciones en las funciones biológicas (dormir, comer, eliminación) y síntomas somáticos (Wicks-Nelson & Israel, 1997)

La depresión infantil es un tema poco investigado en el país, resaltando que en la población afrocolombiana no se han encontrado investigaciones al respecto, y la urgencia radica en que los niños y niñas se ven constantemente expuestos a situaciones que les origina, mantiene o aumenta dicho trastorno. Basado en ello, Herrera (2007) afirma que en un país como Colombia la investigación en depresión infantil apenas comienza a surgir, hallándose publicadas en distintos medios no más de seis, y tres de ellas son estudios empíricos. Entre ellas, se destacan estudios que arrojan datos epidemiológicos como los de Vinaccia, y otros (2006) quienes encuentran una prevalencia de depresión infantil en la ciudad de Medellín del 12.5%; y los de (Mantilla Mendoza, Sabalza Peinado, Díaz Martínez & Campo Arias, 2004), que muestran una prevalencia de síntomas de depresión cercana al 10% en niños en etapa escolar en la ciudad de Bucaramanga (Herrera, 2008) hay una prevalencia de depresión del 17.09% en niños escolarizados de la ciudad de Neiva.

En el Quindío no hay investigaciones de este tipo. Además, es de resaltar que en la población afrocolombiana también es necesario realizar estudios pues la cantidad de afrocolombianos es notoria. El Centro de Pastoral Afrocolombiana, en el promedio de estadísticas de población afrocolombiana y de acuerdo con cifras del DANE, afirma que en municipios como Armenia, de 283.842 habitantes, 42.576 son afrocolombianos, representado el 15% de la población; en Calarcá, de 71.149 habitantes, 3.557 son afrocolombianos (5%); en Circasia, existen 1.223 afrocolombianos de un total de 24.459 habitantes (5%); en Montenegro de 38.133 habitantes, 1.907 afrocolombianos (5%) y en Salento, de 8.473 habitantes, 424 son afrocolombianos (5%). A pesar de dichas cifras, se observa carencias en estudios de psicología que aporten al bienestar de esta población ya que no se han encontrado investigaciones que permitan conocer en los afrocolombianos los factores de riesgo que desencadenan depresión infantil. Lo único es que se ha intentado abordar la situación desde las entidades de salud pública con actividades de intervenciones colectivas en el Programa de Salud Mental (PSM), donde su principal desventaja radica en que dichas estrategias de intervención son creadas por los coordinadores del programa, generalmente psicólogos, asignados a cada municipio, los cuales tienen autonomía para elaborarlos y no hacen distinción en la intervención y las verdaderas necesidades emocionales y psicológicas de cada una de las etnias, mestizos, indígenas y afrodescendientes, además de no tener registros ni seguimiento del impacto de dichas estrategias

de intervención en los niveles de depresión que puedan padecer los niños y niñas afrocolombianos.

Con la existencia de dichos registros y conociéndose los factores de riesgo de la depresión, desde la Secretaría de Salud, en el Programa de Salud Mental, se podría generar un impacto mayor en la intervención de estos infantes. Por lo anterior, se evidencia la necesidad de realizar investigaciones científicas en este tipo de población, además de resaltar la vulnerabilidad que presentan y que pueden afectar a los niños y niñas de manera psicológica, emocional y física debido a los conflictos sociales y culturales mencionados con anterioridad.

## ANTECEDENTES

La investigación en depresión infantil es un área que desde su aparición indiscutiblemente ha venido creciendo y presentando nuevos conocimientos en torno a su fenomenología. En este sentido, Herrera, Núñez, Tobón & Arias (2009), realizaron el estudio '*Análisis bibliométrico de la depresión infantil*' en el cual plantearon como objetivo hacer una revisión del estado del conocimiento en las investigaciones publicadas en depresión infantil. Pérez y otros (2003), citados por (Herrera, Núñez, Tobón & Arias, 2009), definen la bibliometría como un compilado de técnicas y procedimientos para estudiar la naturaleza y comportamiento de una disciplina mediante la sistematización y análisis de los diversos aspectos de la comunicación escrita, teniendo en cuenta una metodología específica que se ocupa del análisis cuantitativo de determinadas variables presentes en un texto publicado. El criterio de inclusión y exclusión principalmente tiene que ver con que el artículo hiciera referencia a la temática de la depresión infantil. Como instrumento se utilizó la base de datos Hinari, de la Organización Mundial de la Salud (OMS), y Psycodoc, donde se ubican investigaciones de diversas partes del mundo. Se localizaron en total 153 artículos, y fueron analizados el número publicaciones por año, la producción por revista, el índice de autoría y los contenidos de los trabajos. Se encontró que el periodo de mayor producción es 2001 a 2006, con un total del 36%; la revista que más ha publicado en el tema es la *Journals of Consulting and Clinical Psychology* con el 12.4%. Asimismo, los artículos se encuentran firmados por uno o dos autores, y los de mayor productividad son David A. Cole (University of Notre Dame, USA) y Victoria Del Barrio (Universidad Nacional de Educación a Distancia, España, UNED). El instrumento más utilizado es el CDI (*Children's Depression Inventory*), con el 46.1%. Finalmente, los contenidos más comunes corresponden a los estudios de confiabilidad y validez de instrumentos de medición y las revisiones teóricas.

Entre los autores que han realizado estudios con respecto al riesgo psicosocial, Velásquez, Álvarez & Restrepo, (2002) investigaron sobre el riesgo psicosocial entre población infantil y adolescente desplazada por la violencia y no desplazada, perteneciente a una institución educativa de la ciudad de Medellín, Antioquia, con el fin de describir y comparar el riesgo psicosocial

según el instrumento 'Listado de Síntomas Pediátricos, Colombia (LSP-Col)'. En el diseño se utilizó un tipo de investigación descriptivo-comparativo de tipo transversal, con una población evaluada de 148 menores de 6 a 16 años, pertenecientes a un estrato socio-económico bajo. El análisis comparativo dio cuenta de diferencias estadísticas significativas en la presentación de riesgo psicosocial, según las variables de historia de desplazamiento y edad. Estos hallazgos sugieren que la mayor vulnerabilidad psicosocial podría asociarse al grupo que no ha sido víctima de desplazamiento por violencia y a condiciones etarias, siendo más vulnerable el grupo que es menor de edad. De igual manera, que el rendimiento académico puede verse afectado por la presentación de riesgo psicosocial o por variables relacionadas con las condiciones socioemocionales, y que los niños y adolescentes desplazados presentan una menor prevalencia de riesgo psicosocial al compararlos con población no desplazada. La limitación es que hay características de las poblaciones evaluadas que no fueron tenidas en cuenta para esta investigación y que afectan significativamente la vulnerabilidad o resiliencia de los menores.

De la misma manera, Bragado, Bersabé y Carrasco (1999) realizaron una investigación cuyo objetivo fue identificar los factores de riesgo diferencialmente relacionados con los trastornos de conducta, ansiedad, depresión y eliminación en una muestra clínica de 362 niños y adolescentes de 6-17 años, atendidos en dos servicios ambulatorios de Salud Mental de la Comunidad Autónoma de Madrid (CAM), en el momento de su primera cita y durante un período continuado de 18 meses. Los factores estudiados fueron: variables sociodemográficas, estresores psicosociales en el contexto familiar, fracaso académico, inteligencia, factores tempranos, historia médica y psicopatología parental. Los resultados mostraron que existían perfiles de riesgo distintos para cada categoría diagnóstica. Tener un padre joven, estar muy preocupado por la muerte de un ser querido, las discusiones y peleas familiares, el maltrato físico, repetir un curso y problemas tempranos de comportamiento se asociaban a los trastornos conductuales; la edad de la madre, problemas en el parto y miedo al maltrato físico, a los de ansiedad; tener más edad, estar preocupado por la familia, alcoholismo familiar, padecer enfermedades frecuentes y el estado psicopatológico de la madre a los trastornos depresivos; y, tener menos edad, ser varón y el retraso en las pautas de desarrollo a los de eliminación. El diagnóstico de los sujetos se efectuó mediante la adaptación española (Ezpeleta, de la Osa, Domenech, Blas & Losilla, 1997) de la *Diagnostic Interview for Children and Adolescents*, una entrevista estructurada que sigue los

criterios diagnósticos del DSM-III-R. Dispone de tres formas paralelas con igual estructura y contenido, cuya única diferencia estriba en que la formulación de las preguntas se adecua a las características del entrevistado: padres, DICA-R-P; niños de 6 a 12 años, DICAR- C y adolescentes de 13-17 años, DICAR- A. Entre las limitaciones del estudio se pudo detectar que los datos se basan en una muestra clínica, restringida a los sujetos remitidos a dos centros públicos de salud mental en régimen ambulatorio, por lo que, *a priori*, no son generalizables a la población general de niños con los mismos trastornos psicopatológicos.

Velásquez, Álvarez y Restrepo, (2002) en su investigación realizada en la ciudad de Medellín, diagnosticaron el estado de salud médico, oral y el riesgo psicosocial en los estudiantes del CECP y evaluaron el desempeño académico de los estudiantes. La información sociodemográfica de los estudiantes se obtuvo del formato ficha de matrícula. Se realizó un formato como fuente primaria de la información, para el registro de la inspección clínica (examen médico) de cada niño, teniendo en cuenta el manual de normas técnicas y administrativas de Salud Integral para la Infancia (SIPI), el cual fue diligenciado por el médico al inicio de las actividades, se valoró mediante el interrogatorio y examen físico completo, enfatizando los sistemas visual, auditivo, orofaringe, cuello, extremidades y signos vitales. En el mismo formato la información de salud oral fue entregada en una base de datos en Excel. Además, se aplicó la prueba LPS-Col, validada y adaptada para la población colombiana, la cual detecta específicamente los síntomas relacionados con los diagnósticos déficit de atención con hiperactividad, depresión, trastornos de conducta y ansiedad en menores de edad comprendidos entre los 4 a 16 años. La prueba fue diligenciada por los padres con la orientación de la psicóloga de la institución y de la epidemióloga investigadora del proyecto. Para el desempeño académico se tomó en cuenta los informes evaluativos de los alumnos entregados al final del año escolar 2002. Todos los datos provienen de una fuente primaria, el tipo de estudio fue descriptivo de corte o transversal. Con respecto a los resultados se encontró que las primeras causas de morbilidad en la población fueron el defecto de refracción, desnutrición severa de los dientes y estructuras de sostén, de la piel e infección respiratoria aguda (IRA), el 40% de los estudiantes presenta riesgo psicosocial, en el desempeño académico el 79.2% fueron promovidos, 2.8% con logros pendientes, un 15.1% no fueron promovidos y el 2.8% no terminó el año escolar.

También en la ciudad de Calama, Chile, Haquin, Larraguibel y Cabezas (2004) investigaron factores protectores y de riesgo en salud mental en niños y adolescentes de dicha ciudad, siendo el tipo de estudio descriptivo. El objetivo fue determinar la realidad psicosocial de la población infanto-juvenil que se encuentra escolarizada en la ciudad. Los instrumentos utilizados fueron cuestionarios de factores protectores y de riesgo en salud mental para adolescentes entre 11 y 18 años de edad, psicopatológico para adolescentes, de depresión infantil (CDI) y el de ideación e intento de suicidio. Los resultados de la investigación revelaron que los factores de riesgo predominantes son la falta de destrezas sociales y pertenencia a un grupo, bajo autoconcepto/autoestima y situación familiar irregular. Los factores protectores más frecuentes son expectativas futuras, ausencia de conductas de riesgo social, de alcohol, drogas y sexuales, y ausencia de maltrato.

Entre los antecedentes referidos se encuentra que la población utilizada en cada uno de los estudios no pertenece a la población afrocolombiana, pero se genera un acercamiento y una visión más clara de cuáles son los instrumentos idóneos a utilizar con niños y niñas que presentan algunas características similares a las de los infantes objeto de estudio en la presente investigación. También permiten establecer, retroalimentar y mejorar rutas y metodologías de abordaje al tema de depresión infantil, enriqueciendo de esta manera el presente estudio para cumplir con el objetivo que se tiene propuesto y con los resultados obtenidos aportar a las diferentes instituciones que valoran e intervienen la infancia especialmente niños y niñas afrocolombianos. En el estudio sobre el riesgo psicosocial entre la población infantil y adolescente desplazada por la violencia y no desplazada, perteneciente a una institución educativa de la ciudad de Medellín, se revela que la mayor vulnerabilidad psicosocial podría asociarse al grupo que en la investigación no ha sido víctima de desplazamiento por violencia y a condiciones relacionadas con la edad, siendo más vulnerable el grupo de menor edad, también que el rendimiento académico puede verse afectado por la presentación de riesgo psicosocial o por variables relacionadas con las condiciones socioemocionales, por lo cual, en la población infantil afrocolombiana, posiblemente no suceda lo mismo, pues por medio de la observación se detecta que el entorno en el cual se desarrollan estos niños y niñas presentan riesgos de índole social, familiar y educativa que los hace más vulnerables a comparación de otros infantes con menor riesgo.

En la investigación ‘factores de riesgo para los trastornos conductuales, de ansiedad, depresivos y de eliminación en niños y adolescentes’ (Bragado, Bersabé y Carrasco, 1999), se halló que los perfiles de riesgo para los trastornos depresivos son tener más edad, estar preocupado por la familia, alcoholismo familiar, padecer enfermedades frecuentes y el estado psicopatológico de la madre a los trastornos depresivos. Estos son factores de riesgo presentes en la población a investigar, pues son niños y niñas en condición de desplazamiento que tienen afectado su entorno social y familiar debido al cambio abrupto de vida, vivienda, entorno social, relaciones familiares, etc., que les toca vivir, sin mencionar la amenaza de disfuncionalidad que presenta cada una de sus familias.

La investigación, factores protectores y de riesgo en salud mental en niños y adolescentes de la ciudad de Calama, Chile, revela que los factores predominantes de riesgo son: falta de destrezas sociales y pertenencia a un grupo, bajo autoconcepto/autoestima y situación familiar irregular de los niños investigados, lo que aun llama más la atención al saber que se observa que precisamente los niños y niñas a investigar presentan estas dificultades en el entorno en el cual se desarrollan, lo cual evidencia la vulnerabilidad de los niños y niñas objeto de estudio.



## **OBJETO DE ESTUDIO**

La presente propuesta se presentó con el objeto de detallar los factores sociodemográficos que puedan estar asociados al riesgo de presentarse la depresión en infantes afrocolombianos, con edades entre los 7 y 11 años, residentes en un asentamiento de la ciudad de Armenia, Quindío. La identificación de dichos factores conduce al diseño de estrategias de intervención que favorecen la calidad de vida de los infantes y generan elementos que amplían el conocimiento de dicha población.

## **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuáles son los factores de riesgo de la depresión en infantes afrocolombianos con edades comprendidas entre los 7 y 11 años que residen en un asentamiento de la ciudad de Armenia, Quindío?

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo general**

Describir los factores de riesgo de la depresión en infantes afrocolombianos con edades comprendidas entre los 7 y 11 años que residen en un asentamiento de la ciudad de Armenia, Quindío.

### **Objetivos Específicos**

- Identificar las características sociodemográficas de los infantes afrocolombianos residentes en un asentamiento de la ciudad de Armenia.
- Identificar los síntomas para la detección de factores de riesgo de la depresión en infantes afrocolombianos.
- Establecer categorías sociodemográficas asociadas al riesgo de la depresión en infantes afrocolombianos.

## MARCO TEÓRICO

### INFANCIA

La infancia, según Canda Moreno, (2002) es definida como

“el periodo del desarrollo ontogenético que abarca desde el nacimiento hasta la adolescencia. Incluye cambios decisivos, tanto a nivel físico como psicológico y se distingue entre primera, segunda y tercera infancia. La primera infancia abarca desde el nacimiento hasta aproximadamente los dos años, y es durante este tiempo cuando el sistema cognitivo humano experimenta cambios trascendentales. En la segunda infancia, desde aproximadamente un año y medio hasta los seis años, se observan muchos logros cognitivos de los niños: las destrezas de representación simbólica sufren un gran crecimiento, por ejemplo, hay un marcado aumento de las habilidades del niño para ocuparse en el juego simbólico o de fingimiento, la capacidad de comunicación progresa enormemente, se produce la adquisición de las habilidades numéricas, entre otras. En la tercera infancia, desde los seis años hasta el comienzo de la adolescencia, se produce la adquisición de conocimientos en dominios específicos, aparecen las operaciones concretas, se adquiere alguna idea sobre cómo es “el juego de pensar” sobre cómo se debe jugar a él, también aparece el pensamiento cuantitativo, entre otras.”

### DEPRESIÓN

La palabra ‘depresión’, de acuerdo con Canda Moreno (2002), significa decaimiento de ánimo o de la voluntad. Estado patológico en que existe disminución general de toda la actividad psíquica y que afecta especialmente al componente afectivo de la personalidad. Actualmente se habla de la “era de la depresión”, pues se calcula que existen más de cuatrocientos millones de depresivos en todo el mundo: la tasa de prevalencia puntual de la depresión en la población mayor de quince años oscila entre el 6 y 8 por ciento. Uno de los rasgos característicos de este trastorno es que afecta en mayor medida a mujeres que a hombres: por cada dos mujeres depresivas hay un hombre depresivo. La razón de esta doble morbilidad femenina proviene de factores diferenciales adscritos a la personalidad, la instalación social y el sistema

neuroendocrino. Se puede decir que la depresión es una enfermedad que afecta todos los grupos de edad, desde la infancia hasta la vejez.

Entre los síntomas del cuadro depresivo que conforman el estado de ánimo, el sentimiento de tristeza ocupa un lugar secundario (Canda Moreno, 2002). La depresión debe ser conceptualizada como un síndrome que obedece a causas diversas. Su etiología se distribuye en cuatro apartados: la herencia, la personalidad neurótica o la ansiedad crónica, la situación social, soledad, estrés, inactividad o desarraigo, y un proceso corporal mórbido o la administración de un fármaco o droga.

### **CONCEPTUALIZACIÓN DE LA DEPRESIÓN INFANTIL**

La discrepancia existente entre los diferentes enfoques ha dificultado la construcción de una definición conceptual única para la depresión infantil. El debate sobre la existencia o no de depresión ya no se plantea ni justifica, pues ello no soluciona los problemas de conceptualización existente. En esta dimensión, la depresión no está todavía perfectamente delimitada. Cytryn, Mcknew & Bunney (1980, citados por Cabrera, 1995) hablan de tres puntos de vista opuestos acerca de la depresión:

- Es una "entidad clínica" diferencial que requiere un criterio diagnóstico distinto al usado con los adultos.
- Puede englobarse dentro de los trastornos afectivos de los adultos, y por tanto, diagnosticarse bajo los mismos criterios, ligeramente modificados en función de los distintos niveles de desarrollo.
- La depresión infantil no representa una entidad clínica válida.

A los anteriores planteamientos se pueden ampliar con un cuarto punto de vista el cual cuenta actualmente con un gran número de seguidores (Alonso-Fernández, 1988 citado por Cabrera, 1995).

- La depresión infantil comparte la etiopatología de la depresión adulta, pero sus manifestaciones clínicas difieren de ésta, presentando unos síntomas propios que serán modulados por los diversos aspectos evolutivos y culturales de la personalidad.

Por otro lado, al estar la literatura psiquiátrica caracterizada por tanto desconcierto en definir el término de depresión ha generado que los investigadores tengan varias definiciones, al definirla como un síntoma, un síndrome o un desorden:

- *Como un síntoma:* Es un indicador subjetivo en el individuo como respuesta a un desequilibrio, pero no hace parte del trastorno depresivo. Generalmente los síntomas depresivos aparecen ante eventos donde el individuo vivencia una pérdida o desengaño o también puede presentarse sin razón aparente que la justifique. Es la unidad mínima descriptible en psicopatología.
- *Como síndrome clínico:* Se define como un complejo de síntomas y signos que se presentan en forma simultánea y recurrente. El síndrome puede ocurrir secundario a otras alteraciones psicopatológicas. Este concepto no tiene sólo como consecuencia la disforia, también aparece junto con síntomas vegetativos, psicomotores, cognitivos y/o motivacionales.
- *Desorden o trastorno:* Representa connotaciones más amplias con relación al síndrome, pues presenta la existencia de un síndrome depresivo, la existencia de un cuadro clínico, una historia clínica y una respuesta al tratamiento que son característicos del trastorno depresivo, además de determinados correlatos familiares, ambientales y biológicos que llevan a la confirmación del diagnóstico.

Otras revisiones, sin embargo, han asignado otros significados al término, por ejemplo; (Petti, 1993) la describe como síntoma y como síndrome. Como síntoma, sería el llanto o cuando la persona se presenta con estado anímico disfórico, solitario, desesperado o pesimista. El mal humor, la irritabilidad y las ideas autodestructivas frecuentemente se asocian con el complejo sintomático. Como síndrome, constituye un conjunto de síntomas y signos que configuran una

enfermedad, un proceso mórbido. Angols (1988, citado por Cabrera, 1995) hace una revisión más exhaustiva sobre los trabajos hechos y concluye que el término depresión puede entenderse:

- Como fluctuación del humor normal llegando a un extremo bajo
- Como infelicidad, con sensación de dolor psíquico y situaciones desagradables, como consecuencia de fracasos
- Como un rasgo. Hace referencia a una característica estable de personalidad
- Como síntomas individuales. Cuando hay una desviación cuantitativa y cualitativa en la intensidad normal
- Como un síndrome. Correlación de síntomas que aparecen juntos
- Como un desorden o enfermedad. Se entiende como una desviación de la normalidad
- Como una enfermedad, diferenciada de la anterior pues está marcada por componentes genéticos y patología física, con respuesta específica a determinados tratamientos. Usan los criterios del DSM-III-R.

## **LA DEPRESIÓN EN LA INFANCIA**

A través de la historia, la depresión en la infancia se ha visto sujeta a grandes controversias dentro de la investigación. En la actualidad, aunque goza de total autonomía, todavía se trata de diagnosticar y tratar de forma similar a la depresión en la edad adulta, es más por una limitación de recursos adaptados a la infancia como instrumentos de diagnóstico y sistemas clasificatorios, que por el hecho de no aceptar una depresión diferencial específica para esta edad.

Dentro de la infancia, a su vez, se pueden establecer distintos periodos en función de la edad, que hacen al infante más o menos vulnerable. De ahí que dependiendo del período de edad estudiado, los autores se posicionen a favor o en contra de la existencia de este trastorno. En este sentido, los períodos más importantes se sitúan en torno a tres niveles de edad específicos: la

lactancia, de 0 a 2 años aproximadamente; la edad preescolar, alrededor de los 2 hasta los 5 años y la edad escolar, hasta los 10 u 11 años.



## DESARROLLO HISTÓRICO DE LA DEPRESIÓN INFANTIL

Las primeras referencias sobre la realidad clínica de la depresión infantil surgieron a partir del primer tercio del Siglo XX con las obras de Augusto Vidal Perera (1907), particularmente con su "Compendio de Psiquiatría Infantil"; Isidro Martínez Roig (1911), en el que se describe un caso de depresión melancólica delirante en un niño de diez años; Lafora (1913) quien describe un caso de locura maniaco-depresiva e hipertiroidismo; entre otras (citados por Cabrera, 1995)

Cabrera (1995) escribe que a partir de los años 30 se intensifican los trabajos al respecto entre los que se pueden citar a Robert Gaupp (1932) "Psicología del niño"; Jerónimo de Moragas (1932) quien facilitó el diagnóstico de las alteraciones en el estado de ánimo; Erich Stern (1933), haciendo una descripción de las características del niño deprimido, entre otras, pero las verdaderas aportaciones por su cantidad y especificidad al campo de la depresión infantil abarcan los últimos 25 años. Su arranque se sitúa alrededor del año 1966 y de la mano de tres acontecimientos (Polaino-Lorente, 1988), Rutter (1966) publica el primer trabajo científico que se conoce sobre hijos de padres depresivos; ese mismo año el *Group for the Advancement of Psychiatry* (GAP) incluye en su clasificación, el síndrome depresivo infantil entre las alteraciones mentales. De todas estas aportaciones se desprenden, sin embargo, actitudes y opiniones muy distintas entre los profesionales respecto a la depresión en la infancia las cuales pueden resumirse en cinco enfoques vinculados a las distintas escuelas de psicopatología infantil que se han ocupado inicialmente del tema:

- Enfoque psicodinámico

Desarrolladas en la década de los 50, desde un principio niegan que la depresión se dé en los niños antes de la pubertad. La concepción freudiana de la depresión adulta se fundamenta a través de la interacción de las distintas instancias de la personalidad. Rie (1966, citado por Cabrera, (1995) definía la depresión como consecuencia de una desviación de la agresión hacia el propio sujeto, por influencia de un superyó fuerte, es decir, la considera como el resultado de un conflicto intrapsíquico entre un super-*ego* primitivo y un ego desvalido. En torno a ello se

postulaba, siguiendo las teorías de Abraham y Freud, que como el super-*yo* no estaría estructurado antes de la adolescencia, no existía la posibilidad de elaborar un síndrome depresivo en la infancia. Es decir, para que haya depresión en la infancia deben estar suficientemente desarrolladas determinadas estructuras metapsicológicas, que no están adquiridas en las etapas evolutivas infantiles. Por esta razón, la mayoría de los trabajos se han centrado en el estudio de la depresión a partir de la etapa preadolescente. Como esta escuela es la que predominó en la época, el tema queda casi excluido de los manuales de la psiquiatría infantil.

Cabrera (1995) apunta que los trabajos realizados por Lefkowitz & Burton aportaron otras razones para explicar la no existencia de la depresión en la infancia. Estos autores coinciden en que los síntomas considerados como indicadores de un síndrome depresivo son sólo fenómenos transitorios del desarrollo infantil que desaparecen con el paso del tiempo. Argumentan además que la aparición de determinados síntomas se debe a que en las diferentes edades existen marcadas diferencias en la prevalencia de síntomas depresivos y que muchos de los síntomas característicos de depresión aparecen con mucha frecuencia en niños normales. Esta postura ha sido criticada por otros psicoanalistas más próximos a la práctica clínica, que argumentan que la depresión puede aparecer en cualquier edad, dependiendo de sus manifestaciones sintomáticas y la experiencia depresiva del desarrollo alcanzado (Arieti & Bemporad, 1990, citados por Cabrera (1995). Dichos autores incluso también aceptan y definen estados depresivos "normales" asociados a determinadas etapas del desarrollo como la etapa edípica, adolescencia, entre otros. En este sentido, M. Klein (1977, citada por Cabrera, 1995), habla de depresión en la infancia haciendo referencia a tres acontecimientos puntuales:

- El trauma del parto, como pérdida del "feliz estado intrauterino", que crea el primer estado angustioso en el niño.
- La etapa oral, en la que el niño experimenta su primera emoción en medio de un conflicto entre los impulsos libidinosos e impulsos agresivo-destructivos como consecuencia de la etapa anterior. Sería ésta la "etapa de la ansiedad depresiva". La depresión aparecería del tercero al sexto mes de vida, relacionada con el temor a perder el objeto amado: el pecho de la madre, ambivalencia entre lo bueno y lo malo.

- Sentimientos de hostilidad hacia el padre, al verle como posible competidor de las relaciones con su madre. Surgen así las reacciones depresivas, que manifiestan latentes sentimientos de culpabilidad, que el niño en ocasiones sublima para atenuar su ansiedad depresiva.

Según esta autora, la "ansiedad depresiva" entonces sería una etapa forzosa en el desarrollo evolutivo del niño. La depresión sería parte de una respuesta comportamental normal, incluso con finalidad adaptativa. A esta autora se le critica la poca contribución que han tenido sus aportaciones en el desarrollo del concepto de depresión infantil, e incluso se ha llegado a decir que las mismas lo que han hecho es confundir más al clínico con sus concepciones antipsicopatológicas, traducidas en un concepto de normalización.

A su vez, a las aportaciones Kleinianas, se abren paso algunas líneas de investigación, con metodologías más científicas y rigurosas, que buscan explicar ese comportamiento infantil. Entre ellas se tienen los estudios de los efectos que se producían en los niños de corta edad cuando se les separaba, transitoria o permanentemente, de la madre. Con respecto a esto, las aportaciones más importantes que se desarrollan en esta línea son las de Spitz (1946), y Bowlby (1952, 1960), y además las de Deutsch, Batwin, Freud & Burlingham, Schaffer y otros, Heinicke y otros, citados por Cabrera (1995) En todos estos trabajos se estudian las relaciones entre separación, experiencias de pérdida y la aparición de comportamientos afectivos patológicos caracterizados por la ansiedad y la depresión. Las conclusiones en dichos estudios expresan que cuando al niño se le separa transitoriamente de su madre o le atiende una madre sustituta, aparece un comportamiento representado por la ansiedad; en cambio, cuando la separación es definitiva y no goza de la presencia de otra figura materna, el nuevo comportamiento que emerge es típicamente depresivo.

Por su lado, Spitz (1946, citado pro Cabrera, 1995) se opone a los autores analíticos que atribuyen al recién nacido una vida mental complicada, llena de fantasías y conflictos entre instintos opuestos, sentimientos de culpabilidad y tendencias a la reparación. En el nacimiento este autor considera que no existen aún procesos intrapsíquicos, pues no existe el pensamiento, la sensación, la percepción, ni la voluntad. Argumenta que en el lactante existe, en un principio, un estado inicial indiferenciado (no existe el "yo") a partir del cual y a través de la maduración y el

desarrollo, todas las funciones se van diferenciando, adquiriéndose de forma lenta y continua, las distintas estructuras de los procesos psicológicos y, para él, el progreso y el desarrollo psicológico están esencialmente basados en el establecimiento de las "relaciones objetales" y sociales. Dichas relaciones objetales se van a establecer con base a dos principios, el "principio del placer" y el "principio de la realidad". Una de las críticas trazadas para esta teoría es que la privación materna, por sí sola, no es suficiente para afirmar que produciría la aparición de la depresión. Desde esta línea existen trabajos de autores como Ainsworth (1969, de acuerdo con Cabrera, 1995) donde investigan las relaciones entre la conducta de apego y el comportamiento exploratorio, en niños de un año con la madre y sin la madre. Luego, las relaciones que se producen con dos tipos de madres, sensibles e insensibles. Las conclusiones a las que se llega en este estudio es que no todos los niños responden deprimiéndose ante la deprivación materna, que su exposición a situaciones extrañas puede ser tan irrelevante como una mayor o menor presencia de la figura materna, y que lo que de verdad importa es la interacción madre-hijo, es decir, la calidad de esa interacción, no la cantidad de tiempo que la madre le dedica al infante.

- La depresión infantil enmascarada

En los años 60, para explicar el concepto de depresión surgen los conceptos de "depresión enmascarada" y de "equivalentes depresivos".

En este enfoque se afirma que la depresión puede ocurrir en la infancia, pero cuando lo hace aparece de forma sumergida, con sintomatología somática y trastornos psicopatológicos diversos, los cuales son diferentes de las normales manifestaciones depresivas como por ejemplo, trastornos de conducta, hiperactividad, enuresis, trastornos del aprendizaje, quejas somáticas, desobediencia, delincuencia, fobias, irritabilidad, ansiedad de separación, bajo rendimiento escolar, etc. (Toolan, 1962, citado por Cabrera, 1995).

En esta teoría se considera que la "reacción de depresión enmascarada" es la forma más habitual de manifestación depresiva en el niño más que la conducta y el humor depresivo presentes en el adulto. Esta es la razón por la cual manifiesta sus conflictos y estados por vía somático-corporal y conductual, encargándose la edad (hacia el umbral de la adolescencia) de

diferenciar y configurar la sintomatología depresiva final. Uno de los autores que más ha defendido esta postura es Glaser (1968), quien argumenta que los síntomas se dispersarían en los siguientes sectores: problemas conductuales y delincuencia, reacciones psicósomáticas y reacciones psicofisiológicas. De igual manera, López-Ibor (1982) sostiene que las depresiones infantiles pueden enmascarse en forma de "trastornos psíquicos" como aislamiento, apatía, aburrimiento, ideas obsesivas, fobias, bajo rendimiento escolar, etc. y, "alteraciones de conducta" tales como conducta delictiva, inhibición, agresividad, agitación, etc., (Cabrera, 1995)

La misma autora anota que, según Toolan (1962) y Sperling (1959), los infantes son incapaces de expresar el afecto depresivo como lo hace un adulto y por ende, representa el trastorno a través de otros síntomas como trastornos gastrointestinales y del sueño, cólicos, dolor de cabeza, rabietas, huidas del hogar y propensión a los accidentes. Este concepto difiere de la "depresión encubierta" descrita por Cytryn & McKnew (1972), quienes la consideran una modalidad infantil de defensa contra los sentimientos depresivos. Actualmente, y a pesar de los aportes obtenidos de esta argumentación en épocas anteriores, el concepto de "depresión enmascarada" ha perdido credibilidad y ha quedado casi abandonado en el marco de la psicopatología depresiva, al igual que el hecho de considerar como "equivalentes depresivos" determinados síntomas (Rutter, Izard & Read, 1986). Al respecto se prefiere hablar de una constelación de síntomas que formarían parte de un cuadro depresivo manifiesto y abierto propio de estas edades. Lo contrario, supondría caer en un error diagnóstico, al considerar cualquier trastorno psicósomático o conductual como depresión.

Polaino-Lorente (1988, citado por Cabrera, 1995), al analizar la conceptualización que se hace de la depresión desde esta perspectiva dice que con ella lo que se nos plantea es un problema conceptual, pues no nos permite diferenciar si estamos ante un síndrome depresivo o no, al no disponer de criterios adecuados para determinarlo. Ello es debido a que los síntomas que se toman como referencia para diagnosticar la depresión enmascarada, son característicos también de otros desórdenes psicopatológicos que pueden diferenciarse o no de la depresión infantil.

- La depresión infantil a manera de desorden clínico

Es una postura que considera que sí existe la depresión en la infancia, pero a su vez la equipara a la del adulto, y argumenta que ambas son fases de un mismo trastorno. El hecho de que se abogue por la continuidad del trastorno depresivo a lo largo de todas las edades no significa que en la infancia no existan unas características propias (Mardomingo, 1994). Se sostiene que la depresión se da en la infancia y que los aspectos esenciales del desorden son similares en niños, adolescentes y adultos, consideran que incluso puede diagnosticarse utilizando los mismos criterios e instrumentos que en el adulto. Cantwell (1987) señala que existe la depresión infantil donde sus principales síntomas se presentan de manera similar a como se presenta el síndrome depresivo en el adulto, por ende, se puede hacer un diagnóstico utilizando los criterios del DSM-III-R. Acepta, además, que se puede presentar una sintomatología ligada a la edad y al estadio de desarrollo en el que se encuentre el infante que no enmascaran la depresión, por lo que las manifestaciones de este cuadro no tienen que ser necesariamente idénticas (Cabrera, 1995)

- La depresión infantil a manera de normalidad en el desarrollo

Aproximadamente para los 70 se producen una serie de investigaciones que sostienen, luego de observar que los niños continúan manifestando estados depresivos, que existe un síndrome depresivo "diferencial" en la infancia independiente de la depresión adulta.

Esta afirmación proviene de la psicología evolutiva la cual afirma que el concepto de desarrollo ofrece una mayor aproximación estudiar la depresión infantil. Por ende, basados en los estadios de desarrollo, no se cuestiona la depresión en la infancia, sino el modo en el que ciertas limitaciones cognitivas y afectivas propias de cada período evolutivo, modulan la vivencia y expresión de la depresión (Arieti & Bemporad, 1990, citados por Cabrera, 1995). Para estos autores, el desarrollo afectivo se relaciona con el desarrollo de estructuras cognitivas, las cuales se adquieren a lo largo de la infancia. Si los aspectos cognitivos se van modulando y adquiriendo de forma progresiva en las distintas edades, las vivencias afectivas van a ser distintas en los diferentes momentos del desarrollo, configurándose, entonces, el estado depresivo de una u otra

forma en función del estado evolutivo en que se encuentre el infante. Esto equivale a decir que los síntomas varían a lo largo de los diferentes estadios o edades y por ende, en la infancia tendría una sintomatología propia no equiparable a la del adulto.

Con respecto a lo anterior, y con base en Bemporad (1990, citado por Cabrera, 1995), la depresión sería una vivencia afectiva que requiere un elevado nivel de maduración cognitiva, ya que sería imposible sentir ciertas emociones, si no se ha desarrollado la capacidad de hacer una apreciación cognitiva de determinados aspectos de la experiencia. En conclusión, la depresión puede llegar en cualquier momento del desarrollo infantil y que su sintomatología se dispersa en función de la edad del sujeto.

- La depresión infantil en la actualidad

Cabrera, (1995) hace referencias a varios autores que consideran que la depresión infantil puede existir incluso por debajo de los seis años de edad (Poznanski & Zrull 1970). En pocos años, ha pasado de ser un concepto ignorado a constituir una entidad nosológica y clínicamente diferencial respecto a la depresión adulta (Rutter, 1995), situándose en la cresta de la psicopatología infantil.

El cierre del conflicto sobre la existencia o no de la depresión en la infancia lo marcó la célebre polémica entre Costello, (1980), autor principal de la presente investigación quien defiende la existencia de la depresión infantil, y Lefkowitz & Burton, (1978), negadores de la misma. Estos autores se basan para apoyar la no existencia de la depresión infantil ya que los síntomas en este período son frecuentes y transitorios, a lo que Costello responde puntualizando que la depresión infantil es un trastorno, no unos pocos síntomas; además afirma que este síndrome es duradero y que los síntomas investigados por Lefkowitz & Burton (lloros y falta de apetito) no son los representativos del mismo. El síntoma lo define como el estado de ánimo disfórico que se experimenta en cualquier momento del ciclo vital, el síndrome, como el conjunto de síntomas concomitantes con el estado disfórico asociados a problemas somáticos, conductuales, cognitivos y motivacionales y el trastorno considera que se presenta de forma persistente y repercute de manera negativa en diversas áreas de la vida. Presenta elementos que

predisponen y mantienen la presencia del trastorno (la historia familiar, contexto, aspectos biológicos, cognitivos, etc.)

El debate anterior culminó en dos grandes consecuencias; primero en el establecimiento definitivo de la existencia de la depresión infantil, y segundo la preocupación por el poco número de investigaciones realizadas hasta entonces por el tema (Del Barrio, 1990). Sin embargo, aún existen desacuerdos en torno a la conceptualización y diagnóstico de la depresión en la infancia y se sabe muy poco sobre los factores etiopatológicos.

Actualmente, la depresión infantil, a la luz del Manual de Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, IV edición (DSM-IV) (Pichot, 1995), incluye los trastornos del estado de ánimo en niños y niñas bajo los mismos criterios diagnósticos para adultos. La diferencia está en que los infantes expresan quejas somáticas, rechazo social, pérdida de interés y de la capacidad de experimentar placer, cambios en los patrones de alimentación, sueño y peso corporal, actividad, entre otros, en comparación con adolescentes y adultos.

Con base en el DSM-IV, se considera que para que un niño o niña se diagnostique con un Trastorno Depresivo Mayor, debe tener al menos 5 de los siguientes 9 síntomas, con una duración de 2 semanas:

- 1) Estado de ánimo deprimido.
- 2) Pérdida de interés o capacidad para el placer.
- 3) Pérdida o aumento significativo de peso.
- 4) Insomnio o hipersomnia casi diario.
- 5) Agitación o enlentecimiento psicomotor.
- 6) Fatiga o pérdida de energía.
- 7) Sentimientos excesivos de inutilidad o culpa.
- 8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse.
- 9) Ideas recurrentes de muerte.



Es importante mencionar que no se incluyen síntomas debido a enfermedad médica, ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo, incoherencia, o notable pérdida de asociaciones.

En la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10) se alude al Episodio Depresivo en 3 formas: leve, moderado y grave las cuales ya fueron definidas con anterioridad.

Cabe resaltar que la semiología de la depresión infantil es variada, destacando 10 conductas como síntomas más importantes de la depresión:

1. Humor disfórico.
2. Autodesesperación.
3. Comportamiento agresivo (agitación).
4. Trastorno del sueño.
5. Modificación en el rendimiento escolar.
6. Retraimiento social.
7. Modificación de la actitud hacia la escuela.
8. Quejas somáticas.
9. Pérdida de la energía habitual.
10. Modificación habitual del apetito y/o del peso.

Los síntomas de la depresión infantil según la etapa de desarrollo varían. Por ejemplo, en los niños y niñas pequeños, hasta que entran en la edad escolar, la depresión se torna psicosomática (trastornos en la alimentación y en el sueño, onicofagia, crisis de llanto, enuresis) y se desarrolla en 3 fases de conducta.

1. *Fase de protesta*: corresponde a una ansiedad de separación (de la madre).
2. *Fase de desespero*: el niño rehúsa comer, no se deja vestir, se queda callado, inactivo, sin solicitar nada de su entorno, con expresiones de pena y duelo.
3. *Fase de desvinculación*: se elabora la pérdida o se construyen defensas contra la misma, las conductas más comunes son el llanto y gritos.

Cuando el infante es mayorcito, las características que presenta son sensibilidad, dificultades de conducta, irritabilidad y sentimientos de inferioridad, que en algunos casos generan ideas suicidas.

### **Clasificación de la depresión infantil.**

Las clasificaciones de las depresiones en la infancia se encuentran todavía con varias dificultades que impiden una sistematicidad (Del Barrio, 1987) y por ende, dificultades para su comparación. Es por ello, que no se tienen sistemas clasificatorios en la infancia de utilidad clínica (Carlson & Cantwell, 1980).

Autores como Arieti & Bemporad (1990), se basan en los parámetros del desarrollo normal para hacer la siguiente clasificación:

- Depresión aguda infantil

Surge como resultado de una situación externa al niño o niña claramente identificable, relacionada generalmente con la pérdida de atención de una persona amada. Entre las características que presenta este nivel de depresión es que tiene un buen ajuste premórbido, proporcionalidad entre los síntomas y parecida intensidad entre los eventos traumáticos padecidos, presencia de un factor precipitante en todos los casos, antecedentes familiares de comportamiento neurótico moderado en ausencia de antecedentes depresivos, incapacidad de utilizar los mecanismos de defensa bien empleados hasta el momento de la aparición del hecho traumático, manifestaciones de negativismo y otros signos correspondientes a la personalidad pasivo-agresiva. Es difícil diferenciar estos infantes con los niños y niñas que atraviesan por situaciones de pesar o duelo (Cabrera, 1995)

Dichos síntomas se dan en cortos periodos de tiempo a menos que permanezcan las situaciones ambientales traumáticas, recuperándose después rápidamente.

- La depresión infantil crónica

En la depresión infantil crónica no se evidencia una situación desencadenante y su recuperación es más difícil. Entre sus características se encuentra la presencia de sentimientos y conducta depresiva con inclusión de ideas suicidas desde edades muy tempranas, presencia de depresión crónica en la madre, imposibilidad de encontrar un factor precipitante inmediato, aunque exista una historia repetida de abandonos, separación conyugal, entre otros. En los estudios realizados se ha encontrado que en estos casos al menos uno de los padres del niño o niña ha sufrido episodios depresivos; aparición de conductas pasivas, dependientes y desvalidas de larga evolución, ausencia de ansiedad aguda que, de alguna forma, está relacionada con el cuadro depresivo.

Por su parte, para Eva Frommer (1968, citada por Cabrera, 1995), la depresión es respectivamente normal en la infancia y diferencia tres subgrupos principales:

- Depresivo enurético: Por la marcada incidencia de enuresis y encopresis. Presentan además problemas de aprendizaje y retraining. Se trata de niños y niñas infelices, que debido a una combinación de factores sufren un retardo neurológico, problemas de aprendizaje e incontinencia, sin embargo, no parecen deprimidos.
- Depresión simple: Estos niños y niñas se caracterizan por irritabilidad, debilidad y tendencia a reiterados estallidos temperamentales. También se observan trastornos del sueño y signos de depresión.
- Depresivo fóbico: Con gran incidencia de ansiedad y falta de confianza. Son infantes que se caracterizan por sufrir dolores abdominales u otros síntomas somáticos. Parecen ajustarse al modelo de "fobia a la escuela". Con estallidos temperamentales pasajeros, que alternan con períodos de conducta apacible y juiciosa. Sugieren síntomas precoces de desórdenes maniacodepresivos.

## **Epidemiología de la depresión infantil.**

Generalmente, el concepto de epidemiología se relaciona con el estudio de enfermedades de carácter infeccioso. Recientemente los estudios epidemiológicos se han incorporado a la investigación de las enfermedades no infecto-contagiosas como trastornos psicósomáticos, trastornos mentales, entre otros (Maganto, 1990, citado por Cabrera, 1995).

Esta autora concluye que en la actualidad, se conoce como disciplina epidemiológica, "aquella que estudia la distribución de frecuencia de las enfermedades o eventos y fenómenos de salud en grupos sociales y los factores que influyen sobre la ocurrencia y variación de esta distribución" (Colimón, 1990). Por ende, se hace necesario conocer de la historia y curso natural de la enfermedad, así como la relación que ésta presenta con el ambiente (Marti & Murcia, 1987), además de las distintas condiciones psicológicas de esa población, como posibles factores influyentes (Doménech & Polaino-Lorente, 1990, citados por Cabrera (1995).

En el campo de la salud mental, como reconocimiento del ser humano como ser bioquímico social, se tiende al análisis de la presencia y frecuencia de los trastornos, intentando determinar los grupos de población con diferentes niveles de riesgo y estudiar los factores causales (Maganto, 1992). Por consiguiente, en el campo de las enfermedades contagiosas como en el de la salud mental, el conocimiento sobre la epidemiología han aumentado, y también sus usos. Entre algunos de sus objetivos actuales se resalta que es necesario conocer la naturaleza de los problemas, y la variación de la patología según el tiempo y el lugar. La frecuencia de la enfermedad se mide a través de la prevalencia, tasa anual de incidencia y tasa anual de mortalidad. Conocer la historia clínica de la enfermedad. Establecer la etiología de la enfermedad. Predecir el curso clínico de la enfermedad, tanto a nivel comunitario como individual, (Marti & Murcia, 1987; Maganto, 1990, citados por Cabrera, 1995).

En conclusión, la epidemiología es muy importante para la investigación etiológica, tanto así que algunos autores argumentan que la epidemiología se ha convertido en una ciencia que predice, pues determina la existencia de factores de riesgo creando el control, el manejo y la

prevención de las enfermedades. Para los que así la entienden, como Dohrewend (1994), la investigación epidemiológica resulta imprescindible, tanto para el conocimiento de la enfermedad como para el establecimiento de cualquier programa preventivo.

### **Factores de Riesgo**

Los factores de riesgo son situaciones que afectan a un individuo de manera individual, social o culturalmente interfiriendo en su desarrollo normal (Canda, 2000).

Al respecto, algunos autores expresan acuerdo en considerar que los factores de riesgo interactúan colectivamente, y se dan de manera individual, familiar y social:

- Factores de riesgo en los niños

Un infante en riesgo presenta una característica personal determinada la cual no tiene por sí misma la condición de factor de riesgo. Llega a convertirse en factor de riesgo cuando hace parte de una familia con dificultades; como por ejemplo, cuando el niño o niña es o no ha sido no deseado por sus padres, que haya nacido en una unión anterior, y que sea rechazado por la relación actual de su padre o madre, que el niño o niña sea separado de sus padres, que presente algún déficit o trastorno físico o psicológico que padezca algún tipo de enfermedad crónica, entre otras situaciones.(Figueiras, Neves de Souza, Ríos yBenguigui, 2006, págs. 12-13)

- Factores de riesgo en la familia

Para que una familia presente riesgo, debe presentar de manera formal inestabilidad, desestructuración y falta de seguridad que no permiten la estabilidad y la protección necesaria que requiere el niño o niña; por ejemplo, una familia desestructurada por situaciones como separación, abandono o muerte. Una familia monoparental con cargas económicas y responsabilidades familiares no compartidas, conflictos o violencia intrafamiliar al interior de la familia, comportamientos como alcoholismo, prostitución, delincuencia, entre otras, por alguno de los miembros de la familia, enfermedades mentales o crónicas en algunos de los miembros de la familia, desequilibrio emocional en la familia, falencias en las pautas de crianza utilizadas por los padres en la educación de sus hijos, importante número de hijos o hijos no queridos, carencias

de recursos económicos y culturales para hacerle frente a las necesidades básicas de la familia, familia con padres adolescentes, entre otras situaciones.(Pérez, Navarro & Uceda i Maza)

- Factores de riesgo en el contexto

Se da cuando existen contingencias desfavorables en el contexto que generan la probabilidad de producir una situación de desprotección en el infante que se encuentra en dicho medio. Por ejemplo; la existencia de pocos o nulos recursos económicos, falta de vivienda o vivienda en condiciones inadecuadas, hacinamiento y deficientes condiciones de habitabilidad, inmigración o cambios de residencia más aún si son continuos, internamientos prolongados y/o repetidos como hospitalización, encarcelamiento, entre otros (Moreno, 2001)

## AFROCOLOMBIANOS

Los afrocolombianos se caracterizan por tener un gran apego a la familia extensa a la que pertenecen, al territorio y a la comunidad de origen, a la red social que conforman y a las prácticas culturales que los identifican como pertenecientes a un grupo cultural distinto al resto de la sociedad nacional (Rovira de Córdoba, 2009). Estas diferencias se expresan en el habla, la religiosidad, la música, la danza y las diferentes expresiones del arte y folclor. En las zonas rurales tradicionales las comunidades afrocolombianas tienen instituciones sociales basadas en el derecho y prácticas habituales. Su economía está orientada principalmente hacia la subsistencia.

Las comunidades negras en Colombia han alcanzado un importante reconocimiento en materia de derechos y en especial en lo que se refiere al derecho colectivo sobre sus territorios. No obstante, son comunidades vulnerables y en desventaja en los procesos de desarrollo (Rovira de Córdoba, 2009)

La identidad social y cultural en personas y grupos afrocolombianos, se encuentra asociada a la comunidad de origen, la familia, las tradiciones y expresiones culturales propias de cada región (alimentación, música, danzas). La identidad se refuerza en la vida de las colonias de coterráneos en el ámbito urbano, en las temporadas de visita en el medio rural, en las fiestas y en los ritos funerarios. Los afrodescendientes se identifican por sus bailes, cantos y por su rica tradición oral. En contextos urbanos la identidad se asocia a la solidaridad racial y étnica. “Mi sangre”, “paisano”, “pariente”, son expresiones comunes entre afrodescendientes urbanos.

En los poblados de afrodescendientes rurales, en los cuales no hay una autoridad estatal, las buenas relaciones con los parientes y vecinos del poblado son una condición indispensable para vivir en paz, armonía y poder tener un soporte en las relaciones de reciprocidad para el trabajo (mano cambiada), los préstamos alimentarios y los ritos funerarios (Rovira de Córdoba, 2009)

En las ciudades los miembros de los grupos étnicos se integran a barrios subnormales donde se confunden con los otros pobres urbanos pero con la carga adicional, para los afrodescendientes, de la exclusión social a causa del racismo.

Con respecto a la fisionomía, las características que mas identifica a las personas que se auto-reconocen como miembros de la comunidad afrocolombiana es la pigmentación oscura de su piel, cabello y ojos en diferentes tonalidades. Otra característica es el cabello encrespado o rizado, labios abultados y nariz curva de diferentes tamaños.

Los rituales funerarios se realizan con cantos fúnebres, como el alabao y el lumbalú. La base de la alimentación está constituida por plátano, arroz, pescado y queso. Entre los platos típicos se tiene el sancocho de gallina, pescado y otras carnes, pusandao, rondón, tapao de carne serrana, entre otras (Rovira de Córdoba, 2009)

Con respecto al lenguaje y la comunicación se parte de la base que la comunicación es un proceso complejo mediante el cual se envían y reciben mensajes, uno de cuyos principales instrumentos es el lenguaje. Este, a su vez es definido como la facultad que posee el hombre de poder comunicar su pensamiento acudiendo a múltiples manifestaciones que van desde el lenguaje por signos, utilizado por los pueblos primitivos hasta los más sofisticados sistemas inventados por la tecnología moderna. En este marco conceptual se utilizan dos grandes elementos que para cumplir su función se sirven del lenguaje. Son ellos: la lengua o conjunto de signos convencionalmente aceptados por un conglomerado o comunidad para entenderse, y la literatura, toda obra de la inteligencia humana, que tiene como el medio de expresión la palabra y cuya finalidad es múltiple, dependiendo del propósito del autor y la receptividad del lector. (Rovira de Córdoba, 2009)

Una vez definidos los conceptos de lengua y literatura, se describe en su orden los principales elementos que en cada caso han incidido en la comunicación cotidiana y en la expresión de sentimientos, ideas y vivencias de ese puñado de personas desarraigadas de su nativa África, que se vieron forzados a construir nuevos esquemas lingüísticos y culturales. En este aspecto se hace alusión a las variantes fonostilísticas (formas de pronunciación) de las regiones con mayor presencia de afrocolombianos; algunos dialectalismos o regionalismos de las mismas y una muestra de vocablos documentalmente reconocidos como africanismos. De igual modo, se hace una breve alusión a las principales lenguas criollas con aporte de idiomas



africanos, con énfasis en el suto o palenqueo y el sanandresano (que algunos denominan patois), por ser las únicas lenguas con aporte africano existentes en nuestro país.

Entre los hablantes, considerados cultos, que emplean el lenguaje literario normalizado, no es fácil determinar con precisión el lugar de procedencia basándose en su pronunciación; pero aún en estos casos, también se puede descubrir de qué clase social o región proviene el hablante.

Apelando a la fonoestilísticas es relativamente fácil determinar la procedencia de un hablante de la Costa Pacífica, de la Costa Atlántica o del Archipiélago. Es más, al interior de cada una de estas regiones existen fenómenos fonéticos que permiten diferenciar, por ejemplo, un hablante de Quibdó y otro de Buenaventura o Tumaco; un hablante de Córdoba y otro de la Guajira; lo mismo se puede decir de un hablante de San Andrés frente a otro de los islotes que han tenido menos intercambio cultural.

En este sentido y según Rovira (2009), asesora nacional para asuntos étnicos afrocolombianos, los principales fenómenos fonéticos observables en los costeños del norte y occidente, por ser estas dos regiones las más representativas en cuanto a conglomerados afrocolombianos se refiere se mencionan:

- Costa Pacífica

Fenómeno de aspiración de la letra (s). Consiste en pronunciarla (s) como (j). Por ejemplo; al decir *nosotros*, se pronuncia *nojotros*; al decir *son las ocho*, se pronuncia *son laj ocho*. Otro fenómeno de aspiración ocurre con la (f) que en muchos casos se convierte en (j), ejemplo: al decir *fogón*, se pronuncia *jogón*, al decir *fui*, se pronuncia *jui*.

Fenómeno de desfonologización; o pérdida de la (s) en frontera de palabra; es decir, al final de palabra. Ejemplo: al decir *los*, se pronuncia *lo*; al decir *perros*, se pronuncia *perro*.

Desfonologización de vibrante simple o pérdida de la (r) al final de palabra. Ejemplo: al decir *cantar*, se pronuncia *cantá*; al decir *beber* se pronuncia *bebé*.

Otro fenómeno es la confusión de la (r) con la (l), por ejemplo, al decir carne se pronuncia calne; al decir tarde, se pronuncia talde.

Confusión de la (d) con la (r), por ejemplo, al decir le digo, se pronuncia le rigo; al decir ayudante, se pronuncia ayurante.

Cambio de (l) por (r), por ejemplo al decir envuelto, se pronuncia envuerto; al decir baldío, se pronuncia bardio.

Cambio de la (ll) por (ñ), por ejemplo, al decir llamar, se pronuncia ñamar.

Fenómeno de elisión o supresión de la (d), al final de la palabra, por ejemplo, al decir actividad, se pronuncia actividá; al decir caridad, se pronuncia caridá.

Fenómeno de la cerrazón. Consiste en el cambio de la (e) por la (i), por ejemplo, al decir montar, se pronuncia montiar; al decir mazamorrar, se pronuncia mazamorria.

En ocasiones se presenta el fenómeno simultaneo de cerrazón elisión o supresión de la (r) al final de la palabra, por ejemplo, al decir palanquear, se pronuncia planquiá.

Fenómeno de vocalización. Consiste en convertir en una sola vocal las letras finales de una palabra, por ejemplo, al decir por allá, se pronuncia pu allá.

Refuerzo consonántico. Consiste en convertir la (h) en (g), por ejemplo, al decir: hueco, se pronuncia gueco.

Otro fenómeno es el de agregar una (d) al principio de palabra. Ejemplo: al decir entrar, se pronuncia dentrar.

- Costa Caribe

En esta región se observan muchos fenómenos de los tratados en el Litoral Pacífico: como la aspiración, debilitamiento y/o pérdida de la (d), vocalismo o conversión de consonantes en vocales; no obstante, el fenómeno fonético que mejor identifica el dialecto costeño del Atlántico es la asimilación, que consiste en la duplicación o modificación de letra, fonema y/o sonido por el contacto con otra letra, fonema y/o sonido vecino. Ejemplo, al decir tarde, se pronuncia *tadde*; al decir colmena, se pronuncia *commena*, al decir Marta, se pronuncia *Matta*. Otro rasgo identificador del hablante costeño del Caribe es el tuteo.

Haciendo algunas reflexiones sobre el equivocado concepto que se ha tenido de los variantes dialectos empleados por los afrocolombianos, debido al enfoque eurocentrista con que se ha manejado la situación comunicativa en nuestro país, según el cual todo lo que se sale del rígido molde del español estándar es calificado de vulgar e incorrecto.

Las variaciones fonéticas y morfosintácticas utilizadas por los afrocolombianos no deben considerarse como formas irregulares o degradantes respecto del español estándar, y mucho menos entenderse como formas irregulares o incorrectas, ya que la fonética y demás elementos constitutivos de la lengua o son disciplinas normativas y por lo tanto no deben estar sujetas a juicios de valor.

Quienes plantean la dicotomía lenguaje culto-lenguaje vulgar, desconocen que son precisamente los diversos matices que tipifican la nación colombiana, los que justifican el carácter multiétnico y pluricultural de nuestro país.

La mayoría de los fenómenos fonéticos aquí expuestos, están documentados en toda la costa Pacífica y Atlántica; pero como variante dialectal aún se mantienen con mucha fuerza en la zona rural, mientras que en las zonas urbanas se han ido debilitando por los contactos interlingüísticos e interculturales.

Tanto las formas dialécticas del español costeño del Pacífico, como del Atlántico, presentan muchos rasgos de identidad con lenguas del África occidental. Por esta razón, se constituyen en

huellas de africanía y en elemento clave para rastrear la historia del negro en Colombia; así como para fortalecer y/o recuperar la identidad étnica afrocolombiana.

## **METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN**

### **TIPO DE ESTUDIO Y DISEÑO**

El presente estudio se aborda desde un enfoque cuantitativo, es transversal y con un alcance exploratorio descriptivo, su diseño es no experimental.

### **POBLACIÓN**

Niños y niñas afrocolombianos residentes en un asentamiento de la ciudad de Armenia, Quindío.

### **MUESTRA**

La muestra con la cual se realizó la presente investigación constó de 30 niños y 29 niñas, para un total de 59 infantes afrocolombianos, con edades comprendidas entre los 7 y 11 años de edad. En las tablas 2, 3, 4, 5 y 6 se especifican las características socio-demográficas de la muestra total.

### **CRITERIOS DE SELECCIÓN**

La niña o niño debe ser afrocolombiano con edad comprendida entre los 7 y 11 años de edad, y debe residir en el asentamiento.

## Operacionalización de variables

Tabla 1. Operacionalización de variables

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	NATURALEZA	NIVEL	INSTRUMENTO	
I N D E P E N D I E N T E	Factores de riesgo	Vivienda	Tipo de vivienda	Cualitativa	Nominal	Ficha Socio-demográfica
			Material de la vivienda	Cualitativa	Nominal	
			Cubierta o techo	Cualitativa	Nominal	
			Servicios públicos	Cualitativa	Nominal	
			Acceso al agua de consumo	Cualitativa	Nominal	
			Familias que cocinan por separado	Cuantitativa	Razón	
		Grupo familiar	Tipo de familia	Cualitativa	Nominal	
			Estado civil de los padres	Cualitativa	Nominal	
			Tipo de afiliación a salud	Cualitativa	Nominal	
			Discapacidad	Cualitativa	Nominal	
			Nivel académico	Cualitativa	Ordinal	
		Hogar	Energía o combustible para cocinar	Cualitativa	Nominal	
			Tipo servicio sanitario	Cualitativa	Nominal	
			Electrodomésticos básicos	Cualitativa	Nominal	
			Alumbrado	cualitativa	Nominal	
		Ingreso y trabajo	Situación laboral cabeza de hogar	Cualitativa	Nominal	
			Tipo de vinculación laboral	Cualitativa	Nominal	
			Salario	Cuantitativa	Razón	
D E P E N D I E N T E	Depresión	Comportamiento	Pasa mucho tiempo solo.	Cualitativa	Nominal	Listado De Síntomas Pediátricos (LSP-Col).
			Se cansa fácilmente o tiene poca energía.	Cualitativa	Nominal	
			Muestra poco interés por la escuela o por el colegio.	Cualitativa	Nominal	
			Se cansa fácilmente o tiene poca energía.	Cualitativa	Nominal	
			Falta a la escuela o al colegio.	Cualitativa	Nominal	
		Emoción	Parece divertirse menos.	Cualitativa	Nominal	
			Siente que es un niño malo.	Cualitativa	Nominal	
			Se siente triste, infeliz.	Cualitativa	Nominal	
			Se siente sin esperanza.	Cualitativa	Nominal	
			Tiene baja autoestima.	Cualitativa	Nominal	
			Tiene poco interés por los amigos.	Cualitativa	Nominal	
			Tiene bajo rendimiento escolar.	Cualitativa	Nominal	
			Tiene problemas para dormir.	Cualitativa	Nominal	

## Instrumentos

- Ficha Sociodemográfica

Tomada y modificada del formato del Programa en Familias en Acción, de la Secretaría de Desarrollo Social de la Alcaldía de Manizales. Dicho formato permitirá obtener información de interés del entorno de los participantes en el presente estudio, las cuales se agrupan en cuatro categorías (Vivienda, hogar, grupo familiar, ingreso y trabajo). Estas categorías se asociarán con el riesgo de presentar depresión, de esta manera se cumplirá con el objetivo del presente estudio.

- Listado de Síntomas Pediátricos, Colombia (LSP-Col)

El listado de Síntomas Pediátricos (LSP-Col), surgió de la validación hecha para Colombia, en 1999, en la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, a partir del instrumento Pediatric Symptom Checklist (PSC) (Murphy, 1992), originado por el doctor Michael Jellinek. Este último fue desarrollado con base en el DSM-III-R, originado en 1996 y probado en Estados Unidos y Canadá para detectar el riesgo psicosocial al cual está expuesta una población o colectivo de niños.

El LSP-Col es de utilidad epidemiológica para conocer los riesgos de salud mental infantil, consta de 35 ítems que son respondidos ya sea por el padre, la madre o acudiente del niño o niña. El puntaje asignado para cada ítem es de 0, 1 y 2 puntos. El punto de corte de riesgo psicosocial definido para Colombia es de 20 puntos y detecta específicamente los riesgos relacionados con déficit de atención con hiperactividad (TDAH), depresión, trastornos de conducta y ansiedad.

Para el LSP-Col, el riesgo existe cuando:

- Depresión presenta 5 o más de los ítems que la evalúan.
- Ansiedad presenta 4 o más de los ítems que la evalúan.

- Déficit de atención con hiperactividad presenta 5 o más de los ítems que la evalúan.
- Trastorno de conducta presenta 5 o más de los ítems que la evalúan.

La anterior descripción es de suma importancia, ya que para el cumplimiento del objetivo del presente estudio, sólo se tendrán en cuenta los ítems que indiquen el riesgo de presentar depresión.

## **Procedimiento**

- *Primer momento:* Se identificó los niños y niñas objeto de estudio en un asentamiento de la ciudad de Armenia donde la mayor parte de la población es afrocolombiana.
- *Segundo momento:* A través de visitas domiciliarias se seleccionaron los niños y niñas con edades comprendidas entre los 7 y 11 años afrocolombianos.
- *Tercer momento:* Se aplicó la ficha Sociodemográfica.
- *Cuarto momento:* Se aplicó el instrumento de listado de síntomas pediátricos donde sólo se tendrá en cuenta los ítems que indican el riesgo de presentar depresión.
- *Quinto momento:* Se realizó el análisis estadístico de la información obtenida por medio de los instrumentos utilizados.

## **Análisis estadístico**

Se realizó con la ayuda del SPSS los siguientes análisis estadísticos para describir las variables estudiadas y establecer las categorías sociodemográficas asociadas al riesgo de la depresión:

- Para la descripción de las variables objeto de estudio se utilizó el porcentaje como medio estadístico para la caracterización sociodemográfica y descripción del riesgo de la presencia de depresión en la población estudiada.
- Para establecer las categorías asociadas al riesgo de la depresión: En primera instancia en la variable independiente (factores de riesgo) se definieron 4 categorías (vivienda, grupo familiar, hogar, ingreso y trabajo) estipuladas en el mismo instrumento, las cuales están conformadas cada una por un grupo de preguntas enfocadas a dichas categorías. En segunda instancia, para la variable dependiente (Depresión), se puntualizará el riesgo de padecer depresión sólo si el sujeto presenta 5 o más ítems que lo evalúan con sí o no, si el sujeto presenta 0 a 4 ítems.



- Para la descripción de la relación del riesgo de presentar depresión y las categorías sociodemográficas: Se utilizó el método de regresión lineal el cual evidencia las relaciones entre la variable independiente y dependiente.

A continuación, se hace una breve descripción de los métodos estadísticos utilizados:

- SPSS:

Es un programa estadístico informático el cual permite la recodificación de las variables y registros según las necesidades que tenga el usuario, dando lugar a unos resultados de tipo estadístico que el investigador debe interpretar (Luna del Castillo, Requena, Femia, Martín, & Miranda, 2005)

- Análisis de regresión lineal.

El análisis de regresión permite encontrar modelos que a partir de las relaciones causales entre una variable dependiente (la que se supone que es el resultado de la influencia o comportamiento de otras variables) y una o más variables independientes, predicen un resultado conociendo el valor estimado de la variable independiente (Levin & Rubin, 1996)

## ASPECTOS ÉTICOS

La presente investigación toma en cuenta el valor social o científico puesto que muestra la importancia en el ámbito clínico de mejorar la intervención a la población infantil afrocolombiana para optimizar sus condiciones de vida y bienestar, además de producir conocimiento donde el equipo médico y mental de las clínicas, hospitales, centros de salud y demás instituciones que hacen acompañamiento a esta población puedan, con la información obtenida, ofrecer una mejor atención y más integral a dichos infantes.

En el estudio se utiliza un formato de consentimiento informado (anexo 1), el cual evidencia que los infantes y acudientes participan voluntariamente en la presente investigación, siendo compatible con sus valores, intereses y preferencias, y con el conocimiento necesario y suficiente para decidir con responsabilidad la participación del mismo. Además, la firma de los niños y niñas, por ser menores de edad, es respaldada con la firma de sus cuidadores. En el consentimiento informado se incluye información sobre la confidencialidad de datos personales, finalidad, los riesgos, los beneficios y las alternativas en la investigación, una debida comprensión del sujeto de esta información y de su propia situación, y la toma de una decisión libre, no forzada sobre si participar o no en la investigación.

## RESULTADOS

Con el fin de hacer más clara la presentación de los resultados a continuación se expondrán tres tópicos que permiten responder a los objetivos y pregunta de investigación, donde en primera instancia se hace una caracterización sociodemográfica de los niños y niñas objeto de estudio. En segunda medida la identificación de síntomas para la detección de factores de riesgo de la depresión en los infantes y por último el análisis de regresión lineal para cada una de las categorías sociodemográficas con el riesgo de los niños y niñas objeto de estudio de presentar depresión.

### 1. Características sociodemográficas de los infantes afrocolombianos residentes en el asentamiento.

Tabla 2. Matriz de características de los participantes según el género y la edad

DESCRIPCIÓN	CARACTERÍSTICAS	SUJETOS	%	TOTAL
Género	Femenino	29	49.2%	100%
	Masculino	30	50.8%	
Edad	7-8	29	49.2%	100%
	9-10	15	25.4%	
	11	15	25.4%	

En la tabla 2 puede apreciarse que respecto al género no existen diferencias significativas entre el número de niñas y niños que participaron en el estudio con porcentajes de 49.2% y 50.8% respectivamente. Para la edad, se evidencia que el rango entre los 7 y 8 años presenta mayor número de participantes en un 49.2% y con el mismo número de participantes en un 25.4% para el rango entre 9 a 10 y 11 años.

**Tabla 3. Matriz de características de los participantes según la categoría vivienda**

DESCRIPCIÓN	CARACTERÍSTICAS	SUJETOS	%	TOTAL
Vivienda	Casa	23	39.0%	100%
	Cambuche	36	61.0%	
Material de la vivienda	Material	15	25.4%	100%
	Esterilla	36	61.0%	
	Madera	8	13.6%	
Material del techo o cubierta de la vivienda	Eternit	3	5.1%	100%
	Zinc	52	88.1%	
	Plástico	4	6.8%	
Número de habitaciones en la vivienda	2	36	61.0%	100%
	3	22	37.3%	
	4	1	1.7%	
Acceso a servicios públicos básicos	Si	44	74.6%	100%
	No	15	25.4%	
Acceso al agua para consumo	Dentro de la vivienda	51	86.4%	100%
	Fuera de la vivienda	8	13.6%	
La familia cocina por separado	Si	0	0%	100%
	No	59	100%	

Como se evidencia en la tabla 3, los niños y niñas objeto de estudio se caracterizan porque en su mayoría viven junto con sus familias en cambuches, siendo predominante el material de esterilla, utilizando zinc como techo o cubierta de sus viviendas. Dichas viviendas, en alto porcentaje, se conforman de dos habitaciones, tienen acceso a servicios públicos básicos, acceso al agua para consumo o preparación de alimentos dentro de la vivienda y en ninguna de estas familias sus integrantes cocinan por separado.

**Tabla 4. Matriz de características de los participantes según la categoría hogar**

DESCRIPCIÓN	CARACTERÍSTICAS	SUJETOS	%	TOTAL
Energía o combustible utilizado para cocinar	Gas por conexión de tubería	7	11.9%	100%
	Gas en cilindro	49	83.1%	
	Leña	3	5.1%	
Servicio sanitario	Inodoro con conexión a alcantarillado	31	52.5%	100%
	Inodoro con conexión a pozo séptico	5	8.5%	
	Letrina	23	39.0%	
Acceso electrodomésticos básicos	Sí	44	74.6%	100%
	No	15	25.4%	
Alumbrado	Eléctrico	52	88.1%	100%
	Vela	7	11.9%	

En la tabla 4 se observa que las familias de los niños y niñas participantes en el estudio en la categoría hogar se caracterizan porque utilizan gas en cilindro para la preparación de sus alimentos. El tipo de servicio sanitario mayormente presente en las viviendas es el inodoro con conexión a alcantarillado, el tipo de alumbrado que utilizan es la energía eléctrica y cuentan en su mayoría con los electrodomésticos básicos necesarios para un hogar (televisor, estufa, licuadora y nevera).

**Tabla 5. Matriz de características de los participantes según la categoría grupo familiar**

DESCRIPCIÓN	CARACTERÍSTICAS	SUJETOS	%	TOTAL
Conformación familiar	Nuclear	24	40.7%	100%
	Extensa	1	1.7%	
	Monoparental	34	57.6%	
Número de integrantes en la familia	2	9	15.3%	100%
	3	11	18.6%	
	4	17	28.8%	
	5	17	28.8%	
	6	4	6.8%	
	8	1	1.7%	
Existencia de Hacinamiento	Si	19	32.2%	100%
	No	40	67.8%	
Departamento de procedencia familiar	Chocó	39	66.1%	100%
	Cauca	11	18.6%	
	Valle	6	10.2%	
	Antioquia	3	5.1%	
Estado civil de los progenitores	Unión libre	25	42.3%	100%
	Solteros	31	52.5%	
	Casados	3	5.1%	
Afilación a salud	Subsidiado	50	84.7%	100%
	No tiene	9	15.3%	
Discapacidad en algún integrante de la familia	Sí	6	10.2%	100%
	No	53	89.8%	
Nivel académico más alto en la familia	Primaria	57	96.6%	100%
	Bachiller	2	3.4%	

Según lo expuesto en esta tabla, la mayor parte de estas familias se caracterizan por tener un nivel educativo básico de primaria. Son familias en un alto porcentaje monoparentales, es decir, sólo existe un conyugue, ya sea el padre o la madre, como responsable de la educación de los hijos y la solvencia económica de la familia, siendo el estado civil soltero el más representativo en las personas cabeza de hogar. La mayor parte de familias se conforman de 4 ó 5 integrantes. La procedencia familiar en un alto número es del departamento del Chocó, en su mayoría afiliados al régimen de salud subsidiado. En un 10.2% existe un tipo de discapacidad ya sea física o mental que interfiera en un alto grado el desenvolviendo de las actividades cotidianas de estas personas. Basados en el índice de desarrollo humano, en el 67.8% de estas familias no existe hacinamiento.

**Tabla 6. Matriz de características de los participantes según la categoría ingreso y trabajo**

DESCRIPCIÓN	CARACTERÍSTICAS	SUJETOS	%	TOTAL
Situación laboral cabeza de hogar	Activo	55	93.2%	100%
	Inactivo	4	6.8%	
Vinculación laboral cabeza de hogar	Empleado	46	78.0%	100%
	Desempleado	4	6.8%	
	Independiente	9	15.3%	
Ingreso familiar	Menos de un mínimo	30	50.8%	100%
	Un salario mínimo	24	40.7%	
	Más de un salario mínimo	5	8.5%	

La tabla 6 evidencia que en la categoría ingreso y trabajo, esta población se caracteriza en un alto porcentaje por que la situación laboral de la persona quien es cabeza de hogar en la familia es activo, con una vinculación laboral de empleado (contratado por una persona o empresa). El ingreso familiar en un 50.8% es de menos un salario mínimo vigente legal y un 40.7% de estas familias tienen ingresos exactamente de un salario mínimo vigente legal.

## 2. Identificación de síntomas para la detección de factores de riesgo de la depresión en infantes afrocolombianos.

**Tabla 7. Matriz de características según la presencia de riesgo de depresión**

RIESGO	SUJETOS	%
Sí	53	89.8%
No	6	10.2%
<b>Total</b>	<b>59</b>	<b>100%</b>

En la tabla 7 se aprecia que un 89.8% de los niños y niñas objeto de estudio presentan riesgo de depresión según la información recolectada de los padres, madres y cuidadores en el diligenciamiento del instrumento listado de síntomas pediátricos (LSP-Col). Caso contrario sucede con el 10.2% de estos niños y niñas.

**Tabla 8. Matriz según el número de indicadores presentados por los participantes del riesgo de presentar depresión**

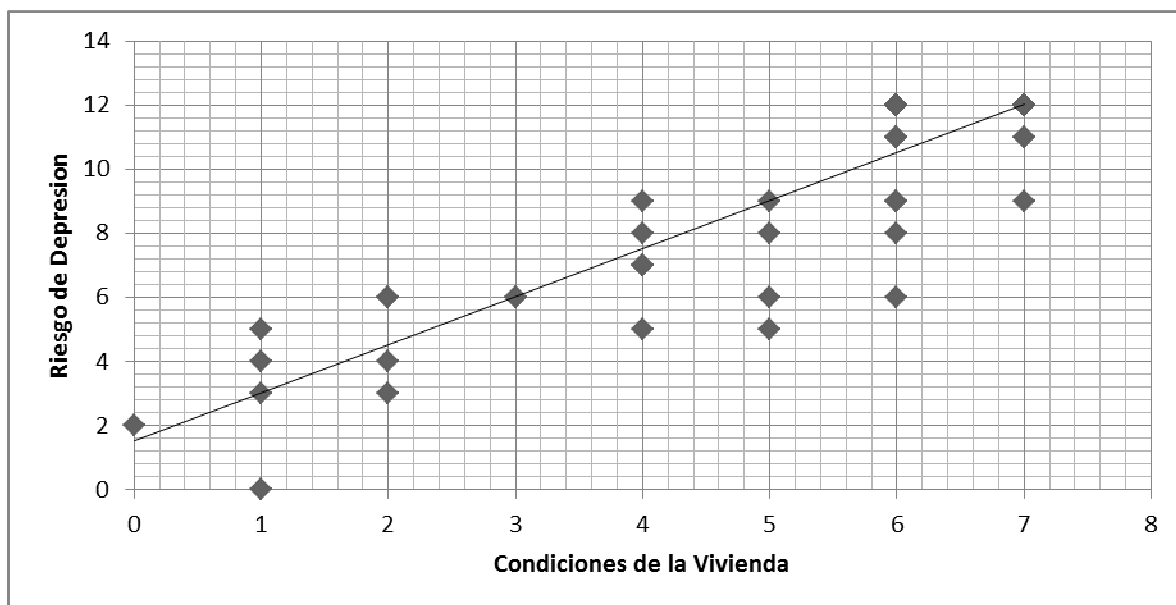
ÍTEMS	SUJETOS	%
0	1	1.7%
2	1	1.7%
3	2	3.4%
4	2	3.4%
5	3	5.1%
6	6	10.2%
7	3	5.1%
8	3	5.1%
9	5	8.5%
11	5	8.5%
12	28	47.5%
<b>Total</b>	<b>59</b>	<b>100%</b>

Teniendo en cuenta que en la calificación del instrumento se estipula que el riesgo de la existencia de depresión se da cuando se puntúa de 5 a 12 ítems, en la tabla 8 se visualiza que existe en alto porcentaje riesgo de presentar dicho trastorno, ya que ha sido el número de ítems (12 en total) el que presenta mayor frecuencia en casi la mitad de la población en un 47,5%, siguiéndole el 10.2% de estos niños y niñas con 6 ítems.

### **3. Análisis de regresión para cada una de las categorías sociodemográficas con el riesgo de los niños y niñas objeto de estudio de presentar depresión.**

Las categorías donde están agrupados los indicadores sociodemográficos en el presente estudio son vivienda, hogar, grupo familiar e ingreso y trabajo. Con las mencionadas categorías se realizó el análisis estadístico de regresión lineal. Lo anterior permitirá cumplir con el objetivo del presente estudio, el cual es describir los factores de riesgo de la depresión en infantes afrocolombianos con edades comprendidas entre los 7 y 11 años que residen en un asentamiento de la ciudad de Armenia.





Gráfica 1. Diagrama de dispersión para el riesgo de depresión dependiendo de las condiciones de la vivienda

Tabla 9. Coeficientes de regresión para el riesgo de depresión dependiendo de las condiciones de vivienda

VARIABLES	COEFFICIENT	STD ERROR	STUDENT'S T	P-VALUE
CONSTANT B0	1.4990	5.6715E-01	2.64	0.0106
B1	1.5018	1.0240E-01	14.67	0.0000

CASES INCLUDED59MISSING CASES0

DEGREES OF FREEDOM57

OVERALL F215.1P VALUE0.0000

ADJUSTED R SQUARED0.7869

R SQUARED0.7905

RESID. MEAN SQUARE2.338

Tabla 10. Análisis de varianza para el riesgo de depresión dependiendo de las condiciones de vivienda

SOURCE	SS	DF	SS	MS	R-SQUARED	CP	P
CONSTANT	5089.9						
B0	502.86	1	502.86	502.86	0.7869	2.0	2
B1	133.25	58	636.10	10.967	-----	-----	-----

CASES INCLUDED 59 MISSING CASES 0

DEGREES OF FREEDOM 57

OVERALL F 215.1 P VALUE 0.0000

ADJUSTED R SQUARED 0.7869

R SQUARED 0.7905

RESID. MEAN SQUARE 2.338

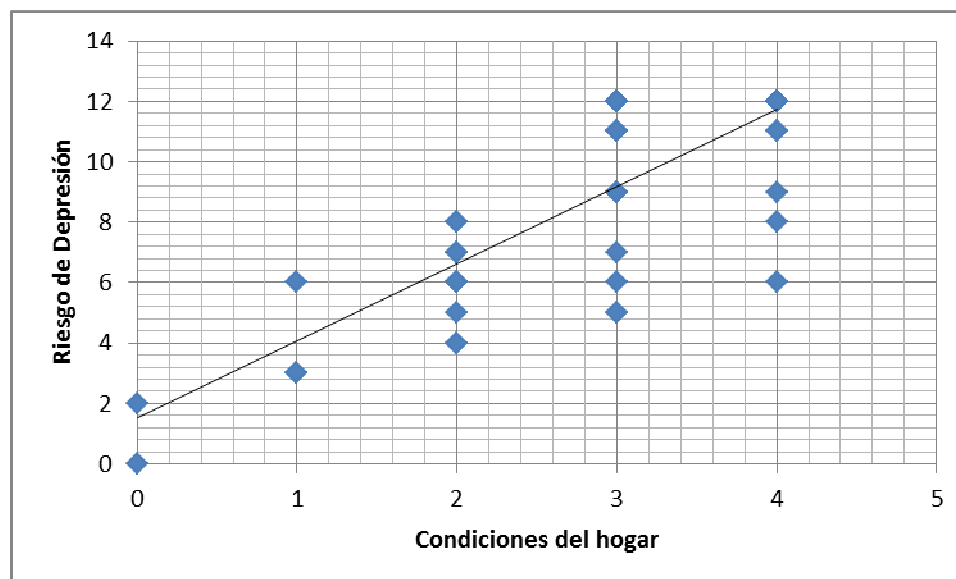
El modelo de regresión para el riesgo de Depresión dependiendo de las condiciones de la vivienda es:  $y' = 1.4990 + 1.5018 X_1$ , con  $X_1 = 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7$

Como se trabajó con  $\alpha = 0,01$  y  $F_c = 215,10$

$\alpha = 0,01$  entonces  $f_{0,99; 1,58} = 7,08$

Dado que  $F_c = 215,10$  es mayor que  $F_t = 7,08$  se rechaza  $H_0$  y se concluye, con el 99% de confiabilidad, que si hay relación lineal entre el riesgo de depresión y las condiciones de vivienda.

Como ya se dijo, otra medida que es necesario calcular al realizar análisis de regresión es el coeficiente de determinación  $R^2$  que es una medida relativa del grado asociación lineal entre las dos variables, en este caso:  $R^2 = 0.7905 = 79\%$  es considerado bueno ya que está por encima del 65%



Gráfica 2 . Diagrama de dispersión para el riesgo de depresión dependiendo de las condiciones del hogar

Tabla 11. Coeficientes de regresión para el riesgo de depresión dependiendo de las condiciones del hogar

VARIABLES	COEFFICIENT	STD ERROR	STUDENT'S T	P-VALUE
CONSTANT	1.5329	7.8515E-01	1.95	0.0558
X2	2.5562	2.4479E-01	10.44	0.0000

CASES INCLUDED59MISSING CASES0

DEGREES OF FREEDOM57

OVERALL F109.0P VALUE0.0000

ADJUSTED R SQUARED0.6507

R SQUARED0.6567

RESID. MEAN SQUARE3.831

Tabla 12. Análisis de varianza para el riesgo de depresión dependiendo de las condiciones del hogar

SOURCE	SS	DF	SS	MS	R-SQUARED	CP	P
CONSTANT	5089.9						
B0	417.74	1	417.74	417.74	0.6507	2.0	2
B1	218.36	58	636.10	10.967	-----	-----	-----

CASES INCLUDED59MISSING CASES0

DEGREES OF FREEDOM57

OVERALL F109.0P VALUE0.0000

ADJUSTED R SQUARED0.6507

R SQUARED0.6567

RESID. MEAN SQUARE3.831

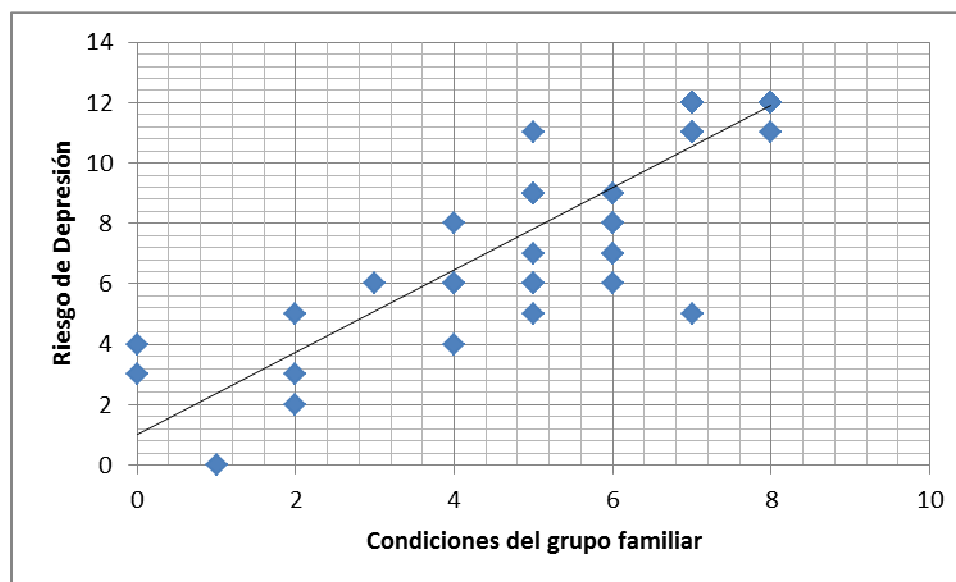
El modelo de regresión para el riesgo de Depresión dependiendo de las condiciones del Hogar es:  $y' = 1.5329 + 2.5562X_2$ , con  $X_2 = 0, 1, 2, 3, 4$

$\alpha = 0,01$  y  $F_c = 109$

$\alpha = 0,01$  entonces  $f_{0, 99; 1, 58} = 7,08$

Dado que  $F_c = 109$  es mayor que  $F_t = 7,08$  se rechaza  $H_0$  y se concluye, con el 99% de confiabilidad, que si hay relación lineal entre el riesgo de depresión y las condiciones del hogar.

Como ya se dijo, otra medida que es necesario calcular al realizar análisis de regresión es el coeficiente de determinación  $R^2$  que es una medida relativa del grado asociación lineal entre las dos variables, en este caso:  $R^2 = 0.6567 = 65,67\%$  es considerado bueno ya que está por encima del 65%.



Gráfica 3. Diagrama de dispersión para el riesgo de depresión dependiendo de las condiciones del grupo familiar

**Tabla 13. Coeficientes de regresión para el riesgo de depresión dependiendo de las condiciones del grupo familiar**

VARIABLES	COEFFICIENT	STD ERROR	STUDENT'S T	P-VALUE
CONSTANT	1.0192	6.1354E-01	1.66	0.1022
X3	1.3628	9.5406E-02	14.28	0.0000

CASES INCLUDED 59 MISSING CASES 0

DEGREES OF FREEDOM 57

OVERALL F 204.0 P VALUE 0.0000

ADJUSTED R SQUARED 0.7778

R SQUARED 0.7816

RESID. MEAN SQUARE 2.437

**Tabla 14. Análisis de varianza para el riesgo de depresión dependiendo de las condiciones del grupo familiar**

SOURCE	SS	DF	SS	MS	R-SQUARED	CP	P
CONSTANT	5089.9						
B0	497.20	1	497.20	497.20	0.7778	2.0	2
B1	138.91	58	636.10	10.967	-----	-----	-----

CASES INCLUDED 59 MISSING CASES 0

DEGREES OF FREEDOM 57

OVERALL F 204.0 P VALUE 0.0000

ADJUSTED R SQUARED 0.7778

R SQUARED 0.7816

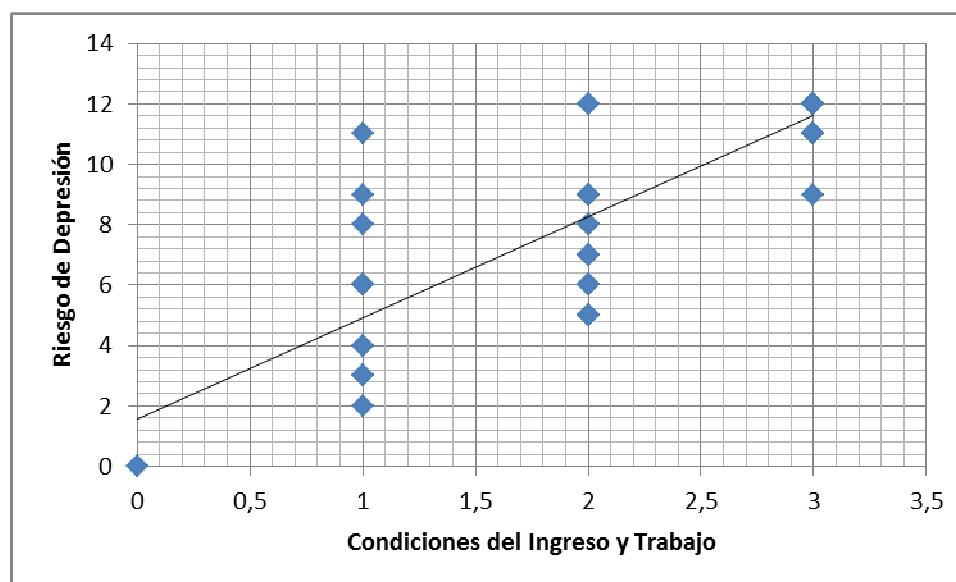
RESID. MEAN SQUARE 2.437

El modelo de regresión para el riesgo de Depresión dependiendo de las condiciones del Hogar es:  $y' = 1.0192 + 1.3628X_3$ , con  $X_3 = 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8$

Si  $\alpha = 0,01$  y  $F_c = 204$  entonces  $f_{0,99; 1,58} = 7,08$

Dado que  $F_c = 204$  es mayor que  $F_t = 7,08$  se rechaza  $H_0$  y se concluye, con el 99% de confiabilidad, que sí hay relación lineal entre el riesgo de depresión y las condiciones del grupo familiar.

Como ya se dijo, otra medida que es necesario calcular al realizar análisis de regresión es el coeficiente de determinación  $R^2$  que es una medida relativa del grado asociación lineal entre las dos variables, en este caso:  $R^2=0.7816=78\%$  es considerado bueno ya que está por encima del 65%



Gráfica 4. Diagrama de dispersión para el riesgo de depresión dependiendo de las condiciones de ingreso y trabajo

Tabla 15. Coeficientes de regresión para el riesgo de depresión dependiendo de las condiciones de ingreso y trabajo

VARIABLES	COEFFICIENT	STD ERROR	STUDENT'S T	P-VALUE
CONSTANT	6.2501	6.9474E-01	9.00	0.0000
X4	1.2277	2.4010E-01	5.11	0.0000

CASES INCLUDED 59 MISSING CASES 0

DEGREES OF FREEDOM 57

OVERALL F 26.15 P VALUE 0.0000

ADJUSTED R SQUARED 0.3024

R SQUARED 0.3145

RESID. MEAN SQUARE 7.650

**Tabla 16. Análisis de varianza para el riesgo de depresión dependiendo de las condiciones del grupo familiar**

SOURCE	SS	DF	SS	MS	R-SQUARED	CP	P
CONSTANT	5089.9						
B0	200.03	1	200.03	200.03	0.3024	2.0	2
B1	436.07	58	636.10	10.967	-----	-----	-----

CASES INCLUDED 59 MISSING CASES 0

DEGREES OF FREEDOM 57

OVERALL F 26.15 P VALUE 0.0000

ADJUSTED R SQUARED 0.3024

R SQUARED 0.3145

RESID. MEAN SQUARE 7.650

El modelo de regresión para el riesgo de Depresión dependiendo de las condiciones del Ingreso y el Trabajo es:

$$y' = 6.2501 + 1.227X_4, \text{ con } X_4 = 0, 1, 2, 3$$

$$\alpha = 0,01 \text{ y } F_c = 215,10 \text{ entonces } f_{0,99; 1,58} = 7,08$$

Dado que  $F_c = 26,15$  es mayor que  $F_t = 7,08$  se rechaza  $H_0$  y se concluye, con el 99% de confiabilidad, que si hay relación lineal entre el riesgo de depresión y las condiciones del grupo familiar.

El coeficiente de determinación  $R^2 = 0,31 = 31\%$  no es considerado bueno ya que está por debajo del 65%

## Cronograma

**Tabla 17. Cronograma de actividades**

FASES	TAREAS	2010			2011												2012							
		O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	
Revisión bibliográfica	Búsqueda de material	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■										
	Análisis de material	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■								
	Identificación de variables												■											
Selección de la muestra	Selección de la muestra											■												
Aplicación de los instrumentos	Consentimiento informado														■	■								
	ficha sociodemográfica														■	■								
	Instrumentos														■	■								
Procesamiento y análisis de los datos	Procesamiento y análisis de datos																■	■						
Elaboración del trabajo final	Elaboración de conclusiones y recomendaciones																	■						
	Redacción final de todo el trabajo																		■	■	■	■	■	■



## Presupuesto

**Tabla 18. Presupuesto de la investigación**

<b>DETALLE</b>	<b>MONTO</b>
Gastos de transporte	\$21.000.00
Impresión y fotocopias	\$29.000.00
Útiles y materiales de oficina.	\$19.000.00
Prestación de servicios de encuestadores	\$200.000.00
Prestación de servicios de estadista	\$450.000.00
<b>TOTAL</b>	<b>\$719.000.00</b>

## DISCUSIÓN

A través del presente estudio se identificaron los factores de riesgo de la depresión en infantes afrocolombianos con edades comprendidas entre los 7 y 11 años de edad que residen en un asentamiento de la ciudad de Armenia, Quindío, donde los participantes fueron 59 niños y niñas que cumplían con los criterios de inclusión (ser afrocolombiano, tener edad comprendida entre los 7 y 11 años de edad y residir en el asentamiento).

Para el cumplimiento del objetivo propuesto, en primer lugar se aplicó la ficha sociodemográfica tomada y modificada del formato del Programa en Familias en Acción de la Secretaría de Desarrollo Social, de la Alcaldía de Manizales, la cual permitió mediante la categorización de los componentes de la ficha sociodemográfica, Vivienda, hogar, grupo familiar, ingreso y trabajo, obtener información de interés del entorno de los participantes. En segundo lugar, se aplicó el LSP-Col construido por el Doctor Michael Jellinek y validado en Colombia en el año 1999 por la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, a partir del instrumento *Pediatric Symptom Checklist* (PSC) (Murphy, 1992), el cual permite detectar el riesgo psicosocial al cual está expuesta una población o colectivo de niños. La prueba tamizaje LSP-Col, es de utilidad epidemiológica para conocer los riesgos de salud mental infantil relacionados con déficit de atención con hiperactividad (TDAH), depresión, trastornos de conducta y ansiedad. En este caso solamente se consideraron los ítems que corresponden al riesgo para depresión infantil.

Los resultados obtenidos permiten un primer acercamiento al considerar que los factores de riesgo de la depresión podrían depender de las condiciones de la vivienda, el grupo familiar, el hogar y el ingreso y trabajo presentes en el entorno donde se desarrollan estos niños y niñas. Este hallazgo podrían atribuirse a la falta de refuerzos positivos ante las actividades, escasas habilidades sociales, sensación de impotencia aprendida, problemas de autocontrol y el estrés de la vida diaria que presentan los infantes, ya que como se evidenció en la descripción de las condiciones de el entorno donde se desarrollan, existen carencias y dificultades que amenazan la calidad de vida.

Para este primer análisis se tuvieron en cuenta cada uno de los componentes de la ficha sociodemográfica:

Para el caso de la categoría vivienda, se caracterizan porque en un su mayoría (61.0%) los niños y niñas residen junto con sus familias en cambuches los cuales están construidos en esterilla, el material del techo o cubierta es el zinc (88.1%), el número promedio de habitaciones son dos por vivienda (61.0%), tienen acceso a los servicios públicos básicos los cuales son acueducto, energía eléctrica, alcantarillado, gas y recolección de basuras (74.6%). Tienen acceso al agua dentro de la misma vivienda la cual utilizan para consumo o preparación de los alimentos (86.44%). En las viviendas no existen personas que cocinen por separado.

Para la categoría hogar los porcentajes encontrados muestran que las familias utilizan el gas en cilindro para la preparación de sus alimentos (83.1%), el tipo de servicio sanitario es el inodoro con conexión a alcantarillado (52.5%), tienen acceso a los electrodomésticos básicos necesarios para el hogar, televisor, estufa, licuadora y nevera (74.6%), y utilizan la energía eléctrica como alumbrado (88.1%).

Para la categoría grupo familiar los porcentajes encontrados dan cuenta que la conformación familiar es su mayoría es monoparental (57.6%), es decir existe sólo el padre o la madre como proveedor económico y persona responsable en el cuidado de los hijos. El promedio de personas que conforman estas familias oscila entre 4 y 5 miembros (28.8%). La procedencia familiar en su mayoría es del departamento del Chocó (66.1%), le siguen los departamentos de Cauca, Valle y Antioquia respectivamente. Estas familias a su vez se caracterizan en que el estado civil de los progenitores es soltero (52.5%), están afiliados al régimen de salud subsidiado por el gobierno (84.7%), no es significativa la presencia de la discapacidad física y/o cognitiva (10.2%), y el nivel académico característico es la primaria (96.6%).

En la categoría ingreso y trabajo se caracterizan por la situación familiar de la persona cabeza de hogar como activa (93.2%); es decir, realizan actividades que generan ingresos para sus familias. Específicamente, la vinculación laboral es empleado (78.0%), donde son contratados por personas o empresas con ingreso que equivale a menos de un salario mínimo legal (50.8%).

La anterior descripción sociodemográfica, basada en las categorías tenidas en cuenta como factor de riesgo, se argumenta en lo que la Misión de Empalme de las series de Empleo, Pobreza y Desigualdad (MESP) define la línea de pobreza:

\$ 78.000 es el valor comercial o real de la canasta básica de alimentos por persona y por mes, área urbana, por ende la línea de pobreza extrema se da si el ingreso mensual de una persona no alcanza ni siquiera este mínimo. Para saber si las características de la población con la que se llevo a cabo el presente estudio está por encima o por debajo de la línea de pobreza en Colombia se debe citar el coeficiente de Orshansnsky que corresponde al 2.4 y que la MESP lo definió para Colombia a partir de los mismos coeficientes de los países de América Latina. Es decir;  $\$ 78.000 * 2.4 = \$ 190.000$ , lo que es un ingreso necesario por persona y por mes para vivir por encima de la línea de pobreza. Esto confirma que, cuando se evidencia que las familias de los infantes se caracterizan por ganar menos de un Salario Mínimo Legal Vigente (SMLV) y con promedio de 4 y 5 miembros que integran la familia existe un alto porcentaje de pobreza, evidenciándose con las características de la vivienda, el grupo familia, el hogar y el ingreso y trabajo.

Frente a estas condiciones hay que resaltar que desde el momento en que estos niños y niñas nacen, o quizás desde antes están sometidos a estímulos, experiencias, situaciones y eventos positivos y negativos, siendo más los negativos los que hacen parte del entorno sociodemográfico y que además cumplen con la condición de factor de riesgo. Otro factor importante que puede ser causal de riesgo desde que un ser humano nace es la familia pues es la encargada de conservar el equilibrio de sus integrantes en los niveles sociales, biológicos y psicológicos, en este caso la familia es el entorno más inmediato del infante. En este sentido, se ha detectado que los sucesos vitales mayormente asociados a la depresión infantil son la muerte de familiares cercanos, muerte de la mascota, la separación o divorcio de los padres, padre ausente, maltrato físico y/o verbal por parte de algún familiar cercano, abuso sexual y familia disfuncional. Lo anterior, justifica el hecho que los niños y niñas objeto de investigación en un alto porcentaje presenten riesgo de depresión ya que sus familias se caracterizan por ser disfuncionales y en su mayoría el cuidador no permanece con ellos por compromisos laborales. Esta característica respalda el hallazgo de Herrera y Cols. (2008) cuando mencionan que la presencia de estrato bajo, las disfunciones familiares y de pareja podrían insinuar que los factores

de riesgo que median en la depresión infantil es la no satisfacción de las necesidades básicas y poseer un ambiente familiar disfuncional, situación que es vivida por estos infantes afrocolombianos.

Lo expuesto hasta aquí justifica lo que en la actualidad se admite como una compleja interacción de distintos factores biogenéticos como psicosociales que generan la aparición de las distintas conductas anormales y patológicas. Por consiguiente, es necesario que exista cierta vulnerabilidad personal, familiar y ambiental que, combinadas, pueden dar lugar a posibles trastornos como lo es la depresión infantil. Ante esta situación, el grupo de niños y niñas afrocolombianos que hacen parte de este estudio son vulnerables a los factores biogenéticos, psicosociales y culturales, los cuales pueden llegar a convertirse en riesgo para desarrollar cuadros depresivos.

En segundo lugar, los resultados obtenidos a través de la aplicación del LSP-COL evidenciaron que en un 89.8% de los niños y niñas que participaron en el presente estudio presentan riesgo de depresión, donde casi la mitad (47.5%) presentan los 12 indicadores que lo confirman. Detectar riesgo en esta población invita a apoyarse en lo sustentado por (Pearce, 1977) en términos de la importancia de la detección precoz del riesgo de la depresión en la infancia, ya que es un trastorno que afecta el adecuado desarrollo. Además, son resultados que corroboran cada vez más que esta población puede considerarse de riesgo para desarrollar cuadros depresivos. Igualmente, en los encuentros con los padres y acudientes de los niños y niñas en el transcurso de esta investigación, fue como un encontrar descripciones relacionadas que comprometen aspectos emocionales y comportamentales de estos infantes y que se pueden relacionar con síntomas característicos de la depresión infantil como lo es la tristeza, irritabilidad, anhedonia (pérdida del placer), llanto fácil, falta del sentido del humor, sentimiento de no ser querido, baja autoestima, aislamiento social, cambios en el sueño, cambios de apetito y peso, hiperactividad, disforia e ideación suicida en algunos casos. Confirmándose, de esta manera, que la población infantil afrocolombiana se encuentra entre las poblaciones de riesgo a posibles causas de factores sociodemográficos como los que se detectaron con la aplicación de la ficha sociodemográfica y otras situaciones de índole negativa en las que están inmersos como lo es el desplazamiento forzoso, la discriminación, la delincuencia y la corrupción entre otras

problemáticas las cuales generan vulnerabilidad no sólo para la depresión sino también para otros trastornos que podrían afectar esta población.

El presente estudio coincide de manera significativa con el hallazgo de Mantilla Mendoza, Sabalza Peinado, Díaz Martínez, & Campo Arias (2004) donde afirman que en Colombia al menos uno de cada diez niños y niñas de un grupo de escolares de una escuela pública y una privada de la ciudad de Bucaramanga presentan síntomas depresivos con relevancia clínica, pues como ya se mencionó es alto el porcentaje de riesgo de depresión según los resultados de la aplicación del LSP-Col donde dicho riesgo cumple con el mayor número de indicadores que confirman su presencia y que llevan a sospechar en principio la existencia de posibles cuadros depresivos que podrían diagnosticarse clínicamente.

Esta situación pone de manifiesto a los organismos de salud rutas posibles para el desarrollo de programas de atención oportuna con su respectivo seguimiento y que se conozca el impacto generado, resaltando que uno de los mayores problemas que se encuentra en torno a la existencia de esta tristeza patológica, es que los infantes al contrario de los adultos, no expresan esos sentimientos de tristeza y rara vez se perciben a sí mismos como objeto de diagnóstico y/o tratamiento, por lo que tienen que ser los demás, padres, profesores u otras personas significativas los que deben detectar a través de sus comportamientos, si han de ser objeto de intervención psicológica. Sin embargo, si bien hay muchos padres, madres y especialistas de la salud que ven tristeza en el niño o niña cuando no la hay, o interpretan como patológica la tristeza normal a la que antes se hacía referencia, con mucha frecuencia también se encuentran niños y niñas patológicamente tristes que son ignorados por los adultos que los rodean y los catalogan como infantes serios, callados, retraídos, entre otros, como sucede con muchos niños y niñas que hacen parte de la población afrocolombiana la cual como se muestra en los resultados los altos porcentajes de riesgo para la depresión, considerándose esta población altamente vulnerable, además de lo planteado en el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2000) cumplen con la condición de riesgo basados en los aspectos básicos en la vida de los seres humanos, los cuales son el acceso a los recursos, los derechos y a las relaciones sociales.

Si bien es cierto que las pretensiones de este estudio estaban orientadas a la detección de los factores de riesgo de la depresión, se hace necesario acudir a lo que ha sido la historia de los cuadros depresivos, pues existen aspectos que vulneran el desarrollo infantil. Dichos aspectos surgen cuando no hay condiciones adecuadas como sucede con los niños y niñas participantes del presente estudio que aportan a la aparición no sólo de la depresión sino también de otros trastornos que afectan el desarrollo como lo son los aspectos conductuales, la carencia de refuerzos, deficiencia de habilidades sociales y acontecimientos negativos ocurridos en la vida del niño; cognitivos, existencia de juicios negativos, experiencias de fracasos, modelos depresivos, indefensión aprendida, ausencia de control, atribuciones negativas, y biológicos, disfunción del sistema neuroendocrino cuando aumentan los niveles de cortisol y disminuye la hormona de crecimiento, la disminución de la actividad de la serotonina, y la herencia cuando los padres biológicos han sido depresivos.

Con relación al riesgo, ampliando un poco el tema la diversidad cultural y étnica en América Latina y el Caribe, existen tres sectores poblacionales conformados por mestizos, indígenas y afrodescendientes lo cual conlleva a que surjan las diferencias propias de grupos sociales minoritarios, incrementando de esta manera los niveles de exclusión en casi todos los contextos. Por ejemplo, para el caso de la educación también es vital a la hora de hablar de riesgo, pues el bajo nivel de educación y el poco o nulo acceso a una formación ocupacional adecuada para competir en el mercado laboral son situaciones que conducen a un mayor riesgo de exclusión de las oportunidades laborales de participación en la sociedad. Cabe resaltar que en la población infantil la educación se puede convertir en una dimensión que no sólo genera el riesgo sino que puede también verse afectada debido a las diferentes problemáticas sociales, culturales o familiares. Es decir, basados en los hallazgos de Vinaccia, y otros (2006), se ha encontrado que los niños y niñas deprimidos presentan dificultades para atender y ejecutar tareas de clase y presentan más muestras de fatiga y tristeza que sus compañeros no deprimidos. Los niños, niñas y adolescentes deprimidos informan de un descenso significativamente mayor que el de los niños, niñas y adolescentes no deprimidos; o en su defecto, la amenaza de una posible deserción escolar como sucede con los infantes participantes del presente estudio.

Con respecto a la edad, esta población estuvo distribuida en 29 niños y niñas entre los 7 y 8 años, 15 niños y niñas entre los 9 y 10 años, y 15 niños y niñas con 11 años de edad, lo que lleva a pensar que la edad aunque no fue un aspecto relevante para el desarrollo del presente estudio, puede ser una causa que también podría considerarse como factor de riesgo pues los infantes son un grupo que se caracteriza por ser una población excluida debido a la dependencia económica que tienen hacia los adultos, lo cual conlleva a la dificultad de tener reconocimiento de los derechos propios. Además, es un aspecto importante ya que entre menos edad tiene un niño o niña mayor es la vulnerabilidad que presenta ante el desarrollo de sus capacidades físicas, sociales, cognitivas y de lenguaje, siendo vital el proceso de desarrollo sobre todo desde antes del nacimiento y durante los primeros años de vida, pues es una etapa muy importante donde existen cambios que requieren de un equilibrio del entorno que sea favorable y que no perturbe el desarrollo integral del infante.

Lo descrito hasta aquí, también revela la importancia del presente estudio con respecto a los hallazgos encontrados, pues orientan al fortalecimiento de la etnoeducación que es el aporte que se hace desde las diferentes áreas del conocimiento y que permiten la educación en los valores de la etnicidad nacional teniendo en cuenta, como ya se mencionó, que entre los países de América Latina, Colombia se caracteriza por el sincretismo o mestizaje, por ende, con los resultados obtenidos en el presente estudio, se busca que la comunidad científica siga aportando al conocimiento de poblaciones como la afrocolombiana que requieren la cualificación de diagnósticos que favorezcan a una atención integral.

La revisión anterior permite dejar en evidencia la importancia del tema de los factores de riesgo de la depresión infantil en la población afrocolombiana, por lo que sería de gran utilidad que estudios actuales propongan en sus análisis y debates el desarrollo de investigaciones que aporten a poblaciones que son minoría étnica en el país, sobre todo a la infancia que vivencia todos los conflictos sociales, económicos, culturales por las que atraviesa el país y que afectan de manera directa e indirecta el desarrollo de los infantes.



## CONCLUSIONES

Ante el número de niños y niñas participantes en el presente estudio se evidenció que no existen diferencias significativas en el género, pues el 49.15% de la población corresponde al género femenino y el 50.84% al género masculino.

El rango de edad entre los 7 y 11 años de edad que tuvo mayor número de infantes participantes fue entre los 7 y 8 años, lo que indica el alto número de niños y niñas en esta población que están en su desarrollo iniciando el paso de la primera a la segunda infancia estipulada entre los 7 y 12 años de edad.

En la categoría vivienda los niños y niñas objeto de estudio se caracterizan en que sus viviendas son cambuches los cuales están contruidos en esterilla, el material del techo o cubierta es el zinc, el número promedio de habitaciones son dos por vivienda, tienen acceso a los servicios públicos básicos los cuales son acueducto, energía eléctrica, alcantarillado, gas y recolección de basuras. Tienen acceso al agua dentro de la misma vivienda la cual utilizan para consumo o preparación de los alimentos. En las viviendas no existen personas que cocinen por separado.

La caracterización sociodemográfica de los infantes en la categoría hogar es que en su mayoría de sus familias utilizan el gas en cilindro para la preparación de sus alimentos, el tipo de servicio sanitario es el inodoro con conexión a alcantarillado, tienen acceso a los electrodomésticos básicos necesarios para el hogar, televisor, estufa, licuadora y nevera, y utilizan la energía eléctrica como alumbrado.

En la categoría grupo familiar, las familias de los niños y niñas que participaron en la población se caracterizan por ser en su gran mayoría monoparentales, es decir existe sólo el padre o la madre como proveedor económico y persona responsable en el cuidado de los hijos. El promedio de personas que conforman estas familias oscila entre 4 y 5 miembros pero sin la presencia de hacinamiento en su interior. La procedencia familiar en su mayoría es del departamento del Chocó, le siguen los departamentos de Cauca, Valle del Cauca y Antioquia

respectivamente. Estas familias a su vez se caracterizan en que el estado civil de los progenitores es soltero, están afiliados al régimen de salud subsidiado por el gobierno, no es significativa la presencia de la discapacidad física y/o cognitiva, y el nivel académico característico es la primaria.

Las características mayormente sobresalientes en la categoría ingreso y trabajo de las familias a las cuales pertenecen los niños y niñas objeto de investigación, resaltan que la situación familiar de la persona cabeza de hogar es activa. Es decir, realizan actividades que generan ingresos para sus familias. Específicamente, la vinculación laboral es empleado, donde son contratados por personas o empresas con ingreso que equivale a menos de un salario mínimo legal.

Los resultados obtenidos de la aplicación del instrumento listado de síntomas pediátricos (LSP-Col) evidencian que los niños y niñas afrocolombianos con edades entre los 7 y 11 años de edad que residen en el asentamiento donde se llevó a cabo el presente estudio presentan en un alto porcentaje riesgo de depresión en un 89.8%.

Según el análisis estadístico de regresión el cual permite encontrar modelos que a partir de las relaciones causales entre la variable dependiente (depresión) y la independiente (factores de riesgo) predice un resultado conociendo el valor estimado de la variable independiente, se encontró que existe relación lineal entre las variables de estudio. Esto significa que las condiciones de vivienda, hogar, grupo familiar e ingreso y trabajo son factores de riesgo de la depresión en los niños y niñas afrocolombianos objeto de estudio.

## **LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN DERIVADAS DEL PROYECTO**

¿Cuál es la incidencia de la depresión en los niños y niñas afrocolombianos?

¿Cuáles son las estrategias de intervención que permiten atenuar la depresión en los niños y niñas afrocolombianos?

¿Cuál es la relación entre los estilos parentales y la depresión en los niños y niñas afrocolombianos?

## REFERENCIAS

- Bragado, C., Bersabé, R., & Carrasco, I. (1999). Factores de riesgo para los trastornos conductuales, de ansiedad, depresivos y de eliminación en niños y adolescentes. *Psicothema*, 11(4), 939-956.
- Cabrera, L. (1995). *La depresión infantil en la población escolar de la isla de Lanzarote*. Canarias: Universidad de La Laguna.
- Canda Moreno, F. (2002). *Diccionario de pedagogía y psicología*. España: Editorial Cultural.
- Centro de Pastoral Afrocolombiana, C. (s.f.). *PASTORAL AFROCOLOMBIANA*. Obtenido de Estadísticas de la Población Afrocolombiana: <http://axe-cali.tripod.com/estadisticas-c.htm>
- Costello, C. G. (1980). Childhood depression: Three Basic but questionable assumptions. *Psychological Bulletin*, 87(1), 185-190.
- DANE. (2005). *La visibilización estadística de los grupos étnicos colombianos*. Obtenido de Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE): [http://www.dane.gov.co/files/censo2005/etnia/sys/visibilidad\\_estadistica\\_etnicos.pdf](http://www.dane.gov.co/files/censo2005/etnia/sys/visibilidad_estadistica_etnicos.pdf)
- Escobar, C. M. (2005). *Colombia: tierra de esperanza*. Bogotá: Aula XXI.
- Ezpeleta, L., de la Osa, N., Domenech, J. M., Blas, J., & Losilla, J. (1997). Fiabilidad test-retest de la aceptación española de la diagnostic interview for children and adolescents (DICA-R). *Psicothema*, 9(3), 529-539.
- Figueiras, A. C., Neves de Souza, I. C., Ríos, V. G., & Benguigui, Y. (2006). *Manual para la vigilancia del desarrollo infantil en el contexto de Aiepi*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Haquin, C., Larraguibel, M., & Cabezas, J. (2004). Factores protectores y de riesgo en salud mental en niños y adolescentes de la ciudad de Calama. *Revista Chilena de Pediatría*, 75(5), 425-433.
- Herrera, E. (2007). La depresión infantil en Colombia. *Presentación en VI Congreso Colombiano de Psicología de la Salud*. Neiva, Colombia.
- Herrera, E. (2008). *Depresión infantil*. Neiva: Editorial Universidad Surcolombiana.
- Herrera, E., Núñez, A. C., Tobón, S., & Arias, D. (2009). Análisis bibliométrico de la depresión infantil. *Pensamiento Psicológico*, 5(12), 59-70.
- Lefkowitz, M. M., & Burton, N. (1978). Childhood depression: A critique of the concept. *Psychological Bulletin*, 85(4), 716-726.

- Levin, R. I., & Rubin, D. S. (1996). *Estadística para administradores* (6 ed.). México: Prentice-Hall Hispanoamericana.
- Luna del Castillo, J. d., Requena, F., Femia, P., Martín, A., & Miranda, M. T. (septiembre de 2005). Obtenido de [http://www.angelfire.com/planet/deysicf/manual\\_spss.pdf](http://www.angelfire.com/planet/deysicf/manual_spss.pdf)
- Mantilla Mendoza, L. F., Sabalza Peinado, L. d., Díaz Martínez, L. A., & Campo Arias, A. (2004). Prevalencia de sintomatología depresiva en niños y niñas escolares de Bucaramanga, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, XXXIII(2), 163-171.
- Moreno, J. M. (2001). *Variables que intervienen en el abandono físico o negligencia infantil comparativamente con otros tipos de maltrato infantil*. Badajoz, España: Universidad de Extremadura.
- Pearce, J. (1977). Depressive disorder in childhood. *Journal of child Psychology and Psychiatry*(18), 79-82.
- Pérez, J. V., Navarro, J. J., & Uceda i Maza, F. X. (s.f.). *Propuestas de intervención socioeducativa con las adolescencias*. Obtenido de Fundación Luis Amigó: [http://www.fundacionamigo.org/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=30&Itemid=38](http://www.fundacionamigo.org/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=30&Itemid=38)
- Petti, T. (1993). Depresión. En T. y. Ollendick, *Psicopatología infanti*. Barcelona: Martínez-Roca.
- Pichot, P. (1995). *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. España: MASSON, S.A.
- Rovira de Córdoba, C. (2009). *Una mirada a las Raíces Negras Afrocolombianas*. Bogotá: Agencia Presidencial para la Acción Social y la Cooperación Internacional - ACCION SOCIAL.
- Velásquez, L. E., Álvarez, R. O., & Restrepo, P. E. (2002). *Evaluación socio-demográfica, diagnóstico e intervención integral de 106 escolares*. . Medellín: Fundación las Golondrinas.
- Vinaccia, S., Gaviria, A. M., Atehortúa, L. F., Martínez, P. H., Trujillo, C., & Quiceno, J. M. (2006). Prevalencia de depresión en niños escolarizados entre 8 y 12 años del oriente antioqueño a partir del “child depression. (U. S. Tomás, Ed.) *Diversitas*, 2(2), 217-227.
- Wicks-Nelson, R., & Israel, A. C. (1997). *Psicopatología del niño y del adolescente*. España : Prentice Hall.

**Anexo 1. Consentimiento Informado****CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_ mayor de edad, identificado con C.C \_\_\_\_\_ de  
\_\_\_\_\_ y cómo representante del niño (a)

\_\_\_\_\_  
identificado (a) con T.I \_\_\_\_\_  
certificamos que hemos sido informados acerca de la naturaleza y propósito de la investigación sobre aspectos psicológicos relacionados con la depresión llevada a cabo por la Dra. Mary Yolene Torres Granja. Se nos ha informado asimismo, el carácter voluntario de la participación del niño o niña. En común acuerdo autorizamos a que se apliquen los instrumentos necesarios para llevar a cabo dicha investigación.

Para constancia de lo anterior, se firma a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ de 2012.

\_\_\_\_\_  
Participante Representante del niño (a)

\_\_\_\_\_  
Mary Yolene Torres G.

Psicóloga

T.P 101601

## Anexo 2. Ficha Sociodemográfica

### FICHA SOCIODEMOGRÁFICA

Niño (a): \_\_\_\_\_

#### IDENTIFICACIÓN.

1. Persona que responde:      Parentesco:

2. Dirección:      Teléfono:

3. Hace cuanto residen en esta vivienda:

#### VIVIENDA.

4. Tipo vivienda: Tipo cuarto Casa  Otro tipo d  vivienda: ¿Cual?

5. Material predominante en:

Pisos:

Cubierta o techo:

Paredes:

6. La vivienda cuenta con servicios de:

7. De donde obtienen el agua que consumen:

	i	o
a. Energía eléctrica.		
b. Alcantarillado.		
c. Gas natural.		
d. Teléfono.		
e. Recolección de basuras.		
f. Acueducto.		

a. Fuera del lote de la vivienda	
b. Dentro del lote pero fuera de la vivienda	
c. Dentro de la vivienda	

8. Cuantas familias que cocinan por separado hay en la unidad de vivienda:

9. De estas familias cuantas se encuentran en situación de desplazamiento:

#### HOGAR.

10. Este hogar vive en:

a. Arriendo o subarriendo.	
b. Propia pagando.	
c. Propia pagada.	
d. Otra condición.	

11. Con cuantos espacios cuenta la casa:

a. Habitaciones.	
b. Sala.	
c. Comedor.	
d. Cocina.	
e. Baños.	

<p>12. El servicio sanitario que usan es:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 80%;">a. Letrina.</td><td style="width: 20%;"></td></tr> <tr><td>b. Inodoro sin conexión a alcantarillado ni a pozo séptico.</td><td></td></tr> <tr><td>c. Inodoro con conexión a pozo séptico.</td><td></td></tr> <tr><td>d. Inodoro con conexión a alcantarillado.</td><td></td></tr> <tr><td>e. No tienen.</td><td></td></tr> </table>	a. Letrina.		b. Inodoro sin conexión a alcantarillado ni a pozo séptico.		c. Inodoro con conexión a pozo séptico.		d. Inodoro con conexión a alcantarillado.		e. No tienen.		<p>13. El servicio sanitario es de uso:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 80%;">a. Compartido con otros hogares.</td><td style="width: 20%;"></td></tr> <tr><td>b. Exclusivo del hogar.</td><td></td></tr> </table>	a. Compartido con otros hogares.		b. Exclusivo del hogar.											
a. Letrina.																									
b. Inodoro sin conexión a alcantarillado ni a pozo séptico.																									
c. Inodoro con conexión a pozo séptico.																									
d. Inodoro con conexión a alcantarillado.																									
e. No tienen.																									
a. Compartido con otros hogares.																									
b. Exclusivo del hogar.																									
<p>14. Con que energía o combustible cocinan principalmente:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 80%;">a. No cocinan.</td><td style="width: 20%;"></td></tr> <tr><td>b. Leña, carbón de leña, desechos.</td><td></td></tr> <tr><td>c. Carbón mineral.</td><td></td></tr> <tr><td>d. Kerosane, petróleo, gasolina, cocinol.</td><td></td></tr> <tr><td>e. Gas en cilindro o en pipeta.</td><td></td></tr> <tr><td>f. Gas por conexión por tubería.</td><td></td></tr> <tr><td>g. Electricidad.</td><td></td></tr> </table>	a. No cocinan.		b. Leña, carbón de leña, desechos.		c. Carbón mineral.		d. Kerosane, petróleo, gasolina, cocinol.		e. Gas en cilindro o en pipeta.		f. Gas por conexión por tubería.		g. Electricidad.		<p>15. Cuál de los siguientes electrodomésticos posee el hogar:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 80%;">a. Estufa.</td><td style="width: 20%;"></td></tr> <tr><td>b. Nevera.</td><td></td></tr> <tr><td>c. Licuadora.</td><td></td></tr> <tr><td>d. Televisor a color.</td><td></td></tr> <tr><td>e. Lavadora.</td><td></td></tr> </table>	a. Estufa.		b. Nevera.		c. Licuadora.		d. Televisor a color.		e. Lavadora.	
a. No cocinan.																									
b. Leña, carbón de leña, desechos.																									
c. Carbón mineral.																									
d. Kerosane, petróleo, gasolina, cocinol.																									
e. Gas en cilindro o en pipeta.																									
f. Gas por conexión por tubería.																									
g. Electricidad.																									
a. Estufa.																									
b. Nevera.																									
c. Licuadora.																									
d. Televisor a color.																									
e. Lavadora.																									
<p>16. Qué tipo de alumbrado utilizan principalmente:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 80%;">a. Vela.</td><td style="width: 20%;"></td></tr> <tr><td>b. Lámparas de petróleo o gasolina.</td><td></td></tr> <tr><td>c. Eléctrico.</td><td></td></tr> <tr><td>d. Solar, bioenergía, otros.</td><td></td></tr> </table>	a. Vela.		b. Lámparas de petróleo o gasolina.		c. Eléctrico.		d. Solar, bioenergía, otros.		<p>17. El servicio telefónico es de uso:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 80%;">a. No tiene.</td><td style="width: 20%;"></td></tr> <tr><td>b. Compartido.</td><td></td></tr> <tr><td>c. Exclusivo.</td><td></td></tr> </table>	a. No tiene.		b. Compartido.		c. Exclusivo.											
a. Vela.																									
b. Lámparas de petróleo o gasolina.																									
c. Eléctrico.																									
d. Solar, bioenergía, otros.																									
a. No tiene.																									
b. Compartido.																									
c. Exclusivo.																									
<b>DATOS DEL GRUPO FAMILIAR. CODIGOS</b>																									
<p><b>21. Parentesco.</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Conyugue o compañero.</li> <li>2. Hijos.</li> <li>3. Nietos.</li> <li>4. Padre o madre.</li> <li>5. hermano.</li> <li>6. Yerno o nuera.</li> <li>7. Abuelos.</li> <li>8. Suegros.</li> <li>9. Tíos.</li> <li>10. Sobrinos.</li> <li>11. Primos.</li> <li>12. Cuñados.</li> <li>13. Otros parientes.</li> <li>14. No parientes.</li> </ol>	<p><b>22. Estado civil.</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Unión libre.</li> <li>2. Casado (a).</li> <li>3. Viudo (a).</li> <li>4. Separado (a) o Divorciado (a).</li> <li>5. Soltero (a).</li> </ol>	<p><b>23. Tipo de documento identidad.</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>0. No tiene.</li> <li>1. Cédula de ciudadanía.</li> <li>2. Tarjeta de identidad.</li> <li>3. Registro civil.</li> </ol>	<p><b>29. Tipo de afiliación.</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Subsidiado.</li> <li>2. Contributivo.</li> <li>3. Otro.</li> </ol> <p><b>30. Tiene alguna discapacidad.</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Si.</li> <li>2. No.</li> </ol>	<p><b>32. Tipo establecimiento educativo.</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>0. Ninguno.</li> <li>1. Centros de atención u hogares ICBF.</li> <li>2. Guardería, sala cuna, preescolar, jardín infantil.</li> <li>3. Escuela, colegio, técnico universitario o universidad no oficial.</li> <li>4. SENA.</li> <li>5. Secundaria técnica oficial.</li> <li>6. Secundaria técnica no oficial.</li> </ol>	<p><b>34. Nivel educativo.</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>0. Ninguno.</li> <li>1. Primaria.</li> <li>2. Secundaria.</li> <li>3. Técnica o tecnológica.</li> <li>4. Universidad.</li> <li>5. postgrado.</li> </ol>																				
18.	19.	20.	21.	22.	23.	24.	25.	26.	27.	28.	29.	30.	31.	32.	33.	34.									





0

36. De los integrantes de su familia que trabajan, cuántos son menores de edad.

37. De los integrantes de la familia que están en edad de estudiar y no lo hacen, indique los motivos:

1. Tiene que trabajar o buscar trabajo.
2. Sus padres no tienen dinero para estudios.
3. Sus padres consideran que no está en edad escolar.
4. No hay cupo.
5. No hay centro educativo cercano.
6. No le gusta.
7. Debe encargarse de los oficios del hogar.
8. Cambio de residencia.

No. Persona	No. Motivo

38. Diga el nombre del establecimiento educativo del cual hace parte.

No.	Establecimiento educativo
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	

### Anexo3. Listado de Síntomas Pediátricas

Nombre del niño (a):				
Sexo:				
Edad:				
Ítem	Síntoma	Nunca (0)	Algunas veces (1)	Con frecuencia (2)
	Se queja de dolores.			
	Pasa mucho tiempo solo.			
	Se cansa fácilmente o tiene poca energía.			
	Es nervioso o incapaz de quedarse quieto.			
	Tiene problemas con su maestro o profesor.			
	Muestra poco interés por la escuela o colegio.			
	Actúa como impulsado por un motor.			
	Sueña mucho despierto (fantasías)			
	Se distrae fácilmente.			
	Tiene miedo de situaciones nuevas.			
	Se siente triste, infeliz.			
	Es irritable, rabioso.			
	Se siente sin esperanza.			
	Tiene problemas de concentración.			
	Tiene poco interés por los amigos.			
	Pelea con otros niños o compañeros.			
	Falta a la escuela o al colegio.			
	Tiene bajo rendimiento escolar.			
	Tiene baja autoestima.			
	Parece negativo respecto a si mismo.			
	Tiene problemas para dormir.			
	Se preocupa mucho.			
	quiere estar con los padres más que antes.			
	Siente que es un niño malo.			
	Se expone a riesgos innecesarios.			
	Se lastima frecuentemente.			
	Parece divertirse menos.			
	Actúa como un niño (a) de menor edad.			
	No atiende órdenes.			
	No demuestra sentimientos.			
	No comprende los sentimientos de otras personas.			
	Molesta a los otros (se burla).			
	Culpa a los otros de sus problemas.			
	Coge objetos que no le pertenecen.			
	Rechaza compartir.			

**Anexo 4. Algoritmo de investigación**